

أولاً - الوقاية الأولية من تعاطي المخدرات

توزيع هذه العقاقير المخدرة والمؤثرات العقلية عن طريق قنوات غير القنوات الطبية والصيدلانية لأغراض طبية وعلمية. وينبغي فهم عبارة "تناول المخدرات"، في هذا الفصل، بمعنى تناول المخدرات على نحو غير مشروع.

٣- والاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات هي التي توجّه السياسات الدولية في مجال المخدرات. وتقع مسؤولية الإشراف على هذه الاتفاقيات ورصد تنفيذ الدول الأعضاء لها على عاتق لجنة المخدرات والهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، على التوالي. وتُعنى الاتفاقيات بمشاكل الصحة العمومية والمشاكل الاجتماعية الناجمة عن تناول المخدرات؛ وهي تشدد، إلى جانب تدابير مراقبة عرض العقاقير المخدرة والمؤثرات العقلية، على الحاجة إلى خفض الطلب على المخدرات والوقاية منها. فعلى سبيل المثال، تنص المادة ٣٨ من اتفاقية سنة ١٩٦١ بصيغتها المعدلة بروتوكول سنة ١٩٧٢ على أن تتخذ الدول الأطراف:

"جميع التدابير الممكنة عملياً لمنع إساءة استعمال المخدرات ومعرفة الأشخاص المتورطين في ذلك، في موعد مبكر وعلاجهم وتعليمهم ومتابعة رعايتهم وتأهيلهم وإدماجهم اجتماعياً [وأن] تنسق جهودها لهذه الغايات."

٤- ويرد في الإعلان الخاص بالمبادئ التوجيهية لخفض الطلب على المخدرات،^(٥) الذي اعتمده الجمعية العامة في دورتها الاستثنائية العشرين، عام ١٩٩٨، أن الجهود الرامية إلى خفض الطلب ينبغي أن تُدمج ضمن سياسات أوسع نطاقاً للرعاية الاجتماعية وتحسين الصحة وبرامج التربية الوقائية. وتعزيز الصحة والوقاية من الدرجات الأولى والثانية والثالثة كلها عناصر

١- مع تجديد المجتمع العالمي التزامه بمواجهة مشكلة المخدرات خلال السنوات العشر المقبلة، يتزايد حرص واضعي السياسات على خفض الطلب على المخدرات من أجل تقديم مساهمة أساسية في هذا الصدد.^(١) ويشير مصطلح "خفض الطلب" إلى جميع الأنشطة الهادفة إلى خفض الطلب على المخدرات، ومنها الوقاية من الدرجات الأولى والثانية والثالثة. ويركّز هذا الفصل على الوقاية الأولية، أي التدابير الرامية إلى الوقاية من تناول المخدرات وخفضه لدى الفئات السكانية التي لا تتناول المخدرات البتة أو لا تتناولها بشكل خطير. ويستعرض هذا الفصل بإيجاز مدى تناول المخدرات والعوامل المرتبطة بذلك التناول، ويصف تدابير الوقاية الأولية المستندة إلى أدلة علمية، ويناقش مسألة تحديد موقع جهة وصل تعنى بالوقاية الأولية على الصعيد الوطني، ويوصي باتخاذ إجراءات لتمكين المجتمعات من بناء قدراتها في مجال الوقاية.

٢- ويشير تعبير "المخدرات"، في هذا الفصل، إلى العقاقير المخدرة والمؤثرات العقلية المشمولة بالاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات، وهي: الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة ١٩٦١ بصيغتها المعدلة بروتوكول سنة ١٩٧٢؛^(٢) واتفاقية المؤثرات العقلية لسنة ١٩٧١؛^(٣) واتفاقية مكافحة الاتجار غير المشروع في المخدرات والمؤثرات العقلية لسنة ١٩٨٨.^(٤) ويحظر القانون

(1) انظر مثلاً الإعلان السياسي وخطة العمل بشأن التعاون الدولي صوب استراتيجية متكاملة ومتوازنة لمواجهة مشكلة المخدرات العالمية (A/64/92-E/2009/98، الباب الثاني-ألف)؛ والتقارير العالمي عن المخدرات لعام ٢٠٠٨ (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.08.XI.11).

(2) الأمم المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد ٩٧٦، الرقم ١٤١٥٢.

(3) المرجع نفسه، المجلد ١٠١٩، الرقم ١٤٩٥٦.

(4) المرجع نفسه، المجلد ١٥٨٢، الرقم ٢٧٦٢٧.

(5) مرفق قرار الجمعية العامة د-٣/٢٠.

بصفة غير مباشرة من خلال أنشطة تقي من تناول المخدرات من خلال تعزيز صحة السكان عموماً.^(٧)

٦- وهناك سبب وجيه يدعو المجتمع إلى إيلاء عناية كبيرة للوقاية من تناول المخدرات. ولا شك أن تجربة واحدة في تناول المخدرات قد تؤدي إلى عواقب وخيمة لا يمكن التنبؤ بها (مثل وقوع إصابة أو تناول جرعة مفرطة)، لا سيما لدى السذج من متناولي المخدرات. ويزداد احتمال وقوع مشاكل فورية لدى تناول كميات كبيرة من المخدرات وخصوصاً إذا كان تناولها ينطوي على أساليب وسياقات خطيرة (مثل استخدام الحقن وتناول مخدرات متعددة أو تناول المخدرات في سياق العمل والنشاط الجنسي أو تناولها أثناء الحمل). ويمكن أن يؤدي تناول المخدرات على نحو متكرر لفترة طويلة إلى عدد من العواقب الاجتماعية على الفرد والمجتمع المحلي والمجتمع بأسره. وقد تشمل العواقب الشخصية إصابة هيكل الدماغ (نتيجة لتناول الكوكايين والميثامفيتامين، مثلاً، بصورة مزمنة) أو إصابة أعضاء أخرى وتدهور العلاقات الأسرية وتدني الأداء في المدرسة أو في العمل وممارسة النشاط الجنسي غير المرغوب فيه و/أو من دون حماية والعنف وإثارة الاضطرابات مع السلطات. ومما يثير القلق بصفة خاصة الازدياد الكبير لخطر الإصابات المنقولة بالدم (فيروس نقص المناعة البشرية والتهاب الكبد الوبائي باء وجيم) المرتبطة بتناول المخدرات بالحقن. ويمكن أن يؤدي انتشار تناول المخدرات بالحقن والأشكال الأخرى من تناول المخدرات المزمّن على نطاق واسع في مجتمع ما إلى انخفاض مستوى سلامة المجتمع والوئام فيه وإلى ارتفاع الأنشطة الإجرامية داخله. وتتكبد الاقتصادات والمجتمعات خسائر اقتصادية كبيرة جراء تناول المخدرات، وذلك بسبب زيادة تكاليف إنفاذ

تسهم مجتمعة في تحقيق الهدف الشامل المتمثل في خفض المشاكل المرتبطة بتناول المخدرات. وتستهدف أنشطة العلاج الأشخاص الذين كُشِفَ التشخيص عن ارتفاهم للمخدرات. وتهدف أنشطة الوقاية الثانوية إلى التدخل مبكراً لدى الأشخاص المنخرطين بشكل خطير في تناول المخدرات ولكنهم ليسوا مرتهمين لها. أما أنشطة الوقاية الأولية، التي هي العنصر الثالث الحاسم والتكميلي في إطار خفض الطلب على المخدرات، فهي تستهدف الفئات السكانية التي لا تتناول المخدرات أو التي تتناولها على نحو غير خطير في الوقت الراهن. وهذه الفئات السكانية هي أكبر عدداً بكثير من الفئات السكانية المستهدفة بالوقاية من الدرجتين الثانية والثالثة؛ ومن ثم، فإن من المرجح جداً أن يؤدي استهداف تلك الفئات بالوقاية إلى خفض معدلات تناول المخدرات في ولاية قضائية معينة.

٥- إن الوقاية الأولية تشجّع على عدم تناول المخدرات وتهدف إلى منع أو تأخير تناول المخدرات لأول مرة ومنع الانتقال إلى تناول أكثر خطورة لدى من يتناولونها أحياناً. ويبدأ تناول المخدرات في معظم الحالات في مرحلة المراهقة وبداية سن الرشد مع النمو الإدراكي والاجتماعي للشباب. ولهذا السبب، تُوجّه الوقاية الأولية أساساً إلى مرحلتَي الحياة هاتين وما يسبقهما من مراحل. ويمكن أن تُوجّه أنشطة الوقاية الأولية إلى عامة السكان (يشار إليها أيضاً بالوقاية الشاملة) أو إلى فئات مستهدفة قد تكون معرضة للخطر نتيجة ظروف خطيرة في حياتها (أي الوقاية الانتقائية).^(٦) ويمكن الوقاية من تناول المخدرات، إما بصفة مباشرة من خلال أنشطة تهدف إلى الوقاية من تناول المخدرات أو

(٦) تكون العناية أيضاً بالأشخاص الذين ينخرطون بشكل أكثر خطورة في تناول المخدرات ولكنهم غير مرتهمين لها من خلال خدمات يشار إليها باسم "الوقاية المحددة". وهذه الخدمات ليست جزءاً من الوقاية الأولية.

(٧) في بقية هذا الفصل، ينبغي أن يفترض أن الوقاية الأولية تشمل التدابير والمبادئ المتعلقة بتعزيز الصحة.

المتصلة بتناول المخدرات وعدم تناولها وبالسياق الاجتماعي الثقافي لتناولها. وينبغي لاستراتيجية الوقاية الأولية التي تهدف إلى منع الانتقال من تناول المخدرات أحيانا في أوساط فئة سكانية ما إلى الانخراط في تناولها بشكل خطير أن تشمل جمع معلومات عن تواتر تناول المخدرات والكمية المتناولة والعوامل المتصلة بالانتقال نحو تناول المخدرات على نحو أكثر خطورة.

٨- ويُقدَّر، على نطاق العالم، أن ما يتراوح بين ١٧٢ مليون شخص و ٢٥٠ مليون شخص قد تناولوا مادة مخدرة خلال السنة الماضية.^(٩) وما لا يفصح عنه هذا التقدير هو أن نسب التعاطي تختلف اختلافا كبيرا حسب نوع العقار والمناطق والفئات العمرية ونوع الجنس:

- القنب هو أكثر المخدرات شيوعا في التناول على الإطلاق وسط فئتي الشباب الصغرى والكبرى: ففي عام ٢٠٠٧، يقدر أن ما يتراوح بين ٣,٣ و ٤,٤ في المائة من سكان العالم الذين تتراوح سنهم بين ١٥ و ٦٤ عاما قد أبلغوا عن تناول القنب خلال السنة السابقة، وتليه شيوعا في التناول لدى الأشخاص الذين تتراوح سنهم بين ١٥ و ٦٤ عاما المنشطات الأمفيتامينية (وهي تشمل الميثامفيتامين (٤,٠-١,٢ في المائة) وميثيلين ديوكسي ميثامفيتامين (ميدسم، المعروف عموما بالإكستاسي) (٣,٠-٠,٥ في المائة)، ويليها الكوكايين (٤,٠-٠,٥) والمواد الأفيونية (٣,٠-٠,٥).^(١٠)

(9) التقرير العالمي عن المخدرات لعام ٢٠٠٩ (منشورات الأمم المتحدة، رقم البيع E.09.XI.12).

(10) المرجع نفسه.

القوانين والرعاية الاجتماعية والرعاية الصحية وتدني الإنتاجية. واستنادا إلى منظمة الصحة العالمية، يمكن عزو قرابة ١ في المائة من العلل الصحية في العالم إلى تناول المخدرات؛ وترتفع هذه النسبة لتبلغ ٣,٢ في المائة في البلدان المتقدمة النمو.^(٨)

ألف- مدى تناول المخدرات وطبيعته

٧- لا بد أن تستند الجهود المجتمعية الرامية إلى منع تناول المخدرات إلى أفضل ما يمكن أن يتاح من بيانات. واستقاء معلومات موثوق بها عن طبيعة ومدى تناول المخدرات أمر يتسم بالتحدي؛ فبدون فهم جيد للوضع، يتعدّد التخطيط بشكل سليم أو معرفة ما إذا كان للاستراتيجيات أثر إيجابي. وتوفر الدراسات الاستقصائية عن مدى انتشار تناول المخدرات في أوساط المدارس والأسر المعيشية نظرة عامة عن الوضع فيما يتعلق بالمخدرات محل الاهتمام وكذلك عن الفروق في السن والفروق بين الجنسين. وتختلف المصادر الأخرى للبيانات المفيدة عن تناول المخدرات باختلاف المناطق ولكنها قد تشمل وحدات الطوارئ في المستشفيات ومراكز العلاج من المخدرات والشبكات الطبية ودوائر الشرطة ومكاتب الخدمات الصحية والاجتماعية الحكومية ومعاهد البحوث الجامعية. وكوّنت في بعض الولايات القضائية شبكات تضم ممثلين من هذه المجموعات لرصد اتجاهات تناول المخدرات على صعيد البلديات أو المناطق أو على الصعيد الوطني. ومهما كانت طريقة جمع المعلومات ذات الصلة والمتعلقة بالوقاية الأولية التي تهدف إلى منع أو تأخير بداية تناول المخدرات، فهي تشمل معلومات عن مدى انتشار تناولها وسن تناولها لأول مرة والفروق بين الجنسين والعوامل

(8) منظمة الصحة العالمية، تقرير الصحة العالمية لعام ٢٠٠٢:

التقليل من المخاطر وتعزيز العيش الصحي (جنيف، ٢٠٠٢).

التغيرات الملحوظة في أنماط الحياة في أجزاء عديدة من العالم.⁽¹¹⁾

• يشيع تعاطي عقاقير الوصفات الطبية في معظم المناطق، على الرغم من صعوبة الحصول على بيانات شاملة عن معدلات انتشاره بسبب عدم جمع البيانات بصورة منتظمة عن تعاطي عقاقير الوصفات الطبية في معظم البلدان. وقد وجد أن معدلات الانتشار مرتفعة في البلدان التي يجري فيها رصد تعاطي عقاقير الوصفات الطبية. ففي أمريكا الشمالية، مثلا، يحتل تعاطي عقاقير الوصفات الطبية مرتبة لا يفوقها سوى القنب. وفي الولايات المتحدة، تعاطى ٦,٢ ملايين شخص، من سن ١٢ سنة فما فوق، أو ٢,٥ في المائة من السكان، عقاقير وصفات طبية خلال الشهر السابق، وتعاطى ١٥,٢ مليون شخص في تلك الفئة العمرية، أو ٦,١ في المائة من السكان، عقاقير وصفات طبية خلال العام الماضي.

• تتجه معدلات تعاطي المخدرات نحو الارتفاع خلال سن المراهقة وبداية سن الرشد. ويقع تناول المخدرات لأول مرة غالبا في سن المراهقة. وفي الماضي، كان بالإمكان القول عموما إنه إذا لم يبدأ الشخص في تناول المخدرات قبل نهاية سن المراهقة فلا يحتمل أن يبدأ ذلك فيما بعد؛ غير أنه أبلغ في العديد من البلدان عن زيادات في حالات تناول المخدرات لأول مرة في بداية سن الرشد، مما قد يعزى جزئيا إلى تأخر سن الزواج: فالزواج (وبدء تأسيس أسرة) يؤثر عموما في خفض تناول المخدرات. وفي الماضي، كان

• تتقلب معدلات وأنماط تناول المخدرات باستمرار في مختلف المناطق، متأثرة بالقوى الاجتماعية-الاقتصادية وتوافر مختلف المخدرات. وعموما، توجد أكبر معدلات تناول المخدرات في أمريكا الشمالية وأوقيانوسيا وأوروبا الغربية، رغم أن ثمة بلدانا في هذه المناطق ومناطقها الفرعية قد أبلغت عن استقرار أو تناقص في الاتجاهات خلال السنوات الأخيرة. ولئن كان تناول القنب هو الأكثر شيوعا في معظم المناطق، فإن تناول المنشطات الأمفيتامينية هو الأكثر شيوعا في شرق آسيا وجنوب شرقها. أما أكبر معدلات تناول المواد الأفيونية في العالم فقد أبلغ عنها في بلدان تقع على امتداد طرق الاتجار الرئيسية من أفغانستان. وتعد الزيادات في معدلات تناول المخدرات بالحقن ومعدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية في آسيا الوسطى من أكبر الزيادات في العالم، ويعزى ذلك جزئيا إلى استخدام هذه المنطقة كطريق عبور للهيروين الموجه إلى روسيا وبلدان أخرى في أوروبا. وفي حين أن معدلات تناول المخدرات مستقرة أو آخذة في الانخفاض حاليا في المناطق التي تشهد معدلات تناول مرتفعة، فإن البلدان ذات الاقتصادات الانتقالية (مثل بلدان في أوروبا الشرقية وأمريكا الجنوبية) والبلدان التي تنتج فيها المخدرات أو تستخدم كبلدان عبور (مثل بلدان في آسيا الوسطى) معرضة للخطر وتظهر فيها، في بعض الحالات، إشارات تدل على تزايد تناول المخدرات. ويمكن أن يكون هذا التحول جزءا من ظاهرة "انتقال للخطر" أوسع نطاقا وناجمة عن

(11) منظمة الصحة العالمية، تقرير الصحة العالمية لعام ٢٠٠٢... .

معينة من حياة طفل (مثل الشعور بالهجر من جانب أحد الوالدين أو كليهما نتيجة افتراق الوالدين أو العيش في مجتمع جديد أو عدم الارتباط بالمدرسة). وتساعد عوامل الوقاية على رسم مسار صحي وتوفر حاجزا واقيا من عوامل الخطر، لا سيما خلال فترات الحياة المحفوفة بالتحديات. ولدى بعض الأطفال بعض السمات والقدرات المتأصلة التي تمنحهم الحماية (انظر الفقرة ١١ أدناه)، ولكن جميع الأطفال يستفيدون من آثار الوقاية التي تنتج عن بيئة أسرية واجتماعية ومدرسية ومجتمعية صحية.

١ - العوامل الشخصية

١١ - يساعد عدد من العوامل الشخصية، من بينها الوراثة والعوامل البيولوجية وتركيبية الشخصية والصحة العقلية ومهارات الحياة، على تحديد ما إذا كان شاب ما سينخرط في تناول المخدرات أو في غيره من أنماط السلوك التي تُسبب مشاكل. فقد يؤدي تكوين الشخص الوراثي إلى تعرضه لمشاكل تناول المخدرات التي قد تتحقق أو لا تتحقق، حسب البيئة التي تحيط بالشخص (مثل موقف الوالدين أو المجتمع المحلي إزاء تناول المخدرات) والتجارب الشخصية المعينة. والتعرض لمواد من قبيل المخدرات أو الكحول أو التبغ أثناء الحمل قد يؤثر تأثيرا خفيا أو صارخا في نمو الطفل وقابليته لتناول تلك المواد مستقبلا، حسب المادة المعينة ووقت التعرض ومداه. وتقترب مشاكل الصحة العقلية لدى الطفل، لا سيما اضطراب السلوك واضطراب نقص الانتباه، بتناول المخدرات في مرحلة لاحقة. وقد ينجم تناول التبغ والكحول في الطفولة المتأخرة أو في بداية سن المراهقة عن صعوبات وقعت في مراحل سابقة ويشكل عامل خطر يؤذن باحتمال تناول المخدرات في مرحلة لاحقة. ويتزايد انتشار مسائل الصحة العقلية أثناء سن المراهقة ويقترب عادة بازدياد خطر تناول المخدرات. وقد يكون تناول المخدرات لدى بعض الشباب بمثابة محاولة للنجاة من مشاكل

احتمال تناول المخدرات أكبر لدى الشباب الذكور؛ ولئن ظل الأمر كذلك عموما، فقد ضاقت الفجوة بين الذكور والإناث في تناول المخدرات فيما يخص أنواعا معينة من المخدرات في مختلف البلدان حول العالم.^(١٢)

٩ - ومسألة الأسباب التي تدفع ببعض الشباب إلى البدء في تناول المخدرات، بينما لا يفعل آخرون ذلك، مسألة معقدة؛ ولكن من المفهوم أنها تقوم على التفاعل بين عدد من العوامل، من بينها عوامل وراثية وبيئية. وتشير عبارتا "عامل الخطر" و"عامل الوقاية" إلى السمات والظروف التي تساعد على زيادة احتمال تناول المخدرات أو على خفض ذلك الاحتمال. ولدى كل فرد مزيج من تلك العوامل أو هو يمر بمزيج منها، وذلك في بيئته الشخصية والأسرية والاجتماعية والمدرسية وفي المجتمع المحلي والمجتمع ككل. ومشكلة تناول المخدرات أو أي واحد من أنماط السلوك الإشكالي الأخرى (مثل العنف أو النشاط الإجرامي أو الأداء المدرسي الرديء) أو المشاكل الأخرى الداخلية المؤدية إلى قدر أقل من الاضطراب الاجتماعي (مثل الخجل البالغ أو الاكتئاب أو القلق) تشترك في عديد من عوامل الخطر وعوامل الوقاية نفسها.

١٠ - ويمكن أن تؤثر عوامل الخطر وعوامل الوقاية في نمو الشخص في أي مرحلة من حياته، ابتداء من الحمل ومرورا بفترة الطفولة وحتى مرحلتى المراهقة والرشد. ويتعرض بعض الأطفال للخطر نتيجة لتراكم عوامل الخطر في مرحلة مبكرة من العمر. فضعف الارتباط بين الطفل ووالديه في مرحلة الرضاعة، على سبيل المثال، قد يسهم في نشوء مشاكل سلوكية مبكرة، مما قد يؤثر في أداء الطفل المدرسي ومشاركته لأقرانه. وفي حالات أخرى، قد تطرأ عوامل الخطر في مرحلة

(12) التقرير العالمي عن المخدرات لعام ٢٠٠٩... .

٣- العوامل الاجتماعية

١٣- تؤدي التأثيرات الاجتماعية دورا يتزايد بروزه كلما اقترب الطفل من سن المراهقة. ففي بعض المجتمعات، ساهمت وسائل الإعلام في إباحة تناول المخدرات. وذلك أمر مهم لأن الشباب ميالون إلى التأثر بتصورهم عن مدى شيوع أو "إباحة" تناول المخدرات في شبكاتهم. فإذا كان أصدقاء شاب ما أو أقرانه يدخنون أو يشربون الكحول أو يتناولون المخدرات، أو كان هناك اعتقاد بأنهم يفعلون ذلك، فمن المحتمل أن يفعل هو أيضا ذلك. بيد أن ظاهرة تأثير الأقران، بوصفها عامل خطر، هي ظاهرة معقدة؛ وهي نادرة ما تأخذ شكل إجبار صريح على تجريب المخدرات، كما يفترض أحيانا. والقرارات المتعلقة بتناول مخدر ما تقترب أيضا بالتصورات عن الخطر المرتبط بذلك المخدر تحديدا. وقد يمر مخدر يظهر حديثا بمرحلة لا تتوافر خلالها معلومات كثيرة عن المخاطر أو العواقب المرتبطة بتناوله. وغالبا ما تملأ معلومات غير دقيقة الفراغ الذي يؤدي إلى النظر إلى المخدر على أنه مأمون أو أن متناوليته مختلفون نوعا ما عن متناولي المخدرات الأخرى. وكلما تزايدت المخاطر المحتملة لتناول المخدر انخفضت معدلات تناوله. غير أن من الأفضل النظر في مفهوم المخاطر المتصلة بالمخدرات مقارنة بما يتصوره الشباب من فوائد. فقد يتصور بعض الشباب أن في السلوك غير الصحي، كتناول المخدرات، فوائد اجتماعية كبيرة (مثل دعم تكوين هوية مرغوب فيها أو عقد الصداقات). وبناء على ذلك، لا تكون المعرفة المتعلقة بمخاطر المخدرات بمثابة عامل وقاية في حد ذاتها، بل يتحقق ذلك من خلال الاعتقاد بأن مخاطر تناول المخدرات أكبر من فوائده. والالتزام الروحي والمشاركة الفاعلة في أنشطة ترويجية صحية وخدمة المجتمع المحلي هي كلها عوامل اجتماعية هامة توفر الحماية أثناء فترة المراهقة.

الصحة العقلية. فخلال سن المراهقة، تشكل الشخصية ذات الرغبة في الأحاسيس القوية عامل خطر يؤذن باحتمال تناول المخدرات، ولكن المشاكل الداخلية (مثل القلق) تشكل عاملا ماثلا. ويشكل المزاج السلس في سنوات الطفولة الأولى عامل وقاية يدرأ تأثير عوامل الخطر ويقلل من احتمال تناول المخدرات وغير ذلك من أنماط السلوك التي تتسبب في مشاكل في مرحلة لاحقة. ومن السمات أو القدرات الوقائية الهامة خلال مراحل الطفولة القدرة على الثقة بالنفس والاعتماد عليها والقدرة على تلبية احتياجات الحياة والقدرة على اتخاذ المبادرات وتبلور الشعور بالهوية والقدرة على عيش شراكة حميمة والتعبير عنها. وفيما يتعلق بتناول المخدرات، يشكل مزاج الشاب المحترس، وهو يتقدم في سن المراهقة، عاملا للوقاية.

٢- العوامل الأسرية

١٢- تشكل نوعية الحياة الأسرية عاملا كبيرا يؤثر في الصحة والسلوك خلال مرحلتَي الطفولة والمراهقة. ويترك الحرمان المبكر (مثل الافتقار إلى الحنان من مقدمي الرعاية أو الإهمال أو الإيذاء) عادة أثرا عميقا في مسار الطفل طوال حياته. ويتعرض أبناء الأشخاص المرتهنين للمخدرات أو الكحول بصفة خاصة لخطر تناول المخدرات في وقت لاحق. وفي المراهقة، يقترن الانضباط والقواعد الأسرية، من خلال اتخاذ نهج متطرفة (إما مفرطة في التساهل وإما مفرطة في العقاب)، بنشوء مشاكل في تلك الفترة. والمراحل الانتقالية أو التغيرات الهامة في الحياة الأسرية (مثل افتراق الوالدين أو فقدان أحد أفراد الأسرة المقربين أو الانتقال إلى حي جديد أو مدرسة جديدة) قد تعرض أي شاب للخطر. والآباء الذين يحسنون الاستماع إلى أطفالهم ويحدّدون توقعات معقولة ويرصدون أنشطة أطفالهم ويصوغون مواقف وأنماط سلوك صحية نموذجية (فيما يتعلق بتناول الأدوية مثلا) يؤثرون تأثيرا وقائيا.

٤ - العوامل الجنسانية

٥ - العوامل المدرسية

١٥ - تشكل فرصة الذهاب إلى المدرسة عامل وقاية مهمًا؛ فنوعية التجربة المدرسية، فيما يتعلق بالأطفال القادرين على الذهاب إلى المدرسة، تؤثر في صحتهم وفي احتمال انخراطهم في أنماط سلوك خطيرة، بما في ذلك تناول المخدرات. ومن المرجح أن يواجه الشباب الذين لا يشاركون في التعلم والذين تربطهم علاقات رديئة بالأقران والمعلمين (مثل الشباب الذين يتعرضون للترهيب أو يشعرون بعدم الانتماء إلى المدرسة أو الذين لا يشاركون في الأنشطة المدرسية أو غيرها من الأنشطة) مشاكل تتعلق بالصحة العقلية وأن ينخرطوا في أنماط سلوكية مختلفة تنطوي على مخاطر صحية، بما فيها تناول المخدرات. أما الطلاب الذين يُبدون تجاوبا مع المعلمين وفي المجالين التعليمي والاجتماعي فيكونون أحسن حالا من حيث الصحة العقلية وأكبر قدرة على مقاومة أنماط السلوك المنطوية على مخاطر ويحتمل أن تكون نتائجهم التعليمية أفضل. والمدارس التي تعتني على نحو منتظم بتوثيق العرى بين المعلمين والآباء والطلاب تكفل أثرا وقائيا هاما في مجالي التعلم والرفاه. وينخفض احتمال تناول المخدرات وسط الطلاب في مرحلة الدراسة الثانوية عندما يتجلى من قواعد المدرسة منع صريح لتناول المخدرات.

١٤ - من المهم النظر في الفروق بين الجنسين فيما يتعلق بعوامل الوقاية وعوامل الخطر ذات الصلة بتناول المخدرات. فقد تكون بعض عوامل الوقاية وعوامل الخطر متساوية في الأهمية لدى الفتيان والفتيات (مثل الدعم الاجتماعي والتميز الأكاديمي والفرق) ولكن قد يعبر عنها بطرائق مختلفة. فاضطراب السلوك واضطراب نقص الانتباه^(١٣) أكثر انتشارا لدى الفتيان منهنما لدى الفتيات أثناء الطفولة، مما يمكن أن يؤديّ بهم إلى الارتباط مبكرا بأقران ذوي سلوك منحرف ويؤديّ بهم إلى البدء في تناول المخدرات في وقت مبكر مقارنة بالفتيات. وتزايد أهمية عوامل خطر أخرى لدى الفتيات؛ ومن بين عوامل الخطر هذه النظرة السلبية عن الذات أو ضعف الاعتزاز بالنفس أو شواغل الوزن أو البلوغ المبكر أو ارتفاع مستوى القلق أو الاكتئاب. وتميل الفتيات في سن المراهقة إلى إعطاء أولوية أكبر للعلاقات الاجتماعية مقارنة بالفتيان؛ كما يبدن قابلية أكبر لتأثير الأصدقاء الذين يتناولون المخدرات. وتزداد أهمية بعض عوامل الوقاية، مثل دعم الآباء وما يوافقه من انضباط، لدى الفتيات.

٦ - العوامل المتعلقة بالمجتمعات المحلية والمجتمع ككل

١٦ - تنشأ معظم العوامل المذكورة أعلاه والتي تؤثر في الشباب عن ظروف مجتمعية وظروف اجتماعية عامة أخرى (مثل كفاية الدخل وتوفر فرص العمل والسكن ونوعية شبكات الدعم الاجتماعي). وقد تكون الهجرة الداخلية، وعلى وجه الخصوص من المناطق الريفية إلى المدن، عامل خطر عندما تؤدي إلى شعور المرء بالافتقار من جذوره وفقدان القيم والعلاقات الأسرية التقليدية وفقدان الهيكل الاجتماعي

(13) انظر منظمة الصحة العالمية، *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines* (تصنيف الاضطرابات العقلية والسلوكية الوارد في التصنيف الدولي للأمراض - التنقيح العاشر: الوصف السريري والمبادئ التوجيهية للتشخيص) (جنيف، ١٩٩٢)، والرابطة الأمريكية للطب النفسي، *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR, 4th. ed.* (دليل الاضطرابات العقلية التشخيصي والإحصائي) (واشنطن العاصمة، ٢٠٠٠).

(والفرصة) أمام المجتمع في توفير الظروف والخبرات بشكل منتظم لجميع الأطفال والشباب، وخاصة الضعفاء منهم.

باء- استراتيجيات الوقاية من تناول المخدرات

١٨- ينبغي لاستراتيجيات الوقاية الأولية أن تكفل إيلاء الانتباه إلى جميع الفئات السكانية (أي أن تكون شاملة) وأن تستهدف فئات سكانية بعينها (أي أن تكون انتقائية)، على حد سواء. ومن شأن المبادرات الشاملة لجميع السكان والمستندة إلى أساس جيد أن تخفض الطلب على المخدرات وتساعد على كشف الثغرات أو التعرف على فئات السكان التي لا تتلقى خدمات كافية. ومن أجل تلبية احتياجات فئات خاصة أو فئات ضعيفة من السكان على نحو فعال، يمكن أن تستفيد تلك الفئات من مبادرات أكثر تركيزاً أو كثافة. وبالتالي، لا بد أن تتضمن أي خطة للوقاية كلا نوعي التدابير، أي التدابير التي تستهدف عامة السكان والتدابير التي تستهدف أضعف الفئات السكانية. وتوفر البحوث إرشاداً جيداً بشأن النهج الشاملة لجميع السكان والنهج المحددة الهدف الأكثر فائدة فيما يتعلق بمختلف مراحل الحياة.

١- الطفولة المبكرة

١٩- يمكن أن يكون للمبادرات الرامية إلى التشجيع على تعزيز صحة الأطفال ونشأتهم الاجتماعية خلال السنوات السابقة لدخول المدرسة (الأطفال حتى سن السادسة) أثر في الحيلولة دون تعرضهم لطائفة من المشاكل، بما فيها تناول المخدرات، في سن المراهقة وما بعدها. وينبغي أن تبدأ الوقاية بمخاطبة الآباء الراغبين في الإنجاب، من خلال إذكاء وعيهم بالضرر الذي يسببه تناول المخدرات أو الكحول أو التبغ أثناء الحمل. ومبادرات الزيارات المنزلية التي تستهدف الأسر الناشئة التي تواجه مشاكل (مثل الصحة العقلية للوالدين

مقارنة بالمجتمع المحلي الأصلي وصعوبة التكيف من الناحية الثقافية والإحساس بالغربة. ويشكل عدم الحصول على وسيلة لكسب دخل معقول عامل خطر أيضاً، شأنه في ذلك شأن الوظائف المنطوية على مهام مملّة والافتقار إلى الإشراف وعدم توافر فرص للترقي. وتزداد حدة النقص في الموارد المالية تفاقماً بسبب الظروف المجتمعية السيئة، مثل سوء صيانة المدارس وعدم إمكانية الحصول على الخدمات المجتمعية. أما المجتمعات المحلية الضعيفة فهي على الأرجح أكثر عرضة للجريمة ولتناول عامة الناس فيها المخدرات، كما هي أكثر عرضة للاضطراب الاجتماعي الذي قد يزيد بدوره من ضعف تلك المجتمعات. ويشكل رأس المال الاجتماعي (أي تماسك المجتمع المحلي وقدرته على حل مشاكله المشتركة) دليلاً على صحته ويمكن أن يؤثر في عدد من المسائل، بما فيها مسألة تناول المخدرات.

٧- فئات السكان المعرضة للخطر

١٧- يعيش الشباب في كامل أرجاء العالم في ظروف متباينة جداً. ويتعرض الكثيرون منهم لمستويات خطر عادية في مختلف ميادين حياتهم ويختار معظم هؤلاء الشباب عدم تناول المخدرات. غير أن بعضهم على الأقل يجرب المخدرات، لا سيما القنب والمنشطات الأمفيتامينية (إلى جانب الكحول والتبغ وكذلك، وبصفة متزايدة، الأدوية ذات التأثير النفسي دون إشراف طبي) ويواجه بعضهم مشاكل من جرّاء ذلك. ولكن، من الواضح أن هناك عدداً من الأطفال والشباب في كل منطقة يتعرضون لمستويات خطر أعلى من المتوسط. وقد يتجلى ذلك الخطر بطرائق مختلفة؛ فإذا كانت المخدرات متاحة للشباب خلال فترتي المراهقة والرشد (نتيجة تناول المخدرات في الأسرة أو وجود مستويات عالية من الاتجار بالمخدرات في محيط السكن مثلاً)، ازداد احتمال تناولهم لها. ويتمثل التحدي

تواجه تحديات خاصة للحصول على الخدمات دون أن تتعرض للوصم.

٢١- وفي بعض المناطق، يزداد انتشار برامج التدريب على اكتساب المهارات الأسرية، وهي برامج تضم مجموعات من الأسر معا في نحو ثماني دورات. وقد تبينت فعالية هذه البرامج فيما يخص مجموعات الأسر التي تُشكّل استنادا إلى عوامل خطر مشتركة (مثل الأسر التي يكون أحد الوالدين فيها مرتفعا للمخدرات) وكذلك المجموعات المشكّلة دون مراعاة لمستوى الخطر لديها. ففي كلتا الحالتين، تساعد هذه البرامج الآباء أساسا على تحسين قدرتهم على الاستماع والتواصل بشكل فعال وحل المشاكل وكفالة الانضباط الملائم ورصد أنشطة أطفالهم أثناء سن المراهقة. ولا بد أن تكون الدورات تفاعلية (بدلا من أن تكون في شكل محاضرات) وأن تتيح للآباء والأبناء فرصا لاختبار أفكارهم ومهاراتهم الجديدة معا. وكثيرا ما تنظم هذه الدورات بالتنسيق مع المدرسة المحلية، مع التشديد على الدعم المتبادل بين الآباء والمعلمين. ومن شأن توفير حوافز، مثل دفع مصروفات النقل وتوفير ترتيبات لرعاية الأطفال وتقديم وجبات جماعية مجانا وقسائم لشراء سلع استهلاكية في نهاية البرنامج، أن يسهم بشكل كبير في تعزيز مشاركة الآباء والأسر. وإجمالا، تعد برامج التدريب على اكتساب المهارات الأسرية من أنجح الخيارات في مجال الوقاية من تناول المخدرات؛ وقد تبين كذلك أنها تخفف المشاكل السلوكية الأخرى (العوانية والتغيب عن المدرسة) وتزيد ارتباط الأطفال بالمدرسة.^(١٤)

(14) الدليل الإرشادي لتنفيذ برامج التدريب على اكتساب المهارات الأسرية من أجل الوقاية من تعاطي المخدرات (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع A.09.XI.8).

أو تعاطي المخدرات أو عدم الدعم من جانب الشريك) تعد تدخلا فعالا جدا لصالح الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة. وتنطوي هذه البرامج عادة على علاقة مكثفة طويلة الأمد مع الأم والأسرة تبدأ قبل الولادة أو بعدها مباشرة. وتهدف برامج الزيارات إلى دعم الأم فيما يتعلق باحتياجاتها الصحية الخاصة، إلى جانب المسائل المتعلقة بنمو الطفل وبالمساعدة على الحصول على الخدمات. وقد تبين أن برامج التعليم الجيدة في مرحلة الطفولة المبكرة تحسّن الأداء الأكاديمي والمهارات الاجتماعية لدى الأطفال الضعفاء، وهي تعود بفوائدها في الأجل الطويل في عدد من مجالات الحياة، بما في ذلك الحد من تناول المخدرات. أما البرامج الموجهة إلى أسر الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة فيمكن أن تساعد على التعرّف على المشاكل السلوكية في الطفولة المبكرة والحد منها (مثل عدم الامتثال واضطراب السلوك)، وعلى تحسين ممارسات تربية الأطفال، وتساعد الآباء على تكوين بيئة تسهم في تعزيز نمو الأطفال نموا إيجابيا.

٢- الطفولة المتأخرة

٢٠- من الأفضل أن تتركّس موارد الوقاية الأولية في سنوات الطفولة المتأخرة للمبادرات المستندة إلى الأسرة. فمعظم الآباء يستفيدون من الدعم، كما يمكن أن تؤدي الأسرة الموسّعة دورا بالغ الأهمية في مجال الدعم، لا سيما في المجتمعات التي لا توجد فيها نظم راسخة للرعاية الاجتماعية. غير أن ثمة تفاوتات كبيرة في الظروف والاحتياجات. فقد يكفي تقديم المشورة لفترة وجيزة في بعض الحالات؛ وقد يكون التدريب على مهارات تربية الأطفال بمشاركة كل الأسرة أو الدعم العلاجي أكثر فائدة في حالات أخرى. والحل الأمثل هو اتخاذ ترتيب متدرج يوفر الخدمات لمختلف الاحتياجات أو مستويات المخاطر. ومن آثار هذا الترتيب أنه يتيح دعم البرنامج لجميع الأسر في المجتمع مع إتاحة الفرصة للأسر التي

٣- المراهقة المبكرة والمتوسطة

بشأن مخاطر تناول المخدرات.^(١٦) وحتى أفضل البرامج تكون محدودة الفعالية نظرا إلى أن العديد من عوامل الخطر تتجاوز محيط المدرسة. بيد أن هذه البرامج تعتبر ذات فعالية من حيث التكاليف لأن تنفيذها قليل التكلفة نسبيا وقد تبين أن لها أثرا في أنواع أخرى من أنماط السلوك، كما أن تأخير البدء في تناول المخدرات بسنة أو سنتين لدى عدد قليل من الطلاب يساعد على اجتناب تكبد تكاليف اجتماعية كبيرة في المستقبل.

٢٣- ومن المهم وجود سياسات بشأن تناول مواد الإدمان، إذ يمكن ذلك المدرسة من معالجة مسائل تناول المخدرات ومن التأثير على القواعد والثقافة في إطار المدرسة. ومحتوى سياسات المدرسة بشأن تناول مواد الإدمان أمر مهم، ولكن الإجراءات التي يستعان بها لوضع تلك السياسات والإبلاغ عنها وإنفاذها مهمة أيضا. ولئن كان اتخاذ نهج تشاركي في هذه الإجراءات يستهلك قدرا كبيرا من الوقت فإن له أثرا إيجابيا لأنه يتيح للطلاب والمعلمين شعورا بامتلاك هذا الجزء من حياتهم. وهو سوف يؤدي إلى دعم أكبر للسياسات والقرارات. وينبغي لسياسات المدرسة فيما يتعلق بتناول مواد الإدمان أن تشمل تناول المخدرات والكحول والتبغ في أوساط الطلاب والعاملين بالمدرسة. والسياسة المتوازنة بشأن تناول مواد الإدمان هي تلك التي تسعى إلى إيجاد حلول للقضايا في ميداني التدريس وتعزيز الصحة، بما في ذلك العواقب المنطقية للمخالفات، وتقليل من الجزاءات العقابية مثل الإيقاف عن الدراسة. فغالبا ما يؤدي الإيقاف إلى زيادة السلوك المعادي للمجتمع. وبالتالي، ينبغي أن تشجع السياسات المتعلقة بتناول مواد الإدمان على إيجاد سبل مبتكرة لمساعدة الشباب المعرضين لخطر أكبر على المحافظة على صلاتهم بالمدرسة.

٢٢- فيما يتعلق بالأطفال في فترة المراهقة المبكرة والقادرين على الذهاب إلى المدرسة، يشكل التعليم الهادف إلى إذكاء الوعي بمخاطر تناول المخدرات عنصرا هاما للوقاية. وتتعزز بقدر كبير قدرة التدريس في الفصول على الوقاية من تناول المخدرات عندما يجري توفير هذا التدريس في سياق نهج قائم على فكرة "المدرسة الناهضة بالصحة"، وهو نهج يجمع بين العناية بالبيئة في داخل المدرسة وحولها وإتاحة سبل جيدة للحصول على الخدمات وضمن المشاركة القوية من جانب الآباء والمجتمع المحلي. وتكفل أهم الفصول النموذجية الواعدة في إطار هذا النوع من التعليم توفير معلومات دقيقة ومتوازنة عن مخاطر وعواقب تناول المخدرات في سياق استكشاف التأثيرات الاجتماعية وتعليم مهارات الحياة الأساسية (مثل القدرة على التغلب على الصعاب واتخاذ القرارات والتفكير الناقد والاعتماد بالنفس).^(١٧) ولكن، لكي تتسنى إدارة هذا النوع من التعليم في المدارس، ينبغي دمج مع مسائل أخرى (مثل مشاكل الصحة العقلية) تشترك معه في عوامل الخطر والوقاية نفسها. والنهج التعليمية التفاعلية ضرورية لضمان تعليم فعال بشأن مخاطر تناول المخدرات، إذ تبين أن مجرد توفير المعلومات غير مجد. ونظرا إلى أهمية الصلة بالواقع، فمن المرجح أن تؤدي البرمجة الملائمة ثقافيا إلى زيادة قدرات البرامج على تعليم طلاب ينتمون إلى مجموعات إثنية مختلفة

(15) منظمة الصحة العالمية، *Skills for Health: Skills-Based Health*

Education Including Life Skills - An Important Component of a Child-Friendly/Health-Promoting School, Information Series on School Health, No. 9 (مهارات من أجل الصحة):

التعليم الصحي المستند إلى المهارات بما في ذلك مهارات الحياة- عنصر هام لبناء مدرسة مؤاتية للطفل ومعززة للصحة (جنيف، ٢٠٠٣).

(16) الوقاية من تعاطي المخدرات فيما بين الشباب من الأقليات الإثنية والسكان الأصليين (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع A.04.XI.17).

متزايدة. ويتوقف جزء كبير من الإمكانيات التي تتيحها تلك الكيانات على نوعية علاقات الشباب بقادتهم ومدرّبيهم من الراشدين. فإذا تحلّى هؤلاء الأشخاص بحصالة الاحترام والدفء والقدرة الجيدة على التواصل، فإن ذلك يعزز صحة الطفل. والتحدي أمام القادة الراشدين هو أن يبذلوا كل ما في وسعهم لضمان شعور جميع الأطفال والشباب بأنهم مشاركون، وخصوصاً من قد يشعرون، دون ذلك، بالاستبعاد بسبب نوع جنسهم أو ميلهم الجنسي أو عوقهم أو انتمائهم الإثني أو الديني. وينبغي أن تكون البرامج المجتمعية الخاصة بالمراهقين والشباب الضعفاء مستندة إلى أدلة وأن تعمل بجدية لاجتذاب المشاركين (من خلال الرياضة والفنون مثلاً) وأن تكون مدتها كافية لتكوين علاقات قائمة على الثقة والدعم بين الموظفين وجميع المشاركين وأن تولي التعلم وتطوير المهارات عناية تفوق ما توليه للنتائج.

٢٦- وتستخدم المجتمعات في مختلف أنحاء العالم الحملات التي تشن عبر وسائط الإعلام لدعم الوقاية الأولية. وقد تختلف أهداف تلك الحملات، مثل تشجيع أساليب الحياة الصحية وتغيير قواعد المجتمع المحلي فيما يتعلق بتناول المخدرات ودعم الآباء في دور الوقاية الذي يؤدونه. ولكي تكون الحملات فعّالة، فلا بد من فهم جيد للشباب والآباء المستهدفين وتوافر موارد كافية للوصول إلى المجموعة المستهدفة. وتشير الأدلة أيضاً إلى أهمية ما يلي:

- عندما تقدّم الحملات معلومات خاصة بالمخدرات، يجب أن تضمن دقة تلك المعلومات وتوازنها.
- لدى ملاحظة العواقب في الأجل الطويل، من المهم التشديد على العواقب الشخصية والاجتماعية الفورية (مثل عدم جاذبية مظهر الشخص وشعوره بالحرج بسبب تأثير المخدر

٢٤- وقد يستفيد جميع الطلاب من تدابير الوقاية الشاملة الرامية إلى نقل المعارف أو مهارات الحياة أو إلى تحسين البيئة العامة في المدرسة. غير أن بعض الطلاب (مثل الطلاب الذين لا ينجحون في المدرسة أو الذين يواجهون مشاكل سلوكية أو يعانون من إعاقات في مجال التعلّم أو الذين لا يشاركون في أنشطة خارج البرنامج الدراسي) معرّضون لمشاكل مختلفة، منها تناول المخدرات، ويمكن أن يستفيدوا من تدابير الوقاية المحددة الأهداف. ويمكن أن تكون المبادرات التي تساعد الطلاب المعرضين لدرجة أكبر من الخطر من خلال تقديم دعم أكاديمي لهم وتعليمهم مهارات الحياة أو إشراكهم في برامج رياضية وترويجية أن تكون فعالة. وقد كان لبعض المبادرات التي جُمع فيها طلاب معرّضون لخطر أكبر في برامج محددة الأهداف أثر سلبي، لأن تلك المبادرات قد دفعت بأولئك الطلاب إلى عقد علاقات مع أقران من ذوي السلوك المنحرف وقضاء قدر أقل من الوقت في فصول نظامية مع أقران عاديين؛ ومن ثم، يُنصح بتوخي الحيطه. وكانت التدخلات القصيرة المدة التي تستخدم فيها النهج القائمة على الحوافز مباشرة بالخير بصفة خاصة فيما يتعلق بالطلاب الذين يتناولون الكحول، ويمكن أن يكون لها أثر مماثل على الطلاب الذين يتناولون المخدرات.

٢٥- وتتيح الأجهزة التي تقدّم خدمات إلى الشباب والأندية الرياضية وغيرها من الكيانات التي توفر أنشطة خارج المدرسة فرصاً جيدة لتعزيز نمو الشباب وصحتهم. فهي، بمجرد توفيرها أنشطة بديلة للأطفال والشباب، تؤدّي دوراً هاماً في التشجيع على الاستفادة من أوقات الفراغ بصورة صحية. غير أن بإمكان هذه الكيانات أن تعزز هذا الدور بوضع برامج تضمن فيها ما يلي: أن يشعر فيها جميع الشباب بالسلامة الجسدية والنفسية؛ وأن تكون فيها القواعد والتوقعات واضحة وملائمة للسن؛ وأن تتيح الكثير من الفرص للاضطلاع بمسؤوليات

(كالاتندية والمراقص والحانات والحفلات والمهرجانات الموسيقية) ومؤسسات الدراسة بعد المرحلة الثانوية (مثل المعاهد والجامعات)، فإنها مهمة في الوقاية الأولية.^(١٧) واتباع نهج قائم على أهمية "البيئة الصحية"، يعترف بما تنطوي عليه من إمكانيات لتعزيز الصحة أو إعاقته، قد يكون فعالاً في جميع الحالات:

- من شأن ظروف العمل والممارسات التنظيمية أن تخفف من الضغط أو تزيد من شدته على العاملين، مما يؤثر بدرجة كبيرة على صحتهم وتناولهم للمخدرات. وقد يساعد إسهام الموظفين في طريقة تنظيم عملهم على الحد من الضغط، شأنه في ذلك شأن تدابير مثل تقديم تعليقات بشكل منتظم على الأداء ووضع جداول زمنية معقولة ومرنة للعمل. وبإمكان الشركات أيضاً، الكبيرة منها والصغيرة، أن تخفض تناول المخدرات من خلال رفع درجة وعي الموظفين والمشرفين بمسائل المخدرات، واتباع نهج فعال للتعرف على متناولي المخدرات وتحقيق التوازن بين التدابير التأديبية وسبل الحصول على المساعدة.^(١٨)

وإتباعه سلوكاً معادياً للمجتمع في اليوم التالي وازدياد اللامبالاة عنده وعدم قدرته على التركيز وتعرضه للاعتقال).

- نظراً إلى التنوع الكبير في أوساط الشباب، من المهم توخي الوضوح فيما يتعلق بالمجموعة المستهدفة والصورة أو التمثيل الاجتماعي الذي تربطه المجموعة بمخدر ما؛ فالرسالة الموجهة في وسائط الإعلام إلى الشباب المغامرين، على سبيل المثال، ينبغي أن تكون مختلفة عن الرسالة الموجهة إلى الشباب الذين يرون جاذبية تناول المخدرات نتيجة للمسائل التي تثير القلق لديهم.
- يجد معظم الراشدين صعوبة بالغة في مواكبة اتجاهات الشباب والاعتبارات الخاصة بالسن؛ ومن ثم، فمن المهم إشراك أفراد المجموعة المستهدفة في صياغة مبادرات ووسائط الإعلام.

٢٧- ومن الصعب أن تكون حملات الوقاية في وسائط الإعلام ملحوظة وسط تزاخم لا سابق له بين وسائط الإعلام والشراكات بين القطاع العام والقطاع الخاص التي يجمع فيها القطاعان مواردهما فعالة في توسيع نطاق حملات الوقاية. وإذا استُخدم النهج القائمة على وسائط الإعلام، التقليدية منها (مثل المقابلات في الشارع) والجديدة (مثل شبكات التواصل الاجتماعي على الإنترنت)، بشكل مبتكر، فمن الممكن أن تتيح الوصول إلى المجموعات المستهدفة من الشباب دون تكاليف باهظة.

٤- أواخر المراهقة وأوائل سن الرشد

٢٨- نظراً إلى الدور الأساسي الذي تؤديه بعض الأماكن في حياة المراهقين والشباب، مثل مكان العمل ومواقع الحياة الليلية

(17) يوجد في جميع المجتمعات مجموعة من السكان في أواخر سن المراهقة وفي أوائل سن الرشد تتاح لهم إمكانيات أقل للحصول على الموارد. فالشباب العاطلون عن العمل الذين يعيشون في مساكن سيئة أو في الشوارع (نتيجة تنشئة سيئة أو غير مستقرة أو نتيجة علل عقلية مثلاً) يرجح أن يستفيدوا من الخدمات ذات الأهداف المحددة أكثر مما يستفيدون من أنشطة الوقاية الأولية.

(18) مكتب العمل الدولي: *Management of Alcohol- and Drug- Related Issues in the Workplace*, ILO Code of Practice

(إدارة القضايا المتصلة بالكحول والمخدرات في مكان العمل، مدونة ممارسات منظمة العمل الدولية) (جنيف، ١٩٩٦).

متاحة في موقع: <http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/>

1996/96B09_297_engl.pdf

أيضا العناية بهذه المرحلة من الحياة. وخلال جميع مراحل الحياة، يجب إدراج الوقاية في الطريقة التي يتصور بها جميع أفراد المجتمع المحلي مسؤولياتهم (ويشمل ذلك الأسر والمدارس ووسائل الإعلام وأجهزة رعاية الشباب والجماعات الدينية وأماكن الحياة الليلية). ويتمثل التحدي الذي يواجهه واضعي سياسات وبرامج الوقاية في بيان الطريقة التي يمكن أن تُدعم بها المهمة الأساسية المسندة إلى هؤلاء الأفراد من المجتمع بإدراج السياسات والنهج المتجهة نحو الوقاية، لكي يرى أصحاب المراقص مثلا أن مراعاة الصحة في تلك المواقع يمكن أن يكون ذا جدوى تجارية ولكي تفهم سلطات المدارس أن الوقاية تسهم إسهاما مباشرا في بلوغ الأهداف التعليمية. والأمثل هو أن يعتبر كل فرد من أفراد المجتمع المحلي أن الوقاية من تناول المخدرات وتعزيز الصحة هما أمر شخصي وألا يعتبرهما مشروعين مؤقتين، بل الطريقة الفضلى للقيام بعمله.

٣٠- وتسهم كل مبادرة منفردة، عندما تستند إلى أدلة تُصمَّم وتنفَّذ بعناية، إسهاما كبيرا في الوقاية؛ غير أن احتمال تحقيق نتائج إيجابية يكون أكبر بكثير عندما تُجمع المبادرات المنفردة في إطار عمل جماعي شامل وطويل الأجل. وتعني تنمية الشباب الذين يتمتعون بالصحة والذين لا يتناولون المخدرات إشراك جميع أفراد المجتمع المحلي في مساعدة الأطفال والشباب على تنمية قدرات شخصية واجتماعية قوية. وتكون فرص بناء المهارات أقوى عندما تقدّم في سياق أنشطة الحياة اليومية (مثل القدرة على معالجة العلاقات ومواجهة المخدرات والترهيب). وأفضل جهات لغرس هذه المهارات هي الأسر (بما فيها الأسر الموسّعة) والمدارس والجمعيات الترويحية وغيرها من كيانات المجتمع المحلي التي تعمل معا لدعم التنمية الصحية.

٣١- والبرامج المجتمعية للوقاية من تناول المخدرات، التي تكون طويلة الأجل وتتسم بتنسيق جيد، هي مشاريع معقدة

• من الأفضل معالجة تناول المخدرات في مواقع الحياة الليلية من خلال تدخلات شاملة تهدف إلى تعزيز صحة وسلامة العاملين فيها والزبائن. ومسائل الصحة والسلامة داخل تلك المواقع واسعة النطاق، وهي قد تشمل مسائل من قبيل التهوية والحرائق ومستويات الضوضاء والأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي والحمل غير المرغوب فيه والإصابات غير المقصودة نتيجة السقوط أو العنف والقيادة تحت تأثير المخدرات بعد مغادرة مكان العمل. ومن الأفضل أن تعالج هذه القضايا باستخدام مزيج من السياسات الأساسية وتدريب الموظفين الذين يقدمون الخدمات ومراقبي الأبواب ومساعدة الموظفين في الحصول على العلاج عند الضرورة.

• تُنصح مؤسسات الدراسة بعد المرحلة الثانوية أيضا باتباع نهج شامل يجمع بين التوعية والتعليم، وكذلك تدريب قادة المجموعات، مع اتخاذ سياسات تُطبّق تطبيقا متسقا. وينبغي أن تستند المبادرات في هذه المؤسسات إلى فهم أن تناول المخدرات يؤثر على الأداء الأكاديمي.

٥- جميع مراحل الحياة

٢٩- من الواضح أن المجتمعات تتاح لها طائفة كبيرة من الفرص (من حيث مجموعات السكان المستهدفة ومراحل الحياة ومختلف البيئات، مثلا) لتعزيز صحة الشباب والوقاية من تناول المخدرات. ولئن كانت الوقاية الأولية تركز غالبا على سنوات المراهقة، فإن سنوات الطفولة المبكرة والمتوسطة تتيح أيضا فرصا جيدة لذلك. وفرص الوقاية الأولية تكون أضيق نطاقا عندما ينتقل الشباب إلى سن الرشد. ولكن من المهم

وتلتزم بالاضطلاع بهذا العمل تحديدا. وتهدف استراتيجيات مكافحة المخدرات إلى تحقيق التوازن بين عناصر مختلفة، وإن ظلت الوقاية الأولية تعاني من عدم الاهتمام مقارنة بالعناصر الأخرى. ويشكل خفض عرض المخدرات جزءا بالغ الأهمية ضمن تشكيلة من العناصر الضرورية لمعالجة مشاكل المخدرات بطريقة فعالة. وعلى الرغم من ندرة دراسات التقييم وتحليل التكلفة والفوائد لتدابير خفض عرض المخدرات، فيفترض أن تفضي هذه الأنشطة إلى ارتفاع أسعار المخدرات وتقليل إمكانية الحصول عليها في المجتمعات المحلية. وبقدر ما يكون الحال كذلك، فإن أنشطة خفض عرض المخدرات تسهم في خفض الطلب عليها. ويحتمل أن يكون العكس صحيحا كذلك: أي أن خفض الطلب على المخدرات بشكل فعال، بما في ذلك الوقاية الأولية، يفضي إلى خفض العرض في المجتمعات المحلية. وتحتاج الوقاية الأولية كذلك إلى أن تحتل موقعها مجددا إلى جانب الوقاية الثانوية التي طغت على النقاش خلال السنوات الأخيرة. ولئن كان من الضروري تلبية احتياجات الأشخاص المنخرطين بشكل خطير في تناول المخدرات، فإن تشجيع عدم تناول المخدرات يعود بفوائد جلية على الصحة العمومية أيضا. وأخيرا، من المهم أن تتحرر الوقاية الأولية من هيمنة العلاج من تعاطي المخدرات. ومن الناحية التاريخية، كان العاملون في مجال العلاج والطب يضطلعون بجزء كبير من العمل المتعلق بالوقاية من تناول المخدرات. فمعرفة الوثيقة بمشاكل تناول المخدرات وفرت معلومات أولية هامة عن عمل الوقاية؛ غير أن العاملين في المجال الطبي غالبا ما يعالجون المشاكل باستخدام نهج إفرادي يتناول كل حالة على حدة بدلا من اتخاذ نهج يعالج "النظم". ومن الضروري اتباع نهج يعالج "النظم" يأخذ في الاعتبار مختلف السياقات أو العوامل البيئية التي تؤثر في تناول المخدرات.

تتطلب الالتزام وإقامة الشراكات وتطوير القدرات في مجال القيادة والمشاركة العامة. والتحديات ليست صغيرة ولكن المزايا يمكن أن تكون كبيرة. وحتى في المجتمعات الضعيفة التي تدور في دوامة تدهور سريع، يمكن أن تفضي الجهود الجماعية إلى تغييرات صغيرة ولكن هامة (مثل انخفاض كمية المخدرات المبعة أو مدى تناول المخدرات في الأماكن العامة)، مما يعزز الوثام والشعور بوحدة المقصد. ونظرا إلى أن الظروف الاجتماعية السيئة يمكن أن تسهم في تناول المخدرات، فيجب على الأخصائيين العاملين في مجال الوقاية أن يتعاونوا مع سائر الجهات لرصد تلك الظروف ومناصرة السياسات والمبادرات المبتكرة للحد من عدم المساواة الاجتماعية والتخفيف من وطأة الفقر (مثل تعزيز سبل الحصول على السكن والغذاء الملائمين، والوظائف الجيدة، والتعليم والرعاية في مرحلة الطفولة المبكرة). ويقع على عاتق الحكومات دور محدد ينبغي أن تؤدّيه في دعم العمل المحلي ولكن ينبغي لها توخي الحذر. فقد يدفع الأخصائيون عن غير قصد، نتيجة اطلاعهم على البيانات والبحوث، بالمواطنين إلى الاعتقاد بأنهم غير أكفاء لمعالجة قضاياهم الخاصة على الصعيد المحلي. ويحتاج المقيمون في المجتمع المحلي (بمن فيهم الشباب) إلى تحديد شواغلهم وصوغ خطة مستدامة، ويجب على الأخصائيين في مجال الوقاية أن يدعموا هذا الدور ويساعدوا على بناء قدرات المجتمع المحلي للاضطلاع بهذا العمل.

جيم - بناء القدرات في مجال الوقاية الأولية على الصعيد الوطني: التحديات والفرص

٣٢ - تنطوي استراتيجيات الوقاية المستندة إلى أدلة على إمكانيات كبيرة لخفض الطلب على المخدرات؛ بيد أنه، لتحقيق تلك الإمكانيات، يجب على الحكومات أن تخرج الوقاية الأولية من حظيرة التدابير الاستراتيجية الأخرى

من قيود شديدة. فمن المهم إذاً أن تتوصل السلطات المسؤولة عن الوقاية والسلطات المسؤولة عن التعليم إلى خطط للوقاية من تناول المخدرات في المدرسة تكون فعّالة وقابلة للتنفيذ. والعوامل التي تسهم في تناول المخدرات تسهم أيضاً في المشاكل السلوكية والاجتماعية الأخرى، مثل الأداء المدرسي الرديء ومشاكل الصحة العقلية والعنف والنشاط الإجرامي. وعليه، فمن المهم أن تقوم مراكز التنسيق في مجال الوقاية من تناول المخدرات بربط الاستراتيجيات الموجهة إلى أنواع السلوك الأخرى التي تمثل خطراً صحياً. ومن الموضوعات التي ينبغي أن تحظى بالأولوية في المناقشات بين الأجهزة ضرورة إدراج الوقاية من تناول المخدرات ضمن أهداف الاستراتيجيات الأخرى وعمليات التقييم فيها وضرورة القيام بالشيء نفسه في استراتيجيات الوقاية من تناول المخدرات. ونظراً إلى الصلة القائمة بين استعمال المواد المتاحة على نحو مشروع في مرحلة مبكرة وتناول المخدرات في مرحلة لاحقة، فينبغي ربط خطة الوقاية من تناول المخدرات بالجهود الرامية إلى التصدي لتعاطي تلك المواد. وأخيراً، يجب ربط خدمات الوقاية الأولية بالوقاية الثانوية والجوانب المتعلقة بالعلاج في سلسلة خدمات خفض الطلب على المخدرات لضمان تنسيق سلس بين مستويات تقديم الخدمات.

٣٤- وتعني الأهمية الحاسمة التي يكتسبها التعاون بين المكاتب الحكومية أنه ينبغي تعزيز قدرة النظام في هذا الاتجاه. وينبغي للحكومات أن تضع آليات رسمية وغير رسمية للتنسيق والتعاون وأن تعيّن موظفين لدعم التعاون بين الإدارات وبين

٣٣- وفي الحقيقة، لعل أكبر تحدٍّ أمام الوقاية الأولية هو تنظيم ومراعاة طائفة من الصلات التي ينبغي أن تكون جزءاً من خطة فعالة للوقاية الأولية، على نحو واضح. وتدعو الهيئة واضعي السياسات إلى إنشاء مركز تنسيق واضح للوقاية الأولية وإقامة صلات عمودية وأفقية على مستوى الحكومة:

- الصلات العمودية: إن مسائل تناول المخدرات هي أساساً مسائل صحية، وترتبط الوقاية ارتباطاً وثيقاً بتعزيز الصحة العمومية ونمو الأطفال والشباب؛ وبالتالي، فلا بد أن تكون السلطات الصحية على جميع مستويات الحكومة جزءاً لا يتجزأ من جهود الوقاية الأولية. والصلات العمودية ضرورية لأن مراكز تنسيق الوقاية من تناول المخدرات ينبغي لها أن تسهم في اتخاذ القرارات بشأن السياسات الاجتماعية على أعلى مستويات الحكومة. وينجم خطر تناول المخدرات في معظم الأحيان عن عوامل اجتماعية-اقتصادية واسعة النطاق. وينبغي لسياسات الوقاية أن تناصر السياسات الاجتماعية على مستوى الحكومة، أي السياسات التي تشجّع على تكافؤ فرص الأطفال والأسر في الحصول على عوامل الوقاية (مثل مبادرات مكافحة الفقر والإدماج الاجتماعي).

- الصلات الأفقية: يمكن أن تُعرض العوامل المبكرة الطفل لخطر تناول المخدرات في مرحلة لاحقة من حياته. ومن ثم، يجب ربط استراتيجيات الوقاية من تناول المخدرات بمبادرات دعم نمو الأطفال. ويقع على عاتق وزارات التعليم دور كبير ينبغي أن تؤدّيه في الوقاية الأولية ولكنها غالباً ما تعاني

ولكنها تُنصح بتخصيص موارد لكلتا المجموعتين. وغالبا ما يكون أثر تدخلات الوقاية العامة محدودا (أي أنها لا تقي إلا نسبة مئوية صغيرة من السكان من البدء في تناول المخدرات أقل مما سيكون عليه الحال لو كان الأمر بخلاف ذلك)؛ غير أن هذه النسبة، نظرا لأنها تخدم عامة السكان، فقد تمثل عددا كبيرا من الأشخاص وتكفل فائدة كبيرة في مجال الصحة العمومية. ويسمح استهداف الفئات الضعيفة من السكان بتكثيف التدخلات كي تكون أوثق صلة باحتياجات فئات معينة من السكان.

- تتضمن الكلمات الرئيسية الواردة في بيانات النتائج الطويلة الأجل عبارات "الوقاية من التناول"، و"تأخير التناول" و"تشجيع عدم التناول في أوساط متناولي المخدرات من حين لآخر" و"منع تحول التناول من حين لآخر إلى تناول خطير". ومن النتائج الفورية التي يمكن أن تسهم في تحقيق هذه الأهداف الطويلة الأجل "تطوير مهارات الحياة ذات الصلة بالصحة" و"تكوين عوامل الوقاية" و"تعزيز القدرة على المقاومة" و"تعزيز القدرات الفردية والتنظيمية". ويجب أن يكون هناك ترابط منطقي بين جميع عناصر الاستراتيجية (مثل الأهداف والغايات والأنشطة) في إطار قائم على المساءلة.

٣٧- وينبغي للحكومات وغيرها من أصحاب المصلحة (مثل المدارس وأجهزة رعاية الشباب ووسائل الإعلام والجماعات الدينية والشرطة وتحالفات المجتمع المحلي والقطاع الخاص) أن تشدد على النهج القائم على أدلة للعمل في مجال الوقاية الأولية. ولا يزال الاضطلاع بمعظم العمل فيما يتعلق

الميادين التخصصية على جميع المستويات ولتعزيز تبادل المعارف بنشاط داخل القطاعات وفيما بينها.

٣٥- ولا يمكن أن يكون العمل الحكومي وحده فعالا في مجال الوقاية الأولية؛ ومن الضروري أن تتعاون مراكز تنسيق الوقاية الأولية والمنظمات غير الحكومية فيما بينها. ويجب إقامة شراكات بين الحكومة والمجتمع المدني على الصعيد المحلي والوطني والدولي لضمان استخدام الموارد الشحيحة المتاحة بأعلى درجة ممكنة من الكفاءة وزيادة فعالية الجهود الرامية إلى الحد من انتشار تناول المخدرات. والمنظمات غير الحكومية الموثوق بها والتي تساعد الأطفال والشباب والمعتادة على العمل جنبا إلى جنب مع ممثلي المجتمعات المحلية هي الأقدر على توفير وقاية قائمة على أدلة وملائمة من الناحية الثقافية على الصعيد المحلي. وفي بعض المناطق، يخضع عمل المنظمات غير الحكومية لتقييم متزايد، وهذا اتجاه ينبغي تشجيعه. فمشاركة المنظمات غير الحكومية على نطاق واسع وبطريقة مباشرة في هذا المجال تحولها منظورا هاما ينبغي لمثلي الحكومات أن يأخذوه في الاعتبار على صعيد اتخاذ القرارات.

٣٦- ومن المهم أن تتضمن استراتيجية الوقاية من تناول المخدرات أهدافا وغايات واضحة:

- يوجد في أي فئة من الشباب مجموعة كبيرة من الأشخاص لا تتناول المخدرات البتة أو تتناولها أحيانا؛ وقد يستفيد هؤلاء الأشخاص من التدابير والرسائل الرامية إلى تشجيع عدم تناول المخدرات. ولدى بعض هؤلاء الشباب ميزات أو عوامل وقاية وقد يستفيدون من تدابير الوقاية العامة؛ ويكون آخرون أكثر عرضة لتناول المخدرات لأن لديهم عاملا واحدا أو أكثر من عوامل الخطر. وربما تميل الحكومات إلى تخصيص مواردها المحدودة لمجموعة أو أخرى من السكان

وهذه المبادئ التوجيهية بشأن الممارسات الجيدة مفيدة. ويمكن أن تتخذ أساساً لوضع المعايير في مجال الوقاية يوفر مقياس مرجعية للوقاية الجيدة. وإذا عُززت تلك المعايير بموارد لدعم التحسين المستمر، فإنها يمكن أن ترفع المستوى العام لجودة العمل في مجال الوقاية. ويتجلى أثر الجهود الرامية إلى تحسين نوعية البرمجة والممارسات في إضفاء الطابع المهني على القوى العاملة في ميدان الوقاية. ولا يكفل ذلك تحسين الخدمات المقدّمة إلى المجتمع فحسب، بل يوفر دعماً هاماً أيضاً للعاملين في ميدان الوقاية، إذ يعطيهم هوية ومساراً مهنياً واضحاً. وفي بيئة تركز على معايير الجودة، سيكون من الأسهل الاحتفاظ بالعاملين في ميدان الوقاية وبناء القدرات التنظيمية. وبإمكان السلطات الدولية ذات الصلة أن تشجّع هذا التطور بإعداد مبادئ دولية للوقاية الأولية الفعالة، بالتشاور مع السلطات الوطنية والخبراء ومقدمي الخدمات والشباب. ويمكن لهذه المبادئ التوجيهية أن تُفضي إلى وضع معايير ومقاييس أوسع نطاقاً للجودة بإمكان الحكومات أن تستخدمها في رصد أدائها في مجال الوقاية الأولية والإبلاغ عنه.

٤٠- ولتحقيق كل ما تستطيع الوقاية الأولية إنجازه، لا بد أن ينتقل المجتمع من القول إلى الفعل. وغالباً ما تحظى الوقاية بكثير من الإشادة وقليل من الدعم. ولمواجهة "أزمة" المخدّرات المدركة، تولي الحكومات الأولوية غالباً لتدابير تصدّد قوية ولكن عابرة، مثل الحملات الإعلامية المنفردة أو تصعيد إنفاذ القوانين. وينبغي للحكومات أن تعمل على مكافحة حلقات الذعر واللامبالاة التي كثيراً ما تتميز بها ردود الفعل إزاء مسائل المخدّرات. ومن أجل الإبقاء على الدعم لاستراتيجيات الوقاية في الأجل الطويل، ينبغي للمجتمعات أن تفهم أن مشاكل المخدّرات ليست أزمة تقع مرة واحدة بل هي تحدّ مستمر. ولئن كان من غير الواقعي توقُّع القضاء على تناول المخدّرات وما يفرضه إليه من مشاكل، فمن الممكن

بالبحث والتقييم في ميدان الوقاية يجري في بضعة بلدان. وهذه مسألة مثيرة للقلق لأن نشاط الوقاية يتأثر لا محالة بسياقه الاجتماعي والثقافي. ولتجاوز هذا الوضع، لا بد للحكومات والهيئات الممولة عبر العالم أن تضطلع بمسؤولية أكبر من خلال إجراء دراسات عن التدخلات التي تبين أنها تبشر بنتائج جيدة أو ثبتت فعاليتها في أماكن أخرى، على سبيل المثال. ويعني ذلك إتاحة مزيد من الموارد (مثل التمويل والمساعدة التقنية) لصياغة وتنفيذ وتقييم برامج الوقاية من تناول المخدّرات.

٣٨- وعلى الصعيد المحلي، ينبغي للأشخاص المسؤولين عن برامج الوقاية من تناول المخدّرات أن يسعوا إلى كفالة الجودة في عملهم. ويعني ذلك أنه ينبغي لهم أن يكونوا قادرين على إبداء أهمّ قد لبوا الاحتياجات المحددة وأن الأنشطة قد نُفذت وفقاً لما هو مقرر (بالوصول إلى عدد ونوع الأفراد المقصودين مثلاً) وأن الأنشطة قد حققت التغييرات أو النتائج المنشودة (مثل خفض عدد الطلاب الذين يتعاطون القنّب) وأنها حققت التغييرات بتكلفة معقولة، وما إلى ذلك. وإذا اعتمد القائمون بالتنظيم على الصعيد المحلي برنامجاً ثبتت فعاليته في أماكن أخرى، وجب عليهم الإبقاء على عناصره الأساسية عند تكييفه مع الثقافة والظروف المحلية. ولما كانت البرامج عبر العالم تضطلع على نحو متزايد بتقييم أعمالها وتبادل خبراتها، فإن فهم ما ينجح لدى مختلف مجموعات السكان والثقافات سوف يتحسن بدرجة كبيرة.^(١٩)

٣٩- وقد أصدر عدد من الحكومات ومعاهد البحث خلاصات للأدلة العلمية لإرشاد استراتيجيات وأنشطة الوقاية.

(19) للاطلاع على موارد مفيدة للاسترشاد بها في تقييم الوقاية على الصعيد المحلي، انظر مراقبة وتقييم برامج وقاية الشباب من تعاطي مواد الإدمان (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع (A.06.XI.7).

تلك العوامل يسهم أيضا في أنواع أخرى من المسائل الصحية أو أنماط السلوك المنطوية على خطر (مثل مشاكل الصحة العقلية والعنف والجريمة)، فإن الصلات بالمكاتب الحكومية الأخرى التي تسعى إلى تحقيق أهداف مماثلة سوف تؤدي إلى تحقيق التآزر على الصعيد الحكومي.

- ينبغي للحكومات أن تشجّع مختلف الفئات ذات المصلحة في الوقاية (كالأسر والمدارس وأجهزة رعاية الشباب والمنظمات غير الحكومية ووسائل الإعلام والجماعات الدينية والشرطة وتحالفات المجتمع المحلي) للعمل معا من أجل تحقيق أهداف الوقاية. فالموارد المحدودة تُستخدم بطريقة أكثر فعالية وكفاءة عندما تتسم العلاقات بالاتصال المفتوح والالتزام بالتعاون.
- ينبغي للحكومات أن تضع آليات لتحسين فهم تناول المخدرات والعوامل التي تؤثر فيه. ومن المهم أن تكون الوقاية مستندة إلى البيانات بقدر المستطاع. ذلك أنه يتعدّر تحديد ما إذا كانت مبادرات الوقاية تؤدي إلى الأثر المنشود دون توافر فهم واضح لمدى تناول المخدرات وطابعه في الوقت الراهن.
- ينبغي للحكومات أن تسعى إلى إيجاد معارف عن أفضل الممارسات داخل ولاياتها القضائية ونشر تلك المعارف. ويجب على الحكومات أن تضطلع بدور ريادي في إعداد واختبار نماذج محلية مبتكرة وتكييف النهج التي تبين نجاحها في أماكن أخرى، بغية التعرف على أفضل الممارسات ذات الصلة على الصعيد المحلي.

الحد من انتشار تناول المخدرات وتحقيق فوائد اجتماعية واقتصادية هامة. وهناك بحوث وممارسات قوية تشير إلى هذا الاتجاه على نحو متزايد. فالعوامل التي تسهم في تناول المخدرات أصبحت تُفهم على نحو أفضل، ويجري تحديد أهداف واقعية، كما تتزايد الأدلة على جدوى تكلفة مختلف أنشطة الوقاية الأولية. وينبغي لوضعي السياسات أن يخصصوا الآن ما يلزم من موارد لتنفيذ هذا العمل المهم.

دال - توصيات لبناء القدرات في مجال الوقاية الأولية على الصعيد الوطني

٤١ - بغية ضمان فعالية تنفيذ تدابير الوقاية الأولية تنفيذا فعالا، أصدرت الهيئة التوصيات التالية:

- ينبغي للحكومات أن تنشئ مركزا واضحا لتنسيق الوقاية الأولية والمساءلة بشأهما. فذلك سوف يُتيح للوقاية الأولية أن تحتل موقعها المناسب إلى جانب الوقاية من الدرجتين الثانية والثالثة.
- ينبغي للحكومات أن تدمج الوقاية الأولية في الاستراتيجيات الوطنية لمكافحة المخدرات وأن تستعين بإطار شامل للصحة العمومية. فإطار الصحة العمومية يتيح قاعدة علمية للوقاية ويضمن معالجة جميع العوامل التي تسهم في تناول المخدرات.
- ينبغي للحكومات أن تبني القدرات على التعاون والاتصال فيما بين جميع القطاعات الحكومية التي تسعى إلى تحقيق نفس الأهداف في ميدان الوقاية، وينبغي لها أن تكفل هذا التعاون والاتصال. ونظرا إلى أن طائفة كبيرة من العوامل تسهم في تناول المخدرات وأن العديد من

معايير يكون بإمكان الحكومات أن تأخذ بها لقياس جهودها في مجال الوقاية الأولية. ويمكن استخدام المعايير التي توضع في إطار التعاون هذا كمقياس مرجعي لعزم الأطراف على مواصلة تحسين جهودها في مجال الوقاية الأولية.

- ينبغي لمكتب المخدرات والجريمة أن يتعاون مع منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) ومنظمة العمل الدولية ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة ومنظمة الصحة العالمية والمنظمات غير الحكومية ذات الصلة والقطاع الخاص على إيجاد الموارد اللازمة وزيادتها ونشرها من أجل مساعدة الحكومات على تعزيز جودة عملها في مجال الوقاية الأولية.

• ينبغي للحكومات أن تزيد من التزامها بتقييم الوقاية الأولية. فالمهم ليس الحصول على موارد مالية فحسب، بل الحصول أيضا على ما يلزم من مساعدة تقنية لإرشاد من يضطلعون بوضع البرامج في إجراء تقييمات ميسرة ومفيدة في الوقت نفسه.

• ينبغي للحكومات أن تطور قدرات القوى العاملة في مجال الوقاية الأولية. ويعني ذلك اعتبار الوقاية مجالا تطبيقيا محددًا، مع ضمان توفير ما يلزم من تدريب أولي ومستمر وتعزيز الشبكات القائمة على التطبيق العملي.

• ينبغي لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة أن يتعاون مع سائر الجهات على وضع