الوقاية من استعمال المخدرات بين الأطفال والمراهقين: دليل قائم على الأبحاث للآباء والمربين وقادة المجتمع

م. د. ابرار حسن جابر النوري

الجامعة المستنصرية / كلية الاداب

المستخلص:

يواجه شباب اليوم العديد من المخاطر بما في ذلك تعاطي المخدرات والعنف وفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز. قد يكون من الصعب مواجهة هذه المخاطر قبل أن تصبح مشاكل. أحد أهداف هذه الدراسة هي مساعدة المجتمع على فهم أسباب تعاطي المخدرات ومنع ظهورها. اذ ان تعاطي المخدرات له عواقب وخيمة في منازلنا ومدارسنا ومجتمعاتنا.

ان معنى الادمان على مخدر هو الرغبة القوية والملحة التي تدفع المدمن للحصول على المخدر بأي وسيلة وزيادة جرعته من ان لآخر، مع صعوبة او استحالة الاقلاع عنه سواء للاعتماد النفسي او لتعود انسجة الجسم عضوياً وعادة ما يعاني المدمن من قوة دافعية قهرية داخلية للتعاطي.

ان تعاطي المخدرات وادمانها (خاصة لدى الشباب) تعتبر العقبة الكبرى امام جهود التنمية والاعمار والبناء، بسبب ما يفرزه الادمان من أمراض اجتماعية وانحرافات سلوكية، كذلك ما يحدثه من اثار اقتصادية وصحية وسياسية سيئة، لذا تعتبر معوقات لعملية التنمية.

كما ان مشكلة تعاطي المخدرات ظاهرة مرضية تعاني منها كافة مجتمعات دول العالم المتقدمة والنامية في القديم والحديث، الا ان درجة خطورتها تختلف من مجتمع لأخر تبعاً لانتشار الظاهرة، اذ ان المخدرات تعتبر من أخطر الأوبئة التي تهدد المجتمعات البشرية في العصر الحاضر, اذ دلت الاحصاءات الرسمية الصادرة من الهيئات المختصة على ان هذا الوباء الحاضر حي قد سجل بالفعل تهديداً لكيان المجتمعات وساهم في عرقلة مسيرة البناء والتطور والتقدم في كل المجلات، كما نجد انتشار واستمرار ظاهرة

المخدرات من شأنه ان تؤثر تأثيراً بالغاً على متطلبات التنمية، وعلى امان المجتمع وخاصة الشباب وقد يؤدي انتشار الادمان الى زيادة نسبة جرائم العنف في المجتمع من حيث جرائم السطو المسلح والسرقة والاغتصاب وغيرها من الجرائم التي تنتشر في الصحف ووسائل التواصل الاجتماعي وتقع تحت تأثير الادمان.

في عام 1997 نشر المعهد الوطني لتعاطي المخدرات (NIDA) الطبعة الأولى من الوقاية من تعاطي المخدرات بين الأطفال والمراهقين: دليل قائم على الأبحاث لمشاركة أحدث نتائج أبحاث الوقاية الممولة من قبل المعهد الوطني لتعاطي المخدرات مع أولياء الأمور والمعلمين وقادة المجتمع. قدم الدليل مفهوم "الوقاية القائمة على البحوث" مع أسئلة وأجوبة حول عوامل الخطر والوقاية، والتخطيط والتنفيذ المجتمعي و14 مبدأ وقائي مستمدة من البحوث الفعالة للوقاية من تعاطي المخدرات. يمكن أن تساعد التدخلات الوقائية المصممة والمختبرة لمواجهة المخاطر الأطفال في كل خطوة على طريق نموهم من خلال العمل على نطاق أوسع مع الأسر والمدارس والمجتمعات، وجد العلماء طرقا فعالة لمساعدة الناس على اكتساب المهارات والأساليب لإيقاف سلوكيات المشكلات قبل حدوثها، ويتضمن هذا البرنامج مبادئ محدثة وأسئلة وإجابات جديدة ومعلومات لبرنامج جديدة ومراجع وموارد موسعة.

مصطلحات البحث: الاطفال، المراهقين، المخدرات، الادمان، الاباء، قادة المجتمع.

Key words: children, teenagers, drugs, addictive, parents, community leaders.

الفصل الاول

ان الادمان وباء يهدد دول العالم المتقدمة والنامية ولا تقف مخاطرة عند حدود دولة او قطر معين وهذه الحقيقة أكد عليها علماء الدين والاجتماع والنفس والصحة. والادمان على مخدر ما يعني تكون رغبة قوية وملحة تدفع المدمن الحصول على المخدر بأي وسيلة وزيادة جرعته من ان لآخر، مع صعوبة او استحالة الاقلاع عنه سواء للاعتماد النفسي او لتعود انسجة الجسم عضوياً وعادة ما يعاني المدمن من قوة دافعية قهرية داخلية للتعاطي وسبب ذلك الاعتماد النفسي او العضوي.

ولقد تضافرت العديد من العوامل السياسية، والاقتصادية، والاجتماعية لتجعل من المخدرات خطراً يهدد العالم او كما جاء في بيان لجنة الخبراء بالأمم المتحدة " ان وضع المخدرات بأنواعها في العالم قد تفاقم بشكل، مزعج ان المروجين قد تحالفوا مع جماعات ارهابية دولية لترويج المخدرات في العالم.

تعتبر مشكلة المخدرات من اعقد المشاكل التي تواجه المجتمع الدولي في الوقت الراهن وهي ليست اقل خطورة من مشاكل الارهاب، ولا يكاد يفلت منها اي مجتمع سواء كان متقدماً او نامياً.

حقق العلم الوقائي تقدما كبيرا في السنوات الأخيرة، حيث يتم اختبار العديد من التدخلات الوقائية في بيئات "العالم الحقيقي" بحيث يمكن تكييفها بسهولة أكبر للاستخدام المجتمعي. يدرس العلماء في الوقت الحاضر مجموعة واسعة من السكان والمواضيع. لقد حددوا على سبيل المثال تدخلات فعالة مع السكان الأصغر سنا للمساعدة في منع السلوكيات المحفوفة بالمخاطر قبل حدوث تعاطي المخدرات.

يدرس الباحثون أيضا المراهقين الأكبر سنا الذين يتعاطون المخدرات بالفعل لإيجاد طرق لمنع المزيد من الإساءة أو الإدمان. تتم دراسة القضايا العملية مثل تحليل التكلفة والعائد. تقديم هذه النتائج للمجتمع هي واحدة من أهم مسؤوليات (PSSC).

يقدم هذا البرنامج الآتي المعنون "الوقاية من استعمال المخدرات بين الأطفال والمراهقين: دليل قائم على الأبحاث للآباء والمربين وقادة المجتمع"، ويتضمن هذا البرنامج مبادئ محدثة وأسئلة وإجابات جديدة ومعلومات لبرنامج جديدة ومراجع وموارد موسعة.

كما تم عرض أمثلة على برامج الوقاية التي تم اختبارها. وكان الغرض من ذلك مساعدة ممارسي الوقاية على استخدام نتائج أبحاث الوقاية لمعالجة تعاطي المخدرات بين الأطفال والمراهقين في المجتمعات المحلية في جميع أنحاء البلاد.

منذ ذلك الحين تضاعف حجم برنامج أبحاث الوقاية التابع لـ NIDA من حيث الحجم والنطاق لمعالجة جميع مراحل نمو الطفل وهي مزيج من الجماهير والإعدادات وتقديم خدمات فعالة على مستوى المجتمع. يركز المعهد الآن على مخاطر تعاطي المخدرات وغيرها من سلوكيات المشكلات التي تحدث خلال نمو الطفل.

الوقاية من المخدرات قد تؤخذ احيانا بمعنى شمولي اي كل انواع المكافحة ضد الجنوح او الجريمة. كما تؤخذ بمعنى جزئي يبتعد عن مثلث العمل مع مشكلة تعاطي المخدرات او ما يسمى بمثلث الحلقة المفرغة وهم (رجال الشرطة، العدالة الجنائية، السجون) ليؤكد على الوقاية التي ترتبط بالجانب الاجتماعي والتدابير المجتمعية ومشاركة الافراد المجتمع للتعامل مع مشكلة تعاطي المخدرات.

كما ان هذا المفهوم كان في الماضي يقوم على اساس حصر الاسباب المؤدية الى الجريمة اولا ثم وضع البرامج التي يمكن ان تواجه تلك الاسباب وتمنع تأثيرها ثانياً ورغم ان هذا المفهوم له وجاهته الا انه ينظر الى الوقاية من جانبها السلبي فقط.

اما التجاه الحديث فإنه ينظر الى الوقاية من خلال ايجاد الظروف الايجابية التي تتيح للناس فرص الحياة السوية الصحية في إطار التشريع والنظم القانونية القائمة.

حاولت الدراسات على مدار العقدين الماضيين تحديد أصول ومسارات تعاطي المخدرات والإدمان – كيف تبدأ المشكلة وكيف تتقدم. لقد تم تحديد العديد من العوامل

التي تساعد على التمييز بين الأشخاص الأكثر عرضة لتعاطي المخدرات عن أولئك الأقل عرضة لإساءة استخدام المخدرات.

كما تمت مناقشته في المقدمة يمكن أن تؤثر عوامل الخطر والحماية على الأطفال في مسار أو مسار خطر النمو. يوضح هذا المسار كيف تصبح المخاطر واضحة في المراحل المختلفة من حياة الطفل. على سبيل المثال قد تظهر المخاطر المبكرة، مثل السلوك العدواني الخارج عن السيطرة على طفل صغير جدًا. إذا لم يتم التعامل معها من خلال الإجراءات الوالدية الإيجابية، يمكن أن يؤدي هذا السلوك إلى مخاطر إضافية عندما يدخل الطفل المدرسة. يمكن أن يؤدي السلوك العدواني في المدرسة إلى الرفض من قِبل أقرانه والعقاب من قِبل المعلمين والفشل الأكاديمي. مرة أخرى إن لم يتم التصدي لها من خلال التدخلات الوقائية يمكن أن تؤدي هذه المخاطر إلى السلوكيات الأكثر إلحاحا التي تعرض الطفل لخطر تعاطي المخدرات مثل تخطي المدرسة والربط مع أقرانهم الذين يتعاطون المخدرات. من خلال التركيز على مسار المخاطر، يمكن أن تتدخل برامج الوقاية المستندة إلى البحوث في مرحلة مبكرة من نمو الطفل لتعزيز عوامل الحماية وتقليل المخاطر قبل وقت طويل من تطور سلوكيات المشكلات.

الفصل الثاني

اولاً: مفهوم الوقاية من المخدرات

الوقاية من المخدرات من الموضوعات الحيوية المعروفة على ساحة البحث العلمي بالرغم من اهميته الا انه مازال اقل فهما ويتناول بمعان مختلفة تخلط بين مناهج اخرى مثل المواجهة والعلاج والتخفيف والتقليل.

لذلك تعتمد الوقاية على:

- تجديد الخصائص المؤسسية والعمليات الاجتماعية التي تؤدي الى ايجاد مواطنين صالحين ملتزمين؛ إعادة تشكيل النظم والمؤسسات القائمة او انشاء المؤسسات الجديدة وفقاً للخطوط التي تتمشى مع تلك المواصفات والخصائص؛ محاولة اقتلاع السمات والاوضاع التي يترتب على وجودها ظهور سلوكيات انحرافيه (تعاطي المخدرات مثلاً).

في إطار ما تقدم الوقاية قاموسياً بأنها " منع وقع حدث غير مرغوب فيه او الحيلولة دون حدوثه." (Mark, H, 1983).

وتعرف الوقاية بأنها الجهود المجتمعية التي تهدف الى الحيلولة دون توفر عوامل وظروف الجريمة (طالب،1997: 12).

وكذلك تعرف الوقاية بأنها محاولة للتغلب على الشروط والظروف التي تؤدي بالأفراد الى اتباع سلوكيات منحرفة او القيام بأعمال تعد قانونيا جرائم او سلوكيات شاذة (ابو حسان،1978: 126).

ثانياً: مبادئ الوقاية

نشأت هذه المبادئ الوقائية المنقحة من الدراسات البحثية التي تمولها NIDA حول أصول سلوكيات تعاطي المخدرات والعناصر المشتركة الموجودة في البحوث على برامج الوقاية الفعالة.

عوامل الخطر وعوامل الحماية

المبدأ الاول

- ينبغي أن تعزز برامج الوقاية العوامل الوقائية وتعكس عوامل الخطر أو تقللها (Hawkins et al. 2002).
- ينطوي خطر التحول إلى متعاطي المخدرات على العلاقة بين عدد عوامل الخطر ونوعها (مثل المواقف والسلوكيات المنحرفة) وعوامل الحماية (مثل دعم الوالدين) (Wills and McNamara et al. 1996).
- يتغير التأثير المحتمل لعوامل الخطر والعوامل الوقائية المحددة مع تقدم العمر، على سبيل المثال يكون لعوامل الخطر داخل الأسرة تأثير أكبر على الأطفال الأصغر سنا في حين أن الارتباط مع أقرانهم الذين يتعاطون المخدرات قد يكون عامل خطر أكثر أهمية للمراهق (Gerstein and Green 1993؛ Kumpfer et al. 1998).
- غالباً ما يكون للتدخل المبكر لعوامل الخطر (مثل السلوك العدواني وضعف ضبط النفس) تأثير أكبر من التدخل اللاحق عن طريق تغيير مسار حياة الطفل (المسار) بعيدًا عن المشكلات ونحو السلوكيات الإيجابية (Ialongo et al. 2001).
- أن هذه العوامل يمكن أن يكون لها تأثير مختلف حسب عمر الشخص والجنس والعرق والثقافة والبيئة (Beauvais et al. 1996؛ Moon et al. 1999).

المبدأ الثاني

ينبغي أن تتناول برامج الوقاية جميع أشكال تعاطي المخدرات، بمفردها أو مجتمعة، بما في ذلك الاستخدام غير القانوني للعقاقير القانونية (مثل التبغ أو الكحول) استخدام المخدرات غير المشروعة (مثل الماريجوانا أو الهيروين)؛ والاستخدام غير المناسب للمواد

التي تم الحصول عليها قانونًا (مثل المستنشقات) أو الأدوية الموصوفة أو الأدوية التي لا تحتاج إلى وصفة طبية (Johnston et al. 2002).

المبدأ الثالث

ينبغي أن تتناول برامج الوقاية نوع مشكلة تعاطي المخدرات في المجتمع المحلي وأن تستهدف عوامل الخطر القابلة للتعديل، وتعزز عوامل الحماية المحددة (Hawkins et al. 2002).

المبدأ الرابع

ينبغي تصميم برامج الوقاية بحيث تتصدى للمخاطر الخاصة بخصائص السكان أو المجتمع، مثل العمر والجنس والعرق، لتحسين فعالية البرنامج (Oetting et al. 1997).

برامج الأسرة

المبدأ الخامس

ينبغي أن تعزز برامج الوقاية القائمة على الأسرة الروابط الأسرية والعلاقات وتشمل مهارات الأبوة والأمومة الممارسة في تطوير ومناقشة وإنفاذ سياسات الأسرة بشأن تعاطي المخدرات؛ والتدريب في مجال التثقيف والمعلومات حول المخدرات (Ashery et al. 1998).

الترابط العائلي هو حجر الأساس للعلاقة بين الآباء والأمهات والأطفال. يمكن تقوية الروابط من خلال التدريب على المهارات المتعلقة بدعم الوالدين للأطفال، والتواصل بين الوالدين والطفل ومشاركة الوالدين (Kosterman et al. 1997). المراقبة والإشراف الوالدان أمران حاسمان للوقاية من تعاطي المخدرات. يمكن تعزيز هذه المهارات بالتدريب على وضع القواعد؛ تقنيات مراقبة الأنشطة؛ الثناء على السلوك المناسب (Kosterman et al. 2001). التثقيف بشأن المخدرات والمعلومات للآباء والأمهات أو مقدمي الرعاية يعزز ما يتعلمه الأطفال عن الآثار الضارة للعقاقير ويفتح فرصًا للمناقشات العائلية حول إساءة استخدام المواد القانونية وغير القانونية (Bauman et al. 2001).

• يمكن للتدخلات الموجزة التي تركز على الأسرة لعامة السكان أن تغير بشكل إيجابي سلوك الأبوة والأمومة المحددة التي يمكن أن تقلل من مخاطر تعاطي المخدرات في وقت لاحق (Spoth et al. 2002b).

البرامج المدرسية

المبدأ السادس

يمكن تصميم برامج الوقاية للتدخل في وقت مبكر من مرحلة ما قبل المدرسة لمعالجة عوامل الخطر لتعاطي المخدرات، مثل السلوك العدواني والمهارات الاجتماعية الضعيفة (Webster-Stratton 1998؛ Webster-Stratton et al. 2001).

المبدأ السابع:

ينبغي أن تستهدف برامج الوقاية لأطفال المدارس الابتدائية تحسين التعلم الأكاديمي والاجتماعي-العاطفي لمعالجة عوامل الخطر لتعاطي المخدرات، مثل العدوان المبكر والفشل الأكاديمي والتسرب من المدرسة. ينبغي أن يركز التعليم على المهارات التالية (Botvin et al.1995; Scheier et al. 1999):

- السيطرة على النفس؛ الوعي العاطفي؛ الاتصالات؛ حل المشكلات الاجتماعية.

المبدأ الثامن:

يجب أن تزيد برامج الوقاية لطلاب المدارس المتوسطة أو الإعدادية من الكفاءة الأكاديمية والاجتماعية بالمهارات التالية (Botvin et al.1995؛ Scheier et al. 1999):

- عادات الدراسة والدعم الأكاديمي، الاتصالات، علاقات الأقران، الكفاءة الذاتية والحزم، مهارات مقاومة المخدرات، تعزيز المواقف المضادة للأدوية.

برامج المجتمع

المبدأ التاسع:

يمكن لبرامج الوقاية التي تستهدف عامة السكان في نقاط الانتقال الرئيسية، مثل الانتقال إلى المدرسة المتوسطة أن تحدث آثارا مفيدة حتى بين الأسر المعرضة للخطر الشديد والأطفال. هذه التدخلات لا تفرد السكان المعرضين للخطر، وبالتالي تقلل من وضع العلامات وتعزز الارتباط بالمدرسة والمجتمع (Botvin et al. 1995 ؛ Dishion et al. 2002).

المبدأ العاشر:

برامج الوقاية المجتمعية التي تجمع بين برنامجين فعالين أو أكثر، مثل الأسرة والمدرسة يمكن أن تكون أكثر فاعلية من برنامج واحد بمفرده (Battistich et al. 1997).

المبدأ الحادي عشر

برامج الوقاية المجتمعية التي تصل إلى السكان في بيئات متعددة – على سبيل المثال، المدارس والنوادي والمنظمات الدينية ووسائل الإعلام – هي الأكثر فعالية عندما تقدم رسائل متسقة على مستوى المجتمع في كل مكان (Chou et al. 1998).

المبدأ الثاني عشر

عندما تقوم المجتمعات بتكييف البرامج لتلائم احتياجاتها أو معايير المجتمع أو المتطلبات الثقافية المختلفة، يجب أن تحتفظ بالعناصر الأساسية للتدخل القائم على الأبحاث (Spoth et al. 2002b) والتي تشمل:

- الهيكل (كيف يتم تنظيم البرنامج وبنائه)، المحتوى (المعلومات والمهارات واستراتيجيات البرنامج)، التسليم (كيف يتم تكييف البرنامج وتنفيذه وتقييمه).

المبدأ الثالث عشر

يجب أن تكون برامج الوقاية طويلة الأجل مع التدخلات المتكررة (أي، البرامج المعززة) لتعزيز أهداف الوقاية الأصلية. تظهر الأبحاث أن الفوائد من برامج الوقاية من المدارس المتوسطة تتناقص دون متابعة البرامج في المدرسة الثانوية (Scheier et al. 1999).

المبدأ الرابع عشر

يجب أن تتضمن برامج الوقاية تدريب المعلمين على ممارسات إدارة الفصل الدراسي الجيدة، مثل مكافأة سلوك الطالب المناسب. تساعد هذه التقنيات في تعزيز السلوك الإيجابي للطلاب، والتحصيل، والدوافع الأكاديمية، والترابط المدرسي (Ialongo et al. 2001).

المبدأ الخامس عشر

تكون برامج الوقاية أكثر فاعلية عندما تستخدم تقنيات تفاعلية، مثل مجموعات مناقشة الأقران ولعب أدوار الوالدين، والتي تتيح المشاركة الفعالة في التعلم عن تعاطي المخدرات ومهارات التعزيز (Botvin et al. 1995).

المبدأ السادس عشر

يمكن أن تكون برامج الوقاية المستندة إلى الأبحاث فعالة من حيث التكلفة. على غرار البحوث السابقة تُظهر الأبحاث الحديثة أنه مقابل كل دولار يتم استثماره في الوقاية يمكن تحقيق وفورات تصل إلى 10 دولارات في علاج إدمان الكحول أو تعاطي مواد أخرى (Pentz 1998؛ Hawkins 1999؛ Aos et al. 2001؛ Spoth et al. 2002A).

الفصل الثالث

عوامل الخطر وعوامل الحماية

ما هي عوامل الخطر وعوامل الحماية؟

تسمى العوامل المرتبطة باحتمالية أكبر لإساءة استخدام المخدرات عوامل "الخطر"، في حين أن العوامل المرتبطة بإمكانية الحد من تعاطي المخدرات تسمى عوامل "وقائية". ومع ذلك يرجى ملاحظة أن معظم الأفراد المعرضين لخطر تعاطي المخدرات لا يبدون في استخدام المخدرات أو يصبحون مدمنين. وايضا قد لا يكون عامل خطر من شخص الى لآخر.

مبادئ عوامل الخطر وعوامل الحماية

1- يجب أن تعزز برامج الوقاية العوامل الوقائية وتعكس عوامل الخطر أو تقللها.
2- ينبغي أن تتناول برامج الوقاية جميع أشكال تعاطي المخدرات
3- ينبغي أن تتناول برامج الوقاية نوع مشكلة تعاطي المخدرات في المجتمع المحلي
4- يجب تصميم برامج الوقاية بحيث تتصدى للمخاطر الخاصة بخصائص السكان أو المجتمع

في العائلة

تحدث التفاعلات الأولى للأطفال داخل الأسرة ويمكن أن تكون إيجابية أو سلبية. لهذا السبب فإن العوامل التي تؤثر على التطور المبكر في الأسرة هي الأكثر أهمية على الأرجح. الأطفال أكثر عرضة للتعرض للمخاطر عندما يكون هناك:

الافتقار إلى الارتباط المتبادل ورعاية الوالدين أو مقدمي الرعاية؛ الأبوة والأمومة غير فعالة.؛ بيئة منزلية فوضوية؛ عدم وجود علاقة كبيرة مع شخص بالغ يرعى اهتمامه؛ مقدم الرعاية الذي يسيء استخدام المواد أو يعاني من مرض عقلي أو يمارس سلوكا إجراميا.

خارج العـائلة

غالباً ما يكون الارتباط مع أقرانهم الذين يتعاطون المخدرات هو الخطر الأكثر مباشرة لتعريض المراهقين لإساءة استخدام المخدرات والسلوك الجانح. وقد أظهرت الأبحاث أن معالجة مثل هذا السلوك في التدخلات يمكن أن يكون تحديا. على سبيل المثال وجدت دراسة حديثة (Dishion et al. 2002) أن وضع الشباب المعرضين لمخاطر عالية في تدخل مجموعة الرفقاء أدى إلى نتائج سلبية. تستكشف الأبحاث الحالية الدور الذي يمكن أن يلعبه البالغون والأقران الإيجابيون في المساعدة على تجنب مثل هذه النتائج في التدخلات المستقبلية.

الفصل الرابع

التخطيط للوقاية من تعاطي المخدرات في المجتمع

كيف يمكن للمجتمع وضع خطة للوقاية القائمة على البحوث؟

تشير البحوث الوقائية إلى أن خطة المجتمع جيدة التصميم تتضمن الخصائص الموضحة في المربع التالي.

خطة المجتمع

- تحديد الأدوية وغيرها من مشاكل الأطفال والمراهقين في المجتمع؛
- يعتمد على الموارد الموجودة (مثل البرامج الحالية للوقاية من تعاطي المخدرات)
- وضع أهداف قصيرة الأجل ذات الصلة بتنفيذ برامج الوقاية القائمة على البحوث
- الأهداف طويلة الأجل للمشاريع بحيث تتوفر الخطط والموارد للمستقبل؛ و
- يشتمل على تقييمات مستمرة لتقييم فعالية استراتيجيات

عملية التخطيط

يعتمد نظام تشغيل الوقاية من المجتمعات التي تهتم الذي طورته هوكينز وزملاؤه في جامعة واشنطن (Hawkins et al. 2002)، على الأساليب الوبائية. يتم إجراء تقييم

لجمع البيانات حول توزيع عوامل الخطر والحماية على مستوى المجتمع. يساعد هذا النهج المخططين المحليين على تحديد المناطق الجغرافية ذات أعلى مستويات المخاطرة وأدنى مستويات موارد الحماية.

هل المجتمع مستعد للوقاية؟

تحديد مستوى كبير من المخاطر في المجتمع لا يترجم دائما إلى استعداد المجتمع لاتخاذ إجراء. استنادًا إلى دراسات أجريت على العديد من المجتمعات الصغيرة، حدد الباحثون تسع مراحل من الاستعداد يمكنها توجيه تخطيط الوقاية (Plested et al. 1999).

تقييم الاستعدادات		عمل المجتمع
مرحلة الاستعداد	استجابة المجتمع	أفكار
1 لا الوعي	التسامح النسبي لتعاطي المخدرات	خلق الدافع. لقاء مع قادة المجتمع المشاركين في الوقاية من تعاطي المخدرات؛ استخدام وسائل الإعلام لتحديد المشكلة والتحدث عنها؛ تشجيع المجتمع على معرفة مدى ارتباطه بقضايا المجتمع؛ البدء في التخطيط المسبق
2. الحرمان	لا يحدث هنا، لا يمكن أن يحدث أي شيء عنه	
3. الوعي الغامض	الوعي، ولكن لا يوجد الدافع	
4. التخطيط المسبق	القادة يدركون، بعض الدوافع	
5. التحضير	القيادة النشطة وصنع القرار	اعمل معا وضع خطط لبرمجة الوقاية من خلال التحالفات ومجموعات المجتمع الأخرى.
6. البدء	البيانات المستخدمة لدعم إجراءات الوقاية	تحديد وتنفيذ البرامج القائمة على البحوث.
7. الاستقرار	المجتمع يدعم عموما البرنامج الحالي	تقييم وتحسين البرامج الجارية.
8. تأكيد	يدعم صانعو القرار تحسين أو توسيع البرامج	مأسسة وتوسيع البرامج للوصول إلى المزيد من السكان.
9. الاحتراف	معرفة مشكلة المخدرات المجتمع. نتوقع حلول فعالة	وضع برامج متعددة المكونات في مكانها لجميع الجماهير.

كيف يمكن للمجتمع تقييم فعالية جهود الوقاية الحالية؟

يمكن أن يمثل تقييم جهود الوقاية تحديا للمجتمع، بالنظر إلى الموارد المحدودة والوصول المحدود إلى الخبرة في تقييم البرنامج. تبدأ العديد من المجتمعات العملية بمراجعة منظمة لبرامج الوقاية الحالية لتحديد:

- ما البرامج الموجودة حاليا في المجتمع؟
- هل كانت معايير علمية صارمة تستخدم لاختبار البرامج أثناء تطويرها؟
- هل تتطابق البرامج مع احتياجات المجتمع؟
- هل يتم تنفيذ البرامج حسب التصميم؟
- ما هي النسبة المئوية للشباب المعرضين للخطر في البرنامج؟

الفصل الخامس

تطبيق مبادئ الوقاية على برامج الوقاية من تعاطي المخدرات

كيف يتم معالجة عوامل الخطر والحماية في برامج الوقاية؟

عوامل الخطر والحماية هي الأهداف الرئيسية لبرامج الوقاية الفعالة المستخدمة في محيط الأسرة والمدرسة والمجتمع. عادة ما يتم تصميم برامج الوقاية للوصول إلى مجموعات سكانية معينة في بيئاتها الأساسية، مثل الوصول إلى الأطفال في المدرسة أو من خلال البرامج الترفيهية أو بعد المدرسة.

يمكن وصف برامج الوقاية من قبل المجتمع أو مستوى التدخل الذي صممت من أجله:

- تم تصميم برامج عالمية لجميع السكان مثل جميع الطلاب في المدرسة.
- البرامج الانتقائية تستهدف الفئات المعرضة للخطر أو مجموعات فرعية من عامة السكان مثل أطفال متعاطي المخدرات أو الفقراء المتسرب من المدارس.

- البرامج المصممة مصممة للأشخاص الذين يجربون بالفعل المخدرات.

في العـائلة

يمكن لبرامج الوقاية أن تقوي العوامل الوقائية بين الأطفال الصغار من خلال تعليم الآباء مهارات اتصال أفضل للأسرة، وأساليب الانضباط المناسبة من الناحية التنموية وفرض قواعد ثابتة ومتسقة وغيرها من مهارات إدارة الأسرة. يمكن تعليم الآباء أيضا كيفية زيادة دعمهم العاطفي والاجتماعي والمعرفي والمادي بما في ذلك على سبيل المثال تلبية احتياجات أطفالهم المالية والنقل والرعاية الصحية والواجبات المنزلية.

في المدرسة

تركز برامج الوقاية في المدارس على المهارات الاجتماعية والأكاديمية للأطفال بما في ذلك تعزيز علاقات الأقران، والتحكم الذاتي، ومهارات المواجهة، والسلوكيات الاجتماعية ومهارات رفض عرض المخدرات. يجب دمج برامج الوقاية القائمة على المدرسة ضمن هدف المدرسة وهو تحسين الأداء الأكاديمي. تظهر أدلة على أن أحد المخاطر الرئيسية لفشل المدرسة هو عدم قدرة الطفل على القراءة في الصفوف الثالث والرابع (Barrera et al. 2002).

تشير الأبحاث الحديثة إلى توخي الحذر عند تجميع المراهقين المعرضين لمخاطر عالية في تدخلات مجموعة الزملاء للوقاية من تعاطي المخدرات. لقد أثبتت هذه المجموعات أنها تنتج آثارا سلبية حيث يبدو أن المشاركين يعززون من سلوكيات تعاطي المخدرات مع مرور الوقت (Dishion et al. 2002). يبدأ البحث في كيفية الوقاية من هذه الآثار مع التركيز بشكل خاص على دور البالغين والأقران.

في المجتمع

تقوم العديد من البرامج بتنسيق جهود الوقاية عبر الإعدادات لتوصيل رسائل متسقة من خلال المدرسة والعمل والمؤسسات الدينية ووسائل الإعلام' أظهرت الأبحاث أن البرامج التي تصل إلى الشباب من خلال مصادر متعددة يمكن أن تؤثر بشدة على معايير

المجتمع (Chou et al. 1998). تشمل البرامج المجتمعية أيضا وضع سياسات أو إنفاذ اللوائح وجهود وسائل الإعلام الجماهيرية وبرامج التوعية على مستوى المجتمع. ومن الأمثلة على ذلك فرض حظر التجول على الشباب، وفرض قيود على الإعلانات وتقليل كثافة منافذ بيع الكحول في المجتمع ورفع أسعار السجائر وإنشاء مناطق مدرسية خالية من المخدرات. أثبتت بعض التدخلات الإعلامية والمستهدفة فعاليتها في الحد من تعاطي المخدرات، على سبيل المثال أدت حملة إعلامية جماهيرية تستهدف الشباب الباحثين عن الإحساس إلى تقليل تعاطي الماريجوانا بنسبة 27 في المائة بين الشباب الباحثين عن الإحساس العالي (Palmgreen et al. 2001).

ما هي العناصر الأساسية لبرامج الوقاية الفعالة القائمة على الأبحاث؟

نظراً لأن المجتمعات تقوم بمراجعة برامج الوقاية لتحديد أيها يناسب احتياجاتهم فيجب مراعاة العناصر الأساسية التالية للبرامج الفعالة القائمة على الأبحاث.

- الهيكل – كيف يتم تنظيم وبناء كل برنامج؛ المحتوى — كيفية تقديم المعلومات والمهارات والاستراتيجيات؛ التسليم — كيفية اختيار البرنامج أو تكييفه وتنفيذه، وكذلك كيفية تقييمه في مجتمع معين.

بناء البرنامج

البنية تعالج نوع البرنامج والمجتمع والإعداد المختلفة باختلاف البرامج. أثبتت عدة أنواع من البرامج فعاليتها في الوقاية من تعاطي المخدرات أصبحت البرامج المدرسية وهي الأولى التي يتم تطويرها واختبارها بالكامل وهي النهج الأساسي للوصول إلى جميع الأطفال أثبتت البرامج القائمة على الأسرة فعاليتها في الوصول إلى كل من الأطفال وأولياء أمورهم في مجموعة متنوعة من البيئات. بدأت برامج تكنولوجيا الإعلام والكمبيوتر في إظهار فعاليتها في الوصول إلى الأفراد على مستوى المجتمع وكذلك على المستوى الفردي. تظهر الأبحاث أيضا أن الجمع بين برنامجين أو أكثر فاعلية، مثل برامج الأسرة

والمدارس يمكن أن يكون أكثر فاعلية من برنامج واحد فقط. وتسمى هذه البرامج متعددة المكونات.

المحتوى

يتكون المحتوى من المعلومات وتنمية المهارات والأساليب والخدمات. يمكن أن تتضمن المعلومات حقائق عن المخدرات وآثارها وكذلك قوانين وسياسات المخدرات. معلومات المخدرات وحدها، ومع ذلك لم يتم العثور على أن تكون فعالة في ردع تعاطي المخدرات. يؤدي الجمع بين المعلومات والمهارات والأساليب والخدمات إلى نتائج أكثر فعالية. تشمل البرامج التدريب على تنمية المهارات لبناء وتحسين السلوكيات في المجالات المهمة مثل التواصل داخل الأسرة والتنمية الاجتماعية والعاطفية والكفاءة الأكاديمية والاجتماعية في الأطفال واستراتيجيات مقاومة الأقران لدى المراهقين.

الفصل السادس

أمثلة لبرامج الوقاية من تعاطي المخدرات

لمساعدة العاملين في مجال الوقاية من تعاطي المخدرات، تقدم NIDA بالتعاون مع علماء الوقاية الأمثلة التالية من البرامج القائمة على البحوث التي تستخدم مجموعة متنوعة من الاستراتيجيات التي أثبتت فعاليتها في منع تعاطي المخدرات. تم تطوير كل برنامج كجزء من بروتوكول بحثي تم فيه مطابقة مجموعة التدخل ومجموعة المقارنة حول الخصائص الهامة مثل العمر والصف في المدرسة ومستوى تعليم الوالدين ودخل الأسرة وحجم المجتمع وعوامل الخطر والحماية.

البرامج الخاصة في المدارس الابتدائية

1- برنامج رعاية المجتمع المدرسي (سابقا، مشروع تنمية الطفل)

هذا برنامج عالمي للأسرة بالإضافة إلى المدرسة للحد من المخاطر وتعزيز عوامل الحماية بين أطفال المدارس الابتدائية. يركز البرنامج على تعزيز "شعور

الطلاب بالمجتمع" أو اتصالهم بالمدرسة. أظهرت الأبحاث أن هذا الإحساس بالمجتمع كان له دور محوري في الحد من تعاطي المخدرات والعنف ومشاكل الصحة العقلية، مع تشجيع الدافع والإنجاز الأكاديمي. يتكون البرنامج من مجموعة من الأساليب المتبعة في الفصل والمدرسة والمشاركة الأسرية. هذه تعزز العلاقات الإيجابية بين الزملاء والمدرسين والمدرسة وتنمية المهارات الاجتماعية والعاطفية والمهارات المتعلقة بالشخصية. يوفر البرنامج مواد تعليمية وتنفيذية مفصلة ومرافقة لتطوير الموظفين (Battistich et al. 1997; U.S. Department of Education 2001).

2- الفصول الدراسية التي تركز على الفصل (CC) والشراكة بين الأسرة والمدرسة (FSP) (Ialongo et al. 2001). تدخلات CC وFSP عبارة عن تدخلات عالمية متعددة المكونات من الدرجة الأولى للحد من بداية العنف في وقت لاحق والسلوك العدواني ولتحسين الأداء الأكاديمي. يجمع تدخل CC بين برنامجين فعالين في الفصل "لعبة السلوك الجيد" و "تعلم إتقان اللغة", ويشمل إدارة الصف والاستراتيجيات التنظيمية، بالإضافة إلى مناهج القراءة والرياضيات. يركز CC أيضًا على تعزيز إدارة سلوك المعلمين ومهاراتهم التعليمية. يستهدف تدخل FSP نفس عوامل الخطر المتمثلة في العدوان ومشكلات التعلم، ولكن يشمل الآباء مباشرة. يسعى إلى تحسين التواصل بين الوالدين والمعلمين وتعليم الوالدين واستراتيجيات إدارة سلوك الأطفال في المنزل.

3- تعزيز استراتيجيات التفكير البديلة (PATHS)

هو برنامج شامل لتعزيز الصحة العاطفية والكفاءات الاجتماعية والحد من مشاكل العدوان والسلوك لدى أطفال المدارس الابتدائية مع تعزيز العملية التعليمية في الفصول الدراسية. تم تصميم منهج K – 5 للاستخدام من قبل المعلمين والمستشارين في نموذج وقائي عالمي متعدد السنوات. على الرغم من أن المعلومات

والأنشطة في المقام الأول للاستخدام في المدارس والفصول الدراسية، فهي مدرجة أيضا للاستخدام مع أولياء الأمور. وقد تبين أن PATHS لتحسين عوامل الحماية وتقليل عوامل الخطر السلوكية التي تؤثر على سلوكيات مشكلة الشباب. تقرير الدراسات خفض العدوانية السلوكيات، وزيادة ضبط النفس، وتحسين القدرة على تحمل الإحباط واستخدام استراتيجيات حل الصراع (Greenberg and Kusché 1998).

4- المهارات والفرص والاعتراف (SOAR) (سابقًا، برنامج سياتل للتنمية الاجتماعية)

يهدف هذا التدخل العالمي المستند إلى المدارس للصفوف من الأول إلى السادس إلى تقليل مخاطر الطفولة الناجمة عن الجنوح وتعاطي المخدرات من خلال تعزيز عوامل الحماية. يجمع التدخل متعدد المكونات بين تدريب المعلمين وأولياء الأمور والأطفال خلال الصفوف الابتدائية لتعزيز ارتباط الأطفال بالمدرسة والسلوك المدرسي الإيجابي والتحصيل الدراسي. تم تصميم هذه الاستراتيجيات لتعزيز الفرص والمهارات والمكافآت لمشاركة الأطفال في المدارس وعائلاتهم. تظهر نتائج المتابعة طويلة المدى نتائج إيجابية للمشاركين، بما في ذلك انخفاض السلوك المعادي للمجتمع، وسوء السلوك، والتغريب وحمل المراهقات، وتحسين المهارات الأكاديمية، والالتزام بالمدرسة، والعلاقات الإيجابية مع الناس (Lonczak et al. 2002; U.S. Department of Education 2001; Hawkins et al. (1999.

المدرسة المتوسطة

1- توجيه الخيارات الجيدة (GGC)

تم البحث في هذا المنهج لأول مرة كجزء من مشروع سياتل للتنمية الاجتماعية في جامعة واشنطن لتثقيف أولياء الأمور حول كيفية الحد من عوامل

الخطر وتعزيز الروابط في أسرهم. في خمس جلسات مدة كل منها ساعتين، يُظهر للآباء كيفية (1) خلق فرص مناسبة لسن المشاركة والتفاعل الأسري(2) وضع توقعات واضحة ومراقبة الأطفال وتطبيق الانضباط (3) تعليم أطفالهم استراتيجيات التعامل مع الأقران(4) اعتماد نهج إدارة الصراع الأسري (5) التعبير عن المشاعر الإيجابية لتعزيز الترابط العائلي. قام الدكتور ريتشارد سبوت من جامعة ولاية أيوا باختبار هذا التدخل بشكل مستقل للآباء والأمهات الريفيين ووجد أن البرنامج فعال في منع تعاطي الكحول والماريجوانا. بذلت جهود خاصة لضمان توظيف واستبقاء المشاركين في الدراسة (Hawkins et al. 1999; Kosterman et al. 1997; U.S. Department of Education 2001; Spoth et al. 2002b).

2- مشروع ALERT

منهج الوقاية من المخدرات هو برنامج عالمي مدته سنتان لطلاب المدارس المتوسطة يقلل من البداية والاستخدام المنتظم للمواد بين الشباب. تم تصميم برنامج الدرس 14 لمنع بدء تعاطي المخدرات والانتقال إلى الاستخدام المنتظم. إنه يركز على المواد التي عادة ما يستخدمها المراهقون أولاً وعلى نطاق واسع – الكحول والتبغ والماريجوانا والمستنشقات. يستخدم Project ALERT الأنشطة التشاركية ومقاطع الفيديو لمساعدة الطلاب على وضع معايير غير مقيدة وتطوير أسباب عدم استخدامها ومقاومة ضغوط العقاقير الأولية. منع البرنامج بدء استخدام الماريجوانا، وقلل من التدخين الحالي والثقيل، وكبح سوء استخدام الكحول، وقلل من اتجاهات العقاقير الأولية والمعتقدات، وساعد المدخنين على الإقلاع عن التدخين. لقد أثبت البرنامج نجاحه مع الشباب ذوي المخاطر العالية والمنخفضة المخاطر من مجموعة متنوعة من المجتمعات (U.S. Department of Education 2001).

Project STAR -3

هو برنامج مجتمعي شامل لمنع إساءة استعمال المخدرات يحتوي على مكونات للمدارس وأولياء الأمور والمنظمات المجتمعية وواضعي السياسات الصحية. يستهدف مكون إضافي وسائل الإعلام لتشجيع نشر الجهود الإيجابية للوقاية من المخدرات. مكون المدرسة المتوسطة هو منهج للتأثير الاجتماعي يتم دمجه في تدريس الفصول الدراسية من قبل المعلمين المدربين على جدول زمني مدته سنتان. في برنامج الوالدين، يعمل الآباء مع الأطفال في الواجب المنزلي، ويتعلمون مهارات التواصل العائلي ويشاركوا في العمل المجتمعي. تتراوح الاستراتيجيات بين التغيير على المستوى الفردي مثل تدريس مهارات مقاومة الشباب للأدوية، وتغيير المدرسة والمجتمع بما في ذلك الحد من حصول الشباب على الكحول أو المخدرات. أظهرت دراسات المتابعة طويلة الأجل تخفيضات كبيرة في تعاطي المخدرات بين المشاركين بالمقارنة مع المراهقين في المجتمع الذين لم يتلقوا تدخل وقائي2001 .((Chou et al. 1998; U.S. Department of Education).

4- برنامج تعزيز الأسر: للآباء والشباب 10-14 (SFP 10-14)

يقدم هذا البرنامج سبع جلسات يحضرها كل من الشباب وأولياء أمورهم. تم تنفيذ البرنامج وتقييمه من خلال شراكات تضم باحثين من جامعات الولاية وموظفي نظام الإرشاد التعاوني والمدارس المحلية ومنفذي المجتمع. أظهرت الدراسة الطولية للمقارنات مع عائلات المجموعة الضابطة تأثيرات إيجابية على ممارسات إدارة الطفل للوالدين وعلى الجودة الوجدانية الوالدية للطفل. بالإضافة إلى ذلك وجد تقييم حديث تأخر بدء تعاطي المخدرات في فترة المتابعة لمدة 6 سنوات. وأظهرت النتائج الأخرى تحسن مقاومة الشباب لضغط الأقران لاستخدام الكحول وانخفاض الانتماء مع أقرانهم المعادي للمجتمع وانخفاض مستويات السلوكيات المشكلة. الأهم من ذلك تشير حسابات المنافع المحافظة إلى عوائد 9.60 دولار لكل دولار مستثمرة في SFP (Spoth, Redmond, and Shin 2000, 2001).

مصادر ومراجع مختارة

1. Barrera, M.; Biglan, A.; Taylor, T.K.; Gunn, B.K.; Smolkowski, K.; Black, C.; Ary, D.V.; and Fowler, R.C. (2002). Early elementary school intervention to reduce conduct problems: A randomized trial with Hispanic and non-Hispanic children. Prevention Science 3(2):83–94, June.
2. Battistich, V.; Solomon, D.; Watson, M.; and Schaps, E. (1997). Caring school communities. Educational Psychologist 32(3):137–151.
3. Bauman, K.E.; Foshee, V.A.; Ennett, S.T.; Pemberton, M.; Hicks, K.A.; King, T.S.; and Koch, G.G. (2001). The influence of a family program on adolescent tobacco and alcohol. American Journal of Public Health 91(4):604–610.
4. Beauvais, F.; Chavez, E.; Oetting, E.; Deffenbacher, J.; and Cornell, G. (1996). Drug use, violence, and victimization among White American, Mexican American, and American Indian dropouts, students with academic problems, and students in good academic standing. Journal of Counseling Psychology 43:292–299.
5. Botvin, G.; Baker, E.; Dusenbury, L.; Botvin, E.; and Diaz, T. (1995). Long-term follow-up results of a randomized drug-abuse prevention trial in a white middle class population. Journal of the American Medical Association 273:1106–1112.
6. Chou, C.; Montgomery, S.; Pentz, M.; Rohrbach, L.; Johnson, C.; Flay, B.; and Mackinnon, D. (1998). Effects of a community-based prevention program in decreasing drug use in high-risk adolescents. American Journal of Public Health 88:944–948.
7. Dishion, T.; Kavanagh, K.; Schneiger, A.K.J.; Nelson, S.; and Kaufman, N. (2002). Preventing early adolescent substance use: A family centered strategy for the public middle school. Prevention Science 3(3):191–202.

8. Gerstein, D.R., and Green, L.W., eds. (1993). Preventing Drug Abuse: What Do We Know? Washington, DC: National Academy Press.
9. Greenberg, M.T. and Kusche, C.A. (1998). Promoting Alternative Thinking Strategies. In Blueprint for Violence Prevention (Book 10). Institute of Behavioral Sciences, University of Colorado.
10. Hawkins, J.D.; Catalano, R.F.; Kosterman, R.; Abbott, R.; and Hill, K.G. (1999). Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. Archives of Pediatric and Adolescent Medicine 153:226–234.
11. Hawkins, J.D.; Catalano, R.F.; and Arthur, M. (2002). Promoting science based prevention in communities. Addictive Behaviors 90(5):1–26.
12. Ialongo, N.; Poduska, J.; Werthamer, L.; and Kellam, S. (2001). The distal impact of two first-grade preventive interventions on conduct problems and disorder in early adolescence. Journal of Emotional and Behavioral Disorders 9:146–160.
13. Johnston, L.D.; O'Malley, P.M.; and Bachman, J.G. (2002). Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975–2002. Volume 1: Secondary School Students. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.
14. Kosterman, R.; Hawkins, J.D.; Spoth, R.; Haggerty, K.P.; and Zhu, K. (1997). Effects of a preventive parent-training intervention on observed family interactions: proximal outcomes from Preparing for the Drug Free Years. Journal of Community Psychology 25(4):337–352.
15. Kosterman, R.; Hawkins, J.D.; Haggerty, K.P.; Spoth, R.; and Redmond, C. (2001). Preparing for the Drug Free Years: Session-specific effects of a universal parent-training intervention with rural families. Journal of Drug Education 31(1):47–68.

16. Lonczak, H.S., Abbott, R.D., Hawkins, J.D., Kosterman, R., and Catalano, R.F. Effects of the Seattle Social Development Project on sexual behavior, pregnancy, birth, and sexually transmitted disease outcomes at age 21 years. Archives of Pediatric and Adolescent Medicine 156:438–447, May 2002.
17. Moon, D.; Hecht, M.; Jackson, K.; and Spellers, R. Ethnic and gender differences and similarities in adolescent drug use and refusals of drug offers. Substance Use and Misuse 34(8):1059–1083, 1999.
18. Oetting, E.; Edwards, R.; Kelly, K.; and Beauvais, F. Risk and protective factors for drug use among rural American youth. In: Robertson, E.B.; Sloboda, Z.; Boyd, G.M.; Beatty, L.; and Kozel, N.J., eds. Rural Substance Abuse: State of Knowledge and Issues. NIDA Research Monograph No. 168. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, pp. 90–130, 1997 .
19. Palmgreen, P.; Donohew, L.; Lorch, E.P.; Hoyle, R.H.; and Stephenson, M.T. Television campaigns and sensation seeking targeting of adolescent marijuana use: A controlled time series approach. In: Hornik, R.C, ed. Public Health Communication: Evidence for Behavior Change. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, pp. 35–56, 2002 .
20. Pentz, M.A. Costs, benefits, and cost-effectiveness of comprehensive drug abuse prevention. In: Bukoski, W.J., and Evans, R.I., eds. Cost-Benefit/Cost-Effectiveness Research of Drug Abuse Prevention: Implications for Programming and Policy. NIDA Research Monograph No. 176. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, pp. 111–129,1998 .
21. Plested, B.; Smitham, D.; Jumper-Thurman, P., Oetting, E., and Edwards, R. Readiness for drug use prevention in rural minority communities. Substance Use nd Misuse 34(4 and 5):521–544, 1999 .
22. Scheier, L.; Botvin, G.; Diaz, T.; and Griffin, K. Social skills, competence, and drug refusal efficacy as predictors of adolescent alcohol use. Journal of Drug Education 29(3): 251–278, 1999 .

23. Spoth, R.; Redmond, C.; and Shin, C. Reducing adolescents' aggressive and hostile behaviors: Randomized trial effects of a brief family intervention four years past baseline. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine 154(12):1248–1257, 2000.
24. Spoth, R.; Redmond, C.; and Shin, C. Randomized trial of brief family interventions for general populations: Adolescent substance use outcomes four years following baseline. Journal of Consulting and Clinical Psychology 69(4):627–642, 2001.
25. Spoth, R.; Guyull, M.; and Day, S. Universal family-focused interventions in alcohol-use disorder prevention: Cost effectiveness and cost-benefit analyses of two interventions. Journal of Studies on Alcohol 63:219–228, 2002a.
26. Spoth, R.L.; Redmond, D.; Trudeau, L.; and Shin, C. Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs. Psychology of Addictive Behaviors 16(2):129–134, 2002b.

27. Webster-Stratton, C. Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthening parenting competencies. Journal of Consulting and Clinical Psychology 66:715–730, 1998.
28. Webster-Stratton, C.; Reid, J.; and Hammond, M. Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in Head Start. Journal of Clinical Child Psychology 30:282–302, 2001.
29. Wills, T. and Cleary, S. How are social support effects mediated? A test with parental support and adolescent substance use. Journal of Personality and Social Psychology 71:937–952, 1996.