



الدليل الوطني ووحدات التدريب الإلكتروني بشأن الوقاية من تعاطي المؤثرات العقلية والسلوك الإدماني في المغرب



المساهمات والشكر

تم وضع هذا الدليل الوطني تحت إشراف الدكتور يوبي محمد ، مدير علم الأوبئة و محاربة الأمراض بوزارة الصحة.

وتتضمن اللجنة التوجيهية للمشروع:

- الدكتور محمد يوبي - مدير علم الأوبئة و محاربة الأمراض (رئيسا).
- الدكتورة لطيفة بلكل، رئيسة قسم الأمراض غير المعدية،
- الدكتور عمر بورام ، رئيس بالنيابة لمصلحة الصحة النفسية والأمراض المتكسنة،
- السيدة سميرة راشيدي ، منسقة البرنامج الوطني للوقاية و التكفل باضطرابات الإدمان،
- البروفيسور جلال توفيق ، مدير مستشفى الجامعي للطب النفسي الرازي- سلا، مدير المرصد المغربي للمخدرات والإدمان (OMDA) ، رئيس رابطة الرباط – سلا للصحة النفسية.

اللجنة التقنية والأشخاص المرجعيون: السيدة سميرة راشيدي، الدكتورة هدى العمراني ، الدكتور زهير صدقي، السيد حسين آيت بن حسين والسيد رملي محمد، أطر بمصلحة الصحة العقلية والأمراض المتكسنة، الدكتورة هدى الكيراط ، رئيسة وحدة أنماط الحياة الصحية، والدكتور أحمد صبيري رئيس مصلحة الصحة المهنية بقسم الأمراض غير المعدية، والدكتورة نجاة غربي رئيسة قسم الصحة المدرسية والجامعية بمديرية السكان، والبروفيسور إسماعيل رموز رئيس قسم الطب النفسي بمستشفى أكادير الجامعي، والبروفيسور جلال توفيق ، مدير المرصد المغربي للمخدرات والإدمان ، والسيدة أمينة باجي، رئيسة الفيدرالية المغربية للوقاية من التدخين والمخدرات.

أعضاء المجتمع المدني الذين ساهموا في قراءة ومراجعة الدليل:

- السيدة أمينة باجي ، رئيسة الفيدرالية المغربية للوقاية من التدخين والمخدرات وجمعية الاستماع والحوار (AMED)، ومن نفس الجمعية، الدكتور محمد غالم، عالم الاجتماع، السيد رشيد العيساري، مدرب و خبير في الإعلام والتواصل، الدكتور وجيه غالم، أستاذ في المدرسة العليا للتعليم الفني بالرباط ENSET، السيدة رقية الحوري، أخصائية نفسية إكلينيكية والسيد محمد البارودي، أخصائي نفسي إكلينيكي، الدكتورة فاطمة السكاك عن جمعية بدائل، السيدة أمينة بوقدير، مساعدة اجتماعية بمستشفى الاطفال بالرباط ورئيسة جمعية كوثر لحماية الأطفال، والسيد فؤاد داو، عن جمعية أولاد لبلاد، الدكتورة بلكل نادية، رئيسة الجمعية المغربية

للمساعدة الطبية؛ والسيدة زويني مريم، عن جمعية بركة إدمان بمركز معالجة الإدمان بمراكش الملاح.

كما نشكر جميع الأشخاص الذين ساهموا من قريب أو من بعيد باعتبارهم أعضاء في الجمعيات ومهنيين فاعلين بميدان الوقاية ضد تعاطي المخدرات والسلوك الإدماني بالمغرب، أو بصفتهم مسؤولين ومديرين للبرامج الصحية و / أو الخاصة بالوقاية من الاضطرابات المسببة للإدمان، وممارسين على المستوى المؤسساتي (الخبراء الوطنيون ومديرو الهياكل المخصصة للوقاية والرعاية من اضطرابات الإدمان في القطاع العام والقطاع الجامعي) ، والمجتمع المدني (علماء النفس وعلماء الاجتماع ومدربي الاتصال والأخصائيين الاجتماعيين المشاركين في الجمعيات الموضوعاتية للوقاية من اضطرابات الإدمان).

الخبراء:

ساهم في بلورة هذا الدليل كخبراء:

- على المستوى الدولي: الدكتور ريشاد عبدول؛ مستشار مستقل ومستشار دولي لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة.
- على المستوى الوطني: الأستاذة ماريا صبير؛ استاذة بالطب النفسي وعلاج الإدمان بالمستشفى الجامعي للطب النفسي الرازي ، بسلا.

الهدف من الخبرة: وضع الدليل الوطني الخاص بطرق الوقاية من السلوك الإدماني و كذا وحدة التعليم الإلكتروني لفائدة منظمات المجتمع المدني ولكل الفاعلين بميدان الوقاية على مستويات أخرى، خاصة في مجال الوقاية الموجهة للشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و 16 سنة في المدرسة والمجتمع، وللآباء والعائلات، وذلك بالأخذ بعين الاعتبار، التدخلات التي تتوافق مع التوصيات الدولية والتي أثبتت فعاليتها على المدى المتوسط والطويل.

لجنة القراءة والتحرير: ريشاد عبدول، ماريا صابير، سمية رشيدي وجلال توفيق.

الدعم المالي:

تم إنجاز هذا الدليل التدريبي بمشاركة مالية من مجموعة بومبيدو التابعة لمجلس أوروبا (Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe). والآراء الواردة فيه لا يمكن بأي حال من الأحوال أن تؤخذ على

أنها تعكس الموقف الرسمي لمجلس أوروبا. والمشروع جزء من برنامج عمل 2019 MedNET المعتمد من قبل لجنة MedNET (Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe).

المحتويات

1 - مقدمة

- أ - الوضع الوبائي لاستهلاك المواد ذات التأثير النفسي في السياق الدولي
- ب - الوضع الوبائي لاستهلاك المواد ذات التأثير النفسي بالمغرب

2. المعالم الرئيسية: من الصحة إلى الإدمان، التعاريف والمفاهيم الرئيسية

أ - تعزيز الصحة

2 -أ-1 مفهوم الصحة بحسب منظمة الصحة العالمية

2-أ-2 تعزيز الصحة ، وفقًا لميثاق أوتاوا

ب - محددات الصحة

ج. البعد التربوي للتثقيف الصحي

3- الإدمان: التعريفات، التصنيفات، الخصائص و عوامل الادمان .

أ. ما هو الإدمان؟

ب. الإدمان بدون مواد مخدرة أو الإدمان السلوكي

ج. ما هي عوامل اضطرابات الادمان؟

4- الوقاية من الإدمان

أ - التعريف

5 - الأصناف الرئيسية للوقاية

أ. المبادئ الأساسية للوقاية من الإدمان: ما هي النماذج المعتمدة ؟

5-أ-1 تتعلق الوقاية بجميع الأعمار

5-أ-2 مقارنة تدريجية

5-أ-3 تعزيز الصحة و التربية الوقائية

5-أ-3-1 المجتمع

5-أ-3-2 الأقران

6. تحليل الوضعية الحالية من حيث الوقاية من الإدمان بالمغرب

أ- نقاط القوة

ب. نقاط الضعف

7- تحليل المتدخلين والمهارات والفئة المستهدفة فيما يتعلق بالوقاية من الإدمان بالمغرب

أ - المتدخلون

7-أ-1. منظمات المجتمع المدني

7-أ-2 الوسطاء المهنيون (المدرسون، مهنيو الصحة والمدرّبون الرياضيون وغيرهم)

7-أ-3. الأقران

7-أ-4. رجال الدين (الأئمة والمرشّدت)

ب. العاملون في مجال الوقاية من استهلاك المواد ذات التأثير النفسي: ما هي المهارات والوظائف

المهنية؟

7 - ب-1 - المتدخل الميداني للوقاية من الإدمان

7 - ب-2 - الموقف التربوي للمتدخل في الوقاية من الإدمان

ج - أدوات الوقاية

د- المهارات النفسية والاجتماعية

هـ - الفئة المستهدفة

8. توصيات لتفعيل مشروع الوقاية من الإدمان: الإطار النظري والأدوات العملية

8-أ-1 الإطار النظري بالنسبة للشباب

8-أ-2 الأدوات العملية بالنسبة للشباب

8-ب-1 الإطار النظري للوالدين والأسرة

8-ب-2 الأدوات العملية للوالدين والأسرة

9- نماذج التدخل للوقاية من الإدمان وفق السياق المغربي

أ- لفائدة الشباب

9-أ-1 نموذج UNPLUGGED

ب. لفائدة الوالدين والأسرة

10. الأدوات الوقائية: الورقات التقنية

أ. الأدوات الوقائية للشباب.

ب. الأدوات الوقائية للوالدين والأسرة

10-ب-1. مداخلات موجزة (للمدربين و للمنشطين)

10-ب-2 المرأة الحامل

10-ب-3 الأم المرضعة

10-ب-4 الآباء

10-ب-5 الأسرة

11- مقارنة الجودة وتقييم التدخلات / برامج الوقاية من الإدمان

12- المراجع

تمهيد

الوقاية من تعاطي المخدرات بشكل خاص والسلوك الإدماني بمعناه الأوسع تندرج ضمن قائمة أولويات وزارة الصحة المغربية. ويعد تعزيز الصحة النفسية والوقاية من اضطرابات الإدمان بين الفئات الهشة من المحاور الاستراتيجية للخطة الوطنية برسم 2018-2022 للوقاية و التكفل باضطرابات الإدمان 2018-2020 وقد بات الآن واضحا بأن تدابير التوعية الواسعة النطاق كالتدخلات القائمة على الموعظة غير فعالة. ومن ثم وجب اتخاذ إجراءات خاصة بالأشخاص المعرضين للخطر و / أو الأشخاص في وضعية هشة، بهدف الوقاية من اضطرابات الإدمان أو على الأقل إبطاء ظهورها.

فعلى مدى سنوات وعلى النطاق العالمي، لم يتوقف الاهتمام باعتماد نماذج التدخل المستندة إلى الأدلة العلمية، حيث أتاح تبادل الخبرات وتقييمات برامج الوقاية والتدخلات إبراز أدوات وأساليب عمل تتفاوت من حيث الفعالية، فضلاً عن عدم فعالية بعض التدخلات، حيث بات من المقبول حالياً أن عوامل الفعالية تكمن، من بين أمور أخرى، في خصوصية التدخل ومدى ملاءمته للفئة المستهدفة والأدوات المستخدمة ومدة التدخل.

في المغرب، يتسم النسيج الجمعوي الناشط في مجال تعزيز الصحة بشكل عام والوقاية من الاضطرابات المتعلقة بتعاطي المخدرات والسلوك الإدماني بثرائه وحيويته. وعلى الرغم من أن العديد من هذه الجمعيات تنشط مع الأطفال والمراهقين والشباب في وضعيات هشة وعلى الرغم من أنهم تمكنوا بمرور الزمن من تطوير مهارات جيدة في العمل الجمعوي المستند إلى تدخلات القرب، إلا أن قليلاً منهم سبق أن استفاد من تدريب خاص في هذا المجال. و بالتالي فإننا نشهد فراغاً من حيث المواد التدريبية والدلائل التوجيهية الوطنية لإحداث ورصد وتقييم برامج خاصة في الميدان.

هذا وقد شرعت وزارة الصحة، إدراكاً منها لأهمية توافر هذه الأدوات، في بلورة دليل تطبيقي موجه لمنظمات المجتمع المدني والجهات الفاعلة الوسيطة والمهنيين الآخرين الذين يعملون مع الشباب والفئات الهشة. وسيتيح هذا الدليل المرجعي الوطني، يستند إلى الأدلة العلمية، تفعيل برامج وقائية متماسكة تخص استهلاك المؤثرات العقلية والسلوكيات المسببة للإدمان و التي تتلاءم مع السياق الوطني وكذلك لتقييم فعاليتها وتأثيرها على المدى الطويل. فاستناداً إلى الأولويات المحددة من حيث التدابير، تم تصميم هذا الدليل المرجعي الوطني لتلبية احتياجات الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و 16 سنة في

الوسط المدرسي وفي الوسط المجتمعي ولدى أولياء الأمور والأسر. إن تصميم هذا الدليل في شكل وحدة تدريبية في شكله الورقي و شكله الإلكتروني يجعله أداة عملية تهدف لبناء قدرات العاملين في مجال الوقاية من اضطرابات تعاطي المخدرات والسلوك الإدماني.

مدير علم الاوبئة ومكافحة الامراض

Le Directeur de l'Epidémiologie
et de Lutte Contre les Maladies
Dr. Mohammed YOUNI

١. مقدمة

أ - الوضع الوبائي لاستهلاك المواد ذات التأثير النفسي على المستوى الدولي

وفقًا للتقرير العالمي حول المخدرات لعام 2019 الذي أصدره مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، عانى على الصعيد العالمي 35 مليون شخصًا في عام 2017 من اضطرابات تعاطي المخدرات وابتوا في حاجة إلى خدمات العلاج في مقابل تقديرات سابقة بلغت 30.5 مليون شخصًا. كما أن عدد الوفيات شهد ارتفاعًا أيضًا، حيث توفي 585 ألف شخص نتيجة تعاطي المخدرات في عام 2017. ومع ذلك لا تزال الوقاية والعلاج بعيدين عن تلبية الاحتياجات اللازمة في أماكن عديدة من العالم.

ويلفت نفس التقرير النظر إلى أنه في عام 2017 ، استهلك المخدرات في العام السابق ما يقدر بنحو 271 مليون شخصًا ، أي 5.5 ٪ من سكان العالم الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 64 عامًا. وعلى الرغم من أن هذا الرقم مشابه لتقديرات عام 2016 ، إلا أن النظرة الأطول مدى تكشف أن عدد الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات الآن أعلى بنسبة 30٪ مما كان عليه الشأن سنة 2009، عندما استخدم 210 مليون شخص المخدرات خلال العام المنصرم. واستخدم حوالي 53.4 مليون شخص في جميع أنحاء العالم المواد الأفيونية في العام السابق، أي بزيادة 56٪ عن تقديرات عام 2016. وقد استهلك 29.2 مليون من ضمن هؤلاء الأشخاص مواد مخدرة مثل الهيروين والأفيون، بزيادة 50٪ عن تقديرات عام 2016 البالغة 19.4 مليون.

ب - الوضع الوبائي لاستهلاك المواد ذات التأثير النفسي بالمغرب

يعتبر تعاطي المخدرات بالمغرب آفة صحية عامة متنامية حيث تطل وتؤثر على جميع الفئات الاجتماعية. و ما فتئ استهلاك المؤثرات العقلية يؤثر على الشباب بشكل متنامي حيث بات استخدامها أكثر شيوعًا بين هذه الشريحة من السكان، مع ما يترتب عن ذلك من عواقب وخيمة في مرحلة النضج العقلي. وتنتج السلوكيات الإدمانية عن تفاعل عوامل بيولوجية ونفسية وعائلية واقتصادية واجتماعية وبيئية متعددة.

وتجدر الإشارة إلى أنه علاوة على نتائج المسح الوطني الذي أجرته وزارة الصحة على عموم الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 15 عامًا فأكثر (2005) ، والذي أظهر انتشارًا بنسبة 4.1٪ لتعاطي المؤثرات العقلية خلال الأشهر الـ 12 الأخيرة، تؤكد دراسات MedSPAD التي أجريت على المستوى الوطني بين الشباب في المدارس هبوط سن التعاطي الأول، والمجموعة الواسعة من المواد (التبغ، والكحول ، والمخدرات غير المشروعة الأخرى).

أتاحت بشكل خاص دراسة MEDSPAD الوطنية لعام 2017 في صفوف أطفال المدارس الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 17 عامًا الوقوف على أشكال الانتشار التالية:

- في عام 2017 ، أفاد 16٪ (العدد = 1101) أنهم دخنوا سيجارة واحدة على الأقل خلال حياتهم و 9٪ (العدد = 602) ، خلال الاثني عشر شهرًا الماضية. والفروق بين الجنسين كبيرة عندما يتعلق الأمر باستهلاك السجائر مع زيادة تعاطي التبغ بين الفتيان ($P < 0.0001$). ويظل التبغ أيضًا المادة ذات التأثير النفسي والتي تعرف الاستخدام الأكبر (14.3 ± 1.7 سنة) لدى الطلاب الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 17 سنة. كما أبلغ الطلاب الذين تم استجوابهم عن أشكال أخرى من تعاطي التبغ بما في ذلك استهلاك الشيشة والتبغ المستنشق (النفحة) والممتص (الكالا).
- تم الإعلان عن تعاطي الكحول في الحياة بنسبة 6.0٪ من الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 17 عامًا ، وخاصة الفتيان.
- 3.0٪ (العدد = 114) استهلكوا الحشيش خلال الثلاثين يومًا الماضية مع أكثر من ثلاثة من كل عشرة طلاب تم استجوابهم (30.3٪) أعلنوا أنهم استهلكوه مرة واحدة على الأقل. والفجوة بين الجنسين كبيرة وتزداد مع زيادة الوتيرة.
- في نفس الفئة العمرية 15-17 سنة ، أعلن 4٪ من الطلاب المستجوبين (العدد = 153) تعاطيهم عقارات ذات تأثير نفسي دون استشارة أو وصفة طبية خلال حياتهم. ولا تتأثر أرقام الانتشار بجنس الطالب. أيضًا، تم العثور على علاقات ذات دلالة إحصائية ($p < 0.001$) بين استهلاك المؤثرات العقلية دون وصفة طبية والتغيب عن المدرسة ، والنقطة أقل من المتوسط المحصل عليها خلال الربع الأخير من السنة الدراسية، والليالي التي تم قضاؤها خارج المنزل، ووجود أحد أفراد الأسرة أو الصديق الذي يستهلك هذه المواد، وقلة المعرفة بحظر تعاطي المخدرات، وسهولة شراء هذه المواد، وعدم إدراك الخطر الكبير المترتب عن استهلاك المؤثرات العقلية.

- أما فيما يتعلق بالكوكايين ، فكان معدل انتشار تعاطيه خلال الحياة 2٪ بين الفتيان و 0.8٪ بين الفتيات. وبالنسبة للكراك، كان معدل الانتشار 1.4٪ و 0.2٪ على التوالي. وتم العثور على علاقات ذات دلالة إحصائية ($P < 0.001$) بين تعاطي الكوكايين و / أو الكراك والتغيب عن المدرسة، والنقطة دون المتوسط المحصلة خلال الفصل الدراسي الأخير، والليالي التي تم قضاؤها خارج المنزل ، وأحد أفراد الأسرة أو صديق الذي يستهلك هذه المواد ، وعدم المعرفة بحظر تعاطي المخدرات، وسهولة الحصول على هذه المواد وعدم إدراك الخطر الكبير المرتبط باستهلاك المؤثرات العقلية.

- بالنسبة للهيروين ، كان معدل الانتشار خلال الحياة 0.77٪ (العدد = 28). فالاستهلاك على مدى الاثني عشر شهرًا الماضية يهم نسبة 0.71٪ (العدد = 25) من مجموع الشباب الذين شملهم الاستطلاع وأنه خلال الثلاثين يومًا الماضية يهم نسبة 0.20٪ (العدد = 7).

- كان معدل انتشار تعاطي المخدرات عن طريق الاستنشاق 0.18٪ (العدد = 10).
- من بين الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 17 سنة ، أفاد 3.3٪ (العدد = 118) باستهلاك عقارات أخرى ذات التأثير النفسي. أما المواد الأخرى المبلغ عنها فتضم "إكستازي، الخميرة ، الدومينو ، الإكسترا! إلخ. "

- من بين الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 17 سنة ، أي 3698 طالبًا ، صرح 26.5٪ (العدد = 979) أنهم تناولوا مادة ذات تأثير نفسي مرة واحدة على الأقل خلال حياتهم. من بينهم ، أولئك الذين جربوا مادة واحدة خلال حياتهم في حدود 11.6٪ (العدد = 430). 4.9٪ (العدد = 181) جربوا مادتين ، 3.6٪ (العدد = 134) ثلاث مواد. وتم العثور على تجربة بأربع مواد في 2.1٪ (العدد = 79) من الطلاب الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 17 سنة. وأخيرًا ، استهلك 1.7٪ (العدد = 63) من المستهلكين لأكثر من 5 مواد.

وتظهر أرقام الانتشار أيضًا، واعتمادًا على جنس الطالب، تفشي التعاطي بين الفتيان مع اختلاف في تفضيل المواد. ويظل التبغ المادة الأكثر استهلاكًا ، يليه الحشيش ، ثم الكحول ، وأخيرًا العقاقير ذات التأثير النفسي ضمن الفتيان. وتستخدم الفتيات المؤثرات العقلية أكثر من الحشيش. ولا يزال استهلاك الكوكايين والكراك والهروين قليلًا. ومن بين هذه الفئة من المستهلكين الشباب، فإن الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية أو التي يسهل الحصول عليها هي الأكثر استهلاكًا.

بالإضافة إلى ذلك، فإن التحليل الشامل لتعاطي المخدرات بين طلاب المدارس الثانوية المغربية يحدد عددًا من عوامل الخطر بما في ذلك ثلاثة عوامل حاسمة : سهولة الحصول على الأدوية التي تباع في بعض الأحيان بالقرب من المدارس، التصور غير الجدي و المستخف لتعاطي المخدرات وغياب البرامج الوقائية الشاملة على المستوى الوطني بشكل مستمر ومتكيف ومقيّم. وكذلك، فإن عدم الامتثال للقوانين التي تحظر تدخين القاصرين وسهولة الحصول يمكن أن يؤدي بسهولة إلى انتشار التبغ والكحول والمخدرات الأخرى بين الشباب. وفي هذه الحالة، يمكن أن يكون لتعزيز الإجراءات التشريعية دور مهم. وبالتالي، فإن إنشاء مناطق خالية من التبغ والمخدرات حول المدارس، وتحديد السن للحصول على التبغ والكحول مع حظر بيع جميع أنواع المخدرات للقصر يمكن أن يقلل من بدء تعاطي المخدرات. كما أن تنفيذ التشريعات ضد بائعي التبغ بالتجزئة يمكن أن يحد أيضًا من التعرض المبكر للشباب.

2- المعالم الرئيسية: من الصحة إلى الإدمان، التعاريف والمفاهيم الرئيسية

يروم هذا القسم الأول توفير أسس مشتركة للتعريفات والمفاهيم الأساسية في مجالات تعزيز الصحة والإدمان والوقاية.

أ. تعزيز الصحة

2-أ 1. مفهوم الصحة بحسب منظمة الصحة العالمية:

مفهوم الصحة حسب منظمة الصحة العالمية هو "حالة من اكتمال السلامة الجسدية والعقلية والاجتماعية، ولا تعني فقط غياب المرض أو العجز." ولا تعتمد صحة الفرد على اختياراته الفردية فحسب، بل تعتمد على العديد من العوامل الأخرى، مثل البيئة وظروف المعيشة والعوامل البيولوجية وما إلى ذلك.

2-أ 2 تعزيز الصحة ، وفقًا لميثاق أوتاوا

اعتمد المؤتمر الدولي الأول لتعزيز الصحة المنعقد في أوتاوا في 21 نوفمبر 1986 "ميثاقًا" للمساعدة في تحقيق هدف الصحة لعام 2000 وما بعده.

وفقًا لميثاق أوتاوا، فإن تعزيز الصحة هو عملية تمكين الأشخاص من التحكم بشكل أكبر في صحتهم وتحسينها.

ويندرج هذا النهج ضمن مفهوم يعرف "الصحة" على أنها المدى الذي يمكن أن تحققه مجموعة أو فرد معين، من ناحية، لطموحاته وتلبية احتياجاته، ومن ناحية أخرى، المدى الذي يمكن أن يتطور مع البيئة أو يتكيف معها. لذلك يُنظر إلى الصحة على أنها مورد من موارد الحياة اليومية، وليس هدفاً من أهداف الحياة.

ب- محددات الصحة

يمكننا تقسيم محددات الصحة بالنسبة لفرد ما إلى أربع مجموعات رئيسية:

- البيولوجيا البشرية: العوامل الوراثية والعوامل الفزيولوجية والعوامل المرتبطة بالنضج والشيخوخة.
- البيئة الجسدية والنفسية والاجتماعية؛
- السلوكيات ونمط الحياة: العوامل المهنية والعوامل المرتبطة بالأنشطة الترفيهية وأنماط الاستهلاك (الطعام والمواد السامة) ؛
- تنظيم الخدمات الصحية: الوقاية والرعاية العلاجية والتأهيل.

كل هذه العوامل مترابطة فيما بينها بحيث أنها تتعدد وتؤثر على الصحة بتفاعلها مع بعضها البعض.

المصدر :

- شوفان و آخرون. باريس- حسن استخدام التواصل في التثقيف الصحي- الندوة الدولية لبيرفيل. باريس: طبقات CFES ،

1998: 289

- نوتبيم، منظمة الصحة العالمية. قاموس تعزيز الصحة. : يناير 1998 ص 25.

وبالتالي، يركز تعزيز الصحة على السلوكيات الصحية للأفراد وأنماط حياتهم ، ولكن أيضاً على عوامل مثل الدخل والوضع الاجتماعي والتعليم والتوظيف وظروف العمل، والوصول إلى الخدمات الصحية المناسبة والبيئات المادية.

وتخلق هذه العوامل في تفاعلها وترابطها مع بعضها البعض، ظروفًا معيشية مختلفة لها تأثيرات على الصحة.

كما وتعتبر جميع التغييرات في نمط الحياة وظروف المعيشة نتائج صحية وسيطة. ومن ثم بات من الحكمة دمج التوعية الصحية في منهجية تعزيز الصحة. فتعزيز الصحة هو مفهوم إيجابي يركز على الموارد الشخصية والاجتماعية وكذلك القدرات البدنية، حيث أن تعزيز الصحة ليس مجرد مسألة صحة أو رعاية: فهو يتجاوز أنماط الحياة الصحية ليهدف إلى الرفاه البدني والعقلي والاجتماعي.

ج. البعد التعليمي للثقافة الصحي

تعرف منظمة الصحة العالمية الثقافة الصحية أو التربية الصحية كمجموعة من الوسائل لمساعدة الأفراد والجماعات على تبني سلوكيات مواتية لصحتهم. لا تقتصر التربية الصحية على المعلومات الصحية فحسب ، بل تمنح الأفراد المعرفة والمهارات والدراسة اللازمة ليكونوا قادرين، إذا رغبوا في ذلك، على تغيير سلوكهم أو تعزيز السلوكيات المواتية لصحتهم وصحة المجتمع.

يُنظر إلى الصحة على أنها مورد للحياة اليومية. والأمر متروك للفرد لاتخاذ خيارات مسؤولة ، لتحديد ما هو جيد بالنسبة له وإيجاد توازنه.

توجد ثلاث مقاربات رئيسية في الثقافة الصحي:

- المقاربة الزجرية أو الإقناعية ، التي تهدف إلى تغيير سلوك الأفراد والجماعات بشكل منهجي ؛
- المقاربة التثقيفية والتمكينية، التي تسعى إلى توعية الأفراد بما هو مفيد لهم.
- المقاربة التشاركية، التي تروم إشراك ومشاركة الأفراد والجماعات من أجل تحسين تحكمهم في صحتهم.

وتهدف إلى الحصول على:

- **المعارف :** مجموعة من المعلومات يستوعبها الفرد. مثال: معرفة تأثيرات المادة المستهلكة؛

- **الدراية (أو الممارسات):** الممارسات أو القدرات على العمل، لتنفيذ مهمة ما. يمكن فصلها عن المعارف. فيمكن للمرء أن يعرف كيفية القيام بذلك دون معرفة سبب نجاحه (الدراية التجريبية) ، ويمكن للمرء أيضًا أن يعرف دون معرفة كيفية (المعرفة النظرية بكيفية أداء مهمة ما ، ولكن لم يتم القيام بها من الناحية العملية أبدًا وعدم القدرة على القيام بذلك) . مثال: معرفة كيفية استخدام جهاز قياس الكحول والعازل الطبي ؛
- **المهارات الشخصية (أو المواقف):** "الطرق المعتادة والمستقرة إلى حد ما التي يرى الأفراد ويختبرون ويحكمون عليها، لأنفسهم أو للآخرين، الأفعال والأفكار وبيئتهم الاجتماعية والمادية. المواقف تحكم الإدراك والعمل. لديهم مكونات عاطفية ومعرفية وسلوكية. يتم تحديد المواقف إلى حد كبير اجتماعيًا. يعد تغيير المواقف التي تشكل حواجز أمام أنماط الحياة الصحية أو السياسات الصحية أحد الأهداف الرئيسية للتثقيف الصحي وتدخلات تعزيز الصحة".

يشمل العمل على مهارات التعامل مع الآخرين أيضًا تطوير المهارات النفسية والاجتماعية. مثال: معرفة كيفية رفض السجارة الأولى.

المصدر : المفوضية الأوروبية، روش . المعجم الأوروبي في الصحة العامة.

3 - الإدمان: التعريفات ، التصنيفات ، الخصائص ودراسة الأصل وعوامله.

أ. ما هو الإدمان ؟

الإدمان مرض مزمن يصيب الدماغ، ويتميز بظهور الانتكاسات (وهي القاعدة) ، ليتداخل مع مجموعة من العوامل الداخلية والخارجية. ويخلق المرض تشوهات/اختلالات في التفكير والعواطف والتصورات، مما يدفع الأشخاص إلى تبني سلوكيات غير مفهومة لمن حولهم. وتحل السلوكيات الإدمانية محل السلوكيات "الصحية". فالسلوكيات التي تسبب الإدمان هي مظهر من مظاهر المرض وليست سببًا.

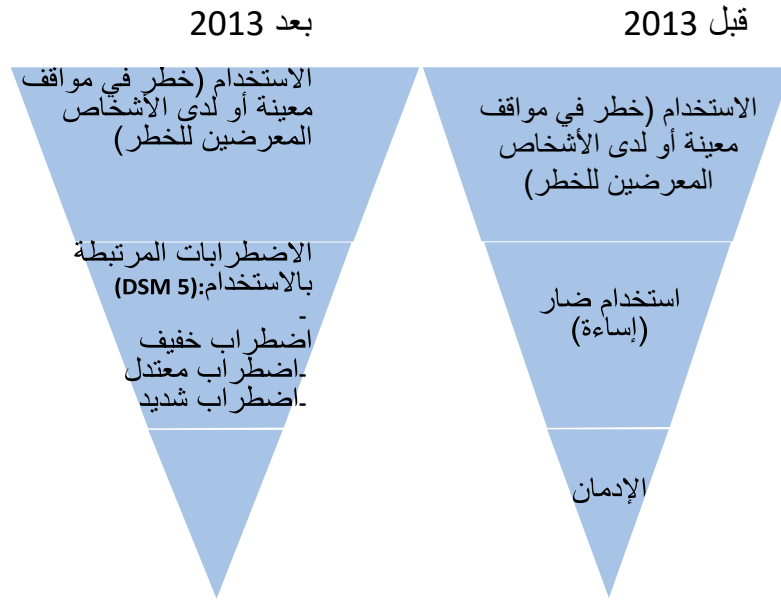
وبعبارة أخرى ، يمكن القول أن الإدمان ليس اختياريًا بل مرض.

يتميز الإدمان بما يلي:

- عدم القدرة المتكررة على التحكم في السلوك الهادف إلى إنتاج المتعة أو إزالة الشعور بعدم الراحة الداخلية ،
- مواصلة هذا السلوك رغم معرفة عواقبه السلبية.
- "حالة دماغية مزمنة مع انتكاسات" تتطلب رعاية طبية ونفسية اجتماعية.

أدى التحول، في أوائل العقد الأول من القرن الحادي والعشرين ، من مفهوم إدمان المخدرات وإدمان الكحول إلى مفهوم الإدمان إلى تغيير طريقة التفكير بعمق في علاج وتنظيم الرعاية لهذه الاضطرابات: لقد انتقلنا من مفهوم كان يسلط الضوء على المادة، إلى تصور يسلط الضوء على سلوك المستهلك والسياق الذي يحدث فيه.

فمنذ سنة 2013، قام الدليل التشخيصي والإحصائي 5 للاضطرابات النفسية (DSM-V) بدمج تشخيص تعاطي المخدرات والادمان على المواد في تشخيص واحد "اضطراب تعاطي المخدرات" ؛ مقارنة بتشخيص تعاطي المخدرات والادمان عليها (DSM-IV) ؛ ويكرر معيار المشاكل القانونية المتكررة لتعاطي المخدرات ؛ ويضيف معيارًا جديدًا للرغبة الشديدة أو الحاجة (التوق الشديد) لاستخدام المادة؛ ويضيف تشخيص الفطام من القنب و الكافيين. ويتضمن المقامرة المرضية (التي تم تضمينها في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية IV ضمن اضطرابات التحكم في الاندفاع).



يُستخدم حالياً مصطلح "السلوك الإدماني" للإشارة إلى جميع الاستخدامات التي قد تؤدي أو لا تؤدي إلى اضطراب.

هناك أيضاً إدمان بدون مخدرات أو بدون مواد، وهو ما يسمى بالإدمان السلوكي.

ب. الإدمان بدون مواد أو الإدمان السلوكي

يكون لدى بعض الأفراد سلوكيات تذكرنا بسلوكيات الأشخاص المدمنين على بعض المنتجات: على سبيل المثال، السلوكيات المتعلقة بالجنس واللعب والرياضة والطعام والعمل والتبضع/التسوق والتقنيات الحديثة (ألعاب الفيديو والهواتف المحمولة والإنترنت وما إلى ذلك).

وتتحرى هذه السلوكيات الحصول على المتعة والهدوء دون أن تصبح سلوكيات مرضية. ولا يظهر مفهوم الإدمان السلوكي إلا عندما يشعر الشخص، أمام الشيء الذي يتحمس له، بالحاجة الملحة أكثر من الرغبة، وعندما يستمر الشخص في هذا السلوك على الرغم من العواقب السلبية على حياته الاجتماعية أو العاطفية أو على صحته.

يمكننا هنا ذكر بعض السلوكيات الإدمانية الرئيسية على سبيل المثال وليس الحصر:

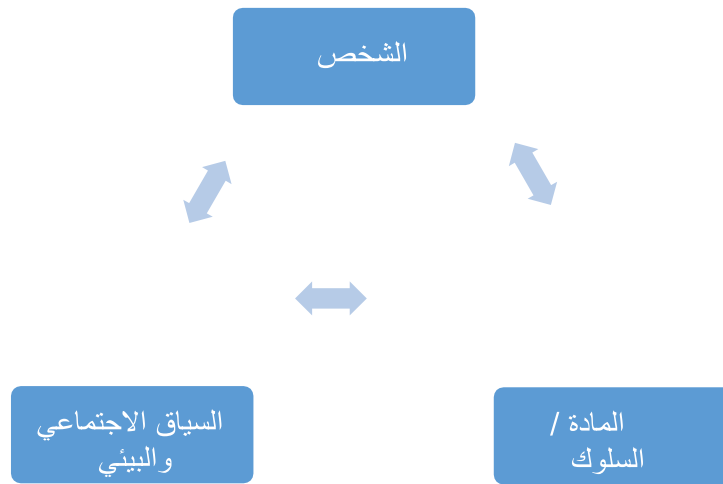
- القمار المرضي (إدمان القمار والمقامرة) ؛
- التسوق القهري؛
- الإدمان على الرياضة والتمارين الرياضية.

- الإدمان الجنسي.
- العمل المرضي.
- اضطرابات الأكل؛
- إدمان الإنترنت...

المصدر: رسالة في علم الإدمان. تحت إشراف ميشيل رينو. باريس ، فلاماريون ، 2006 (الطب والعلوم).

ج. ما هي عوامل اضطرابات الإدمان؟

تظهر معايير الإدمان بوضوح أنه ليس المنتج أو المادة هي التي تحدد الإدمان، ولكن العلاقة التي تربط الشخص بهذه المادة في سياقه الاجتماعي والبيئي. فالأمر يتعلق بالنموذج ثلاثي المتغيرات، أي تلاقي بين "الشخصية ، المادة ، واللحظة الاجتماعية والثقافية".



لذلك فإن الإدمان هو نتيجة مزيج من عدة عناصر يجب التعامل معها:

- عوامل الخطر المتعلقة بالمواد: الخطورة النوعية، طريقة التناول، المدة ، الوتيرة ، الكمية المتناولة ، التفاعلات بين المواد.
- عوامل الهشاشة الفردية: العوامل البيولوجية والعوامل النفسية والتوقعات حيال المادة، ونمط الحياة واحترام الذات ومهارات التعامل مع الآخرين.

- عوامل الخطر البيئية: العوامل الاجتماعية والثقافية، البيئة الأسرية ، بيئة الإدماج (المدرسة، العمل ، الأصدقاء ...) ، عوامل الضعف الاقتصادي (الفقر، الهشاشة) ، التحضر السيئ التخطيط وإمكانية الوصول إلى المادة.

تولد التفاعلات بين هذه العوامل المختلفة سلوكيات مختلفة قد تختلف آثارها من فرد لآخر.

4- الوقاية من الإدمان

أ- التعريف

الوقاية هي مجموعة الإجراءات أو البرامج التي تهدف إلى "منع ظهور أو تطور أو تفاقم الأمراض أو الإعاقة" (منظمة الصحة العالمية)

تخضع الوقاية في علم الإدمان لتغيير جذري. فالوقاية تدمج مقاربات قائمة على البحث العلمي الذي يتم إجراؤه في علم الاجتماع وعلم النفس وتعزيز الصحة وعلم الأعصاب. ويتم تسليط الضوء على برامج مهيكلية لتعزيز المهارات النفسية والاجتماعية في الأدبيات الوطنية والدولية. كما وتستلزم هذه التطورات من العاملين في الوقاية والمهنيين العاملين في التواصل مع الشباب والجهات الممولة أيضًا إجراء تغيير جذري في كثير من الأحيان في ممارساتهم.

لقد كان معهودا في السابق تنفيذ تدخلات محددة في الزمان تحت إشراف حصري لمتخصصين في الوقاية، إلا أن هذه المقاربة باتت غير محبذة الآن لأنها تعتبر غير فعالة. وكانت الفكرة التي تفيد أن الوقاية لا يمكن أن تضر بالفئات المستهدفة منتشرة بشكل كبير. إلا أننا نعلم الآن أن التدخل غير المناسب للفئة المستهدفة يمكن أن يفضي إلى نتائج عكسية أو حتى إلى آثار ضارة.

كما أن التدخلات و لمدة طويلة كانت تؤسس على المواد في حد ذاتها. إلا أنه يوصى الآن بأخذ الشخص بعين الاعتبار في سياقه (المدرسة ، الأسرة ، الأنشطة الترفيهية) من خلال دمج أسئلة الاستهلاك على نحو تزامني.

إن الوقاية من السلوكيات المسببة للإدمان والتي يُنظر إليها على أنها مقاربة وليست مجرد تنفيذ أنشطة معينة، تجعل من الممكن الانتقال من وضع مقدم خدمات إلى وضع البناء المشترك بين مختلف المتدخلين في هذا المجال، والعاملين في مجال الوقاية والتمويلين.

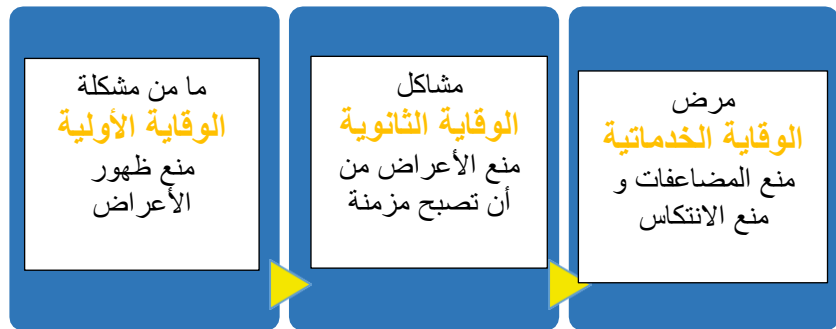
تهدف الوقاية من السلوكيات الإدمانية إلى مساعدة كل شاب أو شابة على أن يمتلك أو تمتلك تدريجياً وسائل الاختيار، واعتماد سلوكيات مسؤولة لنفسه وتجاه الآخرين والبيئة.

فالوقاية تساعد في إعدادهم لممارسة مواظنتهم بمسؤولية وتساهم في البناء الفردي والاجتماعي للأطفال والمراهقين. وهي عنصر من مكونات تربية المواطن.

5 - الأصناف الرئيسية للوقاية

يوجد تصنيفان للوقاية حيث يمكن أن يكونا متكاملين.

الأول (منظمة الصحة العالمية ، 1984) ، يميز 3 أنواع من الوقاية (الأولية والثانوية والخدماتية).



كانت المقاربة السائدة لفترة طويلة تنكب على الوقاية الأولية والثانوية والخدماتية والتطوعية، في حين يفسح اليوم التنظيم الكلاسيكي للوقاية المجال لنماذج تركز على التثقيف والمشاركة النشطة من قبل الفئات المستهدفة.

التصنيف الثاني (جوردون ، 1983) يميز ثلاث فئات أخرى للوقاية: شاملة ، انتقائية و محددة.



أ. المبادئ الأساسية للوقاية من الإدمان: ما هي النماذج المعتمدة؟

5-أ-1 تتعلق الوقاية بجميع الأعمار

يجب أن تتدخل الوقاية في سن مبكرة (رياض الأطفال) وأن تتواصل طوال فترة الدراسة وحتى سن الرشد (25 سنة) ، من خلال برامج ومقاربات منسجمة، والتي تهدف إلى تنمية المهارات والقدرات النفسية والاجتماعية والقدرة على اتخاذ خيارات مستنيرة.

5-أ-2 مقارنة تدريجية:

يجب دمج مفاهيم الإدمان وسلوكيات الإدمان تدريجياً في الإجراءات الوقائية. فالمواد، على سبيل المثال، المذكورة حسب عمر الشاب وتجربته. وتتمثل إحدى المخاطر في إثارة فضول الشباب للرغبة في التجريب.

5-أ-3 تعزيز الصحة والتثقيف الوقائي

الوقاية الفعالة هي تلك التي تعزز نقل الكفاءات أو المهارات الاجتماعية بما يسمح للأشخاص الموجهة لهم باتخاذ أكثر الخيارات استنارة ومسؤولية. فالوقاية من الإدمان مبنية على أساس مفاهيم تعزيز الصحة والتثقيف الوقائي أو التربية الوقائية.

5-أ-3-1 المجتمع

الوقاية لا تعني فقط مهنيي الوقاية.

حتى تكون الوقاية فعالة ودائمة، يجب أن تعزز إدماج كل فعاليات المجتمع (الآباء والمدرسين والقادة والسياسيين والأقران والأطباء ، إلخ) التي تتمحور وتتفاعل مع الشباب.

فمن خلال مفهوم عام للوقاية ، يمكن للجميع "أن يلعبوا دورهم - كفاعلين وقائيين - من خلال المساهمة في خلق بيئة أكثر ملاءمة ، ومن خلال العمل/التدخل في وقت مبكر، عبر التجاوب مع مشاكل الشباب ...

5-أ-3-2 الأقران

يمكن أن تكون الوقاية من خلال الأقران أمرًا مثيرًا للاهتمام لتسهيل مشاركة الشباب، على أن يكون مواكبًا من قبل مهنيين مدربين لتفادي أي تأثير عكسي.

6. تحليل الوضعية الحالية من حيث الوقاية من الإدمان بالمغرب

على امتداد السنوات العشر الماضية ، شهد المغرب ارتفاعا في الإجراءات الوقائية بمشاركة قوية من مختلف الوزارات والمنظمات غير الحكومية. ومع ذلك ، فإن سياسة الوقاية من الإدمان لا تزال مجزأة وغير مستدامة. لذلك تظل إجراءات الوقاية من الإدمان محدودة في معظم الأحيان لتقديم المعلومات عن المواد ، مع غياب برامج الوقاية المتوافقة مع السياق الاجتماعي والثقافي المغربي وغياب توافق الآراء بين مختلف الجهات الفاعلة في مجال الوقاية.

أ- نقاط القوة والقوة:

- من خلال الخطة الاستراتيجية الوطنية للوقاية و التكفل من اضطرابات الإدمان 2018-2022 ، تم التعبير عن إرادة سياسية قوية لإعداد برامج الوقاية من اضطرابات الإدمان على أساس الأدلة العلمية وتكييفها مع السياق الاجتماعي والثقافي المغربي.
- هناك أيضًا دافع قوي للعمل في مجال الوقاية من الإدمان مع تدخلات متميزة متعددة مع الفئات المتعددة.
- يتسم السياق المغربي بنسيج جمعي غني وحيوي. وقد حددت العديد من المنظمات غير الحكومية في أهدافها مكافحة استهلاك المخدرات بطريقة شاملة و / أو الوقاية من استهلاك المؤثرات العقلية بين الفئات الهشة مثل فئة الشباب الذين يعانون من اضطرابات نفسية ، أو غير المدرسين أو في نزاع مع القانون.
- توجد برامج محددة داخل مديرية السكان و مديرية الأوبئة و محاربة الأمراض، مكرسة لتعزيز صحة الشباب والمراهقين وتعزيز أنماط الحياة الصحية، بالإضافة إلى برامج وتدبير استراتيجية أخرى مخصصة لمكافحة التبغ والوقاية من تعاطي الكحول.
- بفضل هذه البرامج ، تقدم بعض الهياكل المحلية ، في كل من وزارة الصحة و وزارة التربية الوطنية ، خدمات الاستماع والاستشارة النفسية والاجتماعية ، والتثقيف الصحي لتعزيز أسلوب حياة صحي، ومحاربة السلوك الخطر والمعلومات والإرشاد للشباب. ويوجد من بين هذه الهياكل: 30 مركزًا مرجعيًا للصحة المدرسية والجامعية، و 30 مركزًا طبيًا جامعيًا و 32 مستوصفًا جامعيًا و 28 فضاء صحيًا للشباب.
- أتاح تطوير التعاون بين القطاعات تنفيذ برامج محددة. على سبيل المثال، يهدف برنامج الرابطة المحمدية للعلماء لفائدة الشباب إلى تقوية مهاراتهم لحمايتهم من السلوكيات المحفوفة بالمخاطر (العنف ، استهلاك المؤثرات العقلية ، إلخ). ويحظى هذا البرنامج بميزة كونه مهيكلًا حسب الفئات العمرية ويتم إنتاج دعائم تتكيف مع كل عمر (مقاطع فيديو ، مجلات ، قصص ، إلخ). في إطار هذا البرنامج ، تم تعزيز التدريب الأساسي لفائدة العلماء والمرشدين بأسس في علم الاجتماع وعلم النفس والصحة العقلية من أجل فهم أفضل للمشكلات المختلفة ولا سيما الإدمان.
- على مدى السنوات العشر الماضية ، نفذت وزارة الصحة برامج لبناء القدرات للمهنيين بالخطوط الأمامية أو مصالح الطب الأساسي، لا سيما لتحسين الكشف والتشخيص المبكر

لاضطرابات الإدمان وتطبيق أدوات "المدخلة الموجزة" و"المقابلة التحفيزية" (Intervention

Brève et Entretien Motivationnel) كمهارات لدى موظفي المؤسسات الصحية الأساسية.

- تعزيز عرض الوقاية والرعاية في علاج الإدمان من خلال توسيع تغطية الاقاليم بالمراكز المتخصصة التي تعتمد أساساً على إنشاء فرق متعددة التخصصات تضم منظمات المجتمع المدني كشركاء أساسيين لوزارة الصحة، وتعزيز التواصل بين الجهات الفاعلة خارج الفضاءات الداخلية لهذه الهياكل. وذلك ضمن سياسة براغماتية تتبناها بلادنا لمواجهة مشكلة الإدمان بطريقة شمولية.

- قامت وزارة الصحة بتفعيل برامج التكوين المستمر في علم الإدمان في السنوات الأخيرة ، حيث تم اطلاق دبلوم جامعي سنة 2009 الموجه الاطباء العاميين واطباء الصحة العقلية والذي سيتم توسيعه ليشمل مراكز تدريب أخرى وفاعلين آخرين في مجال الوقاية و التكفل باضطرابات الادمان.

- بالإضافة إلى ذلك ، فإن إجراء مسوحات في الوسط المدرسي MedSPAD (المشروع المدرسي للبحر الأبيض المتوسط حول الكحول والمخدرات الأخرى ؛ 2006 و 2009 و 2013 و 2017) يستجيب للإرادة السياسية المغربية لتقييم مشكلة تعاطي المخدرات في الوسط المدرسي وصياغة توصيات مناسبة للتكفل. تحلل دراسات MedSPAD المعلومات الممثلة للطلاب المغاربة من حيث المعارف والمواقف والآراء واستهلاك المؤثرات العقلية ، وتستهدف بشكل خاص الفئة العمرية 15-17 سنة. وتوفر هذه الدراسات المختلفة معلومات قيمة من حيث جمع البيانات حول استهلاك المؤثرات العقلية بين الطلاب المغاربة الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 17 سنة. كما أنها تمكن من تحديد الاتجاهات في السلوك المتصل بالاستهلاك على المدى الطويل.

- وأخيراً ، يوفر إنشاء وإطلاق المرصد المغربي للمخدرات والإدمان (OMDA) في عام 2014 لصانعي القرار معلومات واقعية وموضوعية وموثوقة وقابلة للمقارنة حول تعاطي المخدرات والإدمان ، فضلاً عن عواقبها. وبالتالي فإن المرصد المغربي للمخدرات والإدمان مسؤول عن الجوانب العلمية وموثوقية التقارير والمنشورات ويمكن من جمع ومراقبة البيانات اللازمة لاتخاذ القرار في الوقاية من الإدمان.

ب. نقاط الضعف

- على الرغم من أن المعرفة بممارسات استهلاك الطلاب قد تحسنت على مر السنين خصوصاً من خلال دراسات MedSPAD في الوسط المدرسي، إلا أن هناك فجوات في ما يخص استهلاك الأطفال في الشارع (اللصاق، المذيبيات) أو استهلاك العقاقير الاصطناعية (إكستازي، على وجه الخصوص).
- تظل برامج بناء المهارات، لكل من المهنيين الصحيين والجهات الفاعلة في المجتمع، غير منتظمة وغير مستدامة.
- النماذج النظرية غير معروفة إلى حد كبير من قبل المشاركين في الوقاية: لا يعرفون أين يمكن إيجادها ، ويتخوفون من عدم الفهم ... إلخ.
- غياب المعلومات وغياب تدريب المهنيين الذين هم على اتصال مع الشباب ، لا سيما المدرسين والمربين والمشرفين الرياضيين. إنهم في الخطوط الأمامية ومع ذلك لا يملكون الأدوات اللازمة لتحديد الشباب الذين يواجهون صعوبات ، ومعرفة كيفية التحدث عن المخدرات والإدمان ، والتعرف على المواقف المقلقة ، ومعرفة مكان إحالتهم.
- بالنسبة للمعلومات المقدمة لعامة الأشخاص/ لعامة السكان، ولكن أيضاً للعائلات، والشباب، وخاصة الذين يعانون من أوضاع هشة ، ليست منظمة بشكل جيد. فلا تزال هناك حاجة إلى بذل الجهود لتعبئة وسائل الإعلام بشكل أفضل ، وإنشاء وسائط / دعائم معلومات مناسبة، وتنسيق الخدمات.
- لا يزال دور الطب المدرسي غير معترف به بشكل كافٍ، في ظل توفر أكثر فاكثراً للمواد ذات التأثير العقلي بالقرب من المدارس.
- تكون التدخلات الوقائية في الغالب "عفوية" ومناسباتية وغير متجانسة وتشكل في أغلب الأحيان استجابات لأحداث أو حالات أزمات معينة.
- فيما يتعلق بعرض الوقاية والرعاية في حالة الإدمان ، يوجد حالياً 18 مركزاً لعلاج الإدمان تابع لشبكة المؤسسات الطبية الاجتماعية التابعة لوزارة الصحة، بما في ذلك خدمات الاستقبال والرعاية والدعم والوقاية. وتتكون هذه المراكز من فريق طبي وفريق مجتمعي يعملان معاً لتقديم خدمات تكميلية في الوقاية والحد من المخاطر و التكفل العلاجي والدعم النفسي وإعادة الإدماج. كما يتم تقديم مجموعة من خدمات الرعاية المتخصصة في المستشفيات الجامعية. و تم تخصيص 28 فضاء للشباب تحت إشراف وزارة الصحة للاستقبال والاستماع والمشورة والتوجيه للاستشارات المتخصصة الموجهة للشباب والمراهقين وأسرهم. وتقدم وزارة التربية الوطنية 30 مركزاً مرجعياً للصحة المدرسية والجامعية و30 مركزاً طبياً جامعياً تضم 32

عيادة جامعية. وتتعاون جل هذه الهياكل مع الجهات الفاعلة المجتمعية النشطة في الوقاية من اضطرابات الإدمان لدى الشباب. فعلى الرغم من حقيقة أن عرض الرعاية المتخصصة في مجال الإدمان يتوسع بشكل كبير، إلا أن تدخلات التشخيص المبكر والمداخلات الموجزة لا تزال غير كافية، سيما في مؤسسات الرعاية الصحية الأولية، تملأ كما أن اللجوء إلى الرعاية غير متكافئ جغرافيًا والتغطية الجغرافية لا تزال غير كافية في ظل الاحتياجات التي حددتها جميع الجهات الفاعلة.

- غالبًا ما يكون نهج الشراكة غير كافٍ مع تقسيم سياسة الوقاية بين مختلف الشركاء المعنيين، ونتيجة لذلك، تصطدم مشاريع الوقاية بانقطاع الإجراءات، وبالتالي تفقد فعاليتها.
- أخيرًا، نادرًا ما يتم إجراء تقييمات للإجراءات والتدخلات الوقائية القائمة على الأدلة العلمية، إن لم تكن منعدمة.

7- تحليل المتدخلين والمهارات والفئة المستهدفة فيما يتعلق بالوقاية من الإدمان بالمغرب

إن الوقاية موجهة إلى الأشخاص حيث تدعو إلى مشاركتهم وانخراطهم، مع احترام استقلاليتهم وقيمهم وحساسياتهم، مع الاهتمام الدائم برفاهيتهم وصحتهم وصحة أقاربهم.

أ- المتدخلون

يتكون المجتمع المدني من جمعيات أو تكتلات لجمعيات تعمل في مجال الإدمان وتعزيز الصحة ومحاربة الهشاشة، وجمعيات للمرضى والمستخدمين والمستهلكين.

وإلى حد الآن، تأتي جل الإجراءات الوقائية بالميدان و بشكل كبير من المجتمع المدني، وهي إجراءات أحادية الجانب يجدر بها أن تتوحد لتزداد فعاليتها.

7-أ- 2. الوسطاء المهنيون (المدرسون، مهنيو الصحة والمدربون الرياضيون وغيرهم)

يمكن تقديم التكوين والتدريب للمهنيين (المدرسين ومهنيي الصحة والمدربين الرياضيين وغيرهم)، كجزء من أنشطة الوقاية والاستشارات المتعلقة بالإدمان.

يجب أن يسمح هذا التكوين لهؤلاء الوسطاء المهنيين بأن يصبحوا فاعلين في الوقاية من الإدمان، لتغيير تمثلاتهم حول الاستهلاك والمواد والبيئة المعيشية ، وإكمال إجراءات المواكبة والدعم للأشخاص الذين يواجهون صعوبات في ممارساتهم الإدمانية.

وتتيح هذه المقاربة إمكانية إنشاء نقاط و حلقات اتصال للوقاية ، في إطار خطة الوقاية من المخاطر المهنية.

7-أ-3. الأقران

الأقران هم أشخاص لديهم خصائص مشتركة تتصل بالعمر والخلفية الاجتماعية أو الثقافية والميولات والتوقعات.

تتضمن مقاربة التدخل من خلال الأقران تبادل المعلومات والآراء مع أشخاص آخرين من أجل تحدي السلوكيات وتصحيح المعلومات الخاطئة وتحفيز المواقف والمهارات الإيجابية تجاه الصحة. وتعتمد هذه المقاربة على حقيقة أنه في أوقات معينة من الحياة ، وخاصة في الشباب ، يكون تأثير الأقران أكبر من قنوات التأثير الأخرى.

ففي المدارس وفي الاحتفالات ، يتم دعوة الأقران (الشباب / الطلاب) لمختلف الفعاليات. وعندما يتم استثمار هذه الاستراتيجية التفاعلية بشكل صحيح ، فإنها تكون فعالة ومؤثرة على الفئات المستهدفة والأقران أنفسهم. ومع ذلك ، من المهم التأكد من أن التفاعل حقيقي وتشاركي و ليس زائفا يروم استعانة حقيقية بالشباب والى الشباب.

7-أ-4. رجال الدين (الأئمة والمرشدين)

يتم حالياً بالمغرب تكوين وتدريب رجال الدين في مجال الصحة العقلية وطب الإدمان في مسارهم الدراسي. فبعد اكتساب المهارات اللازمة، يمكنهم أن يتبوؤوا دوراً رئيسياً في الوقاية من الإدمان في مواضعهم وخطبهم.

ب. العاملون في مجال الوقاية من استهلاك المواد ذات التأثير النفسي: ما هي المهارات والوظائف المهنية؟

7 - ب-1 - المتدخل في الوقاية من الإدمان:

ليست مهنة المنشط أو العامل في مجال الإدمان مقننة بالمغرب. فما من شروط معينة مرتبطة بالعمر أو التأهيل لمزاولةها. ومن ثم سيكون مرغوبا بالمنشطين أو العاملين في هذا المضمار أن يكونوا ذوي مؤهلات معترف بها.

يمكن للمنشط أو العامل في مجال الوقاية من استهلاك المؤثرات العقلية أن يعمل في القطاع العام أو الخاص أو الجمعوي أو ما إلى ذلك ، وفي بيئات مختلفة (الأوساط القروية و الأوساط الحضرية) وفي أطر مختلفة (المدرسي و غير المدرسي).

وبالتالي ، يتعين على المتدخلين في الوقاية من الإدمان اكتساب مهارات في الوقاية من السلوك الإدماني حتى يتمكنوا من التعامل مع مختلف الوضعيات في هذا الصدد.

إلا أن هذا لا يعني أن ننتظر إلى غاية أن يصبح المتدخلون متخصصين في السلوك الإدماني. بل إن الأمر يتعلق بتكوينهم وتدريبهم بحيث يتم دمج هذه المسألة في مزاولة وظائفهم التربوية من أجل معرفة كيفية الاستجابة بشكل مناسب لاحتياجات الاطفال والمراهقين في هذه القضايا أو من خلال توجيههم، عند الاقتضاء، إلى الهيئات أو المراكز المناسبة.

بالإضافة إلى تنشيط و تأطير مجموعات الشباب الذين يعانون من مشاكل الإدمان، فإن المنشط مطالب أن يكون على دراية و اتصال بالإشكاليات الراجعة في المجتمع. يجب أن يكون قادرًا و مستعدا لمواجهة هذه الإشكاليات. كما يتعين عليه أيضًا دمج وقبول حقيقة العمل ضمن فريق متعدد التخصصات ومتكامل، في إطار تبادل المهارات وتكاملها.

يجب أن يعتمد منشطو الوقاية من الإدمان على البيانات التي تم التحقق من صحتها من قبل الأوساط العلمية للقيام بتدخلات و جبهة وفعالة.

وأخيراً، فقد تعددت و تنوعت المهمات وأدوات التدخل والتي تعتمد على تصميم الأدوات وتطويرها وتنفيذها وتنشيطها وتقييم إجراءات الوقاية والتوعية والتدريب لفائدة مختلف الفئات وخاصة الشباب منها.

و فيما يلي بعض التوصيات لاتخاذ إجراءات فعالة للوقاية من السلوك الإدماني:

- ينبغي الانخراط في مقاربة تعزيز الصحة.
- ينبغي التركيز على المدى الطويل والعمل المستدام.
- ينبغي عدم الاقتصار على نقل المعارف، بل يجب التركيز على الأهداف الأخرى مثل تغيير التمثلات أو اكتساب مهارات جديدة.
- ينبغي السعي إلى تنمية المهارات النفسية والاجتماعية.
- ينبغي إشراك الفئات المستهدفة في بلورة وتنفيذ وتقييم المشروع.
- ينبغي دمج مفهوم الصحة الإيجابية في التدخلات.
- ينبغي عدم استخدام التخويف كرافعة.
- ينبغي تفادي إصدار أحكام على الأشخاص أو وصمهم أو جعلهم يشعرون بالذنب ؛
- ينبغي الأخذ بعين الاعتبار وجهة نظر الفئات المستهدفة وتجاربها واحتياجاتها.
- ينبغي مراعاة فوائد استهلاك المواد ذات التأثير النفسي.
- ينبغي دائماً تقديم المعلومات الموضوعية والمثبتة علمياً.
- ينبغي إدراج أنشطة في المشروع تروم تعزيز و توطيد القدرة على الفعل العملي من قبل الفئات المستهدفة.
- ينبغي إعطاء الأولوية للأساليب التفاعلية التي تحث على المشاركة النشطة للفئات المستهدفة.
- ينبغي دمج آليات تحديد الأشخاص وتوجيههم مع تشجيع الولوج إلى الرعاية.

7 - ب - 2. الموقف التربوي للمتدخل في الوقاية من الإدمان:

من المهم أيضاً استحضار الموقف التربوي للمتدخل أو المنشط . في الواقع ، غالباً ما يُنظر إلى المنشط باعتباره "نموذجاً" للفئة المستهدفة التي تسعى للتماهي معه/التمثل اليه. ففي بعض الأحيان، هناك حالة من القرب من الفئة المستهدفة ، سواء من حيث العمر أو من حيث مجالات الاهتمام.

يجب أن يكون المنشطون متيقظين للرسائل والصور التي يمكنهم إيصالها من خلال كلماتهم وكذلك من خلال سلوكهم.

يجب أن يتحلى المنشطون بتصرفات أخلاقية ونموذجية ، سواء في مواقفهم أو في كلماتهم. كما أنه لا ينبغي لهم القيام بعمل لا يندرج في إطار التدخل المحدد مسبقًا.

يجب أن يكونوا "بارعين" في التواصل الشفوي وذوي خبرة في وضع تدخلات الوقاية التي تستجيب لاحتياجات الفئات المستهدفة في المدرسة والمجتمع.

كما أنه من الضروري إتقان مجالات المعرفة الثلاثة، أولاً وقبل كل شيء المعرفة_ ، ولا سيما معرفة المخدرات الأكثر شيوعًا بالمغرب ونماذج الوقاية التي يوصي بها هذا الدليل المرجعي الوطني والتي تستند إلى أفضل الممارسات. ثم تأتي الدراية الفنية/التقنية التي تدل على الموقف والمعرفة الذاتية للمنشط ومواهبه كمنشط، وقدرته على "الشعور" بجمهوره، وأخيراً المعرفة التقنية المحضة و التي تتطلب إتقاناً جيداً للأدوات والتقنيات المطلوبة والتي سوف يستخدمها استناداً إلى المعلومات الواقعية.

يجب أن يتمتع المنشط أيضاً بقدر من الإبداع يسمح له بالتكيف مع السياق من أجل الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة.

يجب أن تنبعث من لغته وهندامه ولغة جسده مؤشرات الاحترام لجمهوره. كما يجب أن يتحرى البساطة والوضوح في اللغة ويعدل صوته و نبرته وفق مقتضيات الحال.

كما يجب أن يكون قادراً على استعمال أنشطة "إذابة الجليد" (أي التمارين الاستهلاكية التعارفية)، بما يكفل للمشاركين التعرف على بعضهم البعض والشعور بالراحة معاً وتحفيز الأنشطة من خلال ألعاب مريحة وممتعة لتعزيز الطاقة والحفاظ على اهتمام و انتباه الحضور.

وأخيراً ، يجب على المنشط حسن إدارة ديناميكية المجموعة حتى لا يستأثر شخص أو شخصان بالحديث مع الحفاظ على الانضباط والمرونة تجاه المشاركين المشاكسين.

ج. أدوات الوقاية:

من اللازم ، أثناء التدخلات المخصصة للوقاية من الإدمان، تقديم أدوات مختلفة تسمح أثناء التدخلات للمنشطين المستقبليين بما يلي:

- حث المجموعة على التفكير في مواقف ملموسة وسياقات استهلاك مختلفة ؛
- استحضار البعد البيداغوجي (أدوات متعددة الوسائط ، أفلام ، كتيبات ، ألعاب) ؛
- تفعيل مشروع وقائي طويل الأمد مع فئة مستهدفة (رفع مستوى وعي المجموعة ، وإشراك الفريق والإدارة المعنية بالكامل، وإنشاء أداة وقائية مع مجموعة معينة).

وفي سياق هذا الدليل ، تدرج أدوات الوقاية ضمن برنامج الوقاية UNPLUGGED "الانقطاع". حيث يقترح الدليل الوطني بالنسبة للسياق المغربي نموذج الوقاية UNPLUGGED ، و الذي يضم قائمة من الخصائص التي وضعها الباحثون والممارسون والذين يعتبرونها محددات في صفوف الشباب ، وخاصة في الوسط المدرسي، ولا سيما النموذج الكامل للتأثير الاجتماعي، والذي يجمع بين المهارات الحياتية و يركز على المعايير والتزام الشاب بعدم تعاطي المخدرات.

برنامج UNPLUGGED هي منظومة تتوخى الوقاية من المخدرات في المدرسة والمجتمع لنفس الفئات العمرية من 12 إلى 16 سنة على أساس المقاربة الشاملة للتأثير الاجتماعي. وقد تم تطويره وتنفيذه وتقييمه في دراسة متعددة المراكز في سبع دول أوروبية (Faggiano et al. ، 2008).

فمن المهم التذكير أنه لا ينبغي تسليم الأدوات على حالها للفئة المستهدفة ، بل ينبغي الحرص على أن تمتلكها الفئة المستهدفة.

د- المهارات النفسية والاجتماعية:

وفقاً لمنظمة الصحة العالمية ، تمثل المهارات الحياتية قدرة الشخص على الاستجابة بفعالية لمتطلبات وتجارب الحياة اليومية.

إنها تمثل قدرة الشخص على الحفاظ على حالة من السلامة العقلية و الرفاه النفسي، من خلال تبني السلوك المناسب والإيجابي فيما يتعلق بالعلاقات مع الآخرين ، وثقافته وبيئته.

فهذه المهارات تلعب دورًا مهمًا بشكل خاص في تعزيز الصحة بأوسع معانيها.

وعندما ترتبط المشكلات الصحية بالسلوك ، ويرتبط السلوك بعدم القدرة على الاستجابة بفعالية للتوتر وضغوط الحياة ، فإن تحسين المهارات الحياتية يمكن أن يكون عنصرًا مؤثرًا في تعزيز الصحة و الراحة النفسية.

ويتم تجميع موارد الحياة اليومية هاته في ثلاث فئات عريضة: المهارات الذهنية والاجتماعية والوجدانية.

المهارات الاجتماعية (أو ما بين الأشخاص أو التواصلية)	المهارات الذهنية	المهارات الوجدانية
مهارات التواصل الشفوي وغير الشفوي: الاستماع الفعال ، والتعبير عن المشاعر ، والقدرة على إعطاء وتلقي ردود الفعل	مهارات صنع القرار وحل المشكلات	مهارات التنظيم الوجداني: إدارة الغضب والقلق والقدرة على التعامل مع الخسارة وسوء المعاملة والصدمات
التعاطف ، وهو القدرة على الاستماع وفهم احتياجات ووجهة نظر الآخرين والتعبير عن هذا الفهم	التفكير النقدي والتقييم الذاتي بما يتضمن القدرة على تحليل تأثير وسائل الإعلام والأقران ، وإدراك القيم أو المواقف أو المعايير والمعتقدات والعوامل التي تؤثر علينا ، والقدرة على تحديد مصادر المعلومات ذات الصلة	مهارات إدارة التوتر التي تتضمن إدارة الوقت والتفكير الإيجابي وإتقان تقنيات الاسترخاء
مهارات المقاومة والتفاوض:		مهارات التقييم الذاتي والتنظيم

إدارة الصراع ، ومهارات الحزم ، ومقاومة ضغوط الآخرين		الذاتي التي تعزز الثقة واحترام الذات.
مهارات التعاون والتآزر الجماعي		
مهارات المناصرة وحشد التأييد التي تبني على مهارات الإقناع والتأثير		

ليست القائمة أعلاه شاملة ومستفيضة، بل يمكن استكمالها من خلال المناقشات مع الفئة المستهدفة.

ومن شأن تنمية المهارات النفسية -الاجتماعية ، منذ سن مبكرة ، أن تمنع بشكل فعال المشاكل المرتبطة باستهلاك المؤثرات العقلية أو حتى السلوك العنيف أو السلوك الجنسي المحفوف بالمخاطر أو مشاكل الصحة العقلية.

وبالتالي يتعلق الأمر ببناء المهارات "للعمل من أجل..." وليس "محاربة".

هـ. الفئات المستهدفة:

- الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و 16 سنة في الوسط المدرسي
- الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و 16 سنة في الجمعيات و الأوساط المجتمعية (نوادي الشباب ، وما إلى ذلك) ؛
- الآباء والأسرة (في الأوساط المدرسية والجمعوية).

8. توصيات لتفعيل مشروع الوقاية من الإدمان: الإطار النظري والأدوات العملية

8-أ-1 الإطار النظري بالنسبة للشباب

يروم أساسا مشروع الوقاية من تعاطي المؤثرات العقلية لمساعدة الأشخاص ، وخاصة المراهقين و الشباب ، على تجنب أو تأخير البدء في استهلاك مثل هذه المواد ذات التأثير النفسي ، أو ، إذا كانوا قد بدأوا بالفعل، تفادي الاضطرابات الناجمة عن الإدمان.

أيضا ، فإن الهدف العام المتمثل في الوقاية من الإدمان أوسع بكثير. فهو يهدف إلى التنمية الصحية والأمنة للأطفال والشباب لتحقيق مواهبهم وإمكاناتهم ليصبحوا أعضاء نافعين ومسؤولين في مجتمعهم. وتساهم الوقاية الفعالة بشكل كبير في المشاركة الإيجابية للأطفال والشباب والكبار مع أسرهم ومدارسهم وأماكن عملهم ومجتمعاتهم.

إن كل طفل يشكل حالة فريدة ويتأثر نموه بسلسلة من العوامل الشخصية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية. وبشكل عام، يمكن الاستئناس بما يلي لتعريف الفئات العمرية: يشير مصطلح الرضاعة والطفولة المبكرة إلى أطفال ما قبل المدرسة الذين تتراوح أعمارهم بين 0 و 5 سنوات ؛ تشير مرحلة الطفولة المتوسطة إلى أطفال المدارس الابتدائية الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و 10 سنوات ؛ في حين يشير مصطلح المراهقة المبكرة إلى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 11 و 14 عامًا ؛ وتشير المراهقة إلى سن 15 إلى 19/18 سنة ؛ ويتبع ذلك سن الرشد من سن 18 أو 19.

وفي هذا الصدد، يوصى بالتدخلات التالية مع مراعاة الأوساط التي يتم استخدامها فيها، والفئات المستهدفة المعنية، والمتدخلين الذين تم تدريبهم خصيصًا على تقديمها:

1. في الأوساط المدرسية: من قبل المدرسين والمربين الرياضيين ومنظمات المجتمع المدني
 - الشباب حسب الفئة العمرية من 12 إلى 16 سنة.
 - يوصى بالتوجيه والإرشاد كأحد التدخلات المستندة بالأدلة المحددة للوقاية من تعاطي المخدرات والعنف بين الشباب: من قبل البالغين ذوي اطلاع على نفسية الطفل وحريصين على الراحة النفسية للطفل.

- 2 . في البيئات المجتمعية: من قبل الممرضات والقابلات ومنظمات المجتمع المدني والأخصائيين الاجتماعيين

- المرأة الحامل: مداخل موزة لحماية الصحة الجسدية والعقلية للمرأة الحامل والطفل الذي تحمله.
 - الأم الشاب: مداخل موزة وإرشاد من منظمات المجتمع المدني والأخصائيين الاجتماعيين لتزويدها بمهارات معينة لتكون أمًا صالحة وقادرة على رعاية أطفالها الصغار وحمايتهم بشكل أفضل.
3. في الأوساط المجتمعية: من قبل منظمات المجتمع المدني ، المربين الرياضيين، والزعماء الدينيين؛ و ما إلى ذلك
- الشباب: التوجيه و الإرشاد، أماكن الترفيه: منظمات المجتمع المدني
 - أولياء الأمور: منظمات المجتمع المدني.
 - النساء: منظمات المجتمع المدني والجمعيات النسائية التي تعمل من أجل رفاهية المرأة والأسرة.
- 4 . الرياضة من أجل الوقاية: المربون الرياضيون ومنظمات المجتمع المدني للرياضيين الشباب ، وجميع الألعاب الرياضية في المدرسة والمجتمع ؛
- 5 . شبكات التواصل الاجتماعي للوقاية في أوساط الشباب عبر فيسبوك وتويتر وواتساب وانستغرام ... الخ.

8-أ-2 الأدوات العملية بالنسبة للشباب

يستند برنامج UNPLUGGED إلى نموذج التأثير الاجتماعي الشامل ، حيث يتسم بالتفاعل مع دمج عناصر المهارات الحياتية والمعتقدات المعيارية. والفئات المستهدفة هم المراهقون الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و (14 سنة – 16 سنة) لأن هذا هو العمر الذي يمكن فيه للمراهقين للشروع في تجربة المواد ذات التأثير النفسي (خاصة التدخين أو الكحول أو الحشيش). ويتوخى هذا البرنامج إبطاء الشروع في استهلاك المواد و/ أو تأخير الانتقال من التعاطي التجريبي إلى التعاطي المنتظم للمواد. ويتكون البرنامج من 12 درسًا مدة كل منها 60 دقيقة بمعدل درس واحد في الأسبوع. ويمتد هذا البرنامج على 12 أسبوعًا. وللإشارة يستند برنامج UNPLUGGED إلى ثلاث ركائز: المعلومات والمواقف ومهارات التعامل مع الآخرين والمهارات الشخصية.

وتتصل المهارات الحياتية المتعلقة بالوقاية من المخدرات بالعلاقات أو السلوكيات الاجتماعية ، مثل الاتصال بشخص أجنبي والاصغاء الجيد. فالأمر يتعلق إذن بمهارات اجتماعية أو عاطفية أو شخصية.

وتتعلق المراجع في هذا البرنامج بمهارات التعامل مع الآخرين و المهارات الشخصية المتمثلة في القدرة على تقدير واحترام الآخرين وإنشاء علاقات إيجابية مع العائلة والأصدقاء ، والاستماع والتواصل بشكل فعال ، والثقة بالآخرين وتحمل المسؤولية.

من الواضح أن المهارات الحياتية قد تتباين من ثقافة إلى أخرى ومن مكان إلى آخر. إلا أن الأبحاث تشير إلى أن مجموعة المهارات الأساسية تكمن في صميم المبادرات لتعزيز صحة الأطفال والمراهقين وراحتهم النفسية. كما تتبوأ المعتقدات المعيارية أيضاً دوراً رئيسياً في الوقاية من المخدرات.

8-ب-1 الإطار النظري للوالدين والأسرة

يتمثل دور الوالدين والأسرة في حماية الأطفال والشباب وتعزيز نموهم الصحي وغرس المهارات في نفوسهم ضمن حياتهم اليومية لتنظيم عواطفهم وتفاعلاتهم الاجتماعية للوقاية من استهلاك المؤثرات العقلية.

في هذل الصدد، يعد نقص المعرفة بالمؤثرات العقلية وعواقب استخدامها من بين العوامل التي تزيد من هشاشة الأشخاص. وتشمل العوامل المهمة الأخرى الاستعداد الوراثي، والسمات الشخصية مثل الاندفاع والبحث عن الإثارة، ووجود اضطرابات عقلية أو سلوكية ، وإهمال الوالدين أو سوء معاملتهم ، وتدني الارتباط بالمدرسة والمجتمع ، والأعراف الاجتماعية ، والبيئة التي تساعد على تعاطي المخدرات.

وفي المقابل ، فإن الرفاه النفسي والعاطفي، والمهارات الشخصية والاجتماعية ، والروابط القوية مع الآباء الإيجابيين، والارتباط القوي بالمدرسة والمجتمع المنظمين والمتوفرين على الموارد اللازمة تشكل كلها عوامل تقلل من تعرض الشخص لتعاطي المخدرات وغيرها من السلوكيات المضرة.

ومن ثم يعتبر دعم وتوجيه الوالدين والأسرة لتطوير أو تحسين مهارات الأبوة والأمومة أمرًا ضروريًا من أجل تربية و تنشئة أطفال يتمتعون بصحة بدنية وعقلية جيدة ومن أجل الوقاية من المشكلات المرتبطة بالمراهقة.

إن التحديات التي يواجهها العديد من الآباء في إعالة أسرهم متعددة الجوانب. فغالبًا ما يكون تحقيق هذا التوازن الدقيق بين الأسرة والعمل والمسائل المالية والالتزامات الاجتماعية وخلق فضاء ودي مع الأطفال أمرًا صعبًا للغاية. فعوامل من قبيل انعدام الثقة والدفع في العلاقة بين الوالدين والطفل ، وانعدام الأمن، والبنية والانضباط في وحدة الأسرة تشكل كلها مخاطر للمشاكل السلوكية والصحة العقلية وتعاطي المخدرات في وقت لاحق.

لقد ثبت أن برامج الرفع من المهارات الأسرية فعالة للغاية في درء عدد من المشكلات السلوكية لدى الأطفال بما في ذلك تلك المتعلقة بتعاطي المخدرات، وقد أكدت الأبحاث أن البرامج الخاصة بتطوير هذه المهارات أكثر فعالية من مجرد توفير المعلومات للآباء بحيث يمكن تنفيذها من الطفولة حتى المراهقة وإدامة التغييرات الإيجابية الأساسية في أداء الأسرة ومهارات الأبوة والأمومة.

كما يمكن أن تعمل الأسرة كعامل وقائي وعامل خطر فيما يتعلق باستهلاك المؤثرات العقلية. فعلى الرغم من أن العوامل الوراثية والبيئية تساعد في تشكيل نمو الأطفال والشباب، إلا أن ديناميكيات الأسرة تلعب دورًا وقائيًا مهمًا للغاية.

يشير علم الوقاية إلى أن مخاطر التعاطي اللاحق للمواد ذات التأثير النفسي من قبل الطفل تتأثر باستهلاك السجائر والكحول وغيرها من المواد ذات التأثير النفسي أثناء الحمل. وتشكل هذه الاستهلاكات مخاطر جسيمة على صحة النساء والأطفال حتى وإن كانت المرأة لا تعاني من اضطرابات مرتبطة باستهلاك المؤثرات العقلية. وبالتالي وجب إخطار النساء الحوامل بهذه المحاذير وتأثيرها على النمو الطبيعي والصحي للجنين من قبل القابلة أو الممرضة. كما يجب إحالة اللاتي يعانين من اضطرابات متعلقة باستهلاك المؤثرات العقلية إلى خدمات العلاج المناسبة.

توصي منظمة الصحة العالمية العاملين الصحيين بالسعي للحصول على معلومات من النساء الحوامل فيما يتعلق بتعاطي التبغ والكحول والمواد ذات التأثير النفسي وتوفير مداخل موزة لأي امرأة حامل تستهلك الكحول أو غيرها من المواد ذات التأثير النفسي لوقف هذا التعاطي .

وتتفق مجمل الأبحاث بشأن المناهج المتبعة حول عدد من النقاط. في حين حددت أبحاث أخرى بشأن المناعة العوامل العائلية الرئيسية التي تساعد في حماية الأطفال من الإدمان. وتتقاطع هذه العوامل العائلية الرئيسية في عدد من العناصر، و منها:

- أ) الترابط الامني والصحي بين الوالدين / الأطفال ؛
- ب) الإشراف الأبوي والتأديب الفعال ؛
- ج) التواصل مع الأسرة والقيم الاجتماعية ؛
- د) مشاركة الوالدين في حياة الطفل.
- هـ) دعم الوالدين للأطفال والشباب (العاطفي ، المعرفي ، الاجتماعي والمالي).

وقد أفاد الأطفال والأسر الذين يعانون من أحداث ضاغطة حادة أو مزمنة أن العوامل الأبوية والعائلية تساهم في قدرة الشباب على التغلب على المواقف الأسرية المضرة وتحقيق نتائج إيجابية. وتظهر الأبحاث أن الآباء الذين يدعمون و يشجعون أطفالهم على أن يصبحوا مستقلين، ويحثون على اتباع القواعد والامتثال لها بشكل مستمر وعادل في الممارسات التأديبية ، يكون لديهم أطفال ذوو مناعة أكبر من الأطفال الآخرين.

أما العوامل الأخرى التي ساهمت في المناعة فتتمثل في البيئة الأسرية المنظمة والمتوازنة ، والعلاقات الداعمة ، والمعتقدات الأسرية ، والتماسك الأسري ، ومهارات حل المشكلات ، والتكيف ، والتواصل. وتوفر الأبحاث أدلة قوية على أن الآباء والأسر يمكن أن يكونوا عوامل وقائية قوية في حياة الأطفال والشباب.

وفي مقابل ذلك ، تقدم الأبحاث دليلاً على أن العلاقات بين الوالدين والأطفال والأسر التي تتسم باللامبالاة وعدم الاستجابة وانعدام الأمن العاطفي وعدم اتساق الوالدين في رعاية الأطفال وإراحتهم خلال السنوات الأولى من النمو ترتبط بمخاطر الاكتئاب والقلق والمشاكل العلاقية لدى الأطفال والكبار.

وتشتمل العوامل الرئيسية في الأسرة التي تعرض الأطفال والشباب لخطر الإدمان: أ) الافتقار إلى الروابط والعلاقات غير الآمنة مع الوالدين ؛ ب) عدم وجود علاقة جيدة مع شخص راشد متيقظ ؛ ج) دور الأبوة غير الفعال ؛ د) ومنزل تعم فيه الفوضى.

تروم برامج التدريب على المهارات الأسرية عمومًا تقوية العوامل الوقائية للأسرة. ويمكن أن تتضمن تمارين تهدف إلى زيادة التواصل والثقة ومهارات حل المشكلات وحل النزاعات. كما يمكن أن تشمل فرصًا للآباء والأطفال لقضاء وقت إيجابي سويًا كسبل لتقوية الروابط والتعلق بين الآباء والأطفال. لمطابقة عوامل الحماية وعوامل الخطر الموصوفة ، تتضمن برامج التدريب على المهارات الأسرية عادة استراتيجيات للرفع من: أ) العلاقات الأسرية الإيجابية ؛ ب) الإشراف الخفي على الطفل أو الشاب ؛ ج) تعليم القيم والتوقعات العائلية.

8-ب-2 أدوات عملية للآباء والأسرة

(انظر الورقات التفتية أدناه ، والدورات التدريبية المرتبطة بهذا الدليل).

9- نماذج الوقاية من الإدمان وفق السياق المغربي

أ- للشباب

9-أ-1 نموذج UNPLUGGED (الورقات التفتية أدناه، وحصص التدريب المرتبطة بهذا الدليل)

ب. للآباء والعائلة

يعتمد برنامج المهارات الأسرية الجيد على عدد من المبادئ مع مراعاة الأدلة والممارسات الجيدة المذكورة أعلاه:

المبدأ 1. يقوم برنامج الوقاية الجيد للآباء على نظرية قوية تتوخى الوقاية من السلوك الإشكالي من خلال معالجة الأسباب الجذرية لذلك السلوك في مرحلة مبكرة وتعديله ؛

المبدأ 2: يركز على تقييم احتياجات الوالدين من أجل فهم أفضل لحالتهم فيما يتصل بعوامل الخطر والحماية المتعلقة بالأسرة من أجل اختيار مستنير للتدخل المناسب ؛

المبدأ 3: يجب أن يتجاوب بشكل فعال مع مستوى الخطر في عموم الفئة المعنية (الوقاية الشاملة) والأسر التي تعتبر معرضة لمخاطر عالية (برامج انتقائية) ؛

المبدأ 4: يجب أن يستجيب على وجه التحديد لاحتياجات تدريب الوالدين ، مع مراعاة سن ومستوى نمو أطفالهم؛

المبدأ 5. يجب أن تكون وتيرة ومدة البرنامج ملائمتين.

يتعين برمجة عدد كافٍ من الدورات التدريبية لإعطاء الآباء الفرصة لممارسة المهارات التي تهدف إلى تعزيز تغيير السلوك.

فيما يخص البرامج الشاملة ، تكون 4-8 جلسات كافية لأن العائلات في صفوف الفئات العامة لديها عوامل خطر أقل ويمكن أن تتغير بجهد أقل.

أما بالنسبة لبرامج التدريب الانتقائية للأسر عالية الخطورة ، فيجب برمجة 8 إلى 12 جلسة ، بما في ذلك "دروس الدعم". فكلما زاد عدد عوامل الخطر ، زادت الحاجة إلى مزيد من الوقت لبناء الثقة والتأثير وتغيير السلوك وتقديم الدعم النفسي والاجتماعي والاقتصادي إن أمكن.

تستغرق كل جلسة تدريبية ساعتين.

المبدأ 6: يجب أن تكون الجلسات تفاعلية.

يتم تنظيم الأنشطة مع مجموعات تتكون من 8 إلى 12 عائلة. لا يكفي تقديم ومناقشة المعلومات حول المهارات الأسرية ؛ بل يجب أن تستخدم برامج التدريب على المهارات الأسرية المبنية على الأدلة تقنيات تفاعلية لمنح الآباء والأسر الفرصة لممارسة المهارات المكتسبة أثناء الحصص. وتشكل

الممارسة المنزلية أسلوباً تفاعلياً أساسياً آخر. وللقيام بذلك ، ينبغي خفض عدد العائلات التي تحضر كل جلسة إلى الحد الأدنى. فعلى الرغم من أنه من الصعب أن يكون إلزامياً ، إلا أن عدد العائلات الموصى به في المجموعة يتراوح بين 8 و 12 عائلة.

المبدأ 7: يجب أن يوضع رهن إشارة الآباء المهارات والفرص لتعزيز العلاقات الأسرية الإيجابية والإشراف على الأسرة ومراقبتها ، ومساعدتهم على إيصال القيم والتوقعات العائلية.

على الرغم من اختلاف برامج التدريب على مهارات الأبوة والأمومة ، إلا أنها تستند إلى فهم شائع نسبياً لعوامل الخطر والحماية في العائلات ، وبالتالي فهي تتضمن العديد من الخصائص والمهارات الأساسية.

يتضمن المحتوى والمهارات اللازمة للآباء تعليم الوالدين كيفية الإصغاء للأطفال. فيجب على الآباء تعلم وممارسة كيفية:

- (أ) إظهار الود والتعاطف لبعضهم البعض وبين أطفالهم والآخرين ؛
- (ب) إبداء العناية الإيجابية والثناء ، بما يتسق مع السلوك المرغوب الذي تم إيصاله للطفل بوضوح؛
- (ج) التعبير عن مشاعرهم وعواطفهم بشكل مناسب ، والتحدث عن مشاعر وعواطف أطفالهم والآخرين ، ومساعدة أطفالهم على التعرف على مشاعرهم وعواطفهم ؛
- (د) تحديد ونمذجة السلوك الذي يتوافق مع القيم والمعايير التي يريدون نقلها إلى أطفالهم ؛
- (هـ) تعلم مهارات جديدة في التأقلم والمرونة وإدارة الغضب لتجنب المزيد من الضغوط ، واستخدام استراتيجيات منصفة وتجنب الاعتداءات اللفظية والجسدية ؛
- (ز) استخدام مهارات اللعب التفاعلي ، أي كيفية السماح للأطفال بتولي الأمور وتعلم كيفية إدارة الأطفال.

المبدأ الثامن: ينبغي تكييفه لتلبية القيم الثقافية والاجتماعية والاقتصادية للفئات المستهدفة من خلال سيرورة ترسخت من خلال التجربة . ويجب أن تكون عملية التكيف منهجية ومخططة بعناية لتحقيق التوازن بين احتياجات المجتمع والحاجة إلى مراعاة البرنامج الأصلي الذي تم تقييمه وثبتت فعاليته.

10. الأدوات الوقائية: الورقات التقنية

لقد تم إعداد الجدادات التقنية العملية بناءً على نماذج الممارسات الجيدة في مجال الوقاية والوثائق المرجعية الدولية من الأمم المتحدة وغيرها من هيئات الخبرة المعترف بها دوليًا. و تم تطويرها مع مراعاة الخصائص الاجتماعية والثقافية والدينية للمجتمع المغربي.

أ. الأدوات الوقائية للشباب.

لقد أثبت نموذج الاتحاد الأوروبي للوقاية UNPLUGGED أنه أداة متميزة للوقاية من تعاطي المؤثرات العقلية بين الشباب ، وخاصة في المدارس. و تتكون الجدادات الفنية من 12 مجموعة من شرائح PowerPoint والتي ستوفر الدعم الفني للمتدخلين. وتجدر الإشارة إلى أن المتدخلين سيحصلون أولاً على تدريب على استخدام UNPLUGGED بالمغرب لأن تنفيذه يركز إلى منهجية تفاعلية محددة للغاية.

وتأتي الدروس الثانية عشرة على النحو التالي:

الدرس 1 : افتتاح UNPLUGGED

الدرس 2 : لتكون أو لا تكون في مجموعة

الدرس 3 : اتخاذ قرار - الكحول والمخاطر والحماية

الدرس 4 : هل ما تؤمن به قائم على معطيات حقيقية؟

الدرس 5 : تعاطي مخدر السجائر – المعلومات المطلوبة

الدرس 6 : عبر عن رأيك

الدرس 7: انهض و دافع عن آرائك

الدرس 8 : مخالطة الآخرين

الدرس 9 المخدرات - المعلومات المطلوبة

الدرس 10 مهارات التأقلم و التكيف

الدرس 11 حل المشكلات واتخاذ القرار

الدرس 12 تحديد الهدف.

سيتم تدريب المتدخلين على تنفيذ البرنامج بشكل صحيح . يتم إرفاق 12 جدادة فنية حول - UNPLUGGED تحت تصرفهم، ورقة واحدة لكل درس على شكل شرائح باور بوينت (PPT) من أجل تسهيل مهامهم.

ب- الأدوات الوقائية للوالدين والأسرة

فيما يتعلق بالأدوات الوقائية للوالدين والأسرة ، يميل هذا الدليل الوطني إلى نموذج مستوحى من عدد من برامج الوقاية لهذه الفئة والتي تم تنفيذها في سياقات ثقافية مختلفة والتي تم تقييمها بدقة.

10-ب-1. المداخلات الموجزة (للمدربين و للمنشطين)

تمثل 'المداخلات الموجزة' منهجية جيدة للوقاية خاصة بالمراهقين والبالغين. وهي تتكون من جلسة أو أكثر من جلسات الاستشارة الفردية التي يقدمها أخصائيو صحتهم واجتماعيون مدربون في هذا المجال لفائدة أشخاص قد يكونون في خطر ولكن قد لا يحتاجون بالضرورة إلى معالجة.

إن الجلسة مهيأة بشكل جيد وتستغرق ما بين 5 إلى 15 دقيقة. فهي تحدد أولاً ما إذا كانت مشكلة تعاطي المخدرات موجودة وتقدم على الفور المشورة الأساسية والإحالة للعلاج إذا اقتضت الحالة ذلك.

فعادةً ما يتم تقديم المداخلات الموجزة من قبل مراكز الصحة الأولية ، وتتسم بالفعالية أيضاً في حالات الطوارئ وفي الأماكن غير الرسمية غير الصحية وفي أوساط الجمعيات المجتمعية أو منظمات المجتمع المدني ، وفي المدارس وفي أماكن العمل.

تستخدم المداخلات الموجزة تقنيات المقابلات التحفيزية حيث يتم مناقشة استهلاك الشخص للمواد ذات التأثير النفسي. ويتم تشجيع الشخص على اتخاذ قرارات من أجل راحته النفسية ووضع خطة عمل ذات أهداف محددة جيداً لمعالجة مشكلة إدمانه. وفي هذه الحالة ، يتم تقديم مداخلات موجزة خلال 4 حصص بحد أقصى تتراوح مدتها من 30 دقيقة إلى ساعة واحدة لكل حصة.

وعلى صعيد آخر ، نجد ندرة في منظمات المجتمع المدني المدربة على الوقاية من تعاطي المخدرات أو السلوك الإدماني ، على الرغم من أن العديد من هذه المنظمات غير الحكومية تعمل في هذا المجال. كما أن هناك فراغا من حيث المواد التدريبية والأدلة الإرشادية لتنفيذ برامج محددة في الميدان. ومن ثم إن بلورة دليل عملي مخصص للفاعلين الذين يعملون مع الشباب والفئات الهشة ، وكذلك للمهنيين في قطاع الصحة والناشطين الجمعويين، يوفر الأدوات والمبادئ التوجيهية الدقيقة لتنفيذ برامج متماسكة لجهة الوقاية من استهلاك المؤثرات العقلية في أوساط الشباب في وضعية الهشاشة مثل أطفال الشوارع والشباب المخالفين للقانون وغيرهم من الجانحين.

وفيما يلي التدخلات الوقائية التي يوصى بها للمرأة للحوامل:

10-ب-2 المرأة الحامل

لقد ثبت علميًا أن استهلاك الكحول والنيكوتين والمخدرات أثناء الحمل يؤثر سلبيًا على نمو الجنين.

وتعتبر الاستشارات السابقة للولادة وقتًا مناسبًا لتحسيس النساء الحوامل حول مخاطر استهلاك هذه المؤثرات العقلية على صحتهن وصحة الجنين أثناء الحمل وبعده.

التدخل الموصى به: مداخلة موجزة باستخدام طريقة DIBRT والتي تتكون من:

- التحري
- مداخلة قصيرة من 5 إلى 10 دقائق
- الإحالة إلى العلاج إذا لزم الأمر.
- الفاعل / المتدخل: العاملون الصحيون والأخصائيون الاجتماعيون في الأوساط المجتمعية.

10-ب-3 الأم المرضعة

في هذه المرحلة المبكرة من نمو الرضيع ، تفاعل الرضيع مع الوالدين ، وخاصة الأم. فقد تفتقر الأم الجديدة العهد بالولادة إلى مهارات الأمومة أو تعاني من صعوبات أخرى تتعلق بسوء الحالة الصحية أو

الصعوبات المالية أو صعوبات أخرى خاصة في بيئة اجتماعية واقتصادية مهمشة أو في بيئة أسرية مختلفة.

التدخل الموصى به: تدريب على مهارات الأمومة.

الفاعل / المتدخل: الطبيب و / أو الممرضة في الوسط الاستشفائي وأخصائيون اجتماعيون في الوسط المجتمعي.

10-ب-4 الآباء

ما قبل الوحدة. مقدمة (للمدربين وللمنشطين والمتدخلين فقط)

الوحدة الأولى: فهم العقاقير المستخدمة في السياق المغربي (السجائر ، الكحول ، الحشيش ، الهيروين ، المنشطات بما في ذلك الكوكايين والأمفيتامينات والإكستاسي) وآثارها الضارة على الصحة.

الوحدة الثانية: كيف تجعل طفلك يشعر بالأمان.

- خلق بيئة أسرية آمنة وسلمية ومتناغمة ومهتمة في المنزل.
- تعزيز الارتباط الآمن والصحي بين الوالدين والطفل.
- وضع إشراف أبوي هادئ ونظام تأديب فعال.
- عدم الصراخ في وجه الأطفال.
- عدم تشاجر الوالدين أو المجادلة أمام الأطفال.

الوحدة 3. التواصل والحوار.

- التواصل النشط.
- الاصغاء الجيد للأطفال: يجب تكريس نفسك ووقتك لهم بالكامل عندما تكون معهم. (ضع الكمبيوتر المحمول بعيدًا ، ولا تقرأ جريدتك ، ولا تشاهد التلفزيون أو جهاز (iPad ؛)

- تقاسم القيم الأسرية و الاجتماعية.
- الحرص على أن تكون دافئاً معهم.
- إظهار الاهتمام بأنشطتهم.
- الاستمتاع بالمشاركة في الأنشطة مع طفلك.
- اللعب مع الطفل و الاستمتاع بذلك معه. (العب مباراة كرة قدم أو رياضة أخرى معاً) ؛
- تشجيع الطفل بانتظام. هنئه على جهوده وحتى على إنجازاته الصغيرة.

الوحدة 4. تأسيس الانضباط الأسري وقواعد السلوك في المنزل

- كن قدوة جيدة لطفلك بما يشجع على السلوك الجيد.
- اغرس روح الانضباط في نفس الطفل. الأطفال والشباب ليسوا بالغين. فأدمغتهم بصدد النضج.
- يحتاج الطفل إلى معرفة قواعد الأسرة وتعلم عدم كسرها ؛
- يجب وضع قواعد واضحة ومعقولة ومراجعتها مع نمو الطفل.
- يجب مناقشة هذه القواعد مع الطفل والعواقب المترتبة عن عدم اتباعها. تجنب المبالغة في رد الفعل ولا تفرض عقوبات لا يمكنك تطبيقها ؛
- يجب أن تتوافق النتيجة مع خطورة خرق القاعدة ؛
- كن حازماً بشأن استهلاك المؤثرات العقلية. يجب حماية طفلك من الإدمان على المخدرات والسلوكيات الضارة الأخرى ؛
- لا تتجرف مع مشاعرك. تجنب ردود الفعل السلبية أو العاطفية ؛
- يجب إيجاد توازن بين التحكم في سلوك طفلك وسعيه نحو الاستقلال.
- أظهر لطفلك أنك تضع قيوداً على نفسك أيضاً ؛
- اختر الممارك التي يجب خوضها. هل من المفيد حقاً المشادات على أشياء تافهة؟

الوحدة 5. دعم الوالدين (العاطفي ، الذهني ، الاجتماعي والمالي).

- دعم الطفل لإنجاز المهام الصعبة وتحقيق الأهداف.
- إرشاد الطفل في المواقف الصعبة.
- مساعدة الطفل على اكتساب مهارات حل المشكلات.

- تزويد الطفل بالمعلومات والمساعدة العملية في حل مشكلة ما.
- قدم المال لتلبية حاجة مهمة بعد محادثة جيدة مع الطفل وتحليل جيد.

الوحدة 6. تعليم الوالدين كيفية التعامل مع التوتر و الضغط باستخدام طريقة تشيغونغ Qigong .

غالبًا ما يعاني الآباء من إجهاد وضغوط من مصادر متعددة تمنعهم من إدارة حياتهم بشكل جيد. فأحد المصادر المهمة لهذا الضغط هو المواقف والصعوبات التي يمر بها أطفالهم. وطريقة Qigong هي الطريقة الفعالة التي تساعد على تخفيف التوتر.

في فلسفة Qi Gong ، تعني Qi التنفس الخفي أو طاقة الحياة ، أما Gong فتعني مهارة يتم تطويرها من خلال الممارسة المستمرة.

تشيغونغ هي ممارسة صينية قديمة تم تطويرها واستخدامها في الصين منذ 7000 سنة للوقاية من الأمراض وتحسين الحالة البدنية. فالتركيز والاسترخاء والتأمل وتنظيم التنفس والوضعية وحركات الجسم هي المكونات الأساسية لتشيغونغ التي تهدف إلى تحقيق انسياب متناغم في الجسم وتنمية عقل التمرين والتدريب المنهجي لتحسين الحالة البدنية العامة من خلال تنسيق الحركات الإيقاعية والتنفس المنظم والتأمل.

يمكن وصف تشيغونغ بأنها ممارسة تعمل على تحسين الصحة البدنية والعقلية من خلال دمج الوضعية والحركة وتقنية التنفس والتدليك الذاتي والصوت والنية المستهدفة.

يوصي هذا الدليل العملي بالتطبيق الخفيف لهذه الطريقة التي تُمارس لمدة 10 إلى 15 دقيقة كل يوم ، وتوفر الراحة البدنية والعقلية الرائعة.

10-ب-5 الأسرة

تعتبر الأسرة البنية التي تضم الآباء والأطفال. و تشكل الوجدتان التاليتان وحدتين مشتركين تفاعليتين تجمعان بين الآباء والشباب وتهدفان من ناحية إلى التخفيف من مناهج أو أساليب الأبوة التي تستخدم

الإكراه ومن ناحية أخرى إلى تحسين التواصل بين الآباء والشباب. وتتناول الوجدتان إلى حد ما العناصر الواردة في الوجدتين 3 و 5 المخصصتين للآباء.

الوحدة 7 (للعائلة). استند بشكل أفضل من الروابط الأسرية الوقائية لتخفيف ضغط الأقران.

- دعم الطفل لإنجاز المهام الصعبة وتحقيق الأهداف.
- إرشاد الطفل في المواقف الصعبة.
- مساعدة الطفل على اكتساب مهارات حل المشكلات.
- تقديم المساعدة العملية للطفل في حل مشكلة ما.
- تخطيط وتنظيم الأنشطة المشتركة للحياة الأسرية.
- تطبيق الإجراءات التأديبية المناسبة حسب خطورة انتهاك القواعد المعمول بها ومستوى نمو الطفل.
- المناقشة بهدوء للموضوعات الصعبة مثل تعاطي المخدرات والعلاقات الشخصية والجنس.

الوحدة 8 (للعائلة). تعزيز التواصل والحوار بين الآباء والأطفال وحل المشكلات معًا. خلال هذه الحصة ، تتعلم العائلات والآباء والأطفال ويمارسون معًا كيفية:

- الاستماع بعناية لبعضهم البعض.
- تقاسم القيم الأسرية والاجتماعية المشتركة وتعلم احترامها.
- مناقشة المشكلات المهمة معًا وحلها معًا.
- بناء توافق في الآراء بشأن تقسيم المهام بين أفراد الأسرة.
- تقديم الردود المناسبة على تصرفات بعضنا البعض باحترام.

11- مقارنة الجودة وتقييم التدخلات / برامج الوقاية من الإدمان

يوصي هذا الدليل الوطني بإجراء عملية رصد وتقييم لجميع الأنشطة التي سيتم تفعيلها للوقاية من استهلاك المؤثرات العقلية، بما سيسمح في نهاية المطاف بإبراز أهمية هذه الأنشطة وفعاليتها. وسيتم اعتماد بروتوكولات التقييم ضمن البرنامج الوطني، كإطار لتتبع البرامج الوقائية وتقييمها على المستوى الوطني والمحلي.

وفيما يتعلق بأنشطة مشروع UNPLUGGED لدى الشباب ، سوف يعتمد التقييم على استبيان يتم تقديمه للمستفيدين من هذا البرنامج. و الذي سيتمكن من إجراء تقييم قبلي قبل إدراج البرنامج و اختبار بعدي باستخدام نفس الاستبيان بعد انقضاء 12 أسبوعًا من البرنامج. يتم أيضا إجراء اختبار لاحق ثانٍ لنفس المستفيدين بعد 9 إلى 12 شهرًا من نهاية البرنامج. ويمكن أيضًا اعتبار مجموعة المقارنة والتي تتكون من نفس العدد من الشباب، والتي لها مواصفات متطابقة للمشاركين من خلال اختبار قبلي واختبار بعدي نهائي.

المراجع (الشباب)

1. Bandura, A. (1977). The Social Learning Theory.
2. Burkhart, G. Prevention Systems by Policy Interventions. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Lisbon, Portugal.
3. Botvin, G. J., et al. (1984). A cognitive behavioural approach to substance abuse prevention. Addictive Behaviours, 9, 137–147.
4. Canadian Standards for School-based Youth Substance Use Prevention Catalano, R.F. & Hawkins, J.D. (1996). The social development model: A theory of antisocial behaviour. Delinquency and Crime: Current Theories. Cambridge: Cambridge University Press.
5. CICAD Hemispheric Guidelines on School Based Prevention
6. Colombo Plan Universal Prevention Curriculum, Coordinator Series, Course 5: School-based Prevention Interventions (2015)
7. EMCDDA. Communities That Care (2017). A comprehensive prevention approach for communities.
8. EMCCDA European Drug Prevention Quality Standards (2011)
9. EMCCDA European Drug Prevention Quality Standards (2011). A manual for prevention professionals.
10. EMCDDA behaviours. (2018). Environmental substance use prevention interventions in Europe.
11. European Centre for Disease Prevention and Control. (2014). Social marketing guide for public health managers and practitioners. Stockholm: ECDC.
12. French J, Gordon R. (2015). Strategic Social Marketing London: Sage.
13. Foxcroft et al. (2016). Motivational interviewing for the prevention of alcohol misuse in young adults. Cochrane Systematic Review – Intervention
14. Garnezy, N. (1985). Stress-resistant children: The search for protective factors. In J.E. Stevenson (ed.), Recent research in developmental psychopathology (pp. 213-233). Oxford, England.

15. Jasuja et al. (2005). Using structural characteristics of community coalitions to predict progress in adopting evidence-based prevention programs. *Evaluation and Programme Planning*.
16. ILO (1996). Management of alcohol- and drug-related issues in the workplace. An ILO code of practice, Geneva, International Labour Office.
17. Kumpfer, K. L. (2002). Factors and Processes Contributing to Resilience. *The Resilience Framework*.
18. Kumpfer, K. L. and Turner, C.W (1990). The social ecology model of adolescent substance abuse: implications for prevention, *International Journal of the Addictions*, vol. 25, Suppl. 4.
19. Guide de prévention pour les parents (2008). Les enfants et les drogues. Projet conjoint de l'AADAC, de l'AHS et du Service de sensibilisation aux drogues et au crime organisé de la GRC.
20. McLeod, S. (2007; updated 2018). Skinner Operant Conditioning. *Simple Psychology*.
21. Nation, M., et al. (2003). What works in prevention: Principles of Effective Prevention Programmes. *American Psychologist*, 58.
22. Résultats de l'enquête MedSPAD III Maroc 2017. Ministère de l'Education Nationale, de la Formation Professionnelle et de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique. <https://rm.coe.int/2018-ppg-med-1-medspad-report-morocco-fra/16808cbf41>
23. Rolf, J.E., & Johnson, J.L. (1999). Opening doors to resilience intervention for prevention research. In M. D. Glantz & J.L. Johnson (eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations*. New York.
24. Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A.S. et al (eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. New York: Cambridge University Press.
25. Smith, D. (2001). Prevention: Still a young field. *American Psychological Association Monitor on Psychology*, 32(6)
26. UNODC (2016) The Strong Families Programme.
27. Oxford Brookes University. Strengthening Families. Programme 10 – 14
28. The European Union Unplugged Drug Use Prevention Programme

29. UNESCO/ UNODC/ WHO (2016), Good Policy and Practice in Health Education: Education sector responses to the use of alcohol, tobacco and drugs
30. UNODC and WHO International Standards for Drug Use Prevention. Second Updated Edition. (2012)
31. van der Vorst, H et al (2007). Alcohol-specific rules, personality and adolescentsalcohol use: a longitudinal person-environment study, *Addiction*, vol. 102, No. 7.
32. WHO (2017), Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!) Guidance to Support Country Implementation.
33. WHO (2016), mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substanceuse disorders in non-specialized health settings. Version 2.0.
34. WHO (2016), INSPIRE: seven strategies for ending violence against children.
35. WHO (2012), Brief psychosocial interventions, Evidence profile. www.drugabuse.gov/publications/preventing-drug-abuse-among-children-adolescents-in-brief/prevention-principles.
36. www.drugabuse.gov/publications/preventing-drug-abuse-among-children-adolescents/chapter-1-risk-factors-protective-factors
37. www.europeansocialmarketing.org/social-marketing. European Social Marketing Association. Definition of social marketing. [Internet]. (2014)
38. www.samhsa.gov/sites/default/files/sbirtwhitepaper_0.pdf
39. [www.who.int/hac/techguidance/training/predeployment/Developingpublic health messages.pdf](http://www.who.int/hac/techguidance/training/predeployment/Developingpublic%20health%20messages.pdf)
40. www.researchgate.net/publication/51118058_Universal_school-based_prevention_programs_for_alcohol_misuse_in_young_people

المراجع (الآباء والعائلات)

1. Allen, D, Coombes, L and Foxcroft, D. Preventing alcohol and drug misuse in young people: adaptation and testing of the strengthening families programme10-14 (SFP10-14) for use in the United Kingdom
2. Catalano, R. F et al. (1993). Using research to guide culturally appropriate drug abuse prevention, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 61, No. 5.
3. DeMarsh, J. P and Kumpfer, K. L. (1985). Family-oriented interventions for the prevention of chemical dependency in children and adolescence", *Journal of Children in Contemporary*

Society, vol. 18, Nos. 1-2.

4. Kazdin, A. E. et al. (1987). Problem solving skills training and relationship therapy in the treatment of antisocial child behaviour", *Journal of Consulting Clinical Psychology*, vol. 55, No. 1.
5. Kazdin, A. E. (1995). *Conduct Disorders in Childhood and Adolescence*, 2nd ed., *Developmental Clinical Psychology and Psychiatry series*, vol. 9 (Thousand Oaks, California, Sage Publications).
6. Koh, T. (1982). Qigong. Chinese Breathing Exercise, *American Journal of Chinese Medicine*, vol. 10, no.1.
7. Kumpfer, K. L. and Alvarado, R. (1995). Strengthening families to prevent drug use in multi-ethnic youth", *Drug Abuse Prevention with Multiethnic Youth*, G.
i. J. Botvin, S. P. Schinke and M. A. Orlandi, eds. (Thousand Oaks, California, Sage Publications).
8. Kumpfer, K. L et al. (2008). Cultural adaptation process for international dissemination of the Strengthening Families Program, *Evaluation and the Health Professions*, vol. 31, No. 2.
9. Kumpfer, K. L. and Alder, S. (2003). Dissemination of research-based family interventions for the prevention of substance abuse, *Handbook of Drug Abuse Prevention: Theory, Science and Practice*, Zili Sloboda and William J. Bukowski, eds. (New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers).
10. Kumpfer, K. L, Alvarado, L. R and Whiteside, H. O. (2003) "Family-based interventions for substance use and misuse prevention", *Substance Use and Misuse*, vol.38, Nos. 11-13.
11. Molgaard, V. K, Spoth, R. L, Redmond, C. (2000). Competency Training. *The Strengthening Families Programme: For Parents and Youth 10–14*.
12. Porter, L and Porter, B. (2004). A blended infant massage-parenting enhancement program for recovering substance-abusing mothers", *Pediatric Nursing*, vol. 30.
13. Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy, *Journal of Family Therapy*, vol. 21, No. 2, pp. 119-144
14. Sale, E. et al. (2003). Risk, protection, and substance use in adolescents: a multi-site model, *Journal of Drug Education*, vol. 33, No. 1
15. Stephenson, M. T and Helme, D. W. (2006). Authoritative parenting and sensation seeking as predictors of adolescent cigarette and marijuana use, *Journal of Drug Education*, vol. 36, No. 3.
16. Stephenson, M. T. et al (2005). Authoritative parenting and drug-prevention practices: implications for antidrug ads for parents, *Health Communication*, vol. 17, No. 3.

17. Tobler, N. S. and Kumpfer, K.L. (2000). Meta-analyses of family approaches to substance abuse prevention, unpublished report prepared for the Center for Substance Abuse Prevention (Rockville, Maryland).
18. van der Vorst, H et al. (2006). The impact of alcohol-specific rules, parental norms about early drinking and parental alcohol use on adolescents' drinking behaviour", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 47, No. 12.
19. United States of America, Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, Preventing Drug Use Among Children and Adolescents (2009): a Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders, 2nd ed, NIH publication No. 04-4212(A) (Bethesda, Maryland, National Institute on Drug Abuse).
20. UNODC Family Life Skills (2009)
21. Van der Vorst, H et al. (2006). Parental attachment, parental control, and early development of alcohol use: a longitudinal study, *Psychology of Addictive Behaviours*, vol. 20, No. 2.
22. Walsh, F. (2003). Family resilience: a framework for clinical practice", *Family Process*, vol. 42, No. 1.
23. Walsh, F. (2006). *Strengthening Family Resilience*, 2nd ed. New York, Guilford Press.
24. www.webmd.com/fitness-exercise/a-z/tai-chi-and-chi-gong
25. www.nqa.org/what-is-qi-gong
26. www.ncjrs.gov/pdffiles1/ojjdp/182208.pdf.