

سوء مصرف مواد در جوانان: پیشگیری، مداخلات اولیه، کاهش آسیب و درمان مصرف مواد در جوانان

سید جواد حسینی^۱، حسن نوروزی^۲

چکیده

در این مقاله به بررسی نظام‌مند شواهد مربوط به اثربخشی مداخلات پیشگیرانه، مداخلات اولیه، مداخلات کاهش آسیب و همچنین درمان مصرف تنباکو و مواد غیر قانونی (مثل حشیش، اپیوئیدها، آمفتامین و کوکائین) در افراد جوان پرداخته می‌شود. مالیات، منع مصرف عمومی، محدودیت‌های تبلیغ ابزار مفیدی برای کاهش مصرف تنباکو هستند، اما برای مواد غیر قانونی کاربرد ندارند. شواهد موجود در مورد پیشگیری مبتنی بر مدرسه تحت تأثیر مشکلات روش شناختی است. مداخلاتی که از آموزش مهارت‌ها استفاده می‌نمایند نسبت به آگاهی بخشی اثر گذاری بیشتری دارند. شواهد مربوط به اثربخشی مداخلات هنجارهای اجتماعی و مداخلات فشرده برای کاهش مصرف مواد در افراد جوان قوی نیست. مداخلاتی که برای کاهش آسیب‌های مرتبط با تزریق به کار گرفته می‌شوند دارای اثربخشی متوسط تا زیاد هستند. با این حال بررسی‌های بیشتری بر روی افراد جوان باید صورت پذیرد. دسترسی کم به اطلاعات مرتبط با مصرف مواد آسیب‌زا در افراد جوان بیانگر نیاز به مداخلات آزمایشی است که در افراد بزرگسال اثر بخش بوده‌اند. شواهد موجود مربوط به کشورهایی است که میزان درآمد بالا دارند، که کاربرد آن در دیگر کشورها و فرهنگ‌ها و همچنین جوامعی که به لحاظ سن، جنسیت و وضعیت خطر متفاوت هستند، نامشخص است. برای افزایش شواهد مربوط به مداخلاتی که با هدف کاهش بار سنگین مصرف مواد در افراد جوان انجام می‌شود، تلاش‌های بیشتری مورد نیاز است.

کلید واژه‌ها: پیشگیری، مداخلات اولیه، کاهش آسیب و درمان مصرف مواد

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران. پست الکترونیک:

dr.hoseini70@yahoo.com

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

مقدمه

مصرف مواد در بین جوانان یک نگرانی مهم برای سلامت عمومی است (دگنهارت، استاکینگر، پاتون، هال و لینسکی^۱، ۲۰۱۶). نوجوانی اوج دوره شروع مصرف مواد محسوب می‌گردد که مسئولیت‌سنجینی برای افراد در این گروه سنی ایجاد می‌نماید. افراد جوان تشکیل دهنده یک گروه پویا و گسترده‌ای هستند و در نتیجه، نوع پاسخ و واکنش به مصرف مواد در آن‌ها به سن، مرحله زندگی، میزان مصرف مواد، و بافت اجتماعی محیطی آنان وابسته است (سازمان امور اجتماعی و اقتصادی آمریکا^۲، ۲۰۱۵). در مورد پاسخ و واکنش به مصرف مواد، اولین نکته‌ای که باید لحاظ گردد تفاوت در جوامعی است که این جوانان در خلال تحول تجربه می‌نمایند. از جمله این موارد تحول روان‌شناختی سریع این افراد است که بر استدلال شناختی^۳، نظم جویی هیجانی^۴ و خطرپذیری^۵ اثر می‌گذارد (هال^۶ و همکاران، ۲۰۱۶). جوانان در حال تحول دارای فرصت‌های خوبی هستند، اما در معرض خطر مصرف مواد نیز قرار دارند که در نتیجه افزایش هیجان‌پذیری و گروه همسالان ایجاد می‌گردد (استینبرگ^۷، ۲۰۱۴). علاوه بر این، افراد جوان دستخوش تحولات دیگری از جمله پایان تحصیلات، ورود به دوره کار، گذر به سمت زندگی نیز می‌شوند. در این مرحله از زندگی و برای افرادی که در مرحله گذر به بزرگسالی قرار دارند، عمده تصمیم‌ها باید بر پیشگیری، مداخله اولیه، کاهش آسیب در افرادی باشد که به تازگی مصرف مواد را آغاز کرده‌اند. بسیاری از افرادی که مواد مصرف می‌کنند، هنوز به صورت کامل وابسته به مواد نیستند (علی‌الخصوص در بین نوجوان‌ها) که این موضوع بیانگر نقش گسترده خدمات درمانی و کاربرد رویکردهای درمانی است که دارای شواهد خوبی در بین بزرگسالان است. خط‌مشی در مورد این که کدام مداخلات برای افراد این گروه سنی صورت گیرد در همه جوامع یکسان است. برای ارائه خدمات و مداخلات تلفنی و آنلاین نسبت به گروه‌های بزرگ‌تر، در این گروه باید

1. Degenhardt, Stockings, Patton, Hall, & Lynskey
2. United Nations Department of Economic and Social Affairs (UNESDA)

3. cognitive reasoning
4. emotion regulation
5. risk taking
6. Hall
7. Steinberg

زمینه تحصیلی افراد نیز لحاظ گردد.

در این مقاله، به مرور پاسخ‌های افراد جوان به مصرف مواد، شکل‌گیری همه‌گیر شناسی مصرف مواد در بین جوانان (دگنهارت و همکاران، ۲۰۱۶) و خطرات تحولی و ساختاری مصرف مواد و در نتیجه ایجاد آسیب پرداخته می‌شود (هال و همکاران، ۲۰۱۶). به صورت نقادانه، به شواهد مربوط به اثربخشی مداخلات مختلف، چگونگی تفاوت آن‌ها بر حسب سن، میزان مصرف مواد و بافت اجتماعی محیطی پرداخته می‌شود. این رویکردها در طیفی از مداخلات جوامع محور سطوح کلان تا مداخلات سطح فردی را شامل می‌شوند. نوع و هدف مداخلات بر حسب سن و میزان مصرف مواد متفاوت است. برای مثال، رویکردهای مبتنی بر مدرسه، برای افرادی که ممکن است هنوز مصرف مواد را آغاز نکرده باشند با رویکردهایی که دانشجویانی که زندگی مستقل را شروع کرده و ممکن است مواد را نیز تجربه نمایند متفاوت است. به همین ترتیب، رویکردها برای بزرگسالانی که مستقل از خانواده خود زندگی می‌کنند و ممکن است الگوهای مصرف مواد و وابستگی با آن را آغاز کرده باشند نیز متفاوت است. در ادامه نتیجه‌گیری خواهد شد که چه رویکردی برای این افراد مورد نیاز است و مسائل مهم در زمینه درمانی برای افراد بزرگ‌تر از ۱۸ سال بیان می‌گردد. منبع اولیه شواهد، مرور نظام‌مند مطالعات کنترل شده تصادفی و طرح‌های آزمایشی است که از شرایط کنترل شده استفاده می‌کنند. با این حال، اگر چنین شواهدی در دسترس نباشد و یا مجموع آزمایش‌های کنترل شده تصادفی غیرقابل استفاده باشد، شواهد مربوط به بررسی‌های مشاهده‌ای و تحلیل‌های زمانی بررسی می‌شوند. علاوه بر این، در موارد مورد نیاز نیز از مطالعات تجربی استفاده می‌شود (استرانگ^۱ و همکاران، ۲۰۱۲؛ تامبورو^۲ و همکاران، ۲۰۰۷).

چارچوب مداخلات

مداخلات عمده‌ای برای پیشگیری جوانان از شروع مصرف مواد، مداخله اولیه، کاهش آسیب و درمان مشکلات مصرف مواد ارائه شده است. مداخلات پیش‌گیرانه^۳ عمدتاً

مداخلات در سطح جمعیت عمومی هستند و می‌توانند اهداف گوناگونی داشته باشند. آن‌ها می‌توانند با هدف کاهش تمایل مصرف مواد در جوانان و محدود کردن دسترسی به مواد و مصرف آن، صورت گیرند. بسیاری از سیاست‌های پیش‌گیرانه مورد استفاده برای مصرف تنباکو و الکل برای داروهای غیرقانونی قابل‌کاربست نیست. مداخلات اولیه با هدف شناسایی آن دسته از افراد جوان صورت می‌گیرد که در معرض خطر مصرف مواد قرار دارند و یا کسانی که علائمی از مصرف مواد آسیب‌زا را نشان می‌دهند. رویکرد کاهش آسیب بر محدودیت و کم کردن اثرات منفی مصرف مواد در جوانان، خانواده آن‌ها و همسالان تمرکز دارد. هدف از پرداختن به الگوهای وابسته ساز مصرف‌مواد مانند مداخلاتی که بر افراد تمرکز دارند، درمان وابستگی آسیب‌زا به مواد است. این مداخلات ممکن است علاوه بر خود فرد، خانواده و اشخاص مهم زندگی آن فرد و یا حتی جوامع فرد را نیز دربر بگیرد (پاتل^۱ و همکاران، ۲۰۱۵؛ دگنهارت، استاکینگر، استرانگ، مردسن^۲ و هال، ۲۰۱۵).

مداخلات جمعیت عمومی جامعه: پیش‌گیری مصرف مواد

ممنوعیت همراه با جرائم قانونی برای مصرف مواد هنوز هم بحث برانگیز است زیرا شواهد کمی وجود دارد که نشان می‌دهد وضع کردن مجازات سخت در مجموع منجر به کاهش مصرف مواد می‌گردد (استرانگ و همکاران، ۲۰۱۲). نتایج مطالعه‌ای در ایالات متحده آمریکا در سال ۲۰۱۵ نشان داد که در حالی که استفاده از حشیش مجاز بود هیچ‌گونه افزایشی در میزان مصرف آن در ایالات متحده مشاهده نگردید و حتی میزان مصرف آن در بین دانش‌آموزان سال هشتم (۱۴-۱۳ ساله) کاهش پیدا کرد (هاسین^۳ و همکاران، ۲۰۱۴). نکته مهم اینجاست که مصرف مواد دربردارنده تأثیرات اجتماعی و پزشکی شدیدی است (روم و ریتر^۴، ۲۰۱۲؛ دگنهارت و هال، ۲۰۱۲). برخی از آن‌ها شامل اثرات سلامتی مانند انتقال ویروس HIV و هپاتیت ناشی از تزریق غیربهداشتی مواد (اوج سنین ایجاد عفونت در سال‌های اولیه تزریق مواد است)، اثرات اجتماعی و قانونی ناشی از

زندانی شدن افراد جوان، اثرات شدید آن مانند خشونت ایجاد شده در این جوامع می باشد. برای مثال در آمریکای لاتین میزان بالایی از آدم کشی در بین جوانان، به دلیل خشونت های ایجاد شده در بازارهای مواد غیرقانونی صورت می گیرد (مورای^۱ و همکاران، ۲۰۱۵).

محدودیت دسترسی و فروش

شواهد در مورد اثرات محدودیت مصرف مواد و کاهش آسیب مرتبط با الکل در بین جوانان متناقض است (مارتینو، تینر، لورنس، پتی کریو و لاک^۲، ۲۰۱۳). اثربخشی محدودیت آن به عوامل مختلفی بستگی دارد. این راهبرد اگر به صورت منطقه ای و یا ملی صورت گیرد می تواند بیشتر اثربخش باشد (مارتینو و همکاران، ۲۰۱۳). شواهد نشان می دهد که میزان آسیب های مرتبط با مواد پس از وضع محدودیت ها هم چنان ثابت می ماند. از طرفی ممکن است برخی آسیب ها زودتر رخ دهند (لاتیمر، گایلوم، گایلر، چایلکات و پاینه^۳، ۲۰۰۹؛ مارتینو و همکاران، ۲۰۱۳). شواهد مربوط به دسترسی به الکل و محدودیت فروش آن باید برای تمام سنین مصرف کننده آن وضع گردد. جوانان در مرحله ای از زندگی قرار دارند که دلایل متفاوتی برای مصرف مواد دارند و این دلایل تأثیرات متفاوتی بر مصرف مواد در بین آنان دارد. محدودیت مصرف تنباکو در مکان های عمومی مانند محل کار، بیمارستان و رستوران موجب کاهش شیوع مصرف آن در بین جوانان می شود (واکوفیلد و چالوپکا^۴، ۲۰۰۰). بر اساس برخی زمینه یابی ها در سطح جمعیت عمومی جامعه، مطالعه طولی، و مطالعات مقطعی ممنوعیت مصرف باعث کاهش میزان مصرف و افزایش میزان ترک در بین افراد جوان و بزرگسال می شود (فورستر، ویدوم و برنات^۵، ۲۰۰۷). مکانیسم موجود برای برقراری این ارتباط مشخص نیست. اما احتمالاً به دلیل کاهش فرصت موجود برای مصرف و ایجاد نوعی هنجار اجتماعی است که براساس آن مصرف مواد نوعی رفتار غیرقابل پذیرش محسوب می گردد. علی رغم این چارچوب نظری، شواهد کافی برای سیاست منع مصرف در مدارس وجود ندارد تا مانع شروع

1. Murray
2. Martineau, Tyner, Lorenc,
Petticrew & Lock

3. Latimer, Guillaume, Goyder,
Chilcott & Payne
4. Wakefield & Chaloupka
5. Forster, Widome & Bernat

مصرف گردد (کوپو^۱ و همکاران، ۲۰۱۴).

کاهش سن قانونی مصرف مواد و تنباکو

در بسیاری از جوامع محدودیت سنی در قبال خرید قانونی مواد و تنباکو وضع شده است. محدودیت سنی قانونی که در کشورهای مختلف وضع شده است از ۱۰ تا ۲۱ سالگی متغیر است که غالباً سن تعیین شده ۱۸ سالگی یا بالاتر می‌باشد (سازمان جهانی بهداشت^۲، ۲۰۱۴). افزایش سن قانونی مصرف مواد می‌تواند منجر به کاهش تعداد مراجعانی گردد که به دلیل مسمومیت حاد ناشی از مصرف مواد به بیمارستان مراجعه می‌کنند و می‌تواند تصادفات موتور سیکلت ناشی از مصرف مواد را کاهش دهد (لاتیمر و همکاران، ۲۰۰۹؛ مارتینو و همکاران، ۲۰۱۳). برخی شواهد نشان می‌دهد که در افراد جوان‌تر مصرف مواد با مصرف حشیش جابه‌جا می‌شود؛ با این حال یافته‌ها باید در تلفیق با هم گزارش گردند (لاتیمر و همکاران، ۲۰۰۹). می‌توان مجازات را برای مصرف‌کننده‌های مواد که به سن قانونی نرسیده‌اند اعمال کرد اما در مورد اثربخشی مجازات نقدی، تعلیق گواهینامه رانندگان و خدمات اجتماعی کاهش مصرف مواد شواهد کافی وجود ندارد (هافمیستر و جکسون^۳، ۲۰۰۴).

کاهش سن قانونی ۱۸ سالگی برای خرید تنباکو موجب دشوار شدن دسترسی به سیگار در بین افراد جوان می‌شود و خرید آن در بین افراد کمتر از ۱۸ سال را کاهش می‌دهد (لانتس^۴ و همکاران، ۲۰۰۰). برخی از افراد هم با حيله و از طریق دوستان یا خانواده و یا بازارهای غیرقانونی تنباکو مواد مورد نظر خود را تهیه می‌کنند، بنابراین به نظر نمی‌رسد که مصرف آن کاهش یابد (فورستر و همکاران، ۲۰۰۷؛ مک‌نیل^۵ و همکاران، ۲۰۱۳). برخی یافته‌ها نشان می‌دهند که ارائه خدمات آموزشی، منجر به کاهش میزان مسمومیت ناشی از مواد و بستری شدن در بیمارستان می‌گردد (هالدر^۶ و همکاران، ۲۰۰۰) با این حال برخی مطالعات دیگر نشان می‌دهند که خدمات ارائه شده برای افراد مسموم

1. Coppo
2. World Health Organization
3. Hafemeister & Jackson

4. Lantz
5. McNeill
6. Holder

شده و خشونت‌های ناشی از مصرف مواد هیچ اثربخشی ندارند (هاکس^۱ و همکاران، ۱۹۹۸). مطالعات مربوط به اثربخشی بهبود خدمات ارائه شده برای جوانان مصرف‌کننده مواد نشان می‌دهد که گاهی اوقات این خدمات هیچ اثری بر مصرف آن ندارد (کراس و فلاهرتی^۲، ۱۹۹۴). به نظر می‌رسد که تلاش‌ها در جهت کاهش سن خرید تنباکو ظاهراً در کاهش شیوع مصرف آن اثرگذار نبوده‌اند (لانتس و همکاران، ۲۰۰۰).

مالیات و کم کردن هزینه‌ها

شواهد بسیاری نشان می‌دهند که افزایش مالیات مواد و قیمت آن باعث کاهش مصرف شده است (لاتیمر و همکاران، ۲۰۰۹؛ مارتینو و همکاران، ۲۰۱۳) بدین صورت که همراه با ۱۰ درصد افزایش در قیمت مواد ۱۰-۳ درصد مصرف آن کاهش پیدا کرده است (الدر^۳ و همکاران، ۲۰۱۰). ممکن است شواهد کمی در مورد اثر افزایش مالیات بر مصرف آسیب‌زای مواد وجود داشته باشد، اما برخی شواهد مشابه نشان می‌دهند که افزایش قیمت مواد باعث میزان کاهش متوسط تا زیاد در ناخوشی، مرگ و میر، جرم، خشونت، و بیماری‌های جنسی مرتبط با مصرف الکل شده است (لاتیمر و همکاران، ۲۰۰۹؛ مارتینو و همکاران، ۲۰۱۳). مطالعه روی گروه جوانان نیز بیانگر تأثیرات مشابه با جمعیت عمومی بوده است (الدر و همکاران، ۲۰۱۰). برخی شواهد نشان می‌دهند که افزایش قیمت سیگار و مالیات آن باعث کاهش میزان مصرف سیگار در آن دسته از جوانانی شده است که به تازگی مصرف سیگار را شروع کرده‌اند (بادر، بویسکلار و فرنس^۴، ۲۰۱۱؛ واکوفیلد و چالوپکا، ۲۰۰۰). برخی شواهد هم نشان می‌دهد که افزایش مالیات مصرف سیگار باعث جلوگیری از شروع آن در بین جوانان شده است (بادر و همکاران، ۲۰۱۱).

محدودیت یا ممانعت از تبلیغ مواد

شواهد مشابهی نشان می‌دهد که مواجهه طولانی با تبلیغات مواد می‌تواند شروع مصرف آن را پیش‌بینی کند و باعث افزایش مصرف آن در بین جوانان گردد. به نظر می‌رسد که محدودیت یا ممانعت تبلیغ مواد می‌تواند رویکرد مؤثری برای جلوگیری و کاهش مصرف

آسیب‌زای مواد و آسیب‌های مرتبط با مواد در بین جوانان باشد. بررسی مروری در سال ۲۰۱۴ روی آزمایش‌های کنترل شده تصادفی نشان داد که ممانعت از تبلیغ مواد منجر به کاهش استفاده آن در بین جوانان می‌گردد. با این حال بررسی‌هایی با کیفیت بیشتر و نظارت بهتر و طولانی‌تر باید صورت گیرد (سیگفرد^۱ و همکاران، ۲۰۱۴). شواهد نشان می‌دهد که در بین آن دسته از جوانانی که دائماً با تبلیغات تنباکو مواجه می‌گردند نسبت به کسانی که با تبلیغات آن روبه‌رو نیستند احتمال بیشتری برای مصرف آن وجود دارد. برخلاف مواد، محدودیت تبلیغ تنباکو به صورت تدریجی در سراسر جهان اعمال شد، به این صورت که ۱۲٪ از کشورها در سال ۲۰۱۴ ممنوعیت تبلیغ آن را گزارش نمودند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۵). ممنوعیت یا محدودیت تبلیغ تنباکو منجر به ۷ درصد کاهش شیوع مصرف تنباکو در این کشورها بوده است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۳).

رسانه‌های جمعی

ارزیابی اثربخشی رسانه‌های جمعی علی‌الخصوص برای الکل دشوار است چرا که تأثیر رسانه‌های جمعی باید با در نظر گرفتن پیشینه گسترده در این زمینه صورت گیرد. بررسی تأثیر آن‌ها بر کاهش مصرف و آسیب نامشخص است چرا که برخی بررسی‌ها پیشنهاد کرده‌اند که رسانه‌های جمعی که به مواد غیرقانونی پرداخته‌اند ممکن است باعث افزایش مصرف آن در بین جوانان گردد (مارتینو همکاران، ۲۰۱۳؛ هورنیک، جکوبسو، اوروین، پیس و کالتون^۲، ۲۰۰۸؛ فری، الارا، بو، کاسپارینی و فاگیانو^۳، ۲۰۱۳).

مداخلات پیش‌گیرانه که در زمینه‌های آموزشی ارائه می‌گردد

مدرسه و دیگر زمینه‌های آموزشی (مثلاً ابتدایی، راهنمایی و دبیرستان) فرصتی برای فراهم نمودن پیش‌گیری ارائه می‌کنند چرا که دسترسی و ارائه خدمات در این زمینه‌ها آسان است. بسیاری از این مداخلات بخشی از جریان کلاس محسوب می‌شوند که تعداد کمی از آن‌ها اثربخشی مداخلات پیش‌گیرانه را بررسی می‌کنند. کیفیت مطالعات پیش‌گیرانه مبتنی بر مدرسه دارای برخی مشکلات نیز است. اگرچه تمایل به کاهش میزان بروز

1. Siegfried
2. Hornik, Jacobsohn, Orwin, Piesse
& Kalton

3. Ferri, Allara, Bo, Gasparini &
Faggiano

مصرف مواد وجود دارد، تعداد بسیاری از مطالعات تنها تغییر در نگرش و دانش شاگردان مدرسه را گزارش نموده‌اند (وود، شاکشاد، گیلمور و سانسون فیشر^۱، ۲۰۰۶؛ فوکس کرافت، لیستر شارپ و لاو^۲، ۱۹۹۷). به نظر می‌رسد برنامه‌های پیش‌گیرانه نسبت به برنامه متمرکز بر مواد اثربخشی بیشتری داشته‌اند (فوکس کرافت و ترسوازد^۳، ۲۰۱۱). مداخلاتی که بر تحول روان‌شناختی عمومی و تحول سبک زندگی تمرکز نموده‌اند ممکن است در کاهش مصرف مواد اثربخش باشند (فوکس کرافت و ترسوازد، ۲۰۱۱؛ فوکس کرافت و ترسوازد، ۲۰۱۲)، اما در کاهش آسیب مرتبط با الکل اثربخش نبوده‌اند (الدر و همکاران، ۲۰۰۵). مداخلاتی که تنها بر دانش و آگاهی آسیب‌های مواد غیرقانونی متمرکز بودند باعث تغییر مصرف مواد در بین جوانان نشدند (استرانگ و همکاران، ۲۰۱۲؛ فاجیانو، مینوزی، ورسینو و بوسمی^۴، ۲۰۱۴).

راهبردهای پیش‌گیری تنباکو به صورت عمده‌ای در فضای آموزشی مدارس استفاده می‌شوند. بسیاری از مداخلات پیش‌گیرانه اطلاعاتی در مورد میزان مصرف سیگار، آسیب‌های آن و مهارت‌های عدم پذیرش آن فراهم می‌کنند. برخی از برنامه‌های چند بعدی کودکان، والدین، معلمان و جوامع را نیز مشارکت داده‌اند. مداخلات مبتنی بر مهارت که دارای مؤلفه‌های اجتماعی و تأثیرات اجتماعی هستند می‌توانند موجب ممانعت در شروع مصرف سیگار شوند (توماس، باکر^۵، توماس، ۲۰۱۶). مداخلات جوامع محور چند مدلی که در آن‌ها کودکان، والدین و معلمان و جوامع هم مشارکت دارند، نشان داده‌اند که در کاهش مصرف مواد اثرگذار هستند (کارسون^۶ و همکاران، ۲۰۱۱). در مورد مداخلات روان‌شناختی که با هدف پیش‌گیری از مصرف حشیش در بین جوانان انجام شده است نیز تأثیرات مثبت اندکی گزارش شده است (نوربرگ، کرلمان و لیم-هاو^۷، ۲۰۱۳). با این حال، همه مطالعات اشاره به اثرات آن نداشته‌اند و برخی مطالعات هم تأثیرات منفی آن را گزارش کرده‌اند. برخی شواهد هم نشان می‌دهند که مداخلات

1. Wood, Shakeshaft, Gilmour & Sanson Fisher
2. Foxcroft, Lister-Sharp & Lowe
3. Tsertsvadze

4. Faggiano, Minozzi, Versino, & Buscemi
5. Thomas, Baker
6. Carson
7. Norberg, Kezelman & Lim-Howe

پیش گیرانه می توانند باعث مصرف آفتامین، هروئین و کوکائین شوند. محدودیت عمده برنامه های پیش گیری مبتنی بر مدرسه این است که افرادی که مدرسه را رها کرده اند و یا افراد غایب را شامل نمی شود، چراکه این گروه در معرض خطر مصرف مواد قرار دارند (دگنهارت و همکاران، ۲۰۱۶).

مداخلات پیش گیرانه که به خانواده و والدین ارائه می گردد

اساس خانواده، محور و هسته اصلی کلیه اجتماعات بشری است (حسینی و نجفی، ۱۳۹۴). خانواده به لحاظ قدمت، ابتدایی ترین و از لحاظ گستردگی، جهان شمول ترین نهاد اجتماعی است (خدایاری فرد، شهبابی و اکبری، ۱۳۸۶). خانواده، نهاد مقدسی است که اساس و ارکان هر جامعه ای بر آن قرار دارد. در واقع، خانواده کوچک ترین نهاد اجتماعی است که وظیفه مهم آن رشد و پرورش فرزندان است و به همین دلیل، مفهوم خانواده با آرامش، گرمی، صمیمیت و رشد همراه شده است. زندگی خانوادگی نقش اساسی در حفظ سلامت روانی، اجتماعی و جسمانی کودکان و والدین دارد. خانواده اولین و مهم ترین بافت اجتماعی را برای رشد انسان فراهم می سازد. بکارگیری روش آموزشی حل مسئله با رویکرد خانواده محور می تواند جهت بهبود و تکمیل فرآیند درمانی ترک اعتیاد مدد جویان به عنوان یک روش غیر دارویی مفید و مؤثر باشد (محمدخانی و نوری، ۱۳۹۱). اگرچه از نظر تخصصی، در همه کشورهای جهان، خانواده یکی از مهم ترین و اساسی ترین عوامل در پیش گیری از اعتیاد محسوب می شود، ولی به لحاظ ویژگی های اجتماعی و فرهنگی کشور ما، اهمیت خانواده بیشتر از سایر کشورهاست زیرا، اکثر فرزندان در داخل خانواده زندگی می کنند و معمولاً افراد زمانی خانواده خود را ترک می کنند که خود، خانواده دیگری را تشکیل می دهند. همچنین، سال های زندگی افراد در داخل خانواده، طولانی تر از سایر کشورهای سنتی یا پیشرفته است. گاهی اوقات حتی افراد تا نیمی از دهه سوم عمر خود را در داخل خانواده زندگی می کنند. علاوه بر این، آیین ها، سنت ها و فرهنگ نیز به شدت بر خانواده و زندگی خانوادگی تأکید دارند (محمدخانی، ۱۳۸۸). مساله اعتیاد به مواد مخصوصاً در بستر خانواده و فرزندان، از مسائل مهم به شمار می رود و توجه به آن و انجام مداخلات به موقع و پیشگیرانه، امری

لازم و ضروری است (نوروزی، حسینی و نجفی، ۱۳۹۴). می‌توان از خانواده به عنوان فرصتی برای پیش‌گیری از مصرف مواد استفاده کرد. بسیاری از مداخلات پیشگیرانه مبتنی بر خانواده به جای پیش‌گیری مصرف مواد، بر رشد روان‌شناختی تمرکز می‌کنند (فاکس کرافت و ترسوازد، ۲۰۱۱). دیگر مداخلات پیش‌گیرانه مبتنی بر خانواده اطلاعاتی در مورد مصرف مواد، ایجاد قواعد، نظارت و سرپرستی والدین و بهبود ارتباط والد-کودک^۱ را فراهم می‌کنند (استاکینگز^۲ و همکاران، ۲۰۱۶). مداخلاتی که بر ایجاد مهارت‌های فرزندپروری و روابط والد-فرزند تمرکز دارند می‌توانند شروع مصرف مواد را به تعویق اندازند و میزان مصرف آن را کاهش دهند (فاکس کرافت و تدست وادز، ۲۰۱۱). به نظر می‌رسد که این تأثیرات در پیگیری‌های سه‌ساله هم‌باقی‌بماند (فاکس کرافت، ایرلند^۳، لیستر شاپ، لاو و برن^۴، ۲۰۰۳). شواهدی وجود دارد که آموزش والدین (درمان شناختی-رفتاری)، آموزش مهارت‌های خانواده^۵ و درمان‌های ساختاری خانواده^۶ می‌توانند از مصرف مواد غیرقانونی در جوانان پیش‌گیری نمایند (کامپفر، آلواردو و وایت ساید^۷، ۲۰۰۳).

مداخلاتی برای جوانان مصرف‌کننده مواد: پیش‌گیری اولیه و کاهش آسیب

مداخلات گوناگونی برای جوانان مورد استفاده قرار گرفته است که هدف آن‌ها کاهش مصرف مواد، کاهش الگوهای پرخطر مصرف مواد، و کاهش‌های آسیب‌های محتمل مصرف مواد است. اگرچه منطبق این مداخلات اولیه واضح است، شواهد اثربخشی آن‌ها قوی نیست. مداخلاتی که با هدف کاهش اثرات شدید مصرف مواد صورت می‌گیرد اغلب تحت عنوان مداخلات کاهش آسیب نام‌گذاری می‌شود. این مداخلات باید در سطوح جمعیت عمومی و یا به صورت فردی ارائه گردند. برخی از این مداخلات به خوبی مورد سنجش قرار گرفته‌اند، در حالی که شواهد اثربخشی آن در جمعیت کوچک‌تر از ۱۸ سال مشاهده نشده است.

1. Parent-child Communication
2. Stockings
3. Ireland
4. Lister-Sharp, Lowe & Breen

5. Family Skills Teaching
6. Family Structure Therapies
7. Kumpfer, Alvarado, Whiteside

مداخلات هنجارهای اجتماعی^۱

مداخلات هنجارهای اجتماعی با هدف کاهش مصرف آسیب‌زای مصرف مواد در جوانان صورت می‌گیرد. به این صورت که اطلاعات درستی در مورد مصرف مواد در گروه همسالان فراهم می‌کند، که اغلب جوانان در مورد آن دچار حدس و گمان افراطی می‌گردند. بررسی‌هایی که به ارزیابی این مداخلات پرداخته‌اند دارای کیفیت کم تا متوسط بوده‌اند و اندازه اثر آن‌ها مثبت و کم بوده است و در مورد فواید آن بحث وجود دارد (فاکس کرافت، موریرا، آلمیدا سانتیمانو و اسمیت^۲، ۲۰۱۵). نتیجه یک پژوهش نشان داده است که مداخلات مبتنی بر گروه همسالان که غالباً هنجارهای اجتماعی را مورد هدف قرار می‌دهند باعث کاهش بروز مصرف سیگار می‌شوند، اما بررسی‌های بیشتری در این زمینه مورد نیاز است (کامپیل^۳ و همکاران، ۲۰۰۸). مداخلات اصلاح هنجارهای اجتماعی شواهدی در مورد اثربخشی این مداخلات بر شروع مواد غیرقانونی یا استفاده آن در دانشجویان ارائه نکرده‌اند (دنهارت و مورفی^۴، ۲۰۱۳).

غربالگری و مداخله برای کاهش مصرف مواد و آسیب‌های مرتبط

الگوهای مصرف آسیب‌زا اغلب به سرعت پس از شروع مصرف مواد شکل می‌گیرند. منطق غربال‌گری^۵ در بزرگسالان این است که قبل از شکل‌گیری الگوهای آسیب‌زا مداخلاتی صورت گیرد. غربالگری افراد جوان برای مصرف مواد آسیب‌زا به منظور شناسایی افرادی است که در معرض خطر آسیب‌های مرتبط با مواد هستند (سانسی^۶ و همکاران، ۲۰۱۵). شواهد اثربخشی مداخلات مختصر قوی نیست (میتچل، گریزینسکی، اوگرادی و شواتز^۷، ۲۰۱۳)، و به خوبی برای افراد مصرف‌کننده مواد آسیب‌زا و هم‌چنین کاهش آسیب در جوانان تطبیق داده نشده است (دونل^۸ و همکاران، ۲۰۱۴). برای برخی افراد ارائه بازخوردهای شخصی و مصاحبه انگیزشی^۹ در بسیاری از موارد مفید است.

1. Social Norms Intervention
2. Moreira, Almeida Santimano & Smith
3. Campbell
4. Degenhardt & Murphy

5. Screening
6. Sanci
7. Mitchell
8. O'Donnell
9. Motivation Interview

اثرات این مداخله در طولانی مدت نامشخص است (تانر- اسمیت^۱ و همکاران، ۲۰۱۵). شواهد حاکی از اثربخشی غربالگری و مداخلات مختصر موجود برای مصرف تنباکو در زمینه مراقبت‌های اولیه است (کریستاکیس، گاریسون، ابل، ویهه و ریوارا^۲، ۲۰۰۳). شواهد نشان می‌دهد که پرسشنامه‌های غربالگری می‌توانند مشکلات مصرف مواد غیرقانونی در بزرگسالان را شناسایی کنند اما شواهد در مورد اثربخشی آن‌ها در کاهش مصرف مواد و آسیب‌های مرتبط با آن در گروه جوانان کافی نیست (پیلوفسکی و وو^۳، ۲۰۱۳). یک آزمایش تصادفی کنترل شده در مورد مصرف حشیش نشان داده است که کاهش مصرف حشیش از طریق مصاحبه انگیزشی امکان پذیر است (برنستین^۴ و همکاران، ۲۰۰۹). به نظر می‌رسد که کاهش میزان الکل موجود در خون می‌تواند باعث کاهش آسیب‌های مرتبط با الکل و مرگ و میر آن در افراد بین ۱۸-۲۵ سال گردد (لاتیمر و همکاران، ۲۰۰۹؛ مارتینو و همکاران، ۲۰۱۳)

کاهش آسیب‌های مرتبط با تزریق

افراد جوانی که مواد را تزریق می‌کنند گروه آسیب‌پذیری هستند که در معرض بالاترین میزان خطر بروز عفونت در سال‌های اولیه پس از شروع مصرف مواد قرار دارند (دگنهارت و همکاران، ۲۰۱۶). درمان وابستگی به مصرف مواد نیز می‌تواند منجر به کاهش رفتارهای آسیب‌زا مرتبط با موارد انتقال HIV شده است. با این حال همه افراد جوانی که مواد را تزریق می‌کنند وابسته به آن نیستند، بنابراین مداخلات کاهش آسیب حیطه گسترده‌ای است. واکسیناسیون هپاتیت B روش مؤثر و ایمنی برای پیش‌گیری از هپاتیت B است، و باید به صورت مداوم برای افراد جوانی که در معرض عفونت قرار دارند به کار رود (مرکز کنترل و پیشگیری بیماری^۵، ۲۰۱۲).

درمان تقویت انگیزش^۶

درمان تقویت انگیزش برای تقویت انگیزش تغییرات رفتاری ارائه می‌شود و یک نوع

1. Tanner-Smith
2. Christakis
3. Pilowsky & Wu
4. Bernstein

5. Centers for Disease Control and Prevention
6. Motivation Reinforcement Therapy

درمان مراجع محور بر اساس نظریه یادگیری اجتماعی^۱ است (جنسن^۲ و همکاران، ۲۰۱۱). درمان تقویت انگیزش در پیش‌گیری از مصرف آسیب‌زای الکل یا آسیب‌های مرتبط با الکل تأثیری ندارد (فاکس کرافت و همکاران، ۲۰۱۴). بررسی ۲۱ مطالعه کنترل شده نشان داد که پس از درمان میزان کاهش آسیب کم ولی معنادار بود (جنسن و همکاران، ۲۰۱۱). یک بررسی نشان داد که بین اثربخشی مداخلات مربوط به پرهیز از مصرف اکستازی و کوکائین در مقایسه با آگاهی بخشی در مورد خطرات مواد محرک، تفاوتی وجود ندارد (مارسدن^۳ و همکاران، ۲۰۰۶).

مداخلات خودکمکی نوشتاری یا آنلاین

اطلاعات نوشتاری که به مردم ارائه می‌شود تأثیر اندکی بر مصرف مواد و مصرف آسیب‌زای آن در کوتاه مدت ایجاد می‌کند، اما این تغییرات پس از ۶ ماه حفظ نشدند. مداخلات آنلاین ترک مصرف سیگار غالباً اطلاعاتی از طریق وبسایت یا مجله‌های عمومی ارائه می‌دهند. استفاده از پیام متنی برای ایجاد انگیزش، بازخورد، و حمایت ترک سریع سیگار دارای طرفداران زیادی است چون افراد جوان خیلی زیاد از تلفن استفاده می‌کنند (زیرسون، پالفای و زایتس^۴، ۲۰۰۷؛ لاریمر و گرانس^۵، ۲۰۰۷).

مداخلات کامپیوتری^۶ بر مصرف مواد و آسیب‌های مرتبط با مواد در مقایسه با افرادی که هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند تأثیر معناداری دارد (کاری، اسکات-شلدون، الیوت، بولس و کاری^۷، ۲۰۰۹). شواهد مربوط به اثربخشی مداخلات آنلاین برای ترک سیگار باید با هم تلفیق شوند (چامپیون، نیوتون، بارت و تیسون^۸، ۲۰۱۳). برخی مداخلات حاکی از آن است که بعد از مداخلات، ترک سیگار افزایش پیدا کرد، در حالی که برخی شواهد دیگر هیچ اثری را نشان ندادند (پارک و دراک^۹، ۲۰۱۵؛ هوتون^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۱). مطالعات اندکی در مورد اثربخشی مداخلات اینترنتی برای حشیش و دیگر مواد غیرقانونی

1. Social Learning

2. Jensen

3. Marsden

4. Zisseron, Palfai & Saitz

5. Larimer & Cronce

6. Compurer Intervention

7. Carey, Scott-Sheldon, Elliott, Bolles, & Carey

8. Champion, Newton, Barrett & Teesson

9. Park & Drake

10. Hutton

در بین جوانان صورت گرفته است (ویتاگر، مک روی، بولن، بورلاند و رودگرس^۱، ۲۰۱۲). یک مطالعه مروری که بر روی جمعیت دانشگاهی صورت گرفت نشان داد که این مداخلات اثربخش هستند (گالیور^۲ و همکاران، ۲۰۱۵).

درمان رفتاری شناختی

مطالعات کمی اثربخشی درمان رفتاری شناختی بر اختلال مصرف مواد در جوانان را بررسی کرده‌اند. برخی مطالعات نشان می‌دهند که درمان رفتاری شناختی منجر به افزایش پرهیز در افراد می‌گردد (بریانت، بونوسکی، پا، مکالدوف و آتیا^۳، ۲۰۱۱؛ کری، مرمستین و اسپورر^۴، ۲۰۰۹)؛ تعداد کمی از بررسی‌ها نیز پیشنهاد کرده‌اند که درمان رفتاری شناختی برای درمان اختلال مصرف حشیش مؤثر است (دنيس^۵ و همکاران، ۲۰۰۴). مؤسسه پزشکی ایالات متحده در سال ۲۰۱۵ گزارش کرد که کیفیت شواهد مداخلات روان‌شناختی برای مصرف مواد ضعیف است (انگلند، باتلر و گونزالس^۶، ۲۰۱۵).

درمان‌های مبتنی بر خانواده و درمان‌های چند سیستمی

برخی مطالعات حاکی از آن است که مداخلات مبتنی بر خانواده و درمان‌های چند سیستمی منجر به کاهش مصرف مواد در بین جوانان و اختلال مصرف مواد می‌گردند. با این حال، بسیاری از این مطالعات هیچ گروه کنترلی نداشته‌اند و یا دوره‌های پیگیری آنان کوتاه بوده است. هیچ مداخله مبتنی بر خانواده برای مصرف تنباکو مشاهده نگردید (دس^۷، ۲۰۰۸). مرور درمان‌های چند سیستمی و خانواده‌محور برای مصرف مواد در جوانان نشان داد که این درمان‌ها دارای اثرات معناداری در بزرگ‌سالان مصرف‌کننده مواد هستند. با این حال توان آماری آن‌ها به دلیل حجم کم نمونه پایین بوده است (بالدوین، کریستیان، برکلجون و شادیش^۸، ۲۰۱۲).

اصولاً جوامع به دنبال پرهیز کامل از مصرف مواد هستند. آن‌ها عموماً از روش‌های

1. Whittaker, McRobbie, Bullen, Borland & Rodgers
2. Gulliver
3. Bryant, Bonevski, Paul, McElduff, & Attia
4. Curry, Mermelstein, & Sporer

5. Dennis
6. England, Butler & Gonzalez
7. Deas
8. Baldwin, Christian, Berkeljon & Shadish

خود کمکی و گروه‌های درمانی بهره می‌جویند تا محیط حمایتی ایجاد کنند با این هدف که جوانان بتوانند مواد را ترک کنند و بهبودی را به دست آورند. این برنامه‌ها تماماً توسط افراد جوان مورد استفاده قرار نمی‌گیرند، و میزان ریزش این برنامه‌های طولانی بالاست (بیشتر از ۹۰٪). در مورد اثربخشی این درمان‌ها شواهد کافی وجود ندارد (جاینچیل، باتاکارین و یاگلکا، ۱۹۹۵).

دارو درمانی وابستگی به مواد

شواهد نشان می‌دهند که تجویز دارو^۲ - از جمله نالتروکسان - در بزرگ‌سالان در پیش‌گیری از عود مصرف الکل مؤثر هستند (جوناس^۳ و همکاران، ۲۰۱۴). با این حال، شواهد اندکی برای دارو درمانی وابستگی به الکل در بین جوانان وجود دارد. شواهد حاکی از آن است که لیتیم در کاهش مصرف مواد در افرادی که به اختلال افسردگی دوقطبی مبتلا هستند، مؤثر است. در افرادی که دچار وابستگی به الکل هستند، آکامپروستات در افزایش میزان پرهیز از مواد اثربخش است. برخی شواهد نیز حاکی از آن است که نالتروکسان در کاهش مصرف الکل در افراد وابسته به الکل مؤثر است، اما نتایج سایر مطالعات این موضوع را تأیید نکرده‌اند (کلارک^۴، ۲۰۱۲). درمان‌های جایگزین نیکوتین (مثل قرص نیکوتین، جویدن آدامس)، ضد افسردگی‌ها (مثل بویره پیون و نورترپ تیلین) و بازدارنده جذب مجدد نیکوتین (مثل وارینیکلین) منجر به ترک مصرف سیگار می‌شود (کهیل، استیونز، پرا و لانکاسر^۵، ۲۰۱۳). بررسی‌ها نشان داده‌اند که درمان‌های جایگزین اپیوئیدی در وابستگی بزرگ‌سالان به مواد نیز مؤثر است. یک مطالعه دو نوع دارو اپیوئیدی (متادون و لواستیل متادون) را به عنوان درمان نگه‌دارنده مورد مقایسه قرار داده و نشان داد که تفاوتی در نتیجه آزمایش ادرار، عوارض جانبی و کارکردهای اجتماعی بین این داروها وجود ندارد (مینوزی، آواتو و داوولی^۶، ۲۰۰۹).

1. Jainchill, Bhattacharya & Yagelka
2. Medication
3. Jonas
4. Clark

5. Cahill, Stevens, Perera, & Lancaster
6. Minozzi, Amato, Davoli

دادگاه مواد نوجوانان

نوجوانانی که مرتکب جرائم مرتبط با مواد می‌شوند ممکن است به جای رفتن به زندان به دادگاه‌های مواد نوجوانان ارجاع داده شوند. این دادگاه‌ها به ارزیابی، درمان، نظارت و ارجاع می‌پردازند و در خلال حضور منظم در دادگاه‌ها برای رشد این افراد، بازخورد می‌دهند. مطالعات اثربخشی دادگاه‌های مواد نوجوان در کاهش مصرف مواد غیرقانونی متغیر است (گیلمور، رودریگز و وب^۱، ۲۰۰۵). یک آزمایش کنترل‌شده تصادفی گزارش کرده است که نسبت به درمان‌های استاندارد، حضور در این دادگاه‌ها منجر به میزان مصرف کمتر مواد در افراد جوان شده است. در مقابل، برخی پژوهش‌ها نیز نشان داده است که دادگاه‌های مواد نوجوانان در درمان مصرف حشیش و کوکائین نسبت به درمان‌های استاندارد اثربخشی کمتری دارد (هانگلر^۲ و همکاران، ۲۰۰۶).

نتیجه‌گیری

در این مقاله مروری به بررسی نظام مند شواهد مربوط به اثربخشی مداخلات پیشگیرانه، مداخلات اولیه، مداخلات کاهش آسیب و همچنین درمان مصرف تنباکو و مواد غیرقانونی (مثل حشیش، اپیوئیدها، آمفتامین و کوکائین) در افراد جوان پرداخته شد. مصرف مواد در بین جوانان یک نگرانی مهم برای سلامت عمومی است. در این مرحله از زندگی و برای افرادی که در مرحله گذر به بزرگسالی قرار دارند، عمده تصمیم‌ها باید بر پیشگیری، مداخله اولیه، کاهش آسیب در افرادی باشد که به تازگی مصرف مواد را آغاز کرده‌اند. نوجوانی اوج دوره شروع مصرف مواد محسوب می‌گردد که مسئولیت سنگینی برای افراد در این گروه سنی ایجاد می‌نماید. در این صورت لازم است مداخلات پیشگیرانه‌ای را برای این گروه سنی جهت داشتن نوجوانی سالم و به تبع آن خانواده و جامعه‌ی سالم در نظر گرفت. مداخلات اولیه با هدف شناسایی آن دسته از افراد جوان صورت می‌گیرد که در معرض خطر مصرف مواد قرار دارند و یا کسانی که علائمی از مصرف مواد آسیب‌زا را نشان می‌دهند. رویکرد کاهش آسیب بر محدودیت و کم کردن اثرات منفی مصرف مواد در جوانان، خانواده آن‌ها و همسالان تمرکز دارد. هدف از پرداختن به الگوهای وابسته‌ساز

مصرف مواد مانند مداخلاتی که برای افراد تمرکز دارند درمان وابستگی آسیب‌زا به مواد است، این مداخلات ممکن است علاوه بر خود فرد، خانواده و اشخاص مهم زندگی آن فرد و یا حتی جوامع فرد را نیز دربر بگیرد. سخن آخر آنکه می‌بایستی تلاش‌های فراوانی برای در امان نگه‌داشتن نوجوان‌ها از مصرف مواد در بستر خانواده، مدرسه و جامعه انجام شود و برای افزایش شواهد مربوط به مداخلاتی که با هدف کاهش بار سنگین مصرف مواد در افراد جوان انجام می‌شود، تلاش‌های بیشتری مورد نیاز است.

منابع

- حسینی، سید جواد؛ نجفی، محمود. (۱۳۹۴). اعتیاد به مواد: بدکارکردی جنسی و فروپاشی خانواده. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۲(۶)، ۱۳۵-۱۵۱.
- خدایاری فرد، محمد، شهابی، روح اله و اکبری زردخانه، سعید (۱۳۸۶). رابطه نگرش مذهبی با رضایت مندی زناشویی در دانشجویان متأهل، *خانواده پژوهی*، ۱۰(۳)، ۶۱۱-۶۲۰.
- محمدخانی، شهرام (۱۳۸۸). *عوامل خطر ساز و حفاظت کننده ی خانوادگی مصرف مواد در نوجوانان*. مقاله ارائه شده در نخستین کنگره ی کشوری پیشگیری از سوء مصرف مواد، تهران. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- محمدخانی، شهرام و نوری، ربابه (۱۳۹۱). *پیشگیری اولیه از اعتیاد با تمرکز بر خانواده*. تهران: ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- نوروزی، حسن، حسینی، سید جواد و نجفی، محمود. (۱۳۹۴). اعتیاد، خانواده و مداخله‌های خانواده محور. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۲(۷)، ۹۷-۱۲۲.
- Bader, P., Boisclair, D., & Ferrence, R. (2011). Effects of tobacco taxation and pricing on smoking behavior in high risk populations: a knowledge synthesis. *International journal of environmental research and public health*, 8(11), 4118-4139.
- Baldwin, S. A., Christian, S., Berkeljon, A., & Shadish, W. R. (2012). The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: A meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 281-304.
- Bernstein, E., Edwards, E., Dorfman, D., Heeren, T., Bliss, C., & Bernstein, J. (2009). Screening and brief intervention to reduce marijuana use among youth and young adults in a pediatric emergency department. *Academic Emergency Medicine*, 16(11), 1174-1185.
- Bryant, J., Bonevski, B., Paul, C., McElduff, P., & Attia, J. (2011). A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of behavioural

- smoking cessation interventions in selected disadvantaged groups. *Addiction*, 106(9), 1568-1585.
- Cahill, K., Stevens, S., Perera, R., & Lancaster, T. (2013). Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *The Cochrane Database of Systematic Review*, 5, CD009329
- Campbell, R., Starkey, F., Holliday, J., Audrey, S., Bloor, M., Parry-Langdon, N., & Moore, L. (2008). An informal school-based peer-led intervention for smoking prevention in adolescence (ASSIST): a cluster randomized trial. *The Lancet*, 371(9624), 1595-1602.
- Carey, K. B., Scott-Sheldon, L. A., Elliott, J. C., Bolles, J. R., & Carey, M. P. (2009). Computer-delivered interventions to reduce college student drinking: A meta-analysis. *Addiction*, 104(11), 1807-1819.
- Carson, K. V., Brinn, M. P., Labiszewski, N. A., Esterman, A. J., Chang, A. B., & Smith, B. J. (2011). Community interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 7. [DOI: 10.1002/14651858.CD001291.pub2]
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2012). integrated prevention services for HIV infection, viral hepatitis, sexually transmitted diseases, and tuberculosis for persons who use drugs illicitly: summary guidance from CDC and the US Department of Health and Human Services. *MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports/Centers for Disease Control*, 61(RR-5), 1-36.
- Champion, K. E., Newton, N. C., Barrett, E. L., & Teesson, M. (2013). A systematic review of school-based alcohol and other drug prevention programs facilitated by computers or the Internet. *Drug and alcohol review*, 32(2), 115-123.
- Christakis, D. A., Garrison, M. M., Ebel, B. E., Wiehe, S. E., & Rivara, F. P. (2003). Pediatric smoking prevention interventions delivered by care providers: a systematic review. *American journal of preventive medicine*, 25(4), 358-362.
- Clark, D. B. (2012). *Pharmacotherapy for adolescent alcohol use disorder*. *CNS drugs*, 26(7), 559-569.
- Coppo, A., Galanti, M. R., Giordano, L., Buscemi, D., Bremberg, S., & Faggiano, F. (2014). School policies for preventing smoking among young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, Art. No.: CD009990. DOI: 10.1002/14651858.CD009990.pub2.
- Curry, S. J., Mermelstein, R. J., & Sporer, A. K. (2009). Therapy for specific problems: youth tobacco cessation. *Annual review of psychology*, 60(14), 229-231.
- Deas, D. (2008). Evidence-based treatments for alcohol use disorders in adolescents. *Pediatrics*, 121, 348-354
- Degenhardt L, Stockings E, Strang J, Marsden J, Hall W. (2015). *Chapter 6: Illicit drug dependence*. In: Patel V, Chisholm D, Dua T, Laxminarayan R, Medina Mora M-E, eds. *Disease Control Priorities*, third edition

- (volume 4): mental, neurological, and substance use disorders. Washington, DC: World Bank.
- Degenhardt, L., & Hall, W. (2012). Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *The Lancet*, 379(9810), 55-70.
- Degenhardt, L., Stockings, E., Patton, G., Hall, W. D., & Lynskey, M. (2016). The increasing global health priority of substance use in young people. *The Lancet Psychiatry*, 3(3), 251-264.
- Dennhardt, A. A., & Murphy, J. G. (2013). Prevention and treatment of college student drug use: A review of the literature. *Addictive behaviors*, 38(10), 2607-2618.
- Dennis, M., Godley, S. H., Diamond, G., Tims, F. M., Babor, T., Donaldson, J., & Hamilton, N. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: main findings from two randomized trials. *Journal of substance abuse treatment*, 27(3), 197-213.
- Elder, R. W., Lawrence, B., Ferguson, A., Naimi, T. S., Brewer, R. D., Chattopadhyay, S. K., ... & Task Force on Community Preventive Services. (2010). The effectiveness of tax policy interventions for reducing excessive alcohol consumption and related harms. *American journal of preventive medicine*, 38(2), 217-229.
- Elder, R. W., Nichols, J. L., Shults, R. A., Sleet, D. A., Barrios, L. C., Compton, R., & Task Force on Community Preventive Services. (2005). Effectiveness of school-based programs for reducing drinking and driving and riding with drinking drivers: a systematic review. *American journal of preventive medicine*, 28(5), 288-304.
- England M., Butler A., Gonzalez M. (2015). The Committee on Developing Evidence-Based Standards for Psychosocial Interventions for Mental Disorders, Board on Health Sciences Policy, Institute of Medicine. Psychosocial interventions for mental and substance use disorders: a framework for establishing evidence-based standards. Washington DC: Institute of Medicine.
- Faggiano, F., Minozzi, S., Versino, E., & Buscemi, D. (2014). Universal school-based prevention for illicit drug use. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12. No: CD003020.
- Ferri, M., Allara, E., Bo, A., Gasparrini, A., & Faggiano, F. (2013). Media campaigns for the prevention of illicit drug use in young people. *The Cochrane database of systematic reviews*, 6, CD009287
- Forster, J. L., Widome, R., & Bernat, D. H. (2007). Policy interventions and surveillance as strategies to prevent tobacco use in adolescents and young adults. *American journal of preventive medicine*, 33(6), S335-S339.
- Foxcroft, D. R. & Tsertsvadze, A. (2011a). Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Systematic Review*, 9, CD009308.
- Foxcroft, D. R., & Tsertsvadze, A. (2012). Universal alcohol misuse prevention programmes for children and adolescents: Cochrane systematic reviews. *Perspectives in Public Health*, 132(3), 128-134.

- Foxcroft, D. R., Coombes, L., Wood, S., Allen, D., & Almeida Santimano, N. M. (2014). Motivational interviewing for alcohol misuse in young adults. *Cochrane Database Systematic Review*, 8, CD007025
- Foxcroft, D. R., Ireland, D., Lister-Sharp, D. J., Lowe, G., & Breen, R. (2003). Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. *Addiction*, 98(4), 397-411.
- Foxcroft, D. R., Lister-Sharp, D., & Lowe, G. (1997). Alcohol misuse prevention for young people: a systematic review reveals methodological concerns and lack of reliable evidence of effectiveness. *Addiction*, 92(5), 531-537.
- Foxcroft, D. R., Moreira, M. T., Almeida Santimano, N. M., & Smith, L. A. (2015). Social norms information for alcohol misuse in university and college students. *Cochrane Database Systematic Review*, 1, CD006748
- Gilmore, A. S., Rodriguez, N., & Webb, V. J. (2005). Substance abuse and drug courts the role of social bonds in juvenile drug courts. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 3(4), 287-315.
- Gulliver, A., Farrer, L., Chan, J. K., Tait, R. J., Bennett, K., Caele, A. L., & Griffiths, K. M. (2015). Technology-based interventions for tobacco and other drug use in university and college students: a systematic review and meta-analysis. *Addiction science & clinical practice*, 10(1), 2-10
- Hafemeister, T.L., and Jackson, S.L. (2004). Effectiveness of sanctions and law enforcement practices targeted at underage drinking not involving operation of a motor vehicle. In National Research Council and Institute of Medicine, *Reducing underage drinking: A collective responsibility, background papers*. [CD-ROM]. Committee on Developing a Strategy to Reduce and Prevent Underage Drinking, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: The National Academies Press
- Hall, W. D., Patton, G., Stockings, E., Weier, M., Lynskey, M., Morley, K. I., & Degenhardt, L. (2016). Why young people's substance use matters for global health. *The Lancet Psychiatry*, 3(3), 265-279.
- Hasin, D. S., Wall, M., Keyes, K. M., Cerdá, M., Schulenberg, J., O'Malley, P. M., & Feng, T. (2015). Medical marijuana laws and adolescent marijuana use in the USA from 1991 to 2014: results from annual, repeated cross-sectional surveys. *The Lancet Psychiatry*, 2(7), 601-608.
- Hawks, D., Rydon, P., Stockwell, T., White, M., Chikritzhs, T., McLeod, R. and Heale, P. (1998) The Freemantle Police-Licensee Accord: Impact on serving practices, harm and the wider community. *Australian Professional Society on Alcohol and Other Drugs Conference*, Sydney.
- Henggeler, S. W., Halliday-Boykins, C. A., Cunningham, P. B., Randall, J., Shapiro, S. B., & Chapman, J. E. (2006). Juvenile Drug Court: Enhancing Outcomes by Integrating Evidence-Based Treatments *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 42-54.
- Holder, H. D., Gruenewald, P. J., Ponicki, W. R., Treno, A. J., Grube, J. W., Saltz, R. F., ... & Gaumont, G. (2000). Effect of community-based

- interventions on high-risk drinking and alcohol-related injuries. *Jama*, 284(18), 2341-2347.
- Hornik, R., Jacobsohn, L., Orwin, R., Piesse, A., & Kalton, G. (2008). Effects of the national youth anti-drug media campaign on youths. *American Journal of Public Health*, 98(12), 2229-2236.
- Hutton, H. E., Wilson, L. M., Apelberg, B. J., Tang, E. A., Odelola, O., Bass, E. B., & Chander, G. (2011). A systematic review of randomized controlled trials: Web-based interventions for smoking cessation among adolescents, college students, and adults. *Nicotine & Tobacco Research*, 13(4), 227-238.
- Jainchill, N., Bhattacharya, G., & Yagelka, J. (1995). Therapeutic communities for adolescents. *NIDA research monograph*, 156, 190-217.
- Jensen, C. D., Cushing, C. C., Aylward, B. S., Craig, J. T., Sorell, D. M., & Steele, R. G. (2011). Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(4), 433.
- Jonas, D. E., Amick, H. R., Feltner, C., Bobashev, G., Thomas, K., Wines, R., & et.al. (2014). Pharmacotherapy for adults with alcohol use disorders in outpatient settings: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, 311(18), 1889-1900.
- Krass, I., & Flaherty, B. (1994). The impact of a responsible service training on patron and server behavior: a trial in Waverley (Sydney). *Health Promotion Journal of Australia*, 4(2), 51-58.
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R., & Whiteside, H. O. (2003). Family-based interventions for substance use and misuse prevention. *Substance use & misuse*, 38(11-13), 1759-1787.
- Lantz, P. M., Jacobson, P. D., Warner, K. E., Wasserman, J., Pollack, H. A., Berson, J., & Ahlstrom, A. (2000). Investing in youth tobacco control: a review of smoking prevention and control strategies. *Tobacco control*, 9(1), 47-63.
- Larimer, M. E., & Crouce, J. M. (2007). Identification, prevention, and treatment revisited: Individual-focused College drinking prevention strategies 1999–2006. *Addictive behaviors*, 32(11), 2439-2468.
- Latimer J, Guillaume L, Goyder E, Chilcott J, Payne N. (2009). Interventions on control of alcohol price, promotion and availability for prevention of alcohol use disorders in adults and young people. University of Sheffi eld School of Health and Related Research Public Health Evidence Report 2009. <https://www.nice.org.uk/guidance/ph24/documents/review-1-macro-level-interventions-for-alcohol-use-disorders-effectivenessreview2> (accessed Jan 18, 2016).
- Marsden, J., Stillwell, G., Barlow, H., Boys, A., Taylor, C., Hunt, N., & Farrell, M. (2006). An evaluation of a brief motivational intervention among young ecstasy and cocaine users: no effect on substance and alcohol use outcomes. *Addiction*, 101(7), 1014-1026.

- Martineau, F., Tyner, E., Lorenc, T., Petticrew, M., & Lock, K. (2013). Population-level interventions to reduce alcohol-related harm: an overview of systematic reviews. *Preventive medicine*, 57(4), 278-296.
- McNeill, A., Iringe-Koko, B., Bains, M., Bauld, L., Siggins, G., Russell, A., & et .al. (2013). Countering the demand for, and supply of, illicit tobacco: an assessment of the 'North of England Tackling Illicit Tobacco for Better Health' Programme. *Tobacco control*, tobaccocontrol-2013.
- Minozzi, S., Amato, L., & Davoli, M. (2009). Detoxification treatments for opiate dependent adolescents. *The Cochrane Library*.
- Mitchell, S. G., Gryczynski, J., O'Grady, K. E., & Schwartz, R. P. (2013). SBIRT for adolescent drug and alcohol use: Current status and future directions. *Journal of substance abuse treatment*, 44(5), 463-472.
- Murray, C. J., Barber, R. M., Foreman, K. J., Ozgoren, A. A., Abd-Allah, F., Abera, S. F., & et .al (2015). Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition. *The Lancet*, 386(10009), 2145-2191.
- Norberg, M. M., Kezelman, S., & Lim-Howe, N. (2013). Primary prevention of cannabis use: a systematic review of randomized controlled trials. *PloS one*, 8(1), e53187.
- O'Donnell, A., Anderson, P., Newbury-Birch, D., Schulte, B., Schmidt, C., Reimer, J., & Kaner, E. (2014). The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol and alcoholism*, 49(1), 66-78.
- Park, E., & Drake, E. (2015). Systematic review: internet-based program for youth smoking prevention and cessation. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(1), 43-50.
- Patel, V., Chisholm, D., Parikh, R., Charlson, F. J., Degenhardt, L., Dua, T., & et .al. (2015). Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: key messages from Disease Control Priorities. *The Lancet*.
- Pilowsky, D. J., & Wu, L. T. (2013). Screening instruments for substance use and brief interventions targeting adolescents in primary care: a literature review. *Addictive behaviors*, 38(5), 2146-2153.
- Room, R., & Reuter, P. (2012). How well do international drug conventions protect public health? *The Lancet*, 379(9810), 84-91.
- Sanci, L., Chondros, P., Sawyer, S., Pirkis, J., Ozer, E., Hegarty, K., & et .al. (2015). Responding to Young People's Health Risks in Primary Care: A Cluster Randomised Trial of Training Clinicians in Screening and Motivational Interviewing. *PloS one*, 10(9), e0137581.
- Siegfried, N., Pienaar, D. C., Ataguba, J. E., Volmink, J., Kredt, T., Jere, M., & Parry, C. D. (2014). Restricting or banning alcohol advertising to reduce alcohol consumption in adults and adolescents. *The Cochrane Library*.
- Steinberg, L. (2014). *Age of opportunity: Lessons from the new science of adolescence*. Houghton Mifflin Harcourt.

- Stockings, E., Hall, W. D., Lynskey, M., Morley, K. I., Reavley, N., Strang, & et al. (2016). Prevention, early intervention, harm reduction, and treatment of substance use in young people. *The Lancet Psychiatry*, 3(3), 280-296.
- Strang, J., Babor, T., Caulkins, J., Fischer, B., Foxcroft, D., & Humphreys, K. (2012). Drug policy and the public good: evidence for effective interventions. *The Lancet*, 379(9810), 71-83.
- Tanner-Smith, E. E., Steinka-Fry, K. T., Hennessy, E. A., Lipsey, M. W., & Winters, K. C. (2015). Can brief alcohol interventions for youth also address concurrent illicit drug use? Results from a meta-analysis. *Journal of youth and adolescence*, 44(5), 1011-1023.
- Thomas, R. E., Baker, P., & Thomas, B. C. (2016). Family-based interventions in preventing children and adolescents from using tobacco: A systematic review and meta-analysis. *Academic pediatrics*, 16(5), 419-29
- Toumbourou, J. W., Stockwell, T., Neighbors, C., Marlatt, G. A., Sturge, J., & Rehm, J. (2007). Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. *The Lancet*, 369(9570), 1391-1401.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs (UNESDA). (2015). Definition of youth. <http://www.un.org/esa/socdev/documents/youth/fact-sheets/youth-definition.pdf>.
- Wakefield, M., & Chaloupka, F. (2000). Effectiveness of comprehensive tobacco control programmes in reducing teenage smoking in the USA. *Tobacco control*, 9(2), 177-186.
- Whittaker, R., McRobbie, H., Bullen, C., Borland, R., & Rodgers, A. (2012). Mobile phone-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD006611
- World Health Organization. (2013). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2014). *Global health observatory data repository: age limits for purchasing alcohol (on-premise service and off-premise purchase)* http://www.who.int/gho/alcohol/policies/age_limits_text/en/ (accessed May 5, 2015).
- Wood, E., Shakeshaft, A., Gilmour, S., & Sanson-Fisher, R. (2006). A systematic review of school-based studies involving alcohol and the community. *Australian and New Zealand journal of public health*, 30(6), 541-549.
- World Health Organization. (2015). *WHO report on the global tobacco epidemic, raising taxes on tobacco: executive summary*.
- Zisseron, R. N., Palfai, T. P., & Saitz, R. (2007). "No-contact" interventions for unhealthy college drinking: Efficacy of alternatives to person-delivered intervention approaches. *Substance Abuse*, 28(4), 119-131.