



UNODC

United Nations Office on Drugs and Crime



吸毒预防国际标准

鸣谢

联合国毒品和犯罪问题办公室或（UNODC）感谢下列机构和人士对这些标准的发布做出的宝贵贡献：

感谢挪威政府对该项目的信赖和支持，以及瑞典和芬兰政府提供的补充资源。

感谢意大利政府提供的这些标准在未来传播的资源。

感谢加拿大防治药物滥用中心（Canadian Centre on Substance Abuse, CCSA）主动联系国际合作伙伴，在其自身标准的基础上制订国际标准；

感谢欧洲毒品和毒品成瘾监测中心（European Monitoring Centre on Drug and Drug Addiction, EMCDDA）在标准发布的各个阶段提供的技术意见，特别是关于方法和[最佳实践门户网站](#)的建议；

感谢美洲防止毒品滥用管制委员会（Inter-American Drug Abuse Control Commission, CICAD）参与该过程，并支持来自拉丁美洲的专家参与；

感谢利物浦约翰摩尔斯大学（Liverpool John Moore University, LJMU）的Harry Sumnall先生允许该过程使用他们目前的分类文献搜索结果；感谢来自UNODC顾问和JBS美国公司研究总监Zili Sloboda女士进行文献的首次搜索，在“首次咨询”时起草背景文件，在标准发布过程中提供持续的、支持性的技术意见；

感谢UNODC顾问Angelina Brotherhood女士对文献和数据提取进行的评估；

感谢以下“预防标准专家组”成员（按字母表顺序）提供的有关科学证据和技术意见：

Hisham F. Al Arabi先生，阿联酋；Masoud AlBeloushi先生，阿联酋；Luis Alfonzo先生，泛美卫生组织（PAHO）；Omar Khalfan Ali先生，阿联酋；Ali Al-Marzooqi先生，阿联酋；Juma Sultan AlShamsi先生，阿联酋；Abdulelah Mohamed Al-Shareef先生，沙特阿拉伯；Feras Alzu'bi先生，约旦；女士Sofia Aragon Sanchez先生，西班牙；G美国tavo Ascacibar先生，秘鲁；Rubi Blancas女士，墨西哥；Douglas Billings女士，美国；Jazmín Bósquez女士，巴拿马；Gilbert Botvin先生，美国；Angelina Brotherhood女士，英国；Gregor Burkhart先生，欧洲毒品和毒品成瘾监测中心（EMCDDA）；Rachel Calam女士，英国；Graziela Beatriz Castro dos Santos de Castro女士，巴西；Richard Catalano先生，美国；Heather Clark女士，加拿大；Nicholas Clark先生，WHO；女士Patricia Conrod，加拿大；Royer Cook先生，美国；William Crano先生，美国；Ramba Dedi先生；Ken Douglas先生，Trinidad and Tobago；Mark Eddy先生，美国；Carlos Alberto Escalante先生，El Salvador；女士Lucia Fabricio，巴西；Fabrizio Faggiano先生，意大利；女士Sara Fanfarillo，意大利；女士Marica Ferri，EMCDDA；Angela Finck女士，巴西；Valentina Forastieri女士，国际劳工组织（ILO）；SilviaGuadarrana女士，墨西哥；Diana Hammes女士，德国；Frances Harding女士，美国；Nadine Harker女士，南非；Rebekah Hersch女士，美国；Wang Hongru先生，中国；Heyam Wahbeh Ibrahim先生，约旦；Jadranka Ivandić Zimić女士，克罗地亚；Johan Jongbloet先生，比利时；Valentina Kranzelic女士，克罗地亚；Karol Kumpfer女士，美国；Jeff Lee先生，英国；Rosalie LIKIBI-BOHO女士，刚果；Maria Paula Luna女士，美洲防止毒品滥用管制委员会（CICAD）；Artur Malczewski先生，波兰；Jim McCambridge先生，英国；Lynn McDonald女士，英国；Chris Mikton先生，世界卫生组织；Brenda Miller女士，美国；Maristela G Monteiro女士，美国；Zhanerke OMAROVA女士；Akwas Owusu Osei先生，加纳；Hanno Petras先生，英国；Methinin Pinyuchon女士，泰国；Radu Pop先生，罗马尼亚；Melva Ramirez女士，巴拿马；Shanti Ranganathan女士，印度；Eve Reider女士，美国；Elizabeth Robertson女士，美国；Ingeborg Rossow女士，挪威；Myriam Safatly女士，法国；Fernando Salazar，秘鲁；Teresa Salvador女士，欧盟-拉美COPOLAD联

盟；Ohene Sammy Kwane先生，加纳；Alejandro Sanchez Guerrero先生，墨西哥；Nara Santos女士，巴西；Michael Schaub先生，瑞士；Borikhan Shaumarov先生；Elisabetta Simeoni女士，意大利；Milina Skipina女士，波黑；Markku Soikkeli先生，芬兰；Richard Spoth先生，美国；Jack Stein先生，美国；Vladimir Stempliuk先生，巴西；Harry Sumnall先生，英国；Bian How Tay先生，Sri Lanka；Juana Tomas-Rossello女士，泰国；Suriyadeo Tripathi先生，泰国；Bart Uitterhaegen先生，荷兰；Peer van der Kreeft先生，比利时；Shamil Wanigaratne先生，阿联酋；Evelyn Yang女士，美国；

感谢现场办公室的其他UNODC人员促进与全球政府和专家的联系，提供实质性和实用性的反馈；

感谢UNODC实习生Nikolaos Stamatakis先生和Jason Basker先生对科学证据的搜索和筛选；

感谢助理专家Hanna Heikkila女士进行的很大部分背景研究，评估文献，参与过程协调，以及起草部分文件；

感谢Wadiah Maalouf先生对背景研究过程的贡献，起草部分文件和提供反馈；

感谢Elisabeth Mattfeld在标准发布的各个阶段提供实质性的技术建议；

感谢UNODC预防、治疗与康复部门项目官员Giovanna Campello女士协调和管理该过程，以及起草部分文件并最终定稿。

目录

一、引言	5
1. 预防事关儿童健康和安全成长	5
2. 预防吸毒和药物滥用	6
3. 预防科学	6
4. 国际标准	7
国际标准制订过程	8
文件	9
二、毒品预防干预与政策	14
1. 婴儿与幼儿时期	14
针对药物滥用障碍的孕妇的干预	14
孕期与哺乳期探视	14
幼儿教育	15
2. 童年时期	16
个人与社交技能教育	18
课堂环境改善项目	19
保证儿童入学的政策	20
3. 少年时期	20
基于个人和社交技能及社会影响的预防教育	21
学校政策与文化	22
解决个体心理缺陷	24
指导	24
4. 青年期和成年期	25
工作场所预防项目	26
烟酒政策	27
基于社区的多方面措施	28
媒体活动	29
娱乐场所	30
三、需进一步研究的预防问题	32
运动和其他业余活动	32
防止处方药非医疗使用	32
针对尤其危险的儿童和青年人的干预措施和政策	33
防止滥用不受《条例》管控的新型精神活性物质	33
四、有效预防体系的特点	33
1. 基于证据的干预措施和政策的范围	34
2. 扶持政策 and 监管架构	34
3. 研究和科学证据提供的坚实基础	35
基于证据的规划	35
研究与规划	36
4. 涉及到不同层级的不同部门	37
5. 执行系统的强大基础设施	38
6. 持续性	38

一、引言

曾经有一段时间，毒品预防只限于印发传单，向年轻人提醒毒品的危险，但是对改变他们的行为起到的作用甚微。如今，随着科学的发展，情况不同了。基于科学证据，与家庭、学校和社区配合的预防战略能确保儿童和青少年，特别是处于社会边缘和穷困家庭的孩子，能够健康、安全地进入成年和老年。在预防上花一块钱，在未来的健康、社会和犯罪问题花费上至少可省十块钱¹。

这些《国际标准》总结了目前可得到的科学证据，描述了能够收到良好预防效果的干预和政策及其特征。同时，这些标准还提出了一个有效全国毒品预防体系的主要成分和特征。我们希望这些标准能指导世界各地的决策者制订相关计划、政策和制度，对儿童、青少年、家庭和社区的未来进行真正有效的投资。该工作基于并认可许多其他组织（例如EMCDDA、CCSA、CICAD、Mentor、NIDA和世界卫生组织²）的工作——此前制订的有关毒品预防的种种方面的标准和指南。

1. 预防事关儿童健康和健康成长

毒品预防的主要目的是帮助人们，特别是年轻人但不限于年轻人，避免吸毒或推迟他们首次吸毒的时间，或者假如他们已经开始吸毒，避免他们形成病态（例如，依赖性）。然而，毒品预防的总体目标远大于此：儿童和青少年健康和健康成长，发挥他们的才能和潜能，成为对社区和社会有用的成员。有效的毒品预防能为儿童、青少年和成年人与家庭、学校、工作场所和社区的良好互动做出重要贡献。

在过去的20年里，预防科学已经取得了巨大的进展。从业者和决策者在个体层面和环境层面对使个体容易开始吸毒的因素（“风险因素”）有了更全面的认识。除了缺乏有关毒品及其后果方面的知识，证据还显示下列重大的风险因素：生物过程、个性特征、心理卫生障碍、家庭忽视和虐待、在学校和社区缺乏归属感、缺乏社会规范和有益的周围环境以及在边缘化的、缺乏足够教育的社区长大。相反，心理和情感健康，个人和社交能力，父母关怀、监护有效，学校和社区设施完善、资源充足、组织良好，都是让个体不容易吸毒或做出其他负面行为的因素（保护性因素，近期也称为“资产”）。

重要的是强调上面提到的这些风险因素很大程度上不是个体能够控制的（没有人选择被父母忽视！），是与很多危险行为和相关健康疾患有关联的，例如辍学、攻击性、行为不良、暴力、危险的性行为、抑郁和自杀。所以，预防科学证明许多毒品预防干预和政策也能预防其他危险行为，这一点也不奇怪。

¹ Spoth, R. L., Clair, S., Shin, C., & Redmond, C. (2006). Long-term effects of universal preventive interventions on methamphetamine use among adolescents. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 160 (9), 876.

² 欧洲毒品和毒品成瘾监测中心（EMCDDA），www.emcdda.europa.eu；加拿大防治药品滥用中心（CCSA），www.ccsa.ca/Eng/；美洲国家组织中的美洲防止毒品滥用管制委员会（CICAD），http://cicad.oas.org/main/default_eng.asp；Mentor基金会（Mentor），www.mentorfoundation.org/；美国国家药物滥用研究所（NIDA），www.drugabuse.gov/；世界卫生组织（WHO），www.who.int/。

研究显示，因年龄而异，一些因素让人容易（或相反，不容易）开始吸毒。科学还确定了婴儿期、童年期和青少年早期的危险因素和保护性因素，特别是与父母养育和对学校的归属感有关。在其后的年龄阶段，学校、工作场所、娱乐场所和媒体都是对个体易于或不易于吸毒或做出其他危险行为造成影响的环境。

毫无疑问，生活在贫困社区、缺乏家庭支持、受学校教育机会有限的被边缘化的青少年，是尤其危险的人群。受战乱或自然灾害摧残的儿童、个体和社区也是如此。

总之，毒品预防是确保儿童和青少年不易受伤害、更具复原能力的有效措施的重要组成部分。

2. 预防吸毒和药物滥用

按照当前三大国际公约³的要求，预防是解决毒品问题健康体系的主要组成部分之一。本文件重点讨论预防初次吸毒和预防吸毒者转变为毒品依赖疾患。《国际标准》不涉及其他预防（例如，吸毒的健康和社会后果的预防）、药物依赖治疗和护理或执法工作。

并不是说其他工作没有价值。事实上，需要强调的是，我们无法独立或孤立地制订或实施有效的预防干预、政策或体系。有效的地方或全国预防体系要根植于应对毒品问题的以健康为中心的平衡体系，包括执法、减少供应、治疗药物依赖和预防健康和社会后果（例如，艾滋病和用药过量等）。在这种以健康为中心的平衡体系中，首要和主要目标是确保这些管制药物用于医疗和科研用途，同时防止流入非法用途和滥用。

尽管《国际标准》主要关注三大国际公约中管制药物的使用预防（也包括处方药的非医疗使用），但也提供了与其他精神活性物质（如烟草、酒精和吸入剂）预防有关的证据。

从这些补充性预防领域可汲取许多有用的教训和经验，但这远非呈现这样一个全面的证据画面的唯一原因。吸入剂有剧毒，能带来毁灭性的后果，因而急需采取预防措施解决首次吸食问题。另外，对于儿童和青少年来说，预防初次吸烟喝酒也是预防吸毒的一种有力工具。儿童和青少年的大脑仍在发育，预防科学告诉我们，他们越早开始服用精神活性物质，在以后的生活道路上越有可能形成药物和毒品滥用病症⁴。

3. 预防科学

借助预防科学，我们还了解了什么能有效预防药物滥用什么不能。需要指出的是，

³ [1961年通过、经1972年修正的《麻醉品单一公约》；1971年的《精神药物公约》；以及1988年的《联合国禁止非法贩运麻醉品和精神药物公约》。](#)

⁴ 在下文中，术语将像这样使用。“毒品使用”用以指三大国际公约中管制药物在非医疗和/或非科学用途中的使用。“药物滥用”用以指“精神活性物质有害或有危险地使用”。除了毒品使用外，还包括抽烟、酗酒、吸入剂和非处方药的滥用以及新的精神活性物质（所谓的“合法兴奋剂”或“益智药”）的滥用。

科学并不是自动产生的。我们获得的知识要归功于严格评估这些预防项目的研究人员和执业人员的奉献和努力，以及资助该研究的组织。本文件旨在对这些年的研究成果进行梳理，增强决策者根据证据和科学制订决策的能力。

这并不是说我们已经穷尽了这些知识。在回顾过程中，我们注意到了预防科学中的许多漏洞。这些科学大部分来源于北美、欧洲和大洋洲的少数高收入国家。来自其他文化环境或中低收入国家的研究很少。另外，许多研究都是“效能”研究，分析的是在资源充足、小范围、受管制的环境中干预产生的影响。很少有研究探讨在“现实生活”环境中干预的效力。再者，计算干预和政策是否有成本效益（不仅仅是“有效”）的研究也很有限。最后一点是，我们注意到很少研究报告数据把性行为因素单独归类。

另一个挑战表明，通常由于相关研究太少，以至于不能最终确认“积极因素”，也就是对干预或政策的有效性真正必需的组成部分，包括策略的实施（谁来实施效果最好？需要哪些素质和培训？需要采用哪些方法？等等）。

在一些环境中，特别是在中低收入国家，缺乏资源和机会进行严格的评估。这并不是说正在开展的工作是无效的。开展的一些定性评估让人看到了希望。然而，在有机会采用一种严谨科学的方式对这些策略进行测试之前，是不可能声明它们是否有效的。

最后，正如在所有医学、社会学和行为科学中一样，发表偏倚是一个现实问题。与关于负面研究成果的报告相比，关于新的正面研究成果的报告更有可能发表。这意味着我们的分析存在高估毒品预防干预和政策的效力和有效性的风险。

毒品预防领域的研究在全球亟需得到资助和支持。支持中低收入国家的预防研究工作很关键，不过所有国家的全国毒品预防体系应该加大投入，严格评估其项目和政策，对知识库做出贡献。希望未来这些标准的更新和版本能够呈现一个更加丰富的可用证据的画面。

在此期间可以做什么？在预防计划实施之前，决策者是否应该坐等空白被填补？我们能够做些什么以防止毒品滥用和药物滥用，确保儿童和青少年**现在**健康、安全地成长？

面对科学的空白，我们应该更加谨慎，但不能畏缩不前。在世界上一个地区经证明有效的预防方法，与本地只凭善意和猜测形成的方法相比，成功的可能性更大。这对于解决不同文化中均比较显著的弱点（例如，性情和父母忽视）的干预和政策来说尤其正确。此外，在一些国家失败甚至带来负面后果的方法在其他地方也很可能造成失败和医源病。毒品预防和药物滥用预防相关的预防人员、决策者和社区成员有责任了解这些经验教训。

我们拥有的是对正确途径的宝贵指南。使用这些知识，并在此基础上进行更多评估和研究，我们能够向决策者提供他们所需的信息，建立基于科学证据的全国预防体系，支持不同环境的儿童、青少年和成年人过一种积极、健康、安全的生活。

4. 国际标准

本文件描述的干预和政策经科学证据证明能产生积极的预防结果，能够作为一个有效的、以健康为中心的全国毒品预防体系的基础⁵。该《国际标准》还为如何借鉴经证明产生积极成果的干预和政策的共同特征实施干预和政策应该提供了指南。最后，本文件探讨了干预和政策如何才能能在数据和证据基础上支持和维持全国预防体系的制订、实施、指导和评估。

国际标准制订过程

本文件是在由85名研究人员、决策者、从业者、非政府组织人员和国际组织人员组成的全球代表小组的协助下，由联合国毒品和犯罪问题办公室编写和发布的。专家组成员的确定部分是由于他们在毒品预防领域的研究和活动。另外，专家组成员由成员国提名，因为成员国都受邀参加了标准制订过程。

小组成员共开了两次碰头会：2012年1月，在流程范围上对联合国毒品和犯罪问题办公室提供总体指导；2012年6月，对当时收集的证据和文件的初稿进行审核。在对收集的证据进行系统评估采取的方法上，小组对联合国毒品和犯罪问题办公室提出了建议。本文件的一个附件（“附件二”）⁶对用来收集和评估证据的方法进行了详细、完整的说明。下面几段对该方法提供一个简短概述，对本文件中包含的信息提供了一个框架。

构成本文件基础的证据是专家组提供的。专家们提供了较为充分研究的领域，以及在特定主题或地区方面研究比较有限的领域的关键著作。我们接受所有语言的出版物，不管是来自学术期刊还是组织的报告。在该过程中参考的所有584项研究名单附在本文件后面作为“附件一”。

我们对收到的所有研究成果进行了筛选，找出在预防药物滥用方面报告了干预或政策的效力或有效性的研究（共225项研究）。对于针对幼儿的干预，还包括了报告重要风险和保护性因素的论文（31项研究）。这是因为并非所有针对该年龄组的干预有机会在参与者以后的成长阶段继续跟踪，判断干预对他们以后的药物滥用是否有效果。探讨与药物滥用有关联的流行、发生率、脆弱性和复原性的流行病学研究未包含在下面描述的过程中，但是连同探讨关于药物滥用预防的重要事项的研究（268项研究）包含在参考文献中。

经过筛选之后，按照这些研究使用的方法对其进行分类：系统回顾（137项），随机控制试验（60项），以及其他原始研究，例如非随机控制试验、纵向研究等

⁵在本文件中，为了用语简洁，我们把毒品预防工作称为“干预”或“政策”。“干预”指的是一组活动。除了在一个特定环境中开展的普通活动外，它还可以指在该环境中开展的一个项目（例如，在学校开展的毒品预防教育活动）。然而，同样的活动还可以作为学校的正常功能开展（例如毒品预防活动作为正常的保健养生课程的一部分）。通常情况下，关于许多干预的证据来自对特定“项目”的评估，每次干预会有许多“项目”。例如，有许多项目（如“Strengthening Families Program”、“Triple-P”、“Incredible Years”等）的目标是通过改善抚养技巧预防吸毒。这些是提供相同干预的不同项目。“政策”指在一个环境或普通人群中采取的监管手段。相关例子包括在学校或工作场所关于药物使用的政策，或关于烟草或酒精广告的限制。最后，出于概括的需要，有时该标准使用“策略”来同时指代干预和政策（也就是说，“策略”可以是“干预”也可以是“政策”）。

⁶所有附件均可在UNODC网站查看：<http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>.

(60项)。再次进行筛选，将待分析的研究数量减少到一个更容易操作的水平。保留了所有的系统回顾，但是对于原始研究（随机控制试验、非随机控制试验、纵向研究和其他原始研究），只有它们对系统回顾中提供的特定干预或政策提供了额外证据，特别是关于毒品使用和有代表性的地区的证据，才会保留。经过此次筛选，产生了16项随机控制试验和8项其他原始研究。

接下来，对系统回顾和筛选出的原始研究的质量进行评估。使用的评估手段基于那些被视为构成医学、社会学和行为科学最佳实践的手段。这些研究被评定为“优秀”、“可接受”和“不可接受”三等。只对“优秀”或“可接受”的研究（70项系统回顾，10项随机控制试验和1项其他原始研究）进行了分析。另外，《国际标准》只介绍了“优秀”或“可接受”的研究支持的干预和政策。

不过，需要指出的是研究的特性与干预或政策的实际可能影响并不尽相同。存在这样的情况，即“优秀”的系统回顾得出结论指出它们可获得的研究极少，或者结果有好有坏。这体现在“该干预也许或可能预防药物滥用”之类的文字表述中。

文件

在引言部分后面，本文件由三个主要部分组成。第一部分描述了在毒品使用和药物滥用方面经证明能产生良好效果的干预和政策。干预和政策按照目标群体的年龄分组，反映了个体生命中的主要成长阶段：胎儿时期、婴儿时期和幼儿时期；童年时期；少年时期；青年时期和成年时期⁷。

一些干预和政策可以针对不止一个年龄组（或与之相关）。对于这种情况，本文将不予赘述。这部门内容会在关联最密切的年龄组部分描述，而在其他同样存在关联证据的成长阶段只略为提及。

对每个策略的说明将尽最大可能地包括下列详情：

- 简介；
- 可用证据；以及
- 看起来与积极预防效果、消极效果或无效果有关的特征。

简介

这一小节简要描述了干预或政策，主要活动和理论基础。另外，还指出了该策略是否适合所有人群（通用预防），或者高危人群（选择性预防），或者高危个体（指定预防，还包括可能已经开始尝试，因而正处于演化为障碍的危险的个体）。

⁷每个儿童都是独一无二的，成长过程中都要受到一系列社会、经济和文化因素的影响。这也是为什么不同年龄组并未明确具体年龄的原因。不过可以考虑下列一般指南：“婴儿时期”和“幼儿时期”指学龄前儿童，主要是0-5岁的儿童；“童年时期”指小学年龄的儿童，大约6-10岁；“少年时期”指中学或初中年龄的孩子，11-14岁；“青年时期”指高中年龄的孩子，15-18/19岁；“成年时期”指20岁以后年龄的人。尽管出于权宜之计在《标准》中未使用“年轻人”（大学年龄，20-25岁），有时也会提到该年龄组，因为有很多科学文献都提到了。

可用证据

这部分文字描述了可得到的证据和报告的研究成果，按药物划分。在适用的情况下，还包含了原始研究中提供的效果大小。还指出了证据的地域来源，向决策者指出在不同的地域环境中，某个策略是否已证明有效。最后，涉及成本效益的描述，也放在了这些段落里。这部分的唯一依据是“附件二”描述的证据评估和评定为“可接受”或“优秀”的研究。“附件二”的“附录5”是关于研究的特点和结论的汇总表。

与积极预防效果、消极效果或无效果相关的特征

本文件还提供了专家组发现的与积极效果（在适用的情况下，还包括无效果或消极效果）相关的特征。这些表示不应当被视为暗示一种因果关系。前面曾指出，缺乏足够的证据进行这种分析。更确切地说，目的在于根据专家组的集体研究和实践经验，指出一个成功可能性较大的方向。

该部分后面的“表1”总结了经证明在预防药物滥用方面能产生积极效果的干预和政策，并按照目标人群的年龄、环境、风险等级以及功效划分。指出的功效将根据上述方法评估的证据的优势和“第二章”描述的可达到的结果结合了起来。应该强调的是，这纯粹是指示性的，无论如何不应视为暗示一种规范性的建议。

第二章简要描述了特别需要进一步研究的预防问题。这包括未发现质量可接受的证据的干预和政策，也包括新出现的药物滥用问题，以及特别易受伤害的人群。在适用的地方，简要探讨了潜在策略。

第三章也就是最后一章描述了一个以基于证据的干预和政策为基础，旨在确保儿童和青少年健康和成长的有效全国预防体系的可能组成部分。这是另一个亟需做进一步研究的领域，因为研究传统上更专注于单一干预和政策的有效性。因此，本章的起草得益于专家组的专长和共识。

表1：在预防药物滥用问题上产生积极效果的干预和政策汇总

	胎儿与婴儿时期	幼儿时期	童年时期	少年时期	青年时期	成年时期
家庭	选择性 胎儿和婴儿探视 ★★					
	选择性 针对存在药物滥用 障碍的孕妇的干预 ★					
			通用、选择性 育儿技能 ★★★★★			
学校		选择性 幼儿教育 ★★★★				
			通用 个人与社 交技能 ★★★			
			通用 课堂管理 ★★★			
			选择性 确保儿童 入学的政 策 ★★			
				通用、选择性		

	胎儿与婴儿时期	幼儿时期	童年时期	少年时期	青年时期	成年时期
				基于个人和社交技能以及社会影响的预防教育 ★★★		
				通用 学校政策和文化 ★★		
			指名 解决个体的弱点 ★★			
社区				通用 酒精和烟草政策 ★★★★★		
	通用、选择性 以社区为基础由多个部分组成的计划 ★★★					
				通用、选择性 媒体宣传 ★		
				选择性 指导 ★		
				通用 娱乐场所 ★★		
工作场所				通用、选择性、指定 工作场所预防 ★★★		
卫生行业				指明		

胎儿与婴儿时期	幼儿时期	童年时期	少年时期	青年时期	成年时期
			短暂干预 ★★★★★		

注：策略带功效（★有限/★★适当/★★★好/★★★★很好/★★★★★出色）表示。有关这种表示所暗示信息的描述见前页。“通用”指适用于所有人群的策略；“选择性”指适用于高危人群的策略；“指明”指适用于高危个体的策略。

二、毒品预防干预与政策

1. 婴儿与幼儿时期

儿童入学之前的最早互动发生在家里。他们在与存在下述问题的父母或看护人互动时可能遇到危险：无法养育；在一个混乱的家庭环境中缺乏有效的育儿技巧；滥用药物；或存在心理障碍。有足够的证据表明，妇女在孕期摄入酒精、尼古丁和毒品会对胎儿的发育产生不良影响。这种缺陷会阻碍孩子的充分发育，使儿童容易在以后养成不良行为。2-3岁时，孩子开始出现破坏性行为、乱发脾气、不听话。如果不能得到合理解决，这些人格特征会成为以后生活中的问题。幼儿时期的关键发展目标是对看护人的安全依附、与年龄相符的语言技能以及其他高级认知功能（如自我约束和亲社会的态度和技能）。一个有力的家庭和社区最有助于获得这些技能。

针对药物滥用障碍的孕妇的干预

简介

孕期和哺乳期是可能造成妇女接受药物依赖治疗的重要转变时期，有时伴随着较大的压力。针对药物依赖，为患者定制的基于证据的综合治疗可以在早期育儿训练期间进行。由于孕期的药物滥用对母亲和胎儿都十分危险，孕妇的治疗应放在优先位置，必须在科学证据的基础上遵循严格的临床指引。

可用证据

两项评定为“优秀”的回顾报告了有关这种干预⁸的研究结果。这些研究指出，对孕妇采取基于证据的综合治疗对胎儿发育、情绪和行为表现以及抚养技能都有积极的影响。这些结果的持续时间范围和证据来源不详。

此外，一项评定为“优秀”的回顾⁹报告了有关对酗酒和吸毒妇女进行孕期和哺乳期探视有助于增进母亲和婴儿健康的研究结果，但尚未发现充分的数据。

与积极预防效果、消极效果或无效果相关的特征

可用证据表明，下列特征与积极预防效果相关：

- ✓ 对患有药物障碍（包括心理障碍）的孕妇提供综合治疗服务；
- ✓ 包括基于依附的抚养干预。

孕期与哺乳期探视

⁸Niccols, 2012a and Niccols 2012b.

⁹Turnbull, 2012.

简介

在这些项目中，经过训练的护士或社会工作者探视孕妇和产妇，为她们提供育儿技巧，并帮助她们解决一系列问题（医疗、住房、就业、法律问题等）。这些项目通常情况下只针对特定的高危人群而非所有妇女。

可用证据

一项被评定为“可接受”的随机控制试验报告了有关这种干预的研究结果。根据该项研究，这些项目可预防日后的药物滥用，在社会保障和医疗费用方面也具有成本效益¹⁰。该证据来源于美国。

与积极预防效果、消极效果或无效果相关的特征

可用证据表明，下列特征与积极预防效果相关：

- ✓ 由经过训练的医学工作者提供；
- ✓ 在婴儿两岁前定期探视，起初每两周一次，然后每月一次，逐步减少探视次数；
- ✓ 提供基本的育儿技巧；
- ✓ 帮助母亲解决一系列社会经济问题（医疗、住房、就业、法律问题等）。

幼儿教育

简介

早期教育支持贫困社区的学龄前儿童（2-5岁）的社交和认知发展，因此属于选择性干预。

可用证据

两个评定为“优秀”的回顾报告了有关这种干预¹¹的研究研究结果。根据这些研究，向生活在贫困社区的儿童提供早期教育，能减少18岁时吸食大麻的几率，还能减少吸食其他非法毒品和烟草的几率。另外，早期教育还能预防其他危险行为，有利于心理卫生、社会融入和学业成功。所有证据均来自美国。

与积极预防效果、消极效果或无效果相关的特征

可用证据表明，下列特征与积极预防效果相关：

¹⁰Kitzman 2010 和 Olds 2010 关于同一个试验的报告。

¹¹D'Onise, 2010 and Jones 2006.

- ✓ 提高儿童的认知、社交和语言技能；
- ✓ 每日训练；
- ✓ 由受过培训的教师提供；
- ✓ 帮助儿童的家庭解决其他社会经济问题。

2.童年时期

在童年时期，儿童更多的时间不在家里，通常是在学校与同龄人一起。虽然家庭仍是关键的社会化动因，但托儿所、学校和同龄群体开始扮演重要角色。在这方面，社区规范、校园文化和教育质量对安全和健康的情感、认知和社会发展变得愈发重要。在童年时期，社交技能和亲社会态度日益重要，成为关键的保护性因素，还对学龄儿童与学校和同龄人打交道和联系的水平造成影响。

在童年时期，主要的发展目标包括该年龄段特定的语言和算术技能、冲动控制和自我控制的继续发展。以目标为导向的行为以及做决定和解决问题的技能开始发展。这个时期开始的心理障碍（例如焦虑症、冲动控制障碍和行为障碍）也可能阻碍对学校的健康归属感、与同龄人的集体行动、适应性学习和自我约束的发展。来自关系异常家庭的儿童通常开始与行为反常的同龄人交往，因而做出负面生活选择（包括药物滥用和非法活动）的风险增加。

请注意。用于解决少年时期个体心理缺陷的相同证据也适用于童年的同样干预，但未在本部分论述。

育儿技能项目

简介

育儿技能项目以非常简单的方法帮助父母成为更好的父母。这种温暖的育儿风格已证明是预防药物滥用和其他危险行为的最强大的保护性因素之一，其中父母制定可接受的规则，密切监控孩子的空闲时间和交友模式，帮助孩子获得做出明智决定的技能，父母是孩子的榜样。这些项目还可提供给少年的父母。由于回顾大体上涵盖所有年龄，而原则大体类似，该干预只在这里论述。这些干预可以是通用的，也可以是选择性的。

可用证据

九项被评定为“优秀”的回顾和4项“可接受”的回顾报告了与这种干预有关的研究结果¹²。根据这些研究，基于家庭的通用项目防止青少年饮酒，效果很小，

¹²Barlow, 2005; Bühler, 2008; Foxcroft, 2011; Furlong, 2012; Gates, 2006; Jones,

但通常能持续到中长期。还有可靠的证据表明，这些项目还能防止在12个月或更长时间以后自己报告的吸毒行为。

专注于家庭的工作对容易受影响的青少年和长期减少药物滥用中显示多个风险因素的青少年来说可能是最有效的。最后，专注于父母和家庭的干预还能产生家庭作用（包括育儿技能和儿童行为）的长期改善，还能改善3岁以下儿童的行为以及情绪和行为调适。另外，还有成本效益方面的证据。

育儿技能项目已经在非洲、亚洲、中东和拉丁美洲实施，其中少数用来预防情绪和行为结果并/或有一成套的方法。

与积极预防效果、消极效果或无效果相关的特征

可用证据表明，下列特征与积极预防效果相关：

- ✓ 强化家庭成员联系，例如亲子之间的依恋；
- ✓ 帮助家长在子女的生活中发挥更积极的作用，例如，指导他们的活动和交友，参与他们的学习和教育；
- ✓ 帮助家长提供积极的、有利于子女成长的管束；
- ✓ 帮助家长成为子女的楷模。

另外，下列特征也似乎与积极预防效果相关：

- ✓ 采取一种组织方式，让家长能够轻松、快乐地参与（例如，业余时间、用餐、儿童护理、交通、完成活动的小奖励等）；
- ✓ 通常包括一系列活动（通常大约10场活动，对于生活在边缘或贫困社区的家长，或在父母的一方或双方患药物依赖的治疗项目中，活动要多一些）；
- ✓ 通常包括父母、子女和全家活动；
- ✓ 由受过训练的人提供，很多情况下没有其他正式限制。

与消极预防效果或无效果有关的特征

- ✗ 损害家长的权威；
- ✗ 只采取讲座的形式；
- ✗ 向家长提供毒品信息，以便他们能够跟子女谈论；
- ✗ 只关注孩子；

✘ 由未经充分训练的人员提供。

更多信息，可查看现有的指南和工具

- [UNODC \(2010\), Compilation of Evidence-Based Family Skills Training Programmes, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna, Austria.](#)
- [UNODC \(2009\), Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse prevention, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna, Austria.](#)
- [CCSA \(2011\), Strengthening Our Skills: Canadian guidelines for youth substance abuse prevention family skills programs, Canadian Centre on Substance Abuse, Ottawa, ON, Canada.](#)

个人与社交技能教育

简介

在这些项目中，受过培训的老师与儿童参与互动活动，为他们提供学习和练习一系列个人和社交技能的机会。这些项目通常通过一系列组织活动向所有孩子提供（也就是说，这是一种通用的干预）。该项目提供在日常生活中安全、健康应对复杂情况的技巧的学习机会，帮助发展一般的社交能力，包括心理和情绪健康，还解决社会规范和态度问题。这些项目通常不包括关于特定药物的内容，因为在很多社区这个年龄的儿童还没开始使用。并非在所有地方都是这样，针对暴露在药物（例如吸入剂）影响下的这个年龄组儿童的项目，可能需要参考“少年期”的“基于个人和社交技能以及社会影响的预防教育”中的药物特定指南。

可用证据

五项被评定为“优秀”的回顾和8项被评定为“可接受”的回顾报告了有关这种干预的研究结果¹³。根据这些研究，支持在课堂环境中发展个人和社交技能能够预防日后的吸毒和酗酒。该项目还影响与药物滥用相关的风险因素，例如，对学业的专注、学习成绩、自尊心和心理健康、抵御诱惑的能力和其他社交技能。另外，注重提高10岁或10岁以下儿童的自我控制能力的项目，能够减少一般的问题行为。除了澳大利亚、加拿大、欧洲和美国，报告的上述证据来源还包括非洲、拉丁美洲和印度。

与积极预防效果、消极效果或无效果相关的特征

可用证据表明，下列特征与积极预防效果相关：

¹³Bühler, 2008; Faggiano, 2005; Foxcroft, 2011; Jones, 2006; McGrath, 2006; Müller-Riemenschneider, 2008; Pan, 2009; Roe, 2005; Schröer-Günther, 2011; Skara, 2003; Soole, 2008; Spoth, 2008; Thomas, 2006.

- ✓ 提高一系列个人和社交技能；
- ✓ 通过一系列结构化的活动提供，通过提供多年的技能提升活动；
- ✓ 通过受过训练的教师或辅导员提供；
- ✓ 这些活动主要是互动式的。

与消极预防效果或无效果有关的特征

可用证据表明，下列的特征与无预防效果或消极效果相关：

- ✗ 使用非互动性的方法（例如讲座）作为主要方式；
- ✗ 提供特定药物的信息，包括引起恐惧的信息。

此外，无预防效果或产生消极效果的项目似乎与下列特点有关联：

- ✗ 只关注建立自尊心和情感教育。

更多信息，可查看现有的指南和工具

- [UNODC Guidelines on School Based Education on Drug Abuse Prevention](#)
- [CICAD Hemispheric Guidelines on School Based Prevention](#)
- [Canadian Standards for School-based Youth Substance Abuse Prevention](#)

课堂环境改善项目

简介

这些项目旨在加强教师的课堂管理能力，帮助儿童作为学生开展交际活动，同时减少早期的攻击性和破坏性行为。通常帮助教师在日常教学中对全体学生实施一些非教学的课堂程序，以便培养学生的亲社会行为，预防和减少不恰当的行为。这些项目能够促进学业和社会情感学习。由于是针对整个班级的，因而是通用的。

可用证据

一个被评定为“优秀”的回顾了报告了有关这种干预的研究结果¹⁴。根据该项研究，教师的课堂管理能够显著减少课堂中的问题行为，包括破坏性和攻击性行为（课堂效果程度为.8），改善儿童的亲社会行为和学习成绩。这些结果的持续时间范围不详。报告的上述证据均来自美国和欧洲。

与积极预防效果、消极效果或无效果相关的特征

¹⁴Oliver, 2011.

可用证据表明，下列特征与积极预防效果相关：

- ✓ 通常在低年级提供；
- ✓ 包括应对不恰当行为的策略；
- ✓ 包括认可合适的行为的策略；
- ✓ 包括对期望的反馈；
- ✓ 学生积极的参与。

保证儿童入学的政策

简介

入学、对学校的归属感以及获得适合年龄的语言和算术技能是这个年龄组的儿童的重要保护性因素。在中低收入国家已经试验了多种政策来促进儿童的入学和提高他们的学习成绩。

可用证据

两个被评定为“优秀”的回顾¹⁵报告了有关下列政策的研究结果：建立新学校、在学校提供营养品、向家庭提供不同性质的经济奖励。根据这些研究，这些政策提高了儿童的入学率，改善了他们的语言和算术技能。简单地直接给家庭发现金似乎并不能产生明显效果，而有条件地汇款则更有效。所有这些证据来自中低收入国家。这些结果的持续时间范围不详。

3.少年时期

在青春期这个成长阶段，青少年通过跟童年时期不曾经历的更多人和组织的联系接触到新的思想和行为。这是一个“尝试”成人角色和责任的时期。在这个时期，青少年大脑的“可塑性”和延展性表明，就像在婴儿时期一样，这个成长阶段是一个能够通过干预强化或改变早期体验的时期。

在青少年大脑发生显著变化的时期，对扮演成人角色和要求更大独立的欲望也会做出未经充分考虑的决定并参与具有潜在危害性的行为（例如危险性行为、抽烟、酗酒、危险驾驶行为和吸毒）。

尽管家长的影响仍然很大，但同龄人的药物滥用和异常行为以及不被同龄人接纳都是健康行为的重要影响因素。与药物相关的健康态度和安全的社会规范信念也是预防吸毒的重要保护性因素。良好的社交技能和有弹性的心理和情绪健康仍是青春期的一个关键保护性因素。

¹⁵Lucas, 2008; Petrosino, 2012.

请注意。适用于童年时期的育儿技巧干预的相同证据也适用于少年时期的相同干预和政策，在本节不再赘述。与之类似，与青年时期相关的许多干预和政策也能预防少年时期的药物滥用，不过为简洁起见，只在下一节论述。这适用于：酒精和烟草政策、媒体宣传、短暂的干预和基于社区由多个部分组成的计划。

基于个人和社交技能及社会影响的预防教育

简介

在基于技能的干预项目中，受过训练的教师与学生进行互动活动，为他们提供学习和练习一系列个人和社交技能的机会。这些项目专注于培养抵制药物滥用和同龄人负面影响的能力，让青少年能够抵抗药物滥用的社会压力，在总体上以健康的方式应对具有挑战性的生活状况。

此外，还提供机会以适合该年龄段的方式，探讨与药物滥用相关的不同社会规范、态度以及正面和负面预期，包括药物滥用的后果。其目标还包括改变关于药物滥用的规范信念，解决同龄人之间典型的药物滥用流行和社会心理承受力问题。基于技能增强和社会影响的预防项目也可能与青少年相关。

可用证据

13个被评定为“优秀”的回顾，13个被评定为“可接受”的回顾和1个被评定为“可接受”的随机控制试验报告了有关这种干预的研究结果¹⁶。根据这些研究，某些以学校为基础的互动项目还能在长期预防药物滥用（报告对吸食大麻有很大效果（RR .82））。这些互动项目旨在培养个人和社交技能，探讨与吸毒有关的社会影响（社会规范、期望和规范信念）。它们通常能对所有药物的滥用，以及辍学和旷课等问题行为的预防产生积极效果。

在这种情况下，有一些证据表明针对少年的项目在预防药物滥用方面可能比针对年龄更小或更大的儿童的项目产生更好的效果。

大多证据是关于通用项目的，但是也有证据显示基于教育的通用技能也可能对高危群体起到预防作用。这些项目通常是由受过训练的辅导员（主要是教师）提供的。不过，通过计算机或互联网提供的项目也可减少药物滥用。

大多证据来自美国、欧洲和澳大利亚。基于技能的预防项目有一些关于可移植性的证据，但是由于来自亚非拉中低收入国家的证据好坏参半，在改编和实施的阶

¹⁶Bühler, 2008; Champion, 2012; Dobbins, 2008; Faggiano, 2005; Faggiano, 2008; Fletcher, 2008; Foxcroft, 2011; Gates, 2006; Jackson, 2012; Jones, 2006; Lemstra, 2010; McGrath, 2006; Moreira, 2009; Müller-Riemenschneider, 2008; Pan, 2009; Porath-Waller, 2010; Ranney, 2006; Reavley, 2010; Roe, 2005; Schröer-Günther, 2011; Skara, 2003; Soole, 2008; Spoth, 2008; Thomas, 2006; Thomas, 2008; West, 2004; Wiehe, 2005.

段需要十分小心。

与积极预防效果、消极效果或无效果相关的特征

可用证据表明，下列特征与积极预防效果相关：

- ✓ 使用互动方式；
- ✓ 通过每周一次的一系列结构化活动（通常为10-15场）提供，通常提供多年的技能提升活动；
- ✓ 由经过训练的辅导员提供（也包括经过训练的同龄人）；
- ✓ 提供练习和学习广泛的个人和社交技能的机会，包括应对方式、做决定和抵制诱惑的技巧，特别是与预防药物滥用有关的技能；
- ✓ 对与药物滥用有关的危险的影响认知，强调直接后果；
- ✓ 消除对于与药物滥用相关的规范性质与期望的误解。

与消极预防效果或无效果有关的特征

可用证据表明，下列特征与消极预防效果相关：

- ✗ 使用非互动性方式（例如讲座）作为主要的策略；
- ✗ 只提供信息，特别是引起恐惧的信息。

另外，无预防效果或产生消极效果的项目似乎与下列特点有关：

- ✗ 基于无组织的对话活动；
- ✗ 只注重增强自尊心和情感教育；
- ✗ 只解决做出伦理道德决定或价值观；
- ✗ 使用曾经的吸毒者作为例子；
- ✗ 由警察实施项目。

更多信息，可查看现有的指南和工具

- [UNODC Guidelines on School Based Education on Drug Abuse Prevention](#)
- [CICAD Hemispheric Guidelines on School Based Prevention](#)
- [Canadian Standards for School-based Youth Substance Abuse Prevention](#)

学校政策与文化

简介

针对药物滥用的学校政策要求学生和教职员工不得在校园或学校集会或活动期间滥用药物。政策还为解决滥用药物事件形成了透明、非惩罚性机制，将该类事件转化为教育和保健机会。另外，学校政策和做法还能增强学生对学校事务的积极参与，强化学校归属感。这些干预和政策是通用的，但也可能包括选择性的策略，例如暂停支持和转诊。通常与其他预防干预一起实施，例如基于技能的教育或支持育儿技能和家长参与。

可用证据

三项被评定为“优秀”的回顾和一项被评定为“可接受”的回顾报告了有关这些政策¹⁷的研究研究结果。根据这些研究，学校的药物滥用政策可预防抽烟。另外，通过改变学校的环境，提高学生对学业的重视、学生参与和积极的社会关系，同时阻止负面行为，可减少吸毒和其他危险行为。在大学里，针对青年和成年学生的学校政策和文化能减少酗酒，特别是包括短暂的干预（在减少酗酒量的效果大小为中等（SMD .38））时。这些结果的持续时间范围不详。

已知的学校政策包括随机毒品测试。一个被评定为“可接受”的随机控制试验报告了关于这方面的研究结果，报告显示吸毒和酗酒数量没有明显减少¹⁸。

尽管大多证据来自美国、欧洲和澳大利亚，也有部分证据来自亚非拉国家。

与积极预防效果有关的特征

- ✓ 支持正常的学校运转，而非破坏；
- ✓ 支持积极的学校风气、对学业的重视和学生参与；
- ✓ 所有利益相关者（学生、教师、职工、家长）参与制订政策；
- ✓ 政策明确规定针对的药物，以及适用的地点（校园）和/或场合（学校活动）；
- ✓ 适用于学校里的所有人（学生、教师、职工、访客等）；
- ✓ 减少或消除烟草、酒精或毒品的获取途径；
- ✓ 对于违反政策的行为，采取提供咨询、治疗或其他保健和社会心理服务等正面处置手段而非处罚；
- ✓ 持续和迅速执行，包括对遵守政策的正面强化。

与消极预防效果或无效果有关的特征

¹⁷Fletcher, 2008; Moreira, 2009; Reavley, 2010; Thomas, 2008.

¹⁸Goldberg, 2007.

可用证据表明，下列特征与无预防效果或消极效果相关：

- ✗ 包括随机药物测试。

解决个体心理缺陷

简介

一些个性特征，例如寻找刺激、冲动、易焦虑或绝望，都与药物滥用风险增加有关。这些预防项目帮助高危青少年积极应对其个性产生的情绪，而非使用包括酗酒在内的消极应对策略。

可用证据

四项被评定为“可接受”的随机控制试验报告了有关这种少年时期和青年时期干预的研究结果¹⁹。根据这些研究，解决个体心理缺陷的项目能降低未来两年的饮酒率（与管制学校的高危学生相比，能降低29%）和酗酒率（降低43%）。

一项被评定为“优秀”的回顾报告了有关这种童年时期干预的研究结果²⁰。根据该研究，这类干预能够对影响日后药物滥用的个体调节因素（例如自我控制）产生影响。

与积极预防效果、消极效果或无效果相关的特征

可用证据表明，下列特征与积极预防效果相关：

- ✓ 由经过训练的专业人士提供（例如，心理学家、教师等）；
- ✓ 参与者确定在经过验证的手段的基础上处理特定的个性特征；
- ✓ 向参与者提供如何积极应对其个性带来的情绪的技巧；
- ✓ 一系列短期的活动（2-5）。

指导

简介

研究发现，儿童或青少年与非亲属关系的成年人（例如教师、教练和社区领袖）之间和互动中的“自然”指导与药物滥用和暴力的减少有关联。这些项目将青少年，特别是来自边缘化环境的青少年（选择性干预），与致力于安排活动和利用其业余时间定期陪伴青少年的成年人相配对。

¹⁹Conrod, 2008; Conrod, 2010; Conrod, 2011; Conrod 2013 and O'Leary-Barrett, 2010 报告同一场试验。

²⁰Piquero, 2010.

可用证据

两项被评定为“优秀”的回顾和一项被评定为“可接受”的回顾报告了有关这种干预的研究结果²¹。根据这些研究，指导能够预防干预后一年时间内高危情少女的饮酒和吸毒行为。所有的证据来自美国。

与积极预防效果、消极效果或无效果相关的特征

- ✓ 向指导者提供足够的培训和支持；
- ✓ 基于一种非常结构化的活动项目。

4. 青年期和成年期

随着青少年的成长，家庭和学校范围之外（如工作场所、卫生部门、娱乐场所以及社区等）的干预措施变得更加重要。

请注意：适用于对少年进行的学校干预措施和政策（如班级课程、解决个人缺陷、滥用药物方面的校规）以及教导的证据，同样适用于青年，在这部分不再讨论。

简单干预

简介

简单干预包括一对一的辅导座谈，可以包括后续座谈或可带回家的其他信息。可以由各种各样经过培训的医务人员和社会工作者对相关人员进行辅导，这些人可能因为滥用药物而存在危险，但又不一定要就医。座谈会首先确定他们是否有药物滥用的问题，并立即提供适当的基础辅导和/或转介治疗。座谈以结构化形式开展，一般持续5-15分钟。

一般是在初级卫生保健系统或急诊室中进行简单干预，但有时候在学校项目或工作场所项目中进行简单干预，以及通过网络或电脑进行干预，也能产生积极的效果。

简单干预座谈还可以采用动机性访谈的方式，这是一种心理社会干预，其中会讨论患者的药物滥用问题，并支持患者对自己的药物滥用问题做决定、设定目标。这种情况下，简单干预一般要进行4次座谈，每次1个小时。

可用证据

²¹Bühler, 2008; Thomas, 2011; Tolan, 2008.

10篇优秀的回顾、13篇可以接受的回顾以及1篇可以接受的随机控制实验报告了有关这一干预措施的研究结果²²。根据这些研究，简单干预和动机性访谈从长期来看也能显著减少药物滥用。这些证据非常有力，进行干预之后即刻对饮酒和吸毒的遏制效果非常强（标准均数差= 0.79），干预一年后效果也维持了很长一段时间（标准均数差= 0.15）。

简单干预和动机性访谈对青少年和成年人都有益处，但从对饮酒的长期影响来看，并没有证据表明对男士的效果比对女士效果更好。甚至一次简单干预座谈和动机性访谈也可以产生显著而持久的效果。而更长时间的咨询似乎并没有更大的效果。简单干预成本效益高，并可转换。世界卫生组织（WHO）提出的简单干预包——饮酒、吸烟和物质参与筛检试验（ASSIST），除了来自美国、欧洲和澳大利亚/新西兰的证据以及在非洲的试验，在拉美和亚洲也进行了试验。

与积极预防效果有关的特征

- ✓ 一对一座谈确定对方是否有药物滥用的问题，并立即提供基础辅导和/或转诊介治疗。
- ✓ 由经过训练的专业人士进行。

更多信息，可参见现有的指南和工具

- [针对初级卫生保健专业人员及其患者进行的饮酒、吸烟和物质参与筛检试验（ASSIST）。](#)

工作场所预防项目

简介

药物滥用者绝大多数是工作的成年人。滥用药物让员工面临健康风险，与同事、朋友和家人的关系恶劣，更确切地说是在工作场所面临安全风险。青年人尤其危险，因为紧张的工作状态显著提高了吸毒青年毒品依赖的风险。员工滥用药物还导致员工缺勤率升高，生产力下降，更容易发生事故，并且医疗费用升高，员工轮换率增加，从而也给雇主带来了不小的成本。此外，根据适用法律法规，雇主有责任营造并维持一个安全、健康的工作环境²³。针对工作场所的毒品预防项目一般都含有多方面内容，包括预防原理和预防政策，以及辅导和转介治疗。

可用证据

²² Ballesteros, 2004; Beich, 2003; Bertholet, 2005; Carney, 2012; Christakis, 2003; Dunn, 2001; Emmen, 2004; Fager, 2004; Gates, 2006; Humeniuk, 2012; Jensen, 2011; Jones, 2006; Kahan, 1995; Kaner, 2007; Khadjesari, 2010; McQueen, 2011; Nilsen, 2008; Riper, 2009; Smedslund, 2011; Tait, 2003; Vasilaki, 2006; Wachtel, 2010; White, 2010; Wilk, 1997.

²³ 国际劳工组织（1996）。工作场所酒精和毒品相关问题的管理。一项国际劳工组织业务守则，日内瓦，国际劳工组织。

1篇优秀回顾和1篇可以接受的回顾报告了有关这一干预措施的研究结果。根据这些研究，针对工作场所的毒品预防项目能够阻止人们吸烟喝酒。该效果能够持续多久尚不明确。尽管也在拉美、亚洲和非洲实施了这一干预措施，但只有来自于美国、澳大利亚和欧洲的证据。

与积极预防效果有关的特征

- ✓ 所有利益相关者都参与进来（雇主、管理者、员工）；
- ✓ 确保为员工保密；
- ✓ 包括并且基于所有利益相关者共同提出的工作场所滥用药物非惩罚性政策；
- ✓ 提供简单干预（包括网络干预）以及咨询、转介治疗，并对有需要的员工提供服务，帮助其重返社会。
- ✓ 包括明确的沟通内容；
- ✓ 纳入其他卫生或健康相关项目（如预防心血管疾病的项目）；
- ✓ 含有压力管理课程；
- ✓ 对管理者、员工和医务人员培训，以充分发挥各自在项目中的作用；
- ✓ 整个项目中包括酒精和药物测试，测试具备上述点句中描述的特征。

更多信息，可参见现有的指南和工具

- [国际劳工组织（2012），SOLVE培训包：将健康促进纳入工作场所职业安全健康（OSH）政策，工作安全与健康及工作环境项目（SAFEWORK），国际劳工组织，瑞士日内瓦](#)
- 联合国毒品和犯罪问题办公室与国际劳工组织（ILO）合作，工作场所预防项目指南
- 美洲防止毒品滥用管制委员会（CICAD）（2009），CICAD工作场所预防指南

烟酒政策

简介

吸烟喝酒导致的烟酒依赖和相关疾病，比吸毒导致的疾病要普遍得多，加重了全球疾病的负担。这些患者从少年时期就开始吸烟喝酒，那时他们的大脑仍在发育中，从而日后发展成药物滥用障碍和成瘾的可能性显著增加。此外，吸毒的青年人也常常过度饮酒和/或滥用其他药物。因此说，预防和减少青年人吸烟喝酒（包括有害的吸烟喝酒方式）的工作与整体毒品预防政策密切相关，并且对所有的公

共卫生政策都非常重要。

可用证据

6篇优秀回顾和6篇可以接受的回顾报告了有关酒政策的研究结果²⁴，5篇优秀回顾和4篇可以接受的回顾报告了有关烟草政策的研究结果²⁵。根据这些研究，提高烟酒价格会减少一般人的烟酒消费。酒政策似乎对适度饮酒者和严重酗酒者都有影响，价格提高10%，相应的酒精消费会下降7.7%。而烟草价格提高10%，吸烟人数会减少3.7%。研究发现，提高烟酒价格会减少严重酗酒的青年大学生人数，并会减少青少年和大学学生的烟草消费。提高烟草价格似乎对低收入人群也有影响。最后，提高酒精价格也减少了暴力事件的发生。

提高法定饮酒年龄减少了酒精消费，而对于烟草来说，关于这一措施的效果正负面证据都有。整体干预使售酒商贩严格守法，可能会对青年人吸烟产生影响，尤其是对女孩以及那些已经过了吸烟初级阶段的人产生影响（其他人通常是通过朋友获得烟草）。这些影响能持续多久尚不明确。

至于加大酒店在酒精消费方面的责任，该措施的结果并不确定。

增加酒类广告的曝光度，会提高青少年开始饮酒的概率，并且能提高现有饮酒者的消费量。同样，烟草广告和推销也能使更多人开始吸烟。长期禁止烟草产品广告会阻止人们烟草方面的消费。

尽管以上描述的大多数证据都来自于美国/加拿大、欧洲、澳大利亚，但还有一些烟草政策的证据也来自于东亚和南非。

与积极预防效果有关的特征

- ✓ 通过烟酒税提高烟酒价格。在酒类政策方面，效果可能没有像那些其绝大多数酒品生产和消费没有记录的国家那么有效。
- ✓ 提高购买烟酒产品的法定年龄。
- ✓ 通过主动、持续执法等整体项目，以及通过一系列政策（私下接触、媒体和信息资料）对零售商进行教育，禁止商贩销售烟酒给法定年龄以下的青年人。
- ✓ 禁止烟草广告，限制针对青年人的酒类广告。

基于社区的多方面措施

简介

²⁴ Anderson, 2009; Bühler, 2008; Campbell, 2009; Elder, 2010; Hahn, 2010; Hahn, 2012; Middleton, 2010; Popova, 2009; Rammohan, 2011; Smith, 2009; Spoth, 2008, Wagenaar & Toomey, 2002.

²⁵ Bühler, 2008; Callinan, 2010; Hopkins, 2001; Lovato, 2011; NCI, 2008; Ranney, 2006; Richardson, 2009; Stead, 2005; Thomas, 2008.

在社区层面，动员人们成立合作伙伴、工作小组、联盟、行动小组等，将社区里的不同人员聚集在一起，共同解决药物滥用问题。有些社区的合作伙伴是自发的。然而，社区合作伙伴大规模的存在一般是特殊项目的结果，这些项目对社区提供财务和技术支持，来长期执行并维持基于证据的预防干预和政策。基于社区的措施一般含有多方面的内容，在不同环境下（如学校、家庭、媒体、执法等）采取行动。

可用证据

7篇优秀回顾和6篇可以接受的回顾报告了有关这一干预措施的研究结果。根据这些研究，基于社区的多方面措施能够阻止人们吸毒、吸烟、喝酒。尽管上述证据中大部分都来自于美国/加拿大、欧洲、澳大利亚，但还有一些关于社区多方面措施的研究，尤其是关于烟草的研究，来自于亚洲。

与积极预防效果有关的特征

- ✓ 支持烟酒政策的执行。
- ✓ 在一系列社区环境中执行（家庭和学校，工作场所，娱乐场所等）
- ✓ 学校对基于证据的项目及其监督和评估给予支持
- ✓ 为社区提供适当的培训和资源
- ✓ 措施在中期内一直持续（比如超过一年的时间）

更多信息，可参见现有的指南和工具

- [CCSA（2010），基于社区的标准，加拿大青年药物滥用预防标准，加拿大药物滥用中心，加拿大渥太华](#)

媒体活动

简介

媒体活动通常是毒品预防政策制定者进行的首项和/或唯一一项干预措施，因为媒体活动能够引起公众注意，可以相对轻松地影响到大量的人。

可用证据

3篇优秀回顾和3篇可以接受的回顾报告了有关这一干预措施的研究结果²⁶。根据这些研究，媒体活动以及其他预防措施能够阻止人们吸烟（据报告吸烟人数平均减少2.4%）。然而，回顾中没有提到该措施对饮酒影响的显著发现，而对于吸

²⁶ Bühler, 2008; Ferri, 2013, (in press); Hopkins, 2001; NCI, 2008; Ranney, 2006.

毒的影响也只有很少的发现。

与积极预防效果有关的特征

- ✓ 精准定位媒体活动的目标受众。
- ✓ 建立在坚实的理论基础上。
- ✓ 根据形成性研究设计信息。
- ✓ 与现有的其他家庭、学校、社区预防项目紧密联系
- ✓ 使目标受众充分曝光足够长的一段时间
- ✓ 系统性评估，包括通过整个活动来调整信息，以使影响最大化
- ✓ 瞄准父母群体，因为这似乎同样对孩子有着独立的影响
- ✓ 旨在改变关于药物滥用的文化规范，和/或开展药物滥用后果的教育，和/或提出抵制药物滥用的策略建议

与消极预防效果或无效果有关的特征

- ✗ 应该避免设计糟糕或资源匮乏的媒体活动，因为这样的活动会让目标受众抗拒或轻视其他的干预措施和政策，从而让情况变得更糟糕。

娱乐场所

简介

娱乐场所包括酒吧、俱乐部、饭店以及举行大型活动的户外场地或特殊场所。这些地方对人们的卫生和健康状况会产生正反两方面的影响，一方面提供了社交聚会的场地，支持当地经济，但同时也被认为是高风险场所，有害酗酒、吸毒、嗑药后驾车或侵犯行为等很多危险行为都可能在这里发生。这些地方工作成为迅速兴起的新的研究领域。

大多数利用娱乐场所的预防项目都具有多方面的内容，包括对负责酒水服务的员工和管理者的不同培训组合，对喝醉顾客的不同管理；关于向未成年人提供酒水或关于酒后驾车的法规政策的变化；现有法规政策的高可见度执法；沟通以提高民众意识和对项目的接受度，来改变对饮酒的态度和规范；对管理者 and 员工提供治疗。

可用证据

2篇可以接受的回顾报告了有关这一干预措施的研究结果²⁷。根据这些研究，员

²⁷ Bolier, 2011; Brennan, 2011.

工培训、政策干预以及执行都可以减少喝醉的人数。应该注意，这些干预措施对健康和社会（如汽车事故或暴力事件）的影响的证据没有进行评论，但似乎是有显著的影响。这些影响能持续多长时间也尚不明确。所有证据都来源于美国/加拿大、欧洲和澳大利亚。

与积极预防效果有关的特征

- ✓ 培训负责酒水服务的员工和管理者，以及培训如何应付醉酒顾客。
- ✓ 对有需要的员工和管理者提供辅导和治疗
- ✓ 进行良好的沟通，来提高民众的意识以及对项目的接受度
- ✓ 执法部门、卫生和社会部门积极参与
- ✓ 在娱乐场所和社区执行有关药物滥用的现有法律和政策

更多信息，可参见现有的指南和工具

- 联合国毒品和犯罪问题办公室对政策制定者的**ATS**毒品预防指导
- 美洲防止毒品滥用管制委员会（CICAD）报告：[对喝药后驾车政策的见解](#)

三、需进一步研究的预防问题

运动和其他业余活动

在许多国家和社区，很流行在休闲时间组织一些运动或其他无毒品或药物活动，让人们通过这种方式来接触社会，追求健康，防止他们参与吸毒等危险行为。然而，实际上，有证据表明，运动本身并不总是能降低药物滥用的比率，而是导致了更高的吸烟率和酗酒率。

在文献回顾中，有2篇优秀回顾和1篇可以接受的回顾提到，实际上并没有研究评估过组织运动或其他休闲活动对儿童药物滥用或对中介因素的影响。回顾了关于在运动训练中融入药物滥用预防内容的积极效果的相关研究。因此，政策制定者如果选择采取这种干预措施，应该非常谨慎，包括进行深入细致的研究来评估措施的效果。

还有一些文章是关于如何利用运动来达到毒品预防目的的，可参见：**UNODCCP (2002)**，《运动——通过运动来预防吸毒》，联合国毒品控制和犯罪预防办公室，奥地利维也纳；**UNODC (2003)**，多赢！帮助教练、老师和青年领导者引领公平竞争，联合国毒品和犯罪问题办公室，奥地利维也纳。

防止处方药非医疗使用

受《惯例》管控的处方药非医疗使用问题，在很多国家越来越严重，无需处方即出售某些药物的药物滥用问题也同样日益严重。在有些国家，这一问题仅次于吸食大麻的问题。尽管这一问题在北美最为严重，但有报告表明，在欧洲、非洲、南亚以及拉美也亟需对这一问题进行整治。根据不同国家和不同药物种类，某些尤其容易受影响的群体（比如青年人、妇女、老人、医疗卫生专业人员，还包括流浪儿童、平民，以及战后地区的武装部队）似乎尤为危险。另外，处方药非医疗使用对健康和社会造成的后果与滥用其他毒品一样严重。

对科学证据的回顾中，找不到优秀的或可以接受的回顾文章。在前一部分提到的证据中，大部分指的是针对脆弱性和恢复力的干预，不特别针对某一种精神活性物质。在这一方面，正如预期的那样，很多关于家庭干预和学校干预的重要研究经评估表明，那些干预措施在防止处方药非医疗使用方面也有积极效果。

人们通过伪造、骗取、偷窃、网上购买以及通过家人或朋友来购买处方药。因此，可以合理地假定，除了那些干预措施之外，在所有这些购买渠道都可以开展预防。

有些文献表明，向内科医生提供权威性建议，限制并监督处方药，并进行登记，这些做法将会改变医生开处方的行为，并且只有需要处方药的病人才能得到这些药剂。父母对青年人有着巨大的影响，而很多人表示是通过家人买到的处方药，考虑到这一点，对家长进行教育也许能有效控制处方药的使用，让家长们认识到，为了他们自己，也为了他们的孩子，只有遵医嘱才能使用处方药是非常必要的。在社区中对那些过期的或已不再使用的处方药进行安全处理，这种做法可能也会有效。最后，可能需要对卫生保健专业人员进行持续培训，让他们掌握如何防止、

识别、管理处方药的非医疗使用以及如何处理相关的后果。

还有一些文章关于防止处方药非医疗使用可能采取的干预措施和政策，参见：[UNODC \(2011\)](#)，[处方药非医疗使用，政策导向问题](#)，[联合国毒品和犯罪问题办公室，奥地利维也纳](#)；[CICAD \(2012\)](#)，[防止滥用处方药，美洲防止毒品滥用管制委员会，美国华盛顿](#)。

针对尤其危险的儿童和青年人的干预措施和政策

相关文献中，没有有关如何防止有高危儿童和青少年滥用药物的优秀或可接受的回顾，或是重要研究，尽管有证据表明这一群体通常在很小的时候就接触到毒品。这一群体包括失学儿童和青年、流浪儿童、儿童兵或前儿童兵、无家可归的儿童和青年或战后地区的人，寄养所、孤儿院、少年司法体系中的儿童和青年等等。联合国毒品和犯罪问题办公室正在测试协议（需要时即可用），以对阿富汗很小时候就接触毒品的儿童提供指向性预防。

防止滥用不受《条例》管控的新型精神活性物质

很多国家最近都出现了滥用不受《条例》管控的新精神活性物质（即“合法兴奋剂”或“聪明药”）的现象²⁸。文献回顾中没发现有研究提到这种物质的预防效果。然而，应该注意，和处方药非医疗使用一样，大多数基于科学证据的预防措施都不是针对某一特定的药物。对于解决幼年脆弱性的策略，或强化积极应对技巧来防止诉诸消极应对技巧（包括药物滥用）的策略来说，尤其如此。因此，可以合理地认为，这种策略对于预防滥用这些新精神活性物质来说可能也有效。但这是另一个领域，需要进行严格的调查研究。

四、有效预防体系的特点

一个有效的全国毒品预防体系会针对相关年龄段人群和危险级别群体，针对多个场所，采取一系列完整的基于科学证据的干预措施和政策。鉴于促使儿童、青年和成人很容易滥用药物或做出其他危险行为的因素相互影响，相互作用，因此必须采取综合措施。只采取单独的预防干预措施（这些措施通常是孤立的，并且持续时间和波及范围都很有限），不可能解决这些弱势群体的问题。我们不要忘记，我们的首要目标是支持个人的健康安全成长。

要采取一系列完整的预防措施和政策，预防体系需要坚实的结构基础，在这部分会作简单描述，包括²⁹：

²⁸ UNODC ([新闻报道](#), 2013), 世界毒品报告, 联合国毒品和犯罪问题办公室, 奥地利维也纳

²⁹ 读者可参考 [EMCDDA \(2011\)](#), [欧洲毒品预防质量标准](#), [欧洲毒品和毒品成瘾检测中心](#), [葡萄牙里斯本](#), 其中也含有对这些问题的讨论。

- ✓ 扶持政策和法律体制；
- ✓ 科学证据和研究
- ✓ 相关多个部门和行政级别的协调
- ✓ 对政策制定者、实施者以及大多数人进行培训
- ✓ 致力于提供充足的资源，使该体系长期维持下去

1.基于证据的干预措施和政策的范围

上一部分全面回顾了能有效防止药物滥用的干预措施和政策。这些策略主要有三个方面的不同：目标群体的年龄、目标群体的危险等级以及策略实施的场所。一个有效的预防体系采取一系列基于证据的干预措施和政策，以便：

- ✓ 在儿童和青年的整个成长过程中，尤其是在最易受影响的关键过渡期（如婴儿期、幼儿期）以及从童年向青春期过度的时期，对他们提供支持
- ✓ 针对全体人提供支持（整体预防），也对特别危险的群体（选择性预防）和个人（指向性预防）提供支持
- ✓ 解决脆弱性和恢复力的个人因素和环境因素
- ✓ 覆盖多个场所（如家庭、学校、社区、工作场所等）的人群

2.扶持政策和监管架构

没有项目或政策可以在真空中存在下去。如前言中所说，毒品预防只是以健康为中心的体系的基本内容之一，该体系着重于确保毒品可用于医疗和研究目的，而防止毒品的扩散和滥用，确保其他精神药物不会对健康造成影响。在这方面，一个有效的全国预防体系应该：

- ✓ 融入整个以健康为中心的毒品控制体系，该系统着重于确保药品可用于医疗和研究目的，而防止毒品的扩散和滥用，因此包括削减供给、治疗、护理、消除毒品依赖，以及防止吸毒对人体健康和社会产生的后果（如HIV/艾滋、C型肝炎、过量用药等）
- ✓ 建立在这样一种理解之上，即毒品依赖是一种长期的、反复发作的影响大脑的障碍，由遗传、生理、心理弱点以及环境因素之间复杂的相互作用而引起，应该被治疗，而不应受到惩罚。
- ✓ 与关于儿童、青年及成年人健康安全成长的全国公共卫生政策相联系，政策包括对药物滥用的预防、治疗和护理，以及预防其他不健康行为或危险行为。

此外，如果国家层面能通过适当的法规，对政府机构和非政府机构的项目进行管理和支持，那么将会大大提升这些项目的效果。法规包括：

- ✓ 针对预防吸毒和药物滥用干预措施和政策的国家标准；
- ✓ 针对预防毒品和药物的从业人员的国家专业标准；
- ✓ 需要学校进行预防药物滥用教育的政策，以及结合健康或个人/社会教育和推广的政策，包括如何做的标准
- ✓ 需要雇主执行预防工作场所药物滥用的政策或项目，包括如何做的标准
- ✓ 需要医疗服务、社会服务和教育服务对家庭提供支持，以促进儿童身体、认知、情感成长的政策
- ✓ 强大的当地及全国监测数据系统，让各个行政级别的决策者、从业人员和研究人员能够了解新兴起的药物滥用方式（滥用不同的药物、将现有药物以新的方法使用（如可卡因注射），或新的参与人群），以及一个审查流程，通报预防项目和治疗项目

3.研究和科学证据提供的坚实基础

一个有效的全国毒品预防系统应该建立在科学证据的基础上，并应该支持研究工作以获得更多的证据基础。这分两个方面。一方面，应该在准确理解实际情况的基础上选择干预措施和政策。系统性方法应该包括，确定最易受毒品影响的人群或开始吸毒的人群、他们开始吸毒的原因，以及哪些干预措施和政策对这种情况最有效。另一方面，需要严格评估干预措施和政策的有效性，以及这些措施和政策可能的成本效率。这一评估结果将让决策者了解政策对结果（如减少开始吸毒的人数）的影响，让他们知道并拓展关于预防干预措施的知识基础。这一研究及其结果应该经过同行评审、出版，并尽可能地讨论，这也非常重要。

基于证据的规划

第一个方面，应该建立一个信息系统，让人们了解相关情况，从而有机会利用这些知识进行规划。为解决这方面的问题，一个有效的全国预防系统应该包括：

- ✓ 一个信息系统定期收集信息，监测信息：
 - 普遍性：多少比例的人（根据年龄、性别和其他重要特征分类）在使用何种药物？使用的频率和用量为多少？对健康和社会造成什么样的后果？
 - 开始吸毒以及发展成障碍：人们（尤其是青年人）在多大的时候开始吸毒或使用其他药物？他们什么时候发展成为药物滥用障碍？
 - 脆弱性：为什么人们，尤其是青年人，开始吸毒和/或滥用其他药物？在与药物滥用相关的因素方面（如教导不善、心理健康问题、不喜欢学校、暴力或虐待等等），儿童的情况如何？为什么开始吸毒的人会转变成障碍（是什么因素让他们变得易受影响）？
- ✓ 定期将信息系统得到的数据提供给系统性规划过程的正式机制，系统性规划

将考虑这些数据：

- 需要的策略：哪些基于证据的干预措施和政策能有效解决指定情况？
- 现有策略的可用性及覆盖范围：当前在执行哪些干预措施和政策？这些干预措施和政策覆盖了目标人群中的百多之多少？
- 现有策略的质量：这些持续的干预措施和政策是否基于科学证据？（指对脆弱性的科学理解，和/或现有基于证据的项目的系统性适应？）
- 现有策略的有效性：策略是否经过了评估（见下）？如果评估过，结果如何？关于整个预防系统的有效性，信息系统得到的数据告诉我们什么？
- 可作为全国预防体系一部分的可用基础设施和资源；
- 所需策略与现有系统性策略、基础设施和资源的可用性、覆盖面、质量、有效性之间存在哪些差距？

研究与规划

第二个方面关于对具体预防项目和策略的评价。如前所述，在前一部分指出的基于证据的策略不一定适合于目标、资源等级或是全国范围内的文化环境（尽管在很多时候会适合）。可能其他项目或政策能更有效地解决这些问题。选中的项目和政策具有以下特征非常必要：

- ✓ 基于对需解决的脆弱性的科学理解。换句话说，举个例子，出台的项目和政策最好是可以解决一个经科学研究和需求评估发现与吸毒人数增加（或低龄就开始吸毒，或更高的药物滥用率）相关的危险因素或情况，而不是凭个人感觉来制定政策，哪怕出发点是好的。
- ✓ 具有科学监测与评估的内容，来评估这些干预措施是否会产生想要的结果。这建议应多与学术和研究机构（包括但不限于大学）合作，并应多采用实验或准实验设计。在医药方面，只有科学研究发现某干预措施有效且安全时，该措施才能被采用。毒品预防干预和政策也是如此。

应该注意，按照《标准》，目标是提供一个表明干预措施和政策有效性（或至少是效力）的指标，不是特指具体的基于证据的项目。然而，对具体项目评估后才能得到证据，这意味着并不能假设一个与基于证据的策略“基本相同”的策略就是有效的。例如，可能有关于“孕期和婴儿期探视项目”的证据，这一类型中的有些措施非常有效，而其他措施则显示无效，尽管它们都具有这一类型“已证明”的某些特征。也正是因为这样，评估才变得非常关键。

在这方面，读者可参考欧洲毒品和毒瘾监测中心（EMCDDA）最近出版的欧洲毒品预防质量标准，该标准对提高这些项目周期阶段（和其他项目周期阶段）以及加拿大标准组合³⁰的毒品预防项目质量给出了详尽的指导。

³⁰ [EMCDDA \(2011\), 欧洲毒品预防质量标准, 欧洲毒品和毒品成瘾检测中心, 葡萄牙里斯本。](#)

这并不是说，当实施一个基于证据的项目（属于前一部分描述的干预措施）时，评估就不重要。实际上，在调整现有基于证据的项目时，建议应包括以下过程：

- ✓ 仔细、系统性的调整，不改变项目的核心内容，而只是使它更适用于新的社会经济/文化环境。理想情况下，会在项目开发者的支持下进行调整。关于这一点，联合国毒品和犯罪问题办公室家庭技巧培训指南中单独有一章是讲如何调整的。
- ✓ 科学监测和评估，以评估该项目在新的社会经济/文化环境下是否真正有效。

4. 涉及到不同层级的不同部门

全国毒品预防体系旨在确保儿童、青年和成年人在多个场所中都能享受健康、安全的生活方式。因此，在实施系统性预防干预和政策的过程中，涉及到许多国家部门，并且这些部门需要清晰的角色定位和协调合作。

因此，全国毒品预防体系在政策规划、执行、监督和评估过程中，涉及到相关的国家部门（如教育部门、卫生部门、社会福利部门、青年事务部门、劳工部门、执法部门等）：

- ✓ 统一执行的集成度：国家（联邦）、地方（州/地区/行政区）以及市级、本地
- ✓ 全部关键利益相关者。可以包括但不限于：国家或地方行政，市级或本地、政府服务机构，非政府机构，居民和社区领导、宗教社区和领导，大学和其他研究机构，以及私人部门。
- ✓ 明确界定和安排所有利益相关者的作用和责任：各利益相关者携手合作，共同工作，各自负责政策提出和执行过程中的不同内容，这非常有价值。
- ✓ 一个有力的领导和协调机构

应该注意，在实施基于证据的干预策略时，组织方式不只一种。例如，未必一定要以项目的形式开展，也可以将策略融入机构和服务部门（如学校、青年人工作、卫生部门以及社会服务部门）的每日工作中。这时，对策略进行集中规划、管理和协调，而策略的执行依赖于当地多个专业间的配合。关于不同层级的机构如何能够相互影响的其他例子还包括：

- ✓ 国家层面的决策者协调国家政策的发展，制定质量标准，为政策实施以及相关人员的培训提供充足的资金，以对政策实施提供基础设施支持。
- ✓ 地方层面的决策者和/或机构执行干预措施和政策，为信息系统提供数据，积极提高自身的知识和技能。
- ✓ 非政府组织、居民和社区领导（可以包括宗教社区和领导）动员人们改变或

接受政策，影响社区规范，实施基于证据的干预措施和政策。应该注意，在实施基于证据的策略时，社区动员是一种有效的参与机制。

- ✓ 大学和研究机构对数据进行分析，从而更好地理解药物滥用情况，监测并评估国家政策，评估具体的干预措施和政策。
- ✓ 私人部门积极支持工作场所的预防政策，促成基于证据的和创新的干预措施，烟酒行业的经营者和营销人员采取有效措施，防止和减少其经营烟酒造成的伤害，包括自我监督。

5.执行系统的强大基础设施

干预措施和政策要得到有效的执行，必须得到充足的资源支持：

- ✓ 需要向执行干预措施和政策的机构提供充足的资金
- ✓ 需要向执行干预措施和政策的从业人员提供长期的充分的培训
- ✓ 需要对规划发展干预措施以及执行政策的不同层级的决策者提供长期的充分的培训
- ✓ 应该长期提供技术援助，促进政策的执行以及执行质量的不断提高。
- ✓ 需要向学术和研究机构提供充足的资金

6.持续性

毒品预防经济有效，但和所有政策一样，需要中期至长期的投入来发挥政策效力。在这方面，维持上述政策内容有以下方法：

- ✓ 全国毒品预防体系定期审查和调整机制
- ✓ 保持基于证据的干预措施和政策至少在中期内执行
- ✓ 通过信息系统定期采集数据，包括对规划/审查过程的反馈。
- ✓ 为严格评估干预措施和政策提供持续的研究支持
- ✓ 对毒品预防策略规划、执行、监督、评价过程中涉及的从业人员和决策者提供持续的培训

图1-全国毒品预防体系示意图

