



联合国教育、
科学及文化组织



可持续发展目标

健康教育领域的良好
政策与实践

手册

10

教育部门针对饮酒、吸烟 和吸毒问题的应对措施



UNODC

联合国毒品和犯罪问题办公室



世界卫生组织

2030年
教育 |

健康教育领域的良好政策与实践
手册 10

教育部门针对
饮酒、吸烟和吸毒
问题的应对措施

出版时间：2018 年

出版单位：联合国教科文组织（7, place de Fontenoy, 75352 Paris 07 SP, France）、联合国毒品和犯罪问题办公室（Vienna International Centre, Wagramer Strasse 5, A 1400 Vienna, Austria）、世界卫生组织（Avenue Appia 20, 1211 Geneva 27, Switzerland）

© UNESCO 2018

UNESCO ISBN 978-92-3-500019-1



根据“署名 - 相同方式共享 3.0 IGO (CC-BY-SA 3.0 IGO) 许可协议” (<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/igo/>)，本文属“开放获取”出版物。使用者在使用本文内容时需遵守联合国教科文组织“开放获取知识库” (Open Access Repository) 的使用条款 (www.unesco.org/open-access/terms-use-ccbysa-chi)。

英文原版名称：Good Policy and Practice in Health Education Booklet 10: *Education sector responses to the use of alcohol, tobacco and drugs*.

联合国教育、科学及文化组织，联合国毒品和犯罪问题办公室，世界卫生组织 2017 年合作出版

本文所采用的名称及陈述内容不代表联合国教科文组织关于任何国家、领土、城市或地区或其政府的法律地位或边境与国界划分方面的任何观点。

本出版物表达的是作者的看法和意见，而不一定是联合国（包括联合国教科文组织、联合国毒品与犯罪问题办公室、世界卫生组织或联合国成员国）的看法和意见。

封面照片：© UNESCO/IIDAC

文内照片：

第 10 页：AVAVA/Shutterstock.com

第 13 页：Vitchanan Photography/Shutterstock.com

第 16-17 页：Daniel M Ernst/Shutterstock.com

第 31 页：Hasan Shaheed/Shutterstock.com

第 58 页：Zurijeta/Shutterstock.com

翻译：中译语通科技（北京）有限公司

审校：李红艳 刘永峰

校对：任娟 邱义依

设计：UNESCO

排版与印刷：精于设计 - 琢磨琢磨科技（北京）有限公司

印刷地点：北京

目录

前言	4
缩略词	5
鸣谢	6
术语表	7
执行摘要	10
 1. 引言	 13
 2. 背景和理论根据	 17
2.1. 在校青少年的物质使用比例	17
2.2. 年轻人产生物质使用行为的后果	26
2.3. 为什么有的年轻人会产生物质使用行为而其他人不会	27
2.4. 教育部门的职责	29
 3. 教育部门对物质使用问题的应对措施中所包含的良好政策和实践	 31
3.1. 教育部门对物质使用之应对措施的重要原则	32
3.2. 教育部门对物质使用问题之全面应对措施的重要组成部分	33
3.2.1. 教育部门的政策和战略框架	33
3.2.2. 国家和地方性课程	36
3.2.3. 对教师和其他工作人员提供培训和支持	40
3.2.4. 学校层面的循证式应对措施	43
3.2.5. 适当的学校卫生服务	51
3.2.6. 教育部门物质使用应对措施的管理	53
 4. 巩固和推广教育部门物质使用之有效应对措施考虑因素	 58
 参考文献	 62

前言

本手册将饮酒、吸烟和吸毒行为统称为“物质使用”，这些行为多发端于青春期。物质使用对青少年身心健康和福祉带来各种短期和长期的负面影响。物质使用已被证明与大量负面的教育结果有关，包括造成入学率低、学业表现差甚至辍学等问题。物质使用问题，影响着教育部门为确保人人享有包容、公平的全民优质教育和实现新的2030年全球可持续发展议程而做的相关努力。

导致儿童和年轻人易发生物质使用行为并受其影响的因素有很多，如他们的个人特点和生活环境等。儿童和年轻人处于人生发展的关键阶段，教育是动员他们的一个平台，并且可以帮助他们评估和抵抗此类风险和压力。

因此，保护儿童和年轻人远离物质使用便成了教育部门的基本职责。这意味着需要采取各类相关措施，例如：努力确保学校百分百远离烟草、酒精和其他毒品；保证核心课程包含有关物质使用相关风险的学习内容，并确保这些课程能够帮助学生建立与健康积极行为相关的个人和社会技能；以及帮助教师、家长、保育人员和社区获得相关知识和技能，从而支持儿童和年轻人并使其有能力防止和解决物质使用问题。所有这些措施皆需要教育部门采取一种综合方案来调动整个教育系统与其他部门的合作，特别是卫生部门及毒品管理部门。

本手册是通过联合国教育、科学及文化组织（UNESCO，以下简称联合国教科文组织）与联合国毒品和犯罪问题办公室（UNODC）和世界卫生组织（WHO）共同协调的国际咨商过程编制而成的。依托于这三个联合国机构（三者同属联合国预防和控制非传染性疾病机构间工作组（UNIATF）成员）各自的权限和能力，此国际咨商过程也同时为帮助我们的成员国加强并加速其教育部门对于物质使用问题的应对措施树立了多部门合作的典范。

本文综合参考了《吸毒预防国际标准》（International Standards on Drug Use Prevention）（UNODC, 2013）和《世界青少年健康问题》（Health for the World's Adolescents）（WHO, 2014）所设定的框架，为进一步加强教育部门对于物质使用问题的应对措施提供了背景和理论依据。本文呈现了具有证据基础并且有前景的政策和实践，包括效果已在不同地区得到科学研究验证的相关实例。此外，本文还针对教育部门如何保持和扩展应对物质使用的有效方法和计划，提出了一些需要考虑的问题。

唐虔（博士）
助理总干事
联合国教科文组织



缩略词

ATS	苯丙胺类兴奋剂
AIDS	获得性免疫缺损综合症，即艾滋病
CICAD	美洲药物使用管制委员会
CND	麻醉药品委员会
DALY	伤残调整寿命年
EMCDDA	欧洲毒品和毒瘾监测中心
ESPAD	欧洲学校酒精和其他药物调查研究项目
EU	欧洲联盟，欧盟
FRESH	集中资源用于有效学校保健
GBG	良好行为竞赛
GDP	国内生产总值
GHO	全球卫生观察站
GSHS	全球学校学生健康调查
GYTS	全球青少年烟草调查
HBSC	学龄儿童健康行为调查
HIV	人体免疫缺损病毒，艾滋病病毒
IDU	注射吸毒
INL	美国国务院国际毒品和执法事务局
ISSUP	国际物质使用预防和治疗专家协会
NGO	非政府组织
NPS	新精神活性物质
PWID	注射吸毒者
RCT	随机对照试验
SBHS	基于学校的卫生服务
SES	社会经济地位
SFP	改善家庭计划
SHS	学校卫生服务
STI	性传播感染
UNAIDS	联合国艾滋病规划署
UNESCO	联合国教科文组织
UNGASS	联合国大会艾滋病特别会议
UNICEF	联合国儿童基金会
UNODC	联合国毒品和犯罪问题办公室
UPC	通用预防课程
WHO	世界卫生组织

鸣谢

本手册是关于教育部门应对饮酒、吸烟和吸毒问题国际咨商成果之一。此次咨商是由联合国教科文组织（UNESCO）领导和协调，与联合国毒品和犯罪问题办公室（UNODC）和世界卫生组织（WHO）密切合作，依托和综合各自职责和专长完成的。咨商过程包括以下三部分：

- 由联合国教科文组织委托开展文献综述和数据收集工作，并形成技术背景文件。该技术背景文件的研究和撰写工作由伦敦大学学院（UCL）的咨询团队负责，其成员包括：丹尼尔·黑尔（Daniel Hale）、克里斯·博内尔（Chris Bonell）和拉塞尔·瓦伊纳（Russell Viner）。为咨询团队提供支持的人员包括：阿拉什·雅萨伊（Arrash Yassaee）、柯尔斯顿·麦格雷戈（Kirsten MacGregor）和莱昂纳多·贝维拉夸（Leonardo Bevilacqua）。
- 地区和国家级文献综述由联合国教科文组织驻东欧和中亚代表处、驻东非和南非代表处以及驻拉丁美洲和加勒比地区代表处委托开展，文献综述为技术背景文件提供了相关信息。
- 在土耳其政府的协助下，联合国教科文组织携手联合国毒品和犯罪问题办公室以及世界卫生组织召开了一次国际专家会议（2015年9月29日至10月2日，土耳其伊斯坦布尔）。此次会议向与会的业内专家提供了上述技术背景文件，并获得了专家们对文件修改的建议。

该咨商过程由联合国教科文组织高级项目专家克里斯托弗·科尔尼（Christophe Cornu）领导的团队协调、卫生和教育科科长克里斯托弗·卡斯尔（Christopher Castle）监督、包容、和平和可持续发展处处长崔秀香（Soo Hyang Choi）指导。

加里·罗伯茨（Gary Roberts）根据上述咨商过程的相关成果起草了本手册。联合国教科文组织、联合国毒品和犯罪问题办公室以及世界卫生组织在整个咨商过程中为本手册的制作提供了帮助和指导——特别感谢联合国教科文组织卫生和教育科的刘永峰；联合国毒品和犯罪问题办公室毒品预防和卫生部的预防、治疗和康复处的乔凡娜·卡佩罗（Giovanna Campello）和汉娜·海基拉（Hanna Heikkilä）；和世界卫生组织精神卫生和物质使用部（MSD）的玛利亚·思恩特罗姆（Maria Renstrom）、弗拉基米尔·B. 波兹尼亚克（Vladimir B. Poznyak）、埃莉斯·格林（Elise Gehring）和里贾纳·古索德（Regina Guthold）；世界卫生组织孕产妇、新生儿、儿童和青少年卫生部的瓦伦蒂娜·巴尔塔格（Valentina Baltag）、以及世界卫生组织非传染性疾病预防部的牧野由香（Yuka Makino）。

非常感谢本手册编制过程中的案例研究提供者，包括：南希·科莫（Nancy Comeau）、帕特丽夏·康洛德（Patricia Conrod）、加利纳·弗莱迪（Galina Fomaidi）、哈坎·雷福曼（Håkan Leifman）、塔蒂阿娜·雷弗施内德（Tatiana Rayfshnayder）、波里坎·绍马罗夫（Borikhan Shaumarov）和哈舍斯·维尔克（Harsheth Virk）；以及国际专家会议结束后对本手册初稿进行审议或提供后续帮助的人士，包括：莫妮卡·阿罗拉（Monika Arora）、贾米拉·博赫拉夫（Jamila Boughelaf）、格雷戈尔·伯克哈特（Gregor Burkhardt）、欧内斯托·科尔特斯（Ernesto Cortes）、玛丽·古因·德兰尼（Mary Guinn Delaney）、卓拉·德斯克（Zora Desic）、法布里齐奥·法贾诺（Fabrizio Faggiano）、布莱恩·弗雷（Brian Flay）、戴维·福克斯克罗夫（David Foxcroft）、塞奇·弗罗洛夫（Sergei Frolov）、万盖·盖夏卡（Wangai Gachoka）、维多利亚·刚萨雷斯（Victoria Gonzalez）、肯尼斯·格里芬（Kenneth Griffin）、亨里克·琼贾伯勒（Henrik Jungaberle，音译）、安妮塔·克鲁格（Anita Krug）、弗拉基米尔·波诺马连科（Vladi 塔弗斯特罗姆（Martin Stafström）、罗伯特·太卡诺里（Roberto Tykanori）和蒂格兰·叶波延（Tigran Yepoyan）。

还要感谢拉马赞·古泽尔（Ramazan Güzel）在土耳其政府将其借调联合国教科文组织期间对上述国际专家会议的召开而提供的支持，以及丽贝卡·阿帕森（Rebecca Apperson）在联合国教科文组织实习期间帮助准备的参考文献摘录，从而为编写技术背景文件所需要的基础文献回顾提供了支持。

术语表

毒品

本文中的“毒品”一词是指属于以下三种类物质类型的某种物质：

- 精神活性物质（参见精神活性物质）
- 新精神活性物质（参见新精神活性物质）
- 挥发性物质（参见挥发性物质）

多重物质使用

在世界卫生组织的术语表中泛指个人使用一种以上精神活性物质，包括同时使用或逐个使用。在普通语境下，多重物质使用还指频繁或大量使用一种以上物质。

挥发性物质

挥发性物质包括在家用产品和工业品中常见的有机溶剂，如粘合剂、气溶胶涂料、工业溶剂等。吸食者以获取精神快感为目的吸入这些物质。

教育部门

作为本手册中的操作性定义，“教育部门”实际是指教育机构内以提供教育服务为主要目的的活动，以及在教育系统的各级教育机构内为教育服务提供支持的个人、机构、资源和过程（根据现有政策进行的组合）。在国家层面上，教育部门 / 系统通常由一个或多个教育相关部委进行协调管理。

精神活性物质

精神活性物质是一种服用后可改变个人意识、情绪或思维过程的物质，如大麻、安非他明、摇头丸、可卡因、和海洛因，以及酒精或尼古丁。它们中的大多数都在三个主要的国际毒品管制公约的限制范围内：《1961 年麻醉品单一公约》及《修正 1961 年麻醉品单一公约的议定书》；《1971 年精神药物公约》；以及 1988 年的《联合国禁止非法贩运麻醉药品和精神药物公约》。

酒精饮料

酒精饮料是一种含乙醇的液体饮品。大多数国家对“酒精饮料”的法律定义是，乙醇含量（按体积）在 0.5% 以上的饮料。酒精饮料的主要类型包括啤酒、葡萄酒和烈性酒。

普遍一般性预防

以全部人口为对象且不考虑个人或群体风险因素的物质使用预防策略。

伤残调整寿命年（DALYs）

一个伤残调整寿命年相当于一个损失的“健康”寿命年。疾病或健康问题所致的伤残调整寿命年的计算方式为：人口早亡所致的生命年损失与因为残障或者健康状况不佳所导致的生命年损失之和。

上瘾依赖

依赖或依赖综合征属于一组生理、行为和认知现象，指对某些人而言，相比于曾经具有重要意义的行为，现在使用某种或某类活性物质成为了最优先的行动。这包括使用任何精神活性物质，如烟草、酒精和毒品。上瘾是一种因使用一种或多种精神活性物质而引发的物质使用所致障碍。

首次物质使用之典型年龄

该术语在本文指：一个国家、地区或全球范围内，人们首次发生物质使用行为的典型年龄。该年龄一般大致相当于儿童的中学入学年龄（即 13 岁上下）。然而，对于某些地区和某种物质（如烟草）而言，首次发生物质使用的年龄也可能出现在小学高年级（例如 10-12 岁之间）。

首次物质使用之典型年龄是物质使用预防的一项重要指标，因为预防方法在首次物质使用的前后存在差异。该典型年龄需要根据各地区的最准确可用信息进行估算，并且会根据国家或地区的不同、物质的不同（例如酒精与甲基苯丙胺），以及人口亚群不同而表现出差异。与该术语具有相同意思的其他术语包括：发病年龄（age of onset）、开始年龄（age of initiation）。

随机对照试验

随机对照试验（RCT）是一种将若干研究对象（通常伴有特定的健康问题）随机分成两组（或更多组）来测试一种特定干预措施的科学研究方法。其中一组（试验组）接受被测试的干预措施，另一组（对照组或控制组）接受另一种干预措施，即一种无效干预措施（安慰剂，placebo）或者是完全不施加干预措施，然后再对这两个分组进行跟踪，从而观察该试验性干预措施的效果如何。试验结果将在特定时间进行评估，两组间反映的任何差异将通过统计手段进行评估。

物质使用

使用任何精神活性物质的行为。该术语在本手册指：

- 使用酒精饮料（更多细节参见“酒精饮料”一词）
- 各类烟草的使用（包括吸食和咀嚼）（更多细节参见“烟草”一词）
- 吸毒（更多细节参见“毒品”和“吸毒”两个词条）

物质使用所致障碍

因使用一种或多种精神类物质所引发的精神或行为障碍，包括各类严重程度和临床表现各异的障碍性疾病，如中毒、有害使用、依赖综合征、戒断综合征、精神失常等。物质使用障碍包括有害使用和物质依赖。

物质使用预防

旨在预防或推迟物质使用行为的发生、预防或推迟该行为并演变成物质使用所致障碍的方案和策略，从而最终减少物质使用的发生频率，并减轻其所造成的健康和社会影响。

吸毒

“吸毒”在本手册中是指不是出于医疗或科学目的而使用上述三组类物质的行为（参见“毒品”一词）。

新精神活性物质

是一种以单体化合物或制剂方式存在的精神活性物质。此类物质不受联合国毒品公约的约束，但其造成的公共健康威胁与公约所禁止的精神活性物质相类似。这些新精神活性物质（NPS）在市场上的名称包括“化合致幻药”、“合法兴奋剂”、“草药兴奋剂”、“浴盐”、“研究用化学品”或“实验室制剂”。这些新精神活性物质在某些国家受国家法律管制。

选择性预防

针对面临物质使用增加风险的特定人群所采取的物质使用预防措施。

学校卫生	学校卫生项目可被定义为：由学校（和其他教育机构）提供的、并在学校内实施的（或与学校联合开展的）旨在促进学生身体、情绪和社会发展的计划、活动和服务。 学校卫生服务指通过卫生保健和 / 或相关的专业人士(可以是多名专业人士)向在校学生提供的卫生服务，服务场所不限（包括校内或校外）。卫生服务需要得到教育机构和卫生服务组织间的正式协议授权。
循证式实践	“循证式实践”是指已被证明可有效预防物质使用的实践方式，或根据新文化背景或环境进行了调整并得到严格测试的实践方式（以儿童为对象时则是指对于已知的物质使用保护性因素或风险因素产生影响）。这种实践方式必须至少在两个使用有质量或合格的实验研究设计方案（随机对照试验、或适用于全民预防方案的同等研究设计方案）的研究中得到有效验证。
烟草	烟草是一种含有尼古丁的精神活性物质。烟草的消费形式包括：有烟烟草产品（例如香烟、雪茄、水烟）和无烟烟草产品（例如鼻烟、咀嚼类烟草）或蒸汽烟草产品（如电子烟——一种可将带有特殊香味的液体气化的带柄电子设备，液体气化后再被吸烟者吸入。）
有害使用	有害使用是指有损于健康（身体或精神）的物质使用使用方式，包括吸烟和吸毒、以及对酒精饮料的有害使用（饮用方式一般包括高频率和 / 或、高剂大量饮酒、以及过早饮酒）。
有前景的实践	具有和有效方案相类似的特点，但尚未经过充分评估的实践，或者证明其有效性的证据不够有力，因而尚不能被称为循证式实践。
预防物质使用的健康和社会后果	该术语包含所有旨在直接减轻物质使用之健康和社会后果的方案和策略。例如：针头 / 注射器交换方案，该方案旨在防止注射吸毒者（PWID）共用针头以及由此引起的血源性传染病（如艾滋病和丙型肝炎）的传播；以及防止受酒精和毒品影响的人进行驾驶的方案。
指向征性预防	使用针对被认为有物质使用或物质使用所致障碍之特殊风险的个人所采取的物质使用预防策略。
中毒	中毒是指由于使用一种或多种精神活性物质而直接引发的一种物质使用障碍，具体可表现为意识障碍、认知障碍、感知障碍、判断障碍或行为障碍。
准实验研究	准实验研究的设计方案是在不对研究对象进行随机分组的情况下比较实验组和其他组之间的差异，或者有时只在干预措施施加前后对干预组进行评估，而不与其他组进行对比。尽管随机对照试验普遍被认为是结果评价的“黄金标准”，但准实验研究却能够以较低成本得出准确性略逊一筹的实验结果，因此这种研究方法实施起来更具可行性。



执行摘要

本手册侧重于中小学教育部门，就改进其应对儿童和年轻人饮酒、吸烟和吸毒问题的措施，提供了相关的背景和依据；介绍了有前景的循证式政策和实践，包括效果已在不同地区得到科学研究验证的相关实例；并就巩固和扩展教育部门应对物质使用的有效方法和计划，提出了需要考虑的问题。

背景和依据

物质使用行为普遍发端于青春期，酒精、烟草和大麻是儿童和年轻人最常使用的物质。通过校内调查得出的国

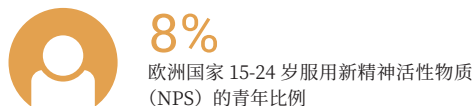
家级数据显示：在最近的 12 个月当中，13 至 15 岁儿童群体中有四分之一的人发生过饮酒行为；每十名女童中有一名吸烟者，男童的吸烟比例为五分之一，而大麻的吸食率则相对较低。烟草往往是儿童和年轻人最早使用的物质。苯丙胺类兴奋剂和新精神活性物质的使用率呈上升趋势，尽管其普及程度仍保持在较低水平。新精神活性物质对儿童和年轻人带来特殊威胁，因为某些青少年认为这些物质比其他毒品更加安全，原因在于这些物质目前或曾经是合法的。这些物质还相对易得并且经常以品牌包装的形式出现。此外，在某些国家的注册吸毒者（PWID）中，有多达 70%-90% 的人在 25 岁之前便开始了这种行为。

图：全球和某些特定地区的儿童和年轻人物质使用情况概览

在儿童和年轻人所使用的物质中，以下为 13-15 岁在校青少年使用程度最高的物质



有些儿童和年轻人还使用苯丙胺类兴奋剂（ATS）和新精神活性物质（NPS），并且有多重物质使用和注射吸毒行为：



29 个欧洲国家中在校青年的多重物质使用比例



在儿童和年轻人中，过早开始或者经常性饮酒、吸烟和吸毒会加大日后依赖性或有使用的风险，并且还会造成终身的身体和精神健康问题。

现有证据表明，儿童和年轻人的物质使用行为与全球存在的大量与教育相关的负面影响有关，包括各类发达和发展中地区和国家存在的学业水平差、辍学和不能完成中学和高等教育等问题。

能够促使或预防青少年发生物质使用行为的因素有很多——包括个人、家庭、学校、社区和社会因素。如果将教育部门视为一个由各类主体和元素组成的生态系统，则可利用教育部门来推行一种可帮助解决这些问题的综合性方案（如下所述）。

良好政策与实践

教育部门对物质使用问题的有效应对措施，需要依托最佳的现有科学证据来制定。这包括针对具体国家的物质使用流行状况和方式，设定与之相适应的预防和应对目标。预防措施应及早启动，且覆盖各个年龄组，并且应将儿童和年轻人成长过程中的关键过渡期作为开展预防工作的重点。教育部门对物质使用问题的全面应对措施应包括以下重要方面：

- **教育部门的政策和战略框架**，这可采取多种形式，如：强制性的禁止物质使用的政策；健康和物质使用方面的法定教育；提供学校卫生服务；学校预防措施的国家质量标准。所有的这些政策和战略框架需要以最佳的现有证据为依据，并以相关国际框架下的更广泛的社会重点问题为基础。
- **国家和地方性课程**，这些课程往往需要和健康类科目进行适当的配套，并且涵盖：
 - 1) 侧重于个人和社会技能的适龄内容和概念，尤其是年龄小于或等于首次物质使用之典型年龄的儿童和年轻人；除了关注个人和社会技能外，还应针对已有物质使用行为的青少年提供关于物质使用的具体知识和态度方面的学习；
 - 2) 由受过培训的教师实施的互动式教学方法；
 - 3) 时间持续数年的系统化课程，并搭配辅助性课堂活动以充实课程内容，巩固长期效果。仅仅为学生提供信息，特别是那些会引起学生恐惧的信息，以及利用前吸毒者向学生提供危害证明，要么达不到预防目的，要么只能达到负面的预防效果。
- **培训并支持教育人员**，使其有能力针对学校物质使用现象开展和支持高质量预防行动。通过师范生培训、

在职教师培训或单个学校内部的教师培训，都可以为广大教师提供基础性培训。有效的培训不仅需要教授相关知识和开展教学实践，还要具备吸引力，采取合作式学习方法，并包含重点技能的示范以及提供练习或角色扮演的机会。

■ **学校层面的循证式应对措施**，包括：

- 1) 一般性预防策略，旨在教育领域内并通过教育部门为儿童和年轻人营造一个安全和可靠的环境，包括在教育机构内提供涉及课程和其他活动的预防应对措施；
- 2) 选择性和指征性预防策略，该方案的干预目标为物质使用行为的高风险人群或已经发生物质使用行为的个人或群体。

建议采取一种全校参与的方式，将学校内能够影响学生学习、卫生和健康状况的各个因素都纳入其中，从而确保：

- 1) 在学校场所以及各项功能和活动中，无论是学生还是教师，都能做到杜绝酒精、烟草及毒品；
- 2) 对发现有物质使用行为的学生实施非惩戒措施，通过辅导、转介、戒除支持和其他支持性措施，将物质使用事件化解为教育和改善学生健康的机会；
- 3) 营造可促进学生参与、增进学生间积极互信关系并使其专心于学业的学校环境。没有证据显示在学校开展随机毒品测试会收到任何预防效果。

■ **适当的学校卫生服务**。适当的学校卫生服务不论在高收入还是低收入国家都很常见。它可有效预防、及早发现、针对有物质使用行为和出现物质使用所致障碍的学生提供转介服务（参见“术语表”），并且还可以对学生的物质使用行为进行简单干预。经验表明，在校园内提供卫生服务（基于学校的卫生服务）可收到良好效果，特别是对于那些难以顾及的儿童和年轻人而言更是如此，因为学校卫生服务比社区卫生服务更易普及。

■ **对教育部门应对措施的有效管理**，能够保障在长期内对规划、协调（包括教育部门和其他部门之间的协调，以及教育部门内的协调）、监督和评估教育部门的物质使用应对措施提供足够的资源和基础设施。

巩固和推广教育部门应对物质使用的有效措施

对于那些已证明无效或现有方式存在某种有害影响的计划和应对措施而言，应停止它们的实施工作并对其加以审评。某种应对措施只有在经过科学评估显示或证明其可产生积极效果时，方可继续实施或推广。对于教育部门的物质使用应对措施，若要制定和实施一份可靠的推广计划，则需要做好以下方面：强有力的管理、领导和先驱；从计划伊始就与各利益相关方建立紧密的合作关系；责任单位了解所进行的推广工作可能造成的影响；教育部门具有落实应对措施的能力和资源；以及长期不断的监测、质量提升和评估。



1. 引言

饮酒、吸烟和吸毒——本文称之为“物质使用”——会对健康造成各类负面影响，从受伤、事故和暴力到慢性健康问题（如上瘾、心血管疾病、艾滋病、丙型肝炎和各类癌症）不等。除了这些身体和精神方面的负面影响以及产生相应的医疗保健费用外，物质使用问题还会造成显著的社会、教育、刑事司法和生产损失，这些代价进而会对社区和社会带来十分沉重的经济负担。

对于这个问题，教育部门不能袖手旁观，而是需要参与应对，其原因有二：

- 1) 以帮助社会努力降低物质使用的社会和经济代价；
- 2) 儿童和年轻人¹的物质使用问题及其背后的原因会阻碍教育部门实现其使命。

物质使用，特别是有害使用，影响未成年人的健康，并且容易导致未成年人出现学业成绩水平低下问题，例如认知功能下降、离校²、旷课和辍学（Arthur 等，2015）。

¹ 根据联合国的定义，“青少年”是指年龄在10岁-19岁之间的人；“儿童”指18岁以下的任何人，除非对其适用之法律规定成年年龄低于18岁；“年轻人”的界定范围是10岁至24岁；“青年”指年龄在15岁至24岁之间的人。

² “学校”一次在本文多次出现，意思等同于“教育机构”。但学校特指某个具体的教育层面（例如学前、小学、中学、大学），将会具体说明。

另一方面，教育部门在预防和应对物质使用方面能够发挥重要作用。一份对现有证据的系统性评价综述（J.K. Das 等，2016）总结道：

- 对于吸烟而言，基于学校的预防措施可有效减少吸烟行为；
- 对于饮酒而言，基于学校的预防措施与饮酒次数的减少有关；
- 对于吸毒而言，从社会能力和社会影响力两方面着手的学校干预措施对包括吸食大麻在内的吸毒行为有抑制效果。

关于教育部门如何有效帮助解决物质使用问题，也已形成了非常明确的认识。经过三十年的发展，预防科学已充分证明，教育部门的哪种措施可有效预防物质使用行为及其所造成的健康和社会后果，以及哪些措施是无效的甚至会造成负面效果。需重点指出的是，循证式预防措施向来被证明是具备成本效益的（Lemon 等，2014）。

遗憾的是，教育部门的应对措施在质量和覆盖规模上往往不尽如人意。例如：

- 许多国家的教育部和其他教育主管机构并未深度参与对物质使用问题的国家应对方案之中。教育部门和其利益攸关方之间也往往缺乏沟通协调。
- 许多国家的教育部门所采用的干预方法并未以科学证据为基础，浪费了珍贵资源，并且在某些情况下还带来了最终会对年轻人造成伤害的意外后果（UNODC，2013）。
- 部分国家实施了零星的循证式措施，但在巩固和推广这些措施方面面临困难。

因此，实施和推广循证式的物质使用预防政策和方案已势在必行。本手册旨在通过探索循证式方案、展示各地区的相关范例，以及论述小型项目的推广策略，帮助教育部门的有关方面加强其针对物质使用的应对之策。鉴于各国教育部门的结构和职责划分存在明显差异，本手册将其目标受众确定为处于领导和支持这些措施最有利位置的官员，包括：

- 国家层面和地方层面：政策制定者和规划者、课程编制者、教师培训师、学校卫生政策负责人、学校卫生

人员和卫生政策制定者，包括那些负责学校卫生人员职业发展的相关人员；

- 公共卫生、社会与发展合作伙伴，以及其他利益攸关方。

关于本手册

本手册是联合国教科文组织推出的有关健康教育之良好政策与实践系列出版物的一部分，由联合国教科文组织携手联合国毒品和犯罪问题办公室和世界卫生组织共同编制完成，后二者皆希望能够为教育部门的物质使用预防措施提供支持，并将其特殊权限和专业知识运用到这一问题当中。联合国毒品和犯罪问题办公室的《吸毒预防国际标准》（2013）和世界卫生组织的《世界青少年健康问题》（2014）为本文设定了背景框架。

为本手册的撰写所准备的技术背景文件，是主要的信息来源。该文件针对在校儿童和年轻人的物质使用行为的特点和规模，以及教育部门对此问题的应对措施提供了最佳的可用数据，重点收集了中低收入国家有关这方面的状况信息。为了最大程度地展现中低收入地区的实际情况，联合国教科文组织授权开展了关于以下方面的额外数据收集工作：

- 东欧、中亚、东部和南部非洲、以及拉丁美洲和加勒比地区的儿童和年轻人的物质使用行为的特点和规模；
- 东欧、中亚以及东部和南部非洲的教育部门对该问题的应对措施。

最后，部分国家的教育和公共卫生界的专家和官员还被召集在一起开展讨论，以填补依旧存在的知识缺口。

本文的其余部分结构如下：

- **第二章**详细说明了教育部门针对年轻人物质使用行为的应对措施为何具有至关重要的意义，并阐述了青年物质使用行为的特征和规模、物质使用的后果、为什么有的学生尤其容易发生物质使用行为、以及教育部门如何进行总体定位从而以最有效的方式应对该问题。
- **第三章**指出了经科学研究验证有效的（以及无效的）策略和干预措施，并以相关案例展示了运用这些有效战略和干预措施的多个国家所开展的相关工作。这些

案例属于“循证式”案例或者是“有前景的”案例（参见术语表关于这些词汇的定义）。

- 第四章作为总结部分，列出了巩固和推广教育部门之物质使用应对措施所需要考虑的几个要点。

本文侧重于中小学教育领域。尽管高校学生的物质使用行为也是一个十分重要的问题，但由于高等教育所处的环境不同以及涉及其他利益攸关方，需要采取不同策略，因此高等教育领域的物质使用问题不在本手册的讨论范围之内。





2. 背景和理论根据

2.1. 在校青少年的物质使用比例

男孩的物质使用比例高于女孩，这种历来的性别差距至今仍普遍存在。然而，在某些高收入国家中，女孩的物质使用比例在过去二十年内正在不断上升，特别是处方药的非医疗使用现象更是如此。

(联合国毒品和犯罪问题办公室，2016 年)

在世界成年人口中，酒精、烟草和大麻是最常使用的精神活性物质——年轻人的情况也同样如此。在绝大多数国家所开展的国际调查披露了在校青少年部分物质的使用率，并提供了有害使用的若干指标。这些调查并不能取代本地数据，但它们的确为规划教育部门之物质使用应对措施提供了背景和根据。

本部分所使用的信息主要基于以下相关数据：

- **全球学校学生健康调查 (GSHS)** —— 世界卫生组织的一项全球性协同监测项目，旨在帮助各国衡量和评估行为性风险因素和保护性因素。
- **全球青少年烟草调查 (GYTS)** —— 世界卫生组织的一项校内调查，旨在加强各国监督青年吸烟行为的能力，并为烟草预防和控制计划提供指导。
- **学龄儿童健康行为调查 (HBSC)** —— 涵盖了欧洲和北美的 44 个国家和地区；
- **欧洲学校酒精和其他药物调查研究项目 (ESPAD)**，提供了大约 40 个欧洲国家的相关数据。

酒精

各国普遍编制了针对未成年人饮酒的相关法律和法规。举例来说，绝大多数国家通过制定和执行法定年龄限制（各国的限制年龄从16岁至21岁不等）禁止青少年饮用酒精饮料，或禁止向青少年出售或提供酒精饮料。

图 1:13-15 岁在校青少年的饮酒比例



总结：

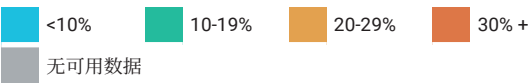
- 酒精是全球学生使用程度最高的物质。酒精存在于各类饮料之中，包括啤酒、葡萄酒、烈性酒、苹果酒、清凉饮料或“波普甜酒”。
- 从全球平均水平来看，13-15 岁人群中有一四分之一的人在过去 12 个月中报告有饮酒行为，这一比例是吸烟行为的两倍。
- 酒精使用水平和方式在国家和地区层面上都会有所差异，这种差异有时还会反映在社区和学校层面上。因此，这突显了以本地调查对国家级调查加以补充的必要性。
- 有害饮酒在全球范围内是 13-19 岁青少年较为普遍的行为方式，但欧洲和美洲更加盛行，而非洲和亚洲的比例则相对较低。

从数据反映的情况来看，大多数国家的男孩醉酒的情况比女孩更普遍，但有时两者差距甚微。而在其他国家中（如乌拉圭和法国），女孩的醉酒情况与男孩不相上下。

中低收入国家有关饮酒频率的数据比较匮乏。欧洲是收集频繁饮酒相关数据的地区之一：捷克共和国、丹麦、拉脱维亚和德国是 15-16 岁学生频繁饮酒³行为最盛行的国家（频繁饮酒学生比例超过三分之一）；而冰岛、挪威和瑞典则是比例最低的国家，调查显示，这些国家 15-16 岁学生频繁饮酒的比例不足 10%。

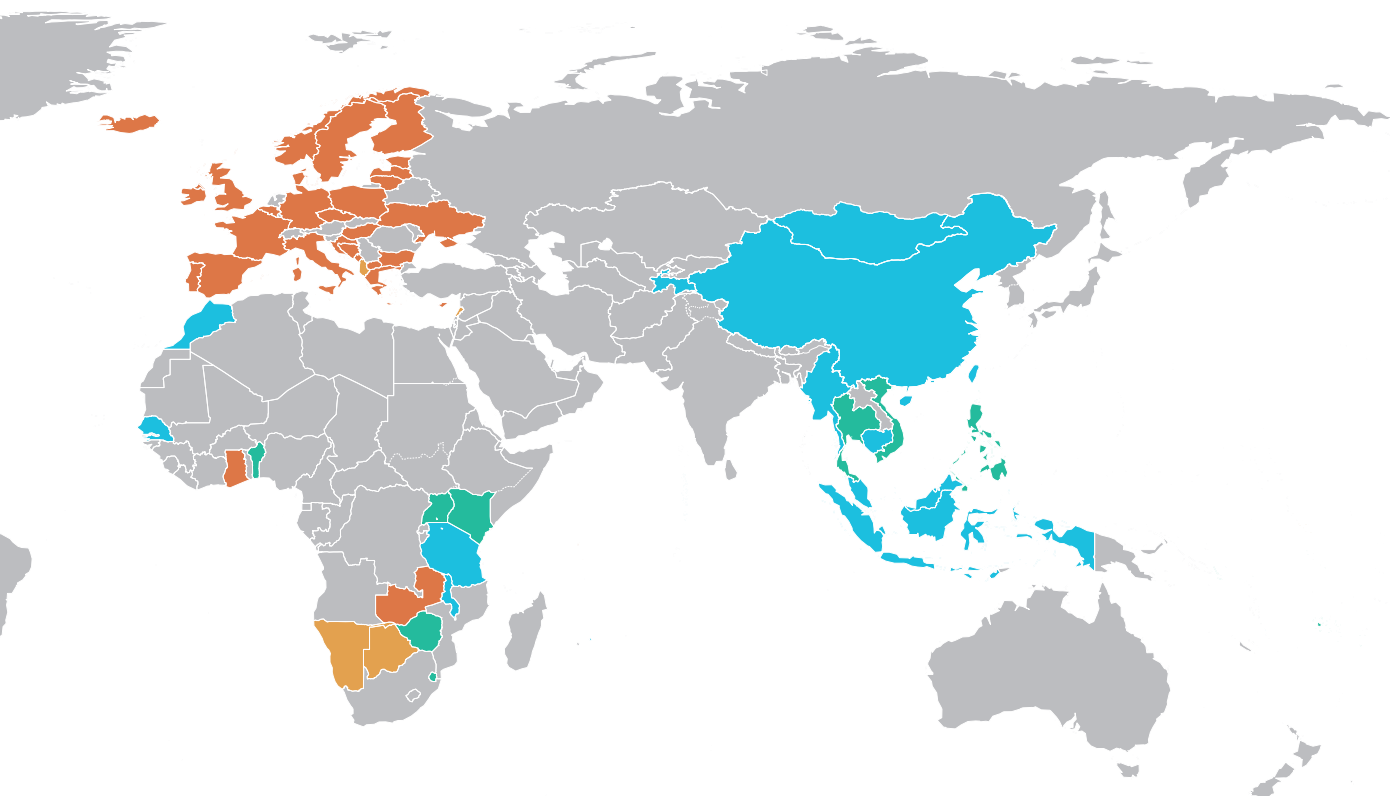
3 “频繁饮酒”在这里是指生活中的总饮酒次数已达 40 或更多。

图 2. 欧洲 15-16 岁学生以及其他地区 13-15 岁学生发生过饮酒行为的比例



来源：欧洲学校酒精和其他药物调查研究项目（ESPAD，欧洲部分）和《全球学校学生健康调查》（GSHS，其他地区）⁴。

4 《全球学校学生健康调查》的调查对象为 13-15 岁年轻人，而欧洲学校酒精和其他药物调查研究项目的调查对象为 15-16 岁年轻人。由于 13-16 岁年龄段物质使用率的增加速度通常会非常明显，因此《全球学校学生健康调查》的调查结果和欧洲学校酒精和其他药物调查研究项目所得出的物质使用率不具可比性。



烟草

许多国家都针对年轻人制定了销售、使用或购买香烟和其他烟草制品的相关法律。然而，这些法律相互间都存在差异并且会随着新的烟草制品如电子烟等的出现而不断变化。儿童和年轻人的吸烟行为亟待关注，因为这种行为往往会形成终身吸烟行为，造成终生的健康问题。此外，在许多国家中，烟草工业更是利用比以往更为密集、有针对性和富于技巧的策略，直接面向儿童和青少年群体进行烟草营销。

图 3:13-15 岁在校青少年的吸烟比例



1/10 女孩与 1/5 男孩

最近 12 个月 13-15 岁在校青少年的吸烟比例

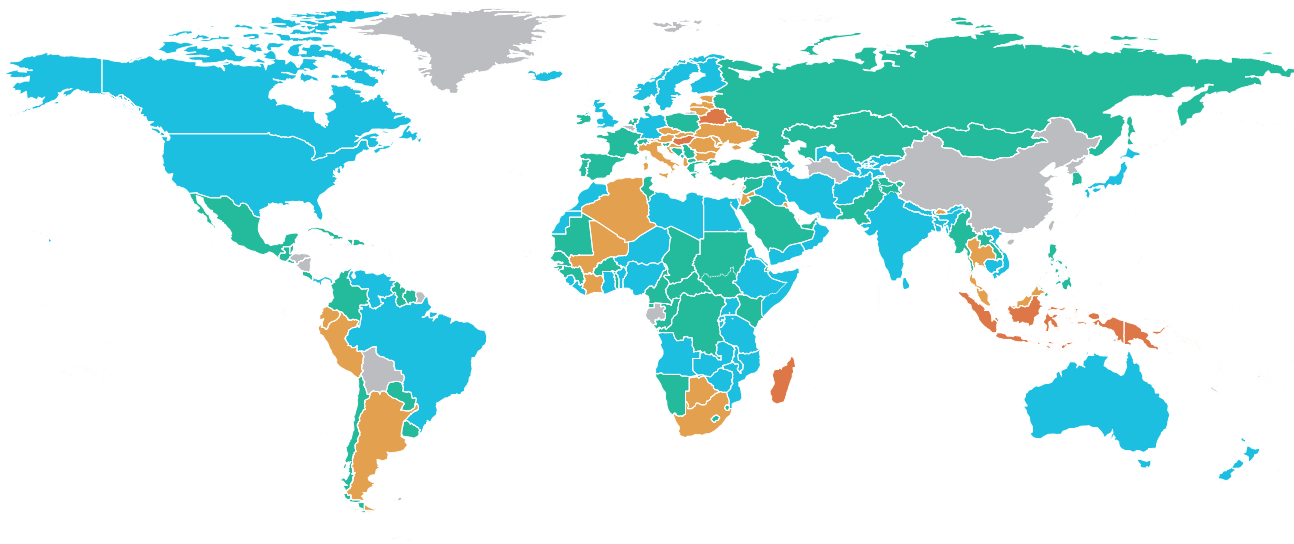
总结：

- 烟草通常是年轻人最早使用的物质，在 13-15 岁有吸烟史的学生中，有四分之一的人反映其首次吸烟年龄不足十岁。男孩比女孩更容易成为吸烟者，但欧洲和美洲除外，这两个地区男孩女孩的吸烟率大致相同。
- 青少年吸烟在世界大部分地区都属于常见现象。从全球来看，13-15 岁女孩的吸烟比例为十分之一，13-15 岁男孩的吸烟比例为五分之一。
- 吸烟率最高的地区是欧洲，最低的地区是亚洲和非洲。但随着大多数欧洲国家吸烟率的不断下降，这种情况正在发生变化。
- 低收入群体的吸烟率高于高收入群体，加剧了健康不平等问题。
- 吸烟率在某些地区的不同国家之间也会存在巨大差异。例如，根据调查，就过去 30 天内发生吸烟行为的 13-15 岁年轻人的比例而言，中东地区不同国家存在显著差异，从阿曼的 3.3% 到黎巴嫩的 60% 不等。

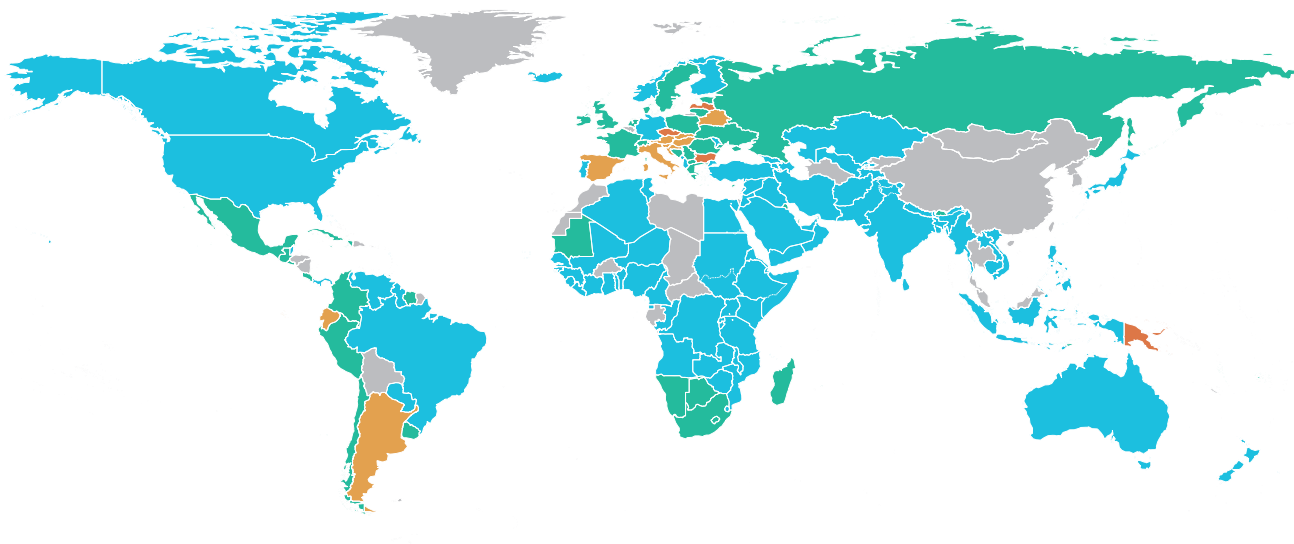
图 4 . 13-15 岁学生使用烟草制品的比例, 2011 年或更新数据

0 - 6.9% 7 - 15.9% 16 - 29.9% 30% + 无可用数据

男性：



女性：



来源：世界卫生组织，2013。

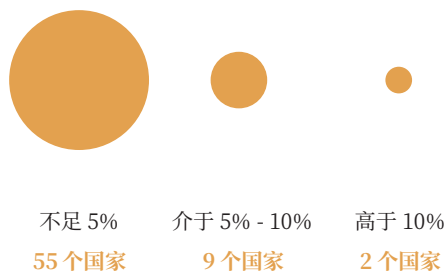
大麻

大麻是《联合国毒品条约》中的一种管制性药品。这意味着大麻的使用仅限于医疗和科学目的。

最常见的大麻制剂包括大麻烟、哈希什（大麻麻醉剂）和大麻油。

大麻烟是大麻的植物制品，由植物顶部花穗及叶子的干品制作而成。四氢大麻酚（THC）属于大麻毒品的一种主要精神类化合物，是大麻吸食者所追求的致幻效果的主要作用成分。大麻一般以大麻烟的形式通过手卷卷烟或“大麻卷烟”的方式吸食，这种方式可能会掺入烟草。

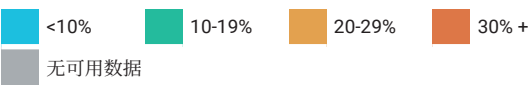
图 5：66 个国家的 13-15 岁青少年大麻吸食比例



总结：

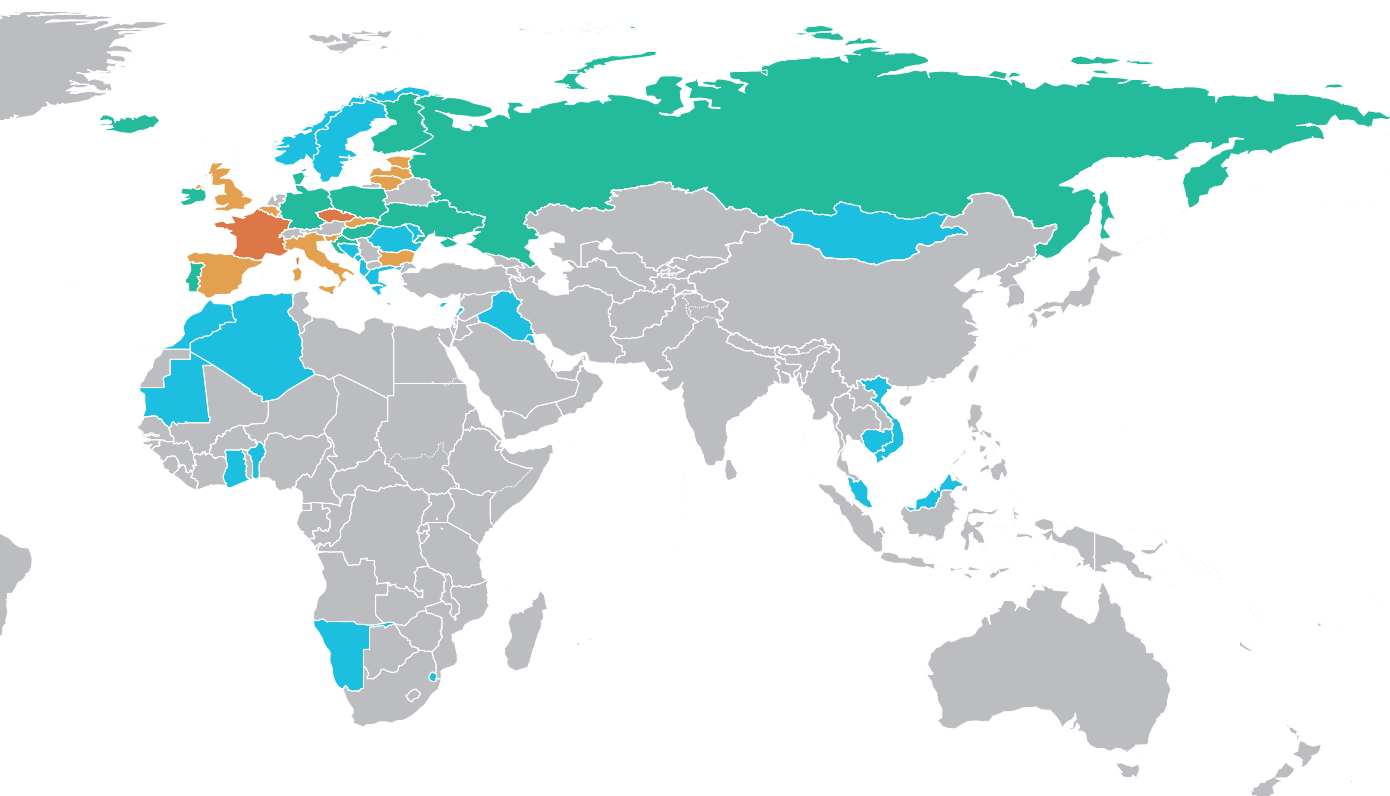
- 大麻是酒精和烟草之外世界各地青年（及整体人口）使用程度最高的物质；大麻吸食比例最高的地区是中西非地区、北美洲和大洋洲。但大麻吸食比例在这些地区内部也存在十分明显的差异（UNODC，2015）。
- 可提供现有大麻吸食比例数据的国家相对较少，但总体而言，大麻吸食比例要低于饮酒和吸烟。
- 欧洲国家的学生吸食大麻现象最为严重（即捷克共和国、法国和摩纳哥），在这些国家，有十分之一的学生近期内至少平均每周吸食过大麻。

图 6. 欧洲 15-16 岁学生和其他地区 13-15 岁学生有大麻吸食史的人数比例



来源：欧洲学校酒精和其他药物调查研究项目（ESPAD，欧洲部分）和《全球学校学生健康调查》（GSHS，其他地区）⁵。

⁵ 参见脚注 3。



苯丙胺类兴奋剂（ATS）

苯丙胺类兴奋剂是一组由合成兴奋剂组成的物质（如苯丙胺、甲基苯丙胺（冰毒）、3,4-亚甲基二氧基甲基苯丙胺（摇头丸）。和大麻一样，苯丙胺类兴奋剂也在国际管制的范围之内（《1971年精神药物公约》）。尤其需要注意的是，通过吸食或注射方式使用苯丙胺类兴奋剂可迅速导致使用者上瘾，还会增加感染艾滋病病毒和其他血源性病毒的风险。

总结：

- 从全球来看，年轻人当前使用苯丙胺类兴奋剂（如甲基苯丙胺（冰毒）、“摇头丸”）的比例非常低（基本

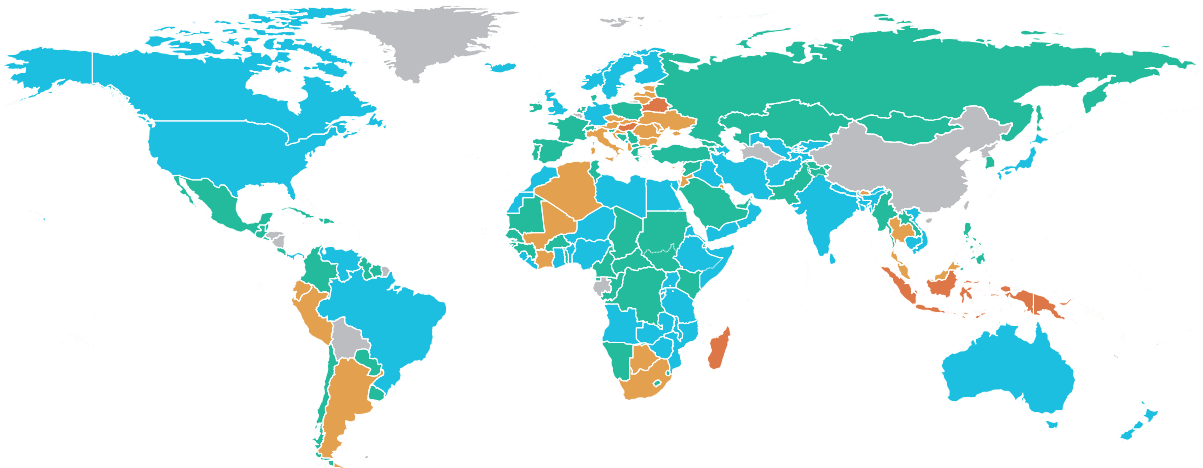
都在 1% 以下）。

- 各地区报告的苯丙胺类兴奋剂使用率存在很大差异，并且有关全球青少年使用这些物质的数据资料也未能得到有效收集。然而，对出生至今使用过（即“曾经使用”）苯丙胺类兴奋剂的 13-15 岁人群进行报告的 66 个国家中：
 - 在大多数国家中，使用过苯丙胺类兴奋剂的学生不足二十分之一。
 - 共有 9 个国家的苯丙胺类兴奋剂之学生使用比例在 5% 和 10% 之间。
 - 两个太平洋地区国家（萨摩亚和所罗门群岛）报告的苯丙胺类兴奋剂之使用比例高于 10%。

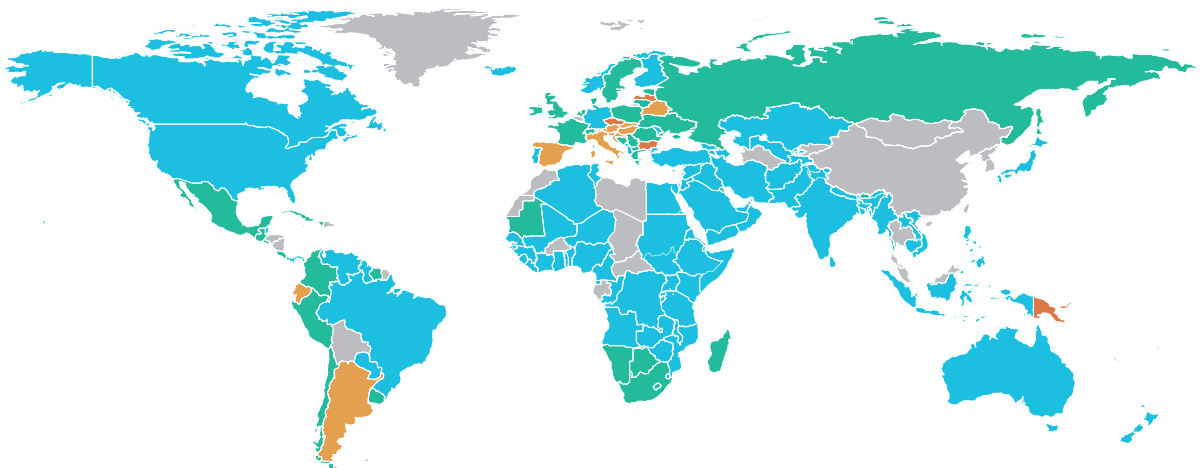
图 7. 欧洲 15-16 岁学生和其他地区 13-15 岁学生使用过苯丙胺类兴奋剂（ATS）的人数比例



男性：



女性：



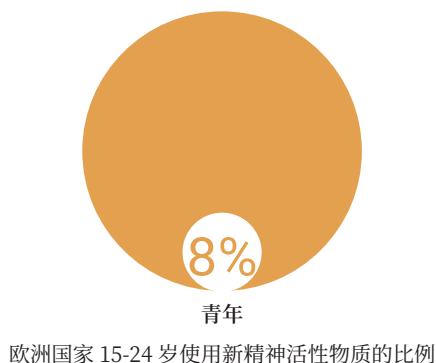
来源：欧洲学校酒精和其他药物调查研究项目（ESPAD，欧洲部分）和《全球学校学生健康调查》（GSHS，其他地区）。

6 参见脚注 3。

新精神活性物质 (NPS)

近年来，新精神活性物质 (NPS) 或所谓的“合法兴奋剂”的消费量在世界多地的年轻人群体呈现出快速增长势头。目前，全球共发现有 500 多种新精神活性物质，其中包括 2015 年间向欧盟预警系统首次报告的 100 种新精神活性物质。

图 8. 欧洲国家15-24岁青年使用新精神活性物质的比例



估算新精神活性物质的使用率往往很困难，通过整体人口调查来进行估算更是如此。《欧洲晴雨表快讯》(Flash Eurobarometer) 为此提供了洞见。该机构对欧盟成员国国内 1 万 3000 多名青年开展了一项有关新精神活性物质使用的调查。调查发现，有 8% 的调查对象至少使用过一次新精神活性物质，其中有 3% 的人在上一年使用过这些物质。上一年新精神活性物质使用率最高的国家为：爱尔兰 (9%)；西班牙和法国（都为 8%）；和斯洛文尼亚 (7%)；而新精神活性物质使用率最低的国家则为马耳他和塞浦路斯 (0%) (欧洲毒品和毒瘾监测中心，2015 年)。

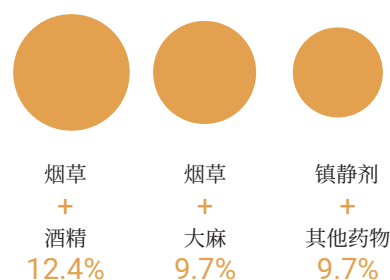
新精神活性物质之所以有风险，原因在于它们的获得难度很低（以前和现在都是如此），并且人们对其对身心健康的威胁，不一定像对其他更加“传统”的非法药物一样会有所认知。此外，医疗保健服务可能难以应对因使用这些物质而造成的健康后果和紧急情况。部分年轻人错误地认为新精神活性物质的安全性更高，因为他（她）们认为这些物质曾经是合法的，或者认为它们是以品牌包装的形式出现在市面的。此类错误观念使年轻人面临风险并促使他们参与危险行为。

多重物质使用

多重物质使用是指使用一种以上的精神活性物质，往往同时是使用或先后使用。目前国际上有关多重物质使用的最准确信息来源于欧洲的 29 个报告国家，这些国家提供了男女女孩的平均数据：

- 最常见的多重物质使用方式是吸烟（过去 30 天每天吸五只以上香烟）加饮酒（过去 30 天饮酒次数超过 10 次）。参与调查的学生中，报告有此行为的人达到了 12.4%。
- 学生群体中第二普遍的多重物质使用方式为烟草加大麻（出生至今任何吸食过大麻的行为），其比例为 9.7%。
- 接下来的是任何曾经使用过镇静剂加一种非大麻类违禁药物的行为，比例达 7.4%。
- 法国、摩纳哥和捷克共和国是学生发生两种或两种以上种物质使用行为之比例最高的国家，分别达到了 20%、18% 和 16%。
- 学生发生两种或两种以上物质使用行为之比例最低的国家为冰岛、黑山和乌克兰，比例分别为 4%、4% 和 5%。

图 9. 29 个欧洲国家的学生多重物质使用方式和比例



注射吸毒 (IDU)

尽管注射吸毒 (IDU) 在在校学生中并不十分常见，本部分仍关注这一问题，因为学生辍学会增加其发生此类行为的风险。

总结：

- 总体上，注射吸毒行为最常发生于无家可归的儿童和年轻人群体之中。这些年轻人通常具有复杂的个人和社会需求（例如精神健康问题、居无定所），这些需求往往源自其早年的不良生活经历。
- 有注射吸毒行为的年轻人主要居住在中低收入国家。
- 在全球大约 1270 万注射吸毒者 (PWID) 当中，25 岁以下注射吸毒者的比例尚不知晓 (WHO, 2014)。西方国家关于吸毒行为的校内调查普遍发现，报有注射吸毒史的学生比例在 1% 左右。
- 各地区和国家的学生首次注射吸毒年龄都不尽相同，部分国家（例如东欧国家）反馈的年龄较小。以乌克兰为例，在露宿或工作于街头的年轻注射吸毒者（10-19 岁）的调查样本中，有 45% 的人称自己首次注射吸毒时的年龄不满 15 岁。

2.2. 年轻人物质使用行为的后果

许多年轻人尝试某物质时是出于一时的好奇，或者偶尔才使用某物质，因而未遭遇明显的短期负面后果。然而，这类物质使用行为会导致相对隐性的长期后果，并且许多年轻人还进行了多种模式的物质使用行为（例如过早使用、频繁使用、大量使用、多重物质使用以及在驾驶、性活动或其他活动中使用各类物质），并由此造成了短期的负面后果。这会将某种使用模式带入成年，从而造成长期负面效果。（Gore 等，2011）。

尽管物质使用及其后果的因果联系往往比较复杂，而且并不总能表现出线性的因果关系，但至少从频繁饮酒和吸毒及其所对应的健康、社会和教育后果中可以看出十分明显的因果关系。

图 10. 年轻人发生物质使用行为的后果



健康方面的后果

有强有力的证据表明，儿童和年轻人的物质使用行为会造成身体和心理健康问题。例如：

- 儿童和年轻人的**吸烟**行为与呼吸困难（Kandel 等，1986）、哮喘和鼻炎（Gómez，2009）以及成年人癌症存在明显联系。
- 频繁**吸食大麻**已被证明可造成大量身体健康问题，例如呼吸问题、心血管疾病和慢性支气管炎症状（Hall，2015）。青少年时期大麻吸食者有相当高的几率在 59 岁之前成为残疾抚恤金领受者（Danielsson，2014）。吸食大麻所带来的严重健康后果包括加剧的焦虑、恐慌和精神病性症状，并且还会增加主要由交通事故引起的死亡风险（Hall，2015）。
- 儿童和年轻人的有害**饮酒**行为会导致成年后的身体健康问题，包括胃肠道疾病、心血管疾病、癌症、因免疫系统弱化和意外伤害造成的非传染性疾病罹患风险的增加（WHO，2014）。此外，儿童和年轻人的有害饮酒行为还与神经认知和大脑功能减退存在关联（Squeglia 等，2009；Zeigler 等，2005）。

- 与他人共同针头和注射器材的**注射吸毒者（PWID）**感染艾滋病病毒和其他血源性病毒（例如乙型肝炎和丙型肝炎）的风险更大。不熟悉注射的年轻人可能不太会注意这些风险，并且也不太可能了解如何获得帮助。因此，个人注射吸毒的初始阶段是感染艾滋病和相关疾病风险最高的时期（Hadland 等，2011；巴雷特（Barrett 等，2013）。

与之类似的是，在包括智利、中国、纳米比亚和菲律宾在内的中低收入国家中，儿童和年轻人的饮酒和吸毒行为，也会造成类似的心理健康问题并引发具有健康风险的行为，包括性风险行为以及犯罪和暴力行为（Kandel，1986；Page 等，2010；WHO，2005）。

酒精和物质使用障碍是世界儿童和年轻人损失大量健康寿命年（伤残调整寿命年，即 DALY）——例如，**每名男孩 3 天**——的原因所在，如表 1 世界卫生组织 2012 年数据所显示的那样。

表 1. 2012 年伤残调整寿命年的损失情况（每 10 万人）

	5-14 岁年龄组		15-29 岁年龄组	
	男性	女性	男性	女性
由酒精使用所致障碍引起的损失	51.9	13.9	929.2	161.1
由物质使用所致障碍引起的损失	26.7	21.9	554.1	269.5

教育方面的后果

如前文所述，吸烟、饮酒和吸毒往往与精神健康问题密切相关。这些问题可能会影响学生的学校出勤，因此物质使用行为与全球存在的大量与教育相关的负面影响有关，包括各类发达和发展中地区和国家存在学习成绩差、辍学和未完成中学和高等教育等问题（De Micheli 和 Formigoni，2004；Munne，2005；Rizk，2005；UNODC，2009b）。

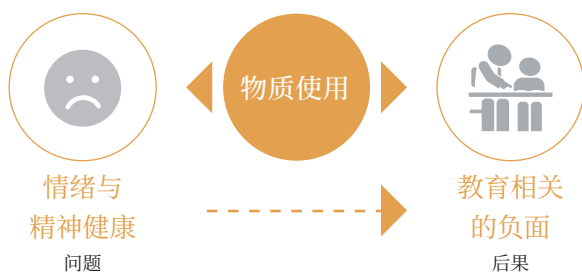
物质使用行为发生得越早，就越有可能造成直接负面后果和长期影响。例如：

- 青少年的早年吸烟行为与学习成绩下滑存在密切联系（例如学校表现和辍学）（Dhavan 等，2010；Stiby 等，2015）。
- 早年醉酒和酗酒行为的危害性特别明显，会增加对大脑、社会问题、学校出勤（例如停学和旷课）和未来

教育前景造成直接和持续影响的可能性。(Hemphill 等, 2014 ; Kuntsche 等, 2013)。

- 研究发现, 青少年早年吸食大麻始终与学习成绩差和提早退学有关——使用程度越高, 学业成就越低。(Silins 等, 2014 ; Stiby 等, 2015)。

图 11. 年轻人物质使用行为产生的教育后果



物质使用对教育带来的干扰还表现在非物质使用者会受到同龄物质使用者的不利影响, 包括扰乱其学习时间、人格侮辱或羞辱以及毁坏财务 (美国司法部, 2012)。在学校环境中, 物质使用或物质使用者会影响课堂质量, 占用学校的学习资源。总体来看, 根据英国教育部的估算, 儿童和年轻人物质使用行为造成的学业成绩下降平均造成的经济成本为每名物质使用者 80700 英镑 (教育部, 2011)。

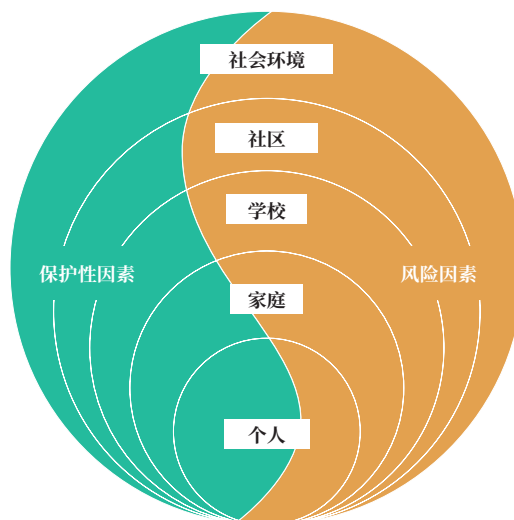
学校出勤与物质使用以及情绪等问题之间存在复杂的关系。这些问题都源于许多相同的因素 (Kipping 等, 2012)。循证式物质使用预防措施将针对这些因素, 不仅有望成功预防或推迟物质使用行为, 还有可能以多种方式实现更好的学习成绩和社会功能。

2.3. 为什么有的年轻人会产生物质使用行为而其他人不会

有些儿童和年轻人由于个人特点和生活环境的原因, 更有可能发生物质使用行为。

这些特点和环境要素可称之为“风险”因素或“保护性”因素, 取决于它们能否增加或减少年轻人参与物质使用行为的可能性。每个人都会同时面临或经历风险和保护性因素, 这些因素会在年轻人的生活中相互影响 (例如它们的相对数量、强度、时机和持续时间), 并且能够预示物质使用行为是否有可能发生。

图 12. 影响年轻人发生物质使用行为之可能性的因素类型



风险和保护性因素对个人发展的影响可贯穿其一生, 即从胎儿至幼年, 再到青少年和成年。观察这些因素相互作用的一种有效方法是借助“社会生态”视角, 视每名儿童或青年处于其不断延展的生活环境 (如家庭、学校、社区和社会) 之中心 (Bronfenbrenner 和 Ceci, 1994)。

儿童生活中的总体风险和保护水平, 取决于个人特征与其所处的各类生活环境之间的相互作用。例如, 婴儿时期未获得良好的亲子关系可能会造成早年的行为问题, 从而影响学习成绩以及和同龄人关系的建立。另一方面, 循证式的早期学校预防措施可提高学生与教师和同学之间的互动能力, 避免形成更严重的行为问题, 并有助于改善学生与家长间的关系。

儿童早年的经历会影响其日后所要经历的事情和成长过程。因此, 早年经历能够影响儿童一生的发展轨迹, 这种轨迹既可能是正面的, 也可能是负面的 (Webster-Stratton 和 Taylor, 2001)。能够影响儿童生命历程的因素包括重要的生活事件 (例如搬进高质量的住房), 或者是重大的环境改变 (例如从小学升入中学), 也可以是某种能够对抗风险因素的预防措施, 并且这种措施还可以改变由早年发展而来的负面人生轨迹。

表 2. 青少年发生物质使用行为的相关因素⁷

	风险因素	保护性因素
个人	• 遗传因素 • 注意力、心理健康和行为问题 • 举止或行为障碍 • 犯罪和行为问题 • 心理健康问题(如寻求刺激、焦虑) • 对物质使用持肯定态度 • 认为物质使用是普通行为	• 亲社会行为(如性格随和) • 与年龄相称的语言和计算能力(认知技能) • 社会情感能力(如冲动控制、良好的自我认同) • 性格谨慎
家庭	• 母亲吸烟 • 父母赞同物质使用 • 亲子冲突 • 父母或兄弟姐妹有物质使用行为 • 父母或兄弟姐妹有心理健康问题 • 父母虐待或疏于照料 • 家庭管理不善 • 物质贫困 • 家境不稳定	• 家庭归属感 • 父母与儿童间的协调沟通、对儿童的全面管教和监督 • 父母和谐 • 温暖、关切和支持性的育儿方式—亲情和亲密关系 • 精神交流
社区	• 缺乏与成人的接触机会 • 物质获取难度低 • 对物质使用的社会接受度和容忍度高使用	• 家庭外提供关爱的成年人 • 参与社区活动
学校	• 缺乏教育机会 • 缺席、旷课和辍学 • 欺负他人或被欺负 • 过早出现学业失败 • 缺乏对学业的了解 • 学习成绩低下 • 有物质使用行为的同学	• 进入并留在学校 • 完成中学学业 • 学习上上进心 • 避免停学的政策 • 促进教师、家长和学生之间的关系
社会环境	• 企业以密集、有针对性且有技巧的营销策略向儿童和青少年销售烟草和酒精饮料。 • 物质的获得难度低 • 因政治动荡或自然灾害流落于冲突地带	• 禁止或限制烟酒公共广告的法律 • 禁止儿童饮酒吸烟的法律 • 成人的积极榜样作用

那些容易将年轻人置于风险之中，或者能够保护其远离物质使用的因素，与那些可引起若干其他问题行为（如暴力行为、犯罪活动、危险性行为和学习成绩差）的因素是大致相同的（de la Haye 等，2014；de Looze 等，2014）。这要求我们采取协调到位、全面综合且重视权利的方式，帮助儿童和年轻人利用保护性因素，同时应对和解决风险因素。

⁷ 更多有关青年物质使用之风险和保护性因素的信息，参见：Cleveland 等，2008；Hawkins 等，1992；UNODC，2013（附录 2、附件 1）。

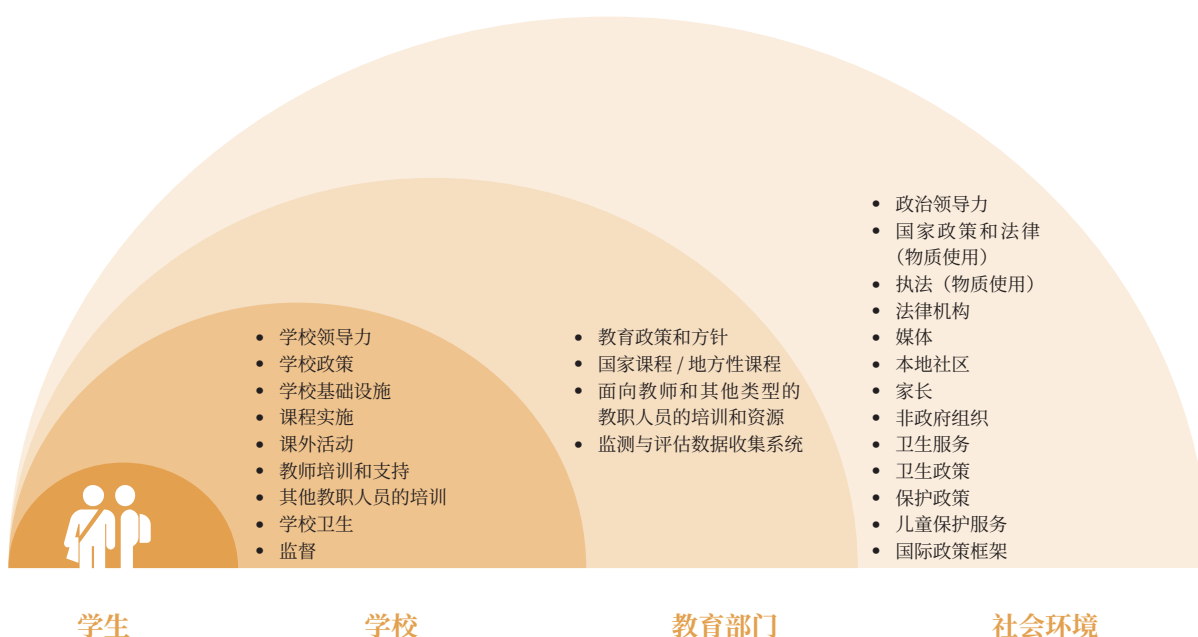
2.4. 教育部门的职责

如本文 2.3 所述，能够促使或防止年轻人发生物质使用行为的因素有很多，包括个人、家庭、学校、社区和社会。鉴于这种情况，最理想的局面是，服务于年轻人或有年轻人参与的各个组织（例如家庭、学校、媒体、青年机构、宗教团体、工作单位和娱乐场所等）将健康促进和预防物质使用的理念纳入其政策和实践当中，从而在其权限内对保护性因素和风险因素施加影响。

在国家层面上，教育部门若要实现最有效的干预，前提是建立一个长期有效的全面综合的物质使用预防和控制系统，或者通过各部门联合推出针对不同年龄段和物质使用问题的不同严重程度的预防策略。

在教育部门内，各类要素和系统共同作用，在教育部门应对物质使用方面组成了一个丰富的“生态系统”。（参见图 13）

图 13. 国家教育部门的应对措施生态系统



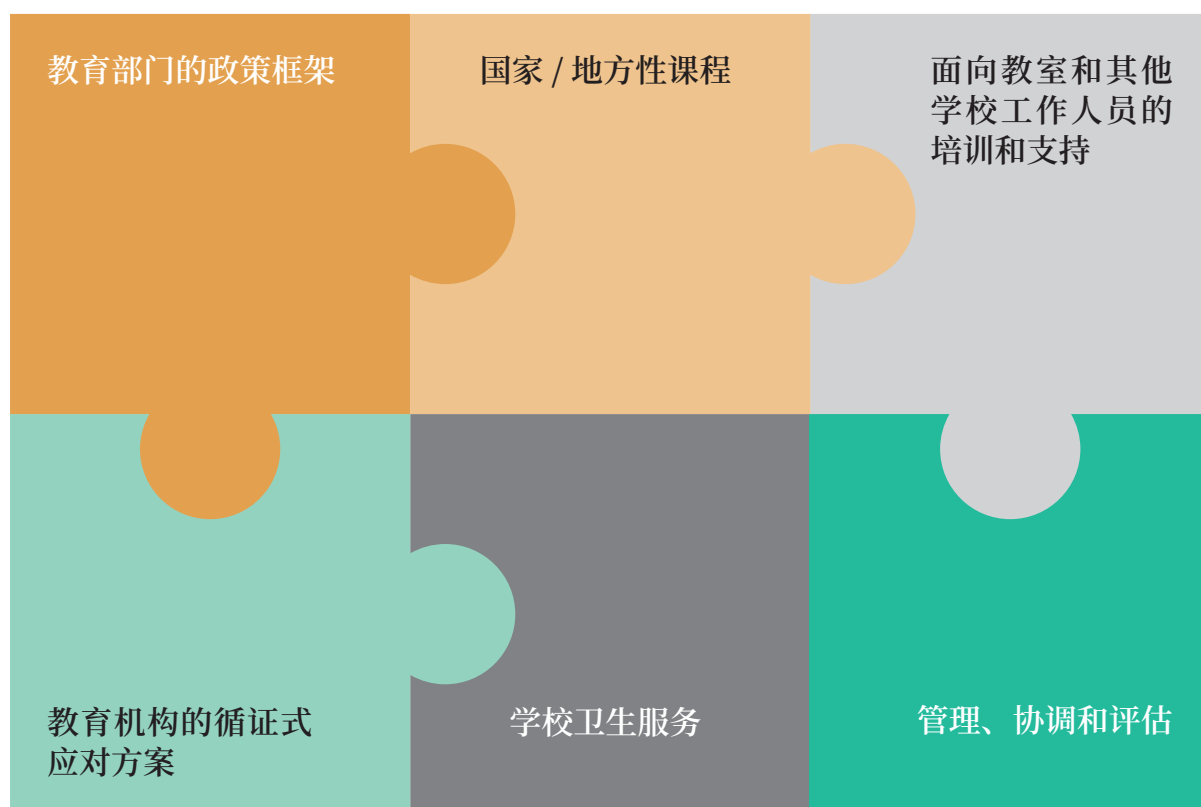
该生态系统最大程度地展现了教育部门应对物质使用问题时能够提供各项保护的机会。这些机会代表了教育部门有效应对物质使用方案的组成要素（同时认识到不同国家之间，教育部门在国家和地方层面的结构会存在差异），它们包括：

- 预防和解决儿童和年轻人物质使用问题的政策框架；
- 国家和（或）地方性课程（内容与传授方法），包括以技能为主的预防教育；
- 面向教师、学校卫生专业人员和学校其他工作人员进

行的培训和支持，以帮助他们规划、开发和实施基于学校的全面干预策略；

- 在教育机构实施与课程相关的循证式干预措施；
- 在教育机构实施与学校环境相关的循证式干预措施，包括学校的物质使用政策、以及教育机构实施的其他循证式预防干预措施；
- 学校卫生服务，这要求同时向发生物质使用行为的年轻人提供预防措施和关怀支持；
- 管理、协调和评估教育部门的应对方案，包括对儿童和年轻人物质使用比例的监控。

图 14. 教育部门针对物质使用问题的全面应对措施的重要组成部分



若一同加以实施，这些要素非常有望在孩子的青春期及以后的人生阶段起到积极的物质使用预防效果，从而在他们成年之前保护其远离物质使用和其他危险行为。



3. 教育部门应对物质使用问题的良好政策和实践

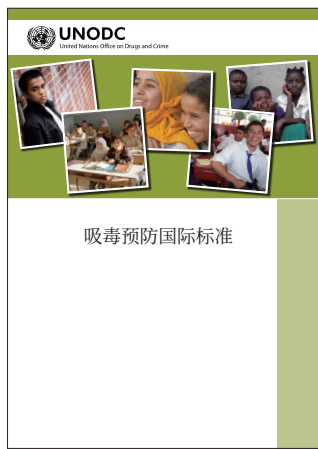
教育部门对物质使用问题的综合应对，有时候并不意味着需要更多的资源投入。有时，对现有资源进行重新配置，并且通过改变实践方式从而更高效地利用资源，同样可以行之有效。在其他情况下，可能需要投入新的资源。决策者需要将任何新成本与不作为或者低效作为的代价进行比较并做出权衡。

3.1. 教育部门应对物质使用的重要原则

所有应对措施都要基于科学证据

就教育部门应对物质使用的全面措施而言，为了达到安全和高效的目的，各个要素都需要基于证据，并且它们的实施也应得到监督和评估。某些学校项目取得了令人瞩目的成果，但也有许多项目，即使它们在一定程度上看似遵循了科学证据，仍旧没有收获任何效果，这强调了采用循证方法的重要性。联合国毒品和犯罪问题办公室的《吸毒预防国际标准》是帮助教育部门规划全面应对方案的实用资料，它介绍了诸多已被证明行之有效的预防方案及其特点（UNODC，2013）。一旦发现最适合某种特定情况的预防方案并将其录入到资料库（例如由药物使用与心理健康服务局（SAMHSA）或“健康青年发展蓝图”所维护的资料库），被登录的这些基于证据的工作方案便可以发挥很好的参考作用。

图 15.《吸毒预防国际标准》



采用无证据支持的方案相当于浪费机会，甚至会造成更坏的后果，因为付出类似的资源和努力，本来有可能对青年的物质使用使用产生积极影响。更为糟糕的是，某些措施却反而增加了物质的使用，因为这些措施引起了年轻人的好奇心，或者无意中支持了某些年轻人的越轨行为（Rorie 等，2011；UNODC，2013）。

根据物质使用率和使用方式设定相关目标

物质使用率和使用方式会因学生年龄的不同而普遍存在差异，因此教育部门在设立目标时应以证据为依据。举例来说，如果大多数学生都未曾发生饮酒行为，则正确的目标应设定为预防或推迟他们的首次饮酒行为；另一方面，如果大多数学生都发生过饮酒行为，则正确的目标应设定为预防那些尚未开始饮酒的人饮酒或者推迟他们尝试饮酒的时间，同时预防或减少那些已经尝试饮酒或已经发生饮酒行为的人对酒精的有害使用、有害使用方式，并关注这些行为可能导致的个人健康以及不良社会后果（例如频繁饮酒、醉酒和危险驾驶）。

图 16. 根据儿童和年轻人的物质使用率和使用方式设定目标



由此可知，针对各年龄的预防教育措施的正确目标应该是，预防或推迟物质使用行为的发生。除此之外，有时还可以为之设定其他同样适用的目标：

- 当物质使用行为已经发生时，预防其对于物质使用的不当使用，此外还要预防特殊的高危行为（例如，频繁使用和（或）过度饮酒方式、多重药物使用、驾驶或性活动中的物质使用）。
- 在物质使用行为和高危使用方式盛行的各类场所或针对具有同样特征的年龄段，预防由物质使用行为

造成的短期后果（例如，交通事故、性传播疾病、怀孕、受伤、用药过量）（McBride 和 Farrington, 2004）。例如，应学会应对年轻人在派对上昏迷，或者有人在物质使用后意图驾驶等情形的应对措施。此外，对于此类目标群体而言，重要的是向其提供全面支持，包括筛查和转介治疗以及根据需要提供其他支持服务。

其他在特定情况下既相关又重要、在预防物质使用的同时也可达到的超出物质使用范畴的目标，也可对预防措施的规划起到促进作用。这类目标可能包括：预防旷课和包括欺凌在内的暴力行为等。

及早启动并覆盖所有年龄组

现有证据表明，预防措施能够在下列情况下发挥最大功效：

- 及早启动；
- 覆盖所有年龄组；
- 以关键过渡时期人群为重点预防对象（例如小学向中学的过渡）。

除了针对整体人口的一般性预防措施外，还要推出针对不同人群的综合应对措施，其中包括那些高风险人群。有必要确保预防措施时刻适应并与目标人群的年龄和风险等级相匹配。

学龄前儿童会经历一系列重要的发育变化，物质使用行为被发现是幼儿（2-5 岁）项目能够影响到的因素之一。证据显示，这些幼儿项目对后期的物质使用行为（即吸烟、吸食大麻和使用处方药）能够起到一定的正面影响（D’Onise, 等, 2010；UNODC, 2013）。

在小学阶段，大多数儿童直接接触各类物质的机会比较有限（药物除外）。然而，针对这个年龄段的循证式物质使用预防措施仍可以发挥保护作用，并预防儿童进入中学阶段后的物质使用问题。

在中学阶段，许多地区的学生都有尝试饮酒、吸烟和吸毒的机会，同时还会面对多重压力，从而面临发生物质使用行为的更大风险。因此，他们将受益于持续开展循证式课程。

学龄前阶段实施的项目之所以会发挥一系列效益，是因为它们有能力解决根源性的风险因素，如家庭管理不善、众多社会经济问题引起的父母压力、儿童行为问题或入学准备不足等。这些因素若得不到控制，便有可能导致在青春期和成年出现一系列学习和社会问题，包括物质使用问题。

大部分现有的幼儿项目都针对贫困社区儿童；其合理之处在于，这些儿童能够最大程度地从这些项目中获益。这些项目都属于成本较高的集中性干预措施。然而，它们应被视为重要的社会投资，可在未来产生大量效益，包括在物质使用方面的效益。

以佩里学前教育计划（Perry Preschool Programme）为例，这是一项知名的长期随机研究计划，研究对象为儿童至 40 岁成人。该计划发现，那些在两年内每周都可以获得家访服务外加每天 2.5 小时高质量课程教育的儿童，可在多个生活领域表现出优势，包括学习成绩、收入、犯罪活动和物质使用方面。一项经济分析指出，该项目每投入 1 美元将会节约成本 7.16 美元（Schweinhart, 2004）。

3.2. 教育部门对物质使用问题之全面应对措施的组成部分

3.2.1. 教育部门的政策和战略框架

1. 预防物质使用的国家教育政策

绝大多数国家都出台了有关烟草和减少毒品供求的国家性政策或战略 / 行动计划，并且许多国家还为饮酒问题制定了专门的政策或战略。然而，总的趋势是要采取应对不同物质使用问题的全面综合、协调一致的政策或战略。

当前各国在物质使用控制战略制定方面逐渐意识到，物质使用首先是一个关乎健康的问题，而对此问题的最佳应对措施在于减少需求，这些措施包括：早期干预；治疗；康复、恢复和重返社会措施；以及将物质使用的公共卫生和社会后果最小化（CND, 2014）。包括预防在内的所有这些措施，都可以在公共卫生系统的范围之内落实。因此，公共卫生系统即使不能领导也要密切跟进毒品控制战略。

⁸ 此观点基于的理念是：物质依赖是基因、生物机理和心理缺陷与环境之间的复杂互动产生的结果，因此最好以治疗而不是惩罚的方式加以应对。

在许多国家，毒品控制战略包含的预防措施可以尝试与国家的青年、家庭和社区发展战略或体系进行进一步的政策对接，后者往往将最脆弱人群放在第一位，增强保护性因素，并加强其适应能力。

案例研究1：循证式方法—研究和政策倡导在预防印度青年吸烟方面的价值

在印度，青年吸烟是一个重大的公共健康问题，该国的青年吸烟比例正在不断攀升，尤其是城市地区，并且首次吸烟的典型年龄也在不断下降。多年前，全国性的非政府组织和以大学为主的研究人员共同制定了一项以科学证据和政策宣传为核心的长期干预措施，并以此作为对青年吸烟问题的应对之策。

该国首先开展了一项细致的形成性研究，对青年群体的兴趣、特点和需求进行了摸查。大量的研究论文分析并记录了有关印度儿童和青年吸烟的各类风险因素和保护性因素。

印度引进了一些西方的成功模式，并通过对所有材料的试点测试，保障了这些项目对于印度文化和环境的适应性。为应对诸多风险因素，该国实施并评估了两个校内项目，HRIDAY-CATCH 项目和 MYTRI 项目（每个项目都包含了若干要素：课堂教学课程；校园标语；家长明信片；和以同龄人为主导的健康行动）。这两个项目的评估工作使用了严格的随机对照研究设计方案，评估结果显示，这两个项目在控制现有吸烟行为和未来吸烟意图方面起到了积极影响。

依托于这些成果，有关方面共同宣传倡导了一项在印度学校增强控烟管理力度的措施。宣传工作是通过多渠道进行的，包括与政策制定者共同宣传，以及通过媒体、公共活动和社区参与的方式进行宣传。例如，印度卫生和家庭福利部、印度政府和其他利益攸关方通过各类会议对项目的评估结果进行了分享。另一项有效战略是与青年健康活动家开展密切合作，给予机会让他们展现其倡导能力，承担起提高青年健康问题的责任。

这些措施皆取得了良好效果。在采纳相关建议后，印度政府决定将烟草管理作为一项关键要素纳入“国家烟草控制计划”，从而将学校卫生计划拓展至全国层面。印度政府邀请了公共卫生倡导者帮助制定循证式学校卫生计划指导方针。此外，政府还通过印度中等教育中央委员会（CBSE）将预防课程推向了印度的所有学校。

更多信息参见：<https://www.phfi.org/our-activities/health-promotion>

不同的政府部门有着不同的职权，物质使用及其健康和社会后果的预防不仅受益于卫生部门的深度参与，还受益于各相关部门和机构间的密切合作。这些部门和机构通常包括教育部，以及那些和执法、毒品控制，以及青年、家庭、社会和社区工作相关的部门。为了推行某项战略，这些部门需要获得非政府组织的积极参与。这些非政府组织借助其实施体系以及与年轻人的关系优势，能够对某项战略的推行发挥积极的促进作用。

国家教育部门可依靠政策语言来制定一项旨在解决物质使用问题的明确指令，即通过政策语言呼吁整个教育界肩负起在学生中宣传“健康和安全”、“健康生活方式”或“生活技能”之理念的责任，从而达到预防物质使用的目的。举例来说，在东欧和中亚地区，大多数国家在实现物质使用预防措施的主要目标时所运用的方法是，制定相关的教育法规，责成学校培养相关技能并在儿童和年轻人中创造一种崇尚健康生活方式和安全行为的文化氛围（UNESCO，2015b）。

在这种环境下，国家教育部门采取了各式各样的物质使用预防政策，按类型可分为：

- **强制性的学校物质政策：**国家有关物质的政策要求学校制定相关政策，在学校内开展物质使用预防活动以杜绝不良的健康和社会后果。此类学校政策一般包括禁止物质（包括其使用、售卖和宣传）出现在校园或附近场所。与物质使用相关的学校规定通常会对教师和其他成年人的行为加以约束，同时还包括如何处理物质使用事件的政策。
- **法定健康教育和物质使用教育：**国家教育政策可对学校职责做出规定，要求学校提供健康和物质使用相关的教育和培训。此类培训往往包含在其他科目的教育活动之中，如科学或体育，或包含在有关健康或个人技能的专门课程之中。这往往意味着，教师需要必修物质使用预防方法和内容的培训。
- **提供学校卫生服务：**国家政策可要求学校落实学校卫生服务。这些服务涵盖了一系列可及的卫生服务，包括预防、常规和紧急性的学生卫生服务。这些服务可能会涉及一系列工作人员，包括学校校医、指导员和咨询师以及心理健康专家。所提供的这些服务往往有助于预防教育的实施、学校卫生和物质使用政策的开发、物质使用的早期发现和干预，以及和社会及卫生部门之间的合作。

- **学校预防措施的国家质量标准：**可通过相关的质量标准来改善并指导学校物质使用预防措施。目前有越来越多的质量标准被开发出来（例如，欧洲毒品预防质量标准⁹；加拿大学校青年物质使用预防标准¹⁰），并且大都提倡循证式规划、良好的规划与设计、综合性的活动、监测、评估、专业发展和可持续性。质量标准有助于支持国家制定政策措施，以及指导学校实现其改善健康和预防物质使用的使命。
- **监测儿童和年轻人的物质使用行为：**有些国家参与全球或区域性监测活动，或针对儿童和青少年开展全国性的物质使用监测活动。这本身不属于教育部门的的活动，但说明该问题乃首要问题，不仅是对学校预防工作的认可，最重要的是为其提供了指导。

2. 教育部门应对措施的指导框架

一个全国性的教育部门物质使用应对措施，若能以更为广泛的社会重点问题为基础，将会变得更为可靠，并可能获得更多支持。在预防和降低儿童和年轻人受物质使用之危害方面，大量国际性文件直接或间接地规定了包括教育部门在内的各部门的相关职责。其中最重要的有：

- 保障儿童和年轻人享有健康和权利的国际政策：
 - 《公民权利和政治权利国际公约》（1966）；
 - 联合国《儿童权利公约》（1989）；
 - 《全民教育达喀尔行动纲领》（2000）、和《2030年教育仁川宣言：实现包容和公平的全民优质教育和终身学习》（2015）；
 - 《适合儿童成长的世界》宣言和行动计划（2002）；
 - 联合国全球监测框架（2013）
- 以精神活性物质和物质使用管理为核心内容的最新政策公约呼吁采取广泛措施：
 - 《世界卫生组织烟草控制框架公约》（2005）；
 - 《关于开展国际合作以综合、平衡战略应对世界毒品问题的政治宣言和行动计划》（2009）；
 - 《减少有害使用酒精全球战略》（2010）。

- 为控制非法药物的供给和需求措施提供框架的联合国国际药物管制公约：
 - 《麻醉品单一公约》（1961）；
 - 《精神药物公约》（1971）；
 - 《联合国禁止非法贩运麻醉药品和精神药物公约》（1988）。
- 能够为教育部门应对措施提供指导和要求的更新的一些政策措施，例如：
 - 在 2015 年通过的“2030 年可持续发展议程”之目标 3.5 中，联合国成员国承诺，2030 年以前要加强物质使用的预防和治理。
 - 麻醉药品委员会（CND）呼吁“各成员国在适当情况下，根据科学证据制定并实施一套初级预防和早期预防的广泛制度，例如《毒品预防国际标准》和其他措施，包括教育活动和互动宣传”（NCD，2014）。
 - 2016 年召开的以毒品为主题的联合国大会特别会议（UNGASS）成果文件。此文件强调要采取以健康和人权为基础的方案来解决世界毒品问题，对毒品预防和治理提出了额外要求。
- 这些全球性的政策措施为覆盖多个国家或大洲的区域性卫生和物质使用政策工具提供了指导，并得到了这些工具的支持。例如：
 - 在美洲，美洲药物使用管制委员会（CICAD）通过《西半球禁毒战略》（2010）和持续开展行动计划，为成员国提供了帮助和指导。
 - 在欧洲，与学校物质使用预防相关的政策工具包括：《欧洲社会宪章》、《欧盟反毒品行动计划》、《欧盟反毒品战略》、《欧盟烟草制品指令》。欧洲毒品和毒瘾监测中心（EMCDDA）在其“最佳实践网站”上向政策制定者和专业人士提供了相关案例和证据汇总，其中包括教育部门所采取的干预措施¹¹。欧洲预防标准合作伙伴根据由欧盟联合资助的一个研究项目制定的《欧洲毒品预防质量标准》（EDPQS），为帮助制定毒品预防措施并评估其质量提供了一套指导标准，同时还提供了一套综合资源，对毒品预防活动的各个要素进行了说明¹²。

⁹ 参见 <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards>

¹⁰ 参见 <http://www.ccsa.ca/Eng/topics/Children-and-Youth/Drug-Prevention-Standards/Pages/default.aspx>

¹¹ 参见 <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice#view-answer2>

¹² 参见 <http://prevention-standards.eu/standards/>

案例研究 2：有前景的实践—乌克兰的学校物质使用预防课程

在乌克兰,《基础和完全普通中学教育国家标准》规定,学校必须以“生物学”和“健康基础知识”两个必修学科为基础,开展物质使用的预防和健康生活方式的教育。

“健康基础知识”开设于 2000 年,是 1-9 年级的必修科目(每周一小时)。该学科整合了与健康生活方式和安全生活相关的主题,旨在促进学生采取对生命和健康负责任的态度,并帮助其建立必要的社会和心理技能。2 年级时,儿童会首次了解酒精的危害;3 年级时,他(她)们会学习吸烟的后果;4 年级的课程将告诉儿童吸毒所带来的负面后果。中学生学会到有关物质使用及其对人体之影响的更多知识。他(她)们还会学习健康风险以及物质使用对他(她)们的身心健康所造成的负面影响,以及如何戒烟、戒酒、戒毒。课程采取正向引导法,不会对学生进行恫吓或传播恐怖信息。培养健康生活方式技能的课程以互动式学习方法为基础,并且提供了在各种情况下模拟实际行为的练习。

9 年级的“生物学”课程还重点强调了精神活性物质对人体和未来生活的不良影响。为了开设“健康基础知识”课程,学校为教师开发了专门指导材料并为学生配备了相关教材(1 至 9 年级配备了专门教材)。所有材料都将定期修订和再发行。

物质使用预防还以选修课的形式在普通和职业学校推行。这种选修的预防课包括 5-11 年级的“年轻人的健康生活方式”;6-9 年级的“预防坏习惯”;8-9 年级的“健康生活方式基础知识”。

在 2004 年和 2007 年开展的研究评估了学校预防措施对物质使用率的影响,研究结果显示,年轻人的行为和实践发生了具有统计意义的显著变化。需特别指出的是,对比于 2004 年,15-16 岁年轻人中前一个月份发生过饮酒行为的人数比例在 2007 年下降了 26%,15-16 岁男孩吸烟的比例下降了 10%,而 15-16 岁女孩吸烟的比例则下降了 2%。

2014 年,针对 5-11 年级学生开展的学龄儿童健康行为调查(HBSC)显示,2014 年日常吸烟的人数比例与 2010 年相比出现了下降:男孩从 16% 下降至 10%,女孩从 7% 下降至 5%;不吸烟者的比例从 80% 增加至 87.6%。

根据在不同年份开展的欧洲酒精和其他药物学校调查研究项目(ESPAD)显示,15-16 岁学生的饮酒规模自 2003 年起呈不断下降趋势。

更多信息参见: <http://iite.unesco.org/pics/publications/en/files/3214742.pdf>

- 美国国务院国际毒品和执法事务局(INL)正在国际层面改善对物质使用者的服务,通过一个通用预防课程(UPC),针对循证式的预防干预和治疗干预措施和政策提供相应的教育和培训。

3.2.2. 国家和地方性课程

一般来说,一套课程需要以下元素:学生能够学到的内容(学什么?)和教学依据(为什么学?);根据可分配的学习时间对相关学习内容的排序(什么时间学?);教育机构的特点(在哪里学?);学习行为的特点,特别是关于使用什么方法、学习和教学资源——如教科书(如何学?);以及评估和教师资历(谁来做?)。一套落实到位的循证式课程能够在生活技能、态度和意愿方面建立具有重要意义的保护性因素,从而对预防物质使用及其负面后果以及其他危险行为提供重要支持。

1. 物质使用预防在课程中的地位

物质使用作为一项重要的社会和健康问题,是社会依托教育部门并通过学校课程来解决的问题之一。此外,需要通过课程来一同解决的问题还涉及其他行为预防领域,如心理健康、性健康、营养和欺凌。

一套课程中,物质使用预防教育通常安排在(同时也最适合安排在)健康类科目内(这类科目有不同的名称,包括健康积极生活、健康和家庭生活、健康和体育、个人和社会技能教育、健康和职业教育、生活技能教育等)。许多学校还选择开发和使用手册化课程——即用教师手册形式将授课内容和方法予以规范化的专门课程——作为标准生活技能课程或其他健康类课程的补充或替代。研究证明,此举可有效预防日后发生物质使用问题,并且同时可能有助于增强心理健康,或有助于学生掌握生活或学习类技能(UNODC, 2013)。

现有的预防课程多种多样，但经科学研究验证有效的课程却很少。尽管许多课程都存在相同要素，但重点是，我们需要根据课程是否已被研究证明行之有效，以及是否符合特定情况（例如目标群体的年龄和风险度）之特殊需求为标准来确定一套课程。确定此类课程的一种可能的方法是，参考一些循证式物质使用预防项目的项目库¹³。

有些循证式课程免费开放，而其余的则需要付费。这些课程一般包含大量精心编制的互动式课堂活动，频率为每周一次。将特殊课程根据特定文化和环境进行适度调整是必要的，但这在实施时需要周密的考虑，避免对核心内容的削减（UNODC，2013）。

2. 内容和概念

课程内容和概念通常分以下两种类型：

- 第一类课程专门针对与物质使用触发和继发有关的个人和社会技能，特别是在首次发生物质使用行为的典型年龄之前的相关技能，包括：负责任的决策和目标设定、自我管理、情绪管理和社会意识以及关系技能（Jackson 等，2011）。
- 第二类课程专门针对与物质使用有关的具体知识和态度——包括物质使用所引发的影响、后果和危害——注重在首次发生物质使用行为的典型年龄或之后，增加学生的具体物质知识或改变其对物质使用的态度。

课程内容和侧重点的选择有以实现课程目标为基础，这意味着要参考物质使用率和方式，并考虑到学生年龄的影响。

在首次发生物质使用行为之前

以尚未发生物质使用行为的学生为对象的课程应重点支持一般性的个人、社会 and 情绪技能的发展，但不包括任何有关物质的具体内容（因为这些内容可能会产生负面影响或医源性后果）。

旨在于学校系统内预防首次物质使用典型年龄前发生物质使用行为的课程，以年龄在 6-12 岁左右的儿童为对象。首次使用任意物质的典型年龄在不同国家和地区之间都存在差别。

这个年龄段的预防教育课程以“基于技能的健康教育”（UNODC，2013；WHO，2003）为核心内容，旨在开发重要的个人和社会技能，例如那些有助于在这一时期发展健康的社会情感的技能，以及保护学生在今后远离物质使用的技能。

证据显示，除了保护学生今后远离物质使用外，基于技能的教育还会对一般问题行为、上学积极性、学习成绩、自尊心、心理健康、自我管理和其他社会技能产生积极影响（除澳大利亚、加拿大、欧洲和美国外，非洲、拉丁美洲和印度也显示出同样证据）（Durlak 等，2011；Foxcroft 和 Tsertsvadze，2011b；UNODC，2013）。

课程需要为技能学习创造条件，从而使学生能够以安全和健康的方式处理日常生活中的各类复杂情况。这个年龄段的大部分时间里，技能类预防教育无需涉及对物质使用问题的讨论。鉴于这个年龄段的儿童尚未接触到物质使用，将涉及具体物质的教育内容引入其中，可能会带来负面后果，因为这会导致儿童产生同龄人中物质使用行为比实际情况更为普遍的错觉，继而引起他（她）们的好奇心（Elek 等，2010）。然而，小学生开始出现物质使用行为（例如包括使用粘合剂、汽油或打火机油在内的挥发性物质）的社区却属于例外。在这种情况下，我们需要向所有学生提供涉及具体物质的教育方案，或者采取专门针对易发生物质使用行为的学生的教育方案。

概念应由浅入深不断演进，后期课程要以早期所学内容为基础并做进一步深化。小学阶段的课程应该与经过良好规划和排序的中学阶段课程进行无缝衔接。

¹³ 例如，欧洲毒品和毒瘾监测中心（EMCDDA）的“最佳实践网站”（Best Practice Portal, <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice>）；美国国家循证教育项目库（NREPP, <http://www.samhsa.gov/data/evidence-based-programs-nrepp>）；“健康青年发展蓝图”的“美国循证青年发展项目库”（<http://www.blueprintsprograms.com>）。

可产生积极预防效果、产生负面效果或无效果的小学技能类教育方式所具有的特点 (UNODC, 2013 ; WHO, 2003)

- ▲ 重视提高各类个人和社会技能
- ▲ 通过一系列结构化课堂教学提供此类教育, 每年总学时至少为10小时
- ▲ 由接受过培训的教师或辅导员授课
- ▲ 课堂以互动式为主
- ▼ 使用非互动式方法, 例如以讲课为主要授课手段
- ▼ 提供具体物质的相关信息, 使用威吓式的教育方法
- ▼ 只注重建立学生的自尊心和情绪教育, 忽视技能的培养
- ▼ 学到的技能无法应用到与学生生活相关的环境中
- ▼ 利用未经培训的教师授课; 这些教师普遍不适应教授互动式技能类课程, 因此有可能省略一些关键内容

案例研究 3：循证式方法——在尼日利亚进行本地化并得以测试的预防课程

“Unplugged”是一套旨在预防 12-14 岁儿童吸烟、饮酒和吸食其他药物的循证式通用课程（即以班级所有学生为对象）。该课程正在尼日利亚进行本地化，并进行了一项随机对照试验（RCT）。

“Unplugged”课程包含 12 节由教师授课的互动式课堂，每节课时长一小时。该课程以社会影响力模型为基础，旨在培养学生的社会和个人技能，并传授知识和正确观念。其目标包括：

- 降低学生对毒品的好感；
- 让学生逐步意识到吸烟、饮酒或吸食大麻的同龄人并不多；
- 提高拒绝使用物质的技能。

该课程最早由七个欧洲国家推出，并通过了一项涉及 7079 名学生的随机对照试验（2003 年 -2005 年）评估。评估结果显示，通过实施该课程能够将学生吸食大麻的风险降低 23%，将每周发生酒精中毒的风险降低 28%，将每日吸烟的风险降低 30%。据发现，该课程实施完毕后，其正面影响至少持续了 18 个月，表明该课程在青春期的一个关键阶段有效推迟了物质使用行为。

在上述这些积极效果的吸引下，世界其他 30 个非欧盟国家引入并开设了该课程，包括阿拉伯语国家、拉丁美洲、东南亚国家、吉尔吉斯斯坦和俄罗斯。

2014 年，为打击尼日利亚的毒品生产、非法交易和使用，并控制与此相关的组织犯罪活动，该国的重要政府主体和非政府主体召开了一次有关这方面工作的研讨会。研讨会以联合国毒品和犯罪问题办公室的《吸毒预防国际标准》为依据，讨论了这方面的当前工作，并对具备科学证据基础的课程和不具备此类基础的课程进行了区分。研讨结果发现，尼日利亚并没有针对在校儿童的循证式课程，最后各方同意将不受版权限制的“Unplugged”课程列为试点课程。

该课程的试点工作共分两个阶段进行。在第一阶段，共有五所学校对该课程进行了试点，此举旨在确定应如何对课程进行最大程度的再设计和本土化改编，从而使其与本地环境相匹配。第二阶段工作目前已展开，正在对经过本地化设计的课程进行随机对照试验，试验共涉及 32 所学校（16 所属对照组，16 所属试验组）。在此次试验结果出来之后，将确定该课程的推广计划。

尼日利亚联邦教育部所发挥的领导作用，以及联合国毒品和犯罪问题办公室的积极参与，对试点工作的展开起到了关键作用。

更多信息参见：www.eudap.net

在首次物质使用之典型年龄期间或之后

在许多国家，中学是物质使用率出现剧烈增长的一个阶段。此外，青少年在中学时期通常还会经历许多其他变化，面临社会性和生物性压力，此外，中学还是青少年大脑具有良好“可塑性”的时期，在中学推行干预措施可巩固或改变青少年的早期经验，使得这个时期的预防干预措施更能产生影响。为此，许多学校系统选择用一种专门课程来补充或替代标准课程，例如已经研究证明有效的“Unplugged”项目（参见“案例研究 3”）。该项目要求每周向学生提供十节或更多结构化系列课程（UNODC, 2013）。

此外，这些课程还需要以互动式的技能类教育为基础，需要利用一种互动式的教学方法（相对于师生间的互动，更加强调学生间的互动性）。然而需要记住的是，孤立的信息是不足以改变学生行为的，重点是要确保学生能够获得准确、协调一致的有关具体物质的信息，使其不受虚假和错误信息的影响。

案例研究 4：有前景的实践——对中龄和大龄青少年通用预防课程的严格测试

“REBOUND”是一套针对大龄青少年和年轻人的循证式物质使用预防和健康改善通用课程。该课程由德国海德堡大学开发，FINDER 学院负责实施，以高中或职业学校的 14-25 岁年轻人作为授课对象。令人意外的是，尽管物质使用问题在年轻人日常生活中十分常见，却很少有专门针对该年龄段群体的通用课程。

该课程推广所依赖的一个强大理论基础是，同时对物质使用者和非物质使用者加以干预，从而提高其以下能力：

- 提高优势意识并进一步增强优势；
- 以灵活、独立和健康的方式应对酒精和其他药物（个人抗风险能力）；
- 在同龄群体中锻炼学生的抗风险能力。

这项干预性课程包括四个部分的内容：主要由教师讲授的课堂类课时（每周总课时 90 分钟）、在线学习部分、选择性辅导、全校活动。课程的主要特色包括：

- 在半年内开展 12-16 节课，以教育短片为主要教育形式；
- 开设为期四天的讲习班对教师进行培训；
- 进行环境干预，制定学校药物政策；
- 视频作品讨论，对影视短片共同加以研究。

有关方面对该课程进行了一次对照试点研究，共涉及 46 个班级 800 名学生。2015 年，该课程共覆盖了大约 3000 名学生，并计划开展一项随机对照试验。试点工作的早期经验显示，对于这个年龄段的学生而言，需要灵活设计课程结构和实施授课，并且还需要尽可能地根据技能和态度来开展教师的遴选工作。

更多信息参见：<http://my-rebound.de/>；<https://finder-academie.de/>

应采取一种全面的方法，为学生了解并解决问题的各个方面奠定基础，例如：

- 认识物质使用的流行程度¹⁴；
- 了解物质使用的利弊；

- 知晓在物质使用方面的期望；
- 认识物质使用的社会影响（例如家庭、媒体和同龄人），培养能够分析和将其影响最小化的技能；
- 提供机会，继续锻炼与物质使用相关的其他大量的个人技能和问题处理能力（UNODC，2013）。

可产生积极预防效果、负面预防效果或无效果的中学技能类教育方法所具有的特点（UNODC，2013）

- ▲ 运用互动式教学方法
- ▲ 以每周一次的频度向学生提供一系列结构化课堂教学活动（一般为 10-15 课时），通常会在数年内提供额外课时（“强化课程”）
- ▲ 由接受过培训的辅导员授课（包括接受过培训的同伴）
- ▲ 提供机会练习并学习大量个人和社会技能，尤其是应对能力、决策能力和抵御技能。
- ▲ 影响学生对物质使用相关风险的认识，强调物质使用的直接后果
- ▲ 消除学生对物质使用以及物质使用普遍程度的错误认识
- ▼ 只以提供信息为授课手段，尤其是采用威吓式的教育方法
- ▼ 使用非互动式方法，例如以讲课为主要授课手段
- ▼ 以非结构化的自由式对话课堂为主
- ▼ 只注重建立学生的自尊心和情绪教育
- ▼ 只注重从道德伦理角度出发的决策和价值观教育
- ▼ 利用前吸毒者现身说法对学生开展教育
- ▼ 利用警务人员教授此课程

3. 实施方法

在整个学龄阶段，物质使用预防措施应以“技能类健康教育”的方法为依托，由接受过培训的教师通过互动式方法进行教学。技能类教育通常包括知识和态度两类要素，但更加强调通过对技能的系统培养来实现行为变化（即观察学生对技能的运用并提供机会在安全的环境下锻炼这些技能）。简短的讲课和其他灌输式的教育方法通常只能用做参与式课堂教学的辅助（例如，为课堂的开始或结束做铺垫）。

实施技能类教育并推行互动式教学的能力往往有赖于教师具有以下表现（WHO，2003）：

¹⁴ 年轻人往往会过高估计同龄人的物质使用的普遍程度。

- 有能力担当不同角色——根据需要对提供支持、关心或指导；
- 有能力作为一名引导者而不是对学生加以支配；
- 尊重青少年以及他（她）们的选择自由和个人的自我决定；
- 温暖、乐于帮助学生、充满热情；
- 有能力处理敏感问题。

目前尚无证据证明，以知识为主的教育方式能够有效预防物质使用行为（Faggiano 等，2008；Lemstra 等，2010）。

4. 最小时量 / 小时数

用于应对各类健康问题的总课程可用时间往往是一个掣肘因素。技能类教育可有效解决大量健康问题（例如性健康、欺凌），但为了使该教育方法在每一种情形下都发挥作用，需要在每一类特定问题所容易发生的环境下练习相关技能。采取全面授课方案来同时处理两种或更多问题（例如同时包含物质使用和高风险性行为的情况），是解决总课程时间短缺的一个方法（Jackson 等，2011；Peters 等，2009）。

对现有物质使用教育课程的评估发现，这些课程的时间长度范围很广，从时长仅为一小时的一节课，到持续若干年的系列课（最长的达11年之久）。一些评估结果显示，时间更长课时更紧凑的课程能够取得更好的预防效果（Flay，2009；Lemstra 等，2010；Soole 等，2008）。联合国毒品和犯罪问题办公室指出，课时数在 10 节或以上的课程可以取得最佳效果，并建议以至少每周一次的频率设置课程（UNODC，2013），并持续数年。还有证据显示，强化课程对课程内容的巩固具有重要意义，有助于产生长期效果（Champion 等，2013；UNODC，2013）。

5. 实施技能类预防教育的合格教育者

总的来看，由于教师常驻学校的缘故，他（她）们往往是实施技能类预防教育的最佳人选。然而，相关研究表明，教师往往会忽视技能类课程的最重要的元素——互动元素（Sobeck 等，2006）。因此，非常重要的一点是，无论是谁授课都需要在教学方法以及处理敏感话题方面接受培训和指导（参见本文 3.2.3 了解更多有关）。

研究发现，各类专业人士（例如咨询师、心理健康和社会专业人士）和同龄学生也可以有效授课（Porath-

Waller 等，2010；Tobler 等，2000）。在这种情况下，教育者按照计划授课并尽量不对课程进行大幅度改编就显得至关重要。外请的教学人士需能够让学校全体教员放心，即确保其了解该课程并有助于实现课程目标（在课程指导或资源中进行了界定），以及能够使用规定的方法教学（Buckley 等，2007）。

对于某些学校而言，还可以选择采用以计算机和网络为主要授课形式的课程。最新研究显示，这两种授课形式的课程都取得了不错效果，而且它们更容易忠于原本的课程设计（Champion 等，2013）。

3.2.3. 对教师和其他工作人员提供培训和支持

为了发挥循证式预防措施的效果，需按计划落实教育内容和方法（即“忠实实施”）。然而，多项研究表明，教师往往无法按计划落实教学内容（Ennett 等，2011；Miller-Day 等，2013；Van der kreeft 等，2009）。

此外，还有很多其他因素可能影响教学内容落实，如政策支持和资源，但培训和支持才是决定教育部门物质使用应对措施之落实质量的关键因素（Ringwalt 等，2003）。

研究发现，培训可以增加教师真正提供技能类预防内容并按计划落实的可能性。培训可帮助教师将课程所规定的授课方法与自己的教学风格和天赋相结合，同时保持该课程的核心内容（Miller-Day 等，2013）。

教师培训应为技能类教学方法提供明确指导，对互动式的教学技巧加以示范，并为这些技能的锻炼提供大量机会（WHO，2003）。在中学阶段（可能出现敏感问题的时期，如学生饮酒中毒），除了具体的手册化课程培训外，处理物质使用相关问题的一般性培训也可帮助教师更好地处理这些可能出现的问题。一个替代方案是，教学资源人员可根据课程要求对具体问题进行处理，或提供手册化的技能类预防课程。

参与实施技能类教育的每个人（例如酒精、烟草和毒品专家、心理卫生辅导员、学校校医、或同龄学生）必须接受针对他们的角色培训和在此角色下如何帮助实现课程目标的培训。如果这些教学资源人员希望教授技能类教学内容，则他们在这方面的能力必须得到认证，并且在必要时接受培训（Buckley 等，2007）。

案例研究 5：有前景的实践—肯尼亚的培训与认证

2012 年 7 月 24 日，肯尼亚根据一项议会法案成立了国家打击酗酒和吸毒行动管理局（NACADA）。该局的工作核心是培训和认证物质使用预防和治疗专业人员。

为有效开展其核心工作，国家打击酗酒和吸毒行动管理局与美国国务院国际毒品和执法事务局（INL）和国际物质使用预防和治疗专家协会（ISSUP）进行了合作。根据合作，国际物质使用预防和治疗专家协会负责提供课程，而美国国务院国际毒品和执法事务局则承担了培训教材费用和首批本地辅导员的培训费用。

国际物质使用预防和治疗专家协会近期开发了一套名为通用预防课程（UPC）的综合性培训课程包，专门针对预防工作者和预防协调人员。通用预防课程由顶级预防研究人员根据联合国毒品和犯罪问题办公室的《吸毒预防国际标准》（UNODC，2013）提供的证据基础制定而成。通用预防课程已成为肯尼亚培训和认证工作的参考基础。

国家打击酗酒和吸毒行动管理局旨在依托其员工的发展和专业化，将“物质使用预防（和治疗）”打造成一个独立的多学科科目。

为实现此目标，政府在肯尼亚的五个不同地区分别组织了治疗成瘾的专业人士的认证培训活动。中学、职业专科学校、和大学教师都在目标专业人士的行列之内。迄今为止，培训人数已超过 1000 人。培训和认证活动目前正在开展之中。

更多信息参见：<http://www.nacada.go.ke> 以及 <https://www.issup.net/training/universal-prevention-curriculum>

人员的不断变更，以及不定期的技能提升需求。关于如何最大限度地培训技能类教育授课人员，相关研究指出，现场培训通常更容易被接受，并且效果比自学教材或教学视频更好（Hanley 等，2009），但将这些方法加以综合，包括使用科技的培训手段，可能比单一的培训策略更加有效。迄今为止，关于培训效果的证据（即课内培训表现反馈，培训师会评估教师授课的忠实度、时间、顺序、手法、和结构等）显示出参差不齐的培训效果（Dusenbury 等，2010；Ringwalt 等，2009）。许多循证式预防课程都包含监测和指导教师忠实授课的工具。

- **基于网页的知识性门户网站**可向卫生推广人员不断提供重要支持。由 Mentor UK 推出的“酒精和毒品教育以及预防信息服务（ADEPIS）”网站就属于此类网站。该网站旨在将最新的研究结果转化为一线工作人员可采用的实际教学方法（参加“案例研究 6”）。此外，联合国毒品和犯罪问题办公室的“预防中心”网站也属于此类网站。该网站提供了一个专为学校教师和其他工作人员设置的资源专栏（<http://preventionhub.org/en>）。

技能类教育授课教师的培训可采用岗前培训、在岗培训和网络培训方案：

- 关于技能类健康教育、学校卫生推广和预防科学的**岗前培训**（即通过教师培训机构进行培训）是学校卫生推广和预防提倡者所广泛推荐的培训方式（Thapa 等，2013；UNESCO，2014b；Bundy，2015）。此类培训重点关注广泛的学生健康和幸福问题、举止和风险行为相关的广泛预防措施、以及专门针对学生的物质使用问题。可惜，有关此类的岗前培训在发达和发展中地区都不常见（Hale 等，2011；联合国教科文组织驻东非和南非代表处，内部报告）。
- 由于普遍缺乏岗前培训项目，因此在**在岗培训**和支持就显得非常重要。在岗培训需持续进行，原因在于教学

培训或告知其他教育人员

一个协调一致的物质使用应对方案需要就下图所列必要内容，培训或告知大量其他教育人员：

图 17. 培训或告知其他教育人员



案例研究 6：有前景的实践——制定国家级教师指南和资源、培训和质量标准：酒精和毒品教育以及预防信息服务（以下简称 ADEPIS），英国

该在线服务为学校 and 从业人员提供有关物质使用教育和预防良好实践的相关信息。网站由英国公共卫生部和内政部提供运营资金，运行单位是 Mentor UK（一家毒品预防慈善机构）及其合作伙伴。ADEPIS 团队根据《欧洲毒品预防质量标准》（EDPQS）所提供的最新信息制定了一套相关标准，但这套标准只面向学校和向学生提供物质教育的校内组织。这些标准参考了国际证据，借鉴了关于授课方面的本地指导和法定课程指导原则，旨在确保所有建议都能够以证据为基础，并且能够在本地环境顺利和持续落实。

已发布的标准涵盖一系列与提供高质量物质教育相关的主题。该资源包括员工政策；有效毒品和酒精教育的课堂内容；以及在课堂提供高质量的毒品和酒精教育的相关建议。ADEPIS 网站为学校提供了一个可用来回顾学校毒品和酒精政策的在线工具包，从而有助于进一步实现经常性评估和质量改善。此外，该网站还为学校提供了如何与有关利益攸关方（包括教师、学生和家長）进行磋商的实际建议。

该计划是一项有前景的实践，因为它遵循了相关的循证式标准，并将这些标准应用至本地环境（充分考虑教育、文化和组织因素），是政府和第三部门组织合作的典范，同时促进了专业人员的发展以及对最佳实践的分享。

更多信息参见：<http://mentor-adepis.org>

3.2.4. 学校层面的循证式应对措施

在学校层面，物质使用问题的应对措施可分为以下两类：

- **一般性预防**，旨在从整体上预防在校人群发生物质使用行为。该方法的目标在于，通过提供物质使用问题的保护性知识和技能，或者以一种能够预防和减少全体学生物质使用行为的方式来改变学校政策和环境，从而降低整个学校或目标年龄 / 年龄组对象的物质使用风险。
- **选择性和指征性预防**，面向那些被认为存在发生物质使用特殊风险或已经参与物质使用行为的个人或群体。这些预防措施包括识别存在物质使用风险的个人或群体并对其实施干预措施，或者对那些存在物质使用早期迹象的人进行识别和干预。

图 18. 包含一般性预防和特定 / 指征性预防的综合应对措施



学校需要对全体学生全面负责，尤其是需要向那些存在物质使用风险的群体（选择性干预）和个人（针对性干预）提供支持。

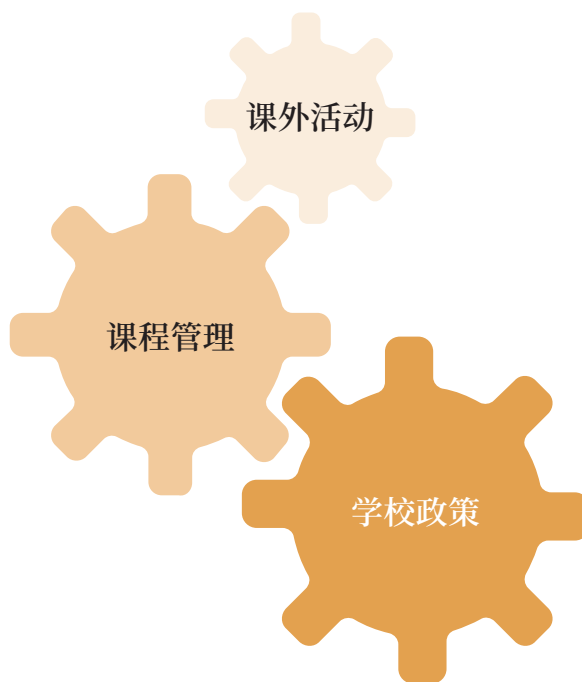
1. 一般性预防：安全和支持性的学校环境

学校环境其实是诸多因素相互作用的结果，尤其是学校价值观、目标、组织结构以及管理方法（Bissett 等，2007），因此，建议采取一种全校预防方案，对学校社

区中那些能够影响学生学习、健康和幸福的各个因素全部列为预防对象，并且，除了使用以课程为主的预防方案，还要注意：

- 帮助学校营造安全感（包括身体和社会情感两方面）；
- 关系（例如学生间关系和师生关系；尊重差异性）；
- 完善常规授课方法帮助学生（即针对无需接受干预的学生以及那些存在学习和行为问题的学生）；
- 推广“社区”意识；
- 改善学校场地和设施；
- 在学校和当地社区间建立联系，例如社区服务活动、参与当地活动（Markham 等，2008；Thapa 等，2013；Tobler 等，2011）。

图 19. 安全和支持性的学校环境之基本要素



一个理想的做法是，建立一支协调团队来确保以一种有计划的方式使学校社区的所有成员都参与到预防过程中，从而推动学校环境的改变。

总体而言，全校预防方案有希望对学习方面（旷课现象减少、学生停学率降低）、物质使用率（特别是吸烟率）、以及降低复杂家境的影响产生积极影响（Fletcher 等，2008；Langford 等，2014；Thapa 等，2013）。

案例研究 7：循证式实践——一套改变学校吸烟环境的简单课程

“保持理智，远离尼古丁”（Be Smart – Don’t Start, SFC）是一个耗时少且有潜力改变学校吸烟环境的低成本项目。该项目强调以积极的强化手段而非威吓政策来激励学生远离烟草。参加该项目的 11-14 岁学生需签署一份协议，承诺自己在六个月内保证不吸烟。参加该项目的班级学生需定期汇报自己是否参与了吸烟行为。比赛结束后，获胜班级将以抽奖的形式获得有吸引力的奖项。

通过该项目的实施，有关吸烟的社会氛围发生了改变——不吸烟被认为是有益的，并且项目班级的不吸烟现象比吸烟现象更加普遍。参加该项目的教师会收到实施该项目的若干必要材料，包括一份教师指导、一份带有标签的班级协议以及一份学生协议模板。项目登记学生的家长会收到一份说明手册，手册印有比赛说明以及如何支持子女的相关建议。尽管“保持理智，远离尼古丁”项目的耗时很少，但它可以充当一个以学校总课程吸引学生关注吸烟问题的很好的平台。

自 1997 年起，该项目由欧盟委员会共同出资运行，目前该项目已在欧洲得到了广泛传播。评估研究发现，该比赛安全性良好（即不对学生造成伤害）、容易接受、有潜力延迟学生的习惯性吸烟行为，并且具有很好的成本效益（Isensee 和 Hanewinkel, 2012）。

更多信息参见：<http://www.smokefreeclass.info>

在全校预防方案的框架内，致力于在教育机构内并通过教育机构为儿童和年轻人打造一个安全和支持性环境的应对方案可分为以下类型：

- **确保实现一个安全和支持性的学校环境**，该方案旨在以支持性的学校政策和文化解决学生个人对物质使用的心理倾向问题；改善课堂环境、提高学生的参与度和归属感；确保学生接受高质量的教育；
- **与家庭和学校周围社区进行紧密合作**，从而打造一个安全和支持性的校外环境。

学校物质政策的设计和实施

物质使用预防政策——包括烟草、酒精和毒品——是对学校物质使用措施如何辅助实现其学习目标的声明。学校物质政策须联系并支持级别更高的物质政策（如国家

烟草、酒精和毒品政策或预防战略）。物质使用预防政策可轻松被纳入学校的健康类政策或与其并行。学校健康类政策的一般目的在于，确保为学生提供一个安全、稳定和健康的身体和心理环境（健康类政策包括针对欺凌、性骚扰、校园暴力、健康和饮食以及心理健康在内的其他问题）（WHO，2003）。

制定本地化的物质使用预防政策是推行以学校为基础的学生物质使用应对措施之正确切入点。政策的制定过程可帮助学校和其他相关本地参与主体对物质使用问题进行集思广益——讨论价值观、目标和方案，同时拿出针对该问题的应对方案。

根据以往经验，物质使用预防政策的核心任务在于阐明学校应如何应对学生物质使用事件。这很重要——若无此项政策，当物质使用行为发生时，学校工作人员只能以自己的方式临时加以应对，这样做无法有效利用资源，并且往往会导致校方做出不一致和不公平的决策。

小学应该实施物质使用政策吗？

据发现，一些物质使用预防的最有利时机往往存在于小学阶段（例如课堂管理措施）。使用适用于学校早期的物质使用政策最好能够体现在更广泛的学校政策领域，以确保所有学生在校期间的健康安全，包括那些在学校参与程度很低或者捣乱的学生。实际上，在小学层面，就学、融入学校以及学习与年龄相适应的语言和算数技能可能是这个年龄段儿童最需要的预防措施。中低收入国家的相关证据显示，支持学校参加针对这个年龄段的物质使用预防活动并开展相关合作的政策措施可有效预防儿童今后出现物质使用行为。此外，许多循证式预防项目，包括那些支持生活技能和积极课堂表现的项目，都聚焦在小学生群体并在预防物质使用和其他危险行为方面表现出了很好的效果，并且长期有效（UNODC，2013）。

一般情况下，可能不需要制定特定的物质使用政策，但是小学更为综合的关于学习和卫生的政策中可以增加一些相关的措辞，体现出学校期望的结果是预防物质使用，而且学校政策评估要包含这个方面。

此外，学生对学校生活的积极参与和社会归属感是一个重要的保护性因素，可降低物质使用和其他风险行为的发生。因此，有利于学生积极参与和营造积极文化的学校政策也应作为学校综合应对方案的一部分。

将包括预防活动在内的所有物质使用的相关措施整合成一个政策工具，会在实施方面带来更好的连贯性，并且

会使针对物质使用问题的相关义务更加明晰。内容更广泛的“物质使用应对”政策可确保学校资源在分配后可以发挥最大效用，无论其资源有多么匮乏。

学校物质政策需整合和明确学校在物质使用问题及其预防方面的课程宗旨、规章、流程和措施。这方面应包含以下要素：

1. 对综合性预防计划的要求（例如技能类预防课程以及全校预防模式）。
2. 对所发生的物质使用行为以及存在物质使用问题的学生进行干预的规定（例如中毒、由物质使用引发的负面后果），并设置相应的惩罚和鼓励措施。
3. 明确禁止学校社区所有成员持有、使用或传播酒精、烟草和毒品的立场。

政策的内容固然重要，但政策的制定、传播和落实方式也同样不可忽视。现实中很多学校都是地方教育当局的政策之下运行，而它们无法改变这些政策，因此在政策的制定、传播和落实过程中若能采取参与式的方法，将会取得更好效果。这种参与式方法有希望制定出效力更强、更切合实际、更能够获取支持的政策（Fletcher 等，2008；Toumbourou 等，2004）。

证据显示，解决物质使用相关事件的最有效方法是探索出一种带有启发性质并且可以促进健康的解决方案，从而减少对问题学生的校外停学处罚措施。停学处罚的替代方案包括：校内停课（学生坐在校长办公室外或在教师办公区域完成作业）；暂时禁止学生参与某些课外活动；取消学校特别待遇（如不许参加学校组织的远足活动）；以及和学生制定一份协议，规定他（她）们在哪些情况下可以留在学校（例如参加辅导、愤怒管理培训）（Hemphill 等，2012a）。

对于持有或使用烟草、酒精与毒品的事件，有必要通过一些支持性手段进行应对，将该事件转化为健康促进的机会，这可以补充或者取代其他惩罚性措施。支持手段具体可表现为，通过评估或寻求外部支持的方式来应对此类事件，包括：简短干预、辅导咨询、戒烟课程、转送校外的其他健康和社会服务机构，以及对整个家庭提供支持。

对在校学生进行药物检测这一做法的有效性缺乏证据支持，这方面的大多数研究结果显示，这种做法达不到任何预防效果。在权衡许多其他的担忧后（例如费用、酒精和烟草未予以检测、与学生隐私相关的重要道德伦理因素，以及因惩罚措施使学习积极性降低从而造成

伤害的可能性），对这种做法不予推荐（Shek，2010；Sznitman 和 Romer，2014；UNODC，2013）。

采用停学作为对物质使用行为的惩罚措施，往往会导致反社会行为的增加。举例来说，在一项国际研究中，对7年级学生的停学惩罚导致了更加严重的吸烟问题（Hemphill 等，2012b）。另一方面，不严格或落实不到位的学校物质使用政策可能会导致更为严重的物质使用问题（Evans-Whipp 等，2013）。

因此，一种统筹的预防和实施方案似乎是最有效的解决方案——打造一个整体积极向上的学校风气、确保所有学生都清楚与物质使用行为相关的禁止事项，并且帮助高危青年尽可能地与学校保持联系（Hemphill 人，2006；Sznitman，和 Romer，2014）。

最后，政策的对象范围也很重要。学生更愿意支持那些将学校工作人员和访客（例如在校园吸烟）纳入管理范围之内的政策。伊朗的一项研究发现，学生对教师吸烟行为的知晓度与学生本身的吸烟行为存在联系（Roohafza 等，2014）。教师是学校里的楷模，如果他们的行为也能受到学校政策的管制，则他们可以树立人人反对吸烟的行为规范。这也是为什么相关政策明确规定，学生和学校工作人员不得在校园或学校活动期间使用烟草、酒精与毒品。

可产生积极预防效果的学校政策所具有的特点（UNODC，2013）：

- ▲ 涵盖校内所有与物质使用有关的活动和问题
- ▲ 支持学校的正常运转，不产生干扰
- ▲ 在各类利益攸关方的参与下制定政策（包括学生、教师和其他学校工作人员、家长）影响学生对物质使用相关风险的认识，强调物质使用的直接后果
- ▲ 政策需规定学生和学校工作人员不得在校园或学校活动期间使用烟草、酒精与毒品，从而减少或根除烟草、酒精或毒品的使用和可获得性
- ▲ 政策应明确规定该政策所适用的具体物质、使用场所（校园）和场合（学习活动）
- ▲ 规定适用于学校的每一个人（学生、教师、其他工作人员、访客等）
- ▲ 以正面制裁手段而非惩戒措施处理违规行为，包括提供或寻求辅导、治疗和其他医疗及社会心理服务
- ▲ 政策执行具有连贯性和及时性，包括政策合规行为的正面强化

针对入学儿童的课堂管理项目

早期小学课堂管理项目在预防物质使用和其他危险行为方面表现出了显著效果。

学生在学校的捣乱行为（如不遵守规章制度、语言干扰、招惹他人、离开座位、拿取他人物品等）是学校问题的根源之一。它能显著影响学习环境以及所能达到的预期学习成果。

此外，相关研究显示，在早年学校生活中出现捣乱行为的儿童很容易在日后面临大量社会、学习和健康问题，包括具有危害的物质使用问题、行为障碍、犯罪行为和辍学（Castellanos-Ryan 等，2013）。因此，有关方面开发了旨在帮助教师管理课堂环境的项目并对其进行了多年研究。

这些项目旨在加强教师的课堂管理能力，并激励儿童成为更好的学生，同时减少早期的野蛮和捣乱行为。这些项目帮助教师通过一系列非指导性的课堂手段，在与所有学生的日常活动当中教导和鼓励采取正面行为，预防和减少不当行为。虽然这些项目着眼于整个班级（即一般性预防），但问题倾向更大的儿童似乎受益格外明显。这些项目在表现出早期攻击型行为的男孩中间效果尤为明显（Kellam 等，2014）。

因为这些项目属于课堂管理方法而不是课程，所以它们不会抢占教学时间。由于着眼于整体（即整个班级），所以这些项目会避免标签效应，以及儿童因被安排参与指定干预活动而被迫离开课堂时可能产生的耻辱感。研究人员对接受此类干预措施的学生进行了跟踪，观察了他们在青春期和成年以后的表现。跟踪结果显示，这些项目对学生后期发生物质使用问题普遍产生了积极影响。其中的一项名为“良好行为竞赛（GBG）”的项目对后期发生物质使用问题和其他危险行为（例如暴力行为和反社会型人格障碍）产生了正面影响，效果最多可持续至 21 岁（Kellam，2008）。

良好行为竞赛（GBG）项目定位于整个 1 年级和 2 年级课堂，旨在为所有学生创造一个有利于学习的课堂环境（参见“案例研究 8”）。

在良好行为竞赛项目中，小组中每名儿童的行为都将为该小组所有儿童的关注点，因为小队能否获得奖励取决于所有成员的行为表现。这种策略能够通过整体发展和共同利益来激励学生管理自身行为。

案例研究 8：循证式计划——“良好行为竞赛（GBG）”项目的运作模式

各班学生被分成三个行为和学习水平类似的小组，各小组男女同学人数相等。教师宣布对学生课堂行为的规定，如果小组成员违反这些课堂规定的次数少于等于四次，则会得到奖励。

良好行为竞赛可以在一天中当课堂环境相对自由时开启，例如当教师正在与一名学生或一个小组交流，而其他人正在按要求处理各自分配到的学习任务时。教师可随时宣布“我们现在开始进行良好行为竞赛”。

本年度开始阶段，良好行为竞赛的开展频率为每周三次，每次持续十分钟。在一年当中会增加开展良好行为竞赛的时间。随着时间的推移，教师会不宣布而直接启动该竞赛，并且奖励也会推迟到当天或当周的末尾发放。

到年底前，该竞赛将在全天不同时间开启，场地也会多种多样。奖励也会在全年之中发生改变，从有形奖励（例如贴纸或橡皮擦）变成和课堂环境更具本质联系的奖励，例如在上课日增加更多的阅读安静时间。因此，良好行为竞赛将从一种容易预测、透明度高和提供大量直接奖励的模式，发展成一种开启时间和地点都无法预测、奖励延后发放的模式（Kellam 等，2008）。研究发现，该项目可有效预防物质使用行为，效果最多可持续至 21 岁。目前，该项目已成功拓展至世界不同地区。

更多信息参见：<http://goodbehaviorgame.org/>

可产生积极预防效果的课堂管理方法所具有的特点（UNODC，2013）：

- ▲ 通常在第一学年执行
- ▲ 包含对不当行为的应对策略
- ▲ 包含对正确行为的表彰策略
- ▲ 包含对预期行为的反馈
- ▲ 学生的积极参与
- ▲ 重视对教师的培训和持续支持指导

与学校关联课外活动以及家庭、非政府组织和其他社区利益攸关方的参与

学校可以作为社区项目的绝佳聚点和协调单位，因为学校的可靠性会得到其所在社区的认可，并且可以接纳大部分社区人口。课外项目和学校相关项目属于学校参与但不属于正式课程的项目。这些项目通常会邀请一名社

区合作者来预防和解决学生物质使用问题并改善学生健康水平。

课外活动和与学校关联的项目可产生多重效果（从青年发展方面得到早期干预方面的）、采取多种形式、吸引包括非政府组织和社区其他成员的多方面合作伙伴参与其中。带有预防或健康促进目的的主要学校相关项目可分为同伴支持、导师辅导、体育和文娱、青年发展、家庭改善和多要素措施项目。

案例研究9：有前景的实践——启励扶青会 (KELY Peer Support Group)，香港

启励扶青会是一家由非政府部门资助的双语组织，旨在为14-24岁香港年轻人提供体贴、公正、保密和全面的支持。该组织成立于1991年，由帮助朋友摆脱物质使用问题的一次早期经历发展而来，并有组织地发展成一家青年友好型的知名社区组织，吸引了许多年轻人和忧心忡忡的家长。该组织旨在提供精准的信息和无偏见的同伴支持。在20世纪90年代早期，香港物质使用预防教育尚处于起步阶段。吸毒和药物使用被视为禁忌并和声誉不佳的团体联系在一起（例如三合会）。

启励扶青会的执行团队包括：7名全职项目工作人员小组、10至12名兼职项目工作人员，和大约50名志愿者（包括公共卫生、教育、社会福利工作和临床心理学方面的专业人士）。他们通过以下项目内容直接向青年提供援助和支持：

- 预防
- 长期能力建设 / 培训
- 基于学校的教育研讨会
- 处理物质使用后果的外展活动
- 干预

启励扶青会的覆盖范围占香港450多所中学的15%左右。该组织认为，启励扶青会提高了处理物质使用后果的意识水平，并且增加了支持资源。这一点可从更多年轻人和家到该组织寻求帮助和推荐中得到印证。

更多信息参见：www.kely.org

同伴教育和课外活动：同伴项目有很多种。部分项目利用同龄学生协助教师提供正式的课堂类预防教育。这种方式的同伴教育已经很成熟，并且在同伴教育者获得充分培训和支持并使用循证式方法时（例如Tobler等，

2000），项目会发挥功效。同时，课外的同伴教育项目也展现出了潜力（Campbell等，2008）。一项系统综述和综合分析指出，同伴干预措施可有效预防青少年吸烟、饮酒并有可能预防吸食大麻行为，但是其证据基础总体有限，并且以低质量的小型研究为主（MacArthur等，2015）。

此类项目不挤占常规课程时间，而是在非正式的学校文化环境中，通过自然的同龄学生领袖来开展活动。由于此类项目不具强制性，因此它们可能难以覆盖特定的目标青年。然而，证据显示，这类项目可有效减少低龄青少年的吸烟和饮酒行为。这些项目往往比较复杂，需要由经过培训的教师精心招募、遴选和持续指导学生同伴领袖（D'Amico等，2012）。

辅导活动：此类项目采取一对一的教育方式，即一名成年“辅导员”对应一名青年“学员”。根据其特点，这些项目是在正式课程外开展的。辅导员可以是教师、教练、辅导员、校医，也可能是学校的其他员工（例如看护人、餐厅员工）或者是社区成员。辅导活动可在成人和青年之间以多种形式正式或临时安排实施。因此，对辅导活动在预防物质使用或提升学习成绩方面的效果不容易进行结论性评价。然而，当这些项目以精心编排的形式实施且导师获得足够支持并经过充分培训时，它们在上述两个方面能够产生一定的影响，并且能够影响一系列其他青年发展方面的成果。对于一些问题倾向更严重的青年，这类结合了友谊、情感支持、鼓励和指导等元素的辅导项目活动也显示出潜在的预防效果（选择性和指征性预防）（Keller等，2012；Thomas等，2011；Tolan等，2013）。

文体活动：各类文体活动都会安排在放学之后进行（例如各种个人和团队运动、表演和艺术俱乐部以及学习俱乐部）。有关休闲或娱乐措施对物质使用的预防效果方面的唯一的研究是跟运动有关的。尽管运动常被视为可改善青年健康的措施，但目前尚无证据表明运动可以预防物质使用问题。实际上，迄今为止唯一在这方面显示出一致性的调查结果显示，参加运动与饮酒增多有关。然而，参加运动似乎与减少违禁药物使用有关，特别是使用大麻类药物（Kwan等，2014；UNODC，2013）。

因此，学校和社区应慎重考虑是否需要开展以预防物质使用为目的的校外体育运动。尽管体育运动本身对预防物质使用并不奏效，但体育运动或文娱活动却非常有可能提供一个良好的环境和机会来开展循证式预防活动和机会（结合个人和社会技能发展或其他循证式活动内

容，同时搭配防止酒精和其他物质使用的政策和项目信息，以及结果评估活动）（Kwan 等，2014；UNODC，2013）。

家庭教养项目：家庭是儿童和青年生活中最重要的单个影响因素之一。因此，应注重开发和评估家庭类物质使用预防项目（UNODC，2013）。

学校和社区可提供丰富的家庭类预防项目。相比于低强度的专门针对家长的项目，高强度的结构化家庭合作类项目（即同时包括家长和儿童）更易产生长期效果并且更具备成本效益（Foxcroft 和 Tsertsvadze，2011）。

有效的家庭项目主要关注技能发展，而不是对正确养育行为的简单教育。这些项目采用互动式实施方法，通过角色扮演、学习游戏和家庭项目活动来营造一个安全环境，从而为技能锻炼提供机会。当针对儿童年龄在物质使用典型触发年龄以上的家庭时，这些项目可能会也可能不会直接涉及物质使用问题。针对更低龄儿童的项目不会涉及物质使用问题。这些项目可以在包括学校在内的各类环境下实施，其对象既可以是家庭的全部成员也可以是指定成员。因此，这些实施于学校的项目已显示出了对家长参与学校生活的积极影响。

家庭教养技能项目通常是向所有家庭开放的通识性培训，而不对家庭的物质使用风险水平进行区分。通识性养育技能培训项目效果已得到证明，此类项目通常含有四至八课时，而对高危人群有效的项目则一般包含更多课时。所有这些项目旨在帮助家长学习更好的养育技巧、温暖和安全的关怀、沟通、监督与与年龄相适应的纪律约束，同时帮助儿童学习基本的生活技能（UNODC，2009）。

案例研究 10：循证式方法——“10-14 岁儿童家庭增强项目”在塞尔维亚的本地化和运行情况

“助力家庭项目”（以下简称 SFP 10-14 项目）是一项针对 10-14 岁儿童家庭的通用循证式项目。该培训项目共分七课时，每课时二小时，期间儿童及其家长将得到单独培训和共同培训，目的是提高家庭沟通技能和抵御技能，预防儿童发生物质使用行为。SFP 10-14 项目经过了严格的对照评估和实际环境评估，并显示出了长期效果。

本案例充分说明了谨慎引进并调整一项循证式项目（作为开发本土项目的替代方案）所能取得的优良效果。2013 年，在联合国毒品和犯罪问题办公室驻塞尔维亚项目办事处和两个城市政府的协助下，塞尔维亚教育、科学和技术发展部开展了一项旨在测试和推广该家庭增强项目的计划。

为了支持项目推广工作，教育、科学和技术发展部将 SFP 10-14 项目列为国家重点项目，并将 SFP 培训列为常规教师培训内容，旨在系统性地构建 SFP 项目能力，同时提升国家在物质使用预防方面的整体能力。

在推广工作展开之前，该项目首先在贝尔格莱德的 20 多所小学内进行了试点，并在 2013 年利用定性和定量法对项目可行性和效果进行了评估。评估结果显示，该项目有利于参与家庭改善其儿童养育行为。根据家长反映，他（她）们在培训结束后更注重使用有益的儿童管教方法（例如详细说明不当行为的后果和制定家庭约束原则的原因），并花费更多实际时间以家人身份陪伴子女。另一方面，根据报告，儿童在培训后获得了更好的应对技能（例如，目标设定和压力管理）。项目试点阶段共覆盖 450 多个家庭，并且培训了 100 多名辅导员和 26 位培训师导师，保障项目实现良好的可持续发展潜力。

项目材料的最终本地化工作在试点阶段后期展开，并且将作为项目全面推广的一部分在未来五年接受进一步监督和评估。项目承办方对试点工作进行了认真研究，对学校和社区普遍拒绝和不了解物质使用问题感到棘手。教师在试点期间承担了过重任务，但项目的成功取决于教师的热情。承办方认为，项目若要取得良好效果需依靠互动式手段、以儿童为核心、与家庭的密切联系、市政府的支持以及家庭和学校的对接。

更多信息参见：<http://www.strengtheningfamiliesprogram.org/sp-10-14.html>

案例研究 11：有前景的计划——家长参与教育项目，俄罗斯

2010 年，俄罗斯非政府组织人道主义计划（Humanitarian Project）发布了一项名为“15”的专门项目，旨在让家长参与物质使用预防教育活动。该项目为青少年及其父母或监护人设置了 15 个专题教育课时，每课时 4 小时。

参与者按年龄和性别分为四个小组，每组将接受专门的培训课程。除了各组单独的活动外，四个小组还会参加联合培训课程来讨论各类话题。培训课程和联合讨论旨在改善家长和子女关系，同时增进参与者对物质使用、艾滋病和其他性传播感染疾病的了解。

该项目可帮助青少年增进自我了解、有效应对困境、与家庭成员建立互信关系、制定规划、设定并实现目标、以及变得更加自信。家长有机会讨论子女养育问题、分享其经验、更加了解子女以及掌握有效的沟通技巧。培训课程帮助家长学习更多有关艾滋病、物质使用、生殖健康和青少年性行为的知识，从而使他们和子女讨论这些问题时能够摒弃专横或说教式的态度。

俄罗斯八个地区开展的项目评估调查显示，逾 90% 的参与者表示“15”项目对其生活产生了积极影响。大约有 55% 的调查对象改善了他们与子女或父母的关系；50% 的人已经开始为未来做规划；31.7% 的受调查者戒除了危险行为；10% 的人接受了艾滋病检查。在参与该项目的青少年中，吸烟者比例从 26.6% 下降至 3.3%，并且所有曾有饮酒行为的调查对象反映他（她）们已经戒酒。家长们也取得了类似成绩：吸烟者比例从 50% 降至 30.3%，饮酒者比例从 16.6% 降至 3.3%。

更多信息参见：<http://ite.unesco.org/pics/publications/en/files/3214742.pdf>

学校还可以与社区服务挂钩，从而可以方便帮助学生接受卫生服务（包括物质使用治疗）。这些方案将在本文 3.5 部分进行讨论。

可产生积极预防效果、负面预防效果或无效果的课外项目和学校相关项目所具有的特点（UNODC, 2013）

同龄项目

- ▲ 对同龄学生领袖进行充分培训并为其提供正面、持续的支持
- ▲ 以精心编排的活动项目为基础由接受过培训的教师或辅导员授课

辅导项目

- ▲ 对辅导员进行充分培训并提供足够支持
- ▲ 以精心编排的结构化活动项目为基础
- ▲ 家庭教养项目
- ▲ 提高家庭凝聚力，即家长和子女间的相互依赖
- ▲ 帮助家长在子女生活中扮演更积极角色
- ▲ 帮助家长对子女进行正面且利于成长的管教
- ▲ 帮助家长成为子女的行为模范
- ✦ 在文体活动中加入物质使用预防内容
- ✦ 参与体育运动本身可以导致饮酒行为的增多，但会减少违禁药物的使用；
- ✦ 该方案需做进一步研究并谨慎实施
- ✦ 青年发展项目
- ✦ 将高危青年带入项目之中，同时活动组织涣散

家庭教养项目

- ✦ 削弱家长的权威
- ✦ 只使用说教的形式
- ✦ 向家长提供药物类知识从而使其可以和子女谈论该话题
- ✦ 只关注儿童
- ✦ 由未经良好培训的工作人员负责项目实施工作

2. 以选择性和指征性方法应对弱势群体

一般性预防方法常常会得到推荐，尤其是针对儿童和青年的一般性预防方法，因为它们可以帮助那些在物质使用风险方面处于平均水平的人，同时也可以帮助高危人群更好地应对物质使用问题，而不会增加其耻辱感。然而，专门针对弱势儿童和青年（例如家长存在物质使用问题的儿童）的预防方法，在锁定他（她）们面临的风险因素方面更有潜力，有时可以对这个特定群体更加有效。在青年当中实施这些有针对性的预防方案时，可以以小组的形式（选择性预防），或以个人形式（指征性预防）。

选择性和指征性早期学校措施可产生积极的滚雪球效应，可对一系列后期问题产生积极影响，包括学习成绩

和物质使用问题 (Toumbourou 等, 2007)。这些方法发挥功效的关键在于培养学校和家长之间的合作关系意识, 使家长和教师在开展工作时可以感受彼此的支持 (Castellanos-Ryan 等, 2013; Webster-Stratton 和 Taylor, 2001)。

这方面的一个有效方法是本文上一部分阐述的家庭教养技能项目。据发现, 属于此类的一个干预项目对青春期的物质使用行为带来了显著的正面影响, 其具体的干预方式为: 培养七至九岁有行为问题的男童的社会技能和问题解决技能, 同时帮助其家长学习有效的养育技能 (Castellanos-Ryan 等, 2013)。

如果家长存在物质使用问题, 那么他们的孩子往往在这方面更容易出现问题。针对此类儿童群体的干预项目已表现出良好潜力, 尤其是当项目的持续时间大于十周, 以及项目既能够提供针对儿童和家长的单独培训, 也同时提供对儿童和家长的联合培训的时候, 其效果尤为明显。 (Bröning 等, 2012)。

选择性和指征性预防方法相关的两个注意事项:

- 在选择对象的过程中给学生贴标签的可能性; 贴标签问题一般可以通过精心规划、严格遵守个人隐私、以及让目标学生参与方案的设计等做法来加以避免。
- 当高危学生被组成一个新的团体, 会增加学生发生反社会行为的可能 (即所谓的“偏差行为强化”) (Hennessy 等, 2015; Rorie 等, 2011); 这种情况可以通过严谨设计的项目活动来避免。

简短干预和激励性谈话

在青少年群体表现出预防潜力的一类特定干预措施是“简短干预” (Carney, 2012; UNODC, 2013)。此类干预措施的实施可以简短至五分钟, 或者可以长达四个活动环节。长期以来, 简短干预一直被视为可在各类医疗环境 (例如急诊室、医务室) 中针对成人使用, 并且这方面的最新研究结果表明, 某些简短干预措施对中学生人群也有效果。这些干预措施一般采用激励性方法帮助一个不愿改变物质使用行为的人产生行为改变意愿。部分证据显示, 个人形式的干预可能比小组干预更加有效 (Hennessy 等, 2015)。

世界卫生组织开发的酒精、烟草和精神活性物质使用问题筛查测试 (ASSIST) 工具旨在帮助筛查各类精神活性物质 (包括酒精、烟草和违禁药物) 的使用情况并进行简单干预。然而, 干预效果只在成人身上得到了证实,

而 ASSIST 的青少年干预措施若要取得相应效果, 则需开展更多工作 (参见 32 页的文本框)。

案例研究 12: 循证式计划——“Preventure”项目, 加拿大蒙特利尔

一项简短预防干预能否显示它可以通过减少有害使用来保护大脑不受饮酒和大麻的有害影响? 目前针对加拿大蒙特利尔“Preventure”项目开展的一项研究就是为了证明这一点。该研究只是有关这方面的一系列长期细致研究的一部分, 这些研究所依据的证据是, 四种人格与年轻人酒精和毒品有害使用的风险增加有关: 焦虑-敏感型, 无助型, 冲动型, 寻求刺激型。

该系列研究发现, 专为某类人格量身打造的简短人格干预措施 (共耗时 180 分钟, 分为几个部分开展), 可有效减少低龄青少年的饮酒和吸食大麻行为。迄今为止, “Preventure”项目在五个国家和多种环境下 (高中、精神病康复场所、以社区群体) 进行了评估。评估结果显示, 该项目可有效预防和推迟饮酒和酗酒行、吸食大麻和其他违禁物质的使用行为。对于物质使用干预效果呈现中等到高等, 并且这种效果在干预结束后, 还将持续最多三年。

蒙特利尔的学校对探索循证式预防手段持积极态度, 部分原因在于, 一项省级研究发现, 10% 的学生在其中学最后一年 (16-17 岁) 会在临床上表现出明显的物质使用所致障碍症状。

如某教育专家所言, “人们希望将有限的资源用于针对青年的循证式物质使用项目, 但可负担得起的社区类项目和社区组织无法提供有着有力证据基础的项目。在物质使用项目中包含具体的干预手段 (而不是简单的筛查、教育或介绍活动) 是至关重要的。”

学生课程由学校工作人员负责, 后者将接受为期三天的培训。学生课程含有心理教育措施、激励性强化治疗和认知-行为内容。干预指南以示范性场景为特色, 这些场景皆来源于存在人格风险因素之青少年的实际生活经历, 而他们的这些个人风险因素正是该干预项目的干预目标。干预活动包括在每个人格的特定框架下对想法、情绪和行为加以讨论。

鉴于近期由饮酒和吸食大麻对青少年大脑发育的潜在影响所引起的担忧, 上述研究将评估该项目对五个关键领域的认知发展所能起到的保护作用, 这五个领域包括: 总体智商、事件记忆、工作记忆、反应抑制和回报敏感性。

该项目具有以下特点, 对学校管理层具有吸引力:

- 可灵活选择干预实施者
- 简单和分组的干预特色不会造成过多负担；
- 项目所基于的深厚研究基础有利于项目的推广。

更多信息参见：

<http://co-venture.ca/en/files/2012/06/PREVENTURE-PAMPHLET-09.06.2014.pdf>
<http://legacy.nreppadmin.net/ViewIntervention.aspx?id=264>
<http://guidebook.eif.org.uk/programmes-library/preventure>

简单干预适合对在校学生使用，原因在于：

- 对于那些被学校认为存在物质使用问题的学生而言，简单干预可用作典型应对措施（例如对抗、说教或停学）的有效替代方案。
- 它们适用于尚未完全形成物质使用习惯的个人，例如青少年。
- 它们可在上学期间或放学后实施，对学生实施干预非常方便。
- 证据显示，部分干预措施不仅可以由健康专业人员实施，也可以由经培训的学校工作人员实施（Conrod 等，2013；O’ Leary-Barrett 等，2010）。

世界卫生组织开发的酒精、烟草和精神活性物质使用问题筛查测试（ASSIST）工具包含一份简单调查问卷、一份指导健康专业人士如何使用该调查问卷来发现和应对物质使用问题的指南，以及一份减少或戒除物质使用行为的自助手册。ASSIST 工具由世界卫生组织联合一组国际研究人员，根据世界卫生组织 ASSIST 计划框架，历经十余年开发而成。世界卫生组织开发该工具的目的在于，满足不断增长的“如何在非专业医疗环境下对物质使用问题进行最有效管理”之问题的指导缺口。ASSIST 工具简单易学，可有效应对各类物质，包括酒精、烟草、还包括大麻、安非他明类兴奋剂、可卡因和类鸦片药物。鉴于该工具在不同文化环境所取得的效果，ASSIST 定将成为物质使用之医疗应对措施的基础。

世界卫生组织还开发了其他简单干预工具，例如针对初级卫生保健环境的“酒精使用障碍筛查量表”（AUDIT）。

更多信息参见：

http://www.who.int/substance_abuse/publications/media_assist/en
http://www.who.int/substance_abuse/activities/sbi/en/

“Preventure”项目是简短干预项目获得成功的范例。简短干预通常要由心理健康或医疗专家来负责实施，但此类干预由经过培训的学校工作人员负责实施时也收到了良好效果（Conrod 等，2013）。

简单干预还可以通过网络或电脑实施，并且针对中学生的研究已经证明了此类简单干预的积极效果（Champion 等，2013）。这种形式的干预方案之所以可行的原因在于，它们实施起来可能更加贴近设计初衷，并且对那些不愿接受标准干预手段的年轻人而言可能更具吸引力（White 等，2010）。

可产生积极预防效果、负面预防效果或无效果的选择性干预项目和指向性干预项目所具有的特点（UNODC，2013）

简单干预

- ▲ 采用一对一面谈来识别是否存在物质使用问题
- ▲ 提供信息或建议
- ▲ 对学生进行直接辅导，增加其改变行为的意愿
- ▲ 传授可促使行为改变的技能
- ▲ 必要时进行转诊治疗
- ▲ 由经培训的专业人员负责项目实施
- ▼ 在选择特定或指向性干预项目的目标学生时容易产生标签效应
- ▼ 将高危学生组合为新集体后采用的干预活动过于松散

3.2.5. 适当的学校卫生服务

学校卫生服务是指在校内或社区其他地点，通过医疗人员或辅助医疗人员向在校学生提供的卫生服务；学校卫生服务必须由教育机构和医疗服务机构所签署的正式协议来进行授权（Baltag 等，2015）。

学校卫生服务的宗旨是，处理学生的身体、心理和情绪健康问题，提供包括健康改善、预防、早期检查和转诊在内的一系列连贯性卫生服务。其职责在于，通过促进学生健康来实现学校的使命，包括预防和减少物质使用问题及其所造成的健康和社会后果。

健康教育的良好实践必然包括一系列可有效覆盖所有青少年之需求范围的信息、辅导、诊断、治疗和保健服务（WHO，2015）。在这个大背景下，学校卫生服务非常有希望以一种完整的方式来满足学生的健康需求，解决其健康问题（包括物质使用问题），同时帮助实现学校

在学术方面的使命。

学校卫生服务可以校园类卫生服务、与学校相关联的社区卫生服务、或以二者相结合等方式就地提供卫生服务。无论是哪种形式，学校卫生服务的一个重要功能是将学校和社区内的卫生和社会服务联系起来。因此，学校卫生服务需要以教育机构和医疗保健服务提供者之间的正式协议为基础，明确哪些卫生服务在学校提供，哪些在医疗机构或其他地点提供（WHO，2015）。

纵观全球的学校卫生服务，世界卫生组织发现，此类服务通常在校内提供（102个国家中有97个国家情况如此），服务人员通常为专门的学校卫生人员（102个国家中有59个如此）（Baltag等，2015）。在校园提供卫生服务可大幅提高针对年轻人的服务覆盖率。

尽管大多数发展中国家的入学率远未达到普及程度，但学校所提供的卫生服务覆盖率总体上要超过由卫生系统提供的卫生服务。由于学生往往不清楚何时、何地并以何种方式寻求建议或帮助（即健康素养较低），因此，学校积极推广的卫生服务可能会有更高的利用率。

对于有物质使用倾向的儿童和年轻人而言，学校卫生服务对他们更加适用，因为他们更不太可能获取标准的卫生服务（Robinson等，2003）。举例来说，一项研究发现，相比于社区卫生服务，学生在面临心理卫生类问题时使用学校卫生服务的意愿是前者的21倍，包括针对物质使用问题的帮助和辅导（Juszczak等，2003）。

学校卫生服务通常由校医负责，但医生、心理学家、精神病医生、牙医、社会服务人员和辅导员也可能会参与其中。得益于专业培训，校医非常适合在学校卫生服务和物质使用预防方面发挥主导作用。校医的专业角色可帮助他（她）们：

- 在学校提供预防教育（例如儿童和年轻人对处方药物的非医疗性使用问题）。
- 识别并妥善管理社区出现的新物质使用问题（例如一种新兴的物质使用模式）。
- 帮助家庭和教师发现物质使用的迹象和症状，以及物质使用的相关风险因素（例如焦虑、沮丧或注意力缺陷），同时还帮助他们培养影响学生的物质使用的保护性因素，例如有弹性的心理健康能力。
- 找出并满足学生个人的物质使用相关需求，并帮助学生或家庭寻找对策，同时帮助他们寻找专门服务渠道。
- 经专门培训后，对学生进行物质使用方面的简单干预，此举可有效应对物质使用问题（参见3.2.4部分）

（Pirskanen等，2006）。

- 识别并管理紧急情况（例如药物使用过量）直至急救医疗人员对此进行妥善处理，并就此情况对医疗服务人员进行跟踪。
- 在社区内就儿童和青年的健康问题进行宣传和倡导。
- 领导和培训其他学校专业人员或其他学校工作人员参与预防项目并将物质使用相关的循证式内容纳入学校的课程。

举例来说，依照美国学校的相关要求，校医需阻止校内使用和销售电子烟的行为。作为综合性的学校卫生项目的一部分，校医有权发起针对电子烟危害的讨论并确保电子烟被纳入学校烟草教育课程和无烟政策之中，并为学生提供这方面的个人辅导和教育，同时为其寻找帮助学生戒烟的资源（美国国家校医协会，2015）。

当一部分英国年轻人被问及校医应负责哪些重点事项时，他们认为对于校医而言，很重要的是要专注于“通过公共卫生项目帮助所有年轻人保持健康，同时还要提供与青少年健康问题相关的具体早期帮助和建议，从而使年轻人得到帮助，尤其是关于不良的心理健康以及吸毒和酗酒等领域的问题，校医需要在这些问题成型之前对其予以干预”（英国卫生部，2012）。

英国学校校医为学校提供的一系列连贯的卫生服务（United Kingdom Department of Health，2012）：

- **社区服务**：校医在学校和校外社区肩负着重要的公共卫生领导职责。例如，他（她）们可帮助开展健康需求评估、对服务进行安排实现对年轻人的全覆盖、在社区环境下提供服务，同时与年轻人和学校员工相互配合，共同在学校环境中推进学校的卫生和健康水平。需重点指出的是，校医还可以联合他人增进社区对学龄儿童物质使用规模的认识，以及参与推动和保护学生健康的活动，从而构建本地对于物质使用的预防能力并巩固健康成果。
- **基础服务**：校医以领导、协调和提供卫生服务的形式在5-19岁学生中开展健康儿童项目（HCP）。其中包括在物质使用方面（包括酒精、烟草和违禁药物的使用）促进所有儿童和年轻人的健康。
- **附加基础服务**：校医是确保儿童、年轻人和家庭在需要时能够获得额外帮助和支持的重要来源之一。他（她）们提供“早期服务”的方式为：首先确定已发生物质使用行为的儿童，然后向其提供简单干预，或者帮其转入或向其介绍其他服务。
- **长期的基础合作关系**：校医将联合其他相关群体，向有一系列特定需求并需要长期支持的脆弱儿童、年轻

人和家庭提供持续的额外服务，例如针对那些家长有复杂需求并可能置儿童于风险之中的情况（例如，物质依赖、心理健康状况不佳以及发生家庭暴力行为）。

- 学校护理服务还属于向儿童、年轻人和存在儿童保护或保障问题的家庭提供的高密度、多部门服务的一部分。

一项针对学校卫生服务的全球性审查发现，在102个国家中，只有25个国家提供了某些与物质使用有关的服务（Baltag等，2015）。因此，学校卫生服务非常有希望在许多国家的教育部门物质使用综合应对方案中扮演更重要的角色。

证据和经验表明，学校和卫生服务主体之间的成功合作关系需要具备以下特征（南澳大利亚州政府，2006年）：

- ▲ 建立在有效沟通和牢固人际关系的基础之上；
- ▲ 关注学校的学习和学术使命；
- ▲ 以健康和学习相结合为基础并以可持续发展为目标；
- ▲ 拥有共同目标、宗旨和预期；
- ▲ 需要卫生人员和教育工作人员了解和重视彼此的职责；
- ▲ 具有灵活性和适应性；
- ▲ 随时间不断完善。

3.2.6. 教育部门物质使用应对措施的管理

为了达到效果，国家毒品战略或物质使用预防系统应以科学证据为基础，针对不同年龄和风险度的人群，于多种环境下实施一系列融合性政策和干预措施。教育部门以及卫生、社会发展、青年、司法和执法部门都是该系统的重要组成部分。

教育部门应对物质使用的措施所产生的影响，取决于该应对措施在本地、地方或国家层面所体现的管理水平。毫无疑问，一项广泛、一致、持久的国家物质使用应对措施若能在国家层面得到有效管理，则该应对措施将会发挥最大潜能，并因此取得最佳效果。

无论是在国家或是地方层面，教育部门对物质使用应对措施的管理需包括：协调各项应对措施、培训教育人员、监督和评估应对措施、以及保持并扩展应对措施的规模。教育部门针对物质使用应对措施的管理还意味着，需要部署长期实施所需的资源和基础设施。这可能包括

（UNODC，2013）：

- 一份战略性文件，用来向合作伙伴和普通大众宣传应对措施的目标和性质；
- 于物质使用的国家标准以及学校物质使用预防干预措施和政策；
- 学校物质使用预防人员的国家专业标准；
- 批准建立预防项目的区域性集中审批系统，并以此系统根据循证式的干预方案来审批预防项目（如根据安全性和效果对药物进行审批一样）（Faggiano，2014）；
- 一项要求学校在健康或个人 / 社会教育与宣传背景下实施物质使用预防政策和项目的政策；
- 一项建立相关实施人员队伍的计划，包括岗前培训（即大学或学院教师的准备工作）和在岗培训（在工作中接受培训），并且该计划需要解决任何有碍于有效实施工作的组织性障碍（例如教师工作量、工作条件、本地资源）；
- 鼓励教师或其他学校员工参与预防项目的激励性措施；
- 建立国家监测管理数据系统，向政策制定者、从业人员以及研究人员提供物质使用趋势和方式的最新信息；一份针对教育部门物质使用应对措施的监督和评估计划。

1. 教育部门物质使用应对措施的协调工作

教育部门物质使用应对措施的协调工作包括两个方面：

1. 与参与国家毒品战略或物质使用预防系统的其他部门进行协调，特别是卫生和社会部门。
2. 教育部门内部在物质使用应对措施方面的协调工作（即国家、地方、和本地主体之间，以及教育部门下属的不同分支部门 / 部门之间）。

关于第一个方面，教育部门在国家物质战略中或物质使用预防系统内将扮演十分重要的角色。为此，教育部门需要和卫生部达成战略合作关系。这两个部门间的合作应以同步推进年轻人的健康和学业成功为核心内容。除此之外，教育部门物质使用应对措施还需要对以下方面提供支持：

- 对于教育部门能够有效解决的物质使用因素（保护性和风险因素）而言，确保涉及这些因素的干预措施能够得到妥善实施，从而帮助实现物质使用战略或系统的更广泛目标；
- 旨在明确青年物质使用问题之性质和严重程度以及应

对措施之规模的国家监督系统；

- 规模更大的战略措施——教育部门成为可靠物质使用战略合作伙伴的前提是：

- 向可能在其他部门推行的有效物质使用干预措施提供支持（例如征收酒精和烟草税）；
- 理解教育部门的职责不仅与健康问题的社会决定因素有关，还与某些广泛因素有关（例如好的工作、殷实的生活条件），这些因素在很大程度上左右了影响物质使用和其他健康风险行为的更直接因素（Solar 和 Irwin, 2010）。

卫生和教育部门若要达成有效合作关系，必须明确各自权限和运行方式。举例来说，卫生部门的项目周期往往比教育部门要短很多，因为教育部门只会周期性地集中力量更新课程（即包括研究→准备关于课程内容的相关政策→总课程和课时规划→授课材料开发→培训培训人员→在岗和岗前培训→在学校实施）。

卫生部门可提供大量专业知识，但它们需要了解辖区内的学校环境——即优势和限制因素。类似地，教育部门在利用健康促进和预防工作人员的专业知识时，可避免相应措施的无效和时而发生的高成本问题。

关于第二方面，协调工作需要教育部门应对措施负责人确保国家、地方和本地层面的指定代表——以及不同分支机构、部门和单位的指定代表——所开展的工作能够彼此有效衔接。那些处于领导地位的负责人还需要坚定不移地执行循证式的应对措施——即，一种包含以下特点的物质使用应对措施：

- 识别并直接针对所在辖区内儿童和青年在物质使用方面的倾向性问题。
- 所采用的干预措施应该：至少是被证明有效（即证明可在受控条件下产生显著的正面效果），理想情况下是被证明效果显著（即已证明可在实际环境下产生明显的正面效果）。
- 接受监控，并且至少能被评估的措施（即，各层面的应对措施，无论是从全国战略层面还是到地方层面，

都有一份备有证明文件的规划，上面载有清晰合理的目标、宗旨，以及结合他层面计划的成功指标）。

- 对应对措施效果的定期持续评估活动进行预算准备，以分析物质使用应对措施能够在多大程度上影响物质使用行为或与之有明确密切关系的因素。

教育部门应对措施负责人还需全力配合并协调教育部门利益攸关方的角色，包括青年、教师、和学校-家长协会、相关非政府组织、居民和社区领袖、宗教社区和领袖、私营部门以及大学和其他研究机构。与大学健康或社会科学家进行合作可为循证式应对措施提供支持，使各层面的相关工作都得到严格监控和评估——无论是从全国战略层面还是到地方层面。

在协调教育部门的物质使用应对措施时，从多个角度开展工作具有重要意义。利益攸关方对青年物质使用问题持各类不同观点（例如从放任到惩罚）以及根据自己的观念和过往经验提出各类方案的现象并不少见。应对观点各异的最佳手段是持续坚持一个有力的循证式导向，同时针对某一问题拿出最具可靠性的现有科学信息。

2. 监督和评估教育部门应对措施

监督和评估工作的目的在于帮助管理人员和其他相关人员了解主要活动的实施效果，以及通过这些活动实现了什么结果。监督和评估工作还有助于选择循证式干预方案，认真调整和测试这些干预方案，以及建立确保执行忠诚度的高质量流程，从而增加对物质使用和学生健康带来积极影响的可能性。

教育部门的监督和评估工作包括以下内容：

监督物质使用和促进因素的特点和程度

为了使应对方案能够完全以证据为基础，教育部门应对措施必须以准确把握当地实际需求或情况为出发点。其他部门也可以从此信息中获益，因此，此类监督体系可部署于制定毒品战略的相关单位，或部署于政府的统计部门。教育部门和其他部门所重点关注的信息包括：

- **物质使用的普遍程度和方式：**使用任何一种物质的人数比例是多少（对不同年龄、性别、和其他重要特点的青年进行特别关注）？频率和剂量是多少？会造成哪些健康和社会后果？年轻人一般会在什么年龄开始使用各类物质？
- **物质使用倾向性(风险/保护性因素)：**在特定环境下，造成年轻人有可能发生物质使用并遭受相应健康和社

会后果的最重要因素是什么？为什么这些因素会触发物质使用行为（例如养育问题、心理健康问题、学校归属感弱、暴力和虐待等）？为什么某些物质使用者会发展成物质使用障碍？

- **环境因素：**合法物质的价格；易得程度，例如商店营业时间；商店到学校的距离；国家年龄限制及其执行情况，例如通过检查向未成年人销售或提供酒精以及销售烟草等。

2010 年全球卫生观察站的数据显示，在所有报告国家中，仅有不到半数（49%）的国家开展了关于儿童和青少年饮酒的国家性调查，监督儿童和青少年吸毒的国家略低于这个比例（42%）（这两方面的地区性差异都很明显）（WHO，2010）。

为了在世界范围内推动教育部门更好地规划物质使用应对措施，需要更多国家按年龄和性别对这方面的监测数据进行常规收集。全球学校卫生调查（例如学龄儿童健康行为调查（HBSC）——www.bsc.org；全球学校学生健康调查（GSHS）——www.who.int/chp/gshs/en、世界卫生组织的“无烟草行动”——www.who.int/entity/tobacco/surveillance/）、工具库（例如 <http://www.emcdda.europa.eu/eib>）、以及 FRESH 模式（集中有效资源改善学校卫生）框架所包含的指标都为需求评估提供了实用的工具（UNESCO，2014）。

监督各层面的物质使用应对措施（从全国战略层面到地方层面）并对其效果和影响加以评估

严密监督物质使用应对活动有助于了解活动开展期间的资源利用情况，有助于中途的工作校正和调整。良好的规划是开展有效监督的前提。在实施干预前确保每个人都清楚干预目标和指标，如此方有望收集和记录到最实用的监督数据。

需要在国家和地方这两个层面上收集的数据类型包括：投入要素或所使用的资源（包括费用）；根据每项已确定的需求所开展的活动；以及交付成果或产出要素。

无论是在全国战略层面还是地方层面，过程监测都是为了检验产出要素或活动按计划的完成程度。此外，还包括其他若干和活动有关的基本问题，比如：

- 经规划的物质使用应对活动对预期合作伙伴或目标群体的覆盖度；
- 应对活动按计划的完成程度。

需要用成果评估来检验物质使用应对战略或项目的效果，即目标群体因这些战略或项目而发生的改变。评估对象的变化包括：典型物质使用行为，和影响物质使用行为的关键因素，如态度、意愿、社会规范和技能，它们都属于受评估的具体预防项目所关注的因素。如本手册前文所述，有效的物质使用应对措施能够影响其他社会和健康问题（例如欺凌或被欺凌频率）、以及学习表现（例如逃课频率）¹⁵。因此教育部门对物质使用采取干预的背景之下收集影响效果方面的相关数据是十分必要的，这对于确定资源的利用方式是否符合伦理并具有效率、项目是否真正起到了物质使用预防的效果、以及下一步该如何改善等，都具有重要意义。

还需要运用大量研究专业知识来切实查清某些特定项目是否真的有效。这种专业知识主要来源于学术和研究机构。由于科学家们通常对开展社区研究项目感兴趣，因此，学术界和教育部门负责物质使用预防应对措施的相关人员通过开展合作，往往可以达到双赢效果。

随机对照试验（RCT）是评估具体干预效果的最佳方法，原因在于它们能够最准确地反映实际情况。然而，此类试验需要耗费大量专业知识和资源，因此某些情况下更适合采取一些较为简单的评估方案。例如，前后评估，即在项目实施前后收集关于指标的信息（例如前一个的吸烟行为、课堂的捣乱行为），更适合资源相对有限且无专业研究人员参与的情况，并且可为特定干预方案提供实用的效果反馈。

强烈建议要通过严谨的研究（通常使用多个随机试验）对项目效果进行验证后，再将其扩展至全国层面。然而，当某项目仍处于开发阶段时，建议在投资严格试验之前采用一种相对简单的研究方案来测试其效果¹⁶。许多干预项目会同时提供现成的评估工具。此外，还可以利用其他优秀资源来获取可用于评估的指标，例如全球学校卫生调查（如上文提到的那些资源：www.hbsc.org；www.who.int/chp/gshs/en；www.who.int/entity/tobacco/surveillance/），调研工具库（<http://www.emcdda.europa.eu/eib>），以及 FRESH 模式（集中有效资源促进学校卫生）框架所包含的指标，都提供了用于需求评估的实用工具（FRESH M&E Coordinating Group，2014）。

¹⁵ 参见 <http://www.communitiesthatcare.net/userfiles/files/2014CTCYS.pdf>

¹⁶ 一旦某项目开始在全国层面实施，即使覆盖的只是大部分学生群体，往往也难以根据国家层面的物质使用规模数据来确定其效果如何。这是因为，在国家层面存在大量可造成物质使用行为的独立因素，例如物质的易得程度，这些因素除了会影响预防项目外，还会对国家物质使用趋势造成影响。

现有数据表明：只有 5% 的成员国报告开展了教育部门物质使用应对措施的影响评估（UNODC, 2014）。因此，目前急需对各国的物质使用应对活动提供监督和评估方面的指导、培训和支持。

监督和评估工作不仅为物质使用应对措施或项目的实施人员提供了重要信息，对其他方面的相关人员也具有重要价值。对于循证式的物质使用教育预防措施而言，吸收更多来自低收入国家的相关经验具有实际意义（包括有效和无效的实践）。该信息的传播途径包括：科技期刊、知识网络和干预知识中心，例如由欧洲药物成瘾预防试验项目领导的干预知识中心（<http://www.eudap.net/Home.aspx>）。

表 7 列出了国家或地方层面有关教育部门物质使用应对措施的部分监督和评估样本指标。这些指标分为过程指标和成果指标。其中过程指标主要参考了 FRESH 模式的核心内容，后者详细阐述了一项综合应对方案。

表 7. 衡量教育部门物质使用应对措施的本样本指标

有醉酒经历的 13-15 岁学生比例	数据收集频率	数据收集方法
过程指标		
学校卫生政策		
以正式物质使用政策（或包含突出的物质使用规定的卫生政策）禁止学生和教职员在校园任何地点和所有校办活动期间吸毒、饮酒和吸烟的学校比例	每 3 至 5 年	全球学校卫生政策和实践研究 (G-SHPPS)
以正式政策规定如何以非惩罚性方式处理被发现在校园和所有校办活动期间饮酒、吸烟或吸毒的学生的学校比例	每 3 至 5 年	全球学校卫生政策和实践研究
安全的学习环境		
定期改进物质使用政策的学校比例	每 3 至 5 年	全球学校卫生政策和实践研究
接受过预防吸烟教育的学生比例	每 3 至 5 年	全球学校卫生政策和实践研究
技能类健康教育		
国家课程为各学年规定了固定小时数的循证式和技能类教育内容	每 2 至 3 年	课程分析（指定义“循证式教育内容”的联合国毒品和犯罪问题办公室标准）
学校卫生服务		
工作人员接受过物质使用预防和治疗培训的学校诊所 / 医务室比例	每 2 年	学校和教师调查
成果指标		
学习物质使用问题		
表示自己不会拒绝一个最好的朋友向自己提供酒精饮料的学生比例	每 2 年	学校和教师调查
表示已接受过拒绝饮酒技能教育的学生比例	每 2 年	学校和教师调查
物质使用行为		
工作人员在上课日不吸烟或只在指定区域吸烟的学校比例	每 3 至 5 年	学校和教师调查
学生在校园不吸烟的学校比例	每 3 至 5 年	学校和教师调查
过去 30 天内至少饮过一次酒的学生比例	每 3 至 5 年	全球学校学生健康调查
过去 30 天内吸食过大麻的学生比例	每 3 至 5 年	全球学校学生健康调查
曾使用过苯丙胺或甲基苯丙胺（也可使用各国的本地术语表达）的学生比例	每 3 至 5 年	全球学校学生健康调查
过去 30 天内有吸烟行为的学生比例	每 3 至 5 年	全球学校学生健康调查
曾尝试过吸食大麻的 13-15 岁学生比例	每 3 至 5 年	学校调查 / 全球学校学生健康调查或学龄儿童健康行为调查
有醉酒经历的 13-15 岁学生比例	每 3 至 5 年	学校调查 / 全球学校学生健康调查或学龄儿童健康行为调查

来源：FRESH M&E Coordinating Group, 2014 年。



4. 巩固和推广教育部门对物质使用之有效应对措施 所需要考虑的因素

本手册推荐采用一种纳入众多物质使用要素的全方位的部门应对措施，并审查了与这些要素有关的证据。

评估一项全方位应对方案存在很大难度。相反，在某项计划之内评估单个项目或方案却很具可行性。本文将以单个项目或方案为背景，讨论如何巩固和推广教育部门的物质使用应对措施。

图 20. 巩固或推广教育部门物质使用之有效应对措施考虑因素



在国家、地方和本地层面，管理人员一般会在物质使用预防项目周期结束前，或技能类课程周期结束前，对物质使用应对项目或方案的未来做出决策。无论是在哪种情况下，对项目或方案的数据和结果进行监督和评估，对于上述决策期而言都极具重要性。在初始开发阶段，或者在对某个已在外地取得一定效果的项目进行本地化调整期间，对项目开展简单的效果评估（例如无对照或控制组的前后评估）以确保该项目能够按既定路线运转，是一个可行且值得推荐的做法。

选择方案如下：

- 如果某干预措施或项目已被证明无效或以其目前形式会造成一定程度的伤害，则应重申项目的理论依据和过程评估结果，并据此调整或终止该项目。即使项目产出的效果不具备信服力，但只要实施过程存有有效记录，决策者便可以有足够理由以调整后的形式保持该项目。

- 如果某项目经评估证明产生了积极效果，则应选择继续保持或推广该项目。如果该项目使用的是简单评估方法，则下一步需谨慎地延续评估工作，但需要采取一种严格的过程和效果评估方法（即准实验或随机对照试验），同时应考虑到，这种评估方法因成本问题并非适用于所有环境。如果项目取得积极效果并显示出有力证据，则可以考虑推广该项目以惠及其他群体。

案例研究 13：循证式方法——乌兹别克斯坦推广一项家庭技能项目

乌兹别克斯坦政府已经证明了采用、调整并推广一项循证式预防项目并持续发挥项目功效是可能的。家庭和学校合作项目（以下简称 FAST 项目）是一个面向同一年级所有儿童及其家庭的课后家庭技能项目。FSAT 项目旨在支持和改善家庭关系以及儿童的生活技能和家长的养育技能。此外，其目的还包括支持家庭间的联系，以及家庭与社区和社会之间的联系。根据在不同环境下开展的大量严格研究结果，该项目可有效预防青年物质使用和其他健康风险行为。

2012 年，乌兹别克斯坦政府在公共教育部（MPOE）的牵头下，承诺实施一项循证式的物质使用预防措施并选择采用了 FAST 项目。在联合国毒品和犯罪问题办公室的支持下，公共教育部精心领导了一系列工作，包括确定试点场地、对项目进行文化调整和本地化处理（由国家文化调整小组负责）、培训本地员工以及评估试点结果。该试点项目共在 150 户家庭展开。

相关方面通过在项目前后对比的调查设计方案对本地化调整效果进行了检验。根据该调查设计方案，家长回答的问题类型包括：社会关系和支持、参与子女教育、自我效能、家庭环境和子女行为。而教师完成的问卷则与儿童行为、学习表现以及家长对儿童教育的参与有关。

对试点工作的评估显示，该项目可在以下方面对儿童和家庭带来具有统计意义的变化和积极影响：

- 家庭内吸烟和饮酒现象的减少
- 家长间的交流与信任加强，并强化了社区
- 家长对教育的更多参与
- 家庭冲突减少
- 家长与子女关系改善

2015 年，随着试点工作的成功，该项目被推广到了乌兹别克斯坦的三个地区，覆盖 240 多户家庭。

公共教育部在设立和推广该项目的过程中始终扮演着关键角色——首先在于该部对循证式预防项目的全力支持。此外，公共教育部还在以下方面发挥了积极作用：推荐项目学校、招聘培训人员、为培训人员发放工资、分配学校以及赞助“家庭技能培训项目资源中心”。

更多信息参见：<https://www.familiesandschools.org/why-fast-works/evidence-based-lists/>

由于存在一系列原因，导致项目或方案常以计划的形式落实，对长远运行未做充分考虑。可持续发展和推广问题只在项目周期结束后会得到解决，但解决这些问题的基础性工作需要部署在项目的最开始阶段，即全力开展项目的高质量规划、实施和记录工作（世界卫生组织，2011 年）。为了能够完成这些基础工作，需要：

- 针对部门应对措施의定期审查和调整机制，吸收其他相关策略；
- 至少在项目中期之前完成对循证式干预和政策之实施工作的规划和资源调配；
- 通过信息系统定期收集数据，包括对规划 / 审查过程的反馈；
- 持续支持旨在实现对干预措施和政策进行严格评估的研究；
- 对参与预防措施规划、实施、监督和评估的专业人士和政策制定者提供持续的培训支持。

巩固有前景的项目或方案

成功保持一项具有前景的项目或方案，或者将其成功制度化，取决于大量因素，其中有些因素是教育部门管理者们所无法掌控的（例如政策环境的变化）。因此对环境把握非常重要（例如政策扶持、主办单位的能力）。

许多时候，项目或方案往往得不到主办机构管理层的大力支持而以试点计划的方式运行。在这种情况下，必须说服这些管理者，让其支持新方案所蕴含的价值观，并认可其优势。当资料文件能够证明，以合理的方式进行项目规划、实施和评估可以产生良好效果时，推广该项目或方案就会变得相对容易。

一项制度化的本地项目或方案所具有的特点包括：

- 具备支持项目实施的政策声明；
- 成为永久性部门预算（教育或卫生部门）的分项账目；
- 在组织架构图中占据一席之地；
- 配有固定工作人员负责各项具体项目职责；
- 配有职务说明，其中规定物质使用预防职责和工作量；
- 配有项目运行所需设施和设备；
- 能够调用教育部门或卫生部门的内部资源（例如培训或监督和评估支持）；
- 为重要的协议和非正式协议建立档案。

推广有效的方案或项目

当教育和卫生部门利用严格评估证明某预防措施或项目可产生积极效果时，便需要重点考虑将其推广至地方或全国层面，因为此举可使更多年轻人和整个社会受益。

推广可定义为，在一个地区扩大某循证式项目的覆盖范围并同时保持其效果的过程（即需要兼顾覆盖范围和质量）（Milat 等，2015；WHO，2011）。按性质来看，项目推广可分为横向推广（推广或复制）和纵向推广（通过政治、政策、预算改变等手段实现制度化）（UNESCO，2014）。由于项目推广需要在复杂的教育和卫生系统内进行，因此没有任何一种推广方案可适用于所有环境，所以任何方案都需要对特定地区做针对性调整。

一个需要尽早提出的问题是，哪家教育机构 / 教育社区（如果有的话）有能力实施该方案或项目，即需要负责或承担：培训工作、实施体系、技术资源、监督和评估能力、以及全力保障实施质量。参与单位需要根据预算制定明确的推广计划并按计划开展工作。推广计划应根据政治、文化和制度环境，明确规定成功干预措施所应具备的基本特点、成功进行本地化推广所需要的环境特点、以及所使用的推广方法。

实现灵活的推广过程具有重要意义，这可能需要在实施范围和质量之间追求最佳的平衡方案（UNESCO，2014）。总体来说，对于教育部门针对学生物质使用问题的应对方案而言，以下考虑因素可作为制定和实施一项可靠推广计划的参考基础（Fixsen 等，2013；gilson 等，2010；UNESCO，2014；WHO，2009；WHO，2010）：

- 需要以有力的管理、领导和保护手段对推广活动加以支持；
- 各类利益攸关方需在早期进行广泛参与（包括教育人员、学生、社区等）；
- 官方负责单位不仅需要将推广过程视为技术转移或培训及信息的传播，更应将其看作一项需要综合考虑各类利益攸关方的观点（很可能是多样化的观点）、价值观和利益的社会、政治和制度过程；
- 部门做好充分准备是关键；教育部门的相关工作人员和官员应了解改革的收益所在、有足够的时间和资源进行改革、并且有能力实施新项目（或在外界帮助下开发这种能力）并对过程和结果进行评估；

- 推广过程中需对科学证据做合理和常规使用，正如持续监控、持续质量改善和评估是推广工作所不可缺少的部分一样。
- 需从一开始对项目的长期可持续性做规划。

相关文献资料所提供的一个重要考虑因素是，简单且易实施的干预措施比那些相对复杂的干预措施更容易推广（例如，Thaker，2008）。本手册推荐的综合方案是一项复杂工作。尽管总体策略比较复杂，但每一项干预内容都更易于被利益攸关方所理解和采纳。因此，对于一项全面应对措施而言，其最佳的推广方法是采取分阶段、循序式的方式，保障各阶段的实施质量。

参考文献¹⁷

- Arthur, M.W., Brown, E.C., Briney, J.S., Hawkins, D., Abbott, R. D., Catalano, R.F., Becker, L., Langer, M. and Mueller, M.T. 2015. Examination of substance use, risk factors, and protective factors on student academic test score performance . *Journal of School Health* , Vol. 85, No. 8.
- Baltag, V., Pachyna, A. and Hall, J. 2015. *Global overview of school health services: Data from 102 countries. Health Behavior & Policy Review*, Vol. 2, No. 4, pp.268–283. <http://ingentaconnect.com/content/psp/hbpr/2015/00000002/00000004/art00004>
- Barrett, D., Hunt, N. and Stoicescu, C. 2013. *Injecting Drug Use among Under-18s . A snapshot of available data*. London, Harm Reduction International. http://www.ihra.net/files/2014/08/06/injecting_among_under_18s_snapshot_WEB.pdf
- Bisset, S., Markham, W.A. and Aveyard, P. 2007. School culture as an influencing factor on youth substance use. *Journal of Epidemiology and Community Health*. Vol. 61, No. 6, pp.485–490.
- Bond, L., Glover, S., Godfrey, C., Butler, H. and Patton, G.C.2001. Building capacity for system-level change in schools:Lessons from the gatehouse project. *Health Education and Behavior* , Vol. 28 , No. 3, pp. 368–383.
- Bronfenbrenner, U. and Ceci, S.J. 1994. Nature-Nurture Reconceptualized in Developmental Perspective: A Bioecological Model. *Psychological Review*, Vol. 101, No. 4, pp. 568–586.
- Bröning, S., Kumpfer, K., Kruse, K., Sack, P., Schaunig-Busch, I., Ruths, S., Moesgen, D., Pflug, E., Klein, M. and Thomasius, R. 2012. Selective prevention programs for children from substance-affected families: a comprehensive systematic review. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, Vol. 7, No. 23, pp. 1–17.
- Buckley Emily J, White David G. 2007. Systematic review of the role of external contributors in school substance use education. *Health Education* , Vol. 107, pp. 42–62.
- Bundy, D. 2015. *Rethinking School Health: A Key Component of Education for All* . Washington DC: The World Bank. <http://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/978-0-8213-7907-3>
- Campbell, R., Starkey, F., Holliday, J. et al. 2008. An informal school-based peer-led intervention for smoking prevention in adolescence (ASSIST): a cluster randomised trial. *The Lancet*. Vol. 371, No. 9624, pp.1595–1602.
- Carney. 2012. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) package for primary health-care professionals and their patients. http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/
- Castellanos-Ryan, N., Séguin, J.R., Vitaro, F., Parent, S. and Tremblay, R.E. 2013. Impact of a 2-year multimodal intervention for disruptive 6-year-olds on substance use in adolescence: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, Vol. 203, No. 3, pp. 188–95.
- Champion, K.E., Newton, N.C., Barrett, E.L. and 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*, Vol. 32, No. 2, pp.115–123.
- Cleveland, M.J., Feinberg, M.E., Bontempo, D.E. and Greenberg, M.T. 2008. The Role of Risk and Protective Factors in Substance Use across Adolescence . *Journal of Adolescent Health*. Vol. 43, No. 2, pp. 157–164.
- Conrod, P., Stewart, S., Comeau, N. and Maclean, A.M. 2006. Efficacy of cognitive-behavioral interventions targeting personality risk factors for youth alcohol misuse. *Journal of Clinical Child and Adolescent*, Vol. 35, No. 4, pp. 550–563.
- Das, J.K., Salam, R.A., Arshad, A., Finkelstein, Y. and Zulfikar A. 2016. Interventions for Adolescent Substance Abuse: An Overview of Systematic Reviews. *Journal of Adolescent Health*, Vol. 59 (2016), pp. 61–75.
- D’Amico, E.J., Tucker, J.S., Miles, J.N. et al. 2012. Preventing Alcohol Use with a Voluntary After-School Program for Middle School Students: Results from a Cluster Randomized Controlled Trial of CHOICE, *Prevention Science*, Vol. 13, pp.415–425.
- D’Onise, K., McDermott R.A. and Lynch J.W. 2010. Does attendance at preschool affect adult health? A systematic review. *Public Health*, Vol. 124, No. 9, pp. 500–511.
- De la Haye, K., D’Amico, E.J., Miles, J.N.V., Ewing, B. and Tucker, J.S. 2014. Covariance among Multiple Health Risk Behaviors in Adolescents. *PLoS ONE*, Vol. 9, No. 5, e98141.
- De Looze, M., ter Bogt, T.F., Raaijmakers, Q.A., Pickett, W., Kuntsche, E. and Vollebergh, W.A. 2014. Cross-national evidence for the clustering and psychosocial correlates of adolescent risk behaviours in 27 countries. *The European Journal of Public Health* , cku083.
- De Micheli, D. and Formigoni, M.L. 2004. Drug use by Brazilian students: associations with family, psychosocial, health, demographic and behavioral characteristics. *Addiction* , Vol. 99, No. 5, pp. 570–578.

¹⁷ 所有网页的访问时间为 2016 年 9 月 6 日 -8 日

- Dhavan, P., Stigler, M.H., Perry, C.L., Arora, M. and Reddy, K.S. 2010. Is tobacco use associated with academic failure among government school students in urban India? *Journal of School Health*, Vol. 80, No. 11, pp. 552–560.
- Durlak, J.A., Weissberg, R.P., Dymnicki, A.B., Taylor, R.D. and Schellinger, K.B. 2011. The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, Vol. 82, pp. 405–432.
- Dusenbury, L., Hansen, W.B., Jackson-Newsom, J., Pittman, D.S., Wilson, C.V., Nelson-Simley, K. and Giles, S.M. 2010. Coaching to enhance quality of implementation in prevention. *Health Education*, Vol. 110, No. 1, pp. 43–60.
- Dwyer, J.B., McQuown, S.C. and Leslie, F.M. 2009. The Dynamic Effects of Nicotine on the Developing Brain. *Pharmacology & Therapeutics*, Vol. 122, No. 2, pp. 125–139.
- Elek, E., Wagstaff, D.A. and Hecht, M.L. 2010. Effects of the 5th and 7th grade enhanced versions of the keepin' itREAL substance use prevention curriculum. *Journal of Drug Education*, Vol. 40, No. 1, pp. 61–79.
- EMCDDA. 2015. New psychoactive substances in Europe: An update from the EU Early Warning System. <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/65/TD0415135ENN.pdf>
- Ennett, S.T., Haws, S., Ringwalt, C.L., Vincus, A.A., Hanley, S., Bowling, J.M. and Rohrbach, L.A. 2011. Evidence-based practice in school substance use prevention: Fidelity of implementation under real-world conditions. *Health Education Research*, Vol. 26, No. 2, pp. 361–371.
- Evans-Whipp, T.J., Plenty, S.M., Catalano, R.F. et al. 2013. The impact of school alcohol policy on student drinking. *Health Education Research*, Vol. 28, No. 4, pp. 651–662.
- Faggiano, F., Allara, E., Giannotta, F., Molinar, R., Sumnall, H. et al. 2014. Europe Needs a Central, Transparent, and Evidence-Based Approval Process for Behavioural Prevention Interventions. *PLoS Med* 11, Vol. 10, e1001740.
- Faggiano F, Vigna-Taglianti Federica D, Versino E, Zambon A, Borraccino A, Lemma P. 2008. School-based prevention for illicit drugs use: A systematic review. *Preventative Medicine: An International Journal Devoted to Practice & Theory*.
- Fixsen, D.L., Blase, K.A., Horner, R., Sims, B. and Sugai, G. 2013, September. *Readiness for Change*. Scaling - up Brief#3. Chapel Hill: The University of North Carolina, FPG, SISEP. <http://sisep.fpg.unc.edu/resources/scaling-brief-3-readiness-change>
- Fletcher, A., Bonell C., Hargreaves J. 2008. School effects on young people's drug use: A systematic review of intervention and observational studies. *Journal of Adolescent Health*, pp. 209–220.
- Foxcroft, D.R., Tsertsvadze, A. 2011a. Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 9, Art. No.: CD009308.
- Foxcroft, D.R. and Tsertsvadze, A. 2011b. Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*. Issue 9, Art No.: CD009307.
- FRESH M&E Coordinating Group. 2014. Monitoring and Evaluation Guidance for School Health Programs. Thematic Indicators Supporting FRESH (Focusing Resources on Effective School Health). <http://www.unesco.org/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/HIV-AIDS/pdf/FRESHThematicIndicators-webVERSION3-06-26-13.pdf>
- Gilson, L. and Schneider, H. 2010. Commentary – Managing scaling up: what are the key issues? *Health Policy and Planning*, Vol. 25, pp. 97–98.
- Gore, F.M., Bloem, P.J., Patton, G.C., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C., Sawyer, S.M. and Mathers, C.D. 2011. Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. *Lancet*, Vol. 377, pp. 2093–2102.
- Government of South Australia. (2006). *Health Promotion: better health, better learning: Guidelines for health promotion with schools and preschools*. Government of South Australia.
- Grant, B.F. and Dawson, D.A. 1997. Age of onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiological Survey. *Journal of Substance Abuse*, Vol. 9.
- Gyll, M., Spoth, R. and Crowley, M. 2011. Economic Analysis of Methamphetamine Prevention Effects and Employer Costs. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, July.
- Hadland, S.E., Marshall, B., Kerr, T. et al. 2011. A Comparison of Drug Use and Risk Behavior Profiles among Younger and Older Street Youth. *Substance Use & Misuse*, Vol. 46, pp. 1486–1494.
- Hale, D., Coleman, J. and Layard, R. 2011. *A model for the delivery of evidence-based PSHE (personal wellbeing) in secondary schools*: Centre for Economic Performance, LSE. <http://cep.lse.ac.uk/pubs/download/dp1071.pdf>.
- Hall, W. 2015. What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use? *Addiction*, Vol. 110, pp. 19–35.
- Hanley, S., Ringwalt, C., Vincus, A.A. et al. 2009. Implementing evidence-based substance use prevention curricula with fidelity: The role of teacher training. *Journal of Drug*

- Education*, Vol. 39, No. 1, pp. 39–58.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F. and Miller, J.Y. 1992. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, Vol. 112, No. 1, pp.64–105.
 - Hemphill, S.A., Heerde, J.A. and Scholes-Balog, K.E. 2014. Effects of early adolescent alcohol use on mid-adolescent school performance and connection: A longitudinal study of students in Victoria, Australia and Washington State, United States *Journal of School Health*, Vol. 84, No. 11, pp. 706–715.
 - Hemphill, S.A., Herrenkohl, T.I., Plenty, S.M. et al. 2012a. Pathways from School Suspension to Adolescent Nonviolent Antisocial Behavior in Students in Victoria, Australia and Washington State, United States. *Community Psychology*, Vol.40, No. 3, pp. 301–318.
 - Hemphill, S.A., Heerde, J.A., Herrenkohl, T.I. et al. 2012n. The impact of school suspension on student tobacco use: A longitudinal study in Victoria, Australia and Washington State, United States. *Health Education and Behavior*, Vol. 39, No. 1, pp. 45–56.
 - Hemphill, S., Toumbourou, J., Herrenkohl, T., McMorris, B. and Catalano, R. 2006. The effect of school suspensions and arrests on subsequent adolescent antisocial behavior in Australia and the United States. *Journal of Adolescent Health*, Vol. 39, No. 5, pp. 736–744.
 - Hennessy, E.A. and Tanner-Smith, E.E. 2015. Effectiveness of brief school-based interventions for adolescents: A meta-analysis of alcohol use prevention programs. *Prevention Science*, Vol. 16, No. 3, pp. 463–474.
 - Isensee, B. and Hanewinkel, R. 2012. Meta-Analysis on the Effects of the Smoke-Free Class Competition on Smoking Prevention in Adolescents. *European Addiction Research*, Vol.18, pp. 110–115.
 - Jackson, C., Geddes, R., Haw, S. and Frank, J. 2011. Interventions to prevent substance use and risky sexual behaviour in young people: a systematic review. *Addiction*, Vol. 107, pp. 733–747.
 - Juszczak, L., Melinkovich, P., Kaplan, D. 2003. Use of health and mental health services by adolescents across multiple delivery sites. *Journal of Adolescent Health*, Vol. 32, No. 6, Supplement, pp. 108–118.
 - Kandel DB, Davies M, Karus D, Yamaguchi K. 1986. The consequences in young adulthood of adolescent drug involvement: An overview. *Archives of general psychiatry*. Vol.43 No. 8, pp. 746-754.
 - Kellam, S., Wang, W., Mackenzie, A. et al. 2014. The impact of the Good Behavior Game, a universal classroom-based preventive intervention in first and second grades, on high-risk sexual behaviors and drug abuse and dependence disorders into young adulthood. *Prevention Science*. Vol. 15, No. 0 1, pp. 6–18.
 - Kellam, S.G., Hendricks-Brown, C., Poduska, J.M. et al. 2008. Effects of a universal classroom behavior management program in first and second grades on young adult behavioral, psychiatric, and social outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 95S, S5–S28.
 - Keller, T.E. and Pryce, J.M. 2012. Different Roles and Different Results: How Activity Orientations Correspond to Relationship Quality and Student Outcomes in School-Based Mentoring. *Journal of Primary Prevention*, Vol. 33, pp. 47–64.
 - Kipping, R.R., Campbell, R.M., MacArthur, G.J., Gunnell, D.J., Hickman, M. 2012. Multiple risk behaviour in adolescence. *J Public Health*. Vol. 34, suppl 1, pp. i1–i2.
 - Kuntsche, E., Rossow, I, Simons-Morton, B, Ter Bogt, T, Kokkevi, A, and Godeau, E. 2013. Not Early Drinking but Early Drunkenness Is a Risk Factor for Problem Behaviors Among Adolescents from 38 European and North American Countries. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*, Vol. 37, No. 2, pp.308–314.
 - Kwan, M., Bobko, S., Faulkner, G. et al. 2014. Sport participation and alcohol and illicit drug use in adolescents and young adults: A systematic review of longitudinal studies. *Addictive Behaviors*, Vol. 39, pp. 497–506.
 - Langford, R., Bonell, C.P., Jones, H.E., Poulou, T., Murphy, S.M., Waters, E., Komro, K.A., Gibbs, L.F., Magnus, D. and Campbell, R. 2014. The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. CD008958.
 - Lemon, M., Pennucci, A., Hanley, S. and Aos, S. 2014. Preventing and treating youth marijuana use: *An updated review of the evidence*. (Doc. No. 14-10-3201). Olympia: Washington State Institute for Public Policy. http://www.wsipp.wa.gov/ReportFile/1571/Wsipp_Preventing-and-Treating-Youth-Marijuana-Use-An-Updated-Review-of-the-Evidence_Report.pdf
 - Lemstra M, Bennett N, Nannapaneni U, et al. 2010. A systematic review of school-based marijuana and alcohol prevention programs targeting adolescents aged 10-15. *Addiction Research*, Vol. 18, pp. 84-96.
 - MacArthur, G.J., Harrison, S., Caldwell, D.M., et al. 2015. Peer-led interventions to prevent tobacco, alcohol and/or drug use among young people aged 11–21 years: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 111, pp. 391-407.

- <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.13224/epdf>
- Markham, W.A., Aveyard, P., Bisset, S.L., Lancashire, E.R., Bridle, C. and Deakin, S. 2008. Value-added education and smoking uptake in schools: a cohort study. *Addiction*, Vol. 103, No. 1, pp. 155–161.
- McBride, N. and Farringdon, F. 2004. School health and alcohol harm reduction project: Changing students' alcohol related behaviors through classroom lessons in Western Australia. *Education and Health*, Vol. 22, No. 2, pp. 19–23.
- Meier, M.H., Caspia, A., Ambler, A., Harrington, H. et al. 2012. Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife, *PNAS*, 27 August.
- Mentor UK. 2012. *Reviewing your drug and alcohol policy: A toolkit for schools*. <http://mentor-adepis.org/reviewing-your-drug-and-alcohol-policy-a-toolkit-for-schools/>
- Midford, R., Wilkes, D. and Young, D. 2005. Evaluation of the in-touch training program for the management of alcohol and other drug use issues in schools. *Journal of Drug Education*, Vol. 35, No. 1, pp. 1–14.
- Milat, A., Bauman, A. and Redman, S. 2015. Narrative review of models and success factors for scaling up public health interventions. *Implementation Science*, Vol. 10, 113.
- Miller-Day, M., Pettigrew, J. and Hecht, M.L. 2013. How prevention curricula are taught under real-world conditions: Types of and reasons for teacher curriculum adaptations. *Health Education*, Vol. 113, No. 4.
- Munne, M.L. 2005. Social consequences of alcohol consumption in Argentina. *Alcohol, Gender and Drinking Problems*, 25.
- Munton, A.G., Wedlock, E. and Gomersall, A. 2014. *The efficacy and effectiveness of drug and alcohol abuse prevention programmes delivered outside of school settings*. HRB Drug and Alcohol Evidence Review 2. Dublin: Health Research Board. <http://www.hrb.ie/health-information-in-house-research/alcohol-drugs/publications/adru-publication/publications//664/>
- O'Leary-Barrett, M., Mackie, C.J., Castellanos-Ryan, N., Al-Khudhairy, N. and Conrod, P.J. 2010. Personality-Targeted Interventions Delay Uptake of Drinking and Decrease Risk of Alcohol-Related Problems When Delivered by Teachers. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. 49, No. 9.
- Page RM, Dennis M, Lindsay GB, Merrill RM. 2010. Psychosocial Distress and Substance Use Among Adolescents in Four Countries: Philippines, China, Chile, and Namibia. *Youth & Society*, Vol. 43, No. 3, pp. 900-930.
- Peters, L.W.H., Wiefferink, C.H., Hoekstra, F., Buijs, G.J., TenDam, G.T.M. and Paulus-sen, T.G.W.M. 2009. A review of similarities between domain-specific determinants of four health behaviours among adolescents. *Health Education Research*, Vol. 24, pp. 198–223.
- Pirskanen, M., Pietilä, A.-M., Halonen, P. and Laukkanen, E. 2006. School health nurses and substance use among adolescents – towards individual identification and early intervention. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Vol. 20, No. 4, pp. 439–447.
- Porath-Waller, A.J., Beasley, E. and Beirness, D.J. 2010. A meta-analytic review of school-based prevention for cannabis use. *Health Education & Behavior*, Vol. 37, No. 5, pp. 709–723.
- Ringwalt, C., Pankratz, M., Gottfredson, N., Jackson-Newsom, J., Dusenbury, L., Giles, S. and Hansen, B. 2009. The effects of students' curriculum engagement, attitudes toward their teachers, and perceptions of their teachers' skills on school-based prevention curriculum outcomes. *Journal of Drug Education*, Vol. 39, No. 3, pp. 223–237.
- Ringwalt, C.L., Ennett, S., Johnson, R. et al. 2003. Factors. Associated with Fidelity to Substance Use Prevention Curriculum Guides in the Nation's Middle Schools. *Health Education & Behavior*, Vol. 30, No. 3, pp. 375–391.
- Robinson, W.L., Harper, G.W. and Schoeny, ME. 2003. Reducing Substance Use Among African American Adolescents: Effectiveness of School-Based Health Centers. *Clinical Psychology: Science and Practice*, Vol. 10, No. 4, pp. 491–504.
- Roohafza, H., Heidari, K., Omid, R. et al. 2014. Adolescent Perception on School Environment and Smoking Behavior: Analysis of Isfahan Tobacco use Prevention Program. *International Journal of Preventative Medicine*, Vol. 5, Suppl.2, S139–45.
- Rorie, M, Gottfredson, D.C., Cross, A., Wilson, D. and Connell, N.M. 2011. Structure and deviancy training in after-school programs. *Journal of Adolescence*, Vol. 34, pp. 105–117.
- Schweinhart, L.J. 2004. *The High/Scope Perry Preschool study through age 40. Summary, conclusions, and frequently asked questions*. http://www.highscope.org/file/Research/PerryProject/3_specialsummary%20col%2006%2007.pdf
- Shek, D.T. 2010. School drug testing: a critical review of the literature. *Scientific World Journal*, Vol. 10, pp. 356–365.
- Silins, E., Horwood, L.J., Patton, G.C. et al. 2014. Young adult sequelae of adolescent cannabis use: an integrative analysis. *The Lancet Psychiatry*, Vol. 1, No. 4, pp. 286–293.
- Solar, O. and Irwin, A. 2010. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social*

- Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). WHO. http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf
- Spoth, R.L., Gyll, M. and Day, S.X. 2002. Universal family-focused interventions in alcohol-use disorder prevention: Cost-effectiveness and cost-benefit analyses of two interventions. *Journal of Studies on Alcohol*, Vol. 63, No. 2, pp. 219–228.
- Squeglia, L.M., Jacobus, J. and Tapert, S.F. 2009. The Influence of Substance Use on Adolescent Brain Development, *Clinical EEG and Neuroscience*, Vol. 40, No. 1, pp. 31–38.
- Stiby, A.I., Hickman, M., Munafò, M.R., Heron, J., Yip, V.L. and Macleod, J. 2015. Adolescent cannabis and tobacco use and educational outcomes at age 16: birth cohort study. *Addiction*, Vol. 110, pp. 658–668.
- Sznitman, S.R. and Romer, D. 2014. Student drug testing and positive school climates: testing the relation between two school characteristics and drug use behavior in a longitudinal study. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, Vol. 75, No. 1, pp. 65–73.
- Thaker, S., Steckler, A., Sánchez, V., Khatapoush, S., Rose, J. and Hallfors, D.D. 2008. Program characteristics and organizational factors affecting the implementation of a school-based indicated prevention program. *Health Education Research*, Vol.23, No. 2, pp. 238–248.
- Thapa, A., Cohen, J., Guffey, S. and Higgins-D'Alessandro, A. 2013. A Review of School Climate Research. *Review of Educational Research*, 19 April.
- Thomas, R.E., Lorenzetti, D. and Spragins, W. 2011. Mentoring adolescents to prevent drug and alcohol use. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Vol. 11. Art. No.: CD007381.
- Tobler, A., Komro, K., Dabroski, A., Aveyard, P. and Markham, W. 2011. Preventing the Link Between SES and High-Risk Behaviors: “Value-Added” Education, Drug Use and Delinquency in High-Risk, Urban Schools. *Prevention Science*, Vol. 12, No. 2, pp. 211–221.
- Tobler, N. 2000. Lessons Learned. *The Journal of Primary Prevention*, Vol. 20, No. 4.
- Tolan, P., Henry, D., Schoeny, M., Bass, A., Lovegrove, P. and Nichols, E. 2013. Mentoring Interventions to Affect Juvenile Delinquency and Associated Problems: A Systematic Review. *Campbell Systematic Reviews*, Vol.10.
- Toumbourou, J.W., Stockwell, T., Neighbors, C., Marlatt, G.A., Sturge, J. and Rehm, J. 2007. Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use: An international review. *Lancet*, Vol. 369, pp. 1391–1401.
- Toumbourou, J.W., Rowland, B., Jefferies, A., Butler, H. and Bond, L. 2004. *Preventing drug-related harm through school re-organisation and behavior management* [Prevention research evaluation report No. 12]. Melbourne: Australia Drug Foundation. <http://www.druginfo.adf.org.au/druginfo-seminars/drug-prevention-in-schools-seminar-toumbourou>
- UNESCO. 2015a. 反思教育—Towards a global common good? Paris: UNESCO. <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Cairo/images/RethinkingEducation.pdf>.
- UNESCO. 2015b. *Substance use prevention in educational settings in Eastern Europe and Central Asia*. Moscow: UNESCO.
- UNESCO. 2014. *Comprehensive sexuality education: the challenges and opportunities of scaling-up*. Paris: UNESCO. <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002277/227781E.pdf>
- UNESCO. 2000. *The Dakar Framework for Action Education for All: Meeting our Collective Commitments*. Paris: UNESCO. http://www.unesco.at/bildung/basisdokumente/dakar_aktionsplan.pdf
- UNICEF Office of Research. 2013. ‘Child Well-being in Rich Countries: A comparative overview’, Innocenti Report Card 11, UNICEF Office of Research, Florence. http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc11_eng.pdf
- United Kingdom Department of Health. 2012. *Getting it right for children, young people and families Maximising the contribution of the school nursing team: Vision and Call to Action*. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216464/dh_133352.pdf.
- United Nations. 2014. Commission on Narcotic Drugs Fifty-seventh session Vienna, 13–21 March 2014. Joint Ministerial Statement of the 2014 High-Level Review by the Commission on Narcotic Drugs of the Implementation by Member States of the Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem. New York: United Nations. https://www.unodc.org/documents/hlr/JointStatement/V1403583_E_ebook.pdf
- UNODC. 2016. Guidelines on Drug Prevention and Treatment for Girls and Women. Vienna: UNODC.
- UNODC. 2015. World drug report 2015. Vienna: UNODC.
- UNODC. 2014. E/CN.7/2014/7. Action taken by Member States to implement the Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem. Report of the Executive Director. Available at https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_57/_E-CN7-2014-07/E-CN7-2014-7_V1389056_E.pdf

- UNODC. 2013. 预防吸毒国际标准。维也纳：联合国毒品与犯罪问题办公室。 http://jhak.com/uploads/soft/201508/2_13090600.pdf
- UNODC. 2009a. *Drug Use in Afghanistan: 2009 Survey. Executive Summary 2009* . Retrieved at: <https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Studies/Afghan-Drug-Survey-2009-Executive-Summary-web.pdf>
- UNODC. 2009b. *Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse prevention*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime. <https://www.unodc.org/documents/prevention/family-guidelines-E.pdf>
- Van der kreeft, P., Wiborg, G., Galanti, M. R., Siliquini, R., Bohrn, K., Scatigna, M. and Faggiano, F. 2009. 'Unplugged': A new European school programme against substance abuse. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, Vol. 16, No. 2, pp.167–181.
- Washington State Institute for Public Policy. http://www.wsipp.wa.gov/ReportFile/1602/Wsipp_What-Works-and-What-Does-Not-Benefit-Cost-Findings-from-WSIPP_Report.pdf.
- Webster-Stratton, C. and Taylor, T. 2001. Nipping early risk factors in the bud: Preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions targeted at young children (0–8 Years). *Prevention Science* , Vol. 2, No.3 .
- White, A., Kavanagh, D., Stallman, H., Klein, B., Kay-Lambkin, F. et al. 2010. Online alcohol interventions: a systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, Vol.12, e62.
- WHO. 2015a. *A Technical Brief: HIV and Young People Who Inject Drugs* . Geneva: WHO. <http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/hiv-young-idu/en>
- WHO. 2015b. *Global standards for quality health care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents* . http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-standards-adolescent-care/en/
- WHO. 2014a. *Health for the World's Adolescents: A second chance in the second decade* . Geneva: WHO. <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/>
- WHO. 2014b. *HIV and Young People Who Inject Drugs: A Technical Brief : Draft*. Geneva: Inter-Agency Working Group on Key Populations. http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/briefs_pwid_2014.pdf
- WHO. 2013. *WHO report on global tobacco epidemic 2013*. Geneva: WHO .
- WHO. 2011. *Beginning with the end in mind: planning pilot projects and other programmatic research for successful scaling up*. Geneva: WHO. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/strategic_approach/9789241502320/en/
- WHO. 2010a. *ATLAS on substance use: Resources for the prevention and treatment of substance use disorders* . Geneva: WHO. http://www.who.int/substance_abuse/activities/atlas/en/
- WHO. 2010b. *Nine Steps for Developing a Scaling-Up Strategy* . Geneva: WHO. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500319_eng.pdf
- WHO. 2009. *Practical Guidance for Scaling Up Health Service Innovations* . Geneva: WHO. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598521_eng.pdf
- WHO. 2005. *Alcohol use and sexual risk behaviour: A cross-cultural study in eight countries* . Geneva: WHO.
- WHO. 2003. *Skills for Health. Skills-based health education including life skills: An important component of a Child-Friendly/Health-Promoting School* . Geneva: WHO. http://www.who.int/school_youth_health/media/en/sch_skills4health_03.pdf
- Zeigler DW, Wang CC, Yoast RA, et al. 2005. *The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students* . Preventive Medicine, Vol.40, No. 1, pp. 23-32.



联合国教育、
科学及文化组织

教育部门

手册

10

健康教育领域的良好
政策与实践

教育部门针对饮酒、吸烟 和吸毒问题的应对措施

本手册是在联合国教育、科学及文化组织 (UNESCO) 领导协调下, 与联合国毒品和犯罪问题办公室 (UNODC)、世界卫生组织 (WHO) 以及联合国预防和控制非传染性疾病机构间工作组 (UN Interagency Task Force on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases) 成员共同合作, 经过国际协商工作制作而成。它为教育部门更好地应对物质使用问题提供了背景和理论依据, 呈现了基于证据的有希望产生影响的政策和实践, 同时对保持和推广有效应对方案所需要考虑的相关问题给出了建议。

本文面向的群体包括: 教育部门和学校卫生政策制定者、规划者和课程编制者、以及学校卫生工作人员。

www.unodc.org

www.unesco.org

www.who.int



可持续发展目标