

## پیشگیری از سوء مصرف مواد و وابستگی با رویکرد اجتماع محور

دکتر گل‌آرا خستو\*

اعتیاد پدیده‌ای سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است که عوامل متعدد فردی و محیطی در گسترش یا کنترل آن تأثیر دارد. سوء مصرف مواد را رفتاری قابل پیشگیری و وابستگی به مواد را یک بیماری مزمن، عودکننده و قابل درمان دانسته‌اند (NIDA-2000). از این رو جوامع مختلف در مراحل متفاوت حیات تاریخی خود، با هدف کاهش بروز یا به تأخیر انداختن آن (پیشگیری اولیه)، کاهش شیوع و درمان زود هنگام آن (پیشگیری ثانویه) و کاهش عوارض ناشی از آن (پیشگیری ثالثیه) چاره‌اندیشی کرده، از یک سو سیاستهایی را برای تعدیل آسیب‌پذیری در سطوح فردی، خانوادگی و اجتماعی دنبال کرده، از دیگر سو، تاب‌آوری افراد، خانواده‌ها و جوامع تقویت می‌شده تا با کاهش بار فشار ناشی از آن، چشم‌انداز روشن‌تری برای سلامت انسانها و جوامع تصویر شود.

امروز دیگر نه رویای «جهان‌عاری از اعتیاد» را به سر داریم، نه تسلیم شده دستها را از آینده‌تهی می‌دانیم، بلکه با بهره‌ز از دیدگاه «سفید یا سیاه» و با چشمانی گشوده می‌پذیریم که درکشور ما نیز مثل هر مکان دیگر دنیا این مشکل اجتماعی وجود دارد. هنر آن است که همپای زمان، سازوکاری بویا برای شناسایی ماهیت تغییر‌پذیر و عوامل تأثیرگذار بر روند آن را در پیش‌گیری و میان‌مبانی نظری، پژوهشها و تجربیات بومی و میدانی در زمینه پدیده اعتیاد در ایران، راههای مؤثرتر برای تقویت عوامل محافظ و کاهش تأثیر عوامل خطر، در سه قلمرو زیستی، روانشناختی و رفتاری، و اجتماعی و محیطی را برگزینیم. در متون پیشگیرانه آمده است که برنامه پیشگیری از اعتیاد هر اجتماع مانند جعبه سیاه هر هواپیما، اطلاعات خاص خود را دارد، که دارای رمز و راز ویژه و منحصر به فرد برای آن اجتماع است که طی برنامه کشف می‌شود. رمز و راز بسیاری که هنوز بر ما گشوده نگشته و در هاله‌ای از ابهام در انتظار جستجوی ماست.

\*پزشک، کارشناس ارشد مرکز آموزشی و پژوهشی سوء مصرف و وابستگی به مواد (مؤسسه داریوش)

## مقدمه

بررسی‌های کارشناسی حاکی از آن است که طی بیست ساله ۱۳۵۷ تا ۱۳۷۷ میزان رشد اعتیاد در ایران سالانه حدود هشت درصد بوده که معادل بیش از سه برابر میزان رشد جمعیت (۲/۶ درصد) می‌باشد. (رحیمی موقر، ۱۳۸۰) گروه‌های جمعیتی (سنی، شغلی، جنسی، قومی و ...) گوناگون به اشکال و درجات مختلف در معرض خطر اعتیاد هستند و در فرآیندی که به ترتیب شامل مراحل مصرف گهگاه، استمرار مصرف به مقدار پایین، استمرار مصرف به مقدار بالا، وابستگی، و در نهایت عدم کنترل بر مصرف است، قرار دارند. (Nadeau, 1998) و لاجرم طیفی از خدمات و برنامه‌ها را می‌طلبند. عمده‌ترین خدمات و برنامه‌ها در زمینه اعتیاد عبارت‌اند:

ارتقای سلامت، پیشگیری، غربالگری (اجتماعی و اپیدمیولوژیک)، ارزیابی و سنجش شدت مشکل (الگوی مصرف، سلامت جسمی، سلامت روانی، شبکه حمایتی، کارایی حرفه‌ای و ...)، ارجاع، مداخلات زود هنگام، سم‌زدایی (که به تنهایی درمان اعتیاد محسوب نمی‌شود و می‌تواند در مراکز بهداشتی و بیمارستان‌های غیر تخصصی اعتیاد نیز انجام شود)، بازتوانی، بازجذب اجتماعی، پیگیری و مراقبت (Chabot, 2000).

## ۱) برنامه‌های پیشگیری از سوء مصرف مواد و وابستگی

در مجموع پژوهش‌ها و اقدامات پیشگیرانه از دهه هشتاد میلادی پا به عرصه وجود نهاده است (NIDA, 1997). این اقدامات در قالب سه نوع برنامه می‌گنجد:

- ۱- برنامه‌های همگانی (Universal): این برنامه‌ها جمعیت کلی را مد نظر دارد، مثل تمام دانش‌آموزان یک مدرسه.
- ۲- برنامه‌های انتخابی (Selective): این برنامه‌ها گروه‌های در معرض خطر را مدنظر دارد، مثل فرزندان افراد معتاد.
- ۳- برنامه‌های ویژه (Indicated): این برنامه‌ها گروه‌هایی از مردم را که رفتارهای خطر ساز دارند مد نظر دارد، مثل مصرف‌کنندگان مواد یا شخصیت‌های ضد اجتماعی.

## ۲) اهداف برنامه های پیشگیری از سوء مصرف و وابستگی

برای برنامه های پیشگیرانه اهداف زیر در نظر گرفته می شود (Colombo Plan, 2000):

- کاهش تعداد افراد مصرف کننده
  - کاهش سطح یا شدت مصرف مواد
  - به تأخیر انداختن سن شروع مصرف مواد
  - کاهش مصرف آسیب زای مواد
  - کاهش آسیبهای همراه با مصرف مواد
- سطوح پیشگیری طیفی از مداخلات با مرزهای مبهم و نفوذ پذیر هستند که به گونه ای همپوشانی نیز دارند.

سطح اول پیشگیری: افرادی را که تا کنون مصرف نکرده اند هدف قرار می دهد.

سطح دوم پیشگیری: افرادی را در نظر دارد که مواد را مصرف کرده اند، اما هنوز علائم بیمارگونه ای از خود نشان نداده اند. ولی اینها در معرفی خطر ابتلا به مشکل هستند (Green, 1992) و به عبارتی در این سطح، هدف غربالگری در مراحل اولیه است (Botvin, 1997).

سطح سوم پیشگیری: گروههایی را مد نظر دارد که از مشکلات ناشی از مصرف مواد یا همراه با آن (فرار از منزل، ارتکاب جرم) رنج می برند (Green & Woll, 1992)

## ۳) تحلیل هزینه - فایده پیشگیری اولیه

از نظر اقتصادی اگرچه هر یک دلار هزینه در درمان، سبب سه دلار سود در مقایسه با عدم درمان می شود، اما هر دلار هزینه در پیشگیری از مصرف مواد سبب جلوگیری از حدود پنج دلار هزینه در درمان و مشاوره می شود (NIDA, 2000). علاوه بر این با هزینه کردن یک دلار در پیشگیری می توان از بیست دلار خسارات ناشی از مصرف مواد جلوگیری کرد. این در حالی است که با یک دلار هزینه در برنامه های اجتماع محور پیشگیری از سیگار، حدود شصت دلار از خسارات ناشی از آن کاسته می شود (Penz-Monograph, 1998).

اگر درمان به دلیل سود آفرینی آن ، طرفداران زیادی در بخش خصوصی دارد ، پیشگیری که سود دیرتری ( اما بیشتر ) از آن عاید می شود ، بر عهده بخشهای غیر انتفاعی - دولت ، جمعیت‌های مردمی و مؤسسات خیریه و سازمانهای محلی - است که پرداختن به این موضوع را در اولویت برنامه های خود قرار داده ، با بهره گیری از فرآیندهای آگاهسازی مؤثر و متقاعد سازی مردم ، زمینه مشارکت آنها را در تعیین سرنوشت سلامت شان فراهم کنند.

#### ۴) انسان و نقش او در پیشگیری و ارتقای سلامت

انسان موجود واحدی شکل یافته از ابعاد جسمی ، روانی ( شناختی ، هیجانی ، رفتاری ) ، اجتماعی ، و معنوی و محصول واکنش متقابل بین این جوانب وجودی خود است . هویت او همواره در گفت‌وگو میان خود و محیطش رشد می کند و در جستجوی معنا بخشی به زندگی اش است . امروزه با وجود جبر بیولوژیک و اجتماعی ، برای او ممکن شده است که جهان را تعبیر و تفسیر کند و در گستره ای از خود مختاری و استقلال ، طرح زندگی معقولانه ای را بنا نهد ، به آینده بیندیشد و به زندگی و شرایط انسانی جهت دهد.

با این درک از انسان و در یک چشم انداز انسان گرایانه ، هر گامی برای « آسایش جسمی - روانی - اجتماعی » یا « سلامت » و بطور اختصاصی تر هر اقدام پیشگیرانه ، مبتنی بر اجتماعی شدن وی است ، به گونه ای که این فرصت فراهم می شود تا فرد بتواند آزادانه و آگاهانه ارتباطی سالم و پویا با محیط خود برقرار کند ، حقوق مسئولیتهای خود را باز شناسد و حاکم بر سامان دهی و سازمان دهی این ارتباط باشد ( Cfes-Parquet , 2000 ) در واقع هر فرد حق و توان تعیین سرنوشت سلامت خود را دارد تا برای حفظ ، ارتقاء و در صورت لزوم باز یافتن سلامت خود و دیگران وظایفی را بر عهده گیرد ، خلاقانه برانگیخته شود و به روشی فعال بر عوامل تعیین کننده ( Determinants ) سلامت خود یا اطرافیان تأثیر بگذارد. ماهیت او از نقش مصرف کننده خدمات گام فرا می نهد ، در شبکه ای از ارتباطات انسانی - که دائماً باز تولید می‌شود - مداخلاتی پایدار و هدف مند را دنبال می کند . در این راستا از خرد جمعی ، سرمایه

اجتماعی، منابع بالقوه درونی اجتماع و در یک کلام از قدرتی که ذاتاً در «جمع» نهفته است بهره می‌جوید.

سلامت انسان و توسعه اجتماعی رابطه‌ای جدایی‌ناپذیر دارند. سلامت، یکی از شش قلمرو اصلی رفاه اجتماعی است. پس هر آنچه تهدیدی برای سلامت باشد، تهدیدی برای توسعه و رفاه اجتماعی نیز می‌باشد، و آنچه موجب ارتقای سلامت است، عملاً ما را به سوی توسعه و رفاه اجتماعی رهنمون می‌سازد. از آنجا که سوء مصرف مواد، وابستگی و عوارض ناشی از آن به عنوان تهدیدی جدی برای سلامت است و بر کمیت و کیفیت سطح زندگی تأثیر می‌گذارد، برنامه‌های پیشگیری از سوء مصرف مواد را با برنامه‌های ارتقاء سلامت توأم می‌دانند. (Who-Uncdp-2000) اشاره شد که انسان محصول فرآیندی است که او را به اینجا رسانده، فراموش نکنیم که معناد نیز یک انسان است!

### ۵) فلسفه سرشتی انسان و مبانی پیشگیری اجتماع محور

از آنجا که انسان موجودی طبیعی است، شاید بهتر باشد که موضوعات و مشکلاتی که او را فرا می‌گیرد - و شکوفایی او را نیز - در گستره طبیعت او تعبیر و تفسیر کرد و بار دیگر دریافت که در نظام خلقت، با هوشیاری ساز و کاری برای حفاظت مخلوق از خودش، تعبیه شده است؛ هرچند شاید تا به امروز کاملاً کشف و تبیین نشده باشد. در زمینه آسیب‌شناسی، دفاع و سیستم ایمنی جسمانی بدن، بسیاری از رازهای نهان به همت جستجوی بشری آشکار شده است، اما در سایر ابعاد وجودی انسان از جمله آسیب‌شناسی روانی - اجتماعی برای آشنایی با سیستم ایمنی و ساز و کار دفاع هوشیارانه، هنوز راه درازی در پیش است... باشد که خداوند در یافتن روزنه‌هایی به سوی شناخت روشنایی، ما را یاری بخشد.

نظریه ارتباط ایمنی بخش (Attachment Theory) را نخستین بار جان باولبی (John Bowlby) در سال ۱۹۵۰ مطرح کرد. در این نظریه، این ارتباط، پیوندی هیجانی است میان مادر (یا مراقب) و کودک. ارتباطی گرم، صمیمانه، پویا و با کیفیتی دو طرفه که برای

هر دو رضایت بخش و مایه لذت است و با جستجوی کودک و تمایل به بودن او در کنار مادر مشخص می‌شود. باولبی سه جنبه متمایز از وابستگی (Attachment) را بررسی می‌کند:

(۱) رفتار ایمنی بخش، (۲) سیستم رفتاری ایمنی بخش و (۳) پیوندهای ایمنی بخشش (Cassidy 1999).

این ارتباط به تدریج با شخصی مطلوب، قوی تر و عاقل تر که قادر است از اضطراب، ترسها و ناراحتیها بکاهد، رشد می‌یابد.

روابط ایمنی بخش در واقع قلب زندگی خانوادگی است و پیوندهایی را به وجود می‌آورد که در چرخه زندگی ایجاد مراقبت را آسان و حفاظت می‌کند و می‌تواند عمیق ترین هیجانات شادی بخش را هنگام گسستگی دلتنگی‌ها و در صورت نایمن بودن، مشکلاتی را به همراه بیاورد. (Ains worth 1991/1995).

اگر کیفیت شکل‌گیری این ارتباط مشکلی داشته باشد (مثلاً افسردگی مادر و عدم پاسخگویی مناسب به علائم ارسالی کودک)، ممکن است در تقویت ارتباط وقفه ایجاد شود و احساس نا امنی در نوزاد به وجود آید یا گسستگی در این ارتباط (البته در صورتی که جایگزین مناسب یا حتی مناسب تری وجود نداشته باشد) به وجود آید، نوزاد وارد فرآیندی شامل ۱- اعتراض ۲- درماندگی ۳- گسستگی می‌شود. گاهی این افراد سالها بعد توانایی مجدد در برقراری روابط عاطفی مشخص ندارند، چهار سبک شکل‌گیری روابط ایمنی بخش عبارت است از:

۱- ایمن (secure)

۲- دوری‌گزین (Avoidant)

۳- مقاوم یا دو دل (Resistant or Ambivalent)

۴- آشفته - انحرافی (Disorganized / Disoriented).

در مطالعات تخمین زده شده است که بین ۵۷ درصد جمعیت عمومی ایمن بوده، پانزده تا سی درصد دوری‌گزین، ۴-۲۵ درصد مقاوم یا دو دل ۱۵-۲۵ درصد آشفته - انحرافی هستند (Main & Solomaon-1990/Werner-Wilson 2001).

به علاوه ، در همین پژوهش ها نشان داده شده است . ۸۰ درصد کودکان کتک خورده و بد تربیت شده (Maltreated) را می توان جزو گروه آخر قرار داد.

ارتباط ایمن بخش در ماهها و سالهای اول زندگی در خانواده و در سالیان بعد در گروهها و محیطهایی که فرد به آن تعلق دارد ( مدرسه - جمع دوستان - محیط کار- محله زندگی و ... ) ادامه می یابد.

در سالیان اول زندگی روابط ایمنی بخش در خانواده یا لاقبل با یکی از والدین ، برای تکامل هیجانی ، شناختی و اجتماعی کودک اساسی است و به کودک آسایشی می دهد که در این مأمّن از مرحله وابستگی (Dependency) به درجانی از استقلال (Independency) برسد . هنگامی که نوجوان در مرحله نوین زندگی ( همزمان با بلوغ جسمی - روانی - اجتماعی ) قرار می گیرد ، در رویارویی با موقعیت و نقشی جدید ، با اضطراب و ترس مواجه می شود ( هر چه محیط خانواده ایمن تر باشد ، ترس و دشواری این مرحله برای نوجوان کمتر است ) و برای تکرار الگوی ایمنی بخشی به جستجوی روابط ایمنی بخش با گروه همتا و به طور کلی تر ، ارتباط ایمنی بخش اجتماعی بر می آید . در صورت شکل گیری مناسب این ارتباط ، فرد به کیفیتی از ارتباط می رسد که به آن وابستگی متقابل یا تعامل (Interdependency) می گویند ؛ در این فرآیند که تعبیری از مقتدرسازی (Empowering) است فرصت رشد و شکوفایی بیشتری می یابد. در این روند که مبتنی بر یاری هیجانی است فرد به سطوح بالاتری از مقتدر بودن (Empowered) می رسد . لیک (Lake) در سال ۱۹۸۶ بر اهمیت ارتباط دوستانه دو جانبه به عنوان نشانه ای از ارتباط ایمنی بخش بزرگسالی تأکید کرده است .

در فرآیند شناخت درمانی نیز دستیابی به این ارتباط دوستانه در حین درمان امکان پذیر می شود و همین طور دوستی میان اعضای گروه که در عمل در گروه درمانی « مادر گروه » ( درمانگر ) زمینه ای ایمنی بخش را در اعضای گروه فراهم می کند تا هر یک بتوانند احساسات خود را کشف کنند و تجارب گذشته خود را بازشناسند و به درک ارتباط خود با دیگری و با روان درمانگر نائل شوند (Hobbs,1991) کشف و شناخت دنیای درونی فرد بستگی دارد به زمینه ای از احساس امنیت که او را محافظت می کند .

هارلو ، دانشمند رفتار شناسی (Ethologist) بود ، که آثار هیجانی و رفتاری را در میمون‌هایی که از بدو تولد از مادر جدا شده و از برقراری ارتباط ایمنی بخشی در آنها جلوگیری شده بودند، مطالعه کرد. این میمون‌ها بعدها گوشه گیر ، ناتوان در برقراری ارتباط با هم‌تاها و حتی ناتوان در جفت گیری و مراقبت از بچه های خود بودند.

با وجود اینکه عوامل شروع مصرف ممکن است یک کنجکاوی ساده و .. باشد ، عوامل تداوم مصرف می تواند ارتباط با ایمنی بخشی داشته باشد . همان طور که پیش تر اشاره شد ، جدایی از منبع ایمنی بخش که با مراحل اعتراض ، درماندگی و گسستگی همراه است ، می‌تواند با گسستگی ارتباط فرد با منابع انسانی اطراف و گرایش او به مصرف مواد برای فرار از ترسها ، اضطرابها و پناه بردن به رویا و ... مشابهت داشته باشد . در واقع اعتیاد را تعامل فرد، مواد و محیط دانسته اند. در عمل مواد واسطه ای بین فرد و محیط او می شود و رابطه ایمنی بخش با محیط به واسطه مواد صورت می گیرد و چنین تعبیر می شود که فرد در مصرف مواد امنیت را پیدا کرده است . بپراه هم نیست که از نظر داروشناسی ، این مواد به ویژه اپیوئیدها جزء مهمترین ضد اضطراب ها نیز هستند ، اما به دلیل مصرف مواد که آرامش آسان و سریع را به دنبال دارد ، به تدریج فرد به عنوان یک معتاد ، خود را از روابط ایمنی بخش طبیعی محروم کرده و برای دستیابی به همان سطح ایمنی بخشی که از مواد انتظار دارد ناچار تن به وابستگی و عدم کنترل بر مصرف می دهد.

مشابه شرایط جدایی از مادر ، در هنگام مواجهه با مشکل چون نیاز به ایمنی جویی در افراد افزایش می یابد ، فرآیند جستجوی فعال مجدداً بروز می کند . اگر در این هنگام منابع ایمنی بخش خانوادگی ، گروه همتا یا منابع اجتماعی در دسترس نباشد یا فرد مهارت به دست آوردن آنها را از طریق مهارتهای ارتباطی ( که از نشانه های سلامت روان است ) نداشته باشد ، ناگزیر در این شرایط برای فرار یا تسکین خود به مصرف مواد گرایش می یابد. این پاسخگویی به لحاظ اینکه سریع تأثیر می گذارد برای این افراد که به جای چالش جویی ، چالش گریز می‌باشند و ساز و کاری ایجاد می کند که رفتار سوء مصرف را تقویت می کند و دخالت نکردنهای زود هنگام در نهایت محتمل است که فرد را به سوی وابستگی رهسپار کند.



وقتی کودک احساس می‌کند تحت حمایت قرار دارد، حاصل این رابطه عبارت است از نزدیکی کودک به منبع ایمنی بخش، که در نتیجه احساس سلامت (آسایش کامل جسمی روانی اجتماعی) و دوری از خطر کند، بنابراین، رفتارهای اکتشافی به منظور شناخت محیطهای اطراف خود را پیش می‌گیرد. مادر و توانایی او در رفع اضطراب برای افزایش دلبستگی و ایمنی یابی کودک اهمیت اساسی دارد. این الگو در سالهای بعد برای محیطهای اجتماعی نیز صدق می‌کند. به عقیده روانشناسان جامعه‌نگر (Community Psychologists) جامعه توانمند باید حمایت از خانواده‌ها و مدارس، داشتن توقعاتی بالا و هنجارهایی روشن برای خانواده‌ها و مدارس و تشویق به مشارکت فعال و همکاری خانواده‌ها و مدارس در زندگی و امور اجتماعی خود را همواره مد نظر داشته باشد. بنابراین، قابلیت اجتماع بستگی به دسترسی مردم به شبکه‌های درونی آن دارد که آن نیز به نوبه خود بستگی به پاسخگویی به نیازهای جمعیتی و توانایی آنها در استفاده از منابع موجود برای حل مسائل زندگی آنها دارد (Barbarin 1987). این جوامع قابل (Competent Community) ایمنی را آسان می‌کنند، به ویژه وقتی افراد آن همبسته و نزدیک باشند. به علاوه افراد جامعه خانواده‌ها را تشکیل می‌دهد، والدین به ویژه مادر در صورتی که ایمن باشد (برآیند تاریخچه کودکی و بزرگسالی وی) ارتباط مؤثرتری را با نوزاد (یا کودک) برقرار می‌کند و به عنوان واسطه حسی (به ویژه در نوزادی) به عنوان «بافر» یا «ضربه گیر» عمل کرده فرآیند رشد هیجانی را تسهیل می‌کند. از سوی دیگر، جدایی فرد از منبع ایمنی بخش به اعتراض و جدایی می‌انجامد و موجب تلاش فرد به صورت عصبانیت یا حتی خشونت برای وصل دوباره می‌شود.

در نهایت در مرحله درماندگی، کودک برای بازگشت مادر، امید خود را از دست می‌دهد. در مرحله گسستگی که کودک از نظر هیجانی خود را از مادر خود می‌گسلد، با احساس دو گانه به مادر (یا جامعه‌ای که ایمنی بخش نبوده) همراه است. کودک هم مادر را می‌خواهد و هم به خاطر ترک کردن او، از وی خشمگین است و در این مرحله به بازگشت مادر با بی تفاوتی واکنش نشان می‌دهد. مادر فراموش نشده است، اما کودک از رفتن او خشمگین است و در عین حال می‌ترسد که این اتفاق بار دیگر روی دهد.

قابل توجه است بسیاری از زنان که در کشور ما قربانی همسر آزاری و .... هستند ، به عنوان یک انسان در خانه فاقد ایمنی هستند و محتمل است مشکلاتی را در ایمنی بخشی به فرزندان‌شان را هم تجربه کنند ؛ زیرا مادرانی مضطرب ، بنابر شواهد ، خودشان می توانند به عنوان منبعی از اضطراب ( بجای ایمنی بخشی ) عمل کنند .

همان طور که بیان شد پویایی ارتباط ایمنی بخش (Attachment Dynamic) تنها مربوط به دوره کودکی نیست ، بلکه در سراسر حیات فرد ادامه دارد و رشد و ارتقا در این مورد عبارت است از حرکت از وابستگی به سمت جدایی ، اما جهت آن از شکل « وابستگی نابالغ » به طرف « وابستگی تکامل یافته و بالغ » یا خودگردانی هیجانی (Emotionally Autonomy) می رود.

در محیطی که ارتباط ایمنی بخش وجود دارد رشد کودک و اعتماد به نفس او نیز بالاتر می رود . این فضای مناسب کودک را قادر می سازد که به کاوش در محیط درونی و بیرونی خود بپردازد ، احساسی از هماهنگی و تمامیت فردی داشته باشد . با وجود این ، برای کودک نا ایمن اگر شرایط محیطی دچار تغییر و تحول شود ، وضعیت ایمنی بخش کودک می تواند دگرگون شود . (Mary Ainsworth) مری اینسورث الگوی روابط ایمنی بخش را در بچه ها متفاوت یافت و اثر این ارتباط را در کاهش اضطراب « اثر پایگاه ایمن » نامید . گاهی این نقش را حتی یک شی بی جان مانند عروسک نیز می تواند به عهده گیرد . عروسکی که کودک همواره آن را در کنار خود دارد ، آن را در آغوش خود گرفته ، دنیا اطرافش را با امنیتی که در کنار عروسک احساس کرده کشف می کند.

اکثر تحقیقات در حیطه اثر بخشی روان درمانی نشان آن است که زبان و لحن مداخلات روان درمانی به همان اندازه با نتیجه کار ارتباط دارد که محتوی روان درمانی ؛ به طوری که تکرار وضعیت ایمن بخشی و خاطره ای است که متعاقب لحن مادر عاید کودک شده است .

رابطه ایمنی بخش در زندگی دوام می یابد . پژوهشها نشان داده است دانشجویانی که نخستین بار خانواده خود را ترک می کنند در صورتی به تطابق اجتماعی خوب دست می یابند که

ارتباط آنها با مراقبتی خوب با احساس ایمنی همراه باشد. پایین بودن اعتماد به نفس، روابط نامناسب اجتماعی و آسیب پذیری هیجانی در مقابل فشار روانی به ارتباط ناایمن در سال اول زندگی مربوط است. داشتن منابع ایمنی بخش محیطی، اعتمادی را در فرد به وجود می آورد. به عبارتی افراد منبعی امن به شمار می روند که شخص اعتماد به نفس خود را از اعتماد به آنان کسب می کند و برای مدارا با دنیای خارج، خود را توانا احساس می کند، به این ترتیب، یک موضوع و ارتباط ایمن بخشی جدید، موجب پیدایش یک تجربه هیجانی اصلاحی می شود. قابل توجه است که چهار نوع ارتباط ایمنی بخش بزرگسالی (Adult Attachment) شناسایی شده است (Werner - Wilson 2000):

۱- ایمنی / خود مختار (Secure / Autonomoos)

۲- کناره گیر (Dismissing)

۳- پر مشغله (Preoccupied)

۴- درگیر نشده / آشفته (Uninvolved / Disorganized)

ارتباط عاطفی که بعدها در زندگی افراد بالغ پیش می آید اجزایی از ایمنی بخشی کودکی را در خود دارد. ارتباط ایمنی بخش که در کودکی زمینه را برای کامل هیجانی یا رسیدن به خود تنظیمی (توانایی در آرام کردن خود) فراهم می کند، با ایجاد عشقی دو جانبه طی نیمه دوم سال اول زندگی شروع می شود، که قدم اول در دستیابی به عشق در دنیای انسانی است. آنچه پیوند ایمنی بخش بزرگسالان را مشخص می کند، این است که منبعی برای احساس امنیت، مورد نیاز بودن و قدرت بخشی باشد. فقدان ارتباط ایمنی بخش موجب می شود که شخصی احساس ترس و اضطراب کند و گسستگی این روابط می تواند کاملاً تروماتیک باشد برای مثال مرگ والدین یا همسری که احتمال دارد زمینه ساز افسردگی شود در اینجا دینامیسم ایمنی بخش فرد را به جستجوی دیگران، بیان نازاحتیها و ترمیم شبکه ایمنی بخش سوق می دهد.

از آنجا که یک زمینه یا بافت ایمن، موجب پایداری ارتباط درون یک گروه و باعث افزایش همبستگی میان اعضا می شود، در قرن حاضر بر ارتباط ایمنی بخش عواملی از جمله

اشتغال مادران تأثیر گذارده است. به موازات ارتقای تمدن، فرهنگ و تأثیر جنبش مساوات طلبانه، زنان در راه برابری حقوق خود با مردان بیش از پیش در فعالیتهای اجتماعی شرکت می‌کنند. از این رو خوشبختانه در ایران نیز در مهدهای کودک، مریمان واجد شرایط یا خویشاوند نزدیک به عنوان ارتباط ایمنی بخش جایگزین عمل می‌کنند. در ایران تحقیقی درباره اثر اشتغال مادر بر رشد کودک انجام نشده است. بد نیست در اینجا اشاره ای به آثار مثبت اشتغال مادر نیز داشته باشیم.

در آمریکا پنج میلیون مادر شاغل با کودک زیر پنج سال وجود دارند که تمهیدات گوناگونی برای نگهداری کودکان شان به کار می‌برند. برای مثال مهدکودک یا پرستار یا خویشاوند که می‌تواند جایگزین خوبی باشد (یا مریمان مهد آموزش دیده). تأثیر اشتغال مادر بر رشد کودک تا حدود زیادی بستگی به کیفیت مراقبت از کودک توسط جانشین مادر دارد. دخترانی که مادر شاغل دارند نسبت به دخترانی که مادر غیر شاغل دارند از خودکفایی، سازگاری اجتماعی، پیشرفت تحصیلی بیشتر برخوردارند و تمایل بیشتر به استقلال نشان می‌دهند (Hofman 1980) پسران مادران شاغل نیز به نسبت پسران مادران غیر شاغل خودکفایی و سازگاری اجتماعی بیشتری دارند، اما پیشرفت تحصیلی و نمره آنها در آزمون‌های شناختی پایین تر است (Brown 1970).

بررسی عوامل محافظ و خطر آفرین (فردی و محیطی) برای برگزیدن رویکردهای فردی و محیطی در پیشگیری از اعتیاد اجتناب ناپذیر است. با توجه به آنچه تاکنون بحث کردیم، در اینجا به تفسیر این عوامل با الگوی یادشده می‌پردازیم که به دنبال آن اقدام پیشگیرانه با رویکرد فردی و محیطی را بحث می‌کنیم.

تحقیقات ارتباط معنا داری را میان ارتباط ایمنی بخش والددین (Parental Attachment) و ارتباط ایمنی بخش با گروه هم‌تسا (Peer Attachment) و عوامل محیطی و فردی که تاب‌آوری را در افراد بالا می‌برد پیدا کرده‌اند (Fergusson & Lynskey 1996). بطور خلاصه تاب‌آوری به معنی ظرفیت موفقیت، زندگی کردن و خود را رشد دادن در شرایط دشوار (با وجود عوامل خطر) است. این فرآیند

خودجوش در فرد میسر نمی شود، مگر اینکه در موقعیتی قرار گیرد تا برای رهایی از آن یا صدمه پذیری کمتر، حداکثر تلاش خود را برای کشف و بهره گیری از عوامل محافظتی (فردی و محیطی) از درون و بیرون خود که به صورت بالقوه همواره وجود دارد، به کار ببرد. هر فرد می تواند در موقعیتی تاب آور (Resilient) و در موقعیتی دیگر غیر تاب آور (Non Resilient) باشد، این بستگی به کیفیت ارتباط فرد با عامل خطر و عامل محافظ دارد. در بهترین شرایط حتی عامل خطر می تواند زمینه ای برای جستجوی منابع محافظ توسط فرد گردد و در عمل تبدیل به عاملی محافظ برای فرد شود یا مثلاً اگر تأثیر اولین تجربه مصرف مواد که عامل زمینه ساز برای تداوم مصرف می باشد با خاطره تلخی مثل سرگیجه، تهوع و ... همراه باشد این سابقه می تواند برای همیشه فرد را از مصرف مواد دور کند و این خاطره برای او نقش عامل محافظ (یا بازدارنده مصرف) خواهد داشت.

یکی از عوامل محافظ شناخته شده در پیشگیری از اعتیاد تجربه شکل گیری ارتباط ایمنی بخش در خانواده، جامعه و معنویت (با مذهب) است. بر این مبنا ایجاد ارتباط ایمنی بخش مثبت می تواند به عنوان عوامل محیطی اثر گذار باشد. افزایش افراد دلسوز و مهربان در خانواده، دوستان و سایر بزرگسالانی که می تواند به عنوان الگو برای نوجوانان باشند و در تصمیم گیریهای زندگی و حل مسئله و مشکلات به آنها کمک کنند از بهترین منابع محسوب می شوند. ارتباط والد-کودک وقتی بهبود می یابد که تمام خانواده درگیر باشند. ارتباط با گروه همتای مثبت و سایر منابع ایمنی بخش نیز می تواند از طریق مدارس، ارزشها، مذهب و سایر نهادهای اجتماعی تأمین شود.

هر چه اقامت فرد در جامعه محلی اش بیشتر باشد، تعلق خاطر او به ارزشهای بومی-فرهنگی و علائق او به همسایه ها بالاتر می رود، این منابع ایمنی بخش به عنوان محافظ برای اهالی به ویژه نوجوانان عمل می کند.

در واقع اجتماع محلی (Community)، گروهی از مردم هستند که عقایدی را به اشتراک می گذارند و مسائل مشترک، علائق، امیدها و شیوه های رفتاری مشترک و مشابه دارند و به آنها احساس تعلق به یکدیگر می دهد. تصمیم گیری برای اجتماع محلی، می تواند

جغرافیایی یا اجتماعی باشد. یک اجتماع محلی رهبرانی دارد، راههایی برای ارتباط عقاید، فعالیتها و نقشها، شیوه‌هایی برای تصمیم‌گیری در مورد اولویتها، تقسیم کار، مشارکت در عملکردها دارد که همه اینها برای اعضا مهم است.

اقدام محله مدار (Community - Based Action) فرصت ایجاد یک محیط اجتماعی را فراهم می‌کند که در آن شرایط زندگی افراد تعدیل شده و معنایی می‌یابد که برای محله قابل قبول و دستیابی است (Who - UNDCP 2000).

اقدامات محله مدار مبتنی بر سیاستگذارانه‌های مختلف است که در جوامع متعدد متناسب باشند مشکل، متفاوت است. با وجود اینکه هر اجتماع محلی ویژگی خود را دارد ولی به طور کلی بنابر تشابه در سیاستگذارانه‌های مؤثر در چهار گروه کلی قرار می‌گیرند.

نوع الف: اجتماعاتی که به تازگی در آنها مشکل مواد شروع شده، به آرامی نرخ رشد صعودی شروع شده است.

نوع ب: اجتماعاتی که به تازگی در آنها مشکل مواد شروع شده و به شدت نرخ رشد اعتیاد در حال صعود است.

نوع ج: اجتماعاتی که از قبل مشکل مزمن اعتیاد داشته و اکنون نیز همان گونه ادامه دارد.

نوع د: اجتماعی که سودی در مراحل تولید، توزیع مواد دارند و در عمل اقتصادشان وابسته به این تجارت است.

بدیهی است هر یک از این جوامع انواع سیاستگذارانه‌ها را می‌طلبند که شاید برای سه گروه دیگر چندان مناسب و اثر بخش نباشد.

توسعه محلی (Community Development) فرآیند پویایی است که در آن افراد در محله‌ها رشد و شکوفایی دارند و می‌توانند زندگی شادتر و مولدتری داشته باشند. تلاشهای توسعه جویانه در جهت قدرت بخشی به محله برای در اختیار گرفتن کنترل خود و وظایف از طریق، تصمیم‌گیری، خودآموزی و اشتراک منابع و بهبود روابط میان اعضا عملی می‌شود. در چنین شرایطی کیفیت زندگی محله ارتقاء می‌یابد، این مشارکت باعث کاهش آسیب پذیری

به ویژه در نوجوانان و جوانان در زمینه هایی چون مصرف مواد اعتیاد آور ، ایجاد و ارتقای رفتارهای مربوط به سلامت می شود.

در اینجا می توان با کمی تأمل و با یادآوری مطالب پیش ، ارتباطی را میان الگوی ایجاد استقلال و شکوفایی فردی و اجتماعی در پرتو روابط ایمنی بخش که فرایند کیفیت رشد را بهبود می بخشد یافت . این ارتباط متقابل بوده ، در عمل هم فرد با احساس آسایش ، رشد می کند و لذت می برد و هم اجتماع محلی ، این فرایند با بازخورد و تبادل علائم ( به ویژه علائم مثبت برای تقویت ) با یکدیگر ، بهره وری را بالا برده ، با علامت منفی تضعیف می شود . در نهایت ، در بدترین حالت فرد احساس تعلق به جامعه اش نمی کند.

در گیر شدن افراد محله ( Community Involment ) فرآیندی است که در آن اعضاء در همه مراحل تدبیر ، تدوین و گسترش برنامه ای که برای بهبود شرایط خود اندیشه اند ، جای خود را پیدا می کنند . این فرآیند به محله ، امکان بازشناسی تواناییها ، ظرفیتهای ، امکانات و بهره برداری از همه جوانب لازم برای اجرای برنامه را می دهد و زیر بنایی برای ارتقای کیفی و کمی اقدامات فراهم می کند . درگیری محله ، مفهومی فراتر از مشارکت محله است ؛ به عبارتی از طریق درگیر کردن محله افراد یا اعضای محله نقش خود را پیدا و مسئولیتی را تقبل می کنند.

در اینجاست که « ارتقای سلامت » تبلور می یابد ؛ چرا که منظور از ارتقای سلامت ، توانمند سازی مردم در تجربه اداره کردن و بهینه وضع سلامت آنهاست . ارتقای سلامت علاوه بر توجه به افراد و هدایت آنها به سبک زندگی سالم ، اتخاذ تدابیری را نیز توسط دولتها و جوامع محلی می طلبد به گونه ای که می تواند تغییراتی به وجود آورد که با زمینه سازی محیطی مناسب انتخاب زندگی سالم را برای افراد آسان تر کند . (Who-UNODC 2000) .

آنچه که در فرد به عنوان اعتماد به نفس مطرح می شود ، در جوامع محلی به صورت اعتماد و اتکا به خود ( Self-Reliance ) است و از این امر ناشی می شود که مردم می توانند راهها و ابزارهای حل مشکلاتشان را تعیین کند . فعالیتهایی چون ظرفیت سازی برای مجریان طرح مثل تهیه راهنما ، تجمعات مردمی برای بحث در مورد فعالیتهای آنها در این زمینه کمک

می‌کند. تجربه نشان داده است که جوامعی که مشکلات بسیاری داشته‌اند، با بهره‌گیری از ساز و کارهای تاب‌آور اجتماعی (Community Resilience) و استفاده از ظرفیتهایی که شاید ابتدا ناشناخته بوده است، با ایجاد هم‌تقویتی (سینرژی) و قدرتی که ذاتاً در جمع نهفته است حتی در مواردی با کیفیتی بالاتر به بهره‌وری و توسعه رسیده‌اند. حال آنکه جوامعی که مشکل کمتری داشته‌اند یا با مشکلات خود کمتر دست و پنجه نرم کرده‌اند، به نسبت جوامع مشکل‌دار، اما چالش‌جو، فرصت کمتری فراهم شده است که برای بقای خود، هر آنچه دارند به کار گیرند و از عهده حل مسائل و بهبود وضعیت خود برآیند.

به عنوان مثال، اگر اجتماع محلی بخواهد برای مشکل اعتیاد خود برنامه ریزی کند مبتنی بر شواهد، رعایت اصولی در پیشگیری از اعتیاد در اجتماع امکان‌آثر بخشی برنامه را بالاتر می‌برد.

۱- توجیه‌پذیری از جنبه فردی، خانوادگی، مدرسه، رسانه، سازمانهای محلی بهداشتی این اجزاء به گونه‌ای در همه یکپارچه است به طوری یکدیگر را تقویت کند.

۲- به کارگیری سیاستگذارهای آموزشی محلی و رسانه‌ای محلی برای افزایش آگاهی عمومی و حسب حمایت‌های محلی به گونه‌ای که این فعالیتهای محلی برنامه‌های درسی دانش‌آموزان، والدین و محیط‌های کار را تقویت کرده و پیشبرد بیشتری دهد.

۳- دخالت‌های روشن و دقیق برای رسیدن به جمعیت‌های مختلف طرح ریزی شود، به ویژه برای افراد در معرض خطر این دخالت‌ها باید به اندازه کافی به طول بینجامد تا تغییرات مورد انتظار نگرش رفتار حاصل شود.

۴- طراحی برنامه بر مبنای سنجش نیازها با شروطی که پیشرفت برنامه ساز و کار دریافت بازخورد را از مردم و دست‌اندرکاران فراهم کند تا در مراحل مختلف بهبود حاصل شود.

۵- اهداف اختصاصی در محدوده زمانی، یکپارچگی و قابلیت دستیابی داشته باشد و ساز و کار پایش و ارزشیابی برنامه تعیین شود.



حضور و حمایت رهبران محلی از عوامل تأثیر گذار در موفقیت برنامه است. این مشارکت از مراحل سنجش وضعیت الگوی بومی مصرف و بررسی عوامل بوده و از عوارض به سوی مصرف آغاز شده با بسیج منابع ( داخلی و جذب منابع خارجی ادامه می یابد. رهبران اگر در جریان پایش و ارزشیابی حضور داشته باشند اعتماد محلی را جلب و منابع را تقویت کنند، تداوم و ارتقای برنامه را بالاتر می برند. رهبران برنامه های یاد شده به منظور بسیج منابع ( انسانی، مالی، زمان و تجهیزات ) می توانند عوامل کلیدی باشند.

در شرایط مختلف تاریخی، افراد و گروهها در زمینه ای که در بر گیرنده ارزشها و ساختارهای اجتماعی است - و در آن زندگی می کند - قرار می گیرند. تغییر هنجارهای اجتماعی و تعریفهای قانونی برای برخی رفتارها و نیز تغییر عوامل اقتصادی، با تغییر رفتارهای مربوط به سوء مصرف مواد و شیوع آن ارتباط دارد. در این مورد می توان به قوانین و هنجارهای حمایتگر مصرف مواد، در دسترس بودن مواد، محرومیت شدید اقتصادی و بی سازمانی و آشفتگی محل زندگی اشاره کرد (Hawkins 1992)، در مورد اخیر محله هایی که عواملی چون ازدحام جمعیت، فقدان نظارت صحیح بر اماکن عمومی، تحرک و مهاجرت شدید درون شهری، وضعیت نامطلوب محیط فیزیکی، سطح پایین علاقه و ارتباط ایمنی بخش وجود دارد جرائم ( Willsom 1985 ) و خرید و فروش مواد غیر قانونی در میان آنها بالا می رود (Fagan 1988).

هنگامی که در محله های شهری تغییرات سریع جمعیتی رخ می دهد، میزان قربانی شدن آنها، با توجه به تفاوت های قومی و فرهنگی و سنی افزایش می یابد. احتمالاً دارد بی سازمانی محله، توانایی خانواده ها در انتقال ارزشهای اجتماعی به کودکانشان، ضعیف کند ( Rice 1986).

### ۶) اصول پیشگیری از سوء مصرف مواد - مبتنی بر پژوهش

۶-۱) در برنامه های پیشگیری، به شناسایی و افزایش عوامل محافظ از جمله عوامل تاب آور ( Resiliency Factors ) و شناسایی و کاهش عوامل خطرزا از جمله کاهش عوامل

آسیب‌پذیری (Vulnerability Factors) توجه می‌شود. منظور از عوامل خطر، ویژگیها، متغیرها یا حوادثی است که ممکن است برای فردی وجود داشته باشد، آن فرد با احتمال بیشتری به نسبت کسی که به طور تصادفی از جمعیت عمومی انتخاب شده است به اختلال دچار می‌شود (Mrazek 1994). عوامل محافظ ویژگیها، متغیرها یا حوادثی هستند که وجود آنها باعث می‌شود که فرد نه تنها با احتمال کمتری دچار اختلال شود، بلکه با احتمال بیشتری هم سالم می‌شود. تاب‌آوری (Resilience) بر مبنای این اعتقاد بنا شده است که عده‌ای از افراد که در معرض خطر قرار می‌گیرند، اختلالی را تجربه نمی‌کنند؛ شاید بتوان نتیجه گرفت که مواجه شدن با خطر شرط لازم برای آسیب‌پذیری هست، اما شرط کافی نیست. مهمترین عوامل محافظ، برخورداری از مهارتهای زندگی، ارتباط با گروههای مثبت هم‌تا، موفقیت‌های مدرسه، نظارت والدین، پیوندهای مثبت در ارتباط ایمنی بخش است؛ مهمترین عوامل خطر، فقدان روابط ایمنی بخش، کاستی در سازگاری اجتماعی، والدین معتاد، فقدان نگرش مثبت، مقبولیت مصرف در خانواده، دوستان، مدرسه و محله، شخصیتی پرخاشگر یا خجول است.

عوامل تاب‌آور باعث می‌شود فرد در شرایط دشوار، با وجود عوامل خطر از ظرفیتهای ممکن خود در دستیابی به موفقیت، و رشد در زندگی استفاده کند و از این چالش و آزمون به عنوان فرصتی برای توانمند کردن خود بهره‌جوید و از این چالش مبارزه‌جویانه، سربلند به در آید.

برخی از مهمترین عوامل تاب‌آور عبارت است از: داشتن تصویری مثبت از خود، کنترل فرد بر زندگی خود، احساس مسئولیت، احساس تعلق به محله یا شبکه اجتماعی، وجود ارزشهای اخلاقی و معنوی در محیط.

۲-۶) برنامه‌های پیشگیری (از آسیب‌های روانی - اجتماعی) مشتمل بر بخش آموزش مهارتهای عمومی زندگی در پنج حوزه است. این مهارتهای عمومی یا اساسی عبارت است از:

۱- مهارت تصمیم‌گیری، حل مسئله

۲- تفکر خلاق، تفکر نقادانه

۳- برقراری ارتباط مؤثر ، برقراری ارتباط بین فردی سازگاران

۴- خود آگاهی ، همدلی با دیگران

۵- مقابله با هیجانها ، فشار روانی

آموزش مهارتهای اختصاصی با هدف پیشگیری از یک آسیب ( اعتیاد ) طراحی می‌شود ؛ مثل آموزش مهارت قاطع بودن ، در مقابل فشار گروه جهت سوء مصرف مواد . شواهد علمی نشان داده است که این آموزشها که در قالب یک برنامه گسترده باشد نقش مهمی در پیشگیری اولیه دارد ( Kaplan 1999, Erreat 1991 )

از آنجا که همه کودکان و نوجوانان در زندگی خود با فشارهای روانی روبرو می‌شوند و بخشی از آن ناشی از رشد بهنجار کودکی و بخشی دیگر ناشی از ارتباط کودک با والدین و اجتماع است ، در صورتی که آنها فاقد تواناییهای لازم باشند ، در مواجهه با مسائل زندگی روزمره ، آسیب پذیری بیشتری خواهند داشت . به همین دلیل سازمان جهانی بهداشت به منظور ارتقای سطح سلامت روان ، ایجاد انگیزه فرد در مراقبت از خود و دیگران و پیشگیری از آسیب پذیری روانی اجتماعی ، برنامه آموزش مهارتهای زندگی را تدارک دیده و از سال ۱۹۹۳ در مدارس اجرا کرده است . غالباً مهارتهای مقاومت در برابر تعارف همراه با تقویت نگرشهای ضد مواد و تعهدات فردی است . از آنجایی که در یادگیری مهارتها ، آنچه در نظر است ایجاد توانایی رفتار در فرد است ، بنابراین باید این فرصت فراهم شود که کودک یا نوجوان در عمل ، با تمرین و تجربه در فرآیند پویای یادگیری فعال قرار گیرد . در این حوزه مهمترین شیوه های آموزش عبارت است از بارش فکر ، ایفای نقش و تعویض نقش ، بازی ، بحث و تبادل نظر به ویژه در گروههای کوچک ، استفاده از روشهای تعامل گرا ، به ویژه در بحث گروهی همسالان ، حل مسئله گروهی و تصمیم گیری گروهی ، همه در آموزش تأثیر چشمگیری داشته است .

اجرای برنامه های آموزشی برای مهارتهای زندگی ، تأثیرهای کوتاه مدت ، میان مدت و بلند مدت چون ایجاد دانش ، تغییر نگرش ، بهبود سطح سلامت روان ، تمایلات رفتار مثبت ، تغییر در خود کارآمدی ، بهبود تواناییهای روانی - اجتماعی ، بهبود فضای

کلاس ، بهبود رفتارهای مدرسه ، بهبود ارتباط بین شاگردان و ارتباط شاگردان و معلمان ، بهبود حضور در مدرسه و عملکرد تحصیلی ، ایجاد تغییرات معنی دار بر رفتار سلامت و رفتارهای اجتماعی دارد که با جلسه های تقویتی و یادآور ، تغییرات ایجاد شده طی زمان حفظ و ابقاء می شود.

مطالعات متعدد بوتوین (Botvin) و همکاران طی سالهای ۱۹۸۰، ۱۹۸۲، ۱۹۹۷ و ۱۹۹۹ این جمع بندی را نشان داده است که : در رویکرد مهارت‌های مقاومت اجتماعی ، با تمرکز بر آگاه سازی از تأثیر اجتماع ( فشار گروه ... ) بر مصرف ، آموزش مهارت‌های اختصاصی ، قاطع بودن در مقابل فشار گروه و افزایش اطلاعات در مورد عواقب منفی ، نرخ سیگار کشیدن بین سی و پنج تا چهل و پنج درصد کاهش یافته ، نیز مصرف الکل و ماری جوانا پس از شرکت در این برنامه ها کاهش یافته و به چهل و سه تا چهل و هفت درصد گزارش شده است .

در رویکرد مهارت‌های عمومی در پیشگیری از سوء مصرف مواد ، شروع کشیدن سیگار بین چهل و دو تا هفتاد و پنج درصد کاهش یافته و از مصرف الکل و ماری جوانا نیز کاسته است .

پروژه استار (Star) نمونه ای دیگر از برنامه های پیشگیری همگانی است که از طریق برنامه جامع در مدارس و رسانه ها ، برنامه های مربوط به والدین و سازمانهای اجتماعی و تغییر در سیاستهای بهداشتی را در جمعیت کلی مطالعه کرد . قسمت مربوط به مدارس ، یک برنامه تأثیر اجتماعی بود که به مدت دو سال توسط معلمان آموزش دیده اجرا می شد . این فرآیند توسط آموزش رسانه ها و والدین ( به صورت تکالیفی در منزل با همکاری خانواده ) تقویت شد و در اقدامی جمعی تأثیر بلند مدت و مثبتی برجا گذاشت . به طوری که دانش آموزان دبیرستانی که در این برنامه شرکت کردند حدود سی درصد در ماری جوانا ، حدود سی درصد در سیگار و حدود بیست درصد الکل نسبت به سایر دانش آموزان کمتر مصرف کردند . ( Pentz 1999 ) .

۳-۶) برنامه های پیشگیری بخشهایی متمرکز بر خانواده دارد و شامل مهارتهای والدین و راهبردهای تربیتی و ایجاد فرصتهایی برای خانواده در زمینه بحث در مورد مواد، سیاستهای خانواده در قانون گذاری است، به گونه ای که با ساز و کارهای تشویقی مناسب رفتار را شکل می دهند. در خانواده اعمال انضباطی که نه سخت گیرانه باشد و نه سهل انگارانه و وجود گروههای همتا برای خانواده و تعامل آنها با هم، اثر بخشی پیشگیری را بالاتر می برد. شواهد نشان داده است که فعالیتهای متمرکز بر خانواده از برنامه های متمرکز بر والدین به تنهایی یا کودکان به تنهایی، اثر بخشی بیشتری داشته است. به عنوان مثال، برنامه نیرومندسازی خانوارها که نمونه ای از برنامه های پیشگیری انتخابی است برای فرزندان شش تا ده ساله سوء مصرف کنندگان مواد طرح شده است. این برنامه به منظور بهبود مهارتهای والدین و کاهش عوامل خطر ساز در کودکان ریخته شده و شامل سه جنبه بود:

- ۱- آموزش جداگانه والدین کودکان در ساعت اول
  - ۲- آموزش مهارتهای خانوادگی والدین و کودکان در ساعت دوم
  - ۳- سپس اعضای خانواده باهم شام می خورند و فیلم تماشا می کنند.
- آموزش والدین مهارتهای آنها را افزایش و سوء مصرف مواد را بین آنها کاهش می دهد. آموزش مهارتها به کودکان رفتارهای منفی آنها را کاهش و رفتارهای قابل قبول اجتماعی را از طریق کار با درمانگر افزایش می دهد. آموزش مهارتهای خانواده با درگیر کردن دو نسل در آموزش و تمرین، رفتارهای جدید را بهبود می بخشد. نتایج اولیه شامل کاهش تعارضات خانوادگی، بهبود ارتباط، سازمان خانواده و کاهش در اختلال سلوک پرخاشگری و سوء مصرف مواد بود. (Kunpfer 1999).
- ۴-۶) طول مدت کافی دخالتها و تکرار دخالتها در جلسه های یادآور (Bouster Session) لازم است و غالباً از سن پیش دبستان تا دبیرستان، متناسب با فرآیند رشد کودک و نوجوان ادامه می یابد. مثلاً نمونه ای از برنامه آموزش مهارتهای زندگی در یک دوره سه ساله در مدارس راهنمایی و دبیرستان اجرا شد و شامل شانزده دوره در سال اول، ده جلسه

تقویتی در سال دوم و پنج جلسه در سال سوم بود که سه حوزه اصلی را در بر می‌گرفت . : مهارت‌های مقاومت در برابر مواد و اطلاع‌رسانی ، مهارت‌های کلی اجتماعی در طول شانزده سال گذشته ، این برنامه بارها مورد مطالعه قرار گرفت . نتایج نشان داد که این رویکرد می‌تواند ۷۹-۵۹ درصد مصرف سیگار ، الکل و ماری‌جوانا را کاهش دهد. جلسه‌های تقویتی تأثیر برنامه را حفظ می‌کند . تحقیقی که بر روی ۶۰۰۰ دانش‌آموز از ۵۶ مدرسه انجام شد ، نشان دهنده کاهش معنادار مصرف سیگار ، الکل و ماری‌جوانا شش سال پس از ارزیابی اولیه بود. شیوع مصرف سیگار ، الکل و ماری‌جوانا در دانش‌آموزان شرکت‌کننده در برنامه ۴۴ درصد پایین‌تر از گروه کنترل بود و مصرف همگی به چند ماده شصت و شش درصد پایین‌تر بود. (Botuin 1995) .

۵-۶) برنامه‌ها نیز هنجارها را در برابر مصرف مواد در همه مجموعه‌های انسانی (Settings) تقویت می‌کند ، به عبارتی خانواده ، مدرسه ، محیط کار ، محله زندگی ، که هر یک از آنها ، خود مجموعه‌ای است که انسان به آن تعلق دارد و عملاً هر انسان فصل مشترکی از این اجتماعات است . اگر هنجارهای ضد مواد ، یکپارچه و تقویت شده نباشند می‌تواند منجر به تعارضاتی در فرد شود.

۶-۶) مدارس فرصت دسترسی به جمعیت سنی هدف و زیرگروه‌های در معرض خطر را فراهم می‌کنند و مشکلات رفتاری یا ناتوانی یادگیری در مهارت‌های ارتباطی را شناسایی و به افراد کمک می‌کنند.

در بسیاری موارد محیط دوستانه و مفرح مدرسه می‌تواند به ویژه در کودکان و نوجوانان که در خانواده‌های مختل زندگی می‌کنند ، نقش جبرانی داشته و کودک و نوجوان انگیزه و امید جستجو و تلاش برای دستیابی به آرزوهایش را در این محیط پیدا کند و صدمه‌های خانوادگی را به حداقل برساند ، و مجالی برای ارتقا یابد . در دانش‌آموزانی که در محیط‌های خانوادگی مناسب زندگی می‌کنند نیز مدرسه نقش تکمیلی و شکوفایی بیشتر دارد. مدرسه فرصتی طلایی برای شکل‌گیری ارتباط ایمنی بخش گروه همتا ، الگوسازیها و بستری برای یادگیری ، کمک کردن و کمک خواستن است .

برنامه ریزی پیشگیری از اعتیاد باید متناسب با ماهیت خاص مشکل مواد در محله باشد. برای پیشگیری از مشکل اعتیاد و حل این مسئله در محله ، ابتدا باید ماهیت آن از جمله الگوی بومی مصرف مواد ( شامل انواع مواد ، شیوه های مصرف ، سن شروع و .... ) عوامل محافظ و خطر ( شامل فردی و محیطی ) به کمک روشهای جمع آوری اطلاعات کمی و کیفی به ویژه از ساکنان و اعضای محله به دست آید . سپس با کمک همین افراد با راههای پیشگیری آشنا شده و راههای مناسب تر ( با رویکرد فردی و محیطی ) برای محله اولویت بندی شود.

درگیر کردن مردم به ویژه جوانان و نوجوانان از مرحله اولیه و نیاز سنجی کمک می کند تا از ابتدا درک مشترک از مشکل به دست آید تا احساس مالکیت به برنامه را بالا ببرد.

خلاصه ، در تدوین برنامه مبتنی بر محله یا اجتماع محور مراحل زیر متصور

است : (Who-UNDCP-2000)

- ۱- سنجش وضعیت محلی ( تحلیل مشکل ، منابع ، مخاطب ، محیط )
- ۲- تنظیم برنامه ( هدف گذاری و تعیین شاخص - فعالیتها ، زمان بندی و تعیین نهاد یا فرد مسئول - تدوین طرح ، پایش - تدوین طرح ارزشیابی ) .
- ۳- بسیج منابع ( انسانی ، مالی ، زمانی ، و تجهیزاتی و مدیریتی )
- ۴- اجرا ( مشارکت و درگیر شدن ، خودکفایی ، شناسایی افراد داوطلب و مدیریت آنها ، شبکه رسانی و ... )
- ۵- ارزشیابی فرآیند ( پایش )
- ۶- ارزشیابی برآیند ( دستاورد )
- ۷- بازطراحی و تصمیم گیری ( ارتقا ، تغییر ، توقف یا ... سرنوشتی است که در واکنش به میزان اثر بخشی یک برنامه تعیین می شود).

خلاصه ، برای بسیج جوامع محلی ( community Mobilizing ) رعایت موارد زیر

لازم است (Pan American Health Organization 1996) :

درگیر بودن اعضا در همه مراحل - مداخله مؤثر نیاز به طراحی دقیق دارد، شناسایی مشترک مشکل، نیازها و منابع، جامعیت و یکپارچگی به گونه‌ای که اجزاء یکدیگر را تقویت کنند - طولانی بودن برنامه برای ایجاد تغییر پایدار - تأثیر گذاری معنا دار بر هنجارهای رفتاری - تحقیقات و ارزشیابی اثر بخشی - منابع کافی - همکاری فعال کارشناسان با اعضای محله به ویژه رهبران محلی.

برنامه‌ها باید با توجه به سن و سطوح رشد فرهنگی مخاطبان باشد. برنامه‌های پیشگیرانه هرچقدر زود هنگام تر و در سنین پایین تر آغاز شده باشد، اثر بخشی بیشتری خواهد داشت. آموزش در اوان کودکی توانسته است در بعضی از عوامل خطر در زمینه سوء مصرف مواد، کاهش ایجاد کند (Horacek, 1987). در این تحقیق کودکانی را که به لحاظ اجتماعی - اقتصادی محروم بودند به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم کردند، و یک بار در نوزادی و بار دیگر در دوره مهدکودک در مورد تأثیر متفاوت مداخله، ارزیابی کردند. آنها با موفقیت توانستند کودکانی را که بعدها در مدرسه در معرض خطر بالا برای شکست تحصیلی بودند در بدو تولد شناسایی کنند. میزان مردود شدن کودکان در معرض خطر بالا، در گروه کنترل تقریباً چهار برابر بیش از کودکان در معرض خطر به میزان متوسط در گروه نمونه بودند. مداخلات قابل ملاحظه‌ای موجب کاهش مردودی و بهبود نمره‌ها شد. در این امر، اثر گذاری بیشتر بر کودکانی که در هر دو مرحله مداخله شرکت کرده بودند، نشان داد که کودکان «در معرض خطر بالا» که بیشترین مداخله را دریافت کرده بودند، پیشرفتی تقریباً مشابه با گروه «در معرض خطر متوسط» داشتند. برنامه مشابه دیگری موسوم به «پرونده پیش دبستانی پری» (Perry Prexchool Project) که با هدف تقویت رشد اجتماعی در کودکان سه و چهار ساله آفریقایی اصل در آمریکا که دارای پس زمینه‌ای از فقر شدید بودند انجام شد. این طرح توانست میزان شکست تحصیلی، حاملگی دوره نوجوانی و رفتار بزهکارانه را کاهش دهد. در این مطالعه، دو گروه تجربی و کنترل - که به تصادف تفکیک شده بودند مقایسه شدند، همین آزمایش در سن نوزده سالگی نیز پیگیری و تکرار شد (Bruet 1984). در این برنامه شرکت



روزانه در دوره یک تا دو ساله پیش دبستانی و بازدید هفتگی خانگی انجام شد ، که در آن ، معلمان تعلیم دیده ، مهارت‌های کنترل و مدیریت کودک را به مادران آموزش می دادند. در سن نوزده سالگی این جوانان به دفعات کمتر بازداشت شده و طول مدت بازداشتی هم کمتر بود ، و سالهای بیشتری را در دوره دبیرستان گذرانده ، معدل و نمره های بالاتری آوردند .

(۶-۷) برنامه پیشگیری یا می تواند مواد مختلف را در بر گیرد ، یا بر یک ماده خاص تمرکز کند . پیش از این بیان شد که بهتر است در برنامه ها تمرکز بر همه انواع مواد باشد ؛ زیرا برای مثال با تأکید بر عوارض یک ماده محتمل است که الگوی رفتاری اعتیاد سریعاً به مصرف ماده دیگری گرایش یابد. اکنون تحقیقات نشان داده است که علاوه بر آگاه سازی در مورد عوارض همه مواد می توان در یک برنامه به طور خاص بر یک ماده کنترل اختصاصی ( بنابر شیوع در منطقه و نیاز و ضرورت ) و متمرکز داشت .

## ۷) نتیجه گیری

سیاستگذاری کلان کنترل مواد در هر کشور ، مدیریتی سیاستگذار در زمینه کاهش عرضه، تقاضا و صدمات ناشی از مصرف مواد را می طلبد، به گونه ای که یکپارچه و مکمل و بنابر مقتضیات هر جامعه و میزان بروز ، شیوع و صدمات همراه با مصرف هر ماده ، تعیین و تبیین می شود.

اعتیاد را مشکلی اجتماعی دانسته اند و برای آن علل ساختاری ( افزایش فقر و نابرابری ... ) و کارکردی ( تحول نظام ارزشی ، بی هنجاری و ... ) قائل شده اند . مشکلات اجتماعی هیچگاه منفرد نبوده ، یا به یکدیگر تبدیل یا از یکدیگر ناشی می شوند ، هر چند آسیب شناسی مشابهی دارند و همگی می توانند نشانه ای از اختلال عملکرد فرآیندهای درونی روابط اجتماعی باشند که در جوامع مختلف رخ می دهد و چهره های متفاوتی چون اعتیاد ، فحشاء ، جرم ، خشونت ، خودکشی ، فرار ... خود را نشان می دهند.

قابل تأمل است که همین جوامع محصولاتی چون انسانهایی دارد که توانمند ، درخشان یا لاقابل افرادی مولد هستند که از زندگی خود لذت می برند . پس هر جامعه امکانهای ایمنی

بخشی را برای افرادی دارد که برخی آن را کشف کرده اند و برای برخی هنوز پنهان و دست نیافتنی به نظر می‌رسد. مطالعات مختلف ارتباط معناداری را میان مشکلات روانی - اجتماعی از جمله بزهکاری ایجاد ارتباط ایمنی بخش در مراحل مختلف نوزادی - کودکی - نوجوانی و بزرگسالی نشان داده است. (Lawrence B. Smith 1997).

شاید به همین دلیل باشد که بیشتر برنامه‌های پیشگیرانه به ویژه پیشگیری از اعتیاد بر خانواده، مدرسه، محیط کار، محله زندگی، شبکه‌های اجتماعی، گروه‌ها و .. متمرکز است و فرصت شکل‌گیری یا ترمیم این گونه روابط ایمنی بخش را ایجاد می‌کند، به علاوه همه این برنامه‌ها یکدیگر را تقویت می‌کنند، چرا که در ادبیات پیشگیرانه آمده است که عوامل محافظ به گونه‌ای تجمعی وارد عمل می‌شود. جوامع باید با برنامه‌ریزی پیشگیرانه برای گروه‌های جمعیتی خود حرفی برای گفتن داشته باشد و فرصتهایی فراهم شود تا مردم به کمک هم خود را بازیابند و به نیاز یکدیگر پاسخ گو باشند، مانند نظام اعتیاد که نه تنها برای پاسخ‌گویی به نیاز انواع مشتریان حرفی برای گفتن دارد، بلکه فرصتی را فراهم می‌کند که تقاضاهای جدید مطرح شود (مثلاً آوردن ماده‌ای جدید به بازار و توزیع رایگان آن در مراحل اولیه).

بهترین آموزگار ما برای اقدامی فراگیر می‌تواند نظامی فراگیر چون خود اعتیاد باشد. چرا که تجربه نشان داده است که نیرومند عمل کرده است و با هر حرکت خود می‌تواند واکنشی از سوی ما را تعیین کند (که یقیناً تا به حال به حال به نیرومندی او نبوده است).

در نگاهی نظام مند، اعتیاد یک نظام زنده، در حال تکاپو و تلاش برای تثبیت هویت خویش در سه سطح تولید، توزیع و مصرف است تا تداوم یابد و نابود نشود. بر مبنای چنین الگویی، اعتیاد نظامی زنده، پیچیده، پویا و فعال است که مهمترین ویژگیهای آن عبارت است از:

- ۱- تلاش برای بقا
- ۲- تحرک و تطبیق
- ۳- رشد و تمایز
- ۴- زاینندگی (م، خواجهی - ۱۳۷۵)

برای رویارویی با این نظام که هوشیارانه از قوانین طبیعی حاکم بر موجود زنده الهام گرفته است و مطابق با تمایلات ذاتی بشر ، همواره خود را تازه تر می کند ، با کمک همین قوانین طبیعت و گرایشهای ذاتی بشر می توان در برابر این نظام تاب آورد ؛ به گونه ای که انسانها دریابند که ظرفیت تلاش برای زندگی ، تحرک و سازگاری ، رشد و تحول ، زایش و نوآوری برای ماندگاری نسل بشر و احساس رضایت از زندگی در آنها وجود دارد . بر انسانها و جوامع است که این ظرفیتها را با ابزارها یا بهتر بگوییم نیازها و فرصتهایی چون ارتباط ایمنی بخش میان عناصر اجتماعی ، جستجوگری و چالش جویی و ... ارتقا بخشند.

- ۱- خستو ، گل آرا ، ۱۳۷۳ ، نقش رابطه ایمنی بخش در تحول روانی کودک و شیوه‌های روان درمانی ، پایان نامه دکتری .
- ۲- رفیعی ، حسن / اعتمادی ، حسین ، ۱۳۷۹ ، سیاست سلامت در چارچوب رفاه اجتماعی ، فصل نامه تأمین اجتماعی ( ۶ ) .
- ۲- هاوکینز ، کاتالانو و میلر ، ۱۳۸۰ ، عوامل خطر و عوامل محافظت کننده در پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر در جوانان و نوجوانان ، ماهجویی ، ماهیار ، ترجمه و انتشار .
- ۴- مشتاق بیدخی ، نهال ، ۱۳۷۸ ، پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر ، فصل نامه تازه های علوم شناختی ، سال اول ، شماره دوم ، ویژه نامه .
- ۵- نوری قاسم آبادی ، ربابه / محمد خانی ، پروانه ، ۱۳۷۷ ، برنامه آموزش مهارتهای زندگی ، ترجمه و انتشار ، تألیف سازمان جهانی بهداشت ۱۹۹۳ .
- 6- Benard . B, ( 1991) Fostering Resiliency in Kids : Protective Factors in the Fammily , School , and Community .
- 7- Botvin GJ & Botvin EM ( 1997) School- Based Programs . Substance , Abuse : A Comprehensive Textbook .
- 8- Bowlby. J ( 1988) A Secure Base , Clinical Applications of Attachment Theroy – London.
- 9- Bowlby. J ( 1990 ) Charles Durwin : A New Biography – London , Hutchinson.
- 10- Hawkins , D Catalano , F & Miller, J (1992 ) Risk and Protective Factor for Alcohol and Other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood , psychological Bulletin Vol 112, No : 1 .

## References

منابع

- 11- Grossman , K ( 1991) Attachment Quality as as Organiser of Emotional and Behavioral Responses in a Longitudinal Perspective in Attachment Across the Life Cycle.
- 12- Momograph-Prevention Works Through Community Partnerships. SAMHSA /CSAP'S , National Evaluation.
- 13- Nadeau. L , 1998 Pour Une Mailleure Comprehension de la Toxicomanie , Universite de Montreal.
- 14- NIDA Prevention Brochure-Principles/ (2000) WorldWeb: <http://165.112.78.61.Prevention.html>
- 15- NIDA Infofact [www.drugabuse.gov](http://www.drugabuse.gov)
- 16- Robert J.P. ( 2000) Risk and Protective Factor Models in Adolescent Drug Use : Putting Them to Work for Prevention.
- 17- Werner – Wilson, R.J, ( 2001) Department of Human Development and Family Studies Iowa State University.
- 18- Who- UNDCP (2000) Primary Prevention of Substance Abuse . a Work Book for Project Operators.