

اثربخشی برنامه پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد
بر کیفیت زندگی در استان آذربایجان شرقی

مینا علیپوری نیاز*، حسن رفیعی**، آمنه ستاره فروزان***، بهزاد طالبی****

طرح مسئله: امروزه رویکرد پیشگیری اجتماع محور و ارتقاء سلامت روانی - اجتماعی ایران به جایی رسیده است که نیاز به نشان دادن اعتبار و اثربخشی فعالیتها برای گسترش موقعیت کنونی آن شناسی احساس می شود. این تحقیق، فرایند، برآیند، اثر نهایی و چگونگی تحقق اهداف و نیز فعالیتهای برنامه پیشگیری اجتماع محور در استان آذربایجان شرقی را ارزشیابی نموده است.

روش: این مطالعه به روش «شبه تجربی» از نوع پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل همسان انجام شده است. ۵ محله تحت پوشش برنامه (در بدو تأسیس) به عنوان گروه آزمایش و همین تعداد محله همسان به عنوان گروه کنترل انتخاب شده اند.

یافته ها: آزمون تفاوت میانگینها، اثر مداخله بر نگرش و کیفیت زندگی را نشان می دهد، در حالی که اثر بر میزان بروز معنی دار نیست. تحلیل پراکنش (آنالیز واریانس) دوره اثر اصلی نگرش و کیفیت زندگی را معنی دار و اثر تقابلی را تنها برای کیفیت زندگی معنی دار گزارش کرده است. با آزمون تحلیل ممیزی مشخص شد گروه بندی دارای قاعده مبتنی بر ضرایب متغیرهاست و در مجموع ۶۱٪ افراد دو گروه آزمایش و کنترل، به درستی از هم تفکیک شده اند. مقدار مشارکت و تحقق اهداف در حد زیاد گزارش شده است.

بحث: برخلاف مدل منطقی سنتی که در آن عمل محله ای (در یک رابطه خطی) از طریق نگرش، موجب کاهش بروز و از آن طریق موجب ارتقاء کیفیت زندگی می شود، نتیجه این پژوهش فرضیه رابطه غیرخطی را مطرح می کند.

کلید واژه ها: بروز، عمل محله ای، کیفیت زندگی، مشارکت، نگرش.

تاریخ دریافت: ۸۷/۹/۱۰ **تاریخ پذیرش:** ۸۸/۳/۳۱

* کارشناس ارشد رفاه اجتماعی <Mina_Behzist@yahoo.com>

** روان پزشک، هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

*** روان پزشک، هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی سلامت

**** کارشناس ریاضی

بیان مسئله

سلامت انسان و توسعه اجتماعی، رابطه‌ای جدایی‌ناپذیر دارند. سلامت، همچنین یکی از شش قلمرو اصلی رفاه اجتماعی است. پس هر آنچه تهدیدی برای سلامت باشد، تهدید برای توسعه و رفاه اجتماعی نیز می‌باشد و هر آنچه موجب ارتقای سلامت است، عملاً ما را به توسعه و رفاه اجتماعی نیز رهنمون می‌سازد. از آنجا که سوء مصرف مواد، وابستگی و عوارض ناشی از آن، تهدیدی جدی برای سلامت به شمار می‌آید و بر کمیت و کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد، برنامه‌های پیشگیری از سوء مصرف مواد را با برنامه‌های ارتقاء سلامت توأم می‌دانند. بنابراین، سلامت به عنوان یکی از شاخصه‌های افزایش «رفاه اجتماعی» و «کیفیت زندگی»، و در رویکرد ارتقاء آن، «اجتماع محوری» پایه اصلی است به نحوی که امروزه، به طور روزافزونی رویکرد ارتقاء سلامت اجتماع محور به عنوان یک دیدمان^۱ برای بهبود وضعیت سلامت کلی شناخته می‌شود.

رویکرد اجتماع محور در برخورد با معضلات و مشکلات اجتماعی (نظیر اعتیاد و سایر انحرافات اجتماعی)، با مشارکت دادن مردم در برنامه‌ریزی‌ها از طراحی تا اجرا و ارزشیابی، با استفاده از راهبردهایی نظیر اقتدارافزایی^۲، آموزش مهارت‌های زندگی، حمایت‌گیری، آگاه‌سازی و... از بروز بسیاری از نابسامانی‌ها در سطح اجتماعی جلوگیری نموده، فرایند آن منجر به افزایش کیفیت زندگی آحاد جامعه می‌گردد.

هدف برنامه‌های اجتماع محور این است که فرایندهای خدماتی، رفاهی و ارتقایی و مسئولیت معطوف به آنرا به افراد، خانواده‌ها، نهادهای مردمی، و جامعه واگذار نماید تا با ایجاد ساختاری مناسب، مشکل اجتماع، شناسایی و اولویت‌بندی شده، بر اساس آن برنامه‌ریزی گردد و سپس به اجرا، تداوم، ارزشیابی، اصلاح و ارتقاء برنامه پرداخته گردد (خزائلی، ۱۳۸۳).

1- Paradigm
2- Empowerment

سنجش «هزینه - فایده» و «اثربخشی» برنامه‌های پیشگیری، صرف‌نظر از رویکردی که دارند، یک اصل تلقی می‌شود و همچون سایر برنامه‌ها در موضوعات مختلف، فرایند برنامه‌ریزی تا ارزشیابی را شامل می‌شود. رایج‌ترین دلایل ارزشیابی برنامه‌ها از این قرارند: ایجاد «نظام اطلاعات مدیریت» (MIS)؛ نگه‌داشتن برنامه در مسیر اصلی خود؛ افزایش سودمندی برنامه؛ پاسخگویی؛ توسعه و ترویج برنامه.

با اجرای برنامه‌های پیشگیری اجتماعی محور، در سازمانهای اجتماع محور سطح کشور روشهای «عمل محله‌ای» به تناسب ویژگیهای فرهنگی، اجتماعی و... به کار می‌روند. اکنون رویکرد پیشگیری اجتماعی محور و ارتقاء سلامت روانی - اجتماعی در ایران به جایی رسیده است که نیاز به نشان دادن اعتبار و اثربخشی فعالیتها برای گسترش موقعیت کنونی آن شدیداً احساس می‌شود.

ارزشیابی، فرآیندی است که با آن عملکردهای مرتبط با طرحها، برنامه‌ها یا انتظارات سنجیده می‌شوند. ارزشیابی پیش‌نیازی برای اطمینان از پایداری تلقی می‌گردد و به علت تمرکز بر یادگیری تجربی به عنوان یک وسیله مدیریتی، افراد را به بهبود برنامه قادر می‌سازد (Springett, 2001).

در عین حال که هیچ نسخه از پیش تعیین شده‌ای برای ارزشیابی وجود ندارد، طبق غالب مدل‌های ارزشیابی داشتن اهداف اختصاصی، فرایند، نتایج فوری، و برآیند، همگی برای انجام ارزشیابی ضروری است (Whitomer, 2004). اهداف برنامه‌های پیشگیری در درجه اول، کاهش عوامل خطر و افزایش عوامل محافظ، در درجه دوم کاهش میزان بروز، و در درازمدت افزایش کیفیت زندگی می‌باشد.

پیشینه و چارچوب نظری

اجتماع محور رویکردی در پیشگیری است که در آن به نقش عوامل محیطی و اجتماعی در ارتقاء «کیفیت زندگی» و «رفاه اجتماعی» مردم توجه می‌شود. در این رویکرد

همه فرایند مداخله پیشگیرانه (از تعیین مشکل تا اولویت بندی، طراحی مداخله، اجرای مداخله، ارزشیابی، و اصلاح آن برای اجرای بعدی) را اعضاء جماعت در کنار یک تسهیلگر کارشناس و با کمک منابع دولتی و غیردولتی موجود در اجتماع کوچک (خیرین، خودیاری، انجمنهای محلی و...) انجام می دهند. کار در اجتماع (عمل محله‌ای یا کنش جماعتی) فرایند یاری رساندن به مردم است برای اینکه بتوانند با بر عهده گرفتن فعالیتهای جمعی وضعیت اجتماع خود را بهبود بخشند (خزائلی، ۱۳۸۲).

کنش جماعتی یا عمل محله‌ای از نظریه‌هایی همچون: «بی‌سازمانی اجتماعی»^۱ «آموزش‌رهایی بخش»^۲ پائولو فریره^۳ نظریه «شناخت اجتماعی»، «نظریه عمل منطقی»^۴ نظریه‌های «مراحل تغییر»، و نظریه «توسعه نوآوری»^۵ نشأت یافته است (Alongi, 2005). لیندمن از اولین اندیشمندانی است که درباره سازمانهای محلی بحث کرده است. از نظر وی هدف زندگی اجتماعی ایجاد روابط دوستانه بین مردم و گروه‌های مردم است. کتاب لیندمن در زمینه سازمان اجتماعی اولین کتابی بود که در مورد آنچه در آمریکای شمالی با عنوان سازمان اجتماعی معروف شد، منتشر گردید (Alongi, 2005).

فولت (۱۹۲۴ - ۱۹۱۸) بعد از لیندمن بر «تجربه اجتماعی خلاق» تأکید کرده است. او معتقد بود که چنین تجربه‌ای اساس ساختار کشور بوده، حرکت آن باید در جهت تقویت زندگی گروهی باشد. کویل نیز به روشهای رهبری مردم سالارانه (دموکراتیک) در گروه‌های کوچک و روابط گروه‌ها علاقه‌مند بود. وی تعدادی از قواعد فرایند گروهی را در کتابی تأثیرگذار با نام «فرآیند اجتماعی در گروه‌های سازمان‌یافته» گردآوری نمود (Coyle, ۱۹۳۰ به نقل از Alongi, 2005).

راس سازمان اجتماعی را چنین تعریف کرد: «فرآیندی که در آن جامعه نیازها یا اهداف خودش را تعریف می‌کند، این نیازها یا اهداف، اعتماد را افزایش می‌دهد و اراده به انجام کار، تدابیری (داخلی و یا بیرونی) را برای مقابله با آنها، و اقدام برای آنها باعث

1- Social disorganization
3- Paulo freire
5- Innovation diffusion

2- Emancipatory education
4- Reasoned action theory

می‌گردد و بدین طریق حس تعاون و همکاری در جامعه گسترش می‌یابد» (Ross ۱۹۵۵ به نقل از Alongi, 2005).

کار آلینسکی^۱ (۱۹۷۱ - ۱۹۴۶) نیز بسیار تأثیر گذار بود. در واقع، متون موجود، تاریخچه سازمان محله‌ای را با آلینسکی شروع می‌کنند. آلینسکی الگویی برای عمل محله‌ای ارائه کرد که در دهه ۱۹۶۰ فراگیر شد. توسعه جنبش حقوق مدنی، وضع قوانین تازه عدالتخواهانه و از این قبیل را می‌توان منشأ انقلاب در سازمان‌دهی تلقی کرد (۱۹۸۴ Fisher به نقل از Alongi, 2005).

در سازمان‌یابی جامعه آمریکای شمالی اثر جک روتمن (۱۹۷۴؛ ۱۹۶۸) از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. روتمن سه نوع مشخص سازمان‌دهی اجتماعی را تعریف کرد:

- توسعه محلی: روشهای کار با گروه‌های اجتماعی است که در امر توسعه محله‌ای مورد استفاده قرار می‌گیرد. تمرکز اصلی بر روی فرآیند ساختن جامعه است.

- عمل محله‌ای: مورد استفاده گروه‌ها و سازمان‌هایی است که در پی تغییر سیاست‌های رسمی یا تغییر تقسیم قدرت هستند. گروه‌های حقوق مدنی و جنبش‌های اجتماعی مثالهایی از این نوع هستند. روشهای آنان اغلب حالت ساینده دارند.

- برنامه‌ریزی اجتماعی: یک روش سازمان‌یابی اجتماعی است که قبل از شورای سلامت و رفاه به وجود آمده و در دهه ۱۹۶۰ توسعه یافت تا برنامه ریزان شهری، مقامات نوسازی شهری و سازمان‌های اداری را هم در برداشته باشد. در حالی‌که تأکید اولیه این روش، هماهنگ‌سازی خدمات اجتماعی بود، اکنون به منظور توسعه و برنامه‌ریزی در همه موسسات رفاه اجتماعی، بسط و گسترش یافته است (Alongi, 2005).

به طور کلی چهار دیدمان (پارادایم) سازمان‌دهی چشم‌اندازهای مختلف اجتماع را به بحث می‌کشند:

دیدمان کارکردگرایانه: ویتینگتون و هولند (۱۹۸۵) معتقدند جوامع ماندنی که با سامانه‌های زیستی همانند اند، تعادل یکپارچه‌ای را شکل داده‌اند که این تعادل بر پایه نظام

1- Sau Alinsky

ارزش عمومی وسیع و ساختارهایی استوار است که کارکرد کل و سازش با تغییر را تداوم می‌بخشد.

دیدمان تفسیرگرایانه: ویتینگتون و هولند (۱۹۸۵) دیدگاه‌های محوری در مورد جامعه را به طور تلویحی در دیدمان تفسیری خلاصه می‌کنند: زندگی اجتماعی هدفمند بوده، بر اساس تفسیر عینی مشارکت‌کنندگان پیش می‌رود. ساختارهای اجتماعی، موسسات، نقش‌ها، هویت‌ها و مفاهیم بهنجار بودن و جامعه ساختمانند را مردم از طریق تعامل خود پدید می‌آورند، حفظ می‌کنند و تغییر می‌دهند.

دیدمان انسان‌گرایانه: در این دیدمان مرکز تغییرات، جامعه و اجتماع است. به این صورت که اجتماع و جامعه می‌توانند به واسطه تجربه فرد از نهادهای اجتماعی بزرگتر تغییر کنند.

دیدمان ساختارگرایانه: بر اساس این دیدمان جامعه عبارت است از تعارض‌ها و تضادهای بنیادی که از زیرساخت‌های اقتصادی ناشی می‌شود. این حالت به نوبه خود روبناهایی مثل موسسات دولتی، رفاه ملی (سلامت و خدمات اجتماعی) و مشاغل را ایجاد می‌کند که ثروت، قدرت، خدمات و فرصت‌ها را به نحو بسیار متفاوت به طبقات مختلف ارائه می‌دهد. عمل محله‌ای با نظریه‌های توسعه اجتماعی، سرمایه اجتماعی، مشارکت اجتماعی، اقتدارافزایی و کیفیت زندگی رابطه تنگاتنگی دارد.

هر برنامه اجتماعی بر پایه یک نظریه تغییر تدوین می‌شود: نظریه‌ای درباره چگونگی و چرایی کار کردن برنامه. و نیز بر پایه یک الگوی منطقی به این هدف نائل می‌شود. این الگو ابزار مهم ارزشیابی است که به نحوی مؤثر طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه را تسهیل می‌نماید. نتایج ارزشیابی و مدل منطقی در برنامه‌سازی مؤثر و ارائه فرصت‌های بیشتر یادگیری، مستندسازی بهتر پیامدها و به اشتراک گذاشتن دانش، درباره آنچه کار می‌کند و چرایی آن به کار می‌رود (Nelson, 2003).

سه مدل برای سنجش تغییر در شاخصهای اجتماعی، اقتصادی، محیطی و اجتماعی وجود دارد:

۱. مدل بوم‌شناختی توسعه انسانی^۱

دیدمان بوم‌شناختی با نظریه لوین (۱۹۵۱) آغاز شده است. در این دیدمان رفتار برابر است با شخص و محیط: انسان‌ها فعالیت می‌کنند و محیط پیرامونشان را شکل می‌دهند. برون‌فن‌برنر سطوح مختلفی را در کنش متقابل افراد و محیط توضیح می‌دهد.

۲. عوامل خطر و محافظ

در ۱۹۷۰ روتر این مدل را در تحقیقی مطرح کرد که به بررسی سازوکارهایی می‌پرداخت که بچه‌ها را وادار به حفظ تاب‌آوری در شرایط سخت می‌کرد.

۳. ارزیابی دارایی محور

در این مدل با بررسی منابع و داشته‌های اجتماع کوچک و با توجه به آنها اثر بخشی برنامه سنجیده می‌شود (Neal, 2005).

انواع ارزشیابی

۱. ارزشیابی فرایند: ارزشیابی درباره چگونگی اجرای برنامه و نتایج کسب‌شده است و به سؤالاتی از این دست می‌پردازد که آیا برنامه آن‌طور که برنامه‌ریزی شده بود، انجام شده است.

۲. ارزشیابی برونداد: سؤال‌های این ارزشیابی چنین است: تأثیرات برنامه چیست؟ آیا تأثیرات برنامه می‌تواند مستند باشد؟ آیا نتیجه برنامه، تغییر در دانش، نگرش، عقاید یا رفتارهای مشارکت‌کنندگان است؟

۳. ارزشیابی برآیند: شامل اهداف بلندمدت بوده، اغلب تغییرات سامانه‌ای را در بر دارد.

۴. ارزشیابی اثر نهایی: اثر نهایی یک بیانیه آرمانی برای پیشرفت اجتماع و ارتقاء سلامت است (Reisman, Gienapp, Langley, Stachowiak, 2000) و ارزشیابی اثر نهایی، مقدار دستیابی به این آرمان و هدف غایی را می‌سنجد.

1- Bronfenbrenner

درباره ارزشیابی مداخلات اجتماع محور در ایران، جز تحقیقی که دکتر مهرداد احترامی در دست اجرا دارند (ارزشیابی برنامه اجتماع محور در محله‌های شهری و روستائی کشور)، پژوهشی صورت نگرفته است. با این حال نمونه‌های چنین تحقیقاتی در کشورهای اروپایی و امریکایی کم نیست.

ارزشیابی «اثر بخشی برنامه مداخلات متمرکز بر زنان افریقایی مقیم امریکا» که مصرف کراک و رفتارهای جنسی پرخطر دارند، تحت حمایت موسسه ملی سوء مصرف مواد^۱ در جهت اقتدارافزایی زنان از طریق آموزش خیاطی و ایجاد حرفه برای کاهش مصرف، تغییر رفتار جنسی پرخطر - که آلودگی به واکا^۲ را افزایش می‌دهد - و کاهش بی‌خانمانی در فاصله زمانی ۳ تا ۶ ماه پس از مداخله، طراحی و اجرا شده است. حجم نمونه تحقیق ۶۲۰ نفر شامل ۳ گروه بود: گروه E (کسانی که در برنامه افزایش خودکفایی شرکت دارند)، گروه R (کسانی که مهارت‌های زندگی را می‌آموزند)، و گروه C که مداخله‌ای روی آنان صورت نگرفت. تمام گروه‌ها پس از این مدت کاهش معناداری را در تعداد روزهای مصرف کراک نشان دادند. رفتار پرخطر جنسی نیز در هر دو گروه آزمایش و گروه R در مقایسه با گروه کنترل بهبود یافت و این تأثیر در گروه R قوی‌تر بود. در مورد متغیر بی‌خانمانی نتایج، برای گروه آزمایش معنی‌دار بود، ولی برای گروه R معنی‌دار دیده نشد. بدین ترتیب، یافته‌ها نشان دادند که مداخلات مبتنی بر اقتدارافزایی از طریق آموزش خیاطی و حرفه‌آموزی که منجر به استقلال زنان گشته، بیشتر از آموزش مهارت‌های زندگی، تأثیرگذار بوده است، زیرا میزان مصرف راکاهش داده، از تعداد بی‌خانمان‌ها کاسته، و رفتار جنسی پرخطر را تغییر داده است (Wechsberg, Lam, Bobashev, 2003).

روش

این پژوهش، در دو بخش کمی و کیفی به ارزشیابی برنامه پیشگیری اجتماع محور پرداخته است. در بخش کمی نوع مطالعه از نوع «شبه تجربی» به صورت پیش‌آزمون -

1- NIDA

2- HIV

پس آزمون با گروه کنترل همسان شده^۱ است. در بخش کیفی اسناد مربوط به مشارکت اعضاء در جلسات برنامه ریزی و اجرای برنامه بررسی شده، با بحث گروهی متمرکز اطلاعات مربوط به اهداف خودتعیین کرده سازمان های اجتماع محور، جمع آوری گردیده است. از آنجا که انتساب گروه ها، تصادفی نیست برای اطمینان از همگن بودن آنها همسان سازی بر اساس میانگین توزیع فراوانیها^۲ صورت گرفته است تا بدین ترتیب، روایی درونی تحقیق با کنترل عوامل برونزا محقق گردد. همچنین با اخذ اطلاعات از سازمان بهزیستی تلاش شده است محلات به لحاظ موقعیت اقتصادی، فرهنگی، جمعیتی و پایگاه اجتماعی از حداکثر همگنی برخوردار باشند تا بدین طریق، عامل وضعیتی از عوامل درونزای روایی درونی نیز کنترل شود.

برگرفته از هدف غایی برنامه پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد یعنی ارتقاء سطح کیفیت زندگی، و اهداف اختصاصی آن شامل کاهش بروز مصرف مواد در جامعه و ارتقاء عوامل محافظ و کاهش عوامل خطر و طبق مدل منطقی ارزشیابی، مشارکت^۳ به عنوان شاخص فرایند^۴، نگرش^۵ به عنوان شاخص برون داد^۶، بروز^۷ به عنوان شاخص برآیند^۸ و کیفیت زندگی^۹ به عنوان شاخص اثر نهایی^{۱۰} سنجیده شدند.

متغیرهای مستقل، عمل محله ای و مشارکت بوده و متغیرهای وابسته عبارت اند از نگرش، بروز و کیفیت زندگی. همچنین به متغیرهای سن، جنس، شغل و سطح تحصیلات به عنوان متغیرهای زمینه ای توجه شده است.

جامعه آماری تحقیق، ۴۰ سازمان اجتماع محور استان آذربایجان شرقی است که در سه سطح محله ها، محیط های آموزشی و محیط های کار فعالند. واحد نمونه گیری به دلیل رویکرد اجتماع محور برنامه، نه انسان ها بلکه محیط هاست. از آنجا که تعیین اثر برنامه در دو دوره زمانی (پیش آزمون و پس آزمون) مد نظر بوده است، آن اجتماعاتی (محیط ها) به

1- Befor-after study with a matched control group

3- Participation

6- Output

9- Life quality

4- Process

7- Incidence

10- Impact

2- Frequency matching

5- Attitude

8- Outcome

عنوان گروه آزمایش انتخاب شدند که تازه تشکیل شده و برنامه هنوز در آنها اجرا نگردیده بود. گروه کنترل نیز طوری انتخاب شدند که از حداکثر همسانی با گروه آزمایش برخوردار باشند. با توجه به اینکه تعداد اجتماعات تازه تشکیل شده در استان محدود بود، نمونه‌گیری صورت نگرفت و اجتماعات تمام‌شماری شدند. بنابر این پنج سازمان اجتماع‌محور شهری در سطح شهرستان تبریز نمونه تحقیق را تشکیل دادند. تعداد پاسخگویان نیز با استفاده از فرمول نسبت تعیین شد. ۲۵۰ نفر برای گروه آزمایش و ۲۵۰ نفر برای گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون و همین تعداد در مرحله پس‌آزمون - در مجموع ۱۰۰۰ نفر - به روش نمونه‌گیری تصادفی نظام‌دار در تحقیق شرکت داده شدند. ترکیب جنسی شرکت‌کنندگان به طور متوسط ۶۰٪ مونث و ۴۰٪ مذکر بود. همچنین بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی زیر ۲۰ سال بود و اکثر آنها تحصیلاتی در سطح دیپلم داشتند.

روش جمع‌آوری داده‌ها در مطالعه کمی، پرس‌وجوی کتبی (به صورت خود اجرایی) و در مطالعه کیفی از نوع مشاهده اسناد و مدارک و بحث گروهی متمرکز است. در پرس‌وجوی کتبی دو پرسشنامه و یک واریسی‌نامه (چک لیست) به کار برده شد:

۱- پرسشنامه استاندارد WHO-QOL 100 که برای سنجش کیفیت زندگی به عنوان اثر نهایی به کار رفته، شامل ۱۰۰ سؤال در مقیاس رتبه‌ای است که گویه‌های آن جهت سنجش شش بعد از کیفیت زندگی بر اساس طیف لیکرت تنظیم گشته‌اند. این شش بُعد عبارت‌اند از: سلامت جسمی، وضعیت روانشناختی، سطح استقلال، روابط زناشویی، محیط، و دین. این پرسشنامه با تحقیق میرزا حسینی در سال ۸۲ تحت عنوان «بررسی کیفیت زندگی شهروندان بالای ۱۶ سال شهرستان قم و رضایت آنها از زندگی» در ایران هنجار شده است. گرچه روایی ملاکی پرسشنامه ارزیابی نگردیده اما نتیجه آزمون، روانی صوری و پایانی قابل قبولی برای پرسشنامه بوده است. ضریب آلفای کرونباخ (که برای هر کدام از ابعاد به طور جداگانه محاسبه گردیده) برای کیفیت کلی زندگی ۰/۹۷ گزارش شده است.

۲- پرسشنامه استاندارد سنجش نگرش به مواد که جهت سنجش نگرش به عنوان برون‌داد استفاده گردیده است. این پرسشنامه با ۵۲ سؤال در مقیاس رتبه‌ای و بر اساس طیف

لیکرت، سه بعد شناختی، عاطفی و رفتاری نگرش را می‌سنجد. این پرسشنامه را رفیعی و همکاران (۱۳۸۵) در ارزیابی سنجش نگرش نوجوانان به اعتیاد، معتاد و مواد در شهر تهران اجرا کرده‌اند. پایایی و روایی ملاکی مقیاس در ۲ گروه ۸۰ نفری از دانش آموزان پسر و دختر ۱۱ تا ۱۶ ساله دوره راهنمایی مدارس دولتی و غیردولتی تهران آزمون گردیده است. آزمون آماری غیر فراسنجه‌ای (ناپارامتریک) U من ویتنی ۵۲ گویه روا را از ۸۶ گویه ناروا جدا ساخته است. برای تعیین پایایی مقیاس از روش همسانی درونی گویه‌ها به روش بازآزمایی استفاده شده و ضریب همبستگی r پیرسون برابر $0/78$ به دست آمده است. ضریب آلفای کرونباخ نیز $0/95$ محاسبه گردیده است.

۳- واری نامۀ خودتنظیم‌کرده محقق جهت سنجش برابری (میزان بروز): اطلاعات جمعیتی پاسخگویان و اطلاعات مربوط به میزان بروز (مصرف ماه اخیر) با گویه‌هایی که در سطح فاصله‌ای و اسمی چندحالتی تنظیم گردیده‌اند، اخذ شدند.

در بخش کیفی مشارکت به عنوان شاخص فرایند با مشاهده اسناد و مدارک مربوط به شرکت در جلسات، اظهار نظر، تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی و اجرا و با شاخص نفرساعت سنجیده شده و با حضور چند نفر عضو کلیدی سازمان‌های اجتماع‌محور، درباره اهداف خودتعیین‌کرده سازمانی هر کدام از آنها، بحث متمرکز گروهی صورت پذیرفته است. با انتخاب دو گروه آزمایش و گواه و اجرای پیش‌آزمون (۲۵۰ پرسشنامه) اجرای طرح ارزشیابی آغاز گردید. پس از شش ماه مداخله (عمل محله‌ای) مجدداً همین فرایند برای اجرای پس‌آزمون تکرار گردید. در حین مداخله (در فاصله شش ماه) نیز مشاهده بر روی اسناد و مدارک و بحث گروهی متمرکز صورت گرفت.

تعاریف متغیرها

عمل محله‌ای^۱: فعالیت‌هایی برای مداخلات اجتماعی با مشارکت مردم که در آن، شرایط زندگی افراد تعدیل شده و کیفیت زندگی ارتقاء می‌یابد (WHO-UNDCP, 2000).

1- Community action

مراحل اجرای عمل محله‌ای شامل تحلیل وضعیت، تدوین برنامه، بسیج منابع، اجرا، پایش، ارزشیابی و بازطراحی و تصمیم‌گیری است (خستو، ۱۳۸۱).
مشارکت^۱: فرایند سهیم شدن در تصمیمات اثرگذار بر زندگی شخصی و جامعه‌ای که فرد در آن زندگی می‌کند (هارت ۱۳۸۱، به نقل از شیانی، ۱۳۸۲).
نگرش^۲: آمادگی فرد از نظر روانی در روبرویی با پدیده‌ها و عکس‌العمل‌های توأم با هیجان که دارای سه بعد شناختی، عاطفی و رفتاری است (محسنی، ۱۳۸۲).
بروز^۳: تعداد موارد جدید یا اتفاقات جدید در هر موضوعی.
کیفیت زندگی^۴: پندارهای فرد از زندگی‌اش و ارتباط این دریافت‌ها با اهداف و اولویت‌های فرد (وامقی، ۱۳۸۴).

نتایج

مقدار دستیابی به اهداف خودتعیین‌کرده سازمانی

ارتقای دانش مخاطبان در زمینه سلامت روان، انحرافات اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی، افزایش آگاهی مخاطبان درباره پیشگیری از اعتیاد، و کاهش بروز اعتیاد در محله، اهدافی بود که هر کدام با فعالیت‌ها و وظایف مشخص تعیین کرده بودند و در مجموع به اندازه ۷۶٪ دست یافته بودند.

مقدار مشارکت اعضاء سازمانهای اجتماع‌محور در برنامه

میانگین مشارکت برابر ۲۵/۸ با انحراف معیار ۰/۵۲ و پراکنش ۲۷/۷ گزارش شده است.

توصیف نمونه گرفته‌شده از اجتماع

میانگین توزیع فراوانی ویژگیهای فردی ۱۰۰۰ نفر از پاسخگویان در دو گروه آزمایش و کنترل (در دو مرحله)، از این قرار است (جدول ۱):

1- Participation

2- Attitude

3- Incidence

4- Life quality

جدول ۱. ویژگیهای فردی پاسخگویان

ردیف	صفات فردی	میانگین درصد توزیع فراوانی
۱	مذکر	۴۱/۴
۲	مونث	۵۸/۳
۳	سن زیر ۳۰ سال	۶۳/۴
۴	سن بالای ۳۰ سال	۳۳/۹
۵	تحصیلات زیر دیپلم	۴۸/۹
۶	تحصیلات دیپلم	۲۰/۹
۷	تحصیلات دانشگاهی	۲۶/۸

تحلیل های دو متغیری

ضریب همبستگی پیرسون برای رابطه متغیر مشارکت با تفاضل میانگینهای نگرش، بروز و کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله نمایانگر عدم رابطه معنی دار است.

مشارکت و نگرش: $r=0/08$ و $p=0/89$ ؛ مشارکت و بروز: $r=0/45$ و $p=0/44$ و مشارکت و کیفیت زندگی: $r=0/40$ و $p=0/49$

آزمون تفاوت میانگینهای دو نمونه مستقل^۱ برای سنجش اثر عمل محله ای بر نگرش، میزان بروز، و کیفیت زندگی نشان داد که مداخله بر نگرش و کیفیت زندگی تاثیر گذاشته و بر بروز تاثیری نگذاشته است (جدول ۲):

1- Independent t-test

جدول ۲: آزمون t مستقل

مقدار p	درجه آزادی	کمیت t	متغیر	
۰/۲۷	۴۹۸	۱/۰۸	قبل	نگرش
۰/۰۱	۴۹۸	۲/۴	بعد	
۰/۲۴	۴۸۰	۱/۱۷	قبل	بروز
۰/۴۴	۴۸۸	۱/۷۶	بعد	
۰/۲۱	۴۹۸	۱/۲	قبل	کیفیت زندگی
< ۰/۰۰۱	۴۹۸	۴/۳	بعد	

به این ترتیب عمل محله‌ای نگرش و کیفیت زندگی افراد محله را بهبود بخشیده و در میزان بروز تغییری ایجاد نکرده است.

برای تعیین تأثیر برنامه آزمون t وابسته نیز انجام شد و باز هم بهبود در نگرش و کیفیت زندگی از طریق عمل محله‌ای و عدم بهبود در میزان بروز را نشان داد (جدول ۳):

جدول ۳: آزمون t وابسته قبل و بعد از مداخله

مقدار p	درجه آزادی	کمیت t	متغیر
۰/۰۱۶	۲۴۹	۲/۴۱	نگرش
۰/۵۸	۲۳۲	۰/۵۴	بروز
۰/۰۰۰	۲۴۹	۵/۹	کیفیت زندگی

تحلیل پراکنش (آنالیز واریانس) دوره‌ها

تحلیل پراکنش دوره‌ها برای متغیرهای فوق، تایید فرض صفر اثر تقابلی برای نگرش ($p=۰/۲۶$) و بروز ($p=۰/۹۹$) و رد فرض صفر تقابلی برای کیفیت زندگی ($p=۰/۰۰$) را

نمایان می‌کند.

تحلیل ممیزی

آزمون تحلیل ممیزی جهت تفکیک گروههای آزمایش و کنترل، مطابق معیار ویلکس لاندن برابر $0/95$ و $p < 0/1$ گروهبندی دارای قاعده، مبتنی بر ضرایب متغیرها را نتیجه می‌دهد. ملاحظه می‌شود نگرش با ضریب $0/45$ ، بروز با ضریب $0/15$ و کیفیت زندگی با ضریب $0/83$ باعث گروهبندی و تفکیک درست شده‌اند، $64/2$ درصد گروه آزمایش و $57/8$ درصد گروه کنترل و در مجموع 61% افراد در هر دو گروه به درستی تمییز یافته‌اند.

بحث

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد مشارکت در برنامه زیاد بوده (بیش از 70% افراد در 75% جلسات شرکت کرده‌اند) و آن‌ها به 75% اهداف خودتعیین‌کرده سازمانی دست یافته‌اند. همچنین عمل محله‌ای (مداخله پیشگیری اجتماع‌محور) بر نگرش افراد محله به مواد و نیز بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر دارد، ولی بر میزان بروز اعتیاد در محله تأثیر ندارد. آزمون ضریب همبستگی پیرسون برای رابطه مشارکت در برنامه با متغیرهای وابسته (نگرش، بروز و کیفیت زندگی) معنی‌دار نبود، اما همبستگی مشارکت با نگرش و بروز معکوس و با کیفیت زندگی مستقیم است. بنابر این رابطه متغیرها با یکدیگر را می‌توان مطابق (جدول ۴) خلاصه کرد.

جدول ۴: نتایج آزمون فرضهای تحقیق

مقدار احتمال	فرضیه‌ها (نوع رابطه)
۰/۰۱	(۱) عمل محله‌ای بر نگرش افراد محله اثر می‌گذارد.
۰/۴۴	(۲) عمل محله‌ای بر میزان بروز اعتیاد در محله اثر می‌گذارد.
< ۰/۰۰۱	(۳) عمل محله‌ای در کیفیت زندگی افراد محله اثر می‌گذارد.
۰/۸۹	(۴) میانگین مشارکت در تفاضل میانگین نگرش به مواد اثر دارد.
۰/۴۴	(۵) میانگین مشارکت در تفاضل میانگین بروز اعتیاد اثر دارد.
۰/۴۹	(۶) میانگین مشارکت در تفاضل میانگین کیفیت زندگی اثر دارد.

کومفر و همکاران (Komfer et al 1996) بر تأثیر برنامه‌های مداخله‌ای در کاهش عوامل خطر و افزایش عوامل محافظ تأکید کرده، نشان داده‌اند که با مداخلات پیشگیرانه می‌توان این عوامل را تغییر داد. نتایج مطالعه ۲۰ ساله NIDA (Schaps, 2000) به نقل از احترامی، (۱۳۸۶)، و مطالعه والاک و مونتگومری (Wallack and Montgomery 2000) (به نقل از احترامی، ۱۳۸۶) مبین این حقیقت است که تمرکز بر عوامل خطر و محافظ از میزان بروز اعتیاد می‌کاهد. چنانچه ملاحظه شد، در این پژوهش اثر عمل محله‌ای بر تغییر نگرش به مواد و اعتیاد از مثبت به منفی نمایان گردیده است.

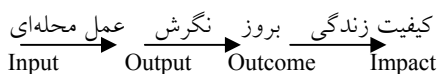
مطالعه بوتوین (Botvin 1995) نشان‌دهنده کاهش ۸ تا ۱۵ درصدی مصرف سیگار، ماری جوانا و محرکها در جوانان، طی ۳ سال اجرای برنامه‌های اجتماع‌محور است در طی

سالهای ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۵ در میامی نتیجه اجرای برنامه در ۵ سال، تعطیلی بیش از دو هزار محل مصرف کراک و کاهش معامله آن بود. همین‌طور افت واضحی در بروز ملاحظه گردید (Lawinson, 1997). در مطالعه NIDA از ۱۹۹۳ تا ۲۰۰۰ در طی ۴ سال اجرای برنامه اجتماع‌محور میزان بروز در گروه کنترل ۲/۴ برابر گروه مداخله بود. پنتز در طی ۶ سال مداخله هزینه - فایده و هزینه - اثربخشی برنامه را نشان داد.

در این پژوهش اثر این برنامه (برنامه اجتماع‌محور در آذربایجان شرقی) هنوز روی بروز معلوم نشده است. اگرچه شاهد کاهش بروز بعد از مداخله می‌باشیم، با این حال اولاً رابطه عمل محله‌ای و بروز معنی‌دار نیست، و ثانیاً این کاهش به حد کمتری در گروه کنترل نیز دیده شده است. با استناد به مطالعات قبلی به نظر می‌رسد چنین برنامه‌هایی برای پاسخ‌دهی و نیل به برابری مدت بیشتری می‌طلبند و باید که پژوهش‌های مربوط به برابری با احتیاط صورت گیرد (Bandura, 2004).

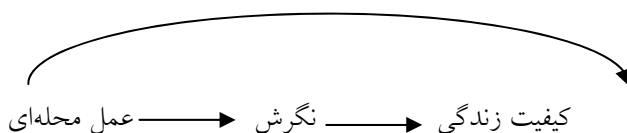
توسعه محلی فرایند پویایی است که در آن افراد در محله‌ها رشد و شکوفایی دارند و می‌توانند زندگی شادتر و مولدتری داشته باشند. WHO-UNDCP در سال ۲۰۰۰ گزارشی کرده است که اقدام محلی (عمل محله‌ای) فرصت ایجاد یک محیط اجتماعی را فراهم می‌کند که در آن کیفیت زندگی ارتقا می‌یابد. در این پژوهش ملاحظه می‌کنیم که برنامه پیشگیری اجتماع‌محور سطح کیفیت زندگی افراد محله را ارتقا بخشیده است.

مطابق مدل منطقی ارزشیابی انتظار داشتیم عمل محله‌ای از طریق ایجاد تغییر نگرش و کاهش بروز موجب ارتقای کیفیت زندگی شود:



ولی مطابق داده‌ها گرچه نگرش بر اثر مداخله بهبود یافته، اما اثر برنامه بر کیفیت زندگی بیش از نگرش بوده است. به این معنی که برنامه هم از طریق تأثیر بر نگرش بر کیفیت زندگی اثر گذاشته و هم مستقیماً کیفیت زندگی را ارتقاء داده است (از طریق فرایندهایی که هنوز مشخص نیست). از طرفی برنامه در کاهش بروز تأثیری نداشته و از طریق کاهش بروز کیفیت زندگی را ارتقاء نداده است.

با احتیاط شاید بتوان گفت برجستگی تأثیر عمل محله‌ای بر کیفیت زندگی نشانه آن است که کیفیت زندگی لزوماً نباید در آخر زنجیره قرار گیرد. همچنین طبق یافته‌های این پژوهش این فرضیه مطرح می‌شود که این رابطه لزوماً رابطه‌ای خطی نیست. بنابر این مدل منطقی ارزشیابی سنتی که حالت حطی دارد موقتاً مورد تردید قرار می‌گیرد تا در تحقیقات بعدی فرضیه جدید یعنی مدل زیر آزموده شود:



معنی داری ضریب همبستگی نیز به حجم نمونه بستگی دارد. چون حجم نمونه این تحقیق (سازمانهای اجتماع محور) محدود به ۵ سازمان می‌باشد، می‌توان گفت احتمالاً عدم معنی داری با حجم نمونه کم رابطه دارد و ممکن است با افزایش نمونه معنی داری حاصل شود. از طرفی وجود همبستگی بین متغیرها (که از متوسط به بالا و تا حدودی قابل توجه است) این نوید را می‌دهد که با زیاد کردن نمونه می‌توان به رابطه معنی داری دست یافت. کمبود پرسشنامه روا، محدودیت زمان ارزشیابی، و حجم نمونه کم، مهمترین محدودیت‌های این مطالعه بوده‌اند.

استفاده از ابزارهای روا و پایا، توجه به دیگر شاخصهای عوامل خطر و محافظ و فرایند، تخصیص زمان بیشتر، و انتخاب حجم نمونه بیشتر، در تحقیق‌های آتی پیشنهاد می‌شود. همچنین درک اهمیت ارزشیابی به ویژه ارزشیابی مشارکتی و اقتدارافزا تحت حمایت از سوی مدیران و آموزش ذی‌نفعان، مهمترین پیشنهاد اجرایی این تحقیق است.

تشکر

از آقایان دکتر کامران صداقت (جامعه‌شناس توسعه و عضو هیئت علمی دانشگاه تربیت معلم آذربایجان) و دکتر مهرداد احترامی (روانپزشک و رئیس واحد تحقیق و توسعه معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی) به خاطر همه حمایت‌هایشان تشکر می‌شود.

- خزائلی پارسا، فاطمه. ۲. (۱۳۸۳)، فعالیتهای اجتماع محور. مجموعه مقالات پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد. تهران، سازمان بهزیستی کشور.
- خزائلی پارسا، فاطمه. (۱۳۸۲)، نقش کارشناسان در برنامه‌های با محوریت اجتماع. مجموعه مقالات پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد. تهران، سازمان بهزیستی کشور.
- خزائلی پارسا، فاطمه. ۱. (۱۳۸۳)، نقش سازمانهای غیردولتی در برنامه‌های پیشگیری اجتماع محور. مجموعه مقالات پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد. تهران، سازمان بهزیستی کشور.
- خستو، گل آرا. (۱۳۸۱)، پیشگیری از سوء مصرف مواد و وابستگی با رویکرد اجتماع محور. فصلنامه رفاه اجتماعی، سال دوم، شماره ۶. تهران، انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- شبانی، ملیحه. (۱۳۸۴)، شهروندی و مشارکت در نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی. فصلنامه حقوق تامین اجتماعی، سال اول، شماره ۱. تهران، انتشارات علمی - فرهنگی.
- احترامی، مهرداد. (۱۳۸۶)، برنامه پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محله‌های شهری و روستایی. تهران، پایان‌نامه دکتری تخصصی.
- وامقی، روشنک. مدنی، سعید. (۱۳۸۴)، جایگاه پیشگیری در نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی. فصلنامه حقوق تامین اجتماعی، سال اول، شماره ۱. تهران، انتشارات علمی - فرهنگی.
- محسنی، منوچهر. جلالی، عذرا. (۱۳۸۲)، مشارکت اجتماعی در ایران. تهران، انتشارات آرون.

- Nelson, W. (2003), **Theory of Change: A Practical Tool for Action, Results and Learning**. Public Health Practice Program Office.
- Wechsberg, W. et al. (2004), Efficacy of a Woman-Focused Intervention to Increase Self-Sufficiency Among African American. **Am Public Health**, 94 (7): 1165-1173.
- Minkler, M. Wallerstein, N. (2003), Community-Based Participatory Research for Health. In Springett, J. (2001), **Issues in Participatory**

- Evaluation.** San Francisco: by Jossey-Bass.
- Alongi, E. (2005), *A History of Community Organization*. Public Health Practice Program Office.
 - Neal, J. (2005), **Evaluating the national out comes: Introduction and Model for Community programming and evaluation.**? National Center for Health Statistics.
 - Reisman, G. et al. (2000), **Developing Evaluation Indicators for use in Community Based Program Evaluation and Monitoring**. Switzerland: World Health Organization.
 - Whitomer, (2004), **Planning and Evaluation**. National Immunization Program.
 - Botvin, D. (1995), **Evaluation of Health promotion programs**. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.
 - NIDA notes, *2002), **Primary Prervention of Substance Abuse**. Work Book for Project Operators.
 - Joe, G .et al.(1982), Addict Death rates during a four-year posttreatment. Follow-up. **Am Public Health**,72 (7): 703-709