
وضعیت برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد دانش آموزان با رویکرد مددکاری اجتماعی

اقبال ولدببگی^۱، علی انتظامی^۲

چکیده: آنچه در سال‌های اخیر موجب نگرانی‌های جدی شده است کاهش سن اعتیاد و افزایش آمار معتادان به دلایل مختلف است و در این میان وجود آمارهای رسمی و غیر رسمی اعتیاد در مراکز آموزشی و مدارس، شدت نگرانی‌ها را دو چندان کرده است. در مقاله حاضر ضمن بررسی برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در مدارس، به نقش و جایگاه مددکاری اجتماعی به عنوان حرفه‌ای ارزشمند و تخصصی در فرایند برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد پرداخته می‌شود. برای نیل به این هدف، از روش تحلیل اسنادی - کتابخانه‌ای استفاده شده است. بدین صورت که برنامه‌ها و طرح‌های پیشگیری از اعتیاد در مدارس مورد بررسی و تحلیل قرار گرفته‌اند. علاوه بر این، از تحلیل محتوای کیفی، برای تبیین یافته‌ها استفاده شده است.

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهند برنامه‌هایی که با هدف پیشگیری از اعتیاد در مدارس اجرا شده اند، غیر منسجم، مقطعی و کوتاه مدت بوده‌اند. علاوه بر آن، در این برنامه‌ها (در ابعاد مختلف) از تخصص‌هایی همچون مددکاری اجتماعی بهره گیری نشده و مجموعاً عدم کارایی لازم را به دنبال داشته است.

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱/۱۸

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۱۰/۱۰

کلید واژه‌ها: اعتیاد، برنامه‌های پیشگیری، دانش آموزان، مددکاری اجتماعی.

۱. دانشگاه علامه طباطبایی، گروه مددکاری اجتماعی، تهران، ایران. eqbalvalad@yahoo.com

۲. دانشگاه علامه طباطبایی، گروه مددکاری اجتماعی، تهران، ایران.

مقدمه

اعتیاد و مواد مخدر هم اکنون یکی از چهار بحران و مسئله جهانی به حساب می‌آید، ولی به دلیل سود سرشاری که نصیب کشورهای تولید کننده و توزیع کننده این مواد می‌کند مورد حمایت قدرت‌های جهانی قرار دارد. در کشور ما نیز متأسفانه به دلیل شرایط خاص هم جواری با مراکز عمده تولید کننده مواد مخدر، به یک صنعت زیرزمینی و نامرئی تبدیل شده و پیچیدگی اوضاع فعلی را فراهم آورده است، به گونه‌ای که علی‌رغم تمهیدات اتخاذ شده در ابعاد گوناگون، از جمله تشدید قوانین، مجازات کردن قاچاقچیان مواد و اجرای اعدام و مصادره اموال، مجرم شمردن فرد معتاد و اسکان دادن اجباری آن‌ها در محیط‌های بسته همچون زندان، اردوگاه و... هر روز نسبت به قبل شاهد وخامت بیشتر این معضل و پیامدهای منفی اقتصادی-اجتماعی آن در جامعه هستیم (میری آشتیانی، ۱۳۸۴: ۱۹۶-۱۹۷)

موضوع مواد مخدر یکی از مهم‌ترین مسائل اجتماعی اغلب کشورهاست و در سال‌های اخیر ابعاد مسأله هم در سطح کشور ما و هم در سطح جهانی به حد نگران کننده‌ای رسیده است. در این میان آسیب‌پذیرترین گروه، جوانان هستند که به دلیل بحران هویت، بحران‌های روانی ناشی از مشکلات اجتماعی، ماجراجویی، لذت جویی و تنوع طلبی، بیش از سایر گروه‌های اجتماعی در معرض استفاده از مواد مخدر قرار می‌گیرند.

پژوهش‌های ملی و بین‌المللی ضمن اثبات سیر صعودی ابتلا به مصرف مواد مخدر به ویژه مصرف سیگار در بین جوانان و نوجوانان، بر این نکته تأکید می‌کنند که انگیزه مصرف مواد مخدر از پیروی از عضو معتاد خانواده به سوی نقش گروه همسالان تغییر الگو داده است (کنراد و دیگران، ۱۹۹۲: ۸۷؛ کارلتون، ۱۹۹۵: ۲؛ کاکیا، ۱۳۸۹: ۳۲).

طبق گزارش‌ها، در سال ۱۳۸۲ سن آغاز سوء مصرف مواد مخدر در کشور ایران به ۱۴ تا ۱۶ سال رسیده است و مدارس و دانشگاه‌های کشور نیز در شرف آلوده شدن به مواد مخدر بوده‌اند، به طوری که نتایج تحقیقات، از شیوع حداقل یک بار مصرف آن در ۵ درصد از دانش آموزان مقطع راهنمایی شهر تهران و گرانش ۲۵ درصد از جمعیت دانش آموزان این شهر به مصرف مواد مخدر خبر می‌دهد (میری آشتیانی، ۱۳۸۴: ۱۷). با مطالعه افزایش روند اعتیاد در کشور مشاهده می‌شود که میزان معتادان تقریباً هر ۱۲ سال دو برابر شده و سالانه ۸ درصد بر جمعیت آنان افزوده می‌شود (میثمی و همکاران، ۱۳۸۵: ۳۵).

طرح مسئله

توسعه و پیشرفت هر جامعه‌ای در ابعاد مختلف مرهون سرمایه‌های اصلی آن جامعه یعنی منابع انسانی، به ویژه جوانان است. اگر این سرمایه‌های جامعه به مخاطره بیفتند، بدون شک آینده روشنی را نمی‌توان برای آن جامعه متصور شد. از جمله این خطرها و تهدیدها، مسئله و معضل گرایش جوانان به مواد مخدر است که آن را معلولی شناخته اند که می‌تواند علت آسیب‌های جدی‌تری شود.

آمار و اطلاعات دفتر کنترل مواد مخدر سازمان ملل متحد نشان می‌دهد که در سراسر جهان سن ابتلا به سوءمصرف مواد مخدر و روان گردان در بین جوانان و نوجوانان در حال کاهش است، به نحوی که این معضل سومین بحران جهانی قلمداد می‌شود (معصومی، ۱۳۸۹: ۱۶). براساس آمار رسمی ستاد مبارزه با مواد مخدر در خصوص اعتیاد دانش آموزان در ایران، ۵ درصد از دانش آموزان معتاد هستند و از هر ۲۰۰ معتاد یک نفر دانش آموز است. در ازای هر ۱۰۰ دانش آموز ۵ نفر سیگار کشیدن را تجربه کرده‌اند (بهداشت زنان، ۱۳۸۶: ۳۷). اگر چه همواره به دلایل مختلف، آمارهای مربوط به اعتیاد دانش آموزان مبهم و مکتوم مانده است، آمارهای غیر رسمی حاکی از وجود حداقل ۳۰ هزار دانش آموز معتاد در کشور است (ارکان زاده، ۱۳۹۰: ۵).

براساس آمارهای به دست آمده از سال‌های ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۲ هر سال به تعداد معتادان مرد افزوده و از تعداد معتادان زن کاسته شده است؛ به طوری که آمار مردان از ۹۲ درصد معتادان معرفی شده به مراکز ترک اعتیاد در سال ۱۳۷۹ به ۹۶/۸ درصد در سال ۱۳۸۱ رسیده و شمار زنان از ۸ درصد به ۳/۲ درصد کاهش یافته است (جدول شماره ۱). بررسی علل کاهش میزان معتادان زن و افزایش معتادان مرد یکی از راهبردهایی است که می‌تواند در گرایش افراد به اعتیاد براساس جنس موثر باشد. اینکه چرا زنان کمتر از مردان به اعتیاد روی می‌آورند و چرا مردان رفتارهای پرخطر را انتخاب می‌کنند و چه عواملی بر این نوع رفتارها تأثیرگذار است، از مواردی است که می‌تواند در برنامه ریزی‌های پیشگیری اولیه به ما کمک کند.

جدول شماره ۱: معنادان پذیرش شده در مراکز خوددرمان به تفکیک جنس

سال	تعداد کل پذیرش شده	جنسیت	
		مذکر	مؤنث
۱۳۷۹	۴۲۰۲۲	۳۸۵۶۴	۳۴۵۸
۱۳۸۰	۳۲۰۳۳	۳۰۷۴۳	۱۲۹۰
۱۳۸۱	۳۲۷۴۰	۳۱۶۸۶	۱۰۵۴

آمارهای به دست آمده از سال‌های ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۲ نشان می‌دهد که گروه سنی ۲۵-۲۹ سال و ۳۰-۳۴ سال بیشترین درصد مراجعه کنندگان به مراکز خود معرف را تشکیل می‌دهند. همچنین حدود ۱۵ درصد از مراجعه کنندگان سال‌های ۸۲-۱۳۷۹ مربوط به گروه سنی ۲۴-۱۹ سال بوده‌اند و این رقم بالایی است. همچنین نزدیک به ۳ درصد از افراد در گروه سنی ۱۵ تا ۱۸ سال بوده‌اند (جدول شماره ۲). این گروه را دانش آموزان تشکیل می‌دهند و این آمار نشان می‌دهد که باید درصدد اجرای برنامه ریزی‌های اساسی در سطح مدارس و حتی دانشگاه‌های کشور باشیم (میری آشتیانی، ۱۳۸۵: ۱۳۶).

جدول شماره ۲: معنادان پذیرش شده در مراکز خود درمان به تفکیک سن

سال	کمتر از ۱۵	۱۵-۱۸	۱۹-۲۴	۲۵-۲۹	۳۰-۳۴	۳۵-۳۹	۴۰-۴۴	۴۵-۴۹	۵۰-۶۰	بیش از ۶۰
۱۳۷۹	۵۱	۲۲۲۳	۶۵۰۵	۹۳۸۴	۸۱۷۷	۵۹۲۹	۴۳۰۳	۲۶۲۲	۲۰۷۲	۷۵۶
درصد	۰	۵	۱۵	۲۲	۱۹	۱۴	۱۰	۶	۵	۲
۱۳۸۰	۷۵	۸۴۵	۴۸۲۰	۶۶۶۴	۶۰۶۶	۴۴۴۹	۳۳۴۲	۲۲۶۲	۱۹۸۲	۶۸۲
درصد	۰/۲	۲/۷	۱۵/۵	۲۱/۴	۱۹/۵	۱۴/۳	۱۰/۷	۷/۳	۶/۴	۲/۲
۱۳۸۱	۳۵	۵۳۸	۴۷۲۷	۷۲۰۸	۷۲۶۲	۴۸۵۳	۳۶۹۲	۲۱۶۵	۱۶۵۵	۵۱۸
درصد	۰/۱	۱/۶	۱۴/۵	۲۲/۱	۲۲/۲	۱۴/۹	۱۱/۳	۶/۶	۵/۱	۱/۶
۱۳۸۲	۱۴	۲۳۴	۲۲۱۵	۳۴۶۱	۳۳۹۴	۲۴۸۹	۱۷۹۰	۱۱۳۷	۷۹۵	۹۴
درصد	۰/۱	۱/۵	۱۴/۱	۲۲	۲۱/۶	۱۵/۸	۱۱/۴	۷/۲	۵/۱	۱/۲

در سال ۱۳۸۲ دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی مطالعاتی روی ۱۴۰۳ دانش آموز سه پایه اول، دوم و سوم راهنمایی مدارس دولتی و غیر دولتی منطقه ۹ شهر تهران (۴۹/۳ درصد

دختر و ۵۰/۷ درصد پسر با دامنه سنی ۱۱ تا ۱۶ سال) انجام داد که هدف آن شناسایی و بررسی وضعیت نگرش دانش آموزان به اعتیاد، معتاد و مواد مخدر بود. نتایج نشان داد حدود ۲۵ درصد دانش آموزان گرایش به مصرف مواد مخدر داشته‌اند و ۵ درصد آن‌ها در این مقطع سنی مصرف موادمخدر را تجربه کرده‌اند. بر اساس این پژوهش، ۸۸/۷ درصد مواد مصرف نکرده بودند، ۷ درصد اغلب اوقات مواد مصرف می‌کردند و ۱/۲ درصد یک یا دو بار مواد را تجربه کرده‌اند. نوع نگرش افراد مورد مطالعه به اعتیاد نیز قابل توجه است. به این معنا که ۱۱/۷ درصد دانش آموزان مصرف ۱ یا ۲ بار مواد را موجب اعتیاد به مواد مخدر نمی‌دانند، ۹ درصد مصرف گاه به گاه مواد مخدر را یک نوع تفریح بی ضرر یا کم ضرر می‌دانند و حتی ۷/۱ درصد از آن‌ها ابراز تمایل کرده‌اند که مصرف یکی از مواد مخدر را امتحان کنند (همان: ۱۳۷).

همچنین براساس پژوهش‌هایی که با همکاری سازمان بهزیستی انجام گرفت، بیش از ۹۰ درصد معتادان به مواد مخدر پیش از اعتیاد، عادت به مصرف سیگار داشته‌اند. به عبارتی دیگر، افزایش مصرف سیگار خطر مصرف مواد مخدر را افزایش داده است. این در حالی است که ۷/۵ میلیون نفر، معادل ۱۲ درصد جمعیت کشور، در ایران سیگار مصرف می‌کنند که ۱۷ درصد آن‌ها در مرز جوانی هستند. هم اکنون سن شروع مصرف سیگار ۱۳ تا ۱۵ سال است و بیشترین جمعیت سیگاری‌های کشور را افراد ۲۰ تا ۲۴ سال (۳۲ درصد) و پس از آن جوانان ۱۵ تا ۱۹ سال (۳۱/۱ درصد) تشکیل می‌دهند.

با توجه به موارد ذکر شده، گرایش نوجوانان و جوانان به سوء مصرف و وابستگی به مواد مخدر یکی از بزرگ‌ترین مشکلات قرن حاضر در جوامع است. این مسئله، غالب کشورهای جهان از جمله ایران را بر آن داشته که با افزایش بودجه، تقویت اهرم‌های نظامی و انتظامی، محدود سازی و نظارت بر مرزها و تجدید نظر در رژیم‌های قضایی و مجازات، درصدد مبارزه با این پدیده بر آیند. اما به رغم تلاش‌های مذکور، اجرای این برنامه‌ها بازخورد شایسته و اثربخشی نداشته است. بنابراین اغلب کشورها، همسو و همگام با اجرای برنامه‌های مبارزه و کنترل مواد مخدر، به دلیل ارزانی، آسانی و مفیدتر بودن برنامه‌های پیشگیری (سطح اولیه) اقدام به تدوین و اجرای چنین برنامه‌هایی کرده‌اند، در این راه تأکید بر آموزش و پرورش، در مقام ارگانی که کاربران آن میلیون‌ها دانش آموز در سنین حساس هستند، بسیار حائز اهمیت است.

- در این مقاله ضمن بررسی وضعیت برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد دانش آموزان با رویکرد مددکاری اجتماعی، به جایگاه مددکاری اجتماعی و اهمیت آن در این مسئله پرداخته می‌شود. در این راه، پژوهشگر با مطالعه حاضر به دنبال پاسخگویی به سؤالات زیر است:
۱. وضعیت کنونی برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در مدارس چگونه است؟
 ۲. مددکاران اجتماعی در برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در مدارس چه نقش و جایگاهی دارند؟

برنامه‌های ملی پیشگیری از اعتیاد در مدارس ایران

تراکم انبوه جمعیتی در سنین نوجوانی و جوانی در مقاطع مختلف آموزش و پرورش سراسر کشور از یک سو و دسترسی آسان به این گروه از افراد جامعه که اتفاقاً از گروه‌های در معرض خطر ابتلا به اعتیاد هستند از سوی دیگر، باعث شده است که مدارس به عنوان پایگاهی برای اجرای برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد انتخاب شود. اگرچه در سال‌های اخیر طرح‌های منسجم و مفیدی تحت عنوان طرح‌های ملی پیشگیری از اعتیاد در بعضی از مدارس شهرها و استان‌های کشور به صورت آزمایشی و پایلوت اجرا شده است، به نظر می‌رسد هیچ برآوردی از میزان اثربخشی این طرح‌ها نشده است تا بتوان با خارج کردن این طرح‌ها از حالت آزمایشی به همگانی، تمام گروه‌های مخاطب را تحت پوشش برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد قرار داد.

طرح مدارس مروج سلامت

مدرسه مروج سلامت، ابتکاری است که در سال ۱۹۹۵ میلادی سازمان بهداشت جهانی به عنوان الگویی برای مواجهه با مشکلات سلامت و آموزش از طریق نهاد مدرسه معرفی کرد و به دلیل کارآمدی و اثربخشی به سرعت جهانگیر شد. هم اکنون مدارس مروج سلامت در تمامی قاره‌های جهان در حال فعالیت هستند و مقالات علمی متعددی به دستاوردهای این مدارس در پیشبرد سلامت و آموزش اشاره دارند. در این طرح سعی می‌شود شیوه‌های زندگی به صورت مادام‌العمر بهبود یابد و برخی از رفتارهای خطرناک از قبیل سوء مصرف مواد، خشونت و بیماری‌های مقاربتی و استعمال دخانیات را از طریق مدارس کاهش دهند. هدف کلی این طرح ارتقای رفتار پیشگیرانه و سالم در دانش آموزان نوجوان دوره متوسطه اعلام شده است.

تا سال ۱۳۸۲، ۶۵۰۰۰ نفر از کارکنان مؤثر در قالب مجریان طرح مدارس مروج سلامت و مهارت‌های زندگی، آموزش دیده‌اند. در این طرح کتاب‌های آموزشی برای دانش آموزان،

والدین و مربیان تدوین شده است. این طرح زیر نظر معاونت تربیت بدنی و دفتر پیشگیری وزارت آموزش و پرورش اجرا می شود (ثاقبی، ۱۳۸۵: ۱۰۵).

طرح مدارس مشارکت محور

این طرح براساس الگوی برنامه های پیشگیری اجتماع - مدار^۱ طراحی شده است. در برنامه های پیشگیری اجتماع - مدار به دلیل گستردگی و ابعاد آن، برنامه ریزی، اجرا و نظارت فوق العاده دشوار است.

تلاش های پیشگیری اجتماع - مدار مبتنی بر ایده های زیر است:

- ۱- سوء مصرف مواد همه را تحت تأثیر قرار می دهد.
- ۲- مداخله های پیشگیرانه از نظر حوزه، ممکن است نسبت به درمان فردی پرهزینه تر باشد.
- ۳- سوء مصرف مواد در بافت و هنجارهای اجتماعی ریشه دارد.
- ۴- عوامل سبب شناختی را به بهترین نحو می توان در سطوح اجتماعی مورد بررسی قرار داد (همان).

برنامه های مدرسه - مدار

برنامه های پیشگیری مدرسه - مدار نه تنها مشارکت کودکان، بلکه مشارکت والدین با مدرسه و والدین با هم را افزایش می دهد و انزوای مرتبط با شکست تحصیلی و سوء مصرف مواد را کاهش می دهد. اقدامات پیشگیری در این برنامه ها معمولاً معطوف به کودکان ابتدایی و متوسطه است. از آنجا که مصرف مواد اکثراً در نوجوانی شروع می شود، کودکان و نوجوانان هدف های اصلی اقدامات پیشگیرانه هستند. این طرح با همکاری کارشناسان سازمان بهداشتی تدوین و اجرا می شود. در این طرح سعی می شود با جلب مشارکت دانش آموزان برای حل مشکلات مدرسه، گروه هایی تشکیل شود که عمدتاً هدف، آنها ارتقای سلامت روان است. البته این انعطاف پذیری در اجرای طرح مزبور وجود دارد که دانش آموزان داوطلب خود به توصیف هدف ها و برنامه ریزی برای دستیابی به آنها بپردازد.

هدف های توصیف شده برای این طرح در آیین نامه های موجود، کاهش بروز و شیوع سوء مصرف مواد در مدارس، افزایش عوامل حفاظتی، کاهش عوامل مخاطره انگیز و کاهش تمایل به سوء مصرف مواد ذکر شده است (همان: ۱۰۶)

طرح آموزش مهارت های زندگی

پروژه آموزش مهارت های زندگی یکی از برنامه های بهداشت روانی «سازمان بهداشت جهانی» (WHO) برای نسل نوجوان در مدارس است. این برنامه ها که در سطح محلی و ملی و بین المللی در جهان اجرا می شود شامل رشد و گسترش آموزش مهارت های زندگی است، از جمله مهارت های ارتباطی، تصمیم گیری، تفکر انتقادی، همدلی و مقابله با استرس. آموزش مهارت های زندگی برای پیشبرد و افزایش سلامت روانی در مدارس طرح ریزی می شود. اولین برنامه آموزشی به کودکان و نوجوانان کمک می کند تا مهارت های مورد نیاز برای برخورد با نیازها و چالش های زندگی جدید را کسب کنند. این مهارت ها، آن ها را در مقابل استرس ها و فشارهای زندگی که ممکن است سلامتی آن ها را در معرض خطر قرار دهد، محافظت می کند (ثاقبی، ۱۳۸۵: ۱۱۹).

در ایران، از سال ۱۳۷۷، برنامه آموزش مهارت های زندگی به طور آزمایشی در برخی از کلاس های پایه اول متوسطه اجرا می شود، و از سال ۱۳۸۴ در برخی از مدارس برای دانش آموزان پایه اول، دوم و سوم راهنمایی به طور پراکنده در سراسر کشور به صورت آزمایشی در حال اجرا است (همان).

اهمیت و ضرورت تحقیق

یکی از نگرانی های عصر حاضر در حوزه مباحث مربوط به آسیب های اجتماعی، توسعه مصرف مواد مخدر و روان گردان است که به صورت جدی مراکز آموزشی و مدارس را مورد تهدید قرار می دهد و این مسأله به یکی از چالش های متولیان و دست اندرکاران امور آموزشی و تربیتی بدل شده است. در این میان کاهش سن اعتیاد و تغییر الگوی مصرف به سوی مواد مخدر صنعتی، حساسیت مسأله را دو چندان کرده است؛ زیرا به نظر می رسد هر چه سن ابتلا به سوء مصرف مواد مخدر پایین تر باشد، آسیب های جسمی، روانی و اجتماعی آن شدیدتر خواهد بود.

با توجه به حساسیت‌های خاص دوران کودکی، نوجوانی و جوانی در فرایند تعلیم و تربیت و تمرکز این سه دوره از عمر انسان در نهاد آموزش و پرورش، ضرورت وجود برنامه‌های علمی و منسجم برای حفظ و ارتقای بهداشت جسمی و روانی این قشر عظیم و مهم از جامعه، دوچندان است؛ زیرا جوانان هر کشوری سرمایه‌های ارزشمند و نیروهای آینده آن هستند و غفلت و بی توجهی از آنان می‌تواند هزینه‌های جبران ناپذیری به بار آورد. از طرفی ابعاد و گستردگی و پیچیدگی مقوله اعتیاد می‌طلبد که در طراحی و تدوین و اجرای برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در مدارس، به ظرافت‌ها و حساسیت‌های خاص آن توجه شود و از طرف دیگر با بهره گیری از متخصصان حوزه‌های علمی مختلف، کیفیت و میزان برنامه‌ها را در ابعاد مختلف تضمین کرد.

بررسی مفهومی پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر

پیشگیری همان طور که از نام آن پیداست به معنی اجرای اقدامات و تدابیری است که از به وقوع پیوستن امر یا واقعه‌ای منفی جلوگیری می‌کند و یا از احتمال وقوع آن می‌کاهد (رحیمی موقر و همکاران، ۱۳۷۶: ۱۸).

مهارت‌های پیشگیری: برنامه‌ها و مهارت‌هایی است که در طرح‌های مختلف برای افراد در معرض خطر یا دچار اختلال اجرا می‌شود و هدف آن، آموزش مهارت‌های فردی و اجتماعی لازم برای مقابله موثر و کارآمد با بحران و فشارهای مختلف زندگی و ارائه راه حل‌های بنیادی برای بحران‌های مختلفی مانند مواد مخدر و موقعیت‌های تنش زا است (خالقی پور و همکارانش، ۱۳۸۷: ۲۱۸).

کاپلان در سال ۱۹۶۴ سه نوع پیشگیری را که در شاخه‌های مختلف علوم پزشکی، زیستی، اجتماعی، فرهنگی و روان شناختی تأیید شده اند مطرح کرده است.

پیشگیری نخستین: این سطح از پیشگیری بر کاهش موارد بروز اختلال با ایجاد اصلاحاتی در فرد و محیط زندگی او تمرکز دارد. مانند آموزش‌های گوناگون در زمینه‌های مختلف و متناسب با برنامه‌های مورد نیاز برای اختلال، آموزش مهارت‌های زندگی و آگاه کردن افراد از عوارض مصرف مواد مخدر که گروه‌های هدف آن نوجوانان یا گروه‌های عمومی جامعه است.

پیشگیری در سطح دوم: این سطح از پیشگیری مفهوم درمان را در بر می‌گیرد و معطوف به حذف اختلالات خفیف پیش از شدت یافتن و کاهش طول مدت آن‌هاست و بیشتر بر افراد

یا خرده گروه‌هایی تمرکز دارد که در زمینه مشکلاتی خاص در معرض خطر یا آسیب شناخته شده‌اند.

پیشگیری در سطح سوم: این سطح از پیشگیری تلاش برای آسان کردن مشکل از طریق طرح ریزی خدمات حمایتی قبل از ترخیص بیمار است. مانند افرادی که مصرف کننده مواد مخدر و نیازمند خدمات حمایتی هستند. اگرچه فعالیت‌های آموزشی نقش موثری در پیشگیری از مصرف مواد مخدر در نوجوان دارد، خود به خود راهبردی برای پیشگیری به وجود نمی‌آورند. برنامه‌های پیشگیری از مصرف مواد مخدر باید به طور وسیع و سازمان یافته در مقیاس‌های وسیع اجرا شود (خالقی پور و همکاران، ۱۳۸۷ : ۲۱۹).

به طور کلی مهارت‌های پیشگیری به سه دسته پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالث تقسیم می‌شود که بحث اصلی این مقاله متمرکز بر پیشگیری اولیه است. با توجه به این مسأله، هر کجا بحث مهارت‌های پیشگیری مطرح شد منظور همان مهارت‌های پیشگیری اولیه است.

راهبردهای پیشگیری در حوزه اعتیاد

برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد به طور کلی بر دو راهبرد کاهش عرضه و کاهش تقاضا متمرکز است. کاهش عرضه عمدتاً شامل فعالیت‌های انتظامی، قضایی و قانون گذاری است و هدف آن کاهش عرضه مواد به سطح جامعه است؛ کاهش تقاضا شامل همه فعالیت‌هایی است که میزان مصرف مواد را در سطح جامعه کاهش می‌دهد.

عرضه کاهش تقاضا خود شامل سه رویکرد پیشگیری، درمان و کاهش آسیب است. در این برنامه‌ها سعی می‌شود بروز موارد جدید سوء مصرف مواد کاهش یابد و به شیوه‌ها و اشکال مختلف اجرا می‌شوند. مطالعات نشان داده اند تنها آن دسته از اقدامات پیشگیرانه مؤثرند که جامع، چند بخشی و مداوم باشند. در میان اقدامات درمانی نیز تنها دسته‌ای مؤثرند که به اعتیاد به چشم یک بیماری مزمن عودکننده بنگرند. همچنین به دلیل آماده نبودن بسیاری از معتادان برای پذیرش درمان و گسترش بیماری‌های مهلکی همچون ایدز و هپاتیت که از طریق استفاده مشترک از وسایل تزریق انتقال می‌یابند، اتخاذ روش‌های کاهش آسیب که مبتنی بر به‌کارگیری اصول بهداشتی بدون الزام به ترک است از دیگر برنامه‌های کاهش تقاضا محسوب می‌شود. البته حوزه کاهش تقاضا تقاضا تقسیم بندی‌ها، مراحل متعدد و تعاریف گوناگون صورت

داشته است. اکثر متخصصان، حوزه کاهش تقاضا را براساس جامعه هدف، و مصرف مواد به سه مرحله پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالثیه تقسیم کرده‌اند (میری آشتیانی، ۱۳۸۵: ۱۳۱-۱۳۲). در حوزه مسائل اجتماعی برنامه‌ها و الگوهای پیشگیری دارای ابعاد و گستردگی زیادی است اما در این مقاله صرفاً به برنامه‌های پیشگیری مرتبط با حوزه اعتیاد پرداخته می‌شود و تمرکز آن بر مدارس است. از طرفی به دلیل اهمیت، ضرورت و ارزشمندی برنامه‌های پیشگیری در عرصه کاهش تقاضا، به رویکرد پیشگیری اولیه پرداخته می‌شود.

مبانی نظری پژوهش

مصرف مواد مخدر در دوره نوجوانی و اوایل بزرگسالی هنوز هم یکی از مهم‌ترین مشکلات عمومی جوامع است. مسائلی همانند کاهش انگیزه و آسیب‌های روحی و جسمی، نمودهایی از مشکلات فردی مصرف مواد و بزهکاری؛ مشکلات تحصیلی و بین فردی از آثار اجتماعی اعتیاد هستند. لذا در تلاش برای توضیح علت وابستگی افراد به مواد مخدر تعدادی از رویکردهای نظری مختلف، حیطه‌هایی از گرایش افراد به مواد مخدر را مشخص می‌کنند. بررسی نظریه‌های حیطه پیشگیری از اعتیاد می‌تواند گامی در جهت شناخت علل گرایش افراد به مواد مخدر و برنامه ریزی مناسب برای پیشگیری با استفاده کاربردی از نظریه‌ها باشد.

رویکردهای روان شناسی

نظریه‌های روان شناسی انحرافات، هرگونه کج رفتاری و ناهنجاری نظیر روی آوردن به مواد مخدر و سایر آسیب‌ها را پدیده‌ای رشد یابنده در طبیعت پنداشته‌اند و ریشه‌های علمی آن را در ضایعات و آسیب‌های روانی و عاطفی فرد جستجو می‌کنند. از این رو اعتیاد یا هر رفتار ناهنجار امری خودخواسته و خود انتخابی به شمار می‌رود که فرد با پناه بردن به آن می‌خواهد از روابط شخصی دردناک فرار کند.

رویکرد روانکاوی

نظریه‌های روانکاوی و روانپزشکی هرگونه انحراف و کج رفتاری را ناشی از تجارب نخستین ایام کودکی و الگوهای ارتباطات خانوادگی می‌دانند چنین رفتاری عمدتاً برخاسته از درون و روان فرد است و نقش تجارب فردی در تکوین و بروز چنین رفتاری بارز و پر اهمیت است (آقابخشی، ۱۳۸۸: ۳۸). از منظر روانکاوی، مجرم کسی است که نیروهای غریزی درونی‌اش به

خوبی اداره نشود و در واقع، «خود^۱» فرد از طریق «فراخود^۲» بر «تهدا^۳» نظارت نداشته باشد. به بیان دیگر، از منظر روانکاوی، اگر ذهن آگاه نتواند راهی مقبول از نظر جامعه برای توازن نیروهای غریزی بیابد، یا میان فشارهای درونی و بیرونی قرار می‌گیرد و به ورطه ناسازگاری می‌افتد یا بر خلاف هنجارهای اجتماعی وارد عمل می‌گردد (محمدی اصل، ۱۳۸۵: ۱۰۳).

رویکردهای شخصیتی

در این نظریه بیشترین تأکید بر روی عوامل درونی و صفات شخصیتی فرد است. به طور کلی در این رویکرد، ویژگی‌های فردی نوجوان، همانند عزت نفس و ابراز وجود پایین، ضعف در مهارت‌های مقابله‌ای، تفاوت در انگیزه‌های شخصی که ریشه در صفات پایدار شخصیتی، حالت‌های عاطفی گذرا و مهارت‌های رفتاری دارند، مورد توجه قرار می‌گیرند. افسار گسیخته بودن تکانه‌ها، برخورد صحیح نکردن با موقعیت‌ها، ضعف در مهارت‌های حل مسأله می‌تواند هر چه بیشتر فرد را در معرض رفتارهای منحرف و خلاف قانون قرار دهد. پس به نظر می‌رسد توجه به صفات، حالات و مهارت‌های فرد در بررسی علت گرایش به مواد مخدر می‌تواند مؤثر باشد (خالقی پور و همکاران، ۱۳۸۷: ۷۲).

طبق این نظریه، مصرف مواد مخدر ریشه در صفات شخصیتی، حالات خلقی و مهارت‌های رفتاری نوجوان دارد. ویژگی‌های شخصی فرد، باورهای او را تحت تأثیر قرار می‌دهد و این امر می‌تواند زمینه مصرف مواد را مهیا کند (همان: ۷۳).

نکته متمایز رویکرد مذکور این است که توجه روان شناسان و برنامه ریزان آموزش نوجوانان را به چندین خصیصه فردی معطوف می‌کند که مصرف مواد مخدر را به طور غیر مستقیم تحت تأثیر قرار می‌دهند و لذا باید در برنامه‌های پیشگیرانه به آن‌ها توجه شود.

رویکردهای جامعه شناختی

نظریه انتقال فرهنگی کجروی

ادوین ساترلند درباره چگونگی انتقال فرهنگی کجروی از جمله اعتیاد، اظهار می‌دارد که کج رفتاری در جریان ارتباطات اجتماعی شکل می‌گیرد. فرضیه اصلی ساترلند این است که اعتیاد مثل سایر رفتارهای اجتماعی انحرافی از طریق همنشینی و پیوستگی با دیگران آموخته

1. Ego
2. Superego
3. Id

می‌شود. به این ترتیب هر فرد در طول زندگی خویش از طریق پیوستگی و ارتباط با دیگران، انگیزه‌ها، گرایش‌ها و ارزش‌هایی را فرا می‌گیرد که ممکن است به راست رفتاری یا کج رفتاری منجر شود. در هر گروه اجتماعی، هم افرادی هستند که قانون را پدیده‌ای قابل قبول و طبیعی می‌دانند و هم افرادی که چنین فکر نمی‌کنند؛ اما معمولاً افراد، ترکیبی از این دو حالت را در خود دارند. پس مردم به نسبت همنشینی و ارتباطی که با هنجار شکنان دارند کج رفتار می‌شوند (آقابخشی، ۱۳۸۸: ۵۳).

نظریه الگوی رشد اجتماعی:

این نظریه را هاوکینز و ویس (۱۹۸۵) مطرح کرده‌اند و براساس آن، اگر نوجوان احساس کند که به جامعه و قراردادهای آن متعهد نیست یا احساس کند با والدین و سایر الگوهای نقش پیوندی ندارد، به همسالان مصرف کننده مواد می‌پیوندد. در این دیدگاه، بر افراد، رشد اجتماعی و هم کنش های اجتماعی تأکید می‌شود، یعنی با تأثیری که خانواده، مدرسه و همسالان بر رفتار نوجوان دارند، رشد فردی نوجوان تغییر می‌یابد؛ به طوری که والدین در سال‌های پیش از مدرسه، معلمان در سال‌های مدرسه و پیش از نوجوانی، همسالان در دوره نوجوانی بیشترین تأثیر را دارند. در این نظریه بر مهارت‌ها، فرصت‌ها و تقویت نوجوان برای الحاق به والدین و مدرسه، که هر دو در بازداری از مصرف مواد مخدر مؤثرند تأکید می‌شود (خالقی پور، ۱۳۸۷: ۸۳).

رویکرد مددکاری اجتماعی

از منظر مددکاران اجتماعی، اعتیاد معلول عوامل چندگانه زیستی، روانی و اجتماعی است و خود نیز علت بروز مشکلات بسیار زیادی می‌شود. حل مسأله اعتیاد در سطح اجتماعی، فردی و خانوادگی به افراد متخصص با توانایی‌های علمی و حرفه‌ای خاص نیاز دارد. حرفه مددکاری اجتماعی دارای سه روش اصلی مددکاری فردی، گروهی و جامعه‌ای است و بنابراین مسائل اجتماعی از جمله مسأله اعتیاد به مواد مخدر، در سه سطح فرد، خانواده و جامعه تحلیل و بررسی می‌شود (راهب و همکاران، ۱۳۸۹: ۷۶).

مددکاران اجتماعی با موضوع ارزش های اجتماعی وارد بحث پدیده اعتیاد می‌شوند. در واقع ارزش‌های اجتماعی، مفاهیم و مواردی هستند که مورد قبول و احترام اکثریت مردم جامعه اند و افراد به نقش و اهمیت آن‌ها ایمان دارند.

از دیدگاه مددکاری اجتماعی، پرداختن به فرد معتاد و بازتوانی او موضوعی است مربوط به انسان. این موضوع مربوط به مددجویی است که تحت شرایطی، موادی را مصرف می‌کند، اما پرداختن به اعتیاد و مبارزه و پیشگیری از آن، توجه را از انسان و فرد معتاد به مجموعه‌ای از شرایط و اوضاعی معطوف می‌دارد که در ساختار اجتماعی آسیب‌زا، شبکه روابط اجتماعی مستعد معتاد پروری و ویژگی‌های فردی وجود دارد و در نهایت موجب اعتیاد می‌شود. از این رو در فعالیتهای مددکاری اجتماعی برای کاهش تقاضای مصرف مواد مخدر، بر هر یک از این عوامل درنگ می‌شود و سرانجام برای مقاوم سازی افراد و گروه‌های آسیب پذیر در برابر آسیب‌زایی اعتیاد، طرح‌های عملیاتی تنظیم می‌گردد (آقایخشی، ۱۳۸۸: ۳۳ - ۳۴). در مجموع، هدف معرفی این رویکردها آشنایی با آنها برای برنامه ریزی در زمینه پیشگیری از گرایش نوجوانان به سوءمصرف مواد مخدر است تا با بررسی دیدگاه‌های مختلف بتوان برنامه‌های ویژه و منسجمی طرح ریزی کرد و میزان موفقیت آنها را افزایش داد.

روش شناسی

روش تحقیق حاضر از نوع اسنادی - کتابخانه ای است. بدین منظور طرح‌ها و برنامه‌های مربوط به پیشگیری از اعتیاد در سیستم آموزشی مطالعه و تحلیل شدند. مهم‌ترین طرح‌ها چهار برنامه «طرح مدارس مروج سلامت»، «طرح مدارس مشارکت محور»، «برنامه‌های مدرسه - مدار» و «طرح مهارت‌های زندگی» بود که در کتابخانه وزارت آموزش و پرورش موجود است. طرح‌های فوق را وزارت آموزش و پرورش تنظیم و اجرا کرده است.

معیار انتخاب و گزینش طرح‌های فوق، «معیار گزینش اسناد» (اسکات، ۱۹۹۰: ۶ به نقل از فلیک، ۱۳۸۸: ۲۷۸) است. اسکات چهار معیار برای داوری درباره کیفیت اسناد معرفی می‌کند. بر اساس این معیارها، می‌توان هم به اعتبار (و در نتیجه افزایش اعتبار پژوهش) و هم به اصالت اسناد مورد بررسی دست یافت. معیارهای اسکات عبارتند از: اصالت، اعتبار، نمایا بودن و معنا (فلیک، ۱۳۸۸: ۲۷۸).

۱. اصالت: طرح‌های مورد بررسی از نوع «سند دست اول» و همچنین گزارش اصلی واقعیت اند. منشأ اسناد مورد بررسی، وزارت آموزش و پرورش است.
۲. اعتبار: اعتبار به صحت شیوه مستندسازی، موثق بودن پدیدآورنده سند و عاری از خطا بودن آن اشاره دارد. با توجه به اینکه پدید آورنده اسناد فوق وزارت آموزش و پرورش

- بوده است، می توان گفت که این اسناد، از لحاظ موثق بودن و دیگر معیارهای فوق در سطح معتبری است.
۳. نمایا بودن: در پژوهش حاضر، چهار طرح مورد بررسی قرار گرفته اند. نمونه های مشابه تجربی و اجرا شده این اسناد در ایران موجود نیست و به همین دلیل، طرح های مذکور، نمایای جامعه آماری اند.
۴. معنا: معناداری به روشن و قابل فهم بودن سند اشاره دارد. طرح های مذکور از شفافیت و چارچوب روایی روشنی برخوردارند.

تحلیل یافته های پژوهش

فعالیت های پیشگیرانه آموزش محور در قالب طرح های مختلف در نظام آموزشی ایران، در سال ۱۳۷۷ به صورت پراکنده و محدود شروع و سال بعد، «کتاب راهنمای معلم» تهیه، چاپ و توزیع شد. کتاب راهنما بر آموزش انواع مهارت های زندگی تأکید دارد. علیرغم اینکه برنامه «آموزش مهارت های زندگی» به عنوان یکی از دروس اختیاری واحدهای پرورشی پایه اول متوسطه معرفی شد، فقدان سازماندهی، نظارت و کنترل بر نحوه اجرای برنامه، آموزش ندادن به نیروی انسانی و مجریان و ارزشیابی و اصلاح آن، موجب شد که برنامه مذکور در سطح بسیار محدود و به صورت ضعیف در برخی از مدارس به اجرا درآید. اگرچه برنامه اولیه، اقتباسی از متون برنامه های مورد تایید و سفارش شده سازمان بهداشت جهانی بود، برنامه اجرایی کاملاً براساس سلیقه مجریان غیرمتخصص تهیه و عرضه می شود.

براساس تحقیقات وزارت آموزش و پرورش در سال ۱۳۸۲، ۴/۶ درصد دانش آموزان که رقمی حدود ۳۵۰ هزار نفر بود، به مقدار زیاد در معرض ابتلا به سیگار قرار داشتند و ۵/۳ درصد این دانش آموزان سیگار کشیدن را تجربه کرده بودند. همچنین به نقل از یک منبع آگاه در آموزش و پرورش، دانش آموزان معتاد به سیگار و مواد مخدر در سال ۱۳۷۷ دو میلیون و در سال ۱۳۸۰ سه میلیون و ۷۵۰ هزار نفر بوده اند. بر این اساس توجه به امر پیشگیری از مصرف سیگار و مواد مخدر در مدارس یکی از اولویتهایی است که مسئولان امر باید به آن توجه جدی کنند. با این هدف، برنامه پیشگیری از اعتیاد به نام «طرح مدارس مروج سلامت» در ایران در حال اجراست و تا سال ۱۳۸۲، ۶۵۰۰۰ نفر از کارکنان مؤثر، در قالب مجریان طرح مدارس مروج سلامت و مهارت های زندگی آموزش داده شدند. این طرح، دانش آموزان سال اول

۶۴ دبیرستان را که عمدتاً از مناطق ۴، ۶، ۸، ۱۹، ۱۸، ۱۶، ۱۵ بودند، تا سال ۱۳۸۲ تحت پوشش داشت. این مناطق بیشتری در معرض اعتیاد شناخته شده‌اند. این طرح کوشیده است تا علاوه بر جذب دانش آموزان علاقه‌مند و استفاده از قابلیت و ظرفیت آنان برای آموزش و پیشگیری از اعتیاد در بین همسالان، به آموزش والدین و کارکنان مدرسه نیز بپردازد. تا سال ۱۳۸۲، ۲۰ هزار دانش آموز در کشور تحت پوشش این طرح بودند. آن‌ها در هفت جلسه رسمی و پانزده جلسه غیر رسمی با موضوعات مرتبط با سلامت و پیشگیری از اعتیاد آشنا شدند تا این اطلاعات را به خانواده و همسالان خود منتقل کنند (همان: ۱۴۰).

اگرچه به دلیل بنیه علمی این طرح‌ها، نمی‌توان منکر اثرگذاری مثبت طرح‌های «مشارکت محور» و «مدرسه مدار» روی دانش آموزان شد، به علت عدم انسجام و مقطعی بودن این طرح‌ها و از طرفی پراکندگی و همه‌گیر نبودن آن‌ها نمی‌توان به ارزیابی شفافی از آن‌ها دست یافت؛ زیرا ابعاد و پیچیدگی‌های مبحث اعتیاد و حساسیت‌های خاص دوره‌های کودکی و نوجوانی، مستلزم رعایت چارچوب‌های علمی بیشتر در مراحل تدوین و اجرای این طرح‌هاست. با توجه به ماهیت طرح‌های مذکور، ضرورت در نظر داشتن ابعاد مختلف جامعه‌شناختی، روان‌شناختی و به طور کلی علمی - تخصصی آن‌ها دو چندان می‌شود.

به طور کلی، طرح‌های اجرا شده در حوزه توانمندسازی و پیشگیری از اعتیاد در مدارس ایران، فقدان حلقه پایش و ارزشیابی در فرآیند طرح‌ها و برنامه‌های اجرایی است. بدیهی است تا زمانی که فرآیند اجرای طرح‌ها و برنامه‌ها و آثار و نتایج آن‌ها مورد پایش و ارزشیابی علمی قرار نگیرد، ضعف‌ها و کاستی‌های آن‌ها نیز مشخص نمی‌شود. از طرفی، تدوین طرح‌ها و برنامه‌های اجرا شده در حوزه اعتیاد دانش آموزی، همواره با نوعی ابهام و شفاف نبودن و نداشتن ضمانت‌های اجرایی همراه بوده است. این مورد اهمیت و حساسیت مسأله می‌طلبد که برنامه‌ای جامع و ملی و در عین حال، چندبخشی و کاربردی با رویکرد پیشگیرانه، تدوین و اجرا شود. در تدوین برنامه جامع ملی پیشگیری از اعتیاد در نظام آموزشی، بهره‌گیری از علوم مختلف می‌تواند سنگ بنای اطمینان بخشی باشد که با نگاه چندوجهی دستیابی به هدف‌های اساسی را میسر گرداند. در این میان، نظر به جایگاه علمی و تخصصی مددکاری اجتماعی در مقام حرفه‌ای جامع و چندبخشی و از طرفی به عنوان عضوی از بدنه نظام آموزشی کشور، حضور این تخصص در برنامه ریزی و اجرا بسیار حائز اهمیت است.

جایگاه و نقش مددکاران اجتماعی در برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد

همان‌گونه که در همه‌گیری مسائل زیستی نظیر شیوع بیماری‌های مسری، کودکان و جمعیت در معرض بیماری علیه آن واکسینه می‌شوند، اینک وظیفه متخصصان علوم انسانی است که در برابر آسیب‌های زیستی اعتیاد، نخست جمعیت در معرض خطر را با اجرای برنامه‌هایی علمی، به مهارت‌هایی مجهز و عملاً در برابر اعتیاد مصون کنند و هم‌زمان از طریق «برنامه‌های اقدام اجتماعی» به اصلاحات ساختاری در سطح کلان بپردازند تا روند آسیب‌های اجتماعی کند و شرایط بروز آن کنترل شود. در حرفه مددکاری اجتماعی، مرحله نخست، با اجرای برنامه‌های مددکاری فردی و گروهی با تاکید بر فعالیتهای اجرایی پیشگیرانه و مرحله اصلاح ساختاری از طریق تنظیم برنامه‌های مددکاری جامعه‌ای، میسر می‌شود (آقابخشی، ۱۳۷۹: ۳۳).

مددکاری اجتماعی از یک سو مبتنی بر ارزش‌ها و نظریه‌هاست و از سوی نیز مفاهیم نظری را در عرصه فعالیت زندگی مردمان، عملاً به کار می‌گیرد. در واقع با پیوند دادن مبانی نظری به فعالیتهای اجرایی است که می‌تواند از چگونگی پیدایش آسیب‌های جامعه‌ای و عواملی که به حفظ و گسترش آنها دامن می‌زنند، درکی عمیق‌تر بیابد و برای کنترل و کاهش آنها نه تنها بر افراد گرفتار متمرکز می‌شود، بلکه با درنگ بر ساختار و شبکه روابط اجتماعی آسیب رسان و تولید کننده آسیب دیدگان و مددجویان نیز تأثیر عمیقی برجای می‌گذارد. حرفه مددکاری اجتماعی نوین، از یک سو آسیب دیدگان و آسیب پذیران را صرفاً قربانی ساختار اجتماعی آسیب رسان نمی‌داند و از سوی دیگر نیز ساختار اجتماعی، شبکه روابط اجتماعی و کارکرد نهادهای جامعه را مبرا نمی‌سازد.

رسالت مددکاران اجتماعی، توانمند ساختن مددجویان/ مشتریان در گشودن بندها و محدودیتهایی است که بر استعدادهای درونی آنها نهاده شده، اما شکفته شدن توانایی‌ها خارج از وضعیت ساختار و شبکه روابط اجتماعی میسر نمی‌شود و بر همین اساس است که فعالیتهای مددکاری اجتماعی در چارچوب نظامی از ارتباطات متقابل، ارزش‌ها، نظریه‌ها و عمل در قالب منشور اخلاقی، با مددکاری فردی آغاز و با اقدام‌هایی در عرصه کار با برنامه ریزان و سیاست گذاران- که در مواردی مولدان آسیب دیدگانند- به عنوان الگوی «برنامه ریزی اجتماعی» و سرانجام از طریق الگوی «اقدام اجتماعی» کامل می‌شود و این حرفه را به عنوان عامل تغییر در جامعه معرفی می‌کند (آقابخشی، ۱۳۸۸: ۱۵).

به طور کلی در عرصه مسائل و آسیب‌های جامعه‌ای، مددکاران اجتماعی رسالت سنگینی را بر دوش خود احساس می‌کنند؛ از طرفی، خواستار تغییرات اجتماعی‌اند تا شرایط دشوار زندگی را تسهیل کنند که این خود، کاری است «عملی» و از سویی می‌بایست به نظریه‌های رفتار انسانی و نظام‌های اجتماعی مجهز شوند که فعالیتی است «نظری» و دقیقاً با پیوند همین مبانی نظری و عملی است که به درک ارتباطات انسانی نایل می‌شوند و با این درک واقعی به تحلیل مسائل و آسیب‌های اجتماعی می‌پردازند و شیوه‌های کنترل و کاهش آن‌ها را در سطوح تحلیلی یاد شده معرفی می‌کنند.

حرفه مددکاری اجتماعی با توجه به روش‌های مددکاری فردی، گروهی و جامعه‌ای، مسائل اجتماعی و از جمله مسأله اعتیاد به مواد مخدر را در سه سطح فرد، خانواده و جامعه تحلیل و بررسی می‌کند. مددکاران اجتماعی با بازنگری در هر یک از روش‌های کار مددکاری اجتماعی، نظریه‌ها و مهارت‌های خاصی را می‌آموزند و به کار می‌گیرند. نقش کارکردی مددکاری اجتماعی در سطح فردی، مبتنی بر دیدگاه‌های مختلف و اصول و مهارت‌های مددکاری اجتماعی است و بیشتر حوزه پیشگیری سطح دوم و نقش درمانی را در بر می‌گیرد. در سطح گروهی، مددکاری اجتماعی در کار با گروه‌ها به طور کلی نقش تسهیل‌گر دارد که اقدامات پیشگیرانه، درمانی و کاهش آسیب را شامل می‌شود. اما در سطح جامعه‌ای، فعالیت مددکاران اجتماعی شامل سه بعد پیشگیری (سطح اول، دوم و سوم) است که سه روش اصلی، یعنی برنامه ریزی اجتماعی، توسعه محلی و اقدام اجتماعی را در برمی‌گیرد. مددکار اجتماعی در اجرای هر یک از این روش‌ها، به تناسب مسائل اجتماعی و شرایط زمانی و مکانی خاص و با بهره‌گیری مهارت‌ها و اصول و ارزش‌های ویژه، نقش‌های مختلفی همچون راهنما، آگاه‌کننده، تسهیل‌گر، محقق، رهبر، برنامه‌ریز و سازمان‌دهنده را ایفا می‌کند.

در مدل برنامه ریزی اجتماعی، مددکار اجتماعی به دلیل آگاه بودن از مسائل و بحران‌های اجتماعی و مهارت‌های حرفه‌ای خود می‌تواند در برنامه ریزی‌های پیشگیری از اعتیاد نقش مفید و ثمر ثمری داشته باشد.

نتیجه‌گیری

مصرف مواد مخدر یکی از بحث‌انگیزترین مسائلی است که در حوزه علوم مربوط به بهداشت روانی و مسائل اجتماعی نظر متخصصان را به خود جلب کرده است. مصرف بی‌رویه مواد روان

گردان پدیده‌ای است که در میان جوامع و فرهنگ‌های مختلف به خصوص در میان قشر نوجوان و جوان شیوع یافته است.

با بررسی اجمالی آمار و ارقام موجود در کشور به نظر می‌رسد علی‌رغم مبارزه طولانی و جدی با این مسأله، همواره شاهد افزایش روزافزون آمار مصرف‌کنندگان به مواد مخدر هستیم. در این میان کاهش سن اعتیاد به نوجوانی و شیوع آن در نظام آموزش و پرورش باعث نگرانی‌های جدی و حساسیت‌های دو چندان شده است که بدون تردید مجالی برای اتلاف زمان و توجهی برای بی برنامه‌گی و بی تفاوتی‌ها نمی‌ماند.

با استناد به آمارهای موجود (میری آشتیانی، ۱۳۸۵)، کاهش سن اعتیاد و ورود آن به مدارس، خود سند گویایی است بر این واقعیت که روش‌ها و برنامه‌های مقابله، درمان و پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر، کارآمد نبوده‌اند و باید با درایت علمی به بازنگری برنامه‌ها و تلاش برای رفع کاستی‌ها پرداخت. رسیدن به شرایط تعادل و ایجاد نظم منطقی میان همه ابعاد این پدیده، به دیدگاه‌ها و راهبردهای علمی و عملی نیاز دارد.

علی‌رغم اهمیت و اولویت برنامه‌های پیشگیری در مسأله اعتیاد در غالب کشورها، متأسفانه در کشور ما نه تنها اجرای برنامه‌های پیشگیری اولیه در اولویت قرار نگرفته، بلکه به عرصه کاهش تقاضا اهمیت زیادی داده نشده و اگر برنامه‌هایی تحت این عنوان در کشور اجرا شده، است چون براساس یک طرح ملی، همه جانبه و هماهنگ با برنامه‌های مقابله‌ای نبوده، در بسیاری از موارد، کاهشی در بروز سوء مصرف مواد رخ نداده است. به همین دلیل در بررسی برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در مدارس اگرچه به دلیل سابقه کوتاه این برنامه‌ها هنوز ارزیابی کامل و همه جانبه‌ای در خصوص کارایی آنها صورت نگرفته است، افزایش مصرف مواد و گرایش روز افزون نوجوانان در مدارس به اعتیاد به میزان زیادی کارآمدی این برنامه‌ها را زیر سؤال می‌برد و در این میان خلأ آموزش مهارت‌های زندگی در نظام آموزشی به صورتی همه گیر، علمی و اصولی در مدارس مبرهن است. آموزش مهارت‌های اجتماعی فرد را به روش‌هایی مجهز می‌کند که با بهره‌گیری از آن می‌تواند در میان جمع از حقوق خود دفاع کند و از تأثیرات سوء برخی از الگوهای نقش در امان باشد. از طریق این آموزش‌ها فرد می‌تواند ضمن برقراری روابط سالم و دوستانه با همسالان، خود را در جمع مطرح کند و نیاز به احترام را برآورده نماید (هربرت و دیگران، ۲۰۰۵ و کوپلویچ و دیگران، ۲۰۰۶). اعتیاد در بین نوجوانان و جوانانی که در برابر شرایط بحرانی و آسیب‌زای اعتیاد چنین مهارت‌هایی ندارند سرعت و آهنگ

بیشتری به خود می‌گیرد؛ از این‌رو در مددکاری فردی و گروهی، برنامه‌های مصون سازی کودکان و نوجوانان در برابر آسیب‌های اعتیاد از طریق پرورش اعتماد به نفس، فراگیری و تقویت مهارت‌های تصمیم‌گیری، برطرف ساختن کم‌رویی‌های بی‌جا و بی‌مورد، ایجاد گستاخی مطلوب در برابر پیشنهادهای خلاف، کاملاً میسر است (آقابخشی، ۱۳۷۹: ۳۷).

در نگاهی کلی به نظر می‌رسد سیاست‌های پیشگیری اولیه فاقد شفافیت و نهادی متولی است و در نتیجه با نقصان قوانین و ضمانت‌های اجرایی همراه است و همواره وزنه اعتبارات و بودجه‌ها در سیاست‌گذاری‌های کلان به سمت اقدامات مقابله‌ای و قهری بوده است. بنابراین ضرورت تدوین یک برنامه جامع ملی مبارزه با مواد مخدر در عرصه پیشگیری اولیه مبرهن و بدیهی است.

تردیدی نیست اقدامات پیشگیرانه در صورتی موفق خواهد بود که جامع، چند بخشی و مستمر باشد. چند بخشی یعنی میان دستگاه‌های فرهنگی کشور، همچون وزارت آموزش و پرورش، وزارت فرهنگ ارشاد اسلامی، صدا و سیما هماهنگی وجود داشته باشد. سازمان یا نهاد خاصی نیز باید مسئولیت آن را بر عهده بگیرد؛ یک بخش مقابله‌ای به وجود آید و برنامه جامعیت داشته باشد؛ یعنی از علوم مختلف کمک گرفته شود و جنبه‌های مختلف روان‌شناسی، جامعه‌شناسی، پزشکی و بهداشت عمومی، اقتصاد، ارتباطات، حقوق کیفری و مددکاری اجتماعی در آن مدنظر بوده باشند. در این صورت تداوم اقدامات امکان‌پذیر می‌گردد.

در این میان حرفه مددکاری اجتماعی در مقام رشته‌ای تخصصی، به دلیل جامعیت، اهلیت و ذات کاربردی و عملیاتی آن می‌تواند در سطوح و ابعاد مختلف برنامه ریزی، ارزیابی، اجرا و اقدام اجتماعی نقش کلیدی و ارزشمندی داشته باشد.

پیشنهادهای پژوهش

با توجه به یافته‌های پژوهش، پیشنهادهای زیر برای حل مسأله مورد پژوهش مطرح می‌گردد:

۱. بازنگری علمی برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در ایران با تمرکز بر برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در مدارس، به نحوی که هماهنگ با دیگر برنامه‌های مقابله‌ای باشد.
۲. تدوین برنامه جامع و کاربردی پیشگیری از اعتیاد در مدارس با رویکرد چند وجهی و ملی.

۳. توجه به حرفه مددکاری اجتماعی (در مقام رشته‌ای کاربردی و ارزشمند) در سطوح مختلف برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در مدارس.

منابع

فارسی

- آقابخشی، ح. (۱۳۷۹). مسائل اجتماعی و کاربرد حرفه مددکاری اجتماعی در پیشگیری اولیه از اعتیاد. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، سال اول، شماره ۴، صص: ۳۸ - ۳۲.
- آقابخشی، ح. (۱۳۸۸). *اعتیاد و آسیب‌شناسی خانواده؛ رویکرد مددکاری اجتماعی به مسائل و آسیب‌های جامعه‌ای*. تهران: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- پاشا میثمی، ع و دیگران. (۱۳۸۵). معتادان در خصوص اعتیاد و مشکلات جامعه چگونه می‌اندیشند؟. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران*، دوره ۶۴، شماره ۵، صص: ۴۳ - ۳۴.
- ثاقبی، ف. (۱۳۸۵). بررسی تأثیرات طرح‌های ملی پیشگیری از اعتیاد در تغییر آگاهی، نگرش و رفتار دانش‌آموزان دختر راهنمایی و پسر متوسطه مدارس استان مرکزی. اراک: شورای تحقیقات آموزش و پرورش استان مرکزی.
- خالقی‌پور، ش و یارمحمدیان، م ح. (۱۳۸۷). *مصرف موادمخدر و برنامه‌های پیشگیری در نوجوانان و جوانان*. تهران: انتشارات نقش مانا.
- خانکه، ح ر و دیگران. (۱۳۸۸). *پرستاری و اعتیاد*. تهران: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- راهب، غ و اقلیما، م. (۱۳۸۹). *روش‌های مددکاری اجتماعی در پیشگیری و درمان اعتیاد*. تهران: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- رحیمی موقر، آ و دیگران. (۱۳۷۶). *راهنمای پیشگیری و درمان اعتیاد*. تهران: انتشارات وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، سازمان بهزیستی کشور معاونت امور فرهنگی و پیشگیری.

- فلیک، ا. (۱۳۸۸). درآمدی بر تحقیق کیفی، ترجمه هادی جلیلی، چاپ دوم، تهران: نشر نی.
- کاکیا، ل. (۱۳۸۹). «اثر بخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی بر کاهش اعتیادپذیری در دانش‌آموزان دختر مقطع پیش‌دانشگاهی شهر تهران». *فصلنامه علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان*، شماره ۳، صص: ۳۶ - ۳۱.
- مجله بهداشت زنان. (۱۳۸۶). *آمار تکان‌دهنده اعتیاد دانش‌آموزان*، شماره ۱۰ و ۱۱، صص: ۳۶ - ۳۷.
- محمدی اصل، ع. (۱۳۸۵). *بزهکاری نوجوانان و نظریه‌های انحراف اجتماعی*. تهران: نشر علم.
- معصومی، ر. (۱۳۸۹). نقش سازمان‌های مردم‌نهاد در پیشگیری از اعتیاد. *مجله ایران - پاک*، شماره ۱۱، صص: ۲۲ - ۱۶.
- میری آشتیانی، ا. (۱۳۸۵). *مقدمه‌ای بر آسیب‌شناسی مسائل اجتماعی در ایران*. تهران: انتشارات فرهنگ گفتمان.

انگلیسی

- Conrad K M, Flay B R, Hill D. (1992). *Why children start smoking cigarettes: predictors of onset. British Journal of Addiction*, No. 17, PP: 11 - 24.
- Charlton A. (1995). *Smoking cessation in schools and colleges, Journal of Smoking-Related Disorders*, No. 5, PP: 289 - 294.
- Herbert J D, Gaudiano B A, Rheingold A, Myers V H, Dalrymple K, Nolan E M. (2005). *Social skills training augment the effectiveness of cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. Behavior Therapy*, No. 36, PP: 125 - 138.
- Kopelowicz A, Liberman R P, Zarate R. (2006). **Recent advances in social skills training for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin**. Available from <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/misc/terms.Html>, (Cited 2011 Feb 12).