

پیشگیری و کنترل پدیده اعتیاد و ارایه راهکارها: با رویکرد مدیریت شهری

دکتر مهران سهراب زاده

۲۰



پیشگیری
و کنترل پدیده اعتیاد
و ارایه راهکارها:
با رویکرد مدیریت شهری

دکتر مهران سهراب زاده

مجموعه گزارش های راهبردی در حوزه مواد مخدر در راستای بررسی، تحلیل و تبیین ابعاد و مولفه های سیاست های کلی نظام طراحی شده است. هر اثر نتیجه یک پژوهش علمی و با بررسی تحلیلی است، که به یکی از ابعاد بنیادی و کاربردی سیاستها توجه دارد. با توجه به اینکه سیاستهای کلی در یازده محور و رویکردهای نظام را در حوزه مبارزه با موادمخدر ارائه می دهد، بنابراین لازم است هر محور از دیدگاه دست اندرکاران، اساتید دانشگاه، پژوهشگران و مسئولین اجرایی مورد تامل و بررسی قرار گیرد. کمیته تخصصی مبارزه با موادمخدر مجمع تشخیص مصلحت نظام بنا دارد با نظر به پژوهش ها و بررسی های انجام شده پیرامون مولفه های اساسی سیاست های کلی یازده گانه به مناسبت هر محور تخصصی تحلیل ها و گزارشات راهبردی را ارائه دهد.

گزارش راهبردی (20)



گزارش راهبردی
پیشگیری و کنترل پدیده اعتیاد و آرایه راهکارها :
با رویکرد مدیریت شهری

دکتر مهران سهراب زاده

کمیته مبارزه با مواد مخدر
دبیر خانه مجمع تشخیص مصلحت نظام

پیشگیری و کنترل پدیده اعتیاد و آرایه راهکارها:

با رویکرد مدیریت شهری

- نویسنده: دکتر مهراڻ سهراڻزاده ● زیر نظر شورای علمی: کمیته مبارزه با موادمخدر مجمع تشخیص مصلحت نظام ● طراحی و صفحه‌آرایی: جامعه و فرهنگ ● شمارگان: 300 نسخه

همه حقوق مترتب بر این اثر متعلق به کمیته مبارزه با موادمخدر مجمع تشخیص مصلحت نظام است. استفاده از مطالب مندرج در این گزارش با ذکر ماخذ بلامانع است.

مسئولیت محتوای این گزارش بر عهده نویسنده است.

هرگونه پیشنهاد را به آدرس ذیل ارسال نمایید:

کمیته مبارزه با موادمخدر مجمع تشخیص مصلحت نظام

تهران: بلوار میرداماد، نفت شمالی، بین کوچه چهارم و ششم، شماره 10

تلفن: 22277261

بسمه تعالی

رؤسای محترم قوای سه‌گانه جمهوری اسلامی ایران دامت توفیقاته با سلام و تحیت، سیاست‌های کلی در باب موادمخدر نهایی و ابلاغ گردید، ولی این نگرانی همچنان باقی است که دست اندرکاران، بلای بزرگ و تهدید عظیمی را که از این سو متوجه کشور است به درستی برآورده نکنند و بازهم مشکلات بر روی هم متراکم شود. لذا از آقایان محترم انتظار می‌رود که هر کدام سهم دستگاه خود در اجرائی کردن این سیاست‌ها را با سرعت و قاطعیت و بدون فوت وقت به مرحله ی عمل برسانند.

والسلام علیکم

سید علی خامنه‌ای

85/7/10

امریه رهبر معظم انقلاب اسلامی حضرت آیت الله خامنه‌ای «مدظله العالی»
در مورد اجرای سیاست‌های کلی نظام در امر مبارزه با موادمخدر

فهرست مطالب

9	پیشگفتار
11	مقدمه
14	پیشگیری چیست؟
18	روش شناسی
20	یافته های پژوهش
23	ارزیابی از اولویت بندی مناطق از حیث آسیب های اجتماعی
29	راهبردها و برنامه های پیشنهادی به مدیریت شهری برای پیشگیری و مقابله با اعتیاد
33	راهبردها
34	گروه های هدف
35	زیر مجموعه ها و شرح وظایف دفاتر پیشنهادی پیشگیری در حوزه مدیریت شهری
39	منابع

به نام خدا

پیشگفتار

سند چشم‌انداز، معیارها و شاخص‌های قابل توجه‌ای برای جامعه‌ی ایرانی سال 1404 ترسیم کرده است. وضع مطلوبی که این سند وعده می‌دهد مستلزم اقدامات و برنامه‌های متعددی است که همه‌ی بخش‌های جامعه را دربر می‌گیرد. با این حال، موانع متعددی برای رسیدن به چنان جامعه‌ای در پیش روی ماست و نمی‌توان بی‌توجه به این موانع در فکر نیل به آن اهداف باشیم. بدون شک مساله موادمخدر و روان‌گردان یکی از مهم‌ترین موانع تحقق اهداف سند چشم‌انداز است. در حالی که حداقل 2 میلیون نفر از مردم ایران مواد مصرف می‌کنند و 8 میلیون نفر (خانواده مصرف‌کنندگان) بطور مستقیم با معضلات مصرف مواد مواجه هستند، در حالی که مساله موادمخدر از مهم‌ترین نگرانی‌ها و دغدغه‌های اکثریت مردم به‌شمار می‌رود و در حالی که هزینه اقتصادی سالانه موادمخدر بالغ بر ده هزار میلیارد تومان می‌شود و ... نیل به اهداف چشم‌انداز و تحقق جامعه‌ی مورد نظر نیازمند برنامه‌ها و اقدامات جدی‌تری در حوزه این معضل است.

در ادامه تولید 12 جلد گزارش راهبردی در سال 1389، مجموعه گزارشات راهبردی سال 1390 نیز با نگاه ویژه‌ای تلاش می‌کند ابعاد دیگری از مساله موادمخدر و روان‌گردان در ایران را آشکافی کرده و ایده‌های جدیدی برای سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و اقدام ارائه دهد. امید است سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان و مجریان این حوزه با

نظرداشت عمق معضل، وسعت نگرانی‌های جامعه و نیز تأکیدات مکرر اسناد بالادستی و مقامات ارشد جمهوری اسلامی برنامه‌ها و اقدامات واقع‌بینانه و موثری را برای کاهش آلام مردم شریف ایران در پیش گیرند.

این گزارش با عنوان "پیشگیری و کنترل پدیده اعتیاد و ارایه راهکارها: با رویکرد مدیریت شهری" توسط دکتر مهران سهراب زاده تهیه شده است که لازم است از زحمات ایشان و همچنین اعضای محترم کمیته تشکر و قدردانی نمایم.

علی هاشمی

رئیس کمیته مستقل مبارزه با موادمخدر

دبیرخانه مجمع تشخیص مصلحت نظام

مقدمه

اعتیاد مهم‌ترین آسیب اجتماعی است که ریشه در عوامل اجتماعی- روانی دارد و بر روان فرد و نیز بر جامعه اثر می‌گذارد. به عبارت دیگر رابطه‌ای سه‌جانبه‌ای است بین فرد، اعتیاد و جامعه. برای اعتیاد به مواد مخدر مراحل مطرح شده است که عبارتند از:

1. مرحله آشنایی (لذت عاطفی): در این مرحله شخص در اثر مجالست یا تشویق دیگران، یا میل به انجام یک کار تفریحی یا کنجکاوای یا علل دیگر مانند کسب لذت با مصرف مواد مخدر آشنا می‌شود.

2. مرحله میل به افزایش مواد (تحمل عاطفی): مصرف‌کننده به زودی نسبت به ماده کشش روز افزون پیدا می‌کند. میزان مصرف اولیه دیگر حالت نشئه به وجود نمی‌آورد و زمانی بعد همان مقدار اثر مطلوب را ندارد. در این مقطع شخص گام‌های پیشرو به سوی اعتیاد را سریع‌تر بر می‌دارد.

3. مرحله اعتیاد (محرومیت عاطفی): در این مرحله بعد از شک و تردید و حتی مدتی بعد از ترک اعتیاد، شخص سرانجام به مرحله اعتیاد واقعی می‌رسد که اگر مواد مخدر کم یا بدون رعایت ترکیبات لازم ناگهان قطع شود نشانه‌های محرومیت بروز می‌کند (رنوفی، 1378: 8).

به طور خلاصه می‌توان گفت، رشد اعتیاد از طریق مراحل زیر صورت می‌گیرد؛ 1. مصرف آزمایشی. 2. مصرف منظم‌تر مواد. 3.

تحمل: حالتی که فرد پاسخ کوتاه تری به مواد می دهد (کم اثر شدن تاثیر ماده مصرفی) بالاتر رفتن دوز مصرف برای رسیدن به اثر بیشتر ماده 4. وابستگی.

در تبیین اینکه چرا مردم به مواد وابسته می شوند، رویکردهای مختلفی مطرح شده است. اولین رویکرد، معطوف به اثرات عصبی - زیست شناختی ماده است و وابستگی دارویی را از لحاظ زیست شناختی تبیین می کند. رویکرد دوم، روان شناختی است و تبیین های آن حول الگوهای رفتاری و تفاوت های فردی متمرکز است. رویکرد نهائی، رویکردهای اجتماعی - فرهنگی است و تبیین های آن متمرکز بر عوامل فرهنگی و محیطی است که احتمال وابستگی دارویی را افزایش می دهد. نظریه های جامعه شناختی به بررسی ساختارهای اجتماعی و رفتار اجتماعی می پردازند. بنابراین مصرف مواد را در یک بافت اجتماعی مطالعه می کنند. دیدگاه جامعه شناختی اغلب مصرف مواد را محصول وضعیت ها و روابط اجتماعی ای می داند که باعث ایجاد ناامیدی، ناکامی، محرومیت و احساس عمومی از خود بیگانگی در میان بخش های آسیب پذیر جمعیت می شوند (بیرناکی، 1986). موسسه ملی مصرف مواد مخدر (1987) عواملی را که با مصرف مواد توسط جوانان همبستگی مثبت دارند، به طور خلاصه بیان کرده است، این عوامل اغلب در محیط های اقتصادی - اجتماعی محروم یافت می شوند (آبادینسکی: 1385: 205-212). این عوامل عبارتند از:

- خانواده هایی که اعضای آنها سابقه مصرف الکل و یا سابقه جرم و رفتار غیر اجتماعی دارند.
- سرپرستی ناقص والدین با واکنش هایی از سهل انگاری تا خشونت در نوسان است.
- پذیرش یا مصرف مواد خطرناک توسط والدین.
- دوستانی که مواد مخدر مصرف می کنند.
- بچه هایی که در سال های آخر تحصیلات ابتدایی ناموفق بوده اند و به هنگام نوجوانی اصلاً به مدرسه علاقه ای ندارند.
- بچه هایی که از خود بیگانه و شورش هستند.
- رفتار غیر اجتماعی در اوایل نوجوانی و به ویژه رفتار پرخطرگرانه.

برخی از مطالعات به این نکته پی برده اند که مصرف مواد مخدر در بین نوجوانان متأثر از احساس خستگی مداوم و افسردگی است. علاوه بر این، بر خلاف برداشت معمول، پژوهش ها می گویند: مصرف مواد مخدر به طور معمولی یک فعالیت گروهی است که جوانان یکپارچه و متحد به طور اجتماعی انجام می دهند (گلاسنیر و لاولین، 1989). این مساله، در تضاد با برخی دیدگاه های روان شناختی، معتقد است مصرف کنندگان نوجوان مواد مخدر، به لحاظ اجتماعی آدم های شایسته و توانا هستند. مطالعات جامعه شناختی اغلب دیدگاه های متضاد در باب مصرف کننده نوجوان، که یا او را منزوی و منحرف و یا هم رنگ با جماعت می دانند را به چالش می کشند. جامعه شناسی همچنین به ما تذکر می دهد، مصرف موادی را که تابع موقعیت و زودگذار است از مصرف موادی که وابستگی و اعتیاد می آورند جدا کنیم (شورای مشورتی سوء مصرف مواد مخدر، 1998: XII).

مبارزه با مواد مخدر بر سه روش کلی مبارزه با عرضه، درمان معتادان و فعالیت های پیشگیری در جهت کاهش تقاضا استوار است. اگرچه مبارزه با عرضه مواد بسیار ضروری است و بدون آنها مشکل اعتیاد بسیار بدتر از امروز می بود، لیکن این تلاش، مشکل سوء مصرف و اعتیاد را از بین نبرده است. مطالعات مختلف نشان داده اند که تا وقتی تقاضا برای مواد زیاد است عرضه را نمی توان خیلی پایین آورد. از طرف دیگر رویکرد درمانی نیز با مشکلات بسیاری مواجه است. بسیاری از افرادی که برای درمان مراجعه می کنند دچار عرضه های جسمی، روانی و اجتماعی جدی شده اند که برطرف کردن آن هزینه، وقت و انرژی زیادی در بر دارد و میزان موفقیت نیز نامعلوم است. البته به دلیل پیچیدگی مشکلات اعتیاد، ساختار درمانی پیچیده ای مورد نیاز است تا همه ابعاد زندگی الگوی رفتار مختلف معتادان را در بر گیرد، ساختارهایی مانند درمانگاه های ویژه معتادان، مراکز سم زدایی و بازپروری، کارگاه های حرفه ای و جوامع درمانی.

رویکرد پیشگیری در جهان عمر کوتاه تری دارد و از سی سال پیش به تلاش و مبارزه علیه اعتیاد اضافه شده است. بررسی ها نشان می دهد که رویکرد پیشگیری نیز می بایست در کنار مبارزه با عرضه و رویکرد درمانی مورد توجه قرار گیرد. از سال 1980 میزان شیوع اعتیاد در کشورهایی که فعالیت های پیشگیری از اعتیاد را از طریق کاهش تقاضا با جدیت پیگیری می نمایند، کاهش قابل ملاحظه ای یافته است. به عنوان مثال، تعداد مصرف کنندگان مواد مخدر در امریکا در سال 1990، نسبت به سال 1985 به نصف تقلیل یافته است، که این تغییر مدیون فعالیت های پیشگیری از اعتیاد بوده است.

پیشگیری چیست؟

لغت «پیشگیری»، یعنی جلوگیری از وقوع یک اتفاق. از نظر بهداشتی، پیشگیری عبارت است از مداخله ای مثبت و اندیشمندانه برای مقابله با شرایط مضر قبل از اینکه منجر به اختلال یا ناتوانی شود. هدف از پیشگیری اولیه، پیشگیری از شروع اختلال است که منجر به کاهش میزان بروز^۱ و در نتیجه، کاهش میزان شیوع^۲ می گردد که شامل موارد ذیل است:

1. از بین بردن علل
2. کاهش عوامل مخاطره آمیز
3. افزایش مقاومت در فرد
4. جلوگیری از سرایت بیماری.

در ایران نیز سازمان بهداشتی کشور، برنامه ریزی برای پیشگیری از اعتیاد را ابتدا در قالب برنامه های پیشگیری از آسیب های اجتماعی و سپس به دلیل شیوع روز افزون آن به طور جداگانه مد نظر قرار داد.

1-Incidence

2-Prevalence

مراحل طی شده را می‌توان به سه دوره تقسیم کرد (پارسا:1383):

"مرحله اول: انجام طرح های بزرگ و متمرکز از حدود سال 1371، در این مرحله فعالیت هایی خاص پیشگیری از اعتیاد انجام نمی گرفت، لذا طرحی با نام پیشگیری از آسیب های اجتماعی تدوین شد و در استان هرمزگان به اجرا درآمد. در این طرح متخصصان و کارشناسان ستادی با توجه به دانش خود تصمیم گرفته بودند با ارائه کتابچه و بروشور به منازل مردم و همینطور پخش تراکت و پوستر در شهرها و بهره گیری از اجرای همایش و راه پیمایی به آنها یاد بدهند که چگونه می توانند خود و خانواده شان را از خطر آسیب های اجتماعی برهانند.

مرحله دوم: انجام طرح های منطقه ای با مشارکت بین بخشی بود که از سال 1373 تا 1381 به منظور کاهش تقاضا در استان های متعددی به صورت منطقه ای طراحی و برنامه ریزی گردید. رؤس فعالیت های پیش بینی شده به منظور پیشگیری از اعتیاد در این استان ها عبارت بودند از:

1. تشکیل تیم تخصصی ویژه در استان و آموزش آنان در زمینه اعتیاد و انتقال آموزش از تیم تخصصی فوق به کارکنان آموزشی و بهداشتی، والدین، دانش آموزان دبیرستان ها و دیگر گروه های در معرض خطر.
2. برگزاری سمینارهایی جهت آگاه سازی و توجیه مدیران ادارات و دوایر دولتی و روحانیون در مورد ابعاد مختلف اعتیاد و چگونگی پیشگیری از آن.
3. آگاه سازی عمومی از طریق صدا و سیما، مطبوعات، ائمه جمعه و جماعات.
4. افزایش فعالیت های فرهنگی، ورزشی و هنری به عنوان فعالیت های جایگزین و بهینه سازی استفاده از اوقات فراغت.
5. تشویق به راه اندازی تشکل های مردمی در زمینه پیشگیری از اعتیاد.
6. ارتقاء و گسترش مراکز خدمات مشاوره ای به منظور ارائه مشاوره به افراد در معرض خطر.
7. شناسایی کارکنان معتاد ادارات و ارجاع آنان برای درمان.

8. فراهم سازی امکانات درمان سرپایی و بستری برای معتادان داوطلب درمان.

9. انجام مطالعات همه گیر شناسی و پژوهش‌های مرتبط با سوء مصرف مواد در استان، (پیشین).

مرحله سوم: طرح پیشگیری اجتماع محور، این طرح از حدود سال های 1381 پیگیری شد. طی سال های اخیر سطح توان کارشناسی استان ها ارتقاء پیدا کرد بود، لذا بحث مشارکت با محوریت اجتماع در سال 1381 رویکرد غالب در طرح های پیشگیری از اعتیاد گردید، دیدگاه عموم معاونان و کارشناسان پیشگیری در این زمان بر اصول زیر مبتنی بود: تقویت و حمایت برنامه های آموزشی درون استانی، بستر سازی، مناسب سازی و حمایت از سازمان های مردم نهاد، تلاش برای برنامه ریزی برای سازمان های مردم نهاد محلی، مشارکتی کردن اجرای طرح به صورت داوطلبانه، اصلاح طرح از حالت جامع به حالت منطقه ای و اجرای طرح های پیشگیری از اعتیاد به صورت اقلیمی. این راهکارها ضرورت انجام یک برنامه ریزی مشارکتی را در اجتماعات کوچک نشان می داد. هدف غایی طرح پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد چیزی نبود جز ارتقاء سلامت روانی و اجتماعی و اهداف اختصاصی آن عبارت بودند از: 1. کاهش بروز و شیوع سوء مصرف مواد در جامعه 2. ارتقاء عوامل محافظتی 3. کاهش عوامل خطر و راهبردهای این برنامه نیز عبارت بودند از: آموزش و آگاه سازی، پژوهش، توانمند سازی فردی، حمایت گیری، آفرینش محیط حمایت گر و مقتدر سازی (پارسا، 1383).

به طور کلی رویکردهای رایج در آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد را تحت پنج رویکرد یا استراتژی طبقه بندی کرده اند (محسنی تبریزی 1387: 10-12).

1. رویکرد آگاه سازی¹

2. رویکرد پرورش عاطفی²

3. رویکرد جایگزین یا بدیل¹

4. رویکرد نفوذ اجتماعی²

5. رویکرد یکپارچه نفوذ اجتماعی³

- رویکرد آگاه سازی بر مبنای نظریه عقلانی رفتاری انسان پایه‌ریزی شده است. (Elickson , Bell and Mc Gijjan , 1993) . بدین معنی که سوء مصرف مواد ممکن است به دلیل فقدان آگاهی کافی درباره پیامدهای مضر مصرف مواد باشد و چنین فرض می شود که اگر به افراد اطلاعات و آگاهی دقیقی در خصوص خطرات مصرف مواد داده شود، آنها احتمالاً شیوه های منطقی تری در مواجهه با این مساله اتخاذ خواهند کرد.

- فرض تلویحی رویکرد پرورش عاطفی برای تبیین شروع مصرف مواد، این فرض اساسی است که افرادی با ویژگی های معین، بیش تر از دیگر افراد در معرض خطر هستند. بنابراین راه حلی که باید در برنامه های پیشگیری گنجانده شود در واقع پرورش و تقویت رشد عاطفی افراد است (Kearney and Gilchrist , 1983) .
(Hines , 1980) رویکرد پرورش عاطفی بر رشد اجتماعی و شخصی افراد تاکید می کند. تمرکز بر این مولفه های رشدی به منظور غلبه بر یافتن بر ضعف هایی است که گمان می رود خطر سوء مصرف مواد را افزایش می دهند. پرورش ویژگی هایی چون عزت نفس بالا، بیش شخصی، خودآگاهی، خویششن شناسی، تصمیم گیری مسوولانه، بهبود روابط بین فردی از طریق آموزش ارتباط عاطفی، مشاوره همسالان، افزایش توانایی افراد به منظور کام روا ساختن نیازهای شخصی از طریق موسسات و نهادهای اجتماعی موجود (Jones and Battjas , 1985 , Kim , 1988m Jreutterand others 1991)

1-Alternative Approach

2-(Social Influence Approach

3-Integrated Social Influence Approach

- مدل اساسی در رویکرد جایگزین عمدتاً درگیر ایجاد مراکزی است که مهیا کننده فعالیت ویژه با مجموعه فعالیت هایی ویژه است (مثل مراکز ورزشی، مراکز کارهای ذوقی و هنری، فعالیت های گردش گری علمی، سرگرمی و ...). در این مدل چنین فرض می شود که اگر بتوان نوجوانان را با تجربه زندگی واقعی (Real - Life Experiences) مواجه کرد، تجربه ای که در واقع جذاب تر از مصرف مواد است. آنها کمتر درگیر مواد خواهند شد. در برنامه های رویکرد بدیل سعی می شود تا شیوه ای را که افراد بدان وسیله خودشان و دیگران و دنیا را می بینند (احساس می کنند)، تغییر دهند. یعنی هدف تغییر حالت شناختی - عاطفی به منظور بهبود بخشیدن و تقویت کارهای گروهی، افزایش حس اعتماد به نفس و عزت نفس است (Botvin eds , 1980 , Donaldson and others , 1994).

- در رویکرد نفوذ اجتماعی توجه به نوعی از پیشگیری است که عمدتاً بر مبنای نظریه شناختی - اجتماعی (Social Cognitive Theory) آلبرت باندورا (Bandura , 1997) بنیان نهاده شده است. به عنوان مثال از این منظر سیگار کشیدن نوجوانان نتیجه فشارهای اجتماعی (یعنی پیام های ترغیب کننده) از طرف همسالان و رسانه های تلقی می شود (Botvin , 1993). این فشارها به طرق مختلفی اعمال می شوند. مثل پیشنهاد از طرف دوستان و همسالان، ابزارهای تبلیغاتی و نظایر آن. رویکرد نفوذ اجتماعی عمدتاً در برگیرنده دو یا تعدادی از این مولفه ها است:

1. ایمن سازی روانی^۱
2. تصحیح انتظاراتی هنجاری^۲
3. آموزش مهارت های مقابله^۳

روش شناسی

1-psychological Immunelation)

2-Correcting Normative Expectations

3-Coping Skills Training

الف. نوع روش تحقیق

1. **مطالعات اسنادی:** به منظور آشنایی با مفهوم اعتیاد، مواد مخدر، علل و عوامل موثر بر اعتیاد، پیشینه و توجیهات نظری، مفهوم پیشگیری و انواع آن، جایگاه قانونی و نقش دستگاه های اجرایی در عرصه پیشگیری، مفهوم مدیریت شهری و نقش آن در پیشگیری از آسیب های اجتماعی و به ویژه اعتیاد از روش مطالعه اسنادی استفاده شده است.

2. **مصاحبه:** برای اطلاع از اقدامات و فعالیت های دستگاه های اجرایی از قبیل سازمان بهزیستی، ستاد مبارزه با اعتیاد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان زندان های کشور، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، موسسه تحقیقاتی داریوش، وزارت آموزش و پرورش و... از طریق مصاحبه با مدیران و کارشناسان ذیربط اقدام به جمع آوری اطلاعات شده است.

3. **پیمایش:** در این پژوهش همچنین از روش تحقیق پیمایشی استفاده شده است و ابزار مورد استفاده آن نیز پرسشنامه بوده که به منظور پی بردن به نظرات کارشناسان حوزه پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر مورد استفاده قرار گرفته است.

ب. سئوالات تحقیق

- چه نقدی بر عملکردها، برنامه ها، سیاست ها و راهبردهای مرتبط با امر پیشگیری وجود دارد؟

- دیدگاه های کارشناسان در زمینه گروه های هدف کدام است؟

- دیدگاه های کارشناسان در زمینه مبنای نظری و توجیه علمی

گرایش به اعتیاد چیست؟

- نقطه نظرات کارشناسان در زمینه آسیب پذیری مناطق شهری

چگونه است؟

- ارزیابی کارشناسان از پتانسیل های موجود در شهرداری که به

نحوی قابلیت بهره برداری در زمینه درمان و پیشگیری از سوء مصرف

مواد را دارد چگونه است؟

- نقطه نظرات کارشناسان در زمینه حوزه‌های فعالیت و بسترهایی که برای نقش مدیریت شهری برای پیشگیری از اولویت برخوردار چیست؟

- دیدگاه کارشناسان در مورد عضویت مستقیم مدیریت شهری در ستاد مبارزه با مواد مخدر و دلایلی که در این زمینه ابراز می‌دارند به چه صورتی است؟

ت. جمعیت آماری و مشخصات پاسخگویان

جمعیت آماری تحقیق به صورت سرشماری شامل 40 نفر از کارشناسان دفاتر پیشگیری سازمان‌هایی است که به نحوی با امر پیشگیری از اعتیاد در ارتباط هستند، که از طریق ارایه معرفی نامه و جلب همکاری آنان صورت گرفت. این مراکز شامل: ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری، سازمان بهزیستی کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، سازمان زندان‌های کشور و وزارت آموزش و پرورش است. در ضمن تعدادی از پرسشنامه‌ها نیز توسط کارشناسان حوزه آسیب‌های اجتماعی و اداره سلامت شهرداری تهران تکمیل گردیده است

ث. ابزار جمع‌آوری اطلاعات

با استفاده از پرسشنامه، شامل طیف یا مقیاس، سئوالات بسته و باز اطلاعات مورد نظر جمع‌آوری گردیده است

یافته‌های پژوهش

الف. ویژگی‌ها و مشخصات پاسخگویان

جدول 1. تجربه فعالیت پاسخگویان در حوزه کارشناسی اعتیاد

ردیف	سال‌های فعالیت در امر درمان و یا پیشگیری	فراوانی	درصد
1	کمتر از 5 سال	11	27/5
2	5 تا 10 سال	12	30
3	11 تا 15 سال	8	20
4	16 تا 20 سال	5	12/5
5	21 سال و بیشتر	4	10
	جمع	40	100

همانگونه که در جدول بالا مشاهده می‌شود، حدود 30 درصد پاسخگویان بین 5 تا 10 سال در حوزه فعالیت‌های پیشگیری و درمان معتادان انجام وظیفه کرده‌اند و 27/5 درصد نیز کمتر از 5 سال در این حوزه فعالیت داشته‌اند و 20 درصد هم بین 11 تا 15 سال در زمینه خدمات پیشگیری سابقه فعالیت داشته‌اند و 22 درصد نیز بیشتر از 16 سال سابقه کار در این زمینه را مدعی شده‌اند.

جدول 2. نوع فعالیت و تخصص پاسخگویان

ردیف	نوع فعالیت پاسخگویان	فراوانی	درصد
1	بیشتر علمی و آکادمیک	4	10
2	بیشتر ستادی و کارشناسی	25	62/5
3	هر دو	11	27/5
	جمع	40	100

بر اساس نتایج جدول بالا مشاهده می‌شود که قریب به 62 درصد پاسخگویان اکثر فعالیت شان ستادی و کارشناسی و 27/5 درصد هم ابراز داشته‌اند فعالیت شان طی سال‌های خدمت هم علمی و آکادمیک و هم ستادی و کارشناسی بوده است. تنها 10 درصد پاسخگویان ابراز داشته‌اند فعالیت هایشان بیشتر علمی و آکادمیک بوده است.

جدول 3. ارزیابی از گروه‌های هدف ذیل از نظر تأثیرشان در پرهیز

دادن از مصرف مواد مخدر

پزشکان	معتادین بزرگ	کامه فیلم‌ها و برنامه‌های صدا و سما	هم‌پیشه	معلمان و اساتید	بنیادهای مردمی	مطبوعات	رو‌عائینون	دوستان	والدین	2 3
59	77	80	72	87	82	59	35	89	90	تأثیر بالا
41	23	20	28	13	18	41	65	11	10	تأثیر پایین

در بررسی این پرسش که از گروه‌های هدف فوق کدامیک بیشترین تأثیر را در پرهیز دادن افراد از مصرف مواد نقش مؤثر ایفا می‌کنند، نتایج به دست آمده در جدول بیانگر آن است که والدین با

90 درصد (امتیاز 6 الی 9) و دوستان فرد با 89 درصد، معلمان و اساتید با 87 درصد و نهادهای مردمی با 82 درصد و فیلم ها و برنامه‌های صدا و سیما با 80 درصد تأثیر مثبت و هنرپیشه های معروف و محبوب جوانان با 72 درصد و معتادین ترک کرده ای که در زمینه مبارزه با اعتیاد همکاری می کنند با 77 درصد در مرتبه های بعد قرار می گیرند.

جدول 4. ارزیابی از اقدامات پیشگیرانه براساس نتایج حاصل از مطالعات

علمی ویا تجربی طی 5 سال گذشته

مؤلفه ها	بسیار زیاد %	زیاد %	تاحدودی %	کم %	خیلی کم %
تناسب میان هزینه ها و امکانات صرف شده با راهبردهای پیشگیری از سوء مصرف مواد	2/5	7/5	50	17/5	22/5
تناسب خط مشی های پیشگیری با راهبردهایی که بدین منظور طراحی شده اند.	0	25	37/5	25	12/5
تناسب اهداف با راهبردهای مذکور	2/5	20/5	46	23	7/7
تناسب وظایف با راهبردهای مذکور	2/5	13	44	33	7/5
انسجام و هماهنگی دستگاه های ذیربط در تحقق اهداف پیشگیری	0	15	28	23	34

نتایج بیانگر آن است که درخصوص تناسب میان هزینه‌های صرف شده با راهبردهای پیشگیری 40 درصد پاسخگویان این رابطه را در حد کم و خیلی کم ارزیابی کرده‌اند و در باره تناسب میان خط مشی های پیشگیری با راهبردهای مربوطه 38 درصد آن را در حد کم ارزیابی می کنند و 38 درصد نظر میانه را برگزیده اند و 25 درصد نیز این تناسب را در حد زیاد ارزیابی می کنند. در زمینه تناسب میان اهداف پیشگیری با راهبردها 23 درصد در حد کم و 46 درصد در حد میانه و 15 درصد هم در حد زیاد ارزیابی کرده‌اند. در مورد انسجام و هماهنگی دستگاه های ذیربط در امر پیشگیری 57 درصد

از این ارتباط خشنود نیستند و آنرا ناکافی ارزیابی می کنند و 28 درصد در حد متوسط و 15 درصد نیز آن را در حد قابل قبول ارزیابی می کنند.

جدول 5. ارزیابی از نحوه تخصیص بودجه های مبارزه با اعتیاد

مؤلفه ها	اولویت اول	اولویت دوم	اولویت سوم	اولویت چهارم
پیشگیری اولیه: مصون سازی	73%	24%	2/5%	0
پیشگیری ثانویه و درمان معنادان	5%	67%	15/4%	7/7%
پیشگیری ثالث: توانمندسازی	15%	47/5%	30%	7/5%
پیشگیری زیربنایی: توجه به نسل های آینده و ازدواج های آتی بر مبنای مطالعات ژنتیکی	58%	5%	13%	24%

در خصوص سرمایه گذاری و تخصیص بودجه ها در بین چهار روش: پیشگیری اولیه ، ثانویه ، ثالث و زیربنایی، نتایج جدول بیانگر آن است که قریب به اکثریت پاسخگویان (73 درصد) معتقدند (در اولویت اول) بهتر است بودجه ها بیشتر در زمینه مصون سازی و پیشگیری اولیه اختصاص یابد و 58 درصد نیز اولویت اول را به پیشگیری زیر بنایی داده اند (هرچند دانش آن گام های اولیه خود را طی می کند). روش های پیشگیری ثانویه و ثالث بر روی هم 20 درصد را در اولویت اول شامل می شود. متقابلاً در اولویت دوم روش پیشگیری ثانویه 67 درصد و پیشگیری ثالث 47 درصد را به خود اختصاص داده اند.

ارزیابی از اولویت بندی مناطق از حیث آسیب های اجتماعی

بر اساس نتایج به دست آمده بیشترین اتفاق نظر در خصوص وضعیت حاد و نابهنجار مناطق شهری شهر تهران به صورت ذیل توسط پاسخگویان ارایه شده است: منطقه 20 با 12 درصد در رتبه اول و پس از آن منطقه 17 با 11/4 درصد در رتبه دوم و سپس مناطق 7 و 8 هریک با 9/2 درصد در مرتبه سوم، منطقه 16 با 8/7 درصد در مرتبه چهارم و مناطق 15 و 12 با 6/5 درصد در رتبه پنجم و منطقه 21 با 6 درصد در مرتبه ششم اولویت قرار می گیرند.

جدول 6. ارزیابی از اولویت گروه های هدف مرتبط با امکانات حوزه

مدیریت شهری

بی اطلاع	خیلی کم	کم	تا حدودی	زیاد	بسیار زیاد	حوزه های فعالیت
-	2/5	2/5	25	45	25	امکانات فرهنگسراها
5	10	10	47	23	5	خانه های کودک و اسباب بازی
2	2	5	20	38	33	خانه های مشاوره شهرداری
-	3	10	23	23	41	خانه های بهداشت و سلامت
-	3	22	32	24	19	مشاوره تلفنی در صورت ایجاد آن
-	11	24	41	16	5	گرمخانه ها و شلترها
-	11	11	35	32	11	ایستگاه های مترو و اتوبوس و بیلوردهای شهرداری
4	-	7	29	39	21	انجمن های محله ای و شورایی ها
2	-	5	29	47	17	پایگاه های مددکار شهر
5	5	19	54	17	-	مراکز نگهداری متکدیان
5		5	42	38	10	مراکز DIC طرف قرارداد با شهرداری
-	5	14	22	51	8	کلینیک های مددکاری طرف قرارداد با شهرداری
2	3	11	27	35	22	مرکز جامع خدمات اجتماعی و حمایتی شهر تهران

نتایج به دست آمده حاکی از آن است که خانه های مشاوره با 71 درصد موافقت (زیاد و خیلی زیاد) در مرتبه اول و پس از آن امکانات فرهنگسراها با 70 درصد موافقت در رتبه دوم و خانه های سلامت و سلامت یاران با 64 درصد و پایگاه های مددیار نیز با 64 درصد در رتبه سوم و انجمن های محله ای و شورایی ها با 60 درصد موافقت (زیاد و خیلی زیاد) در مرتبه چهارم و مرکز جامع خدمات اجتماعی و حمایتی با 59 درصد در مرتبه پنجم اهمیت از حیث قابلیت و توان

کمک به امر پیشگیری از نظر پاسخگویان قرار دارند. همچنین مراکز نگهداری متکدیان با 54 درصد و خانه های اسباب بازی با 47 درصد و مراکز DIC طرف قرارداد با شهرداری با 42 درصد تا حدودی مورد تایید پاسخگویان قرار داشته اند.

جدول 7. گروه های هدفی که از نظر مخاطب قرار گرفتن در برنامه های پیشگیری از اهمیت و اولویت برخوردارند.

درصد اهمیت			مؤلفه ها
بالا	متوسط	پایین	
59	13/5	27	معتادان بی خانمان
64	12	24	معتادان دارای خانواده و سرپناه
66	26	8	خانواده و همسران افراد معتاد
38	46	16	مربیان بسیجی
72	26	25	دوستان و همسالان و هم محله ای ها به طور اعم
55	40	5	زنان بدون سرپرست شناسایی شده در محلات
74	26	-	خانواده ها به طور اعم در سطح جامعه
32	51	17	مربیان بسیجی مدارس
53	36	11	دفاتر مشاوره
61	39	-	نهادهای مردم نهاد
53	41	6	کارکنان ادارات
94	6	-	دانش آموزان
84	11	5	دانشجویان
44	50	6	کسبه محلات
48	41	11	هنرمندان
48	29	23	متکدیان

بر اساس نتایج جدول فوق، دانش آموزان و دانشجویان به ترتیب با 94 و 84 درصد موافقت بالا در مرتبه نخست و خانواده ها به طور اعم در سطح جامعه و دوستان و همسالان و هم محله ای ها به طور اعم به ترتیب با 74 و 72 درصد در مرتبه بعد قرار می گیرند، همچنین خانواده و همسران افراد معتاد و معتادان دارای خانواده و

سرپناه به ترتیب با 66 و 62 درصد در مرتبه های بعدی جدول قرار دارند.

جدول 8. حوزه های پیشنهادی فعالیت مدیریت شهری برای اقدام

در امر پیشگیری

مؤلفه‌ها	بسیار زیاد %	زیاد %	تاحدودی %	کم %	خیلی کم %
کمک به توانمندسازی افراد غیر معتاد و در معرض آسیب در محلات شهری	50	42	8	-	-
کمک به تأسیس مراکز بازپروری و درمان معتادان	36	17	44	3	-
جلب مشارکت‌های مردمی در کمک به خانواده‌های افراد معتاد و نیازمند	50	30	11	8	-
برگزاری دوره های آموزشی و توجیهی برای خانواده‌ها در مورد نحوه تعامل با عضو معتاد خانواده	63	21	10	6	-
آگاهی دادن مردم با بهره‌گیری از امکانات اطلاع رسانی شهرها	60	27	11	2	-
حمایت از فعالیت‌های پژوهشی استادان و محققان دانشگاهی در زمینه آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد	46	38	11	5	-
تحت پوشش قرار دادن معتادان بی‌خانمان و بی سرپناه	34	34	14	11	7
حمایت از کمپ‌های ترک اعتیاد و DIC ها	44	33	14	5	4

بر اساس نتایج جدول بالا پاسخگویان تقریباً از همه حوزه های مطرح در جدول به عنوان وظایف مدیریت شهری ابراز حمایت کرده اند و خواهان مشارکت جدی مدیریت شهری در این حوزه ها شده

اند. در مجموع طرح "کمک به توانمند سازی افراد غیر معتاد و در معرض آسیب در محلات شهری" با 92 درصد موافقت (زیاد و خیلی زیاد) در مرتبه نخست و پس از آن طرح "آگاهی دادن مردم با بهره‌گیری از امکانات اطلاع رسانی شهرها" با 87 درصد (موافقت زیاد و خیلی زیاد) و طرح "حمایت از فعالیت‌های پژوهشی استادان و محققان دانشگاهی در زمینه آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد (با 84 درصد) و برگزاری دوره های آموزشی و توجیهی برای خانواده‌ها در مورد نحوه تعامل با عضو معتاد خانواده (با 84 درصد) در مرتبه های دوم و سوم جدول قرار می گیرند و همچنین "جلب مشارکت‌های مردمی در کمک به خانواده‌های افراد معتاد و نیازمند" (با 80 درصد) در رتبه چهارم از اهمیت قرار دارد. به علاوه حمایت از کمپ‌های ترک اعتیاد و DICها (با 77 درصد موافقت) و تحت پوشش قرار دادن معتادان بی‌خانمان و بی سرپناه (با 68 درصد) در مرتبه های بعدی اهمیت قرار می گیرند.

جدول 9. ارزیابی از ضرورت عضویت و ایفای نقش فعال تر مدیریت

شهری در ستاد مبارزه با مواد مخدر

بسیار زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم
13	14	5	6	2
32/5 درصد	35 درصد	12/5 درصد	15 درصد	5 درصد

همانگونه که نتایج جدول نشان می‌دهد 67/5 درصد پاسخگویان با عضویت مستقیم شهرداری در ستاد مبارزه با مواد مخدر و ایفای نقش فعال تر در این زمینه موافقت دارند. همچنین 12/5 درصد پاسخگویان تا حدودی موافق و قریب به 20 درصد پاسخگویان نیز موافقت کم و خیلی کم خود را در این زمینه ابراز داشته اند.

دلایل پاسخگویان در مورد ضرورت ورود مدیریت شهرداری به عرصه پیشگیری و مبارزه با اعتیاد: به علت مدیریت توانمند شهرداری، دسترسی مردم به مجموعه‌های شهرداری، به واسطه وجود شورایاری‌ها، سلامت یاران و رابطین سلامت، داشتن پایگاه‌های مردمی در دل جامعه، امکانات کالبدی و مالی مورد نیاز طرح

پیشگیری، شهرداری داعیه سلامت اجتماعی و شهر سالم را دارد، در اختیار داشتن منابع مالی مورد نیاز، تجربه شهرداری‌ها در سایر کشورهای جهان، دارا بودن امکان همکاری با سایر دستگاه‌ها، نقش موثری که شهرداری در کنترل اجتماعی می‌تواند بر عهده داشته باشد، فراگیر بودن حوزه فعالیت‌های شهرداری، شهرداری به عنوان یک نهاد اجتماعی مطرح است.

پیشنهادات کارشناسان در خصوص اهداف کلان پیشگیری

- مصون سازی آحاد جامعه
- مصون سازی جوانان
- ایجاد محیط سالم و امن (جامعه سالم)
- کاهش عوامل خطر ساز و افزایش عوامل محافظت کننده از اعتیاد
- برنامه‌ریزی برای آموزش مهارت های زندگی و توانمندسازی اقشار جامعه

- ایجاد جامعه سالم و با نشاط
- ارتقای سلامت روانی آحاد جامعه
- سیاست گذاری در زمینه کاهش مصرف دخانیات

پیشنهادات کارشناسان در خصوص اهداف خرد و فرعی پیشگیری

- آموزش مهارت‌های زندگی به جوانان
- آموزش در سطوح دبستان و دبیرستان و دانشگاه‌ها
- برنامه‌ریزی برای پیشگیری در محیط‌های کار، آموزش، خانواده
- توجه به گروه‌های پایه جمعیتی در امر پیشگیری
- سالم سازی محلات و محیط‌های آموزشی
- افزایش دانش و اطلاعات مردم در زمینه سوء مصرف مواد مخدر
- حمایت از گروه‌های مردم نهاد (NA) در زمینه کنترل جامعه

معتادین

- برنامه ریزی برای ارتقاء سطح زندگی آحاد جامعه
- برگزاری سمینارها و همایش‌های علمی در زمینه پیشگیری و درمان اعتیاد
- بهره‌گیری از اجتماعات نظیر انجمن های محله‌ای، انجمن اولیاء و مربیان و خانواده‌ها

- ایجاد دروس و واحدهای درسی اعتیاد شناسی در نظام آموزشی
- بهره‌گیری از رسانه ملی برای اطلاع‌رسانی
- توجه خاص به افراد در معرض خطر از جمله افراد خانواده های معتاد و ساکنان برخی از محلات آسیب پذیر

راهبردها و برنامه های پیشنهادی به مدیریت شهری برای پیشگیری و مقابله با اعتیاد

راهبرد برنامه، وضع الگوی رفتاری، پرسپکتیو، سیاست یا تصمیمی است که سمت و سوی دیدگاه ها و جهت حرکت سازمان را نشان می‌دهد. راهبرد می‌تواند تحت سطوح سازمانی، وظایف و محدوده زمانی متفاوت تعریف شود. برنامه ریزی راهبردی گونه‌ای از برنامه ریزی است که در آن هدف، تعریف و تدوین راهبردهاست. فرایند برنامه ریزی راهبردی اساساً فرایندی هماهنگ کننده بین منابع داخلی سازمان و فرصت های خارجی آن است. هدف این فرایند نگرستن از درون «پنجره استراتژیک» و تعیین فرصت هایی است که سازمان از آنها سود می‌برد یا به آنها پاسخ می‌دهد. بنابراین فرایند برنامه ریزی استراتژیک، یک فرایند مدیریتی است، شامل هماهنگی قابلیت های سازمان با فرصت های موجود. این فرصت ها در طول زمان تعیین شده و برای سرمایه‌گذاری یا عدم سرمایه‌گذاری منابع سازمان روی آنها، مورد بررسی قرار می‌گیرند. حوزه‌ای که در آن تصمیمات راهبردی اتخاذ می‌گردند، شامل: 1. محیط عملیاتی سازمان، 2. مأموریت سازمان و 3. اهداف جامع سازمان است.

تعیین خط مشی یا سیاست کلان: (با الهام از راهبرد های برنامه چهارم توسعه و پیشنهادات کارشناسان): مصون سازی و حفاظت از اقشار سالم جامعه در برابر تهدیدات و آسیب های ناشی از اعتیاد از طریق بهره گیری از پتانسیل ها، ظرفیت ها و امکانات شهرداری و هماهنگی و مشارکت با سایر دستگاه های دولتی و غیر دولتی به منظور کاستن از گرایش به اعتیاد توسط برنامه های پیشگیری اولیه در بین گروه ها و محیط های هدف .

ترسیم نقاط قوت و ضعف (عوامل درون سازمانی) و نقاط فرصت و تهدید (عوامل برون سازمانی) بر نامه راهبردی SWOT بر مبنای :

1. نقاط قوت (عامل داخلی)^۱
2. نقاط ضعف (عامل داخلی)^۲
3. فرصت ها (عامل خارجی)^۳
4. تهدیدها (تحلیل محیط داخلی (قوت‌ها)^۴

جدول 10. ظرفیت‌ها و قوت‌هایی داخلی

ردیف	موضوع	موقعیت
1	استقبال و آمادگی مدیریت شهری برای همکاری در کاهش آسیب های اجتماعی	S1
2	برقراری تفاهم نامه همکاری با ستاد مرکزی مبارزه با مواد مخدر	S2
3	برقراری تفاهم نامه همکاری با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	S3
4	همکاری مستمر با سازمان های مردم نهاد	S4
5	دارا بودن امکانات کالبدی و فضای مورد نیاز	S5
6	امکانات مالی و بودجه مورد نیاز	S6
7	تجارب اداره کل سلامت و مراکز سلامت	S7
8	تجارب اداره کل آسیب های اجتماعی	S8
9	تجربه کار مشارکت محور در بین مردم	S9
10	علاقه مندی شهرداری به حفظ و صیانت محیط اجتماعی	S10
11	مبنای اعتقادی و ایمانی مدیریت های شهری به حفظ کيان خانواده	S11
12	دارا بودن زمینه مناسب برای آموزش و اطلاع رسانی و آگاه سازی مردم در عرصه پیشگیری	S12
13	دارا بودن امکانات گسترده‌ای نظیر فرهنگسراها	S13
14	داشتن پایگاه‌های مردمی در دل جامعه	S14
15	دارا بودن امکاناتی نظیر بیل بوردهای ساده و الکترونیکی در سطح شهر	S15
16	تجربه تشکیل انجمن های معتمدان محلات (شورایاری)	S16

1-STRENGTHS

2-WEAKNESSES

3-OPPORTUNITIES

4-THREATS

جدول 11. تحلیل محیط خارجی (فرصت های برون سازمانی)

ردیف	موضوع	موقعیت
1	نظر موافق کارشناسان ستادی دستگاه ها و سازمان های ذی مدخل در امر پیشگیری بر اساس ارزیابی های صورت گرفته در زمینه ایفای نقش فعال تر توسط مدیریت شهری در عرصه پیشگیری	O1
2	نگرش مثبت شهروندان نسبت به مدیریت شهری و اقدامات و خدمات آن	O2
3	تمایل نهادها و سازمان هایی نظیر ستاد مرکزی مبارزه با مواد مخدر به همکاری با مدیریت شهری در زمینه پیشگیری	O3
4	نگرش مثبت سازمان های غیر دولتی برای همکاری در زمینه پیشگیری با مدیریت شهری	O4
5	توان بهره گیری از امکانات و خدمات مردمی خیرین و نیکو کاران	O5
6	همیاری و همکاری نهادهایی همچون شورای اسلامی شهر تهران	O6
7	تغییر نگرش به معتادان به مثابه بیمار مسوول	O7

جدول 12. تحلیل محیط داخلی (ضعف های داخلی)

ردیف	موضوع	موقعیت
1	عدم تناسب ساختار اداری با برنامه ها و خط مشی پیشنهادی	W1
	عدم تناسب نیروهای انسانی و نیروهای متخصص مورد نیاز برنامه	W2
3	ناهماهنگی در بین ادارات و حوزه های ذیربط سازمانی	W3
4	مشکلات بودجه ای و تامین هزینه های برنامه ها	W4
5	استمرار شیوه مدیریتی متمرکز به رغم استقبال از رویکرد های جامعه محور	W5
6	مساایل و مشکلات آئیننامه ای و مقرراتی	W6

جدول 13. تحلیل محیط خارجی (تهدیدها)

ردیف	موضوع	موقعیت
1	وجود نگرش سنتی به اهداف و وظایف مدیریت شهری و کم رنگ کردن نقش شوراها	T1
2	ضعف عزم ملی و آشفتنگی در ساختارها در امر پیشگیری	T2
3	تهدیدات بودجه ای	T3
4	ناکافی بودن نیروهای متخصص به نسبت گستردگی آسیب	T4
5	ناکافی بودن نظام نظارتی، کنترلی و ارزشیابی	T5
6	گسترده‌گی عرضه مواد مخدر به رغم کشفیات و دستگیری قاچاقچیان مواد مخدر	T6
7	نگرش بعضاً منفی به مشارکت های مردمی سازمان های مردم نهاد	T9
8	عدم ارتباط جدی میان اقدام ها و برنامه ها با نهادهای علمی و آکادمیک	T10
9	تغییر الگوی مصرف مواد از تدخینی به تزریقی و از اشکال سنتی به اشکال صنعتی	T11
10	آسیب پذیری زنان و افزایش تعداد زنان معتاد	T12
11	افزایش مرگ و میر های ناشی از سوء مصرف مواد	T13
12	افزایش افراد بی خانمان در سطح جامعه	T14
13	کاهش سن اعتیاد به مواد مخدر	T15
14	وجود نگرش سنتی و سیاسی به اهداف و وظایف مدیریت شهری و کم رنگ کردن نقش شوراها	T16
15	ضعف عزم ملی و آشفتنگی در ساختارها در امر پیشگیری	T17
16	تهدیدات بودجه ای	T1
17	ناکافی بودن نظام نظارتی، کنترلی و ارزشیابی	T5
18	نگرش بعضاً منفی به مشارکت های مردمی سازمان های مردم نهاد	T7
19	عدم ارتباط جدی میان اقدام ها و برنامه ها با نهادهای علمی و آکادمیک	T8
20	تغییر الگوی مصرف مواد از تدخینی به تزریقی و از اشکال سنتی به اشکال صنعتی	T9
21	آسیب پذیری زنان و افزایش تعداد زنان معتاد	T10
22	افزایش مرگ و میر های ناشی از سوء مصرف مواد	T11
23	افزایش افراد بی خانمان در سطح جامعه	T12
24	کاهش سن اعتیاد به مواد مخدر	T13
25	افزایش جمعیت 20 تا 30 سال تا یک دهه آینده	T14
26	فقدان برنامه های جامع و ملی و راهبردهای موثر	T17
27	فقدان قانون جامع نگر و کارآمد در سطح ملی	T1

T4	فقدان ضمانت های اجرایی برنامه ها و مصوبات پیشگیری	28
T5	درصد بالای بیکاری در جامعه و وجود بیکاری پنهان	29
T6	رشد نابرابری ها و افزایش ضریب جینی	30
T7	تهاجم فرهنگی دشمن با بهره گیری از فناوری های مدرن	31
T8	زمان بر بودن برنامه های پیشگیری و ناتوانی در نشان دادن درصد موفقیت ها	32
T9	نارسایی قوانین در مورد اشکال صنعتی مواد اعتیاد آور	33

راهبردها

1. مصون سازی افراد در برابر اعتیاد از طریق توانمند سازی آنان با بهره گیری از شیوه های مهارت آموزی و تاب آوری
2. در نظر گرفتن گروههای هدف از بین افراد خردسال، نوجوان و جوان و خانواده ها در برنامه های پیشگیری.
3. ارائه خدمات مشاوره حضوری و تلفنی به افراد و خانواده ها
4. شناسایی نیازمندان و مراجعه اشخاص متخصص و کارشناس به افراد و خانواده های مزبور در محلات علی رغم عدم درخواست کمک از سوی آنان
5. بهره گیری از شیوه های نوین و پیشرفته اطلاع رسانی در زمینه پیشگیری
6. توسعه و ترویج ورزش های همگانی
7. برگزاری دوره های تخصصی پیشگیری با همکاری موسسات آموزشی و دانشگاهی به منظور تربیت کارشناسان شهرداری

گروه های هدف

برخی از برنامه های اختصاصی پیشگیری از مواد مخدر متوجه عموم جمعیت است، ولی برنامه های تخصصی تر بر بخش های ویژه ای از جمعیت مانند کودکان و نوجوانان، اقلیت های قومی و نژادی، زنان باردار و زندانیان متمرکز هستند. جوانان به ویژه بیشتر مورد توجه اند، چون این دو فرض وجود دارد که : 1. جوانان آسیب پذیرند و بیشتر جذب مصرف مواد مخدر می شوند و 2. هر قدر شروع به مصرف مواد مخدر به تاخیر انداخته شود، احتمال آنکه جوانان مصرف مواد مخدر را شروع کنند کمتر است و اگر هم شروع کنند، کمتر معتاد می شوند. حتی به کودکان در سن پیش دبستانی هم می توان

اطلاعات ساده مواد مخدر موسوم به "مهارت های مقاومت" را یاد داد؛ این گونه اطلاعات را هم برای مواد غیر مخدر و هم برای مواد مخدر می توان به کار گرفت. از جمله این اطلاعات پذیرفتن تنگلات از اشخاص ناشناس یا سوار نشدن در ماشین افراد بیگانه و همچنین خودداری از پذیرفتن مواد مخدر است. همچنین وجود هرم سنی جمعیت جوان در هر جامعه ای بیانگر آسیب پذیری بیشتر و کنترل کمتر این اقشار است. از سوی دیگر اهمیت خانواده ها و نقش دوگانه آنها را در ارتباط با اعتیاد نباید از یاد برد. این نقش ها عبارتند از :

- نقش مثبت کنترلی و نظارتی بر رفتار و عملکرد فرزندان و نوع و نحوه معاشرت های اجتماعی آنان و سایر اعضای خانواده.
- نقش سوء از طریق تاثیر گذاری منفی بر روی تربیت فرزندان، همسر و بستگان دور و نزدیک و به انحراف کشاندن آنها.

گروه های هدف که در این طرح مد نظراند عبارتند از: افراد (اعم از درخواست کنندگان نیاز و یا غیر آن)، خانواده ها (اعم از درخواست کنندگان نیاز و یا غیر آن)، محیط های آموزشی، کارکنان و شاغلین و محلات شهری.

برنامه های پیشنهادی در سطح کلان: آموزش و یادگیری، تبلیغات، اطلاع رسانی و آگاه سازی، پژوهش، ارتباط با مراکز علمی و پژوهشی، ارائه خدمات مداخله ای، ارائه خدمات سیار برنامه آموزش برای زندگی، تامین کادرهای متخصص پیشگیری، ایجاد بنیاد مادر و کودک، تشکیل بسیج پیشگیری در محلات و مساجد، همکاری و مشارکت با سازمان های مردم نهاد، همکاری با سازمان ها و دستگاه های دولتی ذیربط، ایجاد نظام بازرسی و نظارت بر عملکرد پیشگیری، ایجاد وب سایت و بهره گیری از فضاهای مجازی، ارائه خدمات مشاوره تلفنی، ورزش و تربیت بدنی و فرهنگی و هنری.

زیر مجموعه ها و شرح وظایف دفاتر پیشنهادی پیشگیری در

حوزه مدیریت شهری

1. دفتر اطلاع رسانی (آگاه سازی): اصل کلیدی در رویکرد آگاه سازی تمرکز بر اطلاعات مربوط به مواد شناسی و پیامدهای مضر جانبی مصرف مواد است، این رویکرد بر مبنای نظریه عقلانی رفتاری انسان پایه ریزی شده است. بدین معنی که سوء مصرف مواد ممکن است به دلیل فقدان آگاهی کافی درباره پیامدهای مضر مصرف مواد باشد و چنین فرض می شود که اگر به افراد اطلاعات و آگاهی دقیقی در خصوص خطرات مصرف مواد داده شود، آنها احتمالاً شیوه های منطقی تری در مواجهه با این مساله اتخاذ خواهند کرد. پیروان این رویکرد معتقد بودند که دادن اطلاعات واقعی در باره خطرات مصرف مواد موجب تغییر نگرش افراد به مصرف مواد می شود و این تغییر در نگرش نهایتاً منجر به تغییر رفتار، یعنی اتخاذ یک رفتار اجتنابی در مقابل مصرف مواد می گردد. اما این سوال هم مطرح است که کدامیک از این دو روش موثرترند: دانش افزایی یا تغییر بینش افراد نسبت به مواد مخدر؟

بعضی از برنامه های طراحی شده در چارچوب این رویکرد از فرضیه اساسی مدل برانگیختن ترس¹ پیروی می کنند. به این صورت که با برانگیختن ترس در افراد نسبت به پیامدهای خطرناک مصرف مواد می توان رفتارهای اجتماعی را در آنها ایجاد کرد. علاوه بر این بسیاری از برنامه های سنتی پیشگیری بر غیر اخلاقی بودن مصرف مواد به عنوان یک عامل بازدارنده و پیشگیری کننده تاکید کرده اند. در این مدل، از طریق توسل به اصول اخلاقی سعی در پیشگیری از مصرف مواد دارند. در این حوزه ارایه اطلاعات در قالب پیام از اهمیت ویژه ای برخوردار است. مقصود از پیام برای پیشگیری از مواد مخدر ساده است: جلوگیری از شروع به مصرف مواد مخدر توسط غیرکاربران. ولی اجرای این مقصود به این سادگی نیست، و در هر کشوری یا در هر جایی تا رسیدن به این مقصود راه دراز و دشواری

در پیش است. پیام های پیشگیری از مواد مخدر می تواند به صورت اطلاع رسانی، ارایه هشدار، ایجاد شوک یا با ترساندن همراه باشد، این پیام ها ممکن است خود دشواری های ویژه ای به بار آورند. کارساز بودن پیام را می توان برحسب اثرگذاری آن ها بر دانش، نگرش، و رفتار پیام گیرندگان قضاوت کرد، و برای هر یک از گروه های هدف هم انواع متفاوتی از پیام را باید در نظر گرفت.

ویژگی های پیام رسانی

- داشتن اطلاعات به روز از اشکال نوین اعتیاد
- توجه به نیاز مخاطبان و تنوع آنها از نظر سن و جنسیت
- استمرار و تعمیق اطلاع رسانی
- اطلاع رسانی محله‌ای با توجه به ویژگی های زبانی و قومی

و فرهنگی

- بهره گیری از چهره های محبوب فرهنگی
 - استفاده از ابزارهای دیداری و شنیداری مناسب
 - نگاه پیام ها بیشتر معطوف جمعیت سالم باشد تا معتادین
- افزایش دانش گروه های هدف یک عامل بازدارنده موثر است و بدین ترتیب نوجوانان و جوانان قادر خواهند شد در مورد عدم مصرف مواد مخدر تصمیم های منطقی اتخاذ کنند. متأسفانه معمولاً این اطلاعات با قضاوت های اخلاقی توأم می شود. معمولاً خطابه هراس آمیز معلمان تربیت بدنی و افراد خارج از مدرسه همچون افسران پلیس در این روش دیده می شود. برای ترساندن دانش آموزان از خطرات مواد مخدر، در این خطابه ها معمولاً از اطلاعات نادرست و مبالغه آمیز استفاده می شود و در نتیجه تا به آنجا پیش می رود که شک افراد برانگیخته شده و تمامی تلاش ها جهت آموزش را با خطر مواجه می سازد. جوانان معمولاً از طریق تجربیات خود از مصرف مواد مخدر و یا اطلاعات دوستان می فهمند که به آنها دروغ گفته اند، بنابراین دیگر به اطلاعاتی از این دست اطمینان نمی کنند. آموزش مقابله با مواد مخدر باید از تمرکز بر مساله مواد مخدر اجتناب کند. بسیاری از جوانانی که در مورد مواد مخدر اطلاعات بیشتری نسبت به

والدین و معلمان خود دارند، گوش به اخلاقیات نخواهند سپرد، اما به اطلاعات موثق و حقیقی که از منابع معتبر به دست آمده است، توجه خواهند کرد. چنانچه به افراد جوان بگویند که چگونه بیاندیشند و چه بکنند. این امر تبلیغ است و نه آموزش و باعث می شود که در بیشتر مواقع جوانان قادر نباشند که با صراحت و صداقت حرف خود را بزنند. نتیجه آن می شود که آنان دیگر به آن چیزی که معلمان و یا والدین می خواهند، نمی اندیشند. شکاف بین بزرگسالان و جوانان وسیع تر می شود و گفتگوی باز و آزاد بین آنها را کمتر می کند. در این گونه مواقع جوانانی که مشکلات و دغدغه هایی در مورد مواد مخدر دارند، دیگر احتمال کمی وجود دارد که به حامیان بزرگسال خود رجوع کنند.

بخش ها و زیر مجموعه های پیشنهادی این دفتر عبارتند از :

- کارشناسی مطالعه ، تنظیم و تدوین پیام های علمی پیشگیری
- کارشناسی مطالعه و ارزیابی بازخورد پیام ها در بین گروه های هدف

- کارشناسی شناسایی گروه های هدف، گروه های مرجع و مکان های ارایه که در بازتاب و انتقال پیام از نقش تاثیرگذار بیشتری برخوردارند.

2. سایر دفاتر پیشنهادی عبارتند از:

- دفتر اطلاع رسانی
- دفتر پژوهش و مطالعات
- دفتر خدمات مشاوره ای
- بخش انفورماتیک و راه اندازی وب سایت پیشگیری
- دفتر همکاری های بین بخشی با دستگاه های ذیربط
- دفتر نظارت بر عملکرد خانه های سلامت
- دفتر ارتباط و هماهنگی با سازمان های مردم نهاد
- دفتر ارایه خدمات سیاری و مداخله ای
- دفتر نظارت بر عملکرد بسیج پیشگیری
- دفتر جلب کمک های خیرین پیشگیری و کمک های مردمی

- دفتر نمایشگاه ها، مسابقات و اردوهای سیاحتی و زیارتی
- دفتر آموزش

یادداشت: این مقاله گزارش بخشی از طرح پژوهشی است تحت عنوان "پیشگیری و کنترل پدیده اعتیاد با رویکرد مدیریت شهری" که در سال 1388 در اداره کل مطالعات اجتماعی و فرهنگی شهرداری تهران انجام شده است.

منابع

- ابادینسکی، هوارد (1385) مواد مخدر، نگاه اجمالی، ترجمه به کوشش محمدعلی زکریایی و کریمی، کاظمی، قراخانی، تهران: نشر جامعه و فرهنگ.
- ابراهیمی، علی اکبر (1387) سفر امید، آموزش خانواده‌های معتادین، تهران: نشر کنکاش.
- اقطار، فرهاد (1387) برنامه های اجتماع محور - ماهنامه ایران پاک شماره 4.
- اورنگ، جمیله (1367) پژوهشی در باره اعتیاد، تهران: وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی.
- برنامه بین المللی مبارزه با مواد مخدر - سازمان ملل متحد (1379) برگردان: شجاعی تهرانی، سبحانی - انتشارات پور سینا.
- پیکهارت کارل (1380) پیشگیری و مقابله با اعتیاد، مترجم مسعود هومان، تهران: نشر صابرین .
- رضایی، سوسن (1382) «ساخت شخصیت معتادان»، مجله حیات سبز، شماره سوم.
- رحمتی، محمد مهدی (1381) عوامل موثر در شروع مصرف مواد مخدر با اشاره به وضعیت معتادان زن - فصلنامه اعتیاد پژوهی - سال اول شماره اول.
- رئوفی و رضوی (1378) راهنمای پیشگیری از اعتیاد، تهران: انتشارات کاشفی .
- زارع و عمار (1387) جزوه نژوند تحول رویکرد مدیریت شهری در حوزه آسیب های اجتماعی - اداره آسیب های اجتماعی شهرداری تهران.
- سهرابی، نارسیس (1384) بررسی وضعیت مدیریت شهری در ایران، فصلنامه اندیشه ایران شهر، شماره 7 و 8.
- لتیری، دن، جی، سیرز مولیه (1384) نظریه های سوء مصرف مواد مخدر، به کوشش محمدعلی زکریایی، ویراستار ترجمه: محمد رضایی، تهران: انتشارات جامعه و فرهنگ.

ل. کولب و جولوس گولد (1376)، فرهنگ علوم اجتماعی، ترجمه مصطفی ازکیا و همکاران، تهران، مازیار.

محسنی تبریزی، علیرضا (1384) اتیولوژی و اپیدمیولوژی اعتیاد در خانواده های تهران، جلد دوم- موسسه پژوهش و برنامه ریزی آموزش عالی.

مدنی، سعید (1381) خانواده و اعتیاد، مجموعه مقالات همایش ملی آسیب های اجتماعی در ایران، تهران: آگاه.

میری آشتیانی، الهام (1385) جامعه شناسی اعتیاد در ایران امروز ، تهران: نشر مهاجر.

مینویی، محمود (1387) نقش خانواده در گرایش یا عدم گرایش به اعتیاد، ماهنامه ایران پاک شماره 10.

ناری ابیانه ، محمد رضا (1387) نظامنامه جامع آموزش و مشارکت های اجتماعی-اداره آموزش و مشارکت های اجتماعی.

واعظ مهدوی، رفیعی فر، گلمکانی، امیر خانی، ایازی، مودن جامب، پریانی (1387) راهنمای توانمند سازی شهروندان، تهران: ناشر مهرآوش.

Anderson Johnson C, Pentz MA, Weber MD, Dwyer MD, Baer N, MacKinnon DP, Hansen WB, Flay BR. Relative effectiveness of comprehensive community programming for drug abuse prevention with high-risk and low-risk adolescents. J Consult Clin Psychol 1990;

Botuin, G.J, Schinke S.P, Epstein J.A, Diaz T. Effectiveness of culturally- focused and generic skills training. Approaches to alcohol and drug abuse prevention among minority youth. Journal of addictive Behaviors 994;

Botuin G.J, Baker E, Renik N.L, Filazzola A.D. Botuin E.M. Acognitive-behavioral approach to substance abuse prevention. Journal of addictive

Berkowitz , A. D. (1990) . Reducing alcohol and other drug use on cam. pus : Effective strategies for prevention programs . Eta Sigma Gamman

Cameron R, Brown KS, Best A, Pelkman CL, Madill CL, Manske SR, Payne ME. Effectiveness of a social influences smoking prevention program as a function of provider type, training method, and school risk. Am J Public Health 1999; 89

Durand , V. M. , Barlow , D. H. (1997) . Abnormal Psychology : An introduction. _Pacific Grove , CA :Brooks / Cole

Ellikson , P. , Bell , R. (1990) . Prospects for Preventing drug use among young adolescents . santa monica , calif : Raud corp

Henggeler ,S. W. (1989) . Delinquency in adolescence . Newbary park , calif : sage .

Abadinsky H(2001) Drugs on Introduction- wadworth-thomas-learning-us