

روش‌های پیشگیری از اعتیاد و نقش مدیریت شهری در عرصه پیشگیری

هنگامه خسروانی^۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۲/۰۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۵/۱۹

چکیده

پدیده اعتیاد به مواد مخدر و داروهای روان گردان و گسترش آن در جامعه به ویژه در میان جوانان، یکی از مسائل و مشکلات پیچیده اجتماعی در کشور محسوب می‌شود. از این رو مقابله با آن و اجرای برنامه‌های پیشگیری از آسیب‌های مواد مخدر، برای مصون‌سازی خانواده‌ها، محیط‌های کاری و آموزشی و محله‌ها، به منزله راهبردی ملی در سند چشم‌انداز و برنامه‌های توسعه قرار دارد.

پدیده اعتیاد با ناکارآمد کردن نیروی انسانی جوان و فعال کشور و تنزل سطح سلامت و بهداشت روانی و اجتماعی شهروندان، مانع مهمی در راه توسعه پایدار و همه‌جانبه کشور محسوب می‌شود. به این سبب شناخت علمی و درک ابعاد این معضل و برنامه‌ریزی با هدف کاهش عوارض و آسیب‌هایی که به صورت متواتر با این پدیده در ارتباط هستند، از وظایف مدیریت شهری است.

مقاله حاضر به روش اسنادی و کتابخانه‌ای و بر مبنای نظریات موجود در حوزه پیشگیری و با استفاده از اطلاعات و آمارهای موجود کشور می‌کوشد راهکارهایی را برای تبیین روش‌های پیشگیری از اعتیاد و جایگاه مدیریت شهری نشان دهد و با ارائه پیشنهادهایی نظیر تأکید بر برنامه‌های اجتماع‌محور در محلات و تشویق مردم به تشکیل کانون‌های مبارزه با اعتیاد و جلب مشارکت مردمی و نظارت شهروندان بر امور شهری، سعی دارد در عرصه پیشگیری و توانمندسازی سطوح مختلف جامعه در قالب راهبردهای حمایتی و مهارتی به مبارزه با اعتیاد و پیشگیری از آن پردازد.

واژگان کلیدی: اعتیاد، پیشگیری، مدیریت شهری

۱. دکترای پزشکی، مربی دانشگاه علوم انتظامی امین، گروه علوم پزشکی تشخیص هویت، پست الکترونیک:

h_khosrovani@yahoo.com

مقدمه

هزاره سوم میلادی در شرایطی آغاز می‌شود که جوامع انسانی با مشکلات عدیده‌ای در بخش‌های مختلف روبه‌رو است. از جمله این مشکلات موضوع تغییرات اجتماعی و پیامدهای آن در ابعاد روانی - اجتماعی انسان است (آبادینسکی، ۱۳۸۵). سلامت روان باید در چهارچوب عوامل اساسی زمینه‌ساز یا در ارتباط مستقیم با عوامل زیانبخش برای سلامتی مورد توجه قرار گیرد. دگرگونی‌های پی‌درپی و تغییر در الگوهای زندگی، تغییر در مطالبات اجتماع از فرد، تغییر در ارزش‌ها و باورها و فرهنگ، هریک خود به گونه‌ای مشکل‌آفرین شده است و توانایی‌های سازشی فرد را متأثر می‌کند و به تضعیف سنت‌های جمع‌گرایانه و تقویت ارزش‌های فردگرایانه منجر شده است و بدین ترتیب نوگرایی^۱ همراه با تقویت فناوری، موقعیت بروز آسیب‌های روانی - اجتماعی را فراهم کرده است؛ به طوری که فاصله‌ی نسل‌ها، کاهش پیوندهای اجتماعی، گسست روابط سنتی خانوادگی، مدرسه و محل کار از همه مهم‌تر حاشیه‌نشینی، شرایط ایجاد یک جامعه مخاطره‌آمیز را فراهم می‌کند (بهرامی، ۱۳۹۰).

مروری بر شرایط اجتماعی موجود، بیانگر این نکته است که برخی عوامل اجتماعی - روانی قادرند تا به‌عنوان عوامل زیربنایی در ظهور و افزایش میزان اعتیاد، نقش مهمی را ایفا کنند که می‌توان به گسترش بیکاری، طولانی‌شدن دوره انتقال از مدرسه به محیط کار و ناتوانی جوانان در مقابله با مشکلات زندگی اشاره کرد. از سوی دیگر، افزایش فاصله نسل‌ها و شتاب تغییرات، موجب کاهش ارتباطات جوانان با والدین شده که معمولاً با دیدی انتقادی به فرهنگ، آداب و طرز تفکر آنها است؛ همچنین جدایی از والدین موجب تقویت مناسبات همسالان شده، به طوری که رفتارهای جوانان از خواستگاه‌های اجتماعی خود فاصله می‌گیرد. در چنین شرایطی، فقر و تجربه‌ی فاصله‌گرفتن از خانواده و ساختارهای فرهنگی والدین، موجب افزایش سطح تضادها و تعارض‌ها شده است تا جوانان با مشکلات جدی نظیر اعتیاد و وابستگی به مواد مخدر مواجه شوند. بنابراین با

توجه به پدیده فراگیر و رو به رشد اعتیاد، پیشگیری از بروز چنین رفتارهای ناکارآمدی، نیازمند تجدیدنظر در برنامه‌های پیشگیری و نظارت بر روابط اجتماعی جوانان با جلب مشارکت نهادهای مرتبط با امور خانواده و ایمن‌سازی خانواده و اجتماع در کانون‌های شهری و محله توسط مدیریت شهری است (بهرامی، ۱۳۹۰).

بیان مسئله

اعتیاد به مواد مخدر یکی از معضلات اصلی جامعه جهانی و از انحرافات شایع عصر حاضر است. در حال حاضر بحران مواد مخدر در کنار سه بحران اصلی در دنیا یعنی بحران محیط زیست، بحران تهدید اتمی و بحران فقر، به‌عنوان مسئله روز دنیا درآمده است. اما به‌علت سود سرشاری که نصیب کشورهای توزیع‌کننده و تولیدکننده می‌شود، این مواد مورد حمایت قدرت‌های جهانی قرار دارد؛ به‌طوری‌که تجارت مواد مخدر دومین تجارت بزرگ دنیا بعد از اسلحه است. میزان خطر و تهدید مواد افیونی برای زندگی بشر کمتر از تروریسم و سلاح‌های شیمیایی و میکروبی در جهان نیست. مواد مخدر تأثیر عمیقی بر تمامی افراد و جوامع بشری دارد. در بعد فردی، سلامت، زندگی و امنیت افراد را با خطر روبه‌رو کرده و در بعد ملی، رابطه مواد مخدر با جرائم باعث بروز مناقشات، معضلات اجتماعی، تضعیف دولت‌ها و عقب‌ماندگی کشورها شده است (جزینی، ۱۳۹۰).

بنا به گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر، تعداد معتادان کشور، دو میلیون نفر شامل یک میلیون و دویست هزار نفر معتاد دائمی و هشت صد هزار نفر معتاد تفریحی است که این تعداد در هر سال حدود ۷۴۷ تن مواد مخدر مصرف می‌کنند. از لحاظ جنسیت، ۹۵ درصد معتادان مرد و ۵ درصد زن هستند. بیشترین فراوانی سنی معتادان در سنین ۲۰ تا ۳۴ سال و میانگین سنی معتادان ۳۲ سال است. ۷۳ درصد از زنان و مردان معتاد متأهل و بیشتر بی‌سواد و کم‌سواد هستند. شواهد آماری حاکی از آن است که ۳۴ درصد از طلاق‌های کشور، ناشی از اعتیاد و مسائل مربوط با مواد مخدر است (شیخ‌الاسلام، ۱۳۹۲). طبق نظر چیرکو^۱، به‌ازای هر ۲ نفر معتاد، ۸ نفر از اعضای جامعه درگیر تبعات زیان‌آور و ویران‌گر

اعتیاد هستند (چیرلو، ۱۳۷۸)؛ بدین ترتیب با توجه به آمار معتادان، قریب به ۸ میلیون نفر در کشور درگیر مسائل مربوط به اعتیاد هستند.

برآوردهای صورت گرفته نشان می‌دهد که میزان خسارت‌های اقتصادی و اجتماعی مواد مخدر در کشور سالیانه بالغ بر ۷۰۰ میلیارد تومان است (صالحی، ۱۳۷۹).

با توجه به اینکه در بخش مقابله با واردات و عرضه مواد مخدر سالانه میلیاردها ریال هزینه می‌شود، بنابراین با توجه به شرایط اعتیاد به نظر می‌رسد سایر ابعاد مبارزه با مصرف مواد مخدر به‌ویژه کاهش تقاضا و پیشگیری از وقوع اعتیاد می‌تواند به‌عنوان یک اصل اساسی در مبارزه فراگیر علیه اعتیاد یاری رساند (بهرامی، ۱۳۹۱).

همچنین با وجود افزایش میزان کشفیات و دستگیری‌ها و تشدید قوانین برای کنترل اوضاع، توجه به امر پیشگیری و درمان و ایجاد توازن منطقی بین اقدامات انتظامی و درمانی ضرورت دارد. گسترش بیماری‌های مهلکی همچون ایدز و هپاتیت که از طریق استفاده مشترک از وسایل تزریقی انتقال می‌یابد و اتخاذ روش‌های کاهش آسیب که بر به کارگیری اصول بهداشتی بدون الزام به ترک مبتنی است، از دیگر برنامه‌های کاهش تقاضا محسوب می‌شود.

مبارزه با اعتیاد در جهان، بر سه روش کلی مبارزه با عرضه و درمان معتادان و فعالیت‌های پیشگیری برای کاهش تقاضا استوار است. رویکرد پیشگیری در جهان اگرچه عمر کوتاهی دارد اما نتایج مؤثرتری را نشان می‌دهد به‌طوری که تعداد مصرف‌کنندگان مواد مخدر در آمریکا در سال ۱۹۹۰ نسبت به سال ۱۹۸۵ به نصف تقلیل یافته است که مدیون فعالیت‌های پیشگیری از اعتیاد است (سهراب‌زاده، ۱۳۹۰).

پیشگیری از اعتیاد عبارت است از به کارگیری اقداماتی که احتمال ابتلای افراد را به اعتیاد کاهش دهد و از سه مرحله «اولیه»، «ثانویه» و «ثالثیه» تشکیل شده است. «پیشگیری اولیه» موجب کاهش یا به تعویق انداختن شروع سوءمصرف مواد مخدر در جامعه است و «پیشگیری ثانویه» به درمان سریع و به‌موقع و جلوگیری از مصرف مکرر مواد می‌پردازد و با دادن مهارت‌های شناختی و رفتاری لازم موجب اعتدال در مصرف بی‌رویه شده و

شرایط ترک اعتیاد را فراهم می‌کند. «پیشگیری ثالثیه» از عواقب و پیامدهای منفی ناشی از سوء مصرف مواد مخدر پیشگیری می‌کند و موجب فراهم ساختن امکان دسترسی قانونی به مواد جانسین را فراهم می‌کند و بدین وسیله از ابتلا به بیماری‌های ایدز و هپاتیت که موجب آسیب بیشتر به فرد معتاد و جامعه می‌شود، جلوگیری می‌کند (اسعدی، ۱۳۸۰).

ایجاد ارتباط مؤثر بین سیاست‌های شهری با سلامت محلات و تندرستی شهروندان و توانمندسازی شهروندان در دگرگون کردن وضعیت زندگی و بهبود وضعیت محلات، امری مهم و حیاتی است، بنابراین مدیریت شهری با رویکرد جدید خود می‌تواند به ابعاد مختلف امور شهری و آسیب‌های اجتماعی توجه کرده و با استفاده از ظرفیت‌های موجود در ساختار خود در کاهش آسیب‌های اجتماعی و ارتقاء سلامت اجتماعی نقش آفرینی کند (زارع و عماری، ۱۳۸۷).

در این مطالعه علاوه بر ارائه راه‌های پیشگیری از اعتیاد، به بررسی نقش مؤثر مدیریت شهری و رویکردهای اجتماع‌محور در کاهش آسیب‌های اجتماعی به‌ویژه کاهش ابتلا به اعتیاد پرداخته می‌شود.

اهداف تحقیق

تحقیق حاضر در راستای شناسایی روش‌های پیشگیری از اعتیاد به بررسی سیاست‌ها و راهبردهای پیشگیری پرداخته و جایگاه مدیریت شهری در عرصه پیشگیری از اعتیاد را با توجه به دیدگاه «اعتیاد یک بیماری با قابلیت جرم‌زدایی است»، مورد بحث و بررسی قرار می‌دهد.

تعریف مفاهیم و اطلاعات

پیشگیری یعنی جلوگیری از وقوع یک اتفاق و از نظر بهداشتی عبارت است از مداخله‌ای مثبت و اندیشمندانه برای مقابله با وضعیتی مضر پیش از آنکه به اختلال یا ناتوانی منجر شود و شامل به‌کارگیری اقداماتی است که برای کاهش عواملی که افراد را در معرض خطر قرار می‌دهد و افزایش عواملی که افراد را از مصرف مواد محافظت می‌کند، می‌باشد (عزیزی، ۱۳۸۷).

برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در سه سطح اولیه، ثانویه و ثالثیه با رویکرد آگاه‌سازی، پرورش عاطفی، جانشین‌پروری و نفوذ اجتماعی طراحی شده است. هدف از پیشگیری اولیه، دورنگه‌داشتن افراد سالم و غیرمعتاد از مواد مخدر است که از روش‌های اطلاع‌رسانی و آگاه‌سازی از رفتارهای پرخطر و عوارض ناشی از سوء مصرف که از طریق رسانه‌های عمومی و سازمان‌هایی نظیر آموزش و پرورش، وزارت بهداشت و سازمان‌های مردم‌نهاد و شهرداری، فعالیت‌های لازم ارائه می‌شود. هدف از پیشگیری ثانویه، درمان سریع و به‌موقع و جلوگیری از مصرف مکرر مواد مخدر با توجه به جامعه هدف و براساس میزان مصرف مواد مخدر است. در پیشگیری ثانویه با کاهش مصرف مواد و آموزش مهارت‌های شناختی و رفتاری، تلاش جهت حفظ اعتدال در مصرف مواد و ترک اعتیاد صورت می‌گیرد و در پیشگیری ثالثیه بازتوانی و بازپروری افراد معتاد از طریق گروه‌های حمایت‌کننده انجام می‌شود (سهراب‌زاده، ۱۳۹۰).

اعتیاد

۳۶

دانشمندان با توجه به رشته تخصصی خود، تعاریف گوناگونی از اعتیاد ارائه کرده‌اند. اعتیاد به مواد مخدر در روان‌شناسی به مفهوم نیاز به مصرف یک ماده مخدر که در صورت مصرف نکردن، حالات خاصی به وجود می‌آید. در پزشکی به جای اصطلاح اعتیاد، کلمه وابستگی به کار می‌رود. وابستگی در اعتیاد به دو صورت جسمی و روانی است. سازمان بهداشت جهانی^۱ اعتیاد را «اتکا به مواد مخدر و یا سایر مواد که بر اثر استعمال مکرر و مداوم آنها به وجود می‌آید»، تعریف کرده است. سه ویژگی زیر در اعتیاد به مواد مخدر وجود دارد:

- ۱) احساس نیاز شدید به ادامه مصرف و تهیه آن از هر طریق؛
 - ۲) وجود علاقه شدید به افزایش مداوم مصرف دارو؛
 - ۳) وجود وابستگی روانی و جسمانی در فرد معتاد.
- اعتیاد بر پایه سه ویژگی تحمل، محرومیت و اشتیاق قابل تعریف است. اعتیاد یا وابستگی

دارویی عبارت است از نوعی مسمومیت مداوم و یا متناوب که بر اثر مصرف تدریجی برخی از ترکیبات شیمیایی طبیعی و یا مصنوعی در فرد ایجاد شده و با شاخصه‌های زیر مشخص می‌شود:

الف) تمایل مفرط یا میل اضطرابی برای ادامه مصرف دارو؛

ب) تمایل به افزایش تدریجی مقدار ماده یا داروی مصرفی که به نام فزون‌طلبی و یا اشتیاق به مصرف مشهور است؛

ج) وابستگی بدنی یا روانی (غنجی، ۱۳۸۶).

مواد مخدر

هر ماده‌ای که با تأثیر روی سیستم مرکزی اعصاب، قادر به ایجاد تغییرات جسمانی، روانی و رفتاری در انسان باشد و بتواند بر یک یا چند عملکرد آن اثر سوء بگذارد (غنجی، ۱۳۸۶).

مدیریت شهری^۱

مدیریت شهری به معنی «مدیریت رشد و توسعه»^۲ به کار می‌رود. مدیریت شهری مجموعه‌ای از فعالیت‌ها توصیف می‌شود که پیشرفت اجتماعی، فیزیکی و اقتصادی مناطق شهری را شکل می‌دهد و هدایت می‌کند. هدف از مدیریت شهری تضمین اداره مؤثر سیستم شهری و تقویت ظرفیت دولت و سازمان‌های غیردولتی به منظور تشخیص سیاست‌ها و اجرای برنامه‌ها با نتایج مطلوب است (سهراب‌زاده، ۱۳۹۰).

از وظایف مدیریت شهری، رسیدگی به نحوه گسترش شهر در آینده، تامین خدمات عمومی، احداث مراکز عمومی با کارکردهای تفریحی، فرهنگی و ورزشی، توسعه خدمات تخصصی در حوزه کاهش آسیب‌های اجتماعی، عرضه خدمات به گروه‌های در معرض خطر آسیب‌های اجتماعی نظیر کودکان و زنان، توسعه برنامه‌های اجتماع‌محور و اجرای طرح‌های مداخله‌گر به منظور کاهش روزافزون آسیب‌های اجتماعی نظیر اعتیاد تکدی‌گری، فرار و کار کودکان، روسپی‌گری و سرقت است (زارع و عماری، ۱۳۸۷).

مبانی نظری

صاحب‌نظران سه دیدگاه در حوزه اعتیاد دارند:

در دیدگاه اول: اعتیاد به‌عنوان یک جرم و معتاد به‌عنوان مجرم مستوجب هر نوع عقوبتی است.

در دیدگاه دوم: اعتیاد به‌عنوان یک بیماری و معتاد به‌عنوان یک بیمار در نظر گرفته می‌شود.

در دیدگاه سوم: اعتیاد به‌عنوان یک بیماری که قابلیت جرم‌زایی دارد و معتاد به‌عنوان بیماری که قابلیت ارتکاب به جرم را داراست، ملاحظه می‌شود. در این مقاله از دیدگاه سوم به موضوع اعتیاد پرداخته می‌شود.

رهیافت‌های نظری متعدد جامعه‌شناختی و روان‌شناختی در زمینه اعتیاد، مبنای این پژوهش قرار گرفته‌اند، از جمله رویکرد نظری دورکیم، پارسونز و ساترلند^۱ که با رویکرد اثباتی^۲ و دیدگاه کنترل و نظارت اجتماعی که به پدیده اعتیاد همچون عامل هنجارشکن و برهم‌زننده نظم و ساخت اجتماعی می‌نگرند. در کنار این رویافت‌ها، می‌توان به دیدگاه‌هایی مانند نظریه واکنش اجتماعی و نظریه تضاد اشاره کرد. در نظریه گروه اول، فرض را بر این می‌گذارند که جامعه اصولاً منظم است و هنجارهای حاکم بر رفتارها از سویی ثابت و از سوی دیگر همه‌جانبه است و در مقابل، گروه دوم بر این اعتقاد است که جوامع با وجود نظم ظاهری‌شان، از درون دچار چندپارگی و اغتشاش هستند و ارزش‌هایی متفاوت بر رفتار گروه‌های مختلف اجتماعی حاکم است. به همین دلیل این رویکردها، بر مسئله شکل‌گیری هنجارها در میان گروه‌های ذی‌نفع همچون عرضه‌کنندگان و مصرف‌کنندگان مواد مخدر تأکید می‌کنند و تمرکز آنان بر تعدد و تفاوت تعاریف است که در جامعه وجود دارد. گروه اول بر تأثیر جامعه و محیط و انسان‌ها تأکید می‌کنند و گسترش پدیده اعتیاد را در جامعه محصول جامعه‌پذیری نامناسب و قرار گرفتن افراد در موقعیت‌هایی در نظر می‌گیرند که این‌گونه هنجارشکنی در آنها رواج دارد. براساس این

رویکرد، موقعیت اجتماعی نامناسب، افراد را به طرف اعتیاد سوق می‌دهد، بنابراین با ایجاد تغییر در محیط می‌توان این پدیده را کنترل و ریشه کن کرد.

دیدگاه گروه دوم که با رویکرد پدیدارشناختی است، هرچند ساخت اجتماعی را عامل پیدایش انحراف می‌داند اما تصویر آنان از انسان تصویر موجودی دارای اراده و برخوردار از حق انتخاب راه و روش زندگی و قادر به واکنش در برابر ناملایمات است. بدیهی است که نمی‌توان همه ابعاد هر پدیده اجتماعی را توصیف و تبیین کرد. بنابراین نظریه سه متفکر مسائل اجتماعی و جامعه‌شناسی با ایده‌های کارکردگرایانه نظیر دورکیم، پارسونز و مرتون^۱ و به‌ویژه پارسونز در این مطالعه مورد بهره‌برداری قرار گرفته است.

پارسونز معتقد است که هر نظام اجتماعی چهار حکم کارکردی دارد که عبارتند از:

حفظ الگو، یکپارچگی و انسجام، دست‌یابی به هدف و سازگاری با محیط. او معتقد است هرگاه هر یک از خرده‌نظام‌ها نتواند انرژی لازم را برای رده بالاتر خرده‌نظام فراهم کند، وضعیت بی‌تعادلی شکل می‌گیرد و در نظام اجتماعی بحران به‌وجود می‌آید (سهراب‌زاده، ۱۳۹۰).

به‌همین ترتیب می‌توان تحلیل کرد که اگر جامعه، خرده‌نظام فرهنگی، اموری همچون شادی، رشد و حرکت، فعالیت و شکوفایی اقتصادی را به‌عنوان ارزش تعریف کند اما خرده‌نظام زیستی و شخصیت، ابزار لازم را برای رسیدن به این اهداف فراهم نکند جامعه دچار آسیب‌های اجتماعی از جمله اعتیاد می‌شود.

حال این سؤال مطرح می‌شود که: «چرا فقط عده کمی از مردم درگیر رفتارهای کج‌روانه از قبیل جرم و مصرف مواد مخدر می‌شوند؟» پاسخ در نظریه کنترل اجتماعی این است که میزان تعهد فرد به جامعه، عامل تعیین‌کننده است. جوانانی که ارتباطاتی محکم با والدین و مدرسه دارند کمتر درگیر رفتار مجرمانه می‌شوند. براساس نظریه کنترل اجتماعی، کج‌روی هنگامی به‌وجود می‌آید که تعهد فرد به جامعه ضعیف باشد (هیرشی^۲، ۱۹۶۹)؛ به‌عبارتی کنترل‌های درونی و بیرونی تعیین‌کننده رفتار کج‌روانه کاملاً قانونی است. منظور از «کنترل درونی» فراخود می‌باشد که احساس گناه را به‌وجود می‌آورد که متأثر از خانواده است. به

این ترتیب رابطه نوجوانان با مواد مخدر یا هر جرم دیگر همبستگی شدیدی با بیگانگی از خانواده دارد (برونسن^۱ و همکاران، ۱۹۹۳). کنترل بیرونی عبارت است از عدم تأیید اجتماعی که با قضاوت مردم و بی‌اعتنایی و ترس از تنبیه ارتباط دارد. به عبارتی، مردم معمولاً برای احتراز از دستگیری و زندان یا تنبیه و انزوا و جریمه نقدی از جرم و کج‌روی پرهیز می‌کنند. این نظریه ادعا نمی‌کند که فقط شخصی که روابط اجتماعی ضعیف دارد در گیر مصرف مواد مخدر می‌شود، در مقابل استمرار مصرف مواد، فقدان تعهد اجتماعی را نشان می‌دهد و این امر تبیین می‌کند که چرا مواد مخدر در جوامع مرفه‌تر شیوع می‌یابد و فقط خانواده‌ها و فرهنگ‌های مستحکم می‌توانند به شیوه اساسی از مصرف مواد جلوگیری کنند. سستی خانواده‌ها، غیاب بزرگ‌سالان و فراگیری فرهنگ مصرف مداوم می‌تواند خانواده‌های مرفه را فقیرتر کند (سهراب‌زاده، ۱۳۹۰).

با توجه به اینکه سوء مصرف مواد مخدر علاوه بر پیامدهای منفی اقتصادی، با بسیاری از مشکلات اجتماعی و در نهایت اختلالات روانی مرتبط است، بنابراین پیشگیری به‌عنوان یک اصل اساسی در مبارزه فراگیر علیه اعتیاد مورد توجه است. یکی از عمومی‌ترین راهبردهای پیشگیری، اطلاع‌رسانی مداوم در خصوص پیامدهای قانونی و اجتماعی مصرف مواد مخدر است.

از رویکردهای برنامه پیشگیری می‌توان به برخی از موارد اشاره کرد. رویکرد آگاه‌سازی، تمرکز بر اطلاعات دارویی و پیامدهای مضر و عوارض مصرف مواد دارد (الیکسون، مک‌گیل^۲، ۱۹۹۳). برخی برنامه‌های طراحی شده در این چهارچوب براساس الگوی برانگیختن ترس است (همان، ۱۹۹۳). رویکرد دیگری که در بحث پیشگیری مطرح شده است، رویکرد پرورش عاطفی است که شامل پرورش ویژگی‌هایی مانند عزت نفس و خودآگاهی، تصمیم‌گیری مسئولانه، بهبود روابط میان‌فردی، مشاوره همسالان از طریق نهادهای اجتماعی و تلاش برای افزایش توانایی افراد می‌شود (بوتوین، ۱۹۹۸).

بوتوین و همکارانش علاوه بر رویکرد عاطفی به رویکرد جانشین، مبتنی بر ایجاد مراکزی

برای فعالیت‌های ورزشی و هنری، اشاره کردند. در این برنامه‌ها هدف تغییر شناخت عاطفی به منظور بهبود و تقویت کارهای گروهی و افزایش حس اعتماد به نفس و عزت نفس می‌باشد اما پژوهش‌های متعدد انجام شده توسط بوتوین^۱ (۱۹۹۲) و دراوینز^۲ (۱۹۸۸) و باندورا^۳ (۱۹۹۹) نشان می‌دهد که اجرای این برنامه‌ها منجر به کاهش میزان اعتیاد نشده است. با این توصیف رویکردهایی در پیشگیری مورد توجه قرار گرفت که مبتنی بر آموزش مهارت‌های زندگی باشد. بنابراین باندورا بر مبنای نظریه شناختی اجتماعی^۴، رویکرد نفوذ اجتماعی را بنا نهاد که بدین ترتیب با مجهز کردن جوانان به مهارت مقابله در برابر فشارهای اجتماعی و همسالان، توانایی گفتن «نه» را فراهم کرده و ایمن‌سازی اجتماعی صورت می‌گیرد (الیکسون، ۱۹۹۳).

مطالعات ارزشیابی در مورد رویکردهای پیشگیری اولیه و آگاه‌سازی نشان داد که هرچند این رویکرد در افزایش مهارت‌های زندگی، آگاهی‌ها و نگرش‌های ضد مواد مؤثر بودند، ولی نتوانستند در رفتار مصرف مواد مخدر، الکل و تنباکو و نیز نیت مصرف آنها تأثیر بگذارند (دورن^۵ و تامسون، ۱۹۸۶، کایندرپیپ و والفییش^۶، ۱۹۹۰، سوویشیر و هوفمان^۷، ۱۹۹۵)؛ از طرفی نتایج برخی از تحقیقات نشان دادند که استفاده از این رویکرد اثر معکوس داشته و در مواردی می‌تواند موجب تحریک کنجکاوی افراد در باب مواد مخدر، گرایش به تجربه سوء مصرف مواد و افزایش مصرف مواد شود (محسنی تیریزی، ۱۳۸۷).

مطالعات ارزشیابی درباره رویکردهای آموزش، اطلاع‌رسانی و برانگیختن ترس به منزله بخشی از برنامه‌های آگاه‌سازی و پیشگیری مدرسه‌محور، نشان داد هرچند این رویکردها در ارتقای سطح دانش و افزایش آگاهی‌ها و تقویت نگرش‌های ضد مواد در جوانان مؤثر بود، در پیشگیری از مصرف مواد مخدر، الکل و دخانیات یا قصد مصرف آنها چندان کامیاب نبود (دورن و تامسون، ۱۹۷۶)، (کایندر پیپ و وال فییش، ۱۹۸۰)، (مسکووتیز^۸، پالی و کورگین، ۱۹۸۱) و حتی برخی مطالعات (سوویشیر، کراوفور، گلاشتین^۹، ۱۹۷۱)

1. Botvin	2. Drowns	3. Banddura	4. Psychological Immunelation
5. Dorn, Tamson		6. Kinderpip, Wallfish	
7. Souowisher, Haufman		8. Moskowitz	9. Souwisher, Crawford, Galshtin

نشان دادند که رویکرد مبتنی بر آموزش و آگاه‌سازی ممکن است پیامد معکوس داشته باشد و با تحریک کنجکاوی در نوجوانان سبب گرایش به مصرف یا افزایش مصرف مواد شود. با این حال بسیاری از پژوهشگران از رویکرد آموزش و آگاه‌سازی دفاع می‌کنند و معتقدند که ارتقای دانش و بینش جوانان درباره تأثیرات سوء مصرف مواد مخدر، به میزانی متناسب با ویژگی‌های شخصیتی و رشدی آنان می‌تواند در پیشگیری از گرایش به مواد مخدر و یا مصرف آنها مؤثر باشد (محسنی تبریزی، ۱۳۸۷).

در مجموع برنامه‌های پیشگیری مدرسه‌محور نظیر «برنامه‌های آموزشی و آگاه‌سازی» و «برانگیختن ترس در دانش‌آموزان»، کامیابی چندانی در پیشگیری از مصرف مواد مخدر به‌دست نیاورد، بنابراین از اواسط دهه هفتاد میلادی رویکردهای «روانی-اجتماعی با تأثیر اجتماعی» توسط *ایوانز*^۱ تدوین و مورد آزمون قرار گرفت. اصلاح انتظارات هنجاری و آموزش مهارت‌های مقاومت‌ورزی در برابر مصرف مواد، از خصوصیات مهم الگوی تأثیر اجتماعی *ایوانز* به‌شمار می‌آید. در این رویکردها، مهارت‌های مقاومت در برابر فشار همسالان و رسانه‌های گروهی در تبلیغات و فیلم‌ها برای کشیدن سیگار، مصرف الکل و مواد مخدر با شناسایی و پاسخ به پیام‌های موافق مصرف مواد آموزش داده می‌شود.

طی دو دهه گذشته، شواهد تجربی فزاینده‌ای به‌ویژه در آمریکا از مؤثر بودن رویکردهای مدرسه‌محور در پیشگیری کوتاه‌مدت و درازمدت از سوء مصرف مواد به‌دست آمده است؛ اگرچه تأکید اکثر تحقیقات بر مصرف سیگار است، اما شواهد روزافزون در حمایت از رویکردهای پیشگیری از مصرف مواد تحسین‌برانگیز است. مطالعاتی که از ترکیب رویکرد «تأثیر اجتماعی» و رویکرد «تقویت توانایی‌ها» استفاده کرده‌اند، نشان داده‌اند که این روش‌ها می‌تواند مصرف سیگار را ۴۰ تا ۷۵ درصد کاهش دهد (بوتوین و همکاران، ۱۹۸۴). نتایج مطالعات *کاپلان*^۲ و همکاران (۲۰۱۰) نشان داده است که رویکرد «تقویت توانایی‌های عمومی برای مصرف مواد» ممکن است مؤثر واقع نیفتد، مگر اینکه شامل آموزش مهارت‌های اجتماعی مقاومت هم باشد. شاید به این دلیل که آموزش‌های

مهارت‌های اجتماعی شامل آموزش هنجارهای ضد مواد است، و به دانش‌آموزان کمک می‌کند تا از مهارت‌های عمومی نظیر برقراری ارتباط، گفتگو و ابراز خود و مهارت‌های لفظی و غیرلفظی و قاطع بودن در موقعیت‌هایی استفاده کنند که با پیشگیری از مصرف مواد ارتباط دارد (سهراب‌زاده، ۱۳۹۰).

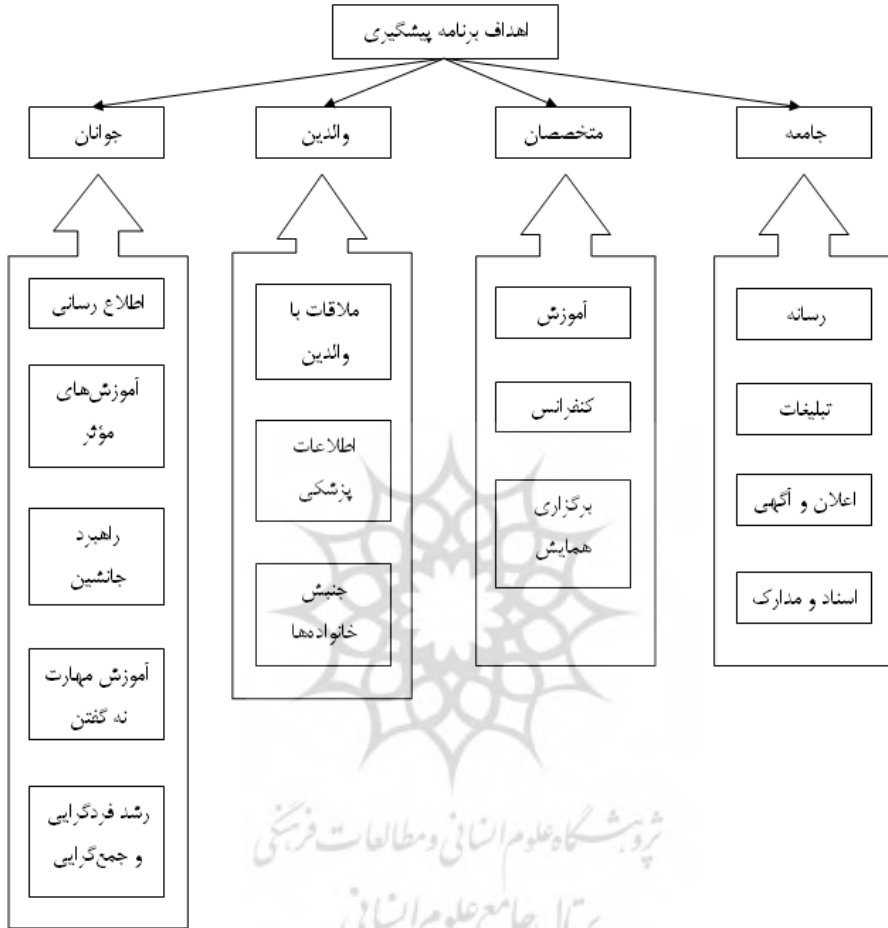
اگر بخواهیم برای تأثیر هر یک از سطوح پیشگیری درصدی تعیین کنیم، پیشگیری اولیه سهمی بیش از ۹۵ درصد و درمان سهمی کمتر از ۵ درصد در حفظ سلامت جامعه دارد. با این وجود در کشور ما نه تنها اجرای برنامه‌های پیشگیری اولیه در اولویت قرار ندارند، بلکه به حوزه کاهش تقاضا نیز اهمیت چندانی داده نشده و در بسیاری از موارد، کاهش در بروز سوء مصرف مواد رخ نداده است (سبحانی، ۱۳۹۰). یکی از اقدامات مهم در پیشگیری اولیه، شناخت وضعیت موجود و مطالعه جمعیت معتاد از لحاظ تمامی متغیرها و عواملی است که در اعتیاد فرد نقش دارد و بعد از شناخته شدن این عوامل، می‌توان برای هر یک از آنها برنامه حذف یا کنترل را اجرا کرد.

۴۳

اگر عوامل شخصیتی را مدنظر قرار دهیم، آنگاه باید به کانون خانواده، از انتخاب همسر گرفته تا فرزندپروری و خصیصه‌های شخصیتی که در کودک ایجاد می‌شود، از طریق برنامه‌های آموزشی به والدین آموزش دهیم تا فرزندان در برابر این گونه معضلات اجتماعی مصونیت یابند و مقاومتشان بالا رود و اگر عوامل اقتصادی در اعتیاد مؤثر باشد می‌توان برنامه‌ریزی پیشگیری را برای بالابردن توان اقتصادی جامعه به کار برد (محسنی تیریزی، ۱۳۸۷).

در نمودار شماره ۱، بوتوین براساس نظرات پارسونز به بررسی ابعاد و زمینه‌های اجتماعی اعتیاد براساس گروه‌های در معرض خطر و برنامه مداخله در پیشگیری از طریق راهبردهای اطلاع‌رسانی، مهارت‌های ایجادکننده مقاومت و جرأت‌ورزی به صورت چند بعدی می‌پردازد (بهرامی، ۱۳۹۰).

نمودار شماره ۱. برنامه پیشگیری بر اساس مداخله



طبقه‌بندی اقدام‌های پیشگیرانه در سطوح سه‌گانه، باعث تسهیل روند انتخاب اهداف، تعیین مسئولیت‌های مختلف و تعریف جمعیت هدف در هر سطح می‌شود. سطح اول پیشگیری شامل یک‌سری سیاست‌های خاص است که نمونه واضح آن اطلاع‌رسانی و آموزش است. این‌گونه اقدام‌ها علاوه بر این‌که روی افراد غیرمعتاد بسیار مؤثر است، تأثیری قوی بر کسانی دارد که سابقه قبلی مصرف مواد مخدر داشته‌اند و حتی بعضی از افرادی که وابستگی شدید به مواد مخدر دارند، تحریک می‌شوند و در صدد کمک از

چنین برنامه‌هایی برمی‌آیند. روش رفتار در این سطح از مداخله، اغلب گروهی است و بر تک‌تک افراد جامعه تکیه ندارد. پیشگیری ثانویه با درمان سریع و به‌موقع و جلوگیری از مصرف مکرر مواد مخدر در افراد با سنین بالاتر، موجب کاهش میزان سوءمصرف مواد است. هدف عمده پیشگیری ثالثیه، جلوگیری از ابتلا به بیماری‌های ایدز و هپاتیت است و به افرادی که در حال ترک هستند کمک می‌کند تا بتوانند همچنان از مصرف مواد مخدر بپرهیزند.

نگاهی به تجربیات پیشگیری از اعتیاد

در بسیاری از کشورها، از بسیج عمومی به‌عنوان وسیله‌ای برای پیشگیری از مصرف مواد مخدر و تبلیغ پیام‌های تندرستی استفاده می‌شود. در سراسر هندوستان، ۲۵۷ دفتر با نصب پوستر در مکان‌های عمومی، نوشتن شعار بر روی اتوبوس‌ها و چسباندن برچسب بر خودروهای کوچک به آگاهی مردم می‌افزایند. در کره و ژاپن از رسانه‌های همگانی برای برنامه‌های پیشگیری از مصرف مواد مخدر استفاده می‌شود. در چین، بیش از صد هزار نوار ویدئویی تکثیر و برای حدود صد میلیون نفر در یوتان، شانکس^۱ و سایر استان‌ها نمایش داده شد و در یک کتابچه ۵۷ صفحه‌ای درباره مبارزه چین با مواد مخدر و هشدار درباره خطرهای آن توضیح داده شد. در این مبارزه با بهره‌گیری از تجربه چین در جنگ تریاک به‌وسیله انگلیسی‌ها، که به‌دنبال آن واردات تریاک به چین اجباری شد، مواد مخدر به‌عنوان خطری از جانب استعمارگران به تصویر کشیده شد.

در بسیاری از کشورها، نقطه تمرکز برنامه‌های پیشگیری از «ضدیت با مواد مخدر» به «تندرست ماندن» تغییر یافته است. در مورتیوس، آموزش درباره مواد مخدر در برنامه‌های ارتقای تندرستی از طریق باشگاه‌های تندرستی مدارس ارائه شده است.

در شهر بوستون^۲، در ایالات متحده آمریکا علیه مصرف کراک و سایر مواد مخدر مبارزه‌ای آغاز شده است که در آن، بر درگیر شدن با مشکلات شهرنشینی مانند تنهایی و

بیکاری تأکید می‌شود و از طریق گروهی موسوم به «مبارزه با مواد مخدر در بوستون»، کاسبان و گروه‌های اجتماعی برای عرضه برنامه‌های آموزشی و تفریحی، تهیه مسکن با بهای مناسب و آموزش همکاری می‌کنند (سهراب‌زاده، ۱۳۹۰).

نقش مدیریت شهری در پیشگیری از اعتیاد

امروزه کلان‌شهرها به واسطه مسائل اجتماعی نظیر افزایش روزافزون جمعیت شهر، مهاجرت‌های بی‌رویه، گسترش حاشیه‌نشینی، فقدان مهارت‌های زندگی در کلان‌شهر، گسست نظام‌های سنتی و پیوندهای عاطفی و خانوادگی، آسیب‌پذیری شهروندان به دلایل مشکلات اجتماعی و اقتصادی با آسیب‌های اجتماعی فراوانی مانند اعتیاد، روسپی‌گری، فرار و کار کودکان، تکدی‌گری، سرقت و نظایر آن مواجه است (میری‌آشتیانی، ۱۳۸۵). بنا به نظر میلیو^۱ (۱۹۹۷)، حمایت مؤثر و کافی از سازمان‌های اجتماعی برای ایجاد ارتباط مؤثر بین سیاست‌های شهری با سلامت محلات و تندرستی شهروندان ضروری است. حمایت از آموزش برای توانمندسازی شهروندان در دگرگون کردن وضعیت زندگی و بهبود وضعیت محله، مسئله‌ای مهم و حیاتی است. به اعتقاد میلیو توسعه ابتکارات اطلاعاتی، ارتباطی و آموزشی مؤثر در جوامع در حال توسعه با چالش‌های بزرگی مواجه است، زیرا آموزش شهروندان فرآیندی دائمی است که به سیاست‌های همگانی مناسب و حمایت مداوم مدیریت شهری نیازمند است. مدیریت شهری باید نظارت شهروندان بر بهبود وضعیت محلات را پایه‌ریزی کند و تضمین‌کننده مشارکت شهروندان در امور شهری باشد (سهراب‌زاده، ۱۳۹۰).

عملکرد مدیریت شهری و شهرداری‌ها در حوزه آسیب‌های اجتماعی، بیشتر در حوزه خدمات عمومی و عمرانی متمرکز بوده و بیشتر به جمع‌آوری و دورنگه‌داشتن افراد آسیب‌دیده اجتماعی نظیر متکدیان و معتادان از منظر عمومی و فضاهای شهری پرداخته است. درحالی‌که با توسعه خدمات تخصصی مرتبط با کاهش آسیب‌های اجتماعی به‌ویژه

توجه به گروه‌های مختلف در معرض خطر مانند کودکان، زنان و اجرای برنامه‌های محله‌محور با تمرکز بر رویکردهای اجتماعی می‌تواند نقش مؤثری در کاهش آسیب‌های اجتماعی و ارتقای سلامت اجتماعی در فعالیتهای شهری را فراهم سازد (زارع و عماری، ۱۳۸۷).

مدیریت شهری باید در حوزه‌های مختلف اجتماعی، به افراد آسیب‌دیده از جمله متکدیان، افراد بی‌خانمان، معتادان، کودکان فراری و کودکان کار، زنان آسیب‌دیده اجتماعی، زنان در معرض خشونت و بحران‌های خانوادگی، ساکنان مناطق غیررسمی و خانواده‌های بی‌سرپناه، خدمات اجتماعی - حمایتی ارائه کند.

مصون‌سازی و حفاظت از اقشار سالم جامعه در برابر تهدیدات و آسیب‌های ناشی از اعتیاد از طریق بهره‌گیری از ظرفیت‌ها و امکانات شهرداری و هماهنگی و مشارکت با سایر دستگاه‌های دولتی و غیردولتی موجب کاهش گرایش به اعتیاد در بین گروه‌ها و محیط‌های هدف می‌شود (زارع و عماری، ۱۳۸۷).

مدیریت شهری با توجه به چهار کانون خانواده، محلات، مراکز آموزشی و محیط‌های کاری در اجرای برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد به صورت منسجم و هماهنگ با سایر دستگاه‌های مرتبط با امر مبارزه با اعتیاد می‌تواند نقش ویژه‌ای ایفا کند. پاک‌سازی شهر از وجود افراد معتاد، ولگرد و فروشندگان مواد مخدر در جامعه، سالم‌سازی محلات و محیط‌های آموزشی (جامعه سالم)، تشویق مردم به تشکیل کانون‌های مردمی در امر مبارزه با اعتیاد و پیشگیری از اعتیاد و جلب مشارکت آحاد جامعه در امر پیشگیری از اعتیاد به ویژه بهره‌گیری از افراد کاردان و متخصص و همچنین بهره‌گیری از چهره‌های ورزشی و هنرمند محبوب نسل جوان در پیشگیری اولیه اعتیاد می‌تواند ایفای نقش و مسئولیت نمایند (سهراب زاده، ۱۳۹۰).

مدیریت شهری می‌تواند با برنامه‌ریزی برای صرف بهینه اوقات فراغت جوانان و تامین امکانات ورزشی برای آنها و توسعه امکانات ورزشی و تفریحی سالم و توسعه و ترویج

ورزش همگانی و همچنین بهره‌گیری از هنر و سینما برای آموزش شیوه سالم زیستن با تأکید بر آموزش غیرمستقیم و مهارت‌های زندگی و توانایی نه گفتن، می‌تواند برای جوانان و خانواده‌ها در کاهش آسیب‌های اجتماعی به‌ویژه اعتیاد فعالیت کند.

مدیریت شهری با تأکید بر برنامه‌های اجتماع‌محور محلات و توانمندسازی و اقتدارافزایی ساکنان محلات و ایجاد بستر مناسب برای کار و فعالیت جوانان با گسترش همکاری‌های نهادهای غیردولتی و مردم‌نهاد¹ و خیریه‌ها و تقویت مشارکت گروه‌های خودجوش و داوطلبانه مردم و حمایت از فعالیت‌های شورایی در امر مبارزه با اعتیاد و پیشگیری از آن با ایجاد کانون‌های پیشگیری از اعتیاد و توسعه عرضه خدمات مشاوره‌ای برای گروه‌های در معرض خطر در سطح محلات شهر می‌تواند در ارتقای سلامت اجتماعی آنها تلاش کند.

به هر ترتیب مدیریت شهری با توجه به امکانات بالقوه شهرداری‌ها و رابطه مستقیم با شهروندان و داشتن ظرفیت گسترده اطلاع‌رسانی از طریق پایگاه‌های مردمی، خانه‌های سلامت، فرهنگ‌سراها، پارک‌ها و سینماها و سایر مراکز فرهنگی - تفریحی در حوزه شهری و داشتن آگاهی لازم از وضعیت معتادان، ولگردان و قشرهای آسیب‌دیده اجتماعی در سطح شهر و محلات می‌تواند نقش مهمی در امر پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی به‌ویژه اعتیاد داشته باشد.

نتیجه‌گیری

اعتیاد و سوءمصرف مواد مخدر یکی از معضلات اجتماعی است که توانایی جامعه در سازمان‌یابی و حفظ نظم موجود را از بین می‌برد و باعث دگرگونی‌های ساختاری در نظام اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی در یک جامعه می‌شود. اعتیاد کلیه اقشار جامعه به‌ویژه زنان و کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و به‌طور روزافزونی در حال تعامل با سایر آسیب‌های اجتماعی و تبدیل شدن به یک تهدید شالوده و ساختارشکن است؛ زیرا آسیب‌دیدگان جامعه امروز آسیب‌رسانندگان فردای کشورند و بیماری‌های خطرناکی چون ایدز و هیپاتیت به‌علت رعایت نکردن بهداشت در میان معتادان تزریقی، موجب

گسترده شدن این معضل می شود (همایش پلیس زن و مواد مخدر، ۱۳۹۱). بنا به گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر، تعداد تقریبی معتادان کشور یک میلیون و دو یست هزار نفر است که براساس تحقیقات، الگوی اعتیاد در کشور به سرعت در حال تغییر و مصرف مواد روان گردان در حال افزایش است. در صورت بی توجهی به تلاش برای کاهش تقاضا، سن گرایش به اعتیاد کاهش می یابد و به علت مهاجرت پذیری و حضور افرادی که فقط به منظور کار یابی راهی شهرهای بزرگ می شوند، بیشترین تعداد معتادان در کلان شهرها پدیدار خواهد شد. بنابراین مبارزه با معضل اعتیاد به مواد مخدر نیازمند درگیر شدن نهادهای مختلف اجتماعی به ویژه مدیریت شهری است.

به نظر می رسد علاوه بر مقابله با واردات و عرضه مواد مخدر، توجه به سایر ابعاد مبارزه با مصرف مواد مخدر نظیر کاهش تقاضا و پیشگیری از اعتیاد به منظور ایجاد توازن منطقی بین اقدامات انتظامی و درمانی ضرورت دارد. طبقه بندی اقدامات پیشگیری در سطوح سه گانه (اولیه، ثانویه، ثالثیه) باعث تسهیل روند انتخاب اهداف، تعیین مسئولیت های مختلف و تعریف جمعیت هدف در هر سطح می شود. سطح اولیه پیشگیری شامل یک سری سیاست های اطلاع رسانی و آموزش با رویکرد اجتماع محور است که برای افراد سالم و در معرض خطر جامعه و حتی کسانی که سابقه قبلی مصرف مواد مخدر داشته اند، مؤثر است. پیشگیری اولیه اغلب شامل اقداماتی است که در آنها گروه هدف سالم اما در معرض خطر قرار دارند و با انجام مداخلات گروهی براساس عوامل شناخته شده در اعتیاد می توان برای هر یک از عوامل، برنامه ریزی خاصی جهت حذف یا کنترل آن داشت. به طور کلی هدف از پیشگیری اولیه، کاهش یا به تعویق انداختن شروع مصرف مواد مخدر در جامعه است، به این ترتیب می توان میزان خطر ابتلای جوانان به اعتیاد را کاهش داد. در این پیشگیری جامعه هدف، معتاد نیستند ولی می توانند در معرض خطر اعتیاد قرار گیرند؛ مانند نوجوانان که به علت کنجکاوی و قرار گرفتن در سن بلوغ، خطر پذیری بالایی دارند و معمولاً با بالا رفتن سن میزان آسیب پذیری کمتر می شود. معمولاً معتادان افراد

کم‌سن‌تر از خود را معتاد می‌کنند. بنابراین در صورت بی‌توجهی به کاهش تقاضا، سن اعتیاد کاهش می‌یابد. نخستین هدف «پیشگیری اولیه» دور نگه‌داشتن افراد سالم، غیرمعتاد یا غیرمصرف‌کننده از مواد قابل مصرف است. این نوع پیشگیری بر آموزش مهارت‌های مختلف مانند ارائه اطلاعات و آگاهی درباره مواد مخدر و خطرات ناشی از مصرف آنها و تقویت مهارت‌های شناختی لازم برای تشخیص موقعیت‌های خطرناک و احتراز از آنها با آموختن مهارت‌های اجتماعی ضروری جهت مقاومت در برابر فشار گروه همسالان و آموزش مهارت‌های زندگی و تقویت توانایی فرد برای تصمیم‌گیری مناسب و ایجاد عزت نفس و شهامت تصمیم‌گیری مسئولانه و «نه گفتن» به فشار گروه همسالان متمرکز است. پیشگیری اولیه با تمرکز بر رویکرد اجتماع‌محور در آسیب‌های اجتماعی به‌ویژه کاهش میزان اعتیاد، تأثیرات ویژه‌ای بنا بر تحقیقات انجام شده دارد.

مدیریت شهری با رسیدگی به مسائل شهری، اجتماعی و فرهنگی توسط نهاد «شهرداری» می‌تواند در ساماندهی فعالیت‌های شهری انجام وظیفه کند. آسیب‌های اجتماعی نظیر اعتیاد، روسپی‌گری، تکدی‌گری و کودکان کار و فرار و سرقت از مهم‌ترین مسائل اجتماعی است که در مدیریت شهری باید مورد توجه قرار بگیرد.

امروزه مدیریت شهری به‌جای ارائه خدمات عمومی و عمرانی متمرکز در آسیب‌های اجتماعی نظیر جمع‌آوری و دور نگه‌داشتن معتادان و متکدیان از منظر عمومی بهتر است در حوزه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی به‌منظور مصون‌سازی و حفاظت از اقشار سالم جامعه در برابر تهدیدات ناشی از اعتیاد با بهره‌گیری از ظرفیت‌ها و امکانات شهرداری و سایر دستگاه‌های دولتی و غیردولتی (مردم‌نهاد) اقدام کند.

مدیریت شهری با توجه به چهار کانون خانواده، محلات، مراکز آموزشی و محیط‌های کاری می‌تواند در اجرای برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در سالم‌سازی جامعه و تشویق مردم به تشکیل کانون‌های مبارزه با اعتیاد و جلب مشارکت مردمی برای توسعه‌ی نظارت شهروندان به مدیریت شهری تلاش کند.

مدیریت شهری با تأکید بر برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد به صورت اجتماع‌محور در محلات می‌تواند در توانمندسازی و اقتدارافزایی ساکنان محله در امر مبارزه با مصرف مواد مخدر گام مؤثری بردارد.

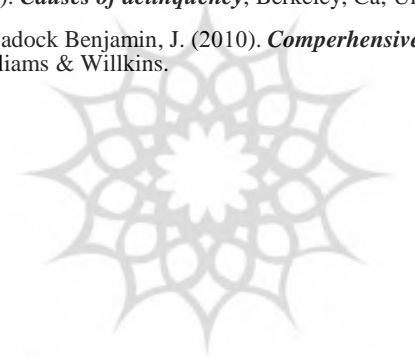
یکی از راهبردهای مهم ستاد مبارزه با مواد مخدر، پیشگیری از مصرف مواد در جامعه است. در این راستا بهره‌گیری از ظرفیت تمام دستگاه‌های فرهنگی امری ضروری است. از این رو شهرداری به‌عنوان یکی از نهادهای اجتماعی، ارتباط مستقیم با شهروندان دارد و می‌تواند در راستای پیشگیری از اعتیاد، اقداماتی مؤثر و اساسی را انجام دهد.

منابع

- ابادینسکی، هوارد. (۱۳۸۵). *مواد مخدر، نگاه اجمالی*؛ ترجمه کریمی و کاظمی، تهران: جامعه و فرهنگ.
- اسعدی، حسن. (۱۳۸۴). *شیوه‌ها و راهکارهای علمی پیشگیری از اعتیاد*، تهران: رشد.
- بهرامی، احسان. (۱۳۹۰). *اعتیاد و فرایند پیشگیری*، تهران: انتشارات سمت.
- جزینی، علیرضا. (۱۳۹۰). *همایش مبارزه با مواد مخدر*.
- چیرلو، استفانو. (۱۳۷۹). *اعتیاد در آینه روابط خانوادگی*، ترجمه پیرمادی، بی‌جا: حمام.
- زارع و عماری. (۱۳۸۷). *روند تحول و رویکرد مدیریت شهری در حوزه آسیب‌های اجتماعی*، تهران: اداره آسیب‌های اجتماعی شهرداری تهران.
- سارافینو، ادوارد. (۱۳۸۴). *روان‌شناسی سلامت*، ترجمه میرزایی، الهه، تهران: رشد.
- سبحانی، عبدالرسول؛ شجاعی تهرانی، حسین. (۱۳۸۰). *اعتیاد*، تهران: پورسینا.
- ستاد مبارزه با مواد مخدر. (۱۳۸۶). *کتاب سال*، تهران: دبیرخانه ستاد.
- سهراب‌زاده، مهران. (۱۳۹۰). *مدیریت شهری و پیشگیری از اعتیاد*، تهران: جامعه‌شناسان.
- صالحی، فرناز. (۱۳۷۹). *بررسی تأثیر عوامل اقتصادی-اجتماعی مؤثر بر اعتیاد، مطالعه موردی زندان شهرکرد*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شیراز.
- عزیزی، عبدالرضا. (۱۳۸۸). *پیشگیری و درمان اعتیاد*، مشهد: آستان قدس رضوی.
- غنجی، علی. (۱۳۸۶). *کلیات مواد مخدر*، تهران: معاونت آموزش ناجا.
- *مجموعه مقالات همایش پلیس زن و مبارزه با مواد مخدر*. (۱۳۹۱). تهران: دانشگاه علوم انتظامی امین.
- محسنی تیریزی، علیرضا. (۱۳۸۷). *کنترل و پیشگیری از استعمال دخانیات*، بی‌جا، مرکز آموزشی-پژوهشی و درمانی سل و بیماری‌های ریوی.

- میری آشتیانی، الهام. (۱۳۸۵). *جامعه‌شناسی اعتیاد در ایران امروز*، تهران: مهاجر.

- Bandura. (1999a). Human Agency in Social Cognitive Theory, *American Psychologist*, 44 (99), 1175-1184.
- Botvin, G. J. (1998). *Substance Abuse Prevention Through Life Skills Training*, in R. D. Peters & R. J. McMahon (Eds), *Preventing Childhood Disorders; Substance Abuse and Delinquency*.
- Bronson's, GH & R, Forehand. (1993). *Prospective Association among Family form, Family Process and Adolescence and Drug Abuse, Behaviour Research and Therapy*.
- Ellikson, P, & R. Bell. (1993). *Prospects for preventing drug use among young adolescents*, Santa Monica, Calif, Raud Crop.
- Evans, R. L and B. E Raines. (1990). *Applying a Social Psychologist Models Across Health Prevention: Cigaretts to Smokeless Tobacco*, in J. Edwards, R.S Tindale, L. Health and E. J Posavas (Eds). *Social influence processes and prevention*; NewYork, Plenum.
- Hirschi, T. (1989). *Causes of delinquency*, Berkeley, Ca; University of Colifornia.
- Kaplan, Harold Sadock Benjamin, J. (2010). *Comperhensive textbook of psychiatry*, Baltimore, Williams & Willkins.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی