

پنج تجربه از اجرای برنامه پیش‌گیری از «اعتیاد اجتماع محور»

سعید جهان‌شاهی*

سال هشتاد و دو، سال اول برنامه پیش‌گیری از اعتیاد که در سطح اجتماعات کوچک محله‌ها به اجرا درآمد، سال تجربه و تجربه‌آموزی بود. در مقاله حاضر نخست به بررسی تجربه فعالیت‌های مشارکتی در شهر پورتو آگره (Porto Alegre) در جنوب برزیل که از تجارب زبان‌زد برنامه‌های مشارکت مردمی است، پرداخته خواهد شد؛ سپس تجربیات به دست آمده از مرحله آغاز اجرای برنامه در چهار محله صفاییه، حسن آباد، نعیم آباد، و مریم آباد در سطح شهر یزد و یک روستای دو هزار نفری به نام روستای نصرآباد از توابع شهرستان تفت، در جاده یزد - شیراز، معرفی و بررسی خواهد شد. در بررسی این پنج تجربه، پنج الگوی مشارکتی که ماحصل تعامل خودجوش شرایط با ایده برنامه بود، استخراج و در الگوی واحدی جمع‌بندی شد. در بعد اجرایی نیز متغیرهای انسانی مؤثر در اجرای این تجارب - کارشناس مجری برنامه، رهبران محلی، تسهیل‌گران و مؤسسات غیردولتی هم‌کار با برنامه - از دو بعد ثبات و توانایی تحلیل و بررسی شدند. ماحصل این تحلیل‌ها و جمع‌بندی نحوه اجرای برنامه در سال دوم، به معرفی الگوی عملیاتی انجامید که به نظر نگارنده نه تنها قابلیت اجرا در سطح محلات مختلف با فرهنگ‌های مختلف و در استان‌های مختلف را دارد، بلکه قابلیت استفاده در محیط‌های کار، مدارس و خانواده‌ها را نیز دارا است. در این الگوی عملیاتی جدید، جاده ارتقای سلامت، از تسهیل‌گران آغاز شده و به سازمان‌های مبتنی بر اجتماعات کوچک (Community-based Organization) ختم می‌شود. در این راه، به منظور ایجاد قابلیت توان‌مندسازی مردم علیه سوء‌مصرف مواد مخدر و وابستگی به آن،

* پزشک عمومی، کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، کارشناس سازمان بهزیستی استان یزد
<jahanshahi@iranaddiction.com>

همچنین دست‌یابی به هدف «ایجاد جنبش فراگیر اجتماعی علیه سوء‌مصرف مواد مخدر»، تسهیل‌گران یا گروه مرکزی اجرای برنامه، سازمان‌دهی مدون مشارکت مردم را با تکیه بر سنت‌های بومی و فرهنگی آن‌ها، حول مفاهیم خانه و زندگی و توان‌مندسازی اجتماعات کوچک را در پیش گرفتند؛ چرا که این طریق و توان‌مندسازی اجتماعی در این الگوی پیشنهادی را با قابلیت بازسازی هویت اجتماعی، بهبود سرحالی (Wellbeing) و آموزش مهارت‌های زندگی اجتماعی، را ممکن می‌سازد.

کلید واژه‌ها: اجتماع کوچک، اعتماد، پیش‌گیری اجتماع محور، توان‌مندسازی

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۳/۱۱/۳

تاریخ دریافت مقاله: ۸۳/۶/۱۱

مقدمه

تجربه تلاش بشر برای گسترش خدمات بهداشت با اجرای نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC) در شهرها و روستاها موفقیت‌های چشم‌گیری داشته است. از بازخوانی این تجربیات دو موضوع کلیدی حاصل شد:

الف) تأکید خدمات بهداشتی بر رفع علائم و بیماری‌ها بود. این تأکید توانست عوامل مرگ و میری چون فلج اطفال را مهار کند، اما در مهار عواملی چون اعتیاد، ایدز، تصادفات و بیماری‌های قلبی عروقی ناکام ماند؛ چرا که در این موارد، بیش از آن‌که ویروس‌ها و واکنش‌ها نقش داشته باشند، عوامل اجتماعی، به‌خصوص سبک زندگی ایفای نقش می‌کردند. مثل سبک زندگی که در آن رفتارهای اعتیادی یعنی توجه به لذت آنی در برابر مضرات آنی مشخصه اصلی آن‌ها است (Daley? Marlatt, 1997).

ب) از طرفی پژوهش‌ها ارتباط موقعیت اجتماعی با سطح دریافت خدمات اجتماعی و سلامتی را به وضوح نشان دادند. (Murry et al., 2004) بی‌توجهی به نابرابری‌ها و توسعه نیافتگی‌های اجتماعی به معنی بی‌توجهی به سلامتی و گسترش بیماری‌ها در جامعه قلم‌داد شد. بانک جهانی نیز مستندات متنوعی از تأثیر مشارکت مردمی بر کنترل فقر، نابرابری و

به‌خصوص سلامتی ارائه کرد (Guareschi et al., 2004).

سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۷۸ در آلماتا (Guareschi et al., 2004)، با تأکید بر نقش مشارکت مردم برگسترش سلامتی، و در ۱۹۸۴ در اتاوی کانادا، با تدوین منشور اتاوا و پذیرش آن از طرف وزرای عضو، ارتقای سلامت را به عنوان دیدگاه تازه‌ای در بهداشت جهانی در برابر دیدگان سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان سلامت در کشورهای جهان قرار داد. بدین ترتیب ارتقای سلامت با تعریف «توانمندسازی مردم برای کنترل عوامل مؤثر بر سلامتی‌شان» محور فعالیت‌ها و برنامه سلامتی سازمان بهداشت جهانی قرار گرفت (Terris, 2000). به دنبال این دیدگاه نوین، تأکید بر فرد و نقش خاص درمان‌گر، که زیربنای بهداشت فردی و روان‌شناسی سلامتی بود، کم‌رنگ شد و اجتماعات کوچک (community) و مشارکت مردم، موضوع مطالعه گرایش جدیدی به نام روان‌شناسان سلامتی اجتماعات کوچک (community health psychology) شد. (برای مطالعه بیشتر در باب تاریخچه خواست‌گاه و تفاوت‌های روان‌شناسی سلامتی و روان‌شناسی سلامتی اجتماعات کوچک، نگاه کنید به Murry et al., 2004).

طرح این نگاه نو تجربه‌های تازه‌ای را در برابر متولیان سلامتی قرار داده است. ورود این دیدگاه نوین به حوزه پیش‌گیری از اعتیاد در کنار تأکید بر نقش مشارکت مردم، توسعه اجتماعی، سبک زندگی اعتیادی و نقش خاص سرحالی (Wellbeing) در سلامتی، باعث شد روی‌کرد مبتنی بر اجتماعات کوچک (اجتماع‌محور) و متکی بر دانش روان‌شناسی سلامتی اجتماعات کوچک، زیربنای کلیه برنامه‌های پیش‌گیری از اعتیاد و سرآغاز عصری نوین در ارائه خدمات پیش‌گیری از اعتیاد قرار گیرد.

۱) تجربه برزیل

شهر پورتو الگره، با یک میلیون و سی صد هزار نفر جمعیت، مرکز یکی از ایالت‌های جنوبی برزیل است. این شهر در دهه هشتاد با مشکلات مختلفی از قبیل کمبود آب آشامیدنی سالم و... دست به گریبان بوده است. برنامه‌های «ارتقای سلامت اجتماع‌محور»

در این شهر از ۱۹۸۹ و پس از پیروزی حزب کارگر در انتخابات محلی شهر آغاز شد. موفقیت این حزب در اجرای موفق این برنامه پیروزی این حزب را برای چهارمین بار پیاپی در این شهر سبب شد. از آن سال تاکنون این برنامه توانسته است مشارکت بخش وسیعی از مردم را جلب کند و بر توسعه و سلامتی مردم شهر تاثیر چشم‌گیری بگذارد. ایده اولیه، جلب مشارکت مردم برای توزیع عادلانه‌تر و مشارکتی‌تر منابع و امکانات شهری بود. این ایده از طرف شورای شهر طرح شد و به سیستمی مشارکتی برای تنظیم بودجه و امکانات شهری منتهی شد. براساس این الگو، برخی از اهالی در جلسات منظم و مستمری دور هم جمع شده و نظرات خود را برای ارتقای کیفیت خدمات شهری در مواردی چون سلامتی، آموزش، حمل و نقل و امنیت اجتماعی طرح می‌کردند. این گفت‌وگوها فرآیند تصمیم‌گیری را بسیار تسهیل می‌کرد و نتایج بهتری پدید می‌آورد. شرکت در این جلسات آزاد بود. در سال اول برنامه، کسر بودجه شورای شهر باعث شد میزان مشارکت مردمی محدود نگه داشته شود، اما بعد از اصلاحاتی که در نحوه دریافت مالیات‌ها ایجاد شد، توجه به این سیستم بودجه‌بندی مشارکتی اهمیت یافت. برخلاف انتظار، شرکت در جلسات به گروه‌های تحصیل‌کرده و طبقه متوسط و مرفه محدود نشد؛ چنان‌که اتفاقاً شرکت گروه‌های فقیرتر در جلسات مشهودتر بود. بررسی پویایی‌های گروه در این جلسات نشان داد میزان مشارکت مستمر و درگیری در مسائل و اظهارنظر افراد، با سابقه شرکت در جلسات ارتباط مستقیمی دارد. با گذشت زمان به وضوح بر تعداد بیش‌تر مردان و زنان و اهمیت مباحث افزوده می‌شد. تصمیمات حاصله از طرف نمایندگان منتخب محلات مختلف، تحت بررسی بیش‌تر قرار می‌گرفت و به مقامات دولتی ارائه می‌شد. این روند در محلات و حوزه‌های مختلف خدماتی، گسترش یافت؛ به نحوی که امروزه شرکت در این جلسات دانش مردم را در اداره شهر ارتقا بخشیده و بر روحیه شهروندی تأثیر عمیقی وارد کرده است؛ چنان‌که بودجه‌بندی مشارکتی، به فرهنگ عمومی مردم تبدیل شده است. این برنامه با تقسیم شهر به ۱۶ منطقه و گروه‌های کوچک زیر مجموعه آن، ۶۰ درصد از مردم شهر را تحت پوشش قرار داده است. براساس تجربه این

شهر، ۷۰ شهر دیگر برزیل در حال اجرای این برنامه هستند.* در این تجربه، طرح موضوع بودجه‌بندی مشارکتی در کنار تشکیل جلساتی عمومی در محلات - با ساختاری که فرآیند تصمیم‌گیری مردم محله را تسهیل می‌کرد - به کار گرفته شد. به عبارتی در این تجربه وضعیت توسعه‌نیافتگی سال‌های دهه هشتاد در کنار به قدرت رسیدن حزب کارگر عامل اجتماعی مناسبی برای محور قرار دادن یکی از مفاهیم پایه فرهنگ و سنت مردم یعنی پول و امکانات رفاهی بود؛ تجربه‌ای که با شرایط مناسب اجتماعی (توسعه‌نیافتگی) و حمایت شورای شهر و حزب حاکم در بستری ساده و کاربردی چون جلسات گفت‌وگو - در طی ۱۲ سال - به تدریج جای خود را در نظام مدیریت شهری باز کرد و به فرهنگ عمومی مردم تبدیل شد.

۲ تعاریف

۲-۱) اجتماع محلی (Community)

برای اجتماعات محلی تعاریف مختلفی آورده‌اند. اجتماعات محلی و کوچک را معمولاً براساس مکان تعریف می‌کنند یعنی مجموعه‌ای از انسان‌ها که در کنار یکدیگر زندگی می‌کنند. محلات نمونه‌ای از اجتماعات کوچک مردمی هستند. گاه اجتماع کوچک را براساس هویت آن تعریف می‌کنند؛ نظیر اجتماعات مذهبی مسلمانان یا زرتشتیان (Campbell & Murry 2004). از طرفی می‌توان گفت اجتماع کوچک گروهی از انسان‌ها را شامل می‌شود که وجه مشترکی دارند و چیزی آن‌ها را به هم پیوند می‌دهد. این وجه مشترک موجب می‌شود تجمع آن‌ها با خصایص ناشی از حضور تک‌تک آن‌ها تفاوت داشته باشد. بر این اساس اجتماع کوچک

* برای مطالعه گزارش تجربه شهر پورتو آگره می‌توانید به نشانی:

<http://www.portoalegre-rs.gov.br/op/index.htm> مراجعه کنید و هم‌چنین برای آگاهی از

بهترین تجربه‌های مشارکتی انتخاب شده از طرف سازمان یونسکو به نشانی:

<http://www.unesco.org/most/bpcomm.htm> رجوع کنید.

می‌تواند از خصایص یک سیستم یا گروه برخوردار باشد و ملاحظات گروه‌ها و سیستم‌ها در باب آن کاربرد یابد.

گروه‌ها از خصوصیات مشترکی برخوردارند. به دانش بررسی خصوصیات درون گروه‌ها علم پویایی گروه می‌گویند (فورسایت، ۱۳۸۰). از خصوصیات این گروه‌ها می‌توان به تعاملات درون گروهی، ساختار، انسجام، هویت اجتماعی و هدف اشاره کرد. تعاملات گروه به نحوه ارتباط اعضای گروه با هم، وابسته است. ساختار عبارت است از الگوی پایدار روابط میان اعضاء، که از نقش‌هایی چون نقش رهبری و ... تشکیل می‌یابد و هم‌چنین دربرگیرنده هنجارهای گروه است. هنجارها عبارت‌اند از مجموعه‌ای از ملاک‌های توافق شده اعضای گروه که نشان می‌دهند در یک بافت خاص چه رفتارهایی باید انجام شود و چه رفتارهایی ممنوع است. انسجام گروه عبارت است از قوت پیوندهای اعضای گروه و احساس ما بودن. هویت اجتماعی به آن بخش از خود پنداره گفته می‌شود که محصول عضویت در گروه‌ها و رده‌های اجتماعی است. هدف به علتی که گروه به منظور آن تشکیل شده اشاره دارد.

۲-۲) محله

محله، محل زندگی مردم و به عبارتی محل سکونت تعدادی از افراد به نام اهالی محل است؛ اما لزوماً محله یک اجتماع کوچک با خصوصیتی متمایز از زندگی تعدادی در کنار هم نیست. به عبارتی محله لزوماً از خصوصیات گروه یا سیستم‌های پویا برخوردار نیست. محله توان‌مندتر، خصلت‌های گروه را بیش‌تر در خود دارد.

برای تبدیل شدن محله به یک گروه واحد باید موجودیتی به نام محله واقعیت داشته باشد و عمل کرد آن در مقایسه با عمل کرد تک تک خانه‌ها و ساکنان آن متفاوت باشد. محله باید پویایی داشته باشد تا بتواند کارکردهای جامعه‌پذیری و هویت‌بخشی و ... گروه‌ها را به اعضای خود بدهد. هم‌چنین باید ساختار رهبری داشته و فرهنگ و سنت خاص، نحوه ارتباطات و قوانین و مقررات نانوشته خود را تعیین کند. در ساختار محلات، محله می‌تواند به تمامی یک اجتماع کوچک باشد و یا از اجتماعات کوچک متعددی تشکیل

شده باشد. این اجتماع کوچک می‌تواند بسیار توان‌مند و یا کاملاً ناتوان و آسیب‌دیده باشد.

۲-۳) فرهنگ و سنت

فرهنگ و سنت در اجتماعات کوچک، همان تعاملات داخل گروه‌ها، هنجارها و نقش‌های آن به شمار می‌آید. در قالب برگزاری مراسم و اجرای سنت‌ها است که ساختار گروه و نقش رهبری، هویت اجتماعی گروه و تعاملات آن نمایان می‌شود. اجتماع کوچکی که واجد فرهنگ و سنت خاصی برای تعیین رفتارهای اعضای خود نشده باشد، اجتماع کوچک ناپایدار و ناتوانی است و هرچه این سنت‌ها و سازمان‌دهی مراسم دیرینه‌تر و پذیرفته‌شده‌تر باشد دوام و پایداری اجتماع و قدرت عملکرد آن بیش‌تر است. برای انسجام و توانمندی اجتماعات کوچک، اجرای سنت‌ها و رعایت مراسم لازم و ضروری هستند. مراسم و سنت‌ها می‌توانند در ساختار فرهنگ بومی مردم یک منطقه مانند فرهنگ مذهبی یا ملی وجود داشته باشند و یا به عنوان مثال با ایجاد سازمان‌دهی مصنوعی متولیان فرهنگ سلامتی ایجاد شوند.

۲-۴) تسهیل‌گر

هدف از کار با اجتماعات کوچک در برنامه پیش‌گیری از اعتیاد «اجتماع‌محور»، تسهیل فرآیند توان‌مندسازی مستمر اجتماع کوچک - به سمت کنترل عوامل مؤثر بر سلامتی، به خصوص در مقابله با مشکل اعتیاد - است. «تسهیل‌گر» تسهیل‌کننده این فرآیند است. او فردی است که ضمن آشنایی با اجتماع کوچک و تعاملات و ساختار آن، با دانش لازم برای تأثیرگذاری بر اجتماعات کوچک و حرکت دادن آن به سمت جاده سلامتی، آشنا است. این فرآیند تغییر یا توان‌مند کردن اجتماع کوچک، فرآیندی مستمر و زمان‌بر است، لذا ثبات و استمرار در فعالیتهای تسهیل‌گر، در کنار آشنایی او با پویایی‌های اجتماع کوچک و فنون تغییر و توان‌مندسازی آن، در فعالیت او نقش مهمی دارد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

۳) تجربه یزد

شهر یزد با جمعیتی بالغ بر پانصد هزار نفر در حاشیه کویر مرکزی ایران و مجاور استان‌های اصفهان، فارس، کرمان و خراسان قرار دارد. قرار گرفتن در مرکز ایران سبب شد جنگ‌ها به آن کم‌تر آسیب برسانند و بافت شهر و وضعیت رفاهی مردم در مقایسه با سایر شهرهای کشور وضعیت نسبتاً مطلوبی داشته باشد. بخش قدیمی شهر در نواحی مرکزی آن واقع است. گسترش شهر به تدریج روستاهای اطراف را به شهر ملحق کرده است. در واقع اکثر محلات شهر ترکیبی از محلات قدیمی یا روستاهای به شهر پیوسته‌اند. این محلات را مناطق تازه‌ساز - با ترکیب جمعیتی متشکل از مهاجران سایر شهرها و روستاهای اطراف - احاطه کرده‌اند؛ لذا ترکیب جمعیتی شهر، ساختاری متشکل از سیل مهاجرت روستاییان به شهر و حاشیه‌نشینی‌هایی مشابه سایر شهرها را ندارد.

برنامه پیش‌گیری «اجتماع محور» از اعتیاد در محلات مختلفی از شهر آغاز شده است که از آن میان، تجربیات به دست آمده از اجرای برنامه در سطح محله‌های صفاییه، حسن‌آباد، نعیم‌آباد و مریم‌آباد معرفی می‌شود. تجربه به دست آمده از اجرای برنامه در سطح روستایی دوهزار نفری به نام روستای نصرآباد نیز به اختصار آمده است.

۳-۱) روستای نصرآباد

روستای نصرآباد با جمعیتی بالغ بر دوهزار نفر در شهرستان تفت و در جاده یزد - شیراز قرار دارد و از روستاهای خوش آب و هوا است که مردم آن به کشاورزی اشتغال دارند. علت انتخاب این روستا، سکونت یکی از هم‌کاران سازمان بهزیستی در آن‌جا بود. این هم‌کار علاوه بر آشنایی با اعتیاد و مسائل آن و همچنین فرهنگ بومی روستا، از افراد با نفوذ روستا نیز به شمار می‌رود. در واقع یکسان شدن نقش‌های رهبری اجتماعی، تسهیل‌گری و کارشناسی سازمان بهزیستی در یک نفر و ساختار روستایی و محدود، در کنار حساسیت اهالی به موضوع اعتیاد در روستا، انتخاب این جامعه - روستایی - را اولویت بخشید. علاوه بر این، تجربه در این روستا نکات جالبی را در اجرای برنامه در

مناطق روستایی دیگر پیش چشم می‌آورد.

در اولین گام، کار دعوت از سایر رهبران محله آغاز شد. مسئول بسیج، مدیر مدرسه و یکی از خیران روستا به سرعت دعوت را پذیرفتند. در اولین جلسه مشترک، اعضاء تصمیم گرفتند تا با طراحی برنامه‌ای جامع برای مبارزه با اعتیاد در روستا اقدام کنند. به آن‌ها توصیه شد برای تأمین بودجه و کسب قدرت مانور بیش‌تر به منظور جلب حمایت سایر منابع، در مرحله اول به ثبت مؤسسه غیردولتی و غیرانتفاعی در سازمان بهزیستی (با هدف ارتقای سلامت اهالی روستای نصرآباد) اقدام کنند و طرح جامعی برای پیش‌گیری از اعتیاد در روستا تدوین کنند. نکته‌ای که ادامه کار در این روستا را به چالش کشید، تشابه شیوه کار رهبران محلی با طرح جامع پیش‌گیری از اعتیاد (اجرا شده در سال ۱۳۷۸) و نگرانی از مواجهه با همان مشکلات بود.

روستای نصرآباد ساختاری کاملاً مشابه دیگر روستاهای ایران داشت، اما ورود رهبران محلی و احساس نیاز آن‌ها برای اقدام برای رفع مشکل اعتیاد فعالیت‌های آن‌ها را به صورت متمرکز و غیرمشارکتی جلوه داد. به عبارتی تشکیل مؤسسه غیردولتی با حضور رهبران شناسایی شده، برنامه را از یک کار اجتماعی مشارکتی و مردمی به یک فعالیت اداری شبیه‌تر کرده بود و به جای مشارکت مردم، مشارکت بخش خصوصی با همان ایده‌های دولتی را به ذهن متبادر می‌کرد. از طرفی ممکن بود درگیری‌های این ده، بر سر منابع قدرت ناشی از حضور در این مؤسسه، را نیز به مشکلات روستا اضافه کند.

۲-۳ صفائیه

صفائیه از محلات اعیان‌نشین و در جنوب شهر واقع شده است. میدان اصلی و ورودی این محله، خروجی جاده یزد - کرمان را تشکیل می‌دهد. سبک درست شهرسازی در آن رعایت شده و بالاترین قیمت زمین را در سطح شهر یزد به خود اختصاص داده است. مردم این محله اکثراً از پزشکان، کارخانه‌داران، کارمندان و دبیران باسابقه هستند. برخلاف محلات دیگر که یا از محلات قدیمی شهر هستند و یا روستاهایی بوده‌اند که با گسترش شهر اخیراً به شهر پیوسته‌اند، اهالی این محله عموماً از سایر محلات شهر به آن جا آمده‌اند.

علت انتخاب این محله برای آن‌ها وضعیت رفاهی و سبک خوب شهرسازی آن است. سبک ساخت‌وساز در این محله به نوعی است که منازل که در ابتدای صفائیه و نزدیک‌تر به میدان ورودی آن قرار دارند قدیمی‌ترند و به طبقه مرفه‌تر تعلق دارند؛ و منازل انتهایی‌تر که هنگام نزدیک شدن تدریجی به جاده یزد - تفت در غرب شهر، ظاهر می‌شوند، اقشار کم‌درآمدتر را در خود جای داده‌اند. این سبک ملایم تغییر در زمان سکونت در محله را می‌توان در تغییرات ملایم طبقه اجتماعی آن نیز به وضوح دید.

علت انتخاب این محله کشف و شناسایی دو اجتماع کوچک توانمند در آن بود. اجتماع اول، اجتماعی از زنان بود که به طور هفتگی در منازل اهالی و به صورت دوره‌ای به برگزاری مراسم ختم انعام می‌پرداختند. مجری اصلی برگزاری این مراسم که هماهنگی در برگزاری را بر عهده دارد، همسر یکی از پزشکان مشهور و قدیمی اما متوفای شهر است که خانواده‌اش مدت‌ها است در این محله ساکن هستند. در ضمن وی از جمله افراد خیر شهر است که فعالیت‌های خیریه وسیعی داشته و در سرپرستی برخی کودکان بی‌سرپرست یا حمایت از زنان بی‌بضاعت، با معاونت اجتماعی سازمان بهزیستی همکاری نزدیک داشته و دارد.

به دنبال کشف این اجتماع کوچک زنانه، تلاش برای کشف اجتماعی مشابه، اما مردانه در این محله به ثمر نشست: اجتماعی از مردان که به صورت کاملاً منظم و سازمان‌یافته فعالیت داشتند و به جای ختم انعام، مراسم دعای کمیل پیونددهنده آن‌ها بود. چاپ تقویم سالیانه‌ای از تاریخ برگزاری مراسم در منازل اعضاء نشان‌دهنده انسجام و سازمان‌دهی خوب این اجتماع کوچک بود.

پایگاه این مردان در مسجد محله قرار دارد. اجتماع دوم در منازل میانی محله - در پیوستار ذکر شده - و مسجد آن‌ها نیز در همین محدوده جای دارد. برخلاف زنان مرفه اجتماع اول، مردان این اجتماع کوچک اکثراً از طبقه متوسط و کارمندان و دبیران هستند و برخی از مدیران ارشد استان نیز در این گروه جای گرفته‌اند. هر چند شناسایی رهبر این اجتماع کوچک به سادگی شناخت رهبر اجتماع زنان نبود، اما حضور در مسجد و ملاقات

با صف اول نمازگزاران، به خصوص خادم مسجد که هماهنگ‌کننده برنامه‌ها است، کار چندان مشکلی نبود. خادم از اطلاعات کافی در خصوص این اجتماع کوچک برخوردار بود و نمازگزاران صف اول نیز از محبوبیت و مقبولیت کافی.

بزرگ‌ترین مشکل در هر دو مورد، کشف و آموزش تسهیل‌گری بود که بتواند وظیفه توان‌مندسازی و جلب مشارکت مردم در ارتقای سلامت خودشان را در چنین محیط‌های مذهبی ساخت‌یافته‌ای به انجام رساند.

در تجربه صفائیه، مجری برنامه در محله‌ای نسبتاً سالم و کم‌آسیب و با رفاه اجتماعی مطلوب، در پی کشف اجتماعات کوچک توان‌مند بود و عجیب نبود که به سادگی با تعداد متنوعی از این اجتماعات کوچک مواجه شود. نکته این‌جا است که هدف برنامه، کشف این اجتماعات کوچک نبود. هدف توان‌مندسازی اجتماعات ضعیف و تشکیل اجتماعات کوچک جدید با اولویت برنامه‌های ارتقای سلامت و پیش‌گیری از اعتیاد بود. از طرفی عدم دستیابی به تسهیل‌گر مناسب نه‌تنها کار را با مشکل مواجه کرد، که توجیه اقتصادی فعالیت در آن محله را نیز زیر سؤال برد.

۳-۳ حسن‌آباد

محله حسن‌آباد در منطقه وسیعی در حاشیه شرقی شهر قرار دارد. محدوده این محله را از سمت غرب، کمربندی شرقی شهر و محدوده غربی آن را کویر خارج شهر و قبرستان خلد برین (قبرستان اصلی شهر) تشکیل می‌دهد. زندان شهر نیز در قسمت شمالی آن واقع است. این محله در دو بخش تقسیم شده است: بخش مرکزی آن که در واقع همان روستای حسن‌آباد است؛ و بخش حاشیه‌ای و نوساز آن که از مهاجران روستایی و مهاجرانی از شهرهای شهر بابک، ابرکوه و رفسنجان تشکیل شده است. تعداد مهاجران افغانی در این منطقه بیش‌تر از سایر محلات استان بوده است که هم‌اکنون تقریباً از منطقه خارج شده‌اند. شغل اصلی اهالی این محله کارگری و فعالیت‌های خدماتی ساختمانی بوده و از وضعیت اقتصادی ضعیفی برخوردار هستند. به گفته اهالی، اعتیاد بیش‌تر در منطقه مسکونی حاشیه‌ای حسن‌آباد - منطقه مهاجرنشین - مطرح است. مشکل معتادان خیابانی و

تزریقی به صورت بسیار نادر و پراکنده به خصوص در منطقه حاشیه‌ای حسن آباد به چشم می‌خورد و موضوع روسپی‌گری غیر از شایعاتی در همان منطقه، موضوع عریانی نیست. علت انتخاب این محله قابلیت گسترش آسیب‌های اجتماعی و به خصوص اعتیاد در سطح محله و وجود احساس نیاز و حساسیت در مردم محل بود.

در این محله یک مؤسسه غیردولتی و غیرانتفاعی فعالیت داشت. این مؤسسه تعلق به این محله نداشت و فعالیت آن به سبب احساس ضرورت و نیاز به اقدام پیش‌گیرانه در مشکل‌دارترین محله موضوع فعالیت آن پیش‌گیری از اعتیاد بوده است.

با توجه به توانایی مدیریت این مؤسسه و نفوذ اجتماعی‌ای که در آن محله داشت، کار سامان‌دهی اجتماعات کوچک با تشکیل تیم‌های محلی در دستور کار قرار گرفت. از طرفی برای شناسایی هسته‌های اولیه تشکیل اجتماعات کوچک و توان‌مندسازی آن‌ها تا مبدل شدن به اجتماعات مقتدرتر، گروه هم‌تا (Peer Group) مدل مناسبی قلم‌داد شد. بدین منظور و برای شناسایی این گروه‌ها، مدلی به نام شوراهای رفاه اجتماعی به عنوان تیم‌های محلی پیش‌گیری اولیه از اعتیاد طراحی و اجرا شد. هدف از تأسیس شوراهای رفاه اجتماعی جذب و شناسایی افراد علاقه‌مند به فعالیت‌های اجتماعی و تسهیل هدف‌گذاری ارتقای سلامت مردم، با تأکید بر برنامه‌های پیش‌گیری از اعتیاد، در این اجتماعات کوچک بود. این شوراها به همت مؤسسات غیردولتی فعال در آن محله تأسیس می‌شدند. هر شورا محدوده اجتماعی خاصی را برای خود تعریف می‌کرد و حداقل سه عضو داشت. در این محله سه شورای رفاه اجتماعی تشکیل شد. لازم به ذکر است که مجوز تأسیس شوراهای رفاه اجتماعی به کلیه مؤسسات غیردولتی علاقه‌مند به فعالیت در این برنامه داده شد. این شوراها فعالیت‌های خود را در قالب صورت‌جلساتی به مؤسسه مذکور و از آن طریق به کارشناس مجری طرح در سازمان بهزیستی ارسال می‌کردند. در ارزیابی عمل‌کرد این شوراها با بررسی صورت‌جلسات آن‌ها ناهماهنگی فعالیت این شوراها با اهداف برنامه به وضوح مشخص بود؛ فعالیت‌هایی که اثبات تأثیر آن‌ها در کاهش تقاضا بر علیه سوء مصرف مواد کار ساده‌ای نبود؛ چرا که یا تکراری از همان اقدامات پیش‌گیرانه قبلی، چون

ذکر عوارض مصرف مواد، بود و یا اصولاً هم‌چون برگزاری کلاس‌های کامپیوتر و آموزش صنایع دستی ارتباطی با سلامتی و پیش‌گیری از اعتیاد نداشت. دخالت در تصمیمات شورا نیز خود نقض غرض بود.

در محله حسن‌آباد الگوی جدیدی در قالب شوراهای رفاه اجتماعی پی‌گیری شد. این شوراها به همت مؤسسات غیردولتی، افراد تاب آورده و با کمک گروه هم‌تا تشکیل شده بودند. توان‌مندسازی این شوراها و حرکت آن‌ها به سمت پیش‌گیری اولیه از اعتیاد، نکته کلیدی در موفقیت برنامه بود. در نگاهی اجمالی به صورت‌جلسات شوراهای رفاه اجتماعی، به وضوح ضعف شدید اعضای این شوراها در دستیابی به هدف آن‌ها نمایان می‌شد و برهان وجودی و کارکرد شوراها در برنامه را به چالش می‌کشید. به نظر می‌رسید شوراهای رفاه اجتماعی، همچون تیم‌های پیش‌گیری از فلج اطفال[!!]، فعالیت‌هایی به منظور پیش‌گیری از اعتیاد را هدف گرفته‌اند و در تعیین مصداق این فعالیت‌ها در تشبیه اعتیاد به بیماری فلج اطفال با مشکل مواجه شده‌اند. چرا که توان‌مندسازی اجتماعات کوچک برای کنترل عوامل مؤثر بر ابتلا به اعتیاد، شامل وجود سرمایه اجتماعی، هویت اجتماعی، مشارکت مردمی و نفس وجود شوراهای رفاه اجتماعی است، نه محصول عمل کرد آن‌ها.

۳-۴) نعیم‌آباد

محله نعیم‌آباد در واقع روستایی است که به علت گسترش شهر در اطراف آن دقیقاً در مرکز شهر واقع شده است. مردم آن عموماً کشاورز بوده و در مزارع خود کار می‌کنند. نگاه کلی به مردم بافت روستایی آن را کاملاً نشان می‌دهد. علت انتخاب این محله بافت اجتماعی خاص آن و فعالیت یکی از مؤسسات غیردولتی در سطح آن محله بود.

در اولین اقدام، اهالی به دعوت مؤسسه مذکور، در حسینیه محله جمع شدند. برنامه این مؤسسه این بود که با استفاده از شیوه شوراهای رفاهی اجتماعی، فعالیت در محله را جلو ببرد. درخواست تأسیس این شوراها پس از اجرای سخنرانی توجیهی، با مردم مطرح شده بود. در نهایت چهار شورا تشکیل شد؛ مردان و زنان در محله بالا و پایین. این

تقسیم‌بندی به نوعی تقسیمات، اختلافات و رقابت‌های محله را دامن می‌زد و هرگونه اقدام برای یک شورا را به معنی کوتاهی برای شورای دیگر جلوه می‌داد. از طرفی اعضای مؤسسه‌ای که این فعالیت را شروع کرده بود، هیچ‌گونه قرابت فرهنگی با مردم محله نداشتند. علاوه بر این، همان مشکل ذاتی شوراهای رفاه اجتماعی، یعنی ارتباط فعالیت‌های آن‌ها با برنامه‌های کاهش تقاضا که در محله حسن‌آباد دیده شده بود، در این محله نیز مشاهده شد؛ لذا این تلاش متوقف و نافرجام ماند.

در دومین تلاش، شناسایی رهبران محله طرف توجه قرار گرفت. باز مشکل فعالیت برای هر رهبر محلی و بی‌توجهی به سایر رهبران و اهالی محله بالا و پایین، عامل دغدغه‌آفرین و احتیاطی اجرای برنامه به نظر رسید. به منظور کشف فردی با نفوذ، اما خارج از محدوده محله، یکی از مؤسسات خیریه که برای زنان بی‌سرپرست در آن محله فعالیت می‌کرد، شناسایی شد. این مؤسسه دارای فضای فیزیکی لازم برای توزیع کمک‌های خیریه بود که آمادگی کامل خود را برای هم‌کاری اعلام کرد. برای نحوه اجرای برنامه در سطح آن محله، با این رهبر اجتماعی مشورت شد. به توصیه او، استفاده از پتانسیل موجود در محله یعنی فضای فیزیکی، زنان بی‌سرپرست و مردم خیر هم‌کار با این مؤسسه در محله، در دستور کار قرار گرفت. وجود خانه‌ای در محله، با سابقه خدمات خیریه، در کنار طرح ایده آموزش ماهی‌گیری ضمن توزیع ماهی، ادامه خدمات این خانه را به آموزش مهارت‌های زندگی سوق داد و مدل تازه‌ای از سامان‌دهی مشارکت مردمی را با محوریت آموزش مهارت‌های زندگی در کنار مدل شوراهای رفاه اجتماعی که مشکلات آن به تدریج رخ نموده بود، در پیش رو قرار داد. در بررسی بیش‌تر این مدل تازه، الگوی جدیدی با عنوان خانه زندگی شکل گرفت.

در ایده ابتدایی طرح خانه‌های زندگی، - که عبارت بود از خانه‌ای برای آموزش مهارت‌های زندگی - «بیاید بهتر زندگی کنیم» شعار محوری آن بود. این خانه پروژه‌ای محسوب می‌شد که به کمک مؤسسات غیردولتی و غیرانتفاعی و یا خیرین داوطلب اجرا می‌شد.

خانه زندگی سازمان‌دهی مشخصی داشت. خانه با مسئولیت مؤسسه خیریه اما با مدیریت شورایی متشکل از سه نفر از مردان، سه نفر از زنان و سه نفر از جوانان محله

اداره می‌شد. این افراد از بین اعضای خانه انتخاب می‌شدند. اعضا شهروندان نامیده می‌شدند و کسانی بودند که حق عضویت می‌پرداختند. ساکنان محله کسانی بودند که هم‌کاری با خانه را پذیرفته بودند و در گروه‌ها و کلاس‌ها شرکت می‌کردند، اما مایل به پرداخت حق عضویت نبودند. گروه سوم اهالی محله بودند که به این خانه بی‌اعتنا بودند و ارتباطی با فعالیت‌های آن نداشتند. این سازمان‌دهی می‌توانست اعضای اجتماع را به سمت عمده‌ترین فعالیت این خانه یعنی آموزش مهارت‌های زندگی سوق دهد. این مهارت‌ها از آموزش مهارت‌های آشپزی تا مهارت‌های کاهش هزینه‌های خانواده، از افزایش روابط سالم در میان اعضای خانواده‌ها تا نزدیکی بیش‌تر مردم محله را شامل می‌شد. در کنار برگزاری آموزش‌های گروهی، برگزاری سنت‌ها و مراسم توافق‌شده خانواده‌ها نیز رکن مهمی در خانه زندگی داشت. غذا و میهمانی خانواده‌ها به عنوان سنتی برای اتصال و هم‌بستگی خانواده‌ها با هم، طرف توجه قرار گرفت. این مراسم و مهارت‌ها را شهروندان و ساکنان محله برگزار می‌کنند. بودجه اداره این خانه به کمک مؤسسه خیریه، افراد خیر، شرکت‌کنندگان در این گروه‌های خودیاری و هم‌چنین دریافت حق عضویت تأمین می‌شد. این خانه، بهترین مکان برای فعالیت‌های هم‌یاران سلامت روان محسوب می‌شد. علی‌رغم همه این‌ها، خانه زندگی در عمل با مشکلات اجرایی عدیده‌ای روبه‌رو بود.

تجربه نعیم‌آباد ایده خانه‌های زندگی را به ذهن متبادر کرد. این ایده از اندیشه آموزش مهارت‌های زندگی در کنار توزیع مایحتاج زندگی نشأت گرفته بود. اما همین اقدام نیز می‌بایست پیش از اجرا در بافت فرهنگی هر محله آزمون شده و به جای ارائه آن‌ها به محله، به کوشش خود آن‌ها کشف، و با ژنتیک، وراثت فرهنگ و سنت آن محله متولد شود. این خانه‌ها برخلاف شوراهای که به سبک تشکلهای غیردولتی و غیرانتفاعی اداره می‌شوند با داشتن سازمانی مردمی‌تر، ساختاری مشارکتی و بومی‌تر داشتند و ساده‌تر در دل قدرت و فرهنگ محله جذب می‌شدند. اما نکته منفی و بسیار مهم در ایده خانه‌های زندگی، انحصار آن به آموزش مهارت‌های زندگی، تشابه فلسفه وجودی آن با هدف طرح هم‌یاران سلامت روان و هم‌چنین مشکلات ناشی از تأمین فضای مناسب فیزیکی و

نگهداری از این خانه‌ها بود؛ موضوعی که علی‌رغم همه محاسن، اجرای آن را در بعد کلان و در محلات مختلف، با مشکل مواجه می‌کرد و نیاز به تجربه بیشتر را موجه می‌نمود.

۳-۵) مریم‌آباد

محله مریم‌آباد با جمعیت پنج‌هزار نفری در جنوب محله حسن‌آباد، شمال اکرم‌آباد و در امتداد همان کمربندی شرقی شهر قرار دارد. مریم‌آباد نیز چون حسن‌آباد از دو بخش روستای اولیه و منطقه تازه‌ساز اطراف تشکیل شده است. هم‌بستگی و قرابت فامیلی مردم منطقه مرکزی بسیار زیاد است اما بخش حاشیه‌ای، که از مهاجران روستاهای استان هستند، روابط چندانی با هم ندارند. اهالی بومی مریم‌آباد اکثراً زرتشتیانی بوده‌اند که به تازگی به دین اسلام گرویده‌اند و ساکنان فعلی آن نسل هفتم زرتشتیان مسلمان شده محسوب می‌شوند. شغل اکثر مردم این محله، کارگری است.

علت انتخاب این محله آشنایی با یکی از مؤسسات غیردولتی بود که در منطقه حسن‌آباد نیز فعالیت داشت. این مؤسسه با موضوع توان‌مندسازی زنان خانه‌دار، از تعدادی از زنان ساکن محله مریم‌آباد تشکیل می‌شد. رهبری این زنان را یکی از رابطان با سابقه بهداشت به عهده داشت که فعالیت‌های خود را در همان زمینه ولی به شکل جدید ادامه می‌داد. تلاش مدیریت مؤسسه برای جذب امکانات بیشتر برای محله مریم‌آباد عامل اصلی توجه به این محله شد.

در اولین گام، مؤسسه مذکور سریعاً اقدام به تشکیل شوراهای رفاه اجتماعی متعدد کرد. این مؤسسه توانست کانون‌های کوچکی با حضور جوانان محله، رابطان بهداشت مراکز بهداشتی درمانی محله و... تشکیل دهد.

در بررسی بیش‌تر سابقه این مؤسسه، فعالیت‌های متنوعی از آموزش یوگا تا کلاس صنایع دستی - در شش ماهه اول سال ۸۲ - مشاهده شد. تمام این کلاس‌ها در زیرزمین حسینیه مسجد محله انجام گرفته بود. زیرزمینی نیمه‌ساز که مقامات استان قول مساعدت در تکمیل آن داده بودند. با توجه به سابقه فعالیت‌های آموزشی و وجود زیرزمین حسینیه به عنوان مکان آموزش، موضوع تأسیس خانه زندگی با مسئولان مؤسسه مطرح شد که با

استقبال روبه‌رو شد. نکته کلیدی در اندیشه مسئولان مؤسسه احساس وظیفه آن‌ها برای انجام آموزش‌های متعدد و اقدام به نفع مردم محله بود. در قدم اول محوریت کار بر اندیشه مشارکتی متمرکز شد و مدیریت مؤسسه متقاعد شد که به جای برگزاری رایگان کلاس‌ها، به هر شکل ممکن شیوه‌هایی را برای جلب مشارکت اهالی در برگزاری کلاس‌ها و اداره امور به کار بگیرد و ایده تأسیس خانه زندگی را در الگویی کاملاً مشارکتی به کار بندد. این پیشنهاد نیز با موافقت همراه شد و قرار شد جلسه‌ای با حضور تعدادی از اهالی محله به منظور بررسی نحوه تزئین و تکمیل زیرزمین تا تبدیل آن به مکانی متعلق به خودشان تشکیل شود. مسئولان حسینییه نیز با نصب تابلوی خانه زندگی مردم محله مریم‌آباد برای این زیرزمین موافقت کردند. علی‌رغم همه این موافقت‌ها، به کارگیری اندیشه مشارکتی کار ساده‌ای نبود.

در تجربه مریم‌آباد فعالیت شوراهای و تأسیس خانه زندگی با استقبال و موفقیت بیش‌تر مواجه شد. تنها مشکل پیش‌رو، تربیت تسهیل‌گرانی بود که روح اندیشه مشارکتی را بیش از پیش در فعالیت‌های تجربه شده اضافه کنند و راه‌بردهای اساسی پیش‌برد و ارتقای سلامتی را با اتکا به خود و اهالی محل به اجرا درآورند. فعالیت‌های مؤسسه و کارشناس مجری بدون توجه به این تسهیل‌گران، به نظر بی‌ثبات و کوتاه مدت جلوه‌گر می‌شد و برای مدت زمان لازم برای توانمند کردن اجتماعات کوچک، بسیار ناقص به نظر می‌رسید.

۴ یافته‌ها

۴-۱ درس‌های آموخته‌شده

در نگاهی گذرا به این تجربیات، می‌توان درس‌های زیر را آموخت:

الف) مقصود از مشارکت مردمی در برنامه‌های پیش‌گیری از اعتیاد اجتماع‌محور، مشارکت مستقیم مردم است؛ و مقصود از مردم، همان ذی‌نفعان واقعی است. لذا بخش خصوصی، مؤسسات غیردولتی، رهبران محلی، نمایندگان مردم و کارمندان دولت، مردم محسوب نمی‌شوند. مقصود از مشارکت نیز درگیر شدن هرچه بیش‌تر و تعداد هرچه بیش‌تر

اعضای اجتماع کوچک است. لذا محله به محدوده کوچکی از اجتماع اطلاق می‌شود که امکان مشارکت مستقیم مردم آن محدوده در فعالیتهای مرتبط، وجود داشته باشد.

ب) هدف از برنامه پیش‌گیری از اعتیاد اجتماع‌محور کشف و شناسایی اجتماعات کوچک و توانمند نیست، بلکه سامان‌دهی و توانمندسازی آن دسته از مردم ساکن در محلاتی است که هنوز در قالب اجتماعات کوچک پویا، سازمان‌دهی نشده و با سنت‌های سلامت محور ساخت‌نیافته و مقتدر نشده‌اند.

ج) هدف از برنامه پیش‌گیری از اعتیاد اجتماع‌محور، به راه انداختن تیم‌هایی از فعالان اجتماعی برای تکرار تجربیات متخصص مآبانه و بعضاً ناموفق پیشین نیست؛ چرا که اعتیاد، همچون فلج اطفال نیست که با حذف یکی دو عامل، ریشه‌کن شود. اعتیاد محصول نابسامانی اجتماعی است و با سامان‌دهی اجتماعی و توانمندسازی آن پیش‌گیری می‌شود.

د) هدف از برنامه پیش‌گیری از اعتیاد اجتماع‌محور، مقابله با فقر، توسعه‌نیافتگی اجتماعی و سامان‌دهی اجتماعی است؛ توسعه‌ای که به خوبی با ایده تبدیل «مجموعه‌ای از ساختمان‌هایی که افراد در آن‌ها زنده‌اند» به «خانه‌هایی که گروه‌های مردمی در آن زندگی می‌کنند»، محقق می‌شود. این سامان‌دهی جز با سازمان‌دهی مشارکت مردم در قالب ساختاری مدون میسر نخواهد شد.

ه) ایده خانه‌های زندگی عملی نمی‌شود مگر آن‌که افرادی از مردم ساکن در اجتماعات کوچک آشنا با فرهنگ و سنت مردم، با درک واقعی مفهوم مشارکت مردمی و اعتقاد و التزام به آن، این موضوع را در خانه‌های مردم و با زندگی روزمره آن‌ها عجین کنند. و این ایده با زندگی روزمره مردم عجین نمی‌شود مگر آن‌که در برنامه‌ریزی خانه‌های زندگی بر سادگی، گستردگی و کم‌هزینه‌گی تشکیل خانه‌ها و آموزش تسهیل‌گرها توجه شود.

برنامه پیش‌گیری اجتماع‌محور فقط در سطح محلات معرفی شده اجرا نشد. این محلات به این علت برای معرفی انتخاب شدند که نمونه جالبی از فعالیتهای اجرا شده و حاوی تجربه‌ها و درس‌هایی برای مجریان برنامه بودند. به عنوان مثال اقدامات انجام شده در محله مهدی‌آباد و فهادان به نوعی مشابه تجربه نصرآباد، محله میند بالا در شهرستان

مبید مشابه تجربه حسن‌آباد، محله سیدگل‌سرخ در شهر یزد و محله شریف‌آباد در شهرستان اردکان مشابه تجربه نعیم‌آباد بود. تجربه این محلات در برخی موفق‌تر و در برخی در همان اوایل کار به سرعت به شکست انجامید.

هر پنج تجربه مشکلات خاص خود را داشت؛ مشکلاتی که گاه ادامه مسیر را ناممکن و یا غیرعملی می‌نمود و نیاز به تغییر مسیر را ضروری می‌کرد. تغییر مسیری که با درس گرفتن از تجربه‌ها و تغییر ماهوی ایده‌خانه‌های زندگی به رشد خود ادامه داد.

۲-۴) خانه‌های زندگی، معرفی الگویی منکی بر درس‌ها و تجربه‌ها

طرح جدید خانه‌های زندگی، حاصل درس‌های اخذ شده از پنج تجربه پیشین و محصولی از شوراهای رفاه اجتماعی، هم‌چنین برآیندی از ایده‌جلسات گفت‌وگو و تسهیل فرآیند تصمیم‌گیری در مدل پورتو الگره برزیل، و ایده‌سازمان‌دهی مبتنی بر فرهنگ بومی در طرح خانه‌های زندگی اولیه و در آخر نیاز به تسهیل‌گر آموزش دیده و مردمی - برای مشارکت دادن واقعی مردم - بود. این ایده با استفاده از تجربه‌ها و درس‌های به دست آمده در سال اول اجرای برنامه، خصایصی چون علمی بودن، تجربی بودن، بومی بودن، سادگی، گستردگی و کم‌هزینه‌گی را در خود گنجانده است.

خانه‌های زندگی به عنوان مکانی برای گفت‌وگو و هم‌فکری مردم ساکن در اجتماع کوچک برای دست‌یابی به زندگی بهتر با شعار بیابید برای زندگی بهتر گفت‌وگو کنیم طراحی و تدوین شد. در واقع در طرح جدید خانه‌های زندگی، شوراهای رفاه اجتماعی به جای انجام هر اقدامی به نام پیش‌گیری از اعتیاد، موظف شدند علاوه بر جلب مشارکت مردم، زمینه‌سازی برگزاری جلسات گفت‌وگو برای زندگی بهتر مردم ساکن در اجتماع کوچک فراهم آورند. مدیریت شوراهای رفاه اجتماعی بر عهده فردی از معتمدان محلی قرار گرفت که از طرف مردم محل معرفی شده بود. وظیفه مدیر شورا، که مدیر خانه‌های زندگی هم بود، این بود که به جای رفع مشکلات مردم و پیش‌گیری از اعتیاد، زمینه‌سازی جلب مشارکت مردم را برای رفع مشکلات موجود بر سر راه زندگی بهتر فراهم کند. نکته‌ای که خود، به نوعی دیدگاه ارتقای سلامت را در درون نهفته داشت و مشارکت ذی‌نفعان واقعی

را بدون واسطه، میسر می‌کرد. جلسات گفت‌وگوی مردم در ساختاری مدون به بحث پیرامون عمده‌ترین، مشترک‌ترین و حل‌شدنی‌ترین مشکلات پیش روی مردم ساکن در اجتماع کوچک که عامل عمده در خستگی روانی اجتماعی و زمینه‌ساز اعتیاد آن‌ها بود، سوق داده شد. جلسات گفت‌وگو در هر مکانی به صلاحدید مردم آن محدوده (مسجد محل، مدرسه محل، خانه یکی از اهالی و...) تشکیل می‌شد و هیچ محدودیتی برای تشکیل خانه‌های متعدد در یک محدوده نبود. اعضای شورا در قالب خادمان خانه که مسئول برگزاری جلسات گفت‌وگو بودند، هم‌چنین دیده‌بانان که حسب نیاز اعضای خانه مسئول نیازسنجی و پژوهش‌های کمی و کیفی بودند و نیز گروه‌های یاوران خانه که مسئول اجرای برخی فعالیت‌های بلندمدت محوله از سوی مردم نظیر توزیع سرنگ یک‌بار مصرف به معتادان تزریقی بودند، سازمان‌دهی شدند. خانه‌های زندگی پشتیبان با هدف تسهیل مبادله تجربیات، تسهیل فرآیند رفع مشکلات مردم ساکن در خانه‌های زندگی و بالاخره پشتیبانی از تشکیل خانه‌های زندگی، نقش ائتلاف اجتماعات کوچک توسعه‌یافته را به سوی توان‌مندی هرچه بیشتر بر عهده گرفتند.

به عبارتی در الگوی جدید خانه‌های زندگی، پیش‌گیری اولیه از اعتیاد به جای انجام فعالیت‌های پیش‌گیرانه معمول و تکراری، به سوی کاهش عوامل خطری چون رفع خستگی روانی اجتماعی و کنترل استرسورهای کوچک و مزمن مردم، و هم‌چنین افزایش عوامل محافظی چون بازسازی هویت اجتماعی در قالب حضور مردم در سازمان‌هایی مبتنی بر اجتماعات کوچک، افزایش سرمایه اجتماعی با تقویت حسن اعتماد عمومی با محور قرار دادن تلاش برای زندگی بهتر و تعامل سازنده با دولت، سوق یافت؛ تغییر مسیری که نقش شوراهای رفاه اجتماعی کوچک، یعنی دقیقاً به پیش‌گیری اولیه از اعتیاد معطوف کرد.

جالب آن‌که این الگو به خاطر سادگی، با کمی تغییر، امکان اجرا در سطح اجتماعات کوچک دیگر هم‌چون محیط‌های کار، محیط‌های آموزشی و حتی خانواده‌ها را به دست آورد و در کنار همه این‌ها، به سبب شباهت زیاد آن به ساختار برنامه‌های مذهبی مبتنی بر اجتماعات کوچک فرهنگ ایرانی - اسلامی جامعه (برگزاری جلسات دعا، قرائت قرآن،

نمازهای جماعت و...)، کاملاً با فرهنگ بومی کشور تطابق داشته و لذا امکان اجرا در سطح کلان کشوری را نیز دارد.

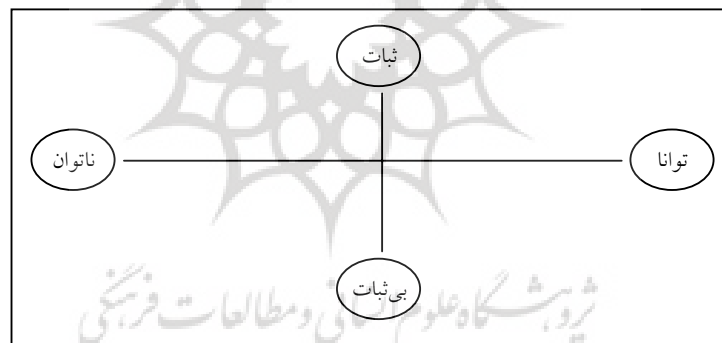
۳-۴) تحلیل متغیرهای اجرایی - انسانی

هرچند این الگوی جدید کاملاً تجربیات موفق و ناموفق به دست آمده را پوشش می‌داد، اما تعیین موفقیت آن در عمل، بدون توجه به متغیرهای انسانی دخیل در اجرای طرح ممکن نیست. در میان متغیرهای موجود و تحلیل‌پذیر، متغیرهای کارشناس سازمان بهزیستی، تسهیل‌گر، رهبر اجتماعی و مؤسسه غیردولتی را می‌توان متغیرهای انسانی درگیر در اجرای برنامه در سطح استان یزد دانست. تغییری به نام مردم در نظر گرفته نشد، چون هدف برنامه در این مقطع جلب مشارکت مردم و تحرک‌بخشی به روحیه مشارکتی مردم بود. لذا صرفاً متغیرهای دخیل در نحوه اجرای برنامه، در تجربه‌های به دست آمده در تحلیل به کار رفت.

این متغیرها در ابعاد ثبات یا دوام طی اجرای برنامه و توانایی در اجرای اقدامات تحت بررسی قرار گرفتند.

این چهار متغیر را می‌تون در دو محور ثبات - بی‌ثباتی و توانا - ناتوان به شکل شماره ۱ نمایش داد:

شکل ۱



۱-۳-۴) کارشناس مجری

کارشناس مجری برنامه، کارمند سازمان بهزیستی استان یزد است. در بررسی ثبات و پایداری در اجرای برنامه وی نمره ضعیفی گرفت. بارها در حین اجرای برنامه موضوع جابه‌جایی و یا تغییر مسئولیت وی به علت کمبود نیروی انسانی و نیازهای مدیریتی پیش آمد. تغییر مدیریت در سازمان‌های دولتی موضوعی واقعی و در برنامه‌های درازمدت و چالش‌انگیزی چون برنامه پیش‌گیری اجتماع محور از اعتیاد در محلات تأمل‌برانگیز است. در بررسی توانایی وی، هرچند نگارنده مایل است عالی‌ترین نمره را به وی اعطا کند، اما وجود مشکل در درک برنامه برای برنامه‌ریزی و اجرا را نمی‌توان نادیده گرفت. با آن‌که کارشناس برنامه در سطح استان یزد در مقایسه با کارشناسان مشابه در سایر استان‌ها، از تحصیلات پزشکی و روان‌شناسی بالینی برخوردار است، اما متأسفانه در هیچ یک از این دوره‌های تحصیلی، واحدی برای آموزش نحوه کار با اجتماعات کوچک و توانمندسازی آن‌ها به منظور ارتقای سلامت، گنجانده نشده بود. از طرفی، همان‌طور که در تعریف مفاهیم اساسی مقاله حاضر نیز واضح است، وی برای درک محیط تحت مطالعه خود، یعنی اجتماعات کوچک، مجبور است با تشبیه آن به گروه‌ها از مطالعاتش در زمینه پویایی گروه بهره‌برد و راه‌کارهایی بیابد. وضعیت کارشناس مجری برنامه در محور مختصات، در شکل شماره ۲ نشان داده شده است.

۲-۳-۴) رهبر اجتماعی

رهبران اجتماعی در کلیه محلات تجربه شده از ثبات و توانایی خوبی برخوردار بودند. آن‌ها در ارتباط برقرار کردن با اهالی و متقاعد ساختن آن‌ها، هم‌کاری کامل داشتند و با انگیزه کافی همکاری می‌کردند؛ لذا در هر دو مورد ثبات و توانایی، وضعیت آن‌ها در سطح مثبت محور مختصات مذکور قرار گرفت.

۳-۳-۴) مؤسسات غیردولتی

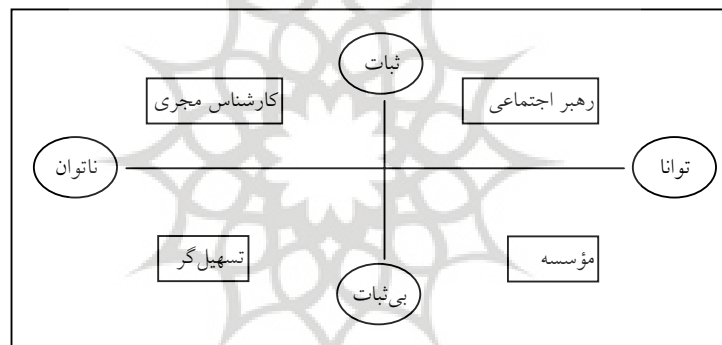
مؤسسات غیردولتی درگیر در این تجارب در زمینه توانایی اجرای وظایف محوله، قابلیت

خوبی از خود نشان دادند. مشکل عمده، ثبات آن‌ها بود. اکثر این مؤسسات (مؤسسات درگیر در تجربیات تشریح شده) چون بر پایگاه اجتماعی خاصی استوار نیستند و تغییر قدرت در آن‌ها رخ نمی‌دهد، رفته رفته به مؤسساتی تبدیل می‌شوند (و یا شاید هستند) که با بروز اختلاف در کادر رهبری یا بروز مشکلاتی در زندگی خانوادگی مدیریت اصلی آن، فعالیت‌های جاری آن‌ها کاملاً متوقف می‌شود.

۴-۳-۴) تسهیل‌گر

تسهیل‌گر بزرگ‌ترین مشکل چه از نظر ثبات و چه از نظر توانایی بود. در محله صفائیه، کار با اجتماعات کوچک به علت عدم تأمین تسهیل‌گر مناسب، متوقف ماند. در محله حسن‌آباد صورت جلسات شوراها نشان‌دهنده ناتوانی در درک مفاهیم کلیدی برنامه بود. تسهیل‌گران هم از نظر ثبات و هم از نظر توانایی در سطح زیرین محور مختصات قرار گرفتند. این متغیرها نیز در شکل شماره ۲ نشان داده شده‌اند.

شکل ۲



با نگاهی گذرا به تجربیات به دست آمده در پنج تجربه تشریح شده، و توجه به وضعیت متغیرهای مؤثر در اجرای برنامه، به نظر می‌رسد تأکید بر کارشناس مجری برنامه،

به خصوص در نقش تسهیل‌گر درگیر در مسائل مردم، به سبب بی‌ثباتی و ناتوانی‌های ماهیتی که در او - به عنوان یک کارمند اداری - وجود دارد اقدام مطلوبی نیست. از طرفی کلیدی‌ترین نقش در اجرای برنامه را باید بر عهده فردی گذاشت که بیش‌ترین توانایی و پایایی را داشته باشد.

رهبران محلی نیز اگرچه نمره مطلوبی از حیث توانایی و پایایی به خود اختصاص دادند، اما این خصائص در خدمت هدف خودشان بود. به عبارتی آنها برای انجام وظایف رهبری اجتماعی خود توانا و پایا هستند، نه برای انجام توان‌مندسازی مردم در راه ارتقای سلامت و پیش‌گیری از اعتیاد. این خود موضوعی است که می‌تواند در برنامه‌های مشارکتی آسیب‌زا باشد.

مؤسسات غیردولتی نیز علاوه بر این‌که با مشکلاتی مشابه رهبران محلی مواجه هستند، به خاطر امکان عقد قرارداد مالی با آنها، بعضاً نحوه تعامل خاصی با کارمندان سازمان بهزیستی، رهبران محلی و مردم برقرار می‌کنند. موضوعی که باز می‌تواند به اساس برنامه مردمی و مشارکت محورانه پیش‌گیری اجتماع محور صدمه‌ای جدی وارد کند.

با توجه به پنج تجربه و پنج الگوی معرفی شده، عمده‌ترین نقش برای اجرای مؤثر برنامه پیش‌گیری اجتماع محور، بر عهده تسهیل‌گر است. تسهیل‌گری که از درون محله، آشنا با فرهنگ و سنت‌های محله، با انگیزه تسهیل‌گری، با آموزش‌های کافی در خصوص نحوه توان‌مندسازی اجتماع کوچک و پیش‌گیری از اعتیاد، بتواند در بلندمدت برنامه پیش‌گیری اجتماع محور را به اهداف خود برساند.

۵) جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

الف) برنامه در سطح محلات مختلف اجرا شد. این نکته هرچند کار را سخت، متنوع و پیچیده می‌کرد، اما در مقایسه با اجرا در سطح یک محله، بسیار کلیدی و لازم بود. محدود کردن تجربه به یک محله فشار بیش‌تری را بر رهبر، تسهیل‌گر و اعضای آن اجتماع وارد می‌آورد به انتظار مشاهده نتایج در کوتاه مدت، دامن می‌زد. وانگهی همان‌طور که در

تجارب حاضر مشاهده می‌شود، لزوماً یک تجربه نمی‌توانست ملاکی برای تجارت دیگر باشد، اما تحلیل جمعی چند تجربه امکان معرفی مدلی همه‌جانبه را میسر می‌کرد. (ب) ضعیف‌ترین نقش‌ها در برنامه، متعلق به کارشناس مجری برنامه و تسهیل‌گر بود. روح حاکم بر برنامه نیز هرگونه نقش محوری به کارشناس دولتی را مضر و غیرمشارکتی می‌داند. تسهیل‌گر از مردم است و افزایش توانایی و جلب مشارکت او، با روح برنامه هم‌خوانی بیش‌تری دارد. با توجه به نمودار متغیرهای انسانی و نقش خاص تسهیل‌گر در اجرای برنامه، توجه جدی به تربیت تسهیل‌گران تنها نکته کلیدی مدیریت اجرای برنامه است. بدون توان‌مندسازی تسهیل‌گر، توان‌مندسازی اجتماعات کوچک و اجرای برنامه، در نیمه راه متوقف خواهد ماند.

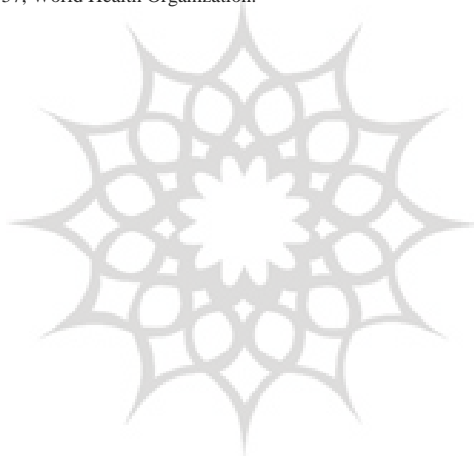
(ج) کارشناس مجری برنامه پیش‌گیری از اعتیاد اجتماع‌محور، در کنار وظیفه آموزش و تربیت تسهیل‌گران، نقش زمینه‌سازی فعالیت آن‌ها را با اطلاع‌رسانی در خصوص نحوه کار خانه‌های زندگی و تشریح نقش تسهیل‌گران در ارتقای سلامت به مردم و مسئولان، ایفا می‌کند. وی هم‌چنین وظیفه دارد به رفع موانع مشارکت مردم که عمده‌ترین مانع فعالیت تسهیل‌گران است؛ بپردازد. موانعی که عمدتاً فرهنگی بوده و با ایجاد گفت‌وگو غالب فرهنگی به منظور فعالیت تسهیل‌گران و خانه‌های زندگی در قالب ایجاد یک جنگ رسانه‌ای مستمر میسر می‌شود. علاوه بر این، تربیت تسهیل‌گر و تشکیل خانه‌های زندگی با ساختار مدون، قابلیت ارزیابی نتایج و مشاهده مستقیم مشارکت مردم در جلسات گفت‌وگو را به کارشناس مجری، مدیران ارشد و سیاست‌گذاران برنامه می‌دهد.

(د) در جمع‌بندی تجربه‌ها و درس‌های ساختاری و اجرایی، می‌توان نتیجه گرفت که جاده ارتقای سلامت در برنامه‌های پیش‌گیری از اعتیاد اجتماع‌محور، از آموزش تسهیل‌گران و زمینه‌سازی فعالیت آنان شروع شده و به خانه‌های زندگی که مکان اجتماع مردم برای گفت‌وگو به منظور زندگی بهتر است، ختم می‌شود. این مجموعه فعالیت‌ها در مسیر جاده ارتقای سلامت، با قابلیت کاربری در کلیه اجتماعات کوچک (محلات، محیط‌های کار، محیط‌های آموزشی و خانواده‌ها) به ایجاد سازمان‌هایی پویا و مبتنی بر

اجتماعات کوچک (Community-based Organizations) به نام خانه‌های زندگی خواهد انجامید. سازمان‌هایی مردمی که با استفاده از مفاهیمی چون مشارکت، مردم، شورا، رفاه اجتماعی، سنت، مدیر، خادم، دیده‌بان، خانه، و زندگی در ساختاری مدون، الگوها را یکسان و زندگی را تسهیل می‌کند. هم‌چنین سرمایه اجتماعی را تقویت و هویت اجتماعی را بازسازی می‌کنند و اجتماعات کوچک را در کنترل عوامل مؤثر بر ابتلا به سوء مصرف و وابستگی به مواد توانمند می‌کند و هدف ایجاد جنبش فراگیر اجتماعی بر علیه سوء مصرف مواد را محقق می‌سازد.

ه) جلب مشارکت مردمی همیشه نگرانی‌هایی را به دنبال داشته است؛ نگرانی از بروز تنش‌های سیاسی تا تردید در تأثیر آن در جوامع فقیر یا تحت سلطه که با فرهنگ مشارکتی آشنا نیستند (Murry et al., 2001). تجربیات به دست آمده از تأثیر جلب مشارکت مردمی بر توسعه و ارتقای سلامتی، رفع نابرابری‌ها و... در کشورهای مختلف با فرهنگ‌ها و توسعه‌یافتگی‌های مختلف چون آمریکا، برزیل، نروژ، هند، ترکیه و... (نگاه کنید به بهترین تجربیات مشارکت مردمی در سایت سازمان یونسکو) نشان‌دهنده بی‌اساس بودن این نگرانی‌ها است؛ اگر و تنها اگر در فرآیند جلب مشارکت مردمی، به خصوصیات منحصر به فرد اجتماعات کوچک و نقش عناصر درون اجتماعات کوچک توجه شود و از تجربه‌ها درس گرفته شود.

۱. فورسایت، دانلسون (۱۳۸۰). پویایی گروه. ترجمه مهرداد فیروزبخت و منصور قنادان. تهران: نشر رسا.
2. Campbell, C., Murru, M. (2004). "Community Health Psychology: Promoting Analysis and Action for social Change", Vol. 9(2),P.178-195.
3. Daley, D., Marlatt, A, G. (1997). "Relapse Prevention in: Lovinston, j.h., Ruiz, Pedro, Millman, R., Substance abuse, a comprehensive textbook". third ed, Williams & wilkins.
4. Guareschi, P., Jovchelovitch, S. (2004). "Participation, health and the Development of Community Resources in Southern Brazil". journal of health psychology, Vol. 9(2):311-322.
5. Murry. M., et al. (2004). "Assumptions and Values of Community Health Psychology", Vol. 9(2):323-333.
6. Terris, Milton (2000). "Concepts of Health promotion: Dualities in Public Health Theory". In Health Promotion, An Anthology. Scientific Pub No. 557, World Health Organization.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

پرتال جامع علوم انسانی