

## پیشگیری مبتنی بر مدرسه؛ بهترین راهبرد برای پیشگیری از اعتیاد (خلاً نظریه و عمل)

بهنام بهراد<sup>۱</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۸/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۱/۲۳

### چکیده

اعتیاد مشکلی جهانی است. هزینه اعتیاد سالانه میلیاردها دلار است. گرچه امروزه اقدامات درمانی، کمک‌های شایانی به جمعیت‌های درگیر اعتیاد می‌کنند، اما بر همگان روشن است که بهترین راهبرد برای مقابله با اعتیاد پیشگیری از آن است. هدف از این مقاله تبیین مبانی نظری و عملی پیشگیری مبتنی بر مدرسه از اعتیاد و در این گذار، پیوند نظریه و عمل است. روش مطالعه حاضر تحلیلی است. یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که صرف نظر از عوامل زیست‌شناختی، سیاست‌گذاری و اقتصادی، صاحب‌نظران بر این باورند که عوامل فردی، هم‌سالان و عوامل خانوادگی، نقش چشم‌گیری در شکل‌گیری اعتیاد دارند و شکل‌گیری اعتیاد دارای الگویی رشدی است و پیشگیری از آن نیز باید متناسب با رشد باشد. کودکان یک‌سوم از عمر مفید بیداری خود را در مدرسه سپری می‌کنند و اغلب کودکان به ضرورت وارد مدرسه می‌شوند و رسالت مهم مدارس، آموزش و آماده‌سازی کودکان برای زندگی بزرگسالی است. مدارس محل پیوند خانواده‌ها با نظام آموزشی و ارتقاء سلامت هستند. بنابراین طراحی مداخله‌های پیشگیرانه مؤثر در چنین بافتی، به‌طور قطع بیش از هر نهاد دیگری با پیامدهای مطلوب و درازمدت همراه خواهد بود. در کشور ما به‌سبب خلاً اساسی در نظریه و عمل، اقدامات این نهاد مهم در زمینه فعالیت‌های پیشگیرانه قابل‌اعتنا اما بی‌ثمر است. نتایج مقاله نشان می‌دهد که اعتیاد الگویی رشدی دارد که حاصل پیشایندهایی است که به‌لحاظ رشدی ریشه در مهارت‌های هیجانی و اجتماعی ضعیف، مشکلات گروه هم‌سالان و خانواده دارد. این پیشایندها از طریق برنامه‌های مبتنی بر شواهد بر ساخته از مبانی نظری و عملی معتبر، قابل رفع و زمینه را برای رشد سالم و مثبت کودکان فراهم می‌کند.

**واژگان کلیدی:** پیشگیری از اعتیاد، پیشگیری مبتنی بر مدرسه، برنامه‌های مبتنی بر شواهد

## بیان مسئله

اعتیاد بیماری مزمن و بازگشت‌پذیر مغزی است که مشخصه آن جستجو و استفاده وسواس گونه از مواد، صرف نظر از پیامدهای زیان‌بار آنها است. اعتیاد نوعی بیماری است، زیرا مواد و داروها موجب تغییر ساختار و عملکرد مغز می‌شوند. اعتیاد یک مشکل جهانی است که تقریباً بیشتر کشورهای جهان با آن روبه‌رو هستند. کشور ما هم به سبب شرایط جغرافیایی، تغییرات اقتصادی و اجتماعی، عوامل فردی و محیطی با این معضل روبه‌رو است و به سبب نداشتن مداخله‌های پیشگیرانه مناسب، در معرض گسترش و تشدید این بیماری است. زیان‌های ناشی از اعتیاد و هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های بهداشتی و نداشتن بهره‌وری نیروی انسانی متعاقب این بیماری، میلیاردها دلار است. بنابراین کوشش‌های پیشگیرانه از آن، کاملاً روشن و یک ضرورت انکارناپذیر است. (مؤسسه ملی سوء مصرف دارویی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴).

۴۲

بی‌شک بر این موضوع اتفاق نظر است که پیشگیری، از ارزش و جایگاه ویژه‌ای برخوردار است و به سبب گسترش مواد صنعتی و ترکیبات شیمیایی مختلف و آثار مخربی که بر دستگاه عصب مرکزی می‌گذارند، کوشش‌های درمانی در بسیاری از موارد در عمل به نتایج مورد انتظار نمی‌رسند، زیرا مداخله‌های درمانی نیازمند انسجام بین مداخله‌های پزشکی، روان‌شناختی و اجتماعی هستند و هماهنگی و همکاری این عوامل در عمل با دشواری‌هایی روبه‌رو است و تداوم این فرایند آثار بسیار جبران‌ناپذیری بر سرمایه‌های انسانی و مادی جامعه دارد.

بنابراین پرسش این است که بهترین راهبرد برای مقابله با اعتیاد چیست؟ بی‌تأمل، جامعه علمی و سیاست‌گذاری در کشور خواهد گفت پیشگیری. اما هنگامی که به نظام بهداشتی و سلامت و نیز نظام آموزشی کشور نگاهی می‌اندازیم، بیشترین فعالیت‌های مبارزه با اعتیاد در کشور ما، معطوف بر جنبه‌های درمانی این بیماری است و در عمل فعالیت‌های پیشگیرانه چندان چشم‌گیر، گسترده و به‌لحاظ علمی، عمیق و مبتنی بر پژوهش و شواهد نیست!

مقاله حاضر کوشیده است تا با استناد به دیدگاه‌های مراکز معتبر بین‌المللی که بر ساخته از آخرین یافته‌های علمی و عملی در زمینه اعتیاد است، ابتدا عوامل خطر ساز یا زمینه ساز اعتیاد را از یک منظر رشدی معرفی کند؛ سپس مهارت‌های حمایت‌گر در برابر اعتیاد (مبانی نظری) را با استناد به چشم‌اندازهای این مراکز علمی تبیین و سرانجام از مباحث مهارت‌های نظری به عمل و انتخاب برنامه‌های مبتنی بر شواهد و معتبر بین‌المللی برای انتقال این مهارت‌ها به کودکان و نوجوانان، پیوند ایجاد کند و برنامه‌هایی الگو و اثربخش را برای برنامه‌ریزی و انجام مداخله‌های پیشگیرانه مبتنی بر مدرسه معرفی کند.

### عوامل خطر ساز و پیشگیری از اعتیاد

پیشگیری از مصرف مواد عبارت است از هر نوع فعالیت معطوف بر پیشگیری و به تعویق انداختن شروع مصرف و جلوگیری از تبدیل بالقوه آن به مصرف مسئله‌دار است. مصرف مواد و اعتیاد مشکلی تک عاملی نیست. مصرف مواد رفتار ناسالمی است که با فرایند رشد در ارتباط است. گرچه مصرف مواد بیشتر در نوجوانی روی می‌دهد، اما دست کم نیمی از نوجوانان هرگز مصرف آن را تجربه نمی‌کنند و چیزی حدود ۲۰ درصد از آنها گزارش می‌کنند که در ماه گذشته از حشیش یا کانابیس<sup>۱</sup> استفاده کرده‌اند. با در نظر گرفتن این موضوع نکته حائز اهمیت این است که آنچه که در نوجوانی روی می‌دهد، وابسته به اتفاقاتی است که پیش از آن در طی رشد فرد در کودکی و اوایل نوجوانی روی می‌دهند. به همین دلیل کوشش‌های پیشگیری از مصرف مواد باید معطوف به سنین پیش از نوجوانی شوند (دفتر دارو و جرم سازمان ملل<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵).

هدف از مقاله حاضر توجه به بخش بسیار مهمی از بیماری اعتیاد یعنی پیشگیری از آن و ارائه راهکار و جامعه هدف مناسب برای مداخله‌های علمی و مبتنی بر پژوهش و معرفی چند برنامه معتبر در این زمینه است که به نظر نویسنده این مقاله به شدت مورد غفلت قرار گرفته است.

مهم‌ترین زمان برای پیشگیری از اعتیاد چه موقع است؟ همان‌طور که می‌دانید هر قدر

داروها و مواد در سنین پایین تر مصرف شوند، احتمال اعتیاد و شدت آن افزایش پیدا می‌کند. همان‌گونه که از تعریف اعتیاد روشن است، مواد و داروها موجب تأثیر بر مغز و به اعتیاد و مشکلات دیگر منجر می‌شوند. بنابراین اگر جلوی تجربه و آزمودن مصرف مواد توسط افراد در سنین پایین تر گرفته شود، می‌توان از اعتیاد هم پیشگیری کرد. بدین‌سان همان‌طور که پیشتر گفته شد حیاتی‌ترین زمان برای پیشگیری از اعتیاد، کودکی و اوایل نوجوانی است (مؤسسه ملی سوء مصرف دارویی، ۲۰۱۴؛ دفتر دارو و جرم سازمان ملل، ۲۰۱۵).

جدول ۱. عوامل خطر ساز برای سوء مصرف دارویی در سنین رشدی مختلف

دورهٔ رشدی فردی	خانوادگی	مدرسه و همسالان	محلّه و جامعه
پیش از تولد زمنهٔ زائیکی مصرف الکل مادر در بارداری			
خردسالی خلق و خوی بد	رفتار سرد و بی‌عاطفهٔ مادر استفادهٔ پدر و مادر از مواد و الکل به عنوان الگو		
کودکی مهارت ضعیف ناکانه‌ها زمان‌گزینی ضعیف <sup>۱</sup> هیجان‌طلبی خود تنظیمی یا خوشبختاری ضعیف پر خاشگویی	والدین سهل‌گیر اختلافات بین والد و کودک صمیمیت کم والدین خصوصیت والدین نظم و انضباط سخت‌گیرانه بدقتاری و سوءاستفاده از کودکان	شکست تحصیلی دلبستگی و تعهد ضعیف نسبت به مدرسه طرد شدن از جانب همسالان گروه همسالان کجرو نگرشهای همسالان نسبت به مواد	ارزشها و مهارت‌های موافق با مصرف دست‌یابی و در دسترس بودن فقر شدید این دسته از کودکان رفتارهای ضد اجتماعی در کودکی
اضطراب و افسردگی بیش‌فعالی نقص توجه رفتار ضد اجتماعی مشکلات رفتاری بی‌درمی در سنین پایین مصرف مواد در سنین پایین	مصرف مواد توسط والدین و برادر و خواهرها به عنوان الگو نگرش مثبت والدین به الکل و مواد پایش و نظارت ضعیف گرفتار بودن والدین نداشتن امید و آرزو برای کودکان فقدان نظم و انضباط یا ناهماهنگ	نگرشهای همسالان نسبت به مواد فقدان روابط بین‌فردی	
نوجوانی سبک‌مقاله‌ای اجتناب رفتاری عواطف و هیجان‌های منفی اختلال سلوک نگرشهای موافق با مصرف تعدد و عمیق‌انگاری مصرف زودهنگام مواد رفتار ضد اجتماعی	والدین سهل‌گیر اختلافات بین والد و کودک صمیمیت کم والدین خصوصیت والدین نظم و انضباط سخت‌گیرانه بدقتاری و سوءاستفاده از کودکان مصرف مواد توسط والدین و برادر و خواهرها به عنوان الگو نگرش مثبت والدین به الکل و مواد پایش و نظارت ضعیف گرفتار بودن والدین نداشتن امید و آرزو برای کودکان فقدان نظم و انضباط یا ناهماهنگ	شکست تحصیلی دلبستگی و تعهد ضعیف نسبت به مدرسه بی‌علاقگی به ادامه تحصیل پر خاشگویی با همسالان معاشرت با همسالان مصرف‌کنندهٔ مواد طرد شدن از جانب همسالان	هنجارهای (تبلیغ) موافق مصرف الکل دست‌یابی یا در دسترس بودن مواد
اوایل بزرگسالی فقدان تعهد و دلبستگی به نقشهای مرسوم بزرگسالی رفتار ضد اجتماعی	ترک خانه	معاشرت با همسالان مصرف‌کنندهٔ مواد در کالج یا دانشگاه	

برگرفته از: آکادمی ملی علوم، ۲۰۰۹؛ دفتر داروها و جرم ملل متحد (UNODC)، ۲۰۱۵.

برای این که از اعتیاد پیشگیری کنیم باید عوامل خطر ساز اعتیاد و نیز عوامل حمایت‌گر در برابر اعتیاد را به‌خوبی بشناسیم. همان‌طور که در جدول شماره ۱ دیده می‌شود بیشتر عوامل

خطر ساز در کودکی و اوایل نوجوانی، عوامل رفتاری قابل تغییر هستند. این عوامل، شامل چهار دسته مهم ویژگی های فردی، خانوادگی، مدرسه و هم سالان در محله و جامعه هستند که هر نوع مداخله ای به منظور پیشگیری، باید تغییر آنها را هدف قرار دهد.

نکته مهم دیگر این است که برای انجام مداخله های پیشگیرانه در کودکی، مشارکت هر چه بیشتر کودکان برای اجرای مداخله های پیشگیرانه همگانی و خانواده ها امری اجتناب ناپذیر است. نهادی که بتواند موجب مشارکت بیشتر و تحقق بهتر چنین هدفی شود، مدرسه است. زیرا تقریباً بیشتر کودکان وارد مدرسه می شوند و خانواده ها هم به واسطه تحصیل فرزندان شان، ارتباط تنگاتنگی با مدارس دارند. از طرف دیگر سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup> در زمینه پیشگیری از اعتیاد بر این باور است که کشورهای در حال توسعه با منابع محدود باید از راهبردهای پیشگیری استفاده کنند که در قسمت های دیگر جهان با موفقیت همراه بوده اند و اقدامات پیشگیرانه باید منجر به شکل گیری طرح های پیشگیری شوند که علمی و مبتنی بر شواهد<sup>۲</sup> هستند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۷).

۴۵

بنابراین هر برنامه و هر اقدامی نمی تواند کارکرد پیشگیرانه و اثربخش داشته باشد.

با توجه به آنچه پیشتر بیان شد به مصرف مواد و اعتیاد باید از یک دیدگاه رشدی نگاه کرد و بنابراین پیشگیری از آن نیز باید از همین منظر مد نظر باشد زیرا پژوهش ها نشان می دهند که اوج گرایش به سمت مصرف مواد در نوجوانی است و رفتار مصرف مواد مانند رفتارهای مشکل ساز دیگر، ریشه در مراحل رشدی پایین تر دارد و این امر به وضوح در جدول شماره ۱ دیده می شود. دیدگاه رشدی در زمینه رفتار مصرف مواد بر این دلالت دارد که پیشگیری از آن نه تنها باید حاوی مؤلفه های مختص داروها و مواد باشد بلکه باید شامل مهارت هایی نیز باشد که به افراد در برخورد و مواجهه کارآمد با چالش های هریک از مراحل مختلف زندگی مانند مهارت های ارتباطی و یا مهارت های والدینی و غیره کمک کند. در واقع پیشگیری از مصرف مواد و اعتیاد باید معطوف بر حمایت از رشد ایمن و سالم کودکان و نوجوانان باشد و در عین حال متناسب با سن رشدی حدود سنین

آغاز مصرف مواد، جنبه‌های خاص مربوط به داروها و مواد (اطلاعات دارویی و مهارت‌های مقاومت در برابر مصرف) نیز به این مؤلفه‌ها اضافه شوند (دفتر دارو و جرم سازمان ملل، ۲۰۱۵).

مشکلی که در کشور ما در زمینه پیشگیری اولیه وجود دارد این است که تصویر روشنی به لحاظ نظری از مهارت‌هایی که باید انتقال یابند وجود ندارد و برنامه‌های موجود مانند مهارت‌های زندگی از لحاظ نظری، محتوایی و اجرایی و از نظر مبتنی بر شواهد بودن، فاقد کارایی لازم یک برنامه پیشگیری قابل اعتنا هستند. بنابراین همان‌طور که مراکز صاحب صلاحیتی مانند دفتر دارو و جرم ملل متحد، مؤسسه ملی سوء مصرف دارویی و بسیاری مراکز دیگر تأکید دارند، برنامه‌های مبتنی بر پژوهش و شواهد معتبری در این زمینه در کشور ما وجود ندارد.

در این قسمت می‌خواهیم تصویر روشنی از زیربنای نظری مهارت‌های مورد تأکید برنامه‌های پیشگیری مد نظر مراکز معتبر پیشگیری از مصرف مواد و اعتیاد ارائه کنیم. این مهارت‌ها در واقع مهارت‌هایی هستند که از افراد در برابر گرایش به سوء مصرف مواد حمایت می‌کنند و از این نظر عوامل حمایت‌گر محسوب می‌شوند.

### مهارت‌های مهم و حیاتی برای پیشگیری از گرایش به سوء مصرف مواد در نوجوانی (نظریه)

نگرانی و دل‌مشغولی نسبت به ماهیت ناکارآمد بسیاری از کوشش‌های پیشگیری و ارتقاء سلامت، منجر به همایشی در سال ۱۹۹۴ میلادی شد که میزبان آن مؤسسه‌ای به نام فیتزر<sup>۱</sup> بود. شرکت‌کنندگان در این همایش را پژوهش‌گران پیشگیری مبتنی بر مدرسه<sup>۲</sup>، معلمان و و آن دسته از حامیان کودکان تشکیل می‌دادند که در کوشش‌های آموزشی مختلفی به منظور ارتقاء شایستگی اجتماعی، هوش هیجانی، آموزش در مورد داروها و مواد، پیشگیری از خشونت، آموزش جنسی، ارتقاء سلامت، آموزش ویژگی‌ها و رفتارهای

اخلاقی<sup>۱</sup>، یادگیری خدمات‌رسانی<sup>۲</sup>، آموزش مدنی، اصلاحات در مدارس و انجمن اولیا و مربیان مشارکت داشتند. گروه فیتزر برای اولین بار اصطلاح یادگیری اجتماعی-هیجانی را به‌عنوان یک چارچوب نظری برای نشان‌دادن نیازهای کودکان یا دانش‌آموزان و الزام‌های مربوط به از هم گسیختگی برنامه‌های پیشگیری و ارتقاء سلامت در مدارس مطرح کرد (الیاس و دیگران، ۱۹۹۷). آنها بر این باور بودند که متفاوت با بسیاری از برنامه‌های پیشگیری «با هدف روشن»<sup>۳</sup> که مشکلات خاصی را مورد هدف قرار می‌دهند، برنامه‌ریزی در زمینه یادگیری اجتماعی و هیجانی باید ضمن این‌که از پیشرفت تحصیلی حمایت کنند، باید بتوانند به علل بنیادی رفتارهای مشکل‌ساز<sup>۴</sup> پردازند. از دل این همایش، سازمان جدیدی به نام مجمع همکاری در زمینه یادگیری تحصیلی، اجتماعی و هیجانی<sup>۵</sup> با هدف قراردادادن یادگیری اجتماعی و هیجانی با کیفیت بالا و مبتنی بر شواهد<sup>۶</sup> به‌عنوان بخشی اساسی از آموزش و پرورش از پیش دبستان تا دبیرستان پا به عرصه ظهور نهاد (گرینبرگ<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۳).

صرف نظر از عوامل زیست‌شناختی، سیاست‌گذاری و اقتصادی، عوامل فردی مانند مهارت‌های اجتماعی و هیجانی از قبیل روابط اجتماعی و خویش‌ن‌داری ضعیف، افت تحصیلی و عوامل محیطی، از قبیل نظارت خانواده و روابط با هم‌سالان، تا حد زیادی از طریق ارتقاء شایستگی اجتماعی و هیجانی کودکان در مدارس قابل تغییر هستند.

یادگیری اجتماعی و هیجانی به‌عنوان یک سامانه حمایتی، مفهومی یک‌پارچه برای سازماندهی، هماهنگی و تلفیق برنامه‌های پیشگیری و ارتقاء مبتنی بر مدرسه است که از هم گسیختگی برنامه‌ها را به حداقل می‌رساند و از حجیم‌شدن کوشش‌های پراکنده می‌کاهد. باید در نظر داشت کارآمدترین و قوی‌ترین رویکردها، دانش‌آموزان، والدین، آموزگاران و اعضای جامعه را در برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی کوشش‌های مربوط به یادگیری اجتماعی و هیجانی به مشارکت می‌گیرند. آموزش نظام‌دار در حوزه یادگیری

- |                        |  |                                    |
|------------------------|--|------------------------------------|
| 1. Character education | 2. Service learning  | 3. Categorical prevention programs |
| 4. Problem behavior    | 5. Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning |                                    |
| 6. Evidence based      | 7. Greenberg   |                                    |

اجتماعی و هیجان از پیش دبستان شروع و تا دبیرستان ادامه می‌یابد. این آموزش مرتبط با آموزش کلاسی و درسی و جزء جدانشدنی از برنامه درسی است. بنابراین «یادگیری اجتماعی و هیجانی یک مفهوم یک پارچه برای سازماندهی و برنامه‌ریزی هماهنگ مبتنی بر مدرسه است که بر رشد مثبت کودکان، ارتقاء سلامت و پیشگیری از رفتارهای مشکل‌ساز و مشارکت دانش‌آموزان در یادگیری معطوف است» (دیوانی، اوبرایان، رزنیک، کیستر و وایزبرگ، ۲۰۰۶).



شکل ۱. سامانه های یکپارچه و هماهنگ به منظور حمایت از رشد تمام کودکان (برگرفته از زینس و الیاس ۲۰۰۶)

برنامه‌ریزی در زمینه یادگیری اجتماعی و هیجانی مبتنی بر درک این موضوع است که: انواع رفتارهای مشکل‌ساز با عوامل خطر ساز مشابه یا یکسانی به وجود می‌آیند و بهترین یادگیری از روابط حمایتی شکل می‌گیرد که یادگیری را چالش برانگیز و معنی‌دار می‌کند (مجمع همکاری در زمینه یادگیری تحصیلی، اجتماعی و هیجانی، ۲۰۰۵).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مهارت‌های به‌دست آمده از برنامه‌های اجتماعی و هیجانی، از رفتارهای پرخطری از قبیل سوء مصرف دارویی، خشونت و رفتارهای جنسی پیش از موعد که نوجوانان را در معرض خطر ایدز و دیگر بیماری‌های مقاربتی قرار می‌دهند، بارداری در نوجوانی و خودکشی، پیشگیری می‌کند (دیوانی و همکاران، ۲۰۰۶). زیرا این



رفتارها ریشه در بسیاری از عوامل مشابه دارند و به وسیله راهبردهای پیشگیری مشابهی نیز قابل کاهش یا رفع هستند. حجم زیادی از پژوهش‌ها این موضوع را تأیید می‌کنند که یک رویکرد هماهنگ، ضمن پیشگیری از رفتارهای پرخطر، رشد مثبت در کودکان، نوجوانان و جوانان را ارتقاء می‌بخشد. یادگیری یا شایستگی اجتماعی و هیجانی چارچوبی از کوشش‌های هماهنگ مبتنی بر مدرسه را در زمینه پیشگیری فراهم می‌سازد (دیوانی و همکاران، ۲۰۰۶؛ پی‌تون و همکاران، ۲۰۰۰؛ گرینبرگ و همکاران، ۲۰۰۳؛ کوهن، ۲۰۰۶).

یادگیری اجتماعی و هیجانی، فرایند کسب مهارت‌هایی به منظور سازماندهی مجدد و اداره هیجان‌ها، شکل‌گیری مهارت مواظبت و توجه به دیگران، برقراری روابط مثبت، اتخاذ تصمیم‌های مسئولانه و مواجهه کارآمد با موقعیت‌های چالش‌برانگیز است (دیوانی و همکاران، ۲۰۰۶).

مجمع همکاری در زمینه تحصیلی، اجتماعی و هیجانی (۲۰۰۵)، عناصر اصلی یادگیری اجتماعی را به پنج دسته تقسیم می‌کند و آنها را این‌گونه تعریف می‌کند:

**خودآگاهی<sup>۱</sup>:** عبارت از آگاهی و علم به آنچه که در لحظه خاصی احساس می‌کنیم؛ ارزیابی واقع‌گرایانه از توانایی‌های خود و احساس اعتماد به نفس بجا و موجه.

**آگاهی اجتماعی<sup>۲</sup>:** عبارت است از درک احساسات دیگران؛ نگاه کردن به مسائل از دید دیگران و ارزش قائل شدن و تعامل مثبت با گروه‌های مختلف.

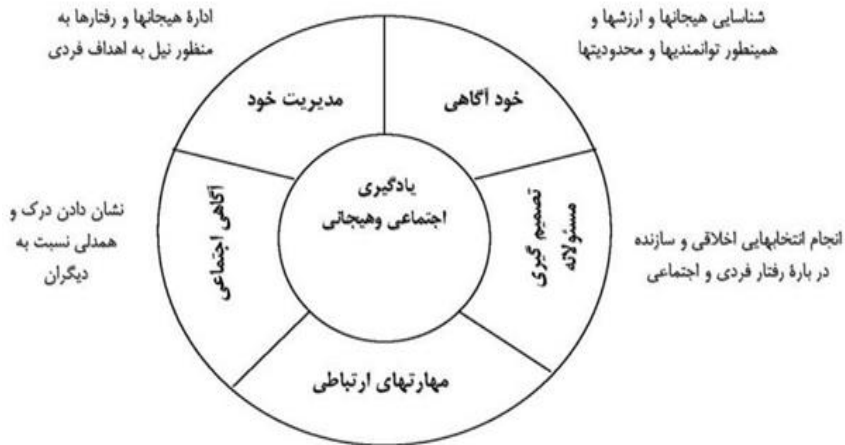
**مدیریت خود<sup>۳</sup>:** عبارت است از مواجهه و برخورد با عواطف و هیجان‌های خود به‌ترتیبی که کار یا فعالیتی را که در دست داریم تسهیل کند و از مداخله مخرب هیجان‌ها در آن پیشگیری کند، با وجدان بودن و به تأخیر انداختن کامیابی<sup>۴</sup>، به‌منظور دنبال کردن اهداف و پشتکار در مواجهه با موانع و ناکامی‌ها، از دیگر جنبه‌های مدیریت خود هستند. شکل شماره ۲ عناصر محوری یادگیری اجتماعی و هیجانی را نشان می‌دهد.

1. Self-awareness
2. Social-awareness
3. Self-management
4. Delaying gratification

**مهارت‌های ارتباطی<sup>۱</sup>**: عبارت است از تعدیل و کنترل مؤثر هیجان‌ها و عواطف در ارتباط‌ها، برقراری و حفظ روابط سالم و مثبت مبتنی بر همکاری، مقاومت در برابر فشارهای اجتماعی نامناسب و نامقتضی، بحث و گفتگو به منظور حل اختلاف‌ها و درخواست کمک از دیگران در زمان لازم.

**تصمیم‌گیری مسئولانه<sup>۲</sup>**: عبارت است از تصمیم‌گیری‌های مبتنی بر در نظر گرفتن و ملاحظه دقیق همه عوامل مربوط و پیامدهای احتمالی طرز رفتارهای مختلف، احترام به دیگران و مسئولیت‌پذیری در قبال تصمیم‌گیری‌ها.

همان‌طور که می‌بینید تعاریف یادشده، توصیفی در هریک از حیطه‌های مهارتی پنج‌گانه شایستگی اجتماعی و هیجانی به‌دست داده‌اند. جدول شماره ۲، فهرستی از خرده‌مهارت‌های هر حیطه مهارتی را نشان می‌دهد.



شکل گیری روابط مثبت، کار گروهی،

و برخورد مؤثر با اختلافات

شکل ۲. پنج حیطه شایستگی اجتماعی و هیجانی (بر گرفته از دیوانی و همکاران، ۲۰۰۶، ص ۱۲)

### خود آگاهی

شناسایی و نام‌گذاری هیجان‌های خود  
درک دلایل و جوانب احساساتی که نشان می‌دهیم  
شناسایی و تشخیص دقیق هیجان‌های دیگران  
شناسایی توانمندی‌ها و بسیج احساسات مثبت در باره خود، مدرسه و خانواده و شبکه‌های حمایتی  
آگاهی به نیازها و ارزش‌های خود  
داشتن درک دقیقی از خود  
خودباوری  
داشتن حسی معنوی

### آگاهی اجتماعی

ارزش و احترام‌گذاری به تفاوت و گوناگونی  
احترام قائل شدن برای دیگران  
گوش دادن دقیق و محتاطانه به دیگران  
افزایش هم‌دلی و حساسیت نسبت به احساسات دیگران  
درک دیدگاه‌ها، نقطه‌نظرات و احساسات دیگران

### مدیریت خود

بیان و مقابله با اضطراب، خشم و افسردگی  
مهارت‌تکانه‌ها، پرخاشگری و رفتارهایی که به فرد آسیب می‌زنند یا ضد اجتماعی هستند  
مهار فشار روانی فردی و بین فردی  
تمرکز بر وظایف و تکالیف در دست اقدام  
هدف‌گذاری‌های کوتاه و بلندمدت  
برنامه‌ریزی همه‌جانبه و فکورانه  
تغییر عملکرد ناشی از بازخورد  
بسیج انگیزش مثبت  
فعال کردن امید و خوش‌بینی  
کار با عملکرد بهینه

### تصمیم‌گیری مسئولانه

تحلیل هوشمندانه موقعیت‌ها و شناسایی دقیق مشکلات  
تمرین مهارت‌های حل مسئله و تصمیم‌گیری اجتماعی  
پاسخ‌دهی سازنده و به‌شیوه حل مسئله در زمینه مشکلات بین فردی  
اقدام به خودارزیابی و بازاندیشی  
عمل و رفتار براساس مسئولیت فردی و اخلاقی

### مهارت‌های ارتباطی

اداره هیجان‌ها در روابط، هماهنگ‌سازی احساسات و نقطه‌نظرات مختلف، حساسیت نشان‌دادن به نشانه‌های

اجتماعی - هیجانی

ابراز کارآمد هیجان‌ها

برقراری ارتباط<sup>۱</sup> به‌صورت بارز و آشکار

ایجاد روابط با دیگران<sup>۲</sup>

کار کردن توأم با همکاری

تمرین ابراز وجود، رهبری و متقاعدسازی

مدیریت تعارف‌ها، گفتگو و رد کردن<sup>۳</sup>

کمک کردن به دیگران و درخواست کمک از دیگران

### برنامه‌های مبتنی بر شواهد و پیشگیری مبتنی بر مدرسه (عمل)

همان‌طور که پیشتر توضیح داده شد کودکان حدود یک‌سوم از اوقات شبانه‌روزی و مفید بیداری خود را در مدارس سپری می‌کنند و بیشتر کودکان به‌ضرورت، دوران تحصیل و مدرسه را سپری می‌کنند و هدف مدارس و انتظار از آنها آموزش و آماده‌سازی کودکان برای زندگی بزرگ‌سالی و کمک به رشد سالم و مثبت آن‌ها به‌منظور دستیابی به سلامت و موفقیت و پیشگیری از مخاطرات مختلف در زندگی آینده است.

از طرف دیگر می‌دانیم که انتظار از مدارس امروزی علاوه بر رشد شناختی کودکان، ارتقاء و رشد شخصیتی، اخلاقی و رفتاری کودکان و شکل‌دهی رفتارهای سالم و دوری از رفتارهای پرخطر است. اما وقتی به برنامه‌ها و محتوای درسی مدارس در کشورمان نگاهی می‌اندازیم، می‌بینیم که هنوز به شکل سنتی آموزش‌های بیش از یک قرن پیش را آموزش می‌دهیم و از ضرورت‌های آموزشی متأثر از عصر حاضر سخت غافل هستیم؛ درحالی که در بسیاری از کشورها ده‌ها برنامه برای رشد و ارتقاء سلامت روانی و رفتاری کودکان در حال اجرا هستند، صرف نظر از اسناد بالادستی و چشم‌اندازهای نظری و برنامه‌های رشد و توسعه، در عمل اقدامات بایسته و شایسته‌ای در این حوزه صورت نمی‌گیرد.

این مسئله با تأثیر از عوامل مختلفی به وجود آمده است:

۱. شاید پیامدهای ناشی از رفتارهای پرخطر مختلف از جمله سوء مصرف دارویی و اعتیاد و هزینه‌های پدیدآمده از آنها که با توجه به عوامل خطر ساز رشدی که پیش از این از آن‌ها صحبت کردیم، چندان بر سیاست‌گذاران نظام آموزش و پرورش روشن نیست یا چندان توجهی به آنها نمی‌شود.

۲. به لحاظ نظری، سطحی از انباشتگی دانش در حوزه پیشگیری مبتنی بر مدرسه در مجامع علمی کشور شکل نگرفته است و به دنبال آن، دانش نظری لازم برای تصریح و تبیین مهارت‌های ضروری در این حوزه به تفصیل مورد بحث قرار نگرفته‌اند؛ موضوعی که در مباحث قبلی به بحث در مورد مبانی این مهارت‌ها و مؤلفه‌های آنها و تعریف و خرده‌مهارت‌های هریک پرداختیم.

۳. از همه مهم‌تر ایجاد پیوند بین این مهارت‌های نظری و دستیابی به برنامه‌هایی است که ابزار انتقال این مهارت‌ها در نظام آموزش و پرورش به کودکان هستند که هنوز تصویر روشنی از پیوند نظریه و عمل در این حوزه صورت نگرفته است.

۴. درحالی که مدارس کشور برای انتقال مفاهیم و موضوعات مختلف شناختی مانند خواندن و نوشتن، ریاضیات، علوم و غیره در تمامی مقاطع و پایه‌های تحصیلی

ساعت و برنامه دارند، برای رشد شخصیتی، ارتقاء سلامت روان، ارتقاء رفتارهای سالم و پیشگیری از طیف مختلف رفتارهای پرخطر و از جمله پیشگیری از اعتیاد که در همین مقوله می‌گنجد و به‌وفور در سند تحول آموزش و پرورش و اسناد بالادستی بر آنها تأکید شده است، هیچ برنامه مدون و معتبری ندارند و بنابراین لزوم اختصاص برنامه‌ها و ساعات درسی مشخص و مستمر در تمامی دوران و پایه‌های تحصیلی برای رشد سالم شخصیتی و شکل‌دهی رفتارهای مثبت و کاهش رفتارهای پیشاینده و زمینه‌ساز رفتارهای پرخطر بیش از پیش ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است.

۵. لزوم استفاده از برنامه‌های علمی، مبتنی بر شواهد<sup>۱</sup> و معتبر و اجتناب از برنامه‌های آزمایش و خطایی و فاقد استانداردهای لازم.

#### آیا هر نوع برنامه‌ای می‌تواند بر کاهش سوء مصرف دارویی مؤثر باشد؟

بنا به نظر مراکز معتبری مانند دفتر جرایم و داروی سازمان ملل (۲۰۱۵) و مؤسسه ملی سوء مصرف دارویی (۲۰۱۴)، پاسخ به این پرسش خیر است. این مراکز علمی بر این باورند که برنامه‌هایی می‌توانند موجب پیشگیری از سوء مصرف مواد شوند که مبتنی بر شواهد باشند؛ یعنی پژوهش‌های علمی معتبر مختلفی، اثربخشی آنها را در این زمینه نشان داده باشند و این برنامه‌ها به درستی در مدارس و جامعه اجرا شوند. بنابراین هر برنامه‌ای که مدعی پیشگیری از سوء مصرف دارویی است نمی‌تواند لزوماً برنامه مؤثری باشد. چند دهه پژوهش و ظهور برنامه‌های مبتنی بر شواهد (پژوهش) نشان داده‌اند که تنها برنامه‌ها و مداخله‌های مبتنی بر شواهد هستند که ارزش و کارایی پیشگیرانه دارند و اثربخش هستند (مؤسسه ملی سوء مصرف دارویی، ۲۰۰۳ و ۲۰۱۴؛ دفتر دارو و جرم سازمان ملل، ۲۰۱۵؛ گریفین و بوتوین<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰؛ آگایو و همکاران، ۲۰۱۵؛ هنسی و تر اسمیت، ۲۰۱۵). در کشور ما فراوان دیده می‌شود که با اقتباس از برنامه‌های معتبر و یا بدون توجه به مبانی نظری و پژوهشی، برنامه‌هایی ساخته می‌شوند و بدون آزمون دقیق اثربخشی، در سطح

وسیع اجرا می‌شوند. با توجه به چندین دهه مطالعه و انباشتگی دانش مربوط به پیشگیری از رفتارهای پرخطر و به‌ویژه سوء مصرف مواد و فقدان برنامه‌های مبتنی بر شواهد پژوهشی و اثربخشی و نیز محدودیت‌های اعتباری برای فعالیت‌های پیشگیرانه، برنامه‌هایی باید مورد استفاده قرار گیرند که اعتبار علمی و اثربخشی این برنامه‌ها توسط نهادهای معتبر علمی و بین‌المللی مختلف تأیید شده باشند تا ضمن دستیابی به برنامه‌های قابل استناد از اتلاف هزینه و سرمایه‌های انسانی جلوگیری شود و نتایج مطلوب برای دستیابی به پیامدهای پیشگیرانه اثربخش حاصل شود.

برنامه‌های پیشگیرانه اگر مبتنی بر شواهد باشند عوامل حمایت‌گر رشد سالم را تقویت می‌کنند و عوامل خطر ساز برای سوء مصرف مواد را از بین می‌برند. این برنامه‌ها برای سنین مختلف طراحی شده‌اند و بیشتر هدف آن‌ها جمعیت‌های دانش‌آموزی و خانواده‌ها هستند و بر سه دسته تقسیم می‌شوند:

**برنامه‌های همگانی**<sup>۱</sup> که عوامل خطر ساز و حمایت‌گر را برای تمام کودکان در مدارس یا جامعه هدف قرار می‌دهند؛

**برنامه‌های گزینشی**<sup>۲</sup> که گروه‌هایی از کودکان و نوجوانان را هدف قرار می‌دهند که در این دسته از کودکان عواملی به چشم می‌خورند که آن‌ها را در معرض خطر مضاعف استفاده از مواد قرار می‌دهد؛

**برنامه‌های شاخص یا ویژه**<sup>۳</sup> برنامه‌هایی هستند که برای نوجوانان یا جوانانی که شروع به مصرف مواد کرده‌اند، طراحی شده‌اند.

برنامه‌ها می‌توانند تک‌سطحی یعنی تنها یک گروه از گروه‌های بالا را هدف قرار دهند یا می‌توانند چندسطحی یا چندلایه<sup>۴</sup> باشند و دو یا سه گروه را هدف قرار دهند.

گزارش استانداردهای بین‌المللی در زمینه پیشگیری از مصرف مواد، به‌صراحت برنامه‌های پیشگیری همگانی<sup>۵</sup> و گزینشی<sup>۶</sup> را جزء برنامه‌های خوب و خیلی خوب طبقه‌بندی می‌کند. در این گزارش به برنامه‌هایی که هدف آنها افزایش مهارت‌های والدینی و مهارت‌های

1. Universal Programs  
4. Tiered

2. Selective Programs  
5. Universal

3. Indicated Programs  
6. Selective

فردی و اجتماعی است به‌عنوان برنامه‌های پیشگیری خوب و خیلی خوب در کودکی و نوجوانی اشاره شده است (دفتر دارو و جرم سازمان ملل، ۲۰۱۳).

**آیا برای شناسایی برنامه‌های مبتنی بر شواهد در زمینه پیشگیری از سوء مصرف دارویی مراکز یا مؤسسه‌هایی وجود دارند؟**

پاسخ به این پرسش مثبت است. مراکزی مانند ثبت ملی برنامه‌ها و فعالیت‌های مبتنی بر شواهد<sup>۱</sup>، مؤسسه ملی سوء مصرف دارویی، کارگروه تخصصی مدارس ایمن، منظم و عاری از دارو<sup>۲</sup>، مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها<sup>۳</sup>، مجمع همکاری در زمینه تحصیلی، اجتماعی و هیجانی و بسیاری دیگر از مراکز علمی، برنامه‌های پیشگیری را تحلیل، درجه‌بندی و از نظر اثربخشی و محتوا مورد بررسی و طبقه‌بندی قرار داده‌اند. بنابراین همانند بسیاری از مداخله‌ها، برنامه‌های مبتنی بر شواهد معرفی شده در این مراکز، می‌توانند منابع معتبر و قابل استنادی برای برنامه‌ریزی در زمینه مداخله‌های پیشگیرانه و از جمله پیشگیری مبتنی بر مدرسه باشند. دو برنامه تفکر سازنده<sup>۴</sup> و مهارت‌های نوجوانی لاینتر کوئست<sup>۵</sup>، نمونه‌ای از برنامه‌های اثربخش و مبتنی بر شواهد و الگو هستند که به‌وسیله مراکز علمی معتبری مانند مرکز ملی ثبت برنامه‌ها و فعالیت‌های مبتنی بر شواهد، مؤسسه ملی سوء مصرف دارویی، مجمع همکاری در زمینه یادگیری تحصیلی، اجتماعی و هیجانی، مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها، کارگروه تخصصی مدارس ایمن، منظم و عاری از دارو و بسیاری از مراکز معتبر علمی دیگر توصیه شده‌اند. این دو برنامه در قسمت نتیجه‌گیری به اجمال معرفی شده‌اند.

### نتیجه‌گیری

با توجه به آنچه که پیشتر مورد بحث قرار دادیم، روشن است که اعتیاد، سالانه میلیاردها دلار خسارت برای جوامع درگیر با آن دارد و زیان‌های آن بر سرمایه‌های انسانی بی‌شمار

1. National Registry of Evidence-based Programs and Practices
2. Safe, Disciplined, and Drug-Free Schools Expert Panel
3. Centers for Disease Control and Prevention
4. Promoting Alternative Thinking Strategies
5. Lions Quest Skills for Adolescence



است. بر همگان روشن است که پیشگیری بسیار سودمندتر از درمان است. از طرف دیگر با توجه به عوامل خطر ساز گرایش به سوء مصرف دارویی (جدول شماره ۱) می‌دانیم که عوامل مرتبط با اعتیاد ارتباط تنگاتنگی با رشد دارند. به این ترتیب باید پیشگیری از اعتیاد نیز جنبه رشدی داشته باشد و در سنین رشدی مختلف، عوامل خطر ساز کاهش و عوامل حمایت گر از رشد سالم و مثبت کودکان افزایش یابد.

از سوی دیگر برای انجام مداخله‌های پیشگیرانه، نیازمند نهادهایی هستیم که کودکان در آنها حضور پیوسته و نسبتاً همگانی و طولانی مدت و در عین حال معطوف بر رشد و یادگیری دارند تا به واسطه این حضور بتوانیم با تهیه برنامه‌های کارآمد، تغییرات مورد نظر را در فرایند رشد اِعمال کنیم. در جامعه ما هیچ نهادی غیر از مدرسه حائز این ویژگی‌ها نیست. بیشتر کودکان از آمادگی تا دبیرستان در مدارس حضور دارند، کودکان حدود یک‌سوم از ساعات مفید بیداری خود را در مدرسه سپری می‌کنند. مدارس نهادهای آموزشی اصلی کشور هستند و کودکان با هدف آموزش‌های گوناگون وارد مدارس می‌شوند. از طرف دیگر خانواده‌ها به سبب حضور فرزندان‌شان، تعامل نزدیکی با مدارس دارند و بنابراین هم مداخله‌های معطوف بر کودکان و هم خانواده‌ها هر دو در مدارس قابل اجرا هستند.

از مباحث پیشین به این نتیجه رسیدیم که گرایش به سوء مصرف دارویی و سرانجام اعتیاد، دارای پیشایندهایی هستند که جنبه رشدی دارند. مثلاً می‌دانیم که کودکان دارای خویشتن داری ضعیف، رفتارهای تکانه‌ای، رفتارهای پر خاشگرانه، ضعیف در مهارت‌های اجتماعی و هیجانی و غیره در معرض خطر گرایش به سوء مصرف دارویی و در نتیجه اعتیاد هستند. از طرف دیگر می‌دانیم که مهم‌ترین دوران برای گرایش به سوء مصرف دارویی، اوایل نوجوانی است. بنابراین مداخله‌های پیشگیرانه باید معطوف بر کودکی یعنی قبل از نوجوانی و اوایل نوجوانی باشد تا کارکرد مؤثری بر کاهش عوامل زمینه ساز سوء مصرف و ارتقاء رشد سالم و مثبت کودکان داشته باشد.

در عین حال در مباحث پیشین روشن شد که هر نوع مداخله‌ای برای پیشگیری از خطر

سوء مصرف مواد اثربخش و مفید نیست. چند دهه پژوهش و ظهور برنامه‌های مبتنی بر شواهد (پژوهش) نشان داده‌اند که تنها برنامه‌ها و مداخله‌های مبتنی بر شواهد هستند که ارزش و کارایی پیشگیرانه دارند و اثربخش هستند (مؤسسه ملی سوء مصرف دارویی، ۲۰۰۳ و ۲۰۱۴؛ دفتر دارو و جرم سازمان ملل، ۲۰۱۵؛ گریفین و بوتوین، ۲۰۱۰؛ آگایو و همکاران، ۲۰۱۵؛ هنسی و تر اسمیت، ۲۰۱۵). از طرف دیگر مراکز علمی وجود دارند که این دسته از مداخله‌ها را مورد ارزیابی قرار داده و امکان شناسایی و انتخاب برنامه‌های مبتنی بر شواهد را فراهم کرده‌اند. بنابراین به هنگام برنامه‌ریزی برای مداخله‌های پیشگیرانه باید به این دسته از برنامه‌ها مراجعه کرد و در انتخاب آن‌ها نیز به محتوا و هماهنگی این محتوا و قابلیت اجرای آن‌ها در سطح مدارس توجه کرد.

به‌عنوان مثال برنامه تفکر سازنده یک نمونه موفق از این نوع برنامه‌ها است. این برنامه در ارزیابی ثبت ملی برنامه‌ها و فعالیت‌های مبتنی بر شواهد (۲۰۰۷)، یکی از اثربخش‌ترین برنامه‌ها است که تاکنون در ده‌ها کشور اجرا شده است. این برنامه<sup>۱</sup> که به‌وسیله مؤسسه ملی سوء مصرف دارویی انتشار یافته در مقطع دبستان به‌عنوان نمونه‌ای از برنامه‌های الگو در زمینه پیشگیری از سوء مصرف مواد مبتنی بر مدرسه و در ارزیابی‌های مراکز دیگری مانند مجمع یادگیری تحصیلی، اجتماعی و هیجانی<sup>۲</sup> (۲۰۰۳ و ۲۰۱۳)، طرح بلوپرینت مرکز مطالعه و پیشگیری از خشونت دانشگاه کلرادو<sup>۳</sup>، ارزیابی مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها و بسیاری از مراکز علمی دیگر به‌عنوان برنامه الگو و بهترین فعالیت‌ها و مداخله‌های اثربخش در حوزه پیشگیری از سوء مصرف مواد و رفتارهای پرخطر دیگر معرفی شده است.

موجب تعجب است وقتی در مقالاتی در فصلنامه‌های معتبر علمی و پژوهشی می‌بینیم که مطالعه‌ای نشان می‌دهد با دو ماه مداخله روان‌شناختی توانسته است تغییرات روان‌شناختی

1. Preventing drug use among children and adolescents: A research-based guide for parents, educators and community leaders
2. Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning
3. Blueprints Project of the Center for the Study and Prevention of Violence, University of Colorado

چشم‌گیر در افراد ایجاد کند. مراکز علمی و افراد صاحب‌نظر در زمینه مداخله‌های پیشگیرانه مبتنی بر مدرسه، بر این باورند که به‌منظور اثربخش بودن مداخله‌ها، برنامه‌ها باید دست کم دو سال اجرا شوند (دیوانی و همکاران، ۲۰۰۶).

برنامه‌هایی مانند برنامه تفکر سازنده از نوع برنامه‌های همگانی هستند که برای تمام گروه‌های دانش‌آموزی مورد هدف یعنی کودکان سالم، کودکان در معرض خطر و کودکان مشکل‌دار، اثربخش و سودمند هستند. این برنامه ضمن حمایت از رشد سالم کودکان، از رفتارهای پرخطر نیز پیشگیری و به تغییر رفتارهای مشکل‌ساز کمک می‌کند. این برنامه برای دانش‌آموزان از پایه آمادگی تا پایه ششم ابتدایی طراحی شده است و کودکان از طریق ۱۱۹ درس، مهارت‌های اصلی مورد اشاره در مباحث پیشین و خرده‌مهارت‌های هریک از مؤلفه‌های اصلی را می‌آموزند.

این برنامه دارای طرح درس برای آموزش معلم، راهنمای معلم برای آموزش و ابزار اندازه‌گیری برای پایش تغییرات رفتاری دانش‌آموزان و روند پیشرفت برنامه است. کتابچه‌هایی برای مشارکت والدین در برنامه، نامه متناسب با دروس برای اولیاء و حاوی تکلیف در منزل است. برنامه با استفاده از سازوکارهای عملی و سازوکارهایی که در دروس و راهنمای معلم بحث شده است سعی می‌کند مهارت‌های آموزش داده را تعمیم و تقویت کند.

مهارت‌های هدف این برنامه به‌صورت رشدی، از پایه آمادگی و اول تا پایه ششم ابتدایی یعنی ۶ تا ۷ سال آموزش داده می‌شوند و وقتی کودکان بیش از ۲ تا ۳ سال آموزش می‌بینند، این مهارت‌ها کم‌کم در آنها درونی شده و بخشی از عادات رفتاری و شخصیت آنها می‌شوند و وقتی به مدت ۶ یا ۷ سال در پایه‌های مختلف و به شکل‌های گوناگون آموزش داده می‌شوند تأثیر فزاینده و چشم‌گیری بر رشد سالم شخصیت و پیشگیری از رفتارهای پرخطر دارند. به‌همین دلیل است که برنامه‌های مستمر و درازمدت و مستتر در برنامه درسی دانش‌آموزان، می‌توانند اثربخش و کارآمد باشند. این برنامه اولین برنامه معتبر مبتنی بر شواهد در کشور است که هم‌اکنون مراحل برگردان فارسی و متناسب‌سازی

فرهنگی آن توسط نویسنده این مقاله انجام شده و نسخه فارسی آن آماده اجرای مقدماتی در مدارس است. این در حالی است که در بسیاری از کشورها در همین مقطع ابتدایی ده‌ها برنامه معتبر از این دست وجود دارند و ما هنوز برای مقاطع دبیرستان به‌ویژه دبیرستان سطح یک که معادل راهنمایی سابق است و اوایل نوجوانی را دربر می‌گیرد و از نظر رشدی یکی از مراحل سنی مورد تأکید مداخله‌های پیشگیرانه از نظر صاحب‌نظران است، هیچ برنامه معتبر و مبتنی بر شواهدی نداریم.

در واقع گذرگاه اصلی مداخله‌های پیشگیرانه، استفاده از برنامه‌های مبتنی بر مدرسه و از نظر علمی استفاده از برنامه‌های مبتنی بر شواهد است. برنامه دیگری که هم‌اکنون نویسنده مقاله حاضر درصدد آماده‌سازی نسخه فارسی آن است و برای مقطع دبیرستان سطح یک یعنی پایه‌های هفتم، هشتم و نهم طراحی شده است، برنامه «مهارت‌های نوجوانی لاینز کوئست»<sup>۱</sup> است که هم‌اکنون در بیش از ۸۰ کشور جهان در حال اجراست و مورد تأیید مراکزی مانند ثبت ملی برنامه‌ها و فعالیت‌های مبتنی بر شواهد، مؤسسه ملی سوء مصرف دارویی، مجمع همکاری در زمینه یادگیری تحصیلی، اجتماعی و هیجانی و بسیاری از مراکز معتبر علمی دیگر در این دوره سنی است. این برنامه هم مانند برنامه تفکر سازنده یک برنامه پیشگیری همگانی مبتنی بر مدرسه است که در یک سطح رشدی بالاتر، مهارت‌های مورد بحث در قسمت‌های پیشین این مقاله را تقویت و در عین حال با استفاده از مؤلفه‌های دارویی مستتر در برنامه از گرایش به سوء مصرف دارویی پیشگیری می‌کند.

صاحب‌نظران و مراکز علمی و سیاست‌گذاری معتبری مانند دفتر جرم و داروی سازمان ملل بر این عقیده‌اند که برنامه‌های پیشگیرانه در حوزه سوء مصرف دارویی در مدارس در دوره ابتدایی باید معطوف بر آموزش مهارت‌های اجتماعی و هیجانی و در دوره نوجوانی علاوه بر این مهارت‌ها باید حاوی مؤلفه‌هایی برای مقاومت در برابر مصرف و آشنایی نوجوانان با مضرات و مشکلات سوء مصرف دارویی باشند (دفتر دارو و جرم سازمان ملل، ۲۰۱۳). این دو ویژگی مهم در برنامه‌های یادشده به‌طور کامل رعایت شده‌اند. بنابراین

آنچه که باید به عنوان یک اولویت مهم در پیشگیری از سوء مصرف مواد و بسیاری از رفتارهای پرخطر دیگر در کشورمان مورد توجه قرار داد ارتقاء شایستگی اجتماعی و هیجانی کودکان از طریق برنامه‌های مبتنی بر شواهد مدرسه محور است. برنامه‌های مورد اشاره، نمونه‌هایی از مداخله‌های پیشگیرانه اثربخش در این زمینه هستند، بنا به نظر مؤسسه‌هایی مانند مؤسسه ملی سوء مصرف دارویی، برنامه‌هایی از این دست «بهترین راهبرد در زمینه پیشگیری از سوء مصرف دارویی هستند» (مؤسسه ملی سوء مصرف دارویی، ۲۰۱۴).

### منابع

- Agabio, R., Trincas, G., Floris, F., Mura, G., Sancassiani, F & Angermeyer, M.C (2015). A Systematic Review of School-Based Alcohol and other Drug Prevention Programs. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 11, (Suppl 1: M6) 102-112
- Cohen, J (2006). Social, emotional, ethical, and academic education: creating a climate for learning, participation in democracy, and well-being. *Harvard educational review*, 2, 201-237.
- Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning (2005). *Safe and sound: An educational leader's guide to evidence-based social and emotional learning programs*, Illinois edition. Chicago, IL: Author.
- Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning (2013). *Effective social and emotional learning programs: Preschool and elementary school edition*. Chicago: Author.
- Devaney, E., O'Brien, M.U., Resnik, H., Keister, S., & Weissberg, R.P (2006). *Sustainable schoolwide social and emotional learning (SEL): Implementation guide*. Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning (CASEL).
- Elias, M.J., Zins, J.E., Weissberg, K.S., Greenberg, M.T., Haynes, N.M., Kessler, R. ...Shriver, T.P (1997). *Promoting social and emotional learning: Guidelines for educators*. ASCD
- Greenberg, M. T., Weissberg, R. P., O'Brien, M. U., Zins, J. E., Fredricks, L., Resnik, H & Elias, M. J (2003). Enhanced school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning. *American psychologist*, 6/7, 466-474.
- Griffin, K.W & Botvin, G.J (2010). Evidence-based interventions for preventing substance use disorders in adolescents. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 19(3), 505-526. Doi:10.1016/j.chc.2010.03.005.
- Hennessy, E.A & Tanner-Smith, E.E (2015). Effectiveness of Brief School-Based Interventions for Adolescents: A Meta-analysis of Alcohol Use Prevention Programs. *Prevention science*, 16, 463-474.
- Kress, J. S & Elias, M. J (2006). School-based social and emotional learning programs. In K.A. Renninger and I. E. Sigel (Eds.). *Handbook of child psychology* (pp 592-618). NY: John Wiley and sons.
- National Institute on Drug Abuse (2003). *Preventing drug use among children and adolescents: A research-based guide for parents, educators and community leaders* (2nd Ed.). NIDA

- National Institute on Drug Abuse (2014). *Drugs, Brains, and Behavior The science of Addiction*. NIDA.
- National Research Council and Institute of Medicine (2009). *Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities*. Committee on the Prevention of Mental Disorders and Substance Abuse Among Children, Youth, and Young Adults: Research Advances and Promising Interventions. Mary Ellen O'Connell, Thomas Boat, and Kenneth E. Warner, (Eds). Board on Children, Youth, and Families, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: The National Academies Press
- Payton, J. W., Wardlaw, D. M., Graczyk, P. A., Bloodworth, M. R., Tompsett, C. J & Weissberg, R. P (2000). Social and emotional learning: A framework for promoting mental health and reducing risk behaviors in children and youth. *Journal of school health*, 5, 179-185.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2013). *International standards on drug use prevention*. UNODC.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2015). *World drug report*. Vienna:UNODC
- Weissberg, R. P; Resnik, H; Payton, J; O'Brien, M. U ( 2003). Evaluating social and emotional learning programs. *Educational leadership*, March, 46-50.
- World health organization (2003). *Creating an environment for emotional and social well-being: An important responsibility of a health-promoting and child friendly school*.WHO.
- World Health Organization (2007). *Outcome evaluation summary report: WHO/UNODC global initiative (1999-2003) on primary prevention of substance abuse*. Switzerland: WHO.
- Zins, J.E., & Elias, M.E (2006). Social and emotional learning, in G.G. Bear & K.M. Minke (eds.). *Children's Needs III: Development, Prevention, and Intervention*. NASP publications. Retrieved from [http://www.nasponline.org/educators/elias\\_zins.pdf](http://www.nasponline.org/educators/elias_zins.pdf)