

تحلیل ناکارآمدی برنامه‌های پیشگیری: پژوهش کیفی

محسن نیازی^۱، میلاد نوروزی^۲، احسان شریفی^۳، رسول خرمیان^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۷/۲۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۶/۱۰

چکیده

هدف: سوء مصرف مواد مخدر از جمله بارزترین آسیب‌های اجتماعی است که به راحتی می‌تواند بنیان فرهنگی و اجتماعی یک کشور را سست و پویایی‌های انسانی آن را به مخاطره بیندازد. درهم‌تنیدگی عوامل روانی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی این مشکل را به یکی از پیچیده‌ترین آسیب‌های اجتماعی دهه‌های اخیر در کشور مبدل ساخته است. بر این اساس اتخاذ برنامه‌هایی با رویکرد پیشگیری و توانمندسازی در برابر اعتیاد در طول سال‌های اخیر همواره مورد توجه بوده است. با این وجود برنامه‌های پیشگیرانه در بسیاری از سطوح از موفقیت‌چندانی برخوردار نبوده‌اند. در همین راستا هدف از انجام این مطالعه تحلیل چرایی ناکارآمدی برنامه‌های پیشگیری بوده است. **روش:** پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و با استفاده از روش نظریه زمینه‌ای انجام شده است. داده‌ها از طریق مصاحبه عمیق با ۳۳ نفر از مصرف‌کنندگان ساکن کمپ اقامتی قلعه شور اصفهان و مدیران، کارشناسان و درمان‌گران حوزه اعتیاد در بهار ۱۳۹۵ با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و معیار اشباع نظری جمع‌آوری شدند و با استفاده از روش کدگذاری نظری تحلیل شدند. **یافته‌ها:** کدگذاری داده‌ها به خلق ۱۴ مقوله و ۶۶ زیرمقوله منجر شد که بیانگر شرایط علی و زمینه‌ای، راهبردها و پیامدهای ناکارآمدی برنامه‌های پیشگیری از دیدگاه هر دو گروه شرکت‌کنندگان در پژوهش است. برخی از آن‌ها عبارتند از: سیاست‌گذاری‌های غیرمشارکتی، بوروکراسی نامناسب، کاستی‌های فرهنگی معطوف به ساختار و معطوف به کنشگر، متعارف‌شدگی و هنجارشکنی لجاجتی. **نتیجه‌گیری:** از دیدگاه هر دو گروه از شرکت‌کنندگان سنخ‌شناسی دوگانه‌ای از ضعف‌ها و کاستی‌ها در تهیه، تدوین و اجرای طرح‌های پیشگیری وجود دارد که به ترتیب ناظر بر انکارمحتوایی و انکار صوری طرح‌هاست. در نوع نخست استراتژی هنجارشکنی لجاجتی و در نوع دوم استراتژی متعارف‌شدگی و پذیرش شکست در مواجهه با این پدیده از سوی مصاحبه‌شوندگان اتخاذ می‌شود که پیامدهای آن تجربه‌گرایی و دوستی‌گرایی و گریز و دسترسی ناچیز به طرح‌ها می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: اعتیاد، برنامه‌های پیشگیری، نظریه زمینه‌ای

۱. استادیار گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران

۲. نویسنده مسئول، دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران، پست الکترونیک: noruzi@grad.kashanu.ac.ir

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۴. کارشناس ارشد مدیریت فرهنگی، دانشگاه آزاد خوراسگان، اصفهان، ایران

مقدمه

آمارهای منتشره از افزایش تعداد مصرف‌کنندگان مواد در ایران حکایت می‌کند (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۹۰). اگرچه این افزایش نسبت به رشد جمعیت و تعداد افراد در معرض خطر به کل جمعیت ممکن است نگرانی کمتری ایجاد کند، اما وجود چند عامل مانع ایجاد احساس آرامش نسبی خواهد شد؛ اول این که برآوردهای متفاوتی توسط مراجع و پژوهش‌های مختلف ارائه شده است. دوم این که پژوهش‌های ملی و رسمی نشان دهنده کاهش سن شروع مصرف مواد است (نارنجیها، ۱۳۸۶). سوم این که عوارض ناشی از مصرف مواد به ویژه مواد غیر سنتی در حال افزایش شدید است (ناصری، ۱۳۹۲) و چهارم این که نرخ شیوع اعتیاد در جهان ثابت است (دفتر کنترل جرم و مواد سازمان ملل متحد، ۲۰۱۰). معنای این سخن تثبیت وضعیت موجود با کاهش شیوع مصرف مواد در برخی کشورها در مقابل افزایش شیوع مصرف در برخی دیگر از کشورها (نظیر ایران) است. پنجم این که مردم آن را به عنوان یک پدیده غیرقابل پذیرش تلقی می‌کنند (احترامی و وطن پرست، ۱۳۹۳). بنابراین برنامه‌ریزی برای کاهش بروز و شیوع اعتیاد و مصرف مواد در طول سال‌های اخیر همواره از اولویت‌های سیاست‌های داخلی ایران بوده است.

ماهیت اعتیاد سبب شده همیشه پیش‌تر و جلوتر از برنامه‌های پیشگیرانه باشد به نحوی که ابتدا مواد جدید می‌آیند و بعد روش‌های درمان و پیشگیری پشت سر آن ارائه می‌شوند. در طول دو دهه اخیر برنامه‌های پیشگیرانه متعددی از سوی دستگاه‌های مختلف اجرا شده ولی با این وجود شاهد رشد این پدیده در جامعه هستیم، به طوری که در چند سال اخیر شاهد کاهش سن اعتیاد و همچنین افزایش اعتیاد در میان زنان جامعه بوده‌ایم (نیازی، نوروزی، زرنندی، و عطایی، ۱۳۹۶). با وجود روش‌های مختلف درمان اعتیاد شواهد و پژوهش‌ها نشان داده موثرترین و جدیدترین شیوه‌های درمان اعتیاد نیز با بالای عود همراه بوده است؛ زیرا محیط بیماری‌زا هر پیشرفتی را که در درمان بیماران معتاد حاصل می‌شود تحلیل می‌برد (زوار، حبیبی و حسونند، ۱۳۹۵). بنابراین پیشگیری چاره‌ای منطقی برای ایمن‌سازی روانی و جسمانی ارائه می‌دهد. فرض بنیادین راهبردهای پیشگیری این

است که پیشگیری بهتر از سوء مصرف مواد، راحت تر، کم هزینه تر و موثرتر از درمان است (یونسی و محمدی، ۱۳۸۵).

پیشگیری از اعتیاد در واقع به معنای پیشگیری اولیه از فرایند منجر به اعتیاد، شامل گرایش به مصرف، مصرف آزمایشی، مصرف گاه گاهی، سوء مصرف و وابستگی است. به عبارت دیگر پیشگیری از اعتیاد به معنای آن است که از تبدیل کسانی که هرگز مصرف نکرده اند به کسانی که گرایش به مصرف دارند و از تبدیل این افراد به مصرف کنندگان آزمایشی و از تبدیل این افراد به مصرف کنندگان گاه گاهی و از تبدیل این افراد به سوء مصرف کنندگان و از تبدیل این افراد به معتادان یا افراد وابسته به مواد جلوگیری شود (صرامی، ۱۳۸۹). برنامه های پیشگیری از اعتیاد در سه سطح اولیه، ثانویه و ثالثیه با رویکرد آگاه سازی، پرورش عاطفی، جانشین پروری و نفوذ اجتماعی طراحی شده است. هدف از پیشگیری اولیه دور نگه داشتن افراد سالم و غیر معتاد از مواد مخدر است که از روش های اطلاع رسانی و آگاه سازی از رفتارهای پرخطر و عوارض ناشی از سوء مصرف که از طریق رسانه های عمومی و سازمان هایی نظیر آموزش و پرورش، وزارت بهداشت و سازمان های مردم نهاد و شهرداری ارائه می شود. هدف از پیشگیری ثانویه، درمان سریع و به موقع و جلوگیری از مصرف مکرر مواد مخدر با توجه به جامعه هدف و بر اساس میزان مصرف مواد مخدر است. در پیشگیری ثانویه با کاهش مصرف مواد و آموزش مهارت های شناختی و رفتاری تلاش جهت حفظ اعتدال در مصرف مواد و ترک اعتیاد صورت می گیرد و در پیشگیری ثالثیه بازتوانی و بازپروری افراد معتاد از طریق گروه های حمایت کننده انجام می شود (سهراب زاده، ۱۳۹۰).

امروزه در زمینه پیشگیری از گرایش به مواد مخدر اغلب کشورها پیگیری کیفی را کنار گذاشته اند و به بحث پیشگیری اجتماعی گام نهاده اند که مستلزم همکاری و مشارکت نهادهای جامعه مدنی از قبیل سازمان های مردم نهاد و برنامه های اجتماع محور است. در قوانین جاری کشورمان اشارات مستقیم و غیر مستقیم فراوانی به ضرورت انجام اقدامات پیشگیرانه در حوزه های مختلف از جمله اعتیاد شده است. در قانون اساسی توجه به عوامل کلان در پیشگیری را در اصل سوم، هشتم، دهم، اصول مندرج در فصل سوم

(حقوق ملت)، بیست و نهم، سی‌ام و سی‌یکم که نظام را مکلف به تامین حداقل نیازهای اساسی کرده می‌توان یافت. به علاوه در بند ۵ اصل ۱۵۶ قوه قضائیه به صراحت مکلف به انجام اقدامات مناسب برای پیشگیری از وقوع جرم و اصلاح مجرمین شده است. همچنین تصویب و ابلاغ سیاست‌های کلی نظام در امر مبارزه با مواد مخدر در مهر ماه ۱۳۸۵ از سوی مقام معظم رهبری گام مثبت دیگری در زمینه تدوین اسناد قانونی به منظور پیشگیری از اعتیاد بوده است (محمدی، ۱۳۹۶).

در طول نیم‌قرنی که از طرح اولین برنامه‌های پیشگیری می‌گذرد، برنامه‌ها و راهبردهای متنوعی برای پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر معرفی و به کار گرفته شده است (بوتوین، گریفین و ویلیامز، ۲۰۰۱). سابقه طراحی و اجرای نخستین برنامه‌های پیشگیری در کشور به دهه هشتاد خورشیدی باز می‌گردد. در این سال‌ها سازمان بهزیستی کشور، اقدام به اجرای برنامه‌های پیشگیری اجتماع‌محور از اعتیاد با دیدگاه‌های ارتقای سلامت و مدل‌های محیطی-اجتماعی نمود (گزارش سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۸۹). اما با این حال و با وجود تصویب سند پیشگیری از اعتیاد و اقدامات مختلفی که در این راستا از سوی عالی‌ترین مراجع در طول دهه‌های اخیر تعریف، تصویب و ابلاغ شده است به دلایلی از جمله همگرایی ضعیف بین دستگاه‌های مختلف و حضور کم‌رنگ برخی از آن‌ها، تا دستیابی به نتایج مطلوب فاصله بسیاری به نظر می‌رسد.

از همین رو نگرانی‌ها در مورد آثار زیان‌بار دارویی، اجتماعی، قانونی، بهداشتی و اقتصادی ناشی از سوء مصرف مواد اتخاذ فوری‌تری تازه برای گسترش هر چه بیشتر و بهتر راهبردهای پیشگیرانه در مورد اعتیاد را ضروری ساخته است (عماری، پاشاشریفی، هاشمیان و میرزمانی، ۱۳۹۰). مسئله پیشگیری از زوایای مختلف زیستی-روانی و جامعه‌شناختی می‌تواند تحت تاثیر قرار بگیرد. بدیهی است استقبال مسئولان و دولت مردان از همکاری‌های روان‌پزشکان، روان‌شناسان، پزشکان، جامعه‌شناسان و تمامی نهادهای مهم چون خانواده، مدارس و بسیاری نهادهای مربوط می‌تواند به کامل‌تر شدن و موثرتر واقع شدن برنامه‌های پیشگیری کمک کند. پس این نتیجه‌گیری که موثرترین روش پیشگیری

رویکردی است جامع و اجتماع مدار که طیف وسیعی از تعیین کننده‌های سبب شناختی را هدف قرار می‌دهد، نکته مهم و سازنده در اصلاح رویکردهای پیشگیری بوده است. قطعاً نقش مردم و کسانی که خود با این معضل روبه‌رو هستند و دخالت کمتر دولت در حوزه مبارزه و کاهش اعتیاد باعث موفقیت این برنامه‌ها می‌شود. برای حصول اطمینان از اثربخشی برنامه‌های آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد ضروری است که این آموزش‌ها مورد ارزیابی دقیق قرار گیرند. کرانزلیک و اسلهان و ارکوویچ^۱ (۲۰۱۴) سرمایه‌گذاری در توسعه و تدوین دوره‌های آموزش پیشگیری بدون در نظر گرفتن اصولی نظیر ارتباط دادن دوره‌ها و فعالیت‌ها با نظریه‌ها و پژوهش و تدوین دوره‌ها بر مبنای نیازسنجی جامع، برنامه‌ریزی و ارزیابی اثربخش را غیر موثر می‌خوانند. به زعم این پژوهش‌گران در دوره‌ها و برنامه‌ها باید اصول و عناصر موثر بر پیشگیری از رفتارهای پرخطر لحاظ شود. بوهرلر، شرودر و سیلبریزن^۲ (۲۰۰۸) در مطالعات خود ویژگی‌های پیشگیری اثربخش را به پیاده‌سازی برنامه‌ها از جمله طول برنامه، فراوانی برنامه و اندازه هر پروژه و همچنین مفهوم‌سازی برنامه‌ها مانند رویکرد نظری در روش و محتوا و ارزشیابی مربوط دانستند. افراد دیگری همچون تابلر^۳ و همکاران (۲۰۰۰) در بررسی ۲۰۷ برنامه جهانی برای پیشگیری از سوء مصرف مواد به اندازه و نوع برنامه و ارزشیابی اثربخشی آن‌ها اشاره کرده‌اند. آن‌چه از دیگر پژوهش‌ها استنباط می‌شود این است که برنامه‌های پیشگیری به سه دسته اثربخش، غیر اثربخش و مضر تقسیم می‌شوند که در دسته آخر برنامه‌ها دارای اثر درمان‌زاد^۴ هستند. بدین معنا که عارضه یا مشکل از خود برنامه حاصل می‌شود (موس^۵، ۲۰۰۵). لذا ارزیابی از برنامه‌های پیشگیری برای پی بردن به میزان اثربخشی و نقاط ضعف و قوت آن‌ها همواره یک ضرورت است.

با توجه به این که تاکنون برنامه‌های پیشگیرانه از موفقیت چندانی برخوردار نبوده‌اند، لازمه دستیابی به نتایج بهتر کاویدن وضعیت موجود به لحاظ خود مسئله (پدیده اعتیاد) و چه به لحاظ ارزشیابی شیوه‌ها و مقابله‌هایی که تاکنون به کار رفته می‌باشد. سپس با در

1. Kranzelic, Slehan, & erkovic
2. Buhler, Schroder, & Silbereisen
3. Tobler

4. iatrogenic effect
5. Moos

اختیار داشتن مستندات موجود، امکانات، فرصت‌ها و ... بایستی برای هر فرهنگ و گروه به صورت مجزا اقدام به برنامه‌ریزی و ارائه راهکار نمود. چنین فضای خالی اکنون بیش از پیش احساس می‌شود، زیرا در زمان حاضر با پیچیدگی و پیامدهای منفی ناشی از شیوع مصرف و مشکلات متعددتری مواجهیم (صرامی، ۱۳۹۶). در همین راستا هدف مقاله حاضر این است تا با بهره‌گیری از روش کیفی و نظریه زمینه‌ای به تحلیل چرایی ناکارآمدی پیشگیری از اعتیاد از دیدگاه مصرف‌کنندگان و درمان‌گران و کارشناسان حوزه مواد مخدر بپردازد. بر این اساس مسئله پژوهش در قالب پرسش‌های کلی زیر مطرح شده است: چه شرایطی در کم‌کارآمدی یا ناکارآمدی طرح‌ها و برنامه‌های پیشگیرانه اثرگذار بوده است؟ مشارکت‌کنندگان در تحقیق، تجربه خود را از مواجهه با برنامه‌های پیشگیرانه چگونه درک، معنا، تفسیر و بازنمایی می‌کنند؟ چه راهبردهایی را بر مبنای این معانی ذهنی در پیش می‌گیرند؟ پیامدهای حاصل از اتخاذ راهبردهای مزبور از سوی مشارکت‌کنندگان چیست؟

روش

۷۸

78

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

در این پژوهش از نظریه زمینه‌ای که یک روش تحقیق کیفی است استفاده شده است. تحقیق کیفی به هر نوع تحقیقی اطلاق می‌شود که یافته‌های آن از طریق فرایندهای آماری و با مقاصد کمی‌سازی به دست نیامده باشد (کوربین و اشتراوس^۱، ۲۰۰۸). نظریه زمینه‌ای روشی استقرایی است که از داده‌هایی که به طور منظم از پژوهش‌های اجتماعی به دست می‌آید نظریه تولید می‌کند (گلیسر و اشتراوس^۲، ۱۹۶۷). با استفاده از این روش محقق پدیده مورد بررسی را در بافت، بستر و وضعیت جاری‌اش تحلیل می‌کند و امکان درک و فهم فرایندهای اجتماعی و ماهیت ذهنی افراد از پدیده مورد بررسی برایش میسر می‌شود. مشارکت‌کنندگان این پژوهش را ۲۰ نفر از معتادان ساکن کمپ اقامتی-درمانی قلعه‌شور اصفهان و ۱۳ نفر از مدیران، کارشناسان و درمان‌گران حوزه مواد مخدر و اعتیاد تشکیل

می دهند. برای انتخاب مشارکت کنندگان از روش نمونه گیری هدفمند استفاده شده است. از میان راهبردهای ده گانه ای که پاتن^۱ برای نمونه گیری مطرح کرده در این تحقیق از دو راهبرد نمونه گیری با حداکثر تنوع و نمونه گیری گلوله برفی^۲ استفاده شده است (پاتن، ۱۹۹۴) و در نهایت با لحاظ اشباع نظری مجموعاً ۳۳ نفر از هر دو گروه در فرایند جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها انتخاب شدند.

روند اجرا

در مطالعه کیفی به خصوص در نظریه زمینه ای جمع آوری و تحلیل داده ها به طور همزمان انجام می شود تا به پیدایش نظریه مستقر در داده ها کمک کند (کوربین و اشترواس، ۲۰۰۸؛ گلیسر و اشترواس، ۱۹۶۷). تکنیک عمده استفاده شده برای جمع آوری داده ها مصاحبه عمیق بوده است. مدت هر مصاحبه با توجه به موقعیت، روند مصاحبه و تمایل مشارکت کنندگان از ۷۰ تا ۱۲۰ دقیقه متغیر بوده است. مصاحبه ها در بازه زمانی فروردین تا خرداد ۱۳۹۵ انجام شد. پس از شکل گیری خطوط کلی مصاحبه ها به وسیله مفاهیم و مقوله ها، مجموعه سوالات باز طراحی شد و این فرایند تا مرحله اشباع نظری ادامه داشت. اطلاعات ضبط شده مصاحبه ها بر مبنای سه مرحله روش نظریه زمینه ای (کد گذاری باز، کد گذاری محوری و کد گذاری انتخابی) کد گذاری شد. همچنین برای رسیدن به معیار قابلیت اعتماد، از سه تکنیک ممیزی^۳، بررسی از سوی اعضا^۴ (کرسول، ۱۹۹۴) و اعتباریابی مقایسه های تحلیلی^۶ استفاده شد.

یافته ها

در اولین مرحله کد گذاری باز در این تحقیق ۶۶ کد استخراج شد. کدهای مذکور در کد گذاری محوری به ۱۴ مقوله عمده تقلیل یافت. این مقولات شامل موارد زیر می باشند. انکار محتوایی، انکار صوری، سیاست گذاری های غیر مشارکتی، موضع فرادستانه، بوروکراسی نامناسب، کاستی های فرهنگی معطوف به ساختار، کاستی های فرهنگی

1. Patton
2. snowball sampling
3. auditing

4. member check
5. Creswell
6. analytical comparison

معطوف به کشگر، ویژگی‌های تولیدی-توزیعی و مصرفی مواد، عدم دسترسی و گریز از طرح‌ها، دوستی گرای، تجربه گرای، هنجارشکنی، متعارف شدگی و تسلیم. این مقولات در کدگذاری گزینشی به یک مقوله هسته تحت عنوان «انکار محتوایی و صوری طرح‌ها» انتزاع پیدا کردند. در ادامه هر یک از مقولات و زیرمقولات به همراه نقل قول‌هایی از مشارکت کنندگان مطرح و کندوکاو شد.

۱) انکار محتوایی: این مقوله از مجموع ۶ مفهوم جزئی تر استخراج شده و به آن دسته از مواردی اطلاق می‌شود که خصوصیات درونی برنامه‌ها و طرح‌های پیشگیرانه را اعم از اطلاعات، آموزش مهارت‌ها و شیوه‌ها و خدمات را مورد توجه قرار می‌دهد. این اطلاعات معمولاً شامل دانستنی‌هایی درباره مواد و تاثیر آن‌ها و همچنین قوانین محلی درباره مصرف مواد مخدر است و این ویژگی‌ها را در مقام مقایسه با بعد محتوایی سوء مصرف مواد و سایر منابع نابرابر و ناچیز می‌داند. مفاهیم فرعی این مقوله عبارتند از: الف) عدم توجه به ویژگی‌های چند علتی بودن اعتیاد: ضعف عمده برنامه‌های پیشگیری از دیدگاه بسیاری از افراد تک علتی دیدن پدیده اعتیاد و توجه عمده به سوی فرد است: «توی برنامه‌شون فقط خود طرف رو مقصر می‌دونن». ب) کامل و جامع نبودن برنامه‌ها: عدم جامعیت و همخوان نبودن محتوای برنامه‌ها با ویژگی‌های گروه هدف ضعف دیگری است که مخاطبان برنامه‌های پیشگیری به آن اشاره کرده‌اند: «فقط چند تا از اعتیاد را مدام تکرار می‌کنن ... توی تصمیم‌گیری و اجرای برنامه‌ها آدم‌هایی که باید بهشون توجه بشه نمی‌شه». ج) نادیده گرفتن واقعیت‌های جامعه: عدم تطابق برنامه‌ها با واقعیت‌های جامعه و به عبارت دیگر نمایشی بودن برنامه‌ها سبب شده تا بسیاری از مخاطبان طرح‌های پیشگیری به آن توجه نکنند. به عنوان مثال تاکید بر جنبه‌های منفی مواد: «مواد خیلی خوبی‌ها هم داره، ولی وقتی فقط از بدی‌هاش می‌گن کسی بهشون گوش نمی‌کنه». عدم معرفی جایگزین‌های مناسب برای مواد در برنامه‌ها: «همش از دوری از مواد می‌گن ولی کسی نمی‌گه چه چیزایی جایگزین مواد کنیم» و عدم معرفی مشکلات زندگی معتادان در برنامه‌ها سبب می‌شود که مخاطبان نتوانند ارتباط خوبی با آن برقرار کنند: «درد معتادان رو نمی‌فهمن و از مشکلات و گرفتاری‌هایی که دارند صحبتی نمی‌کنند». این سه مورد عمده‌ترین مواردی بوده که

مخاطبان برنامه‌های پیشگیری و افراد مورد مصاحبه با استناد به آن‌ها بر جنبه نمایشی و صوری بودن برنامه‌های پیشگیری تاکید کرده‌اند. (د) ضعف محتوایی برنامه‌ها: تاکید بر ضعف محتوایی برنامه‌های پیشگیری نکته قابل توجه در اغلب مصاحبه‌های صورت گرفته بوده است. ضعف محتوایی و اجرایی، تکراری بودن برنامه‌ها و عدم جذابیت برای مخاطبان سبب شده تا از دامنه اثر برنامه‌ها بر روی مخاطبان کاسته شود: «آدم چیزی یاد نمی‌گیره از حرفا و برنامه‌هاشون، همش چیزای کلیشه‌ای رو تکرار می‌کنن، اون قدر که حوصله بر و خسته کننده شده دیگه». (ه) اعمال تقابل سلامت/بیماری: به باور غالب مصاحبه‌شوندگان مجریان برنامه‌های پیشگیری تلاش می‌کنند تا با ترسیم یک دو قطبی سلامتی و بیماری مرز افراد سالم و موفق را از مرز افراد مصرف کننده مواد جدا کنند. این در حالی است که این نحوه مواجهه با مصرف کنندگان مواد سبب می‌شود تا آن‌ها در صداقت برنامه‌های پیشگیری تردید کنند. اولین قدم برای موفقیت هر طرح پیشگیری جلب اعتماد و احترام به مخاطبان آن برنامه است: «اگه مشکل سلامتی جوون‌هاست من افرادی رو می‌شناسم که هم به اندازه کافی بنگ می‌زنن و هم ورزش می‌کنن ... راست نمی‌گن، می‌گن شیشه اعتیاد آورده». (و) ضعف علمی برنامه‌ها: عدم انطباق برنامه‌ها با علوم جدید مثل روان‌شناسی و عدم استفاده از متخصصین در برنامه‌ریزی و طراحی برنامه‌های پیشگیرانه از دیگر نکاتی است که مصاحبه‌شوندگان در برشماری دلایل ناکارآمدی طرح‌های پیشگیری بر آن تاکید کرده‌اند: «خیلی از مصرف کننده‌ها قبل از این که مصرف کننده باشند از مشکلات روحی رنج می‌برن، در حالی که توی برنامه‌ها اصلاً بهشون توجه نمی‌شه ... خود معتادا بهتر و بیشتر از خیلی از کارشناس‌ها مواد رو می‌فهن و می‌شناسن».

۲) انکار صوری: این مقوله از ۷ مفهوم فرعی تر استخراج شده و منظور از آن ساختار یا صورت نوع برنامه، مخاطبان، شیوه‌ها و ساز و کارهای اجرایی آن است. در این مورد نیز بعد صوری و قالبی طرح‌ها در مقایسه با بعد ساختاری سوء مصرف اعم از حجم تولید و توزیع و ... نابرابر و ناچیز ارزیابی می‌شود. الف) عدم اطلاع‌رسانی و برنامه‌ریزی از سنین پایین و مدرسه: «آگاه‌سازی باید به صورت سیستم آموزش رسمی در مدارس و از پایه‌های پایین صورت بگیره»، ب) عدم رعایت ترتیب تقدم و تاخر در اجرای برنامه‌های پیشگیری:

«برنامه‌ها با توجه به ترتیب پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالث صورت نمی‌گیره»، (ج) زود بازده نبودن برنامه‌های پیشگیری: «خصلت برنامه‌های پیشگیری دیر بازده بودن اونهاست»، (د) عدم تناسب حجم برنامه‌های پیشگیری با حجم عرضه و تقاضای مواد در جامعه: «تعدد برنامه‌های پیشگیری کافی نیست در حالی که مقدار مواد توی جامعه زیاده»، (و) عدم استمرار و تداوم برنامه‌ها: «مقطعی بودن خیلی از طرح‌ها باعث عدم کارایی شون میشه»، (ه) هدفمند نبودن برنامه‌ها: «برنامه‌ها عمدتاً به صورت آزمون و خطا صورت می‌گیره»، (ی) جنبه عملیاتی و کاربردی نداشتن برنامه‌ها: «همش در حد حرفه، فقط می‌خوان گزارش بدهند بگن ما این کار رو کردیم، کسی عمل نمی‌کنه». هفت مفهوم فرعی تری هستند که برنامه‌های پیشگیری را از حیث ساختاری مورد نقد قرار می‌دهند.

۳) سیاست‌گذاری‌های غیرمشارکتی: این مقوله از ۳ مفهوم فرعی تراستخراج شده و شامل مواردی است که به نگاه غیرمشارکتی طرح‌ها و فقدان ارتباط آن‌ها با گروه هدفش اشاره دارد. الف) عدم جلب مشارکت عمومی در برنامه‌های پیشگیری، ب) بی‌توجهی به سازمان‌ها و گروه‌های مردم‌نهاد و ج) تک‌صدایی رسانه‌های رسمی در زمینه اطلاع‌رسانی در مورد اعتیاد سه مفهوم فرعی تری هستند که در ذیل این مقوله از سوی مصاحبه‌شوندگان مورد تاکید قرار گرفته است.

۴) موضع فرادستانه: این مقوله از ۹ مفهوم فرعی تراستنتاج شده و معطوف به سیاست‌گذاری‌های سازمانی است که مبتنی بر نگاه بالا به پایین و تجویزی بودن یا تحکمی بودن و هنجارگذار بودن آن‌هاست. مفاهیم ذیل این مقوله عبارتند از: الف) عدم احساس ضرورت در ارائه آمارها و گزارشات به مخاطب: «وقتی طرح‌اشون اجرا میشه هیچ کس از نتایج اون حرفی نمی‌زنه که چقدر مفید بوده یا نبوده. هر وقت که آمار کارهاشون را میدن همش مثبته، معلومه مردم به برنامه‌ها اعتماد نمی‌کنن»، ب) بی‌توجهی به نقش پژوهش در پیشگیری، ج) نگاه خودسرانه در جرم یا بیماری دانستن اعتیاد: «آخرش نفهمیدم اعتیاد جرمه یا بیماری، اگه بیماریه چرا هنوز مثل مجرما با معتادا برخورد می‌کنن»، د) مرجع دانستن دانش طراحان درباره برنامه پیشگیری: «فکر می‌کنن خودشون بهتر از همه می‌فهمن ولی چیزی از پیشگیری بلد نیستن»، ه) سیاسی نمودن برنامه‌های پیشگیری به نفع خود:

«معلومه هر وقت با جوونا کار دارن یا انتخاباته دلسوز جوونا می شن و از پیشگیری از اعتیاد حرف می زنن»، (و ضمانت اجرایی نداشتن قوانین و عدم تداوم آن: «چیزی که در قانون درباره اعتیاد و برخورد با اون لحاظ شده اجرایی شه یا مقطعی»، ه) معرفی و اجرای برنامه ها به صورت دستوری و از موضع بالا: «هر موقع نگاه عاقل اندر سفیه به جوونا داشتن شکست خوردن، این یک قانونه، خودشون میبرن و می دوزن و هیچ نظری از ما نمی خوان»، (و در اولویت قرار نداشتن پیشگیری و دغدغه نبودن اعتیاد: «سازمان ها معمولا درگیر مشکلات دیگه ای هستن که اعتیاد توش گمه»، ی) عدم تمایل سازمان ها به پذیرش مسئولیت در این رابطه و نگاه رفع تکلیفی سازمان ها به پیشگیری: «وقتی هیچ سازمانی خودش مسئول نمی دونه همین میشه».

۵) بوروکراسی نامناسب: این مقوله از مجموع ۷ مفهوم فرعی تر استخراج شده و به مجموعه ایرادات و ناهماهنگی ها و نابسامانی های اداری و سیستماتیک اطلاق می شود. مفاهیم فرعی تر ذیل این مقوله عبارتند از کارآمدی کمتر عوامل قضایی در ارتباط با توزیع کنندگان، منفک بودن برنامه ها از سایر سیاست گذاری های کلان، سودجویی از عدم موفقیت برنامه های پیشگیرانه، ضعف در مدیریت و اجرا، اختصاص ناکافی منابع مالی در مقابله با پیشگیری، عدم نظارت بر برنامه ها، ناهماهنگی دستگاه های پیشگیری کننده و انجام کارهای موازی.

۶) کاستی های فرهنگی معطوف به ساختار: این مقوله از مجموع ۴ مفهوم فرعی تر استنتاج شده و شامل آن دسته از کاستی هایی است که ساختارهای کلان کشور در ایجاد شرایط نامناسب فرهنگی دارند و عمدتاً به عوامل زمینه ساز و تشدید کننده سوء مصرف اشاره دارند. عدم فرهنگ سازی، عدم رعایت حقوق شهروندی، عوامل اجتماعی نامساعد و عدم دستیابی به تفریحات سالم چهار مفهوم فرعی تری هستند که مصاحبه شوندگان به آن اشاره کرده اند.

۷) کاستی های فرهنگی معطوف به کنشگر: این مقوله از مجموع ۴ مفهوم فرعی تر استخراج شده و به کمبودها و کاستی های فرهنگی خود کنشگران و فقدان مهارت های فرهنگی و آموزشی آن ها اعم از جوانان و خانواده ها و ... اطلاق می شود. این موارد صرف

نظر از امکانات فرهنگی ارائه شده توسط سازمان‌ها و متولیان امر مطرح می‌شود. الف) ناآگاهی جامعه و خانواده‌ها از نیازهای جوانان: «جامعه و خانواده‌ها از مشکلات و نیازهای فرزندان جوونشون بی‌خبرن»، ب) ناآگاهی جوانان و ضعف در ابعاد رفتاری و شخصیتی: «روحیه جوانی روحیه قانون‌گریزی است و متأسفانه بسیاری از جوانان اعتقادات ضعیفی دارند»، ج) ناآگاهی خانواده‌ها از پیامدهای اعتیاد و بی‌توجهی به طرح‌های پیشگیری: «جامعه و غالب خانواده‌ها ناآگاهند و عمدتاً به توصیه‌های برنامه‌های پیشگیری بی‌توجهند» و د) تعارض حقوق شهروندی و برخی برنامه‌های پیشگیرانه: «قوانین و حقوق مربوط به شهروندان در بسیاری از موارد باعث می‌شود که نتوان بر خورد قاطعی با اعتیاد کرد».

۸) ویژگی‌های تولیدی-توزیعی و مصرفی مواد: این مقوله که از مجموع ۶ مفهوم فرعی ترا ایجاد شده به مجموعه ویژگی‌های مواد اشاره می‌کند که در مرحله تولید و توزیع مواد موثر است و نقشی مداخله‌گر در تشدید و یا تسهیل سوء مصرف مواد دارد و یا به ویژگی‌هایی اطلاق می‌شود که در پی مصرف مواد رخ می‌دهد و عموماً نقشی مداخله‌ای در سوء مصرف مواد دارد. مفاهیمی نظیر الف) دسترسی آسان به مواد مخدر: «تا وقتی که متوسط زمان دسترسی به مواد زیر ۲۰ دقیقه است نمی‌توان انتظار توفیق بسیاری از طرح‌های پیشگیری را داشت»، ب) شبکه توزیع بسیار قوی قاچاق مواد: «بزرگ‌ترین مانع پیشگیری باندهای قوی قاچاق مواد هستند»، ج) دسترسی ارزان به مواد مخدر در مقابل پرهزینه بودن پیشگیری: «بسیاری از انواع مواد مخدر ارزان هستند در حالی که برنامه‌هایی که تحت عنوان پیشگیری اجرا می‌شود خیلی پرهزینه‌ترند»، د) سودآوری قابل توجه تجارت مواد مخدر: «پرسود بودن قاچاق مواد اوتقدر انگیزه قاچاق و ریسک انجامش رو برای فرد بالا می‌بره که کارایی طرح‌های پیشگیری رو کم می‌کنه»، ه) امکان ساخت مواد مخدر صنعتی در منزل با ترکیبات شیمیایی و تنوع و لذت‌زایی مواد: «حالی که مواد به آدم می‌ده با هیچی قابل مقایسه نیست ... هر چیزی یفازی داره خب». مجموع ۶ مفهوم فرعی تری هستند که در ذیل مقوله فوق از جانب مصاحبه‌شوندگان مورد تأکید قرار گرفته است.

۹) عدم دسترسی و گریز از طرح‌ها: این مقوله مجموع ۶ مفهوم فرعی تر دیگر است و منظور از آن عدم تنوع برنامه‌ها به منظور فراگیری عموم گروه‌های سنی، جنسی، جمعیتی و جغرافیایی می‌باشد که زمینه‌ساز بی‌رغبتی افراد در دسترسی و یا استفاده از مزایای طرح‌ها و مخاطب قرار گرفتن توسط طرح‌هاست. مفاهیم فرعی تر ذیل این مقوله که از جانب مصاحبه‌شوندگان به کرات مورد تاکید قرار گرفته است عبارتند از: الف) عدم پوشش جغرافیایی و منطقه‌ای و جمعیتی طرح‌ها: «طرح‌ها بیشتر گروه هدف‌شون مردا و پسرا هستن، ب) عدم پوشش تمام گروه‌های سنی در طرح‌ها: «با توجه به گسترده‌گی مصرف‌کننده‌های مواد برنامه‌ها همه سنین رو پوشش نمیده»، ج) سوگیری جنسیتی طرح‌ها، انگاری دخترا و زنا با مشکل اعتیاد مواجه نیستن»، د) پرننگ تر بودن اقدامات انتظامی نسبت به اقدامات تربیتی و آموزشی: «تا به حال بیشتر برنامه‌های پیشگیری همون برخوردار پلیس بوده، به جای این که آموزشی باشه»، ه) گریز: «آقا اگه یک نفر نخواد از اعتیادش پیشگیری کنه باید کیه ببینه؟ و) جاذبه مواد و دافعه طرح‌ها: «اگه کسی گرفتار مواد بشه معلومه که لذت مواد را با حرف‌هایی که توی طرح‌ها می‌زنن عوض می‌کنه، مواد حداقل به طرف چند ساعت آرامش می‌ده ولی طرح‌ها چی؟».

۱۰) دوستی‌گرایی: این مقوله که از مجموع ۲ مفهوم فرعی تر استخراج شده به مجموعه تمایلات کنشگران در مرجع قرار دادن دوستان و همسالان در خصوص سوء مصرف اطلاق شده است. دو مفهوم الف) ارجاع به دریافت‌های دوستانه: «چیزایی که من از خوبیا و بدیای مواد یاد گرفتم از دوستانم بوده... رفقای آدم بیشتر آدم درک می‌کنن تا برنامه‌ریزا» و ب) عدم توجه به اقتضائات جوانی پر تکرارترین مفاهیم ذیل این مقوله بوده‌اند که مصاحبه‌شوندگان به آن اشاره کرده‌اند.

۱۱) تجربه‌گرایی: این مقوله از مجموع ۲ مفهوم فرعی تر دیگر به دست آمده و به معیار قرار دادن تجربه بلافصل از سوء مصرف برای تصمیم‌گیری درباره آن اشاره دارد. اهمیت درک تجربه مواد و مواجهه مستقیم با پیامدهای مصرف آن عمده‌ترین مفاهیمی هستند که ذیل این مقوله جای گرفته است: «هر کسی تا خودش تجربه نکنه از مواد چیزی نمی‌دونه،

بدی مواد هم نمی‌فهمه ... بعضیا تا خودشون سرشون به سنگ نخوره حرف توی گوششون نمیره».

۱۲) هنجارشکنی: این مقوله از ۴ مفهوم فرعی تر دیگر استخراج شده است و به مجموعه عکس‌العمل‌های فعالانه از سوی کنشگران در به چالش کشیدن اهداف طرح‌ها گفته می‌شود و به نوعی می‌توان آن‌ها را نتایج ناخواسته یا معکوس طرح‌ها دانست. مفاهیمی مانند الف) عدم رعایت فردیت: «هرکسی اختیار بدن خودش داره، درباره جسم ما هم بقیه باید تصمیم بگیرن؟»، ب) هنجارگذاری افراطی: «هرچی محدودیت‌ها و ممنوعیت‌ها بیشتر باشه، لجبازی‌ها هم بیشتره»، ج) سلامت‌گزینی: «ما اصلا چون مواد عمر و کم می‌کنه می‌خوایم بکشیم» و د) اجبار‌گزینی پربسامدترین مفاهیم مورد تاکید از جانب مصاحبه‌شوندگان بوده‌اند که در ذیل مقوله فوق جای داده گرفته‌اند.

۱۳) متعارف‌شدگی: این مقوله از ۴ مفهوم فرعی تر دیگر استخراج شده و به فرایندی اشاره دارد که در پی تعدد سوء‌مصرف مواد در بازه زمانی بلند رخ می‌دهد و ماهیتی منفعلانه و خاموش دارد. همرنگی با جماعت، نگرانی از عدم پذیرش در محیط، شکسته شدن قبح اعتیاد و پذیرش اجتماعی اعتیاد از جمله مفاهیمی هستند که ذیل این مقوله قرار گرفته‌اند: «شیوع مواد مخدر قبح اعتیاد رو توی جامعه شکسته، این قدر معتاد دیدیم که دیگه برامون عادی شده، حالا که همه می‌کشن ما هم می‌کشیم».

۱۴) تسلیم: این مقوله از ۳ مفهوم فرعی تر دیگر استخراج شده و به فرایندی که فرد را به سمت پذیرش شرایط موجود در خصوص سوء‌مصرف مواد می‌کشاند و به شدت منفعلانه و گاه حتی تائیدی است اشاره دارد. مفاهیم الف) و سوسه فراگیر: «هرجایی که سوسه کشیدن هست، وقتی می‌دونم برای همیشه نمی‌تونم بی‌خیالش بشم چرا خودم اذیت کنم»، ب) تمکین از اراده گروه: «وقتی بیشتر دوستام می‌کشن، من چرا کم بیارم؟ حداقل حشیش رو می‌کشم؟» و ج) فقدان گزینه مقاومت: «خیلی از افراد تحت فشارهای محیطی و فراهم بودن شرایط مصرف، امکان مقاومت را منتفی می‌دونن» سه مفهومی هستند که مقوله فوق از آن‌ها استنتاج شده است.

بحث و نتیجه گیری

زندگی روزمره علی‌رغم سادگی و پیش پا افتاده بودنش، دارای پیچیدگی‌ها و ویژگی‌های خاصی است که درک جزئیات آن را برای افرادی که در آن زندگی می‌کنند دشوار کرده و در اغلب موارد دانش روزمره افراد و گروه‌های اجتماعی از امور روزمره به دانشی که از موقعیت و شرایط جایگاه خاص اجتماعی و اقتصادی خود دارند محدود می‌شود. چنین گروه‌های اجتماعی کمتر این امکان را پیدا می‌کنند که از موقعیت ویژه‌شان و احساسات ناشی از آن سخن بگویند. توجه به برساخت کنشگران و چگونگی و چرایی مواجهه آن‌ها با سوءمصرف مواد مخدر و روان‌گردان‌ها در این تحقیق به آن سبب بوده که تجربیات، احساسات و شبکه معنایی و گفتمانی که در بین کنشگران در این باره شکل گرفته عمدتاً موضوعی مغفول و مسکوت بوده و این موضوع موجبات تدوین و اجرای برنامه‌ها و طرح‌هایی با هدف پیشگیری از سوءمصرف می‌گردد که به رغم حسن نیت و تلاش بسیار متأسفانه بازدهی و تاثیرگذاری مثبت و حصول به اهداف پیشگیرانه در سطحی نازل بوده است. عدم ارزیابی خروجی طرح‌ها و برنامه‌های پیشگیری و عدم احساس به واکاوی برداشت‌ها و برساخت‌ها و موضع‌گیری‌های موجود در میان جوانان به عنوان گروه در معرض خطر و همچنین عدم احساس ضرورت به واکاوی برساخت مسئولان و کارشناسان درگیر با موضوع سوءمصرف به عنوان گروهی که اقدامات تجربی و عملی در این باره دارند، مواردی است که کارایی طرح‌های پیشگیرانه را متزلزل ساخته و به تکرار و بازتولید رویه‌ها و اقدامات پیشگیرانه مشابه منجر گردیده است. دستیابی به برنامه‌های پیشگیری موفق زمانی میسر است که کاوش در برساخت‌های خود کنشگران به عنوان بازیگران اصلی عرصه زندگی روزمره را بنیان طراحی‌ها و تمهیدات پیشگیرانه قلمداد کرده و آنان را به عنوان اصلی‌ترین و بی‌واسطه‌ترین راویان تجارب‌شان مبنای تصمیم‌گیری دانسته و در اولویت قرار دهیم. مجموعه مصاحبه‌های تحقیق موجب کشف سنخ‌شناسی دوگانه‌ای از ضعف‌ها و کاستی‌های طرح‌ها و برنامه‌های پیشگیری از سوی مصرف‌کنندگان و کارشناسان و مسئولان شد. نوع اول ناظر بر انکار محتوایی طرح‌هاست. افراد مورد مصاحبه شروع این برساخت را پس از تجربه سوءمصرف به عنوان تجربه‌ای لذت‌بخش و یا

آرامش‌بخش نسبت به طرح‌ها پیدا کرده‌اند. افراد مورد مصاحبه فشارها و نابسامانی‌های زمینه‌ای همچون فشارهای محیطی و کمبودهای فرهنگی ناشی از ساختارهای کلان را منشأ اثر دانسته و ضمن شرایط مداخله‌گر و تشدیدکننده‌ای همچون ویژگی‌های مصرفی و کیفی مواد را در مقام مقایسه با محتوای برنامه‌های پیشگیرانه بسیار قدرتمند و جذاب معرفی نمودند.

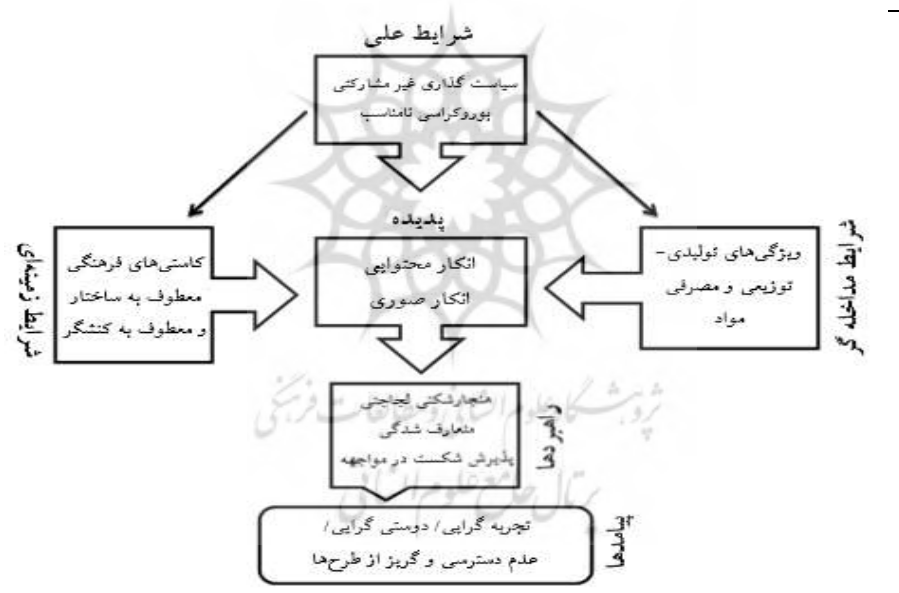
اگر قبول داشته باشیم که زندگی روزمره عرصه تضاد و وفاق است، آن‌گاه درک صحیح‌تری از آن‌چه استراتژی نامیده می‌شود به دست می‌آوریم. به تعبیر فوکو قدرت همیشه با مقاومت همراه است و باز نمود اشکال ظهور قدرت، اغلب با آنچه که مجاری قدرت خواهان آن هستند تفاوت می‌یابد. هنجارشکنی لجاجتی یکی از مصادیق آن است. آن‌جایی که فرد تحت تاثیر محتوای هنجارگذار طرح‌ها در باورها و آموزه‌هایش دست به دگراندیشی می‌زند منجر به پذیرش هنجارهای تجویزی می‌شود. اما شیوه مواجهه دیگری نیز وجود دارد که مصاحبه‌شوندگان به آن مکرراً اشاره کردند. در این حالت فرد به شیوه نگرش و رفتار خود تمرکز می‌کند و ثمره این امر احساس تردید و انکار محتوایی است که افراد مورد مصاحبه به کرات از آن سخن گفته‌اند. تردیدها و انکار محتوایی طرح‌ها از سوی افراد با اتخاذ استراتژی هنجارشکنی لجاجتی متناظر است که از بطن جملاتی از این دست که «اگه یک نفر نخواد از اعتیادش پیشگیری کنه باید کیه ببینه؟» و «ما اصلاً چون مواد عمر را کم می‌کند می‌کشیم» یا «هر کی اختیار بدن خودش داره، درباره جسم ما هم بقیه باید تصمیم بگیرن؟» بیرون می‌تراود. در این حالت آن‌چه به عنوان پیامد رخ می‌دهد مرجع قرار دادن تجربیات شخصی از سوء مصرف و یا اتکاب به دریافت‌های گروه همسالان و الگوهای رفتاری آنان در مواجهه با سوء مصرف و یا هر دو پیامد به طور مشترک است. این حالت مصداقی بر این دیدگاه است که زندگی روزمره عرصه نبرد است. قدرتی که در پی اعمال است و کنشگری که انکار را حربه‌ای برای رد این قدرت یافته است. در ادبیات فوکویی این مقاومت سوژه است وقتی که می‌کوشد خود را از سیطره قدرت به زعم خود محدودکننده رها کند و حداقل‌هایش را حفظ کند. به تناظر بحث ما، قدرت در این جا معادل سیاست‌گذاری‌های بالا به پایین و فرادستانه است و مبنای مدیریت و اجرای

طرح هاست که کنشگر از طریق استراتژی هنجارشکنی لجاجتی به انکار آن مبادرت می‌نماید.

بنابراین اگر چه فرد می‌تواند پنداشته‌های خود را تحت آموزش یا اجرای طرح‌ها مورد بازبینی و بازآفرینی قرار دهد اما همان‌طور که در متن مصاحبه‌ها و نتایج تحقیق مشهود است آن‌گاه که ساختارها می‌کوشند هنجارهای خود را در سطوح متفاوت و متنوع و از مجاری گوناگون از جمله طرح‌های پیشگیری بی‌محابا اعمال کنند نهایتاً کنشگرانی خواهند ساخت که در عرصه‌های متفاوت و متنوع به شکل‌های گوناگون و در سطوح خودآگاه و ناآگاه دست به انکار محتوایی می‌زنند، انکاری که با وارد نمودن مناقشه و شبهه در محتوای طرح‌ها، اساس هنجارها را هدف قرار می‌دهد و این موضوع می‌تواند بسیار مخاطره‌آمیز باشد، زیرا نه تنها نتایج مورد نظر طرح‌ها را برآورده نمی‌سازد بلکه چه بسا مفهوم هنجار را تهی از معنا و بی‌ثبات می‌سازد.

نوع دوم ناظر بر انکار صوری طرح‌هاست. در این باره ویژگی‌های نامناسب در حوزه بوروکراسی اداری در کنار مداخله‌گرهایی همچون ویژگی‌های تولیدی-توزیعی مواد مخدر و روان‌گردان‌ها و در شرایط زمینه‌ای مربوط با آن یعنی کاستی‌های فرهنگی معطوف به خود کنشگران، کار را به انکار صوری طرح‌های پیشگیرانه و اتخاذ دو راهبرد متعارف‌گشتگی و پذیرش شکست در مواجهه با مواد می‌کشاند. مصاحبه‌شوندگان در این بین سهم نابسامانی و ضعف در ابعاد سیستماتیک و بوروکراتیک سازمان‌ها و ارگان‌ها را بسیار مهم معرفی می‌کنند. اما آن‌چه که شایان ارزیابی است نشانه رفتن انگشت اتهام به سوی خود کنشگران و خانواده‌ها به عنوان شرایط زمینه‌ای است که یادآور مکانیسم دفاعی سرزنش قربانی در مباحث روان‌شناسی جرم و روان‌شناسی اجتماعی است. شرایط علی یاد شده در کنار عناصر زمینه‌ای با ویژگی‌های تولیدی-توزیعی مواد، موجبات انکار صوری طرح‌ها را فراهم نموده که برای برخی پیامد گریز از طرح‌ها در مقایسه با دسترسی به مواد و برای برخی دیگر عدم تمایل به دسترسی به طرح‌ها نسبت به تمایل به دسترسی به مواد را در پی دارد. نکته قابل توجه این است که تا آن جایی که این برساخت متعلق به کارشناسان و مسئولان است خطر دو پیامد مذکور یعنی پذیرش شکست در مواجهه و متعارف‌گشتگی

می‌تواند طرح‌ها را تا حد رفع تکلیف متنزل سازد. به این ترتیب که رخدادهای متعارف گشتگی خروج پیشگیری را از حالت اولویت برای مسئولان و کارشناسان سبب شود و پذیرش شکست نیز انفعال محض سازمان‌ها را رقم بزند. همچنین باید اضافه کرد تا آنجایی که این بر ساخت متعلق به کنشگران است خطر دو پیامد مذکور می‌تواند حساسیت اجتماعی نسبت به اعتیاد را به شدت کاهش دهد. بنابراین توجه به رفع کاستی‌های بروکراتیک به عنوان شرط علی و تلاش در کاهش عرضه مواد و ویژگی‌های تولیدی - توزیعی به عنوان شرایط مداخله‌گر و تغییر در آگاهی کنشگر به عنوان شرایط زمینه‌ای امری جدی می‌نماید. مدل تصویری به دست آمده از داده‌ها در خصوص دلایل و پیامدهای ناکارآمدی برنامه‌های پیشگیری در زیر نمایش داده شده است.



شکل ۱: مدل تصویری به دست آمده از داده‌ها در خصوص علل ناکارآمدی برنامه‌های پیشگیری

منابع

- احترامی، مهرداد و وطن پرست، ابولفضل (۱۳۹۳). چالش‌ها و راهکارهای پیگیری از اعتیاد در محله. فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۱(۱)، ۹-۲۲.
- دفتر پیشگیری و امور اعتیاد (۱۳۸۲). گزارش سازمان بهزیستی کشور. بهزیستی، تهران.

زوار، تقی؛ حبیبی کلپیر، رامین؛ حسونند، مریم (۱۳۹۵). تحلیل محتوای بسته‌های آموزش پیشگیری از اعتیاد سازمان بهزیستی. *فصلنامه اعتیاد پژوهشی سو مصرف مواد*، ۱۰(۳۹)، ۴۵-۶۲.

سهراب‌زاده، مهران (۱۳۹۰). *مدیریت شهری و پیشگیری از اعتیاد*، تهران، جامعه‌شناسان.

صرامی، حمید (۱۳۸۹). *سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد*. دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری.

صرامی، حمید؛ رحیمی موقر، آفرین؛ رفیعی، حسن؛ مدنی، سعید؛ وامقی، مروئه (۱۳۹۰). *سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد*. ریاست جمهوری، ستاد مبارزه با مواد مخدر، اداره فرهنگی و پیشگیری.

صرامی، حمید؛ رحیمی موقر؛ آفرین؛ رفیعی، حسن و امین اسماعیلی، معصومه (۱۳۹۶). *سند جامع تحقیقات مبارزه همه جانبه با مواد مخدر، روان‌گردان‌ها و پیش‌نیازها با رویکرد اجتماعی*. ستاد مبارزه با مواد مخدر، دفتر تحقیقات و آموزش.

صرامی، حمید؛ قربانی، مجید و مینویی، محمود (۱۳۹۲). بررسی چهار دهه تحقیقات شیوع شناسی اعتیاد در ایران. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۷(۲۶)، ۲۹-۵۲.

عماری، حسن؛ پاشا شریفی، حسن؛ هاشمیان، کیانوش و میرزمانی، محمود (۱۳۹۰). بررسی تاثیر برنامه پیشگیری از اعتیاد بر رفتارهای پرخطر (اختلال سلوک و اختلال رفتارهای مقابله‌ای) نوجوانان در معرض خطر مصرف مواد مخدر. *فصلنامه مطالعات امنیت اجتماعی*، ۷(۲۶)، ۸۱-۶۱.

محمدی، علی (۱۳۹۶). *پیشگیری از اعتیاد با رویکرد اجتماعی کردن مبارزه با مواد مخدر و بهره‌مندی از ظرفیت سازمان‌های مردمی*. *مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*، ۲(۱۱)، ۸۵-۱۰۰.

محمدی، مسعود؛ جزایری، علیرضا؛ رفیعی، امیرحسن و بهرام، جوکار (۱۳۸۴). بررسی متغیرهای خانوادگی و فردی در معرض خطر سوء مصرف مواد. *مجله توانبخشی*، ۶(۱)، ۳۶-۳۱.

نارنجیها، هومن (۱۳۸۶). *ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در ایران (طرح پژوهشی)*، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

ناصری، عباسعلی (۱۳۹۲). تحلیل روند اعتیاد در طی دو دهه اخیر. بازتابی شده از: www.dchq.ir

نیازی، محسن؛ نوروزی، میلاد؛ زرنندی، مرجان و عطایی، پری (۱۳۹۶). بررسی کیفی وضعیت شیوع مصرف مواد در آرایشگاه‌ها و سالن‌های ورزشی زنانه (طرح پژوهشی). ستاد مبارزه با مواد مخدر، دفتر تحقیقات و آموزش.

یونسی، سیدجلال و محمدی، محمدرضا (۱۳۸۵). استفاده از رویکرد نشر اطلاعات در برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در میان نوجوانان. فصلنامه دانش و رفتار، ۴(۱۶)، ۱۰-۱.

Botvin, G. J., Griffin, K. W., & Williams, M. (2001). Drug abuse prevention among minority Adolescents: Posttest and one-year follow up of school-based preventive intervention. *Prevention Science*, 2(1), 1-13.

Buhler, A., Schroder, E., & Silbereisen, R. K. (2008). The Role of Life Skills Promotion in Substance Abuse Prevention: A Mediation Analysis. *Health Education Research*, 23(4), 621- 632.

Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research*, 3rd Edition. London: SAGE publications.

Creswell, J. W. (1994). *Research design*. London: SAGE.

Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory, strategies for qualitative research*. London: Weidenfeld & Nicolson.

Kranzelic, V., Slehan, M. F., & Erkoivic, D. (2014). Prevention science as a base for substance abuse prevention planning-lessons learned for improving the prevention. *Kriminologija & Socijalna Integracija*, 21(2), 61-75.

Moos, R. M. (2005). Iatrogenic effects of psychosocial interventions for substance use disorders: Prevalence, predictors, prevention. *Addiction*, 100(5), 595-604. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2005.01073.x.

Patton, M. Q. (1994). *How to use Qualitative methods in evaluation*. London: SAGE.

Tobler, N., Roona, M., Ochshorn, P., Marshall, D., Streke, A., & Stackpole, K. (2000). School based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20, 275-336.

UNODC. (2010). *Recent statistics and trend analysis of illicit drug markets*. Retrieved at: <http://www.unodc.org>.