

رویکرد اجتماعی به کاهش تقاضای مواد مخدر و روان‌گردان‌ها و پیشگیری از وابستگی به مواد با تاکید بر نقش مشارکت اجتماعی

حمید صرامی^۱، علی بقایی سرایی^۲

چکیده

وابستگی به مواد به عنوان یک عامل به وجود آورنده اختلال در سلامت فردی و اجتماعی، خسارت‌های بی‌شماری را در ابعاد مختلف اعم از فردی، خانوادگی، بهداشتی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی به جوامع تحمیل می‌کند. در برابر مصرف مواد مخدر و روان‌گردان‌ها لازم است اقدامات متقابلی برای مبارزه با این امر انجام شود. جامعه به عنوان سیستم پویا، زنده، با نشاط و در حال حرکت، دارای ظرفیت‌ها و پتانسیل‌های بی‌شماری است که می‌توان از آن در جهت پیشگیری از وابستگی به مواد استفاده کرد. بنابراین، اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر امری ضروری است. هدف از مقاله حاضر، مروری بر رویکرد اجتماعی برای مبارزه با مصرف مواد مخدر با تاکید بر نقش مشارکت اجتماعی بود. بنابراین، ابتدا به رویکرد اجتماعی شدن مقابله با مواد مخدر و سپس به نقش مشارکت اجتماعی و مروری بر پیشینه پژوهش و در انتها به بحث و نتیجه گیری و پیشنهادها پرداخته شد. پیشگیری یکی از مهم‌ترین ارکان مقابله با مصرف مواد مخدر و وابستگی به آن است. به عبارت دیگر، توجه به رویکرد پیشگیری همواره بهتر از درمان است. پیشگیری را می‌توان در کانون‌های مختلف جامعه انجام داد. ترویج رویکرد پیشگیری در سطح جامعه و مشارکت بیشتر از سوی اقشار مختلف جامعه نقش موثری برای مقابله با مواد مخدر دارد. رویکرد اجتماعی در پیشگیری از وابستگی به مواد، در واقع «توسعه محلی» و بر اساس «مشارکت» است. شواهد نظری و پژوهشی در خصوص نقش مشارکت اجتماعی در پیشگیری از وابستگی به مواد بسیار اندک است و لزوم دانش‌افزایی و پژوهش در این خصوص بسیار ضروری است. شواهد پژوهشی موجود نیز حاکی از اهمیت مشارکت اجتماعی در پیشگیری از انواع آسیب‌های اجتماعی به خصوص وابستگی به مواد است. در مجموع می‌توان گفت که «مشارکت اجتماعی» نقش بسیار مهمی در «اجتماعی شدن مقابله با مصرف مواد» دارد و می‌توان با استفاده از رویکرد اجتماعی مقابله با مصرف مواد با تاکید بر مشارکت اجتماعی از وابستگی به مواد و آسیب‌های آن جلوگیری کرد.

کلید واژه‌ها: مشارکت اجتماعی، وابستگی به مواد، آسیب‌های اجتماعی، رویکرد اجتماعی.

۱. نویسنده مسئول: مدرس دانشگاه و پژوهشگر آسیب‌های اجتماعی، تهران، ایران. پست الکترونیک:

Hamid.sarrami@yahoo.com

۲. استادیار جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، رودهن، ایران.

مقدمه

آسیب‌های اجتماعی در هر جامعه‌ای یکی از عمده‌ترین عامل تهدیدکننده نظام اجتماعی تلقی می‌شود. بنیان هر جامعه به هم‌نوایی اعضایش با ارزش‌ها و هنجارهای آن متکی است. اگر اعضای جامعه از هنجارهای اجتماعی تخطی نمایند، جامعه نمی‌تواند به آسانی کارکردهای خود را انجام دهد، بنابراین دچار بی‌سازمانی و بی‌نظمی می‌شود. یکی از عواملی که به عنوان تخطی از هنجار محسوب می‌شود، مساله وابستگی به مصرف مواد است. تمامی اندیشمندان حوزه اعتیاد بر این عقیده هستند که وابستگی به مصرف مواد تنها یک مشکل فردی، جسمانی یا اجتماعی صرف نیست، بلکه یکی از بارزترین مشکلات زیستی، روانی و اجتماعی است که اثرات بازدارنده بر رشد و شکوفایی جامعه دارد و تهدیدی جدی و نگران‌کننده است. وابستگی به مصرف مواد به عنوان اختلال مزمن و عودکننده با تاثیرات و پیش‌بیندهای تربیتی، فرهنگی، روانی، اجتماعی، رفتاری و معنوی در نظر گرفته می‌شود. مشکل اعتیاد به عنوان یک پدیده مهلک که نتایج آن می‌تواند اثرات بسیار سوئی در زمینه‌های اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و اقتصادی داشته باشد در هر جامعه‌ای مطرح است (گر جی گرسامی، سیاه چشم، موسوی بیجاری و سیف، ۱۳۹۷؛ موسسه ملی سوء مصرف مواد مخدر، ۲۰۰۷؛ کوهی و قلی‌زاده، ۱۳۹۶).

مواد مخدر با عمر طولانی بیش از شش هزار سال قدمت در جامعه بشریت، همواره سعی در جذب مشتریان جدید دارد. نیم‌نگاهی به اجزاء سیستم هوشمند مواد مخدر و روان‌گردان‌ها بیانگر این واقعیت است که تمامی اجزاء این سیستم از مرحله تولید تا برداشت، خرید و فروش، ترانزیت و توزیع، همگی در یک چرخه منظم، به دنبال این موضوع هستند که نسبت به در دسترس قرار گرفتن مواد برای بیش از ۲۷۵ میلیون نفر مصرف‌کننده جهانی مبادرت نموده و این روند در تمامی روزهای سال ساری و جاری است. به عبارت روشن‌تر، این سیستم فعال، خلاق و پویا با حرکت رو به جلو، تمامی تلاش خود را در چرخه سیستماتیک به کار گرفته است تا با بهره‌گیری از همه ظرفیت‌ها، از سود اقتصادی وافر ۵۰۰ تا ۷۰۰ میلیارد دلار در سال، استفاده مطلوب نماید. این سیستم، پویا

بوده و از حالتی به حالت دیگر تبدیل شده است اما هیچ گاه، ناپود نمی شود. این سیستم سعی دارد مواد مخدر تریاک، کراک (هروئین فشرده)، سوخته تریاک، شیر تریاک، انواع دیگر مواد محرک مانند شیشه، قرص های روان گردان ها و نیز انواع مواد توهم زا مانند کانابیس، ماری جوانا، ماده گل، LSD، مواد استنشاقی و همچنین NPS ها (روان گردان های جدید) و انواع مختلف مواد دیگر را به جامعه بشریت ارائه نماید (صرامی ۱۳۹۷، به نقل از بقایی سرابی، ۱۳۹۷).

نیم نگاهی به اجزاء سیستم مواد مخدر حاکی از موارد زیر است:

- این سیستم، دارای سالنی بزرگ با ورودی های متعدد است به گونه ای که، افراد را در سنین مختلف، از نوزادی که از یک مادر معتاد متولد می شود تا پیرمرد صد ساله، مشاغل متفاوت از فرد بیکار تا مهندس، در تحصیلات گوناگون از انسان بی سواد تا دکتر، در جنسیت مختلف زنان و مردان، در مجرد و تأهل، با بیش از صد علت مختلف در ابعاد بیولوژیک، روان شناختی، جامعه شناختی، فرهنگی و... به سوی خود جذب می کند.

- این سیستم، منضبط و غیردولتی است به طوری که از مردم علیه مردم استفاده می کند؛ به دور از قواعد بوروکراسی بوده و همواره با بهره گیری از فرصت ها و ظرفیت های گوناگون، سعی در قتل عام انسان ها دارد.

- این سیستم ضمن انطباق با عصر مدرنیته و با بهره گیری از تکنولوژی های پیشرفته، نسبت به افزایش کمی تولید انواع مواد مبادرت ورزیده به گونه ای که همواره به دنبال تولید گونه های جدید مواد است.

- این سیستم علیرغم ضرباتی که از سوی نیروهای مبارزه کننده دریافت می کند و تعداد قابل توجهی از عوامل تهیه و توزیع و قاچاق مواد دستگیر یا اعدام می شوند لیکن هیچ گاه، احساس خستگی و شکست ننموده بلکه با تلاش شبانه روزی، سعی در کسب درآمد بیشتر دارد.

- این سیستم با بهره گیری از همه اجزاء خود، نسبت به تولید سلول های جدید از طریق جذب افراد، به منظور بقاء و ادامه حیات مبادرت می کند.

• این سیستم، با ارائه مانیفست برای کلیه طبقات اجتماعی، نسبت به تولید مواد اقدام می‌کند به گونه‌ای که، برای دانشجو در شب امتحان قرص ریتالین، برای افرادی که دارای مشکلات جنسی هستند ماده محرک شیشه، برای افرادی که دارای مشکلات روحی هستند ماده توهم‌زای حشیش و ماری‌جوانا و برای افرادی که طالب نشاط و شادی کاذب هستند مصرف چندماده‌ای را توصیه می‌کند.

• این سیستم، با فریب‌های فرهنگی و تقویت باورها و نگرش‌های غلط، همواره سعی دارد با جلوه‌دادن این موضوع که مصرف مواد اعتیادآور نیست، نسبت به جذب نوجوانان و جوانان مبادرت ورزد.

• این سیستم، بدون هرگونه اُفول و به‌عنوان یک ستیز دائمی و پایان‌ناپذیر، در برابر سلامت انسان‌ها به‌صورت یکپارچه قدم علم کرده و برای از بین بردن آن‌ها از هیچ تلاشی دریغ نخواهد کرد.

• در این سیستم، کلیه اجزاء از تولید تا مصرف، همگی با هم در تعامل بوده و هیچ‌کس سازِ «من» را نمی‌نوازد بلکه، به صورت یک سازمان و به‌دور از اقدامات پراکنده و جزیره‌ای تلاش می‌نمایند.

• زیرساخت‌های این سیستم در ابعاد مختلف بسیار قوی بوده و با اتخاذ استراتژی‌های فعال و تهاجمی و به دور از هرگونه استراتژی محافظه‌کارانه یا تدافعی، با ارائه انواع مواد نسبت به محاصره نوجوانان و جوانان جوامع، مبادرت نموده به گونه‌ای که هیچ قشری از این تهدید اجتماعی در امان نیست.

• این سیستم با ارزیابی مستمر از فرایندها و با تغییر تاکتیک و تکنیک، همواره ده‌ها گام از ضدسیستم خود یعنی نیروهای مبارزه‌کننده اعم از حوزه‌های سخت‌افزاری یا نرم‌افزاری جلوتر است به گونه‌ای که علیرغم ایجاد دیوارهای مرزی و... از سوی نیروهای مبارزه‌کننده، ضمن تغییر رویه‌ها در فرایند ورود مواد، اقدامات جدیدتری در زمینه تولید مواد ایفا می‌کند (صرامی ۱۳۹۷، به نقل از بقایی سرابی، ۱۳۹۷).

نیم‌نگاهی به اعتیاد به‌عنوان یک عامل مُخل در سلامت فردی و اجتماعی، خسارت‌های بی‌شماری را در ابعاد مختلف اعم از فردی، خانوادگی، بهداشتی، فرهنگی، اجتماعی و

اقتصادی به جوامع تحمیل نموده است. با توجه به تحولات جهانی به سوی ایجاد زمینه‌ها و بسترهای جدید برای ناامنی‌های گسترده، بروز تغییرات سریع فرهنگی و اجتماعی، ضعف ساختاری و ناتوانی سازمان‌ها و نهادها ناشی از روزمرگی و برنامه‌ریزی و عدم توان برای مهار و کنترل شوک‌های اجتماعی، شاهد روند فزاینده تقاضای مواد مخدر و روان‌گردان‌ها، کاهش سن، زنانه‌تر شدن اعتیاد و ورود افراد شاغل و تحصیل کرده به چرخه اعتیاد، مواد مخدر و روان‌گردان‌ها هستیم.

این تهدید استراتژیک، چندوجهی، چند چهره و چند سببی همواره به دنبال جذب مشتریان جدید و کسب سود بیشتر است. لذا در برابر سیستم هوشمند مواد مخدر و روان‌گردان‌ها لازم است اقدامات متقابلی انجام شود. درمان وابستگی به مصرف مواد مستلزم صرف هزینه‌های بسیار است و رویکردی مشتمل بر روان‌درمانی، دارو درمانی، بازتوانی و بازپروری را می‌طلبد به همین دلیل، حصول آن امری دشوار است. با این وجود امروزه ثابت شده است که حتی در صورت استفاده از موثرترین درمان‌ها نیز، ممکن است بیمار دچار عود شود، چرا که زندگی در محیطی که در آن مواد به راحتی در دسترس فرد قرار دارد و وجود افرادی که حمایت‌گر رفتار مصرف مواد هستند، می‌توانند به راحتی دستاوردهای ناشی از درمان را از بین ببرند. به همین منظور پیشگیری از مبتلا شدن به اعتیاد به مراتب آسان‌تر و قابل حصول‌تر از درمان آن است (بو توین، بیکر، داسنباری، باتوین و دیاز، ۱۹۹۵).

تشخیص این موضوع که عوامل اجتماعی نقش عمده در شروع و مراحل اولیه مواد بازی می‌کنند موجب تدوین یک سری رویکردهای جدید پیشگیری شد (زاهدیان و کاهه، ۱۳۹۵). امروزه در زمینه پیشگیری از گرایش به مواد مخدر در اغلب کشورها پیشگیری کیفی کنار گذاشته شده است و به پیشگیری اجتماعی پرداخته می‌شود که مستلزم همکاری و مشارکت نهادهای جامعه مدنی از قبیل سازمان‌های مردم‌نهاد و برنامه‌های اجتماع محور است (محمدی، ۱۳۹۶). پیشگیری اجتماعی از اقداماتی تشکیل می‌شود که بر انواع محیط‌های پیرامون فرد تاثیر می‌گذارد و همه این محیط‌ها در فرایند

جامعه‌پذیری و اجتماع‌پذیری فرد نقش دارند و دارای کارکرد اجتماعی هستند. هر یک از محیط‌های خانه، مدرسه، دانشگاه و ... در یک مقطع خاص زمانی عمل می‌کنند و فرایندهای جامعه‌پذیری را تسهیل می‌کنند. به عنوان مثال مدرسه دارای دو کارکرد آموزشی و تربیتی است. کارکرد نخست دانشگاه آموزش فنون و علوم است، حال آن‌که کارکرد جنبی آن آموزش نحوه معاشرت با جامعه است. خانواده علاوه بر اینکه موظف به تامین تغذیه و بهداشت اطفال است باید پرورش و تربیت آن‌ها را نیز بر عهده بگیرد. در این صورت هر گاه هر یک از این محیط‌ها، رسالت تربیتی، پرورشی و سازگار سازی خویش را به انجام نرسانند، اولین خلل در زمینه جامعه‌پذیری فرد ایجاد شده و در واقع زمینه کج‌روی فراهم می‌شود. بنابراین پیشگیری اجتماعی هم در زمینه اجتماعی و هم در زمینه فردی صورت می‌گیرد، زیرا کلیه اقدامات روی فرد یا محیط او صورت می‌گیرد (عباسی اسفجیر و قربانی اصل، ۱۳۹۵).

رویکرد اجتماع‌محور در برخورد با معضلات و مشکلات اجتماعی (نظیر اعتیاد و...) با مشارکت دادن مردم در برنامه‌ریزی‌ها از طراحی تا اجرا و ارزشیابی، با استفاده از راهبردهایی نظیر اقتدار افزایی، آموزش مهارت‌های زندگی، حمایت‌گری، آگاه‌سازی و ... از بروز بسیاری از نابسامانی‌ها در سطح اجتماعی جلوگیری می‌کند و منجر به افزایش کیفیت زندگی آحاد جامعه می‌شود (حسن زاده، ۱۳۹۰). جامعه به‌عنوان سیستم پویا، زنده، بانشاط و در حال حرکت، دارای ظرفیت‌ها و پتانسیل‌های بی‌شماری است که می‌بایست با نگرش سیستماتیک، ضمن بهره‌گیری و به فعل رساندن آن‌ها، از تحرک سیستم اعتیاد جلوگیری نماید. به عبارت دیگر بهره‌گیری مستمر از ظرفیت‌های مردمی و مشارکت آحاد طبقات مختلف اعم از روحانیون، اساتید دانشگاه‌ها، معلمان و ورزشکاران، اصحاب هنر و رسانه‌ها، دانش‌آموزان، دانشجویان، زنان خانه‌دار، مددکاران اجتماعی، مشاوران، صنوف و... ضروری است به گونه‌ای که با نقش‌آفرینی و ایفای مسئولیت، در جهاد مقدس نرم‌افزاری علیه مواد مخدر و روان‌گردان‌ها، از آسیب‌پذیری لایه‌های مختلف اجتماعی جلوگیری شود. امروزه ضروری است که با تعامل همه سطوح و اجزاء سیستم پویای اجتماعی، نسبت به ضربه زدن به استراتژی‌های سیستم هوشمند مواد مخدر و روان‌گردان‌ها

اقدام موثر شود. به همین منظور در این مقاله به بررسی رویکرد اجتماعی و به خصوص نقش مشارکت اجتماعی در پیشگیری از اعتیاد پرداخته شده است.

رویکرد اجتماع محور

اجتماع محور به معنای دخالت مستمر مردم در تشخیص مشکل، تدوین راه حل و در نهایت طراحی و اجرای مناسب ترین مداخله یا فعالیت به شکل مشارکتی است. اجتماع محور به معنی به پایان رسیدن عصر کارشناسی و تصمیم گیری های صرفاً دولتی و رد نگرش از بالا به پایین به مسائل و مشکلات مردم است. در واقع اجتماع محور بازگشت به این تفکر سنتی است که راه پیشرفت فرد از میان جمع می گذرد و دست یاری است که دولت و کارشناسان به سوی مردم دراز کرده اند. برنامه های اجتماع محور، فرایندهای خدماتی، رفاهی و ارتقایی هستند که طی آن مسئولیت هایی به افراد، خانواده و جامعه انتقال داده و یا واگذار می شود. جامعه در برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی برنامه ها دخالت داده می شود و از همه منابع بالفعل و بالقوه موجود در جامعه در جهت تعمیم و افزایش مهارت های مناسب استفاده می شود. مهم ترین خصوصیت روش های اجتماع محور این است که ضروری ترین کمک ها به سادگی و با استفاده از منابع موجود، در اختیار تعداد بیشتری از اشخاص نیازمند قرار می گیرد. هدف نهایی این برنامه ایجاد حدی از توانمندی در مردم است که برای ارتقاء سلامت و بهبود وضعیت زندگی خود احساس مسئولیت کرده و مشارکتی تصمیم بگیرند (محمدی، ۱۳۹۶؛ حسن زاده، ۱۳۹۰).

رویکرد اجتماعی به مبارزه با مواد مخدر

ارزشیابی تجارب حاصله از به کارگیری رویکردهای متفاوت مبارزه با مواد مخدر با تأکید بر پیشگیری در سطح جهانی نشان می دهد که تمرکز صرف بر یک یا چند مورد ترکیبی از آن ها به طور التقاطی، قادر به ایجاد تغییرات معنادار در کاهش مصرف مواد مخدر نیست. بنابراین، در دو دهه اخیر رویکردی نسبتاً منسجم برای تأمین سلامت اعضای جامعه به طور کلی و برای موفقیت در امر مبارزه با مواد مخدر به طور اخص، شکل گرفته است که طبق آن چنین پنداشته می شود که سلامت یا بیماری و ناراحتی اعضای جامعه به طور بنیادین امری «اجتماعی» محسوب می شود. لذا، تنها راه تغییر معنادار در کم و کیف

سلامت یا بیماری در جامعه نیز از مسیر خود «اجتماع» می‌گذرد. مشخص‌ترین تلاش در برجسته‌سازی این رویکرد توسط سازمان جهانی بهداشت در «منشور اُتاوا» دیده می‌شود که طبق آن «ارتقاء سلامت» از رهگذر «قادر ساختن اعضای جامعه برای کنترل و دستکاری عوامل موثر بر سلامت خود» قابل حصول است (کشاورز محمدی، زارعی و پارسی‌نیا، ۱۳۹۲، به نقل از بقایی سرابی، ۱۳۹۷).

رویکردهای اجتماع‌محور به دنبال تغییر و تحول اساسی در شرایط محیطی - اجتماعی مبتنی بر توانمندسازی و اقتدارافزایی «اجتماعات» و «جامعه محلی» هستند. هدف برنامه‌های اجتماع‌محور به‌طور اعم واگذاری عملکردهای خدماتی - رفاهی به افراد، خانواده‌ها، سازمان‌های مردم‌نهاد و تشکل‌های بزرگتر جامعه است. در چنین حالتی امکان ایجاد ساختاری مناسب بر مبنای شناخت مشکلات حقیقی اجتماع و اجرای مداوم، ارزشیابی واقع‌بینانه، اصلاح ساختارها و ارتقاء برنامه‌های عملیاتی بیش از پیش فراهم می‌شود (خزانی پارسا، ۱۳۸۳). چنین فرض می‌شود که قرار گرفتن امر مبارزه با مصرف مواد مخدر در کانون اقدامات «اجتماعات» ضمن توانمندسازی و اقتداریابی اعضای اجتماعات امکان بیشتری برای بسترسازی در جهت سلامت اجتماعی و به تبع آن برای پیشگیری از مصرف مواد مخدر تدارک می‌بیند. ساز و کار اصلی در این امر، تحریک «حس مالکیت اعضای اجتماعات به محل زندگی» است. با این کار احتمال علاقمندی بیشتر به سلامت محل زندگی، مداخله مستقیم در شناسایی مسائل و مشکلات، معرفی و انتخاب بهترین راه حل مسائل و مشکلات، برنامه‌ریزی عملیاتی اثربخش و اجرای مشارکتی آن برنامه‌ها افزایش می‌یابد. در چنین شرایطی زمینه مساعد برای ارزشیابی و اصلاح برنامه‌ها فراهم می‌شود. نتیجه این فرایند احساس شادکامی و بهروزی و در نهایت محیط اجتماعی مطلوب‌تری برای گریز از عوامل خطر در میان اعضای اجتماعات است.

موتور محرکه اصلی در مبارزه از نوع اجتماعی با مصرف مواد مخدر «مشارکت» است. علاوه بر آن، شناخت موضوعات محیطی، ساختار محلی و روابط افراد با یکدیگر از طریق تغییرات در «عوامل خطر» و «عوامل محافظ»، محیط مساعدتری را برای پیشگیری از مصرف مواد مخدر فراهم می‌کند (احترامی، ۱۳۹۱، به نقل از بقایی سرابی، ۱۳۹۷).

بدین ترتیب، رویکرد اجتماع‌محور در حوزه پیشگیری از مصرف مواد مخدر، نوعی «توسعه محلی» و مبتنی بر «مشارکت» است که با اقدام هماهنگ کنشگران متعدد، موفق به فعال‌سازی دو ساز و کار مهم موثر مبارزه با مصرف مواد مخدر می‌شود. ساز و کار اول «توسعه محلی» با «توزیع مسئولیت‌ها و عملکردهای خدماتی و رفاهی» است که بار سنگین مبارزه را از روی دوش ساختارهای حاکمیتی متمرکز بر می‌دارد و کار مبارزه را تسهیل می‌کند. بدین ترتیب «توسعه محلی» به فرایند پویایی اشاره می‌کند که در آن علاوه بر افزایش امکان رشد و شکوفایی فردی و زندگی شادتر و پر بارتر، فرصت‌های ساختاری بیشتری برای اقدام در سطح محلی برای افزایش کیفیت زندگی فراهم می‌شود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۰؛ به نقل از علیپوری نیاز، رفیعی، ستاره فروزان و طالبی، ۱۳۸۸). ساز و کار دوم، «ایجاد ساختاری مناسب برای تغییرات و تنظیمات اجتماعی و محیطی» در اثر «مشارکت همگانی» در سطح محله است که منجر به «شکل‌گیری اجتماع مقتدر» در برابر مصرف مواد مخدر می‌شود.

در شرایط کنونی، به منظور تقویت سرمایه اجتماعی در سطح محلات، توجه به محله‌های شهری و مطالعه ظرفیت‌های موجود در آن‌ها ضرورت دارد و می‌تواند پشتوانه‌ای را برای بسط نظری و عملی رویکرد اجتماعی شدن امر مبارزه با مواد مخدر در سطح محلی فراهم کند (اکبری، ۱۳۹۴، به نقل از بقایی سرابی، ۱۳۹۷). رویکردی که بر خلاف رویکرد نیازمحور که از «بالا به پایین» است بر قاعده از «پایین به بالا» تعریف شده و بر ظرفیت‌سازی و بهره‌گیری از توان مردم محلی برای مبارزه با مواد مخدر کمک می‌گیرد. این رویکرد، سرمایه اجتماعی را به عنوان یک دارایی و منبع انرژی می‌داند. به هر حال، می‌توان عرصه عمومی و محله را به عنوان ظرف روابط و پیوندهای اجتماعی در نظر گرفت که کم و کیف این روابط و پیوندها به نوعی کارکردها، آثار و پیامدهای عرصه عمومی و محلی را در حیات و مناسبات اجتماعی نشان می‌دهد (غفاری و امید، ۱۳۹۰).

پیشگیری اجتماعی با دخالت در محیط‌های اجتماعی مانع از گرایش افراد به سمت رفتارهای ناسازگارانه و خنثی‌سازی عوامل گرایش به این رفتارها می‌شود. در این نوع از پیشگیری سعی می‌شود تا با مشارکت افراد در برنامه‌های اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی،

رفاهی و نظایر آن و بهبود نارسایی‌های اجتماعی، سطوح سلامت را در افراد جامعه ارتقا دهند (عباسی اسفنجیر و قربانی اصل، ۱۳۹۵). مفهوم فرایندهای اجتماعی، مفهومی عمومی، چند بعدی و یکپارچه است. در این زمینه یکی از برنامه‌ریزی‌ها در دنیای جدید، توجه به مشارکت فعال و اثربخش همه جانبه افراد در تمام ابعاد مختلف است. به عبارت دیگر، مشارکت فرایندی است که در برگیرنده انواع کنش‌های فردی و گروهی به منظور دخالت در تعیین سرنوشت خود و جامعه و تاثیرگذاران بر تصمیم‌گیری درباره امور عمومی است (گائوتری، ۱۹۸۶؛ به نقل از گرجی گرسامی و همکاران، ۱۳۹۶).

مشارکت اجتماعی

تعالی یک جامعه در گروهت و حرکت مثبت عناصر تشکیل دهنده آن جامعه است. هر کدام از این عناصر باید در کنار یکدیگر با یک هدف مشترک و به یک سمت حرکت کنند تا همچون سیلی عظیم موانع را پشت سر گذاشته و برای رسیدن به تعالی قدرتمندانه به پیش بروند (محمدی و سحاقی، ۱۳۹۷). شاید خوشایندترین تحولی که اخیراً در بحث پیشگیری از اعتیاد رخ داده است، یک نوع تغییر نگرش و اقبال به رویکرد اجتماعی شدن پیشگیری از اعتیاد و حرکت به سمت برنامه‌های مشارکتی و اجتماع محور است که گروه‌های مختلف مردم را در جهت حل مسائل و مشکلاتی که سلامت روانی- اجتماعی آن‌ها را آسیب می‌رساند، یکسان و متحد می‌نماید. این برنامه‌ها جهت رفاه مردم و به کمک خود مردم صورت می‌گیرد. همچنین راز ماندگاری سازمان‌های مردمی و تحقق اهداف آن، توجه به همین مقوله مشارکت است. مشارکت یعنی سهیم شدن همه افراد جامعه و گروه‌ها در فعالیت‌ها و وجوه مختلف زندگی اجتماعی آن جامعه یا تیم به صورت کاملاً داوطلبانه. در مشارکت است که افراد با داشتن فرصت و حقوق مساوی برای بحث و تصمیم‌گیری درباره مسائل و مشکلات، خود را متعلق به یک گروه می‌دانند و مشارکت است که با دخالت دادن تمام افراد در تصمیم‌گیری‌ها از میزان تعارضات و اصطکاک‌ها می‌کاهد (محمدی، ۱۳۹۶). یکی از مهم‌ترین عواملی که به تداوم حیات بشر کمک کرده، همکاری و مشارکت میان انسان‌هاست. از منظر جامعه‌شناسی، مشارکت به عنوان

فرآیند تعاملی چندسویه، مداخله و نظارت مردم و قابلیت سیاسی - اجتماعی نظام را در دستیابی به توسعه همراه با عدالت اجتماعی در پی خواهد داشت. بنیادی‌ترین اندیشه زیرساز مشارکت، پذیرش اصل برابری مردم است و هدف از آن، هم‌فکری، همکاری و تشریک مساعی افراد در جهت بهبود کمیت و کیفیت زندگی در تمامی زمینه‌های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی است. مشارکت در توانمندسازی افراد جامعه، بر سه ارزش بنیادی سهیم کردن مردم در قدرت، راه دادن مردم به نظارت بر سرنوشت خویش و بازگشودن فرصت‌های پیشرفت به روی مردم تأکید دارد (نوروزی و بختیاری، ۱۳۸۸).

مشارکت از نظر لغوی بر وزن مفاعله به معنای شرکت دو جانبه و متقابل افراد برای انجام امری است. از منظر جامعه‌شناختی مشارکت نوعی فرایند تعاملی چند سویه است. فرهنگ آکسفورد مشارکت را کنش یا واقعیت شرکت داشتن معنی کرده است که در این معنا مشارکت می‌تواند مقطعی، معطوف به هدف خاص و یا بخشی از حیات اجتماعی باشد:

▪ پایدار با هدف از پیش تعریف شده و یا ناظر بر بخش خاصی از زندگی اجتماعی باشد.

▪ اخلاقی یا غیر اخلاقی یعنی مبتنی بر اهداف مثبت یا شروانه باشد.

▪ تحمیلی یا داوطلبانه و آزاد باشد.

▪ کنترل شده و یا خودجوش باشد (رهنما، ۱۹۹۹؛ به نقل از ازکیا و غفاری، ۱۳۸۰).

مشارکت اجتماعی به عنوان واقعیتی اجتماعی ریشه در زندگی انسان دارد و فرایندی است که با گذشت زمان دگرگون شده است. ایده مشارکت در مفهوم خود از مباحث مربوط به دموکراسی مایه می‌گیرد که خود دارای سابقه دیرینه‌ای است. مشارکت اجتماعی به کنش یا عمل مشارکتی گفته می‌شود که عامل با توجه به انتظارات افراد دیگر آن را انجام می‌دهد (بیرو، ۱۳۷۰؛ به نقل از گلابی و اخشی، ۱۳۹۴). به نظر آلن بیرو و از منظر جامعه‌شناسی باید بین مشارکت به عنوان عمل و تعهد (عمل مشارکت) و به عنوان حالت یا وضع (شرکت کردن) تمیز قائل شد. مشارکت در معنای اول، داشتن شرکتی فعالانه در گروه را می‌رساند و به فعالیت اجتماعی انجام شده نظر دارد و در معنای دوم از

تعلق گروهی خاص و داشتن سهم خبر می‌دهد (از کیا و غفاری، ۱۳۸۰). گائوتری در تعریف مشارکت بیان می‌کند که منظور از مشارکت اجتماعی، نوعی فرایند چند بعدی، چند جانبه و همگانی است که هدف آن این است که آحاد مردم در رشد و توسعه جامعه خود نقش داشته باشند (گائوتری، ۱۹۸۶؛ به نقل از گرجی گرسامی و همکاران، ۱۳۹۶).

مشارکت به عنوان یک عمل از نظر فرد دارای دو جنبه است: نخست این که چه انگیزه‌هایی فرد را به عمل ترغیب می‌نماید، به عبارت دیگر چه نیت و انگیزه‌هایی در افراد موجب می‌شود تا آن‌ها به طور فعال در امری مشارکت نمایند که فقدان چنین انگیزه‌هایی را می‌توان به عنوان مانع عمل مشارکت به حساب آورد. دوم این که فرد چقدر نسبت به عمل مورد مشارکت آگاهی دارد و چه میزان عدم آگاهی او نسبت به این عمل موجب خودداری او از شرکت در آن می‌شود (بیرو، ۱۳۷۰؛ به نقل از گلایی و اخشی، ۱۳۹۴).

مشارکت اجتماعی، شرکتی داوطلبانه، ارادی و آگاهانه است که برآیند آن توسعه و بهتر شدن زندگی و حیات اجتماعی است. مقید نمودن تعریف مشارکت اجتماعی به خصایص شرکت داوطلبانه، ارادی و آگاهانه، این نوع فعالیت‌ها را از سایر فعالیت‌های معمولی و روزمره زندگی که ممکن است بنای آن بر تبعیت نیندیشیده و تحمیلی از قیود، سنت‌ها و تعیین کننده‌های اجتماعی، سیاسی، فرهنگی و اقتصادی باشد، جدا می‌کند. در واقع مشارکت اجتماعی، مشارکت آگاهانه، داوطلبانه و جمعی عاملان خصوصی در حوزه عمومی است که از طریق کنش‌های متقابل مستقیم و غیرمستقیم شهروندان در مقیاس وسیع با فعالیت‌های محلی، نهادهای جامعه مدنی، دولت و ... به منظور نفوذ و تاثیرگذاری بر فرایند تصمیم‌گیری‌ها و یا تعقیب اهداف عمومی تحقق می‌یابد. این نوع مشارکت عامل اصلی در اتخاذ سیاست‌های توسعه‌ای و کنش‌های پاسخگو یانه نسبت به نیازها و خواسته‌های مردم است. چنین مشارکتی در شرکت و سهیم شدن در انجمن‌ها، کانون‌ها، گروه‌ها و دسته‌های محلی، سازمان‌های غیردولتی و ... نمود می‌یابد (ساروخانی و امیرپناهی، ۱۳۸۵). مشارکت رانوعی کنش هدفمند نیز دانسته‌اند که در فرایند تعاملی بین کنشگر و محیط اجتماعی او در جهت نیل به اهداف معین و از پیش تعریف شده نمود پیدا می‌کند. در نگاهی دیگر مشارکت را فرایند آگاهانه تقسیم قدرت و منابع کمیاب و

فراهم‌سازی فرصت برای رده‌های پایین جمعیتی برای بهبود شرایط زندگی آن‌ها عنوان نموده‌اند. وقتی مشارکت را به منزله فراگرد نیرومندسازی در نظر می‌گیریم، مشارکت مبتنی بر سه ارزش سهیم کردن مردم در قدرت و اختیار، راه دادن مردم برای نظارت بر سرنوشت خویش و بازگشودن فرصت‌های پیشرفت به روی رده‌های زیرین جامعه خواهد بود و حاصل آن تسهیل در شنیدن صدای دیگران، احساس مالکیت نمودن، از میان بردن حاشیه نشینی، نیرومند ساختن ناتوانان و در هم شکستن فرهنگ سکوت خواهد بود (طوسی، ۱۳۷۰؛ به نقل از ازکیا و غفاری، ۱۳۸۰). به نظر لرنر، جامعه جدید یک جامعه مشارکتی است و فراگرد نوسازی، حرکت از جامعه سنتی به جامعه مشارکت‌جو است. به نظر وی مشارکت در حوزه اقتصادی به فعالیت در بازار و افزایش درآمد، مشارکت سیاسی به شرکت در انتخابات، مشارکت فرهنگی به بهره‌گیری از رسانه‌های جمعی و مشارکت روانی به همدلی و تحرک روانی منجر می‌شود (به نقل از گلابی و اخشی، ۱۳۹۴). در بررسی مفهوم مشارکت اجتماعی در نظر گرفتن چهار بعد ضروری است که عبارتند از: آگاهی (مطلع بودن فرد از وظایف و حدود اختیارات خود در فرایند مشارکت)، تصمیم‌گیری (موثر بودن فرد در اتخاذ تصمیم در سازمان‌های مشارکتی)، شرکت داشتن (حضور یا همکاری در امور مربوط به سازمان‌های مشارکتی) و رضایت داشتن (احساس خوشایندی فرد از فعالیت مشارکتی و به ویژه حسن انجام امور) (محسنی تبریزی و عباسی قادی، ۱۳۹۳). اوکلی و مارسون از مشارکت اجتماعی سه تفسیر ارائه کرده‌اند که عبارتند از (۱) شرکت داوطلبانه مردم در برنامه‌های عمومی، (۲) برانگیختن احساسات مردم و افزایش درک و توان شهروندی و (۳) دخالت در فرایندهای تصمیم‌گیری، اجرا و سهیم شدن عامه مردم در منافع (به نقل از گلابی و اخشی، ۱۳۹۴).

انواع مشارکت

در وهله اول مشارکت را می‌توان در سه حوزه ذیل مطرح کرد:

- بعد ذهنی: این بعد اشاره به تمایل فرد به شرکت در فعالیت‌های اجتماعی دارد. این بعد در نتیجه عوامل زمینه‌ساز بسیاری مانند حس اعتماد در فرد به وجود می‌آید.
- بعد عینی: این بعد اشاره به بعد رفتاری مشارکت اجتماعی دارد و خود را به صورت

عضویت در گروه‌ها، نظارت بر فرایندها، اجرا و تصمیم‌گیری نشان می‌دهد و در واقع اشاره به ارتباط و پیوند افراد به یکدیگر دارد.

• روحیه مشارکت: این بعد اشاره به این امر دارد که آحاد جامعه احساس نیازی مبنی بر این داشته باشند که باید در امور جامعه مشارکت داشته باشند و برای پاسخ‌گویی به نیازهای عمومی جامعه با یکدیگر همکاری کنند. به عبارت دیگر این بعد اشاره دارد به این که همگان متقاعد شوند که باید مشارکت اجتماعی داشته باشند (رحمان، ۱۹۹۳). در دیگر تقسیم‌بندی می‌توان مشارکت را در حوزه‌های ذیل مطرح کرد:

• مشارکت رسمی (نهادی): این نوع مشارکت در برگیرنده عضویت در سازمان‌ها، انجمن‌ها و کلوپ‌ها با فعالیت‌های برنامه‌ریزی شده در یک زمان و مکان مشخص است.

• مشارکت غیررسمی: این نوع مشارکت دربرگیرنده دو نوع مشارکت اتفاقی و پایدار است. مشارکت اتفاقی شامل مشارکت در فعالیت‌های گروهی با فواصل نامنظم است، مثل همکاری با خیریه‌هایی که در جهت کمک به محرومین و افراد خاص تشکیل می‌شود. مشارکت پایدار شامل مشارکت قاعده‌مند و فعالیت در گروه‌هایی است که به صورت موسسه و سازمان نیستند ولی نسبتاً دائمی و همیشگی هستند (محسنی تبریزی و عباسی قادی، ۱۳۹۳).

برخی از نظریه پردازان اجتماعی، انواع مشارکت را به شرح زیر دسته‌بندی کرده‌اند:

• مشارکت اجتماعی نخستین: این مشارکت در شکل گفتگو با مردم است. این نوع مشارکت قرن‌ها از سوی رهبران مذاهب و طرفداران انواع ایدئولوژی‌ها برای جلب مردم به کار رفته است و دربرگیرنده تمامی مشارکت‌های افراد برای اعمال و مناسک مورد نظر بوده است. چنین مشارکتی را مشارکت‌های آیینی نیز می‌توان نام نهاد.

• مشارکت اجتماعی رفتارگرایانه یا مشروط: این مشارکت به نوعی به مشارکت‌های اجتماعی اطلاق می‌شود که در پی بسیج اجتماعی از راه به کارگیری روش‌های روان‌شناسی اجتماعی و کاربرد رسانه‌ها و سازوکارهای فرهنگی برای جلب همگان به

مشارکت است.

• مشارکت اجتماعی انسجام‌گرا: این مشارکت در شکل اتحادیه‌ها و انجمن‌ها تحقق می‌یابد و بر پایه ادغام اجتماعی و فرهنگی و جامعه‌پذیری فرهنگ مشارکت جویانه پیش می‌رود.

• مشارکت اجتماعی برای توسعه: این نوع مشارکت را فرایندی اجتماعی، جهانی، تام و تمام، چند بعدی و چند فرهنگی تلقی می‌کنند و افراد را در آن برای توسعه ملی به مشارکت فرا می‌خوانند (شادی طلب، ۱۳۸۲).

مشارکت اجتماعی بر مبنای شعاع و قلمرو عمل مشارکت، به شرح زیر تقسیم‌بندی می‌شود:

• مشارکت با برد محدود: مشارکتی است که برای کنشگر سهل الوصول است. مشارکت در امور محله مانند شرکت در شورای آپارتمان یا شورای محله، هیات امنای مسجد و .. ملموس‌ترین مصادیق مشارکت با برد محدود است که دامنه شمول و فعالیت‌های آن از یک محله خاص فراتر نمی‌رود.

• مشارکت با برد متوسط: مشارکتی است که از امور محلی فراتر می‌رود و در نهادهایی تحقق می‌یابد که میزان سازمان‌یافتگی آن‌ها از نهادهای محلی بیشتر است و همچنین اهدافی فرامحلی دارند. مشارکت در اتحادیه‌های صنفی، انجمن‌ها و کانون‌های فرهنگی، اجتماعی، هنری و ... مصادیق این نوع مشارکت هستند.

• مشارکت با برد گسترده: اگر بتوان مشارکت با برد محدود را مشارکت عمومی نامید، یعنی مشارکتی که همگان بتوانند در آن وارد شوند، در این صورت مشارکت با برد گسترده مشارکت خاص و ویژه است. فعالیت‌های انتخاباتی، شرکت و عضویت در احزاب و تشکل‌های سیاسی، سازمان‌های غیر دولتی و ... مصادیق این نوع مشارکت هستند (دکر، ۱۳۷۲؛ به نقل از ساروخانی و امیرپناهی، ۱۳۸۵).

مشارکت اجتماعی را بر مبنای هدف نیز می‌توان به صورت ذیل تقسیم‌بندی کرد:

• مشارکت ابزاری: که شامل فعالیت‌هایی است که خارج از گروه مشارکت‌کننده هدایت می‌شود.

- مشارکت هدفمند: که مشارکت اجتماعی به صورت خود کفا، هدفمند و تحت نظارت خود اعضا است (محسنی تبریزی و عباسی قادی، ۱۳۹۳).

نظریه‌های مشارکت

در زمینه مشارکت دو نوع نظریه وجود دارد.

نظریه‌های شناختی: این نظریه‌ها ریشه در اندیشه‌های ماکس وبر دارند. در این نظریه‌ها بر نظام اعتقادات، باورها، گرایش‌ها و اندیشه‌های فرد تأکید می‌شود. فرضیه مهم این نظریه‌ها عبارت از این است که اگر مشارکت به عنوان یک کنش اجتماعی در نظر گرفته شود این کنش برخاسته از وجوه فرهنگی هر جامعه و تحت عناصر گوناگون در سیستم فرهنگی جامعه است. در واقع هنگامی که میزان مشارکت فرد یا تمایل فرد برای مشارکت در جامعه کم است ریشه آن به دیدگاه‌های جامعه و فرد در خصوص فرهنگ، باورها و تصور فرد به محیط پیرامون برمی‌گردد. یعنی یک نوع بی‌قدرتی و احساس بی‌قدرتی در فرد به وجود می‌آید که خود عامل مهمی برای کاهش مشارکت افراد است. افرادی که احساس بی‌قدرتی می‌کنند، اعتماد به نفس خود را نیز از دست می‌دهند و احساس می‌کنند که حضور و عدم حضور آن‌ها در فرآیندهای اجتماعی تاثیری ندارد، لذا در عرصه اجتماع کمتر فعالیت مشارکتی دارند.

نظریه‌های رفتاری: این دسته از نظریه‌ها بر جنبه رفتاری تأکید دارند و به سود و زیان مشارکت می‌پردازند، یعنی پاداش‌ها و مجازات‌هایی که در قبال انجام یک رفتار نصیب یک شخص می‌شود تعیین کننده ادامه رفتار او و میزان مشارکت او است. به عبارت دیگر برای این افراد این امر مهم است که در قبال انجام دادن رفتار و یا مشارکت جامعه چقدر آن‌ها را تنبیه می‌کند یا پاداش می‌دهد. لذا این نوع مشارکت‌ها در حیطه نظریه‌های مبادله و روان‌شناسی اجتماعی جای می‌گیرند (ساروخانی و امیرپناهی، ۱۳۸۵).

اجتماعی‌شدن مبارزه به مثابه مشارکت اجتماعی

«مشارکت اجتماع» قلب تپنده «اجتماعی‌شدن مبارزه با مواد مخدر» است. مشارکت فرآیندی است که اجازه می‌دهد اجتماع مورد نظر از تمام جنبه‌های اجرای طرح بهره‌مند شود و از این طریق اجتماع و بازیگران فردی مسئولیت سلامت و رفاه خود و توسعه

ظرفیت را برای کمک به توسعه خود و دیگران برعهده می‌گیرند (به نقل از بقایی سرابی، ۱۳۹۷). به‌طور کلی، مشارکت اجتماعی دلالت بر گسترش روابط بین گروهی در قالب انجمن‌های داوطلبانه، باشگاه‌ها، اتحادیه‌ها و گروه‌هایی دارد که معمولاً خصلتی محلی و غیردولتی دارند که در قالب سیاست‌های اجتماعی، مشارکت و درگیر ساختن مردم در فرایندهای مختلف مبارزه با مواد مخدر را هدف خود می‌دانند.

اکثر برنامه‌های اجتماع محور مبارزه با مواد مخدر رویکردی مشارکت جویانه دارند. هدف رویکرد مشارکت جویانه استفاده از گروه‌های هدف یا گروه‌هایی است که تمرکز روی آنها است. این روش مردم‌سالارانه و محله‌محور است و دیدگاه‌ها و روش‌های آن منعطف و فرآیند محور هستند. جوهره اصلی رویکرد مشارکت جویانه در این امر خلاصه می‌شود که گروه‌های ذی‌نفع از طریق بحث و گفتگو در متن‌های مختلف زندگی و محل سکونت خود، موضوع را تشریح کنند، جوانب آن را به نحوی که به محل زندگی‌شان مربوط است، برشمارند، مسأله‌دارترین خانواده‌ها را مشخص کنند و مهم‌تر از همه راه‌حل نشان دهند و در طراحی برنامه، تصویب آن و بالاخره اجرا و ارزیابی آن فعالانه شرکت داشته باشند. در این رویکرد از اصول هدایت‌گر، مفاهیم کلیدی و محوری و مجموعه‌ای از تکنیک‌هایی استفاده می‌شود که به‌طور کنشی و واکنشی تعیین می‌شود. لیکن این اصول و مجموعه‌های فنون به هیچ وجه نهایی و غیرقابل تغییر محسوب نمی‌شوند، بلکه تنها گام نخست به حساب می‌آیند. در این تلقی از مبارزه با مواد مخدر کوشش می‌شود تا کنترل امور به مردم واگذار شود. با این حساب مردم در فرآیند تحقیق، برنامه‌ریزی، تخصیص منابع، نحوه هزینه کردن و تشخیص اولویت‌های مبارزه با مصرف مواد مخدر به‌عنوان همکار تلقی می‌شوند و دخالتی مستقیم دارند.

به کاربردن روش‌های مشارکت جویانه متضمن چند فایده مهم است: (۱) افزایش آگاهی و درک شناخت در باب کنشگران کلیدی و گروه‌های اصلی در سطح محلی؛ (۲) بهبود کیفی و کمی اطلاعات در باب شرایط محلی؛ (۳) مشخص سازی امکانات توسعه‌ای ممکن؛ (۴) بسیج منابع خارج از محل برای تحقق امکانات توسعه‌ای ممکن و عملی؛ (۵) یاری رساندن به مردم محل برای تشخیص محدودیت‌ها، تنگناها و موانع؛ (۶) تعیین

اولویت‌ها و فعال‌شدن اهالی در این زمینه‌ها؛ (۷) تقویت اعتماد و توانمندسازی سازمان‌های محلی و (۸) حمایت از راه‌کارهای حل تضادهای محلی (پیران، ۱۳۷۹).

هرگونه پیشگیری و عملیات مبارزه با مصرف موادمخدر به منظور مراقبت از آرامش و بهداشت جوامع مستلزم حرکت، گفتگو، مشارکت و مجاورت محلی است. این امر همچنین باید مشارکت فعال شهروندان، رهبران و اعضای هر دو طرف یعنی هم‌سازمان‌های دولتی و هم‌بخش‌های خصوصی (موسسات اجتماعی، شوراهای محله‌ها و سازمان‌های غیردولتی) را تامین نماید (چالوم و همکاران، ۱۳۸۹، به نقل از بقایی سرابی، ۱۳۹۷). بنابراین دستیابی به این مهم مستلزم درگیر شدن بازیگران بیشتری در عرصه پیشگیری و تغییر در مکانیسم‌های تنظیمات اجتماعی و محیطی است و این امر نقشی راهبردی به محله‌ها می‌دهد.

مشارکت به عنوان شاخص اصلی در اجتماعی‌شدن مبارزه با مواد مخدر در نظر گرفته می‌شود. منظور از مشارکت در چنین درکی که از مبارزه وجود دارد مشارکت فعال و همبسته است، یعنی مبارزه «توسط مردم» نه مبارزه «با مردم» یا «برای مردم». هدف این است که درگیر شدن، تعهد داشتن، احساس تعلق، مسئولیت‌پذیری و تلاش در ایجاد همبستگی به منظور دستیابی به نتایج و دستاوردهای مطلوب در امر مبارزه با مصرف مواد مخدر «توسط خود مردم» مد نظر قرار بگیرد. مشارکت در برنامه اجتماع محور به صورت یک طیف در نظر گرفته شده است. فعالیت مشارکتی در آغاز با «تجمع» («با مردم») همراه است و در «اواسط» فعالیت مشارکتی با «سازماندهی و تشکیل یابی» («برای مردم») ادامه پیدا می‌کند و در «نهایت» به «توانمندی و عمل» («توسط مردم») که همان «همبستگی» است، دست خواهد یافت (اقلیما و راسی، ۱۳۸۸). به سخن دیگر آنچه باید اتفاق بیفتد برنامه‌ریزی مشارکتی برای بهبود شرایط فرد در اجتماع و اجتماع برای فرد است (آدامز، ۲۰۰۸؛ به نقل از احترامی و وطن‌پرست، ۱۳۹۳).

اجتماعی‌شدن مبارزه به مثابه شبکه‌سازی اجتماعی

وجه سازمانی مبارزه با موادمخدر مستلزم کسب شناخت، دانش و فرهنگ از محیط است. این امر میسر نمی‌شود مگر با بهره‌گیری از شبکه‌های اجتماعی. دیدگاه شبکه‌ای عمدتاً به

این امور می‌پردازد که منابع مبارزه از کجا می‌آیند، در کجا استفاده می‌شوند و چگونه به دست می‌آیند. در این رویکرد این گونه ادراک می‌شود که منافع، تصمیم‌ها و مهارت‌های فردی مبارزه‌کنندگان با منافع، تصمیم‌ها و مهارت‌های دیگران در شبکه اجتماعی مورد نظر مرتبط است. دیدگاه شبکه‌ای، چارچوب وحدت‌بخشی را تدارک می‌بیند که می‌تواند بینش‌های مربوط به رویکردهای بی‌شمار دیگر را یکپارچه کند. رویکرد شبکه‌ای می‌تواند در ساختار به هم وابستگی تصمیم، اشاعه اطلاعات و قواعد تصمیم، انباشتگی اطلاعات، و تعارض‌های منفعتی احتمالی در امر مبارزه با مواد مخدر در شبکه روابط اجتماعی نقش داشته باشد (برآگمن، ۲۰۰۸ به نقل از بقایی سرابی، ۱۳۹۷).

چنانچه بخواهیم اجزاء فرایند یک ارتباط شبکه‌ای را مورد تجزیه و تحلیل قرار دهیم می‌توان آن را به‌طور کلی در سه مرحله متداخل ذکر کرد: مرحله آمادگی و پذیرش، مرحله برنامه‌ریزی و مرحله عمل.

(۱) آمادگی و پذیرش: در این مرحله در حقیقت سازمان‌های غیردولتی اجتماع‌محور با کسب آگاهی و دانش در زمینه شبکه و ارتباط شبکه‌ای و تقویت ویژگی‌ها و مهارت‌های لازم، برای ساختن شبکه مبارزه با مواد مخدر آماده می‌شوند. یکی از عوامل انتقال دانش به سازمان‌ها می‌تواند یک فرد یا سازمان بیرونی و یا یکی از سازمان‌های اجتماع‌محور باشد.

(۲) برنامه‌ریزی: در این مرحله اعضای شبکه پس از کسب آمادگی، شروع به برنامه‌ریزی برای شبکه مبارزه با مواد مخدر می‌کنند. تدوین اساسنامه، آیین‌نامه‌ها، تعیین اهداف راهبردی، تعیین ساختار شبکه و نوشتن پروژه‌ها همگی از جمله مواردی هستند که در این مرحله به آن پرداخته می‌شود. برنامه‌ها و فعالیت‌های شبکه سازمان‌های اجتماع‌محور نباید از «بالا به پایین» طراحی و تنظیم شوند. در فعالیت‌های شبکه باید نظام مشارکت فراگیر محقق شود. تجهیز شبکه به سیستم‌های شفاف مشارکتی در ابتدای کار شبکه مبارزه با مواد مخدر بسیار با اهمیت است.

(۳) مرحله عمل: در این مرحله متناسب با برنامه‌ریزی انجام شده در مرحله قبل،

سازماندهی منابع، هدایت شبکه و نظارت و ارزشیابی آن انجام می‌گیرد. گزارش‌دهی به اعضا شبکه و ارتباط هدفمند با مردم از اجزا مهم مدیریت یک شبکه سازمان‌های اجتماع محور به‌شمار می‌آید. شبکه مبارزه با مواد مخدر متناسب با برنامه‌ریزی انجام شده ارتقاء پیدا می‌کند. تجهیز منابع (مالی، انسانی و نظایر آن) برای شبکه مبارزه با مواد مخدر با جدیت بیشتری صورت می‌گیرد و بدین ترتیب شبکه برای انجام پروژه‌های خود شروع به جلب منابع می‌کنند (احترامی، ۱۳۹۱).

مشارکت نداشتن در فعالیت‌های اجتماعی و عدم اعتماد، مانع جذب فرد در چارچوب‌های اجتماعی می‌شود. در این صورت فرد احساس می‌کند که هیچ فصل مشترکی بین ارزش‌های فردی و اجتماعی‌اش وجود ندارد و نسبت به ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی بی‌تفاوت و بی‌اعتماد می‌شود. بنابراین احساس می‌کند که سرنوشت اجتماع به نیروها یا ساختارهای خارجی مربوط است نه به اجزای تشکیل دهنده اجتماع و برای اجتماع توان بالقوه‌ای در مسیر تکامل خود قائل نیست. با این طرز تفکر، شخص احساس می‌کند که جامعه آنقدر پیچیده است که نمی‌توان آن را فهمید و آینده را پیش‌بینی کرد، بنابراین نگرش مثبت خود را نسبت به اجتماع و حتی افراد آن جامعه از دست می‌دهد. وقتی که نگرش‌های فوق در فرد ایجاد شد، فرد کارایی خود را از دست می‌دهد و احساس می‌کند که نقش مهمی در پیشرفت و آینده جامعه نمی‌تواند داشته باشد و در نهایت سلامت اجتماعی فرد کاهش می‌یابد و در نتیجه اختلال در رفتارهای اجتماعی و ناهنجاری‌های اجتماعی و رفتاری مانند اعتیاد افزایش می‌یابد (باباپورخیرالدین و همکاران، ۱۳۹۵).

مروری بر پیشینه پژوهش

در زمینه ارتباط مشارکت اجتماعی با وابستگی به مصرف مواد و آسیب‌های اجتماعی پژوهش‌هایی انجام شده است که در ادامه به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود.

عامری (۱۳۹۶) در پژوهشی با عنوان امنیت و مشارکت اجتماعی زنان در مواجهه با ناهنجاری‌های محله‌ای سه مقوله "امنیت اجتماعی، به‌خطرافتادن بهداشت خانواده (روانی جسمی) و اختلال در کنش‌های سازنده اجتماعی فرهنگی" را استخراج کرد. نتایج نشان

داد که زنان محله، مشارکت خود را بی نتیجه یا همراه با نتایج کوتاه مدت در بهبود وضعیت محله دانستند. آسیب‌ها هر دو گروه بزه‌کاران پراکنده در محله و آسیب‌دیدگان را به واکنش‌های اغلب طعنه‌آمیز در قبال نظام برنامه‌ریزی و نظارت جامعه واداشته بود. نتایج تحقیق سلطانی، مشرف جوادی و برازی (۱۳۹۷) در مورد نقش یادگیری صلاحیت‌های رفتار دانشی شهروندان در اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر نشان داد که سلامت و بهداشت فردی، کارآفرینی، مهارت فردی به ترتیب به عنوان ۳ اولویت مولفه‌های رفتار دانشی شهروندان گزارش شد. از میان ۱۳۵ شاخص رفتاری، آگاهی از شاخص‌های سلامت اجتماعی، محیط زندگی سالم، سلامت عاطفی و سلامت شغلی به عنوان اولویت‌های کلیدی شاخص رفتار دانشی شهروندان شهر اصفهان در بعد سرمایه انسانی (فردی) و مشارکت اجتماعی و مشارکت در انتقال میراث دانش شهری، استفاده از توانایی‌ها و شایستگی‌های دیگران، آگاهی از عوامل مربوط به رفاه اجتماعی، آگاهی از سرویس‌های توسعه شبکه‌های اجتماعی (سمن‌ها و ...)، شناخت عوامل گرایش به اعتیاد و سایر آسیب‌های اجتماعی، به عنوان پنج اولویت کلیدی شاخص رفتار دانشی شهروندان شهر اصفهان در بعد سرمایه انسانی (جمعی) گزارش شد. محمدی و سحافی (۱۳۹۷) در پژوهشی مروری با عنوان نقش ارتقای سطح امید، مشارکت و نشاط اجتماعی با تمرکز بر جامعه‌نخبگان کشور در پیشگیری از اعتیاد اشاره کرده‌اند که بین نشاط، امید، مشارکت اجتماعی و بهره‌مندی از توانمندی‌ها و ظرفیت‌های جوانان و نخبگان کشور با آسیب‌های اجتماعی در جامعه ایرانی رابطه معکوس وجود دارد. ارتقاء سطح امید، نشاط و مشارکت اجتماعی به عنوان یک عامل اساسی پیشگیرانه به شمار می‌آید. گرجی گرسامی و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی با عنوان بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و مشارکت شهروندان در پیشگیری از اعتیاد نشان داد که بین سرمایه اجتماعی و ابعاد آن (مشارکت اجتماعی، اعتماد اجتماعی، انسجام اجتماعی، روابط اجتماعی) و مشارکت شهروندان در پیشگیری از اعتیاد رابطه معناداری وجود دارد. زیاری، حاتمی و مصاحبی (۱۳۹۶) در پژوهشی با عنوان بررسی عوامل موثر بر افزایش مشارکت اجتماعی با تاکید بر احساس تعلق محله‌ای به این نتیجه رسیدند که بین متغیرهای زمینه‌ای شامل (جنسیت، سن،

تحصیلات، شغل، میزان درآمد، مدت زمان سکونت در محله) با آمادگی برای مشارکت رابطه معنادار وجود دارد. به این صورت که تحصیلات بالاتر افراد برابر است با درک بالاتر افراد از مزایای مشارکت و پایگاه شغلی بهتر برابر است با انگیزه بالاتر افراد در فرآیند مشارکت. همچنین میزان درآمد بالاتر برابر است با قدرت بیشتر افراد در فرآیند مشارکت و سال‌های سکونت بیشتر برابر است با احساس هویت محله‌ای بیشتر و آمادگی بالاتر برای مشارکت. همچنین بین متغیرهای اصلی پژوهش (احساس تعلق محله‌ای و احساس امنیت محله‌ای) با آمادگی برای مشارکت رابطه معنادار وجود داشت. حس تعلق به محله موجب مسئولیت‌پذیری افراد و در نهایت آمادگی برای فعالیت‌های مشارکتی می‌شود.

علی نژاد (۱۳۸۸) در خصوص سرمایه اجتماعی و پیوند آن با پلیس جامعه محور اشاره کرده است که جامعه محوری در پلیس نوعی بازگشت مجدد پلیس به جامعه است آن هم نه یک بازگشت فیزیکی و ظاهری، بلکه بازگشت رویکردی و نگرشی که اصل پیشگیری از وقوع جرم و اصل رضایت شهروندی نتیجه و ماحصل آن است. سرمایه اجتماعی توانمندی‌ها و استعداد‌های نهفته در بطن جامعه است که در بستر نهادهای مدنی و رسمی بروز پیدا می‌کند و با جامعه محوری دارای پیوند معنایی است. سرمایه اجتماعی به پلیس امکان می‌دهد تا اعتماد، مشارکت مردمی و نهادهای مدنی را در جهت کنترل هر چه بهتر جامعه و رهایی از دام‌های پلیسی به کار گیرد. نتیجه اساسی این است که جامعه محوری و سرمایه اجتماعی هر دو به عنوان مکانیزم‌هایی عمل می‌کنند که استعداد‌های نهفته در ذات جامعه را در جهت انسجام، وحدت اجتماعی و تحکیم پایه‌های کنترلی به کار می‌گیرند. نتایج تحقیق وروایی و پرنداخ (۱۳۹۵) با عنوان بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر تکرار جرم نشان داد که بین احساس محرومیت، رضایت از زندگی، دینداری، مشارکت اجتماعی و پایگاه اقتصادی با تکرار جرم در بین مجرمین ارتباط معنادار وجود دارد. عباسی اسفنجیر و قربانی اصل (۱۳۹۵) در تحقیقی با عنوان نقش مولفه‌های اجتماعی در پیشگیری از جرائم شهری (سرقت و مواد مخدر) بر نقش عواملی همچون روابط اجتماعی، انسجام اجتماعی، اعتماد اجتماعی، مشارکت اجتماعی و تعلق مکانی و آگاهی اجتماعی در پیشگیری از

جرم تاکید کرده‌اند. یافته‌های تحقیق حق نظری و شایگان (۱۳۹۵) در خصوص نقش مشارکت نهادهای مردمی در پیشگیری اجتماعی از جرم نشان داد که مشارکت اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی نهادهای مردمی در پیشگیری از جرائم نقش مهمی دارد و در این بین، مشارکت اجتماعی از تاثیرگذارترین عوامل و بعد از آن، مشارکت‌های فرهنگی و اقتصادی قرار داشتند. مشارکت سازمان‌های مردم نهاد می‌تواند موجب کاهش جرائم شود. به هر میزان که سمن‌ها در پیشگیری از جرم مشارکت کنند فرهنگ مشارکت در پیشگیری از جرائم را در جامعه رواج داده و ارتباط بهتری بین پلیس و مردم به وجود می‌آید که به نوبه خود باعث کاهش جرائم می‌شود.

موسوی (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان راهکارهای ارتقاء مشارکت اجتماعی دانشجویان در پیشگیری از مصرف موادمخدر و روان‌گردان‌ها بر راهکارهای افزایش دانش، توانایی و مهارت‌ها، اعتماد، همدلی، صمیمیت و حمایت، ترویج ارزش‌های فرهنگی، معنوی و دینی، همکاری، پیوند و تعلق، منزلت دانشجوی و مساوات و برابری، گفتگو، تبادل نظر و نقد مسائل و آسیب‌های اجتماعی، یکپارچگی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی، حساس‌سازی دانشجویان نسبت به سلامت جسمی و روانی یکدیگر و الگوبرداری از رفتارهای صحیح و ارزش‌گذاری به آن‌ها در دانشجویان تاکید کرده است. جمشیدی‌ها، پروایی هره دشت، پیری و ادیب حاج باقری (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان بررسی نقش احساس تعلق محله‌ای در افزایش مشارکت اجتماعی به این نتیجه رسیدند که متغیر شناخت محله‌ای بیشترین تاثیر را بر آمادگی برای مشارکت داشته است. هاشمیان فر و اکبرزاده (۱۳۹۳) پژوهشی با هدف بررسی و مقایسه مشارکت اجتماعی والدین نوجوانان بزهکار و نوجوانان عادی در امور مدرسه انجام داده‌اند. نتایج نشان داده است که در زمینه مشارکت تربیتی - پرورشی والدین براساس قیود اجتماعی نظریه هیرشی، بین دلبستگی به خانواده و باور به هنجارهای اجتماعی نوجوانان بزهکار و نوجوانان غیر بزهکار تفاوت معنادار وجود دارد. اما در زمینه تعهد به اهداف مدرسه بین نوجوانان بزهکار و نوجوانان غیر بزهکار تفاوت معنادار وجود ندارد. همچنین نتایج تحقیق در زمینه مشارکت آموزشی والدین نیز بیانگر آن است که میانگین درگیر بودن در امور آموزشی و فوق برنامه مدرسه در بین نوجوانان غیر بزهکار

بیشتر از نوجوانان بزهکار است. تاج‌الدینی و مقصودی (۱۳۹۶) در پژوهشی به بررسی آسیب‌شناسی و شناخت نقش سازمان‌های مردم‌نهاد در فرایند صیانت و حمایت اجتماعی از معتمدان بهبود یافته پرداختند. به همین منظور ۹۰ نفر از افراد دارای سابقه بالای ۳ سال پاکی در گروه‌های NA شهر کرمان را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که میزان روابط اجتماعی، فشار اجتماعی، عدالت اجتماعی و حمایت اجتماعی با عدم گرایش مجدد به اعتیاد رابطه معنی‌دار دارد. قبادزاده و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهشی مروری به بررسی عوامل رفتاری، هیجانی و اجتماعی مرتبط با مواد پرداختند و به این نتیجه رسیدند که در سطح اجتماعی عواملی مثل وضعیت آنومیک، سرمایه اجتماعی، شبکه روابط، حمایت اجتماعی، شکاف بین نسلی و معنویت نقش عمده‌ای در گرایش، شروع و ادامه مصرف مواد ایفا می‌کنند. نیازی، عباس‌زاده و سعادت‌تی (۱۳۹۶) در پژوهشی به بررسی جامعه‌شناختی سهم مولفه‌های اجتماعی در تبیین رفتارهای مخاطره‌آمیز پرداختند. به همین منظور ۶۳۰ نفر از افراد سنین ۱۵-۳۴ سال شهر تبریز را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که تمامی مولفه‌های سرمایه اجتماعی شامل حمایت اجتماعی، مشارکت اجتماعی، آگاهی اجتماعی، انسجام اجتماعی و اعتماد اجتماعی با بروز رفتارهای پرخطر ارتباط دارند. گرجی‌گرسامی و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی به بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و مشارکت شهروندان در پیشگیری از اعتیاد پرداختند. به همین منظور ۳۸۴ نفر از شهروندان ساری بالای ۱۵ سال را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که بین سرمایه اجتماعی و ابعاد آن (مشارکت اجتماعی، اعتماد اجتماعی، انسجام اجتماعی و روابط اجتماعی) و مشارکت شهروندان در پیشگیری از اعتیاد رابطه معناداری وجود دارد. لاردیر، باریوس، گارسیا-رید و رید^۱ (۲۰۱۸) در پژوهشی به پیشگیری از سوء مصرف مواد با تاکید بر نقش خانواده، شبکه حمایت اجتماعی، اهمیت مدارس و مشارکت اجتماعی در جوانان پرداختند. به همین منظور ۵۳۸ نفر را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که دسترسی به منابع اجتماعی بیشتر مانند حمایت خانواده، حمایت اجتماعی باعث مشارکت اجتماعی بیشتر در جوانان شده و پیامد این امر می‌تواند پیشگیری از

گرایش به مصرف مواد باشد.

بحث و نتیجه گیری

مداخلات اجتماع محور مشارکتی، به کلیه تلاش‌های کنشگران حاضر در اجتماع برای مبارزه با مواد مخدر اطلاق می‌شود. این نوع از مبارزات با مواد مخدر از چند ویژگی برخوردار است. ویژگی اول این است که در این مداخلات، مشارکت به‌عنوان بخش غیر قابل اجتناب محسوب می‌شود. مشارکت به معنای کنشی آگاهانه، داوطلبانه و جمعی جهت تحقق اهداف، نیازها و منافع جمعی تعریف می‌شود. در واقع هدف از مداخلات اجتماع محور مشارکتی، قادر ساختن افراد یک اجتماع به نحوی است که بتوانند صدا و نظرات خود را به گوش جامعه و نهادهای مختلف رسانده و گام‌های موثرتری در جهت انتفاع یا رفع یک مشکل عمومی بردارند. مشارکت این فرصت را فراهم می‌کند تا گروه‌های مختلفی از مردم یک اجتماع دست به دست یکدیگر داده و در جهت تغییر وضعیت موجودی که آن را مطلوب نمی‌پندارند، گام بردارند. ویژگی مهم کلیدی دیگر، عملگرایی آن است. برنامه مبارزه مشارکتی برای دستیابی به راه‌حل‌های مشکلات، فرصت و شانس بیشتری دارد چرا که مستقیماً افرادی را درگیر می‌کند که بیشترین درک و سهم را از شرایط موجود دارند. در واقع خود فرآیند مبارزه که در آن یکایک اعضای اجتماع سهیم هستند از نتایج و پیامدهای آن پراهمیت تر هستند. سومین ویژگی مبارزه اجتماع محور این است که قادر است پیشرفت اعضای اجتماع در پیشگیری و درمان آسیب‌های ناشی از مصرف مواد مخدر را «تسهیل کند» نه اینکه تنها هدف آن استخراج اطلاعات و استفاده ابزاری از آن‌ها در امر مبارزه با مواد مخدر باشد. برنامه‌ریزان باید نسبت به تاثیر نگرش، رفتارها و احساسات اعضای اجتماع هوشیار بوده و نسبت به واگذار کردن قدرت به دیگران، پیشگام و متعهد باشند. در واقع هدف «قادر ساختن افراد برای درک موقعیت خود و انجام اقدامات سودمند برای اعضای اجتماع» است. در برنامه کنترل مواد مخدر سازمان ملل متحد و سازمان بهداشت جهانی در پیشگیری اولیه از مصرف مواد مخدر نقش اساسی به اجتماع واگذار شده است. نقش اجتماع در جلوگیری از مصرف مواد باید مشارکتی باشد و تنها پاسخ به خدمات برنامه‌ریزی و طراحی شده

توسط سازمان‌های بیرونی و یا افراد نباشد. در واقع اجتماع باید مشارکت فعالی در تعیین نیازها، توسعه راه‌حل‌ها، اجرا و ارزشیابی مداخلات داشته باشد. همچنین پیشگیری اولیه باید جامع باشد و باید روی منابع انسانی، مالی و مادی جهت توانمندسازی، کمک به خود و مشارکت جامعه حساب باز کند (به نقل از بقایی سرابی، ۱۳۹۷). مشارکت اجتماع در مبارزه با مواد مخدر دلالت بر تشویق جامعه به برنامه‌ریزی و مدیریت فعالیت‌های پیشگیری اولیه دارد. مشارکت اجتماع شامل مشارکت در تمامی مراحل تدوین برنامه مبارزه و اجرای برنامه‌ها می‌شود. این امر اطمینان می‌دهد که اعضای اجتماع از جمله جوانان، با حمایت از برنامه و پذیرش مسئولیت در اقدامات پیشگیری برای افزایش ظرفیت و کمک به خودشان مشارکت می‌کنند.

این غیر واقعی است که انتظار داشته باشیم اعضای اجتماع (از جمله جوانان) برای پشتیبانی برنامه‌های پیشگیری از مصرف مواد مخدر به‌طور خودکار به جلو خواهند آمد. بلکه نیاز است راه‌هایی برای ایجاد انگیزه در اجتماع پیدا کنند. برای مشارکت اجتماع آن‌ها باید «بسیج شوند» و انگیزه کافی داشته باشند. زمانی که انگیزه کافی وجود داشته باشد آن‌ها به خوبی از برنامه حمایت می‌کنند و این به نوبه خود ظرفیت برنامه را افزایش می‌دهد. راه‌های بسیاری برای ایجاد انگیزه در اجتماع وجود دارد که بایستی از روش‌هایی استفاده کرد که مناسب و با توجه به شرایط فراهنگی اجتماع مورد نظر باشد. در همین ارتباط و در برنامه کنترل مواد مخدر سازمان ملل متحد و سازمان بهداشت جهانی، طرح اجتماعی شدن پیشگیری اولیه از اعتیاد به صورت یک چرخه فرآیندی تلقی می‌شود که از «ارزیابی وضعیت محلی» آغاز می‌شود و با «تدوین و فرموله کردن طرح»، «بسیج منابع»، «پیاده‌سازی و اجرای طرح»، «پایش و نظارت طرح»، «ارزشیابی تأثیر طرح» و در نهایت پس از «بازبینی و اصلاح» به مرحله اول باز می‌گردد. شکل ۱ چرخه طرح اجتماعی شدن پیشگیری اولیه از اعتیاد را نشان می‌دهد (به نقل از بقایی سرابی، ۱۳۹۷).



شکل ۱: چرخه طرح پیشگیری اولیه از اعتیاد

علاوه بر چرخه فوق، پژوهشگران در برنامه توانمندسازی مبتنی بر مدل ارزشیابی بوم‌شناسی اجتماعی که توسط گودمن تهیه شده بود موفق به تدوین طرح اجتماع‌محور شش مرحله‌ای شدند. در این برنامه پژوهشگران «ورود به اجتماع» را با «ملاقات با رهبران اجتماع و مسئولین سازمان‌های اجتماع» آغاز کردند. این مراحل مداخلات اجتماع‌محور عبارت بودند از: ۱- ورود به اجتماع، ۲- شناسایی مسائل، ۳- اولویت‌بندی، ۴- ارائه راهبرد، ۵- اجرا و ۶- انتقال (بقایی سرابی، ۱۳۹۷).

به‌طور کلی، در برنامه‌های اجتماع‌محور پیشگیری از اعتیاد مبتنی بر محله، یکی از نتایج حاصل از «تحلیل وضعیت محلی»، ارزیابی «آمادگی محله برای اقدامات پیشگیرانه» است. در این راستا با استفاده از سه دسته اطلاعات قبلی (ویژگی‌های محلی، نیازسنجی و امکان‌سنجی) می‌توان فهمید که به ترتیب اولویت چه تغییراتی باید در محله ایجاد شود (که امکان انجام آن‌ها وجود دارد). با تحلیل این داده‌ها و اطلاعات امکان‌تعیین عوامل خطر و عوامل محافظ و همچنین، امکان‌پیش‌بینی موفقیت برنامه‌های پیشنهادی که قابلیت تحقق بیشتری دارند بیش از پیش میسر می‌شود. برای موفقیت برنامه‌ها روشن شدن تقاضای اهالی اهمیت زیادی دارد. همچنین انتخاب برنامه‌هایی که هزینه-اثربخشی مناسبی دارند می‌تواند تامین‌کنندگان منابع (داخل محله یا خارج از محله) را قانع سازد (احترامی، ۱۳۹۰). در رویکرد اجتماع‌محور، تمامی ذی‌نفعان از جمله مردم پس از آگاهی از برنامه و کسب آموزش‌ها و مهارت‌های لازم از ابتدای فرآیند سنجش‌نیاز، تعیین اولویت‌ها، طراحی مداخلات مناسب و حتی اجرای آن به مشارکت گرفته می‌شوند. مزایای استفاده

از این روش، افزایش تعهد جمعی، تعیین نیازهای واقعی و طراحی مداخلات مناسب جهت رفع مشکل، کاهش هزینه‌های اضافی و صرفه‌جویی در منابع و استفاده از اکثریت پتانسیل‌های موجود در جامعه است (ریفکین^۱، ۲۰۰۹). در این رویکرد ذی‌نفعان واقعی که استفاده‌کنندگان از نتایج مداخلات هستند در تمامی فرآیند تعیین‌نیاز، طراحی مداخلات و حتی اجرای آن مشارکت داشته و نسبت به برنامه «احساس مالکیت واقعی» می‌کنند. افزایش مشارکت اجتماعی، تسهیل ارتباطات اجتماعی و شرکت در فعالیت‌های گروهی از جمله عواملی است که در نتیجه اقدام بر اساس این رویکرد حاصل می‌شود که خود به تنهایی موجب ارتقای سلامت می‌شود (آنتونوسکی^۲، ۱۹۸۷ به نقل از بقایی سرابی، ۱۳۹۷).

پیشنهادها

پیش‌نیاز نگاه سیستمی و تحقق کامل و جامع رویکرد اجتماعی‌شدن، تقویت گفت‌وگوهای اجتماعی، شکل‌گیری اهتمام اجتماعی از سوی همه لایه‌های جامعه، بهره‌گیری از تمامی فرصت‌ها و ظرفیت‌ها اعم از منابر، مساجد، مدارس، دانشگاه‌ها، اجتماعات محلی و ایجاد کارزار رسانه‌ای موثر، پرهیز از هر گونه نگاه اداری و آماری و ضرورت شکل‌گیری نهضت فراگیر اجتماعی پیشگیری اولیه از اعتیاد و ارزیابی مستمر میزان اثربخشی اقدامات در افزایش دانش، تغییر نگرش و بینش و شکل‌گیری رفتار ضد اعتیاد در جامعه است. دستیابی به این مولفه بسیار مهم و اساسی، واگذاری امور از سوی دستگاه‌های دولتی به سازمان‌های مردم‌نهاد و تشکل‌های مردمی است تا به وسیله مردم شاهد خلاقیت، گفتگو، احساس تعلق، شکل‌گیری شبکه‌های اجتماعی گسترده برای اجتماعی‌شدن امر مبارزه علیه اعتیاد، مواد مخدر و روان‌گردان‌ها در سطح کشور باشیم و بدین ترتیب با تقویت سرمایه‌های اجتماعی شاهد جامعه‌ای سالم و بانشاط باشیم.

به‌منظور نیل و تحقق این رویکرد در سطح کشور، توجه به اسناد بالادستی و موارد قانونی مندرج در بند هشتم اصل سوم قانون اساسی (مبنی بر مشارکت عامه مردم در تعیین

سرنوشت اجتماعی‌شان و تأکید به دولت برای به کارگیری همه امکانات به منظور فراهم کردن مشارکت مردمی در تعیین سرنوشت‌شان)، بند نهم سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر (مبنی بر مشارکت آحاد جامعه)، بند ۳۶ سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه (در خصوص تقویت حضور و مشارکت مردم در عرصه‌های اجتماعی)، بند ۵۷ سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه و ماده ۸۰ قانون برنامه ششم توسعه (مبنی بر بسط و توسعه نقش مردم در حوزه مشارکت‌های گروهی و جلب مشارکت ذی‌نفعان) ضرورت دارد. همچنین، لزوم شکل‌گیری و تحقق مراتب زیر از جمله الزامات جدی در عرصه اجتماعی شدن کاهش تقاضای مواد است که به اختصار به تبیین آن‌ها پرداخته می‌شود:

۱- پرهیز از نگاه‌های سطحی و تقلیل‌گرایانه، ساده‌بینی، ساده‌نگری، اقدامات شتاب‌زده، تک‌بُعدی، عجولانه، هیجانی، غیر کارشناسی و همچنین اجتناب از اتخاذ رویکردهای امنیتی و سیاسی به حوزه اعتیاد.

۲- ضرورت تغییر از سیاست‌های تجویزی دولتی به سیاست‌های مشارکتی و واگذاری تدریجی امور به مردم و مشارکت گسترده‌تر سازمان‌های مردمی در بخش‌های پیشگیری، درمان، زیان‌کاهی و صیانت اجتماعی از معتادان بهبودیافته با رعایت تخصص‌گرایی و ملاحظات فنی و نیز تغییر رویکرد از توجه به راه‌حل‌های دولت‌محور به شیوه‌های حل مسئله با تأکید بر ابتکارات جامعه مدنی.

۳- لزوم مداخله موثرتر و جدی‌تر کنش‌گران، متخصصان و تسهیل‌گران اجتماعی به منظور تقویت رویکرد مشارکت اجتماعی در کلیه کانون‌های مختلف اعم از مدارس، دانشگاه‌ها، محیط‌های کاری، محله‌ها و... علیه مواد مخدر و روان‌گردان‌ها.

۴- ضرورت توجه به شاخص‌ها و ویژگی‌های نسل قرن بیست و یکم و شناخت زبان این نسل و حرف زدن با زبان آنان در زمینه مشارکت‌شان در عرصه اجتماعی شدن نظیر توانمندی علمی، الگو ناپذیری، مطالبه‌گری مستمر، فردیت‌گرایی همراه با نگاه منفعت‌طلبی شخصی و شکل‌گیری اهداف فردی به جای اهداف اجتماعی، مطالبه حقوق‌گرایانه (به من چه چیز می‌رسد) به جای نگاه وظیفه‌مدار و اخلاق‌مدار.

۵- لزوم افزایش حس مسئولیت‌پذیری، تلاشگری، بیداری و هوشیاری اجتماعی آحاد

جامعه و ایفای نقش مسئولانه در عرصه کاهش تقاضای مواد و زدودن تنبلی اجتماعی از طریق شبکه‌سازی سمن‌ها و تلاش جمعی آنان.

۶- ضرورت توجه به نقشه خُلقی جامعه در عرصه اجتماعی شدن در زمینه مبارزه نرم‌افزاری.

۷- پرهیز از نگاه و اقدام دستوری و قیم مآبانه (اجتماعی کردن) و ایجاد باور به رویکرد اجتماعی شدن در لایه‌های مختلف جامعه.

۸- ضرورت تقویت مطالبه‌گری اجتماعی در عرصه مبارزه و ایجاد فضای نقد (تقویت فضای آزاد به جای فضای بسته) و بالا بردن آستانه تحمل و ظرفیت نقد عملکرد و داشتن گوش شنوا از سوی مسئولان و متولیان دستگاه‌های مختلف عرصه مبارزه برای مورد نقد قرار گرفتن و نیل به جامعه فاعل، عامل، منشأ اثر، پویا و گویا به جای جامعه منفعل و شنوا.

۹- لزوم شفاف‌سازی و صداقت در عرصه انتقال ضعف‌ها، عدم موفقیت‌ها، آمارها و ایجاد چرخه اطلاعات در عرصه اعتیاد و امر مبارزه، به‌منظور اعتمادسازی و مشارکت آحاد جامعه.

۱۰- لزوم درگیر شدن تمامی لایه‌ها و بخش‌های وزارخانه‌ها، سازمان‌ها و نهادها در مبارزه نرم‌افزاری با تزریق ژن مشارکت در همه لایه‌های اجتماعی.

۱۱- ضرورت توجه به نشاط اجتماعی نوجوانان و جوانان به خصوص در محیط‌های آموزشی و جلوگیری از رها شدن نسل جدید از طریق ایجاد پاتوق و گریزگاه در فضای مجازی و نیز در سطح شهرها و روستاها برای ارضاء حس جمعی و معاشرت‌پذیری، ابراز هویت گروهی، شنیده شدن صدای آن‌ها و تخلیه هیجانات‌شان و پرهیز از گرایش به هیجانات کاذب و مصرف مواد.

۱۲- لزوم توجه به پیوست اجتماعی کارآمد در کلیه طرح‌های اقتصادی و فرهنگی.

۱۳- ضرورت ایفای نقش و مداخله مؤثر کلیه معماران اجتماعی و گروه‌های مرجع اعم از اساتید و ورزشکاران، هنرمندان، نخبگان، دانشجویان، دانش‌آموزان، روحانیون، اصحاب هنر، اصحاب رسانه‌ها، معلمان، صنوف و سازمان‌های مردم‌نهاد در کاهش تقاضای مواد. لازم به توضیح است که باوجود بیش از ۵۲ میلیون نفر جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال‌سالم و در معرض خطر در سطح کشور تعداد سازمان‌های مردم‌نهاد در عرصه فرهنگی و پیشگیری در

نگاه خوش‌بینانه حدود ۹۷۲ سمن است یعنی به ازای هر ۵۴ هزار نفر جمعیت، یک سمن در عرصه پیشگیری در سطح کشور وجود دارد که رقمی بسیار ناچیز است. ضمن آنکه کمتر شاهد اقدام تخصصی و سازمان‌یافته در بخشی از سمن‌های موصوف در جامعه هستیم. ۱۴- توانمندسازی و حمایت از سمن‌ها در دوران تولد و دوران تثبیت و تجهیز آنان به دانش تخصصی در عرصه کاهش تقاضا، امن کردن زمینه فعالیت آنان، تثبیت استقلال و تخصصی نمودن آن‌ها در زمینه پیشگیری اولیه از اعتیاد در کانون‌های مختلف اعم از نهاد خانواده، مدارس، دانشگاه‌ها، محله‌ها، محیط‌های کارگری، اداری، صنعتی و نظامی و همچنین در عرصه درمان، زیان‌کاهی، حمایت و صیانت اجتماعی و همچنین تلاش برای شبکه‌سازی سمن‌ها، بازاریابی اجتماعی، توجه به بومی‌سازی و استاندارد نمودن برنامه‌ها و آموزش‌های اجتماعی با هدف جلوگیری از اقدامات سلیقه‌ای و اتلاف منابع.

۱۵- در حوزه اجتماعی شدن مبارزه لزوم توجه هم‌زمان و مستمر به اقدامات شناختی (علل و عوامل به وجود آورنده اعتیاد در لایه‌های مختلف جامعه)، اقدامات پیشگیرانه (فعالیت‌های آموزشی و ترویجی برای توانمندسازی آحاد جامعه)، اقدامات حمایتی (برای اқشار آسیب‌پذیر و در معرض خطر جامعه)، اقدامات مشارکتی (بهره‌گیری مناسب و مستمر از همکاری گروه‌های داوطلب)، اقدامات درمانی و حمایتی (برای رفع مشکلات معتادان) و اقدامات تنبیهی (برای مجازات قاچاقچیان، توزیع کنندگان و خرید و فروش کنندگان مواد). ۱۶- در عرصه اجتماعی شدن امر مبارزه ضرورت تحقق: (الف) الزامات نهادی (ایفای نقش از سوی کلیه دستگاه‌های دولتی، نهادهای حاکمیتی و اجرایی برای ایفای نقش و سهم خود در امر مبارزه و انجام کامل تکالیف قانونی و تعهدات ناشی از اسناد فرادستی)؛ (ب) الزامات ساختاری (برای اصلاح ساختارها و چابک‌سازی و اعتماد به نهادهای مدنی) و (ج) الزامات حقوقی (برای رفع خلاءهای قانونی).

۱۷- در عرصه اجتماعی شدن لزوم اعمال مدیریت سیستماتیک، هدف‌گذاری واقع‌بینانه، بهره‌گیری از کارشناسان و تسهیل‌گران محلی و بانگیزه، توجه به محتوای برنامه‌های کارآمد، پرهیز از برنامه‌های ناپخته و بی‌سرانجام، پرهیز از تعطیلی برنامه‌ها، بهره‌گیری از کلیه پتانسیل‌ها و ظرفیت‌ها، ایجاد دیده‌بانی مستمر و رصد وضعیت اعتیاد با ایجاد کمیته

هشدار سریع در لایه‌های مختلف جامعه، انجام کارهای خلاقانه، تحوّل‌گرا و فوق‌العاده، توجه به رویکرد پیشگیری اولیه از اعتیاد برای آحاد سالم و در معرض خطر جامعه، افزایش سطح پوشش برنامه‌های پیشگیری در کانون‌های مختلف جامعه، تغییر رویکرد از تأکید بر نتیجه (دیدگاه آماری) به تمرکز بر فرایند (دیدگاه آثاری).

۱۸- لزوم گنش مشترک بین نهادهای مدنی و هم‌فکری و همکاری با نهادهای اجتماعی.
۱۹- ضرورت اصلاح نگرش و رویکردهای حاکمیتی در قبال نهادهای مدنی و پرهیز از نگاه رقیب و نامحرم به آن‌ها و اجرای برنامه‌های انبساطی توسط دولت برای توسعه مشارکت شهروندان در قالب سمن‌ها در عرصه‌های اجتماعی و فرهنگی و قوام بخشیدن به فعالیت‌های مستقل، درون‌زا و تقویت «مای» اجتماعی.

۲۰- لزوم تلاش رسانه ملی برای ایجاد مشارکت بیشتر از سوی آحاد جامعه در عرصه پیشگیری از اعتیاد به‌خصوص تقویت تشکل‌های دانش‌آموزی، دانشجویی، حرفه‌ای، کارگری و محله‌ای به منظور ترمیم و تقویت اعتماد اجتماعی و نیز تقویت تعاملات اجتماعی گرم و توسعه شبکه‌های روابط اجتماعی و کاستن فردگرایی افراطی و خودگرایی.
۲۱- لزوم مداخله در گلوگاه‌های مؤثر در اعتیاد (نظیر افراد حاشیه‌نشین، فرزندان طلاق، فرزندان معتادان، افراد بازمانده از تحصیل و افراد بیش‌فعال) برای کنترل اعتیاد در جامعه.

۲۲- لزوم توجه به آرامش جامعه و پرهیز از اقدامات استرس‌زا.
۲۳- ضرورت ارزیابی مستمر وضعیت اجتماعی از طریق سنسورهای اجتماعی و ایجاد هشدارهای لازم به جامعه.

۲۴- ضرورت تقویت و ایجاد حس برانگیزانندگی در نسل نوجوان و جوان جامعه و جلوگیری از بیگانگی و بی‌تفاوتی اجتماعی در آنان.

۲۵- لزوم توجه به برنامه‌ها و فعالیت‌های کوچک و سپس تولید انبوه در عرصه اجتماعی شدن امر مبارزه.

۲۶- ضرورت فعال شدن دانشگاه‌ها و ایفای نقش مراکز علمی به‌خصوص متخصصان علوم اجتماعی در عرصه اجتماعی شدن مبارزه با عهده‌دار شدن نقش نخبه‌پروری با تأکید بر تولید ادبیات مختص رویکرد اجتماعی شدن.

۲۷- لزوم تحقق برنامه‌ریزی در امر مبارزه به‌وسیله مردم، باهدف شکل‌گیری گفتگو، خلاقیت، بروز جنبش با هسته اصلی مردم و پرهیز از هرگونه برنامه‌ریزی برای مردم یا با مردم توسط دولت.

۲۸- لزوم توجه به مؤلفه‌های اجتماعی شدن امر مبارزه نظیر ظرفیت‌سازی، سازمان‌دهی اجتماعی، تعلیم و تربیت جامعه‌ای، توجه به سرمایه‌های اجتماعی، سلامت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری اجتماعی، مشارکت فراگیر اجتماعی، تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتیاد، گروه‌های مرجع و ذی‌نفعان، بازاریابی اجتماعی، شبکه‌های اجتماعی، هنجارها و ارزش‌های اجتماعی، اجتماعات محلی، امنیت اجتماعی، انسجام اجتماعی، افزایش تاب‌آوری و آستانه تحمل جامعه و همچنین توجه به عوامل خطر و عوامل محافظ در جامعه.

۲۹- لزوم توجه به تدریجی بودن، خستگی‌ناپذیری، تعطیل‌ناپذیری، توجه به عمق برنامه‌ها و تقویت دانش برنامه‌ریزی، در عرصه اجتماعی شدن امر مبارزه و پرهیز از حرف‌های تکراری در عرصه مسائل اجتماعی.

۳۰- لزوم پُر کردن حفره‌ها، خلاءها و بسترهای به وجود آورنده اعتیاد از طریق حکمرانی خوب و ایجاد شرایط مطلوب با رفع بیکاری، تورم، فقر، ناامیدی، بی‌اعتمادی، اختلالات روانی و نیز فراهم کردن زمینه غنی‌سازی اوقات فراغت از سوی متولیان دولتی و در نتیجه شکل‌گیری احساس تعلق اجتماعی و تقویت مشارکت‌های مردمی.

۳۱- لزوم شکل‌گیری و دغدغه مستمر نسبت به اعتیاد به‌عنوان اولین اولویت آسیب‌های اجتماعی در کلیه بدنه حاکمیت و مردم و تلاش مستمر برای مهار و کنترل آن.

۳۲- ضرورت شکل‌گیری کانون‌های علمی مبارزه با اعتیاد به منظور رفع کسری اندیشه در این عرصه با حضور اساتید و نخبگان دانشگاهی به‌منظور اتخاذ اقدامات تهاجمی علیه تقاضای مواد در جامعه.

۳۳- پرهیز از نگاه بنگاه‌داری به مسائل اجتماعی و توجه به رویکرد توسعه اجتماعی در سیاست‌گذاری‌ها به‌منظور تقویت اجتماعی شدن امر مبارزه.

۳۴- پرهیز از شکل‌گیری سمن‌ها در قالب موسسه یا خیریه به‌عنوان بخشی از ساختار دولت و لزوم ایجاد نهادهای مدنی.

با عنایت به این که در دهه ۸۰ میلادی در منشور آتاوا و بیانیه آلماتا نقش اجتماع وارد ادبیات سلامت گردید و با توجه به این که در اهداف توسعه هزاره سوم نیز جلب مشارکت‌های مردمی مورد توجه قرار گرفته است، امید می‌رود با شکل‌گیری اجتماعی‌شدن، شاهد گام‌هایی در سطوح خرد، میانی و کلان به‌عنوان یک الزام و نه یک انتخاب، در عرصه اساسی تر و سرمایه‌گذاری وسیع‌تر در پیشگیری و کاهش تقاضای مواد در سطح کشور باشیم.

منابع

- احترامی، مهرداد (۱۳۹۱). *پیشگیری اولیه از اعتیاد با تمرکز بر محله، ستاد مبارزه با مواد مخدر، تهران: اداره کل فرهنگی و پیشگیری*
- احترامی، مهرداد و وطن‌پرست، ابوالفضل (۱۳۹۳). *چالش‌ها و راهکارهای پیشگیری از اعتیاد در محله، فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۱(۱)، ۹-۲۱*
- ازکیا، مصطفی و غفاری، غلامرضا (۱۳۸۰). *بررسی رابطه بین اعتماد و مشارکت اجتماعی در نواحی روستایی شهر کاشان. فصلنامه علوم اجتماعی، ۱۷، ۳۱-۳.*
- باباپور خیرالدین، جلیل؛ عزتی، داود؛ صادقی، بابک؛ حکیمی، معصومه؛ وطن دوست، مهدیه؛ محمدعلیزاده رفیع، ثنا و هاشمی نصرت آباد، تورج (۱۳۹۵). *بررسی رابطه مشارکت اجتماعی در بهبود رفتار روانی-اجتماعی و بازتوانی بیماران اعتیاد. طرح پژوهش دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری.*
- بقایی سرابی، علی (۱۳۹۷). *اجتماعی‌شدن: رویکردی نوین در کاهش تقاضای مواد مخدر و روان-گردان‌ها. تهران: انتشارات دنیای درون.*
- پیران، پرویز (۱۳۷۹)، *روش‌های مشارکت‌جویانه در بررسی فقر، مجموعه مقالات فقر در ایران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.*
- تاج‌الدینی، اورانوس و مقصودی، سوره (۱۳۹۶). *آسیب‌شناسی و شناخت نقش سازمان‌های مردم‌نهاد در فرایند صیانت و حمایت اجتماعی از معتادان بهبود یافته. طرح پژوهشی دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر.*

- جمشیدی‌ها، غلامرضا؛ پروایی هره دشت، شیوا؛ پیری، صدیقه و ادیب حاج باقری، ثریا (۱۳۹۳). بررسی نقش احساس تعلق محله‌ای در افزایش مشارکت اجتماعی (مورد مطالعه: محله فزل قلعه تهران)، *مطالعات جامعه‌شناختی شهری*، ۴(۱۲)، ۲۴-۱
- حسن زاده، حبیب اله (۱۳۹۰). تحلیلی بر نقش سازمان‌های اجتماع محور در پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر. *فصلنامه دانش انتظامی کردستان*، ۲(۸)، ۱۶-۱.
- حق نظری، محمدرضا؛ شایگان، فریبا (۱۳۹۵). نقش مشارکت نهادهای مردمی در پیشگیری اجتماعی از جرم. *پژوهش‌های اطلاعاتی و جنایی*، ۱۱(۴)، ۵۲-۳۳
- خزائلی پارسا، فاطمه (۱۳۸۳). نقش سازمان‌های غیردولتی در برنامه‌های پیشگیری اجتماع محور. مجموعه مقالات پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد، تهران، سازمان بهزیستی کشور.
- زاهدیان، محمد مسعود و کاهه، احمد (۱۳۹۵). اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر و پیشگیری از اعتیاد. *فصلنامه مطالعات مبارزه با مواد مخدر*، ۸(۲۹-۲۸)، ۹۸-۸۵
- زیاری، کرامت اله؛ حاتمی، احمد و مصباحی، سحر (۱۳۹۶). بررسی عوامل موثر بر افزایش مشارکت اجتماعی با تأکید بر احساس تعلق محله‌ای (مطالعه موردی: نورآباد دلفان). *جغرافیای اجتماعی شهری*، ۴(۲)، ۸۶-۶۹
- ساروخانی، باقر و امیرپناهی، محمد (۱۳۸۵). ساخت قدرت در خانواده و مشارکت اجتماعی. *پژوهش زنان*، ۴(۳)، ۶۰-۳۱.
- سلطانی، ایرج؛ مشرف جوادی، محمدحسین و برازی علیرضا (۱۳۹۷). رفتار دانشی شهروندی: نقش یادگیری صلاحیت‌های رفتار دانشی شهروندان در اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر، *فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی*، ۱۲(۴۶)، ۳۶-۱۱
- شادی طلب، ژاله (۱۳۸۲). مشارکت اجتماعی زنان. *پژوهش زنان*، ۱(۳)، ۱۷۶-۱۴۱.
- عامری، پردیس (۱۳۹۶). امنیت و مشارکت اجتماعی زنان در مواجهه با ناهنجاری‌های محله‌ای (مطالعه وضعیت زندگی ساکنان برج‌های نواب و اطراف). *مجله مطالعات اجتماعی ایران*، ۱۱(۴)، ۱۴۷-۱۲۳
- عباسی اسفنجیر، علی اصغر و قربانی اصل، ولی اله (۱۳۹۵). نقش مولفه‌های اجتماعی در پیشگیری از جرائم شهری (سرقت و مواد مخدر). *مطالعات جامعه‌شناختی شهری*، ۶(۲۰)، ۱۸۶-۱۵۷.
- علی نژاد، منوچهر (۱۳۸۸). سرمایه اجتماعی و پیوند آن با پلیس جامعه محور. *توسعه انسانی پلیس*، ۶(۲۷)، ۱۰۳-۸۵

علیپوری نیاز، مینا؛ رفیعی، حسن؛ ستاره فروزان، آمنه و طالبی، بهزاد (۱۳۸۸). اثربخشی برنامه پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد بر کیفیت زندگی در استان آذربایجان شرقی. فصلنامه علمی و پژوهشی رفاه اجتماعی، ۹(۳۴)، ۳۷۸-۳۵۹

غفاری، غلامرضا و امید، رضا (۱۳۹۰). کیفیت زندگی: شاخص‌های توسعه اجتماعی. تهران: نشر شیرازه، چاپ دوم.

قبادزاده، سیمین؛ مسعودی، مرضیه؛ محدخانی، شهرام و حسنی، جعفر (۱۳۹۶). عوامل رفتاری، هیجانی و اجتماعی مرتبط با اعتیاد. فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۴(۱۳)، ۴۴-۱۳.

کوهی، کمال و قلی زاده، صغری (۱۳۹۶). مدل سازی علل تمایل دانشجویان به مصرف مواد مخدر با کاربرد نرم افزار لیزرل. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۱۱(۴۲)، ۵۱-۳۲.

گرچی گرسامی، علی؛ سیاه چشم، مه‌ری؛ موسوی بیجاری، جعفر و سیف، قدرت اله (۱۳۹۷). بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و مشارکت شهروندان در پیشگیری از اعتیاد. فصلنامه علمی ترویجی مطالعات پیشگیری از جرم، ۱۲(۴۶)، ۱۰۳-۸۱

گلایبی، فاطمه و اخشی، نازیلا (۱۳۹۴). مشارکت اجتماعی و نشاط اجتماعی. جامعه شناسی کاربردی، ۲۶(۳)، ۱۶۰-۱۳۹.

محسنی تبریزی، علیرضا و عباسی قادی، مجتبی (۱۳۹۳). تبیین و مقایسه مشارکت اجتماعی جوانان در دو جامعه ایران و تاجیکستان. مجله جامعه شناسی ایران، ۱۵(۳)، ۱۳۱-۹۳.

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)، ۱۰۰-۸۵

محمدی، علی و سحافی، حکیم (۱۳۹۷). نقش ارتقای سطح امید، مشارکت و نشاط اجتماعی با تمرکز بر جامعه نخبگان کشور در پیشگیری از اعتیاد. فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۵(۱۷)، ۹۴-۵۷.

موسوی، زهره (۱۳۹۴). راهکارهای ارتقا مشارکت اجتماعی دانشجویان در پیشگیری از مصرف مواد مخدر و روان گردان‌ها. فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۲(۷)، ۸۲-۶۳.

نوروزی، فیض اله و بختیاری، مهناز (۱۳۸۸). مشارکت اجتماعی و عوامل اجتماعی موثر بر آن. فصلنامه راهبرد، ۱۱(۵۳)، ۲۶۹-۲۴۹.

نیازی، محسن؛ عباس زاده، محمد و سعادت، موسی (۱۳۹۶). بررسی جامعه‌شناختی سهم مولفه‌های سرمایه اجتماعی در تبیین رفتارهای مخاطره‌آمیز (مورد مطالعه: جوانان ۱۵-۳۴ شهر تبریز). *بررسی مسائل اجتماعی ایران*، ۸(۲)، ۷۵-۱۰۱.

ورورایی، اکبر و پرنداخ، عمران (۱۳۹۵). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر تکرار جرم (مطالعه موردی: شهر کرمانشاه). *فصلنامه علمی-پژوهشی علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شوشتر*، ۱۰(۳)، ۱-۲۸.

هاشمیان فر، سیدعلی و اکبرزاده، علیرضا (۱۳۹۳). بررسی و مقایسه مشارکت اجتماعی والدین نوجوانان بزهکار و نوجوانان عادی در امور مدرسه، جامعه‌شناسی مطالعات جوانان، ۱۵(۱۵)، ۱۸۰-۱۵۷.

Botvin, G. J., Baker, E., Dusenbury, L., Botvin, E. M., & Diaz, T. (1995). Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. *Jama*, 273(14), 1106-1112.

Lardier, D. T., Barrios, V. R., Garcia-Reid, P., & Reid, R. J. (2018). Preventing substance use among Hispanic urban youth: Valuing the role of family, social support networks, school importance, and community engagement. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1080/1067828X.2018.1466748>

National Institute of Drug Abuse (NIDA). (2007). *Science-based prevention programs and principles*. www.drugabuse.gov.

Rahman, M. A. (1993). *People's Self-Development: Perspectives on Participatory Action Research. A Journey Through Experience*, Zed Books, Vancouver.

Rifkin, S. B. (2009). Lessons from community participation in health programmes: A review of the post Alma-Ata experience. *International Health*, 1, 31-36.



پروشکاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی