

بررسی توصیفی - تحلیلی روی‌کرده‌های پیش‌گیری از سوء مصرف مواد مخدر

محمود دهقانی*، علیرضا جزایری**

هدف از آرایه این مقاله گردآوری و جمع‌بندی جامع، دقیق، علمی و در عین حال مختصری از برنامه‌های پیش‌گیری از سوء مصرف مواد مخدر از ابتدا تاکنون است. اگرچه علم پیش‌گیری از سوء مصرف مواد تاریخچه‌ای بسیار کوتاه دارد، ولی به سبب اهمیت مسئله از یک سوء و از سوی دیگر به علت مراحل تحولی مبتنی بر علم در حال تکامل پیش‌گیری، از حساسیت بسیاری برخوردار است. در این مقاله مؤلفان سعی داشته‌اند تا روی‌کردهای پیش‌گیری را با توجه به سیر تاریخی توصیف کنند و همزمان به بحث در خصوص مزایا و معایب این روی‌کردها بپردازند. روی‌کردهای مطرح شده به ترتیب روی‌کرد آگاه‌سازی، پرورش عاطفی، جایگزین، نفوذ اجتماعی و روی‌کرد یکپارچه نفوذ اجتماعی افزایش توانایی است.

* دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی انستیتو روان‌پزشکی

تهران <mdehghani1356@yahoo.com>

** دکتری روان‌شناسی بالینی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم

بهبودی و توان‌بخشی

کلید واژه ها: بیش‌گیری، رویکرد، سوء مصرف، مواد
تاریخ دریافت مقاله: 83/7/5 تاریخ پذیرش مقاله:
83/11/14

مقدمه

با توجه به این که جهان در دو، سه دهه اخیر با آمارهای تکان دهنده‌ای از شیوع سوء مصرف مواد (Substance abuse)، عموماً در سطح جامعه و خصوصاً در جمعیت جوان و نوجوان روبه‌رو شده است و نیز به سبب خطر ابتلا به بیماری‌هایی چون ایدز و هپاتیت از طریق تزریق وریدی، همچنین به خاطر نگرانی‌های دیرپا در خصوص اثرات زیان‌بار دارویی، اجتماعی، قانونی، بهداشتی و اقتصادی ناشی از سوء مصرف مواد، ما اکنون شاهد فوریتی تازه برای گسترش هر چه بیشتر و بهتر راه‌بردهای پیش‌گیری کارآمد هستیم.

با گذشت سال‌ها ثابت شده که درمان سوء مصرف مواد بسیار مشکل، پرهزینه و طاقت فرسا است؛ به علاوه این که این موضوع که مؤثرترین و نوین‌ترین شیوه‌های درمانی با میزان بالایی از عود همراه خواهند بود نیز مسأله را ناکام‌کننده‌تر ساخته است. و بدین شکل، روان‌پزشکان، روان‌شناسان، پزشکان و دیگر متولیان به داشت در مقابل یک بیماری صعب‌العلاج قرار گرفته‌اند. چرا که از یک

طرف سوء مصرفکنندگان مواد خود اطلاعات زیادی درباره اثرات مخرب مواد دارند و از طرف دیگر محیط بیماری‌زا (Pathogenic environment) هر پیشرفتی را که در درمان آنها حاصل شود تحلیل می‌برد. منظور محیطی است که داروها و مواد در آن به راحتی در دسترس است و شبکه اجتماعی (Social network) دوستانی که حمایتکننده و تداوم‌دهنده سوء مصرف مواد هستند، در آن یافت می‌شود.

بنابراین پیشگیری امری بسیار مهم است. چون چاره‌ای منطقی برای ایمن‌سازی روانی و جسمانی ارائه می‌دهد. فرض بنیادی راه‌بردهای پیشگیری این است که پیشگیری از سوء مصرف مواد، راحت‌تر، کم‌هزینه‌تر و مؤثرتر از درمان آن است. اما سادگی منطقی و عقلانی عقاید پیشگیری مشکل اصلی این روش است. ایجاد و گسترش رویکردهای پیشگیری کارآمد بیشتر از آنچه ابتدا تصور می‌رفت مشکل است. در واقع

تلاش‌ها برای ایجاد رویکردهای مؤثر و کارا تا سال‌ها تنها موفقیت کمی در پی داشت و بسیاری دیگر به طور کامل با شکست مواجه شدند. نخستین و مهم‌ترین تلاش‌ها در ایجاد رویکردهای پیشگیری مؤثر، در پایان دهه هفتاد به موفقیت‌هایی نایل آمد

(Evans, 1976., Evans and others, 1978). این موفقیت‌ها پس از

سالها ناکامی، موجب برانگیخته شدن تحقیقات و مطالعات پیشگیری در بیش از دو دهه شد که خود منجر به ایجاد رویکردهای پیشگیری متعدد شد. طی دهه هشتاد میلادی و از آن پس تاکنون شواهد تجربی روزافزونی از رشد مطالعات دقیق و از نظر روششناختی استوار در حیطه کارهای پیشگیری آرایه شده است. هدف ما در این مقاله گردآوری و جمع بندی جامع، دقیق، علمی و در عین حال مختصر برنامه های پیشگیری از سوء مصرف مواد از ابتدا تاکنون است.

1 انواع پیشگیری

برای این که برنامه پیشگیری مناسبی برای جمعیت هدف (Target population) اتخاذ شود، متخصصان پیشگیری به تعریف مجدد رویکردهای پیشگیری مبنی بر گروه هایی که برنامه پیشگیری برای آنها طراحی شده است، پرداخته اند (Botvin, 1994) (Institute of medicine). آنها به این نتیجه رسیدند که سه نوع رویکرد مجزای پیشگیری وجود دارد.

1-1 پیشگیری جامع یا کلی (Universal prevention)

این نوع پیشگیری در واقع در برگیرنده راهبردهایی برای پیشگیری از نشانه های اولیه مصرف مواد یا شروع مصرف مواد در جمعیت عمومی (General population) است؛ مثلاً همه دانش آموزان مدارس.

1-2) پیشگیری برگزیده (Selective prevention)

در واقع شامل آن نوع راه بردهای پیشگیری است که برای گروه‌های هدف (Groups population) یا زیرمجموعه‌هایی از جمعیت عمومی طراحی شده است. مثل بچه‌های والدین مصرف‌کننده مواد یا تحصیل‌کنندگان بی‌بضاعت مدارس.

1-3) پیشگیری الزامی (Indicated prevention)

راه‌بردهای ایجاد شده در این نوع پیشگیری برای آن دسته از شرکت‌کنندگان برنامه پیشگیری است که در حال حاضر دارای شواهدی از شروع مصرف مواد یا نشانه‌های پیشرو (Precursors) مصرف مواد هستند. مثل اختلالات رفتار (Conduct disorders)، هیجان طلبی یا خطرجویی زیاد، پرخاش‌گری و بی‌مبالاتی جنسی.

جدول 1: راه‌بردهای پیشگیری

شیوه‌های استفاده شده	نقاط تمرکز	روی‌کرد
دستورالعمل آموزشی، بحث، نمایش فیلم، مواد، پوستر، جزوه، برنامه‌های انجمن مدرسه	افزایش آگاهی در باب مواد، اثرات آن‌ها و پیامدهای مصرف مواد، تقویت نگرش‌های ضد مصرف مواد	آگاه‌سازی

دستورالعمل آموزشی، بحث، فعالیت‌های آزمایشی، تمرین حل مسئله گروهی	افزایش عزت نفس، تصمیم‌گیری مسئول، رشد روابط بین فردی، استفاده کم یا عدم استفاده از اطلاعات در باب مصرف مواد	پرورش عاطفی
تأسیس مراکز جوانان، فعالیت‌های تفریحی، شرکت در طرح‌های سرویس جامع، آموزش حرفه‌ای	افزایش عزت نفس، اتکای به خود، آرایه کردن فعالیت‌های جایگزین مصرف مواد، کاهش احساس بی‌حوصلگی یا بیگانگی	جایگزین (بدیل)
بحث کلاسی و گروهی، آموزش مهارت‌های مقابله، تمرین رفتاری، بسط تمرینات از طریق تکالیف خانگی، استفاده از رهبران هم‌تا یا هم‌سال	افزایش آگاهی از فشار اجتماعی برای مصرف مواد، افزایش دانش پیامدهای مضر کوتاه‌مدت، پایه‌گذاری هنجارهای عدم مصرف مواد	نفوذ اجتماعی
بحث گروهی یا کلاسی، آموزش مهارت‌های رفتاری - شناختی (آموزش، تمرین، بازخورد، تقویت، برهان و دلیل)	افزایش توان تصمیم‌گیری، تغییر رفتار شخصی، کاهش اضطراب، افزایش مهارت‌های قاطعیت ورزشی اجتماعی و ارتباط، کاربرد مهارت‌های عمومی برای مقابله با فشار اجتماعی	افزایش توانایی - نفوذ اجتماعی

(بوتوین و همکاران، 1999)

تمرکز اصلی ما در این مقاله مبتنی بر پیش‌گیری جامع یا کلی است. کوشش‌هایی که تاکنون در زمینه

- پیشگیری از سوء مصرف مواد انجام گرفته را می‌توان به پنج نوع راه‌برد تقسیم کرد:
- الف) رویکرد آگاه‌سازی (Information dissemination approach).
 - ب) رویکرد پرورش عاطفی (Affective education approach).
 - ج) رویکرد جایگزین یا بدیل (Alternative approach).
 - د) رویکرد نفوذ اجتماعی (Social influence approach).
 - هـ) رویکرد یکپارچه نفوذ اجتماعی - افزایش توانایی (Integrated social influence/ competence enhancement approach).

این راه‌بردهای پیشگیری در جدول شماره 1 به طور خلاصه ارائه شده‌اند و در بخش‌های بعدی نیز بحث و بررسی خواهند شد.

2) رویکرد آگاه‌سازی

برای سال‌ها دیدگاه حاکم بر پیشگیری مبتنی بر رویکرد آگاه‌سازی واقعی (Factual information) بوده است. نکته کلیدی این برنامه تمرکز بر اطلاعات مربوط به داروشناسی و پیامدهای مضر جانبی مصرف مواد است. این رویکرد بر مبنای نظریه عقلانی رفتار انسان

(Rational theory of human behavior) پایه‌ریزی شده است (Ellickson, Bell and McGijan, 1993)؛ بدین معنا که سوء مصرف مواد ممکن است به دلیل فقدان آگاهی کافی درباره پیامدهای مضر مصرف مواد باشد و چنین فرض می‌شود که اگر به افراد اطلاعات و آگاهی دقیقی در خصوص خطرات مصرف

مواد داده شود، آن‌ها احتمالاً شیوه‌های منطقی‌تری در مواجهه با این مسأله اتخاذ خواهند کرد. پیروان این رویکرد معتقد بودند که دادن اطلاعات واقعی درباره خطرات مصرف مواد موجب تغییر نگرش افراد به مصرف مواد می‌شود و این تغییر در نگرش نهایتاً منجر به تغییر رفتار، یعنی اتخاذ یک رفتار اجتنابی در مقابل مصرف مواد می‌شود. ابزارهای برنامه‌های مبتنی بر این رویکرد شامل استفاده از نشریه، کتابچه، پوستر، آگهی‌های خدمات عمومی، نمایش فیلم، سخنرانی و... است. استفاده از این ابزارها همگی به منظور افزایش اطلاعات درباره پیامدهای مصرف مواد به منظور تغییر نگرش‌ها، هنجارهای اجتماعی و در نهایت تغییر رفتار است. برای افزایش اعتبار و نفوذ پیام‌های ضد مصرف مواد و بهبود بخشیدن به کیفیت برنامه‌های پیشگیری، بعضاً از رهبران جامعه، مدیران اجرایی قانون، متخصصان حرفه‌ای بهداشت و نیز کسانی که قبلاً معتاد بوده‌اند برای سخنرانی درباره اعتیاد یا سوء مصرف مواد دعوت به عمل می‌آید. بعضی از برنامه‌های طراحی شده در چارچوب این رویکرد از فرضیه اساسی مدل برانگیختن ترس (Fear - arousal model) پیروی می‌کنند (Ellickson, 1993., Ellickson and Bell, 1990)؛ بدین معنا که با برانگیختن ترس در فرد نسبت به

پیامدهای خطرناک مصرف مواد می‌توان رفتار اجتنابی را در او ایجاد کرد. علاوه بر این بسیاری از برنامه‌های سنتی پیشگیری بر غیراخلاقی بودن مصرف مواد به عنوان یک عامل بازدارنده و پیشگیری‌کننده تأکید کرده‌اند. در این مدل، از طریق توسل به اصول اخلاقی سعی در پیشگیری از مصرف مواد می‌کنند. بازنگری آثار و نوشته‌های پیشگیری سوء مصرف مواد (Botvin, 1995., 1992., Dielmen, 1994., Drmfoos, 1993., Ellickson and bell, 1990)، نتایج فراتحلیلی مطالعات و مطالعات ارزیابی، همگی به شکل هم سانی نشان داده اند که رویکرد پیشگیری که تنها مبتنی بر مدل آگاه سازی است، منجر به پیشگیری، کاهش یا اجتناب از مصرف مواد نمی‌شود (Bandura, 1997., Bangert-Drowns, 1988., Tobler, 1986). اگر چه این برنامه‌ها قادر به نشان دادن افزایش آگاهی افراد در خصوص خطرات مصرف مواد هستند و حتی بعضی دیگر بیانگر تأثیر معناداری در نگرش افراد نسبت به مصرف مواد هستند، ولی شواهد بسیار کمی وجود دارد که نشان‌دهنده تأثیر معناداری بر رفتار معطوف به اعتیاد باشد. حتی بعضی از مطالعات این فرض را پیش کشیده اند که راه بردهای این رویکرد احتمالاً به سبب تحریک حس کنجکاوی افراد ممکن است خطر تجربه کردن و پیامدهای بعدی آن را افزایش دهند (Botvin, 1994., 1995., Botvin and others, 1984., 1993., 1995).

البته نتایج این مطالعات نباید بدین معنا تلقی شوند که آگاهی یا اطلاعات نقشی در برنامه‌های پیشگیری ندارند، بلکه آن‌ها بر این واقعیت تأکید می‌کنند که عوامل چندگانه ای منجر به سوء مصرف مواد می‌شوند و نیز این نکته را خاطر نشان می‌سازند که برای تبیین این پدیده (سوء مصرف مواد)، نیازمند به رویکردهای مبتنی بر مدل‌های پیچیده تری هستیم تا بتوانیم به نحو کارآمدی برنامه‌های پیشگیری را طراحی کنیم. احتمالاً آگاهی و اطلاعات در باب پیامدها و عوارض سوء مصرف مواد تنها جزئی از این مدل پیچیده خواهد بود. رویکرد آگاه‌سازی را به طور کلی مبارزات تبلیغاتی نیز نامیده‌اند.

3) رویکرد پرورش عاطفی

طی دهه 1970، کیفیت برنامه‌های متمرکز بر پیشگیری در بعضی موارد شروع به تغییر کرد. این تغییرات از یک سو به سبب عدم رضایت از نتایج آگاه‌سازی بود و از سوی دیگر، پی‌آیندی (Consequence) از این شناخت و آگاهی بود که احتمال دارد بعضی افراد بیشتر از دیگران درگیر مسئله سوء مصرف مواد شوند. در حالی که رویکرد آگاه‌سازی بر آموزش واقعیت‌ها و پیامدهای مضر مصرف مواد تأکید می‌کرد، رویکرد پرورش عاطفی بر نیازهای روان‌شناختی افراد متمرکز است. در واقع رویکرد

پرورش عاطفی چشم انداز بررسی های سبب شناختی (Etiology) سوء مصرف مواد را برای توجه به ویژگی های روانشناختی افراد تغییر داد (Botvin and others, 1990., 1995., Sussmand eds., 1995).

فرض تلویحی رویکرد پرورش عاطفی برای تبیین شروع مصرف مواد، این تصور اساسی است که افرادی با ویژگی های معین، بیشتر از دیگر افراد در معرض خطر هستند. بنابراین راه حلی که باید در برنامه های پیشگیری گنجانده شود در واقع پرورش و تقویت رشد عاطفی (Affective development) افراد است (Gilchrist and Schinke, 1983., Kcarney and Hines, 1980).

رویکرد پرورش عاطفی بر رشد اجتماعی و شخصی افراد تأکید می کند. تمرکز بر این مؤلفه های تحول (Developmental components) (تحول اجتماعی و شخصی) به منظور غلبه یافتن بر ضعف هایی است که گمان می رود خطر سوء مصرف مواد را افزایش می دهند. پرورش ویژگی های چون عزت نفس بالا، بینش شخصی، خودآگاهی، خویشتن شناسی، تصمیم گیری مسؤولانه، بهبود روابط بین فردی از طریق آموزش ارتباط عاطفی، مشاوره همتا (Peer counseling)، افزایش توانایی افراد به منظور کاروا ساختن نیازهای شخصی از طریق مؤسسات و نهادهای اجتماعی موجود و ... از این جمله اند (Jones and Battjes, 1985., Kim, 1988., Kreutter and others,

. 1991)

یکی از ویژگی‌های مهم رویکرد پرورش عاطفی جامعیت آن‌ها در مقایسه با رویکرد آگاه‌سازی است. دیگر ویژگی جالب این رویکرد تمرکز بر عوامل روان‌شناختی و بررسی نقش سبب‌شناسی این عوامل در سوء مصرف مواد است. این رویکرد همچنین پیش‌بینی‌کننده رویکرد نفوذ اجتماعی است؛ رویکردی که برای اولین بار در تاریخ پیشگیری از سوء مصرف مواد به نتایج رضایت‌بخشی دست یافت. علی‌رغم همه این مزایا، مطالعات ارزیابی‌های که کارآیی رویکرد پرورش عاطفی را آزمایش می‌کردند به نتایج ناامیدکننده‌ای منجر شدند. بر طبق این ارزیابی‌های بعضی از برنامه‌های مبتنی بر رویکرد پرورش عاطفی بر یک یا چند همبستگی سوء مصرف (Correlates of substance abuse) مواد تأثیر گذاشته‌اند؛ در حالی که بعضی دیگر تأثیر لازم را بر روی متغیرهای وابسته به مواد نداشته‌اند؛ و مهم‌تر از همه این که برنامه‌های رویکرد پرورش عاطفی بر خود رفتار مصرف مواد تأثیری نشان نداده‌اند (Hurd, eds., 1980., Kearney and Hines, 1980., Kim, 1988).

علی‌رغم همه نقاط قوت متعدد رویکرد پرورش عاطفی (برای مثال تأکید بر متغیرهای روان‌شناختی و برگزیدن رویکردی جامع‌تر) به سبب نقطه ضعف‌های عمده‌ای که داشت، نتوانست راه‌بردی مؤثر و کارآمد

برای پیشگیری آرایه کند. نقاط ضعف رویکرد پرورش عاطفی مشتمل است بر : تمرکز بر روی مجموعه ای محدود از تعیین کننده های سببشناختی، استفاده از روش های ناکارآمد برای دست یابی به اهداف برنامه های خود (مانند استفاده از بازی های تجربی و فعالیت های تمرینی به جای استفاده از روش های آموزش مهارت ها...)، فقدان اطلاعات حوزة خاص مرتبط با سوء مصرف مواد و نیز استفاده از پیام های هنجارگزینی (Norm – sitting) که خودممکن است به نتایج معکوس منجر شود (Botvin, eds., 1994., 1995).

4) رویکرد جایگزین (بدیل)

یکی دیگر از روش های پیشگیری از مصرف مواد که در واقع بخشی از مداخلات «جامعه مدار» (Community – based intervention) و «مدرسه مدار» (School - based intervention) هستند، بر بازسازی بخشی از محیط افراد (نوجوانان) متمرکز است. در این روش افراد را نسبت به موقعیت ها و فعالیت هایی که احتمال مصرف مواد را افزایش می دهند آگاه می سازند و سعی می کنند تا محیط، موقعیت ها و فعالیت هایی را برای افراد فراهم کنند که کمترین خطر را در این باره داشته باشند. در حالی که بعضی از فعالیت ها ممکن است مصرف مواد را افزایش دهند، بعضی دیگر ممکن است مصرف مواد را کاهش دهند. بسیاری از برنامه های رویکرد جایگزین، ایجاد

شده و توسعه یافته است و در بعضی موارد ارزیابی شده است. تعدادی از این برنامه‌ها ارتباط مختصری با مصرف مواد داشته‌اند و بعضی دیگر فاقد اساس نظری بوده‌اند.

مدل اساسی در رویکرد جایگزین عمدتاً درگیر ایجاد مراکزی است که مهیاکننده فعالیت ویژه یا مجموعه فعالیت‌هایی ویژه است (مثل مراکز ورزشی، مراکز کارهای ذوقی و هنری، فعالیت‌های گردشگری علمی، سرگرمی و...). در این مدل چنین فرض می‌شود که اگر بتوان نوجوانان را با تجربه زندگی واقعی (Real - life experiences) مواجه کرد، تجربه‌ای که در واقع جذابتر از مصرف مواد است، آن‌ها کمتر درگیر مواد خواهند شد. در برنامه‌های رویکردها سعی می‌شود تا شیوه‌ای را که افراد بدان وسیله خودشان، دیگران و دنیا را می‌بینند (احساس می‌کنند)، تغییر دهند. یعنی هدف تغییر حالت شناختی - عاطفی به منظور بهبود بخشیدن و تقویت کارهای گروهی، افزایش حس اعتماد به نفس و عزت نفس است (Botvin, eds., 1980., Donaldson and others, 1994).

در بعضی موارد رویکرد جایگزین بیشتر بر نیازهای ویژه افراد تأکید می‌کند. مثلاً نیاز به آرامش یا انرژی بیشتر. این نیاز ممکن است از طریق ورزش برآورده شود. حس هیجان‌طلبی (Sensation - seeking) ممکن است از طریق فعالیت‌هایی مانند

یادگیری، لذت بردن از جنبه‌های حسی هنر یا طبیعت که آگاهی حسی را افزایش می‌دهند، ارضا شود؛ همچنین نیاز به پذیرش و مقبولیت از طرف همسالان ممکن است را شرکت کردن در گروه‌های حساسیت‌آموزی (Sensitivity training) یا گروه‌های رویارویی (Encounter groups) کامروا شود (Donaldson, eds. 1994, Evans and others, 1978).

چنان که قبلاً تذکر داده شد، باید به این نکته واقف باشیم که بعضی از فعالیت‌ها با عدم مصرف مواد هم‌بسته هستند؛ درحالی که احتمالاً بعضی دیگر با مصرف مواد مرتبط هستند. برای مثال چنین به نظر می‌رسد که شرکت در فعالیت‌های تفریحی، حرفه‌ای و اجتماعی بیشتر با مصرف مواد هم‌بسته باشند، و شرکت در فعالیت‌های علمی، مذهبی و فعالیت‌های ورزشی به طور کلی کم‌تر با مصرف مواد مرتبط هستند. در نتیجه اگر در برنامه‌های رویکرد جایگزین، فعالیت‌های مناسب (فعالیت‌هایی که کم‌ترین ارتباط را با مصرف مواد دارند) به درستی انتخاب نشوند، دستیابی به نتایجی معکوس و منفی احتمالاً امری اجتناب‌ناپذیر خواهد بود (Botvin, eds., 1980., Evans and others, 1978).

علاوه بر این فعالیت‌هایی که جایگزین‌های مناسبی هستند، ممکن است از نظر شخصی که در معرض خطراست، چندان جذاب نباشد و شخص علاقه چندانی به آن فعالیت‌ها نشان ندهد. نهایتاً باید گفت که هیچ‌کدام

از مطالعات ارزیابی رویکرد جایگزین، به تأثیر معناداری بر رفتار مصرف مواد دست نیافته و اثربخشی چندانی نداشته است (Donaldson, Greham and Hansen, 1994).

5) رویکرد نفوذ اجتماعی

کارهای اولیه ایوان و همکاران در دانشگاه هاستون (Houston) در اواخر دهه 1970 نشانگر تحولی عظیم در سمتگیری رویکردهای پیشگیری به حساب می‌آید. چنان که پیش از این گفته شد رویکردهای پیشین بر آگاه سازی، برانگیختن ترس و توسل به مسائل اخلاقی تأکید می‌کردند؛ در حالی که راهبردی که برای اولین بار ایوان و همکارانش ایجاد کردند، بر عوامل روانی - اجتماعی که تصور می‌شد در شروع مصرف مواد دخیل باشند تأکید می‌کرد (Evans, 1976., Evans, eds., 1978).

کارهای ایوان از نظریه روابط ترغیب کننده (Persuasive communications theory) و مفهومی که ایمن سازی روانی نامیده می‌شد، سخت متأثر بود (McGuin, 1964). این جهتگیری جدید در واقع پاسخی به یافته های نامیدکننده مطالعاتی بود که کارآمدی رویکردهای آگاه سازی، پرورش عاطفی و جایگزین را به محک آزمایش گذاشته بودند. در این مرحله محققان به نوعی از پیشگیری متوسل شدند که بر مبنای نظریه های روان شناسی اجتماعی بنیان گذاشته شده

بود. برای مثال از این دیدگاه سیگار کشیدن نوجوانان نتیجه فشارهای اجتماعی (یعنی پیام‌های ترغیب‌کننده) از طرف هم‌سالان و رسانه‌ها* (در این جا منظور رسانه‌ها در کشورهای خارجی است) تلقی می‌شود. (Botvin, 1993) این فشارها به طرق مختلفی اعمال می‌شوند. مثل پیشنهاد از طرف دوستان و هم‌سالان، ابزارهای تبلیغاتی و... رویکرد نفوذ اجتماعی عمدتاً دربرگیرنده دو یا چند از این مؤلفه‌ها است:

- الف) ایمن‌سازی روانی (Psychological inoculation) .
- ب) تصحیح انتظارات هنجاری (Correcting normative expectations) .
- ج) آموزش مهارت‌های مقابله (Coping skills training) .

نخستین پژوهش‌های مبتنی بر این رویکرد بر ایمن‌سازی روانی و تصحیح انتظارات هنجاری تأکید می‌کرد، ولی پژوهش‌هایی که اخیراً در چارچوب این رویکرد انجام گرفته است، متغیرهای متعدد دیگری، مثل مهارت‌های مقابله، درگیر کردن نوجوانان در یک تعهد جمعی برای عدم مصرف مواد و... را نیز شامل می‌شود.

به طور کلی اشکال مختلف مدل نفوذ اجتماعی به

* البته بحث رسانه‌ها امروزه بیشتر به شکل جهانی (اینترنت، ماهواره و...) مطرح است.

این لحاظ که همگی بر نظریه شناختی - اجتماعی (Social cognitive theory) (Bandura, 1977) و یک مدل مفهومی که بر اهمیت اساسی عوامل اجتماعی در تسریع شروع مصرف مواد در نوجوانان تأکید می‌کنند، مشابه هستند. اگرچه این رویکرد دربرگیرنده تأثیر اجتماعی ناشی از خانواده، دوستان و رسانه‌ها در مصرف مواد است، ولی تأکید اولیه بر فشار هم‌سالان است.

5-1) ایمن‌سازی روانی

ایمن‌سازی روانی نخستین مؤلفه اساسی رویکرد نفوذ اجتماعی است. تحقیقات روان‌شناسی اجتماعی در نظریه روابط ترغیب‌کننده، پژوهش‌گران مطالعات پیشگیری را در جهت کوشش‌هایی سوق داد که هدف اصلی آن‌ها ایمن‌سازی روانی نوجوانان در برابر پیام‌های ترغیب‌کننده مصرف مواد از طرف محیط اجتماعی آن‌ها بود (Evans, 1976).

بنیان‌گذاران این مدل بر این باورند همان‌طور که برای ایمن‌سازی جسمانی یا جلوگیری از بیماری‌های عفونی ضروری است که شخص را در معرض دوز (Dose) ضعیفی از جرم (Germ) قرار دهیم تا از این طریق فرآیند ایجاد پادتن (Antibody) را برای جلوگیری از بیماری عفونی در بدن تسهیل کنیم، همچنین ضروری است که ابتدا افراد را در مقابل جرم خفیف پیام‌های ترغیب‌کننده قرار دهیم تا از

این طریق مهارت‌های مقابله آن‌ها را افزایش دهیم تا در آینده بتوانند در مقابل جرم شدیدتر این پیام‌های ترغیب‌کننده نیز مقاومت کنند. آنچه در این رویکرد، پادتن تلقی می‌شود، همان ایجاد نگرش، عقاید و رفتارها است، به شکلی که در مجموع باعث افزایش توان مقابله افراد در مقابل پیام‌های ترغیب‌کننده محیط اجتماعی برای مصرف مواد شود (Evans, eds., 1978).

به نوجوانان فنون بسیار دقیق و حساسی آموزش داده می‌شود تا دریابند چگونه می‌توانند به راحتی پیام‌های ترغیب‌کننده مصرف مواد (کار اولیه ایوان بر روی مصرف سیگار بود) را رد کنند. این فنون شامل شناسایی یک پیام ترغیب‌کننده مصرف مواد، تحلیل پیام و منبع آن و ایجاد راه کارهایی برای مقابله کردن با این موقعیت‌ها است. برای مثال برای غلبه بر موقعیت‌هایی که دربرگیرنده تعارف یا پیشنهاد برای مصرف مواد از طرف همسالان و دوستان است، به نوجوانان مهارت‌هایی آموخته می‌شود. شاید نادیده انگاشتن آموزش این مهارت‌ها مهم‌ترین علت عدم موفقیت رویکرد پرورش عاطفی – علی‌رغم جامعیت آن – بوده است.

چنین فرض شده است که اگر نوجوانان برای مواجهه با چنین موقعیت‌هایی آماده شوند و نیز شگردهایی برای عدم موافقت و رد کردن تعارف و

پیشنهاد برای مصرف مواد به آنها آموزش داده شود، احتمالاً با توانایی بهتری با فشار موقعیتهای اجتماعی برای امتحان کردن (مثلاً یک سیگار) مقابله خواهند کرد. پس هدف اولیه این رویکرد آماده کردن نوجوانان برای رویارویی آتی با فشارهای ترغیب کننده در مصرف مواد از سوی محیط اجتماعی است.

2-5) تصحیح انتظارات هنجاری

مؤلفه دوم رویکرد نفوذ اجتماعی بر اساس یک اصل روان‌شناسی اجتماعی است که اثر اجماع کاذب (False consensus effect) نامیده می‌شود. اثر اجماع کاذب به تبیین این مسئله کمک می‌کند که چرا نوجوانانی که معتقدند «سیگار کشیدن امری است که تقریباً هر کسی با آن درگیر است»، بیشتر احتمال دارد که سیگار بکشند (Ross, Greene and House, 1977)

چنین فرض می‌شود که آگاه ساختن نوجوانان و جوانان با اطلاعات صحیح در خصوص میزان واقعی مصرف سیگار یا راهنمایی آنها برای کشف تحریفات ادراکی خودشان درباره هنجار یا نرم سیگار کشیدن، در پیشگیری از سیگار کشیدن یا مصرف دیگر مواد مؤثر خواهد بود.

3-5) آموزش مهارت‌های مقابله

هدف سومین مؤلفه اساسی رویکرد نفوذ اجتماعی که

در واقع ویژگی اصلی این رویکرد است، عبارت است از مجهز کردن نوجوانان و جوانان به مهارت های لازم برای شناسایی و مقاومت در مقابل فشارهای اجتماعی ای که منجر به مصرف مواد می شوند. آنچه در واقع این رویکرد را از رویکردهای پیشین متمایز می کند، تأکید بر آموزش نیازهای ضروری برای مقابله با چنین فشارهایی است. در آن نوع از مهارت های مقابله که رسانه ها را هدف قرار می دهد سعی می شود تا افراد را از فشار رسانه هایی که با آنها مواجه خواهند شد آگاه سازند. این آگاه سازی از طریق تأکید بر فنونی است که شرکت ها در تبلیغات خود برای تحت تأثیر قرار دادن رفتار افراد در جهت منافع اقتصادی خویش، استفاده می کنند. به علاوه افراد چگونگی شکل بندی جاذبه ها را برای فروش محصولات این شرکت ها می آموزند، همان طور که شکل بندی چگونگی مخالفت با چنین جاذبه هایی را یاد می گیرند. همچنین به منظور مبارزه کردن با فشارهای مستقیم و غیرمستقیم هم سالان مصرف مواد و نوشیدنی های الکلی و سیگار کشیدن، مهارت های مقابله یاد داده می شود. این مهارت ها عمدتاً در بردارنده مهارت های امتناع (Refusal skills) هستند که خود زیرمجموعه ای از مهارت های قاطعیت ورزی محسوب می شوند (Bell, Ellickson and Harrison, 1993).

مهارت‌های یاد شده به نوجوانان آموزش داده می‌شود و سپس تمرین می‌شود. افراد یاد می‌گیرند موقعیت‌هایی را که خطر زیادی دارند شناسایی کنند. منظور از این موقعت‌های خطرناک، محیطی است که در آن، آن‌ها احتمالاً فشار زیادی را از سوی همسالان برای سیگار کشیدن، مصرف مواد یا نوشیدنی‌های الکلی تجربه خواهند کرد. و نیز به آن‌ها یاد داده می‌شود که چگونه چنین موقعیت‌هایی را به کمک خزانة پاسخ‌های کلامی (Repertoire of verbal responses) خود کنترل کنند. بنابراین آن‌ها یاد می‌گیرند چگونه به شیوة مؤثری از این پاسخ‌های کلامی استفاده کنند. مثلاً استفاده از ثن‌صداي مناسب، برقراري ارتباط چشمي، استفاده از عبارات با بیان فن‌ها، حفظ وضعیت بدن در حالت قاطعیت ورزی، صحبت کردن با وضوح و اعتماد به نفس و... (Botvin, eds., 1997., Bell and others, 1993).

پس از گذشت تقریباً دو دهه مطالعات دقیق، علمی و بی‌وقفه، اکنون نوشته‌های معتبری در باب مطالعاتی که مداخلات پیش‌گیری را بر مبنای این رویکرد آزمایش کرده‌اند در دست است. البته این پژوهش‌ها بیشتر بر پیش‌گیری از سیگار کشیدن متمرکز بوده است و نتایج گزارش شده اغلب راجع به مصرف سیگار بوده است. علی‌رغم این که تنوع چشم‌گیری در خصوص روش‌های

استفاده شده و میزان تأثیر آن‌ها وجود دارد، ولی به طور کلی این مطالعات نشان داده‌اند که رویکرد نفوذ اجتماعی قادر است مصرف مواد را بعد از مداخله ابتدایی پیشگیری، در حدود 30 تا 50 درصد کاهش دهد. پژوهش‌هایی که یافته‌های مربوط به شیوع سیگار کشیدن را آرایه کرده‌اند، نشان‌دهنده کاهش در حدود 30 تا 40 درصد در میزان بروز (Incidence) این موضوع هستند. مطالعات متعددی نشان‌دهنده کاهش مصرف سیگار است؛ چه در کسانی که گاه‌گاه سیگار می‌کشند و چه افرادی که مرتب و مداوم سیگار مصرف می‌کنند. اگرچه مطالعات کم‌تری تأثیر رویکرد نفوذ اجتماعی را بر موادی غیر از تنباکو ارزیابی کرده

اند (Donaldson, eds., 1994., Ellicson, 1993., McAlister, 1980., Murray, 1988., Shope, eds., 1992)، ولی یافته‌های گزارش شده نشان‌دهنده کاهش معنادار و مشابه با آن چه در مورد مصرف سیگار گفته شد است.

طی دو دهه گذشته «مطالعات پیگردی» (Follow up studies) متعددی منتشر شده که نشان‌دهنده تداوم اثربخشی رویکرد نفوذ اجتماعی در درازمدت (سه یا بیشتر از سه سال) است (Luepker, eds., 1983., Mckinnon, eds., 1991., Sussman, eds., 1993., Telch, eds., 1982).

ولی آن دست مطالعات پیگردی که زمان بیشتری را در بررسی نتایج این رویکرد صرف کرده‌اند، نشان

داده‌اند که تأثیر این مدل پیشگیری طی زمان به تدریج تحلیل می‌رود (Bell, eds, 1993., Ellickson, eds, eds, 1993., eds, 1988). این امر در واقع نشان دهنده نیاز به تداوم بیشتر برنامه‌های پیشگیری با قرار دادن جلساتی برای تقویت اثر برنامه‌های پیشگیری در درازمدت، است. اما به علت این که هنوز چ‌یز زیادی از ماهیت، زمان تقویت یا مدت زمان برنامه پیشگیری نمی‌دانیم، پرداختن به آنها مستلزم مطالعات بیشتر در آینده است.

بررسی‌هایی که رویکرد نفوذ اجتماعی را آزمایش کرده‌اند در بسیاری موارد شبیه هم هستند. به منظور دست‌یابی به درک بهتری از مکانیزم‌های اساسی رویکرد نفوذ اجتماعی و برای توسعه بیشتر مداخلات پیشگیری کارآمد، مؤلفه‌های مداخله متعددی از برنامه‌های این رویکرد نیازمند به تحلیل و بررسی عمیق است. یک مؤلفه عمومی رویکرد نفوذ اجتماعی شیوه‌ای است که به وسیله آن افراد را با یک تعهد جمعی به منظور عدم مصرف سیگار، مشروبات الکلی یا سوء مصرف مواد دیگر درگیر می‌کند. اما یک بررسی (Hurd, eds, 1980) نشان داده که این مؤلفه هیچ اثر پیشگیری‌کننده مشاهده‌شونده‌ای ندارد. دیگر مؤلفه عمومی این رویکرد استفاده از نوار ویدیویی و فیلم برای به نمایش گذاشتن موضوعات پیشگیری است. همچنین هنوز مشخص نشده که چه نوع

از مواد رسانه های جمعی بهترین اثر را خواهد گذاشت؛ یا این که این مؤلفه در چه سطحی از ضرورت برنامه های پیشگیری قرار دارد. علاوه بر این هنوز درباره زمان مناسب (سن مناسب برای پیشگیری) اندازه برنامه، ساختار برنامه، نوع رهبران برنامه (Type of program Leader)، نوع جلسات تقویت کننده مداخله و زمان آن یا ویژگی های افرادی که بیشترین تأثیر را از این نوع مداخلات می پذیرند، دانش زیادی نداریم.

تقریباً همه بررسی هایی که رویکرد نفوذ اجتماعی را آزمایش کرده اند از رهبران همتا (Peer Leader) در برنامه های خود استفاده کرده اند و بیشتر بررسی ها کوشیده اند تا تأثیر رهبران همتا را در مقایسه با دیگر رهبران برنامه های پیشگیری ارزیابی کنند. به طور کلی شواهد موجود، استفاده از رهبران همتا را در برنامه های این رویکرد تأیید قرار داده است (Perry and Kelder, 1992).

البته هنوز توافق کاملی در باره شواهد موجود در دست نیست؛ برای این که بدانیم استفاده از رهبران همتا ضروری است یا این که بهتر از دیگر رایه کنندگان برنامه ها عمل می کنند. هنوز به پژوهش و مطالعات بسیاری برای مشخص کردن بهترین نوع رایه کنندگان یا رهبران برنامه و تلفیق ایده آل مسؤلیت ها در بین بزرگسالان و رهبران همتا

نیازمندیم .

6) رویکرد یکپارچه نفوذ اجتماعی - افزایش توانایی

بر طبق چارچوب مفهومی اساسی این رویکرد، سوء مصرف مواد در نوجوانان دو علت عمده می‌تواند داشته باشد. بدین معنی که سوء مصرف مواد یا به سبب از پا درآمدن و تسلیم شدن نوجوانان در مقابل پیام‌های ترغیب‌کننده است یا به علت فقدان مهارت‌های لازم برای مقابله در برابر فشارهای اجتماعی، و یا تعاملی از این دو مؤلفه اساسی. اگرچه رویکرد نفوذ اجتماعی توانست به موفقیت‌های بسیاری در عرصه پیشگیری از سوء مصرف مواد دست یابد، ولی به این خاطر که به نقش عوامل درون شخصی (Interpersonal) در سبب‌شناسی سوء مصرف مواد، توجه کافی نکرده، در معرض انتقاد قرار گرفته است؛ چرا که این یک‌سونگری در تبیین مصرف مواد به شناخت ناقصی از عوامل دخیل در مصرف مواد منجر می‌شود و این خود در ایجاد، شکل‌گیری و گسترش مداخلات پیشگیری مؤثر مشکل به وجود می‌آورد. رویکرد نفوذ اجتماعی هم‌چنین به طور کلی این واقعیت را نادیده می‌انگارد که ممکن است طرق گسترده چندانگانه‌ای به سوء مصرف مواد بینجامد . برای مثال ممکن است فشار اجتماعی برای یک فرد مهم‌ترین عامل در مصرف مواد باشد؛ در حالی که

برای فردی دیگر عوامل درون شخصی مهم تر از عوامل اجتماعی در شروع و تداوم مصرف مواد باشد. به عبارت دیگر مصرف مواد در میان نوجوانان ممکن است ربطی به فشار دوستان و هم سالان نداشته باشد، بلکه ممکن است به عنوان ابزاری برای کنار آمدن با اضطراب، عزت نفس پایین یا فقدان احساس راحتی در موقعیت های اجتماعی به کار رفته باشد. بنابراین برای این که به مدل پیشگیری کارآمدی دست یابیم، باید بررسی های مداخلات پیشگیری فراتر از رویکرد نفوذ اجتماعی به مسئله سوء مصرف مواد بپردازند؛ بررسی هایی که وسیع تر و جامع تر از مطالعات رویکرد نفوذ اجتماعی هستند (Botvin, eds., 1982, 1997).

بررسی های مرتبط با سبب شناسی مصرف تنباکو، نوشیدنی های الکلی و دیگر مواد نشان می دهد که طیف وسیعی از عوامل شناختی، نگرشی، اجتماعی، شخصیتی، داورشناختی و تحولی (رشدی) در پیشبرد، تداوم یا ننگه داری آن درگیر است (Baumrind and Moselle, 1985., Jessor and Jessor, S.L., 1997., Jonse and Battjes, 1985., Kandel, 1978., Meyer 1985., and Mirin, 1979., Mewcombm and Bentler, 1988., Wechsler, 1976). پس این نتیجه گیری که «مؤثرترین روش پیشگیری رویکردی است جامع که طیف وسیعی از تعین کننده های سببشناختی را هدف قرار دهد»، نکته ای مهم و سازنده در اصلاح رویکردهای پیشگیری بوده است.

پژوهش‌هایی که در بیش از 15 سال گذشته بر پایه رویکردهای پیش‌گیری جامعه و گسترده تر از آن انجام گرفته، بر آموزش مهارت های اجتماعی و شخصی، به تنهایی یا همراه با مؤلفه های مدل نفوذ اجتماعی تأکید می‌کنند (Botvin and others, 1984., 1990., 1980., Gilchrist and Schinke, 1983., Sckinke and Gilchrist, 1983., 1984). این نوع رویکرد پیش‌گیری جامع‌تر از رویکردهای سنتی شناختی - عاطفی یا رویکرد آموزش نفوذ اجتماعی است. به علاوه بر خلاف رویکرد آموزش عاطفی که بر فعالیت‌های کلاسی تجربی متکی است، این رویکرد بر استفاده از روش های آموزش مهارت های رفتاری - شناختی تأیید شده تأکید می‌کند.

پایه نظری این رویکرد، نظریه شناختی - اجتماعی و نظریه رفتار مسئله‌دار یا رفتار مشکل چوسر (Jossers problem behavior theory) است. در این رویکرد سوء مصرف مواد به عنوان رفتاری که به شکل اجتماعی آموخته شده و رفتار کنشی (Functional behavior) که نتیجه تعامل بین عوامل اجتماعی (بین‌شخصی) و عوامل شخصی (درون‌شخصی) است، مفهوم‌سازی شده است. رفتار مصرف مواد از یک سو به وسیله فرآیند الگوبرداری، تقلید و تقویت، آموخته می‌شود و از طرف دیگر از شناخت‌ها، نگرش‌ها و باورهای نوجوانان تأثیر می‌پذیرد. اگر چه این رویکرد وجه مشترک بسیاری با رویکرد نفوذ اجتماعی دارد،

ولی به طور کلی ویژگی‌های اساسی و مهمی دارد که آن را متمایز کرده است. یک ویژگی متمایزکننده این رویکرد تأکید بر آموزش مهارت‌های خود مدیریتی (فردي كلي) (Generic personal self – management) و مهارت‌های اجتماعی می‌باشد. این مهارت‌ها به شیوه‌ای سیستماتیک از طریق آموزش، نمایش، بازخورد، تقویت و تمرین رفتاری آموخته می‌شوند.

در این رویکرد پیشگیری معمولاً دو یا چند از این موارد آموزش داده می‌شود:

الف) مهارت‌های حل مسئله عمومی (Problem – solving) و مهارت‌های تصمیم‌گیری.

ب) مهارت‌های شناختی عمومی برای مقابله با فشارهای بین فردی و رسانه‌ای.

ج) مهارت‌هایی برای افزایش خودکنترلی (Self control) و عزت نفس.

د) راه‌بردهای مقابله‌سازشی برای رهایی از استرس و اضطراب با استفاده از مهارت‌های مقابله‌شناختی یا فنون آرامش رفتاری.

ه) مهارت‌های اجتماعی کلی یا عمومی.

و) مهارت‌های قاطعیت‌ورزی کلی یا عمومی.

هدف از برنامه‌های مبتنی بر این مدل مجهز ساختن نوجوانان با نوعی از مهارت‌های عمومی برای مقابله کردن با استرس‌ها و چالش‌هایی است که هر

کس در زندگی خود ممکن است با آن‌ها مواجه شود. مهارت‌هایی که در گستره وسیعی کاربری خواهند یافت. این ویژگی به طور معینی در تقابل با رویکرد نفوذ اجتماعی قرار می‌گیرد که تنها بر مهارت‌های مرتبط با مسئله سوء مصرف مواد تأکید می‌کند. اگرچه رویکرد نفوذ اجتماعی که مشکل خاصی (سوء مصرف مواد) را هدف قرار می‌دهد، ظاهراً در تقابل با مدل آموزش مهارت‌های عمومی قرار می‌گیرد، ولی چنین استنباط شده است که اثربخش‌ترین رویکرد در واقع ترکیبی از هر دو این‌هاست.

شواهد زیادی نشان داده‌اند که رویکرد آموزش مهارت‌های عمومی یا افزایش توانایی، به تنهایی مؤثر واقع نمی‌شوند، مگر این‌که آن‌ها همچنین دربرگیرنده گستره خاصی از موضوع باشند (Caplan and others, 1992).

جمعیت هدف اغلب بررسی‌هایی که بر اساس رویکرد آموزش مهارت‌های اجتماعی و شخصی انجام گرفته است، دانش‌آموزان مقطع راهنمایی و دانش‌آموزان سال اول دبیرستان بوده‌اند. اخیراً بعضی از بررسی‌های پیگردی حتی دانش‌آموزان سال چهارم دبیرستان یا بعد از آن را نیز دربرگرفته‌اند (Kreutt, eds, 1991). در آن سوی طیف سنی، مطالعات بسیار مختصری درباره مقاطع پایین‌تر از راهنمایی انجام

شده است. محققان عموماً از جمعیت جوان‌تر استفاده نمی‌کنند؛ چرا که استفاده از جمعیت جوان تر به سبب بسیار پایین بودن خط پایة مصرف مواد، کماکان موجب اشکال در نشان دادن اثرات رفتاری معنادار آماری می‌شود.

اثربخشی روی‌کرد یک‌پارچه نفوذ اجتماعی - افزایش توانایی، در مطالعات بسیاری در معرض ارزیابی قرار گرفته است. این بررسی‌ها نشان می‌دهند که این روی‌کرد قادر است به چیزی در حدود 40 تا 80 درصد کاهش در مصرف سیگار بینجامد. یک انتقاد به برنامه‌های پیش‌گیری کنونی این نکته است که اگر چه آن‌ها قادر هستند کاهش چشم‌گیری در شیوع و بروز رفتار مصرف مواد نشان دهند، ولی این کاهش عموماً در مرحله آزمایشی یا ابتدایی مصرف مواد رخ می‌دهد. بحث انتقادی این است که آیا این برنامه‌های پیش‌گیری در افرادی که به شکل منظم مواد مصرف می‌کنند و نهایتاً معتاد خواهند شد، یا افرادی که الگوی مصرف مواد را به شکل وسواسی نشان می‌دهند، نیز توان کاهش مشابه را دارند یا خیر؟ داده‌های منتج از دو مطالعه پیش‌گیری که آموزش مهارت‌های زندگی (Life skills training) نامیده می‌شوند، جواب معتبر و مهمی به این انتقاد داده‌اند. بدین معنا که یافته‌های این مطالعات پس از یک سال از خاتمة برنامه پیش‌گیری

که فاقد جلسات تقویت‌کننده نیز بود، نشان داد که این برنامه‌ها قادرند در میان افرادی که در زمان پیش از تست سیگاری نبوده‌اند و بعدها سیگاری‌های دایمی و منظم می‌شوند، تقریباً 56 تا 67 درصد کاهش ایجاد کند (Botvin and Eng, 1982). برای گروهی که جلسات تقویت‌کننده برنامه پیش‌گیری را نیز دریافت کرده بودند این کاهش 87 درصد گزارش شده است. یافته‌ای که به همین اندازه مهم است منتج از مطالعات متعددی است که نشان‌دهنده کاهش اولیه 50 درصدی یا بیشتر از آن برای سیگاری‌های منظم است (Botvin and Eng, 1982., Botvin and others, 1995).

موضوع دیگری که از اهمیت بسیار برخوردار است مدت زمان اثربخشی این برنامه‌های پیش‌گیری است. داده‌های مطالعات پیگردی درازمدت یک مقیاس بزرگ آزمایش تصادفی (Long - term follow up data from a Large - scale randomized trial) که دربرگیرنده دانش‌آموزان 56 مدرسه در نیویورک بود، نشان‌دهنده کاهش مصرف سیگار، نوشیدنی‌های الکلی و ماری‌جوانا تا شش سال پس از ارزیابی خط پایه اولیه (Initial baseline assessment) بودند. میزان این کاهش در خصوص مصرف مواد بیش از 44 درصد و دربارۀ مصرف مواد چندگانه (Polydrug) بیش از 66 درصد است (Botvin, eds, 1995).

یافته‌های بررسی‌هایی که از رویکرد آموزش مهارت‌های کلی زندگی استفاده کرده‌اند نشان‌دهنده

اثربخشی این برنامه‌ها بر دیگر اشکال مصرف مواد نیز هستند. بررسی‌های بسیاری نشان‌دهنده این اثربخشی بر پیشگیری از مصرف نوشیدنی‌های الکلی و ماری‌جوانا است. میزان این اثربخشی و کارآمدی عموماً با میزان اثربخشی یافته شده در مصرف سیگار مساوی است (Botvin and others, 1994., 1997., 1999).

شکافی که در زمینه پیشگیری از سوء مصرف مواد تنها، به تازگی طرف توجه قرار گرفته است، فقدان پژوهش‌های با کیفیت بالا در خصوص جمعیت اقلیت قومی - نژادی است. اگرچه داده‌های بسیار کمی در باب سببشناسی سوء مصرف مواد در میان جمعیت اقلیت موجود است، ولی همین شواهد کم نشان داده‌اند که هم پوشی‌های گسترده در باره عوامل ایجادکننده، نگه دارنده و تداوم بخش در میان گروه‌های قومی - نژادی متفاوت وجود دارد (Baumrind, eds, 1985., Botvin, eds, 2001, 1999, 1997, 1994, 1993).

7) بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به توضیحات و بررسی‌های مختصری که در خصوص رویکردهای پیشگیری از سوء مصرف ارابه شد، می‌توان چنین نتیجه گرفت که علی‌رغم تاریخچه علمی بسیار کوتاه این میدان پژوهشی، ما هم‌اکنون صاحب راه‌بردهای پیشگیری نسبتاً مؤثر و کارآمدی در این زمینه هستیم. اگرچه بعضاً نتایج متفاوتی از بعضی از این مطالعات حاصل شده، ولی نشانه‌های

همگرایی متعدد و جالب توجهی که در اکثر بررسی‌های نسبتاً جدید (دهه 1970 و بعد آن) در این مقوله به دست آمده است، چشم انداز شکل‌گیری رویکردهای پیش‌گیری اثربخش و کارآمدی را در آینده فراروی این بررسی‌ها، ترسیم می‌کند. به نظر می‌رسد به همان اندازه که ما مباحث نظری را با توجه به ابعاد روانشناختی و جسمانی انسان بیشتر با مطالعات تجربی و دقیق در تبیین سوء مصرف مواد همراه می‌کنیم، به نتایج امیدوارکننده‌تر و کارآمدتری نیز دست می‌یابیم. با این توصیف، دست یافتن به رویکردهای پیش‌گیری اثربخش، خود مستلزم انطباق هر چه بیشتر و کامل‌تر مباحث نظری و مطالعات تجربی با ابعاد مختلف وجودی انسان است.

در پایان لازم به ذکر است که آنچه گذشت، محصول نگاه از زاویه روان‌شناختی به مسئله است؛ چرا که مسئله پیش‌گیری می‌تواند از زوایای متعدد جامعه‌شناختی (که مربوط به سیاست‌ها و برنامه‌های دولت‌ها و حکومت‌ها است) و... تحت بررسی قرار گیرد. بدیهی است که استقبال مسئولان و دولت‌مردان از همکاری‌های روان‌پزشکان، روان‌شناسان، پزشکان، جامعه‌شناسان و... می‌تواند به کامل‌تر شدن و مؤثرتر واقع شدن برنامه‌های پیش‌گیری کمک کند. از آنجا که در این مقاله فرصت پرداختن به این

مسائل نیست و هر کدام از این موارد خود يك
بررسی جداگانه را می‌طلبند که از حوصله بحث ما
خارج است، لذا به آنچه گفته شد بسنده می‌شود.

1. Bandura, A. (1977). **"Social Learning Theory"**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
2. Bangert – Drowns, R.L. (1988). **"The effects of school-based substance abuse education – A meta-analysis"**. J Drug Educ 18(31): 243-265.
3. Baumrind, D. and Moselle, K.A. (1985). **"A developmental perspective on adolescent drug abuse"**. Alcohol Subst Use Adolesc 4:45-65.
4. Bell, R.M., Ellickson, P.L., and Harrison, E.R. (1993). **"Do drug prevention effects persist into high school?"** Prev Med 22:463-483.
5. Botvin, G.J. (1994). **"Smoking Prevention Among New York Hispanic Youth: Results of a Four-Year Evaluation Study."** Unpublished manuscript.
6. Botvin, G.J. (1995). **"Drug abuse prevention in school settings"**. In: Botvin, G.J. Schinke, S. and Orlandi, M.A., eds. Drug Abuse Prevention with Multiethnic Youth. Thousand Oaks, CA: Sage.
7. Botvin, G.J., and Botvin, E.M. (1992). **"Adolescent tobacco, alcohol and drug abuse: Prevention Strategies, empirical findings and assessment issues"**. J Dev Behav Pediatr 13: 290-301.
8. Botvin, G.J. and Eng, A. (1982). **"The efficacy of a multicomponent approach to the prevention of cigarette smoking"**. Prev Med 11: 199-211.
9. Botvin, G.J., Baker, E., Botvin, E.M., Dusenbury, L., Cardwell, J., and Diaz, T. (1993). **"Factors promoting cigarette smoking among black youth: A causal modeling approach"**. Addict Behav 18: 397-405.
10. Botvin, G.J., Baker, E., Botvin, E.M., Filazzola, A.D., and Millman, R.B. (1984). **"Alcohol abuse prevention through the development of personal and social competence: A pilot study"**. J Stud Alcohol 45: 550-552.
11. Botvin, G.J., Baker, E., Dusenbury, L.D., Botvin, E.M. and Diaz, T. (1995). **"Longterm follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a White middle-class population"**. JAMA 273: 1106-1112.
12. Botvin, G.J., Baker, E., Dusenbury, L., Tortus, S., and Botvin, E. (1990). **"Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: Results of a three-year study"**. J Consult Clin

- Psychol 58: 437-446.
13. Botvin, G.J., Eng, A., and Williams, C.I. (1980). **"Preventing the onset of cigarette smoking through life skills training"**. Prev Med 9: 135-143.
 14. Botvin, G.J., Epstein, J.A, Baker, E., Diaz, T., Williams, M.I. (1997). : **"school-Based Drug Abuse prevention with Inner-city minority youth. The etiology and prevention of drug abuse among minority youth. Journal of child & adolescent substance abuse"**. Vol.6, No.1, 5-20.
 15. Botvin, G.J., Goldberg, C.J., Botvin, E.M., and Dusenbury, L. (1993). **"Smoking behavior of adolescents exposed to cigarette advertising"**. Public Health Rep 108(2): 217-224.
 16. Botvin, G.J., Schinke, S.P., Epstein, J.A., and Diaz, T. (1994). **"The effectiveness of culturally-focused and generic skills training approaches to alcohol and drug abuse prevention among minority youth"**. Psychol Addict Behav 8: 116-127.
 17. Botvin, G.J., Schinke, S.P., Epstein, J.A., Diaz, T. and Botvin, E.M. (1994). **"Effectiveness of culturally-focused and generic skills training approaches to alcohol and drug abuse prevention among minority youth"**. Psychol Addict Behav 8: 116-127.
 18. Botvin, G.J., Schinke, S.P., Epstein, J.A., Diaz, T. and Botvin, E.M. (1995). **"Effectiveness of culturally-focused and generic skills training approaches to alcohol and drug abuse prevention among minority adolescents: Two-year follow-up results"**. Psychol Addict Behav 9(3): 183-194.
 19. Botvin, G.J., Griffin, K.W., T., & Ifill-Williams, M. (2001). **"Drug abuse prevention among minority adolescents: posttest and one-year follow-up of a school-Based preventive intervention"**. Prevention Science, 2(1), 1-13.
 20. Botvin, G.J., Griffin, K.W., Diaz, T., Miller, N., & Ifill-Williams, M. (1999). **"smoking initiation and escalation in early adolescent girls: minority youth. Journal of the American Medical women's association"**. 54, 139-143.
 21. Caplan, M., Weisberg, R.P., Grober, J.S., Sivo, P., Grady, K., and Jocoby, C.

- (1992). **"Social competence promotion with inner-city and suburban young adolescents: Effects on social adjustment and alcohol use"**. J Cons Clin Psychol 60(1): 56-63.
22. Dielman, T.E. (1994). **"School-based research on the prevention of adolescent alcohol use and misuse: Methodological issues and advances"**. J Res Adolesc 4: 271-293.
23. Donaldson, S.I.; Graham, J.W.; and Hansen, W.B. (1994). **"Testing the generalizability of intervening mechanism theories: Understanding the effects of adolescent drug use preventions interventions"**. J Behav Med 17: 195-216.
24. Dryfoos, J.G. (1993). **"Preventing substance use: Rethinking strategies"**. Am J Public Health 83(6): 793-795.
25. Ellickson, P.L., and Bell, R.M. (1990). **"Drug prevention in junior high: A multisite longitudinal test"**. Science 247: 1299-1305.
26. Ellickson, P.L., Bell, R.M. and McGuigan, K. (1993). **"Preventing adolescent drug use: Long term results of a junior high program"**. Am J Public Health 83: 856-861.
27. Ellickson, P.L. Schools. In: Coombs, R.H.; and Ziedonis, D.; eds. (1993). **"Handbook of Drug Abuse Prevention"**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. pp. 93-120.
28. Evans, R.I. (1976). **"Smoking in children: Developing a social psychological strategy of deterrence"**. Prev Med 5: 122-127.
29. Evans, R.I., Rorzelle, R.M., Mittlemark, M.B., Hansen, W.B., Bane, A.L., and Havis, J. (1978). **"Deterring the onset of smoking in children: Knowledge of immediate physiological effects and coping with peer pressure, media pressure and parent modeling"**. J Appl Soc Psychol 8: 126-135.
30. Flay, B.R., Keopke, D., Thomson, S.J., Santi, S., Best, J.A., and Brown, K.S. (1989). **"Long-term follow-up of the first waterloo smoking prevention trial"**. Am J Public Health 79(10): 1371-1376.
31. Gilchrist, L.D., and Schinke, S.P. (1983). **"Self-control skills for smoking prevention"**. In: Engstrom, P.F.; and Anderson, P.; eds. Advances in Cancer

- Control. New York: Alan R. Liss.
32. Hurd, P., Johnson, C.A., Pechacek, T., Bast, C.P., Jacobs, D., and Luepker, R. (1980). **"Prevention of cigarette smoking in 7th grade students"**. J Behav Med 3: 15-28.
 33. Jessor, R., and Jessor, S.L. (1977). **"Problem Behavior and psychosocial Development: A Longitudinal Study of Youth"**. New York: Academic Press.
 34. Jonse, C.L., and Battjes, R.J., eds. (1985). **"Etiology of Drug Abuse: Implications for Prevention"**. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 56. DHHS Pub. No. (ADM) 85-1335. Washington, DC: Supt. Of Docs, U.S. Govt. Print. Off.
 35. Kandel, D.B. (1978). **"Convergences in prospective longitudinal surveys of drug use in normal populations"**. In: Kandel, D.B. ed. Longitudinal Research on Drug Use: Empirical Findings and Methodological Issues. Washington, DC: Hemisphere (Halsted-Wiley).
 36. Kearney, A.L., and Hines, M.H. (1980). **"Evaluation of the effectiveness of a drug prevention education program"**. J Drug Educ 10: 127-134.
 37. Kim, S.A. (1988). **"Short-and long-term evaluation of "here's looking at you"**. ILJ Drug Educ 18: 235-242.
 38. Kreutter, K.J., Gewirtz, H., Davenny, J.E., and Love, C. (1991). **"Drug and alcohol prevention project for sixth-graders: First-year findings, Adolescence"** 26(102): 287-292.
 39. Luepker, R.V.; Johnson, C.A.; Murray, D.M.; and Pechacek, T.F. (1983). **"Prevention of cigarette smoking: Three year follow-up of educational programs for youth"**. J Behav Med 6: 53-61.
 40. MacKinnon, D.P., Johnson, C.A., Pentz, M.A., Dwyer, J.H., Hansen, W.B., Flay, B.R., and Wang, E.Y.I. (1991). **"Mediating mechanisms in a school-based drug prevention program: First-year effects of the Midwestern prevention project"**. Health Psychol 10(3): 164-172.
 41. McAlister, A., Perry, C.L., Killen, J., Slinkard, L.A., and Maccoby, N. (1980). **"Pilot study of smoking, alcohol and drug abuse prevention"**. Am J

- Public Health 70: 719-721.
42. McGuire, W.J. (1964). **"Inducing resistance to persuasion: Some contemporary approaches"**. In: Berkowitz, L., ed. *Advances in Experimental Social Psychology*. New York: Academic Press.
 43. Meyer, R.E.; and Mirin S.M. (1979). **"The Heroin Stimulus: Implications for a theory of Addiction"**. New York: Plenum Medical Book Co.
 44. Mewcombm, M.D., and Bentler, P.M. (1988). **"Consequence of Adolescent Drug Use: Impact on the lives of Young Adults"**. New York: Sage.
 45. Murray, D.M., Davis-Hearn, M., Goldman, A.I., Pirie, P., and Luepker, R.V. (1988). **"Four and five year follow-up results from four seventh-grade smoking prevention strategies"**. *J Behav Med* 11(4): 395-405.
 46. Pentz, M.A., Mackinnon, D.P., J.H., Wang, E.Y.I., Hansen, W.B., Flay, B.R., and Johnson, C.A. (1989). **"Longitudinal effects of the Midwestern prevention project on regular and experimental smoking in adolescents"**. *Prev Med* 18: 304-321.
 47. Perry, C.L., and Kelder, S.H. (1992). **"Models for effective prevention. 5th Congress of the international Association for Adolescent Health (1991, Montreux, Switzerland)"**. *J Adolesc Health* 13: 355-363.
 48. Ross, L., Greene, D., and House, P. (1977). **"The false consensus effect: An egocentric bias in social perception and attributions processes"**. *J Exp Soc Psychol* 13: 279-301.
 49. Schinke, S.P., and Gilchrist, L.D. (1983). **"Primary prevention of tobacco smoking"**. *J School Health* 53: 416-419.
 50. Schinke, S.P., and Gilchrist, L.D. (1984). **"Preventing cigarette smoking with youth"**. *J Primary Prev* 5: 48-56.
 51. Shope, J.T., Bielman, T.E., Butchart, A.T., Campanelli, P.C., and Kloska, D.D. (1992). **"An elementary school-based alcohol misuse prevention program. A follow-up evaluation"**. *J Stud Alcohol* 53(2): 106-121.
 52. Sussman, S., Dent, C.W., Simon, T.R., Staey, A.W., Galaif, E.R., Moss, M.A., Graigs & Johnson, C.A. (1995). **"Immediate impact of social influence-oriented substance abuse prevention curricula in traditional**

- and continuation high schools"**. *Drugs and society* 8: 65-81.
53. Sussman, S., Dent, C.W., Stacy, A.W., and Sun, P. (1993). "**Project Towards No Tobacco Use: 1-year behavior outcomes**". *Am J Public Health* 83: 1245-1250.
54. Telch, M.J., Killen, J.D., McAlister, A.L., Perry, C.L., and Maccoby, N. (1982). "**Long-term follow-up of a pilot project on smoking prevention with adolescents**". *J Behav Med* 5: 1-8.
55. Tobler, N.S. (1986). "**Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: Quantitative outcome results of program participants compared to a control or comparison group**". *Drug Issues* 16(4): 537-567.
56. Wechsler, H. (1976). "**Alcohol intoxication and drug use among teenagers**". *J Stud Alcohol* 37: 1672-1677.

