

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

* سعید جهانشاهی

سال هشتاد و دو، سال اول برنامه پیشگیری از اعتیاد که در سطح اجتماعات کوچک محله‌ها به اجرا درآمد، سال تجربه و تجربه‌اموزی بود. در مقاله حاضر نخست به بررسی تجربه فعالیت‌های مشارکتی در شهر پورتو آلگره (Porto Alegre) در جنوب برزیل که از تجارب زبان‌زد برنامه‌های مشارکت مردمی است، پرداخته خواهد شد؛ سپس تجربیات به دست آمده از مرحله آغاز اجرای برنامه در چهار محله صفائیه، حسن آباد، نعیم آباد، و مریم آباد در سطح شهر یزد و یک روستایی دو هزار نفری به نام روستای نصرآباد از توابع شهرستان تفت، در جاده یزد - شیراز، معرفی و بررسی خواهد شد. در بررسی این پنج تجربه، پنج الگوی مشارکتی که مانند تعامل خودجوش شرایط با ایده برنامه بود، استخراج و در الگوی واحدی جمع‌بندی شد. در بعد اجرایی نیز متغیرهای انسانی مؤثر در اجرای این تجربه - کارشناس مجری برنامه، رهبران محلی، تسهیلگران و

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

مؤسسات غیردولتی هم کار با برنامه - از دو بعد ثبات و توانایی تحلیل و بررسی شدند. ماحصل این تحلیل‌ها و جمع‌بندی نحوه اجرایی برنامه در سال دوم، به معرفی الگوی عملیاتی انجامید که به نظر نگارنده نه تنها قابلیت اجرا در سطح محلات مختلف با فرهنگ‌های مختلف و در استان‌های مختلف را دارد، بلکه قابلیت استفاده در محیط‌های کار، مدارس و خانواده‌ها را نیز دارد. در این الگوی عملیاتی جدید، جاده ارتقای سلامت، از تسهیل گران آغاز شده و به سازمان‌های مبتنی بر اجتماعات کوچک (Community-based Organization) ختم می‌شود. در این راه، به منظور ایجاد قابلیت توان مندسازی مردم علیه سوءصرف مواد مخدر و وابستگی به آن، هم چنین دست‌یابی به هدف «ایجاد جنبش فراغیر اجتماعی علیه سوءصرف مواد مخدر»، تسهیل‌گران یا گروه مرکزی اجرایی برنامه، سازمان‌دهی مدون مشارکت مردم را با تکیه بر سنت‌های بومی و فرهنگی آن‌ها، حول مفاهیم خانه و زندگی و توان مندسازی اجتماعات کوچک را در پیش گرفتند؛ چرا که این طریق و توانمندسازی اجتماعی در این الگوی پیشنهادی را با قابلیت بازسازی هویت اجتماعی، بهبود سرحتی (Wellbeing) و آموزش مهارت‌های زندگی اجتماعی، را ممکن می‌سازد.

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

تاریخ دریافت مقاله: 83/6/11
تاریخ پذیرش مقاله: 83/11/3

مقدمه

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

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

ب) از طرفی پژوهش‌ها ارتباط موقعیت اجتماعی با سطح دریافت خدمات اجتماعی و سلامتی را به وضوح نشان دادند. (Murry et al., 2004) بی‌توجهی به نابرابری‌ها و توسعه نیافتنگی‌های اجتماعی به معنی بی‌توجهی به

سلامتی و گسترش بیماری‌ها در جامعه قلمداد شد. بانک جهانی نیز مستندات متنوعی از تأثیر مشارکت مردمی بر کنترل فقر، نابرابری و به خصوص سلامتی ارائه کرد (Guareschi et al., 2004).

سازمان بهداشت جهانی در سال 1978 در آلمان (Guareschi et al., 2004)، با تأکید بر نقش مشارکت مردم برگسترش سلامتی، و در 1984 در اتاوای کانادا، با تدوین منشور اتاوا و پذیرش آن از طرف وزرایی عضو، ارتقای سلامت را به عنوان دیدگاه تازه ای در بهداشت جهانی در برابر دیدگان سیاست گذاران و برنامه‌ریزان سلامت درکشورهای جهان قرار داد. بدین ترتیب ارتقای سلامت با تعریف «توانمندسازی مردم برای کنترل عوامل مؤثر بر سلامتی‌شان» محور فعالیتها و برنامه سلامتی سازمان بهداشت جهانی قرار گرفت (Terris, 2000). به دنبال این دیدگاه نوین، تأکید بر فرد و نقش خاص درمان گر، که زیربنای بهداشت فردی و روان‌شناسی سلامتی بود، کم رنگ شد و اجتماعات کوچک (community) و مشارکت مردم، موضوع مطالعه گرایش جدیدی به نام روان‌شناسان سلامتی اجتماعات کوچک (community health psychology) شد. (برای مطالعه بیشتر در باب تاریخچه خواست گاه و تفاوت‌های روان‌شناسی سلامتی و روان‌شناسی سلامتی اجتماعات کوچک، نگاه کنید به Murry et al., 2004). طرح این نگاه نو تجربه‌های تازه‌ای را در برابر

متولیان سلامتی قرار داده است . ورود این دیدگاه نوین به حوزه پیشگیری از اعتیاد در کنار تأکید بر نقش مشارکت مردم ، توسعه اجتماعی، سبک زندگی اعتیادی و نقش خاص سرhalی (Wellbeing) در سلامتی، باعث شد روی کرد مبتنی بر اجتماعات کوچک (اجتماعمحور) و متکی بر دانش روان شناسی سلامتی اجتماعات کوچک، زیربنای کلیه برنامه های پیشگیری از اعتیاد و سرآغاز عصری نوین در ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد قرار گیرد .

1) تجربه برزیل

شهر پورتو الگره ، با یک میلیون و سیصد هزار نفر جمعیت، مرکز یکی از ایالت های جنوبی بزریل است . این شهر در دهه هشتاد با مشکلات مختلفی از قبیل کم بود آب آشامیدنی سالم و ... دست به گریبان بوده است . برنامه های «ارتقای سلامت اجتماع محور» در این شهر از 1989 و پس از پیروزی حزب کارگر در انتخابات محلی شهر آغاز شد . موفقیت این حزب در اجرای موفق این برنامه پیروزی این حزب را برای چهارمین بار پیاپی در این شهر سبب شد . از آن سال تاکنون این برنامه توانسته است مشارکت بخش وسیعی از مردم را جلب کند و بر توسعه و سلامتی مردم شهر تاثیر چشمگیری بگذارد .

ایده اولیه، جلب مشارکت مردم برای توزیع عادلانه تر و مشارکتی تر منابع و امکانات شهری

بود. این ایده از طرف شورای شهر طرح شد و به سیستمی مشارکتی برای تنظیم بودجه و امکانات شهری منتهی شد. براساس این الگو، برخی از اهالی در جلسات منظم و مستمری دور هم جمع شده و نظرات خود را برای ارتقای کیفیت خدمات شهری در مواردی چون سلامتی، آموزش، حمل و نقل و امنیت اجتماعی طرح میکردند. این گفتگوها فرآیند تصمیم‌گیری را بسیار تسهیل میکرد و نتایج بهتری پدید میآورد. شرکت در این جلسات آزاد بود . در سال اول

برنامه، کسر بودجه شورای شهر باعث شد میزان مشارکت مردمی محدود نگه داشته شود، اما ب عد از اصلاحاتی که در نحوه دریافت مالیات ها ایجاد شد، توجه به این سیستم بودجه بندي مشارکتی اهمیت یافت. برخلاف انتظار، شرکت در جلسات به گروه های تحصیلکرده و طبقه متوسط و مرffe محدود نشد؛ چنان که اتفاقاً شرکت گروه های فقیرتر در جلسات مشهودتر بود . بررسی پویایی های گروه در این جلسات نشان داد میزان مشارکت مستمر و درگیری در مسائل و اظهارنظر افراد، با سابقة شرکت در جلسات ارتباط مستقیمي دارد . با گذشت زمان به وضوح بر تعداد بیش تر مردان و زنان و اهمیت مباحث افزوده می شد. تصمیمات حاصله از طرف نمایندگان منتخب محلات مختلف، تحت بررسی بیش تر قرار میگرفت و به مقامات دولتی ارائه میشد. این

روند در محلات و حوزه های مختلف خدماتی، گسترش یافت؛ به نحوی که امروزه شرکت در این جلسات دانش مردم را در اداره شهر ارتقا بخشیده و بر روحیه شهروندی تأثیر عمیقی وارد کرده است؛ چنان که بودجه بندي مشارکتی، به فرهنگ عمومی مردم تبدیل شده است. این برنامه با تقسیم شهر به 16 منطقه و گروه های کوچک زیر مجموعه آن، 60 درصد از مردم شهر را تحت پوشش قرار داده است. براساس تجربة این شهر، 70 شهر دیگر برزیل در حال اجرای این برنامه هستند.*

در این تجربه، طرح موضوع بودجه بندي مشارکتی در کنار تشکیل جلساتی عمومی در محلات – با ساختاری که فرآیند تصمیم گیری مردم محله را تسهیل می‌کرد – به کار گرفته شد . به عبارتی در این تجربه وضعیت توسعه نیافتنگی سال‌های دهه هشتاد در کنار به قدرت رسیدن حزب کارگر عامل اجتماعی مناسبی برای محور قرار دادن یکی از مفاهیم پایه

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

برای آگاهی از بهترین تجربه های مشارکتی انتخاب شده از طرف سازمان یونسکو به نشانی: <http://www.unesco.org/most/bpcomm.htm> رجوع کنید.

فرهنگ و سنت مردم یعنی پول و امکانات رفاهی بود؛ تجربه ای که با شرایط مناسب اجتماعی (توسعه‌نیافتگی) و حمایت شورای شهر و حزب حاکم در بسترهای ساده و کاربردی چون جلسات گفتگو – در طی 12 سال – به تدریج جای خود را در نظام مدیریت شهری باز کرد و به فرهنگ عمومی مردم تبدیل شد.

(2) تعاریف

2-1 اجتماع محلی (Community)

برای اجتماعات محلی تعاریف مختلفی آورده اند. اجتماعات محلی و کوچک را معمولاً براساس مکان تعریف می‌کنند یعنی مجموعه ای از انسان‌ها که در کنار یکدیگر زندگی می‌کنند. محلات نمونه ای از اجتماعات کوچک مردمی هستند. گاه اجتماع کوچک را براساس هویت آن تعریف می‌کنند؛ نظیر اجتماعات مذهبی مسلمانان یا زرتشتیان (Campbell & Murry 2004). از طرفی می‌توان گفت اجتماع کوچک گروهی از انسان‌ها را شامل می‌شود که وجه مشترکی دارند و چیزی آن‌ها را به هم پیو ند می‌دهد. این وجه مشترک موجب می‌شود تجمع آن‌ها با خصایص ناشی از حضور تک تک آن‌ها تفاوت داشته باشد . بر این اساس اجتماع کوچک می‌تواند از خصایص یک سیستم یا گروه برخوردار باشد و ملاحظات گروه‌ها و سیستم‌ها در

باب آن کاربرد یابد.

گروه‌ها از خصوصیات مشترکی برجور دارند. به دانش بررسی خصوصیات درون گروه‌ها علم پویایی گروه می‌گویند (فورسایت، 1380). از خصوصیات این گروه‌ها می‌توان به تعاملات درون گروهی، ساختار، انسجام، هویت اجتماعی و هدف اشاره کرد. تعاملات گروه به نحوه ارتباط اعضاي گروه با هم، وابسته است. ساختار عبارت است از الگوي پايدار روابط ميان اعضاء، كه از نقش‌هایي چون نقش رهبري و ... تشکيل می‌يابد و هم چنین دربرگيرنده هنجارهای گروه است. هنجارها عبارت اند از مجموعه اي از ملاک‌های توافق شده اعضاي گروه که نشان میدهد در يك بافت خاص چه رفتارهایي باید انجام شود و چه رفتارهایي ممنوع است. انسجام گروه عبارت است از قوت پيوند‌های اعضاي گروه و احساس ما بودن. هویت اجتماعي به آن بخش از خود پنداره گفته می‌شود که محصول عضويت در گروه‌ها و رده‌های اجتماعي است. هدف به علتي که گروه به منظور آن تشکيل شده اشاره دارد.

2-2) محله

محله، محل زندگي مردم و به عبارتي محل سکونت تعدادي از افراد به نام اهالي محل است؛ اما لزوماً محله يك اجتماع کوچک با خصوصياتي متمايز از زندگي تعدادي در کنار هم نیست. . به عبارتي

محله لزوماً از خصوصیات گروه یا سیستم های پویا برخوردار نیست. محله توان مندتر، خصلت های گروه را بیشتر در خود دارد.

برای تبدیل شدن محله به یک گروه واحد باید موجودیتی به نام محله واقعیت داشته باشد و عمل کرد آن در مقایسه با عمل کرد تک خانه ها و ساکنان آن متفاوت باشد. محله باید پویایی داشته باشد تا بتواند کارکردهای جامعه پذیری و هویت بخشی و ... گروه ها را به اعضای خود بدهد . هم چنین باید ساختار رهبری داشته و فرهنگ و سنت خاص، نحوه ارتباطات و قوانین و مقررات نانوشته خود را تعیین کند . در ساختار محلات، محله می تواند به تمامی یک اجتماع کوچک باشد و یا از اجتماعات کوچک متعددی تشکیل شده باشد . این اجتماع کوچک می تواند بسیار توان مند و یا کاملاً ناتوان و آسیب دیده باشد .

2-3) فرهنگ و سنت

فرهنگ و سنت در اجتماعات کوچک، همان تعاملات داخل گروه ها، هنجارها و نقش های آن به شمار می آید. در قالب برگزاری مراسم و اجرای سنت ها است که ساختار گروه و نقش رهبری، هویت اجتماعی گروه و تعاملات آن نمایان می شود. اجتماع کوچکی که واجد فرهنگ و سنت خاصی برای تعیین رفتارهای اعضاي خود نشده باشد ، اجتماع کوچک ناپایدار و

ناتوانی است و هرچه این سنت‌ها و سازمان دهی مراسم دیرینه‌تر و پذیرفته شده‌تر باشد دوام و پایداری اجتماع و قدرت عملکرد آن بیشتر است. برای انسجام و توان مندی اجتماعات کوچک، اجرای سنت‌ها و رعایت مراسم لازم و ضروری هستند. مراسم و سنت‌ها می‌توانند در ساختار فرهنگ بومی مردم یک منطقه مانند فرهنگ مذهبی یا ملی وجود داشته باشند و یا به عنوان مثال با ایجاد سازمان دهی مصنوعی متولیان فرهنگ سلامتی ایجاد شوند.

2-4) تسهیل‌گر

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

(3) تجربه یزد

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

برنامه پیش‌گیری «اجتماع محور» از اعتیاد در محلات مختلفی از شهر آغاز شده است که از آن میان، تجربیات به دست آمده از اجرای برنامه در سطح محله‌های صفائیه، حسن آباد، نعیم آباد و مریم آباد معرفی می‌شود. تجربة به دست آمده از اجرای برنامه در سطح روستایی دوهزار نفری به نام روستای نصرآباد نیز به اختصار آمده است.

1-3) روستای نصرآباد

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

در اولین گام ، کار دعوت از سایر رهبران محله آغاز شد . مسئول بسیج ، مدیر مدرسه و یکی از خیران روستا به سرعت دعوت را پذیرفتند . در اولین جلسه مشترک ، اعضاء تصمیم گرفتند تا با طراحی برنامه ای جامع برای مبارزه با اعتیاد در روستا اقدام کنند . به آنها توصیه شد برای تأمین بودجه و کسب قدرت مانور بیش تر به منظور جلب حمایت سایر منابع ، در مرحله اول به ثبت مؤسسه

غیردولتی و غیرانتفاعی در سازمان بهزیستی (با هدف ارتقای سلامت اهالی روستای نصرآباد) اقدام کنند و طرح جامعی برای پیش گیری از اعتیاد در روستا تدوین کنند. نکته ای که ادامه کار در این روستا را به چالش کشید، تشابه شیوه کار رهبران محلی با طرح جامع پیش گیری از اعتیاد (اجرا شده در سال 1378) و نگرانی از مواجهه با همان مشکلات بود.

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

3-2) صفائیه

صفائیه از محلات اعیان نشین و در جنوب شهر واقع شده است. میدان اصلی و ورودی این محله، خروجی

جاده یزد - کرمان را تشکیل می دهد. سبک درست شهرسازی در آن رعایت شده و بالاترین قیمت زمین را در سطح شهر یزد به خود اختصاص داده است. مردم این محله اکثراً از پزشکان، کارخانه داران، کارمندان و دبیران باسابقه هستند. برخلاف محلات دیگر که یا از محلات قدیمی شهر هستند و یا روستاهایی بوده اند که با گسترش شهر اخیراً به شهر پیوسته اند، اهالی این محله عموماً از سایر محلات شهر به آن جا آمده اند. علت انتخاب این محله برای آن ها وضعیت رفاهی و سبک خوب شهرسازی آن است. سبک ساخت و ساز در این محله به نوعی است که منازلی که در ابتدای صفائیه و نزدیکتر به میدان ورودی آن قرار دارند قدیمی ترند و به طبقه مرتفه‌تر تعلق دارند؛ و منازل انتهایی‌تر که هنگام نزدیک شدن تدریجی به جاده یزد - تفت در غرب شهر، ظاهر می‌شوند، اقسام کم درآمدتر را در خود جای داده اند. این سبک ملائم تغییر در زمان سکونت در محله را می‌توان در تغییرات ملائم طبقه اجتماعی آن نیز به وضوح دید.

علت انتخاب این محله کشف و شناسایی دو اجتماع کوچک توانمند در آن بود. اجتماع اول، اجتماعی از زنان بود که به طور هفتگی در منازل اهالی و به صورت دو رهای به برگزاری مراسم ختم انعام می‌پرد اختند. مجری اصلی برگزاری این مراسم که

همانگی در برگزاری را بر عهده دارد، همسر یکی از پزشکان مشهور و قدیمی اما متوفای شهر است که خانواده اش مدت‌ها است در این محله ساکن هستند.

در ضمن وی از جمله افراد خیر شهر است که فعالیت‌های خیریه وسیعی داشته و در سرپرستی برخی کودکان بی‌سرپرست یا حمایت از زنان بی‌بصاعت، با معاونت اجتماعی سازمان بهزیستی هم کاری نزدیک داشته و دارد.

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

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

زنان نبود، اما حضور در مسجد و ملاقات با صفات اول نمازگزاران، به خصوص خادم مسجد که هماهنگ کننده برنامه‌ها است، کار چندان مشکلی نبود . خادم از اطلاعات کافی در خصوص این اجتماع کوچک برخوردار بود و نمازگزاران صفات اول نیز از محبوبیت و مقبولیت کافی.

بزرگترین مشکل در هر دو مورد، کشف و آموزش تسهیلگری بود که بتواند وظيفة توان مندسازی و جلب مشارکت مردم در ارتقای سلامت خودشان را در چنین محیط‌های مذهبی ساخت یافته‌ای به انجام رساند.

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

3-3) حسنآباد

محله حسنآباد در منطقه وسیعی در حاشیه شرقی شهر قرار دارد. محدوده این محله را از سمت غرب، کمربندي شرقی شهر و محدوده غربی آن را کویر خارج شهر و قبرستان خلد برین (قبرستان اصلی شهر) تشکیل میدهد. زندان شهر نیز در قسمت شمالی آن واقع است. این محله در دو بخش تقسیم شده است: بخش مرکزی آن که در واقع همان روستای حسنآباد است؛ و بخش حاشیه ای و نوساز آن که از مهاجران روستایی و مهاجرانی از شهرهای شهر بابک، ابرکوه و رفسنجان تشکیل شده است. تعداد مهاجران افغانی در این منطقه بیش تر از سایر محلات استان بوده است که هم اکنون تقریباً از منطقه خارج شده اند. شغل اصلی اهالی این محله کارگری و فعالیت‌های خدماتی ساختمانی بوده و از وضعیت اقتصادی ضعیفی برخوردار هستند. به گفته اهالی، اعتیاد بیشتر در منطقه مسکونی حاشیه ای حسن آباد - منطقه مهاجرنشین - مطرح است. مشکل معتادان خیابانی و تزییقی به صورت بسیار نادر و پراکنده به خصوص در منطقه حاشیه ای حسن آباد به چشم می‌خورد و موضوع روسپی‌گری غیر از شایعاتی در همان منطقه، موضوع عربانی نیست. علت انتخاب این محله قابلیت گسترش آسیب‌های اجتماعی و به خصوص اعتیاد در سطح محله و وجود احساس نیاز و حساسیت

در مردم محل بود.

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

با توجه به توانایی مدیریت این مؤسسه و نفوذ اجتماعی‌ای که در آن محله داشت، کار سامان دهی اجتماعات کوچک با تشکیل تیم‌های محلی در دستور کار قرار گرفت. از طرفی برای شناسایی هسته‌های اولیه تشکیل اجتماعات کوچک و توان مندسازی آن‌ها تا مبدل شدن به اجتماعات مقندرتر، گروه همتا (Peer Group) مدل مناسبی قلمداد شد. بدین منظور و برای شناسایی این گروه‌ها، مدلی به نام شوراهای رفاه اجتماعی به عنوان تیم‌های محلی پیش‌گیری اولیه از اعتیاد طراحی و اجرا شد. هدف از تأسیس شوراهای رفاه اجتماعی جذب و شناسایی افراد علاقه‌مند به فعالیت‌های اجتماعی و تسهیل هدف‌گذاری ارتقای سلامت مردم، با تأکید بر برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد، در این اجتماعات کوچک بود. این شوراهای همت مؤسسات غیردولتی فعال در آن محله تاسیس می‌شدند. هر شورا محدوده اجتماعی خاصی را برای خود تعریف می‌کرد و حداقل سه عضو داشت. در این محله سه شورای رفاه اجتماعی تشکیل

شد. لازم به ذکر است که مجوز تأسیس شوراهاي رفاه اجتماعي به کلیه مؤسسات غیردولتی علاقه مند به فعالیت در این برنامه داده شد . این شوراها فعالیتهاي خود را در قالب صورت جلساتي به مؤسسه مذكور و از آن طریق به کارشناس مجری طرح در سازمان بهزیستی ارسانی کردند. در ارزیابی عملکرد این شوراها با بررسی صورت جلسات آن ها ناهمانگی فعالیت این شوراها با اهداف برنامه به وضوح مشخص بود؛ فعالیت هایی که اثبات تأثیر آن ها در کاهش تقاضا بر علیه سوء مصرف مواد کار ساده ای نبود؛ چرا که یا تکراری از همان اقدامات پیشگیرانه قبلی، چون ذکر عوارض مصرف مواد، بود و یا اصولاً هم چون برگزاری کلاس های کامپیووتر و آموزش صنایع دستی ارتباطی با سلامتی و پیش گیری از اعتیاد نداشت . دخالت در تصمیمات شورا نیز خود نقش غرض بود .

در محلة حسنآباد الگوی جدیدی در قالب شوراهاي رفاه اجتماعي پی گيري شد . این شوراها به همت مؤسسات غیردولتی، افراد تاب آورده و با کمک گروه همتا تشکیل شده بودند . توافقنامه این شوراها و حرکت آن ها به سمت پیش گیری اولیه از اعتیاد، نکته کلیدی در موفقیت برنامه بود . در نگاهي اجمالی به صورت جلسات شوراهاي رفاه اجتماعي، به وضوح ضعف شدید اعضاي این شوراها در

دستیابی به هدف آن‌ها نمایان می‌شد و برهان وجودی و کارکرد شوراهایا در برنامه را به چالش می‌کشید. به نظر می‌رسید شوراهای رفاه اجتماعی، همچون تیم‌های پیشگیری از فلجه اطفال [!!]، فعالیت‌هایی به منظور پیشگیری از اعتیاد را هدف گرفته‌اند و در تعیین مصدق این فعالیت‌ها در تشبیه اعتیاد به بیماری فلجه اطفال با مشکل مواجه شده‌اند. چرا که توانمندسازی اجتماعات کوچک برای کنترل عوامل مؤثر بر ابتلا به اعتیاد، شامل وجود سرمایه اجتماعی، هویت اجتماعی، مشارکت مردمی و نفس وجود شوراهای رفاه اجتماعی است، نه محصول عملکرد آن‌ها.

3-4) نعیم‌آباد

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

در اولین اقدام، اهالی به دعوت مؤسسه مذکور، در حسینیه محله جمع شدند. برنامه این مؤسسه این بود که با استفاده از شیوه شوراهای رفاهی اجتماعی، فعالیت در محله را جلو ببرد. درخواست

تأسیس این شوراها پس از اجرای سخنرانی توجیهی، با مردم مطرح شده بود . در نهایت چهار شورا تشکیل شد؛ مردان و زنان در محله بالا و پایین . این تقسیم بندي به نوعی تقسیمات، اختلافات و رقابت‌های محله را دامن می زد و هرگونه اقدام برای یک شورا را به معنی کوتاه ی برای شورای دیگر جلوه می‌داد. از طرفی اعضاي مؤسسه ای که این فعالیت را شروع کرده بود، هیچ‌گونه قرابت فرهنگی با مردم محله نداشتند . علاوه بر این، همان مشکل ذاتی شوراهاي رفاه اجتماعي، يعني ارتباط فعالیتهاي آنها با برنامه‌هاي کاهش تقاضا که در محله حسن‌آباد دیده شده بود، در اين محله نيز مشاهده شد؛ لذا اين تلاش متوقف و نافرجام ماند. در دومين تلاش، شناسايي رهبران محله طرف توجه قرار گرفت. باز مشكل فعالیت برای هر رهبر محلی و بي‌توجهی به ساير رهبران و اهالي محله بالا و پایین، عامل دغدغه‌آفرین و احتیاطي اجري برنامه به نظر رسيد . به منظور کشف فردي با نفوذ، اما خارج از محدوده محله، يكی از مؤسسات خيريه که برای زنان بي‌سرپرست در آن محله فعالیت می‌کرد، شناسايي شد . اين مؤسسه داراي فضای فيزيکي لازم برای توزيع کمک‌های خيريه بود که آمادگي کامل خود را برای هم کاري اعلام کرد . برای نحوه اجرای برنامه در سطح آن محله، با اين رهبر اجتماعي

مشورت شد . به توصیة او، استفاده از پتانسیل موجود در محله یعنی فضای فیزیکی، زنان بی سربرست و مردم خیر هم کار با این مؤسسه در محله، در دستور کار قرار گرفت . وجود خانه ای در محله، با سابقة خدمات خیریه، در کنار طرح ایده آموزش ماهیگیری ضمن توزیع ماهی، ادامه خدمات این خانه را به آموزش مهارت های زندگی سوق داد و مدل تازه ای از سامان دهی مشارکت مردمی را با محوریت آموزش مهارت های زندگی در کنار مدل شورا های رفاه اجتماعی که مشکلات آن به تدریج رخ نموده بود، در پیش رو قرار داد . در بررسی بیشتر این مدل تازه، الگوی جدیدی با عنوان خانه زندگی شکل گرفت در ایده ابتدایی طرح خانه های زندگی، - که عبارت بود از خانه ای برای آموزش مهارت های زندگی - «بیایید بهتر زندگی کنیم» شعار محوري آن بود . این خانه پروژه ای محسوب می شد که به کمک مؤسسات غیردولتی و غیرانتفاعی و یا خیرین داوطلب اجرا می شد .

خانه زندگی سازمان دهی مشخصی داشت . خانه با مسئولیت مؤسسه خیریه اما با مدیریت شورایی متشکل از سه نفر از مردان، سه نفر از زنان و سه نفر از جوانان محله اداره می شد . این افراد از بین اعضای خانه انتخاب می شدند . اعضا شهروندان نامیده می شدند و کسانی بودند که حق عضویت

می‌پرد اختند. ساکنان محله کسانی بودند که هم کاری با خانه را پذیرفته بودند و در گروه‌ها و کلاس‌ها شرکت می‌کردند، اما مایل به پرداخت حق عضویت نبودند. گروه سوم اهالی محله بودند که به این خانه بی‌اعتنای بودند و ارتباطی با فعالیت‌های آن نداشتند. این سازمان دهی می‌توانست اعضاي اجتماع را به سمت عمدۀ ترین فعالیت این خانه یعنی آموزش مهارت‌های زندگی سوق دهد. این مهارت‌ها از آموزش مهارت‌های آشپزی تا مهارت‌های کاوش هزینه‌های خانواده، از افزایش روابط سالم در میان اعضاي خانواده‌ها تا نزدیکی بیشتر مردم محله را شامل می‌شد. در کنار برگزاری آموزش‌های گروهی، برگزاری سنت‌ها و مراسم توافق شده خانواده‌ها نیز رکن مهمی در خانه زندگی داشت . . غذا و میهمانی خانواده‌ها به عنوان سنتی برای اتصال و هم بستگی خانواده‌ها با هم، طرف توجه قرار گرفت . . این مراسم و مهارت‌ها را شهروندان و ساکنان محله برگزار می‌کنند. بودجه اداره این خانه به کمک مؤسسه خیریه، افراد خیر، شرکت کنندگان در این گروه‌های خودیاری و هم چنین دریافت حق عضویت تأمین می‌شد. این خانه، بهترین مکان برای فعالیت‌های همیاران سلامت روان محسوب می‌شد. علی‌رغم همه این‌ها، خانه زندگی در عمل با مشکلات اجرایی عدیده‌ای روبرو بود.

تجربة نعیم آباد ایده خانه های زندگی را به ذهن متبار کرد. این ایده از اندیشه آموزش مهارت های زندگی در کنار توزیع مایحتاج زندگی نشأت گرفته بود. اما همین اقدام نیز می بایست پیش از اجرا در بافت فرهنگی هر محله آزمون شده و به جای ارائه آن ها به محله، به کوشش خود آن ها کشف، و با ژنتیک، وراثت فرهنگ و سنت آن محله متولد شود. این خانه ها برخلاف سوراها که به سبک تشكیل های غیردولتی و غیرانتفاعی اداره می شوند با داشتن سازمانی مردمی تر، ساختاری مشارکتی و بومی تر داشتند و ساده تر در دل قدرت و فرهنگ محله جذب می شدند. اما نکته منفی و بسیار مهم در ایده خانه های زندگی، انحصار آن به آموزش مهارت های زندگی، تشابه فلسفه وجودی آن با هدف طرح همیاران سلامت روان و هم چنین مشکلات ناشی از تأمین فضای مناسب فیزیکی و نگه داری از این خانه ها بود؛ موضوعی که علی رغم همه محسن، اجرای آن را در بعد کلان و در محلات مختلف، با مشکل مواجه می کرد و نیاز به تجربه بیش تر را موجه می نمود.

3-5) مریم آباد

محله مریم آباد با جمعیت پنج هزار نفری در جنو ب محله حسن آباد، شمال اکرم آباد و در امتداد همان کمریندی شرقی شهر قرار دارد. مریم آباد نیز چون

حسنآباد از دو بخش روستای اولیه و منطقه تازهساز اطراف تشکیل شده است . همبستگی و قرابت فامیلی مردم منطقه مرکزی بسیار زیاد است اما بخش حاشیه ای، که از مهاجران روس تاہای استان هستند، روابط چندانی با هم ندارند . اهالی بومی مریمآباد اکثرأ زرتشتیانی بوده اند که به تازگی به دین اسلام گرویده اند و ساکنان فعلی آن نسل هفتم زرتشتیان مسلمان شده محسوب می شوند. شغل اکثر مردم این محله، کارگری است.

علت انتخاب این محله آشنایی با یکی از مؤسسات غیردولتی بود که در منطقه حسن آباد نیز فعالیت داشت. این مؤسسه با موضوع توان مندسازی زنان خانه دار، از تعدادی از زنان ساکن محله مریم آباد تشکیل می شد. رهبری این زنان را یکی از رابطان با سابقه بهداشت به عهده داشت که فعالیت های خود را در همان زمینه ولی به شکل جدید ادامه می داد. تلاش مدیریت مؤسسه برای جذب امکانات بیشتر برای محله مریم آباد عامل اصلی توجه به این محله شد. در اولین گام، مؤسسه مذکور سریعاً اقدام به تشکیل شوراهای رفاه اجتماعی متعدد کرد . این مؤسسه توanst کانون های کوچکی با حضور جوانان محله، رابطان بهداشت مراکز بهداشتی درمانی محله و ... تشکیل دهد.

در بررسی بیشتر سابقه این مؤسسه، فعالیت های

متنوعی از آموزش یوگا تا کلاس صنایع دستی - در شش ماهه اول سال 82 - مشاهده شد . تمام این کلاسها در زیرزمین حسینیه مسجد محله انجام گرفته بود . زیرزمینی نیمه ساز که مقامات استان قول مساعدت در تکمیل آن داده بودند . با توجه به سابقة فعالیت های آموزشی و وجود زیرزمین حسینیه به عنوان مکان آموزش، موضوع تأسیس خانه زندگی با مسئولان مؤسسه مطرح شد که با استقبال روبه رو شد . نکته کلیدی در اندیشه مسئولان مؤسسه احساس وظيفة آنها برای انجام آموزش های متعدد و اقدام به نفع مردم محله بود . در قدم اول محوریت کار بر اندیشه مشارکتی متمرکز شد و مدیریت مؤسسه متقادع شد که به جای برگزاری رایگان کلاس ها، به هر شکل ممکن شیوه هایی را برای جلب مشارکت اهالی در برگزاری کلاسها و اداره امور به کار بگیرد و ایده تأسیس خانه زندگی را در الگویی کاملًا مشارکتی به کار بندد . این پیشنهاد نیز با موافقت همراه شد و قرار شد جلسه ای با حضور تعدادی از اهالی محله به منظور بررسی نحوه تزیین و تکمیل زیرزمین تا تبدیل آن به مکانی متعلق به خودشان تشکیل شود . مسئولان حسینیه نیز با نصب تابلوی خانه زندگی مردم محله مریم آباد برای این زیرزمین موافقت کردند . علی رغم همه این موافقتها، به کارگیری اندیشه مشارکتی کار

ساده‌ای نبود.

در تجربة مریم آباد فعالیت شوراها و تأسیس خانه زندگی با استقبال و موفقیت بیش تر مواجه شد. تنها مشکل پیش رو، تربیت تسهیل‌گرانی بود که روح اندیشه مشارکتی را بیش از پیش در فعالیت‌های تجربه شده اضافه کنند و راهبردهای اساسی پیشبرد و ارتقای سلامتی را با اتکا به خود و اهالی محل به اجرا درآورند. فعالیت‌های مؤسسه و کارشناسی مجری بدون توجه به این تسهیل گران، به نظر بی ثبات و کوتاه مدت جلوه گر می‌شد و برای مدت زمان لازم برای توان مند کردن اجتماعات کوچک، بسیار ناقص به نظر می‌رسید.

(4) یافته‌ها

4-1) درس‌های آموخته شده

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

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

کوچک است. لذا محله به محدوده کوچکی از اجتماع
اطلاق می شود که امکان مشارکت مستقیم مردم آن

محدوده در فعالیتهای مرتبط، وجود داشته باشد.

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

ج) هدف از برنامه پیش گیری از اعتیاد
اجتماع محور، به راه انداختن تیم‌هایی از فعالان
اجتماعی برای تک رار تجربیات متخصص مآبانه و
بعضًا ناموفق پیشین نیست؛ چرا که اعتیاد، هم چون
فلج اطفال نیست که با حذف یکی دو عامل، ریشه کن
شود. اعتیاد محصل نابسامانی اجتماعی است و با
ساماندهی اجتماعی و توانمندسازی آن پیش گیری
می‌شود.

د) هدف از برنامه پیش گیری از اعتیاد
اجتماع محور، مقابله با فقر، توسعه نیافتگی
اجتماعی و ساماندهی اجتماعی است؛ توسعه‌ای که به
خوبی با ایده تبدیل «مجموعه‌ای از ساختمان‌هایی
که افراد در آن‌ها زنده‌اند» به «خانه‌هایی که
گروه‌های مردمی در آن زندگی می‌کنند»، محقق
می‌شود. این ساماندهی جز با سازماندهی مشارکت

مردم در قالب ساختاری مدون میسر نخواهد شد. ه) ایده خانه‌های زندگی عملی نمی‌شود مگر آنکه افرادی از مردم ساکن در اجتماعات کوچک آشنا با فرهنگ و سنت مردم، با درک واقعی مفهوم مشارکت مردمی و اعتقاد و التزام به آن، این موضوع را در خانه‌های مردم و با زندگی روزمره آن‌ها عجین کنند. و این ایده با زندگی روزمره مردم عجین نمی‌شود مگر آن که در برنامه ریزی خانه‌های زندگی بر سادگی، گستردگی و کم هزینگی تشکیل خانه‌ها و آموزش تسهیلگرها توجه شود.

برنامه پیشگیری اجتماع محور فقط در سطح محلات معروضی شده اجرا نشد. این محلات به این علت برای معروفی انتخاب شدند که نمونه جالبی از فعالیت‌های اجرا شده و حاوی تجربه‌ها و درس‌هایی برای مجریان برنامه بودند. به عنوان مثال اقدامات انجام شده در محله مهدی‌آباد و فهادان به نوعی مشابه تجربة نصرآباد، محله میبد بالا در شهرستان میبد مشابه تجربه حسن‌آباد، محله سیدگل سرخ در شهر یزد و محله شریف‌آباد در شهرستان اردکان مشابه تجربة نعیم‌آباد بود. تجربة این محلات در برخی موفقتر و در برخی در همان اوایل کار به سرعت به شکست انجامید.

هر پنج تجربه مشکلات خاص خود را داشت؛ مشکلاتی که گاه ادامه مسیر را ناممکن و یا غیرعملی

مینمود و نیاز به تغییر مسیر را ضروری می کرد. تغییر مسیری که با درس گرفتن از تجربه ها و تغییر ما هوی ایده خانه های زندگی به رشد خود ادامه داد.

4-2) خانه های زندگی، معرفی الگویی متكی بر درسها و تجربه ها

طرح جدید خانه های زندگی، ماحصل درس های اخذ شده از پنج تجربه پیشین و محصلی از شوراهای رفاه اجتماعی، هم چنین برآیندی از ایده جلسات گفت و گو و تسهیل فرآیند تصمیم گیری در مدل پورتو الگره برزیل، و ایده سازمان دهی مبتنی بر فرهنگ بومی در طرح خانه های زندگی اولیه و در آخر نیاز به تسهیلگر آموزش دیده و مردمی - برای مشارکت دادن واقعی مردم - بود . این ایده با استفاده از تجربه ها و درس های به دست آمده در سال اول اجرای برنامه، خصایصی چون علمی بودن، تجربی بودن، بومی بودن، سادگی، گستردگی و کم هزینگی را در خود گنجاند.

خانه زندگی به عنوان مکانی برای گفت و گو و همفکری مردم ساکن در اجتماع کوچک برای دست یابی به زندگی بهتر با شعار بیایید برای زندگی بهتر گفت و گو کنیم طراحی و تدوین شد . در واقع در طرح جدید خانه های زندگی، شوراهای رفاه اجتماعی به جای انجام هر اقدامی به نام پیشگیری از اعتیاد،

موظف شدن علاوه بر جلب مشارکت مردم، زمینه سازی برگزاری جلسات گفت و گو برای زندگی بهتر مردم ساکن در اجتماع کوچک فراهم آورند . مدیریت شوراهای رفاه اجتماعی بر عهده فردی از معتمدان محلی قرار گرفت که از طرف مردم محل معرفی شده بود . وظيفة مدیر شورا، که مدیر خانه زندگی هم بود، این بود که به جای رفع مشکلات مردم و پیشگیری از اعتیاد، زمینه سازی جلب مشارکت مردم را برای رفع مشکلات موجود بر سر راه زندگی بهتر فراهم کند . نکته ای که خود، به نوعی دیدگاه ارتقای سلامت را در درون نهفته داشت و مشارکت ذینفعان واقعی را بدون واسطه، میسر می کرد . جلسات گفت و گوی مردم در ساختاری مدون به بحث پیرامون عده ترین، مشترک ترین و حل شدنی ترین مشکلات پیش روی مردم ساکن در اجتماع کوچک که عامل عده در خستگی روانی اجتماعی و زمینه ساز اعتیاد آن ها بود، سوق داده شد . جلسات گفت و گو در هر مکانی به صلاحیت مردم آن محدوده (مسجد محل، مدرسه محل، خانه یکی از اهالی و ...) تشکیل می شد و هیچ محدودیتی برای تشکیل خانه های متعدد در یک محدوده نبود . اعضای شورا در قالب خادمان خانه که مسئول برگزاری جلسات گفت و گو بودند، هم چنین دیده بانان که حسب نیاز اعضاي خانه مسئول نيازانجی و پژوهش های كمي و كييفي بودند و نيز

گروههای یا وران خانه که مسئول اجرای برخی فعالیت‌های بلندمدت محوله از سوی مردم نظیر توزیع سرنگ یک بار مصرف به معتادان تزریقی بودند، سازمان دهی شدند. خانه‌های زندگی پشتیبان با هدف تسهیل مبادله تجربیات، تسهیل فرآیند رفع مشکلات مردم ساکن در خانه‌های زندگی و بالاخره پشتیبانی از تشکیل خانه‌های زندگی، نقش ائتلاف اجتماعات کوچک توسعه یافته را به سوی توانمندی هرچه بیشتر بر عهده گرفتند.

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

جالب آنکه این الگو به خاطر سادگی، با کمی تغییر، امکان اجرا در سطح اجتماعات کوچک دیگر هم چون محیط‌های کار، محیط‌های آموزشی و حتی

خانواده‌ها را به دست آورد و در کنار همه این‌ها، به سبب شباهت زیاد آن به ساختار برنامه‌های مذهبی مبتنی بر اجتماعات کوچک فرهنگ ایرانی – اسلامی جامعه (برگزاری جلسات دعا، قرائت قرآن، نمازهای جماعت و ...)، کاملاً با فرهنگ بومی کشور تطابق داشته و لذا امکان اجرا در سطح کلان کشوری را نیز دارد.

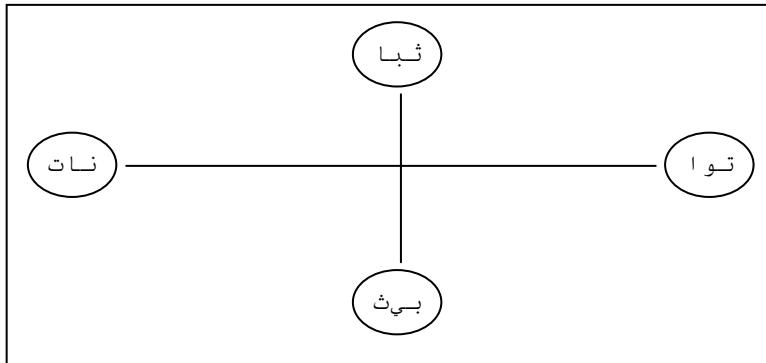
3-4) تحلیل متغیرهای اجرایی - انسانی

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

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

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

شکل ۱



4-3-1 کارشناس مجری

کارشناس مجری برنامه، کارمند سازمان بهزیستی استان یزد است . در بررسی ثبات و پایایی در اجرای برنامه وی نمره ضعیفی گرفت. بارها در حین اجرای برنامه موضوع جابه جایی و یا تغییر مسئولیت وی به علت کمبود نیروی انسانی و نیازهای مدیریتی پیش آمد . تغییر مدیریت در سازمان‌های دولتی موضوعی واقعی و در برنامه های درازمدت و چالش انگیزی چون برنامه پیش گیری اجتماع محور از اعتیاد در محلات تأمل برانگیز است.

در بررسی توانایی وی، هرچند نگارنده مایل است عالی‌ترین نمره را به وی اعطا کند، اما وجود

مشکل در درک برنامه برای برنامه ریزی و اجرا را نمی‌توان نادیده گرفت. با آن که کارشناس برنامه در سطح استان یزد در مقایسه با کارشناسان مشابه در سایر استان‌ها، از تحصیلات پژوهشی و روان‌شناسی بالینی برخوردار است، اما متأسفانه در هیچ یک از این دوره‌های تحصیلی، واحدی برای آموزش نحوه کار با اجتماعات کوچک و توان مندسازی آن‌ها به منظور ارتقای سلامت، گنجانده نشده بود. از طرفی، همان‌طور که در تعریف مفاهیم اساسی مقاله حاضر نیز واضح است، وي برای درک محیط تحت مطالعه خود، یعنی اجتماعات کوچک، مجبور است با شبیه آن به گروه‌ها از مطالعاتش در زمینه پویایی گروه بهره ببرد و راه کارهایی بیابد. وضعیت کارشناس مجری برنامه در محور مختصات، در شکل شماره 2 نشان داده شده است.

2-3-4) رهبر اجتماعی

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

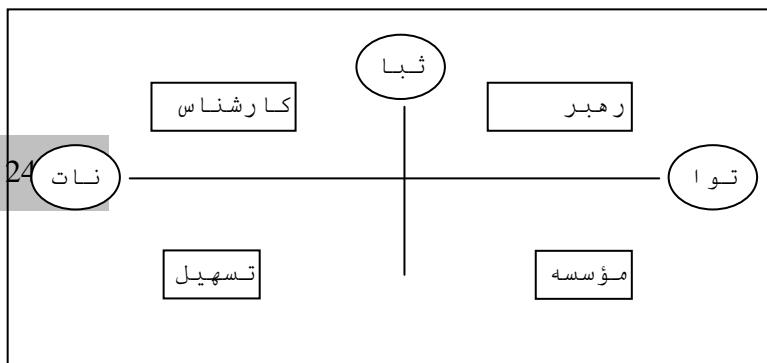
4-3-3) مؤسسات غیردولتی

مؤسسات غیردولتی درگیر در این تجارب در زمینه توانایی اجرای وظایف محوله، قابلیت خوبی از خود نشان دادند. مشکل عده، ثبات آن ها بود. اکثر این مؤسسات (مؤسسات درگیر در تجربیات تشریح شده) چون بر پایگاه اجتماعی خاصی استوار نیستند و تغییر قدرت در آن ها رخ نمیدهد، رفته رفته به مؤسسه ای تبدیل می شوند (و یا شاید هستند) که با بروز اختلاف در قادر رهبری یا بروز مشکلاتی در زندگی خانوادگی مدیریت اصلی آن، فعالیت های جاری آن ها کاملاً متوقف می شود.

4-3-4) تسهیلگر

تسهیلگر بزرگترین مشکل چه از نظر ثبات و چه از نظر توانایی بود. در محله صفائیه، کار با اجتماعات کوچک به علت عدم تأمین تسهیلگر مناسب، متوقف ماند. در محله حسنآباد صورت جلسات شوراها نشان دهنده ناتوانی در درک مفاهیم کلیدی برنامه بود. تسهیلگران هم از نظر ثبات و هم از نظر توانایی در سطح زیرین محور مختصات قرار گرفتند. این متغیرها نیز در شکل شماره 2 نشان داده شده اند.

شکل 2



بیث

با نگاهی گذرا به تجربیات به دست آمده در پنج تجربه تشریح شده، و توجه به وضعیت متغیرهای مؤثر در اجرای برنامه، به نظر می‌رسد تأکید بر کارشناس‌ مجری برنامه، به خصوص در نقش تسهیل گر درگیر در مسائل مردم، به سبب بی ثباتی و ناتوانی‌های ماهیتی که در او – به عنوان یک کارمند اداری – وجود دارد اقدام مطلوبی نیست. از طرفی کلیدی‌ترین نقش در اجرای برنامه را باید بر عهده فردی گذاشت که بیش ترین توانایی و پایایی را داشته باشد.

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

موضوعی است که می‌تواند در برنامه‌های مشارکتی آسیب‌زا باشد.

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

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

(5) جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

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

کوتاه مدت، دامن می زد. و انگه‌ی همان‌طور که در تجارب حاضر مشاهده می شود، لزوماً یک تجربه نمی‌توانست ملاکی برای تجارت دیگر باشد، اما تحلیل جمعی چند تجربه امکان معرفی مدلی همه جانبی را میسر می‌کرد.

ب) ضعیفترین نقش‌ها در برنامه، متعلق به کارشناس مجری برنامه و تسهیل‌گر بود. روح حاکم بر برنامه نیز هرگونه نقش محوری به کارشناس دولتی را مضر و غیرمشارکتی می‌داند. تسهیل‌گر از مردم است و افزایش توانایی و جلب مشارکت او، با روح برنامه هم خوانی بیشتری دارد. با توجه به نمودار متغیرهای انسانی و نقش خاص تسهیل گر در اجرای برنامه، توجه جدی به تربیت تسهیل گران تنها نکته کلیدی مدیریت اجرای برنامه است. بدون توانمندسازی تسهیل گر، توان مندسازی اجتماعات کوچک و اجرای برنامه، در نیمه راه متوقف خواهد ماند.

ج) کارشناس مجری برنامه پیش گیری از اعتیاد اجتماعمحور، در کنار وظيفة آموزش و تربیت تسهیل‌گران، نقش زمینه سازی فعالیت آن‌ها را با اطلاع‌رسانی در خصوص نحوه کار خانه‌های زندگی و تشریح نقش تسهیل‌گران در ارتقای سلامت به مردم و مسئولان، ایفا می‌کند. وی هم‌چنین وظیفه دارد به رفع موانع مشارکت مردم که عمدت‌ترین مانع فعالیت

تسهیلگران است؛ بپردازد. موانعی که عمدتاً فرهنگی بوده و با ایجاد گفتمان غالب فرهنگی به منظور فعالیت تسهیل گران و خانه های زندگی در قالب ایجاد یک جنگ رسانه ای مستمر میسر می شود. علاوه بر این، تربیت تسهیل گر و تشکیل خانه های زندگی با ساختار مدون، قابلیت ارزیابی نتایج و مشاهده مستقیم مشارکت مردم در جلسات گفت و گو را به کارشناس مجری، مدیران ارشد و سیاست گذاران برنامه میدهد.

د) در جمع بندی تجربه ها و درس های ساختاری و اجرایی، میتوان نتیجه گرفت که جاده ارتقای سلامت در برنامه های پیشگیری از اعتیاد اجتماع محور، از آموزش تسهیل گران و زمینه سازی فعالیت آنان شروع شده و به خانه های زندگی که مکان اجتماع مردم برای گفت و گو به منظور زندگی بهتر است، ختم می شود. این مجموعه فعالیت ها در مسیر جاده ارتقای سلامت، با قابلیت کاربری در کلیه اجتماعات کوچک (محلات، محیط های کار، محیط های آموزشی و خانواده ها) به ایجاد سازمان هایی پویا و مبتنی بر اجتماعات کوچک (Community-based Organizations) به نام خانه های زندگی خواهد انجامید . سازمان هایی مردمی که با استفاده از مفاهیمی چون مشارکت، مردم، شورا، رفاه اجتماعی، سنت، مدیر، خادم، دیدهبان، خانه، و زندگی در ساختاری مدون،

الگوها را یکسان و زندگی را تسهیل می کند. هم‌چنین سرمایه اجتماعی را تقویت و هویت اجتماعی را بازسازی می‌کند و اجتماعات کوچک را در کنترل عوامل مؤثر بر ابتلا به سوء مصرف و وابستگی به مواد توان مند می‌کند و هدف ایجاد جنبش فراغیر اجتماعی بر علیه سوء مصرف مواد را محقق می‌سازد. ه) جلب مشارکت مردمی همیشه نگرانی‌هایی را به دنبال داشته است؛ نگرانی از بروز تنش‌های سیاسی تا تردید در تأثیر آن در جوامع فقیری‌ها تحت سلطه که با فرهنگ مشارکتی آشنا نیستند (Murry et al., 2001). تجربیات به دست آمده از تأثیر جلب مشارکت مردمی بر توسعه و ارتقای سلامتی، رفع نابرابری‌ها و... در کشورهای مختلف با فرهنگ‌ها و توسعه یافتنگی‌های مختلف چون آمریکا، برباد، نروژ، هند، ترکیه و... (نگاه کنید به بهترین تجربیات مشارکت مردمی در سایت سازمان یونسکو) نشان‌دهنده بی‌اساس بودن این نگرانی‌ها است؛ اگر و تنها اگر در فرآیند جلب مشارکت مردمی، به خصوصیات منحصر به فرد اجتماعات کوچک و نقش عناصر درون اجتماعات کوچک توجه شود و از تجربه‌ها درس گرفته شود.

1. فورسایت، دانلسون (1380). پویایی گروه ترجمه مهرداد فیروزبخت و منصور قنادان. تهران: نشر رسا.
2. Campbell, C., Murru, M. (2004). "Community Health Psychology: Promoting Analysis and Action for social Change", Vol. 9(2), P.178-195.
3. Daley, D., Marlatt, A, G. (1997). "Relapse Prevention in: Lovinstion, j.h., Ruiz, Pedro, Millman, R., Substance abuse, a comprehensive textbook". third ed, Williams & wilkins.
4. Guareschi, P., Jovchelovitch, S. (2004). "Participation, health and the Development of Community Resources in Southern Brazil". journal of health psychology, Vol. 9(2):311-322.
5. Murry, M., et al. (2004). "Assumptions and Values of Community Health Psychology", Vol. 9(2):323-333.
6. Terris, Milton (2000). "Concepts of Health promotion: Dualities in Public Health Theory". In Health Promotion, An Anthology. Sientific Pub No. 557, World Health Organization.

