

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 تجربه‌آموزی بود. در مقاله حاضر نخست به بررسی تجربه فعالیت‌های مشارکتی در شهر پورتو آگره (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 صفاییه، حسن آباد، نعیم آباد، و مریم آباد در سطح شهر یزد و یک روستای 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 ماحصل تعامل خودجوش شرایط با ایده برنامه بود، استخراج و در الگوی واحدی جمع‌بندی شد. در بعد اجرایی نیز متغیرهای انسانی مؤثر در اجرای این تجارب - کارشناس مجری برنامه، رهبران محلی، تسهیل‌گران و

* پزشک 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 تحلیل ها و جمع بندی نحوه اجرای 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 استان های مختلف را دارد، بلکه قابلیت استفاده در محیط های کار، مدارس و خانواده ها را نیز دارا است . در این الگوی عملیاتی جدید، جاده ارتقای سلامت، از تسهیل گران آغاز شده و به سازمان های مبتنی بر اجتماعات کوچک (Community-based Organization) ختم می شود. در این راه، به منظور ایجاد قابلیت توان مندسازی مردم علیه سوء مصرف مواد مخدر و وابستگی به آن، هم چنین دست یابی به هدف «ایجاد جنبش فراگیر اجتماعی علیه سوء مصرف مواد مخدر»، تسهیل گران یا گروه مرکزی اجرای برنامه، سازمان دهی مدون مشارکت مردم را با تکیه بر سنت های بومی و فرهنگی آن ها، حول مفاهیم خانه و زندگی و توان مندسازی اجتماعات کوچک را در پیش گرفتند؛ چرا که این طریق و توان مندسازی اجتماعی در این الگوی پیشنهادی را با قابلیت بازسازی هویت اجتماعی، بهبود سرحالی (Wellbeing) و آموزش مهارت های زندگی اجتماعی، را ممکن می سازد.

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

توان‌مندسازی

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

83/11/3

مقدمه

تجربه تلاش بشر برای گسترش خدمات بهداشت با اجرای نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC) در شهرها و روستاها 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 ناک‌ام 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 نیافتگی‌های اجتماعی به معنی بی‌توجهی به

سلامتی و گسترش بیماری‌ها در جامعه قلم داد 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 آلماتا (Guareschi et al., 2004)، با تأکید بر نقش مشارکت مردمی بر گسترش سلامتی، و در 1984 در اتاوا کانادا، با تدوین منشور اتاوا و پذیرش آن از طرف وزرای عضو، ارتقای سلامت را به عنوان دیدگاه تازه ای در بهداشت جهانی در برابر دیدگان سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان سلامت در کشورهای 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 درمان‌گر، که زیربنای بهداشت فردی و روان‌شناسی سلامتی بود، کم‌رنگ 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 خواست‌گاه 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 سرحالی (Wellbeing) در سلامتی، باعث شد رویکرد مبتنی بر اجتماعات کوچک (اجتماع محور) 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 برزیل است. این شهر در دهه هشتاد با مشکلات مختلفی از قبیل کمبود 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 پیایی 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 شوراي 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 گفت‌وگوها فرآیند تصمیم‌گیری را بسیار تسهیل می‌کرد و نتایج بهتری پدید می‌آورد. شرکت در این جلسات آزاد بود. در سال اول برنامه، کسر بودجه شوراي شهر باعث شد میزان مشارکت مردمی محدود نگه داشته شود، اما ب عد از اصلاحاتی که در نحوه دریافت مالیات‌ها ایجاد شد، توجه به این سیستم بودجه بندی مشارکتی اهمیت یافت. برخلاف انتظار، شرکت در جلسات به گروه‌های تحصیل‌کرده و طبقه متوسط و مرفه محدود نشد؛ چنان که اتفاقاً شرکت گروه‌های فقیرتر در جلسات مشهودتر بود. بررسی پویایی‌های گروه در این جلسات نشان داد میزان مشارکت مستمر و درگیری در مسائل و اظهارنظر افراد، با سابقه شرکت در جلسات ارتباط مستقیمی دارد. با گذشت زمان به وضوح بر تعداد بیش‌تر مردان و زنان و اهمیت مباحث افزوده می‌شد. تصمیمات حاصله از طرف نمایندگان منتخب محلات مختل ف، تحت بررسی بیش‌تر 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 بندی 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 تجربه این شهر، 70 شهر دیگر برزیل در حال اجرای این برنامه هستند.*

در این تجربه، طرح موضوع بودجه بندی مشارکتی در کنار تشکیل جلساتی عمومی در محلات - با ساختاری که فرآیند تصمیم گیری مردم محله را تسهیل می کرد - به کار گرفته شد. به عبارتی در این تجربه وضعیت توسعه نیافتگی سال های 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 آلگره می توانید به نشانی:

<http://www.portoalegre-rs.gov.br/op/index.htm> مراجعه کنید و هم چنین

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 (توسعه نیافتگی) و حمایت شورای شهر و حزب حاکم در بستری ساده و کاربردی چون جلسات گفت‌وگو - 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 انسان ها که در کنار یکدیگر زندگی می کنند. محلات نمونه ای از اجتماعات کوچک مردمی هستند. گاه اجتماع کوچک را براساس هویت آن تعریف می کنند؛ نظیر اجتماعات مذهبی مسلمانان یا زرتشتیان (Campbell & Murry 2004). از طرفی می‌توان گفت اجتماع کوچک گروهی از انسان ها را شامل می‌شود که وجه مشترکی دارند و چیزی آن‌ها را به هم پیوند 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 گروه ها و سیستم ها در

باب آن کاربرد یابد.

گروه‌ها از خصوصیات مشترکی برخوردار 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 اعضای گروه با هم، وابسته است. ساختار عبارت است از الگوی پایدار روابط میان اعضا، که از نقش‌هایی چون نقش رهبری و... تشکیل می‌یابد و هم چنین دربرگیرنده هنجارهای گروه است. هنجارها عبارت‌اند از مجموعه‌ای از ملاک‌هایی توافق‌شده اعضای گروه که نشان می‌دهند در یک بافت خاص چه رفتارهایی باید انجام شود و چه رفتارهایی ممنوع است. انسجام گروه عبارت است از قوت پیوندهای اعضای گروه و احساس ما بودن. هویت اجتماعی به آن بخش از خود‌پنداره گفته می‌شود که محصول عضویت در گروه‌ها و رده‌های اجتماعی است. هدف به علتی که گروه به منظور آن تشکیل شده اشاره دارد.

2-2) محله

محله، محل زندگی مردم و به عبارتی محل سکونت تعدادی از افراد به نام اهالی محل است؛ اما لزوماً محله یک اجتماع کوچک با خصوصیات متمایز از زندگی تعدادی در کنار هم نیست. به عبارتی

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

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

3-2) 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 اعضای خود نشده باشد، اجتماع کوچک ناپایدار و

ناتوانی است و هرچه این سنت ها و سازمان دهی مراسم دیرینه تر و پذیرفته شده تر 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.

4-2) 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 توان‌مند کردن اجتماع کوچک، فرآیندی مستمر و زمان‌بر 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 پانصدهزارنفر 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 کم تر 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 شه ر 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 روستاییان به شهر و حاشیه نشینی های مشابه سایر شهرها را ندارد.

برنامه پیش گیری «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 محله های صفاییه، حسن آباد، نعیم آباد و مریم آباد معرفی می شود. تجربه به دست آمده از اجرای برنامه در سطح روستایی دوهزار نفری به نام روستای نصرآباد نیز به اختصار آمده است.

3-1 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 هوا 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 بخشید. 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 پیش‌گیری از اعتیاد در روستا تدوین کنند. نکته‌ای که ادامه کار در این روستا را به چالش کشید، تشابه شیوه کار رهبران محلی با طرح جامع پیش‌گیری 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 آن‌ها برای اقدام برای رفع مشکل اعتیاد فعالیت‌های آن‌ها را به صورت متمرکز و غیرمشارکتی جلوه داد. به عبارتی تشکیل موسسه غیردولتی با حضور رهبران شناسایی شده، برنامه را از یک کار اجتماعی مشارکتی و مردمی به یک فعالیت اداری شبیه‌تر کرده بود و به جای مشارکت مردم، مشارکت بخش خصوصی با همان ایده‌های دولتی را به ذهن متبادر می‌کرد. از طرفی ممکن بود درگیری‌های این ده، بر سر منابع قدرت ناشی از حضور در این مؤسسه، را نیز به مشکلات روستا اضافه کند.

2-3 صفائیه

صفائیه از محلات اعیان‌نشین 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 با سابقه 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 آنجا 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 نزدیک تر به میدان ورودی آن قرار دارند قدیمی ترند و به طبقه مرفه تر تعلق دارند؛ و منازل انتهایی تر که هنگام نزدیک شدن تدریجی به جاده یزد - تفت در غرب شهر، ظاهر می شوند، اقشار کم درآمدتر را در خود جای داده اند. این سبک ملایم تغییر در زمان سکونت در محله را می توان در تغییرات ملایم 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 می پرداختند. مجری اصلی برگزاری این مراسم که

هماهنگی در برگزاری را بر عهده دارد، همسر یکی از پزشکان مشهور و قدیمی اما متوفای شهر است که خانواده اش مدت ها است در این محله ساکن هستند . در ضمن وی از جمله افراد خیر شهر است که فعالیت های خیریه وسیعی داشته و در سرپرستی برخی کودکان بی سرپرست یا حمایت از زنان بی بضاعت، 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 پیونددهنده آنها بود . چاپ تقویم سالیانه ای از تاریخ برگزاری مراسم در منازل اعضاء نشان دهنده انسجام و سازمان دهی 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 اکثراً از طبقه متوسط و کارمندان و دبیران هستند و برخی از مدیران ارشد استان نیز در این گروه جای گرفته اند. هر چند شناسایی رهبر این اجتماع کوچک به سادگی شناخت رهبر اجتماع

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

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

در تجربه صفائیه، مجری برنامه در محله‌ای نسبتاً سالم و کم‌آسیب و با رفاه اجتماعی مطلوب، در پی کشف اجتماعات کوچک‌توان 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 توان‌مهندسی 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 حسن آباد

محله حسن آباد در منطقه وسیعی در حاشیه شرقی شهر قرار دارد. محدوده این محله را از سمت غرب، کمربندی 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 حسن آباد است؛ و بخش حاشیه ای و نوساز آن که از مهاجران روستایی و مهاجرانی از شهرهای شهر بابلک، 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 بیش تر در منطقه مسکونی حاشیه ای حسن آباد - منطقه مهاجرنشین - مطرح است. مشکل معتادان خیابانی و تزریقی 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 عریانی 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 يك مؤسسه غیردولتي و غیرانتفاعي فعالیت داشت. این مؤسسه تعلقي 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 اجتماعي اي که در آن محله داشت، کار سامان دهی اجتماعات کوچک با تشکیل تیم های محلي در دستور کار قرار گرفت. از طرفي براي شناسایی هسته های اولیه تشکیل اجتماعات کوچک و توان مندسازی آنها تا مبدل شدن به اجتماعات مقتدرتر، گروه همتا (Peer Group) مدل مناسبی قلم داد شد. بدین منظور و برای شناسایی این گروه ها، مدلي به نام شوراهای رفاه اجتماعي به عنوان تیم های محلي پیش گیری اولیه از اعتیاد طراحی و اجرا شد. هدف از تأسیس شوراهای رفاه اجتماعي جذب و شناسایی افراد علاقه مند به فعالیت های اجتماعي و تسهیل هدف گذاری ارتقای سلامت مردم، با تأکید بر برنامه های پیشگیری از اعتیاد، در این اجتماعات کوچک بود. این شوراها به همت مؤسسات غیردولتي فعال در آن محله تاسیس می شدند. هر شورا محدوده اجتماعي خاصی را برای خود تعریف می کرد و حداقل سه عضو داشت. در این محله سه شورای رفاه اجتماعي تشکیل

شد. لازم به ذکر است که مجوز تأسیس شوراهای رفاه اجتماعی به کلیه مؤسسات غیردولتی علاقه مند به فعالیت در این برنامه داده شد. این شوراهای فعالیت‌های خود را در قالب صورت‌جلساتی به مؤسسه مذکور و از آن طریق به کارشناس مجری طرح در سازمان بهزیستی ارسال می‌کردند. در ارزیابی عملکرد این شوراهای با بررسی صورت‌جلسات آن‌ها ناهماهنگی فعالیت این شوراهای با اهداف برنامه به وضوح مشخص بود؛ فعالیت‌هایی که اثبات‌تأثیر آن‌ها در کاهش تقاضای بر علیه سوء مصرف مواد کار ساده‌ای نبود؛ چرا که یا تکراری از همان اقدامات پیش‌گیرانه قبلی، چون ذکر عوارض مصرف مواد، بود و یا اصولاً هم چون برگزاری کلاس‌های کامپیوتر و آموزش صنایع دستی ارتباطی با سلامتی و پیش‌گیری از اعتیاد نداشت. دخالت در تصمیمات شورا نیز خود نقض غرض بود.

در محله حسن‌آباد الگوی جدیدی در قالب شوراهای رفاه اجتماعی پی‌گیری شد. این شوراهای به همت مؤسسات غیردولتی، افراد تاب‌آورده و با کمک گروه هم‌تا تشکیل شده بودند. توان‌مندسازی این شوراهای و حرکت آن‌ها به سمت پیش‌گیری اولیه از اعتیاد، نکته کلیدی در موفقیت برنامه بود. در نگاهی اجمالی به صورت‌جلسات شوراهای رفاه اجتماعی، به وضوح ضعف شدید اعضای این شوراهای در

دستیابی به هدف آن‌ها نمایان می‌شد و برهان وجودی و کارکرد شوراها در برنامه را به چالش می‌کشید. به نظر می‌رسید شوراهاي رفاه اجتماعي، همچون تیم‌هاي پیشگیری از فلج اطفال [!!]، فعالیت‌هایی به منظور پیشگیری از اعتیاد را هدف گرفته‌اند و در تعیین مصداق این فعالیت‌ها در تشبیه اعتیاد به بیماری فلج 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 شوراهاي رفاه اجتماعي است، نه محصول عملکرد آن‌ها.

3-4) نعیم آباد

محلۀ نعیم آباد 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 محلۀ بافت اجتماعی خاص آن و فعالیت یکی از مؤسسات غیردولتی در سطح آن محلۀ بود. در اولین اقدام، اهالی به دعوت مؤسسه مذکور، در حسینیه محلۀ جمع شدند. برنامه این مؤسسه این بود که با استفاده از شیوة شوراهاي رفاهي اجتماعي، فعالیت در محلۀ 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 بندی 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 می داد. از طرفی اعضای مؤسسه ای که این فعالیت را شروع کرده بود، هیچ گونه قرابت فرهنگی با مردم محله نداشتند. علاوه بر این، همان مشکل ذاتی شوراهای رفاه اجتماعی، یعنی ارتباط فعالیت های آنها با برنامه های کاهش تقاضا که در محله حسن آباد دیده شده بود، در این محله نیز مشاهده شد؛ لذا این تلاش متوقف و نافرجام ماند. در دومین تلاش، شناسایی رهبران محله طرف توجه قرار گرفت. باز مشکل فعالیت برای هر رهبر محلی و بی توجهی به سایر رهبران و اهالی محله بالا و پایین، عامل دغدغه آفرین و احتیاطی اجرای برنامه به نظر رسید. به منظور کشف فردی با نفوذ، اما خارج از محدوده محله، یکی از مؤسسات خیریه که برای زنان بی سرپرست در آن محله فعالیت می کرد، شناسایی شد. این مؤسسه دارای فضایی فیزیکی لازم برای توزیع کمک های خیریه بود که آمادگی کامل خود را برای هم کاری اعلام کرد. برای نحوه اجرای برنامه در سطح آن محله، با این رهبر اجتماعی

مشورت شد. به توصیه او، استفاده از پتانسیل موجود در محله یعنی فضای فیزیکی، زنان بی سرپرست و مردم خیر هم کار با این مؤسسه در محله، در دستور کار قرار گرفت. وجود خانه‌ای در محله، با سابقه 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 تازه‌ای از سامان‌دهی مشارکت مردمی را با محوریت آموزش مهارت‌های زندگی در کنار مدل شوراهای 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 خانه‌ای برای آموزش مهارت‌های زندگی - «بیایید بهتر زندگی کنیم» شعار محوری آن بود. این خانه پروژه‌ای محسوب می‌شد که به کمک مؤسسات غیردولتی و غیرانتفاعی و یا خیرین داوطلب اجرا می‌شد.

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 می‌شد. این افراد از بین اعضای خانه انتخاب می‌شدند. اعضا شهروندان نامیده می‌شدند و کسانی بودند که حق عضویت

می‌پرداختند. ساکنان محله کسانی بودند که هم‌کاری 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 بی‌اعتنا بودند و ارتباطی با فعالیت‌های آن نداشتند. این سازمان‌دهی می‌توانست اعضای اجتماع را به سمت عمده‌ترین فعالیت این خانه یعنی آموزش مهارت‌های زندگی سوق دهد. این مهارت‌ها از آموزش مهارت‌های آشپزی تا مهارت‌های کاهش هزینه‌های خانواده، از افزایش روابط سالم در میان اعضای خانواده‌ها تا نزدیکی بیش‌تر مردم محله را شامل می‌شد. در کنار برگزاری آموزش‌های گروهی، برگزاری سنت‌ها و مراسم توافق‌شده خانواده‌ها نیز رکن مهمی در خانه زندگی داشت. غذا و میهمانی خانواده‌ها به عنوان سنتی برای اتصال و هم‌بستگی 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، شرکت‌کنندگان در این گروه‌های خودیاری و هم‌چنین دریافت حق عضویت تأمین می‌شد. این خانه، بهترین مکان برای فعالیت‌های هی‌میاران سلامت روان محسوب می‌شد. علی‌رغم همه این‌ها، خانه زندگی در عمل با مشکلات اجرایی عدیده‌ای روبه‌رو بود.

تجربه نعیم آباد ایده خانه های زندگی را به ذهن متبادر 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 شوراها که به سبک تشکلهای 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 هم یاران 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 محاسن، 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 جنوب محله حسن آباد، شمال اکرم آباد و در امتداد همان کمربندی شرقی شهر قرار دارد. مریم آباد نیز چون

حسن آباد از دو بخش روستای اولیه و منطقه تازه ساز اطراف تشکیل شده است. همبستگی و قرابت فامیلی مردم منطقه مرکزی بسیار زیاد است اما بخش حاشیه ای، که از مهاجران روس تاهای استان هستند، روابط چندانی با هم ندارند. اهالی بومی مریم آباد اکثراً 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 بیش تر 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 توانست کانون های کوچکی با حضور جوانان محله، رابطان بهداشت مراکز بهداشتی درمانی محله و... تشکیل دهد.

در بررسی بیش تر 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 سابقه فعالیت‌های 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 وظیفه آنها برای انجام آموزش‌های متعدد و اقدام به نفع مردم محله بود. در قدم اول محوریت کار بر اندیشه مشارکتی متمرکز شد و مدیریت مؤسسه متقاعد شد که به جای برگزاری رایگان کلاس‌ها، به هر شکل ممکن شیوه‌هایی را برای جلب مشارکت اهالی در برگزاری کلاس‌ها و اداره امور به کار بگیرد و ایده تأسیس خانه زندگی را در الگویی کاملاً مشارکتی به کار بندد. این پیشنهاد نیز با موافقت همراه شد و قرار شد جلسه‌ای 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. علی‌رغم همه این موافقت‌ها، به کارگیری اندیشه مشارکتی کار

ساده ای نبود.

در تجربه 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 کارشناس مجری بدون توجه به این تسهیلگران، به نظر بیثبات و کوتاه مدت جلوه گر می شد و برای مدت زمان لازم برای توان مند کردن اجتماعات کوچک، بسیار ناقص به نظر می رسید.

4 یافته ها

1-4) درس های آموخته شده

در نگاهی گذرا به این تجربیات، می توان درس های زیر را آموخت:

الف) مقصود از مشارکت مردمی در برنامه های پیشگیری از اعتیاد اجتماع محور، مشارکت مستقیم مردم است؛ و مقصود از مردم، همان ذی نفعان واقعی است. لذا بخش خصوصی، مؤسسات غیردولتی، رهبران محلی، نمایندگان مردم و کارمندان دولت، مردم محسوب نمی شوند. 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 می‌شود که امکان مشارکت مستقیم مردم آن محدوده در فعالیتهای مرتبط، وجود داشته باشد.

(ب) هدف از برنامه پیش‌گیری از اعتیاد اجتماع‌محور 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 سلامت‌محور ساختنیافته و مقتدر نشده‌اند.

(ج) هدف از برنامه پیش‌گیری از اعتیاد اجتماع‌محور، به راه انداختن تیم‌هایی از فعالان اجتماعی برای تک‌رار تجربیات متخصص‌مآبانه و بعضاً ناموفق پیشین نیست؛ چرا که اعتیاد، هم‌چون فلج اطفال نیست که با حذف یکی دو عامل، ریشه‌کن شود. اعتیاد محصول نابسامانی اجتماعی است و با سامان‌دهی اجتماعی و توان‌مندسازی آن پیش‌گیری می‌شود.

(د) هدف از برنامه پیش‌گیری از اعتیاد اجتماع‌محور، 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 عین کنند. و این ایده با زندگی روزمره مردم عجین نمی‌شود مگر آن‌که در برنامه ریزی خانه‌های زندگی بر سادگی، گستردگی و کم‌هزینه‌گی تشکیل خانه‌ها و آموزش تسهیل‌گرها توجه شود.

برنامه‌پیش‌گیری اجتماع محور فقط در سطح محلات معرفی شده اجرا نشد. این محلات به این علت برای معرفی 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 تجربه نصرآباد، محله میبد بالا در شهرستان میبد مشابه تجربه حسن آباد، محله سیدگل سرخ در شهر یزد و محله شریف‌آباد در شهرستان اردکان مشابه تجربه نعیم‌آباد بود. تجربه 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 ن‌امکن و یا غیرعملی

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

2-4) خانه‌های زندگی، معرفی الگویی متکی بر درس‌ها و تجربه‌ها

طرح جدید خانه های زندگی، ماحصل درس های اخذ شده از پنج تجربه پیشین و محصولی از شوراها ی رفاه اجتماعی، هم‌چنین برآیندی از ایده جلسات گفت وگو و تسهیل فرآیند تصمیم‌گیری در مدل پورتو الگه 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 تجربه‌ها و درس‌های به دست آمده در سال اول اجرای برنامه، خصایصی چون علمی بودن، تجربی بودن، بومی بودن، سادگی، گستردگی و کم هزینه‌گی را در خود گنجانده.

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

موظف شدند علاوه بر جلب مش ارکت مردم، زمینه سازی برگزار ی جلسات گفت وگو 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. وظیفه 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 وگویی مردم در ساختاری بدون به بحث پیرامون عمده ترین، مشترک ترین و حل شدنی ترین مشکلات پیش روی مردم ساکن در اجتماع کوچک که عامل عمده در خستگی روانی اجتماعی و زمینه ساز اعتیاد آنها بود، سوق داده شد. جلسات گفت وگو در هر مکانی به صلاح دید 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 وگو بودند، هم چنین دیده بانان که حسب نیاز اعضای خانه مسئول نیازسنجی و پژوهش های کمی و کیفی بودند و نیز

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

به عبارتی در الگوی جدید خانه‌های زندگی، پیشگیری اولیه از اعتیاد به جای انجام فعالیت‌های 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 سازمان‌هایی 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 هم‌چون محیط‌های کار، محیط‌های آموزشی و حتی

خانواده‌ها را به دست آورد و در کنار همه این‌ها، به سبب شباهت زیاد آن به ساختار برنامه های 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.

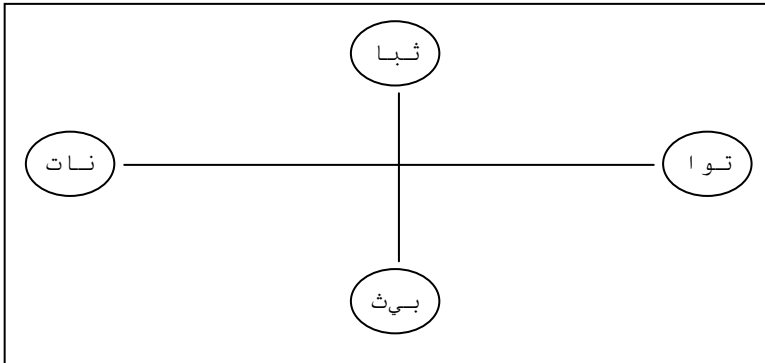
3-4) تحلیل متغیرهای اجرایی - انسانی

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 می‌تون در دو محور ثبات - بی‌ثباتی و توانا - ناتوان به شکل شماره 1 نمایش داد:

شکل 1



1-3-4) کارشناس مجری

کارشناس مجری برنامه، کارمند سازمان بهزیستی استان یزد است. در بررسی ثبات و پایایی در اجرای برنامه و نمره ضعیفی گرفت. بارها در حین اجرای برنامه موضوع جابه جایی و یا تغییر مسئولیت و 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 و، 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 آن‌که کارشناس برنامه در سطح استان یزد در مقایسه با کارشناسان مشابه در سایر استان‌ها، از تحصیلات پزشکی و روان‌شناسی بالینی برخوردار است، اما متأسفانه در هیچ یک از این دوره‌های تحصیلی، واحدی برای آموزش نحوه کار با اجتماعات کوچک و توانمندسازی آن‌ها به منظور ارتقای سلامت، گنجانده نشده بود. از طرفی، همان‌طور که در تعریف مفاهیم اساسی مقاله حاضر نیز واضح است، وی برای درک محیط تحت مطالعه خود، یعنی اجتماعات کوچک، مجبور است با تشبیه آن به گروه‌ها از مطالعاتش در زمینه پویایی گروه بهره‌برد و راه‌کارهایی 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 متقاعد ساختن 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.

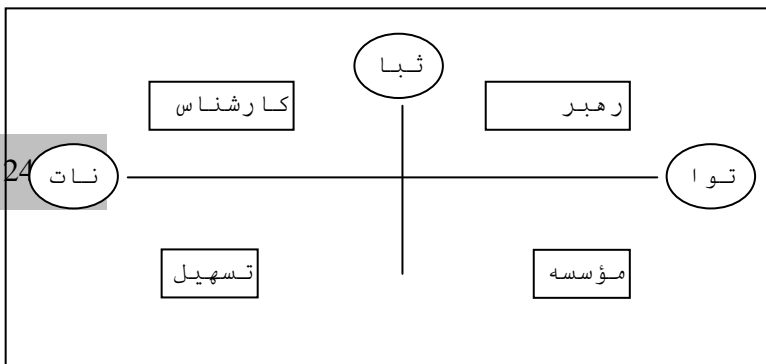
3-3-4) مؤسسات غیردولتی

مؤسسات غیردولتی درگیر در این تجارب در زمینه توانایی اجرای وظایف محوله، قابلیت خوبی از خود نشان دادند. مشکل عمده، 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 نمی دهد، رفته رفته به مؤسساتی تبدیل می شوند (و یا شاید هستند) که با بروز اختلاف در کادر 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 حسن آباد 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 تسهیل‌گر درگیر در مسائل مردم، به سبب بی‌ثباتی 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 بیشترین توانایی و پایایی را داشته باشد.

رهبران محلی نیز اگرچه نمره 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 می تواند در برنامه های مشارکتی آسیبزا باشد. مؤسسات غیردولتی نیز علاوه بر این که با مشکلاتی مشابه رهبران محلی مواجه هستند، به خاطر امکان عقد قرارداد مالی با آن ها، بعضاً نحوه تعامل خاصی با کارمندان سازمان بهزیستی، رهبران محلی و مردم برقرار می کنند. موضوعی که باز می تواند به اساس برنامه مردمی و مشارکت محورانه پیشگیری اجتماع محور صدمه ای جدي وارد کند. با توجه به پنج تجربه و پنج الگوی معرفی شده، عمده ترین نقش برای اجرای مؤثر برنامه پیش گیری اجتماع محور، بر عهده تسهیلگر است. تسهیلگری که از درون محله، آشنا با فرهنگ و سنت های محله، با انگیزه تسهیلگری، با آموزش های کافی در خصوص نحوه توان مندسازی اجتماع کوچک و پیش گیری از اعتیاد، بتواند در بلندمدت برنامه پیش گیری اجتماع محور را به اهداف خود برساند.

5) جمع بندی و نتیجه گیری

الف) برنامه در سطح محلات مختلف اجرا شد. این نکته هرچند کار را سخت، متنوع و پیچیده می کرد، اما در مقایسه با اجرا در سطح يك محله، بسیار کلیدی و لازم بود. محدود کردن تجربه به يك محله فشار بیش تری را بر رهبر، تسهیل گر و اعضای آن اجتماع وارد می آورده به انتظار مشاهده نتایج در

کوتاه مدت، دامن می زد. وانگهی همان طور که در تجارب حاضر مشاهده می شود، لزوماً یک تجربه نمی توانست ملاکی برای تجارت دیگر باشد، اما تحلیل جمعی چند تجربه امکان معرفی مدلی همه جانبه را میسر می کرد.

ب) ضعیفترین نقش ها 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 می داند. 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، توانمندسازی اجتماعات کوچک و اجرای برنامه، در نیمه راه متوقف خواهد ماند.

ج) کارشناس مجری برنامه پیش گیری از اعتیاد اجتماع محور، در کنار وظیفه آموزش و تربیت تسهیلگران، نقش زمینه سازی فعالیت آن ها را با اطلاع رسانی در خصوص نحوه کارخانه های زندگی و تشریح نقش تسهیلگران در ارتقای سلامت به مردم و مسئولان، ایفا می کند. وی هم چنین وظیفه دارد به رفع موانع مشارکت مردم که عمده ترین مانع فعالیت

تسهیل‌گران است؛ پردازد. موانعی که عمدتاً فرهنگی بوده و با ایجاد گفتمان غالب فرهنگی به منظور فعالیت تسهیل‌گران و خانه‌های زندگی در قالب ایجاد یک جنگ رسانه‌ای مستمر میسر می‌شود. علاوه بر این، تربیت تسهیل‌گر و تشکیل خانه‌های زندگی با ساختار مدون، قابلیت ارزیابی نتایج و مشاهده مستقیم مشارکت مردم در جلسات گفت‌وگو را به کارشناس مجری، مدیران ارشد و سیاست‌گذاران برنامه می‌دهد.

د) در جمع‌بندی تجربه‌ها و درس‌های ساختاری و اجرایی، می‌توان نتیجه گرفت که جاده ارتقای سلامت در برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد اجتماع محور، از آموزش تسهیل‌گران و زمینه‌سازی فعالیت آنان شروع شده و به خانه‌های زندگی که مکان اجتماع مردم برای گفت‌وگو به منظور زندگی بهتر است، ختم می‌شود. این مجموعه فعالیت‌ها در مسیر جاده ارتقای سلامت، با قابلیت کاربری در کلیه اجتماعات کوچک (محلات، محیط‌های کار، محیط‌های آموزشی و خانواده‌ها) به ایجاد سازمان‌هایی پویا و مبتنی بر اجتماعات کوچک (Community-based Organizations) به نام خانه‌های زندگی خواهد انجامید. سازمان‌هایی 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 می کنند و اجتماعات کوچک را در کنترل عوامل مؤثر بر ابتلا به سوء مصرف و وابستگی به مواد توان مند می کند و هدف ایجاد جنبش فراگیر اجتماعی بر علیه سوء مصرف مواد را محقق می سازد. (ه) جلب مشارکت مردمی همیشه نگرانی هایی را به دنبال داشته است؛ نگرانی از بروز تنش های سیاسی تا تردید در تأثیر آن در جوامع فقیریا 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 نابرابری ها و... در کشورهای مختلف با فرهنگ ها و توسعه یافتگی های مختلف چون آمریکا، برزیل، نروژ، هند، ترکیه و... (نگاه کنید به بهترین تجربیات مشارکت مردمی در سایت سازمان یونسکو) نشان دهنده بی اساس بودن این نگرانی ها 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 تجربه ها 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: Lovinston, 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. Scientific Pub No. 557, World Health Organization.

