ارتقای کیفیت زندگی با رویکرد دانشجومحور: معرفی مدلی برای پیشگیری از اختلال مصرف مواد در دانشجویان

حسن رفیعی،* فردین علیپور،** فاطمه خزایلی‌پارسا***،علی فرهودیان****

مقدمه: *برای پیشگیری از آسیبهای اجتماعی نظیر اعتیاد در دانشجویان که گروه سرآمد، مطالبه‌گر، و مطلعی هستند، روشهای متفاوتی را باید در پیش باید گرفت. این تفاوت، به ویژه در دانشجویان رشته‌های پزشکی که آشنایی بیشتری با مواد و آثار آنها دارند، برجسته‌تر می‌شود. تجربه اجرای برنامه‌های مشابه قبلی نیز در طراحی این روش باید مدنظر قرار گیرد. این مطالعه در جستجوی راهی برای دستیابی به این هدف انجام شده است.*

روش: *هدف و سابقه اقدامات قبلی همراه با مروری بر وضعیت اعتیاد در دانشجویان و نیز مطالعات انجام‌شده در مورد عوامل سبب‌شناختی اعتیاد در این گروه، با ۳۰ نفر از صاحبنظران حوزه آسیبهای اجتماعی و سلامت روان که در اجتماعات دانشجویی سابقه فعالیت پیشگیرانه یا تحقیق در این زمینه را داشتند، درمیان نهاده شد و نظرات آنها با پست الکترونیک از اردیبهشت ۱۳۹۳ تا شهریور ۱۳۹۴ طی ۳ دور مطالعه دلفی جمع‌آوری و در قالب یک مدل تدوین شد.*

یافته‌ها: *برای پیشگیری از اعتیاد و دیگر آسیبهای اجتماعی در دانشجویان، ۹ اصل را مبنا باید قرار داد. از مهم‌ترین اصول این مدل، تأکید بر کیفیت زندگی به جای اعتیاد و آسیب اجتماعی، طراحی مداخلات با مشارکت دانشجویان و همکاری بین‌بخشی، و توجه به تفاوتهای منطقه‌ای است. همچنین ده گام برای اجرای مدل دانشجومحور استخراج شد که از جمله آنها می‌توان به تشکیل تیم و یا تیمهایی متشکل از افراد کلیدی دانشگاه، ارائه آموزشهای لازم، بررسی کاستیها و داشته‌ها، طراحی و تدوین طرحهای مداخله‌ای اشاره کرد. تحلیل وضعیت، طراحی مداخله، پایش و ارزشیابی با روش مشارکتی نیز از مهم‌ترین گامهای اجرای این مدل است.*

بحث: *استفاده از طیف وسیعی از متخصصان حوزه پیشگیری از اعتیاد در دانشجویان، استفاده از رویکردهای مشارکتی و پوشش نقاط ضعف مدلهای قبلی پیشگیری، می‌تواند این مدل را به مدل مناسبی برای ارتقاء کیفیت زندگی دانشجویان تبدیل کند.*

کلیدواژه‌ها: اختلال مصرف مواد، دانشجومحور، کیفیت زندگی

تاریخ دریافت:۹۴/۳/۲ تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۰/۳۰

* روانپزشک، مرکز تحقیقات سوءمصرف و وابستگی به مواد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

** دکتری مددکاری اجتماعی، مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی، گروه آموزشی مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی ، (نویسنده مسئول)، <AlipourFardin61@gmail.com>

*** کارشناس روانشناسی، مرکز تحقیقات سوءمصرف و وابستگی به مواد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

**** روانپزشک، مرکز تحقیقات سوءمصرف و وابستگی به مواد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

مقدمه

اعتیاد کماکان به مثابه یکی از مهم‌ترین مشکلات اجتماعی، کیفیت زندگی افراد و جوامع را تهدید می‌کند. دانشجویان به عنوان یک گروه از این اقشار، می‌توانند در معرض خطر باشند. تجربه زندگی در محیطی فراتر از خانواده، کاهش نظارت والدین، تاثیرات همسالان، دسترسی آسان به مواد، استرس و نگرانی پیرامون آینده شغلی و ... از مهم‌ترین عواملی است که می‌تواند تسهیل‌کننده حرکت دانشجویان به سمت مواد و تهدیدکننده کیفیت زندگی آنان باشند. (اشرفی و همکاران ۱۳۹۲، رحیمی موقر و همکاران، ۱۳۸۵)

امروزه در بین برنامه‌های مرتبط با پیشگیری و ارتقاء کیفیت زندگی، توجه زیادی به فرآیند پیشگیری از اختلال مصرف مواد به‌ویژه در دانشجویان صورت گرفته است (برو و هاوکن،[1] ۲۰۱۳؛ اسپوث[2] و همکاران، ۲۰۱۳؛ دیک و هانکوک،[3] ۲۰۱۵). فرآیند پیشگیری یکی از مهم‌ترین حوزه‌های مطالعه و ارتقاء کیفیت زندگی افراد و جوامع است. پیشگیری بخشی از زنجیره گسترده‌ای از خدمات برای مراقبت از اختلال مصرف مواد است. محققان در سالهای اخیر به‌صورت موفقیت‌آمیزی نشان داده‌اند که گستره وسیعی از مداخلات می‌توانند اثرات مثبت کوتاه‌مدت و بلندمدتی را در پیشگیری از شروع مصرف مواد تا تبدیل به اختلال مصرف مواد داشته باشند (رفیعی و علیپور، ۱۳۹۴).

پیشگیری، ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی با هم مرتبط، اما در عمل متفاوت هستند (دیون و سامرست،[4] ۲۰۰۴). در زمینه مصرف مواد، پیشگیری وظیفه شناسایی رفتارهای مشکل‌زا و آسیبهای اجتماعی و اجتناب از آنها را در میان افراد به عهده دارد. در پیشگیری تمرکز تا حد زیادی در به تاخیر انداختن، کاهش یا حذف الکل، تنباکو و مصرف مواد و کاهش عوامل خطر است. ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی در زمینه مصرف مواد در یک

1. Burrow and Hawken
2. Spoth
3. Dick and Hancock
4. Dunne and Somerset

سطح گسترده‌تر از پیشگیری از مصرف مواد و با هدف تقویت سلامت، رضایت از زندگی و تاب‌آوری، کاهش انگ و پرداختن به علل ریشه رفتارهای مضر کار می‌کند (لارسون،[1] ۲۰۰۰؛ والتر و نیبورز،[2] ۲۰۰۵). ارتقاء سلامت به اثر اجتماعی و فردی مصرف مواد از دیدگاه سلامت عمومی‌توجه دارد. دغدغه سلامت عمومی‌حفظ و بهبود سلامت عموم است. این کار اغلب نیاز به استفاده از هر دو راهبرد پیشگیری از مصرف مواد و ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی دارد. به عنوان مثال، ایجاد حداقل سن مصرف الکل، کل جامعه را از طریق کاهش فرصتهای الکل در جوانان (آنهایی که به احتمال زیاد در معرض رفتارهای پرخطر هستند) محافظت و در نتیجه از حوادث ناشی از مصرف الکل در رانندگی جلوگیری می‌کند (پیشگیری). کاهش فرصتهای مصرف الکل برای جوانان و همچنین محافظت و ارتقای رشد جوانان سالم (ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی)، (مورفی[3] و همکاران، ۲۰۰۶).

مطالعات در طول دو دهه اخیر در جهت تعیین نقطه شروع (مشکل چگونه آغاز می‌شود) و مسیر اختلال مصرف مواد و اعتیاد (چگونه پیشروی می‌کند) بوده است. عوامل زیادی شناسایی شده‌اند که کمک می‌کنند بین افرادی که مستعد اختلال مصرف مواد هستند و آنهایی که آسیب‌پذیری کمتری در مقابل سوءمصرف مواد دارند، تفاوت بگذاریم (فردریکس و اکسلز،[4] ۲۰۰۶).

طیف وسیعی از مردم به انجام فعالیتهای پیشگیری در اجتماع خود مثل محله، محیط کار و به‌ویژه محیط آموزشی از جمله محیط‌های دانشگاهی می‌پردازند. برخی از این مردم متخصصان پیشگیری هستند، بعضی به‌طور رسمی‌آموزش دیده و گواهی پیشگیری از مصرف مواد دارند و

1. Larson
2. Walters and Neighbors
3. Murphy
4. Fredricks and Eccles

توسط سازمانهای مرتبط به‌طور خاص برای انجام این کار دستمزد دریافت می‌کنند. ولی در یک اجتماع، جوانان، والدین، معلمان، تشکلهای مردمی‌و داوطلبانی هستند که می‌توانند نقش مهمی در پیشگیری از مصرف مواد داشته باشند اینها می‌توانند شرکای متخصصین و همه سازمانهایی باشند که وظیفه پیشگیری و درمان مصرف مواد را به عهده دارند. آنها معمولاً به‌طور رسمی‌در فعالیتهای پیشگیری آموزش داده نمی‌شوند، همچنین معمولاً برای این کار مزدی دریافت نمی‌کنند ولی با این حال دیده شده است که با احساس نیاز به پیشگیری در اجتماع خود برای حل مشکل تلاش می‌کنند. به این ترتیب آموزش این گروه و فراهم کردن زمینه برای مشارکت آنها می‌تواند هرچه بیشتر به ارتقای فعالیتهای پیشگیرانه و ماندگاری آنها کمک کند .

در دانشگاهها نیز مشارکت فعال دانشجویان در تدوین چنین فعالیتهایی می‌تواند منتج به تدوین برنامه‌هایی باشد که دانشجویان محور اصلی تصمیم‌گیری در همه مراحل برنامه هستند، از شناخت و تحلیل مشکل گرفته تا تدوین برنامه، ارزشیابی و اصلاح و تداوم آن.

مطالعات مختلف در حوزه اعتیاد دانشجویی نشان می‌دهد که وضعیت شیوع مصرف مواد در دانشجویان کشور نیازمند توجه بیشتری است (بحرینیان و همکاران، ۱۳۸۳؛ رضایی، ۱۳۷۹؛ سیام، ۱۳۸۶). براساس تحقیق دکتر یعقوبی و همکاران در دانشگاههای علوم پزشکی کشور بیشترین ماده مصرفی در یکسال اخیر قبل از انجام تحقیق قلیان بوده است و مصرف کدئین، مشروبات الکلی، تریاک، شیشه، هروئین و کراک در رتبه‌های بعدی بوده است. (دکتر یعقوبی، ۱۳۹۲)

بر اساس گزارشهای موجود و طبق نتایج مطالعه شیوع‌شناسی مصرف مواد در بین دانشجویان، شیوع مصرف مواد در جوانان دانشجو در مقایسه با سالهای اخیر تغییراتی داشته است، ۱۴ تا ۳۹ درصد دانشجویانِ مصرف‌کننده، قبل از ورود به دانشگاه مصرف مواد را شروع کرده‌اند و ۵۶ درصد این افراد اطلاعات کافی راجع به مصرف مواد ندارند. همچنین بیش از ۶۲ درصد نوجوانان از پیامدهای سوء مصرف مواد آگاهی ندارند.

دانشجویان مواد را به دلیل احساس خوب و قرصهای ریتالین را برای آرامش و نشاط کاذب مصرف می‌کنند(صرامی، ۱۳۹۲).

با توجه به اینکه دانشجویان به عنوان یکی از اقشار در معرض خطر محسوب می‌شوند، لزوم تدوین برنامه‌هایی برای پیشگیری از آسیبهای مختلف اجتماعی و به‌طور خاص مصرف مواد که بتواند از پژوهشها و مداخلات پیشین استفاده کند و با رویکردی نوین نقاط ضعف آنها را پوشش داده و نقاط قوت آنها را تقویت نماید، از اهمیت بالایی برخوردار است. از سویی دیگر، دانشجویان دانشگاههای علوم پزشکی با توجه به آشنایی و آگاهی از آثار مواد و دسترسی به برخی از مواد با کاربرد پزشکی، ممکن است در معرض خطر بیشتری قرار بگیرند. این پژوهش سعی کرده است که با استفاده از رویکردهای مختلف و ترکیبی مدلی را برای پیشگیری از مصرف مواد در دانشجویان دانشگاههای کشور و در نهایت ارتقاء کیفیت زندگی آنان ارائه دهد.

روش

این پژوهش بخشی از برنامه ارتقای کیفیت زندگی و پیشگیری از آسیبهای اجتماعی است که دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت به «مرکز تحقیقات سوءمصرف و وابستگی به مواد، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی» واگذار کرده است.

این مطالعه با استفاده از رویکرد کیفی و تکنیک دلفی انجام شده است. برای این منظور، در ابتدا با برگزاری یک نشست دو روزه با حدود ۳۰ نفر از کارشناسان و متخصصان رشته‌های مرتبط، مهم‌ترین مطالعات صورت گرفته در کشور در طول سالهای اخیر ارائه شد و شرکت‌کنندگان با گروههای کوچک چندنفره به تحلیل وضعیت اعتیاد دانشجویان و مهم‌ترین راهکارهای پیشگیری از آن پرداختند.

در مرحله بعدی این تحقیق، نتایج حاصل از جستجوی گسترده متون به همراه نتایج

حاصل از نشست با کارشناسان در قالب یک پرسشنامه که حاوی مدل پیشنهادی (معرفی مدل، اصول و مراحل آن) برای پیشگیری از اختلال مصرف مواد در دانشجویان بود برای حدود ۳۰ نفر از کارشناسان و دست‌اندرکاران مرتبط با حوزه اعتیاد دانشجویی ارسال شد و نظرات آنها با پست الکترونیک از اردیبهشت ۱۳۹۳ تا شهریور ۱۳۹۴ طی ۳ دور مطالعه دلفی جمع‌آوری و در قالب یک مدل تدوین شد در هر دور از افراد خواسته می‌شد که توضیح یا نقد خود را پیرامون هر کدام از بخشهای ارائه شده، بنویسند. همچنین از این افراد خواسته شد که چنانکه نظر جدیدی نیز داشتند که قبلا ارائه نشده بود را در قسمت انتهایی هر بخش اضافه کنند.

یافته‌ها

از ۳۰ کارشناس دعوت شده برای شرکت در این مطالعه، ۲ نفر پاسخ ندادند و بنابراین مطالعه با حضور ۲۸ نفر (۱۸ آقا و ۱۰ خانم) در مرحله دلفی انجام گرفت. نتایج این مطالعه در دو بخش اصلی استخراج شد:

در بخش نخست مهم‌ترین اصول لازم برای اجرای برنامه پیشگیری از اختلال مصرف مواد در دانشجویان مورد بحث قرار گرفت که در پایان سه مرحله دلفی با رسیدن نظرات شرکت‌کنندگان به اشباع، بر سر ۹ اصل زیر برای اجرای برنامه پیشگیری دانشجومحور توافق حاصل شد:

۱. دانشجومحوری

۱.۱. مشارکت دانشجویان

۱.۲. تدوین مداخلات بر پایه نیازسنجی از دانشجویان

۱.۳. ارائه آموزشها و دیگر مداخلات به صورت فعال و از طریق همتایان

۱.۴. ارائه آموزشها و دیگر مداخلات متناسب با سن، جنس، رشته تحصیلی و سایر تفاوتها

۱.۵. انجام مداخلات در محیط‌های دانشجویی (نظیر خوابگاه، دانشکده و اماکن ورزشی).

۲. شواهدمحوری

۲.۱ . مبتنی کردن مداخلات بر تحلیل وضعیت

۲.۲. مبتنی کردن مداخلات بر عوامل خطر و محافظ، به‌ویژه توجه به تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتیاد (از جمله سیاست اعتیاد در دانشگاه و خوابگاهها)

۲.۳. ضرورت پایش و ارزشیابی مداخلات

۲.۴. تأکید بر آموزش نمونه‌های موفق مداخلات شواهدمحور، استانداردهای پیشگیری، و سایر منابع

۳. همکاری بین‌بخشی

۳.۱.همکاری دفتر سلامت روانی، اجتماعی، و اعتیاد (معاونت بهداشت وزارت) با مرکز مشاوره دانشجویی (معاونت فرهنگی– دانشجویی وزارت) در سطح ستادی و واحدهای تابعه این دو معاونت در سطح دانشگاهها

۳.۲.همکاری سطوح مختلف دانشگاه (نظیر مدیریت، مالی، فرهنگی، حراست، مراکز مشاوره دانشجویی و اعضای هیئت علمی)

۳.۳.همکاری سایر سازمانها از جمله بهزیستی، دانشگاههای وزارت علوم و سازمانهای مردم‌نهاد (سمن)

۴. حساسیت به فرهنگ و دیگر تفاوتهای منطقه‌ای (از جمله از نظر الگوی مصرف و عوامل خطر و محافظ)

۵. استمرار

۵.۱. آموزشِ آموزش‌دهندگان

۵.۲. حمایت‌گیری[1]

۵.۳. ارزشیابی و اصلاح مستمر برنامه

۵.۴. تشکیل شبکه‌های استانی (مرکب از تیمهای دانشجومحور استان) و یک شبکه کشوری از همه آنها

۵.۵. جلب حمایت خانواده از برنامه و ترغیب آنها به مشارکت در آن

۵.۶. ایجاد ساختارهای لازم برای اجرا و تداوم برنامه

۵.۷. تامین منابع مالی و انسانی لازم برای اجرا و تداوم برنامه

۶.توجه به ارتقاء کیفیت زندگی

۷.توجه به دیگر آسیبهای روانی – اجتماعی

۸.توجه به مواد دروازه‌ای به‌ویژه سیگار، قلیان، و مشروبات الکلی

۹.توجه به مداخلات همگانی، انتخابی و موردی به‌صورت متوازن

در بخش دوم تحقیق، مراحل مختلف مدل پیشنهادی استخراج شد. به طوری‌که با رعایت اصول حاکم بر برنامه و بعد از انجام هماهنگیهای اولیه انتظار می‌رود که دانشجویان بتوانند مراحل مختلف مدل را به شرح زیر اجرا کنند(شکل ۱):

۱. تشکیل تیم

۲. آموزش تیم

۳. تحلیل وضعیت دانشگاه

۴. طراحی مداخله

۵. تدوین طرح عملیاتی برای مداخله

۶. طراحی پرسشنامه‌ها و وارسی نامه‌ها

1. advocacy

۷. پیش آزمون
۸. اجرای مداخله و تکمیل وارسی نامه‌ها
۹. پس آزمون
۱۰. اصلاح مداخله

تشکیل تیم

ایجاد انگیزه برای جلب مشارکت داوطلبانه دانشجویان و تشکیل تیم با استفاده از روشهای مختلف، نظیر برگزاری جلسه گردهمایی دانشجویی، نصب پوستر، تماس تلفنی، ارسال دعوتنامه، و سایر راههای ابتکاری به تشخیص تسهیل‌گران برنامه انجام می‌گیرد. بعد از اطلاع‌رسانی از دانشجویانی که مایل به مشارکت هستند، تیمی‌تشکیل می‌شود که در کنار یک تسهیل‌گر بقیه مراحل کار را به عهده می‌گیرد. کارشناس تسهیل‌گر تا اصلاح برنامه در کنار تیم می‌ماند و بعد از آن هم می‌تواند با توجه به وضعیت تیم نقش کم‌رنگ‌تری تا استقلال تیم پیدا کند (یعنی زمانی که بتواند بدون کمک تسهیل‌گر، برنامه‌های خود را تدوین و اجرا و ارزشیابی نماید) در این صورت از مرحله مشارکت کاربردی به مشارکت خودجوش خواهد رسید.

آموزش تیم

لازم است تیم دانشجویی با آموزشهایی به شرح زیر آمادگی تدوین، اجرا و ارزشیابی برنامه را پیدا کنند این آموزشها می‌تواند شامل:

وضعیت مصرف مواد در دانشگاهها، ماهیت اعتیاد و عوامل خطر و محافظ، اصول و فرایند مدل دانشجومحور، روشهای تحلیل وضعیت، مدل منطقی، روش تدوین طرح عملیاتی، روشهای فعالیتهای مشارکتی، روشهای حمایت‌گیری، و روش ثبت هزینه‌ها و درآمدها است.

شکل ۱: نمایی از مدل پیشگیری دانشجو محور

تحلیل وضعیت دانشگاه

تحلیل وضعیت شامل نیازسنجی، دارایی‌سنجی، تحلیل وضعیت عوامل خطر و محافظ، تحلیل ذی‌نفعان و تحلیل نقاط ضعف، قوت، فرصت و تهدید (SWOT) در سطح دانشگاهها است. تحلیل وضعیت فرآیند جمع‌آوری، تجزیه و تحلیل و ارائه گزارش در مورد نیازهای اجتماع (دانشگاه)، ظرفیتها و منابع موجود برای رفع این نیازها است. تحلیل وضعیت اولویتهای برنامه را قبل از تدوین آن تعیین می‌کند. جمع‌آوری اطلاعات برای کمک به مشخص کردن موضوعات کلیدی برنامه، اولین گام در تدوین برنامه‌های هدفمند با اثرات قابل اندازه‌گیری است. یک تحلیل وضعیت خوب اطلاعات مهمی در مورد

داراییها، نیازهای اجتماع (دانشگاه) و فرصتهای آموختنی برای برنامه‌ریزان فراهم می‌کند. نتایج تحلیل وضعیت باید به عنوان یک پایه محکم برای ساخت برنامه‌های هدفمند به‌کار گرفته شود. از آنجا که اطلاعات جمع‌آوری شده از طریق تحلیل وضعیت برای ساختن برنامه‌های مؤثر حیاتی است، برای انجام این تحلیل لازم است از روشهای تحقیقی مناسب استفاده کنیم.

طراحی مداخله

طراحی مداخله را می‌توان در قالب مدل منطقی شامل منابع و درونداد، فرایند، برونداد، برایند، و اثر نهایی انجام داد. منابع می‌تواند شامل سرمایه، پول، امکانات، تجهیزات، وقت و درونداد شامل شرکا، تجهیزات، داوطلبان، کارکنان و دانشجویانی که دوره ندیده‌اند و... باشد. فعالیتها در مدل دانشجومحور می‌تواند اقداماتی از قبیل تسهیل‌گری، کارگاه، جلسه، ارزیابی، چاپ و تکثیر، کار با رسانه، مشاوره و از این قبیل باشد. برونداد نیز می‌تواند شامل تغییر در یادگیری، آگاهی، دانش، نگرش، مهارت در دانشجویان باشد. برآیند نیز شامل تغییر در عمل، رفتار، تمرین، تصمیم‌گیری و عمل اجتماعی در دانشجویان خواهد بود.

تدوین طرح عملیاتی برای مداخله

تدوین طرح عملیاتی برای مداخله شامل نوشتن هدف، فعالیتها، مسئول هر فعالیت، هزینه و زمان اجرای هر فعالیت می‌شود. بعد از نوشتن تحلیل وضعیت و مشخص شدن مشکل و علل آن نوبت به تدوین طرح عملیاتی می‌شود. در این مرحله تیم دانشجومحور باید بتواند با تدوین اهداف کلی و اختصاصی، تعیین منابع و بودجه لازم برای انجام فعالیتهای تدوین شده گامهای لازم را برای عملیاتی شدن برنامه بردارد.

پایش و ارزشیابی

مدل منطقی پایه و اساس برنامه ارزشیابی شما را شکل می‌دهد. همانطور که در مدل منطقی توضیح داده شد، شما در مورد برنامه‌های خود سؤالهایی پیدا می‌کنید و امیدوارید که به آنها پاسخ داده شود. هدف از ارزشیابی، شناسایی این پرسشها و برنامه‌ریزی در جهت یافتن پاسخ برای آنها است. پایش و ارزشیابی انواع متعددی دارد که با توجه به اهداف برنامه می‌توان از آنها استفاده نمود. مهم‌ترین اقدامات برای انجام پایش و ارزشیابی توسط تیم دانشجومحور شامل مراحل زیر است:

۱. طراحی پرسشنامه‌ها و وارسی‌نامه‌های پایش و ارزشیابی مداخله

براساس مدل منطقی، اهداف برنامه و بر اساس طرح عملیاتی، فعالیتها (درونداد و منابع برنامه) معلوم می‌شود. این که به اهداف رسیده‌ایم یا نه همان ارزشیابی برایند است و این که فعالیتها درست انجام شده است یا نه، همان پایش یا ارزشیابی فرایند است. معمولاً برای ارزشیابی فرایند باید یک چک لیست یا وارسی‌نامه تهیه شود و برای ارزشیابی برایند می‌توان از ابزارهای مختلف به‌ویژه پرسشنامه استفاده کرد. برای آنکه ببینیم به اهداف رسیده‌ایم یا نه باید وضعیت آنها را قبل و بعد از مداخله بسنجیم، لذا به پیش‌آزمون و پس‌آزمون نیاز است. هم چنین برای آن که بفهمیم این تغییرات بر اثر مداخله ما پیش آمده و نه عوامل دیگر، لازم است یک گروه کنترل یا مقایسه نیز داشته باشیم که حتما باید تصادفی باشد یعنی یک گروه به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و مقایسه تقسیم شود، البته این شکل مطلوب ارزشیابی برایند است که همیشه امکان‌پذیر نیست. یعنی گاهی به دلایل اجرایی نمی‌توان یک گروه را به دوسته مداخله و مقایسه تقسیم کرد و ناچاریم گروه مداخله را بر اساس اقتضائات اداری و اجرایی انتخاب کنیم و سپس گروه مقایسه را همسان با آنها انتخاب کنیم.حتی گاهی گرفتن گروه مقایسه اساساً امکان‌پذیر نیست در این موارد مجبوریم صرفاً به مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون اکتفا کنیم.

۲. پیش‌آزمون

پیش‌آزمون شامل سنجش وضعیت آنچه در مداخله هدف گرفته شده است، می‌باشد و می‌تواند با استفاده از داده‌های مرحله تحلیل وضعیت انجام شود. پیش‌آزمون وضعیت مخاطبان را قبل از مداخله نشان می‌دهد. شما اگر بخواهید میزان آگاهی، دانش و یادگیری موضوعی را بسنجید لازم است سؤالهایی از آموزشهای داده شده تهیه و قبل از آموزش ارائه نمایید ولی اگر بخواهید نگرش و مهارت و تغییر رفتار را بسنجید نیاز به سؤالهای تخصصی است که بسیاری از آنها (مثل سنجش اعتماد به نفس یا بعضی از مهارتها) وجود دارد و می‌توان تهیه کرد. فقط دقت کنید قبل از مداخله از وجود آنها مطمئن شوید. مسلماً اگر نتوانید فعالیتی را اندازه‌گیری کنید بهتر است از انجام آن صرف‌نظر کنید. در ارزشیابی مداخلات پیشگیرانه توجه به چند نکته ضروری است:

۱. هدف مداخلات پیشگیرانه چنان که تا الان توضیح داده شد خود مشکل نیست بلکه یا ۱) مراحل اولیه مشکل یا ۲) عوامل خطر و محافظ آن است. بنابراین در ارزشیابی یک مداخله پیشگیری از اعتیاد نباید شیوع اعتیاد را قبل و بعد از مداخله سنجید. زیرا شیوع بنا به تعریف عبارت است از نسبت موارد موجود به کل جمعیت و کاهش آن عمدتاً برعهده درمان است. اما می‌توان شاخصهای زیر را در نظر گرفت که شامل نسبتی از دانشجویان است که برای اولین بار در دانشگاه اقدام به مصرف ماده‌ای کرده‌اند یا نسبتی از دانشجویان که از رفتارهای پرخطر ناشی از مصرف شیشه اطلاع نداشته‌اند یا نسبتی از دانشجویان که مهارت امتناع را بلد نیستند یا نسبتی از دانشجویان که احساس تعلق به دانشگاه خود می‌کنند.

۳. اجرای مداخله و تکمیل وارسی‌نامه‌های پایش فرایند

نظیر تعداد جلسات، تعداد دانشجویان شرکت‌کننده، فعالیتهای انجام شده برای

حمایت‌گیری و جذب منابع و تنظیم طرح اجرای مداخله، ثبت هزینه‌ها و درآمدهای افراد می‌توانید با استفاده از جدول زمانبندی شده، برای هر فعالیت کارهایی که لازم است انجام شود بنویسند و به این ترتیب می‌توانید درستی یا نادرستی انجام آنها را در پایان کار چک کنید.

۴. پس‌آزمون

تکرار مرحله پیش‌آزمون است. همان سؤالهایی که قبل از انجام کار برای پیش آزمون به مخاطبان ارائه کرده بودید در این مرحله بعد از انجام کار دوباره تکرار کنید و نتایج پیش و پس‌آزمون را با هم مقایسه کنید تا از نتیجه کار با خبر شوید.

۵. اصلاح مداخله

اصلاح مداخله با استفاده از نتایج ارزشیابی فرایند و برایند برای برنامه‌ریزی در سال بعد انجام خواهد شد و تصمیم گرفته می‌شود که:

۱. اصلاح روش اجرا: منطبق بر پروتکل شود

اگر منطبق بود و باز هم اشکالی در کار بود

۲. اصلاح برنامه: انتخاب پروتکل (روش اجرای دیگر)

اگر باز هم اشکالی بود:

۳. اصلاح هدفگذاری: تغییر اهداف (شاید این هدفها غیرقابل حصول هستند)

اگر به اهداف رسیده باشیم اهداف بالاتر بر می‌گزینیم.

بحث

این مطالعه با استفاده از یک روش ترکیبی به بررسی آراء و نظرات افراد دارای تخصص و تجربه در حوزه انحرافات اجتماعی پرداخته است و در نهایت یک مدل برای پیشگیری از اختلال مصرف مواد در دانشجویان ارائه نموده است. با توجه به نقش کلیدی

خود دانشجویان، این مدل به نام مدل پیشگیری دانشجومحور نام نهاده شده است.

این مدل می‌تواند زمینه را برای مشارکت فعال دانشجویان فراهم نماید و ضمن ایجاد هماهنگی بین‌بخشی، شرایط را برای پیشگیری از آسیبهای اجتماعی و در نهایت ارتقاء کیفیت زندگی آنها فراهم کند. نتایج این مطالعه نشان داد که اصول دانشجومحوری، همکاری‌بین‌بخشی، شواهدمحوری، حساسیت به فرهنگ و دیگر تفاوتهای منطقه‌ای از مهم‌ترین اصول این رویکرد پیشگیری از اختلال مصرف مواد در دانشجویان است. همچنین مراحلی همچون تشکیل تیمهای پیشگیری، انجام تحلیل وضعیت، طراحی مداخله و تدوین طرح عملیاتی از مهم‌ترین مراحل اجرایی این مدل است.

این مدل با بررسی جامع نقاط ضعف و قوت مطالعات گذشته صورت گرفته است به‌طوریکه در مطالعات گذشته یکی از مهم‌ترین مشکلات بسیاری از برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد، عدم همکاری بین‌بخشی و عدم توجه به تفاوتهای فرهنگی ذکر شده است (رفیعی، علی‌پور، ۱۳۹۱). این در حالی است که در این مدل با تأکید بر این مسائل، سعی شده است که از پیامدهای عدم توجه به این نکات پیشگیری شود و گامهای مختلف اجرای برنامه با نیازهای متفاوت فرهنگی دانشجویان منطبق شود.

اهمیت مشارکت ذی‌نفعان در مدلهای پیشگیری از انحرافات اجتماعی در مطالعات مختلف مورد تأکید قرار گرفته است (کولمن و ترونزو[1]، ۲۰۱۵). هسته اصلی این مدل نیز استفاده از ظرفیت مشارکت دانشجویان و سایر گروههای ذی‌نفع است. با تکیه بر این اصل این امکان فراهم می‌شود که با ایجاد فرصت برای توانا ساختن همه اعضاء برای مشارکت فعالانه و تاثیرگذار بر فرآیند اجرای مداخله، پیامدهای مثبتی همچون توانمندسازی دانشجویان حاصل شود.

1. Coleman and Trunzo

یکی از عوامل مؤثر در ارتقای کیفیت مداخلات مربوط به حوزه انحرافات اجتماعی، توجه به پایش و ارزشیابی برنامه‌های اجرا شده است. اهمیت پایش و ارزشیابی به عنوان عاملی برای موفقیت و استمرار برنامه در تحقیقات پیشین مورد تأکید قرار گرفته است (اسکات[1] و همکاران، ۲۰۱۴). در مدل دانشجومحور با ارائه مراحل گام به گام سعی شده است که همزمان با اجرای مداخله و با استفاده از مدل منطقی، امکان انجام پایش و ارزشیابی مداخله فراهم شود.

از مهم‌ترین نقاط قوت این مدل می‌توان به استفاده از نظرات طیف وسیعی از افراد صاحب تخصص و تجربه اشاره کرد. در این مدل سعی شد که نظرات دانشجویان نیز مورد توجه قرار گیرد. با توجه به ویژگیهای این مدل، پیشنهاد می‌شود که این مدل در محیط‌های دانشجویی اجرا شود و نتایج و پیامدهای کوتاه‌مدت و بلندمدت آن مورد بحث و بررسی قرار گیرد. همچنین مقایسه و ارزشیابی نتایج حاصل از این مدل با سایر رویکردهای معمول و رایج پیشگیری از مواد نیز به محققان پیشنهاد می‌شود.

1. Scott

منابع و مآخذ

References

-اشرفی، ح. و همکاران. ۱۳۹۲. بررسی شیوع و عوامل مؤثر بر مصرف مواد در دانشگاههای شیراز. ***مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران.***

-بحرینیان، س.ع. و همکاران. ۱۳۸۳. بررسی سوءمصرف مواد در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سالتحصیلی ۸۱-۸۰. ***فصلنامه طب و تزکیه.***

-رحیمی موقر، آ. و همکاران. ۱۳۸۵. مطالعه مروری وضعیت مصرف مواد در دانشجویان کشور، ***فصلنامه پایش.***

-رضایی، س. ا.، ۱۳۷۹. ***بررسی شیوع مصرف مواد در بین دانشجویان***.پایان نامه تخصصی پزشکی اجتماعی. دانشگاه علوم پزشکی تهران.

-رفیعی، ح. علی‌پور، ف. ۱۳۹۴. ساخت و رواسازی پرسشنامه نگرش جوانان به مواد. ***فصلنامه رفاه اجتماعی***. سال پانزدهم. شماره ۵۷ .

-رفیعی، ح. علی‌پور، ف. جوادی، م.(۱۳۹۱). ساخت و رواسازی پرسشنامه وابستپذیری. ***فصلنامه پژوهش اجتماعی***. دوره پنجم. شماره ۱۷ .

-سیام، ش. ۱۳۸۶. ***شیوع سوءمصرف مواد اعتیادآور بین دانشجویان پسر دانشگاههای مختلف شهر رشت در سال ۱۳۸۴.***

-صرامی، ح. و همکاران. ۱۳۹۲. بررسی دو دهه تحقیقات شیوع شناسی مصرف مواد در بین دانشگاههای ایران. ***فصلنامه اعتیادپژوهی سوءمصرف مواد***.

- Burrow-Sanchez, J. J. and L. S. Hawken (2013). ***Helping students overcome substance abuse: Effective practices for prevention and intervention***, Guilford Publications.
- Coleman, J. and J. Trunzo (2015). "Personality, Social Stress, and Drug Use Among College Students." ***Psi Chi Journal of Psychological Research*** 20(1).
- Dick, D. M. and L. C. Hancock (2015). "Integrating basic research with prevention/intervention to reduce risky substance use among college students." ***Frontiers in psychology***.
- Dunne, C. & Somerset, M. (2004). Health promotion in university: what do students want? ***Health Education***, 104, 360-370.
- Fredricks, J. A. & Eccles, J. S. (2006). Is extracurricular participation associated with beneficial outcomes? Concurrent and longitudinal relations. ***Developmental Psychology***, 42, 698-713.
- Larson, R. W. (2000). Toward a psychology of positive youth development. ***American Psychologist***, 55, 170-183.

- Murphy, J. G., Barnett, N. P., & Colby, S. M. (2006). Alcohol-related and alcohol-free activity participation and enjoyment among college students: a behavioral theory of choice analysis**. *Experimental and Clinical Psychopharmacology***, 14, 339-349.
- Scott-Sheldon, L. A., et al. (2014). "Efficacy of alcohol interventions for first-year college students: A meta-analytic review of randomized controlled trials." ***Journal of consulting and clinical psychology*** 82(2): 177.
- Spoth, R., et al. (2013). "PROSPER community–university partnership delivery system effects on substance misuse through 6 1/2years past baseline from a cluster randomized controlled intervention trial." ***Preventive medicine*** 56(3): 190-196.
- Walters, S. T. & Neighbors, C. (2005). Feedback interventions for college alcohol misuse: what, why and for whom? ***Addictive Behaviors***, 30, 1168-1182**.**