



راهنمای پیشگیری از سوء مصرف مواد برای دست اندر کاران رسانه های
گروهی

دفتر برنامه کنترل مواد مخدر سازمان ملل متحد (UNDCP)

راهنمای پیشگیری از سوء مصرف مواد

برای دست اندر کاران

رسانه های گروهی

راهنمای پیشگیری از سوء مصرف مواد برای دست اند کاران
رسانه های گروهی

مؤلفین و جمع آورندگان

- دکتر مرجان کاویان
- فهیمه لواسانی
- دکتر آفرین رحیمی موقر
- دکتر مهدی حسینی
- دکتر ژاکلین گلدیان
- عاتکه طهرانی
- دکتر نعمت الله بابایی
- دکتر گل آرا خستو

ویراستار ادبی :

شهین علوی

با تشکر از همکاری :

- لیلا سرپرست پور

- عطیه سرپرست

- آرزیتا دولتمند

- ابوالفضل صانعی

- دکتر هومان نارنجی ها

- بهروز مشکینی تهرانی

- دکتر فرناز کشاورز ارشدی

بسم الله الرحمن الرحيم

بخش اول : اعتیاد

۱	تاریخچه
۸	تعاریف
۸	۱- مواد
۸	۲- وابستگی
۹	۳- تحمل
۱۰	۴- سوء مصرف
۱۰	۵- ترک
۱۱	وضعیت اعتیاد در ایران و جهان
۱۱	۱- وضعیت اعتیاد در ایران
۱۸	۲- وضعیت اعتیاد در جهان
۲۲	علل و عوامل موثر بر اعتیاد
۲۳	۱- عوامل مخاطره آمیز فردی
۲۵	۲- عوامل مخاطره آمیز فردی و محیطی
۲۶	۳- عوامل مخاطره آمیز اجتماعی
۲۸	عوامل محافظت کننده در مقابل اعتیاد
۲۸	۱- عوامل فردی
۲۹	۲- عوامل محیطی و اجتماعی
۳۰	مواد
۳۰	۱- شناسایی ابزار مصرف مواد
۳۱	۲- انواع مواد, اشکال و شیوه های مصرف , علائم یا مصرف
۴۵	۳- نشانه های غیر مستقیم اعتیاد به مواد
۴۶	۴- عوارض مصرف طولانی مدت مواد بر سلامت فرد , خانواده , جامعه

۴۸	۱- اهداف درمان
۵۰	۲- کاهش عوارض
۵۲	۳- انواع درمانها

بخش دوم : پیشگیری اولیه از اعتیاد

۶۱	مقدمه
۶۳	۱- پیشگیری چیست ؟
۶۴	راهنماهای پیشگیری اولیه
۶۶	۱- فعالیت های متمرکز بر فرد
۷۶	۲- فعالیت های پیشگیری متمرکز بر آموزش و آگاهسازی والدین
۷۹	۳- اجرای فعالیت های پیشگیری از طریق مدرسه و معلمان
۸۲	۴- فعالیت های پیشگیری با استفاده از رسانه ها
۸۴	۵- اجرای فعالیت های پیشگیری از طریق محل های کار و مکان تجمع
۸۵	۶- فعالیت های پیشگیری با استفاده از شبکه مراقبت های بهداشتی اولیه
۸۶	۷- وضع اجرای قوانین و مقررات

بخش سوم : رسانه ها و پیشگیری

۸۹ آموزش بهداشت و پیشگیری و ارتباطات (رسانه ها)

- ۸۹ ۱- مقدمه
- ۸۹ ۲- اطلاع رسانی
- ۹۵ ۳- آموزش بهداشت
- ۹۹ ۴- اصول آموزش بهداشت
- ۱۰۱ ۵- ارتباطات بهداشتی
- ۱۰۹ ۶- ارتباطات و آموزش مهارت‌های زندگی

۱۱۱ پیشگیری از سوء مصرف مواد و رسانه ها

- ۱۱۱ ۱- حدود توانایی رسانه های گروهی و اهداف آنها در امر پیشگیری از مصرف مواد
- ۱۱۹ ۲- بررسی تحقیقات و نتایج حاصل از مداخلات پیشگیرانه در امر اعتیاد در دنیا
- ۱۳۱ ۳- خصوصیات یک برنامه موفق پیشگیری از سوء مصرف مواد با ابزار رسانه ها

۱۳۵ مراحل طراحی یک برنامه پیشگیرانه موفق

- ۱۳۷ ۱- بیان مسئله یا تحلیل موقعیت
- ۱۴۵ ۲- شناسایی و تجزیه و تحلیل مخاطب
- ۱۵۶ ۳- تحقیق در زمینه طرح ریزی ارتباطات
- ۱۶۴ ۴- تعیین هدف

۱۶۷	۵- ساخت پیام
۲۷۹	۶- انتخاب رسانه
۲۰۱	۷- اجرا
۲۰۹	۸- ارزشیابی

بخش چهارم: آموزش مهارت‌های زندگی و پیشگیری از سوء مصرف مواد برای مخاطبین خاص

۲۲۰	آموزش مهارت‌های زندگی
۲۲۰	۱- مقدمه
۲۲۰	۲- مهارت‌های زندگی
۲۲۳	۳- تاریخچه
۲۲۳	۴- اهداف برنامه آموزش مهارت‌های زندگی
۲۲۴	۵- منطق تئوریک
۲۲۵	۶- منطق کاربرد برنامه آموزش مهارت‌های زندگی برای سوء مصرف مواد
۲۲۵	۷- روش آموزش مهارت‌های زندگی
۲۲۷	۸- آموزش مهارت‌های زندگی در زمینه سوء مصرف مواد

آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد به مخاطبین خاص ۲۵۶

۲۵۶	۱- مقدمه
۲۵۷	۲- آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد در کودکان ۵ تا ۸ ساله
۲۶۸	۳- آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد در کودکان ۹ تا ۱۲ ساله
۲۷۹	۴- آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد در کودکان ۱۳ تا ۱۶ ساله
۲۹۲	۵- آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد در کودکان ۱۷ تا ۱۹ ساله
۲۹۹	۶- والدین و آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد
۳۱۵	۷- جامعه و آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد

منابع

۳۲۲	بخش اول
۳۲۵	بخش دوم
۳۲۷	بخش سوم

ضمیمه

- ۳۴۰ -۱ مجموعه پیام ها و بروشور های قابل بررسی
- ۳۴۰ -۱ مجموعه پیام های قابل بررسی
- ۳۴۷ -۲ مجموعه پوسترهای قابل بررسی
- ۳- مجموعه نظرسنجی ها و نگرش سنجی های انجام شده در استانها در فاز مقدماتی برنامه جامع پیشگیری از سوءمصرف مواد به تفکیف مخاطبین خاص
- ۳۴۸
- ۳۴۸ -۱ یزد
- ۳۴۹ -۲ بندرعباس
- ۳۵۴ -۳ مازندران
- ۳۵۵ -۴ سنندج
- ۳۵۷ -۵ شیراز
- ۳۵۸ -۶ رشت
- ۳- نشانی و تلفن مراکز پذیرش ، درمان و پیگیری معتادان خود معرف در سراسر کشور ۳۶۳

پیشگفتار

پیشگفتار

سوء مصرف مواد از موانع قابل ملاحظه توسعه جوامع است. تولید و خرید و فروش مواد می تواند ثبات سیاسی کشور را تحلیل برده و روند دموکراسی را مورد تهدید قرار دهد. گرچه مشکلات خاص ناشی از مواد و رفتارهای ناشی از سوء مصرف و اعتیاد در میان کشورها و فرهنگ ها تفاوت دارد. معهدا در هر بافت فرهنگی، سوء مصرف مواد به سلامت فرد، زندگی خانوادگی، اقتصاد، امنیت و رشد فرهنگی جامعه آسیب می رساند. سوء مصرف مواد بر تمام بخش های یک جامعه تاثیر می گذارد، ولی بیش از هر چیز آینده جوانان را مورد تهدید قرار می دهد. تلاش های وسیع خنثی سازی، کوشش برای جانشین کردن محصولات دیگر جهت کاهش تولید، جلوگیری مواد به داخل کشورها و توزیع آن، تأثیر ناچیزی به دسترسی کلی به مواد داشته است. تنها با شناخت و درک عمومی از مواد به عنوان یک تهدید ملی و مانع مهم در راه رشد مداوم، و همکاری دو جانبه مردم و دولت و اضافه شدن برنامه های جدی پیشگیرانه به سیاستهای مبارزه با مواد بوده است که موفقیت هایی در مهار و کاهش سوء مصرف مواد و صدمات حاصل از آن در برخی از کشورها کسب گردیده است.

آغاز برنامه های پیشگیری از اعتیاد در کشور ما به سال ۱۳۷۵ باز می گردد. زمانی که برای اولین بار مطالعه جامعی در خصوص راههای موفق پیشگیری از اعتیاد در کشورهای دیگر جهان صورت گرفت و " برنامه جامع پیشگیری از اعتیاد " با تکیه بر اصول آزمایش شده جهانی و با انطباق با شرایط اجتماعی کشورمان طراحی و به اجرا گذاشته شد. با استقبال مردم و مسئولان استانها و شهرها این برنامه با سرعت غیر قابل پیش بینی گسترش یافت، لیکن عمر مفید آن در هر منطقه عملیاتی بیش از دو سال نبود. گرچه این امر دلایل بیشماری دارد که ذکر آنها در این پیشگفتار نمی گنجد، لیکن یکی از مهمترین دلایل آن، عدول فعالیتها از اصول برنامه و تکیه برنامه های عملیاتی منطقه بر اهداف علمی روش های پیشگیرانه و عمدتاً در گروه های در معرض خطر بوده است. روش هایی که با گذشت زمان ارتقای ناچیزی یافت و منجر به رشد قابل توجهی در مهارت گروههای مختلف جامعه در استفاده از راهبردهای متعدد پیشگیرانه نگردید. در حال حاضر، گرچه دست اندرکاران مربوطه در سازمان های مختلف دولتی و غیر دولتی به انجام فعالیت های پیشگیرانه علاقه نشان می دهند، ولی اطلاعات علمی مناسبی در مورد نحوه برنامه ریزی و طراحی یک فعالیت پیشگیرانه موفق

وجود ندارد. در دو دهه اخیر، دانش پیشگیری در جهان پیشرفت قابل ملاحظه ای داشته است و موجب تعمیق راههای مؤثر در خانواده، مدرسه، کارگاه و کارخانه، محله های شهر و روستا شده است که از ابزارهای گوناگونی همسالان، رسانه ها و نظام بهداشتی، درمانی در آن استفاده شده است. هر ساله، هزاران مقاله و گزارش در این خصوص منتشر می شود و افراد علاقه مند را با یافته های جدید در مورد میزان تأثیر هر شیوه برای هر گروه هدف و جوامع گوناگون آشنا می کند. طراحان و مجریان برنامه های پیشگیری از سوء مصرف مواد، می توانند با اتکا به شناخت از شرایط جامعه خود و تسلط به روش های تجربه شده در جوامع دیگر با استفاده از قوه ابتکار خود در سیر زمان، فعالیت های خود را مورد بازبینی و ارتقاء قرار دهند. زمان تکرار خطاها و آزمایش و خطا گذشته است. علاقه مندان صاحب نظر می توانند موفقیت بسیاری از روش ها را پیش بینی نمایند و در صودت تردید، میزان موفقیت را با روش های علمی مورد ارزشیابی قرار دهند. پیشگیری از اعتیاد که با تغییر فرمهای اجتماعی، باورها و ارزشها و رفتار انسانها همراه است، امر پیچیده ای است که نمی بایست با ساده انگاری بدان پرداخت.

دفتر پیشگیری و امور اعتیاد سازمان بهزیستی کشور، در طی سالهای اخیر، یکی از اهداف خود را ارائه مشاوره و حمایت علمی از سازمانهایی قرار داد که می توانند نقش عمده ای را در این امر ایفا نمایند. در میان این سازمانها، نقش رسانه های گروهی پررنگ تر و حساس تر بود و به نظر می رسید بدون همکاری فعالانه و آگاهانه مسئولین و کارشناسان ارتباطات، جلب توجه و همکاری سایر سازمانها و مردم اتفاق نیافتاده و چه بسا با انتقال پیامی، ناآگاهانه و به اشتباه از طریق رسانه های گروهی، (که گاه شاهد آن هستیم)، عوارض دراز مدت آن نیز گریبانگیر اجتماع می گردید. لذا، لزوم همکاری و نیز آموزش مسئولان و کارشناسان دست اندر کار در رسانه ها که علاقه مند به درگیر شدن و ایفای نقش در امر پیشگیری از اعتیاد به شکل صحیح و هدفمند بودند، مطرح گردید. در واقع، برای دست یابی به نتایج مؤثر و مفید، آموزش و همکاری، جزئی لاینفک و ضروری به نظر رسید. در همین راستا، ضمن هماهنگی مسئولان سازمان بهزیستی کشور و سازمان صدا و سیما، مقدمات برگزاری طرح آموزشی کارشناسان رسانه های گروهی در زمینه پیشگیری از اعتیاد، شروع به شکل گیری کرد. در قدم های اولیه، نشست هایی با شرکت نویسندگان این کتاب و چند تن از کارشناسان ارتباطات و دست اندرکاران رسانه های گروهی برگزار شد. هدف این نشست ها، جمع آوری سرفصل مطالب مورد نیاز و مفید برای آموزش بود. همچنین، منابع بیشمار و بسیار گسترده ای مورد مطالعه و بهره برداری قرار گرفت. لذا، این کتاب با بررسی نیازهای کارکنان رسانه های

گروهی و با استفاده از منابعی که در انتها ذکر گردیده و با بکارگیری تجربه چند ساله فعالیت‌های پیشگیری از اعتیاد در کشور، نگاشته شده است. هدف این کتاب، ارائه اطلاعات اولیه لازم در مورد پدیده اعتیاد، مفهوم پیشگیری و راهکارهای آن، جایگاه رسانه‌های گروهی و روش استفاده از این رسانه‌ها در پیشگیری از اعتیاد بوده و سعی دارد علاوه بر ارائه اطلاعات، به اصلاح نگرش‌های ناصحیح در هربخش بپردازد.

این کتاب شامل چهار بخش عمده است:

بخش اول — کلیاتی در مورد اعتیاد: شامل اطلاعات مختصر و مفیدی در مورد اعتیاد در ایران و جهان، عوامل مؤثر بر اعتیاد، انواع مواد و تأثیرات و عوارض هر یک، اهداف درمان معتادان و روش‌های آن می‌باشد. این بخش تأکید دارد که:

— مشکل سوء مصرف مواد در تمام دنیا وجود داشته و در هر جامعه ویژگی‌ها والگوهای خاص خود را دارد؛

— گروه‌های مختلف مردم در معرض خطر بوده و آسیب پذیرند؛

— عوارض اعتیاد جدی است؛

— درمان اعتیاد مشکل، اما امکان پذیر است.

اطلاعات این بخش علاوه بر تأثیر در نگرش کلی خواننده، برای بهره برداری در ساخت برنامه‌های علمی از طریق رسانه‌ها می‌تواند مفید باشد.

بخش دوم — پیشگیری اولیه از اعتیاد: این بخش اصول مورد توافق جهانی در امر پیشگیری را مطرح کرده و راهکارهای کلی پیشگیری از اعتیاد را تشریح می‌نماید. همچنین به معرفی طرح جامع پیشگیری از سوء مصرف مواد و طرح آگاهسازی در مورد اعتیاد می‌پردازد.

بخش سوم — پیشگیری و رسانه‌های گروهی: در این بخش اطلاعاتی در مورد عملکرد رسانه‌های گروهی در برنامه‌های پیشگیرانه بهداشتی به طور کلی، و در برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد به

ویژه ، و همچنین میزان تأثیر و کارکرد ، و محدودیت رسانه ها در جلوگیری از مصرف مواد توسط گروه‌های مختلف جامعه مورد بحث قرار می‌گیرد . سپس به بیان نمونه هایی از برنامه های موفق ممالک دیگر پرداخته و مراحل برنامه ریزی موفق پیشگیرانه را تشریح نموده ، شیوه های ارزشیابی آنها را به اختصار معرفی می نماید . تلاش این بخش بر این مهم متمرکز است که توجه خوانندگان را بر لزوم همکاری دو جانبه و نزدیک کارشناسان پیشگیری و کارشناسان ارتباطات جلب کرده و تأکید کند که برای ایجاد یک برنامه مؤثر پیشگیرانه رسانه ای ، این تعارض ضرورت دارد .

بخش چهارم — پیشگیری از سوء مصرف مواد برای مخاطبین خاص : این بخش اهداف و روشهای مختلف مداخلات به ویژه آموزش مهارتهای گوناگون پیشگیری از اعتیاد را در قالب راهکارهای جامع به تفکیک هر مخاطب تشریح می نماید . در این بخش روشهای پیشگیری برای کودکان در سنین مختلف و با توجه به ویژگی های روانشناختی آنها و برای والدین و گروههای دیگر جامعه ارائه گردیده است .

این کتاب توسط کارشناسان سازمان بهزیستی کشور تهیه و تدوین شده است . مخارج چاپ این کتاب از محل اعتبارات برنامه همکاری دولت جمهوری اسلامی ایران و دفتر کنترل مواد مخدر سازمان ملل (UNODC) تأمین شده است که بدین وسیله از حمایتهای UNODC در توسعه برنامه های پیشگیری از اعتیاد کشور قدردانی می نمایم .

در انتها از خوانندگان محترم تقاضا می شود تا با ارسال نقطه نظرات تکمیلی و اصلاحی خود ، نویسندگان را در ارتقای مستمر فعالیت های خویش یاری فرمایند .

دکتر آفرین رحیمی موقر

دکتر مرجان کاویان

بخش اول

اعتیاد و مواد

تاریخچه

یکی از معضلات جدی انسان متمدن، در آغاز هزاره سوم مشکل سوء مصرف مواد می باشد. ابعاد وسیع عوارض ناشی از مصرف مواد، زندگی جسمی و روانی فرد و همچنین خانواده، فرهنگ، اقتصاد و اجتماع را به شدت متأثر می کند. این مصیبت که می تواند از فردی به فرد دیگر و از نسلی به نسل دیگر سرایت کند، در طول تاریخ و هم اکنون در سطح بین الملل آفتی جدی، ویران کننده، مسری و موذی شده است.

از هزارها هزار سال پیش، بشر گونه های مختلف مواد مخدر را شناسایی و آن را مصرف نموده است. لوحه های گلی متعلق به ۵۰۰۰ سال قبل از میلاد، حکایت از آن دارد که سومریان خشخاش را که گیاه شادی بخش یا سعادت می نامیدند، کشت می کرده و از مزایای دارویی آن سود می جستند.

در روم و مصر باستان و قوم آشور، نقاشی هایی از گل خشخاش و گل شقایق وجود دارد که قدمت آن به چهار هزار سال می رسد. ۱۵۰۰ سال قبل از میلاد مسیح، تخم خشخاش از مصر به یونان و از آنجا به اروپا رفت. در نوشته های هرودت از تریاک به نام نفته یعنی "از بین برنده غم" سخن گفته شده است.

بیش از ده ها قرن است که در آسیا، تریاک و حشیش جزو عوامل درمانی طیف وسیعی از بیماریها به شمار می روند. تجویز تریاک برای خواباندن کودکان در دوران دندان درآوردن از آن جمله است. از تریاک به عنوان آرام بخش، در اوقات پر استرس یا سوگ و یا خواب آور برای دوره های بی خوابی استفاده می شد. سربازان به تریاک به عنوان افزایش قدرت و یک ضد درد برای زخم های جنگ می نگریستند و معتقد بودند این ماده توانایی جنسی را افزایش می دهد. در شبه قاره هند، برای بالا بردن تمرکز و مراقبه در طی مراسم مذهبی از حشیش و تریاک استفاده می کردند. در قسمت هایی از هند، استفاده از برگهای حشیش برای درست کردن شربت و مصرف آن به عنوان یکی از آداب مذهبی در بسیاری از مناسبت ها و جشن های مذهبی، در اجتماع رخنه کرده بود. تریاک نقش مهمی در ایجاد و یا تحکیم دوستی ها و روابط بین فردی هندی ها بازی می کرد. در طبقات اجتماعی اقتصادی بالاتر، رسم برگزار کردن یک «گردهمایی برای نوشیدن تریاک» (لایارو) راهی برای نمایش قدرت اقتصادی صاحبخانه، به حساب می آمد. ظرف شربت تریاک نشان دهنده وضعیت اقتصادی

مهماندار بود. اجتناب از شرکت در مراسم نوشیدن شربت تریاک، بی ادبی و بی احترامی محسوب می شد.

استفاده از حشیش (ganja) تقریباً نشانه‌ای از شخصیت اجتماعی در جشن‌های هند باستان به حساب می آمد. در هند جنوبی، پخش ganja در مراسم عروسی رسم بود و عدم توزیع آن بی احترامی به میهمانان تعبیر می شد.

قبایل افریقایی هم به طور قابل توجهی از حشیش استفاده می کردند. در تانزانیا این دارو جای خود را در رژیم غذایی مردم باز کرد. در بلندی‌های جنوبی، دانه‌ها و برگهای حشیش، قسمتی از مواد تشکیل دهنده غذاهای گیاهی لذیذ بودند. بر طبق روایات، در دوران فراعنه و برای ساختن اهرام، از اثر کوکائین بر برده‌ها استفاده می شده است. این ماده قدرت بدنی را بالا می برد، اشتها را کم و مرگ ناگهانی عارض می کند.

به طور خلاصه، قرن‌هاست که در اقصی نقاط دنیا، تریاک، حشیش و رد قسمت‌هایی نیز کوکائین شناخته و از خواص درمانی این مواد استفاده شده است. در طول این سالها، مقدار ماده کشت شده، متناسب با نیازهای دارویی منطقه، تنظیم می شده است. تا اینکه با شروع قرن ۱۹، این وضعیت کاملاً تغییر کرد. ارزش اقتصادی تریاک آشکار و در نتیجه به میزان گسترده‌ای تولید و صادر شد. حتی بریتانیای کبیر برای گشودن بازارهای چین به روی تریاک بنگال، دوبار با این کشور جنگید. کشت خشخاش در مناطق مختلف افزایش یافت و به منظور صادرات و تأمین ارز، مورد استقبال کشورهای صادرکننده قرار گرفت. افزایش کشت خشخاش در هر کشور، افزایش تولید منطقه‌ای تریاک را در پی داشت و میزان اعتیاد و وابستگی به تریاک رد آن منطقه گریبانگیر افراد بومی می شد. اما کشت، حمل و نقل و خرید و فروش این گونه مواد در تمام مناطق دنیا آزاد بود.

مقارن ۱۹۰۹ میلادی، اولین کنفرانس بین‌المللی مواد مخدر در شانگهای، با هدف کنترل مواد مخدر به عنوان یک نگرانی جهانی برگزار شد و از سال ۱۹۲۰ به تدریج منجر به پدید آمدن یک سیستم بین‌المللی کنترل شد که ابتدا تحت نظارت مجموعه‌ای از کشورها و از سال ۱۹۴۶ تحت نظارت سازمان ملل متحد قرار گرفت.

اولین گام‌های مبارزه با مواد مخدر از حدود ۱۰۰ سال قبل در شانگهای برداشته شد. از همان زمان، حمل و نقل، فروش و خرید مواد به تدریج با محدودیت‌های قوانین بین‌المللی و منطقه‌ای مواجه شد. پیامدهای جانبی این جریان، افزایش قیمت مواد، و در نهایت ایجاد گنگ‌های تجارت قاچاق مواد بود که با گذشت زمان به یکی از منسجم‌ترین، منظم‌ترین و گسترده‌ترین شبکه‌های بین‌المللی قاچاق تبدیل شد که امروزه بعد از قاچاق اسلحه پر سودترین تجارت بین‌المللی به شمار می‌آید.

این سیستم سودرسان، به طراحی و پیشبرد اهداف جدید خود زیر نظر مجریان و سیاستگذاران باهوش و گاه دانشمند کمک کرد و اقدامات وسیعی در ابعاد مختلف کشت، تولید، انتقال و ایجاد بازار مصرف بنیان گذارد. در طی صد سال اخیر، علاوه بر تمامی موادی که از قبل سوءمصرف می‌شده است. دانشمندان سودجو آبخاری از مواد مصنوعی جدید با عوارض بسیار شدیدتر رفتاری و روانی و همچنین وابستگی‌های خطرتر، تولید و به بازار مصرف معرفی نموده‌اند؛ به طوری که قوانین و معاهدات تحت نظر سازمان ملل تا قبل از سال ۱۹۶۱ تنها برای تریاک، حشیش و کوکائین قابل اجرا بود، اما از سال ۱۹۶۴، این مواد به ۱۱۶ عدد افزایش یافت که شامل مواد مصنوعی و طبیعی می‌باشد. مثلاً هروئین را در سال ۱۸۹۸ (۱۰۲ سال قبل) یک دانشمند سوئدی به منظور مداوای معتادان ساخت. اما در حدود سال ۱۹۴۵ قاچاقچیان آن را به بازارهای سوءمصرف جهانی معرفی نمودند. موادی مانند آمفتامین و متامفتامین در سال ۱۸۷۸، به منظور استفاده در طب ساخته شد، اما از حدود ۱۹۳۲ (با نامهای Ecstasy, eve, Ice)، به بازارهای سوء مصرف مواد معرفی شد. در سال ۱۹۳۸، LSD، که ماده‌ای توهم زاست، مخفیانه تولید شد.

در حدود سال ۱۸۸۰، آلکالوئیدهایی از کوکائین جدا و به اشکال و انواع مختلف با اسامی گوناگون مانند Snow, Lady, Coke به بازارهای قاچاق مواد وارد شد.

فن سیکلیدین‌ها و مشتقات آن با نامهای dust, angel, کریستل، صلح و ۳۰ معادل شیمیایی آن از سال ۱۹۶۰ وارد بازار سوءمصرف شده‌اند.

در ایران، سوء مصرف مواد سابقه طولانی دارد. گیاه خشخاش و شاه‌دانه از گیاهان بومی این منطقه است و ساکنان فلات ایران و اقوام هم‌مرز آن خواص خوارکی- دارویی و روان‌گردان آنها را شناخته‌اند. می‌گویند بذر خشخاش را در قرن پنجم قبل از میلاد بازرگانان عرب به ایران آورده‌اند.

خواص روانگردان حشیش (بنگ) طبق نوشته هرودت برای اقوام آریایی موسوم به سکاها شناخته شده بود و آنان از نوعی حمام بخار بنگ به عنوان بخشی از مراسم عزاداری استفاده می‌کردند. خواص خواب آور و ضد درد تریاک را پزشکان ایرانی مثل محمد زکریای رازی و ابوعلی سینا توصیف نموده اند. اما شواهد تاریخی حاکی از سوء مصرف این مواد در آن تاریخ موجود نیست. ابوریحان بیرونی ظاهراً اولین دانشمند اسلامی است که به خاصیت اعتیاد آور افیون اشاره کرده است.

مقارن ظهور صفویان (حدود ۵۰۰ سال قبل)، شواهی دال بر تجویز مصرف حشیش توسط برخی فرق مذهبی و صوفیه در دست است. لذا شیوع ناگهانی سوء مصرف تریاک و حشیش به دوره صفویه باز می‌گردد. اولین توجهات به این افراد در زمان شاه عباس صفوی آغاز شد. وی برای اولین بار کارکنان دربار را به ترک اعتیاد وادار و افرادی را که موفق به ترک اعتیاد نمی‌شدند، از کار برکنار کرد. در همان زمان، پدیده وابستگی جسمی و روانی به افیون و عوارض ناراحت کننده قطع مصرف آن، مورد توجه پزشکان قرار گرفت. لیکن بعد از آن، هم تلاش حکیمان و هم حاکمان برای منع یا کنترل مصرف بی نتیجه ماند. در زمان قاجار، مصرف ماد از شکل انحصاری اشراف بیرون آمد و در میان طبقات مختلف جامعه ایرانی، به صورت خوراکی یا تدخین، رواج یافت. سوء مصرف مشتقات شاهدانه، ظاهراً به طبقات خاصی چون درویش محدود بود. در آن دوره منبع اصلی تامین حشیش افغانستان بود. به طوری که بعد از جدا شدن هرات از ایران و پناهنده شدن عده ای از افغانی های هراتی به تهران، خرید و فروش و مصرف آن در این شهر افزایش پیدا کرد.

کشت خشخاش و تولید داخلی تریاک در قرن ۱۸ و نیمه اول قرن ۱۹، بیشتر به منظور پاسخ گفتن به تقاضای روز افزون مصرف کنندگان داخلی بود. اما از نیمه دوم قرن ۱۹، تریاک به عنوان یک محصول قابل صدور و «ارزآور» مورد توجه قرار گرفت. افزایش کشت تریاک را باید در کاهش تولید ابریشم و به تبع کاهش صدور آن، نیاز فزاینده کشور به ارز خارجی برای پرداخت بهای کالاهای خریداری شده از غرب و نیز افزایش ناگهانی تقاضا برای تریاک در سطح جهانی به دنبال «جنگهای تریاک» و باز شدن اجباری دروازه‌های چین به روی تریاک، جست و جو کرد. اگر چه در شرایط بین المللی آن روز صدور یا مصرف تریاک، نه در ایران و نه در اروپای آن زمان، ممنوع یا مکروه شمرده نمی‌شد، اما ایران با زحمت زیاد توانست اجازه صدور تریاک به هندوستان را از دولت انگلیس بگیرد. در اواخر قرن ۱۹ و اوایل قرن ۲۰، ایران یکی از اعضای بسیار فعال تجارت جهانی

تریاک محسوب می شد. متأسفانه قسمت زیادی از تریاک تولیدی در داخل مملکت مصرف می شد و همچنین کل اقتصاد کشور به تولید و صدور تریاک وابسته بود.

تحولات فکری و افزایش آگاهیهای عمومی مردم ایران در اوایل قرن ۲۰ ابتدا به نهضت تحریم تنباکو و سپس به نهضت مشروطه خواهی انجامید. عده ای از رهبران ملی و مذهبی، مبارزه جدی با مصرف تریاک را سر لوحه برنامه های خود قرار دادند. لیکن گرفتاریهای سیاسی و وابستگی شدید اقتصاد کشور به ارز حاصل از صادرات تریاک، هرگونه اقدام جدی در زمینه مبارزه با کشت و سوء مصرف این ماده را غیر ممکن می ساخت.

اولین قانون رسمی ممنوعیت مواد در سال ۱۲۹۰ (۱۹۱۱ میلادی) یعنی دو سال بعد از کنفرانس بین المللی مواد مخدر در شانگهای، «قانون تحدید تریاک» بود. طبق این قانون مصرف تریاک (جز برای مصارف درمانی) و شیره، به طور کلی، بعد از هشت سال ممنوع شد. در آن زمان سرمایه ارزی دولت ایران، وابسته به تولید و صدور تریاک بود و علی رغم تصویب قانونهای متعدد در مورد محدودیت مصرف یا کشت، اقدامات جدی در جهت اهداف این قانون صورت نمی گرفت؛ تا اینکه در سال ۱۳۲۲ (۱۹۴۳ میلادی)، تعداد معتادان کشور ۱/۵ میلیون نفر (از جمعیت کل ۱۴ میلیون نفر) اعلام شد. سرانجام، به علت گسترش اعتیاد و ناچیز بودن عایدات حاصل از صدور تریاک برای دولت، در سال ۱۳۴۴ قانون منع کشت خشخاش و استعمال تریاک تصویب و با جدیت به اجرا گذاشته شد. این تصمیم اولاً باعث معرفی هروئین به بازارهای داخلی ایران شد و ثانیاً وضعیت تولید تریاک را به شدت، به ویژه در منطقه خاورمیانه، تغییر داد و باعث تولید انبوه تریاک در افغانستان، پاکستان و ترکیه شد. در سال ۱۳۵۰ (۱۹۷۱ میلادی)، ترکیه به دلیل تولید هروئین و صدور آن به اروپا و امریکا از طرف این دول تحت فشار قرار گرفت و لذا کشت خشخاش را لغو کرد. این کار به تولی انبوه تر تریاک در پاکستان و افغانستان انجامید. در کل از سال ۱۲۹۰ (۱۹۱۱ میلادی) تا ۱۳۵۸ (۱۹۷۹ میلادی) در ایران، بیش از ۵۵ قانون، نظامنامه و مصوبه در خصوص مواد مخدر تصویب شد. نحوه موضع گیری دولتمردان و قانونگذاران در مورد کشت، توزیع و مصرف مواد مخدر فراز و نشیب های فراوان داشته است. قوانین و شیوه های اجرایی برخورد با مواد مخدر در ایران از آزادی کامل تولید تا انحصار دولتی و ممنوعیت کامل متغیر بوده است. مواجهه با مصرف کنندگان نیز از طرف اجتماع و قانونگذاران، در ایران، متغیر بوده و از برخورد با آنان به عنوان مجرم تا بیمار، بارها تغییر کرده است. همچنین برخورد مجامع جهانی با ایران متفاوت بوده است؛ گاه ایران را

محکوم و گاه از آن تجلیل نموده‌اند. ایران در سال ۱۳۴۷، موفق‌ترین کشور در امر مبارزه با مواد مخدر شناخته شد و با ستگیری ۵۸ درصد از کل قاچاقچیان و توزیع‌کنندگان هروئین در جهان و کشف ۳۲ درصد کل هروئین و ۱۴ درصد کب تریاک، مقام اول را در بین کشورهای جهان کسب کرد.

در سال ۱۳۵۷ (۱۹۷۹ میلادی)، پس از پیروزی انقلاب اسلامی در ایران، قاچاق تریاک از طریق مرزهای شرقی ایران بسیار محدود شد و دو کشور افغانستان و پاکستان با مقادیر بسیار زیاد تریاک بدون مشتری روبه‌رو شدند. بنابراین برای تبدیل تریاک به هروئین و صدور آن اقدام کردند که این روند در شال ۱۳۷۵ (۱۹۹۶ میلادی) منجر به صدور ۹۰۰۰ کیلوگرم هروئین به اروپا شد. این محصولات از طریق ایران، ترکیه و کشورهای بالکان صادر می‌شد.

بعد از انقلاب اسلامی، نگرش رهبران انقلاب به پدیده اعتیاد منفی بود و آن را نوعی رفتار ضد انقلابی تلقی می‌کردند و ممالک استعمارگر را مروج آن می‌دانستند. بر همین اساس در سال ۱۳۵۹ بعد از تثبیت حکومت جمهوری اسلامی ایران، تولید، نگهداری، حمل و نقل، دادوستد و مصرف هر گونه مواد، غیر قانونی اعلام گردید و به معتادان شش ماه فرصت داده شد تا برای ترک اقدام نمایند. همزمان با تصویب لایحه «تشدید مجازات مرتکبین جرایم مواد مخدر و اقدامات تأمینی و درمانی به منظور مداوا و اشتغال به کار معتادان»، ستاد هماهنگی مبارزه با مواد مخدر تأسیس و مجازاتهای سنگین برای قاچاقچیان و معتادان به اجرا گذاشته شد. در همین سالها، میزان کشت خشخاش در افغانستان و به دنبال آن قاچاق تریاک و حشیش به ایران افزایش یافت. بیمارستانها و مراکز دولتی درمان معتادان نیز به دنبال تصویب قانون تعطیل شد و وزارت بهداشتی وقت، پرداختن به این موضوع را از حوزه فعالیت‌های خود حذف نمود. طی این سالها و تا سال ۱۳۶۲، اردوگاههای معتادان، زیر نظر سازمان زندان‌ها تشکیل شد و معتادان به این اردوگاهها اعزام می‌شدند. مسئولیت اداره این اردوگاهها که بعداً به اسامی بازپروری و اردوگاههای کار تغییر یافت، به عهده کمیته‌های انقلاب اسلامی بود.

در سال ۱۳۶۲، بر اساس مصوبه هیئت وزیران، مسئولیت مراکز بازپروری از کمیته‌های انقلاب به سازمان نوتأسیس بهزیستی واگذار گردید تا با نگرش جامع‌تر برای بازپروری معتادان اقدام شود. اما از آنجا که این مراکز موظف بودند همه معتادانی را که دادگاهها به اجبار برای ترک اعتیاد اعزام می

کردند، بپذیرند، معمولاً با چند برابر ظرفیت واقعی و هزینه بسیار سنگین روبه‌رو بودند و لذا نمی‌توانستند پاسخگوی نیازهای درمانی همه معتادان کشور باشند.

به طور کلی، در آن سالها پرداختن به مسائل و مشکلاتی نظیر تحریم‌های اقتصادی، درگیری با فعالیت احزاب و گروه‌های غیر قانونی و جنگ ایران و عراق در اولویت قرار داشت. تا سال ۱۳۶۷، اقدامات انجام شده برای حل مشکل اعتیاد، منحصراً به فعالیت‌های مقابله با عرضه اختصاص داشت. این فعالیت‌ها نیز در طول سالهای مختلف با فراز و فرودهای چشمگیری همراه بوده است. در این سالها، مجموعاً بیش از ۲۳۷ تن مواد کشف و نزدیک به چهارصد هزار نفر دستگیر شدند. حدود ۷۵ درصد مواد کشف شده تریاک، ۸ درصد مرفین و ۹ درصد حشیش بوده است. در هر حال به دلیل اتفاق نظر کلی در مورد افزایش شیوع اعتیاد در جامعه، نظرات متفاوتی در مورد شیوه برخورد با آن مطرح گردید. برخی اعتقاد داشتند که باید میزان کنترل و مجازاتها را افزایش داد و برخی نیز به استفاده از روش‌های آموزشی و تربیتی معتقد بودند. در نهایت در سال ۱۳۶۷، مجدداً دیدگاه سختگیری پیروز شد و بلافاصله بعد از پایان جنگ ایران و عراق، نهاد تازه تأسیس «مجمع تشخیص مصلحت نظام» قانون جدید مبارزه با مواد مخدر را تصویب نمود. طبق این قانون مجازاتهای شدیدی برای تولید، نگهداری و قاچاق مواد در نظر گرفته شد و مصرف مواد جرم تلقی گردید و مهلتی چند ماهه به معتادان داده شد تا نسبت به ترک اعتیاد اقدام نمایند. در این قانون به لزوم فراهم ساختن امکانات جهت درمان دراز مدت اعتیاد و همچنین اقدامات پیشگیرانه، توجهی نشد و طبقه بندی علمی اعتیادآور رعایت نگردید. بر اساس این قانون، ستاد مبارزه با مواد مخدر زیر نظر نخست وزیر فعالیت می‌کرد که بعد از حذف مقام نخست وزیری از نظام اجرایی کشور و ادغام آن در ریاست جمهوری، تحت نظارت رئیس جمهور درآمد. همچنین در ترکیب جدید ستاد، وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مدیر عامل صدا و سیما نیز شرکت داده شدند. سال بعد، وزیر آموزش و پرورش نیز به اعضای ستاد اضافه شد، گرچه شرح وظیفه این نهادها در قانون پیش‌بینی نشده بود. بر اساس این قانون، مواد کشف شده و اموال قاچاقچیان جزء درآمدهای ستاد مبارزه با مواد مخدر شمرده می‌شد و منابع مالی لازم و همچنین استقلال ستاد برای اجرای فعالیت‌های مختلف در این قانون پیش‌بینی شده بود، لیکن صرفاً در جهت فعالیتهای کاهش عرضه مورد استفاده قرار می‌گرفت.

در حال حاضر، برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد به صورت مدون توسط سازمان بهزیستی کشور در حال اجراست. صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران و وزارت آموزش و پرورش نیز فعالیت‌های

پیشگیرانه‌ای انجام می‌دهند و گروه بزرگی از پزشکان و سایر گروه‌های فعال در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تحت آموزش‌های لازم پیشگیرانه و خدمات درمانی قرار می‌گیرند.

برنامه جامع پیشگیری از اعتیاد سازمان بهزیستی کشور، بر اساس مدل برنامه ریزی منطقه‌ای طراحی و اجرای آن از سال ۱۳۷۵ تدریجاً در استانهای کرمانشاه، هرمزگان، کرمان، فارس، یزد و مازندران و ۶ استان دیگر آغاز شده است و هم اکنون نیز ادامه دارد. رئوس برنامه‌های پیشگیرانه این استانها شامل آموزش مدیران دولتی و کارخانجات، آموزش مربیان آموزش و پرورش و والدین دانش آموزان، آموزش عمومی، تشویق و تسهیل ایجاد تشکلهای غیر دولتی پیشگیری از اعتیاد و همچنین اقدامات مداخله در بحران، درمان و بازپروری معتادان است. علاوه بر برنامه جامع پیشگیری، سازمان بهزیستی کشور از سال ۱۳۷۸، برنامه "آگاهسازی جامعه" با هدف ارتقای آگاهی افراد در زمینه سوء مصرف مواد را در سایر استانها در دست اجرا دارد.

سازمان بهزیستی کشور در حال حاضر در زمینه درمان و بازپروری معتادان با استفاده از امکانات ۸۴ مرکز درمان سرپایی معتادان (در ۲۸ استان کشور) و دو مرکز اقامتی بازتوانی (Therapeutic Community) به ارائه خدمات مشغول است. علاوه بر سازمان بهزیستی کشور، برخی از بیمارستانها و بخش خصوصی نیز به خدمات درمانی سم زدایی اقدام می‌نمایند.

تعاریف

سازمان بهداشت جهانی ماده مخدر را این گونه تعریف می‌کند:

هر ماده‌ای که پس از وارد شدن به درون بدن بتواند بر یک یا چند عملکرد مغز تأثیر بگذارد، ماده مخدر است. این تعریف مخدرهایی نظیر توتون و مشروبات الکلی و مخدرهای غیر قانونی مانند هروئین و L.S.D. را نیز در برمی‌گیرد، ضمن اینکه در این تعریف مصرف کنندگان مواد مخدر نیز بیمار تلقی می‌شوند.

موادشامل همه ترکیباتی است که کارکرد مغز را به صورت یجان، افسردگی، رفتار نابهنجار و عصبانیت یا اختلال در قضاوت و شعور تغییر می‌دهد.

عادت کردن، خو گرفتن و خود را وقف هادتی نکوهیده کردن، اعتیاد تلقی می شود. به عبارت دیگر، ابتلای اسارت آمیز به ماده مخدر که از نظر جسمی یا اجتماعی زیان آور شمرده شود، اعتیاد نام دارد. اصطلاح اعتیاد به سولت قابل تعریف نیست، و عواقب آن به صور مختلف نظیر تحمل و وابستگی بدنی هویدا می شود.

در طب جدید به جای کلمه اعتیاد، وابستگی به مواد به کار می رود که همان مفهوم را دارد ولی دقیق تر و صحیح تر است. مفهوم این کلمه آن است که انسان با استعمال نوعی ماده شیمیایی از نظر جسمی و روانی به آن وابستگی پیدا می کند. به طوری که بر اثر دستیابی و مصرف دارو احساس آرامش و لذت به او دست می دهد، اما با نرسیدن دارو، خماری، دردهای جسمانی و احساس ناراحتی را تجربه می کند.

اعتیاد یعنی وابستگی به مواد

وابستگی یعنی تمایل شدید فرد به ادامه مصرف یک ماده با وجود عوارض جسمی و روانی آن و با وجود افت کارکرد و روابط بین فردی شخص

در سال ۱۹۵۰، سازمان ملل متحد در مورد اعتیاد به مواد مخدر تعریف زیر را ارائه کرد:
اعتیاد به مواد مخدر عبارت است از مسمومیت تدریجی یا حادی که به علت مصرف مداوم یک دارو، اعم از طبیعی یا ترکیبی، ایجاد می شود و به حال شخص و اجتماع زیان آور می باشد.
به عبارت ساده تر، اعتیاد عبارت است از وابستگی به موادی که مصرف مکرر آن با کمیت مشخص و در زمانهای معین، از نظر مصرف کننده، ضروری و دارای ویژگی های زیر است:

- وابستگی جسمی ایجاد می کند.
- وابستگی روانی ایجاد می کند.
- پدیده تحمل در بدن نسبت به مواد مصرفی ایجاد می شود.
- ماده مورد نیاز به هر شکل و از هر طریق باید به دست بیاید.
- ماده مصرفی بر مصرف کننده، خانواده، و جامعه تأثیر مخرب دارد.

وابستگی جسمی حالتی است که پس از مصرف مکرر ماده‌ای خاص در شخص ایجاد می‌شود و در صورت عدم مصرف یا از بین رفتن اثر آن، شخص دچار اختلالات شدید جسمی نظیر پا درد، آبریزش بینی، دردهای شدید استخوانی، بی‌قراری، دل پیچه و... می‌شود.

وابستگی روانی، میل به تکرار تجربه احساس رضایت ناشی از سوءمصرف مواد است. به بیان دیگر، فرد با مصرف ماده مخدر، احساس رضایت را تجربه می‌نماید. این احساس رضایت و خشنودی، میل به تجربه مجدد آن ماده را در ذهن فرد برمی‌انگیزد که خود باعث تکرار مصرف می‌شود. در واقع این حالت میل، گونه‌ای از ظرطی شدن است؛ به طوری که فرد عملاً با مصرف آن ماده در موقع ناراحتی، آن را تجربه می‌کند. در این نوع وابستگی، مصرف‌کننده علاوه بر ماده مصرفی، به شرایط محیطی و آدابی که ویژه افراد مزبور است نیز وابسته می‌شود.

پدیده تحمل، سازگاری انسان با ماده مصرفی است و نشانه آن تخفیف و کاهش واکنشهای جسمی، نسبت به مصرف مداوم مقدار معینی از یک ماده است. در نتیجه اگر مصرف‌کننده بخواهد همان حالات را تجربه کند، باید مقدار بیشتری از آن ماده را مصرف کند.

تحمل، حالتی است که فرد مجبور است مقدار ماده مصرفی را افزایش دهد.

مثال:

- اگر فرد روزی یک نخود تریاک مصرف می‌کرده است، به تدریج مجبور می‌شود روزی دو نخود مصرف کند.

- اگر فرد روزی دو بار حشیش می‌کشیده است، به تدریج مجبور می‌شود روزی پنج بار حشیش بکشد.

منظور از سوء مصرف مواد مخدر، مصرف هر نوع ماده مخدری است که زیانهای جسمی، روانی، عاطفی و اجتماعی به شخص مصرف‌کننده یا دیگران وارد می‌کند. به این ترتیب مصرف هرگونه ماده ممنوع یا تحت کنترل، بدون هدف درمانی، سوءمصرف شمرده می‌شود.

سوءمصرف بدین معناست که اگر چه فرد نسبت به مواد اعتیاد ندارد، ولی با علم به مضر بودن، آن را مصرف می‌کند.

مثال:

- مصرف تریاک در کشور ما غیرقانونی است، پس حتی یکبار کشیدن آن سوءمصرف است.

- مصرف مشروبات الکلی، گاهی باعث بروز عصبانیت و پرخاشگری می‌شود، پس نوشیدن آن سوءمصرف است.

منظور از ترک، بازگشت معتاد به دوره بهبودی با کاهش یا قطع ماده مصرفی است. از علائم ترک اعتیاد مثلاً ترک تریاک، بروز درد در دستها و پاها و ترک حشیش ایجاد حالت تهوع می‌باشد.

علائم ترک علائم ناراحت کننده‌ای است که بر اثر کاهش یا قطع ماده مصرفی پیدا می‌شود.

مثال:

- ترک تریاک باعث ایجاد درد در دستها و پاها می‌شود.

- ترک حشیش گاهی باعث ایجاد حالت تهوع می‌شود.

معتاد کسی است که بر اثر مصرف مکرر و مداوم مواد مخدر یا دارو به آن متکی شده باشد. به عبارت دیگر، قربانی هر نوع وابستگی دارویی یا روانی به مواد مخدر، معتاد شناخته می‌شود. از نظر جامعه‌شناسی، معتاد کسی است که به مواد ایجادکننده تغییرات غیر قابل قبول اجتماعی و فردی وابستگی دارد و در صورتی که دارو به بدن وی نرسد، اختلالات روانی و فیزیکی موسوم به سندرم محرومیت در او ایجاد می‌شود.

معتاد، فردی است که بدون مصرف ماده مخدر یا داروی خاصی دچار علائم محرومیت شود.

وضعیت اعتیاد در ایران و جهان

در این بخش مطالب زیر مورد بحث قرار می گیرد:

۱- وضعیت اعتیاد در ایران:

- وسعت اعتیاد
- الگوهای سوء مصرف مواد
- ویژگی های معتادان
- وضعیت مصرف تزریقی مواد
- شرایط شروع مصرف مواد
- پراکندگی های جغرافیایی وضعیت اعتیاد

۲- مصرف مواد در جهان

برای برنامه ریزی پیشگیری از اعتیاد در رسانه‌ها، شناخت وضعیت اعتیاد در ایران ضرورت دارد. با شناخت این وضعیت، اهمیت و شدت موضوع مشخص، گروه‌های مخاطب پیشگیری شناخته، به انتخاب راههای مناسب پیشگیری کمک و تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی مناطق مختلف در ارتباط با اهمیت موضوع، گروه‌های مخاطب و راههای پیشگیری هر یک تعیین می‌شود

۱- وضعیت اعتیاد در ایران

۱-۱- وسعت اعتیاد

تاکنون مطالعه اپیدمیولوژیک کشوری برای دستیابی به شیوع سوء مصرف مواد در ایران انجام نشده است. به طور رسمی تا سال ۱۳۷۶، رقم معتادان ایرانی ۵۰۰،۰۰۰ نفر و بعد از آن ۱،۲۰۰،۰۰۰ نفر اعلام می‌گردید. نحوه محاسبه این ارقام روشن نیست و بیشتر متکی به نظر مسئولان دبیرخانه ستا مبارزه با مواد مخدر است.

در سالهای اخیر، چند مطالعه بر اساس شیوه آزمایش اپیوم در ادرار و یا تکمیل پرسشنامه توسط فرد (Self-report) در گروه‌ها، مراکز و یا محله‌های خاص (مانند اسلام‌شهر، داخل زندان،

دانشجویان پزشکی دانشگاه‌ها) صورت گرفته است. بعضی از این مطالعات نقص روش‌شناسی دارند و به چاپ نرسیده‌اند.

به عنوان نمونه می‌توان به تحقیقی که در سال ۱۳۷۷، در مورد مصرف مواد بین دانشجویان پسر دانشگاه علوم پزشکی تهران صورت گرفت، اشاره نمود. در این بررسی حدود ۴۸ درصد از افراد گزارش نمودند که تا زمان اجرای پژوهش، حداقل، یکبار یکی از مواد تریاک، هروئین، حشیش و یا الکل را مورد مصرف قرار داده‌اند.

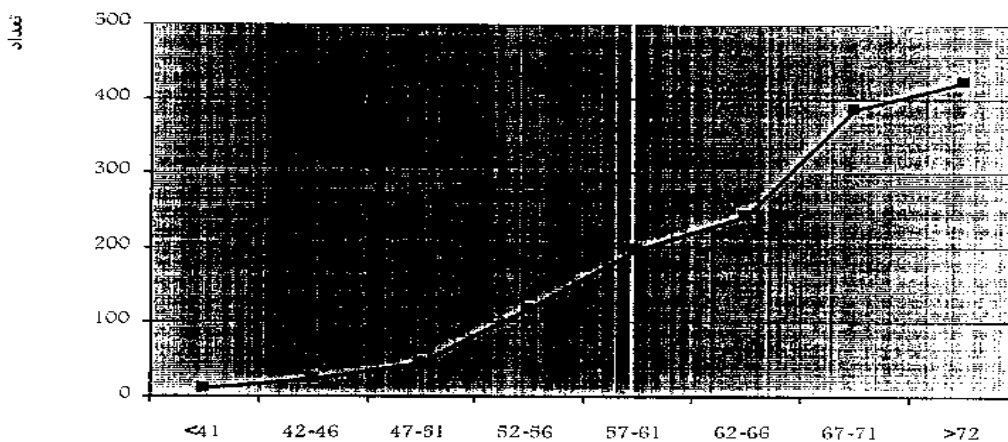
از سیستم معمول ثبت داده‌ها نیز می‌توان اطلاعات زیر را به دست آورد:

- نتایج آزمایش ادرار از نظر اپیوم برای گواهی ازدواج، استخدام، اشتغال و اخذ گواهینامه رانندگی، در بین ۲ تا ۳ درصد جمعیت بالای ۱۵ سال مثبت گزارش می‌شود.

- تخمین تعداد معتادان با استفاده از اطلاعات حاصل از مطالعه روی شاخص‌های ویژه معتادان نشان می‌دهد که بیش از ۷۰۰,۰۰۰ معتاد با الگوهای شدید اعتیاد وجود دارد.

مطالعات اخیر نشان می‌دهند که میزان شروع مصرف مواد، در ۳۰ سال گذشته، روند فزاینده داشته است. بیشترین میزان افزایش در سالهای ۵۲ تا ۵۶ رخ داده است. از سال ۱۳۵۷ (وقوع انقلاب اسلامی) و تا سال ۶۶ از میزان رشد کاسته شد و سپس مجدداً بعد از سال ۶۷ تا سال ۷۷ میزان رشد آن افزایش یافته است. نمودار زیر این تغییرات را نشان می‌دهد.

شروع مصرف مواد در معتادان در طی زمان



در ۲۰ سال گذشته (از سال ۵۷ تا ۷۷)، به طور متوسط، میزان رشد بروز سوء‌مصرف مواد سالانه ۸ درصد بوده است. به عبارت دیگر، تقریباً هر ۱۲ سال دو برابر شده است. با مقایسه این نرخ با نرخ رشد جمعیت (که در ۲۰ سال گذشته به طور متوسط ۲/۶۳ درصد بوده است)، ملاحظه می‌شود که میزان رشد بروز سوء‌مصرف مواد بیش از ۳ برابر نرخ رشد جمعیت بوده است. با توجه به اینکه به زودی هرم سنی جمعیت تغییر شکل می‌یابد و اکثر گروه‌های سنی از گروه‌های سنی کودک و زیر ۱۵ سال به سنین بالای ۱۵ سال (که در معرض خطر مصرف مواد می‌باشند) تغییر می‌یابند و به همراه آن کمبود امکانات آموزشی، فرهنگی، تفریحی، بهداشتی و شغلی نمود بیشتری خواهد داشت، پیش بینی می‌شود در سالهای آتی میزان رشد بروز مصرف مواد به شدت افزایش یابد.

۲-۱- الگوی مصرف مواد در معتادان

شایعترین ماده مصرفی معتادان، تریاک می‌باشد؛ ولی مصرف هروئین نیز رو به افزایش است. در حال حاضر حدود ۴۰ درصد معتادان از هروئین به عنوان ماده اصلی یا فرعی استفاده می‌کنند. مصرف هروئین و حشیش بیشتر در مکانهای عمومی مانند پارکها و خرابه‌ها، زیر پل‌ها، باجه‌های تلفن عمومی، حمام‌ها و توالت‌ها و مصرف تریاک اکثراً در محیط‌های خصوصی نظیر منازل گزارش می‌شود.

شایعترین روش مصرف مواد تدخین و سپس خوردن می‌باشد. روش مصرف تزریقی رو به افزایش است و در حال حاضر بیش از ۱۶ درصد معتادان از تزریق به عنوان روش اصلی یا فرعی استفاده می‌کنند. میانگین مخارج ماهیانه مصرف مواد حدود ۳۵ هزار تومان می‌باشد، گرچه کمتر از ۱۰ هزار تومان و بیش از ۱۰۰ هزار تومان گزارش شده است. اکثر معتادان، به تنهایی مواد مصرف می‌کنند. در میان معتادانی که گروهی اقدام به مصرف مواد می‌کنند، مهمترین انگیزه‌ها، خوش‌گذرانی، کسب لذت بیشتر، احساس همدردی و امنیت و جلوگیری از عوارض مصرف ذکر می‌شود.

۳-۱- ویژگی‌های معتادان

بیش از ۸۰ درصد معتادان، ۲۰ تا ۴۵ ساله‌اند. گرچه افراد کمتر از ۱۵ سال و بالاتر از ۸۰ سال نیز در میان آنان دیده می‌شود. بیش از ۵ درصد از معتادان را افراد زیر ۲۰ سال تشکیل می‌دهند. بیش از ۹۰ درصد معتادان را مردان تشکیل می‌دهند؛ ولی میزان رشد اعتیاد در زنان، در سالهای اخیر، بیش

از مردان بوده است. بیش از نیمی از معتادان متأهل اند ولی نسبت افراد مطلقه، متارکه کرده و بیوه در معتادان بیش از جمعیت عمومی است.

بیش از ۱۰ درصد معتادان بی سواد هستند. گر چه این رقم از میانگین بی سواد جمعیت مشابه کشور کمتر است؛ ولی میزان بروز اعتیاد در سالهای اخیر در بی سوادان و کم سوادان رشد بیشتری داشته است. بیش از ۲۰ درصد معتادان بیکار می باشند. میانگین درآمد معتادان ۱/۵ تا دو برابر هزینه مصرف مواد آنان است. اکثر معتادان کشور با خانواده خود یا خانواده پدری زندگی می کنند و فقط حدود ۶ درصد تنها به سر می برند و نسبت کمتری بی خانمان هستند.

از میزان شیوع اعتیاد در جمعیت روستایی اطلاعی در دست نیست؛ ولی به نظر می رسد در سالهای اخیر مصرف مواد در روستائیان نسبت به جمعیت شهری افزایش بیشتری داشته است.

۴-۱- مصرف تزریقی مواد

همانطور که ذکر شد بیش از ۱۶ درصد معتادان از تزریق به عنوان روش اصلی یا فرعی استفاده می کنند. مصرف تزریقی مواد از حدود ۲۰ سال پیش افزایش و در طول زمان شدت یافته است. چنان که در نمودار زیر مشاهده می شود، میزان رشد مصرف تزریقی مواد در ۱۰ سال گذشته، به طور متوسط، هر سال بیش از ۳۰ درصد بوده است.

مصرف کنندگان تزریقی مواد، در مقایسه با مصرف کنندگان غیر تزریقی مواد، جوان ترند و در سنین پایین تری مصرف سیگار و مواد را شروع کرده اند. میزان تجرد و تنها زندگی کردن در آنها دو برابر مصرف کنندگان غیر تزریقی مواد می باشد. گرچه شیوع بیکاری نیز در آنها دو برابر می باشد؛ ولی سطح تحصیلات آنها در مقایسه با مصرف کنندگان غیر تزریقی مواد بالاتر است. کسب درآمد از طرق غیر قانونی در این افراد چهار برابر می باشد. مهمترین عوامل مؤثر در گرایش به مصرف تزریقی عبارتند از: بروز پدیده تحمل و شدت یافتن اعتیاد، کسب لذت بیشتر، سهولت مصرف تزریقی در مقایسه با تدخین، فقر اقتصادی و افزایش هزینه مواد مصرفی، ناخالصی مواد، سرعت اثرگذاری، کنجکاوی و میل به تجربه، عدم امکان استفاده از روشهای دیگر در زندان و فشار گروهی دوستان است. شایعترین موقعیت اولین مصرف تزریقی مواد در میهمانی های دوستانه ذکر شده است.

هرئین شایعترین ماده تزریقی است. تزریق مواد در وریدهای دست و پا، کشاله ران، بیضه‌ها، و عروق گردن انجام می‌شود. حدود نیمی از معتادان تزریقی، سابقه استفاده از سوزن و سرنگ مشترک با دیگران را دارند.

۱-۵- عوارض بهداشتی ناشی از مصرف مواد

ابتلا به بیماری‌های مقاربتی و بیماری‌های عفونی دیگر مانند عفونت کبدی، عفونت پوستی و آبسه و عفونت قلبی در بین معتادان شایع است. پزشکان معتقدند ابتلای به این بیماریها در جمعیت معتادان رو به افزایش است. مهمترین دلایل آن بی‌توجهی به مسائل بهداشتی، مراجعه کمتر به پزشک و استفاده از وسایل آلوده جهت تزریق و ارتکاب رفتارهای جنسی غیر بهداشتی می‌باشد. همچنین خطر ابتلای به ایدز برای معتادان تزریقی بسیار جدی است. بیش از ۶۰ درصد از کل افراد آلوده کشور به ویروس ایدز را معتادان تزریقی تشکیل می‌دهند. در حالی که در میان جمعیت عادی از هر ۱۶۰,۰۰۰ نفر یک نفر آلوده می‌باشد، از هر ۷۲ معتاد تزریقی، یک نفر آلوده به این ویروس است.

۱-۶- شرایط شروع مصرف مواد

بیش از ۹۰ درصد از معتادان، سابقه مصرف سیگار و بیش از ۶۰ درصد، سابقه مصرف الکل را ذکر می‌کنند. به طور متوسط، حدود ۴ سال قبل از شروع مصرف مواد، مصرف سیگار و الکل شروع می‌شود. اولین ماده مصرفی معمولاً تریاک و دومین آن حشیش است. در بیش از ۹۰ درصد موارد، اولین روش مصرف تدخین می‌باشد. بیش از ۶۰ درصد از معتادان، اولین مصرف مواد را به پیشنهاد یکی از دوستان خود (دوستان مدرسه یا خارج از آن و یا همکاران محل کار) شروع کرده‌اند. شروع مصرف مواد در مکانهای مختلف صورت می‌گیرد که شایعترین آن مهمانی‌های دوستانه و منزل می‌باشد.

۱-۷- پراکندگی جغرافیایی وضعیت اعتیاد

کشور را می توان از نظر وضعیت اعتیاد به سه منطقه اصلی تقسیم کرد:

اول، مناطقی که مصرف در آنجا به شدت خلاف نرم اجتماعی است؛ مانند اردبیل و ایلام. در این مناطق شیوع مصرف مواد کمتر از مناطق دیگر می باشد. افراد آلوده معمولاً در طبقات مختلف اجتماعی (پایین، بال، متوسط) وجود دارند. اما این موضوع در خانواده طبقات اجتماعی متوسط و بالا سالها مخفی می ماند.

دوم، مناطقی که به لحاظ تاریخی و فرهنگی مصرف مواد در آنجا رایج است. در این مناطق مصرف مواد در گروههای مختلف جامعه دیده می شود. گرچه الگوی آن در طبقات مختلف متفاوت است. افراد طبقات متوسط و بالا ممکن است سالها مواد را به طور تفننی مصرف نمایند، بدون اینکه مصرف آنان شدت یابد و یا معتاد شوند. بنابراین در این مناطق گرچه شیوع مصرف مواد بالاست؛ ولی عوارض آن کمتر است.

سوم، مناطقی که مصرف مواد در آنجا با آسیبهای دیگر اجتماعی همراه است؛ مانند حاشیه تهران و کلان شهرها. در این مناطق مصرف مواد عمدتاً در گروههای مهاجر، بیکار و یا دارای مشاغل کاذب مشاهده می شود و در بسیاری از اوقات با خرید و فروش مواد و ارتکاب به جرائم مختلف همراه می شود. الگوهای تزریقی و پر عارضه مصرف مواد اغلب در این گروهها رخ می دهد.

۱-۸- وضعیت عرضه مواد

افغانستان همسایه شرقی ایران، بزرگترین تولیدکننده تریاک غیر مجاز در دنیا می باشد و در سال ۱۹۹۹ به تنهایی ۴۵۶۵ تن تریاک یعنی بیش از چهار پنجم از تریاک دنیا را تولید کرده است. تولید تریاک پاکستان در سالهای اخیر کاهش یافته؛ به طوری که در سال ۱۹۹۹ به ۹ تن رسیده است. بر اساس گزارش UNODC حدود ۳۲ درصد از مقادیر تولید شده، امکان ترانزیت به خارج از آسیای غربی را دارد. از مقدار باقی مانده، حدود ۱۵ درصد کشف و مابقی در کشورهای پاکستان، افغانستان و ایران مصرف می شود. بر اساس گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر، دولت ایران از سال ۱۳۶۷ تاکنون، با صرف هزینه های هنگفت استحکامات متعددی در طول ۱۹۲۵ کیلومتر مرز مشترک

با دو کشور افغانستان و پاکستان ایجاد و علاوه بر سرمایه‌گذاری عظیم مالی، بیش از ۳۰ هزار نفر از نیروهای نظامی و انتظامی را برای مبارزه با ورود مواد مخدر به استان‌های مرز شرقی کشور مستقر نموده است که تا کنون بیش از ۲۸۰۰ نفر از آنها به شهادت رسیده‌اند. میزان کشفیات مواد مخدر در کشور از سال ۱۳۶۹ روند صعودی داشته است. نمودار زیر میزان کشفیات انواع موافیونی و حشیش کشور را از سال ۱۳۵۸ تا ۱۳۷۸ نشان می‌دهد.

تعداد دستگیرشدگان جرائم مرتبط با مواد مخدر در کشور، اعم از معتاد یا قاچاقچی، از سال ۱۳۵۸ تا ۱۳۷۸ در نمودار زیر نشان داده شده است. ملاحظه می‌شود که میزان دستگیرشدگان، یک بار در سالهای ۱۳۶۲ و ۱۳۶۳، بار دوم از سالهای ۱۳۶۶ تا ۱۳۶۸ قله‌هایی را نشان می‌دهد. بار سوم نیز از سال ۱۳۷۳ به بعد روند صعودی داشته است.

۲- وضعیت مصرف مواد در جهان

سوءمصرف مواد مخدر پدیده‌ای جهانی است. ۱۳۴ کشور دنیا در دهه ۱۹۹۰ خبر از مشکل مصرف مواد مخدر داده‌اند. اگر چه حشیش بیشترین میزان مصرف را در دنیا به خود اختصاص داده، اما هروئین و کوکائین مشکل‌سازترین مواد بوده‌اند. در سطح منطقه، مواد عمده‌ای که نیاز به درمان داشته‌اند به این شرح بوده‌اند؛ تریاک و مشتقات آن در اروپا، آسیا و اقیانوسیه؛ محرکهای نوع آمفتامین در بخشهایی از شرق و جنوب شرق آسیا؛ و کانابیس در آفریقا، دفتر کنترل مواد مخدر دفتر مواد مخدر و جرم (UNODC) تخمین می‌زند که در اواخر دهه ۱۹۹۰، ۱۸۰ میلیون نفر در سراسر دنیا (معادل ۴/۲ درصد افراد بالای ۱۵ سال) مواد مخدر غیر قانونی مصرف کرده‌اند. از این تعداد ۱۴۴ میلیون نفر کانابیس، ۲۹ میلیون نفر محرکهای نوع آمفتامین، ۱۴ میلیون نفر کوکائین و ۱۳/۵ میلیون نفر تریاک و مشتقات آن را مصرف نموده‌اند (از این رقم ۹ میلیون نفر مصرف‌کننده هروئین بوده‌اند). به دلیل مصرف همزمان چند ماده، تعداد تخمینی مصرف‌کنندگان در سطح دنیا از ۱۸۰ میلیون نفر فراتر نمی‌رود.

روند سوءمصرف مواد مخدر حاکی از تثبیت یا کاهش مصرف تریاک و مشتقات آن در بازارهای اصلی مصرف در اروپای غربی و کاهش مصرف کوکائین در ایالات متحده بوده است. اما میزان مصرف در بسیاری از کشورهای در مسیر عبور رو به افزایش بوده است. مصرف محرکهای نوع آمفتامین در دهه ۱۹۹۰ شدیداً افزایش یافته است. اما در سالهای آخر این دهه، نشانه‌هایی دال بر

تثبیت آن در برخی از بازارهای اصلی اروپای غربی مشاهده گردیده است. در حالی که میزان مصرف در شرق و جنوب شرقی آسیا همچنان در حال افزایش است.

در نیمه دوم دهه ۱۹۹۰، تولید جهانی کراک ثابت مانده و تولید برگ کوکا روندی نزولی طی نموده است. سطح زیر کشت خشخاش از سال ۱۹۸۸ تاکنون به کمترین میزان و کشت کوکا نیز از سال ۱۹۸۷ به کمترین سطح رسیده است. در سال ۱۹۹۹، حدود ۹۵ درصد تریاک در دو کشور افغانستان و میانمار و دو سوم برگ کوکای جهان نیز در کلمبیا تولید گردیده است.

هم اکنون قاچاق یک پدیده جهانی است که ۱۷۰ کشور با آن دست به گریبانند. طی دهه ۱۹۹۰، قاچاق محرکهای نوع آمفتامین (ATS) بیشترین میزان رشد را داشته است. در مناطق زیر شاهد تمرکز قاچاق مواد مخدر بوده ایم: کوکائین و ماری جوانا در قاره امریکا و تریاک و مشتقات آن در آسیا و اروپا، کانابیس در اروپا و محرکهای نوع آمفتامین در آسیا و اروپا. بیشترین میزان کشفیات مواد مخدر در سطح دنیا مربوط به کانابیس بوده است. ضریب رشد کشفیات هروئین و کوکائین در دهه ۱۹۹۰ در مقایسه با دهه ۱۹۸۰ کاهش داشته است.

۱-۲- قاره آسیا

بر اساس ارزیابیهای UNODC (برنامه بین‌المللی کنترل مواد مخدر سازمان ملل) کشور افغانستان، در سال ۱۹۹۷، با تولید بیش از ۲۸۰۰ تن تریاک، بیش از نیمی از تریاک جهان را تولید کرده است که اخیراً گزارش‌های دیگر، تولدی سالیانه آن را تا مرز ۴۶۰۰ تن برآورده نموده‌اند. این در حالی است که تولدی تریاک در این کشور، در سال ۵۸، حدوداً ۳۰۰ تن بوده است.

پاکستان نیز تولیدکننده و مسیر عبور مواد مخدر است و خشخاش در شمال آن کشت می‌شود. در سال ۱۹۹۶ حدوداً در ۶ تا ۷ هزار هکتار زمین خشخاش و در بیش از یک هزار هکتار شاهدانه کشت می‌شد و برای تهیه هروئین، در گذرگاه خیبر از نواحی قبیله‌ای ایالت سرحد شمال غربی آزمایشگاه‌هایی تأسیس شده بود. در این آزمایشگاهها، هروئین خالص برای صادرات تهیه می‌گردید. پاکستان و افغانستان دو هزار کیلومتر مرز مشترک دارند و به علت جنگ داخلی افغانستان حدود دو میلیون مهاجر افغانی در پاکستان به سر می‌برند که بین این دو کشور در رفت و آمد می‌باشند و مواد مخدر را از افغانستان به پاکستان حمل می‌کنند. مرز مشترک این دو کشور با ایران، هلال طلایی نامیده می‌شود.

تایلند و لائوس و میانمار د رخاور دور از مراکز عمده فعالیت مافیا هستند و به مثلث طلایی معروف می‌باشند. محصول مناطق اصلی زیر کشت شاهدانه بخشهای شمال شرقی تایلند می‌باشد که

در سال ۱۹۹۵ بین ۲۰۰ الی ۳۰۰ تن بوده است. بر اساس گزارشهای سازمان ملل صرفاً دو کشور افغانستان و میانمار در مجموع بیش از ۹۰ درصد تریاک بازار جهانی را تولید می نمایند.

۲-۲- قاره آمریکا

به علت افزایش تقاضای مواد مخدر در آمریکا و دوری این قاره از آسیا، سازمان مافیا، کشت خشخاش را در مکزیک و گواتمالا رواج داد؛ به طوری که در حال حاضر مرغوبترین و خالص ترین هروئین دنیا که شهرت جهانی دارد، در مکزیک تولید می شود.

کشورهای کلمبیا، پرو و بولیوی در آمریکای جنوبی، مرکز اصلی کشت درخت کوکا و تهیه کوکائین می باشند. کلمبیا یکی از مراکز مهم جهانی تولید و توزیع غیر قانونی کوکائین به شمار می رود و میزان تولید آن در حدود ۳۵۶ تن در سال است. کوکا عمدتاً در مناطق مرکزی و جنوبی کلمبیا کشت می شود و میزان مناطق زیر کشت آن در حال گسترش است؛ به طوری که این میزان از ۱۳۰۰۰ هکتار در سال ۱۹۹۰ به ۳۹۸۰۰ هکتار در سال ۱۹۹۴ و ۴۵۰۰۰ هکتار در سال ۱۹۹۷ رسیده است.

به منظور افزایش میزان سطح زیر کشت، در کشورهای مذکور، میلیونها هکتار از جنگلهای طبیعی با شیوه های مختلف از جمله ایجاد حریق عمدی در ماههای اوت و سپتامبر (مرداد و شهریور) از بین می رود و خسارت زیست محیطی جبران ناپذیر و فاجعه آمیزی بر جای می گذارد.

در ایالات متحده آمریکا مصرف انواع مواد مخدر حتی در بین دانش آموزان متداول است. بر اساس پژوهشی که در سال ۱۹۹۷ در این کشور انجام گرفت، نیمی از دانش آموزان ۱۲ تا ۱۸ سال حداقل یکبار حشیش مصرف کرده اند و در مجموع ۶۳ درصد از مصرف کنندگان حشیش، دانش آموز هستند.

در سال ۱۹۹۷، تعداد زندانیان آمریکایی ۹۱۰ هزار نفر بود که ۵۰ درصد آنان در رابطه با جرایم مواد مخدر زندانی شده بودند. با اینکه در آمریکا مصرف مواد مخدر جرم نیست، ولی حمل مواد مخدر جرم تلقی می شود و مجازات دارد.

۲-۳- قاره آفریقا

سازمان مافیا با استفاده از جنگلهای داخلی، فقر و هرج و مرج در کشورهای آفریقایی، سعی در گسترش کشت خشخاش در قاره مذکور از جمله در کشورهای اوگاندا، زامبیا، نیجریه، کنگو و آفریقای جنوبی دارد.

در شمال آفریقا نیز شاهدانه کشت می شود، اگر چه قاچاق غیر قانونی مواد مخدر از آسیا از طریق اتیوپی و بنادر آفریقای جنوبی، به این قاره بر وخامت اوضاع افزوده است. علیرغم تلاشهای زیاد و کشفیات چشمگیری که در بعضی از کشورهای آفریقایی صورت می گیرد، این منطقه همچنان تأمین کننده اصلی حشیش و صمغ حشیش بازار داخلی و اروپاست.

طبق گزارش سازمان ملل، در آفریقای جنوبی، در طی چند سال اخیر، تعداد معتادان دو برابر شده است و سوء مصرف مواد مخدری چون کوکائین و هروئین و حشیش در شهرهای بزرگ آفریقایی رو به افزایش است. حشیش همچنان عمده ترین ماده مورد سوء مصرف در این منطقه به حساب می آید.

۴-۲- قاره اروپا

پس از خاتمه جنگ جهانی دوم، فعالیت مافیا برای حمل و توزیع مواد مخدر در اروپا زیاد گردید. مرکز سازمان مافیا در جزیره سیسیل در جنوب ایتالیاست. این سازمان، مواد مخدر را به ایتالیا وارد و در اروپا توزیع می نماید و یا در مرزهای ایتالیا برای حمل به اقصی نقاط جهان معامله می کند.

اسپانیا نیز به دلیل داشتن سواحل طولانی در دریای مدیترانه و اقیانوس اطلس، یکی از پایگاههای قاچاقچیان مواد مخدر در اروپا به شمار می رود.

پس از فروپاشی اتحاد جماهیر شوروی، در سال ۱۹۹۱، باندهای قاچاق مواد مخدر، با استفاده از بی نظمی و اختلافات قومی و مذهبی در بعضی از کشورهای مستقل مشترک المنافع، برای حمل مواد مخدر از کشورهای مذکور به اروپا، مسیر جدیدی را از شمال افغانستان گشودند. رکود اقتصادی، بیکاری و ناآرامی در این کشورها موجب گردید که کشت خشخاش و شاهدانه به طور گسترده در مزارع و حتی در حیاط منازل متداول شود. طبق گزارش نمایندگان بعضی از کشورهای آسیای مرکزی به سازمان ملل، با وجود تشدید مجازات و حتی پیش بینی اعدام برای قاچاق مواد مخدر، توفیقی در مبارزه با قاچاق مواد مخدر و پیشگیری از اعتیاد حاصل نشد و روز به روز نیز بر تعداد معتادان افزوده می شود.

خلاصه

مصرف مواد پدیده ای جهانی است که فقط الگوی آن از محلی به محل دیگر متفاوت می باشد. در کشور ما مصرف مواد ریشه ای تاریخی دارد و به صدها سال پیش باز می گردد. ایران زمانی از بزرگترین کشورهای تولیدکننده مواد بوده است.

در حال حاضر، در کشور ما، مصرف مواد و اعتیاد در حال گسترش است و در حالی که در گذشته مصرف مواد به طبقه سنی و اجتماعی خاصی محدود می شد، در حال حاضر، از پراکندگی قابل توجهی برخوردار است. مصرف مواد در سنین مختلف، مقاطع مختلف تحصیلی و شغلی دیده می شود و به نظر می رسد در زنان و روستائیان نیز در حال گسترش باشد.

مصرف تزریقی مواد که با خطرات بهداشتی بسیار و سایر آسیب های اجتماعی همراه است، با سرعت بیشتری رشد می یابد.

برنامه ریزی و پیشگیری از اعتیاد برای رسانه ها، به شناخت وضعیت اعتیاد (شدت و شیوع، الگوهای مصرف، گروه های در معرض خطر و عوامل مؤثر بر شروع و ادامه مصرف مواد) در هر منطقه نیاز مبرم دارد.

علل و عوامل مؤثر بر اعتیاد

اعتیاد یک بیماری زیست شناختی، روان شناختی و اجتماعی است. عوامل متعددی در اتیولوژی سوءمصرف و اعتیاد مؤثر هستند که در تعامل با یکدیگر منجر به شروع مصرف و سپس اعتیاد می شوند. عوامل مؤثر بر فرد، محیط فرد و عوامل اجتماعی، در هم بافته و بر یکدیگر تأثیر می گذارند. درک کلیه علل و عوامل زمینه‌ای موجب می شود تا روند پیشگیری، شناسایی، درمان و پیگیری به طور هدفمند طرح‌ریزی شود. بنابراین، آشنایی با عوامل زمینه ساز و مستعدکننده اعتیاد و نیز عوامل محافظت کننده از دو جهت ضرورت دارد:

- ۱- شناسایی افراد در معرض خطر اعتیاد و اقدامات پیشگیرانه لازم برای آنان
- ۲- انتخاب نوع درمان و اقدامات خدماتی، حمایتی و مشاوره‌ای لازم برای معتادان

۲- عوامل مخاطره‌آمیز بین فردی و محیطی

- ۲-۱- خانواده
 - توجه زیاد از حد به فرزند
 - غفلت از فرزندان
 - خانواده آشفته
- ۲-۲- دوستان
 - دوستان مصرف کننده مواد
- ۲-۳- مدرسه
 - فقدان محدودیت
 - فقدان حمایت
- ۲-۴- سکونت
 - شیوع خشونت و اعمال خلاف

۱- عوامل مخاطره‌آمیز فردی

- ۱-۱- دوره نوجوانی
- ۱-۳- صفات شخصیتی
 - صفات ضد اجتماعی
 - پرخاشگری
 - اعتماد به نفس پایین
- ۱-۴- اختلالات روانی
 - افسردگی اساسی
 - فوبی (ترس)
- ۱-۵- نگرش مثبت به مواد
- ۱-۶- موقعیت‌های مخاطره‌آمیز
 - ترک تحصیل
 - بی‌سرپرستی
- ۱-۷- تأثیر مثبت مواد بر فرد

۳- عوامل مخاطره آمیز اجتماعی

۳-۱- فقدان قوانین و مقررات جدی ضد مواد مخدر

۳-۲- بازار مواد

۳-۳- مصرف مواد به عنوان هنجار اجتماعی

۳-۴- کمبود فعالیت‌های جایگزین

۳-۵- کمبود امکانات حمایتی، مشاوره‌ای و درمانی

۳-۶- توسعه صنعتی و محرومیت اقتصادی اجتماعی

۱- عوامل مخاطره آمیز فردی

۱-۱- نوجوانی

مخاطره آمیزترین دوران زندگی از نظر شروع مصرف مواد دوره «نوجوانی» است. نوجوانی دوره انتقال از کودکی به بزرگسالی و کسب هویت فردی و اجتماعی است. در این دوره میل به استقلال و مخالفت با والدین به اوج خود می‌رسد و نوجوان برای اثبات بلوغ و فردیت خود ارزشای خانواده را زیر سوال می‌برد و سعی در ایجاد و تحمیل ارزش‌های خود دارد. مجموعه این عوامل همراه با حس کنجکاوی و یاز به تحرک، تنوع و هیجان فرد را مستعد مصرف مواد می‌نماید.

۱-۲- استعداد ارثی

شواهد مختلف دال بر استعداد ارثی اعتیاد به الکل و مواد وجود دارد. تاثیر مستقیم عوامل ژنتیکی عمدتاً از طریق اثرات فارماکوکینتیک مواد در بدن می‌باشد که تعیین کننده تاثیر ماده بر فرد است. برخی از عوامل مخاطره آمیز دیگر نیز تحت نفوذ عوامل ژنتیکی هستند مانند برخی اختلالات شخصیتی و روانی و عملکرد نامناسب تحصیلی ناشی از اختلالات یادگیری.

۳-۱- صفات شخصیتی

عوامل مختلف شخصیتی با مصرف مواد ارتباط دارند. از این میان، برخی از صفات، بیشتر از بقیه پیش بینی کننده احتمال اعتیاد هستند و به طور کل فردی را تصویر می کنند با ارزش ها یا ساختارهای اجتماعی مانند خانواده، مدرسه و مذهب پیوند ندارد و یا از عهده انطباق، کنترل یا ابزار احساسات دردناکی مثل احساس گناه، خشم و اضطراب بر نمی آید. این صفات عبارت اند از: عدم پذیرش ارزش های سنتی و رایج، مقاومت در مقابل منابع قدرت نیاز شدید به استقلال، صفات ضد اجتماعی پرخاشگری شدید، احساس فقدان کنترل بر زندگی خود، اعتماد به نفس پایین، فقدان مهارت مقاومت در برابر پیشنهادهای خلاف دیگران، فقدان مهارت های اجتماع و انطباقی. از آنجا که اولین مصرف مواد، معمولاً از محیط های اجتماعی شروع می شود هر قدر فرد قدرت تصمیم گیری و مهارت ارتباطی بیشتری داشته باشد، بهتر می تواند در مقابل فشار همسالان مقاومت کند.

۴-۱- اختلالات روانی

در حدود ۷۰ درصد موارد، اعتیاد با دیگر اختلالات روانپزشکی همراه است. شایع ترین تشخیص ها عبارتند از: افسردگی اساسی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، ترس بیمارگونه، دیس تایمی یا کج خلقی، اختلال وسواسی - جبری، اختلال پانیک، مانیا، اسکیزوفرنیا.

۵-۱- نگرش مثبت به مواد

افرادی که نگرش ها و باورهای مثبت و یا خنثی به موادمخدر دارند، احتمال مصرف و اعتیادشان بیش از کسانی است که نگرش های منفی دارند. این نگرش های مثبت معمولاً عبارت اند از: کسب بزرگی و تشخیص، رفع دردهای جسمی و خستگی، کسب آرامش روانی، توانایی مصرف مواد بدون ابتلا به اعتیاد.

۶-۱- موقعیت های مخاطره آمیز فردی

بعضی از نوجوانان و جوانان در موقعیت ها یا شرایطی قرار دارند که آنان را در معرض خطر مصرف مواد قرار می دهد. مهمترین این موقعیت ها عبارت اند از: در معرض خشونت قرار گرفتن در دوران کودکی و نوجوانی، در معرض توجه بیش از حد والدین قرار گرفتن، ترک تحصیل، بی سرپرستی یا بی خانمانی، فرار از خانه، معلولیت جسمی، ابتلا به بیماریها یا دردهای مزمن. حوادثی

مانند از دست دادن نزدیکان یا بلایای طبیعی ناگهانی نیز ممکن است منجر به واکنش های حاد روانی شوند. در این حالت فرد برای کاهش درد و رنج و انطباق با آن از مواد استفاده می کند.

۱-۷- تاثیر مواد بر فرد

این متغیر وقتی وارد عمل می شود که ماده حداقل یکبار مصرف شده باشد. چگونگی تاثیر یک ماده بر فرد، تابع خواص ذاتی ماده مصرفی و تعامل آن با فرد و موقعیت مصرف کننده است. تاثیر مواد بر مصرف کننده، به میزان قابل توجهی، به مشخصات او بستگی دارد. این مشخصات عبارتند از: شرایط جسمی فرد، انتظار فرد از مواد، تجربیات قبلی تاثیر مواد و مواد دیگری که هم زمان مصرف شده اند. مواد مختلف نیز تاثیرات متفاوتی بر وضعیت فیزیولوژیک و روانی فرد دارند؛ مثلاً هروئین و کوکائین سرخوشی شدید، الکل آرامش و نیکوتین، کمی هشیاری و آرامش ایجاد می کند.

۲- عوامل مخاطره آمیز بین فردی و محیطی

۲-۱- خانواده

خانواده اولین مکان رشد شخصیت، تشکیل باورها و الگوهای رفتاری فرد است. خانواده همان طور که ممکن است محل حفظ و رشد افراد و کمک به حل استرس و آسیب باشد، می تواند منبعی برای تنش، مشکل و اختلال باشد. ناآگاهی والدین، ارتباط ضعیف والد و کودک، توجه زیاد به کودک و ناتوان بارآوردن او، فقدان انضباط در خانواده، خانواده متشنج یا آشفته و از هم گسیخته، احتمال ارتکاب به انواع بزهکاری مانند سوء مصرف مواد را افزایش می دهد. همچنین والدینی که مصرف کننده مواد هستند باعث می شوند فرزندان با الگوبرداری از رفتار آنان، مصرف مواد را یک رفتار بهنجار تلقی و رفتار مشابهی پیشه کنند.

۲-۲- دوستان

تقریباً در ۶۰ درصد مواد، اولین مصرف مواد به دنبال تعارف دوستان رخ می دهد. ارتباط و دوستی با همسالان مبتلا به سوء مصرف مواد، عامل مستعد کننده قوی برای ابتلای نوجوانان به اعتیاد است. مصرف کنندگان مواد، برای گرفتن تایید دوستان، سعی می کنند آنان را وادار به همراهی با خود نمایند. «گروه همسالان» به خصوص، در شروع مصرف سیگار و حشیش بسیار موثر هستند.

بعضی از دوستی‌ها، صرفاً حول محور مصرف مواد شکل می‌گیرد. نوجوانان نیازمند تعلق به گروه هستند و اغلب پیوستن به گروههایی که مواد مصرف می‌کنند، بسیار آسان است. هر چه پیوند فرد با خانواده، مدرسه و اجتماعات سالم کمتر باشد، احتمال پیوند او با این قبیل گروهها بیشتر می‌شود.

۲-۳- مدرسه

از آنجا که مدرسه بعد از خانواده، مهمترین نهاد آموزشی و تربیتی است، می‌تواند از محیطهای زمینه ساز مصرف مواد در نوجوانان باشد. بی‌توجهی به مصرف مواد و عدم وجود محدودیت یا فقدان مقررات جدی منع مصرف در مدرسه، استرس‌های شدید تحصیلی و محیطی، فقدان حمایت معلمان و مسئولان و طردشدن از طرف آنان از عوامل موثر اعتیاد است.

۲-۴- محل سکونت

وجود عوامل متعدد در محیط مسکونی می‌تواند موجب گرایش افراد به مصرف مواد شود: فقدان ارزش‌های مذهبی و اخلاقی، شیوع خشونت و اعمال خلاف، وفور مشاغل کاذب، آشفتگی و ضعف همبستگی بین افراد محل و حاشیه‌نشینی از جمله این عوامل اند.

۳- عوامل مخاطره‌آمیز اجتماعی

مشخصات فردی و عوامل محیطی بخشی از علل اعتیاد هستند و بخش دیگر را بازارهای بین‌المللی مواد و عوامل اجتماعی-اقتصادی حاکم بر جامعه تشکیل می‌دهند. این عوامل عبارتند از:

۳-۱- قوانین

فقدان قوانین جدی منع تولید، خرید و فروش، حمل و مصرف مواد، موجب وفور و ارزانی آن می‌شود.

۲-۳- بازار مواد

میزان مصرف مواد، با قیمت آن نسبت معکوس دارد. هر چه قیمت مواد کاهش یابد، تعداد افرادی که بتوانند آن را تهیه کنند افزایش می یابد. همچنین دسترسی آسان به مواد بر تعداد مصرف کنندگان می افزاید.

۳-۳- مصرف مواد به عنوان هنجار اجتماعی

در جوامعی که مصرف مواد نه تنها ضد ارزش تلقی نمی شود، بلکه جزئی از آداب و سنن جامعه و یا نشانه تمدن و تشخص و وسیله احترام و پذیرایی است، مقاومتی برای مصرف وجود ندارد و سوء مصرف و اعتیاد شیوع بیشتری دارد.

۴-۳- کمبود امکانات فرهنگی، ورزشی، تفریحی

کمبود امکانات برای پاسخ به نیازهای طبیعی روانی و اجتماعی نوجوانان و جوانان، از قبیل کنجکاوی، تنوع طلبی، هیجان، ماجراجویی، مورد تایید و پذیرش قرار گرفتن و کسب موفقیت بین همسالان، موجب گرایش آنان به کسب لذت و تفنن از طریق مصرف مواد و عضویت در گروه های غیرسالم می شود.

۵-۳- عدم دسترسی به سیستم های خدماتی، حمایتی، مشاوره ای و درمانی

در زندگی افراد، موقعیت ها و مشکلاتی پیش می آید که آنان را از جهات مختلف در معرض خطر قرار می دهد. فقدان امکانات لازم یا عدم دسترسی به خدماتی که در این مواقع بتواند فرد را از نظر روانی، مالی، شغلی، بهداشتی و اجتماعی حمایت نماید، فرد را تنها و بی پناه و بدون وجود سطح مقاومت اجتماعی رها می کند.

۶-۳- توسعه صنعتی جامعه، مهاجرت، کمبود فرصت های شغلی و محرومیت

اقتصادی - اجتماعی

توسعه صنعتی، جوامع را به سمت شهری شدن و مهاجرت افراد از روستاها به شهرها سوق می دهد. مهاجرت باعث می شود تا فرد، برای اولین بار، با موانع جدیدی برخورد نماید. جدایی از خانواده، ارزش های سنتی و ساختار حمایتی به تنهایی، انزوا و ناامیدی فرد می انجامد. کم سوادی،

فقدان مهارت های شغلی، عدم دسترسی به مشاغل مناسب و به دنبال آن محدودیت در تأمین نیازهای حیاتی و اساسی زندگی و تلاش برای بقاء، فرد را به مشاغل کاذب یا خرید و فروش مواد می کشاند. در این مواقع فرد برای انطباق با زندگی سخت روزمره و شیوه جدید زندگی به استفاده از شیوه های مصنوعی مانند مصرف مواد کشیده می شود.

عوامل محافظت کننده در مقابل اعتیاد

۱- عوامل فردی

۱-۱- عوامل شخصیتی

داشتن اعتماد به نفس بالا و مهارت‌های اجتماعی همراه با کاهش استرس‌های محیطی ناشی از ارتباط با دیگران، باعث توانایی مقاومت در مقابل خواسته‌های خلاف دیگران و اصرار دوستان برای مصرف می‌شود. همچنین، مهارت‌های انطباقی موجب می‌شود که فرد هنگام برخورد با استرس، برای حل مشکلات و تطابق با آنها از شیوه‌های مناسب استفاده نماید.

۱-۲- باورها و ارزش‌ها

اعتقادات و باورهای راسخ دینی و مذهبی، فرد را در مقابل مصرف مواد محافظت می‌کند. نگرش منفی به مواد، شامل باور به اعتیادآور بودن و آثار تخریبی آن، احتمال مصرف مواد را کاهش می‌دهد.

۱-۳- موفقیت‌ها

موفقیت‌های تحصیلی، شغلی و اجتماعی با افزایش اعتماد به نفس، ایجاد ثبات و هدفمندی در مسیر زندگی و کسب حمایت‌های لازم، فرد را از خطر موادمخدر حفاظت می‌نماید.

عوامل محافظت کننده در مقابل اعتیاد

۱- عوامل فردی	۲- عوامل محیطی و اجتماعی
۱-۱- صفات مثبت شخصیتی،	۲-۱- خانواده سالم و همبسته
داشتن مهارت ها	۲-۲- حمایت کافی اطرافیان
۱-۲- باورها و ارزش ها	۲-۳- ضدا ارزش بودن مصرف مواد
۱-۳- موفقیت ها	۲-۴- دسترسی به خدمات حمایتی، مشاوره‌ای و درمانی
	۲-۵- عدم دسترسی به مواد

۲- عوامل محیطی و اجتماعی محافظت کننده

۲-۱- خانواده سالم و همبسته

پیوند و تعامل مثبت بین فرد و والدین از سنین کودکی موجب ارضای نیازهای عاطفی- روانی وی می شود. این افراد، با تجربه روابط منطقی و قابل پیش بینی، کمتر دچار انحرافات شخصیتی می شوند و مهارت های گوناگون را که لازمه برقراری روابط سالم بین فردی و اجتماعی است می آموزند و با داشتن حس تعلق و وابستگی، کمتر احساس تنهایی و انزوا می نمایند و به دامن اعتیاد کشیده نمی شوند.

۲-۲- هشیاری و حمایت خانواده، مدرسه و اطرافیان

هشیاری و آگاهی والدین از خطر مصرف موادمخدر و احتمال اعتیاد فرزندان، کنترل و مراقبت کافی و تامین حمایت و راهنمایی لازم خانواده، مدرسه، اطرافیان و دوستان سالم و صمیمی، به هنگام نیاز، احتمال مصرف مواد و یا سوء مصرف و اعتیاد را کاهش می دهد.

۲-۳- ضداارزش بودن مصرف مواد

در محیط ها و جوامعی که به وضوح هرگونه مصرف مواد نهمی می شود و اعتبار و موقعیت فردی، خانوادگی، شغلی و اجتماعی افراد مصرف کننده تنزل می یابد، افراد نگرش منفی پیدا می کنند و به تبع، شیوع اعتیاد مواد به کاهش می یابد.

۲-۴- دسترسی به خدمات

دسترسی به خدمات حمایتی (هنگام بروز مشکلاتی مانند بی سرپرستی و از دست دادن شغل)، خدمات مشاوره ای (هنگام بروز مشکلات عاطفی یا اتخاذ تصمیمات مهم) و خدمات درمانی (برای بیمارانی که تمایل به ترک اعتیاد دارند) موجب می شود تا عوامل مخاطره آمیزی که فرد ممکن است در طول زندگی با آنها روبه رو شود، تشدید و یا مزمن نشود.

۲-۵- عدم دسترسی به مواد

هر قدر مواد در محیط زندگی فرد نایاب تر و یا گران تر باشد، احتمال مواجهه و مصرف کاهش می یابد.

مواد

۱- شناسایی ابزار مصرف مواد

هدا از آشنایی با ابزار مصرف مواد، افزایش توانایی در شناسایی مبتلایان احتمالی به اعتیاد در محیط زندگی است. همچنین آموزش این موارد به والدین، برای هشیاری بیشتر آنان و تشخیص زود هنگام مصرف مواد توسط فرزندانشان اهمیت دارد. روشهای مصرف مواد کاملاً تابع فرد و شرایط محیطی است. این روشها متعدد هستند و معمولاً از وسایل بسیار ساده و در دسترس، که به طور طبیعی در همه جا وجود دارد، استفاده می شود.

ابزارهاییکه وجود آنها می تواند حاکی از مصرف مواد باشد عبارت اند از:

- وافور، قلیان، چپق، پیپ، انبرکوچک؛
- سیخ، میله، سنجاق باز شده و سوزنهایی که سر آن سیاه شده باشد؛
- قوطی کنسرو یا شیشه مربا که در آن سوراخ باشد و قوطی های روغن که بالای آن تنگ شده باشد؛
- سرنگ های مستعمل، قطره چکان؛
- زرورق پاکت سیگار که باز و پهن شده باشد، اسکناسهای لوله شده؛
- لوله هایی به طول حدود ۲۰ سانتیمتر از جنس های مختلف به ویژه کاغذ، مقوا، چوب، نی، لوله های حصیری و لوله خودکار؛
- قاشق غذاخوری و چای خوری سیاه شده؛
- تکه های پلاستیک و کاغذ در اندازه های حدود ۱۵×۱۵ سانتی متر؛
- تکه های دستمال کاغذی، پنبه، اسفنج، فیلتر سیگار که گوشه های آن سوخته باشد؛
- آب لیمو، جوهر لیمو، لیموترش در اتاق یا محل های غیرمعمول؛
- پوکه های آمپول؛

۲- انواع مواد، اشکال و شیوه‌های مصرف، علایم و عوارض مصرف،

علایم ترک

مواد اعتیادآور انواع بسیار متنوعی دارند و معمولاً در یازده گروه طبقه‌بندی می‌شود. در این قسمت، به آن دسته از مواد اعتیادآور غیرقانونی که مصرف آنها در کشور ما شایع است و یا اخیراً شیوع بیشتری پیدا کرده است، اشاره می‌شود.

۱-۲- مواد افیونی

کلیه موادی که مستقیماً از شیر گیاه خشخاش به دست می‌آیند و یا به‌طور صناعی از این ماده تولید می‌شوند، مواد افیونی نام دارند. مواد افیونی شایع‌ترین مواد غیرقانونی مورد مصرف در کشور ما می‌باشند.

تریاک: تریاک شیر خشک شده گیاهی به نام خشخاش است که منشأ مواد اعتیادآور گوناگونی مانند سوخته، شیر، کدئین، مرفین، پتیدین، هروئین، متادون، دیفنوکسیلات، بوپرنورفین و... می‌باشد. برخی از این مواد استفاده دارویی دارند.

تریاک معمولاً به رنگ قهوه‌ای سیر و دارای قوامی خمیری است که بویی شبیه به آمونیاک یا ادرار مانده دارد و هنگام سوختن بوی خاصی شبیه چسب دوقلو می‌دهد. بسته‌بندی آن معمولاً به شکل لول یا حبه قند و تکه‌های بزرگ آن مشابه قطعه بریده شده کیک می‌باشد. گاهی نیز به شکل قرصهای قهوه‌ای رنگ تهیه می‌شود.

سوخته تریاک: از مصرف تدخینی (کشیدن) تریاک، ماده‌ای به رنگ قهوه‌ای سوخته و براق به دست می‌آید که «سوخته» نام دارد. بعضی از افراد سوخته را در آب حل کرده و محلول بدست آمده را که شربت بنفش رنگی است، می‌نوشند. این شربت را «شربت سوخته» یا «آب سوخته» می‌نامند.

شیره تریاک: سوخته تریاک را در آب حل می‌کنند و می‌جوشانند. سپس آن را از صافی عبور می‌دهند. آنچه باقی می‌ماند «تفاله» نام دارد. محلول حاصل را مجدداً حرارت می‌دهند. با این کار ماده خمیری و سفت و غلیظی به رنگ قهوه‌ای روشن به دست می‌آید که «شیره» نام دارد.

روش های مصرف: ۱- تدخین (دود کردن): یکی از شایعترین روشهای مصرف مواد فوق، تدخین است. مصرف این مواد به روش تدخین، نیاز به لوازم و ابزارهای خاص دارد و بوی حاصل از سوختن آنها، کاملاً مشخص است. بنابراین معمولاً در جایی از این روش استفاده می شود که شخص مصرف کننده از امن بودن محل مصرف اطمینان داشته باشد. برخی از ابزارهای مورد استفاده برای تدخین این مواد عبارت اند از: منقل، وافور، چپق، نگاری (وسیله ای شبیه چپق که برای مصرف شیره به کار می رود)، قلیان و ذغال. بعضی از افراد نیز برای کشیدن تریاک از روش «سیخ و سنگ» استفاده می کنند. در این روش سیخ را با گرفتن روی آتش، داغ و با سنجاق تریاک را روی آن می گذارند و مستقیماً یا بوسیله لوله ای، دود حاصل را وارد ریه ها می کنند. برخی دیگر با استفاده از وسایل ساده، ابزارهایی به اشکال گوناگون برای تدخین این مواد می سازند که از آن جمله می توان به وسیله ای به نام «قلقلی» اشاره کرد.

۲- خوردن: از آنجا که این روش نیاز به ابزار و وسایل خاصی ندارد و بویی نیز ایجاد نمی کند، معمولاً به وسیله کسانی که مایل نیستند اطرافیانشان از مصرف مواد توسط آنان مطلع شوند، مورد استفاده قرار می گیرد. افرادی که مبتلا به بیماری های جسمی یا دردهای مزمن هستند یا کسانی که مدتی طولانی از روش تدخین استفاده کرده اند نیز از این روش استفاده می کنند. تریاک را معمولاً بعد از غذا می خورند.

۳- تزریق: در این روش، تریاک را با کمی آب در یک قاشق می ریزند و حل می کنند. سپس قاشق را روی آتش می گیرند و حرارت می دهند. برای آنکه ذرات درشت وارد سرنگ نشود، مایع به دست آمده را روی تکه ای پنبه یا اسفنج می ریزند و به درون سرنگ می کشند و داخل یکی از وریدها تزریق می کنند. معمولاً معتادان بی بضاعت از این روش استفاده می کنند. وجود سرنگ های کهنه و چندبار مصرف شده، قاشق سیاه شده، تکه های پنبه یا اسفنج، علامت مصرف تزریقی مواد است. بعضی از معتادان نیز، در صورت عدم دسترسی به سرنگ، برای تزریق از وسیله ای دست ساز که از قطره چکان و سوزن سرنگ ساخته می شود، استفاده می کنند.

مرفین: مرفین یکی از ترکیبات تریاک است. مرفین معمولاً به صورت پودری نرم به رنگ سفید یا کرم، بدون بو و تلخ مزه است. گاهی نیز ممکن است به رنگ قرمز آجری دیده شود.

شکلی از این ماده که مورد سوءاستفاده قرار می‌گیرد، آمپول است. در پزشکی آمپول‌های مرفین برای تسکین دردهای شدید در داخل عضله یا ورید تزریق می‌گردد.

بوپره‌نورفین: ترکیب دیگری از تریاک است که به شکل قرص و آمپول مشاهده می‌شود. سوء‌مصرف این ماده، به خصوص آمپول‌های آن، که با نام‌های مختلفی نظیر تم‌جزیک و بوپره‌جزیک عرضه می‌شود، اخیراً در کشور ما شیوع بیشتری پیدا کرده است. این ماده در پزشکی و تحت شرایط کنترل شده نیز مورد استفاده واقع می‌شود.

کدئین: یکی دیگر از ترکیبات تریاک و به شکل ماده سفیدرنگی است که معمولاً به صورت قرص‌های خالص تولید می‌شود. کدئین در ترکیب بعضی از داروهای ضد درد (مثل استامینوفن کدئین و آسپیرین کدئین) و بعضی از شربت‌های ضد سرفه (مانند اکسپکتورانت کدئین) نیز وجود دارد. مصرف بیش از اندازه، بی‌دلیل و مکرر داروهای فوق می‌تواند نشانه اعتیاد به مصرف کدئین باشد.

دیفنوکسیلات: این دارو که به عنوان ضد اسهال مصرف می‌شود، حاوی ترکیبات تریاک است و معمولاً به شکل قرص‌های سفید رنگ کوچک، در بسته‌بندیهای مختلف، عرضه می‌گردد. معمولاً معتادان، به خصوص به هنگام عدم دسترسی به سایر ترکیبات تریاک، قرص‌های دیفنوکسیلات را به تعداد زیاد مصرف می‌کنند.

هروئین: یکی از مشتقات نیمه مصنوعی مرفین است. هروئین خالص، پودری بسیار نرم و سفیدرنگ است. اما هروئینی که معمولاً توسط فروشندگان این ماده عرضه می‌شود، ناخالصی بسیار زیاد دارد و از مخلوط کردن با مواد مختلف به دست می‌آید و رنگ آن مایل به قهوه‌ای است. هروئین را معمولاً در تکه‌های پلاستیک به شکل مخروطی بسته‌بندی می‌کنند و سر آن را با آتش می‌بندند. در این حالت آب در آن نفوذ نمی‌کند و در مواقع خطر می‌توانند آن را بلعند و پس از دفع، از آن استفاده کنند. گاهی نیز هروئین در تکه‌های کاغذ یا پلاستیک به شکل مربع یا مستطیل و در اندازه‌های مختلف عرضه می‌شود. وزن بسته‌های هروئین معمولاً ۵ سانتی گرمی، ربعی (۱/۴ گرم)، ۲/۵ و ۵ گرمی است. هروئین موجود در بازار معمولاً ۵ تا ۱۰ درصد هروئین دارد و بقیه آن شیرخشک، پودر بیکربنات و پودر گلوکز و... است.

روش های مصرف: ۱- تدخین: این روش معمولاً از سایر روشهای مصرف هروئین شایع تر است. در این روش، هروئین را روی زوروق (معمولاً زوروق پاکت سیگار) می ریزند و از زیر آن را با تکه ای مقوا یا دستمال کاغذی که آتش زده شده باشد، کمی حرارت می دهند و دود حاصل را بلافاصله به وسیله یک لوله (از جنس کاغذ، مقوا یا...) یا مستقیماً وارد ریه ها می کنند. وجود تکه های دستمال کاغذی یا تکه های مقوای نیم سوخته و یا زوروقی که رویه آلومینیومی آن سیاه شده باشد می تواند علامت مصرف تدخینی هروئین باشد.

۲- انفیه: در این روش پودر هروئین را مستقیماً به وسیله اسکناس لوله شده (یا تکه ای کاغذ یا مقوای لوله شده) به داخل بینی می کشند. این روش بین معتادان به روش «دماغی» معروف است.

۳- تزریق: در این روش، هروئین را با آب لیمو، جوهر لیمو، یا قرص ویتامین C در قاشق حل می کنند و کمی حرارت می دهند. سپس محتویات قاشق را از فیلتر سیگار یا پنبه می گذرانند و به درون سرنگ می کشند و به داخل سیاهرگهای دست یا پا و گاهی سایر نقاط بدن تزریق می کنند. کدئین در ترکیب بعضی از داروهای ضد درد (مثل استامینوفن کدئین و آسپیرین کدئین) و بعضی از شربت های ضد سرفه (مانند اکسپکتورات کدئین) نیز وجود دارد.

مصرف بیش از اندازه، بی دلیل و مکرر داروهای فوق می تواند نشانه اعتیاد به مصرف کدئین باشد.

آثار مصرف مواد افیونی

- ابتدا احساس لذت و سرخوشی و سپس کج خلقی و افسردگی
- احساس گرما و گل انداختن صورت
- تنگ شدن مردمک چشم ها
- گیجی و رخوت
- تهوع و استفراغ
- ضعیف شدن تنفس
- اغما و مرگ در اثر مصرف مقادیر زیاد مواد

عوارض مصرف طولانی مواد افیونی

- اعتیاد (مواد افیونی به شدت اعتیاد آورند و معمولاً پس از چندبار مصرف منجر به وابستگی می شوند.)
- یبوست
- تیره شدن پوست
- کاهش میل و توانایی جنسی در مردان
- نامرتب شدن قاعدگی در زنان
- بی توجهی به وضعیت بهداشت و سلامت
- کاهش وزن
- چرت زدن دائمی
- افسردگی
- عفونت‌های خطرناک مثل ایدز، عفونت کبدی و کزاز در اثر تزریق

علائم ترک مواد افیونی

وقتی فرد به مواد افیونی معتاد شد، قطع ناگهانی یا کاهش مقدار مصرف آنها، باعث بروز علائم ناخوشایندی می شود که در حدود ۶ تا ۸ ساعت پس از آخرین مصرف ظاهر می شود و به طور متوسط تا ۱۰ روز باقی می ماند. معمولاً اوج شدت این علائم در روزهای دوم و سوم پس از قطع ماده مصرفی مشاهده می شود. این علائم عبارت‌اند از:

- دردهای استخوانی و عضلانی
- دل‌پیچه و اسهال
- آبریزش از بینی و اشک ریزش
- عطسه، سسکسه و خمیازه مکرر
- سیخ شدن موهای بدن و احساس سرما و لرز
- بی‌قراری
- بی‌خوابی
- عصبانیت و پرخاشگری

این علائم پس از چند روز رفع می شوند، اما وسوسه مصرف مواد ممکن است تا ماهها باقی بماند و همین اشتیاق ممکن است سبب مصرف مجدد شود.

۲-۲- حشیش و ترکیبات مشابه آن

حشیش نام یکی از ترکیباتی است که از گیاهی به نام شاهدانه هندی که شبیه گزنه است، به دست می‌آید. سایر مواد مشابه (که همگی از همین گیاه تهیه می‌شوند) در کشور ما به اسامی ماری‌جوانا، گراس، علف، روغن حشیش، بنگ، چرس و... شهرت دارند.

حشیش: حشیش صمغ چسبنده گیاه شاهدانه هندی است که معمولاً به شکل لواشک و یا به صورت قالبی و در اندازه‌های مختلف وجود دارد. رنگ آن سبز خاکستری و گاهی قهوه‌ای مایل به سبز است و قوامی سفت دارد.

روش‌های مصرف: ۱- تدخین: حشیش معمولاً از طریق دود کردن مصرف می‌شود. بدین صورت که تکه‌ای از آن را حرارت می‌دهند تا گرم شود و به صورت پودر درآید. سپس آن را با توتون سیگار مخلوط می‌کنند و درون کاغذ سیگار می‌ریزند و می‌کشند. گاهی نیز از پیپ برای مصرف آن استفاده می‌شود.

۲- خوردن: معمولاً برای استفاده از حشیش، از این روش کمتر استفاده می‌شود. کسانی که از این روش استفاده می‌کنند حشیش را در غذا یا شیرینی می‌ریزند و آن را می‌خورند.

۳- نوشیدن: این روش نیز چندان مورد استفاده ندارد. در این روش حشیش را در نوشابه حل می‌کنند و می‌نوشند.

آثار مصرف حشیش

- تغییر در درک رنگ و صدا
- افزایش اشتها
- تند شدن ضربان قلب
- قرمزی چشمها
- اختلال حافظه، گیجی و بی‌توجهی به اطراف
- به هم خوردن تعادل حرکتی
- علایم روانی شدید مثل شنیدن صداهای غیرواقعی، صحبت‌های نامربوط، رفتارهای غیر عادی، اضطراب و افسردگی

عوارض مصرف طولانی حشیش

- بیماریهای تنفسی مزمن و سرطان ریه
- نازایی در زنان و عقیمی در مردان
- از بین رفتن سلولهای مغزی
- تشنج
- اختلال روانی شدید و پایدار
- کم شدن علاقه و انگیزه به زندگی، شغل و روابط اجتماعی و خانوادگی

ماری جوانا: به این شکل از گیاه شاهدانه هندی علف یا گراس نیز می‌گویند. این ماده از برگ، ساقه یا گل‌های خشک شده گیاه مزبور به دست می‌آید و شبیه توتون یا سبزی خشک شده و به رنگ سبز یا قهوه‌ای و گاهی خاکستری است.

روش مصرف: این ماده را معمولاً در کاغذ سیگاری که قبلاً توتون آن خالی شده می‌ریزند و دود می‌کشند. گاهی نیز آن را با توتون سیگار مخلوط می‌کنند و در کاغذ سیگار می‌ریزند و می‌کشند. بعضی افراد نیز آن را به وسیله پیپ مصرف می‌کنند.

۲-۳- الکل

الکل یکی از شایعترین مواد مورد سوء مصرف در دنیاست. الکل موجود در مشروبات الکلی اتانول نام دارد و از تخمیر میوه و سبزی و دانه‌های گیاهی به دست می‌آید. مشروبات الکلی دارای انواع و اقسام متنوع بوده و میزان الکل آنها بسیار متفاوت است. به عنوان مثال میزان الکل موجود در آبجو حدود ۵ درصد و در شراب در حدود ۱۰ تا ۱۵ درصد است. برخی از انواع مشروبات الکلی نظیر ویسکی، رم و جین تا ۵۰ درصد الکل دارند.

یکی از انواع شایع مشروبات الکلی در کشور ما «عرق» نامیده می‌شود که معمولاً به صورت خانگی تهیه می‌گردد و مایعی شفاف و بی‌رنگ است. بعضی از افراد نیز الکل طبی را که مایعی بی‌رنگ است و مصارف پزشکی دارد، با نوشابه‌های مختلف مخلوط و مصرف می‌نمایند.

مشروبات الکلی در شیشه‌هایی با اندازه‌ها و شکل‌های مختلف و نیز در قوطی‌های فلزی عرضه می‌شوند. نوع دیگری از الکل از الکل که از چوب به دست می‌آید متانول نام دارد. متانول مایعی شفاف به رنگ صورتی مایل به قرمز است و الکل صنعتی نیز نامیده می‌شود. با توجه به سهولت دسترسی به این ماده و ارزان بودن آن، بعضی از افراد معتاد به الکل آن را مورد سوء مصرف قرار می‌دهند. مصرف این ماده بسیار خطرناک است و می‌تواند منجر به کوری، اغما و حتی مرگ شود.

آثار مصرف الکل

- رفتارهای نامناسب، پرحرفی یا کم‌حرفی، بی‌ربط حرف‌زدن، معاشرتی شدن یا گوشه‌گیری و پرخاشگری
- ناتوانی در اجرای حرکات دقیق و ظریف
- تلو تلو خوردن به هنگام راه رفتن
- اختلال در به خاطر سپاری وقایع

عوارض مصرف طولانی الکل

- اختلال خواب
- بیماری‌های معده (مثل زخم معده)، مری، کبد، لوزالمعده
- سوء تغذیه
- افزایش فشارخون و خطر سکته‌های قلبی و مغزی
- ضعف عضلانی
- ناتوانی جنسی و تأخیر در انزال
- افزایش خطر سرطانهای سر و گردن و دستگاه گوارش
- فراموشی

برای جلوگیری از ایجاد فراموشی ناشی از مصرف طولانی الکل، هر فرد الکلی باید روزانه ۱۰۰ میلی‌گرم تیامین (ویتامین B1) مصرف کند.

علایم ترک الکل

چنانچه فردی پس از مصرف طولانی و زیاد الکل، ناگهان آن را قطع کند و یا مقدار مصرف آن را کاهش دهد دچار علایم ترک می‌گردد. این علایم عبارت‌اند از:

- تعریق
- افزایش ضربان قلب
- لرزش شدید دستها
- بی‌خوابی
- تهوع و استفراغ
- توهمات شنوایی یا بینایی (شنیدن صداها یا دیدن چیزهایی که وجود ندارند).
- هیجان شدید
- اضطراب
- تشنج

بیمارانی که دچار علائم ترک الکل می‌شوند، باید سریعاً تحت نظر پزشک قرار بگیرند و مداوا شوند؛ در غیر این صورت خطر مرگ بیمار را تهدید می‌کند.

بیمارانی که دچار علائم ترک الکل می‌شوند، باید سریعاً تحت نظر پزشک قرار بگیرند و مداوا شوند؛ در غیر این صورت خطر مرگ بیمار را تهدید می‌کند.

۴-۲- داروهای مسکن - خواب‌آور

این مواد شامل انواع متنوعی از داروهای هستند که در پزشکی، برای رفع اضطراب و ایجاد حالت تسکین و خواب به کار می‌روند. داروهای مسکن - خواب‌آور به دو گروه عمده تقسیم می‌شوند.

گروه اول، بنزودیازپین‌ها هستند. این داروها شایع‌ترین داروهای آرام‌بخشی هستند که پزشکان برای رفع اضطراب و بی‌خوابی تجویز می‌کنند و با اسامی مختلف مثل دیازپام، کلردیازپوکساید، لورازپام، اکسازپام، کلونازپام و ... عرضه می‌گردند.

این داروها معمولاً به شکل قرص و کپسول، در رنگها و اندازه‌های مختلف و نیز آمپول تهیه می‌شوند. معتادان به این داروها، معمولاً به شیوه تزریق وریدی و گاه خوراکی این داروها را مورد سوءمصرف قرار می‌دهند.

گروه دوم داروهای مسکن - خواب‌آور باریتوراتها هستند که با نامهای مختلف مانند فنوباریتال، سیکوباریتال، پنتوباریتال، آموباریتال و... عرضه می‌گردند و به اشکال مختلف مثل قرص و کپسول در اندازه و رنگ‌های متفاوت، آمپول، شیاف و محلول یافت می‌شوند. این داروها از طریق خوراکی، مقعدی و یا تزریق عضلانی یا وریدی قابل مصرف هستند.

معتادان به این داروها، معمولاً از شیوه تزریقی یا خوراکی برای مصرف این مواد استفاده می‌کنند. افراط در مصرف این گروه از داروها می‌تواند بسیار خطرناک باشد و منجر به مرگ شود.

آثار مصرف داروهای مسکن خواب‌آور

آثار مصرف این داروها معمولاً چند ساعت تا یک روز باقی می‌ماند. این آثار عبارت‌اند از:

- تغییرات رفتاری یا روانی (سرخوشی مختصر، رفتار نامناسب جنسی، پرخاشگری، اختلالات قضاوت)

- گیجی و رخوت و خواب‌آلودگی
- شل شدن عضلات
- عدم تعادل
- اختلال در عملکرد شغلی و اجتماعی

عوارض مصرف طولانی داروهای مسکن - خواب‌آور

- اعتیاد
- افسردگی
- سردرد
- ناراحتی گوارشی
- آسیب کبدی
- اختلال حافظه

علائم مسمومیت با داروهای مسکن - خواب‌آور

- گیجی و به هم خوردن تعادل
- افت علائم حیاتی

- اغماء
- ایست قلبی تنفسی و مرگ

علایم ترک داروهای مسکن - خواب آور

علایم ترک معمولاً از روز بعد از قطع دارو شروع می‌شود و حداکثر بعد از یک هفته فروکش می‌کند. علایم ترک این داروها عبارت‌اند از:

- افسردگی، اضطراب و بی‌قراری
- اختلال خواب
- بی‌اشتهایی و تهوع
- کاهش فشار خون
- افزایش درجه حرارت بدن
- تشنج
- اختلال هوشیاری
- اغماء و مرگ

این علایم، به خصوص با قطع ناگهانی باربیتوراتها پدید می‌آیند.

۵-۲- آمفتامین‌ها

آمفتامین‌ها گروهی از مواد محرک مغزی هستند که معمولاً به شکل پودر سفید رنگ و گاه سفید مایل به قهوه‌ای روشن (با سفید چرک) مشاهده می‌گردند. برخی از انواع این مواد به شکل قرص و کپسول و در رنگها و اندازه‌های مختلف و حتی محلولهای قابل تزریق نیز یافت می‌شوند. برخی از انواع آمفتامین‌ها دارای مصارف طبی هستند و تحت نظارت کامل پزشک می‌توانند برای درمان بعضی از بیماریها مورد استفاده قرار گیرند. آمفتامین‌ها اغلب برای بهبود کارایی، کاهش خواب و ایجاد حالت سرخوشی و معمولاً توسط دانش‌آموزان، دانشجویان، ورزشکاران و گاه رانندگان مورد سوءمصرف قرار می‌گیرند.

روشهای مصرف: آمفتامین‌ها معمولاً به صورت خوراکی و گاه به صورت تزریقی مصرف می‌شوند. برخی از افراد نیز شکل پودری این مواد را به روش انفییه و از طریق کشیدن به داخل بینی مصرف می‌کنند. شکل تزریقی این مواد نسبت به سایر انواع آن اعتیاد شدیدتری ایجاد می‌کند.

سوء مصرف آمفتامین‌ها، به خصوص بعضی از انواع آن که با نام‌های مختلف خارجی مثل آیس (Ice) ، اسپید (Speed) ، اِکستیزی (Ecstasy) ، میتسی بوشی (Mitsibushis) ، و... نامیده می‌شوند، اخیراً در کشور ما رواج بیشتری پیدا کرده است.

آثار مصرف آمفتامین

آثار مصرف آمفتامین‌ها معمولاً یک تا دو روز طول می‌کشد. این آثار عبارت‌اند از:

- تغییرات رفتاری یا روانی (سرخوشی، اضطراب و بی‌قراری، عصبانیت، اختلال قضاوت)
- تپش قلب
- گشادی مردمک
- تغییرات فشار خون
- لرز
- تهوع و استفراغ
- اختلال در عملکرد شغلی و اجتماعی

عوارض مصرف طولانی آمفتامین

- کاهش وزن
- ضایعات پوستی مزمن
- بروز اختلال روانی بسیار شدید
- سکته قلبی

علائم مسمومیت با آمفتامین‌ها

- خونریزی مغزی در اثر افزایش شدید فشار خون
- شوک ناشی از افت شدید فشار خون
- افزایش شدید درجه حرارت بدن
- بی‌نظمی در ضربان قلب
- اختلال هوشیاری
- تشنج

- اغماء و مرگ

علایم ترک آمفتامین‌ها

علایم ترک آمفتامین‌ها در روزهای دوم تا چهارم بعد از قطع این مواد به اوج خود می‌رسد و در طول یک هفته فروکش می‌کند. این علایم عبارت‌اند از:

- خستگی و افسردگی
- اضطراب و بی‌قراری
- دیدن خواب‌های ناخوشایند
- اختلالات خواب
- افزایش اشتها
- تهییج یا کندی روانی - حرکتی

۶-۲- مواد استنشاقی

این دسته از مواد انواع بسیار متنوعی دارند که از جمله می‌توان به انواع چسب‌ها (چسب موکت و...)، بنزین، اتر، تینر، گاز فندک، مایع خشکشویی، گاز مایع، انواع اسپری‌ها (اسپری موی سر، خوشبوکننده‌های بدن و هوا) برخی رنگها، لاک غلط‌گیری و... اشاره نمود.

سوء مصرف این مواد، با توجه به سهولت دسترسی، به خصوص در نوجوانان و افراد طبقات اقتصادی پایین‌تر، شایع‌تر است. وجود ضایعات پوستی در اطراف دهان و بینی، بوی غیر معمولی تنفس، وجود بقایای ماده مصرفی روی صورت و لباسها و علایم تحریک مکرر گلو و بینی، از علایم مصرف این دسته از مواد است.

روش مصرف: بعضی از انواع این مواد مستقیماً از درون ظرف محتوی ماده استنشاق می‌شود. بدین معنی که فرد، بینی خود را روی ظرف می‌گیرد و با تنفس عمیق، گازهای متصاعد شده از ماده را وارد ریه‌های خود می‌کند. مواد مایع مثل اتر، معمولاً روی تکه‌ای پارچه ریخته می‌شوند و جلوی بینی قرار می‌گیرند و استنشاق می‌شوند. انواع چسبها نیز از این طریق قابل سوء مصرف هستند، اما معمولاً درون یک کیسه پلاستیکی ریخته می‌شوند و با قرار دادن کیسه در مقابل دهان و بینی استنشاق می‌شوند.

گاهی بعضی از افراد از کیسه‌های پلاستیکی بزرگ استفاده کرده و سر خود را کاملاً وارد کیسه می‌کنند و با تنفس در داخل کیسه، مواد را وارد ریه‌های خود می‌کنند. این روش بسیار خطرناک است، زیرا چنانچه فرد هوشیاری خود را در اثر مصرف این مواد از دست بدهد، ممکن است کیسه دهان و بینی فرد را مسدود نماید و باعث خفگی وی شود. انواع اسپری‌ها و گاز مایع ممکن است در داخل کیسه‌های پلاستیکی، اسپری و سپس از داخل کیسه استنشاق شوند. اما روش شایع‌تر، اسپری نمودن مستقیم این گونه مواد در داخل دهان است که بسیار خطرناک می‌باشد.

آثار مصرف مواد استنشاقی

مواد استنشاقی به سرعت از ریه‌ها جذب می‌شوند و به مغز می‌رسند. آثار آنها چند دقیقه پس از مصرف ظاهر می‌شود و بسته به نوع و مقدار ماده مصرفی، ۳۰ دقیقه تا چند ساعت باقی می‌ماند. آثار مصرف این مواد عبارت‌اند از:

- تغییرات رفتاری یا روانی (سرخوشی و احساس خوشایند غوطه‌وری، خطاهای حسی و توهم شنوایی و بینایی، اختلال در قضاوت، رفتارهای پرخاشگرانه و تکانه‌ای)
- تهوع و استفراغ
- اختلال در تکلم، ضعف رفلکسها و اختلال در تعادل
- افت هوشیاری و اغماء و مرگ (در اثر مصرف مقادیر زیاد)

عوارض مصرف طولانی مواد استنشاقی

- آسیبهای برگشت‌ناپذیر کبدی و کلیوی
- آسیب عضلانی پایدار
- التهاب و خونریزی گوارشی
- عوارض مغزی (کاهش ضریب هوشی، صرع بخش گیجگاهی مغز، پوکی مغزی)
- عوارض قلبی و ریوی (درد سینه و علایم شبیه آسم)
- آسیب جنینی در زنان باردار

۲-۷- ال.اس.دی (L.S.D)

«ال.اس.دی» قویترین ماده توهم‌زاست و از نوعی ماده استخراج شده از قارچی انگلی که روی گیاه چاودار زندگی می‌کند، تهیه می‌شود. این ماده به‌طور مصنوعی نیز قابل تولید است. «ال.اس.دی»

در اشکال مختلف مثل قرص‌های بسیار کوچک (معمولاً به رنگ نقره‌ای خاکستری)، کپسول، پودر سفیدرنگ، مربع‌های ژلاتینی نازک و مایع صاف بدون رنگ و بو وجود دارد.

یکی دیگر از اشکال رایج «ال.اس.دی» محلول در الکل است که معمولاً در ابعاد ۶ تا ۷ میلی‌تر (و گاه تا ۱۲ میلی‌تر) با تصاویر جالب (مثل کبوتر، توت‌فرنگی، ستاره و...) و رنگ‌های روشن و جذاب عرضه می‌شود. معمولاً تعداد زیادی از این کاغذها به هم متصل و از طریق خطوط برش که روی کاغذ ایجاد شده است، قابل جدا کردن از یکدیگر می‌باشند.

روش مصرف: «ال.اس.دی» به صورت خوراکی مصرف می‌شود. بعضی از افراد قرص یا پودر این ماده را روی حبه‌ای قند می‌گذارند و پس از اضافه کردن چند قطره آب و حل شدن «ال.اس.دی»، آن را می‌خورند. بعضی نیز حبه قند را به مایع «ال.اس.دی» آغشته کرده و مصرف می‌کنند. قرص‌ها و کپسولهای «ال.اس.دی» نیز، به صورت خوراکی قابل مصرف هستند. برخی از افراد کاغذهای آغشته به «ال.اس.دی» را از محل خط‌های برش جدا می‌کنند و در دهان می‌گذارند.

آثار مصرف «ال.اس.دی»

آثار «ال.اس.دی» دو ساعت پس از مصرف ظاهر می‌شود و معمولاً ۸ تا ۱۴ ساعت دوام دارد. این آثار عبارت‌اند از:

- تغییرات رفتاری یا روانی (اضطراب، واکنش هراس، ترس از دیوانگی، افسردگی، سوءظن، اختلال در قضاوت، رفتارهای خودآزارانه و حتی خودکشی)
- اختلال ادراکی (مسخ شخصیت، مسخ واقعیت، خطای حسی، حس آمیزی به صورت درآمیختن ادراکات مثل شنیدن رنگها یا دیدن صداها، دیدن تصاویر یا شنیدن صداهایی که وجود ندارند)
- تحریک سیستم عصبی (لرزش، تعریق، تپش قلب)
- اختلال تعادل
- افت عملکرد شغلی و اجتماعی

عوارض مصرف طولانی «ال.اس.دی»

- اختلالات روانی شدید و دیرپا (اضطراب و جنون)
- Flashback (تجربه علایم ادراکی ناشی از مصرف، بدون مصرف اخیر «ال.اس.دی»)

۸-۲- کوکائین

کوکائین یکی از اعتیادآورترین و خطرناک‌ترین مواد سوءمصرف است. این ماده از برگ‌های گیاه کوکا (Erythroxylon Coca) که عمدتاً در بولیوی و پرو می‌روید، به دست می‌آید. وابستگی روانی به کوکائین ممکن است حتی پس از یکبار مصرف به وجود آید. کوکائین وابستگی جسمی نیز ایجاد می‌کند؛ اما علایم ترک آن نسبت به ترک مواد افیونی خفیف‌تر است. کوکائین معمولاً به شکل پودر سفید یا ماده بلوری سفید رنگ (به نام کراک) مشاهده می‌شود.

روش‌های مصرف: ۱- تدخین: شکلی از کوکائین که معمولاً به روش تدخین مورد سوءمصرف قرار می‌گیرد، کراک (Crack) نام دارد و به وسیله پیه‌های دست‌ساز ساخته شده از قوطی‌های نوشابه، کاغذ آلومینیومی نازک یا کاغذ سیگار مورد استفاده قرار می‌گیرد.

۲- انفیه: یکی از روش‌های مصرف کوکائین، انفیه این ماده به داخل بینی است. بدین معنی که پودر کوکائین را مستقیماً و یا به وسیله یک تکه کاغذ یا مقوا یا اسکناس لوله شده و یا به وسیله نی وارد بینی می‌کنند. استفاده از این روش، در دراز مدت، باعث التهاب و پرخونی مخاط بینی و در نتیجه گرفتگی و آبریزش از بینی می‌شود. برخی از بیماران برای رفع این علایم، خودسرانه از قطره‌های ضد احتقان بینی استفاده می‌کنند. مصرف دراز مدت کوکائین با این روش گاه منجر به خونریزی مکرر از بینی و سوراخ شدن تیغه میانی بینی می‌گردد.

۳- تزریق: برخی از افراد کوکائین را به روش تزریق وریدی مصرف می‌کنند. در صورت استفاده از وسایل تزریق مشترک، استفاده از این روش ممکن است منجر به انتقال بیماری‌های خطرناکی مثل هپاتیت و ایدز، از فردی به فرد دیگر، شود.

آثار مصرف کوکائین

آثار مصرف کوکائین بلافاصله ظاهر و ۳۰ تا ۶۰ دقیقه بعد رفع می‌شود. به همین علت افراد وابسته به کوکائین ممکن است هر نیم تا یک ساعت یکبار، برای مصرف مجدد، از جمع یا محل کار خارج شوند. این آثار عبارت‌اند از:

- تحریک سیستم عصبی (تپش قلب، گشادی مردمک، تعریق)
- تهوع و استفراغ
- علایم روانی (سرخوشی یا بی‌تفاوتی، اضطراب و عصبانیت، هذیان سوءظن، توهم شنوایی و بینایی، توهم لامسه (به صورت احساس خزیدن حشرات زیر پوست)، کاهش تمرکز)
- رفتارهای اجباری و تکراری
- اختلال در عملکرد شغلی و اجتماعی

عوارض مصرف طولانی کوکائین

- احتقان، تورم، خونریزی و زخم مخاط بینی
- سوراخ شدن تیغه میانی بینی
- تیک
- سردرد شبیه میگرن
- کاهش وزن
- عوارض قلبی (بی‌نظمی ضربان قلب، سکته قلبی)
- حوادث عروقی مغز
- تشنج

علایم ترک کوکائین

علایم ترک کوکائین که معمولاً یک روز تا یک هفته طول می‌کشد، عبارت است از:

- خستگی و افسردگی
- رویاهای ناخوشایند
- اختلالات خواب
- افزایش اشتها
- تهییج یا کندی روانی - حرکتی

۳- نشانه‌های غیر مستقیم اعتیاد به مواد

وجود هر یک از علائم زیر می‌تواند نشان‌دهنده سوء مصرف مواد باشد:

- علائم جسمی و یا بیماریهایی که ممکن است از سوء مصرف مواد ناشی شوند، عبارت‌اند از: یبوست مزمن، تپش قلب، عفونت‌های پوستی، التهاب معده، بیماریهای کبدی و ...
- مسمومیت دارویی (اقدام به خودکشی و یا مسمومیت اتفاقی)
- حوادث و تصادفات مکرر
- علائم خاص روانپزشکی مانند تغییرات رفتاری، پرخاشگری، افسردگی، بی‌تفاوتی، ناتوانی جنسی، توهم و یا هذیان، کاهش سطح هوشیاری
- مشکلات قانونی مکرر
- انجام ندادن وظایف خانوادگی، افت کارکرد شغلی فرد و یا تغییرات شخصیتی
- درخواست بی‌دلیل یا بیش از حد برای داروهای آرام‌بخش و مسکن

۴- عوارض مصرف طولانی مدت مواد بر سلامت فرد، خانواده و

جامعه

مصرف طولانی مدت مواد، موجب اختلال در بهداشت و سلامت جسمی و روانی فرد می‌شود که با بروز بسیاری از بیماری‌های مزمن و خطرناک همراه است. به علاوه از آنجا که اعتیاد بیشتر به هنگام ایجاد خانواده و در ارزشمندترین سال‌های زندگی، از نظر میزان کارایی، رخ می‌دهد، مشکلات رفتاری ناشی از اعتیاد بیشترین تأثیر را بر زندگی خانوادگی و شغلی فرد می‌گذارد. مواد مخدر تنها به فرد مصرف‌کننده آسیب نمی‌رساند، بلکه به هرکس که با فرد در تماس باشد آسیب می‌رساند و زمانی که تعداد معتادان فراتر از حد قابل جبران باشد، جامعه صدمه می‌بیند. اعتیاد خسارات و هزینه‌های بسیاری را به جامعه تحمیل می‌کند. بنابراین، عوارض ناشی از اعتیاد شامل عوارض فردی، خانوادگی، شغلی، اجتماعی و اقتصادی می‌باشد.

۴-۱- عوارض اعتیاد بر سلامت جسمی و روانی فرد

- کاهش وزن
- سوء تغذیه

- اختلالات گوارشی متعدد
- آسیب‌های عضلانی
- اختلالات کبدی و کلیوی
- عفونت‌های خطرناک (ایدز، هپاتیت، کزاز)
- بیماری‌های مزمن تنفسی
- اختلالات قلبی - عروقی
- سکته‌های قلبی و مغزی
- پوکی مغز
- ناتوانی جنسی و عقیمی
- اختلال در خواب
- افسردگی
- اختلالات روانی شدید و پایدار

۲-۴- عوارض خانوادگی

- خشونت در خانواده شامل کودک‌آزاری و همسرآزاری
- غفلت از فرزندان
- مشکلات تحصیلی، اختلالات روانی و خودکشی فرزندان
- نابسامانی و آشفتگی خانواده
- محدودیت در روابط سالم خارج از خانواده
- افت سطح اقتصادی و اجتماعی خانواده
- بی‌کفایتی در سرپرستی خانواده
- طلاق

۳-۴- عوارض شغلی

- افت اعتبار فردی و موقعیت شغلی
- سوانح و حوادث حین کار
- غیبت از کار
- کاهش کارایی

- اخراج و بیکاری

۴-۴- عوارض اقتصادی

- خسارات ناشی از کاهش نیروی مولد و افزایش نیروی مصرف‌کننده جامعه
- هزینه‌های تحمیل شده به نیروهای انتظامی و جمع‌آوری امکانات لازم برای مبارزه با جرایم مستقیم و غیرمستقیم ناشی از موادمخدر
- صرف وقت دادگاه‌ها و نیروهای قضایی
- هزینه نگهداری مجرمان موادمخدر و معتادان در زندان‌ها
- هزینه مراکز بازپروری و درمانگاه‌های ترک اعتیاد
- هزینه‌ها و خسارات ناشی از مراقبت‌های بهداشتی ثانویه شامل بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها

۴-۵- عوارض اجتماعی

- ضعف در پای‌بندی به اصول اخلاقی و مذهبی
- انواع جرایم مثل سرقت، فحشا، خشونت، تجاوز و قتل
- افزایش مشاغل کاذب و بیکاری
- بی‌خانمانی و فقر

درمان

۱- اهداف درمان

اعتیاد یک بیماری مزمن و عودکننده است و مانند انواع دیگر بیماریهای مزمن، درمان آن نیز فرآیندی تدریجی و مزمن دارد. در طول دوره درمان، بیماری و به زبان دیگر مصرف مواد، ممکن است بارها عود کند. بی توجهی به پدیده عود و مزمن بودن درمان و روشن نکردن آن برای بیمار و خانواده‌اش، ممکن است موجب ناامیدی آنها شود.

هدف کلی درمان ترک مصرف مواد، دستیابی به بالاترین حد عملکرد فردی و نگهداری این دو مهم است.

برای دستیابی به این هدف کلی با اهداف جزئی روبه‌رو می‌باشیم. این اهداف جزئی را می‌توان به سه قسم تقسیم کرد. ۱- آموزش زندگی بدون مواد ۲- ارتقای عملکرد فردی ۳- جلوگیری از عود.

۱-۱- هدف اول، زندگی بدون مواد

برای تأمین هدف آموزش زندگی بدون مواد، اول باید به وابستگان مواد توضیح داده شود که تنها راه درمان، ترک و پرهیز کامل است. قبل از پرهیز کامل، معمولاً افراد وابسته به مواد تصمیم می‌گیرند که مدتی مصرف کنترل شده داشته باشند. اما با هجوم اتفاقات اضطراب‌زا و رویارویی با استرس‌های زندگی، مجدداً دوره‌های مصرف غیرقابل کنترل بر بیمار احاطه می‌یابد. برای رسیدن به هدف پرهیز کامل در مراجعان، باید انگیزه این افراد برای پرهیز افزایش یابد. به همین منظور لازم است تا به مصرف‌کنندگان از طریق جلسات مشاوره، گروه‌های خودیاری، سخنرانی‌ها و با استفاده از نوارهای ویدیویی، اطلاعاتی در مورد خطرات مواد، مراحل بالینی و روانی معمول و عواقب اعتیاد داده شود. علاوه بر این، به آنها تفهیم شود که مسئولیت زندگی هر شخص با خودش می‌باشد و زندگی قابل تغییر است. این افراد معمولاً چنان در بازوهای آهین اعتیاد درگیرند که به تغییرپذیر بودن روش زندگی خود باور ندارند. انگیزه ترک را می‌توان با تکیه بر این مطلب که مسئولانه می‌توان زندگی را به سمت موفقیت و تحقق آرزوها پیش برد، افزایش داد.

پس از تقریباً دو هفته پرهیز کامل از مصرف مواد، مواد مخدر از بدن بیمار دفع و وی سم‌زدایی می‌شود، قدم بعدی، مرحله دوباره‌سازی زندگی بدون مواد، برای فرد سم‌زدایی شده است. مواد، دستیابی و چگونگی تهیه پول آن و پیدا کردن مکان مناسب برای مصرف، محور اصلی زندگی این

افراد را تشکیل می‌دهد. بعد از ترک، فرد در زندگی روزمره خود با خلأ روبه‌رو می‌شود. برای رویارویی با این خلأ می‌توان از جلسات مشاوره یا گروه‌های خودیاری، طرق مختلف سپری کردن اوقات فراغت، تطابق با زندگی روز به روز (نه بحران روی بحران)، برقراری مجدد رابطه با فامیل، ایجاد رابطه با دوستان آزاد از مواد، آموزش مهارت‌های کنترل عصبانیت و دوست‌یابی و تکیه بر اهمیت ابعاد روحانی و مذهبی و دوباره‌سازی این روابط استفاده نمود.

۱-۲- هدف دوم، ارتقای عملکرد فردی

برای تأمین هدف فرعی، یعنی افزایش عملکرد فردی در زندگی، اولاً باید مشکلات جسمی زمینه‌ای ایجادکننده اعتیاد (مانند دردهای مزمن) یا عوارض اعتیاد را با انجام آزمایش‌های کامل کلینیکی برای بیمار ردیابی و درمان کرد. این اقدامات از ایجاد مشکلات فیزیکی آتی پیشگیری می‌کند.

علاوه بر مشکلات جسمی بیمار، تشخیص و درمان نشانه‌های روانشناختی و اختلالات روانی این بیماران برای دستیابی به هدف بالا بردن عملکرد فردی، لازم است. ۸۰ درصد افراد وابسته به مواد در طی دوره سم‌زدایی و قطع دارو دچار علائم روانپزشکی می‌شوند و شاید بیشتر این افراد به علت مشکلات زمینه‌ای روانشناختی، مصرف مواد را شروع کرده‌اند.

علاوه بر اقدامات ذکر شده، برای افزایش عملکرد فردی، باید جهت رویارویی فرد با مشکلات خانوادگی و ازدواج، پیش‌بینی‌های لازم را در نظر گرفت. ازدواج به خودی‌خود کار سختی است و تعاملات خانوادگی در صورت استفاده از مواد، بسیار بحرانی‌تر خواهد شد. پس از ترک مواد، جلسات مشاوره و آموزش برای تعامل سازنده زوجین یا افراد اصلی خانواده بسیار کمک‌کننده است. افراد معتاد با شغل و برنامه‌ریزی‌های عادی خود مشکل دارند. باید به بیمار کمک شود که بتواند حداقل نیاز مادی خود را تأمین کند. برای این منظور، آموزش شیوه‌های حل مسائل مادی و آموزش یا پیدا کردن شغلی که با مواد و مصرف مواد ارتباط نداشته باشد، ضروری است.

۱-۳- هدف سوم، پیشگیری از عود

هدف سوم یعنی پیشگیری از عود، صرفاً با افزایش هوشیاری افراد در حال پرهیز، در برابر احتمال و پتانسیل بالای عود قابل دسترسی است. این آمادگی از طریق آموزش، سخنرانی و یا گروه‌های هم‌یاری یا درمانی و مشاوره فردی ایجاد می‌گردد. فرد باید وضعیت‌های وسوسه‌انگیز را

تشخیص دهد و در مواقعی که با مواد روبه‌رو می‌شود، خود را مسئول بداند و به استراتژیهای اجتناب از مواد مسلح باشد.

آموزش کنترل عصبانیت، توانایی رد تعارف و نه گفتن، کنترل وسوسه، تشخیص وضعیت‌های پرخطر و آزمودن بیمار در وضعیت‌های کم‌خطرتر، این پتانسیل‌ها را افزایش می‌دهد و بیمار را به هدف پیشگیری از عود نزدیک‌تر می‌کند.

۱- کاهش عوارض

اعتیاد بیماری مزمن عودکننده‌ای است که عودهای مکرر آن در بیمار و خانواده‌اش، پزشک و گروه درمانی سرخوردگی ایجاد می‌کند. ایده‌آل‌ترین هدف، چنانچه ذکر شد، ترک کامل مصرف مواد، بالابردن عملکرد فردی و پیشگیری از عود می‌باشد. به عبارتی، سعی می‌شود بیماری را که کارکرد فردی ندارد، روابط بین فردی‌اش مختل شده است و از خطرناک‌ترین مواد، با مقدار زیاد و شیوه‌های خطرناک (مانند تزریق) استفاده می‌کند، به فردی با کارکرد و روابط بین‌فردی مناسب و ترک کامل هرگونه ماده دارویی و غیردارویی، تبدیل کرد... که البته معمولاً چنین هدفی، به سختی قابل حصول است. پس اگر فردی را تنها به مصرف مواد کم‌خطرتر (از هرئین به متادون)، مصرف کمتر، روش مصرف امن‌تر (سرنگ‌های استریل، یا تبدیل تزریق به کشیدن) و روابط و کارکرد نسبی برسانیم، در واقع او را به وسط طیف درمانی هدایت کرده‌ایم، به این اقدام، کاهش عوارض (Harm Reduction) گفته می‌شود.

<ul style="list-style-type: none"> • افزایش انگیزه ترک 	<ul style="list-style-type: none"> • سخنرانیهای آموزنده • جلسات مشاوره گروهی • کمک گرفتن از خانواده 	<ul style="list-style-type: none"> • خطرات مصرف مواد (جسمی، بین فردی، روانی) • ه فرد مسئول اعمال خویش است • ترک کردن مواد می تواند موفقیت آمیز باشد
<ul style="list-style-type: none"> • کمک برای باقی ماندن در ترک 	<ul style="list-style-type: none"> • جلسات مشاوره فردی و گروهی • ایجاد ارتباط با دوستان غیر معتاد • اصلاح روابط درون خانواده 	<ul style="list-style-type: none"> • راههای رویاوری با بحرانها • نحوه انطباق با شرایط زندگی روزمره • گذارندن سالم اوقات فراقت

جدول

۲- انواع درمانها

۳-

درمان وابستگی به مواد، ممکن است سرپایی (در مطب، درمانگاه یا مراکز خودمعرف) یا به صورت بستری (در بیمارستان، مراکز بازپروری یا اجتماعات درمان مدار)، با کمک دارو، مداخلات غیردارویی، یا هردو، کوتاه مدت یا درازمدت صورت گیرد.

انواع درمانها	
۱- درمانهای دارویی	۲- مداخلات غیر دارویی
<ul style="list-style-type: none">• پیشگیری از علائم ترک• پیشگیری از عود• تقلیل عوارض	<ul style="list-style-type: none">- گروه غیر دارویی- گروه های روانی آموزشی- گروه های خودیاری- اجتماع درمان مدار- طب سوزنی و درمان اعتیاد- خانواده درمانی- شناخت - رفتار درمانی- آموزشهای روان شناختی

۱-۳- درمانهای دارویی

امروزه برای درمان اعتیاد از داروهای مختلف می توان کمک گرفت. طیف وسیع داروهای ویژه درمان اعتیاد، در مراحل مختلف ترک کاربردهای مختلف دارند. البته تفاوت های فردی و همچنین ماده مورد مصرف، دو مشخصه تعیین کننده در انتخاب داروست. برای مثال برای ترک مواد افیونی، می توان در مراحل مختلف از انواع داروها کمک گرفت.

پیشگیری از علائم ترک

استفاده از دارو (مانند کلونیدین) در دو هفته اول پس از قطع مصرف مواد افیونی، علائم ترک (آبریزش از چشم و بینی، عطسه، سسکسه، خمیازه، بی قراری، بی خوابی، عصبانیت و پرخاشگری) را کاهش می دهد.

پیشگیری از عود و بیزاری از مواد

درمان بیماریهای زمینه‌ای جسمی و روانی، از عود مصرف پیشگیری می‌کند. همچنین گونه‌ای از داروها (مانند دی‌سولفیرام برای ترک الکل) حس بیزاری (تهوع، استفراغ و...) نسبت به ماده مورد مصرف را ایجاد می‌کنند و وسوسه‌ها را کاهش می‌دهند. انواع دیگری از این داروها (مانند نالتراکسون در ترک مواد افیونی)، گیرنده‌های خاص مواد در مغز را پر می‌کند و در صورت مصرف، این مواد جایی برای اشغال نمی‌یابند و نشنگی حاصل نمی‌شود.

کاهش عوارض

در مواقعی که بیمار نمی‌تواند مواد را کاملاً ترک کند، می‌توان مصرف ماده یا روشی خطرناک را به ماده یا روش امن‌تری تبدیل کرد. مثلاً مصرف داخل وریدی (هرئین) را به مصرف خوراکی (معتادون) تبدیل نمود. با این روش به طور غیرمستقیم، پیشگیری از جرم نیز اتفاق می‌افتد؛ زیرا معتاد، تحت نظر مراکز تأمین‌کننده دارو قرار می‌گیرد و دیگر برای دستیابی به مواد نباید هزینه‌ای بپردازد.

۲-۳- مداخلات غیردارویی

مشکلات ناشی از سوءمصرف مواد، همیشه جسمی و روانی نیستند و اغلب دارای ماهیت خانوادگی و اجتماعی نیز می‌باشند. بنابراین، غیر از سم‌زدایی و درمان اختلال روانی ناشی از سوءمصرف مواد، گاهی کمک به بیمار برای جلوگیری از ارتکاب جرم، پرهیز از فعالیت‌ها و بحران‌هایی که او را مستعد عود می‌کند و ایجاد ارتباطات جدید و اصلاح ارتباطات قبلی لازم می‌باشد.

گروه‌درمانی معتادان

مدتهاست که کارآیی عالی رویکردهای گروه‌درمانی برای درمان اعتیاد شناخته شده است. در حقیقت برای اکثر برنامه‌های درمانی معتادان (بستری یا سرپایی) اساساً از یک رویکرد گروه‌درمانی استفاده می‌گردد.

گروه‌درمانی در مقایسه با روان‌درمانی فردی، دارای مزایای آشکاری می‌باشد که برخی از آنها شامل موارد زیر است:

- امیدبخشی

- هم‌دردیابی
- در نظر گرفتن هدف مشترک (عدم مصرف)
- ایجاد رابطه‌های دوستانه جدید
- انتقال اطلاعات
- تمرین کمک به دیگران
- یادگیری روابط صادقانه
- مبارزه با انکار و پذیرش بیماری اعتیاد

گروههای آموزشی، روانی: گروههای آموزشی روانی عمدتاً به شکل بحث- سخنرانی اداره می‌شوند و در آنها موضوعات انتخابی درباره جنبه‌های گوناگون اعتیاد و فرآیند بهبود کامل از اعتیاد به مراجعان عرضه می‌گردد. این گروهها به‌خصوص برای مراجعان جدید، بسیار مهم و اساسی‌اند؛ چون اطلاعات اساسی درباره اعتیاد به آنها می‌دهد و به یاددهی مهارتهایی که برای بهبود آنها لازم است، کمک می‌کند. تلاش این گروهها، ایجاد شالوده‌ای اساسی است که عامل اصلی فرآیند بهبود را خود مراجع می‌داند. مراجعان می‌توانند ساکت باشند یا صحبت کنند. یکی دیگر از خصوصیات مشترک این گروهها، تعیین تکالیف کتبی چه در طول نشستهای گروهی و چه پس از آن، می‌باشد.

این گروهها نوعاً بخشی از برنامه‌های درمانی معتادان بستری یا معتادان با بیماری همراه می‌باشد و همچنین یک وسیله درمانی مهم در برنامه‌های درمان سرپایی یا شبانه‌روزی معتادان است. این نوع گروهها تعدادی محدود تا ۲۰ نفر را در بر می‌گیرد. عضویت در این گروهها عموماً باز و وابسته به شرکت مراجعان در نشستهای گروهی و نیاز آنها به درمان می‌باشد. کارآیی بالینی گروههای روانی آموزشی، در مقایسه با گروههای روان‌درمانی سنتی‌تر، وابستگی کمتری به عضویت بسته دارد. به هر حال حتی در این نوع گروهها، ثبات در عضویت مفید و لازم است؛ چون به رشد همبستگی گروهی کمک می‌کند. همگونی در عضویت این گروهها کاملاً آشکار است، چون همه اعضا مشکل اعتیاد دارند. مراجعان ممکن است کاملاً آماده قطع مصرف مواد و یا آماده درمان نباشند، اما می‌بایست حداقل خواستار یادگیری فرآیند اعتیاد و مهارتهای متوقف کردن مصرف موادمخدر باشند.

موضوعهای مشترکی که در گروههای روانی آموزش مطرح می‌شوند عبارت‌اند از:

- فرآیند اعتیاد
- جنبه‌های پزشکی اعتیاد
- فعالیتهای تفریحی

- علل بازگشت و پیشگیری از بازگشت
- مقابله با تعارض
- چگونه به الکل یا مواد مخدر «نه» بگوییم
- معرفی گروههای خودیاری
- مقابله با وسوسه
- شناسایی رفتارهای خطرناک
- علل گرایش به مواد
- اعتیاد به عنوان یک بیماری خانوادگی
- مقابله با استرس
- جرات آموزی
- بیماریهای واگیردار جنسی
- نیاز به درمان بعد از ترک و درمان جاری
- ایجاد نظم در زندگی
- افزایش مهارتهای انطباقی به طور عموم

علاوه بر این گروهها، مراجعان مبتلا به بیماری همراه می‌بایست درباره بیماری روانپزشکی و ارتباط آن با اعتیاد، اهمیت رعایت دستورهای دارویی و تعامل بین دارودرمانی تجویزی با الکل و سایر موادمخدر، تحت آموزش قرار گیرند. کمک به مراجعان برای دستیابی به سطوح کنترل و سلامت می‌باشد که همه آنها مشخصاً شامل خودداری کردن از مصرف مواد است.

گروههای خودیاری: گروههای خودیاری یک شیوه درمانی بسیار مهم برای معتادان است. مشهورترین برنامه گروه خودیاری A.A (الکلیهای گمنام) می‌باشد. تعداد اعضای A.A در سراسر جهان ۱/۵ میلیون نفر برآورد می‌گردد. سایر گروههای خودیاری که از A.A الگو گرفته‌اند، عبارت‌اند از: کوکائینیهای گمنام (C.A)، معتادان گمنام (N.A)، سوءمصرف‌کنندگان قرص گمنام (P.A) گروههای خودیاری برای کمک به سایر مراجعانی که انواع دیگر رفتارهای اعتیادی نظیر «قمار و غذا» را تجربه می‌کنند (قماربازان گمنام "G.A"، پرخورهای گمنام "O.A").

تمام گروه‌های خودیاری که بعد از A.A شکل گرفته و برای کمک به معتادان طراحی شده‌اند، بهبود کامل از اعتیاد را تشویق می‌کنند. علاوه بر آن فلسفه زیربنایی برنامه این است که اعتیاد، یک بیماری و بهبود یک فرآیند همیشگی است. به این نکته نیز باید توجه نمود که درمان اعتیاد زمانی به نتیجه می‌انجامد که ۱۲ گام A.A دنبال شود. اولین قدم، پذیرش ناتوانی در برابر موادمخدر است. برای کمک به مراجعان، بر غلبه بر یک نیروی برتر (که خارج از افراد قرار دارد) تأکید می‌گردد. انواع گوناگون جلسات شامل جلسات سخنرانی، بحث، مبتدیان (تازه‌واردان) و جلسات قدمها می‌باشد. جلسات می‌تواند باز (برای همه افراد) و بسته (فقط برای اعضای A.A) باشد. گروه‌های تخصصی‌تر برای زنان و مردان، همجنس‌بازان و معتادان جوان نیز شکل گرفته است. اندازه گروه می‌تواند از چند عضو تا صدها نفر تغییر کند.

در جلسه سخنرانی، اعضایی که مصرف مواد را ترک کرده‌اند، داستان اعتیاد خود را از زمانی که برای اولین بار موادمخدر مصرف کردند تا زمانی که موادمخدر آنها را نابود کرده است و سرانجام داستان نجات خود و مشغول شدنشان به برنامه را تعریف می‌کنند. سایر اعضای گروه نوعاً با جنبه‌های مختلف این داستان‌ها احساس همدردی می‌کنند که می‌تواند برایشان یک الگوی بهبود فراهم آورد. جلسات بحث عموماً بر جنبه‌های خاص فرآیند بهبود متمرکز است. جلسات قدمها، درباره قدمهای خاص برنامه بحث می‌کند.

جنبه مهم دیگر برنامه، استفاده از یک راهنماست. راهنما کسی است که عضو جدید او را انتخاب می‌کند تا راهنمایی‌های لازم را ارائه نماید و در مواقعی که نیاز به مصرف موادمخدر احساس می‌شود، به آسانی بتواند با او ارتباط تلفنی برقرار نماید. راهنما می‌بایست در بهبود خود استوار باشد که بتواند به اعضای جدید کمک‌رسانی کند. هرچند تلاش برای ارزیابی میزان کارایی هر نوع روش درمانی، مشکلات عمده ارزشیابی دارد، اما شواهد حاکی از آن است که A.A یک سبک درمانی بسیار کارآمد در قادرسازی مراجعان به کسب بهبود است. بسیاری از مراجعان معتقدند که بدون استفاده از برنامه A.A، قادر به کسب بهبود نبودند. گروه‌های A.A مدار، تجربه‌های گروه درمانی نیرومند هستند؛ زیرا ساختار این گروهها، شامل تمام مزایایی است که گروه درمانی نسبت به درمان فردی دارد.

اجتماع درمان مدار

اجتماع درمان مدار (TC (Therapeutic Community) یا اجتماع درمان مدار، یک برنامه ساختاریافته و نظارتی قوی است که برای درمان مسائل رفتاری، هیجانی و خانوادگی مصرف‌کنندگان مواد طراحی شده است. TC بر خودیاری، رشد فردی و حمایت همسالان تأکید دارد.

افراد در TC، اعضای یک خانواده بزرگ هستند. "TC" یک برنامه درمانی اقامتی است که شامل یک سری مراحل می‌باشد که از دوره مقدماتی آغاز و تا مراقبت پس از بهبود ادامه می‌یابد. مدت TCها متفاوت می‌باشد و به TCهای بلندمدت و کوتاهمدت تقسیم می‌شود و از ۳۰ روز تا ۳ سال متغیر می‌باشد.

"TC"ها انواع مختلف دارند و فقط در آمریکا حدود یک هزار "TC" وجود دارد. TC یک جنبش جهانی است که فدراسیون جهانی اجتماع درمان مدار آن را ارائه نموده است. اجتماع درمان مدار یا TC حدود سه دهه است که به درمان بیماران مبتلا به سوءمصرف مواد می‌پردازد و در واقع جانشین رویکردهای طبی و روانپزشکی سنتی شده است.

گزارش عملکرد TC نشان می‌دهد که توفیق کلی یعنی «هیچ جرمی، هیچ مصرف مواد»، در بین کسانی که دوره TC را کامل گذرانده‌اند، برای یک دوره پیگیری پنج تا هفت ساله، بالاتر از ۷۵ درصد است.

هدف TC ایجاد تغییرات کلی در سبک زندگی معتاد است. این تغییرات شامل موارد زیر می‌باشد:

- پرهیز از موادمخدر
- ایجاد صداقت فردی
- کسب مهارت‌های اجتماعی مفید
- حذف عقاید ضداجتماعی و رفتارهای غیرقانونی

در TC عملاً اهداف درمانی روان‌شناختی و اجتماعی به صورت همزمان تعقیب می‌شود. برای دستیابی به این اهداف، معتاد مجبور است حدود ۳ ماه تا ۳ سال در اجتماعات درمان مدار زندگی کند

و با استفاده از برنامه‌های هدفمندی که برای وی در نظر گرفته شده است، سطح عملکردش نه تنها به سطح عملکرد قبل از بیماری برسد (بازتوانی)، بلکه انواع جدیدی از رفتار که قبل از اعتیاد نیز در وی وجود نداشته است (توانبخشی) ایجاد گردد. البته این یک یادگیری ساده رفتار نیست، بلکه درمان به مفهوم یک فرایند پیچیده یادگیری است که در نهایت به کسب مهارت‌های زندگی منجر می‌گردد.

طب سوزنی در درمان اعتیاد

یکی از آثار مهم موادمخدر در مغز، کاهش یا متوقف نمودن فعالیت مراکز ترشحات اندورفین (مورفین طبیعی) می‌باشد. این عارضه باعث ایجاد کشش و میل و هوس شدید به سوی مصرف موادمخدر (مورفین مصنوعی)، برای جایگزین نمودن مورفین طبیعی می‌شود. در واقع علت وابستگی فرد به موادمخدر، نیاز شدید گیرنده‌های مورفین در مغز می‌باشد که با نرسیدن آن سندرم ترک ایجاد می‌شود. در لاله گوش انسان نقطه مخصوصی وجود دارد که با سلسله اعصاب داخلی مغز ارتباط دارد و تحریک این نقطه، باعث طبیعی شدن فعالیت مغز و در نهایت منجر به بی‌علاقگی فرد معتاد به مصرف موادمخدر و همچنین کاهش علائم ترک می‌شود. گفته شده که این روش ک همچنان در حال بررسی است، علاوه بر تأثیر بر کاهش علائم ترک، میل و هوس نسبت به مواد را تقلیل می‌دهد.

خانواده‌درمانی در درمان معتادان

به‌طور کلی سوءمصرف مواد آثار عمیقی بر خانواده دارد و خانواده عامل مهمی در درمان فرد مبتلا به سوءمصرف مواد است. البته خانواده‌درمانی به تنهایی نمی‌تواند درمان افراد دارای مشکل سوءمصرف شدید مواد را تضمین نماید. در خانواده‌درمانی سه مرحله اساسی از درگیری خانواده با درمان وجود دارد:

۱. ایجاد سیستمی جهت برقراری و استمرار وضعیت پرهیز از مواد
۲. به‌کارگیری شیوه خاص خانواده‌درمانی
۳. بررسی سازگاری مجدد خانواده پس از قطع سوءمصرف مواد

در آغاز کار اغلب استفاده از آموزش خانواده، به خوبی مورد قبول واقع می‌شود. توضیح دادن عوارض پزشکی مواد به خانواده، یک شیوه عینی برای رویارویی با پیامدهای سوءمصرف مواد را فراهم می‌سازد. معمولاً به این خانواده‌ها می‌توان قواعد و نقش‌های مناسب خانوادگی را آموزش داد.

در صورتی که پرهیز از مواد و آرامش در خانواده حاصل شود، حتی در صورتی که اعضای خانواده با یکدیگر به سردی رفتار کنند، درمانگر باید خوشنود باشد. از زمان قطع سوء مصرف مواد، خانواده ممکن است وارد مرحله‌ای شیرین که در آن تعارضات عمده انکار می‌گردند، بشود. خانواده یک هماهنگی ظاهری را براساس آسودگی و سرکوب کردن احساسات منفی ادامه می‌دهد. از سوی دیگر، وقتی که وابستگی فرد به مصرف مواد متوقف می‌شود، ممکن است مشکلات دیگر خانواده، به‌ویژه اختلافات والدین یا مشکلات سایر فرزندان، آشکار شود. این مشکلات از قبل وجود داشته‌اند، ولی بیمار معلوم با مصرف مواد آن را در پرده ابهام گذاشته بود و بعد از قطع مصرف مواد با بازگشت رفتارهای نابهنجار «بیمار معلوم»، بازخواهدگشت. «بیمار معلوم»، که عضوی از خانواده است، نشانه مرضی را که ناشی از شبکه بزرگتری از روابط مختل در خانواده است، آشکار می‌کند. فرض بر این است که «بیمار معلوم»، با اعتیاد خود، باعث حفظ ثبات خانواده است و سیستم جاری آن را تداوم می‌بخشد. حذف اعتیاد «بیمار معلوم» سیستم خانواده را از شکل متعادل قبلی خود خارج می‌کند و برای ایجاد هماهنگی مجدد، «بیمار معلوم» و یا اعضای دیگر خانواده را به سوی رفتار بیمارگونه قبلی بازخواهد گرداند. در صورتی که وضعیت پرهیز از مواد ادامه یابد، باید با خانواده برای ماهها و اغلب سالها پس از شروع پرهیز از سوء مصرف مواد کار کرد. به‌علاوه تداوم خانواده‌درمانی برای بهبود عملکرد هیجانی «بیمار معلوم» و سایر اعضای خانواده لازم است.

خانواده‌درمانی، آن‌گونه که در این جا توصیف شد، میزان بروز کناره‌گیری زودهنگام از درمان را کاهش می‌دهد و به عنوان اقدامی پیشگیرانه برای سایر اعضای خانواده عمل می‌کند. به‌طور خلاصه خدمات انجام شده، برای ایجاد خانواده‌ای سالم و کامل است که با ایجاد تغییرات ساختاری از عود سوء مصرف الکل و مواد جلوگیری می‌نماید.

شناخت - رفتاردرمانی

این نوع درمان به گفته مبدع آن، آثرون بک، مبتنی بر این منطق زیر بنایی نظری است که حالت عاطفی و رفتار فرد را عمدتاً نحوه ساختار دادن او به جهان تعیین می‌کند. فرد، جهان را براساس نگرش‌ها یا شناخت‌های خود ساختار می‌دهد و شناخت یا نگرش، اندیشه ای کلامی یا تصویری است که در دسترس خود آگاهی فرد قرار دارد. هر شناخت یا نگرش بر فرضی استوار است و هر فرضی براساس تفسیر فرد از تجارب قبلی‌اش، شکل گرفته و بازتابی از تصور فرد درباره خود، دنیای گذشته و آینده اوست. تغییر ساختار شناختی یا نگرش زیرین، بر حالات عاطفی و الگوهای رفتاری اثر می‌گذارد و اصلاح این ساختارهای معیوب می‌تواند باعث بهبود مشکل بالینی فرد شود. این نوع

درمان، کوتاه‌مدت، ساختار یافته و منظم، با تکالیف خانگی، متمرکز بر مشکلات فعلی و بر رابطه و فعالیت درمانگر و مراجع است.

طرح شماتیک رفتار مصرف مواد از نظر شناختی

بخش دوم

پیشگیری اولیه از اعتیاد

مقدمه

مبارزه با اعتیاد در جهان بر سه روش کلی مبارزه با عرضه، درمان معتادان و فعالیتهای پیشگیری در جهت کاهش تقاضا استوار می شود. در کشور ما کنترل عرضه موادمخدر از طریق اجرای قوانین و فعالیتهای نیروی انتظامی روز به روز افزایش می یابد. اما این اقدامات ارزشمند برای حل مشکل اعتیاد به هیچ وجه کافی نیست؛ زیرا نمی تواند میزان تقاضا را کنترل نماید. در یک بازار بزرگ با تقاضای زیاد نمی توان دسترسی به مواد را محدود و یا قیمت آن را اضافه کرد. در چنین بازاری توزیع کنندگان و عرضه کنندگان بقدری افزایش می یابند که قیمت ها نسبتاً پایین باقی می ماند. در امریکا در سال های ۱۹۸۶ و ۱۹۸۹ هزینه ای که صرف اجرای قوانین شد دو برابر گردید، اما در همان زمان قیمت کوکائین در بازار گرمی ۱۰۰ دلار به ۷۵ دلار تقلیل پیدا کرد. مطالعات مختلف نشان داده اند که تا وقتی تقاضا برای عرضه زیاد است، عرضه را نمی توان خیلی پایین آورد و وقتی تقاضا بالاست حتی با خارج کردن دلالتان از جامعه، قیمت مواد خیلی تحت تأثیر قرار نمی گیرد؛ زیرا دیگران بلافاصله خلاء ایجاد شده را پر می کنند. یکی دیگر از معضلات مبارزه با عرضه، قدرت اقتصادی ناشی از ارزش افزوده بالای مواد و به تبع آن حمایت های سیاسی و نظامی از تولید و توزیع مواد مخدر است. به دلیل درآمد زیاد حاصل از کشت مواد مخدر و تجارت سود آور آن، تجارت مواد پس از تجارت اسلحه در مرتبه دوم قرار دارد (درآمد سالانه حاصل از تجارت مواد مخدر بالغ بر ۵۰۰ میلیارد دلار است).

از طرف دیگر، رویکرد درمانی نیز با مشکلات زیاد مواجه است. بسیاری از افرادی که برای درمان مراجعه می کنند، دچار عوارض جسمی، روانی و اجتماعی جدی شده اند که برطرف کردن آن هزینه و وقت و انرژی زیاد می خواهد و میزان موفقیت نیز نامعلوم است. به دلیل پیچیدگی مشکلات اعتیاد، ساختار درمانی پیچیده ای نیز مورد نیاز است تا همه ابعاد زندگی و الگوهای رفتاری مختلف معتادان را در بر گیرد؛ ساختارهایی مانند درمانگاه های ویژه معتادان، مراکز مسمویت زدایی و بازپروری، کارگاه های حرفه ای و جوامع درمانی.

برنامه های درمانی، نیاز به زمان و تلاش صبورانه فرد معتاد، خانواده وی، درمانگر و سازمانهای مسئول دارد. درمان اعتیاد به دلیل فردی بودن آن و دلایل ذکر شده بسیار پرهزینه می باشد. از سوی دیگر، درمان کارآمد مستلزم شرکت فعال معتادان به مواد است، درحالیکه اغلب معتادان تمایلات متضاد و دوگانه ای نسبت به درمان دارند. بسیاری از معتادان در حین درمان، آن را رها می کنند یا

مدت کوتاهی بعد از خاتمه درمان اولیه دوباره به مواد رو می آورند . اگرچه پژوهش های انجام شده در مورد برنامه های درمانی نشان داده اند که بسیاری از کسانی که تصمیم می گیرند مصرف مواد را متوقف کنند ، در این کار توفیق می یابند ، ولی تعداد قابل ملاحظه ای مجدداً مصرف مواد را شروع می کنند . پرداختن به درمان امری ضروری و با اهمیت است ؛ لیکن پس از اینکه مصرف مواد آسیب قابل ملاحظه ای به مصرف کننده ، اطرافیان وی و جامعه وارد آورد ، وارد عمل می شوند .

رویکرد کاهش تقاضا در جهان عمر کوتاهتری دارد و از ۳۰ سال پیش به تلاشها و مبارزه علیه اعتیاد اضافه شده است . بررسی ها نشان می دهند که رویکرد پیشگیری نیز می بایست در کنار مبارزه با عرضه و رویکرد درمانی مورد توجه قرار گیرد. از سال ۱۹۸۰ میزان شیوع اعتیاد در کشورهایی که فعالیت های پیشگیری از اعتیاد را از طریق کاهش تقاضا با جدیت پیگیری می نمایند کاهش قابل ملاحظه ای یافته است. به عنوان مثال تعداد مصرف کنندگان مواد مخدر در آمریکا در سال ۱۹۹۰ به نسبت سال ۱۹۸۵ به نصف تقلیل یافت که این تغییر مدیون فعالیت های پیشگیری از اعتیاد بوده است.

تا چند سال گذشته در ایران فعالیت های مبارزه با اعتیاد به کاهش عرضه و درمان معتادان محدود بوده و این دو رویکرد به اشکال متفاوت آرمایش شده اند اما هنوز توفیقی در کنترل مشکل اعتیاد حاصل نگردیده است . متأسفانه علیرغم ثابت شدن تأثیر چشمگیر فعالیتهای پیشگیری در جهان ، در هیچ دوره ای از فعالیتهای مبارزه با مواد مخدر در ایران ، به امر کاهش تقاضا پرداخت نشده است . از آنجا که پیشگیری از اعتیاد مداخله فعال تمام جامعه ، از مسئولان رده های بالا تا آحاد مختلف مردم را می طلبد ، مهمترین کاربرد این فصل ، یاری دادن به بخشهای گوناگون جامعه است تا برای ایجاد محیطی سالم برای کودکان و نوجوانان با کسب نگرش علمی ، دیدگاهی واحد و هدفی مشترک و هماهنگ تلاش نمایند .

در شناخت- رفتاردرمانی، فرضیات بیمار به کمک او کشف می‌شود و در طی تکالیف خانگی مورد آزمون قرار می‌گیرد. مثلاً در مثالهای فوق، فرض اولیه 'من احمق و زشتم' را با همکاری فعال بیمار می‌آزماید و آن را اصلاح می‌کند. مرحله اصلاح فرضیات و روشهای برخورد با مسائل، طی راهکارهای رفتاری به بیمار آموزش داده و تمرین می‌شود.

این روش درمانی، که برای درمان وابستگی به مواد به شکل گسترده مورد استفاده قرار گرفته است، برای درمان افسردگی (در مواردی برای درمان اضطراب، وسواس، اختلالات عصبی، هراس و...) سودمند بوده است.

به نظر می‌رسد استفاده از این روش درمانی ارزشمند، برای سوءمصرف مواد و نیز پیشگیری از عود، بیشتر مورد استفاده قرار گیرد.

۳- اجرای فعالیت های پیشگیری از طریق مدرسه و معلمان

ساختار مدرسه در برنامه های وسیع پیشگیری سهم بسزایی دارد. هزینه مداخلاتی که از طریق مدرسه صورت می‌گیرد نسبتاً کمتر است. همراهی مدرسه در برنامه های جامع اجتماعی موجب می‌شود تا پیام ها، ارزش ها و نگرش های واحدی به نوجوانان منتقل می‌شود، نمی‌توان تنها افرادی را که بیشتر در معرض خطر هستند (مانند کسانی که دارای صفات شخصیتی مستعد کننده می‌باشند) تحت پوشش قرار داد؛ زیرا این خطر وجود دارد که به آنان مارک «احتمال معتاد شدن» زده شود و این پیام به فرد منتقل گردد که «در آینده معتاد خواهی شد.»

۳-۱- دخالت دادن والدین

در مورد آگاه سازی والدین قبلاً توضیح داده شد؛ لیکن در اینجا به روش های آگاه سازی از طریق مدرسه اشاره می‌شود:

۱- برگزاری جلساتی برای آگاه کردن والدین از خطر مواد مخدر و دادن

آموزش های لازم

۲- فرستادن جزوه ها یا بروشورهای آموزشی به والدین

۳- ترغیب والدین به شرکت در تشکیلات والدین، از طریق انجمن اولیاء و مربیان برای ایفای نقش های فعال تر در جوامعی که والدین برای تامین نیازهای اولیه زندگی، با مشکل روبه رو هستند و یا به سختی کار می کنند تشویق آنان به این گونه فعالیت ها به تلاش بیشتری نیاز دارد.

۳-۲- برگزاری دوره های آموزشی یا روش های تغییرنگرش دانش آموزان

بسیاری از روش های آموزش اطلاعات یا تغییر و تثبیت نگرش فرد را می توان از طریق ساختار مدرسه برای گروه های دانش آموزان طرح ریزی نمود. این آموزش ها می توانند به وسیله برگزاری کلاس، نمایش فیلم، جزوه و یا بحث های گروهی انتقال یابند.

یکی از روش هایی که نگرش گروه دانش آموزان را مورد هدف قرار می دهد، استفاده از روش تلقیح شناختی (cognitive inoculation) می باشد. با این شیوه علاوه بر ارائه اطلاعات و باورهای صحیح در مورد مصرف مواد، دانش آموزان را در مورد عقاید و باورهایی که احتمال دارد در آینده با آن روبه رو شوند، به بحث وامی دارد. استفاده از این روش، منجر به تثبیت نگرش های آموخته شده می شود و آنان را برای تحمل فشارهایی که بعدها ممکن است از طریق دیگران برای پذیرفتن باورهای ناسالم اعمال شود مهیا می سازد.

از شیوه های دیگر برای تغییر نگرش، ایجاد گروههای دانش آموزی است که تحت عناوینی مانند گروه های سالم، با هر گونه عمل خلاف مخالفت می کنند. پیوستن فرد به چنین گروهی و به دنبال آن اعمال فشار گروه، منجر به شکل گیری نگرش های ضد مصرف مواد می شود.

۳-۳- وضع مقررات واضح در رابطه با موادمخدر

وجود و اعلام مقررات جدی این پیام را می رساند که مصرف سیگار و موادمخدر از نظر اجتماعی مورد پذیرش نیست. برای وضع چنین سیاست هایی ابتدا باید وسعت مسئله را در مدرسه، از ابعاد مختلف، تخمین زد و مطابق با آن مقررات لازم را تنظیم نمود. این مقررات باید شامل ممنوعیت هر گونه حمل، استفاده و فروش سیگار و موادمخدر باشد و عواقب سرپیچی از این مقررات نیز باید معلوم و روشن باشد. در صورت امکان، از اخراج نباید به عنوان تنبیه استفاده کرد؛ زیرا اخراج شدن از مدرسه خود عامل مهمی در ابتلاء به اعتیاد می باشد. علاوه بر آن تحقیقات نشان

داده اند که دانش آموزی که به دلیل مصرف مواد از مدرسه اخراج می شود، احتمال سوء مصرف در همکلاسانش به دلیل دوستی با او بیش از هنگامی است که در مدرسه باقی می ماند و تحت نظارت و مشاوره و درمان قرار می گیرد. اخراج را می توان به عنوان آخرین راه حل در صورت شکست انواع دیگر تنبیه به کار گرفت.

۳-۴- ایجاد امکانات مشاوره و درمان

مدرسه باید امکانات کافی مشاوره یا درمان را برای کسی که به هر دلیل در رابطه با موادمخدر دچار مشکل شده اند، فراهم آورد و وجود این امکانات را به اطلاع دانش آموزان و والدینشان برساند. همچنین قبل از استفاده از هر گونه تنبیه در مورد افرادی که از مقررات عدم مصرف تخطی کرده اند، ابتدا باید از آنان جهت شرکت در جلسات مشاوره تعهد گرفته شود.

۳-۵- آگاه سازی معلمان

اهمیت مشارکت معلمان در پیشگیری از مصرف موادمخدر، کاملاً روشن است. اما این مشارکت، به اطلاعات و تبحر کافی نیاز دارد. بدیهی است که اطلاعات معلمان باید بیش از اطلاعات دانش آموزان باشد. معلمان غیربومی باید از وضعیت موادمخدر در منطقه مطلع شوند. همچنین معلمان باید از نیازهای دانش آموزان و عوامل و موقعیت‌هایی که آنها را در معرض خطر مصرف قرار می دهد، آگاهی یابند.

معلمان نیز مانند دیگر افراد جامعه ممکن است دارای نگرش های مثبت یا خنثی و یا حتی خود مصرف کننده سیگار و یا موادمخدر باشند. از آنجا که معلمان از الگوهای مهم زندگی کودکان و نوجوانان هستند، تاثیر نگرش و رفتار آنان بر دانش آموزان کاملاً روشن است. بنابراین، معلمان باید از انتقال هر گونه نگرش مثبت نسبت به مواد به دانش آموزان پرهیز نمایند.

۳-۶- اصلاح روش تدریس و برخورد با دانش آموزان

بخش مهمی از زندگی کودکان و نوجوانان در مدرسه سپری می شود. ارتباط و نحوه برخورد معلمان با آنان احیانا مشکلاتی که در این رابطه به وجود می آید، از مهمترین وقایع زندگی دانش آموزان می باشد. تصحیح این ارتباطات در کاهش عوامل استرس زا و تقویت اعتماد به نفس دانش آموزان تاثیر بسزایی دارد.

اصلاح روش تدریس معلمان به نحوی که دانش آموزان را به بحث، مداخله و اظهارنظر، استقلال و تصمیم گیری تشویق نماید، از روش های دیگر پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر می باشد. در میان انواع فعالیت های آموزشی، بر نقش اساسی روش های فعال (یادگیری اکتشافی، پژوهش، مباحثه و نمایش) تاکید می شود. هدف چنین فعالیت هایی، عدم موفقیت کودکان در مدرسه، نشانه عدم موفقیت و نارسانی سیستم مدرسه است. بنابراین، تا حد امکان باید از اخراج کودکان از مدرسه جلوگیری نمود، زیرا موفقیت تحصیلی نقش محافظت کننده ای در مقابل ابتلاء به سوء مصرف مواد دارد.

۷-۳- آموزش مهارت های ارجاع دادن

بعد از والدین، معلمان بیش از سایر افراد بالغ با دانش آموزان سروکار دارند. آموزش معلمان در مورد نشانه های مصرف مواد و یا اختلالات روانی به ویژه مشکلات خلقی، شیوه برخورد با آن و چگونگی ارجاع موارد به مراکز مشاوره و درمان موجب می شود تا معلمان به عنوان مراجع مهم شناسایی و ارجاع، عمل نمایند.

۸-۳- استفاده از معلمان برای آموزش اطلاعات

از معلمان، در صورت ارائه آموزش های کافی و لازم می توان در امر انتقال اطلاعات مربوط به مواد مخدر و یا تغییر نگرش دانش آموزان یا ایجاد مهارت های مقاومت در مقابل فشار دوستان استفاده نمود. مطالعات مختلف نشان داده اند که آموزش هایی که به وسیله معلمان انتقال می یابند، علاوه بر کم هزینه بودن، تاثیر قابل توجهی در افزایش آگاهی و تغییر نگرش کودکان و نوجوانان دارند.

۴- فعالیت های پیشگیری با استفاده از رسانه ها

رسانه ها در شکل دادن و تقویت نرم های اجتماعی بسیار اهمیت دارند. از این میان، رادیو و تلویزیون نفوذ بیشتری دارند ولی نقش روزنامه ها و مجلات، پوسترها و آگهی های تبلیغاتی را در ایجاد نگرش ها و ارزش ها نباید نادیده گرفت. برنامه های پیشگیری که از ساختار رسانه ها استفاده

می کنند، هنگامی موفقیت خواهند داشت که با استراتژی های دیگر همراه شوند. مطالعات مربوط به تاثیر رسانه ها، نشان داده اند که اگر چه رسانه ها موجب افزایش آگاهی جمعیت هدف می شوند، اما به تنهایی نمی توانند تغییر محسوسی در رفتار آنان ایجاد نمایند.

برای استفاده از رسانه ها، ابتدا باید به سوالات زیر پاسخ داد: گروه مخاطب دقیقاً چه کسانی هستند؟ در چه رده سنی و جنسی و طبقه اجتماعی قرار دارند؟ گروه مخاطب از چه رسانه هایی و در چه زمان هایی بیشتر استفاده می کنند؟ این گروه چه پیام هایی را بیشتر دریافت می کنند؟ گروه مخاطب پیام ها را به چه شکل و از طرف چه کسانی بیشتر می پذیرند؟

هنگام استفاده از تلویزیون باید به دو نکته توجه نمود: ۱- قابلیت پذیرش برنامه (acceptability): بدین معنی که برنامه به چه میزان می تواند توجه بیننده را به خود جلب کند. ۲- میزان تاثیر (efficiency): در صورتی که مخاطب پیام یا برنامه مورد نظر را ببیند و کاملاً به آن توجه کند، چه تاثیری بر نگرش و رفتار او خواهد داشت. همچنین باید از محدودیت های زمانی و هزینه استفاده از هر وسیله ارتباط جمعی مطلع بود. به عقیده مبلغان تجاری، برای آگاه کردن بیننده، آگهی حداقل سه بار باید در معرض نمایش گذاشته شود. بدیهی است که برای تغییر نگرش و باورها به بیش از این میزان نیاز است. باید توجه داشت که رسانه ها و برنامه هایی که افراد در معرض خطر را تحت پوشش قرار می دهند، ارجحیت بیشتری دارند. استراتژی هایی که در آن از رسانه ها استفاده می شود عبارت اند از:

۱-۴- ارتباط با نویسندگان و کارگردانان

تلویزیون تاثیر بسیار زیادی در رفتار کودکان و نوجوانان دارد. غالب بر داشته های نوجوانان دارد. غالب برداشت های نوجوانان از شخصیت ها و یادگیری های آنها با برداشت بزرگسالان متفاوت است. برخی از شخصیت پردازی ها از افراد معتاد، منجر به ایجاد نگرش های مثبت نسبت به مواد مخدر می شود. عدم نمایش واقع گرایانه عواقب و عوارض اعتیاد، اغلب پیام آور وجه جذاب آن مانند خطرناک و یا هیجان انگیز بون می باشد. علاوه بر این، فیلم های سینمایی و تلویزیونی حاوی پیام های مختلفی از تاثیر سیگار، الکل، دارو و مواد مخدر در کاهش درد و رنج و اضطراب و یا عادی بودن مصرف مواد است. هدف از این برنامه، آموزش دست اندرکاران رسانه ها می باشد تا در برنامه های خود در مورد مصرف مواد و مضرات آن، اطلاعات واقعی را منتقل و الگوی صحیحی از مواد

مخدر و معتادات مطرح نمایند. از بد آموزیهای رفتاری در ابعاد مختلف بپرهیزند و در صورت لزوم، در تبلیغ روشهای دیگر پیشگیری از سوء مصرف مواد، همراهی نمایند.

۲-۴- استفاده از چهره‌های محبوب در رسانه‌ها

برای مشارکت در فعالیتهای پیشگیری می‌توان از چهره‌ای محبوب ورزشی، علمی، هنری (مانند هنر پیشگان) دعوت نمود. بخصوص افرادی که هرگز سیگار یا مواد دیگری مصرف نکرده‌اند و نسبت به آنها نگرش‌های منفی نیز دارند، می‌توانند الگوهای خوبی برای نوجوانان و جوانان باشند.

۳-۴- استفاده از معتادان آسیب دیده در رسانه‌ها

در برنامه‌ها و فیلم‌های آموزشی که جهت آگاه‌سازی افراد به کار می‌رود، نباید از معتادان بهبود یافته استفاده کرد. در حقیقت پیام معتاد بهبود یافته وقتی می‌گوید: «کاری را که من کرده‌ام نکنید» این است که فرد معتاد هر وقت بخواهد، بدون هیچ مشکلی، می‌تواند اعتیاد خود را ترک کند. بنابراین، تنها از معتادانی می‌بایست استفاده کرد که مصرف مواد باعث ایجاد صدمه واضح، معلولیت و یا وارد آمدن آسیب‌های جدی به سلامت جسمی، روانی و اجتماعی او شد باشد.

۴-۴- استفاده سایر روشهای مکمل

طی برنامه‌های وسیع پیشگیری از اعتیاد، می‌توان همراه با نمایش برنامه‌ها یا فیلم‌های آموزشی از تلویزیون، جلساتی را به بحث، نقد و تبادل نظر در مورد محتویات این فیلمها اختصاص داد. این جلسات می‌تواند به صوت بحث‌های بین فردی (interpersonal communication) یا بحث‌های گروهی (discussion group) باشد. مطالعات نشان می‌دهند که استفاده از این جلسات به عنوان مکمل، تأثیر فیلم‌های آموزشی را به میزان قابل توجهی افزایش می‌دهد و موجب پایایی بیشتر آثار آنها می‌شود.

۵- اجرای فعالیتهای پیشگیری از طریق محل کار و مکان‌های تجمع

سوء مصرف مواد مخدر، در بعضی از مشاغل و برخی از مکان‌های اشتغال شایع‌تر است. به همین دلیل، بازدهی کار و سلامت کارکنان در معرض خطر قرار می‌گیرد. مکان‌هایی که کارکنان آن

را جوانان تشکیل می دهند (سربازخانه‌ها، کارخانه‌ها، دانشگاه‌ها و واحدهای حمل و نقل) و فرایند کار با استرس بیشتری همراه است، مکان‌های مخاطره آمیزی هستند که به توجه بیشتری نیاز دارند و در اولویت هستند. استراتژی‌های پیشگیری از طریق محل کار عبارت‌اند از:

۱-۵- آگاه سازی مدیران، مسئولان و کارفرمایان

آگاه کردن افراد مسئول از خطر اعتیاد، تاثیر سوء اعتیاد بر بازدهی کارکنان، شرایطی که کارکنان را در معرض آسیب قرار می دهد، روش صحیح ارتباط با کارکنان به طور کلی، نحوه صحیح برخورد هنگام مشاهده موارد سوء مصرف و لزوم وجود قوانین واضح و روشن در محل کار، یکی از راه‌های پیشگیری از سوء مصرف مواد می باشد. با استفاده از این شیوه می توان مسئولان را به کاهش استرس موجود در محیط کار ترغیب نمود. به عنوان مثال، ارائه یک جزوه توجیهی در بدو ورود هر فرد به پادگان یا کارخانه و تشریح مشکلات، محدودیت‌ها، قوانین و مقررات لزوم وجود و اجرای آنها می تواند به انطباق فرد با مسائل و استرس های محیط جدید کمک کند.

۲-۵- ایجاد امکانات مشاوره و درمان

در مشاغل و مکان‌های مخاطره آمیز باید در موارد لزوم امکانات حیاتی و مشاوره‌ای و درمان فراهم شود. طی برنامه‌های پیشگیری با دادن اطمینان مورد حفظ اسرار، کارکنانی که با مشکل روبه‌رو هستند با سافته از این امکانات به ترک اعتیاد تشویق می‌شوند.

۳-۵- وضع و اجرای قوانین مربوط به سوء مصرف، حمل یا فروش مواد مخدر

کارفرمایان می‌بایست سیاست‌ها و مقررات مناسب، واضح و قاطع وضع و یا به اجرای آن کمک نمایند.

۴-۵- آموزش و تقویت بهداشت عمومی

برای اطمینان از سلامت کارکنان، در برنامه‌هایی که برای آموزش چگونگی رعایت بهداشت و تامین سلامت و معاینه کامل فیزیکی، ترتیب داده می‌شود، مضرات استفاده از سیگار و مواد مخدر آموزش داده می‌شود و افرادی که دچار سوء مصرف مواد هستند، شناسایی و برای درمان ارجاع داده می‌شوند. همچنین در صورت لزوم، در مکان‌های پر استرس مانند سربازخانه‌ها از روش‌های کاهش استرس و افزایش مهارت‌های انطباقی استفاده می‌شود.

۷- فعالیت‌های پیشگیری با استفاده از شبکه مراقبت‌های بهداشتی اولیه

(PHC)

در حال حاضر، در سطح کشور برای فعالیت‌های پیشگیری نیروهای متخصص به اندازه کافی وجود ندارد. لذا در برخی از مناطق مانند روستاها باید از ساختار باید از ساختارهای موجود بهره‌جست. در این راستا می‌توان از کادرهایی با تخصص پایین‌تر، در شبکه بهداشت و درمان کشور، که دسترسی به روستاها را نیز امکان پذیر می‌سازد استفاده نمود. مداخلاتی که از طریق سطوح مختلف شبکه مراقبت‌های بهداشتی اولیه انجام می‌شود عبارت‌اند از:

- آگاه سازی بهورزان، بهداشتیاران، کارشناسان و پزشکان عمومی با آموزش و ارائه اطلاعات کافی در مورد شیوع و نوع مواد، نشانه های مصرف و عوامل مخاطره آمیز
- کمک در جمع آوری اطلاعات هر منطقه
- کمک به شناسایی افراد و گروه های در معرض خطر
- ارجاع مواردی که نیاز به مشاوره یا اقدامات درمانی یا خدمات حمایتی دارند
- شناسایی و ارجاع افراد مبتلا به سوء مصرف یا اعتیاد
- استفاده از کادرهای فوق برای آموزش چهره به چهره به روستائیان تحت پوشش
- خانه بهداشت به ویژه گروه های در معرض خطر مثل جوانان و والدین آنها
- کمک اطلاعات و پیام های مکتوب به گروه های هدف
- ارتباط بهورزان و کارشناسان با افراد کلیدی روستا مانند معتمدان محلی، معلمان مدارس، رهبران مذهبی و افراد داوطلبی برای کسب حمایت ایشان و استفاده از همکاری آنان
- کمک به تشکیل گروه های مردمی در جهت ترویج فعالیت های پیشگیری

۷- وضع و اجرای قوانین و مقررات

وجود و اجرای قاطع سیاست ها و قوانین منع تولید، فروش و مصرف مواد، موفقیت عملیات پیشگیری را افزایش می دهد. این استراتژی نه تنها موجب کاهش عرضه مواد می گردد، بلکه با گران شدن و کاهش میزان دسترسی به مواد و عواقب خطرناک مصرف، میزان تقاضا را نیز ک کاهش می دهد. لیکن مطالعات مختلف در جهان نشان داده اند که عملاً تنها با تشدید قوانین و سختگیری بیشتر، میزان سوء مصرف و اعتیاد کاهش نمی یابد. با توجه به کثرت افرادی که به نحوی در تولید و فروش و مصرف مواد دست دارند، خطر دستگیری و مجازات همه آنها کم است. علاوه بر این به کارگیری وسیع نیروهای انتظامی در جهت مبارزه با مواد مخدر و زندانی کردن فروشندگان و مصرف کنندگان بسیار پر هزینه می باشد و با توجه به عدم وجود خدمات درمانی، تضمینی نیست که این افراد بعد از آزاد شدن به فعالیت های قبلی خود ادامه ندهند.

علیرغم آنچه ذکر شد، طرح این نکته ضروری به نظر می رسد که نباید اجرای فعالیت های دیگر پیشگیری، منجر به سست شدن فعالیت های نیروهای انتظامی در دستگیری و مجازات فروشندگان و دست اندرکاران مواد مخدر گردد. در این جهت ممنوعیت مصرف و پیش بینی مجازات برای مصرف سیگار در مجامع عمومی و پیش بینی مجازات های سنگین برای تبلیغ مستقیم

یا غیر مستقیم سیگار مواد مخدر نیز ضروری است. پرداختن بیشتر به این موضوع از بحث این مقاله خارج است.

اصول مهم برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد

به طور کلی، برای موفقیت فعالیت‌های پیشگیری از اعتیاد رعایت چند نکته ضروری است:

- در جوامع در معرض خطر، قبل از ارائه پیام‌های پیشگیری، باید به نیازهای اولیه

افراد (خوراک مسکن، امنیت، شغل) توجه نمود. همراه کردن برنامه‌های پیشگیری با

سرویس‌های خدماتی که به نیازهای افراد توجه دارد، احتمال موفقیت را افزایش می‌دهد.

- برنامه‌ها باید به گونه‌ای طراحی شوند که جمعیت هدف را تحت پوشش قرار دهند.

بخصوص افراد در معرض خطر با آن روبه‌رو هستند. با هم ارتباط دارند و احتمال موفقیت

یک استراتژی واحد زیاد نیست. با وجود این نمی‌توان در برنامه‌های پیشگیری همه عوامل

خطر آفرین را مورد هدف قرار داد و باید بر عواملی که امکانات موجود برنامه‌های پیشگیری

بر آن اثر دارند، متمرکز بود.

- در برنامه‌های ریزی به تفاوت‌های گروه‌های هدف باید توجه شود. معمولاً با «یک»

فعالیت نمی‌توان تمام گروه‌ها را مورد هدف قرار داد و برای هر گروه مداخلات خاص لازم

است.

- حتی الامکان می‌بایست مردم منطقه مورد نظر، در تمام مراحل برنامه ریزی و اجرا،

مداخله داد شوند به نحوی که نسبت به برنامه، «احساس مالکیت» داشته باشند. معمولاً

برنامه‌ای که حمایت اجتماع خود حتی در یک محله کوچک را به همراه ندارد، خیلی زود به

بن بست خواهد رسید.

- اجرای فعالیت‌های پیشگیری در وسعت محدود موجب می‌شود تا میزان موفقیت در

دستیابی به هدف افزایش یابد. این موفقیت‌های کوچک توجه جامعه را به خود جلب می

کند و باعث می‌شود علاوه بر رفع موانع، حمایت‌های مادی و معنوی بیشتر گردد.

- برنامه‌ای که برای یک جامعه خاص از نظر زمانی، موقعیت استراتژیک منطقه،

مشخصات افراد تشکیل دهنده جامعه میزان و نوع عوامل مخاطره‌آمیز طرح ریزی می‌شود،

لزوماً قابل اجرا در جوامع دیگر با مشخصات دیگر نیست.

امید به اینکه مصرف مواد به کلی بر طرف و اعتیاد ریشه کن شود واقع‌گرایانه نیست. بنابراین

باید برای جلوگیری از احساس شکست و عدم موفقیت، اهداف متعادلتر و واقع‌بینانه‌تری را هم در

سطح فردی فردی و هم اجتماعی و در سطح سیاست ملی مد نظر قرار داد.

آغاز فعالیت‌های پیشگیری باید با افزایش مداوم و گسترش اطلاعات در مورد مشخصات و

نیازهای افراد در معرض خطر، عوامل مخاطره‌آمیز و عوامل محافظت‌کننده همراه باشد و همواره از

موفقیت‌ها و عدم موفقیت‌های برنامه و بررسی علل آن درس گرفته، به طور مستمر فعالیت‌ها مورد ارزشیابی و بازنگری قرار گیرد. در این برخی از زمان که دانش‌پیشگیری در جهان با شتاب بسیار در حال پیشرفت است، آموختن و به‌کارگیری این دانش تلاش و هوشیاری بیشتر را برای آنانکه در آغاز راه هستند می‌طلبد.

اصول پیشگیری از اعتیاد

- استفاده از مشارکت جامعه بخصوص گروه هدف
- انتخاب اهداف کوچک و سهل الوصول
- به‌کارگیری برنامه‌های متناسب با هر گروه هدف
- به‌کارگیری توأم برنامه‌های مرتبط با چند عامل آسیب‌پذیری
- به‌کارگیری توأم ساختارهای مختلف
- برنامه ریزی درازمدت برای هر گروه هدف
- ارزشیابی دقیق کیفیت، دستاورد و راندمان برنامه

بخش سوم

رسانه‌ها و پیشگیری

آموزش بهداشت و پیشگیری و ارتباطات (رسانه‌ها)

۱- مقدمه

سلامت و بیماری در زندگی روزمره نقش مهمی دارند، به طوری که گفته می‌شود «اگر سلامت همه چیز نیست، همه چیز بدون سلامت هیچ است.» در نظام‌های آموزشی سنتی بیشتر تلاش می‌شود تا اطلاعا و معلومات به فرد ارائه و شرایط برای تفهیم مطالب فراهم شود و در اینمیان از تغییر نگرش و بینش و اصلاح رفتار و سبک زندگی کمتر نشانی می‌توان جست. در حالی که در آموزش خلاق و رهایی بخش، شاخص موفقیت، چیزی بیش از کسب اطلاعات و گسترش زمینه تفهیم است. آموزش بهداشت و ارتباطات بهداشتی، پیوسته، برای تاثیر و افزایش کارآیی خود شاخص هایی به کار می‌برند که شامل تغییر رفتار و سبک زندگی می‌باشد.

در این بخش به تفاوت‌های اساسی میان اطلاع رسانی و آموزش بهداشت و ارتباطات بهداشتی اشاره و اصول کارکردهای آموزش و ارتباطات بهداشتی، مطرح خواهد گردید. سپس، به تجزیه و تحلیل نظری و جنبه های متمایز کننده وسایل ارتباط جمعی و رسانه ای، به عنوان ابزار آموزش ارتباطات بهداشتی پرداخته و برای پیام رسانی مطالب به مهمترین راهبردهای بشری اشاره می‌شود.

۲- اطلاع رسانی

اطلاع رسانی (information) به معنی «شکل گرفته» از یک واژه لاتین (in+form) آمده است. به همین دلیل امروز نیز اندیشه شکل دادن به پیامها و آگاه ساختن از خبر و در جریان قرار دادن مخاطبان در آن لحاظ می‌شود.

واژه «اطلاع»، اصطلاحاً برای مشخص کردن موضوع به کار می‌رود. تحول در کاربرد کلمه اطلاع که با خبر مترادف گردیده است، به طور عمده از نیمه دوم قرن نوزدهم شروع شد که در ابتدا با خبر و داده های شکل یافته فاصله چندانی نداشت، اما به تدریج معانی گوناگون برای آن در نظر گرفته شد.

اطلاع و خبر با واژه‌ای ارتباط و ارتباطات تفاوت دارند. «تازگی» و «انتشار» از جنبه‌های نفکیک ناپذیر مفهوم خبر و اطلاع می باشد. اما در ارتباط، به عنصر تازگی و انتشار نیاز نیست و ویژگی‌های دیگر جایگزین آن گردیده است.

وقتی دو نفر پیرامون ساده ترین موضوع مثل آب و هوا سخن می گویند، ارتباط برقرار است. حتی وقتی دو نفر با یکدیگر سخن نمی گویند، ارتباط می تواند برقرار شود. یک نگاه می تواند وظیفه برقراری ارتباط را انجام دهد ولی اطلاعی که روزنامه یا رادیو یا تلویزیون درباره آب و هوا در اختیار مخاطب قرار می دهد، صرفاً خبر و اطلاع رسانی محسوب می شود.

از نظر روش شناسی و محتوایی، اطلاع رسانی که با آموزش و ارتباط تفاوت دارد. در اطلاع رسانی کوشش می شود تا اطلاعات و مطالب جدید به فرد داده شود و سعت دانش وی مورد توجه قرار بگیرد و از طریق افزایش دانش، فرد به انجام دادن کار یا فالیتهی ترغیب یا از آن دور شود. استفاده از عنصر احساس، عاطفه، و تهییج در اطلاع رسانی، آن را به وادی تبلیغات سوق می دهد. در تبلیغات بیش از عنصر «خرد»، از عنصر هیجان استفاده می شود امروزه از عناصر اطلاع دهنده، کمتر از عوامل مداخله گر تبلیغات استفاده می شود.

فارغ از مداخله تبلیغات در حوزه اطلاعات و اطلاع رسانی، کارکرد اطلاع رسانی در بخش دانش است. وقتی اطلاعات و معلومات فرد موجب گرایش یا گریز او از موضوعی می شود، می توان با اطلاع رسانی به رفع و حل آن اقدام نمود. مثلاً اگر فردی به دلیل فقدان اطلاعات لازم از خوردن مواد غذایی ضروری اجتناب می کند، در صورتی که پرهیز او صرفاً دلایل بهداشتی داشته باشد با ارائه «اطلاعات بیشتر» و «پیامهای بهداشتی» در رسانه‌ها، یا از طریق افرادی که از نظر فرد اعتبار علمی دارند، می توان به این رفتار پایان داد. اما این جانمایه کلام، فقط در صورتی که فرد مشکل اطلاعاتی داشته باشد، اثر گذار خواهد بود. وقتی افزون بر دانش صرف، مسائل دیگری مثل نگرش فرد مطرح باشد، آموزش و یادگیری ضرورت می یابد.

اما اگر مشکل فرد با دانش و نگرش قابل حل نباشد، با ارتباطات و پیگیری و برقراری موقعیت های خاص، می توان به دلایل بروز رفتار خاص از یک فرد ست یافت و برای تصحیح آن اقدام نمود.

در این موارد، از درخت تصمیمگیری، برای نوع اقدام و فعالیت می توان استفاده کرد. اطلاعات و دادن معلومات گام ابتدایی تغییر رفتار است، ولی الزاماً منجر به تغییر رفتار نمی شود. از یک جنبه و

زاویه دیگر می توان درخت تصمیم گیری و مداخله لازم را با روش الگوی IEC (Information, Education, Communication) مقایسه کرد.

در مدل IEC که از حروف اول واژه‌های یاد شده تشکیل شده است، توصیه می شود که اگر مشکل فرد صرفاً ناشی از کمبود اطلاع و معلومات است، راه و روش مناسب برای حل موضوع و مشکل، در اختیار گذاشتن اطلاعات (Information) است.

اما اگر با دادن اطلاعات هم، تغییر رفتار حاصل نمی شود یا بررسی نشان می دهد که نوع نگرش فرد عامل مشکل است، از طریق آموزش های لازم (Education) باید به تصمیم گیری کمک شود.

اما اگر بروز یک رفتار یا مشکل، صرفاً ناشی از نبود یا کمبود دانش و نگرش نیست و شرایط و موقعیت‌های خاص در پیدایش آن موثر است. باید از طریق برقراری ارتباط موثر و ارتباط موثر و ارتباطات (Communication) به تصحیح شرایط اقدام نمود.

گاهی ممکن است فرد صرفاً با کسب اطلاعات، تغییر رفتار دهد. اما مواردی هم وجود دارد که هر سه مرحله باید اجرا شود، تا دگرگونی و تغییر رفتار در فرد حاصل شود و رفتار استمرار یابد.

تلفیق الگوی IEC با حیطه‌های فراگیری فرد (KAP) که شامل کنش (practice) نگرش (Attitude) و دانش (Knowlego) می باشد می تواند یک راهکار اجایی به دست دهد. یعنی وقتی مشکل فرد در جنبه (K) است، باید از طریق اطلاعات (I) به مواجهه با وی رفت. اما اگر مشکل فرد نگرشی (A) است، باید از طریق آموزه‌های لازم (E) به تصحیح آن اقدام کرد و در صورتی که مشکل فرد کنشی (P) است، باید از طریق ارتباطات (C) با وی مواجهه نمود. در شکل ذیل این مدل را می توان پی جویی کرد:

به موضوع آموزش و ارتباطات، در قسمت‌های دیگر پرداخته می شود اطلاع رسانی و تغییر در سطح دانش و موضوع این قسمت است. در موضوع اطلاع رسانی، تحولات شگرفی صورت گرفته است و انفجار اطلاعات و عصر اطلاعات و یادهکده شدن جهان از جمله تغییراتی است که برای فهم این موضوع به کار می رود. امروزه در کنار پیشرفت نظام اطلاع رسانی، به نقش آن توجه می شود و بیش از تحلیل محتوا به نقد آن توجه می گردد. و عدالت اطلاع رسانی مطرح می شود. یعنی قرار دادن گزینه‌های مختلف در دسترس مردم؛ به این معنا که مردم توانند از حق انتخاب و قدرت انتخاب خود، به نحو احسن استفاده کنند و به آنچه در جهت خیر و صلاح خود و جامعه و مصلحت عمومی می دانند، جامعه عمل بپوشانند.

بالا بردن خرد انتخاب در جامعه، به طوری است که مردم با توجه به منافع ومصالح ملی و اجتماعی مناسب ترین گزینه را انتخاب کنند و اطلاعات مبهم، ناقص و گمراه کننده آنها را دچار اشتباه نکند. به عبارت دیگر شفاف سازی فضای اطلاع رسانی پرهیز از ایجاد هیجانهای کاذب، تنش ها و درگیری های فرساینده و در نتیجه جلوگیری از غلبه احساسات بر منطق نقش های واقعی اطلاع رسانی است.

برخی از نقش های واقعی اطلاع رسانی عبارت اند از:

- بالا بردن خرد انتخاب جامعه
- شفاف سازی فضای اطلاع رساین
- پرهیز از ایجاد هیجانهای کاذب
- جلوگیری از غلبه احساسات بر منطق

در این صورت نقش های اطلاع رسانی به سمت آموزه های موثر بر ارزشها و نگرش و رفتارها سوق پیدا می کند. در این حال است که به برانگیختن سطحی فرد و جامعه بسنده نمی شود، بلکه در جهت تعمیق آگاهی پیام گیران و انگیزش حس مشارکت واقعی آنها اقدام می شود.

اطلاعات گرانبهارترین کالای دموکراسی است که در عین حال فاسد شدنی است و باید زود به دست مخاطبان برسد و دستی یابی به این سرعت در گروهی مسلح شدن به تکنولوژی است. امروزه موضوع انقلاب ICT (Information Communication Technology) فراگیر شده است و گذر بدون آن ممکن نیست و مردم بیش از هر زمان امکان دریافت اطلاعات متنوع از مجاری متعدد و در نتیجه مقایسه عملکرد رسانه های داخلی با سایر مجاری اطلاع رسانی را دارند. به نظر نمی رسد مشکل اطلاع رسانی در بسیاری از کشورها، مشکل سخت افزاری و امکانات فیزیکی باشد، بلکه مسئله اصلی فکری، فرهنگی بینشی است. نگاه توسعه نیافته به عرصه اطلاع رسانی اطلاعات را به مثابه کالای ممنوع یا انحصاری می بیند و اساساً انتشار آن را عامل تزلزل ثبات و امنیت ملی می شناسد. در حالی که امنیت و ثبات ملی در سایه آگاهی مردم و آمادگی آنها برای رو به روشن شدن با موقعیت های پیش بینی نشده تامین می شود. در عرصه بین الملل نیز، حق اطلاع مردم، حق طبیعی و مشروع و به رسمیت شناخته شده است و هر عاملی که مانع تحقق این اصل شود، ضد مصالح عمومی عمل خواهد کرد. مشکل عمده، در عرصه اطلاع رسانی، عدم تولید و عدم توزیع اطلاعات است. این در وهله نخست یک گره علمی - فرهنگی است نه ابزاری و تکنولوژیک و حل این مشکل نیز زمان بر و تدریجی است.

۳- آموزش بهداشت

برای شناخت درست و عملی شیوه های صحیح زندگی آموزش مستمر و مداوم ضروری است بخشی از این آموزشها که در جهت جلب مردم و برای ایجاد رفتار مطلوب به منظور کسب سلامت صورت می گیرد، «آموزش بهداشت» نامیده می شود.

در گزارش فنی سازمان جهانی بهداشت، آموزش بهداشت این گونه تعریف شده است. «آموزش بهداشت، همانند آموزش عمومی، علاقه مند به تغییر آگاهی، احساسات و رفتار مردم می باشد، و غالب اشکال آن بر ایجاد آن گونه رفتارهای بهداشتی که تصور می شود بالاترین حد ممکن بهزیستی را به ارمغان می آورد تاکید دارد.»

آنچه از این تعریف استنباط می شود این است که آموزش فرآیندی است که در درک نیازهای بهداشتی به مردم کمک می کند، آنها را به انجام دادن رفتارهای مناسب بر می انگیزد. رفتار مورد نیاز برای حفظ و ارتقای سلامت به «رفتار بهداشتی» موسوم است و آموزش داده شده به منظور تشخیص نیاز و ایجاد انگیزه رفتار بهداشتی مناسب، به «آموزش بهداشت» معروف است.

همه طبقات اجتماعی، در هر نقطه از جهان، با سواد و بی سواد، نیازمند «آموزش بهداشت» می باشند. که این نیز خود همواره با تغییر شرایط زندگی اهمیت بیشتری می یابد و یک فرآیند پایان ناپذیر را تشکیل می دهد.

جنبه رفتار، در آموزش بهداشت، از اهمیت ویژه ای برخوردار است. بدون تامین رفتار بهداشتی درست، آموزش بهداشت کامل نخواهد شد. در عین حال شناخت و آگاهی از دلایل پشت پرده رفتار خاص و شکل گیری گرایش مطلوب در انجام دادن رفتار نیز، به همان اندازه، مهم است. آموزش بهداشت باید یک فرآیند فعال و دو سویه باشد، تا فرد اطلاعات و ایده ها را جذب و درون سازی کند و رفتار بهداشتی مناسب را بروز دهد. فرآیند آموزش بهداشت باید منجر به تغییر رفتار مناسب و دائمی شود. سازمان جهانی بهداشت تاکید می ورزد «بی سواد بهداشتی» عالمگیر است و ابعادی بسیار وسیع و بیش از انتظار دارد و گریبان تحصیل کرده ترین افراد را نیز گرفته است. برای پر کردن خلاء موجود بین مباحث نظری بهداشتی مردم به یک نهضت جهانی نیاز می باشد.

۳-۱- کارکرد و دیدگاهها

سلامت (Health) حالت کاملی از تعادل بین انسان و محیط فیزیکی، احساسی و اجتماعی است. در مفهوم سلامت، کامل بودن کارکرد و توانایی زیستی روانی و اجتماعی نهفته است.

همچنان که گفته شد آموزش بهداشت (Health Education) فرآیند آموختن رفتارهایی است که در ارتقاء حفظ و بهبود سلامت افراد یا گروهها موثر است آموزش بهداشت نه فقط طرز زندگی سودمند فردی را می‌موزد بلکه اصول بهداشت اجتماعی را نیز به مردم آموزش و در نتیجه کیفیت همکاری و مشارکت بین مردم و نهادهای اجتماعی و بهداشتی را افزایش می‌دهد.

آموزش بهداشت فرآیند است برای تغییر رفتار، که علاوه بر آموزش زندگی سودمند، فردی اصول سلامت اجتماعی را نیز آموزش می‌دهد و خواستار مشارکت حداکثر مردم در پیشگیری و کنترل مخاطرات جسمی، روانی و اجتماعی است.

منشاء اغلب مخاطرات سلامت جسمی و روانی و اجتماعی، شناخته شده است. اما پیشگیری از آنها بستگی به واکنش مناسب فرد به آن مخاطرات دارد. این رفتار مناسب قابل آموزش و یادگیری است و این پیام اساسی آموزش بهداشت را تشکیل می‌دهد.

وظیفه سنتی آموزش بهداشت، تاثیر بر انتخابهای فردی بهداشتی است. ولی نقش نوین و رادیکال آن، تاثیر بر ارتقای آگاهی عمومی و سیاستهای بهداشتی و تغییرات اجتماعی است. این نقش در بر دارنده نوعی «عمل اجتماعی» است و با آگاهی و ایجاد امکان انتخاب های متعدد، برای فرد، توأم می‌باشد. ارائه «آگاهی انتقادی» و آموزش خلاق دیدی انتقادی به شرایط زندگی و محیطی می‌دهد و فرآیند عمل اجتماعی و تغییرات اجتماعی را تسهیل می‌کند.

در مدل سنتی آموزش بهداشت، تاکید بر جنبه‌های فردی و معمول زندگی است اما در رویکرد نوین و رادیکال، تلاش و عمل اجتماعی برای دستیابی به ریشه‌های مشکل و دستیابی به تغییرات محیطی است. واضح است که معیارهای موفقیت در مدل «سنتی» نیازمند ارزشیابیهای کاملاً متفاوت با ارزشیابیهای مدل «رادیکال» است مثلاً در مدل سنتی ملاک موفقیت یا عدم موفقیت برنامه آموزش بهداشت در زمینه مضرات مصرف سیگار و یا کاهش مصرف آن سنجش آگاهی عمومی قبل و بعد از اجرای برنامه آموزش بهداشت می‌باشد. در حالی که در مدل رادیکال، ملاک سنجش موفقیت برنامه های کاهش مصرف سیگار و یا کاهش مصرف آن، سنجش آگاهی عمومی قبل و بعد از اجرای برنامه آموزش بهداشت می‌باشد. در حالی که در مدل رادیکال، ملاک سنجش موفقیت برنامه های کاهش مصرف سیگار برقراری سیستم ممانعت از فروش آن (مثلاً در چهارراهها) می‌باشد. در عین حال هر گونه مرزبندی جنبه اعتباری و نسبی خواهد داشت: زیرا آموزش و خرد ورزی فردی به خرد ورزی و

عمل جمعی کمک خواهد کرد. به طور مثلاً اگر آموزش عزت نفس و جرات ورزی را اهداف آموزشی بهداشت در در بعد روانی و اجتماعی تعریف کنیم، در عین ارتقاء فعالیتهای جمعی و عمل اجتماعی درباره اهداف مدل رادیکال نیز تهسیل می شود، زیرا کسب مهارتهای یاد شده، مردم را قادر می سازد که به شکل گروهی عمل کنند و نظام های اجتماعی را سازمان دهند و یا بر آنها اثر گذارند. اختلاف بین مدلها بیشتر نظری است تا عملی. هر چند تفاوتهای اساسی بین آنها را هم نمی توان از نظر دور داشت. ماهیت موفقیت بستگی به ارزشها و فلسفه ذاتی مدلی که راهنمای عمل قرار می گیرد دارد.

افزون بر مدل سنتی و رادیکال، مدل دیگری به نام «قادر سازی» یا مدل «خود مختاری» (self-empoverment) مطرح شده است که مبتنی بر تقویت انتخاب آگاهانه است و به جای استفاده از تبلیغ تشویق، راهنمایی و ... که در مدل های رادیکال و سنتی استفاده می شود، کوشش می شود که افراد، تصمیم گیری را، هر چند در زمینه های فرضی، تمرین کنند اگر چه این مدل ایده آلیستی به نظر می رسد، اما در کارهای پائولو فریره (Paulo freire) اندیشمند برزیلی تجلی عینی یافته است. اصول توصیه شده آموزش رهایی بخش که در زیر به آنها اشاره می شود توسط پائولو فریره مطرح شده است و با مدل خود قادر سازی مشابهت فراوان دارد.

- اعتقاد به توانایی افراد برای فراگیری دگرگونی و رهای از فقر جهل و بیماری
- طرد تفاوت های ماورایی بین «آموزش دهنده» و «آموزش گیرنده» و در نظر گرفتن هر دو به عنوان «فراگیرنده»

- گفت و شنود آزاد و دو سویه تعاملی

- مشارکت در کوشش های رهایی بخش

حاصل آنکه، آگاه سازی یا هشیار سازی، جایگزین روشهایی می شود که به «انتقال اطلاعات» یا «قانع کردن» بسنده می کند و آموزش از حالت «بلعی» یا «بانکی» خارج می شود و خصلت آمریت و یک سویه بودن را از دست می دهد و به کنشی تعاملی و خلاق و آگاهانه تبدیل می گردد. به همین دلیل گاهی از این آموزش با عنوان «مسئله طرح کن» یاد می شود.

باید از پیامهای ارائه شده در مدل «مشکل - راه حل» استفاده کرد.

- خطری وجود دارد.
- این خطر متوجه مخاطب است.
- راه حلی وجود دارد.
- مخاطب توانایی استفاده از این راه حل را

در آموزش بهداشت در شرایط مختلف و خاص از مدل‌های مختلف استفاده می‌شود که برخی از آنها عبارت‌اند از:

۱- مدل نظریه بهداشت (The Health belief Model /HBM) که برای پیشگیری توصیه می‌شود.

۲- مدل نظری عملکرد منطقی (The Theory of Reasoned Action / TRA) که در تغییر نگرش موثر است.

۳- مدل عملکرد بهداشتی (The HealthAction Model/ HAM) که برای بازداشتن افراد از اعمال غیر بهداشتی نظیر اعتیاد، به کار می‌رود.

۴- مدل پرسید (Precede) در بررسی عوامل مستعد کننده، قادر سازنده و سایر عوامل اجتماعی مدل جامعی است و واژه آن، ترکیبی است از اجزای ذیل:

1.Predisposing	عوامل مستعد کننده
2.Enabling Causes	عوامل قادر ساز
3.Education	موارد آموزشی
4.Evaluation	ارزشیابی

هر یک از این مدل‌ها نیازمند توضیح، تمرین و مهارت است و علاقه مندان برای استفاده باید به فراگیری آنها بپردازند. ذکر نام این مدل‌ها برای آشنایی با حیطه‌ها و عمق روشهای آموزشی، چگونگی وسعت کاربرد و اختصاصی تر شدن آنها می‌باشد.

۴- اصول آموزش بهداشت

اگر کارکرد آموزش بهداشت را تامین «رفتار بهداشتی» بدانیم. برخی اصول آن به قرار زیر است:

نیاز: آموزش بهداشت مانند سایر، آموزش‌ها، باید مبتنی بر نیاز باشد. بنابراین باید باورها، گرایشها تعصبات، منابع و ... گروه هدف را به درستی شناخت و این شناخت با خواسته‌ها و نیازهای واقعی آنان تطبیق کند.

مراتب: آموزش بهداشت باید از دانسته‌ها به نادانسته‌ها باشد و مراتب تدریج در درک، پذیرش و جذب ایده‌های جدید از طرف مردم رعایت شود.

آزادی: برای رفع تردید در مورد مسائل بهداشتی باید در مورد نکات منفی و مثبت و روش حل آنها آزادانه بحث شود.

همدلی: برای جلب اعتماد و علاقه و برقراری روابط حسنه به منظور دستیابی به مجموعه فراگیری، باید میان آموزشگر و آموزندگان همدلی و هماهنگی باشد.

استفاده از علوم: آموزش بهداشت بدون استفاده از علوم، به خصوص علوم زیست‌شناسی، آمار، روانشناسی و جامعه‌شناسی، از قدرت مناسبی برخوردار نخواهد بود. بنابراین موضوع آن بین رشته‌ای و چند رشته‌ای تلقی می‌شود.

ارتباط دوسویه: این عامل در برخورد صحیح و رفع و شک و تردید اهمیت اساسی دارد و فراگیران را از انفعال خارج می‌سازد و بدانها امکان ابراز نظر و خردورزی جمعی می‌دهد.

عمل: آموزشگر و مربی بهداشت باید برای تغییر رفتار دیگران، به آنچه می‌گوید عمل کند و تبلور گفتار او در کردارش باشد.

استفاده از فن آوری: آموزش بدون استفاده از فن آوری مناسب، چندان اثر بخش نخواهد بود. بنابراین باید برای پشتیبانی و تقویت اثر آموزش از وسایل سمعی-بصری و انواع تکنولوژی آموزشی استفاده کرد و بدین وسیله ماندگاری و درونی شدن آن را تحقق بخشید.

پیشگیری از انبوه اطلاعات: یک خطر بزرگ در آموزش، ارائه انبوه اطلاعات در یک برخورد است. باید از تمایل به بیان مفصل اطلاعات علمی و تحقیقی کاست و به آنچه نیاز گروه هدف است، اندیشید.

تکرار با تنوع: برای نهادینه شدن آموزش «پراآموزی» ضرورت دارد. یعنی مطالب به دفعات لازم برای گروه هدف، تکرار شود. اما این تکرار باید با تنوع همراه باشد تا از تقلیل در اثر تکرار جلوگیری شود.

استفاده از الگوها: از مهم‌ترین روش‌های شناخته شده و موثر آموزش بهداشت، برای ایجاد تغییر در رفتار و گرایش در گروه هدف، استفاده از رهبران و الگوهای فکری و رفتاری قهرمانان می‌باشد.

۵- ارتباطات بهداشتی

واژه ارتباط که در فارسی به جای واژه "Communication" به کار می‌رود، به معنای پیوند دادن و ربط دادن است. این واژه معانی گوناگونی دارد، مانند گزارش دادن بیان نمودن منتقل کردن پیوند دادن، تماس گرفتن، منتشر کردن، شرکت دادن و عمومی ساختن

۱-۵- مفهوم ارتباط

واژه ارتباط که در علوم ارتباطات به کار می رود، مفاهیم گوناگونی نظیر انتقال و انتشار آگاهی و اندیشه، ایجاد پیوستگی اجتماعی، اشتراک فکری و همکاری عمومی را در بر می گیرد. برای روشن تر شدن مفهوم ارتباط، به چند نمونه از تعریف صاحب نظران از این مفهوم اشاره می شود.

«کلودشاتون» و «وارن ویور» در کتاب «تئوری ریاضی» ارتباط را چنین تعریف کرده اند:

«کلمه ارتباط معرف تمام جریان هایی است که به وسیله آنها یک اندیشه می تواند اندیشه دیگری را تحت تاثیر قرار دهد. به عبارت دیگر، ارتباط سبب می شود که وجدان انسان در وجدان دیگران، تصاویر، مفاهیم، تمایلات، رفتارها و آثار روانی گوناگون پدید آورد.» کولی در کتاب «سازمان اجتماعی» ارتباط را چنین تعریف می کند: «ارتباط مکانیسمی است که روابط انسانی بر اساس و به وسیله آن، به وجود می آید و تمام مظاهر فکری و وسایل انتقال و حفظ آنها، در مکان و زمان و بر پایه آن توسعه می یابد. ارتباط، حالات چهره، رفتارها، حرکات، طنین صدا، کلمات، نوشته‌ها، چاپ، راه آهن، تلگراف، تلفن وسایلی را در بر می گیرد که اخیراً در راه غلبه بر مکان و زمان ساخته شده است.»

با توجه به این تعریف نکاتی چند برای ارتباط باید در نظر گرفت:

الف) ارتباط مبنای روابط انسانی است.

ب) روابط انسانی عملاً با ارتباط برقرار می شود.

ج) در ارتباط، نمادگذاری صورت می گیرد.

د) موضوع و محتوای روابط انسانی، گاهی با واسطه ای به ناک وسیله انتقال کانال ارتباطی منتقل می شود.

به همین دلیل گفته می شود رابطه انسانی بدون ارتباط، مانند عکس یا تصویری است که هنوز ظاهر نده یا مشخصات و حدود آن آشکار نگردیده اند.

بنابراین ارتباط یک مکانیسم و یا ساز و کار و ترکیب و جریان خاصی است که در جریان آن معمولاً پیام (Message) از طریق منبع ارتباط (Sender) توسط یک وسیله مجرا یا کانال ارتباطی (Channel) منتقل یا پخش می شود و پس از دریافت از طرف یک فرد یا مرکز گیرنده (Receiver) و تبدیل نشانه‌ها و رموزها به زبان عادی و رمز گشایی (Decoding) به مخاطب یا مخاطبان (Destination) ارائه می گردد.

۲-۵- کارکردها و دیدگاهها

مکتب مکانیسمی درباره چگونگی و انتشار پیامها و تاثیر آنها مطالعه و تحقیق می نماید. این مکتب توسط هارولد لاسول بینان گذاشته شد. بر اساس فرمول لاسول، مطالعات و تحقیقات ارتباطی، متوجه یک چهارچوب اصلی است که در آنها به ترتیب موارد ذیل مورد بحث و بررسی قرار می گیرد:

(الف) اداره کنندگان و سایل ارتباطی

(ب) محتوای پیامهای ارتباطی

(ج) مخاطبان و استفاده کنندگان

(د) آثار و دانش های اجتماعی ارتباطات

هر مکتب و هر گروه به یکی از موارد ذکر شده تمایل دارد و روی آن تمرکز می کند. مدلها و الگوهایی که به تاثیر یا (Effect) می اندیشند. قدرت را در پیام دهنده می جویند و تصور می کنند مخاطب قابل دستکاری است بین سالهای ۱۹۳۰ تا ۱۹۴۰ که فاشیسم و نازیسم تسلط یافت، این تصور عمده شد و استفاده از رسانه‌هایی چون سینما و فیلم و... برای بسیج و تهییج افکار به نفع فاشیسم برای عمومی ساختن افکار فاشیسمی برای عمومی ساختن افکار فاشیستی، رونق بسیار یافت. چون اعتقاد بر این بود که دستکاری (Manipulation) افکار عمومی را می توان با خود همراه ساخت. صاحب نظرات و معترضان و مخالفان فاشیسم که به دیگر کشورهای اروپایی و آمریکا گریختند. در مطالعات خود، متوجه شدند که در کشورهای به ظاهر غیر توتالیتر نیز برای تبلیغ آرا و افکار و کالا از روشهایی نظیر فاشیسم (البته در شکل های رقیق شده و ظاهر پسند) بهره برداری می شود. «ورکهایمر» و دیگران که از فاشیسم هیتلری گریخته بودند. در کشورهای دیگر هم، با پدیده ای مشابه اما در ظاهر متفاوت رو به رو شدند که مانند فاشیسم یک هدف را دنبال می کردند و آن اینکه:

(۱) قدرت را در پیام دهنده می جستند.

(۲) مخاطب را قابل دستکاری و مانند موم می دانستند.

از این رو «ورکهایمر» و اصحاب «مکتب فرانکفورت» نظریه خود را در مشابهت روشهای تبلیغی کشورهای دیگ با فاشیسم هیتلری و روشهای توتالیتریستی مطرح ساختند. گروه دیگری از مدلها و تئوریهای ارتباطات، مخاطب و گیرنده را مومی شکل نمی داند و استفاده و رضامندی و واکنش آنان را عمده می داند و استفاده و رضامندی و واکنش آنان را عمده می داند و برای آنها حق انتخاب قائل است که در صورت نیاز می تواند هر یک از برنامه ها و رسانه ها

را انتخاب کند. این دیدگاهها به تکثیر و پلورالیسم فرهنگی و رسانه‌ای معتقدند. این مدلها که به تعامل (Interaction) گروه هدف توجه می‌ورزد و مخاطب را پویا و فعال می‌خواهد از ۱۹۶۰ به بعد بیشتر مطرح شد.

رویکرد روانشناسی به ارتباطات معتقد است، ما می‌توانیم با خودمان نیز ارتباط برقرار کنیم، در این صورت دو وجه ارتباطگر و ارتباط گیر در یک فرد تجلی می‌کند. موضوع ارتباط حتی گاهی از فرد انسانی می‌گذرد و به گل و گیاه و سنگ نیز می‌رسد. در ارتباطات انسانی سن، جنس، مقام و موقعیت و... بسیار معنی دارد و ویژگیهای مخاطب و مشابهت آنها بسیار موثر است. به هر حال کسانی در ارتباط موفق ترند که رمزگشایی و رمزگذاری مناسبی انجام دهند.

در ارتباطات، اعتقاد بر این است که متن (Text) به خودی خود، فاقد معنی است و معنی در درون انسان و زمینه ارائه که (Context) نامیده می‌شود، نهفته است.

به همین دلیل از یک متن می‌توان دهها برداشت کرد و معنی و محتوا به عهده خواننده یا بیننده یا شونده است و باز به همین دلیل است که ارائه دهنده مطلب، تغییر دهنده تلقی نمی‌شود.

۳-۵- اصول و کارکرد ارتباطات

در دهه‌های اخیر به دلایل متعدد، روانشناسی اجتماعی بیشترین تاثیر را بر دانش ارتباطات داشته است. اهمیت دادن به مخاطب، در دور فزاینده ارتباطی و تاکید نظریه‌های جدید ارتباط بر حوزه «انتخاب گر» بودن مخاطب، باعث گردید تا از فنون تجربی پیشرفته حوزه روانشناسی اجتماعی برای شناخت مخاطب و بررسی رفتارهای او بهره‌گیری فراوان شود. هر چند مشکلات عمده‌ای وجود دارد که تحقیقات تجربی را در حوزه علوم انسانی و ارتباطی محدود می‌کند.

امروزه مشخص شده است که رمزها و چگونگی ارائه پیام بر مخاطب تاثیر روانی بسیار دارد. در طول چند قرن از پیدایش رسانه‌های مکتوب و یک قرن که از پیدایش رسانه‌های الکترونیک می‌گذرد، دانشمندان حوزه ارتباطات، جامعه‌شناسی و فرهنگ در مورد رسانه‌ها و تاثیرات آنها نظرات گوناگون و حتی متضادی ارائه نموده‌اند. در ابتدا تصور می‌شود که یکی از راههای توسعه جوامع، داشتن تجهیزات رسانه‌ای و قرار گرفتن در معرض پیامهای آن است، اما با پیدایش رسانه‌های جمعی نوین، مانند اینترنت و ماهواره که مانع محدود کننده و کنترل کننده را ندارند، دیدگاههای انتقادی پس

از مدتی ظهور و گسترش یافت و مفهوم امپریالیسم خبری مطرح شد. هر چند دانشمندان خوش بینی چون «دانیل لونر»، «مک لوهان» و «فردیناند تونیس» نظریه «انتخاب گر» بودن مخاطب را ارائه کرده اند و به نقش و تاثیر رسانه‌ها خوش بین اند و پیام‌هایشان را برای ترقی انسانها منشا اثر می دانند.

«دانیل لونر» الگوی چند مرحله ای گذر از «جامعه سنتی» به مرحله «شهر نشینی» و «سواد آموزی» و «استفاده از رسانه» و در نهایت «گسترش مشارکت سیاسی - اجتماعی» را بیان می کند و به نقش رسانه ها در توسعه اجتماعی - اقتصادی اهمیت بسیار زیادی می دهد.

«فردیناند تونیس» دانشمند آلمانی نیز در چهار چوب جامعه شناسی تحلیلی، با تاکید بر تحلو پذیری روابط اجتماعی، دو نوع جامعه را از یکدیگر متمایز می کند:

۱- گمن شافت یا اجتماع (Community)

۲- گزل شافت یا جامعه (Society)

«اجتماع» حاصل خالص ترین شکل زندگی گروهی است که ارتباطات عمیقی بر آن حاکم است و در آن پیوند معنوی مطرح است.

«جامعه» ترکیب انبوه آدمیان است که به دلیل منافع شخصی گرد هم آمده اند و هر چند با یکدیگر مرتبط‌اند؛ اما در عین حال از یکدیگر مستقل هستند.

«تونیس» با تاکید بر نقاط منفی گذار از «اجتماع» به «جامعه» نوعی بازگشت از «جامعه» نوعی بازگشت از «جامعه» به «اجتماع» را طلب می کند. و در این زمینه برای وسایل ارتباط جمعی، اهمیت بسیار زیادی قائل می شود و اهمیت و ارزش آنها را در تلاش برای این روند و دگرذیسی می داند.

در نظر او وسایل ارتباط جمعی، رکن واقعی افکار عمومی است و برای آنها قدرتی بالاتر از قدرتهای مادی مانند دولت، ارتش، بودجه و موسسات دولتی قائل می باشد قدرت وسایل ارتباط جمعی، محدود به مرزهای کشورها نیست و می تواند با بین المللی شدن کشورهای گوناگون را به یک جمهوری جهانی تبدیل ککد و همانند بازار جهانی سیطره خود را اعمال کند. باید اذعان مرد در روند تشکیل دهکده جهانی، شاهد روابط فرادستی و فرودستی بوده و هستیم. دیدگاهها تونیس هر چند به واقعیت خود نزدیک می شود، اما چنین روابطی مانع می شود تا روابط معنوی که برای «اجتماع» لازم می باشد، برقرار شود.

«مک لوهان» نیز پس از تقسیم بندی دوره های تاریخی جوامعی بشری، آنها را به سه دوره تقسیم می کند:

۱- دوران ارتباطات شفاهی

۲- دوران ارتباطات کتبی

اوبر نقش رسانه ها در جهش اجتماعی تاکید می کند و اعتقاد دارد که انسانها در ابتدا، در یک نظام قبیله ای زندگی می کرده اند که در آن فرد در زندگی طبیعی خویش حضور داشته و از تمام حواس خود برای ارتباط و مراوده با دیگران استفاده می کرده است.

در حالی که در دوران پیدایش چاپ و کتابت، جوامع از شکل قبیله ای به پدیده هایی نظیر فرد گرایی، ناسیونالیسم، عقل گرایی و افکار قالبی تغییر می کنند او نیز مرحله سوم جوامع بشری، یعنی ارتباطات الکترونیک را نوعی بازگشت به دوران ابتدایی قبیله ای می داند که شیوه های شفاهی اعتبار خود را مجدداً کسب می کند با این فرق که نظام قبیله ای این بار جهانی و به یک دهکده جهانی تبدیل می شود.

متأسفانه با سلطه اطلاعاتی (بیش از ۹۰ درصد) کشورهای توسعه یافته، این دهکده دارای کدخدا شده و دسترسی نابریر به اطلاعات، شکاف عمیقی که هر روز بیشتر می شود، بین کشورها پدید آورده است.

جدیدترین و مطرح ترین نظریه در زمینه رسانه ها و نقش آنها نظریه «نیازجویی مخاطب» است که نام دیگر آن «استفاده و رضامندی» است که مخاطب را فعال و آغازگر جریان ارتباط می داند.

مخاطب بر اساس این نظریه، نیاز خود را می شناسد و برای رفع آن، آگاهانه، از بین رسانه های گوناگونی که برای تامین نیاز او در حال رقابت اند، رسانه مورد نظر را انتخاب می کند. بر اساس این نظریه، بین میزان وابستگی مخاطبان و تاثیر رسانه ها بر رفتار و نگرش آنها رابطه مستقیم وجود دارد، اما به دلیل پویایی مخاطب، نوع تاثیر رسانه ها مثبت می باشد، چون نیاز وی را بر طرف می سازد. هر چند عواملی چون اعمال دیپلماسی از طرف دولت ها و سلطه شرکت های اقتصادی جهانی بر رسانه ها و استفاده از آنها در حوزه تجاری، استفاده دستگاههای قدرت از رسانه ها و جهت دهی به افکار عمومی، باعث شکل دهی دیدگاههای انتقادی به نقش رسانه ها می شود، اما در هر حال مانند هر پدیده دیگری می توان از آن استفاده مثبت و منفی کرد و در برخورد با آن به پیامها و نتایج دراز مدت آن اندیشید و با کوشش برای ارتقای مخاطب، طوری از رسانه استفاده کرد که مخاطب صرفاً نقش «ابزاری» نداشته باشد، بلکه بتواند نقش «ابزاری» برای خود مطرح کند. در این حالت است که رسانه ها به یک وسیله تعاملی و دو سویه تبدیل می شوند و «رسانه سالاری» به «مردم سالاری» سمت و سو پیدا می کند.

در ارتباطات بهداشتی کوشش بر آن است که:

مخاطب صرفاً نقش «ابزاری» نداشته باشد بلکه بتواند نقش «ابزاری» داشته باشد، در این حالت است که رسانه و ارتباط دوسویه و تعاملی می شود و رسانه سمت و سوی مردمی و مشارکت جویانه می یابد.

نکته دیگر در زمینه رسانه ها و ارتباطات، افزون بر کار کردها و پیامدهای آن توجه به اصول ارتباطات جمعی است. این اصول عمدتاً ناشی از روانشناسی اجتماعی است که استفاده از آنها در بحث ارتباطات می تواند در افزایش اثر بخشی و موفقیت رسانه ها، نقش بیشتری ایفا کند. طبیعی است وقتی سخن از ارتباطات بهداشتی می شود، کوشش برای ارتقای سلامت جامعه در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی است. بنابراین استفاده از اهرمها و اصولی که به توجیه و متقاعد شدن و مشارکت جامعه در موضوعات اساسی مرتبط به خودشان مربوط می شود (شامل زندگی، مرگ و بیماری و سلامت و ناتوانی و ...) امری علمی و پسندیده است.

۴-۵- اصول ارتباطات بهداشتی

در اینجا به برخی از این اصول که در ارتباطات از جمله در ارتباطات بهداشتی از آن استفاده شده و می شود، اشاره می گردد:

- ۱- عقاید تحت تاثیر قرار می گیرد، مشروط بر آنکه به تخصص منبع اعتماد وجود داشته باشد.
- ۲- تاثیر یک منبع پیام و اعتماد به آن، وقتی افزایش می یابد که درباره موضوعی استدلال و تبلیغ شود و منافع شخصی منبع پیام، مشخص نباشد.
- ۳- تاثیر و اعتماد زمانی افزایش می یابد که مبلغ و منبع پیام، ظاهراً سعی نداشته باشد مخاطبان را تحت تاثیر قرار دهد.
- ۴- اگر منبع پیام بتواند با افراد همانند سازی و در آنها احساس مثبت ایجاد کند، رفتار و عقاید بیشتری را تحت تاثیر قرار خواهد داد.
- ۵- در مورد عقاید و رفتار جزئی، انسانها دوست دارند تحت تاثیر افراد مورد علاقه شان قرار بگیرند، حتی اگر بدانند وی می کوشد آنها را تحت تاثیر قرار دهد و منافی هم دارد.

- ۶- توسل به منطق در مقابل توسل به هیجان، هر چند پذیرفتنی و توصیه کردنی است، اما اثر منطق و علم بدون چاشنی هیجان کمتر است.
- ۷- باید پذیرفت که برداشت مردم از هیجان و وحشت سطوح مختلف دارد. برای افراد با عزت نفس پایین، ترس و هیجان و وحشت پایین، اثرگذارتر است و برای کسانی که عزت نفس بالاتری دارند، ترس و وحشت و هیجان بیشتری می تواند تاثیرات رفتار بیشتری ایجاد کند. اما در هر حال این مسئله چون نیاز به مخاطب شناسی دارد بهترین روش ارائه پیام در پیامهای عام، دادن هیجان، ترس و... متوسط است تا انگیزه بیشتری در بیشترین گروه مردم ایجاد کند.
- ۸- استدلال یک جانبه در مقایسه با استدلال دو جانبه و دو سویه و بحث و تبادل نظر، اثربخشی بسیار کمتری دارد.
- ۹- در ترتیب عرضه مطالب باید به اثر مقدم (Primary Effect) و اثر موخر (Secondary Effect) توجه کرد. به طور مثال آنچه در انتهای بحث مطرح می شود به عنوان اثر ماندنی و حاصل کلام، اثر بخش تر است.
- ۱۰- در مخاطب شناسی باید به جنسیت، شخصیت، تجربه و فرهنگ مخاطبان و شرایط آنان ترجمه کرد.
- ۱۱- انسانها موجوداتی توجیه گرند، به خصوص در مورد رفتار خود؛ بنابراین باید در پیام رسانی به استدلالها و توجیهات افراد توجه و در جهت خنثی کردن آن اقدام گردد.
- ۱۲- ناهماهنگی شناختی موجب عدم پذیرش پیام می شود. یعنی اگر پیامی با آموخته ها و تجربیات شخص، تعارض آشکار و بسیار مشخص داشته باشد، فرد برای گریز از این ناهماهنگی شناختی، پیام جدید را قبول نخواهد کرد.
- اصول برشمرده فوق مربوط به ارتباطات و اثربخشی آنها بود. اما باید یادآوری کرد که افراد از جهات بسیار با هم تفاوت دارند و این موضوع عام شدن پیام را محدود می کند. نتیجه گیری های ما ممکن است برای همه مردم کاملاً صادق نباشد. تفاوت در نگرشها، ارزشها، تواناییها و ویژگی های شخصیتی و تجارب گذشته می تواند بر پاسخ مردم به یک پیام و ارتباط تاثیر داشته باشد.
- از ساز و کارهای مذکور می توان برای متقاعد کردن مردم، ترغیب آنها به امور بهداشتی، انسانی، متوقف کردن آزار دیگران، کاهش درد و رنج و یا برای علاقه مند شدن به دیگران استفاده نمود. بسیاری از مردم این موارد را دستاوردهای مهمی تلقی می کنند. اما نباید از این نکته غافل شد

که این ساز و کارها مانند سایر دستاوردهای بشری برای رسیدن به مقاصد سوء هم قابل استفاده است. ولی دغدغه اصلی اطلاع رسانی، آموزش و ارتباطات بهداشتی آموزش مردم ارتقای سطح سلامت جسمی، روانی و اجتماعی می باشد و همواره پژوهش و اقدام مستمر انسان در باب بهبود رفتار سالم، ادامه دارد.

۶- ارتباطات و آموزش مهارت‌های زندگی

آموزش مهارت های اجتماعی مبتنی بر تئوری یادگیری اجتماعی بندورا است. در این تئوری، یادگیری، فرایندی فعال و مبتنی بر تجربه، است که از طریق مشاهده رفتار دیگران (یادگیری مشاهده ای) و پیامدهای آن (یادگیری جانشینی) حاصل می شود. شیوه آموزشی این برنامه با شیوه های آموزشی مرسوم تفاوت دارد و به صورت فعال و مشارکتی است. فرآیند آموزشی از مرحله کسب دانش شروع می شود و پس از کسب مهارت حاصل از آن، تا تبدیل به نگرش و ظهور آن در رفتار، ادامه پیدا می کند. مهمترین روش های یادگیری فعال که در برنامه آموزشی مهارت ها، فراوان از آن استفاده می شود، بارش فکری، ایفای نقش، فعالیت های گروهی و الگوسازی می باشد.

تلویزیون به عنوان یک رسانه جمعی، با توجه به منطبق زیربنای آموزش مهارت های اجتماعی، یعنی یادگیری مشاهده ای و جانشینی با استفاده از روش الگوسازی، می تواند به آموزش این مهارت ها بپردازد؛ زیرا فرض بر این است که انسان ها بخش عمده ای از رفتارهای خود را، از طریق مشاهده رفتار دیگران و پیامدهای آن می آموزند.

برای مثال پژوهشهای بندورا نشان داده است که نمایش اعمال خشونت آمیز در تلویزیون، سبب افزایش رفتارهای پرخاشگرانه می شود، و این مسئله بویژه وقتی صادق است که قهرمان فیلم بخاطر اعمال خشونت آمیز خود، پاداش دریافت می کند. زیرا تماشاچی، خود را به جای قهرمان داستان می گذارد و به جای وی پیامد مثبت، یعنی پاداش را، تجربه می کند. لذا در آموزش مهارت های اجتماعی، از طریق تلویزیون، باید نکات زیر رعایت شود:

۱. آموزش مهارت های اجتماعی در قالب یک فیلمنامه داستانی- آموزشی؛

۲. هماهنگی فیلمنامه با شرایط و موقعیت زندگی مخاطبان هدف؛

۳. انتخاب بازیگران از گروه سنی مخاطبان هدف به منظور افزایش امکان یادگیری

مشاهده ای و جانشینی؛

۴. آموزش مهارت اجتماعی موردنظر در قالب چند برنامه به دلیل نقش موثر تکرار در

یادگیری؛

۵. آموزش مهارت های اجتماعی به صورت مرحله به مرحله و واضح و روشن؛
 ۶. تدوین فیلمنامه به صورت بیان صریح و واضح پیامدهای مثبت مهارت های اجتماعی و پیامدهای منفی فقدان مهارت اجتماعی؛
 ۷. پیامدهای مثبت مهارت های اجتماعی، باید شامل پیامدهای کوتاه مدت و دراز مدت (برای مثال نمایش زندگی فرد در ۱۰ یا ۲۰ سال آینده) باشد.
 ۸. پیامدهای منفی فقدان مهارت های اجتماعی باید شامل پیامدهای منفی کوتاه مدت و دراز مدت باشد.
 ۹. پس از پایان تدوین فیلمنامه و برنامه آموزشی، مراحل مختلف یک مهارت اجتماعی، نمایش داده شود و چندین بار تکرار شود.
 ۱۰. برنامه آموزشی باید با ارائه یک سری سوالات برانگیزنده و تامل برانگیز، پایان داده شود تا تماشاچی، وادار به فکر کردن شود.
- برای سایر رسانه های عمومی از قبیل روزنامه ها و نشریات فقط می توان به ارائه اطلاعات اکتفا کرد که البته اثر بخشی آن محدود است. نشریات برای افزایش اثر بخشی باید اطلاعات را به گونه ای طرح کنند که خواننده فعال تر شود:
۱. بحث با یک سری سوال شروع شود.
 ۲. با توجه به موقعیت و شرایط زندگی و سنی مخاطبان هدف موضوع در قالب داستان ارائه گردد.
 ۳. داستان به گونه ای تدوین شود که قهرمان داستان به دلیل فقدان مهارت اجتماعی خاص با مشکل رو به رو شود.
 ۴. در انتهای داستان سوالاتی از خواننده پرسیده شود؛ مبنی بر اینکه چرا قهرمان داستان دچار این مشکل شد؟ چگونه می توانست از این مشکل اجتناب کند؟
 ۵. سپس آن مهارت اجتماعی خاص تعریف به صورت مرحله به مرحله واضح و روشن، آموزش داده شود.
 ۶. داستان مربوطه در نهایت بازنویسی شود.
- در انتهای داستان سوالاتی از خواننده پرسیده شود تا احتمال اینکه وی از مطالب آموخته شده برای زندگی خود استفاده کند، افزایش یابد. برای مثال آیا شما با مشکل مشابه قهرمان داستان مواجه شده اید؟ فکر می کنید علت بروز آن مشکل چه بود؟ مطالبی که امروز یاد گرفته اید چگونه می تواند

به شما کمک کند تا از مشکلات مشابه در آینده اجتناب کنید؟ اگر از این مهارت در زندگی شخصی خود استفاده کنید، زندگی شما با گذشته چه تفاوتی خواهد کرد؟

پیشگیری از سوء مصرف مواد و رسانه ها

در بخش اول و دوم اطلاعاتی در مورد اعتیاد و پیشگیری اولیه از اعتیاد داده شد. در فصل اول بخش حاضر سعی شد که در مورد نقش رسانه های گروهی در اقدامات پیشگیرانه به طور کلی بحث شود و اکنون به جاست که به نقش رسانه ها در اقدامات پیشگیرانه مختص سوء مصرف مواد بپردازیم. در ابتدا لازم به نظر می رسد که به جای مقدمه تاکید بر قدرت و توانایی رسانه های گروهی در عموم مردم در امر پیشگیری از سوء مصرف مواد بشود.

۱- حدود توانایی و اهداف رسانه های گروهی در امر پیشگیری از سوء

مصرف مواد

انسان نخستین، با تشخیص ضرورت زندگی جمعی برای بقای نوع خود، به این امر حیاتی (زندگی اجتماعی) اقدام نمود. گروه های اجتماعی برای هماهنگی با یکدیگر و مقابله با رخدادهای بیرونی که زندگی آنها را تهدید می کرد، نیاز به ارتباط را احساس و زبان را برای ایجاد آن اختراع کردند. انسان ناطق همان طور که زندگی اجتماعی را آموخت، برای ادامه حیات، صنعت و قوانین را آفرید و برای پاسخگویی به نیاز ارتباطی خود، تکنولوژی های ارتباطی را گسترش داد. امروز یعنی در شروع هزاره سوم میلادی، ارتباطات، در زندگی بشر متمدن، می تواند نقش های بسیار گسترده و تعیین کننده ای داشته باشد، که آنها را می توان به ۴ بخش کلی تقسیم کرد.

۱-۱- ارائه اطلاعات و آگاهسازی

۱-۲- تاثیر بر نگرش ها و ارزش های اجتماعی

۱-۳- تاثیر بر الگوهای رفتاری

۱-۴- ایفای نقش تفریحی و سرگرم کننده

۱-۱- تامین اطلاعات و آگاه سازی

تامین اطلاعات و آگاهسازی از طریق رسانه ها، شامل تبلیغات تجاری، تبلیغات اجتماعی و آموزش دانش یا افزایش اطلاعات عمومی می باشد.

تبلیغات تجاری

ما هر روز به وسیله آگهی‌های تجاری که در هر جا و هر زمان ما را از وجود اجناس گوناگون و کار آیی‌های گوناگون آنها و همچنین خدمات و سرویس‌های وسیع جاری آگاه می‌کنند، بمباران می‌شویم. در این تبلیغات تلاش می‌شود تا افراد به استفاده از یک محصول تجاری یا خدماتی ترغیب شوند. با پیشرفت صنایع تولیدی و افزایش تولیدات رنگارنگ و رقابت‌های تجاری، صنعت بازاریابی و همپای آن صنعت تبلیغات، رشد بسزایی کرده است. از این روست که امروزه بازاریابان متخصص برای تولید و جلب بازار، جامعه و مشکلات آن و نیز مشتریان را با دقت مورد بررسی قرار می‌دهند و با توجه به شکل زندگی (فرهنگ‌ها و سنت‌ها، سیاست‌ها و وضعیت اقتصادی) ارزش‌ها، نگرش‌ها، ترس‌ها، نیازها و کمبودهای آنها را به دقت شناسایی می‌کنند. کشف احتیاج افراد، معرف نیاز آن اجتماع است که نهایتاً پاسخگویی واقعی یا غیر واقعی به این نیاز منجر به تولید فرآورده‌هایی می‌شود. ضمن فعالیتهای تولیدی مبتکرانه برای رفع نیاز گروه هدف، همکاران تبلیغاتی چرخه تجارت، با استفاده وسیع از رسانه‌ها، نیاز و احتیاج شناخته شده را برای گروه هادف به نمایش می‌گذارند و با تکیه و بر بسته‌سازی آن حالت تقاضا را در آن گروه ایجاد می‌کنند. پس از آن، جنس یا فرآورده خاص به بازاری که از قبل آماده و متقاضی آن می‌باشد، عرضه می‌شود و فروش پر منفعت حاصل این همکاری است. در واقع همکاری متخصصان فنی بازاریابی، تبلیغاتی و تولید کننده، مجموعه‌ای از تحقیقات و فعالیت‌ها را پایه ریزی کرده است که با گذشت زمان، با زیور تجربه و تکنیک و نو آوری آراسته شده و قادر است جذب منافع مادی را هر چه بیشتر و بیشتر تضمین کند. اما باید متوجه بود که پاسخگویی به نیاز یا تقاضای معرفی شده به اجتماع، از اهداف مجموعه‌های فعال تجاری - تبلیغاتی به حساب نمی‌آید. در هر حال ممکن است محصول وار د شده به بازار که با تکیه بر نیازی خاص تولید شده، آن نیاز را ارضا کند یا نکند اما تولید کنندگان این مورد را تعهد نمی‌کنند و هدف ارجح آنها، فروش بالاتر و پیروزی در یک رقابت سخت می‌باشد. در تبلیغات اجتماعی، بعد از شناخت نیاز و معرفی آن به اجتماع، و در واقع تبدیل نیاز به تقاضا، راه کارها یا استراتژی‌های مسئولانه‌ای مد نظر است که هدف اولی، رفع تقاضا یا نیاز اجتماع است و نه جذب منافع مادی. اگر چه از ساختار مدرن، پیشرفته و مجرب بازاریابی و تبلیغات تجاری می‌توان در ساخت تبلیغات تجاری می‌توان در ساخت تبلیغات اجتماعی الگو برداری کرد و سود برد.

تبلیغات اجتماعی (Social Marketing)

یکی دیگر از نقش های بسیار مهم رسانه ها در جوامع امروزی، ارائه برنامه های سلامت در جامعه است. این گونه آگهی های اطلاعات لازم در مورد خطرات و معضلات اجتماعی، یا زیست محیطی را به افراد جامعه متذکر می شود. هدف این آگهی ها و اطلاعات، جلب توجه افراد جامعه و احتمالاً درخواست نقش های فعالانه از تک تک افراد جامعه در جهت رفع مشکل می باشد. بدین وسیله دست اندرکاران فنی و محققان، معضلات را مشخص و رسانه ها آن را به عموم مردم معرفی می کنند تا آنها را بر انگیزند و مسئولیت رفع یا کنترل مسئله را دوباره به افراد اجتماع برگردانند. برای مثال ابعاد وسیع عوارض آلودگی هوا در تهران توسط متخصصان ارزیابی و از طریق فعالیت رسانه ای، به عموم منعکس می شود. سپس از جامعه برای فعالیت های مسئولانه درخواست کمک می گردد. (مثلاً تعمیر وسایط نقلیه دودزا یا در صورت امکان استفاده از وسایل نقلیه عمومی و....) از طرفی این اطلاعیه ها، با معرفی مشکل، رفع یا کنترل آن را در اولویت برنامه های اجتماعی قرار می دهند و نظر سیاست گذاران و تامین کنندگان سیاست های ملی را نیز جلب می کنند و به این طریق قوانین، اختصاص بودجه و طرح های دولتی را با توجه به مشکل مورد نظر تحت تاثیر قرار می دهند. در حقیقت یک رابطه سه جانبه بین سیاست گذاران محققان و مردم وجود دارد، به طوری که همگی با استفاده از رسانه ها قادرند یکدیگر را متاثر سازند.

سیاستگذاران که مسئولیت حمایت و هدایت جامعه و حکومت را به عهده دارند، از طریق رسانه ها، افکار عمومی را تحت تاثیر قرار می دهند با ایجاد فضای حمایت کننده از طرف مردم، نظام حاکم را تثبیت می کنند. محققان نیز (مبتکران، جامعه شناسان، روانشناسان، جرم شناسان، متخصصان بهداشت و یا محیط زیست و...) به عنوان گروه کوچکی که به طور غیر رسمی در برخی صحنه های علمی یا اجتماعی به عنوان گروه ممتاز شناخته می شوند، بر آن زمینه های اجتماعی کنترل یا نفوذ دارند. اینان معضلات و خطرات اجتماعی را از طریق رسانه ها به مردم منتقل و با تاثیر بر افکار عمومی، زمینه تاثیر بر سیاست ها و اولویت های ملی و دولتی را مهیا می سازند. در حالی که افراد عادی یا عامه ممکن است درباره مسائل اجتماعی، بهداشتی و یافرهنگی اطلاعات کافی و توانایی تجزیه و تحلیل مسائل پیچیده و بغرنج اجتماعی یا فرصت رسیدگی به آن را نداشته باشند. مردم مایل اند موضوع های عینی را که با تجربه بلاواسطه آنان مرتبط است، حل و فصل نمایند و برخورد آنان با مسائل در مقایسه با برخورد مسئولان و نخبگان یا سیاستمداران، کمتر منطقی و بیشتر عاطفی است. رسانه ها با مطرح کردن مسائل سیاسی و یا اجتماعی، پیچیدگی ها را به زبان ساده و ملموس برای مردم عادی مطرح و احساسات اجتماعی و عوامانه را به نفع رفع مشکل تحریک می کنند.

در ایده آل ترین شکل ممکن، رسانه ها یک ارتباط سه جانبه بین مردمف متفکران و سیاستگذاران برقرار می نمایند. در هر ضلع مثلث، رابطه ای دو جانبه موجود است که در شکل گیری ساختار اولویت های برنامه های دولت یا بسیج های اجتماعی یک جامعه فرضی و ایده آل، نقش فعال دارد. اما در جوامع غیردموکراتیک، برای تحکیم نظام های حاکم، حکم ابزار را پیدا می کنند و فقط مردم را به حفظ منافع حکومتی ترغیب می کنند، و مردم رویا متفکران نیز قادر نیستند از این طریق، سیاست ها و سیاستگذاران را متاثر سازند.

در زمینه اعتیاد هم، ارزیابی و مسئولان و متخصصان، نشانگر آسیب جدی اعتیاد به ساختار اجتماع رو به رشد ما می باشد و رسانه ها در معرفی این معضل به جامعه، به عنوان یک مشکل جدی و در کمین، نقش تعیین ننده ای دارند. رسانه ها می توانند در این زمینه توجه و حمایت عمومی را برای فعالیت های گسترده در جهت کاهش یا کنترل این آسیب اجتماعی برانگیزند و همچنین، نظر سیاستگذاران را به این معضل در حال رشد جلب کنند و از طریق، نقش سه جانبه ای در ایجاد مشارکت اجتماعی از طریق اثر بر عموم و تاثیر بر سیاست ها و دولت و از طرف دیگر تحریک و تشویق متخصصان مربوطه به تغذیه علمی و پویای مسئله، ایفا نمایند.

تبلیغات اجتماعی، اخبار اجتماعی را تامین می کنند. مراکز و برنامه های خدماتی و تفریحی به شرح زیر معرفی می شوند:

- ۱- برنامه های خدماتی جاری شامل: I- برنامه های درمانی - بهداشتی - اجتماعی - ملی (مثل طرح جامع پیشگیری) II- معرفی مراکز خدماتی موجود (مثل معرفی مراکز مشاوره، خطوط تلفنی مشاوره، مراکز درمانی، گروه های خودیاری، مراکز بازپروری)
- ۲- معرفی فعالیت های تفریحی و جایگزین موجود (برنامه های سینماها، تئاترها، نمایشگاه ها، مسابقات ورزشی و...)

این تبلیغات معمولاً از طریق آگهی، اخبار و یا اطلاعیه به اطلاع عموم می رسد.

- ۳- فراخوان ها، برای معرفی روزهای خاص و جلب توجه و حمایت عمومی برای یک حرکت ملی به کار می روند (مثلاً روز مبارزه با اعتیاد و راهپیمایی مربوط به آن).

آموزش دانش و افزایش اطلاعات عمومی

امروزه رسانه های عمومی نقش اساسی و مهمی در افزایش آگاهی و دانش بینندگان، شنوندگان یا خوانندگان خود به عهده دارند. فیلم های مستند، میزگردهای تخصصی، گزارش ها، سخنرانی ها، مقاله ها، همگی سعی در افزایش اطلاعات عموم در مورد موضوعات خاص دارند. در مورد سوء مصرف مواد این نقش به شکل مطرح کردن مسائلی چون:

۱. معرفی ماده مورد سوء مصرف در منطقه

۲. معرفی ابعاد سوء مصرف در منطقه

۳. معرفی علایم مصرف مواد یا اعتیاد

۴. شناسایی علایم خطر در مراحل اولیه

۵. معرفی عوامل محافظت کننده

۶. معرفی عوامل زمینه ساز و ... می باشد.

افزایش اطلاعات و آگاهی، یکی از عمده ترین و اساسی ترین حیطه هایی است که رسانه های گروهی می توانند در آن جولان بدهند. معمولاً در فعالیت های پیشگیری از سوء مصرف مواد، بیشترین انتظار از تاثیر دخالت و فعالیت رسانه ها، افزایش آگاهی و اطلاعات عمومی درباره اعتیاد می باشد.

۲-۱- تاثیر بر نگرش ها و ارزش ها

نگرش های هر اجتماع شامل باورها و ارزش هایی است که در طول تاریخ آن جامعه در نتیجه اثرات متقابل یا تشدید کننده مذاهب، سنت ها، جنگ ها، زبان ها و رفاه جمعی آن اجتماع شکل گرفته است و ریشه در اعقاب ملتها دارد. اما رسانه ها توانایی اثرگذاری بر ارزشها و نگرش های فردی و جمعی را دارند و نیز قادرند هنجارها و ارزشهای جمعی را در بینش افراد هر اجتماع، ایجاد تقویت یا تضعیف کنند. بیشترین توانایی رسانه ها در پر رنگ کردن و یا تثبیت نگرش های موجود می باشد. ایجاد نگرش های نوین و یا تضعیف نگرش های موجود توسط ابزار رسانه ای، به اندازه اثرات تقویت کننده آنها نمی باشد.

در زمینه پیشگیری از مصرف مواد

۱- رسانه ها قادرند نگرش های مخرب را زیر سوال ببرند و در جهت کم رنگ کردن آنها برنامه ریزی نمایند. نگرش های مخربی مثل «مواد برای سلامت و رفع درد یا خستگی مفیدند»، «معتادان را باید به دریا ریخت»، «افراد با اراده هرگز معتاد نمی شوند»، «مصرف تفریحی برای اشخاص قوی ممکن و لذتبخش است.»

۲- رسانه ها می توانند نگرش های جدید ایجاد کنند؛ نگرشهایی مثل «خطر اعتیاد برای همه وجود دارد» یا «معتاد قابل اعتماد نیست.»

۳- اما قدرت اصلی رسانه ها، تقویت ارزشهای موجود است. ارزشهایی که بهتر است از طریق تمرکز و تأیید رسانه ها در افکار عمومی تقویت شوند، می توانند شامل ارزشهای اجتماعی و تعهدات ملی و همچنین ارزشهای فردی باشند. در فعالیت های پیشگیرانه سوء مصرف مواد با ابزار رسانه ها، ارجحیت با تقویت ارزشها و تعهدات اجتماعی، ملی، فرهنگی و مذهبی است. این نقش ها فرد را به عنوان عاملی تاثیرگذار در شبکه جامعه مطرح می کند و مسئولیت های جمعی را برای تک تک افراد گروه در نظر می گیرد و افراد را ملزم به در نظر گرفتن عواقب اجتماعی رفتارهای خود می کند و رعایت ضوابط را برای زندگی اجتماعی سالم، متذکر می شود. رسانه ها می توانند با نمایش الگوهای افرادی که به بایدهای ملی، فرهنگی یا مذهبی خود احترام می گذارند و حمایت ضمنی از آنها، بر این ارزش ها تاکید نمایند.

در امر پیشگیری از سوء مصرف مواد، اثر تقویت ارزشهای فردی کمتر از تقویت ارزشهای جمعی است. معمولاً برای افراد راغب به سوء مصرف مواد، ارزشهای فردی، مثل راحتی یا خوش گذرانی بر ارزشهای جمعیت مثل مسئولیت روابط خانوادگی یا اجتماعی، ارجحیت بیشتری دارد؛ اما فعالیت در جهت تقویت ارزش های فردی باید بر باورها و ارزشهایی که اعتماد به نفس فرد را افزایش می دهد و یا علایق مذهبی وی را تقویت می کند، متمرکز باشد، تا رفتار سوء مصرف مواد به عنوان پناهگاه و حامی زیر سوال برود و فرد قادر شود که با اعتماد به نفس بیشتر به حل مشکلات و مسائلیش بپردازد. مذهب نیز می تواند احساس فردی انسان را نسبت به خود و سرنوشتش مثبت و احترام و اعتماد به نفس فرد را تأمین کند و به جای مواد، تکیه گاهی مطمئن و گرمی بخش باشد.

۳-۱- تأمین الگوهای رفتاری

تبلیغات تجاری با هدف ایجاد رفتار خرید، همه روزه سعی دارند بر افراد تأثیر بگذارند. پس رسانه ها قادرند ترغیب کننده عمل یا رفتاری خاص در انسانها باشند. هر چقدر این رفتار ساده تر

باشد، امکان وقوع آن بیشتر است. مثل خرید یک جنس که رفتار چندان پیچیده ای نیست. اما در زمینه اقدامات و تبلیغات اجتماعی، خصوصاً سوء مصرف مواد، وضع کمی متفاوت است؛ زیرا رفتار درخواست شده یعنی عدم مصرف مواد، پیچیده است و عوامل زیادی در ایجاد و تثبیت آن دخالت دارند. به علاوه با نگاهی به سابقه فعالیت رسانه ها در امر پیشگیری از سوء مصرف مواد روشن می شود که رسانه ها تاثیر جدی در زمینه رواج رفتار پیچیده عدم مصرف مواد نداشته اند. پس در صورتی که انجام فعالیت های اجتماعی از طریق رسانه ها مدنظر می باشد، بهتر است رفتارهای ساده ای مثل شرکت در همایش، راه پیمایی، حمل پلاکارد، کمک به افراد در معرض خطر، تلفن به خطوط مشاوره، مراجعه به مراکز مشاوره، به عنوان هدف انتخاب شوند.

از طرفی رسانه ها قادرند رفتار مثبت و ردیت و شایسته را به مردم معرفی کنند و الگوهای رفتاری درست در اختیار عموم مردم قرار دهند.

آموزش مهارتهای زندگی: رسانه ها در زمینه های مختلف آموزش رفتار موفقیت هایی داشته اند. این آموزشهای فنی در سطوح مختلف طراحی شده است و هر کدام از طریقی، فنی یا مهارتی را به گروه مخاطب خاص می آموزد. در امر پیشگیری از مصرف مواد می توان از این قابلیت رسانه ای برای آموزش مهارتهای مختلف مثل مهارت حل مسئله، کنترل خود، نه گفتن و مقاومت، آرام سازی، اطمینان به خود و ارتباطات جمعی سود برد.

آموزش های کاربردی به افراد موثر: برای آگاهی والدین یا معلمان و معرفی راه کارهای مفید به آنها، آموزش از طریق رسانه ها ممکن است. این اطلاعات می تواند شامل اقدامات پیشگیرانه یا مقدماتی مثل چگونگی برخورد با کودک در مراحل مختلف رشد، معرفی رفتارهای محافظت کننده، معرفی روش برخورد صحیح با جوانان و نوجوانان و یا چگونگی رویارویی با علائم خطر، علائم مصرف یا علائم اعتیاد، در جوانان و ... باشد.

رسانه های گروهی قادرند الگوهای رفتاری موفق و درست را به نمایش بگذارند و زمینه الگوبرداری از آنها را برای جوانان و نوجوانان ایجاد کنند. این الگوسازی می تواند با معرفی افراد موفق و نمایش زندگی آنها، یا معرفی رفتار درست از طریق نمایش آن در یک نمایش تلویزیونی صورت بگیرد.

۴-۱- ایفای نقش تفریحی و سرگرم کننده

ابزارهای رسانه ای به عنوان منبع سرگرم کننده به طور گسترده در خانواده ها و اجتماع مورد استفاده قرار می گیرند و می تواند برای کسب آگاهی و آموزش به عنوان یک فعالیت جایگزین لذت بخش از آن استفاده شود.

۲- بررسی تحقیقات و نتایج حاصل از مداخلات پیشگیرانه جهانی در امر اعتیاد

اقدامات رسانه ای مربوط به مداخلات پیشگیری از اعتیاد را با توجه به تاریخچه آن می توان به ۴ دسته بزرگ دسته بندی کرد:

- ۲-۱- مداخلات پیشگیری از مصرف مواد از طریق رسانه ها (نقش اصلی بر عهده رسانه ها)
- ۲-۲- مداخلات چندگانه چندگانه، همکاری رسانه ها با سایر بخشها در پیشگیری از اعتیاد (نقش همراهی بر عهده رسانه ها)
- ۲-۳- مداخلات پیشگیرانه سوء مصرف مواد با وسایل رسانه ای (به صورت محدود یا ابزاری)
- ۲-۴- مداخلات پیشگیری از سوء مصرف مواد از طریق تبلیغات رایگان و حمایت های رسانه ای (نقش پشتیبانی بر عهده رسانه ها)
- ۲-۱- مداخلات پیشگیری از مصرف مواد متمرکز بر رسانه ها

چند مثال از مداخلات پیشگیری از مصرف مواد از طریق رسانه ها

- ۱- برنامه سه ساله ضد مصرف سیگار
 - ۲- برنامه ملی «فقط نه بگوید»
 - ۳- برنامه مبارزه با کوکائین
 - ۴- برنامه تفتیح مواد در استرالیا
 - ۵- بسیج اختصاصی پیشگیری از مصرف هروئین در انگلستان
- راديو تلویزیونی در آمریکا

در این گونه برنامه های پیشگیرانه، محور اصلی یا نقش اول را رسانه ها عهده دار بوده و اقدامات اصلی برنامه را در مرحله اول رسانه ها تأمین نموده اند. چند مثال از این گونه اقدامات به شرح زیر است:

برنامه سه ساله ضد مصرف سیگار

نخستین استفاده از روش های مدرن آگاهی های تبلیغاتی، برای کاهش مصرف مواد در ایالات متحده آمریکا، برنامه سه ساله ضد مصرف سیگار، بود. بعدها در سال ۱۹۷۲، در مطالعه ای با عنوان

رسانه های گروهی و ترک سیگار، برنامه های تبلیغاتی رسانه های گروهی طی سالهای ۱۹۶۷ تا ۱۹۷۰ بررسی شد که نشان دهنده نقش مهم و تعیین کننده رسانه ها در تغییر شیوع مصرف سیگار بود. این تغییرات را به عوامل مختلفی مثل ارائه تبلیغات در سطح وسیع و مداوم (۳ سال پیاپی) و صرف هزینه زیاد برای برنامه (هزینه تقریبی برنامه های سال ۱۹۷۰، بالغ بر ۷۵ میلیون دلار بود) نسبت دادند.

اکثر آگهی های تبلیغاتی ضد مصرف سیگار، پیام های رادیویی و تلویزیونی بود که قسمتی از هزینه آن از محل مالیات فروش سیگار تأمین می شد. تحقیقات قبل و بعد از تبلیغات، حاکی از افزایش معنادار تعداد افراد سیگاری بود که به ترک سیگار می اندیشیدند و سبب کاهش ۲۰ درصد مصرف سیگار در مردان بالغ شد. بررسی مقایسه ای نشان داد که شیوع مصرف سیگار در ایالت کالیفرنیا، ۱۷ درصد کاهش داشته است. در این راستا قانون پرداخت مالیات برای تولیدکنندگان تصویب شد که این امر موجب افزایش معنادار قیمت سیگار و در نتیجه کاهش مصرف آن گردید.

برنامه ملی فقط بگوئید نه (Just say no)

در دهه ۱۹۶۰، افزایش مصرف ماری جوانا و مواد توهم زا مانند LSD در کالج های امریکایی اوج گرفت و در حدود سال ۱۹۷۰ مصرف حشیش در ۱۱ ایالت آمریکا آزاد گردید. سیاست کانادا نیز به طرف آزاد کردن مصرف حشیش گرایش پیدا می کرد. اما با مشاهده عوارض مصرف، در سال ۱۹۷۲، دولت آمریکا کوشش برای قطع معاملات مواد را آغاز کرد و در سال ۱۹۷۴، (NIDA (national Institute of Drug Abuse با بودجه دولت تأسیس شد و مطالعات خود را در زمینه مصرف مواد آغاز کرد. گزارش NIDA در آن سالها، حاکی از آن بود که مصرف مواد در بین جوانان در سالهای ۱۹۷۲-۷۹ اوج گرفته و آگاهی آنان از عوارض مصرف کم بوده است. در سال ۱۹۸۰، ریگان رئیس جمهور وقت آمریکا، اعلامیه جنگ در مقابل مواد را داد که از طرفی منجر به غیر قانونی شدن مصرف مواد در کانادا و آمریکا شد و از طرف دیگر به شروع یک بسیج رسانه ای در سال ۱۹۸۴ انجامید. این جنگ در ابتدا توسط دولت با هدف کلی کم کردن تقاضای مواد و همچنین آموزش عمومی خطرات آن و تغییر نگرش در مورد مواد در گروه نوجوانان و والدین آنها پایه گذاری شد. وسیله اصلی این مبارزه رسانه ای، تلویزیون و رادیو و رسانه های مکتوب (پوستر، بروشور، مجله، کتابچه) بود. اطلاعات لازم مربوط به آگاهی های مربوط به اعتیاد و تحقیقات لازم را NIDA تأمین می کرد. شعار بسیجی، فقط بگو نه بود. در واقع پیام این بسیج به جوانان و والدینشان این بود که مصرف مواد عواقبی برای آنها و خانواده هایشان دارد. تمرکز تبلیغات مستقیماً به اثر تحریک کننده

گروه همسالان و دوستان اشاره داشت و شامل تبلیغات با نصایح حمایت کننده و کمک کننده برای چگونگی روبه رو شدن با این عوامل می شد. بعدها، کمک های داوطلبان دولتی و غیر دولتی مانند کمک نانی ریگان، همسر ریگان که عضو انجمن ملی فعالیت های والدین بود، باعث تقویت برنامه ها شده و حدود برنامه ها گسترش یافت. خطوط مشاوره تلفنی و شرکت ۱۰ هزار باشگاه تفریحی با هدف ارتقای مهارت های بین فردی که با حمایت های همسر ریگان همراه بود، در تأمین اهداف آن، نقش بسزایی داشتند. در سال ۱۹۷۵، قبل از بسیج و رد سال ۱۹۸۵ بعد از آن، NIDA، با ۲۰۰ تا ۳۰۰ دانش آموز مصاحبه کرد که نتایج آن حاکی از افزایش آگاهی دانش آموزان از مواد بود. برای اثبات مؤثر بودن این بسیج رسانه‌ای، می توان به این اکتفا کرد که هنوز هم شعار فقط بگوئید نه در محاورات روزمره مردم امریکا رایج است. تحقیقات نشان داد که اطلاعات افزایش یافته و نگرش ها تعدیل شده است، بدون آنکه کنجکاوی و تحریک صورت گیرد (مثلاً نگرش ماری جوانا خطرناک است در بین دانش آموزان سال آخر دبیرستان، افزایش یافت) و گاه تغییرات رفتاری نیز مشاهده شده است (مثلاً میزان مصرف روزانه ماری جوانا از ۱۱ درصد در سال ۱۹۷۸ به ۴ درصد در ۱۹۸۶ کاهش یافت). همچنین این بسیج زمینه ساز فعالیت های اجتماعی بعدی در جهت پیشگیری از مصرف مواد شد. در کل، برنامه فوق یکی از موفق ترین برنامه های پیشگیرانه با ابزار اصلی رسانه، در دنیا بوده است.

برنامه مبارزه علیه کوکائین

در اواخر دهه ۱۹۷۰ و اوایل دهه ۱۹۸۰، مصرف کوکائین اوج گرفت. در آن سالها، مردم کوکائین را به عنوان یک ماده غیر اعتیادآور و امن می شناختند و این ماده مخدر از طریق اهنگ های محبوب تلویزیون، به عنوان آنچه باید انجام داد به عموم معرفی می شد. گفته می شد که این ماده توانایی های فردی را افزایش می دهد، روابط جنسی را بهتر می کند و لذت و تجربه ای غیر قابل مقایسه با هر چیز دیگر را نوید می دهد. مطالعات NIDA در ۱۹۸۳، حاکی از آن بود که ۲۴ میلیون آمریکایی در طول زندگی خود کوکائین مصرف کرده اند (۲۸ درصد جمعیت) ۱۱ تا ۱۳ میلیون در سال قبل و بین ۳ تا ۵ میلیون، رد طی ماه قبل مصرف کوکائین داشته اند. درصد بالایی از مصرف کنندگان، بین ۱۸ تا ۲۵ سال سن داشتند و تحقیقات نشانگر این بود که مصرف کنندگان محدود به طبقه پر درآمد نمی شدند و همه طبقات با هر درامدی را در بر می گرفت. در همان سالها، ح. ادث اضطرابی و مرگهای ناگهانی ناشی از مصرف کوکائین بالا گرفت.

تحقیقات فارماکولوژیک ماهیت اعتیادآور کوکائین را نشان داد و تحقیقات در حیوانات نشان داد که حیوان بعد از یک مدت مصرف کوکائین، رد صورت قطع دارو، فعالیت خود را برای استفاده

مجدد از آن تا مرگ ادامه می دهد. ارزیابی اثرات مصرف دارو روی مغز، مثل اثرات یک حمله تشنجی یا مغزی بود. بعد از موفقیت برنامه های رسانه ای NIDA در همایش فقط بگوئید نه که بر ماده خاصی تمرکز نداشت، مسئولان NIDA آماده بودند که با دیدگاه قبلی، مشکل ملی کوکائین را به مردم معرفی کنند. راه کارهای رسانه ای پیشگیری از مصرف مواد برای اخطار به جامعه و افزایش سطح آگاهی اجتماع از خطر جدی کوکائین برای اجتماع و سلامت فردی، شکل گرفت. مطالعات NIDA از طریق تحقیق روی درمان و فارماکولوژی (اثرات دارو بر مغز) کوکائین شروع شد و با هدف اطلاع رسانی به گروه مصرف کننده با چاپ کتابچه هایی به نام اعتیاد به کوکائین، خیلی گران است ادامه یافت. کار روی بسیج با بستن قرارداد بین NIDA و شورای تبلیغاتی (Advertising Council) که یک سازمان تبلیغاتی داوطلب بود، در ژوئیه ۱۹۸۵ شروع شد. این سازمان، با شبکه های مختلف رسانه ای در ارتباط بود. مسئولیت NIDA، آموزش تیم کارشناسی شورای تبلیغاتی در مورد مشکلات مصرف کوکائین بود و در سه ماه اول قرارداد، اعضای NIDA و شورای تبلیغاتی همکاری نزدیکی با هم داشتند تا اینکه مسئولان NIDA از اینکه کارشناسان تبلیغاتی (Ad. Council) کاملاً از مقاصد NIDA اطلاع دارند، مطمئن شدند.

خلاصه مطالبی که از این طریق به کارشناسان تبلیغاتی آموزش داده شد، شامل مطالعه تحقیقات و درمانهای انجام شده در مورد کوکائین، ملاقات با اپیدمیولوژیست ها و متخصصان درمان اعتیاد، مصاحبه با مصرف کنندگان کوکائین و معتادان بازپروری شده و جلسات متمرکز گروهی با شرکت اعضای گروه هدف احتمالی بود. خیلی زود مشخص شد که گروه هدف اولیه شامل افراد جوان در خطر مصرف یا افراد جوان مصرف کننده و افراد موثر بر آنها (خانواده، دوستان، معلمان) می باشند. تحقیقات نشان داد که میانگین سن مصرف کنندگان و افراد در معرض خطر، ۱۸ تا ۲۵ سال است و افراد در خطر جدی، افرادی هستند که به طور مرتب حشیش مصرف می کنند و کنجکاو مصرف کوکائین نیز می باشند. دستیابی به گروه جوانان برای NIDA و تیم کارشناسی بسیار سخت بود، و به احتمال بسیار زیاد، اصلاً به پیامها گوش نمی دادند. جوانان خود را به اندازه کافی، بالغ و مستقل می دانستند و فکر می کردند هر چه را باید در مورد کوکائین بدانند، می دانند. اما مطالبی که آنها می دانستند شامل نکات مثبت کاذب در مورد این ماده بود. نکاتی مثل بی ضرر و عمومی بودن مصرف و امن و لذت بخش بودن آن.

استراتژی اول با هدف اطلاع رسانی در مورد اعتیادآور بودن کوکائین و ایجادکننده مشکلات جدی روانی، جسمی و اجتماعی تنظیم شد. شعار این مرحله از بسیج، «کوکائین یک دروغ بزرگ» بود. اولین سری آگهی های عمومی، در مورد به تصویر کشیدن مصرف کنندگان قبلی کوکائین بود که

در آوریل ۱۹۸۶ روی آنتن رفت. این افراد با عوارض جدی مصرف کوکائین دست گریبان بودند و مشکلات باقی مانده را به نمایش می گذاشتند. سری بعدی آگهی ها که چند ماه بعد پخش شد، شامل مصاحبه با سه چهره محبوب بود که دو تن از آنان ستارگان بیس بال و سومی نانسی ریگان بودند. پیام آنها شامل پرهیز از امتحان کوکائین و کمک به افراد درگیر مصرف بود. سیزده سری آگهی عمومی برای این بسیج تولید شد. این آگهی ها از ۷۵ کانال تلویزیونی، بین ۱۵۰۰ تا ۲۵۰۰ بار در ماه پخش شد؛ در حالیکه در بسیج «فقط بگوئید نه» در اوج فعالیت، آگهی فقط ۱۱۵۰ بار در ماه پخش شده بود. بعدها شرکت تبلیغاتی (Ad. Council) جایزه فیلم آمریکا و فستیوال ویدئویی را از آن خود کرد. در تابستان ۱۹۸۶ مرگ تراژیک Len Bias ستاره بسکتبال دانشگاه مریلند به علت مسمومیت با کوکائین، توجه رسانه ها و دولت را بیشتر به کوکائین جلب کرد.

جایزه فیلم آمریکا
و فستیوال ویدئویی در ۱۹۸۶
به سازمان تبلیغاتی
Coucil
اعطا شد

با پیشرفت برنامه، لزوم استفاده از خطوط تلفنی پاسخ دهنده در مورد کوکائین احساس شد. اعضای گروه تبلیغات و NIDA، فکر کردند بهتر است افراد را بیشتر راهنمایی کنند. عملیات اول، با یک خط تلفن و ۲ کارشناس که ۴۰ ساعت در هفته کار می کردند، شروع شد. این کارشناسان قادر بودند به سئوالات مربوط به مصرف کوکائین و عواقب درمان پاسخ دهند. سئوالات مختلفی مطرح می شد: اگر کسی مصرف داشته باشد، چه کنیم؟ «منظورتان از اعتیاد چیست؟» اعتیاد کوکائین جسمی است یا روانی؟ چگونه فرزند یا دوستم را از مصرف، منصرف کنم؟ در موقع ترک چه علایمی بروز می کند؟ ترک چقدر خرج دارد؟ و...

سال اول به پنجاه هزار تلفن پاسخ داده شد. هر چه تلفن ها بیشتر می شدف پاسخ دهندگان حرفه ای نیز افزایش می یافتند. بعدها، با ۱۳ کارشناس تمام وقت که ۱۸ ساعت در ۷ روز هفته به تلفن ها پاسخ می دادند، حدوداً به ۶۰۰۰ تلفن در ماه پاسخ داده شد. اگر کسی میخواست اطلاعات بیشتری داشته باشد، برایش دفترچه می فرستادند و اگر کسی می خواست درمان شود، اطلاعاتی درباره مراکز درمانی یا گروه های خود یاری و مخارج آنها به او داده میشد. نتایج این بسیج، قابل تحلیل و بحث است. این یورش یکی از بزرگترین حرکت های رسانه ای در جهت پیشگیری از

مصرف مواد در دنیا بوده است. نتیجه این فعالیت وسیع رسانه‌ای، افزایش آگاهی عمومی در مورد آسیب‌زا بودن مصرف مواد، خصوصاً کوکائین، و نیز قرار گرفتن حل معضل اعتیاد در سرفصل فعالیت‌های دولت بود.

این دو دستاورد، یعنی افزایش اطلاعات عموم و مشارکت در تعیین اولویت‌های دستور کار دولت، همواره، حداکثر انتظاری است که می‌توان از یک فعالیت خوب رسانه‌ای داشت. در صورتی که احتمالاً توقع اهدافی مثل تغییر رفتار سوءمصرف مواد، از مجموعه فعالیت‌های رسانه‌ای، به تنهایی، غیرمنطقی به نظر می‌رسد. لذا، تغییرات رفتاری چندانی در مصرف مواد یا حوادث اضطراری ناشی از مصرف کوکائین در سالهای ۱۹۸۶ دیده نشد. اما از طرفی افزایشی هم رخ نداد. با اینکه در آن سالها، کرک (Crack) نیز به بازارهای مواد راه پیدا کرده بود و جاذبه‌های خود را داشت. از طرفی به نظر می‌رسد در طی آن سالها، یعنی در طی یورش رسانه‌ای «کوکائین دورغ بزرگ»، پدیده اشباع در بین مردم رخ داد. به این معنی که تمام شبکه‌های رسانه‌ای درگیر در بسیج به شکل آگاهی، در مورد یک موضوع واحد (مصرف کوکائین خطرناک است) شعار می‌دادند و در واقع افکار عمومی و توجه مردم بیش از این قادر به تمرکز روی یک مسئله نبود. لذا کم‌کم توجه عموم به این گونه تبلیغات کم‌شد و دیگر به راحتی جلب نشدند و یا حتی به مقاومتی تبدیل گشت که باعث شد نتیجه مورد انتظار از این یورش رسانه‌ای به دست نیاید و میزان موفقیت این عملیات در حد مداخلات «فقط بگوئید نه» ارزیابی نشود.

برنامه تقبیح مواد در استرالیا

در سال ۱۹۸۰، یورش رسانه‌ای به مصرف مواد، الکل، تنباکو شکل گرفت که گروه هدف آن، مدارس و گروه‌های اجتماعی بود. مطالعات در مورد این بسیج بسیج بین‌المللی در برابر سوءمصرف مواد (National Campaign Against Drug Abuse/ NCADA) تامین می‌کرد. افزایش آگاهی گروه‌های موثر، نتیجه اصلی این بسیج بود و در مرتبه دوم افزایش آگاهی جوانان مدارس در طی برنامه تامین شد. اما تغییرات رفتاری چندانی به دست نیامد.

بسیج اختصاصی پیشگیری از مصرف هروئین در انگلستان

این بسیج با شعار «هروئین شما را به هم می‌پیچاند» (heroin screw you up)، با تمرکز بر گروه هدف ۱۴ تا ۲۰ سال و با هدف جلوگیری از شروع مصرف و کمک به افراد در معرض خطر

شکل گرفت. مطالعات بعدی در مورد اثرات این برنامه، نشانگر افزایش آگاهی افراد در این محدوده سنی بود، اما رفتار شروع مصرف مواد چندان تغییری نکرد.

برنامه شهر سالت لیک (Salt Lack City)

در سال ۱۹۸۷ تا ۱۹۸۹ این برنامه، بسیجی با محوریت رسانه بود. این بسیج، برنامه ریزی دو ساله ای داشت که ۶ ماه اول آن ایجاد موج شدید از طریق اخبار، آگهی های عمومی، اعلام آدرس سرویس های قابل دسترس، ۲/۵ ساعت برنامه هفتگی مستند و هم چنین یک سری مقالات پراکنده در مجله PM بود. مجریان این بسیج، مرکز سلامت UTAH و ایستگاه تلویزیونی بزرگ KUTU بودند. گروه هدف، والدین و شعار بسیج «بچه، بچه تو» (Baby your baby) بود. تلاش بسیج، اطلاع رسانی به مادران باردار در مورد اثرات سوء مصرف مواد بر جنین بود. ارزیابی نتایج نشان می داد که مراجعات مادران مصرف کننده به درمانگاه ها، دو برابر شده است و ۶۶ درصد مراجعان گزارش دادند که به علت دیدن برنامه ها به فکر مراجعه و عدم مصرف افتاده اند. همچنین ۸ درصد از مرگ و میر نوزادان، کاسته شد.

بسیج رادیو تلویزیونی در آمریکا

این برنامه با تعیین جایزه نقدی برای آنان که عضو گروه ضد مصرف مواد می شوند، همراه بود. این بسیج «جایزه را ببر» (Sweep Stake) نام داشت و بر این فرض که برقراری روابط صحیح بین فردی در پیشگیری از مصرف مواد مفید است، بنا شده بود. گرچه افرادی عضو گروه ضد مصرف مواد شدند، اما در مقایسه با افراد غیر عضو، تغییر چندانانی در رفتار و نگرش آنها پدید نیامد. این بسیج در نهایت پیشنهاد کننده این فرضیه بود که تحریک های رسانه ای، بدون مداخلات ارتباطی بین فردی اثرات کمی در تغییر رفتار داشته است.

در بررسی های کلی که در مورد فعالیت های پیشگیرانه تک محوری رسانه ای صورت گرفت، نتایج زیر حاصل شد:

۱. در کاهش مصرف مواد، زیاد مؤثر نبودند، اما در تغییر رفتارهای جزئی، مثل کاربرد بهداشتی سرنگ مؤثرتر بوده اند.
۲. در نگرش تغییراتی ایجاد کرده اند.
۳. سیاست های دولت را در زمینه بودجه بندی و حمایت از برنامه های پیشگیرانه، تغییر داده اند.

۴. اگر همراه با سایر استراتژی های همراه شوند، مؤثرترند.
۵. زنان و افراد مسن، بیشتر از سایر گروه ها پیام را درک می کردند و از آن متأثر می شدند. معمولاً پیامهای آگاهسازی، احساسات ضد مواد را در افرادی که تجربه مواد نداشته اند تقویت می کند، اما تاثیرات کمی بر افرادی با تجربه مصرف یا سایر نگرش ها دارد. پس در تقویت اعتقادات و نگرش های ضد مصرف مواد مؤثر بوده اند.
۶. جوانان در بین سایر گروهها، کمترین تغییر نگرش را در برابر بسیج های ضد مواد داشته اند.

۲-۲- مداخلات چندگانه: همکاری رسانه ه

مؤثرترین مداخلات در زمینه اعتیادف روشهای مبتنی بر همکاری رسانه و حمایت های ساختار یافته و فعالانه اجتماع، سیاستگذاران و همچنین آموزش چهره به چهره در گروه های کوچک می باشد.

مطالعه در بلژیک و هلند مشخص نمود که بهتر است در برنامه های پیشگیرانه از رویکردهای تک استراتژیک، احتراز و رویکردهای پیشگیرانه با اجزای گوناگون در سطحی وسیع و جامع، انتخاب گردد. برای یک بسیج رسانه ای بهتر است ۳ فعالیت پا به پای هم پیش روند: ۱- افزایش آگاهی ملی، ۲- تمرکز بر مواد غیر قانونی رایج، ۳- گسترش دیدگاه های اجتماعی.

وقتی فعالیت اولف مسئله مواد را در رأس معضلات اجتماعی به عموم معرفی می کندف اطلاعاتی های مربوط به مواد خاص مورد سوءمصرف به گروه در معرض خطر انتقال می یابد و در عین حال با فعالیت های سوم، یعنی گسترش دیدگاه های اجتماعی، افکار عمومی برای دستیابی به رویکردهای تازه آماده می شود. برنامه های موفق از این نوعف تأکید کننده تأثیرگذاری این گونه رویکردهاست.

چند مثال از مداخلات رسانه در سایر بخشها

- ۱- پروژه ۶ ساله متمرکز بر اجتماع ۵ شهری استانفورد
- ۲- مداخلات ایالتی ضد سیگار مینه سوتا
- ۳- بسیج Star
- ۴- برنامه اورگان
- ۵- بسیج ملی رسانه ای ضد مصرف مواد برای جوانان

پروژه ۶ ساله متمرکز بر اجتماع ۵ شهری استانفورد

ومداخلات ایالتی ضد سیگار مینه سوتا

این دو برنامه را برنامه‌های پیشگیری از اختلالات قلب استانفورد و طرح سلامت قلب مینه سوتا با همکاری رسانه‌ها قانونگذاران و مدارس شکل دادند. تبلیغات وسیع رسانه‌ای منطقه‌ای، با تبلیغاتی برای کارگاه‌های کلاسها و کلینیک‌ها و فعالیت‌های متمرکز بر مدارس کلاس- کارگاه- پوستر- پیگیری‌های کلینیکی همراه شد. ارزیابی نتایج حاکی از کاهش مصرف سیگار در بزرگسالان و هم‌چنین کاهش میزان کلسترول و سطح فشارخون که هدف این دو طرح بود، می‌باشد. اما این گونه تبلیغات در گروه سنی جوانان چندان مؤثر واقع نشد و مصرف سیگار در افراد ۱۲ تا ۲۴ ساله، افت نکرد.

بسیج star I

کانزاس و STARI در ایندیانا سیتی، هر دو محل اجرای طرح پیشگیری غرب میامی بودند و در سال ۱۹۸۰ با حمایت و بخش تجاری، خدمات خود را در زمینه کاهش مصرف الکل و سیگار در عموم مردم و تمرکز بر گروه‌های هدف بزرگسالان، والدین و اجتماعات منطقه‌ای ارائه دادند. اجزای ساختار یافته این بسیج‌ها شامل رسانه‌های منطقه‌ای (تلویزیون، رادیو، نشریات پوستر)، برنامه‌های مدرسه‌ای (شامل تشکیل کلاس برای دانش‌آموزان دوره‌های دبستانی و دبیرستانی و والدین و جلسات اولیا و مربیان)، همکاری و حمایت‌های رهبران و افراد کلیدی اجتماع و تغییر سیاست‌های بهداشتی از طریق کمیته‌های دولتی می‌شد. ارزیابی نهایی این دو برنامه نشان داد که رشد مصرف مواد در کلاس‌های هفتم و هشتم دبیرستانها کمتر شده و به‌طور ثابت از مدارس که تحت پوشش برنامه نبوده‌اند، پایین‌تر مانده و هم‌چنین مصرف الکل و حشیش کاهش یافته است. در ضمن، رهبران اجتماع نیز داوطلبانه به این بسیج پیوستند.

برنامه اورگان Oregon

این برنامه که یک مبارزه ایالتی بود، در سال ۱۹۹۸ و ۱۹۸۹ با پشتیبانی دولت آمریکا شکل گرفت. برای این مبارزه ۴۰۰۰ نفر آموزش‌گرا استخدام شدند و ده هزار نفر به صورت داوطلب مشارکت کردند، روزنامه‌ها، رادیو و تلویزیون محلی با گوناگونی مواد رسانه‌ای، شامل اخبار و آگهی، به کار گرفته شد و پوستر و آگهی‌های مختلف در مسیرهای تردد نصب گردید. کارتهای سلامت، کتابچه‌ها و پمفلت‌ها در بیمارستانها و درمانگاه‌ها پخش و همکاری تمام انشعابات بهزیستی جلب گردید.

راه پیمایی ئ حمل شعارهای مربوط به سلامت مثل سال بدون مواد و همچنین دوره های پنج جلسه ای برای آموزش والدین برگزار شد. نتیجه این بسیج تعلیم ده هزار والد در کمتر از یک سال و تغییرات مثبت در دانش و رویکرد شرکت کنندگان در برنامه بود. ارزیابی ها نشان می دهد که به طور کلی برنامه های چند محوری مؤثرند، اما ارزیابی اجزای آنها از جمله ارزیابی اثر انحصاری رسانه ها بر اطلاعات و افکار عمومی بسیار سخت است.

برنامه بسیج ملی رسانه ای ضد مصرف مواد برای جوانان

برنامه بسیج ملی رسانه ای ضد مصرف مواد باری جوانان یک بسیج ملی رسانه ای با پشتیبانی دولت امریکاست که از سال ۱۹۹۸، اجرای آن در سه مرحله آغاز شده است. در مرحله اول که از ژانویه تا جولای ۱۹۹۸ ادامه داشت، برنامه به طور آزمایشی در ۱۲ ایالت آمریکا و از طریق رسانه های گوناگون، شامل تلویزیون، رادیو، پوستر و تبلیغات خیابانی اجرا شد. انتخاب ۱۲ ایالت به این علت بود که پیامهای بسیج، گروه های مخاطب مختلف

۲- یک بسیج چند محوری است که بر همکاری رسانه ای با سایر بخش های خصوصی ، دولتی ، تخصصی و ... تکیه دارد و با همکاری نزدیک **ONCDP,NIDA,ad Council** و انستیتوهای مشابه ، قادر است دیدگاه های جوانان را در مورد مواد متاثر سازد .
ارزشیابی دقیق برنامه ، طرح ریزی شده و در حال اجرا است .
این برنامه ، برای اثر گذاری بر فعالیت های ضد مواد در مدارس ، سازمانهای شهری و سایر گروههای اجتماعی ، طرح ریزی شده است .

استراتژی های اساسی بسیج برای جوانان ، پیرامون چند پیام زیر است :

- بیشتر جوانان مواد مصرف نمی کنند و مصرف مواد مورد تأیید جوانان نیست..
- عوارض استفاده از مواد زیاد است .
- فواید زندگی عاری از مواد زیاد است .
- بعضی از مهارتها فرد را قادر می سازد ، زندگی عاری از مواد داشته باشد .
- برای اینکه جوانان بتوانند آخر هفته ها و اوقات بعد از مدرسه را به خوشی بگذرانند ، راه های مختلفی وجود دارد .
- پیام ها مربوط به والدین و سایر بزرگسالان مؤثر ، برجسته های زیر تأکید دارد :
- درخطر بودن جوانان و نوجوانان ؛
- تأثیر بسیار قوی والدین بر رفتار مصرف مواد توسط فرزندان ؛
- معرفی راههایی به والدین جهت کمک به پرهیز جوانانشان از مواد ؛

درحال حاضر این طرح با ۲۲ سازمان دولتی یا غیر دولتی که شامل نهادهای آموزشی ، تبلیغاتی ، تحقیقاتی ، دولتی ، غیر دولتی و ... می باشد ، همکاری دارد . در صورت تمایل برای پیوستن به این برنامه ، پیام ها و محتوای پیشنهادی توسط **ONDCP,ad Council** بازنگری و سپس در صورت تأیید برای همکاری پذیرفته می شوند .

۳-۲- مداخلات پیشگیرانه سوء مصرف مواد با وسایل رسانه ای

این مداخلات شامل بخش تبلیغات رسانه ای نمی شود . بلکه به وسیله ابزارهای رسانه ای که می تواند در بین گروه انتخاب شده ای از افراد ، استفاده شود ، انجام می شود . این ابزارها شامل نوارهای ویدیویی ، مجله و نشریه است . از این وسایل می توان برای درمان اعتیاد در کلینیک های درمان و مراکز بازپروری استفاده کرد . همچنین این وسایل در مدارس و زندانها برای آموزش پیشگیری از AIDS و استفاده از سرنگ فردی کاربرد فراوان دارد . اثر بخشی اینگونه مداخلات ، به کیفیت اجزا وابسته است . مثلاً اگر این فعالیتها توسط گروه همتا صورت گیرد ، مؤثر تر از مداخله معلمان می باشد . هر چه استفاده از وسیله ساده تر باشد ، اثر بخشی آن بیشتر است . محتوای اینگونه آموزش ها می تواند بر پایه اطلاعات ، مهارتهای مقاومت ، تقویت ارزشها یا مهارتهای زندگی باشد که همگی بر تأثیر بخشی مداخله اثر می گذارد . البته هر چقدر محتوا بر پایه شناخت گروه هدف و اختصاصاً با در نظر گرفتن احساسات و اعمال آنها تهیه شده باشد ، مؤثرتر است . در ضمن ، اثر این فعالیت ها ، در صورتی که با فشار و اجبار همراه باشد کاهش می یابد .

این برنامه ها از طریق کنترل دو گروه تحت آزمون و گروه شاهد قابل ارزیابی است . پس از اجرا ، برگزاری جلسات گروهی ، هم برای آموزشگران و هم دانش آموزان تأثیر برنامه را عمیق تر می کند . مانند مجموعه ویدیویی " این زندگی من است " در اسکاتلند که با هدف آموزش مهارتهای اجتماعی به گروه هدف جوانان تهیه شده است . بعد از ارزیابی ، در مهارتهای اجتماعی دو گروه شاهد و کنترل تفاوت های قابل توجهی دیده شد . اما برنامه از نظر سوء مصرف مواد ارزیابی نگردید .

۴-۲- مداخلات پیشگیری از سوء مصرف مواد از طریق تبلیغات رایگان و

حمایت های رسانه ای

حمایت های رسانه ای شامل بستن قرارداد با شبکه های تلویزیونی ، برای قرارداد دادن مفاهیم پیشگیرانه اعتیاد در محتوای نمایشی مجموعه های معمولی می باشد . تبلیغات رایگان در شبکه های مختلف صدا و سیما و یا مجله ها و روزنامه های محلی قابل دستیابی است و جامعه مخاطب آن ، عموم می باشند . هدف اینگونه پیام ها و مداخلات ، جلب توجه عموم است .

این گونه حرکات به صورت شدید در شروع یک بسیج همه گانه بسیار مؤثر می باشد و می تواند توجه عموم را جلب کند و مشوق رفتارهای جمعی لازم و تحریک احساسات عمومی برای شروع یک حرکت ملی باشد . این تبلیغات قوی می تواند نهایتاً هم باعث اعمال عقیده سیاست گذاران بر جامعه گردد و هم با هدایت افکار عمومی ، عقاید سیاستگذاران را تغییر دهد .

مثال ۱) بسیج ملی قطع مصرف سیگار (National smoking cessation)

در مجله ملی بریتیش (British Medical) اشاره ای به مصرف سیگار توسط کودکان شد . بعدها این خبر در روزنامه های عمومی نیز درج یافت و باعث ایجاد تبلیغات استاندارد قدرت "Standard Authority Advertising" شد و با فشار بر کارخانجات تولید تنباکو ، حق تبلیغات این کارخانجات را سلب کرد .

مثال ۲) برنامه ((جنون بس)) (Stop Of Mandness)

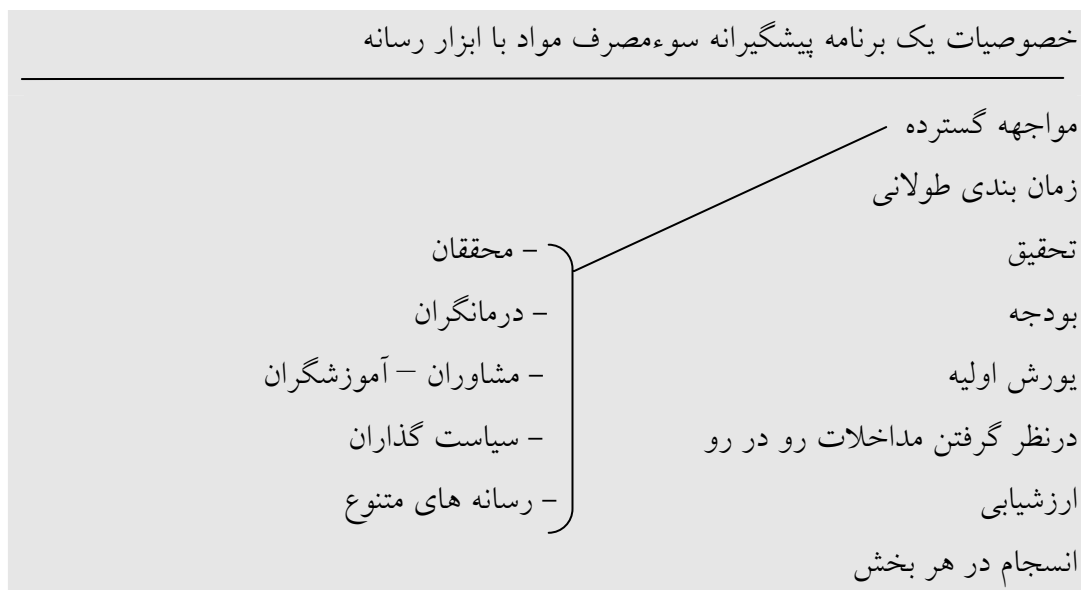
این برنامه به طور رایگان در ۱۵ ایالت آمریکا و همچنین کشورهای اروپایی توسط NIDA,EIC(Entertainment Council) اجرا و از طریق شبکه CBS پخش شد . نتایج ارزیابی اثرات اینگونه برنامه ها مؤید آن است که این گونه تبلیغات در جلب توجه عمومی به مسئله ، جلب مشارکت و کسب حمایت جمعی در آغاز یک بسیج چند

جانبه ، بالاترین تأثیر را دارد . اما ، تغییر نگرشی و رفتاری کمتری ایجاد می کند و در کاهش مصرف مواد به تنهایی نتیجه بخش نیست ، اما برای ارتقا اطلاعات مناسب است . بنابراین بهتر است از این گونه تبلیغات به شکل یک یورش در آغاز بسیج استفاده و بر فواید رفتار مثبت و مضرات رفتار منفی تکیه شود .

۳- خصوصیات یک برنامه موفق پیشگیری از سوء مصرف مواد

با ابزار رسانه

یک برنامه موفق با هدف پیشگیری از سوء مصرف مواد ، نیاز به برخوردی همه جانبه و جامع دارد . تجربه ثابت کرده است که در نظر گرفتن و رعایت عوامل زیر ، در موفقیت و کسب دستاوردهای برنامه نقش بسزایی دارد .



۳-۱- مواجهه گسترده

برای طراحی یک برنامه موفق پیشگیری از سوء مصرف مواد بهتر است رسانه ها با حمایت و همکاری سایر دستگاهها و در حین یک حرکت همه جانبه و وسیع ، خدمات خود را ارائه دهند .

موفق ترین برنامه های پیشگیرانه ، از کمک رسانه ها به عنوان جزئی از کل برنامه استفاده می کند . این همکاری ها می تواند دولتی یا غیردولتی و یا داوطلبانه باشد و بهتر است شامل بخش های زیر شود :

همکاری گروههای درمانی یا تخصصی با برنامه ، اثـــــر بخشی آن را افزایش می دهد .

جامعه شناسان ، روانشناسان ، روانپزشکان ، متخصصان علوم رفتاری ، جرم شناسان ، حقوق دانان و کلیه افرادی که مطالعاتشان بر رفتارهای انسانی و عوامل ترغیب کننده یا تضعیف کننده آن متمرکز است ، می توانند در هر مرحله از برنامه ، راهنمایی های مؤثری داشته باشند .

آموزشگران و مشاوران و معلمان که آموزشها و مهارتها را مستقیماً و بدون واسطه انتقال می دهند و یا برای برقراری ارتباطات بین فردی ، به صورت فردی و از نزدیک نقش هایی را اعمال می کنند، می توانند در ایجاد و حفظ تغییرات رفتاری بکوشند و در مدارس که جایگاه مناسبی برای دستیابی به گروه نوجوانان در معرض خطر می باشد، مسئولیت هایی اتخاذ نمایند.

سیاستگذاران و مسئولان برنامه ریزی سازمانهای مختلف اجرایی یا خدماتی نقش تعیین کننده ای در یک برنامه موفق پیشگیرانه دارند. آنها باعث همکاری و همراهی های بین بخشی می شوند و از برنامه های پویا حمایت می کنند.

درگیر ساختن **رسانه های متنوع** که با پیامها و شیوه های گوناگون برای نیل به هدف کلی فعالیت می کنند، باعث ایجاد اعتماد بیشتری در گروه های مخاطب می شود، زیرا مخاطب پیام را از منابع مختلف دریافت می کند.

۲-۳- زمان بندی طولانی

این گونه برنامه ها علاوه بر حمایت های اجتماعی گوناگون و درگیر ساختن شبکه های مختلف رسانه ای ، محتاج زمان بندی طولانی می باشد، زیرا فعالیت های پیشگیرانه دیرتر به نتیجه می رسند. این زمان باید برای افزایش اطلاعات، تغییر نگرش و رفتار منطقی و مناسب، و حدود آن از قبل

مشخص باشد و نقطه پایانی آن با پیش بینی و برنامه ریزی مشخص گردد. همچنین لازم است که به مراحل یا مدل‌های مشخص و منطقی، اختصاصی و قابل سنجش تقسیم شود.

۳-۳- طرح و برنامه ریزی و ارزشیابی اثرات برنامه ، بر پایه تحقیقات

تحقیقات در مراحل مختلف برنامه، تعیین کننده اجرای بهتر طرح در همان مرحله و مراحل بعدی خواهد بود. مطالعات لازم برای یک برنامه پیشگیرانه موفق، شامل موارد زیر است :

- آشنایی با مسئله اعتیاد، عوامل ایجاد کننده، و محافظ، ماده مورد سوء مصرف شایع و ... یکی از پایه های اصلی مطالعاتی ما برای یک برنامه پیشگیری از اعتیاد است.
- آشنایی با گروه در معرض خطر و گروههای مؤثر بر آنها (مثل جوانان، والدین، معلمان و...) و مطالعه نزدیک روی این گروه ها و شناسایی ارزشها، امیال، ترسها، نگرش ها و ... و همچنین فرضیه ها و نظرات موجودی برای تغییر رفتار این گروه ها، تضمین کننده موفقیت برنامه است.
- مطالعه در مورد رسانه ها و پیام های مناسب باعث انتخاب بهترین پیام با کمترین عوارض، از طریق بهترین رسانه و بیشترین اثر بر گروه هدف می شود.

۳-۴- تأمین بودجه

قبل از تدوین برنامه، لازم است منابع مادی تعیین کننده آن معلوم و مشخص باشد. با توجه به بودجه در دسترس، تدوین منطقی برنامه امکان پذیر می شود.

۳-۵- شروع برنامه با یورش

اولین مراحل اجرایی برنامه ، برای ارتقای آگاهی عمومی در زمینه عوارض استفاده از موارد در جامعه، ترویج بحث های سیاسی و دیدگاههای اجتماعی می باشد. برای جلب توجه عمومی و ایجاد هیجان و تحریک ملی، این مرحله از برنامه می تواند در آغاز بسیج، به شکل یک یورش رسانه ای تبلیغاتی و مخاطب (عموم مردم) صورت گیرد. برای حفظ توجه و هیجان جلب شده ، هر سه تا چهار ماه یکبار یورش های آگاهسازانه رسانه ای موثر است .

۶-۳- پیش بینی مداخلات نزدیک و مستقیم در ضمن برنامه

در نظر گرفتن جنبه های مروج ارتباطات بین فردی، لازم و سودمند است. مثل مداخلات شبکه همسالان، کارگاه، گروه، کلاس که ایجاد کننده و محافظ تغییرات رفتاری هستند و به وسیله متخصصان و درمانگران یا معلمان از نزدیک هدایت می شوند.

۷-۳- ارزشیابی برنامه

بررسی و ارزشیابی هر مرحله از برنامه، نقاط ضعف یا قوت آن مرحله را مشخص می کند و می تواند در مراحل بعدی نقشهای اصلاحی ایفا کند. ارزشیابی کلی هر برنامه راهگشای اجرای برنامه بعدی در سطحی بالاتر است.

۸-۳- انسجام برنامه ها

همکاری و هماهنگی دستگاه های مختلف و انسجام موضوعات تبلیغاتی یا آموزشی بسیار مهم است. اگر یک شبکه رسانه ای در بخش پیشگیری از مصرف مواد در حال فعالیت است، انسجام تمام برنامه های آن شبکه و احتمالاً شبکه های همکار، در جهت پیشگیری از مصرف مواد لازم است. در این صورت انتخاب برنامه های درمانی، که ایجاد کننده برداشت جمعی از درمان شدنی بودن اعتیاد می باشد، خلاف تامین هدف اولیه روند پیشگیری از سوء مصرف مواد است و اثرات آن را کم می کند.

همچنین ارتباط منسجم سازمانهای مختلف با یکدیگر باعث می شود هر جزء چرخه عملیاتی وظایف خود را انجام دهد و اثرات مؤثری ایجاد کند. در غیر این صورت، برنامه به بن بست می رسد. مثلاً در صورتی که شبکه های تبلیغاتی، آدرس مراکز درمانی را اعلام کنند، اما هماهنگی لازم جهت مهیا ساختن مقدمات سرویس دهی درمانی وسیع را پیش بینی نکرده باشند، مراجعان، نا امید و متفرق خواهند شد.

۴- خطرات برنامه های بدون استراتژی

عدم پیش بینی موارد ذکر شده در طرح یک برنامه پیشگیری از سوء مصرف مواد، برنامه را با مشکلات عدیده مواجه خواهد نمود که موارد زیر از آن جمله اند:

۱- برنامه های پراکنده برای مخاطبان مختلف، ممکن است باعث شود که پیام به مخاطب نرسد.

- ۲- ممکن است مخاطبان تحت تاثیر پیام قرار نگیرند.
- ۳- بدون رعایت الویت های برنامه ، بودجه هزینه می شود.
- ۴- ممکن است کارکنان برنامه توجیه نشوند.
- ۵- مدیریت منطقی یک برنامه مبهم، بدون استراتژی ممکن نیست.

مراحل طراحی یک برنامه پیشگیرانه موفق

رسانه ها در امر تبلیغات تجاری که هدف آن تاثیر بر گروه مخاطب خاص برای ترغیب به خرید یک جنس است، تجربه طولانی دارند و به موفقیت هایی نیز نایل شده اند. بنابراین قراردادن الگوی یک برنامه بازاریابی در سر فصل عملیات برنامه های پیشگیری ، منطقی به نظر می رسد. البته در تبلیغات تجاری و اجتماعی تفاوت های مشهودی وجود دارد که اهم آن به شرح زیر است :

- ۱- محصولات تجاری با تلاش برای رضایت فوری مشتری، تولید شده است. در حالی که در تبلیغات اجتماعی، رفتارهای سالمی که در مقایسه با رفتار خرید، منافع زودرسی ندارند، تبلیغ می شود.
- ۲- تبلیغات اجتماعی با هدف جایگزینی رفتار مطلوب (عدم مصرف مواد) به جای رفتار نامطلوب (مصرف مواد) طراحی شده است و مسلم است که این رفتارهای مطلوب تا مدتی برای فرد، ناخوشایند است و مانند رفتارهای قبلی با لذت همراه نیست .
- ۳- تمرکز تبلیغات تجاری بر گروهی است که با نظر مساعد به محصول یا منافع آن می نگرند، اما تبلیغات اجتماعی دائماً در مقابل گروه های در معرض خطر که در مقابل تغییرات و توصیه ها مقاوم اند، قرار می گیرند.
- ۴- رفتارهای مضر، چه فردی و چه اجتماعی، اغلب پیچیده اند و با رفتارهای ساده ای مثل خرید یک محصول ، قابل مقایسه نیستند.
- ۵- بازاریاب ها و میانجی های تبلیغات تجاری در دسترس تر و ارزانتر از متخصصان تبلیغات پیشگیرانه و اجتماعی اند.
- ۶- اظهار نظر متخصصان امور اجتماعی در مورد محصولات اجتماعی، بسیار سخت تر از اظهار نظر در مورد محصولات تجاری است، خصوصاً که به علت نظری بودن این علم، متخصصان امور اجتماعی نظرات مختلفی دارند.

- ۷- بسیاری از رفتارهای سالم، احتمالاً با فشارهای اجتماعی گروه همسالان مواجه خواهد شد. مانند طرد شدن از گروه همسالان در صورت امتناع از یک فعالیت گروهی مانند مصرف مواد، به عکس پیروی از مد در گروه همسالان که جذاب هم به نظر می رسد.
- ۸- تبلیغات اجتماعی، نه تنها مستقیماً خواهان تغییرات رفتاری افراد است، بلکه خواهان تصحیح ساختار اجتماع در جهت تامین سلامت جامعه نیز می باشد.
- ۹- معمولاً پیچیدگی های اخلاقی در تبلیغات اجتماعی، مهمتر و بیشتر از مسائل تجاری است.

برای تامین اهداف اجتماعی با ابزار رسانه ها، در کتابها مدل‌های مختلفی پیشنهاد شده اند که همگی به هم شباهت دارد و اختلافات جزئی در آنها دیده می شود. مدل زیر که در واقع مراحل اجرایی یک برنامه پیشگیری از سوء مصرف مواد با ابزار و رسانه هاست، تلفیق و جمع بندی چندین مدل است و به نظر می رسد از جامعیت برخوردار باشد.

طراحی ارتباطات با مدل ۸ مرحله ای

۱. تحلیل موقعیت
۲. تعیین گروه هدف
۳. تحقیق برای طرح ریزی ارتباطات
۴. تدوین هدف
۵. ساخت پیام
۶. انتخاب رسانه
۷. اجرا
۸. ارزشیابی

۱- بیان مسئله یا تحلیل موقعیت

یک بازاریاب برای رسیدن به هدف فروش بالاتر، در اولین مرحله، شروع به جمع آوری اطلاعات در مورد بازار، بهترین خریداران کالا، وضعیت اجتماعی، سیاسی و فرهنگی حاکم و بررسی مواد پر فروش تولید شده می پردازد. یک متخصص پیشگیری نیز برای تامین اهداف پیشگیرانه خود، لازم است تحقیقاتی گسترده به عمل آورد. مرحله بیان مسئله، اساس تدوین برنامه های رسانه ای است، چرا که تمرکز آن بر مسائل اساسی می باشد. اغلب در این مرحله، از تدوین یک پروژه جدید غفلت می کنند، زیرا به نظر آشکار و واضح می رسد و پرداختن به آن اتلاف وقت تلقی می شود. در برنامه های پیشگیری، بیان مسئله می تواند به تمرکز روی عوامل افزایش دهنده اعتیاد و گروههای در معرض خطر کمک کند و نیز راه شناسایی خصوصیات، نگرش ها و رفتارهای همراه با سوء مصرف موارد را هموار نماید.

۱-۱- تعریف مسئله

یک تعریف جامع از مسئله ۵ عنصر دارد :

- ۱- تجزیه و تحلیل اهمیت، وسعت و شدت مشکل مورد بحث و گروههای جمعیتی تحت تاثیر آن
- ۲- مرور شرایط اجتماعی - فرهنگی
- ۳- توصیف سیاستها و برنامه های ملی و محلی
- ۴- بررسی توانایی سازمانهای دولتی و مراکز خصوصی مرتبط با مسئله اعتیاد
- ۵- بررسی شبکه های ارتباطی در دسترس و توانایی آنها در مواجهه با مشکل

تذکر این نکته لازم است که هر یک از مسائل مورد نظر باید در زمینه اجتماعی، فرهنگی، سیاسی، و اقتصادی مورد بررسی قرار گیرد. برخی مسائل ریشه در عوامل سنتی دارند، در حالی که بعضی از آنها ممکن است از تاثیرات مدرن شدن زندگی یا تغییر شیوه های زندگی نشأت گرفته باشند. مثلاً در برخی جوامع مصرف تریاک یا حشیش یک سنت تلقی می شود، در حالی که در بقیه نظام های اجتماعی، ممکن است اعتیاد از عوارض زندگی شهری، فقر، فشارهای اجتماعی و در آمد ناشی از قاچاق مواد یا مهاجرت باشد.

برای تدوین برنامه های پیشگیری مناسب، طراحان باید سیاستها و برنامه های مربوط، منابع و شبکه های در دسترس را مدنظر داشته باشند. تمام مسائل مورد بحث قابل طرح از طریق رسانه ها نیستند. مثلاً گاهی ممکن است بسیاری از موارد ترک تحصیل یک به علت تنگنای اقتصادی اتفاق می افتد، موجب افزایش احتمال اعتیاد شود، لیکن طرح این مسئله از طریق رسانه ها برای مردم، به خصوص جوانان، تاثیری در پیشگیری از اعتیاد ندارد ...

تجزیه و تحلیل اهمیت، وسعت و شدت مشکل

این بخش شامل ضروری ترین اطلاعات برای طرح ریزی کلی برنامه است. در اکثر کشورها، نگاه به مسئله کلی است و جمع آوری شواهد و مدارک در این زمینه به طور کافی صورت نمی گیرد، به خصوص در کشورهای در حال توسعه که مطالعات آماری دقیقی در آنها صورت نگرفته است. لذا تقویت جمع آوری اطلاعات در زمینه ماهیت و وسعت اعتیاد از طرق مختلف ضروری است. روش های جمع آوری این اطلاعات عبارت اند از:

۱- مطالعات همه گیر شناسی (اپیدمیولوژیک)

۲- مطالعات روی دانش، نگرش عملکرد افراد (KAP)

۳- بررسی های بوم نگاری (اتنوگرافیک)

پس از ۲۰ سال تحقیق در بخش های مختلف جهان، امروزه مشخص شده است که بهترین راه سنجش شیوع سوء مصرف مواد در گروه های جمعیتی مختلف، مطالعات نمونه گیری است. وقتی چنین روش هایی دور از دسترس باشد، جمع آوری اطلاعات باید شامل منابع موجود و تکمیل آنها با نظرات متخصصان، بررسی گزارش های بهداشتی - پزشکی یا سایر منابع و مشاهدات باشد. جنبه مهم این گونه جمع آوری اطلاعات، اشراف بر ابعاد مختلف سوء مصرف مواد است که شامل انواع موادمورد سوء مصرف، خصوصیات افراد سوء مصرف کننده و روش ها و گستردگی سوء مصرف است. در این زمینه، داشتن اطلاعات جمعیت شناسی در مورد گروه در معرض خطر و پاسخ به پرسش هایی در زمینه مصرف قبلی مواد و نگرش افراد به مواد ضروری است.

به طور کلی، برای تأمین اهداف پیشگیرانه، لازم است تحقیقات گسترده ای در مسایل به عمل آید:

کیفیت مشکل اعتیاد

الف) گستردگی مصرف مواد در منطقه (مثلاً در ایران، تریاک و حشیش و هروئین گستردگی بیشتر دارند).

ب) سیر و روند کلی اعتیاد

ج) علل و عوارض اعتیاد

د) جمعیت های متأثر از معضل اعتیاد در منطقه

ه) روش های احتمالی پیشگیری از اعتیاد

افراد در معرض خطر و گروههایی که بر آنان تاثیر می گذارند :

الف) بررسی دقیق خصوصیات این افراد

ب) شناخت علائق، ارزشها، ترس ها و نیازها

شناسایی محیط حاکم بر فعالیت پیشگیرانه شامل :

الف) فضای حاکم بر محیط و سیاستها و قوانین

ب) برخورد سیاستها و قوانین منطقه ای با مقوله اعتیاد

ج) وضعیت اقتصادی - فرهنگی شامل : زبان

سطوح و منابع در آمد

دسترسی به امکانات رفاهی

ارزش ها و اعتقادات

روش های سنتی ارتباطات

اصطلاحات رایج در منطقه

د) سطح اطلاعات عمومی در زمینه اعتیاد

ه) نگرش های متداول اعتیاد و مواد در منطقه

و) میزان احساس خطر جمعی در مورد وضعیت اعتیاد

بررسی اقدامات انجام شده در امر پیشگیری از اعتیاد شامل :

الف) استخراج اطلاعات در رابطه با اقدامات پیشگیرانه رسانه ای یا غیر رسانه ای

ب) تلفیق اطلاعات، تجربه ها و الگوهای به دست آمده از جامعه

شرایط اجتماعی - اقتصادی و فرهنگی

برنامه ریزان نیازمند اطلاعاتی در زمینه منطقه جغرافیایی مورد مطالعه، شامل شرایط شهرنشینی، سطوح و منابع درآمد، دسترسی به خدمات بهداشتی و رفاهی و نیز عقاید فرهنگی هستند. این گونه اطلاعات به برنامه ریزان امکان می دهد که عوامل تاثیر گذار بر اعتیاد را بهتر بشناسند. تحلیل عوامل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به تمرکز برنامه روی عواملی که بیشترین ارتباط را با گروه هدف دارند، کمک می کند.

داشتن اطلاعاتی در زمینه زبان، ارزش ها و عقاید در تدوین برنامه های حساس فرهنگی بسیار مفید است. فهم روش های سنتی ارتباطات، اصطلاحات رایج و ارزش های غالب در جامعه، ممکن است کارآیی پیام و مقبولیت آن را افزایش دهد.

سیاستها و برنامه های ملی و محلی

برای پیشگیری از اعتیاد استراتژی ارتباطی باید در دل سیاستها و برنامه های موجود جای گیرد. لذا برنامه ریزان باید تا حد ممکن از این گونه برنامه ها مطلع باشند. به عنوان مثال، ممکن است وزارت آموزش و پرورش در حال اجرای یک برنامه مدرسه ای عاری از مواد برای والدین و کودکان باشد، لذا برنامه ریزان ارتباطی باید فعالیتهای خود را با این برنامه ها هماهنگ کنند.

گاه ممکن است برنامه های اجرا شده پیشگیری از اعتیاد در زمینه هایی موفق یا ناموفق باشد، برنامه ریزان باید درباره این شکست ها یا موفقیتها، اطلاعات جامعی کسب کنند، زیرا این آگاهی ها به تدوین برنامه های موثر و اجتناب از اشتباهات تکراری، کمک می کند.

رهبران اجتماعی، سیاستگذاران و مشاوران می توانند در برنامه های پیشگیری از اعتیاد نقش کلیدی داشته باشند. بررسی نگرش آنها در این زمینه به شکل دهی برنامه ها و شناسایی حامیان یا مخالفان احتمالی کمک می کند. اگر محدودیت وقت و هزینه اجازه دهد، مصاحبه با سیاستگذاران و رهبران عقیدتی جامعه راه مؤثری برای دستیابی به نگرش های آنهاست.

توانایی های سازمانی مراکز دولتی

اکثر برنامه های پیشگیری از اعتیاد را سازمانهای اصلی هدایت می کنند و سایر نهادهای دولتی یا خصوصی نیز به طور متناسب درگیر آن می شوند. برای اخذ بهترین نتیجه از منابع در دسترس، بهتر است منابع سازمانی قابل استفاده در برنامه پیشگیری، شناسایی و ثبت شود. این منابع شامل نیروی

انسانی، اعتبارات، امکانات یا وسایل نقلیه و تکنیک های در دسترس شامل امکانات کمک آموزشی یا طراحی های گرافیکی می باشد. وقتی منابع در دسترس شناخته شد، برنامه ریزان می توانند طراحی واقع بینانه ای تدوین کنند که نقاط قوت هر سازمان را مد نظر قرار دهد. همزمان، شناسایی بخش هایی از طرح که نیازمند توجه بیشتر هستند، مفید است، چرا که سبب افزایش اعتبار یا درگیر شدن سایر نهادها می شود.

شبکه های در دسترس و توانایی های آنها

تدوین یک برنامه از طریق برنامه ریزان، نیازمند شناسایی انواع مهم رسانه ها در جامعه هدف می باشد. شناسایی شبکه های مختلف رسانه ای، گستره جغرافیایی پوشش آنها، مخاطبان احتمالی و سوابق برنامه های مرتبط با اعتیاد در رسانه ها، باید مدنظر قرار گیرد. اطلاعات ضروری دیگر، چارچوب زمانی برنامه ها و زبان به کار رفته در محتوای برنامه ها می باشد. شبکه بین فردی نظیر سازمان ها، گروه های جوان و کلاس های آموزشی بزرگسالان، باید شناسایی و تمایل آنها برای مداخله فعال در برنامه های پیشگیرانه بررسی شود. برخی از این تشکل ها ممکن است از تجربیات پر بار گذشته برخوردار باشند که باید در برنامه ریزی ها به کار گرفته شود.

فهرستی از شکرتهای تبلیغاتی، ناشران، متخصصان سمعی و بصری و سایر اساتید علوم رسانه باید تهیه شود. تهیه این مجموعه برای سهولت تصمیم گیری های بعدی و کمک به تدوین برنامه ضروری است.

۱-۲- منابع اطلاعاتی برای بیان مسئله

منابع متنوعی می توانند اطلاعات لازم برای بیان مسئله را تأمین کنند. گاه، اطلاعات قبلاً جمع آوری شده و به اسانی قابل دسترسی است؛ ولی در برخی اوقات، مصاحبه های یا کوشش های دیگری باید طالحی و اجرا شود.

منابع مهم اطلاعات عبارت اند از:

۱- گزارش های موجود مراکز بهداشتی، درمانی، مدارس، نیروی انتظامی، سازمان

بهبودی و پزشکی قانونی

۲- آمارهای بهداشتی جمع آوری شده در سطح محلی، منطقه ای یا ملی

- ۳- یافته‌ها آماری شامل مطالعات اپیدمیولوژی، مطالعه روی دانش، نگرش و عملکرد افراد (KAP) و نظر خواهی‌ها
- ۴- نتایج نظر خواهی‌های غیر رسمی شامل نظرات متخصصان و اظهارات افراد مطلع و کلیدی
- ۵- مطالعات ویژه، نظیر تحلیل محتوای رسانه‌ها و گزارش‌ها ارگانهای دولتی و سیاستگذاران
- گاه می‌توان با صرف هزینه‌های بسیار کم، نظر خواهی‌های مرتبط با اعتیاد را به آمارگیری‌ها یا مطالعات در حال اجرا افزود.

۳-۱- تجزیه و تحلیل

در این مرحله، لازم است اطلاعات جمع‌آوری شده در مرحله بیان مسئله را به صورت گزارش خلاصه‌ای رد آورد که یافته‌ها کلیدی، نقاط ضعف احتمالی و هرگونه کمبود اطلاعات را مشخص نماید. تهیه چنین گزارشی در سازماندهی اطلاعات و ایجاد یک چارچوب منسجم برای کار کمک می‌کند. سوالاتی که در این مرحله باید پاسخ داده شوند، به قرار زیر است:

- ۱- ماهیت مشکل چیست؟
- ۲- چه کسی تحت تأثیر قرار می‌گیرد؟
- ۳- حدود تأثیرپذیری چقدر است؟
- ۴- عوامل موثر در این تأثیرپذیری کدام است؟

به دنبال این سوالات باید مجموعه‌ای باز پیشنهاد‌های لازم الاجرا تهیه گردد. فعالیتهای پیشنهادی ممکن است فراتر از توانمندی‌ها یا یک یا استراتژی رسانه‌ای باشند، مانند تغییر سیاستها، بازنگری و تقویت امکانات و توانمندتر کردن خدمات اجتماعی.

گاه برنامه‌سازان علاوه بر وظایف اصلی خود که آموزش‌گرنه مخاطب از طریق برنامه‌های رسانه‌ای است، باید برای تفسیر سیاستها به عنوان یک اهرم فشار عمل کنند.

۴-۱- استفاده از بیان مسئله برای طراحی استراتژی رسانه ای

هنگامی که بیان مسئله تکمیل گردد ، برنامه ریزان باید مشخص نمایند که کدام یک از جنبه های اعتیاد با استفاده از ابزارهای ارتباطی قابل تغییر است و چه نوع برنامه هایی احتمال تأثیر گذاری بیشتری را دارند . به عبارت دیگر ، در این مرحله می خواهیم تعیین کنیم که آیا عوامل سبب ساز مشکل از طریق یک برنامه ارتباطی قابل تغییر هستند یا نه . در این مرحله باید نظریه هایی در زمینه عوامل سبب ساز اعتیاد مطرح شود و سپس اهداف و فعالیت های برنامه ، مانند نوع مداخلات و مخاطبان براساس آن بنا شود . گاه برنامه ها به دلیل فرضیه های غلط در زمینه تغییر رفتار با شکست مواجه می شوند . با تعیین فرضه هایی رد زمینه روش تأثیر گذاری برنامه بر رفتار ، برنامه ریزان می توانند توانایی های احتمالی روش های متفاوت را بررسی و موفق ترین آنها را انتخاب کنند .

معمولاً انتخاب تأثیر گذارترین علل اعتیاد براساس اطلاعات جمع آوری شده ، در مرحله بیان مسئله شکل می گیرد . به این ترتیب می توان در مورد علل شروع سوء مصرف مواد در افراد فرضیه هایی را بیان و مداخلات رسانه ای مرتبط با آن را انتخاب کرد .

۵-۱- برخی علل سوء مصرف مواد در افراد

محرومیت اجتماعی

براساس این فرضیه مصرف کنندگان مواد از شبکه های اجتماعی مخالف سوء مصرف مواد دور می باشند . مداخلات لازم در این زمینه شامل (۱) شناسایی افرادی است که از نظر اجتماعی منزوی هستند ، نظیر شهرنشینان کم درآمدا یا جوانان ترک تحصیل کرده ، (۲) سپس باید برای خودیاری این افراد نشست های مختلف یا گروههایی تشکیل داد . برنامه های رسانه ای می توانند با تشویق این گروههای کمکی ، انزوای اجتماعی را کاهش دهند .

فشار اجتماعی

شبکه های اجتماعی گاه با طبعی دانستن رفتار سوء مصرف مواد و ضرورت آن برا عضویت در گروه ، اعتیاد را تشویق می کنند . برخی افراد احساس وابستگی به همسالان خود دارند و در برابر

این گونه فشارها قدرت مقاومت ندارند. استراتژی های ارتباطی در زمینه مسئولیت پذیری شخصی و آثار مخرب اعتیاد در دراز مدت است. به جوانان می توان آموزش داد که چگونه با موقعیتهای تهدید آمیز مقابله کنند تا اعتماد به نفس و ارزشهای آنها تقویت شود.

درمان بیماری ها

برخی افراد، از مواد برای درمان سرفه، اسهال و بیماری های گوارشی یا سایر ناخوشی ها استفاده می کنند. روش های تغییر این رفتار شامل هشدار به متخصصان و آموزش دهندگان بهداشت، در زمینه خطرات سوء مصرف مواد و نیز پیام های رسانه ای رد رابطه بارش های موثرتر درمان بیماری ها می باشد.

عوامل روانشناختی

مردم ممکن است سوء مصرف مواد را از درماندگی، تمایل به هیجان بیشتر، کنجکاوی، آرامش یا تمایل به یک تجربه لذت بخش شروع کنند. لذا باید مضرات و خسارتهای روانی اعتیاد بیشتر به افراد شناسانده شود.

کیفیت زندگی خانوادگی

جوانانی که زندگی خانوادگی پر تنش را به دلیل نزاع های مکرر یا غیبت والدین تجربه می کنند، بیشتر احتمال دارد که مصرف مواد را به عنوان یک راه فرار برگزینند. برخی جوانان مواد را به عنوان وسیله ای برای ابراز خشم علیه والدین انتخاب می کنند. روش های اصلاحی در رابطه با این موضوع، شامل آموزش والدین در زمینه نقش حیاتی آنها در خانواده و دور کردن جوانان از اعتیاد، برقراری مراکز مشاوره و کمک به فرزندان برای مقابله سازنده با مسائل خانوادگی است.

نگرش افراد نسبت به مواد

افراد ممکن است مواد را به دلیل اعتقاد به منافع آن مصرف کنند. مثلاً ممکن است معتقد باشند که مواد سبب افزایش لذت جنسی می شود یا آنان را قادر می سازد که عملکرد بهتری رد کار داشته باشند. گاه اشخاص مصرف مواد را از مقادیر کم شروع می کنند و لذا هیچ اثر بیمار گونه ای را تجربه نمی کنند و نتیجه می گیرند که می توان با اعتیاد مقابله کرد. در حالی که مصرف مداوم سبب ایجاد تحمل (tolerance) و نهایتاً اعتیاد خواهد شد. چنین عقایدی ممکن است از سستهای فرهنگی ف فشار همسالان یا پیام های رسانه ای نشأت گرفته باشد. برنامه های ارتباطی میتواند برای تصحیح این گونه تفکرات غلط و تأمین اطلاعات صحیح در زمینه خطرات مواد، موثر باشد.

۲- شناسایی و تجزیه و تحلیل مخاطب

هدف از این فصل، تعیین گروه هدف و روش های دستیابی به آنهاست. پس از انتخاب مخاطبان هدف، لازم است آنها را به گروههایی تقسیم و برا یهر یک مداخلات ارتباطی طرح ریزی نمود. البته در مراجع علمی، حق تقدم و اولویت باتعیین گروه هدف است و تعیین هدف برای تأثیر بر آن گروه در مرتبه بعد قرار دارد. این ترتیب قراردادی است، لیکن در عمل این موضوع به شکل موازی مطرح می باشد.

به طور کلی بهتر است برای شناسایی مخاطب، به نکات ذیل توجه شود:

- ۱- مخاطب، به کدام یک از مواد اطلاعاتی نیاز دارد؟
- ۲- مخاطب، چه چیزی را می خواهد بداند؟
- ۳- مخاطب، قبلاً چه چیزی را می دانسته است؟
- ۴- مخاطب، چه چیزی را درک خواهد کرد؟
- ۵- مخاطب از پذیرفتن چه چیزی، امتناع خواهد کرد؟

گیرندگان یک پیام، فقط دریافت کننده آن نیستند، بلکه فعالانه محتوا و ساختمان پیام را تغییر می دهند. در واقع مخاطبان، گیرنده - آفریننده پیام تلقی می شوند.

پس از مشخص کردن و شناسایی مخاطب، باید اطلاعاتی درباره نگرش های مخاطبان خاص به دست آورد. برای تحلیل مخاطب، دستیابی به موارد ذیل ضروری است:

- ۱- گروه های خاص مردم ، چقدر به موضوع علاقه مندند ؟
- ۲- موضوع چقدر پیچیده است ؟
- ۳- موضوع چقدر بحث انگیز است ؟
- ۴- موضوع بیشتر مبتنی بر عقاید است یا واقعیت ؟
- ۵- موضوع چقدر ریشه دار است و شخص تا چه حد با آن درگیر شده است ؟
- ۶- موضوع چقدر ریشه اجتماعی دارد ؟

۱-۲- معیارهای انتخاب مخاطب

مخاطبان احتمالی برنامه های مرتبط با اعتیاد : مخاطبان را می توان از دو بعد ارتباط با پیشگیری و درمان طبقه بندی کرد .

از بعد پیشگیری

الف) افراد در معرض خطر اعتیاد : شامل جوانان (شهری یا روستایی ، مرد یا زن ، محصل یا غیر محصل)، افراد دارای مشکلات شخصی یا خانوادگی ، افراد مرتبط با معتادان

ب) افرادی که می توانند با افراد در معرض خطر موثر باشند شامل خانواده ، معلمان و مشاوران ، رهبران و تشکل های غیر دولتی (NGO) و گروه همسالان

ج) افراد موثر بر برنامه های اعتیاد : شامل سیاستگذاران ، مسئولان دولتی ، پلیس ، افراد آموزش دهنده آموز شدهندگان ، رهبران سیاسی ، اجتماعی ف فرهنگی ، مذهبی و متخصصان

از بعد درمان

الف) معتادان فعلی

ب) افرادی که می توانند برافراد معتاد موثر باشند شامل خانواده ، معلمان ، مشاوران ف همکاران فرد معتاد ، تشکل های غیر دولتی ، معتادان قبلی و گروه معتادان گمنام (NA)

ج) افرادی که می توانند بر برنامه های اعتیاد موثر باشند شامل سیاستگذاران و مسئولان دولتی ، رهبران جامعه و متخصصان

روش دیگر طبق بندی مخاطب به صورت زیر است :

مخاطبان اولیه

افرادی که هدف برنامه تغییرنگرش یا رفتار آنهاست مانند جوانان و نوجوانان که براساس ویژگی های جمعیت شناسی (دموگرافیک) قابل تقسیم بندی هستند (شهری یا روستایی ، محصل یا غیر محصل ...)

مخاطب ثانویه

افرادی هستند که می توانند بر مخاطب اولیه تأثیر بگذارند و یا به آنها خدمات بدهند ؛ شامل والدین ، معلمان و رهبران جامعه .

مخاطب ثالثیه

تصمیم گیرندگانی که بر موفقیت برنامه موثرند ؛ شامل سازمانهایی ک در زمینه های مرتبط کار می کنند ، سازمان های حمایت کننده از پیشگیری و افرادی که مجوز اجرای برنامه را می دهند .

با توجه به محدودیت منابع ف برای نیافتن تقدم مخاطبان ، برنانه ریزان باید معیارهای زیر مد نظر قرار دهند .

- ۱- استعداد و آسی پذیری گروه مخاطب نسبت به مشکل اعتیاد
- ۲- دسترسی گروه به شبکه های ارتباطی بین فردی و رسانه ای
- ۳- تأثیر پذیر بودن نگرش ها و رفتار گروه
- ۴- اندازه گروه
- ۵- احتمال تأثیر گذاری بر گروه های دیگر (اثر چندگانه یا multplier)

کاملاً واضح است که هر چه گروه‌های مورد بحث انتخاب شده تر ودقت بیشتری در انتخاب آن شده باشد. کارآیی برنامه بیشتر است؛ زیرا مخاطبان در زمینه سطوح درگ مطلب، ارزش‌ها، اعتقادات در رابطه با مواد، تجربه مصرف مواد استفاده از شبکه‌های رسانه‌ای و ارتباطی، زبان و اصطلاحات با یکدیگر تفاوت‌های اساسی دارند و استعداد آنها در زمینه تغییرات رفتاری متفاوت است. به طور کلی می‌توان گفت اگر تمام جمعیت را با یک پیام واحد مورد هدف قرار دهیم فقط ۱۰ درصد آن جمعیت را به طور موثر تحت پوشش بسیج تبلیغاتی قرار داده ایم و سایرین بهره‌جزئی می‌گیرند.

توجه به این نکته مهم است که مخاطب هدف الزاماً مخاطب اولیه نیست. برنامه پیشگیری ممکن است مخاطبان ثانویه یا ثالثیه را به عنوان مخاطب هدف برگزیند. مثلاً اگر چه ممکن است سود برندگان از برنامه، نوجوان در معرض خطر اعتیاد باشند، اما برنامه ریزان احتمالاً به این نتیجه می‌رسند که والدین بیشترین تأثیر را بر تصمیم‌گیری‌ها یکودگان دارند و لذا آنان را به عنوان هدف برنامه بر می‌گزینند.

گاه به دلیل محدودیت بودجه، برنامه فقط رهبران تأثیر گذار نظیر روسای سازمانهای جوانان را هدف می‌گیرد و بر این باور است که مخاطبان ثانویه می‌توانند روی مخاطبان اولیه تأثیر گذار باشند.

به طور ایده آل هر سه بخش مخاطبان باید بحت تأثیر یک برنامه قرار گیرند. در بسیاری موارد، به خصوص در ارتباطات بین فردی، مخاطب اولیه جز از طریق مخاطب ثانویه قابل دسترس نخواهد بود. در موارد رسانه‌ای، انتشار پیام به مخاطب اولیه می‌تواند با مخاطب ثانویه تقویت شود و مخاطب ثانویه، مخاطب اولیه را به استفاده از رسانه تشویق کند.

در طبقه بندی دیگر مخاطبان، می‌توان افراد را از نظر تجربه مصرف مواد به سه گروه تقسیم

کرد:

- ۱- افرادی که مصرف کننده دائمی مواد هستند.
- ۲- افرادی که مواد را تجربه نکرده اند.
- ۳- افرادی که مواد را تجربه کرده اند.

۲-۲- مخاطب، پیام، رسانه

حال پس از پشت سرگذاردن مراحل فوق لازم است تا برای تعیین پیام موثر و رسانه مناسب سه عنصر اساسی مخاطب، پیام و رسانه تجزیه و تحلیل شود. با تحلیل مخاطب، ویژگی های متفاوت گروه های مختلف، شناسایی و مخاطبان دسته بندی می شوند. ویژگی های مخاطبان، در طراحی پیام و انتخاب رسانه تاثیر دارد.

با تجزیه و تحلیل پیام، شیوه های سازماندهی و طراحی پیام مورد توجه قرار می گیرد. برای طراحی پیام اثر بخش، تجزیه و تحلیل آن ضرورت دارد. و در پایان، با تحلیل رسانه، ویژگی های رسانه شناسایی و با توجه به نوع پیام و ویژگی های مخاطب، مناسب ترین رسانه انتخاب می شود. در آغاز به دلیل نقش تعیین کننده ویژگی های مخاطب در طراحی پیام و انتخاب رسانه، به تجزیه و تحلیل مخاطب می پردازیم. ملاحظات مربوط به پیام و رسانه نیز در بخش های بعدی خواهد آمد.

۲-۳- تجزیه و تحلیل مخاطب

اشتباه رایجی که در فعالیت های آگاهسازانه صورت می گیرد، این است که تصور می شود اگر فعالیت آگاهسازانه برای همه مخاطبان انجام شود، همه افراد نیز تحت تاثیر قرار خواهند گرفت. در صورتی که هر گروه از مخاطبان خصوصیات دارند که در نگرش ها و علایق آنها تجلی پیدا می کند و بر انتخاب پیام و روش ارائه آن اثر می گذارد.

انواع برخورد با مخاطب

به طور کلی سه نوع برخورد با مخاطب وجود دارد که به قرار زیر می باشد:

۱- یکسان نگری (All-too-common Approach)

۲- پراکنده نگری (Scattergun Approach)

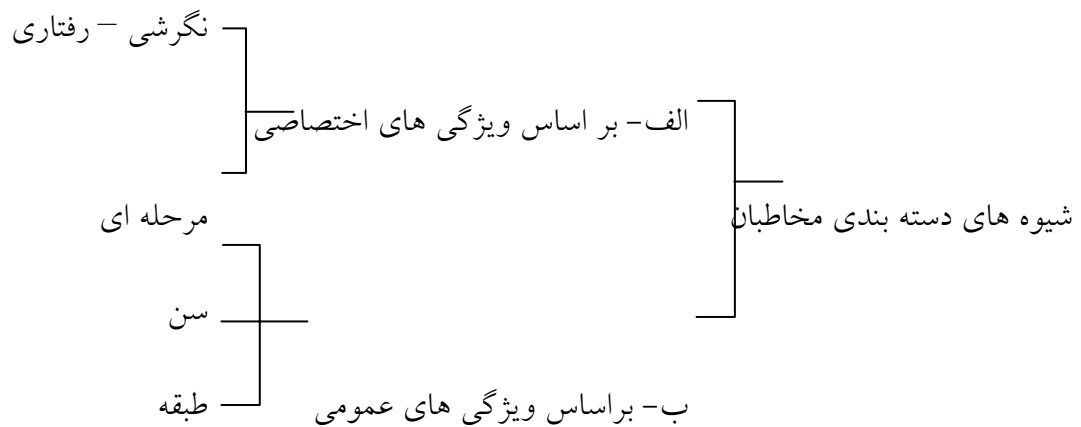
۳- دسته بندی (Segmentation)

۴- در برخورد اول، کلیه مخاطبان یکسان در نظر گرفته می شوند و فرض بر این است که ارائه یک فعالیت آگاهسازی برای همه آنها کافی است. در برخورد نوع دوم که در واقع تیری است در تاریک، یک تقسیم بندی اولیه صورت می گیرد، اما پیام بدون توجه به خصوصیات

ویژه گروهی مخاطب عرضه می شود. با این فرض که مخاطبان ویژه، خود به خود پیام را دریافت می کنند.

در برخورد نوع سوم که دسته بندی مخاطبان نام دارد، کلیه مخاطبان با توجه به ویژگی های مختلف طبقه بندی می شوند و پیام با در نظر گرفتن این ویژگی ها برای دسته های مختلف فرستاده می شود.

در فعالیت های آگاهسازی، مناسب ترین، رویکرد، دسته بندی مخاطبان است.



شهری و روستایی

ویژگی های اختصاصی (بر مبنای مشکل)

دسته بندی مخاطبان بر اساس نوع مشکل: مخاطبان بر اساس رفتار خاصی که در مقابله با مشکل بروز می دهند و یا نگرشی که نسبت به آن دارند، گروه بندی می شوند. در واقع اقداماتی که باید در فعالیت های آگاهسازانه به کار گرفته شود و همچنین میزان اثر بخشی آنها با توجه به نگرشها و رفتار افراد، متفاوت می باشد. دو رویکرد متفاوت برای دسته بندی مخاطبان ارائه شده است که در ذیل به طور مشروح به آنها پرداخته می شود.

رویکرد نگرشی - رفتاری

ملاک دسته بندی، نگرش مخاطبان به مسئله و رفتار آنها در مقابل آن می باشد.

در این رویکرد، کل مخاطبان از نظر رفتاری به دو دسته (افرادی که رفتار مطلوب داشته و افرادی که رفتار نامطلوب دارند) و از لحاظ نگرش نیز به دو گروه (مثبت و منفی) تقسیم می شوند.

اگر چه نگرش های افراد در طیفی از مثبت تا منفی قرار می گیرد و نمی توان آنها را با یک تقسیم بندی قالبی به دو گروه کاملاً مستقل تقسیم نمود، اما افرادی که دارای نگرش مثبت یا منفی هستند، اقدامات آگاهسازانه متفاوتی را طلب می کنند. مثلاً تقسیم بندی افراد از نظر نگرش نسبت به ترسیگار به صورت زیر می باشد:

منفی	مثبت	نگرش رفتار
۲	۱	مطلوب (غیرسیگاری)
۴	۳	نامطلوب (سیگاری)

به طوری که ملاحظه می شود، افراد از لحاظ نگرش و رفتار به چهار گروه تقسیم می شوند که هر گروه وضعیت متفاوتی دارد. در گروه اول و دوم افرادی قرار می گیرد که رفتار مطلوب دارند (غیرسیگاری). نگرش گروه اول نسبت به رفتار مطلوب مثبت تر از گروه دوم می باشد. لذا اقدام آگاهسازانه پیشنهادی برای این افراد، اقدام تقویتی است. اقدام آگاهسازانه باید رفتار مطلوب و نگرش مثبت فرد را پایدار کند.

دسته سوم افرادی هستند که رفتار نامطلوب دارند (سیگاری)، اما نگرش آنها به ترک سیگار مثبت می باشد. فعالیت آگاهسازانه پیشنهادی برای این گروه، اقدام تشویقی یا برانگیزنده است.

اقدامات آگاهسازانه باید نگرش مثبت این افراد را نسبت به ترک، تقویت و تشویق کند. تاثیر فعاليت های رسانه ای بر این گروه بسیار زیاد است.

گروه چهارم افرادی را شامل می شود که هم رفتار نامطلوب دارند (سیگار می کشند) و هم نسبت به ترک دارای نگرش منفی هستند. اقدام آگاهسازانه ای که برای این افراد پیشنهاد می شود، اقدام مقابله ای است، یعنی اقدامی که با نگرش و رفتار این افراد مقابله کند. تاثیر فعاليت های رسانه ای بر این افراد کمتر از سایر گروه هاست و این گروه رویکرد متفاوتی را طلب می کنند.

یادآوری این نکته ضروری است که اصولاً در اصلاح نگرش ها باید تدریجی عمل کرد، به طوری که نگرش منفی به نرش خنثی و نگرش مثبت تبدیل شود.

رویکرد مرحله ای

در این رویکرد کل مخاطبان بر اساس میزان پیشرفتشان در انجام دادن رفتار مطلوب به ۵ دسته تقسیم می شوند و بر اساس مرحله ای که در آن قرار گرفته اند، به اقدامات آگاهسازانه خاصی نیاز پیدا می کنند که در ذیل به تشریح آن می پردازیم.

الف - مرحله پیش تردید

در این مرحله، مخاطب هیچ گونه آگاهی از رفتار غیر بهداشتی خود ندارد. اقداماتی که در این مرحله پیشنهاد می شود، افزایش اطلاعات فرد در زمینه مشکل و همچنین آگاه کردن وی از پیامد های رفتار سلامت می باشد.

در این مرحله تاثیر فعاليتهاي آگاهسازانه بسیار زاید خواهد بود.

ب- مرحله تردید

در این مرحله مخاطب اطلاعاتی دارد اما به رفتار اقدام نکرده است. در این حالت، اقدامات آگاهسازی باید در جست شخصی کردن مشکل باشد، یعنی باید کار کرد که فرد مشکل را مسئله خود بداند و خود را جدا از مشکل نبیند تا بدین ترتیب تصمیم بگیرد که رفتار سلامت را آزمایش کند.

در این مرحله نیز نقش فعالیتهای آگاهسازانه نسبتاً زیاد است.

مثلاً هنگام ارائه فعالیتهای آگاهسازانه مربوط به پیشگیری از سیگار، باید به مضرات آنی سیگار مانند مخارج آن اشاره نمود.

تلاش بری کسب منفعت آنی ← ذکر منافع آنی و ملموس در پیام

ج: مرحله آمادگی

در این مرحله، مخاطب تصمیم می‌گیرد که رفتار غیر بهداشتی خود را در آینده نزدیک تغییر دهد. در فعالیت آگاهسازانه مرتبط با این مرحله، باید برای آماده کردن مخاطب در انجام دادن رفتار بهداشتی استدلال بیشتری ارائه شود و در عین حال انگیزه در مخاطب افزایش یابد تا فرد رفتار بهداشتی را امتحان کند.

در این مرحله نقش فعالیت رسانه ای متوسط می باشد.

د: مرحله عمل

در این مرحله، مخاطب رفتار غیر بهداشتی را متوقف و رفتار بهداشتی را آغاز می‌کند. برای پذیرش و تداوم رفتار بهداشتی، تأکید فعالیت های آگاهسازانه باید بر ارائه دلایل بیشتر و همچنین ادامه حمایت های انگیزشی باشد.

در این مرحله چون مخاطب به ثبات نسبی رسیده است، تأثیر فعالیت های آگاهسازی کمتر است.

ز: مرحله تداوم

در مرحله آخر، رفتار جدید رد مخاطب تداوم پیدا می‌کند و وی این رفتار را بیش از شش ماه ادامه می‌دهد. برای تثبیت رفتار جدید در مخاطب، فعالیت آگاهسازانه در این مرحله، باید همچنان بر ارائه دلایل پذیرش رفتار بهداشتی تأکید کند.

در این زمینه نیز نقش فعالیتهای آگاهسازی کم‌رنگ می باشد.

مرحله	نوع فعالیت آگاهسازانه	هدف از انجام فعالیت آگاهسازانه	اثر رسانه
پیش تردید	مطلع کردن مخاطب از مشکل	جست و جو برای کسب اطلاعات بیشتر	↑↑↑
تردید	شخصی نمودن مسئله	اتخاذ تصمیم در مورد امتحان رفتار جدید	↑↑
آمادگی	ایجاد انگیزه	امتحان کردن رفتار جدید	↑
عمل	استدلال بیشتر	ادامه رفتار به مدت ۶ ماه	کم
تداوم	استدلال بیشتر	تثبیت رفتار بهداشتی	کم

ویژگی های عمومی (ب رمینای طبقه اجتماعی

طبقه اجتماعی

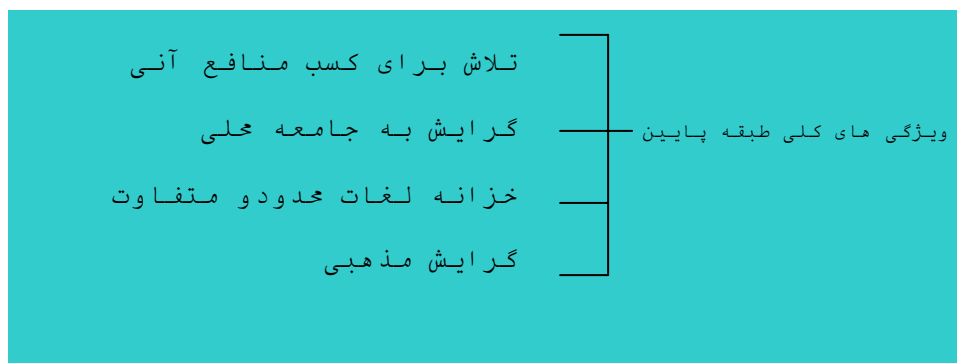
طبقه اجتماعی از اساسی ترین متغیرهایی است که باید در فعالیتهای آگاهسازانه مورد توجه قرار گیرد . طبقه اجتماعی ، به بخشی از اعضای اجتماع اطلاق می شود که از نظر ارزشهای مشترک ، حیثیت ، فعالیت های اجتماعی ، میزان ثروت و متعلقات شخصی و نیز آداب معاشرت با بخش های دیگر جامعه تفاوت دارند و در جوامع امروز سه شاخص بنیادی برای تعیین طبقه اجتماعی افراد وجود دارد که عبارت است از درآمد ، شغل و سطح تحصیلات .

هر طبقه اجتماعی ، سبک خاص زندگی خود را دارد و سبک زندگی نیز مجموعه عادات و آداب و شیوه های گذران حیات می باشد . بدین ترتیب اگر فعالیت های آگاهسازانه با در نظر گرفتن عادات و آداب خاص هر طبقه صورت گیرد ، اثر بخشی بیشتری خواهد داشت .

بر اساس تفاوت بین این سه شاخص (شغل ، درآمد و تحصیلات) ، سه طبقه اجتماعی پایین ، متوسط و بالا شکل می گیرد .

طبقه پایین از لحاظ هر سه شاخص فوق ، در سطح پایینی قرار دارد . برخی از ویژگی های کلی این گروه به صورت زیر است :

طبقه پایین



تلاش برای کسب منافع آنی

طبقات پایین به دلیل شرایط دشوار زندگی، به دنبال منافع آنی و کوتاه مدت هستند و ارضای فوری نیازهایشان را بر پاداش های مهمتر و بزرگتر آتی ترجیح می دهند. در واقع آنها می خواهند خود را از شرایطی که در آن قرار دارند، برهانند. از آنجا که نتایج فعالیت های پیشگیرانه، متوجه آینده دور می باشد، در ارائه پیام، باید علاوه بر در نظر گرفتن منافع کلی و بلند مدت، به نحوی منافع ملموس و آنی مخاطبان را نیز در نظر گرفت تا اثر بخشی پیام بر این طبقه بیشتر شود. مثلاً هنگام ارائه فعالیت های آگاهسازانه مربوط به پیشگیری از سیگار، باید به مضرات آنی سیگار مانند مخارج آن اشاره نمود.

تلاش برای کسب منفعت آنی ← ذکر منافع آنی و ملموس در پیام
گرایش به جامعه محلی

اصولاً در بین طبقات پایین، ویژگی محلی گرایی حاکم است. در واقع اعضای این طبقه خود را از سایر اقشار اجتماع جدا می کنند و نوعی احساس تعلق به اجتماع محلی دارند. به همین دلیل، مطلب یا مسئله ای را که مورد تایید جامعه محلی آنهاست، بهتر می پذیرند. بر این اساس، اگر محتوای پیام به نمونه هایی ملموس و موجود در جامعه در جامعه این افراد مرتبط شود، یا در ارائه پیام از افراد هم طبقه آنها استفاده شود، اثر پذیری پیام بیشتر خواهد بود.

گرایش به جامعه محلی ← استفاده از افراد هم طبقه

—خزانه لغات محدود و متفاوت

خزانه لغات افراد طبقات پایین اجتماع محدود، و اصطلاحات و لغات مورد استفاده این قشر، با سایر طبقات است، بنابر این اگر در ارائه فعالیت های آگاهسازانه، تا حد امکان، تا حد امکان، از ساده ترین و متداول ترین واژگان استفاده شود، پیام بهتر درک خواهد شد. اگر چه برای حفظ اعتبار پیام، بادی دقت نمود که از به کاربرد اصطلاحات دور و ای عامیانه در آن اجتناب نمود.

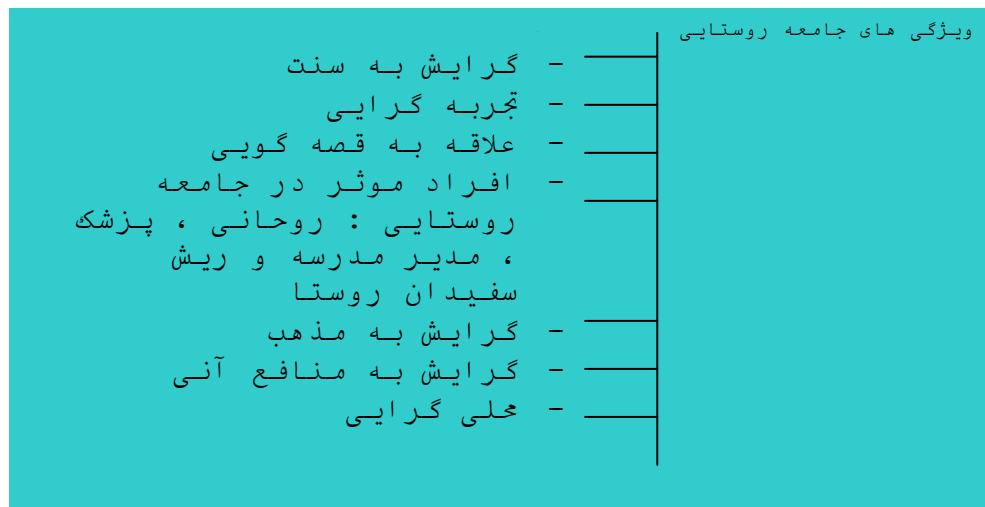
خزانه لغات محدود و متفاوت ← استفاده از بیان ساده

گرایش مذهبی

در مقایسه با سایر طبقات اجتماعی، گرایش مذهبی در طبقه پایین بیشتر است. انی گرایش ها، معمولاً جنبه نمادی دارد. لذا استفاده از نمادها، مکان ها و شخصیت های مذهبی در پیام، احتمال پذیرش آن را بالا خواهد برد.

غلبه گرایش مذهبی ← استفاده

جامعه روستایی :



گرایش به سنت

جامعه روستایی به شدت متأثر از گذشته است و به سنت های خویش گرایش دارد . از این رو در مقابل تغییر و نوآوری مقاومت می کند . به خصوص زمانی که این تغییرات مخالف سنت هایش باشد . بدین ترتیب ، ابلاغ رفتارهای بهداشتی جدید روستایی باید تدریجی و با هدف گذاری مرحله

هیاصورت گیرد تا روستاییان رفتار یا عقیده جدید رادر تقابل با سنت های خود نبینند .

مثلاً روستاییان به ازدواج خویشاوندی اعتقاد دارند. اگر قرار است برا پیشگیری از اختلالات وراثتی فعالیت شود ، نباید این عقیده سنتی آنها به کلی نفی گردد؛ بلکه باید آنها را به انجام دادن مشاوره قبل از ازدواج ، ترغیب نمود .

گرایش به سنت ← هدف گذاری کوچک و مرحله ای بریا ابلاغ رفتار جدید

تجربه گرایی

اصولاً به دلیل شیوه خاص زندگی در روستا، روستاییان معمولاً مسائلی را که تجربه کرده و به وطر عینی با آن مواجه بوده اند، بهتر یاد می گیرند و بیشتر به آن معتقد می شوند. به همین دلیل اگر در پیام به جنبه هیا عینی و تجربیی زندگی روستاییان بیشتر توجه شود، اثر بخشی آن بیشتر خواهد بود. مثلاً تجربه همه گیری بیماری ها در دام برای روستاییان ملموس است و می توان برایا گوشزد کردن خطر استفاده از آب نجوشیده، دربروز همه گیری وبا، از آن استفاده کرد.

تجربه گرایی ← مرتبط کردن آموزش ها با مسائل زندگی روستایی

علاقه به قصه‌گویی

به طور کلی در جوامع روستایی، ارائه مطالب به شیوه‌های روایتی و داستانی بسیار رواج دارد و روستاییان درمقابل این شیوه‌ها بسیار پذیرا هستند و از آن لذت می‌برند. از این رو، در ارائه مطالب، لازم است از این شیوه‌ها بهره گرفته شود.

علاقه به قصه‌گویی ← روایت گونه‌کردن آموزش

افراد مؤثر بر جامعه روستایی (روحانی، مدیر مدرسه، پزشک و ریش‌سفیدان

به دلیل تأثیری که روحانیون، مدیران و معلمان مدرسه و پزشکان بر روستاییان دارند، در ابلاغ پیام‌ها و رفتارهای جدید به جامعه روستایی می‌توان از افراد فوق استفاده کرد تا میزان پذیرش پیام و رفتار جدید در جامعه روستایی بالا رود.

افراد تأثیرگذار بر روستاییان: روحانی، مدیرمدرسه، پزشک و ریش‌سفیدان ← استفاده از افراد ذکر شده در پیام

ذکر این نکته لازم است که علاوه بر ویژگی‌های فوق، جوامع روستایی دربرخی از ویژگی‌ها همچون گرایش به مذهب، گرایش به منافع آنی و محلی‌گرایی با طبقات پایین اجتماع تشابه دارند؛ بدین لحاظ برای ارائه پیام، به جوامع روستایی، توجه به ویژگی‌های این طبقه نیز ضروری است.

۳- تحقیق در زمینه طرح‌ریزی ارتباطات

وقتی مشکل کلی مشخص و مخاطب تعریف شود (مراحل ۱ و ۲)، برنامه‌ریزان به جمع‌آوری اطلاعات کافی جهت طرح‌ریزی، اجرا و ارزشیابی عملیات یا مداخلات ارتباطی نیاز دارند. این روند را که مرحله سوم می‌باشد «تحقیق و بیان مسئله است ادغام می‌گردد، اما ارتباط آن با شناخت مخاطب (مرحله ۲) هم باید مدنظر قرار گیرد. در تدوین اهداف قابل اندازه‌گیری، تعیین مناسب‌ترین پیام‌ها و کانالهای ارتباطی و برنامه‌ریزی برای فعالیتهای عملیاتی، تحقیق دربارهٔ مرحله ۳ مهم می‌باشد. اگر این مرحله حذف شود، استراتژی ارتباطی حول یک سری حدس و گمان بی‌اساس و غلط که توسط افراد کم‌اطلاع از مخاطبان بیان شده است، شکل می‌گیرد. تعریف یک استراتژی ارتباطی بدون توجه به این نکات، خطرناک و باعث اتلاف وقت خواهد بود،

زیرا ممکن است سبب دفع مخاطبان و یا تحریک مخالفان شود. به علاوه از طریق تحقیقات و آزمون موضوعات (Pretesting)، مدیران برنامه‌ریزی می‌توانند مدارک مستدلی جهت سیاستگذاران و سایر افراد کلیدی تهیه کنند که نشان دهد روش آنها معقول و منطقی است و متناقض نیست. وظیفه مهم دیگر در این مرحله، تأمین اطلاعات اساسی جهت مقایسه با یافته‌های پس از اجراست که در اثر ارزشیابی حاصل می‌شود.

۱-۳- تحقیق برای شناخت مخاطب تعیین شده

در گام دوم، مخاطب هدف شناسایی، انتخاب و طبقه‌بندی می‌گردد. اکثر برنامه‌ریزی‌های مهم در طراحی برنامه (نظیر محتوای پیام و کانالهای ارتباطی) با انتخاب مخاطب آشکار می‌شود. هدف از تحقیق در زمینه مخاطب، تأمین اطلاعات در مورد مخاطبان کلیدی است که در گام‌های قبلی شناسایی شده‌اند. برای مداخلات ارتباطی مناسب، برنامه‌ریزان به اطلاعات جامعی در مورد هر مخاطب نیاز دارند.

مجموعه اطلاعات اساسی در زمینه مخاطب را می‌توان به شرح زیر طبقه‌بندی کرد:

اطلاعات دموگرافیک (جمعیت شناسی)

الف) اندازه و حجم جمعیت مخاطب

ب) جنسیت مخاطبان

ج) گروه سنی (مثلاً ۲۰-۳۰ سال)

د) شغل

ه) محل زندگی (شهر، روستا)

و) قومیت (کرد، بلوچ و ...)

ز) مذهب

ح) سطح تحصیلات

عوامل ارتباطی

الف) میزان ارتباط اجتماعی مخاطب

ب) میزان دسترسی افراد به رسانه و نوع رسانه در دسترس

ج) مدت زمان تماس افراد با رسانه

ه) زبان مورد استفاده

د) تأثیرگذارترین اعضای جامعه یا خانواده بر فرد و زمینه‌های تأثیرگذاری بر

و) منابع اطلاعات یا توصیه‌های مؤثر بر مخاطب

ز) میزان تماس مخاطب با معلمان، مشاوران، ...

مجموعه اطلاعات در زمینه دانش/نگرش/عملکرد مخاطب

الف) میزان آگاهی مخاطب از موضوع سوء مصرف مواد و جنبه‌های مختلف آن

ب) احساسات و عقاید (نگرش) مخاطب در زمینه مشکل و راه حل پیشنهادی

او

ج) عملکرد مخاطب در زمینه اعتیاد نظیر مصرف مواد در گذشته و حال،

ارتباط با مصرف‌کنندگان مواد و بحث در این زمینه با دیگران

۲-۳- منابع اطلاعاتی جهت تحقیق در زمینه ارتباطات

استفاده از یافته‌های موجود

- یافته‌های حاصل از سرشماری و تحقیقات میدانی که خصوصیات اجتماعی -

اقتصادی افراد ساکن در نقاط مختلف کشور را منعکس می‌کند.

- مطالعات انسان‌شناسی (آنتروپولوژیک) و بررسی‌هایی در رابطه با دانش،

نگرش و عملکرد افراد در رابطه با سوء مصرف مواد.

- گزارش‌های تخصصی یا گرفتن اطلاعات از طریق افراد مطلع کلیدی در

رابطه با محدوده سوء مصرف مواد و عملیات ویژه

- آمارهای بهداشتی و گزارش‌های بالینی از بیمارستان، مدرسه و نیروی انتظامی

که در حوزه سوء مصرف مواد در گروه‌های ویژه فعالیت کرده‌اند.

- مطالعات حاصل از تحقیقات رسانه‌ای که مخاطبان کانالهای مختلف رسانه‌ای

را توصیف کند.

مزیت اصلی استفاده از منابع موجود، صرفه‌جویی در وقت و هزینه است. لیکن

مضراتی هم به شرح زیر دارد:

• منابع موجود ممکن است به طور دقیق روی مسئله مورد بحث متمرکز

نباشند.

• صحت و کیفیت منابع موجود ممکن است نامشخص باشد.

• منابع ممکن است قدیمی و تاریخ گذشته باشد.

یافته‌های تحقیقات جدید

مطالعات جدید، بسته به نیاز می‌تواند از مطالعه روی یک نمونه جمعیت عمومی تا مصاحبه‌هایی بسیار اختصاصی با افراد کلیدی یا معتادان متغیر باشد. روش‌های اصلی تحقیق در برنامه‌ریزی ارتباطات عبارت‌اند از:

۱- روش‌های کمی نظیر برآوردها (Survey) که برای شمارش و اندازه‌گیری خصوصیات مختلف و تولید یافته‌های قابل تعمیم به جمعیت بزرگتر به کار می‌رود. مانند مصاحبه با اعضای گروه مخاطب و یا مطالعه در زمینه تماس افراد با رسانه‌ها

۲- روش‌های کیفی که سبب ایجاد آگاهی عمیق نسبت به عقاید و عملکرد تعداد محدودی از مردم می‌شود. مانند مطالعات انسان‌شناسی، مشاهده رفتار، مصاحبه‌های توقفی (Intercept Interview) و بحث‌های متمرکز گروهی (Focus Group Discussion) که به طور مفصل در بخش‌های بعدی مورد بحث قرار می‌گیرند.

۳- تلفیق این دو روش

نقاط ضعف	مزایا	انواع روشها	روشهای کمی
<p>هزینه و زمان زیاد صرف می‌کند.</p> <p>برای تجربه و تحلیل آماری نیاز به پرسنل ماهر دارد.</p> <p>زمان زیادی صرف می‌کند. نتایج ممکن است قابل تعمیم به کل مخاطبان نباشد.</p> <p>احتمال خطا زیاد است.</p>	<p>نتایج قابل تعمیم به جهت بزرگتر می‌باشد و حد و مرز خطاها قابل پیش‌بینی است.</p> <p>امکان اخذ اطلاعات عمیق وجود دارد.</p> <p>برای مقایسه و گزینش رسانه‌های مختلف مفید است.</p>	<p>۱- بررسی گروههای نماینده جمعیت بزرگتر (مثلاً بررسی ۱۰۰ دانشجو که می‌توانند نماینده یک میلیون دانشجو تلقی شوند).</p> <p>۲- مصاحله با اعضای گروه مخاطب (مثلاً مصاحبه با گروهی از شوندگان یک برنامه رادیویی)</p> <p>۳- بررسی تماس افراد جامعه با رسانه‌های جمعی (مثلاً استفاده از پرسشنامه در قسمت پبانی مجله جهت نظرسنجی از خوانندگان)</p>	
<p>معمولاً اطلاعات تنها به یک منطقه محدود است و ممکن است از نظر آماری دقت لازم را نداشته باشد.</p> <p>اطلاعات به دست آمده قابل تعمیم به کل افراد جامعه نیست.</p> <p>تعداد پرسشها محدود است.</p> <p>اطلاعات به دست آمده قابل تعمیم به کل افراد جامعه نیست و ممکن است تحت تأثیر مهارتها و پیشداوری‌های رهبر جلسه قرار گیرد.</p>	<p>اطلاعات عمیقی در زمینه عقاید و عملکرد فرهنگی افراد حاصل می‌شود.</p> <p>با هزینه کم و سرعت زیاد اطلاعات ویژه‌ای جمع‌آوری می‌شود.</p> <p>برای ایجاد بینش و زمینه ذهنی شرکت‌کنندگان مفید است.</p> <p>سریع و کم هزینه است.</p>	<p>۱- مطالعات انسان‌شناسی شامل مشاهده رفتار فرد در محیط طبیعی خود (اتنوگرافی یا بوم‌نگاری)</p> <p>۲- مصاحبه‌های کوتاه با عموم (مثلاً مصاحبه با چند تن از مشتریان در یک فروشگاه زنجیره‌ای)</p> <p>۳- بحث متمرکز گروهی (مثلاً بحث ۶ تا ۱۰ نفر درمورد یک موضوع ویژه)</p>	روش های کیفی

اقدامات بعدی

پس از انتخاب روش مناسب جهت تحقیق، اقدامات زیر باید صورت گیرد:

- ۱- محتوای پرسشنامه، مصاحبه یا سایر اشکال تحقیق باید تدوین شود.
 - ۲- نوع مصاحبه باید تعیین گردد. به عنوان مثال می‌تواند به صورت سئوالات ساختاریافته و یا مصاحبه آزاد باشد.
 - ۳- چارچوب سئوالات به صورت بسته یا باز مشخص شود.
 - ۴- کانون مورد تحقیق (افراد، گروهها، پوشش رسانه‌های جمعی و مانند آن) باید مشخص گردد.
- این تصمیمات براساس اهداف تحقیق و روش‌های مورد استفاده، اتخاذ می‌شوند.

برخی نقاط ضعف رایج در تحقیقات برای طرح‌ریز ارتباطی به قرار زیرند:

- ۱- تدوین یک پرسشنامه کلی‌نگر با اهداف متعدد (جاه‌طلبانه) که زمان بیش از حد برای تهیه و تحلیل آن صرف شود.
- ۲- دسترسی به یافته‌های تحقیق، در زمان مناسب، امکان‌پذیر نباشد.
- ۳- پایش و ارزشیابی هماهنگ با تحقیق، فراموش شده باشد.
- ۴- به غلط کوشش شده باشد تا از تحقیقات کیفی، نتایج کمی گرفته شود.
- ۵- به منظور صرفه‌جویی در وقت و هزینه، طیف عملکرد محدود یا بخش‌های مهمی از تحقیق حذف گردد.
- ۶- به اصول علمی روش تحقیق بی‌توجهی شده باشد.

بحث متمرکز گروهی (Focus Group Discussion)

در تحقیقات مربوط به مخاطب، استفاده از این روش برای طرح‌ریزی پیام، پیش‌آزمون کردن محتواها و پایش برنامه‌ها مفید است. در این روش، گروهی شامل ۶ تا ۱۰ نفر در مورد یک موضوع، ۲-۳ ساعت بحث می‌کنند. مدیریت بحث به وسیله یک مجری تعلیم دیده مدیریت می‌شود که خلاصه‌ای از یافته‌های مهم را (که توسط یک مشاهده‌گر یادداشت می‌شود) تنظیم می‌کند. اعضای گروه مشابهاتی با هم دارند، مثلاً والدین جوانان مصرف‌کننده (abuser) یا معتادان ترک کرده می‌باشند. رهبر جلسه، گروه را با استفاده از یک سری سئوالات طرح‌ریزی شده هماهنگ رهبری و اعضا را به شرکت کامل در بحث تشویق می‌کند.

بحث متمرکز گروهی ابزاری پژوهشی برای ارتقای سلامت است. دهها سال است که برای بررسی اثرات تبلیغات از این روش استفاده می‌گردد. اهداف این‌گونه بحث‌ها طیف وسیعی دارد، مانند ترک سیگار، سبک‌های بهداشتی زندگی و بازاریابی محصولات بهداشتی.

بحث‌ها درنوار ضبط می‌شود و محتوای آنها از نظر مفاهیم، ایده‌ها و فرضیات مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد. این‌گونه بحث‌ها ماهیت کیفی دارند؛ یعنی داده‌های کمی را فراهم نمی‌آورند و نمی‌توان نتایج آنها را به کل جمعیت هدف تعمیم داد، ولی برای شناسایی نقطه نظرات بخش‌های خاصی از جمعیت هدف مناسب هستند. بنابراین پژوهش‌های کیفی ابتدا به ساکن، توصیفی و تحلیلی هستند. از این گروه‌ها فرضیات و نظریاتی بیرون می‌آید که می‌توان آنها را روی حجم نمونه‌های بزرگتر آزمایش کرد. پژوهش‌های کمی تعیین می‌کند که دامنه نقطه‌نظرات مختلف که در پژوهش‌های کیفی شناسایی شده‌اند و در جمعیت کلی وجود دارند، چقدر است و تا چه حد می‌توان برای آزمون اعتبار نتایج پژوهش‌های کیفی، مورد استفاده قرار گیرند.

یک بحث متمرکز گروهی که به طور تخصصی هدایت شده باشد، دارای کارکردهای زیر است:

۱- شناسایی مخاطبان هدف با بیشترین استعداد تغییر

۲- شناسایی روش‌های ارتباطی

۳- تعیین استراتژی ارتباطی

۴- شناسایی مفاهیم رویکرد ارتباطی

۵- شناسایی انگیزه‌های مخاطبان هدف و موانع آن

برای اجرای این جلسات، قدم اول بسیج و آموزش رهبر جلسه و مشاهده‌گران است. اگر تعداد کمی از این جلسات مدنظر باشد، برنامه‌ریزان خود می‌توانند در این زمینه فعالیت کنند. لیکن اگر این بحث‌ها در نقاط مختلف کشور و در فواصل مختلف زمانی مدنظر باشد، بهتر است از ساکنان هر منطقه نظیر معلمان، استفاده شود و آنان در این زمینه آموزش داده شوند. رهبر جلسه باید زمینه ذهنی کافی درمورد موضوع داشته باشد و از ارتباطی کلامی خوب برخوردار و بتواند به دیگران آرامش بخشد.

قدم بعدی، انتخاب عناوین مورد بحث و آمادگی بحث درباره عناوین عام به سمت عناوین و موضوعات خاص است. در قدم سوم، تعداد جلسات باید پیش‌بینی

شود. شرکت‌کنندگان در جلسه باید ویژگی‌های مشابه داشته باشند (مثلاً همه معتادان باشند) و نباید یکدیگر را بشناسند، حداقل برای هر نوع از شرکت‌کنندگان باید دو جلسه بحث متمرکز گروهی برگزار شود.

در طی جلسه، رهبر به گروه خوش آمد می‌گوید و خلاصه عناوین را ارائه می‌دهد سپس بحث را با طرح سؤال، تشویق گروه به جمع‌آوری اطلاعات و تعامل با دیگر اعضای گروه ادامه می‌دهد. گزارش مکتوب، شامل یافته‌های کلیدی و نتایج بحث (در چارچوب بحث) باید تهیه شود. موارد مخالفت یا موافقت گروه و نشانه‌های زبانی و عملی که در طراحی پیام مؤثرند، باید مشخص گردد.

مصاحبه‌های کوتاه (Intercept Interview):

این گونه مصاحبه‌ها برای اخذ سریع اطلاعات کارآمد مؤثرند. در این روش، مصاحبه‌گر به یک مرکز عمومی مثل درمانگاه، فروشگاه یا بازار که مملو از مخاطبان هدف است، می‌رود. او افراد را به طور تصادفی (random) انتخاب و مجموعه سؤالات را طرح می‌کند تا مشخص شود فرد جزو مخاطبان هدف است یا نه. مخاطبان انتخاب شده، برای شرکت در مطالعه دعوت و با آنها در همان جا، (یک مکان آرام) مصاحبه می‌شود. به دلیل ضیق وقت از پرسشنامه کاملاً ساختاریافته استفاده می‌شود، لیکن ممکن است پاسخ‌ها بسته یا باز باشد. مصاحبه حدود ۱۰ تا ۳۰ دقیقه (بسته به موضوع مورد بحث) طول می‌کشد.

مزایای این گونه مصاحبه‌ها به شرح زیر است:

- ۱- تعامل مستقیم با مردم
 - ۲- امکان بحث دقیق در زمینه یک موضوع
 - ۳- امکان طبقه‌بندی سریع نتایج
 - ۴- هزینه کم
- اما نقاط ضعفی هم دارند:
- ۱- تعمیم‌ناپذیری
 - ۲- مناسب نبودن برای موضوعات احساسی و هیجانی
 - ۳- محدودیت زمانی برای سؤالات گسترده یا پاسخ‌های طولانی

خلاصه اطلاعات لازم برای طراحی یک استراتژی ارتباطی

منابع اطلاعات

اطلاعات لازم

گروه‌ها و مناطق جغرافیایی تحت تأثیر سوء مصرف مواد	نظرخواهی - سرشماری آمارهای بهداشتی گزارش‌های بهداشتی، مدارس، پلیس
مسائل ویژه در رابطه با سوء مصرف مواد	نظرخواهی - آماری بهداشتی - گزارش‌های متخصصان گزارش‌های بهداشتی، اطلاعات مدارس یا پلیس مصاحبه‌های تخصصی
مطالعه روی دانش، نگرش و عملکرد (KAP) مخاطبان هدف	نتایج نظرخواهی، بحث گروهی متمرکز یا مصاحبه کوتاه
خصوصیات مخاطبان هدف	نظرخواهی - سرشماری - گزارش‌های متخصصان بحث گروهی متمرکز
تماس رسانه با مخاطبان هدف	نظرخواهی - گزارش‌های تبلیغاتی
منابع تأثیرگذاری و شبکه‌های بین فردی	نظرخواهی - گزارش‌های متخصصان بحث گروهی متمرکز مصاحبه کوتاه
نتایج فعالیتهای قبلی	گزارش‌های ارزشیابی - نظرخواهی مصاحبه‌های تخصصی

۴- تعیین هدف

هدف، نتیجه‌ای است که می‌خواهیم بعد از اجرای برنامه به آن برسیم. با توجه به محدودیت منابع، اجرای برنامه‌هایی که تمام مسائل مربوط به اعتیاد را مطرح کند، ممکن نیست، لذا برنامه‌ریزان باید بیشتر به مشکلات مهم‌تر بپردازند.

۴-۱- تعاریف

درفرآیند برنامه‌ریزی، هدف کلی از اجرای برنامه و سپس اهداف اختصاصی آن می‌بایست به دقت تعیین گردد.

هدف کلی: تعیین‌کننده اهداف وسیع یک برنامه است و معمولاً یک جمله ساده می‌باشد.

مثال: - کاهش شیوع سرطان ریه و بیماریهای ناشی از کشیدن سیگار
- کاهش شیوع اعتیاد

هدف اختصاصی: برای تأمین هدف کلی برنامه، ممکن است لازم شود که برنامه به قسمت‌های مختلف شکسته و اهداف جزئی‌تر و بیشتری را شامل شود. هر هدف اختصاصی، برای اثر بر گروه خاصی از مخاطبان (مثلاً جوانان، معلمان، والدین و ...) در نظر گرفته می‌شود و مراحل از تغییر دانش، نگرش یا رفتار در آن گروه را مدنظر دارد. همه اهداف اختصاصی، در راستای دستیابی به هدف کلی و در جهت آن، طراحی شده‌اند.

مثال: - افزایش اطلاعات دانش‌آموزان دبیرستانهای پسرانه ناحیه استان
..... درمورد عوارض سوءمصرف مواد، دو سال بعد از شروع طرح آگاه‌سازی استان.
- تغییر نگرش «اعتیاد از خانواده من دور است». به میزان ۱۰ درصد در والدین دبیرستانهای پسرانه ناحیه استان

تعیین هدف

کمک به انتخاب

منابع محدود است ←

تعاریف ← هدف کلی: تعیین‌کننده اهداف وسیع یک برنامه است. (کاهش شیوع اعتیاد)

اهداف اختصاصی: شکسته شدن هدف کلی به

اهداف جزئی

اهداف متعدد

هرهدف برای مخاطب خاص

درجهت تعیین هدف کلی

۲-۴- انتخاب اهداف اختصاصی

برای تعیین یک هدف اختصاصی مناسب، اولاً گروه مخاطب خاص برای آن در نظر گرفته و ثانیاً از SMART استفاده می‌شود که از حروف اول کلمات ذیل، ساخته شده است:

← S → simple هدف ساده، دقیق و واضح باشد.

← M → Measurable دارای شاخص‌های قابل اندازه‌گیری در طی زمان باشد.

← A → Achievable قابل دستیابی، طی چهارچوب نهایی تعیین شده

باشد.

← R → Realistic هماهنگ با منافع و فعالیت‌های اجرا قابل انجام باشد.

← T → Time-bound برای تکمیل در یک چهارچوب زمانی ویژه

طرح‌ریزی شده باشد.

پس یک هدف اختصاصی باید ویژه گروه مخاطب خاص، قابل دستیابی، به وضوح قابل سنجش واقعی و دارای محدودیت زمانی باشد.

مثالهایی از اهداف اختصاصی نامناسب

- تأثیر بر تجربه‌کردن مواد توسط افراد

در این مثال، گروه مخاطب خاص مشخص نشده، هدف غیرقابل سنجش، مبهم

و بدون چهارچوب زمانی است و در ضمن معلوم نیست که قابل دستیابی باشد.

- آموزش جوانان در زمینه اثرات موادمخدر

در این مثال، گروه مخاطب جوانان مشخص و اثرات موادمخدر قابل آموزش

می‌باشد و نیز تاکنون فعالیت‌های مشابهی در این زمینه انجام شده است. پس هدف قابل

دستیابی و واقعی است اما شاخص اندازه‌گیری و چهارچوب زمانی برای طراحی هدف

مشخص نشده است.

مثالهایی از اهداف کلی و اختصاصی مناسب

هدف کلی:	کاهش بروز سوء مصرف مواد در جوانان
اهداف اختصاصی:	افزایش اطلاعات و آگاهی والدین دبیرستان‌های پسرانه استان
۱- اطلاعات و آگاهی	از ۳۰ درصد به ۴۰ درصد، بعد از ۳ ماه اجرای فعالیت رسانه‌ای آگاهسازی در منطقه
۲- نگرشی	تغییر نگرش: مصرف مواد نشانه بزرگی است. از ۷۰ درصد به ۶۰ درصد در جوانان ۱۶ تا ۲۰ ساله استان، ۳ سال به بعد از شروع طرح جامع استان
۳- رفتاری	<p>(a) افزایش مراجعات تلفنی به مرکز تلفنی راهنمای پیشگیری از اعتیاد، سه ماه بعد از شروع برنامه آگاهسازی به مدت ۶ ماه، از میزان پایه ۵۰ تلفن ماهانه به ۳ برابر در استان</p> <p>(b) افزایش شرکت پزشکان در دوره بازآموزی پیشگیری از اعتیاد، شش ماه بعد از شروع برنامه، از ۱۵۰ نفر به ۲۰۰ نفر، در استان</p> <p>(c) افزایش شرکت فعال معلمان استان در جلسات آموزش معلمان در زمینه پیشگیری از مصرف مواد در نوجوانان، از ۱۰ درصد به حداقل ۳ برابر، ۶ ماه بعد از شروع طرح در استان</p> <p>(d) کاهش بروز تجربه سیگار در سه ماه گذشته، در جوانان ۱۲ تا ۱۴ ساله در استان از ۱ درصد به ۰/۷ درصد سه ماه از شروع طرح.</p>

۵- ساخت پیام

۵-۱- تعریف

پیام، هسته اصلی مدل ارتباطی است و پیام‌دهنده بیشترین کنترل را بر آن دارد. پیام، مفهومی است که کارشناس موضوع با توجه به محتوای علمی، برای ایجاد تأثیر موردنظر در مخاطب، طراحی می‌کند تا از طریق آن، به انتقال اطلاعات، تغییر نگرش یا ایجاد رفتار مطلوب پردازد.

۵-۲- مراحل تولید پیام

تولید پیام ۶ مرحله دارد:

۱- تجزیه و تحلیل اطلاعات زمینه‌ای که در مراحل ۱ و ۳ جمع‌آوری شده است.
(مرحله ۱: تعریف مسئله یا تحلیل موقعیت، مرحله ۳: تحقیقات برای طرح‌ریزی ارتباطی)

۲- نوشتن چند پیام برای هر هدف اختصاصی و ویژه هر مخاطب
۳- پیش‌آزمون کردن مفهوم پیام، زبان به کار رفته و تصاویر بصری
۴- بازبینی پیام برحسب نتایج پیش‌آزمون
۵- تکرار پیش‌آزمون و بازبینی پیام‌ها تا حدی که قابل قبول شود
۶- نهایی کردن پیام و وارد کردن آن در موضوعات و شبکه‌های ارتباطی
مرحله بازبینی پیام‌ها، باید در قالب یکی از مراحل معمول در طی تولید پیام جاگیرد و الزاماً نشانه خطا نباشد؛ زیرا آزمون پیام، معمولاً نتایج غیرمنتظره به دنبال دارد.

۳-۵- تولید پیام با تکیه بر دانش

با توجه به اینکه گاه افتادن در دام اعتیاد به علت کمبود اطلاعات است، آگاهسازی به عنوان یک روش پیشگیری به کار گرفته می‌شود.
هدف آموزش پیشگیری نباید صرفاً انتقال دانش جدید باشد، بلکه باید موجب تغییرات نگرشی و در انتها، تغییرات رفتاری گردد و در نهایت سلامت دوران نوجوانی و جوانی را تأمین نماید. هدف نهایی این است که شنونده خطر مصرف مواد را درک و از آن اجتناب کند.

در این گونه پیام‌ها، بهتر است چند قاعده رعایت شود:

۱- اطلاعات ارائه شده باید از نظر علمی معتبر و قابل قبول، بدون مبالغه و باورکردنی باشند. اطلاعات مبالغه‌آمیز یا کاذب، اعتماد بیننده یا شنونده را سلب و در برابر پیام‌های بعدی، مصونیت ایجاد می‌کند. مثلاً پیام "اعتیاد بمبی است که خانواده را متلاشی می‌کند"، اغراق‌آمیز است و باورکردنی نیست.

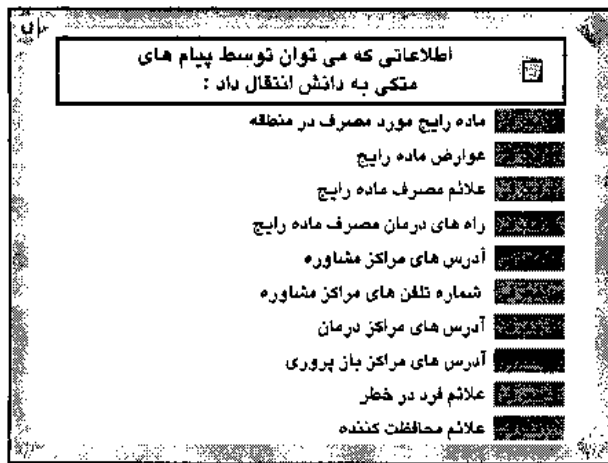
۲- مطالب آموزشی پیام و نحوه ارائه آنها، باید با توجه به سن، علائق، ارزشها، اطلاعات پایه و احتیاجات گروه هدف تنظیم شده باشد. پیامی مانند "در حدود ۷۵ درصد موارد اعتیاد، منجر به نابسامانی فرزندان می‌شود"، یا طرح پیام "اعتیاد=طلاق" برای جوانان مجرد، اثر چندانی ندارد.

۳- ارائه حجم زیاد اطلاعات در یک زمان کوتاه، میزان یادگیری فرد را کاهش می‌دهد؛ بنابراین اطلاعات باید به تدریج و با فواصل کوتاه منتقل شود.

۴- میزان تکرار پیام را اهداف ما تعیین می‌کند. در صورتی که پیام به عنوان آگهی اعلام همایش، راه‌پیمایی و ... به کار رود، با حداقل ۳ بار پخش آن در روز، این هدف تأمین می‌شود. برای هدف آموزش، انتقال اطلاعات باید تدریجی و تکراری باشد؛ بنابراین با تکرار پیام به صورت هفته‌ای ۱ تا ۲ بار، هدف آموزشی تأمین می‌شود. در صورتی که هدف تغییر نگرش و یا تغییر رفتار باشد، تکرار و مدت پخش پیامها باید افزایش یابد. اگر پیام با هدف تغییر نگرش و یا تغییر رفتار باشد، تکرار و مدت پخش پیامها باید افزایش یابد. اگر پیام با هدف حفظ توجه پخش می‌شود، در طول زمان یک طرح و یا هر ۳-۴ ماه یکبار، یورش پیام‌های آگاهی‌دهنده، لازم است تا سطح توجه عموم افت نکند. در صورتی که یک پیام، مکرراً تکرار شود، حالت اشباع در افراد ایجاد می‌شود. برای احتراز از آن، می‌بایست شکل پیام‌ها را متنوع ساخت تا مجدداً توجه را جلب کنند.

۵- پیام باید با زبانی آسان و قابل فهم، ساده و صریح، بدون زرق و برق، پیچیدگی و با تکیه بر کلامهای گروه هدف، اطلاعات را منتقل سازد. پیام‌های ساده‌تر، راحت‌تر به حافظه سپرده می‌شوند و همچنین احتمال تحریف پیام مختصر و مفید نیز بسیار کمتر است. مثلاً پیام "اعتیاد ظلم به جامعه بشری است" با زبان و ارزشهای نوجوانان مطابقت ندارد و یا پیام "اعتیاد تضادهای خانواده را افزایش می‌دهد" برای عامه مردم قابل درک نیست.

۶- پیام می‌تواند اطلاعات لازم را دربرگیرد. این اطلاعات می‌تواند شامل ماده مخدر رایج در اجتماع، عوارض سوء‌مصرف، علائم مصرف، راه‌های درمان، آدرس مکانهای درمانی و متخصصان، آدرس مشاوران مناسب گروه‌های درخطر، معرفی شماره‌های تلفن خطوط مشاوره، معرفی علائم فرد در خطر و مانند آن باشد و یا عوامل محافظت‌کننده را معرفی نماید.



تولید پیام با تکیه بر دانش

شرایط تولید پیام با تکیه بر دانش

- ۱- علمی و معتبر باشد.
- ۲- با توجه به اطلاعات از گروه مخاطب تهیه شود.
- ۳- حاوی حجم زیاد اطلاعات نباشد.
- ۴- با اشکال متنوع تکرار شود.
- ۵- ساده باشد.
- ۶- می تواند حاوی اطلاعات موردنیاز باشد.

۴-۵- تولید پیام با تکیه بر نگرش

نگرش هر فرد، نظام ارزشی ذهنی اوست. این نظام به فرد کمک می کند تا حوادث، رفتارها، اشخاص و موضوعات را تعبیر و خوب و بد را تفکیک نماید. بنابراین، می تواند شکل دهنده رفتار و اهداف فرد باشد. نگرش ها، دلایل منطقی بروز رفتارهای خاص هر فرد هستند. عوامل بسیاری بر نگرش افراد تأثیر می گذارند که عبارت اند از:

- ۱- فشار و حمایت اجتماعی: معمولاً زیربنای ساختاری ارزشها، نگرش هایی هستند که از خانواده، مدرسه و اجتماع به افراد منتقل می شود. اولین دانسته های فرد در مورد بد و خوب، زشت و زیبا، مقبول و ناپسند، از طریق خانواده و با سیستم های پاداش یا تقویت مثبت و تنبیه یا تقویت منفی در شناخت افراد جای و تثبیت می شود. بعدها مدرسه و کم کم اجتماع در ابعاد وسیع تر، همین اثر را بر سیستم ارزشی افراد

اعمال می‌کنند. به این ترتیب، فرهنگ اجتماعی، رفتارهای مطلوب و نامطلوب را در ذهن افراد کنترل می‌کند. معمولاً تشویق سبب تقویت نگرش و تنبیه موجب تضعیف آن و در نتیجه رفتار می‌شود. مثلاً تابلوی «سیگار نکشید» با اعمال فشار اجتماعی نگرش مثبت به سیگار را تضعیف می‌کند. پس با استفاده از پیامهایی که موج و یورش عمومی علیه یک معضل اجتماعی همچون اعتیاد را ایجاد می‌کند، می‌توان نگرش‌های منفی را نسبت به مواد افزایش داد و از فشار گروه برای دوری جستن از مصرف مواد، سود برد.

۲- دانش و اطلاعات: گاهی دانش و اطلاعات در یک حوزه خاص قادر است نگرش‌ها و شناخت‌هایی را که از قبل در همان زمینه در ذهن فرد موجود بوده‌اند، زیر سؤال ببرد. مثلاً وقتی نگرش فرد «افراد با اراده، معتاد نمی‌شوند» است، دادن شواهدی در زمینه گرفتاری افراد با اراده در دام اعتیاد، نگرش خنثی و مثبت فرد را نسبت به مواد زیر سؤال می‌برد. گاه اطلاعاتی که به ارضای فرد از خود یا افزایش اعتماد به نفس او منجر می‌شوند، زودتر به صورت نگرش در می‌آیند.

پس از تقابل اطلاعات و یا مقبولیت‌های اجتماعی با نگرش‌های فرد، چنین مراحل قابل پیش‌بینی است:

۱- ناهماهنگی شناختی: معمولاً انسان‌ها، گرایش انتخابی دارند و مسائلی را باور می‌کنند که نظرات و رفتار کنونی‌شان را تأیید و تصدیق نماید. اگر اطلاعات جدید با رفتار فرد هماهنگی نداشته باشد، ناهماهنگی شناختی به وجود می‌آید، در چنین مواقعی، فرد رفتار یا نگرش خود را زیر سؤال می‌برد تا دوباره بین رفتار و ارزشهایش، توافق و هماهنگی ایجاد شود.

۲- تجربه مجدد نگرش و اصلاح: بعد از اینکه نگرش یا ارزشی ساختار یافته، با کمک اطلاعات یا از طریق فشار جامعه دچار تزلزل شد، مرحله تجربه یا به آزمایش گذاشتن نگرش در افراد شکل می‌گیرد و افراد تلاش می‌کنند ارزشهای متزلزل خود را دوباره مورد آزمون قرار دهند. در صورتی که شواهدی کافی در جهت رد آنها، جمع‌آوری شود، نگرش جدیدی شکل می‌گیرد، مثلاً در مثال فوق، فرد شخصاً به دنبال افراد معتادی می‌گردد که شواهدی از قدرت در زندگی قبل از اعتیادشان وجود داشته است.

به طور کلی در پیام‌های متکی بر نگرش، بهتر است قواعد زیر رعایت شود:

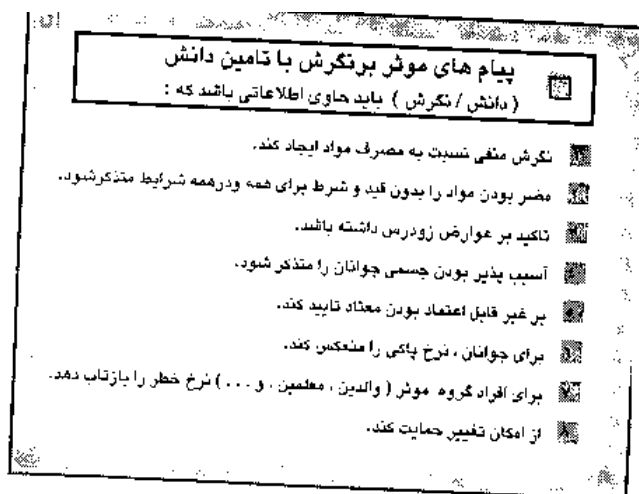
۱- برای تأثیر بر نگرش‌ها، پیام باید عواطف و هیجانات را هدف قرار دهد. با تحت تأثیر قراردادن عواطف، می‌توان نگرش‌ها را متأثر ساخت. مانند "اعتیاد سدی است بین تو و آرزوهایت" و یا "اعتیاد توان جسمی و روانی شما را می‌کاهد"، یا "اعتیاد جرم است".

۲- پیام باید با تکیه بر ارزشهای فرهنگی شکل گیرد و زبان فرهنگی آن با زبان فرهنگی - شناختی مخاطب یکی باشد.

۳- پیام‌هایی که مخاطب آنها را شخصی کند و بتواند با آنها همانندسازی نمایند، مؤثرترند. استفاده از ضمیر "تو" یا "شما" در ایجاد احساس شخصی بودن پیام، دخیل است. همچنین با شناخت گروه هدف، نیازها، ارزشها، آرزوها و ترسهای آنها، و با به تصویر کشیدن فردی با احساسات و ارزش‌های مشابه، فضای همانندسازی ایجاد شود.

پیام‌های متکی بر دانش برای تغییر نگرش

چنانچه گفته شد، اطلاعات ممکن است نگرش‌های قبلی را دچار ناهماهنگی کند و نهایتاً باعث شود که گیرنده، نگرش ناهماهنگ با اطلاعات جدید را مورد آزمون مجدد قرار دهد. این موضوع، هدف پیام‌هایی است که می‌خواهند نگرش را تضعیف کند و یا باعث تقویت نگرش مناسب شوند.



این گونه پیام‌ها بهتر است بر روی اطلاعات خاصی که شامل مطالب زیر است تأکید کند:

۱- پیام باید به طور ویژه و متمرکز، حاوی اطلاعاتی باشد که عدم مصرف را ترغیب می‌کند. پیامی مثل «بیش از نیمی از کسانی که تنها یکبار مواد مصرف کرده‌اند، به مواد وابستگی یافته‌اند» عدم مصرف را تشویق می‌کند.

۲- نگرش‌هایی که اعتیادآور بودن مواد مخدر را مشروط می‌کند. مثلاً: برای افراد با اراده، مصرف مواد خطرناک نیست یا فقط افراد ضعیف معتاد می‌شوند یا حشیش اعتیادآور نیست، نگرش‌های نسبتاً رایجی هستند که خطر اعتیاد برای جوانان را کم‌رنگ و آنها را از این خطر مستثنی می‌کنند. چنانچه این باور در اکثر افرادی که بار اول مواد را مصرف می‌کنند وجود دارد که “من معتاد نمی‌شوم”، نشان دادن افرادی که با چنین دیدگاه‌هایی مصرف مواد را شروع کرده و سرانجام معتاد شده‌اند، این نگرش‌ها را متزلزل می‌کند. پس پیام باید مؤید این مطلب باشد که **مصرف برای همه مضر است** و هیچ‌کس از آسیب آن مصون نیست.

۳- گروه نوجوانان و جوانان بیشتر به اطلاعات حساس هستند که به مضرات مواد در آینده نزدیک و یا در حال حاضر اشاره دارد و کمتر به عوارض دراز مدت مصرف توجه می‌کنند. برای مثال مطرح کردن بوی بد دهان به دنبال مصرف سیگار بیش از ابتلا به سرطان ریه، مورد توجه واقع می‌شود.

۴- اگر گروه هدف ما را جوانان و نوجوانان تشکیل می‌دهند، بهتر است پیام، آمار نرخ پاک‌ی را دربرداشته باشد. در این صورت رفتار مصرف مواد یک رفتار همه‌گیر و عادی معرفی نمی‌شود. اما اگر گروه مخاطب ما را مسئولان یا والدین تشکیل می‌دهند، انعکاس اطلاعاتی که میزان خطر و پیشرفت روزمرهٔ سوءمصرف مواد در بین جوانان را منعکس می‌کند، برای جلب توجه و همکاری آنان، مفیدتر است.

۵- معمولاً جوانان کمتر از میانسالان به سلامت خود بها می‌دهند و جسم خود را آسیب‌پذیر نمی‌دانند. طرح پیام‌هایی که این دیدگاه را متزلزل کند، یا نمایش جوانانی که عوارض جدی و خطیر اعتیاد، سلامت آنها را به شدت به مخاطره انداخته و مثلاً دچار ایدز شده‌اند، در متزلزل کردن این گونه دیدگاه‌ها مؤثر است.

۶- معرفی اعتیاد به عنوان معضلی که اعتماد افراد را سلب می‌کند، نگرش معتاد غیرقابل اعتماد است را رواج و احساس بی‌اعتمادی نسبت به معتادان، شیوع شروع مصرف با تعارف مواد از طرف آشنایان و دوستان را کاهش می‌دهد. دیده شده که در اکثر موارد، شروع مصرف مواد از طریق تعارف آشنایان و دوستان اتفاق افتاده است و در صورت ایجاد بی‌اعتمادی نسبت به معتاد، پیشنهادهای این دسته کمتر پذیرفته می‌شود.

۷- پیام‌های مثبت و خوشبینانه که حامی رشد و تغییرات شخصی است، نگرش‌های خشک غیرقابل انعطاف را متزلزل می‌کند.

معمولاً جوانان درخطر، خود را در موقعیتی غیرقابل اجتناب اسیر می‌یابند. و هرگز خود را لایق موفقیت، دوست داشتن و ... نمی‌دانند و راهی به جز مرگ، یا یک خودکشی مزمز مانند اعتیاد برای خود متصور نیستند. پیام‌هایی مثل "زندگی قابل تغییر است"، تصویر زندگی با وسعتی بی‌کران و راه‌های مختلف و گوناگون را که به محبوبیت و موفقیت منتهی می‌شود، و تأکید بر امکان «تغییر»، پیشنهاد‌های جدیدی به جوان در معرض خطر است.

پیام‌های متکی بر نگرش‌های برای تغییر رفتار

پیام‌ها می‌توانند با استفاده از نگرش و ارزش‌های گروه مخاطب، آنها را به رفتاری راغب سازند:

۱- پیام باید به طور ضمنی، حمایت‌کنندهٔ افرادی باشد که در برابر فشارهای اجتماعی مصرف مواد، مقاومت کرده و برخورد کنترل داشته‌اند. به این ترتیب، حس مسئولیت فردی و کنترل امیال تشویق می‌شود و افرادی که در برابر رفتارهای ضداجتماعی مقاوم بوده‌اند، پر قدرت و توانا معرفی می‌شوند، یعنی رفتار مناسب با تکیه بر ارزش‌های اجتماعی تعریف می‌شود.

۲- با توجه به ساختار فرهنگی و مذهبی جامعهٔ ما و نیز اثر محافظت‌کنندهٔ ارزش‌های مذهبی در برابر سوءمصرف مواد در جهان، تشویق ارزش‌های مذهبی و زیرسؤال بردن رفتار سوءمصرف مواد به وسیلهٔ رهبران محبوب مذهبی، رفتار مصرف مواد را در ذهن مخاطب با نگرش‌های قدرتمند مذهبی دچار تضاد می‌کند. در صورتی که شعائر یا فتوای دینی، افراد را به طور جدی از مصرف مواد نهی نماید، احتمال اجتناب از رفتار سوءمصرف مواد افزایش می‌یابد.

۳- معرفی رفتارهایی که از نظر اجتماعی و در بحث‌های گروهی، مطلوب است و با ساختار ارزشی اجتماع همخوانی دارد. رفتارهایی که ارزش‌های اجتماعی را بر ارزش‌های فردی ارجحیت می‌دهند، در تغییر نگرش و در نتیجه اجتناب از سوءمصرف مواد مؤثرند: زیرا در گروه معتادان معمولاً ارزش‌های فردی بر ارزش‌های اجتماعی اولویت دارند.

۴- با شناخت ارزش‌های گروه مخاطب، ترسهای این گروه را می‌شناسیم. نظام ارزشی گروه مخاطب والدین، داشتن فرزندان سالم را ارجح می‌نهد و بیماری فرزند، ترس و نگرانی ایجاد می‌کند. پیامهای ترسناک، با تکیه بر چهارچوب ارزش‌های گروه مخاطب، در مخاطب خود ترس ایجاد می‌کند و از این طریق، توجه و انگیزه اقدام عملی برای دور کردن خطر را افزایش می‌دهد. (یعنی با تکیه بر ترس، رفتار را معرفی می‌کند.) اما در عمل نتایج این گونه پیامها قابل بحث است. بینندگان ممکن است از پیام‌های ترسناک دوری یا آنها را توجیه کنند. اثر پیام ترسناک، به عواملی مانند طبقهٔ اجتماعی بیننده، سطح اضطراب، سخت یا آسان پنداشتن عمل و نزدیکی به رفتار مورد علاقه، وابسته است. هر چقدر افراد به اقدام در مصرف مواد نزدیک‌تر باشند، کمتر احتمال دارد که

ترس مؤثر واقع شود. برعکس ترس آور بودن پیام برای جوانان می‌تواند تحریک کننده باشد. این گونه روش‌های شوکه کننده، والدینی که اطلاعات کمی از مواد دارند را، تحت تأثیر قرار می‌دهد. پس این گونه پیام‌ها برای گروه مخاطب والدین، با در نظر گرفتن سطح اضطراب آنها، می‌تواند مفید واقع شود. مثلاً می‌توان در پیامی که با ایجاد ترس در والدین شروع می‌شود، رفتاری مانند شرکت در راه‌پیمایی یا توجه بیشتر به جوان را پیشنهاد کرد و به این ترتیب، از میزان ترس اولیه در انتهای پیام کاست. در حالی که مصرف کنندگان یا افرادی که اطلاعاتی در این مورد دارند، کمتر تحت تأثیر واقع می‌شوند. در هر حال، پیامهای ترسناک لزوماً بر رفتار مصرف‌چندان مؤثر نبوده‌اند. از طرفی بعضی یافته‌ها نشان می‌دهد که اگر پیام ترسناک با راه‌کارها یا پیشنهادهای عملی رفتاری همراه باشد، گاه مؤثر خواهد بود.

۵- با شناخت نظام ارزشی هر گروه، نیازها و انگیزه‌های آن گروه برای ما روشن می‌شود. با تحریک انگیزه‌ها یا به نمایش گذاشتن نیازها، توجه گروه مخاطب جلب و این سؤال در ذهن او مطرح می‌گردد که با این نیاز یا انگیزه چگونه برخورد می‌شود؟ در این مرحله، معرفی راه‌کار یا رفتار، احتمال استفاده از آن رفتار را افزایش می‌دهد (یعنی با اشاره به نیاز، رفتار را معرفی می‌کند). مثلاً یکی از ارزش‌ها مشخص و مهم در گروه جوانان، ظاهر و جلب توجه فیزیکی است. همچنین جوانان برای هر آنچه ارتباطات گروهی آنها را با دوستانشان تحت تأثیر قرار دهد، ارزش قائل‌اند. این ارزش‌ها، نیاز به زیبایی و جلب توجه گروهی را به ما معرفی می‌کنند. با تحریک این نیازها، توجه مخاطب جوان به پیام جلب می‌شود و پس از آن می‌توان رفتاری را توصیه کرد. مثلاً دندانهای زیبای شما، با مصرف سیگار زرد رنگ می‌شوند یا اگر به دیدنش می‌روی، بوی سیگار نده!! معمولاً، تحریک انگیزه‌های فردی برای رفتارهای بهداشتی کارسازند. همچنین اطلاعاتی که مضرات مواد را در آینده نزدیک بر می‌شمارد، بیشتر بر گروه نوجوان اثر دارد، ولی معرفی عوارض دراز مدت مصرف مواد بر این گروه سنی اثر چندانی ندارد.

۵-۵- روش تولید پیام با تکیه بر رفتار

۱- این گونه پیام‌ها، به طور مشخص راه‌کارها و الگوهای رفتاری را معرفی می‌کنند. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که آموزش مهارت‌های اجتماعی، میزان سوء مصرف مواد و رفتارهای وابسته به آن، مانند پرخاشگری، انزوا، سرقت و فرار از مدرسه و خانه را کاهش می‌دهند. این گونه مهارت‌ها به دو دسته مهارت‌های شناختی

(Cognitive skills) و مهارت‌های رفتاری (behavioral skills) قابل تقسیم‌اند که به طور مفصل در بخش دوم مورد بحث قرار می‌گیرند. بهترین روش برای آموزش مهارت‌های اجتماعی، استفاده از روش‌های الگوبرداری (modeling) است که نظریه یادگیری اجتماعی مبتنی می‌باشد. مثلاً در یک پیام می‌توان، مدلی را ارائه داد که با استفاده از مهارت نه گفتن، از قبول مصرف مواد خودداری می‌کند.

۲- علاوه بر آموزش مهارت‌ها، بعد دیگر استفاده از این‌گونه پیامها، بیان دقیق مشکل و ارائه رفتارهایی است که باید توسط جامعه مخاطب انجام شود. مثلاً اعمالی پیشنهاد شود که بر عملکرد فرد در اجتناب از مواد تکیه دارد. چند مثال برای این اعمال از این قرار است:

- استفاده از یک علامت یا پلاک به نشانه حمایت از برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد
- شرکت در سخنرانی و همایش پیشگیری از اعتیاد
- حمایت از خویشاوندان یا دوستانی که دارای مشکل اعتیاد هستند.
- تمرین نقش مقاومت، در برابر تعارف به مصرف مواد
- خواندن کتابچه پیشگیری از اعتیاد
- اجتناب از برقراری رابطه با معتاد
- اجتناب از حضور در اجتماعاتی که در آنها مصرف مواد وجود دارد.

۳- بهتر است این‌گونه پیامها، به جای طرح مشکلات فردی و تمرکز روی یک داستان، عملکردهایی را ترغیب نماید که تغییر سیاست‌ها، معرفی اهداف جمعی یا ایجاد فشارهای منظم را مدنظر دارد.

۴- این‌گونه پیامها می‌تواند مدل‌های فردی یا روش‌های زندگی فعال و سالم و دور از مواد را برای الگوبرداری معرفی کند.

تولید پیام با تکیه بر رفتار

مهارت‌ها	معرفی الگوی رفتاری
	راه‌پیمایی
- حل مسئله	- راه‌حل‌های واضح رفتاری - حمل پلاکارد
- پیش‌بینی عواقب	- شرکت در گروه یا کلاس
- کنترل خود	- معرفی نمونه‌های فردی یا روش زندگی فعال
- آرام‌سازی	
- نه گفتن	
- مهارت‌های ارتباطی	
- رویاروی با اختلاف نظر	
- گوش کردن	

عوامل مؤثر در تأثیرگذاری پیام

جذابیت پیام

پیام بهداشتی یا اجتماعی - فرهنگی باید توانایی رقابت با سایر تبلیغات و برنامه‌های رسانه‌ای را داشته باشد. تا بتواند توجه گروه هدف را جلب و آن را حفظ نماید. بنابراین، ساختار این پیام‌ها باید جذاب، زیبا و متنوع باشند.

جذابیت‌های هیجانی در برابر جذابیت‌های منطقی: پیام‌های هیجانی مخاطب

را جلب و توجه او را حفظ می‌کند و باعث می‌شود تا مخاطب پیام را پیشگیری نماید. این نوع پیام‌ها بهتر به یاد می‌ماند و به علت جالب بودن، توانایی رقابت با سایر برنامه‌های رسانه‌ای را دارد. برای تأثیر پیام بر نگرش، هیجانات و عواطف باید تحت تأثیر قرار گیرد. استفاده از زمانها و مکان‌های مشهور هیجان ایجاد می‌کند. از طرفی پیام‌های بسیار احساسی و هیجانی، ممکن است به دلیل سادگی بعضی افراد، مصرف مواد را هیجان‌انگیز جلوه دهد. پیامهای منطقی و عقلانی سبب می‌شود که مخاطب تصمیم‌گیری کند و دست به فعالیت بزند.

ترکیب این دو جاذبه، مؤثرترین پیام‌ها را ایجاد می‌کند. در صورتی که میزان علاقه اولیه مخاطب مورد تردید است، می‌توان برای جلب توجه مخاطب، پیام را با موضوعی هیجان‌آور شروع نمود و در ادامه، پیام منطقی را مطرح ساخت.

جذابیت‌های طنز در مقابل جذابیت مسایل جدی: طنز می‌تواند سبب جلب و حفظ توجه شود و پیام را به یادماندنی کند. از طرفی، می‌تواند آن را مسخره و غیرجدی جلوه دهد. در صورتی که بتوان از طنز به صورتی استفاده کرد که احترام هنجارهای گروهی حفظ شود و به هیچ گروهی توهین نشود و ضمناً، قبح مسئله را نیز از بین نبرد و با استراتژی‌های ارتباطی هماهنگ باشد، این نوع پیام توصیه می‌شود.

جذابیت حاصل تنوع و ابتکار: پیامهای تکراری جذابیت خود را از دست می‌دهند؛ لذا شکل پیام هر از گاهی باید تغییر کند، تا اشباع جمعی ایجاد نشود.

انسجام در برابر از هم گسیختگی

هماهنگی پیام با پیام‌های دیگر و سیاست‌های کل برنامه باید حفظ شود. مثلاً مسئولان خبر، باید اخباری را که بر مبارزه با اعتیاد تأکید دارد و هیجان عمومی را جلب می‌کند، در دستور کار بگنجانند و با سایر بخشها از جمله گروه فیلم و سریال و میزگردها، هماهنگی داشته باشند. در ضمن، پیام‌هایی که به صورت سریال پخش می‌شوند، انسجام لازم را ندارد و موجب ایجاد شکاف آگاهی (Knowledge gap) می‌شود.

بحث‌های یک طرفه در برابر بحث‌های دوطرفه

بحث‌های یک طرفه در مخاطبان بی‌نظر یا مخالف مصرف، مؤثرتر است. بحث‌های دوطرفه برای مخاطبان مصرف‌کننده یا شکاک و افراد تحصیل‌کرده که مایل‌اند نکات مثبت و منفی هم تصمیم را بررسی کنند، مناسب است. برای ایجاد اصلاحات دراز مدت، استفاده از مجادله‌ها کارآیی بیشتری دارد.

نتیجه‌گیری قطعی در برابر نتیجه‌گیری باز

اگر نتیجه‌گیری از یک بحث حاوی نکات بدیهی باشد، ممکن است برای برخی از شنوندگان، توهین‌آمیز باشد. اما این احتمال هم وجود دارد که عدم نتیجه‌گیری باعث شود، افراد یا بدون نتیجه بحث را خاتمه دهند یا به نتایج غلطی برسند. بحث‌های باز و بدون نتیجه‌گیری برای مخاطبان تحصیل‌کرده مناسب است؛ زیرا نتیجه‌گیری صحیح این گروه بیشتر است. به پیام‌هایی با نتیجه‌گیری باز، پیام‌های سرد و به پیام‌هایی با نتیجه‌گیری قطعی، پیام داغ می‌گویند.

۵-۷- انواع پیام‌های نامناسب

تجربه نشان داده است که گیرندگان از برخی پیامها تعبیر سوء می‌کنند یا آنها را مورد بی‌توجهی قرار می‌دهند وی یا دفع می‌کنند. برنامه‌ریزان باید در زمینه پیام‌هایی که مفاهیم ناخواسته را منتقل می‌کنند، گوش به زنگ باشند؛ زیرا گاه این اندیشه را به وجود می‌آورند که مصرف مواد هیجان‌آور، پیچیده یا باشکوه است. در مواردی پیام‌های پیشگیری از مواد، با ایجاد حس کنجکاوی مخاطب، مصرف مواد را ترغیب می‌کند. گاه نیز با تحریک ترس ایجاد احساس دافعه می‌کند و نهایتاً منجر به رفتاری متناقض با رفتار موردنظر می‌شود. مثل سلاح بومرنگ که ممکن است پس از اصابت به هدف برگردد و فرد مسلح را هدف قرار دهد. (اثر boomerang)

۸-۵- چند تجربه

۱- تکیه بر خطر مصرف، جوانانی را که مشتاق خطرکردن هستند و تمایل به کوچک دیدن خطرات دارند جذب می‌کند و آنها را به انجام دادن رفتار هیجان‌انگیز بر می‌انگیزاند. جوانان گاه جذب موضوعاتی می‌شوند که والدین یا سایر مسئولان ممنوع تلقی کرده‌اند.

۲- بیان مطالب عینی در مورد خصوصیات ظاهری مواد و عوارض طولانی مدت مصرف مواد بر سلامت، گاه حس کنجکاوی فرد را تحریک می‌کند. مثلاً پیام: مصرف مواد هیجان و شادی زودگذر و افسوس طولانی به دنبال دارد، ممکن است محرک نوجوان برای تجربه شادی حاصل از مصرف مواد شود.

۳- ستیزه‌جو بودن جوانان ممکن است باعث شود آنها احساس احترام یا ارج‌گذاری نسبت به قانون را نداشته باشند. پس، بهتر است از پیامهایی که بر ارزشهای اخلاقی، رفتار صحیح و غلط، ممنوعیت‌های قانونی علیه مواد تکیه دارد احتراز شود؛ زیرا این پیام در گروه جوانان ایجاد حس دافعه می‌نماید.

۴- جوان در فضایی متأثر از فشار گروه همسالان، خانواده و رسانه‌ها قرار دارد. اگر بدون در نظر گرفتن این فضا، پیامهایی ارائه دهیم که ارزشها و مهارتهای اجتماعی را نشان دهند، بعید است تغییری در رفتار ایجاد شود. یعنی برای ارائه پیام، باید محیط حاکم بر گروه مخاطب را در نظر گرفت.

۵- تصاویر اغراق‌آمیز از مواد و نحوه مصرف آن، اعتبار پیام را از بین می‌برد و مصونیت ایجاد می‌کند. به خصوص مخاطبانی را که تجربه قبلی مصرف مواد دارند و قادر به کشف اطلاعات غلط پیام می‌باشند، کاملاً بی‌اعتماد می‌کند.

۶- ارائه جایگزین‌های مفید مواد، نظیر ورزش، برنامه‌های سرگرم‌کننده و تفریحی، ممکن است در بیننده انحراف ایجاد و تمام توجه افراد را از پیام‌های ضد مواد به برنامه جایگزین جذب نماید و در نتیجه پیام ضد مواد فراموش شود.

۷- استفاده از معتادان ترک کرده در پیام‌ها، ممکن است چنین تفکری را ایجاد کند که ترک اعتیاد به راحتی امکان دارد. پیام‌های درمانی و امکان درمان، بهتر است برای گروه‌های مخاطب در حال ترک یا در حال بازپروری در مراکز خاص بازپروری و نه از طریق تبلیغات رسانه‌ای، پخش شود. اما در برنامه‌های رسانه‌ای پیشگیری، پخش پیام‌های درمانی، مضر به نظر می‌رسد.

۸- پیام‌هایی که روش مصرف مواد و طرز دست‌یابی به مواد را نمایش می‌دهند، ممکن است منجر به استفاده از مواد شوند. مثلاً نمایش ورود جوانی به پارک و چگونگی تهیه مواد توسط او، جنبه بدآموزی دارد.

۹- اگر همه رسانه‌های درگیر در پروژه، به روش مشابه، مثلاً پخش پیام‌های آگاه‌سازانه در زمانهای مشابه اقدام کنند، مانند این است که همگی یک داستان را با یک روش تعریف کنند. در طی سالهای ۱۹۸۵ و ۱۹۸۶ که NIDA اولین اعلامیه بسیج عمومی “کوکائین یک دروغ بزرگ” را اعلام کرد، این بسیج با هدف تغییر نگرش نسبت به کوکائین شکل گرفت و گروه هدف آن جوانان یا نوجوانان دبیرستان‌ها و دانشجویان اعم از مصرف‌کننده یا غیرمصرف‌کننده بود. اما نتیجه بسیج در سال ۱۹۸۶، کاهش مصرف مواد یا مرگ‌های و فوریت‌های پزشکی ناشی از مصرف کوکائین نبود. در ارزیابی‌ها مشخص شد که شکل پوشش‌های رسانه‌ای، تبلیغات و آگهی‌ها مشابه بوده و در واقع بسیج فقط از یک بعد، گیرنده‌های خود را پوشش داده است.

۱۰- از تمرکز بر سرزنش یک فرد و یا مقصریابی، باید پرهیز شود.

۱۱- مطرح کردن چهره‌های محبوب یا تحصیل‌کرده که خود مصرف‌کننده موادند، به خصوص اگر خللی در کارآیی آنها پدید نیامده است، مضر می‌باشد.

برنکات زیر مجدداً تأکید می‌شود:

- پیام‌هایی که شیوع مصرف مواد را نشان می‌دهد، عوارض جانبی دارد.

- پیام نباید آموزش‌دهنده مصرف باشد.

- پخش مکرر پیام، باعث ایجاد اشباع در گروه مخاطب می‌شود.

- اگر محتوای پیام قوی و مستدل نباشد، در مقابل پیام مصونیت ایجاد می‌شود.

۶- انتخاب رسانه

۶-۱- معیارهای انتخاب کانالهای ارتباطی برای یک عملیات تبلیغاتی

برای استفاده از کانالهای ارتباطی در یک عملیات تبلیغاتی شش معیار زیر باید مدنظر قرار گیرد:

پوشش گروه مخاطب توسط رسانه و استفاده از آن توسط گروه مخاطب

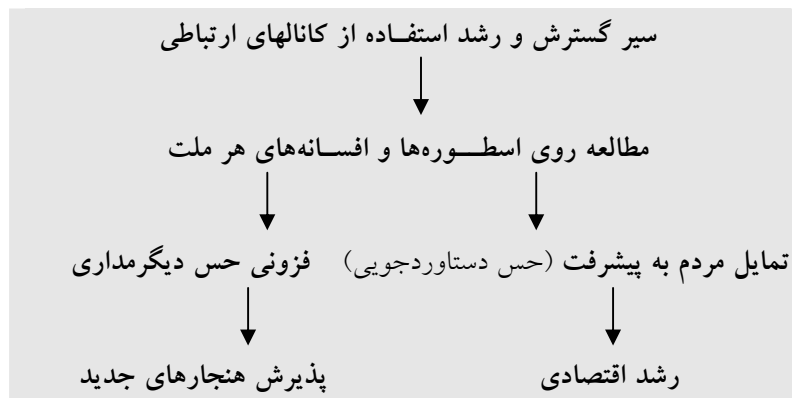
باید بدانیم گروه مخاطب تا چه میزان دارای رسانه منتخب (مثلاً تلویزیون) می‌باشد و یا به طور روزمره به آن دسترسی دارد و آیا گروه مخاطب، این رسانه را مورد استفاده قرار می‌دهد و یا خیر.

به عنوان مثال در روستایی که فاقد دکه «روزنامه/مجله» است و یا حمل و نقل این گونه رسانه‌ها به علت فاصله زیاد روستا با شهر دچار اشکالات فراوانی می‌باشد. استفاده از چنین رسانه‌های مکتوبی توسط گروه مخاطب، غیرممکن و یا با اشکالات متعدد همراه خواهد بود.

در رابطه با این موضوع، فرضیه‌ای معتقد است که «تمایل مردم به پیشرفت» یا «حس دستاوردجویی» و «قبول دیگرمداری» باعث رشد استفاده از کانالهای ارتباطی در یک جامعه می‌گردد. مشهورترین فردی که به این فرضیه اعتقاد داشته، مک‌کله‌لند می‌باشد.

مک‌کله‌لند برای بررسی این فرضیه، دو کشور ایران و ترکیه را در دهه ۱۹۵۰ میلادی برگزید. از آنجا که او اعتقاد داشت، گرایشهای روانی و فرهنگی یک ملت را می‌توان با تحلیل محتوای تجلیات فرهنگی آن ملت مثل آثار مکتوب و هنرهای تزئینی مشخص کرد، به تحلیل محتوای اسطوره‌ها، قصه‌های کودکان و مطالب کتابهای درسی دبستانی دو کشور پرداخت و نتیجه گرفت که «حس دستاوردجویی» یا تمایل مردم به پیشرفت در مردم ترکیه بیشتر از مردم ایران است. البته شاخص دیگری به نام «حس دیگرمداری» نیز برای مقایسه دو کشور برگزید. «حس دیگرمداری»، به معنای این است که افراد جامعه تا چه حد براساس خواسته‌های همسانان و افراد جامعه خود و یا با رها کردن سنت‌ها و عادات اجتماعی، رفتار می‌کنند. این شاخص، شاخصی بود که میزان روی آوردن به هنجارهای جدید و یا وابستگی به هنجارهای کهن را ارزیابی می‌کرد.

نتیجه به دست آمده این بود که نسبت «حس دیگرمداری» در ترکیه به مراتب بیشتر از ایران است.



در نتیجه می‌توان چنین گفت که فزونی «حس دیگرمداری»، افکار عمومی جدید را جایگزین هنجارهای از دست رفته می‌سازد و این پدیده‌ای است که سیر رشد استفاده از کانالهای ارتباطی را در جامعه سرعت می‌بخشد.

جاذب بودن رسانه برای گروه مخاطب

هنگامی که خواسته شود پیام یا خبری به یک گروه مشخص انتقال داده شود، یک معیار اساسی جهت انتخاب رسانه، جاذب بودن رسانه برای گروه مخاطب می‌باشد، یعنی باید جست‌جو کرد که اکثر مخاطبان به کدام رسانه بیشتر علاقه دارند.

به عنوان مثال، جاذب بودن تلویزیون از جهت خبررسانی، در تهران ۶۸/۵ درصد بوده و در سطح سایر شهرها به ۷۴/۷ درصد افزایش می‌یابد که در مقایسه از جاذبه روزنامه کاسته می‌شود و از حدود ۱۴ درصد در تهران به حدود ۹ درصد در سایر شهرها می‌رسد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، در شهر تهران از جاذب بودن تلویزیون برای خبررسانی به نفع روزنامه کاسته می‌شود.

همچنین، رقابت در جاذبه‌ها نیز مطرح است. با توجه به بررسی‌های به عمل آمده در استانهایی که از لحاظ امکانات فرهنگی از جمله باشگاه ورزشی، فرهنگسرا، باشگاه ویدئویی و ... در سطح پایینی قرار دارند، استقبال از خواندن روزنامه، زیاد است، ولی این امر در مورد استانهای محروم از امکانات فرهنگی که در کنار مرزهای کشور قرار دارند (مانند هرمزگان، مازندران و ...) و می‌توانند از کانالهای تلویزیونی برون‌مرزی استفاده کنند، صادق نمی‌باشد. در این استانها استفاده از این سیستم با رضایت بالایی مواجه بوده و استقبال چندانی از رسانه‌های داخلی نمی‌شود.

قابل اعتماد و معتبر بودن (کانال ارتباطی - متخصص - مجری برنامه)

برخی رسانه‌ها قابل باورتر، متقاعد کننده‌تر و رئیس مآبانه‌تر هستند. مثل، کانالهای ارتباطی دولت‌های قابل اعتماد یا کانالهای خصوصی با مسئولیت افراد صاحب امتیاز یا ناشران معتمد و محبوب. همچنین طرح برخی از مطالب علمی توسط متخصصان، معتبرتر، نافذتر و مقبول‌تر است.

در زمینه انتخاب مجریان کانالهای ارتباطی، باید خصوصیات زیر مدنظر قرار

گیرد:

۱. معتمد بودن

۲. داشتن آگاهی بیشتر از گروه مخاطب

۳. نزدیکی به گروه مخاطب از لحاظ سن، تحصیلات و طبقه اجتماعی

به عنوان مثال، نوجوانان نسبت به پیامهایی که توسط گروه همسالان به آنها انتقال می‌یابد در مقایسه با پیامهایی که از اساتید آنها می‌رسد، واکنش مثبت‌تری نشان می‌دهند تأثیرگذارتر است. یا توصیه‌ی مربی ورزشی مدرسه، نسبت به مدیر مدرسه. در میان گروههای جوانان، داشتن آگاهی و دانش در مورد پیشگیری، فرد را در بین همسالان به صورت یک مشاور و یا حامی کارآمد جلوه می‌دهد. بنابراین برای گسترش پیام پیشگیری از اعتیاد در جامعه، به مجریان یا گویندگان قوی و مشهور نیاز نمی‌باشد. از طرفی حضور یک متخصص (که به لحاظ توانایی علمی موردنظر در جامعه شهرت دارد) در یک برنامه بهداشتی ضدمصرف مواد اعتیادآور، باعث افزایش اعتبار آن برنامه در نزد گروه مخاطب می‌شود.

هزینه - کارایی

این معیار از طریق بررسی کل هزینه‌ها و حجم اطلاعات انتقال یافته به گروه مخاطب محاسبه می‌گردد. به عنوان مثال، ممکن است یک بیل‌بورد در معرض دید تعداد زیادی از افراد قرار داشته باشد، اما مدت اثر آن کوتاه و اطلاعات کمی را منتقل می‌کند درحالی که یک جزوه یا کتابچه ممکن است هزینه سرانه بیشتری داشته باشد، اما اطلاعات بیشتری را شامل شود و چندبار توسط افراد مختلف (البته تعداد کمتر) خوانده شود و در نتیجه به مدت طولانی مورد استفاده قرار گیرد. برآیند حاصل از مقایسه مخارج استفاده از این دو رسانه با میزان تأثیر آنان بر گروه مخاطب، می‌تواند ما را در انتخاب رسانه موردنظر یاری دهد.

تناسب رسانه با پیام

اصولاً هر پیام با رسانه‌های ویژه‌ای تناسب دارد. به عنوان مثال، مسائل شخصی و عاطفی ممکن است از طریق مشاوره‌های شخصی، بهتر از برنامه‌های رادیویی و یا جلسات گروهی مورد بررسی قرار گیرد همچنین پیامهایی که می‌خواهند بر عواطف و نگرش گروه مخاطب اثر بگذارند، بهتر است از طریق رسانه تصویری ارائه گردند.

در دسترس بودن رسانه

یکی دیگر از معیارهای انتخاب رسانه برای فعالیت‌های تبلیغاتی، معیار در دسترس بودن رسانه برای گروه مخاطب می‌باشد. برخی از رسانه‌ها به دلیل نیاز به پاره‌ای اقدامات (مثلاً مراجعه به دکه روزنامه/مجله برای خرید روزنامه)، تاریخ مصرف و سیاستهای برنامه‌سازی یا انتشاراتی (مثلاً کوچکی محدوده انتشاراتی یک نشریه به دلیل محدودیت مالی) دچار محدودیت دستیابی هستند.

به طور کلی برای تعیین یک مجموعه کانال ارتباطی مناسب، باید اول رسانه‌هایی را که توسط گروه مخاطب بیشتر به کار می‌روند، شناسایی و انواع نامتناسب و دور از دسترس را حذف کرد. سپس بقیه رسانه‌ها را برحسب تماس نسبی با گروه مخاطب (مدت و شدت تماس با پیام)، هزینه‌بری، تناسب با پیام، جاذب بودن برای گروه مخاطب، در دسترس بودن رسانه، قابل اعتماد و معتبر بودن برای گروه مخاطب و در پایان با توجه به بافت فرهنگی جامعه، انتخاب کرد. در نتیجه رسانه‌های انتخاب شده برای یک برنامه پیشگیرانه باید یکدیگر را تقویت کنند و نباید به تک روی پردازند.

۶-۲- مسائل مدیریتی در انتخاب کانالهای ارتباطی

هزینه - کارایی

هزینه‌های یک برنامه بر حسب هزینه‌های محلی رسانه، طول و شدت عملیات، کیفیت و نوع محتوا، پوشش رسانه‌ای و محتواهای اهدایی (منظور محتوایی است که قبلاً تهیه شده و تهیه کننده به صورت هدیه در اختیار مدیران رسانه‌ای قرار می‌دهد و یا اینکه تهیه کننده بدون دریافت هزینه، محتوای موردنظر را تهیه می‌نماید) متفاوت می‌باشد. هر قدر تعداد جمعیت مخاطب بیشتر باشد، هزینه سرانه به ازای هر نفر کاهش می‌یابد.

گاهی اوقات قبل از انتخاب رسانه، باید هزینه تولید و نشر محتوا را برآورده نمود. برای این کار باید هزینه هر یک از موارد زیر به روشنی مشخص شود:

برآورد کلی

- ۱- نوع رسانه یا رسانه‌های انتخاب شده
- ۲- اندازه گروه مخاطب برآورده شده
- ۳- منطقه جغرافیایی تحت پوشش
- ۴- طول و شدت عملیات

برآورد جزئی

- ۱- جمع‌آوری و تحلیل یافته‌های زیربنایی
- ۲- تولید محتوا (پیام، برنامه، سریال‌های سطحی و عامیانه و ...)
- ۳- پیش‌آزمون محتوا
- ۴- ساخت نهایی محتوا
- ۵- هزینه‌های رسانه‌ای
- ۶- پایش و ارزشیابی

منابع اطلاعاتی لازم جهت برآورد هزینه‌ها:

- ۱- مؤسسه‌های تبلیغاتی
 - ۲- برآورد هزینه‌های صرف شده برای ساخت محتواهای مشابه در گذشته، توسط سازمانهای عمومی و خصوصی
 - ۳- ناشران، برنامه‌سازان و سایر متخصصان تولید سمعی - بصری
- همچنین، در نظر گرفتن زمانهای آزاد رسانه‌ای یا زمانهای تبلیغاتی ارزانتر و کشف حمایتها و دخالت‌های مؤسسه‌های تجاری اهمیت دارد. گاه مؤسسه‌های تبلیغاتی با اخذ قیمت‌های کمتر رسانه‌ای و کاهش هزینه‌های تولید، می‌توانند به صرفه جویی کمک کنند. از طرف دیگر برخی استراتژی‌های صرفه‌جویانه ممکن است سبب حصول نتایج غیرمؤثر گردد، مانند پخش برنامه در زمانهای نامناسب و موضوعات بدون کیفیت که در طول زمان، ارزش خود را از دست می‌دهند.

استفاده از اساتید علوم ارتباطات

استفاده از نویسندگان، طراحان و متخصصان تبلیغات در زمینه پیشگیری ممکن است هزینه بیشتری در برداشته باشد، لیکن نتایج بهتری حاصل و سبب توجه بیشتر، درک و حفظ پیام به صورت کاملتر می‌شود.

گاه این متخصصان به طرق مختلف در تهیه محتوا و یا روشهای تحقیق، کمکها و راهنماییهای اقتصادی هم ارائه می دهند. مثل تمایل به همکاریهای افتخاری، کمک گرفتن از مشاورانی که تمایل به همکاری افتخاری دارند، تلاش برای اخذ یک زمان آزاد یا کم هزینه رسانه‌ای، استفاده از فیلم‌های مستعمل انباری و ...

ابتدا راهنمایی اساتید علوم ارتباطات از اشتباهات هزینه‌بر، نظیر پخش برنامه در زمان نامناسب جلوگیری می نماید. و اما نقطه ضعف استفاده از متخصصان خارجی و یا غیربومی، ضعف احتمالی علمی آنها در زمینه پیشگیری از اعتیاد در منطقه و تلاش آنها جهت تزریق عقاید خود در این زمینه است.

همچنین هنگام ساخت برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در یک جامعه، رسانه‌ها باید به طور هماهنگ و به پشتیبانی یکدیگر، زیر نظر متخصصان اعتیاد عمل کنند. زیرا مثلاً نمایش قدرت مالی قاچاقچیان مواد مخدر از طریق رسانه‌های مختلف، ممکن است برخی از جوانان را تحریک کند و تأمین کننده اهداف پیشگیرانه نباشد.

انسجام رسانه‌ای

برنامه‌های سرگرم کننده عوام‌پسند و تبلیغات تجاری اغلب مسئله اعتیاد را نادیده می گیرند و یا به طور ضمنی از مصرف مواد حمایت می کنند (البته در کشور ایران، تبلیغ مشروبات الکلی و سیگار ممنوع است). به عنوان مثال، نمایش یک فرد سیگاری در یک فیلم عامه‌پسند ممکن است این عقیده را ترویج دهد که مصرف مواد قابل قبول است. همچنین آگهی‌های تبلیغاتی که درمان اعتیاد را در اسرع وقت و بدون درد به شیوه‌ی از راه دور نوید می دهند، با اهداف پیشگیرانه که درمان‌پذیر بودن اعتیاد را واقع‌بینانه و سخت معرفی کنند. منافات دارد. بنابراین در صورتی یک برنامه پیشگیرانه موفق خواهد شد که بخش‌های مختلف یک رسانه (شامل برنامه‌های تفریحی، طنز، اخبار، آگهی و ...) و همچنین رسانه‌های مختلف (شامل روزنامه، رادیو، تلویزیون و ...) همگی در تأیید یکدیگر و منسجم عمل کنند.

۶-۳- کانالهای ارتباطی و خصوصیات آنها

کانالهای ارتباطی را به طور قراردادی می توان به چهار دسته زیر و هریک از آنها را به سه دسته (محلی، ملی و بین‌المللی) تقسیم نمود:

رسانه‌های الکترونیک: از قبیل رادیو، تلویزیون، شبکه اینترنت و ... که پیام را

زا یک نقطه مرکزی به گروه وسیعی از مخاطبان می‌رسانند.

رسانه‌های مکتوب: از قبیل روزنامه، مجله، کتاب، جزوه، کتابچه، بروشور، روزنامه دیواری، بیل‌بورد، پلاکارد، پوستر. آگهی دستی، کایت، تی شرت و ... که برای انتقال اطلاعات به شکل وسیع و عمیق، و یادآوری شعارها و یا بیان مطالب کلیدی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

رسانه‌های سنتی: از قبیل تئاتر، رقص، آواز، نمایشهای عروسکی و سایر اشکال سنتی سرگرم کننده که جهت گروههای کوچک طراحی می‌شود.

ارتباطات بین فردی: از قبیل تعامل چهره به چهره نظیر جلسات دونفره، گروه‌های چند نفره، بحثهای گروهی، خطوط تلفنی (hotline) و ... که هماهنگ با علائق و نیازهای یک گروه کوچک طرح‌ریزی شده است.

اکنون کانالهای ارتباطی را به طور مجزا مورد بحث و بررسی قرار می‌دهیم:

رسانه‌های الکترونیک

تلویزیون

جدول زیر، به ترتیب ویژگی - کاربرد عمومی، کاربرد ویژه در زمینه پیشگیری از اعتیاد، محدودیت و اشکال برنامه‌های تلویزیونی را به طور خلاصه نشان می‌دهد:

اشکال برنامه	محدودیت	کاربرد ویژه	ویژگی - کاربرد عمومی
- تئاتر - مستند - اخبار - میزگرد - مصاحبه - مجموعه داستانی - برنامه کم‌دی - کارتون - رقص و آواز - موسیقی و ...	- فرار بودن تأثیرات - عدم ارائه اطلاعات جامع - گران بودن - عدم امکان استفاده در هر زمان و مکان - عدم امکان حمل و نقل آسان - اجرای برنامه‌های کوتاه و غیرقابل تکرار به دلیل بالا بودن هزینه	- آموزش عوارض مصرف مواد به گروه‌های مختلف جامعه - آموزش مهارت‌های تربیتی به والدین - تأمین سالم اوقات فراغت - اطلاع‌رسانی درخصوص برنامه‌ها و خدمات پیشگیری و درمان اعتیاد - تبلیغات جهت پیشگیری از اعتیاد	- گرم‌ترین رسانه رایج‌ترین رسانه - استفاده توأم از حسن شنوایی و بینایی - تأکید برمسائل مهم و مفید - درگیرکردن گروه مخاطب - اعتباربخشیدن به مسائل مطرح شده - عدم اتکاء به سواد یا طبقه اجتماعی، سن و جنسیت گروه مخاطب - تحریک هیجانی - دسترسی به مخاطبهای زیاد درمدت کوتاه (به خصوص مخاطب‌های در معرض خطر) - الگوسازی رفتار بهداشتی مناسب برای طبقات اجتماعی - اقتصادی پایین - طرح مسئله و جلب توجه مخاطبان به مطالب مرتبط در رسانه‌های دیگر - توانایی ساده کردن مطالب پیچیده از طریق طرح‌های گرافیکی

بین استفاده از کانالهای ارتباطی و مشخصات دموگرافیک از قبیل جنسیت، سن، سطح سواد، وضع تأهل و طبقه اجتماعی - اقتصادی، رابطه معنادار آماری وجود دارد. در تحقیقی که در سال ۱۳۷۶ در تهران صورت گرفته، ویژگی های افراد استفاده کننده از کانالهای ارتباطی مختلف مورد بررسی قرار گرفته است که به ترتیب در بخشهای مختلف (با توجه به نوع کانال ارتباطی) بیان خواهند شد. در جدول زیر، به طور خلاصه مشخصات دموگرافیک بینندگان تلویزیون قید شده است.

جدول مشخصات دموگرافیک بینندگان تلویزیون در سطح شهر تهران
در سال ۱۳۷۶ (به درصد)

میزان بینندگان تلویزیون	اجزای مشخصات دموگرافیک	مشخصات دموگرافیک
۶۳/۷	مرد	جنسیت
۷۳/۳	زن	
۷۰/۴	۱۶-۲۴	گروه سنی
۶۷/۷	۲۵-۳۴	
۶۸/۴	۳۵-۴۴	
۷۲/۳	۴۵-۵۴	
۶۳/۵	۵۵ به بالا	
۶۶/۴	بی سواد	سطح سواد
۸۰/۰	ابتدایی	
۷۵/۶	راهنمایی	
۶۶/۹	دیپلم	
۴۸/۷	دانشگاهی	
۷۷/۸	پایین	طبقه اجتماعی
۶۹/۶	متوسط	
۵۰/۰	بالا	
۶۳/۰	ازدواج نکرده	وضعیت تأهل
۷۰/۱	همسر دار	
۶۸/۰	طلاق گرفته	
۷۲/۳	همسر فوت شده	
۷۵/۶	۳۰ و زیر ۳۰	درآمد رئیس خانوار به ۱۰۰۰ تومان
۶۸/۵	۳۱-۵۰	
۶۰/۵	۵۱-۱۰۰	
۵۸/۰	۱۰۱ به بالا	
۱۵۸۹	تعداد	کل
۶۸/۵	درصد	

با مطالعه جدول فوق نتایج کلی زیر را می‌توان به‌دست آورد:

جنسیت: از نظر خبررسانی تلویزیون برای زنان مهم‌تر از مردان است.

گروه سنی: افراد ۴۵-۵۴ ساله و سپس افراد ۱۶-۲۴ ساله بیشترین بینندگان تلویزیون می‌باشند.

سطح سواد: همان‌طورکه مشاهده می‌شود با افزایش سطح سواد از اهمیت تلویزیون به عنوان کانال خبری تا حدودی کاسته می‌شود.

طبقه اجتماعی: با بالا رفتن سطح اجتماعی، از میزان بینندگان تلویزیون جهت کسب خبر کاسته می‌شود.

وضعیت تأهل: اهمیت جنبه خبررسانی تلویزیون در افراد متأهل بیشتر از افراد مجرد است. با توجه به جمعی بودن تماشای تلویزیون، در موقعیت خانوادگی این امر قابل درک می‌باشد. از سوی دیگر ۷۲/۳ درصد از افراد همسر فوت شده نیز از طریق تلویزیون کسب خبر می‌کنند.

درآمد رئیس خانوار: با افزایش درآمد خانوار از توجه به تلویزیون به عنوان کانال اصلی خبری کاسته می‌شود.

رادیو

جدول زیر به ترتیب ویژگی - کاربرد عمومی، کاربرد ویژه در زمینه پیشگیری

از اعتیاد، محدودیت و اشکال برنامه‌های رادیویی را به طور خلاصه نشان می‌دهد:

اشکال برنامه	محدودیت	کاربرد ویژه	ویژگی - کاربرد عمومی
- مستند - اخبار - میزگرد - مصاحبه - مجموعه - داستانی - برنامه‌های کمدی - مناظره - رادیویی - آواز - موسیقی و ...	- فرار بودن (به علت سرعت پخش) - فاقد تصویر - درگیرکردن فقط حس شنوایی. - امکان تحریف و دگرگون شدن پیام رادیویی	- آموزش عوارض مصرف مواد به گروه‌های مختلف جامعه - آموزش مهارت‌های تربیتی به والدین - تأمین سالم اوقات فراغت - اطلاع‌رسانی درخصوص برنامه‌ها و خدمات پیشگیری و درمان اعتیاد - تبلیغات جهت پیشگیری از اعتیاد - آموزش پیشگیری از اعتیاد به گروه‌های مختلف جامعه	- گستره روستایی - قابل استفاده در همه‌جا - قابل حمل بودن - ارزان بودن پخش و گیرنده - امکان استفاده از زبانها و لهجه‌های مختلف در برنامه‌های رادیویی - گرم بودن - پوشش دادن مخاطبان کم‌سواد - نیازمند به توجه - تنوع ایستگاهها: پوشش دادن مخاطبان خاص (باشگاه دریایی، باشگاه جوان استانی و ...) - پشتیبانی از سایر رسانه‌ها - تعامل شنوندگان با متخصصان - قابل استفاده برای جوانان و افراد محلی (به علت شبکه جوان استانی و ...) - تقویت روحیه اجتماعی

در جدول زیر، مشخصات دموگرافیک شنوندگان رادیو به طور خلاصه قید شده است.

جدول مشخصات دموگرافیک شنوندگان رادیو در سطح شهر تهران
در سال ۱۳۷۶ (به درصد)

میزان شنوندگان رادیو	اجزای مشخصات دموگرافیک	مشخصات دموگرافیک
۱۱/۱	مرد	جنسیت
۸/۳	زن	
۶/۰	۱۶-۲۴	گروه سنی
۵/۷	۲۵-۳۴	
۷/۷	۳۵-۴۴	
۱۰/۹	۴۵-۵۴	
۱۸/۳	۵۵ به بالا	
۱۴/۹	بی سواد	سطح سواد
۱۱/۲	ابتدایی	
۷/۸	راهنمایی	
۷/۴	دیپلم	
۱۰/۹	دانشگاهی	
۱۱/۲	پایین	طبقه اجتماعی
۹/۰	متوسط	
۸/۱	بالا	
۷/۴	ازدواج نکرده	وضعیت تأهل
۱۰/۱	همسر دار	
۸/۰	طلاق گرفته	
۱۵/۰	همسر فوت شده	
۱۰/۲	۳۰ و زیر	درآمد رئیس خانوار به ۱۰۰۰ تومان
۹/۳	۳۱-۵۰	
۸/۹	۵۱-۱۰۰	
۶/۹	۱۰۱ به بالا	
۲۲۵	تعداد	کل
۹/۷	درصد	

با مطالعه جدول مذکور، نتایج کلی زیر را می توان به دست آورد:
جنسیت: اهمیت جنبه خبررسانی رادیو برای مردان (نسبت به زنان) بیشتر است.

گروه سنی: با بالا رفتن سن به اهمیت رادیو به عنوان یک کانال خبری افزوده می شود.

سطح سواد: در میان بی سوادان، رادیو برای کسب خبر از اهمیت قابل ملاحظه ای برخوردار می باشد.

وضعیت تأهل: با توجه به جمعی بودن نحوه استفاده از این رسانه بیشتر، افراد ازدواج کرده از این رسانه استفاده می نمایند و در میان همسر فوت شده نیز، این رسانه از اهمیت بیشتری برخوردار است.

طبقه اجتماعی: با بالا رفتن سطح اجتماعی، از میزان بینندگان رادیو کاسته می شود.

درآمد رئیس خانوار: با افزایش درآمد خانوار از توجه به رادیو به عنوان کانال اصلی خبر کاسته می شود.

شبکه اینترنت

اکنون که در قرن بیست و یکم قرار داریم، به جرأت می توان گفت که دوران طلایی «عصر اطلاعات» فرا رسیده است. اینترنت مجموعه ای از میلیونها کامپیوتر است که در هزاران سایت اطراف جهان پراکنده شده اند و کاربران و استفاده کنندگان آن، صرف نظر از نوع کامپیوتری که دارند، می توانند روی این شبکه کامپیوتری گسترده در جهان، اطلاعات را رد و بدل کنند.

جدول زیر به ترتیب ویژگی - کاربرد عمومی، کاربرد ویژه در زمینه پیشگیری از اعتیاد، محدودیت و اشکال برنامه‌های اینترنتی را به طور خلاصه نشان می‌دهد.

ویژگی - کاربرد عمومی	کاربرد ویژه	محدودیت	اشکال برنامه
- گرم - سرد - شامل همه ویژگیهای رسانه‌های الکترونیک - مکتوب و ارتباطات بین فردی - پایگاههای اطلاعات - معرفی انواع تولیدات و امکانات - ابزار ارتباطی	- فراهم‌سازی امکان ارتباط با مؤسسات مرتبط با اعتیاد - تبلیغات جهت پیشگیری از اعتیاد - اطلاع‌رسانی درخصوص نتایج تحقیقات، گزارش‌های دوره‌های آموزشی، برنامه‌های همایشها در زمینه پیشگیری و درمان اعتیاد - آموزش در زمینه عوارض مصرف مواد به گروههای مختلف جامعه - آموزش پیشگیری از اعتیاد به گروههای مختلف جامعه	- زبان ارتباط - گران بودن - نیازمند آموزش - تکنولوژی جدید - قابلیت استفاده تنها برای طبقات بالاتر اجتماعی با تحصیلات بالاتر	- فیلم - موسیقی - تلفن - اخبار - گزارش و مقاله - گفتگو و ...

این رسانه در زمینه مواد، کاربردهای فراوانی دارد به عنوان مثال، مؤسسه ملی سوءمصرف مواد امریکا (National Institute on Drug Abuse = NIDA) در سال ۱۹۷۴ تأسیس شد و در سال ۱۹۹۲ به مؤسسات جهانی سلامت و دپارتمان بهداشت و خدمات انسانی پیوست. این رسانه دارای سایتی به آدرس "www.nida.mh.gov/" می‌باشد (برای دستیابی به سایتهای اطلاع‌رسانی اعتیاد به منابع رجوع شود).

این موسسه دو هدف عمده را دنبال می‌کند:

۱. حمایت راهبردی و انجام تحقیقات حول طیف وسیعی از رشته‌های مرتبط با سوءمصرف مواد (حمایت از ۸۵ درصد تحقیقات مرتبط با سوءمصرف مواد در جهان)
۲. گسترش نتایج و استفاده از آنها به منظور تقویت اقدامات پیشگیرانه، درمانی و اجرایی در زمینه سوءمصرف مواد

برای رسیدن به اهداف فوق، مؤسسه مذکور از سیاستهای ذیل پیروی می‌کند:

۱. برگزاری همایشهایی در زمینه سوءمصرف مواد
۲. ایجاد پایگاههای اطلاعاتی برای محققان، متخصصان بهداشت، اولیاء و مربیان و دانش‌آموزان

۳. برگزاری دوره‌های آموزشی برای سطوح مختلف
۴. چاپ و نشر نتایج تحقیقات، گزارش‌های دوره‌های آموزشی، برنامه همایشها و ...
۵. فراهم سازی امکان ارتباط با سایر مؤسسات مرتبط

رسانه‌های مکتوب

به طور کلی رسانه‌های مکتوب تواناییهای متعدد دارند و در بسیاری از موارد، از جمله یادآوری شعارها یا بیان مطالب کلیدی برای عموم مردم قابل استفاده هستند. از رسانه‌های مکتوب می‌توان به طور مکرر و به طور مشترک به دیگران استفاده نمود اما برای استفاده از آنها درجاتی از سواد لازم است، چرا که ممکن است حتی موضوعات مصور توسط افراد کم‌سواد یا بی‌سواد درک نشوند.

برخی از اصول اساسی در زمینه طراحی و کاربرد مطالب مکتوب به قرار زیر است:

۱. این گونه وسایل همیشه باید بخشی از یک برنامه ارتباطی باشند و به اهداف آموزشی (که دقیقاً تعریف و تعیین شده)، نزدیک شوند. هماهنگی با اهداف باید قبل از طراحی، تولید و استفاده از وسایل صورت پذیرد.
۲. باید به گروه مخاطب مرتبط باشند. به موقعیتهای زندگی روزمره نزدیک و با نیازها و مشکلات و خصوصیات جامعه ارتباط داشته باشند.
۳. کلید مطالب مکتوب در یک برنامه پیشگیری باید یکدیگر را تقویت و تکمیل کنند.
۴. قبل از تولید و توزیع نهایی، محتویات باید پیش آزمون شوند.
۵. رسانه‌های مکتوب باید ساده، ارزان و بادوام باشند (البته با توجه به سطح محتوا)
۶. رسانه‌های مکتوب باید به سنن فرهنگی و عامه مردم احترام بگذارند. در این قسمت رایج‌ترین ویژگیهای رسانه‌های مکتوب از جمله روزنامه، مجله، کتاب، پوستر و بروشور را، به اختصار بیان می‌کنیم.

روزنامه، مجله و کتاب

جدول زیر، به ترتیب، ویژگی - کاربرد عمومی، کاربرد ویژه در زمینه پیشگیری از اعتیاد، محدودیت و اشکال برنامه‌های رسانه‌های مکتوب روزنامه، مجله و کتاب را به طور خلاصه نشان می‌دهد.

ویژگی - کاربرد عمومی	کاربرد ویژه	محدودیت	اشکال برنامه
<ul style="list-style-type: none"> - سرد - امکان دسترسی به مخاطبان دسته‌بندی شده (محلی - تخصصی) - نیاز به سواد مخاطبان - ترکیب دو عنصر نوشته و تصویر - زمان لازم برای تدوین و تکثیر پیام (مدت زمان بین ۵ تا ۸ ساعت برای تولید روزنامه) - انتشارات ادواری - وابستگی زمانی و مکانی مطبوعات - مستندبودن رسانه‌های نوشتاری - پوشش عمیق‌تر مجلات و هفته‌نامه‌ها نسبت به روزنامه - انعطاف‌پذیری - فعال‌بودن گروه مخاطب هنگام استفاده از رسانه‌های مکتوب - اراده در انتخاب زمان دریافت پیام - کاربرد روزنامه و مجله در سه حوزه زیر: ۱. نوشتن مقاله ۲. آگهی ۳. خبررسانی - تنوع بیشتر در شکل و محتوا (نسبت به رسانه‌های دیگر) - پشتیبانی از سایر رسانه‌ها - ارائه اطلاعات در حد وسیع توسط کتاب 	<ul style="list-style-type: none"> - آموزش عوارض مصرف مواد به گروه‌های مختلف جامعه - آموزش مهارت‌های تربیتی به والدین - آموزش پیشگیری از اعتیاد به گروه‌های مختلف جامعه - تأمین سالم اوقات فراغت - تبلیغات جهت پیشگیری از اعتیاد 	<ul style="list-style-type: none"> - مناسب نبودن رسانه‌های مکتوب برای روستاییان به دلایل زیر: ۱. پایین بودن سطح سواد در روستا ۲. کمبود وسایل توزیع رسانه‌های مکتوب به نقاط مختلف کشور ۳. هزینه‌دار بودن این رسانه‌ها ۴. پایین بودن فرهنگ مطالعه در روستاییان ۵. سرد بودن عمر کوتاه روزنامه (در حدود ۲۴ ساعت) - مدت زمان بین ۵ تا ۸ ساعت برای تولید روزنامه (در روزنامه و مجله کمتر و در کتاب) - فرار بودن محتوای مجله (بیشتر از کتاب و کمتر از روزنامه) - تابع امکانات و توزیع (به ویژه در کتاب بیشتر) - انفعالی بودن رسانه‌های چاپی 	<ul style="list-style-type: none"> - مصاحبه - داستان - مقاله - نامه به سردبیر - سرمقاله - گزارش - اخبار و ...

یک مثال از مقایسه پوشش خبری مواد اعتیادآور در رسانه‌هایی از قبیل تلویزیون و روزنامه در آمریکا (در طی سالهای ۱۹۸۷-۱۹۸۳):

تحقیقی که در طی سالهای ۱۹۸۳-۱۹۸۷ در آمریکا در زمینه مقایسه پوشش خبری شبکه‌های تلویزیونی ABC, CBC, NBC با روزنامه‌هایی از قبیل Newsweek, Times صورت گرفت، نشان داد که اگر چه سه شبکه تلویزیون به طور یکسان، پوشش خبری مواد را برعهده گرفته بودند ولی واضح بود که شبکه‌های تلویزیونی برای به حداکثر رساندن پوشش خبری مواد در پشت سر روزنامه‌ها حرکت می‌کردند و از آنها به عنوان آرشیو کمک می‌گرفتند. البته در طی سالهای اخیر در آمریکا شبکه‌های تلویزیونی محلی کوشش نموده‌اند که این نقص را توسط اخبار صبحگاهی تا حدودی مرتفع سازند.

استنتاج کلی از کاربرد رسانه‌های روزنامه و مجله و کتاب

در ابتدا می‌توان حداقل دو نوع تحلیل چند بعدی از این بحث ارائه داد: اول تحول کاربرد این وسایل در طول زمان و دوم نگرش کلی به میزان تأثیر نسبی عوامل مختلف.

نخست به حالت اول توجه کنیم:

در نیمه دوم سال ۱۳۷۴، پژوهشی تحت عنوان شرایط عمومی و فرهنگی جامعه شهری ایران، در تهران و کل کشور صورت گرفت. محققان نتایج بررسی خویش را با نتایج پژوهش پژوهشکده علوم ارتباطی و توسعه ایران که در طی سالهای ۱۳۵۳ و ۱۳۵۸ به انجام رسیده بود، مقایسه کردند. استنتاج کلی از این مقایسه به شرح ذیل می‌باشد:

جدول نسبت‌های عدم استفاده و یا استفاده زیاد از رسانه‌های مکتوب در

سالهای ۱۳۵۳ و ۱۳۷۴ (به درصد)

بیشترین		کمترین		میزان استفاده از رسانه‌ها	رسانه‌ها
۱۳۷۴	۱۳۵۳	۱۳۷۴	۱۳۵۳		
۲۲	۳۹	۲۷/۴	۷		روزنامه
۳	۴۰	۴۷/۳	۳۰		مجله
۹		۲۱/۳	۳۲		کتاب
۲۷/۸	۲۰				

از مقایسه اطلاعات مندرج در جدول بالا نتیجه می‌گیریم که در طول سالهای ۱۳۵۳ تا ۱۳۷۴ مطالعه مطبوعات تا حدی کاهش یافته و در عوض، بر میزان مطالعه کتاب افزوده شده است. هر چند به دلیل تفاوت مجموعه شرایط حاکم بر رسانه‌ها، تحول وضع سواد و بسیاری از عوامل دیگر این مسئله باید با احتیاط تفسیر شود. موضوع دومی که مقتضی است به عنوان استنتاج کلی مورد توجه قرار گیرد، میزان همبستگی مشخصات دموگرافیک مورد بررسی (جنس/سن/سواد/تأهل / طبقه اجتماعی/درآمد) و میزان استفاده از این گونه رسانه‌هاست.

مطالعه روزنامه، مجله و کتاب در مرتبه اول تحت تأثیر عامل سواد قرار دارد و عامل دوم مؤثر در آن طبقه اجتماعی است. عامل جنسیت، از نظر تأثیر نسبی، در همه موارد در آخرین سطح قرار دارد.

جدول بیشترین گروههای استفاده کننده از رسانه‌های مکتوب (تهران)

مشخصات دموگرافیک رسانه‌ها	جنس	گروه سنی	سواد	وضعیت تأهل	طبقه اجتماعی	درآمد (به هزار تومان)
روزنامه	مردان	۴۴- ۳۵	دانشگاهی	مجرد	بالا	۳۱-۵۰
مجله	زنان	۲۴-	دیپلم/راهنمایی	مجرد	بالا	۵۱-۱۰۰
کتاب	مردان	۱۶ ۲۴- ۱۶	دانشگاهی	مجرد	بالا	۱۰۱ به بالا

همان‌طور که در جدول بالا مشاهده می‌شود، به طور کلی مردان، جوانان، افراد مجرد، دارندگان مدارک تحصیلی دیپلم و بالاتر، افراد وابسته به طبقات بالا و افراد با درآمد متوسط و بالا از رسانه‌های مکتوب بیشتر استفاده می‌کنند.

درخاتمه، بیان این نکته ضروری است که در جامعه شهری ایران، فرهنگ شفاهی بر فرهنگ کتبی برتری دارد، لیکن این برتری در جامعه روستایی بارزتر است.

بروشور

جدول زیر به ترتیب ویژگی - کاربرد عمومی، کاربرد ویژه در زمینه پیشگیری از اعتیاد، محدودیت بروشور ذکر شده است. ذکر این نکته ضروری است که بروشور، اشکال برنامه‌ای ندارد.

محدودیت	کاربرد ویژه	ویژگی - کاربرد عمومی
<ul style="list-style-type: none"> - کوتاهی و اختصار - اختصاص یافتن به یک موضوع - یکبار مصرف بودن - بیشتر بروشورها 	<ul style="list-style-type: none"> - آموزش عوارض مصرف مواد به گروههای مختلف جامعه - آموزش مهارتهای تربیتی به والدین - آموزش پیشگیری از اعتیاد به گروههای مختلف جامعه - تبلیغات جهت پیشگیری از اعتیاد - اطلاع‌رسانی درخصوص برنامه‌ها و خدمات پیشگیری و درمان اعتیاد 	<ul style="list-style-type: none"> - امکان استفاده از تیترهای متعدد(همراه با نمودار، جدول و عکس) - متن اصلی (شرح موضوع، آغاز و گسترش موضوع): - پرهیز از کاربرد واژه‌های تخصصی و فنی (مگر با توضیح کامل) - رایگان بودن - امکان خلاصه کردن اطلاعات مفصل - معرفی سازمان‌ها (شناسنامه، تاریخچه، اهداف، وظایف، عملکرد و برنامه‌های سازمان) - معرفی نمایشگاهها - پشتیبانی از سایر رسانه‌ها - تحریک پیامد عملی - کاربرد بروشور: ۱- اطلاعاتی ۲- آموزشی - آموزش مطالب ساده - ارائه الگوهای رفتاری ساده

بنابراین بروشور یک وسیله ارتباطی است که توضیحاتی درباره موضوعهای مختلف ارائه می‌کند و به طور رایگان به گروههای مخاطب عرضه می‌شود.

پوستر

در جدول زیر به ترتیب، ویژگی کاربرد عمومی، کاربرد ویژه در زمینه پیشگیری از اعتیاد، محدودیت پوستر نشان داده شده است. ذکر این نکته لازم است که، پوستر دارای اشکال برنامه‌ای نمی‌باشد.

محدودیت	کاربرد ویژه	ویژگی - کاربرد عمومی
<p>- عدم ارائه پیامهای متعدد در یک پوستر</p> <p>- نیاز به تعویض، هر ۲ الی ۳ هفته یک بار</p> <p>- محدودیت در انتخاب تعداد رنگ</p>	<p>- اطلاع‌رسانی درخصوص برنامه‌ها و خدمات پیشگیری و درمان اعتیاد</p> <p>- تبلیغات جهت پیشگیری از اعتیاد</p> <p>- آموزش عوارض مصرف مواد به گروههای مختلف جامعه</p> <p>- آموزش مهارتهای تربیتی به والدین</p> <p>- آموزش پیشگیری از اعتیاد به گروههای مختلف جامعه</p> <p>- پشتیبانی از سایر فعالیتهای دیگر پیشگیرانه</p>	<p>- تهیه براساس یک ایده</p> <p>- اشاعه یک پیام در حداقل زمان</p> <p>- تأثیر زیاد رنگ</p> <p>- تناسب با سطح معلومات عموم</p> <p>- قابل تشخیص بودن از فاصله دور</p> <p>- نپرداختن به جزئیات</p> <p>- متناسب بودن موضوع و زمان پوستر</p> <p>- استفاده از خطوط مارپیچ برای نشان دادن حرکت</p> <p>- مورد خطاب قراردادن گروه مخاطب</p> <p>- استفاده از واژه‌های ساده و جملات کوتاه</p> <p>- استفاده از خطوط افقی برای نشان دادن پایداری و سکون</p> <p>- سرد بودن</p> <p>- پشتیبانی از رسانه‌های دیگر</p> <p>- تأثیر بر گروه مخاطب به لحاظ:</p> <p>۱- برانگیختن واکنش هیجانی گروه مخاطب نسبت به موضوع</p> <p>۲- انتقال عقاید و افکار به گروه مخاطب</p> <p>کم‌حوصله برای شنیدن نطق و حضور در جلسات</p> <p>- مناسب برای گروه مخاطب بی‌سواد و یا کم‌سواد</p>

		- کاربرد پوستر: ۱. اطلاعاتی ۲. آموزشی ۳. برانگیزاننده
--	--	--

رسانه‌های سنتی

در جدول زیر، به ترتیب، ویژگی - کاربرد عمومی، کاربرد ویژه در زمینه پیشگیری از اعتیاد محدودیت و اشکال برنامه‌های رسانه‌های سنتی نشان داده شده است.

ویژگی - کاربرد عمومی	کاربرد ویژه	محدودیت	اشکال برنامه
- انتقال پیام به صورتی غیرتهدیدآمیز - مقبول به لحاظ فرهنگی - سرگرم کننده و عامه پسند (پرکننده اوقات فراغت) - مناسب برای گروه مخاطب دور از دسترس از جمله روستائیان	- آموزش عوارض مصرف مواد به گروه‌های مختلف جامعه - آموزش مهارت‌های تربیتی به والدین - آموزش پیشگیری از اعتیاد به گروه‌های مختلف جامعه - تبلیغات جهت پیشگیری از اعتیاد - تأمین سالم اوقات فراغت - اطلاع‌رسانی در خصوص برنامه‌ها و خدمات پیشگیری و درمان اعتیاد	- پوشش کم حجم گروه مخاطب - نیاز به سخنرانیهای مکمل و یا مشاوره - توجه بیش از حد گروه مخاطب به جنبه‌های سرگرم کننده رسانه - محدود بودن دامنه عملکرد نسبت به سایر رسانه‌ها	- تئاتر - موسیقی - آواز و رقص - نمایشگاه‌های جهانگردی و عروسکی - داستان‌سرایی - مراسم‌های مذهبی و ...

با توجه به جدول فوق، این روش مؤثرترین راه دستیابی به گروه مخاطب دور از دسترس، مانند روستاییان، است. از آنجا که این گونه رسانه‌ها سرگرم‌کننده، عامه‌پسند و مقبول هستند، پیام به صورتی غیرتهدیدآمیز به گروه مخاطب می‌رسد. لیکن گروه‌های کوچکی را مخاطب قرار می‌دهد و دامنه عملکرد آن از رسانه‌های الکترونیک و یا حتی جلسات گروهی کمتر است. ضمناً، گروه مخاطب ممکن است روی جنبه‌های سرگرمی موضوع متمرکز شود و مفاهیم پیام را جذب نکند. برای تأثیرگذاری و تأثیر بر نگرش یا رفتار، رسانه سنتی نیازمند سخنرانیها یا مشاوره‌های مکمل است.

ارتباطات بین فردی

جدول زیر، ویژگی - کاربرد عمومی، کاربرد ویژه در زمینه پیشگیری از اعتیاد، محدودیت و اشکال برنامه‌های ارتباطات بین فردی را نشان می‌دهد.

ویژگی - کاربرد عمومی	کاربرد ویژه	محدودیت	اشکال برنامه
- منبع غنی از اطلاعات - تأثیر بر اغلب مردم - انعطاف‌پذیری: ۱- گوینده ۲- گروه مخاطب	- آموزش عوارض مصرف مواد به گروه‌های مختلف جامعه - آموزش مهارت‌های تربیتی به والدین - آموزش پیشگیری از اعتیاد به گروه‌های مختلف جامعه - تبلیغات جهت پیشگیری از اعتیاد - اطلاع‌رسانی درخصوص برنامه‌ها و خدمات پیشگیری و درمان اعتیاد - پشتیبانی از سایر فعالیتهای پیشگیرانه	- گران بودن - پوشش گروه مخاطب با حجم کم - مغشوش شدن پیام توسط گوینده	- جلسات گروهی - نمایشگاه - دوره آموزشی - جلسات مشاوره - سخنرانی - تظاهرات - خطوط تلفنی "hot line" و ...
- ایجاد فضای مناسب برای بحث و تبادل نظر - مورد استفاده در شبکه‌هایی از قبیل مدارس، ارگانهای مذهبی، گروه‌های جوانان، تعاونیها، بازارها، مکانهای بهداشتی و ... - پشتیبانی از سایر رسانه‌ها			

همانطور که در جدول فوق نشان داده شده است، ارتباطات بین فردی بخش مهمی از برنامه‌های ارتباطی و یک منبع غنی اطلاعاتی است و روی اغلب مردم تأثیر می‌گذارد. مردم، اغلب در تعاملات خود با دیگران به دنبال جلب حمایت و مقبولیت اجتماعی رفتار خود هستند. ارتباطات چهره‌به‌چهره، به گوینده امکان می‌دهد که پیام را بسته به واکنش‌های گروه مخاطب تغییر بدهد و به گروه هم اجازه می‌دهد سؤال‌های خود را مطرح کند، به گوینده بازخورد بدهد و نکات مهم را خاطر نشان سازد. در مقابل، نقاط ضعف این روش نسبت به سایر رسانه‌های گروهی، هزینه سرانه بالا و دربرگرفتن گروه‌های کوچکتر مردم است. ضمناً پیام می‌تواند توسط گوینده مغشوش یا به نحو غیر مؤثری عرضه شود.

از ارتباطات بین فردی برای تقویت سایر رسانه‌ها استفاده می‌شود تا درک پیام تضمین و اشتغالات ذهنی گروه مخاطب باز و روشن گردد. گروه مخاطب ممکن است با دیدن یک فیلم، خواننده یک آواز یا تماشای یک نمایش تحت تأثیر پیام قرار گیرند، لیکن هیچ یک از این وسایل، فضای بحث و بازخورد ندارد و به صورتی باید بحث در زمینه مربوطه باز شود.

برای معرفی پیام‌های پیشگیری، از جلسات آگاهسازی یا آموزشی برای رهبران، کارکنان یا داوطلبان وابسته به نهادهای ذکر شده (مدارس، ارگانهای مذهبی و ...) استفاده می‌شود. جلسات آموزشی از لحاظ محتوا شامل مرور اطلاعات کلیدی، استراتژی و پیام‌های کلی برنامه، و ... می‌باشد. البته تدوین یک جزوه آموزشی می‌تواند به استاندارد شدن محتوای دوره کمک کند. سایر محتویات مکتوب و مدون می‌توانند به عنوان مأخذ به کار روند.

۶-۴- دسته‌بندی کانالهای ارتباطی به صورت بین‌المللی، ملی و محلی

همان‌طور که قبلاً بیان شد هر یک از کانالهای ارتباطی را می‌توان به طور قراردادی به سه دسته بین‌المللی، ملی و محلی دسته‌بندی کرد. این سه دسته به ترتیب، تحت تأثیر حوادث خبری ناشی از مواد اعتیادآور می‌باشند.

در این راستا دو گروه اخبار وجود دارد که به صورت ذیل می‌باشند.

عوارض مواد اعتیادآور

۱- بیماریها

۲- جرمها

۳- مرگها

۴- مشکلات اقتصادی - اجتماعی

۵- مشکلات جسمانی - روانی

۶- مشکلات خانوادگی

فعالیت‌های ضدمواد اعتیادآور

۱- سیاستگذاری در جهت مبارزه با مواد

۲- فعالیت‌های کاهش عرضه مواد

۳- فعالیت‌های کاهش تقاضای مصرف مواد

با توجه به محدودیت زمان و فضای در دسترس برای اخبار هر روز رسانه‌ها، خبرها برای جلب رسانه‌ها در رقابت با یکدیگر هستند. به عنوان مثال، در سال ۱۹۸۷ در امریکا، رسانه‌ها به طور آشکار به این نتیجه دست یافتند که سوءمصرف مواد ارزش خبری کمتری نسبت به سایر اخبار (به عنوان مثال ایدز) دارد.

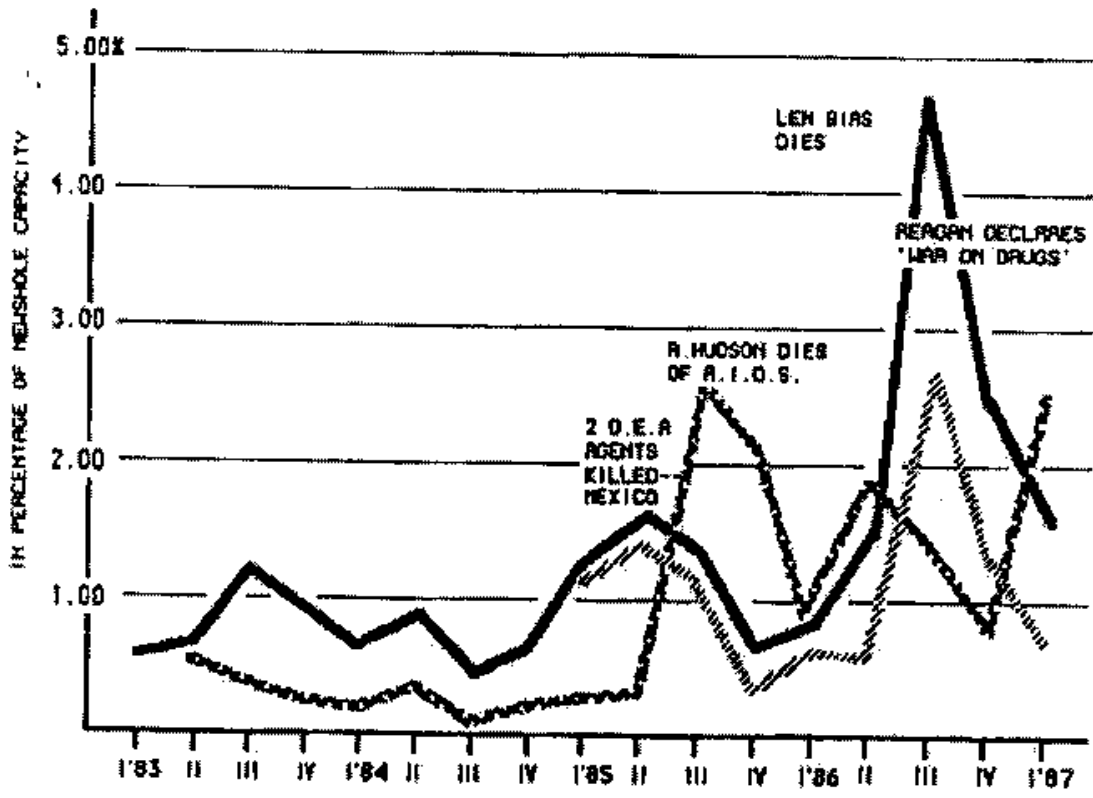
نمودار پوشش خبری رسانه‌های ملی (۱۹۸۷-۱۹۸۳)

کلیه موضوعات مربوط به مواد

بخشی از موضوعات مربوط به مواد که از اخبار شبکه‌ای استخراج شده است

موضوعات مربوط به ایدز

عکس



نمودار بالا نشان می‌دهد که پوشش خبری رسانه‌ها در زمینه مواد در اواخر ۱۹۸۶ و اوایل ۱۹۸۷ کاهش و پوشش خبری ایدز افزایش یافته است.

یک الگوی مشابه در سال ۱۹۸۵، سالی که راک هودسن، هنرپیشه معروف امریکایی، در اثر ابتلا به ایدز فوت کرد، رخ داد. این خبر، آشکارا سبب یک افزایش چشمگیر در پوشش خبری رسانه‌ها در زمینه ایدز و یک کاهش اساسی در پوشش خبری مواد شد.

جریانهای خبری سوءمصرف مواد، ممکن است به علت نداشتن جذابیت خبری باعث واگذاری مسئله مواد به وقایع پرجاذبه‌تر در اخبار گردند. همچنین می‌توان سوءمصرف مواد را یک خبر نمای نزدیک (close up) دانست که ممکن است برای رسانه‌های خبری محلی نسبت به رسانه‌های خبری ملی متناسب‌تر باشد. رسانه‌های محلی نسبت به رسانه‌های ملی به طور سنتی، بیشتر فضا و زمان خبری را به جرمهای فردی ناشی از مواد و مسائل سوءمصرف مواد اختصاصی می‌دهند. این مسئله همچنین می‌تواند روی برنامه‌ریزی مدیران رسانه‌های ملی اثر بگذارد. بدین صورت که کمتر به دو موضوع مذکور پردازند، زیرا فرض بر این است که مقدار معینی از پوشش خبری رسانه‌های محلی بر این موضوعات متمرکز می‌باشند.

عامل دیگر محدودیت پوشش خبری مواد در رسانه‌های ملی، این است که برخلاف اخبار دیگری از قبیل ایمنی هسته‌ای، کم شدن لایه ازن، به نظر می‌رسد اخبار مربوط به مواد، فاقد آینده روشن باشد. اکنون به نظر می‌رسد، رسانه‌ها تمایل بیشتری به پیش‌بینی عاقبت اعتیاد دارند، زیرا بدون توانایی پیش‌بینی سرنوشت سوءمصرف مواد، اخبار مواد، قدرت رقابت با سایر حیطه‌های پوشش خبری را نخواهند داشت.

البته اخبار مربوط به مواد با مورد توجه قرار دادن موارد ذیل، می‌تواند به

آسانی سطح مطلوبی از پوشش خبری رسانه‌های ملی را به خود اختصاص دهد:

۱. اثرات تخریبی گسترده سوءمصرف مواد را به طور آشکارتر به عموم نشان دهد.

۲. باید نگرشهای عموم مردم را نسبت به مسئله مواد، در جهت منفی تغییر دهد. در سالهای اخیر، رهبران ملی با مسئله مواد برخورد سمبولیک داشته‌اند (مثلاً به صورت تبلیغات سیاسی باک کمک رسانه). در نتیجه این روش باعث ایجاد بی‌اعتمادی و بدبینی در مردم نسبت به رسانه‌ها می‌شود.

۳. گروه‌های دولتی و خصوصی باید یک حمله وسیع و هماهنگ به مسئله مواد داشته باشند.

۷- اجرا

مرحله اجرا در واقع برآیند مراحل مقدماتی از قبیل بیان مسئله، تعیین اهداف اختصاصی، تکمیل طرح تحقیق، شناسایی گروه مخاطب، تهیه پیام و انتخاب کانالهای ارتباطی می‌باشد. این مرحله به نوبه خود از قسمت‌های چهارگانه زیر تشکیل می‌شود:

۱- تهیه محتوا و پیش آزمون (material design)، ۲- تهیه طرح انتشار (diffusion plan)، ۳- پخش (dissemination) و ۴- پایش اجرای برنامه (program monitoring).

۷-۱- تهیه محتوا و آزمایش مقدماتی (Material Design)

طراحی محتوای رسانه‌ای (Material Design & Pretesting)

منظور از محتوای رسانه‌ای، ترکیب محتوا و ساختار است:

Content + format → material

ساختار + محتوا → محتوای رسانه‌ای

در این مرحله تصمیم‌گیری در مورد محتوا و ساختاری که تا به حال آماده شده است، صورت می‌گیرد. باید بدانیم تبدیل مطالب مؤثر به عقاید عمومی، نیاز به مهارت و خلاقیت دارد که گاهی لازم است از متخصصان بیرونی نیز استفاده شود؛ به ویژه در مورد تولیدات رادیو تلویزیون و سمعی - بصری که مهارت و تیم خاصی را می‌طلبد.

برخی اصول کلی برای طراحی و تولید محتوا عبارت است از:

- برنامه برای تثبیت محتوا باید حاوی علایم بصری یا سمعی مشابه باشد (logo)

= آرم دیداری و slogan = آرم شنیداری = شعار)

- همه برنامه‌ها باید یکدیگر را تقویت و تکمیل کنند.

- برنامه باید با گروه مخاطب، به طور مقدماتی آزمایش (Pretest) و قبل از

تولید نهایی اصلاح شود.

- برنامه‌ها باید با کیفیت بالا، هشداردهنده، روشن و به آسانی قابل درک باشند.

- کارکنان باید برای به کار بردن درست محتوا، آموزش دیده باشند و یا برنامه‌ها

باید با راهنمای کتبی همراه باشد.

- محتویات باید با در نظر گرفتن آداب و فرهنگ مردم و ویژگی‌های گروه مخاطب طراحی شود.

برای اطمینان از مؤثر بودن مطالب، هرگونه تلاش و صرف هزینه ارزش دارد. مدیران برنامه باید مطمئن شوند که مطالب نوشتاری یا سمعی - بصری مناسب و به میزان کافی برای نیازهای برنامه پیش‌بینی و تولید شده‌اند.

آزمایش مقدماتی (Pretesting)

از آنجا که پیشگیری از اعتیاد می‌تواند تأثیرات هیجانی متفاوتی داشته باشد، مهم است که قبل از نهایی شدن محتوا، آزمون مقدماتی به عمل آید. گامهای آزمون مقدماتی عبارت است از:

- تهیه متن اصلی و پیش نویس مطالب نوشتاری (مطالب تلویزیونی باید به صورت صفحات مصور درآید).

- بازنگری مطالب توسط کارشناسان و کارکنان نهادهای طراح تا هماهنگی لازم در به‌کارگیری و توزیع محتویات صورت گیرد.

- افراد تیم آزمایشگر، انتخاب و آموزش داده شوند تا مهارتهای لازم را کسب و بتوانند اطلاعات معتبر را از اعضای گروه مخاطب به دست آورند بعد از آن آزمایش اولیه از گروه مخاطب به عمل می‌آید. برای این منظور می‌توان از یکی از روشهای مصاحبه توقفی (Intercept interview) و مصاحبه‌های هدفدار با استفاده از نمونه‌ها (targete interviews using sampls) و یا گروههای متمرکز (focus group) استفاده کرد.

- نتایج مصاحبه باید به دقت ثبت، تحلیل و خلاصه شود. سپس مطالب با توجه به واکنش گروه آزمایش، اصلاح گردد.

آزمایش مقدماتی با گروه‌های مختلفی از همان مخاطبان، تکرار شود. آزمایش و اصلاح محتویات تا تکمیل نهایی ادامه یابد.

مراحل آزمایش مقدماتی

تهیه پیش‌نویس محتوا و طراحی تصویر
بازنگری کارشناسی در کاربرد و توزیع محتوا
انتخاب و آموزش تیم آزمایش
آزمایش محتوای اولیه توسط گروه مخاطب
ثبت، تحلیل و خلاصه‌کردن نتایج
اصلاح محتوا و تصاویر طبق واکنش آزمایش‌شدگان
تکرار فرآیند آزمون و ادامه اصلاح تا مقبولیت محتوا

موضوعات عمده‌ای که در طی آزمایش اولیه مد نظر است:

- درک: آیا برنامه درک شده است؟
- وضوح: آیا پیام مورد نظر، منتقل شده است؟
- جذابیت: آیا مخاطب مطالب را دوست دارد؟
- قابل قبول بودن: آیا واکنش منفی به جنبه‌ای یا قسمتی از برنامه وجود داشته است؟
- هم ذات: آیا مخاطبان حس می‌کنند که مطالب برای افرادی مانند آنها طراحی شده است؟

- قانع‌کننده و قابل باور بودن: آیا مخاطبان مطالب را قانع‌کننده و باورکردنی یافته‌اند؟
آزمایش مقدماتی می‌تواند از اتلاف هزینه و برداشت‌های اشتباهی که کل برنامه را تهدید می‌کند، جلوگیری نماید. با در نظر گرفتن برخی توصیه‌ها، در اینجا نمونه استاندارد شده‌ای از پرسشنامه آزمایش مقدماتی را مرور می‌کنیم.

نکاتی که پس از آزمایش مقدماتی باید، در گروه مخاطب سنجیده شود:

ارتباط / درک عقاید اصلی (Communication / Comprehension of Central Ideas)

عقیده اصلی این پیام چیست؟

متن پیام، انجام چه عملی را به شما توصیه می‌کند؟

به نظر شما چه چیزی در پیام مبهم است؟

کدام‌یک از این عبارات، برای توصیف پیام مناسب است؟

- درک آن راحت است. **ف** - درک آن دشوار است. **ث**

خوشایندی / ناخوشایندی (Likes / Dislikes)

به عقیده شما مورد خاصی در پیام وجود دارد که ارزش بخاطر سپردن داشته باشد؟
چه چیزی را اختصاصاً در این پیام دوست دارید؟
چه موردی در این پیام برای شما ناخوشایند است یا اعتراض شما را برمی‌انگیزد؟

باورکردنی بودن پیام (Believability)

به عقیده شما در پیام موردی هست که باورکردن آن مشکل باشد؟
کدام یک از عبارات زیر احساس شما را به پیام بهتر توصیف می‌کند؟
- باورکردنی است. **ف** - باورکردنی نیست. **ث**

علائق و جاذبه‌های شخصی (Personal Relevance / Interest)

به عقیده شما این پیام چه نوع افرادی را مدّ نظر دارد؟
افرادى مثل من **ف** افراد ديگرى به جز من **ث**
همه مردم **ف** همه مردم ولى بیشتر گروه مخاطب **ث**
فقط گروه مخاطب **ث**
کدام یک از عبارات زیر احساس شما را در مورد پیام، بهتر توصیف می‌کند؟
ف جالب است. **ث** جالب نیست.
ف اطلاع رسانی دارد. **ث** اطلاع رسانی ندارد.
آیا در مورد پیشگیری از سوء مصرف مواد، از این پیام مطلب جدیدی یاد گرفته‌اید؟
لطفاً توضیح دهید:

احساس مخاطب در مورد مجری (Impression of Announcer)

لطفاً از جملات زیر آنهایی را انتخاب کنید که احساسات را در مورد مجری،
توصیف می‌کند.
ف برای پیام مناسب است.
ث برای پیام مناسب نیست.
ف توانایی پیام رسانی دارد.
ث توانایی پیام رسانی ندارد.
ف صادق و باورکردنی است.

ف صادق و باورکردنی نیست.

سایر واکنشهای گروه مخاطب

سایر واکنشها می‌تواند با امتیازبندی پنج رتبه‌ای به صورت زیر ارزیابی شود که نشانگر درجه احساس مخاطب در مورد پیام است. بیشترین نمره، نشانگر نزدیک‌بودن پیام به فکر و واکنش مخاطب است.

خیلی طولانی	۵	۴	۳	۲	۱	خیلی خلاصه
مشوق	۵	۴	۳	۲	۱	دل‌سرد کننده
هشداردهنده	۵	۴	۳	۲	۱	آرام بخش
اجرای بد	۵	۴	۳	۲	۱	اجرای خوب

آیا موردی وجود دارد که برای مردمی که می‌شناسید، ناخوشایند باشد یا باعث اعتراض آنها بشود؟

سؤال‌های آزمایش مقدماتی (۶ بخش)

درک عقاید اصلی حاکم بر پیام

خوشایندی و ناخوشایندی پیام

باورکردنی بودن پیام

بررسی تطابق محتوا با علائق شخصی

احساس مخاطب نسبت به مجری برنامه

سایر واکنشهای گروه مخاطب

۷-۲- تدوین طرح انتشار (Development of a Diffusion Plan)

این طرح که شامل موضوعات عمده پیام، شکل برنامه، انواع کانالهای ارتباطی و زمان‌بندی آن می‌باشد چگونگی اجرای برنامه تبلیغاتی را نشان می‌دهد. اصل طرح انتشار، حاوی خلاصه‌ای از دستاوردهای (Output) رسانه‌ای و سایر فعالیت‌های ارتباطی باتوجه به زمان‌بندی و جذابیتشان است. در این راستا، دانستن عادات مخاطب رسانه و شبکه بین فردی آنها نیز حائز اهمیت است.

این طرح باید کارکنان، بودجه و منابع در دسترس را در نظر بگیرد. مثلاً در ساعات پربیننده، پخش محتوا خیلی گران تمام می‌شود، لذا کارشناسان ارتباطی ممکن است کانالهای ارزانتر را انتخاب کنند. زمان محدود و نامطلوب را می‌توان با کیفیت بالای برنامه، جبران کرد.

در طرح انتشار، باید زمان مناسب و کافی در نظر گرفته شود تا قبل از آماده‌شدن عملیات رسانه‌ای، از آماده‌بودن به موقع محتوا و شبکه‌های بین فردی مطمئن شد. مرحله آمادگی شامل آموزش معلمان و رهبران اجتماعی یا تأسیس خطوط بحران (Hotline) می‌باشد. وقتی شبکه بین فردی ارتقاء یافت و عدد زیادی در برنامه درگیر شدند، احتمال مواجهه با پیشنهادها برای ارائه کمک افزایش می‌یابد که باید شیوه‌های پاسخگویی به آنها پیش‌بینی شده باشد. در غیر این صورت، امکان سرخوردگی و ناامیدی افکار عمومی و در نتیجه بی‌اعتماد شدن مردم وجود دارد. به علاوه در طرح انتشار باید راههایی برای دریافت بازخورد، اندازه‌گیری واکنش‌های مخاطب و پایش برنامه‌های ارتباطی پیش‌بینی شده باشد. سازوکار بازخورد می‌تواند شامل گوش‌دادن به صحبت‌ها یا پاسخگویی به سؤالات، اطلاعات جمع‌آوری شده از مکاتبات و مذاکرات با مدیران و افراد سیاسی حمایت‌کننده باشد.

جدول صفحه بعد یک طرح انتشار را نشان می‌دهد.

نمونه یک انتشار

اوت	ژوئیه	ژوئن	مه	آوریل	مارس	فوریه	ژانویه	مرحله اول (ژانویه تا آوریل) «خطرات سوء مصرف مواد»
								رادیو قسمت اول: شعر ساده
								قسمت دوم: ارتباط با والد/ کودک
								قسمت سوم: وقتی که بزرگ شدم
								قسمت چهارم: زندگی، آری

								تلویزیون قسمت اول: شعر ساده
								قسمت دوم: ارتباط با والد/ کودک
								نوشتار پوستر ۱: تقویم
								موضوعات روزنامه
								پوستر ۲: «جوانی خوش»
								پمفلت برای والدین
								بین فردی به کارگیری مشاوران گروه همتا
								آموزش مشاوران گروه همتا
								مرحله دوم (مه تا آگوست ۱۹۹۰) «راه حل، مصرف مواد نیست»
								رادیو قسمت پنجم: «زندگی بله! ماده!»
								قسمت ششم: «تصویر از خود و مواد»
								قسمت هفتم: «فشار گروه همتا»
								قسمت هشتم: «کجا برویم برای کمک؟»
								تلویزیون: قسمت سوم: «زندگی بله! ماده!»
								قسمت چهارم: «فشار گروه همتا»
								نوشتار: پوستر ۳: «مسئله مواد»
								پوستر ۴: «کمک در دسترس»
								کارتهای مراجعه
								کتابهای کمدی
								بین فردی گروه همتا در حال پیشرفت

تغییراتی در برنامه داده شود. مثلاً در صورت واکنش منفی مردم به یک شعار، اصلاحات لازم اعمال شود. نکته کلیدی در ساخت برنامه، درگیرکردن بنگاه‌های منطقه‌ای، تا حد امکان، در طراحی و اجرا است. عملاً مشارکت وسیع مردم، بنگاه‌های خصوصی و رهبران اجتماعی، باعث تقویت برنامه می‌شود. برای گسترش فعالیتها، حمایت مراجع قانونی، مثل رهبران سیاسی - عقیدتی باید تضمین گردد.

۷-۳- فرآیند پخش (Dissemination Process)

وقتی طرح انتشار آماده شد، فرآیند پخش شروع می‌شود که شامل هماهنگی رادیو - تلویزیون، توزیع کتابچه، پوستر و مانند آن و نیز حمایت شبکه‌های بین فردی و کانالهای سنتی است. جزئیات مربوط به موقعیت کنونی برنامه، شامل تاریخ انتشار، حجم محتوای قابل توزیع و سایر فعالیتها، نیاز به توجه بیشتری دارد تا راه برای دستیابی به اهداف طراحی شده یا شناسایی مشکلات اجرایی، هموار شود. گاهی پایش‌های رادیو تلویزیونی، برای کنترل موفقیت اجرایی برنامه لازم است.

۷-۴- پایش اجرای برنامه (Program Monitoring)

سیستم پایش برنامه اجرایی شامل مراحل زیر است:

- کیفیت محتوای برنامه
- مطابقت اجرای برنامه با جدول زمانبندی
- وضعیت اجرای برنامه‌های آموزشی و یا مداخلات ارتباطی بین فردی
- واکنش مخاطبان در برابر عملیات تبلیغاتی و محتوا، که از طریق مصاحبه با مخاطبان یا تشکیل گروههای متمرکز انجام می‌گیرد.
- کیفیت مدیریت داخلی و بودجه

اگر عملیات وسیع باشد، مصلحت آن است که جداول پایش با هدف جمع‌آوری و ثبت اطلاعات، در فواصل زمانی ثابت، تنظیم و بازخوردها در سطح منطقه‌ای و ملی، جهت اعمال تغییرات لازم در برنامه لحاظ گردد. مثالهایی از اصلاحات که متعاقب پایش برنامه اعمال شده است، از این قرارند:

- تغییر پیام در پاسخ به واکنشهای مخاطب و یا وقایع جاری
- تغییر گستره توزیع برنامه‌ها
- تغییر چارچوب زمانی عملیات
- نصب پوسترها در مکانهای پربیننده‌تر
- تنظیم شیوه‌های همکاری یا بودجه‌های اختصاصی

اصلاحات در میان راه باید مد نظر قرار گیرد و به هیچ وجه نباید نشانه ضعف برنامه تلقی شود.

سیستم پایش باید یکپارچه و با یک طرح ارزیابی کلی، در نظر گرفته شود.

نظارت و پایش اجرای برنامه

کنترل منظم محتوا در مراحل توزیع

سنجش اجرای برنامه طبق جدول زمان بندی

کنترل برنامه آموزشی و اندازه گیری اثربخشی آن

انجام تحقیقاتی مثل Survey، گروه های متمرکز، مصاحبه توفقی

نظارت بر مدیریت مالی برای تطابق پیشرفت کار با بودجه

بازنگری جداول پایش (conductor)، برای ثبت اطلاعات در فواصل زمانی معین

ارتقای جداول پایش مطابق با بازخوردهای ملی و منطقه ای

۸ - ارزشیابی

ارزشیابی سازوکاری است که نشان می‌دهد، برنامه طراحی شده تا چه حد و به چه صورت اجرا شده است و چه دستاوردهایی داشته است و با شناسایی قابلیت‌ها و موانع موجود، فرصت اصلاح و ارتقای برنامه را مهیا می‌سازد.

ارزشیابی آخرین گام فرآیند تلقی می‌شود، اما ضرورتاً به این معنا نیست که ارزشیابی به آخر کار موقوف شود. بعکس، ارزشیابی را باید فرآیندی مداوم و پیوسته دانست که شناسایی دستاوردهای سریع برنامه و اجرای فعالیتها را میسر می‌سازد. در واقع ارزشیابی نقش چکاپ یا بازبینی برنامه را دارد و ابزار تصمیم‌گیری و مدیریت و هدایت مؤثر برنامه و منابع است و نهایتاً به سلامت و ارتقای طرح کمک می‌کند.

ارزشیابی مجموعه‌ای از اقدامات نظام‌مند و ساختار یافته است که برای نشان‌دادن موفقیت یا شکست برنامه و تعیین دستاوردها و موانع به کار می‌رود و در راستای اصلاح، تقویت و ادامه برنامه، متمرکز واقع می‌گردد. این فرآیند شامل ثبت، جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات و تبادل نظر با کارکنان اجرایی و تصمیم‌گیران می‌باشد و در نهایت منجر به قطع یا وسعت یا اصلاح برنامه می‌شود. با استناد به نتایج ارزشیابی می‌توان تقاضای منابع انسانی و مالی کرد. با مقایسه اطلاعات قبل از برنامه (baseline study)، اطلاعات میانی برنامه و اطلاعات نهایی، می‌توان درجات پیشرفت را تعیین کرد. ارزشیابی امکانات زیر را مهیا می‌سازد:

- تعیین طیف اثر و جمعیت تحت پوشش برنامه
- تعیین دستاوردها و محدودیتهای برنامه
- تغییر و تعدیل برنامه برای جلوگیری از شکست یا کاهش اثر برنامه
- ارتقای سطوح ارتباطی و جذابیت و خدمات‌رسانی برنامه

۱-۸ - طرح ارزیابی

باتوجه به اهداف اختصاصی و دستاوردهای کنونی، نظام تأمین اطلاعات و فرآیند ثبت، امکان تصمیم‌گیری را فراهم می‌سازد. در این راستا، ۳ عامل کلیدی حائز اهمیت است:

۱- جمع‌آوری نظام‌دار، غیرتصادفی و طبقه‌بندی شده اطلاعات

۲- توانایی معیارگذاری کمی یک فعالیت

۳- تمهیدات پیشبرد برنامه در جهت حداکثر موفقیت

عملاً در تدوین یک طرح ارزشیابی، مجموعه اهداف ارزشیابی، سؤالاتی که پاسخ داده خواهد شد. اطلاعاتی که برای پاسخ به سؤالات جمع‌آوری می‌شود و زمان شروع و پایان جمع‌آوری اطلاعات به صورت مکتوب ارائه می‌شود. طرح ارزشیابی نقش راهنمای کلیه مراحل فرآیند کار را دارد، چرا که مشخصاً تعیین می‌کند هر جزء از کار چگونه به شکل مناسبی قابل اجرا است.

بهتر است طرح ارزشیابی، توسط افراد متخصص و واجد صلاحیت، بازنگری شود.

معمولاً در یک طرح ارزشیابی، قسمتهای عمده و اصلی عبارت‌اند از:

۱- توصیف اهداف اختصاصی اجرای برنامه

۲- توصیف دستاوردهای اهداف اختصاصی برنامه و معیارهای اندازه‌گیری آنها

۳- توصیف چهارچوب ارزشیابی برای مشخص کردن آنچه می‌خواهیم ارزیابی کنیم، نوع سؤالات و زمان‌بندی آن.

۴- توصیف روشهای مدیریت و پایش ارزشیابی

۲-۸ - بخشهای مختلف ارزشیابی

ارزشیابی چند بخش دارد. که در اینجا به ۴ بخش مهم‌تر و مؤثرتر آن اشاره می‌شود:

۱- ارزشیابی شکلی یا تکوینی (Formative Evaluation)

۲- ارزشیابی فرآیند (Process Evaluation)

۳- ارزشیابی دستاورد (Outcome Evaluation)

۴- ارزشیابی نهایی (Impact Evaluation)

انواع ارزشیابی

۱- ارزشیابی شکلی (تکوینی)

۲- ارزشیابی فرآیند (پایش)

۳- ارزشیابی دستاورد: سنجش اثر زود هنگام

۴- ارزشیابی نهایی: سنجش اثر دیر هنگام

- هیچ‌یک از این روشها به تنهایی نمی‌تواند به سؤالات طرح ارزشیابی پاسخ دهند و از

ارزشیابی شکلی یا تکوینی (Formative Evaluation)

این روش در اولین مرحله، در به دست آوردن درکی از گروه مخاطب و ارتقای طرح مداخله مبتنی بر رسانه، اهمیت اساسی دارد. مثلاً قبل از اجرای برنامه تبلیغاتی و یا حین انجام آن، نقاط قوت و ضعف روش مورد نظر در تبلیغات را تعیین می‌کند تا در صورت نیاز جهت تغییر محتوای پیام و یا چگونگی انتخاب گروه مخاطب اقدام شود. این نوع ارزشیابی از راههای مختلف مانند بحث در گروههای متمرکز (Focus group discussion)، مصاحبه توفقی (Intercept interview) و مصاحبه عمیق (Indepth Interview) عملی می‌گردد.

ارزشیابی فرآیند (Process Evaluation)

به این روش، ارزشیابی پایش هم می‌گویند. پایش، فعالیتهای حین اجرای برنامه را می‌سنجد و به سؤال «کار چطور و به چه میزان انجام می‌شود؟» جواب می‌دهد. این نوع

ارزشیابی به تحلیل برنامه در حال جریان و مقایسه با آنچه طراحی شده است، می‌پردازد و کمک می‌کند مشکلات و موانع دستیابی به اهداف در مراحل اولیه، شناسایی شود. همچنین، عوامل کمک‌کننده و محافظت‌کننده طرح را شناسایی و در ارتقای آنها کمک می‌کند. برای ایجاد نظام پایش مناسب، باید برای اعضای تیم، دوره آموزشی در نظر گرفته شود.

سازوکارهای اجرای ارزشیابی فرآیند با استفاده از روش‌های کیفی زیر مهیا می‌گردد:

- تشکیل جلسه با گروه همکاران و مخاطبان و تبادل نظر در مورد امکانات برنامه
- مشاهده فعالیت‌ها و بازدیدهای نظارتی در مورد نحوه توزیع محتوا، میزان دسترسی و استفاده از رسانه‌ها
- نظرخواهی و پایش برنامه‌ها در مورد دفعات و زمان پخش آنها
- گزارش منظم به صورت جدول زمانبندی و هزینه
- گروه‌های متمرکز
- مصاحبه توفقی
- مصاحبه عمیق فردی

تحقیقات کیفی، اطلاعات آماری حاصل از مطالعات کمی را تعیین نمی‌کند؛ اما به محقق کمک می‌کند تا موضوعات را مطابق اولویت‌بندی در سطح عمیق‌تری بررسی کند. به زبانی دیگر، این فرآیند اطلاعاتی است که پیشرفت یا عدم پیشرفت برنامه، میزان فعالیت‌های انجام شده و کیفیت آنها و نیز گروه هدف را تعیین می‌نماید. در روش‌های کیفی، کلمه «چرا» به سوال کمی افزوده می‌شود. چنانچه برنامه، آن‌گونه که طراحی شده اجرا نشود، منطقاً نمی‌تواند دستاوردهای مطلوب داشته باشد.

ارزشیابی دستاورد (Outcome evaluation)

این روش به سنجش اثرات کوتاه‌مدت می‌پردازد و در واقع تغییرات آنی و کوتاه‌مدت بعد از مداخله را می‌سنجد. این تغییرات ممکن است شامل افزایش اطلاعات یا اصلاح رفتار باشد. همچنین ممکن است ظهور آثار طولانی مدتی مثل تغییرات وضعیت سلامت مردم یا مصرف سرانه مواد را نشان دهد. برای دستیابی به اهداف برنامه، سنجش میزان موفقیت در میانه و انتهای کار به سه دلیل اهمیت دارد:

- در صورتی که از اثربخشی و نتایج نهایی اطلاعاتی حاصل نشود، حداقل اطلاعاتی از نتایج آنی بدست می‌آید.

- اگر برنامه به هدف کوتاه‌مدت خود نرسیده باشد، قاعدتاً نمی‌توان انتظار داشت که اهداف بلندمدت تأمین شود.

- قبل از ارزیابی بلندمدت، روند کنونی و جاری می‌تواند اصلاح یا تقویت شود.

- جهت انجام ارزشیابی دستاورد، جمع‌آوری اطلاعات اولیه حائز اهمیت است. همچنین توصیه می‌شود نتایج در گروه مخاطب و کنترل نیز مقایسه شود.

اندازه‌گیری هزینه - کارایی (Cost effectiveness) برای آن است که مدیران، تصمیم‌گیران و سازمانهای خیریه برای جذب و تخصیص اعتبارات و منابع توجیه شوند. اطلاعات هزینه - کارایی معمولاً به صورت محاسبه پول خرج شده نسبت به نتیجه بدست آمده، گزارش می‌شود. البته در برنامه‌های ارتباطی - رسانه‌ای، پیدا کردن معیار مناسب آسان نیست و عملی‌ترین اندازه‌گیری مربوط به تعداد افرادی است که برنامه را دریافت کرده‌اند.

ارزشیابی دستاورد

سنجش تغییرات ایجاد شده در مخاطب

جمع‌آوری اطلاعات پایه

مقایسه نتایج در گروه مخاطب و کنترل (قبل و بعد از اجرای برنامه)

دشواری تفکیک اثر رسانه از سایر برنامه‌ها و عوامل مداخله‌گر

نیاز به تحقیق‌های پیچیده و گران

اندازه‌گیری (هزینه - کارایی) و برگزیدن راههای باصرفه‌تر

ارزشیابی نهایی (Impact Evaluation)

این بخش از ارزشیابی نشان می‌دهد که آیا برنامه اثر مورد نظر اهداف درازمدت را داشته است یا نه؟

چند مثال از اهداف درازمدت عبارت‌اند از: کاهش مطلق یا نسبی مصرف مواد توسط دانش‌آموزان و یا افزایش مشارکت جوانان در فعالیتهای پیشگیرانه مبتنی بر جامعه (Community based) یا مبتنی بر گروه هم‌تا (peer group). از آنجا که در سوءمصرف مواد، مجموعه پیچیده‌ای از عوامل فردی - خانوادگی - اجتماعی و فرهنگی دخالت دارد، پیدا کردن معیاری که به طور اخص میزان تأثیر رسانه‌ها را در تغییرات رفتاری ارزیابی کند، مشکل است.

برای اجرای یک برنامه موفق، ارزشیابی در هر مرحله لازم است. تنها در این صورت است که فعالیتهای اثربخش به درستی انتخاب، اشتباهات در مراحل اولیه تصحیح، اهداف غیرواقع‌بینانه حذف و دستیابی به هدف امکان‌پذیر می‌شود.

محدودیت منابع، معمولاً به گونه‌ای است که برنامه‌های ارتباطی پیشگیری از سوءمصرف مواد، به‌طور ایده‌آل طراحی و اجرا نمی‌شود. روشی بهتر است که با حداقل امکانات مالی عملی گردد. از ابتدای برنامه، با به‌کارگیری تفکری خلاق، با هر میزان بودجه، می‌توان تمامی عناصر ارزیابی برنامه را در نظر گرفت. روشن است که هزینه انجام ندادن ارزشیابی، به مراتب بیشتر خواهد بود. خلاصه موارد فوق به شرح زیر است:

ارزشیابی شکلی (Formative Evaluation): اطلاعاتی در مورد نقاط قوت و ضعف

ارزشیابی فرآیند (Process Evaluation): برای تشخیص میزان کیفیت و چگونگی اجرای

ارزشیابی دستاورد (Outcome Evaluation): برحسب اهداف تعیین شده و قابل

ارزشیابی نهایی (Impact Evaluation): اطلاعاتی از آنچه که در درازمدت انجام گرفته

۲-۸ - انتخاب و تدوین طرح ارزشیابی

در ارزشیابی برنامه‌های پیشگیری از سوءمصرف مواد، پیشرفت در اجرای برنامه‌ها مد نظر می‌باشد. این پیشرفت و ارتقا باید به گونه‌ای باشد که سرمایه‌گذاری منطقی منابع، مقبولیت در نظر مردم و نیز ارتقاء دانش، باورها و رفتارهای ضدمصرف مواد را در بین مخاطبان دربرداشته باشد.

باید متذکر شد که طرحهای رایج در ارزشیابی برنامه‌های آموزشی و ارتباطی می‌توانند به صورت زیر طبقه‌بندی شوند:

- تجربی (Experimental)

در این روش متغیرهای آماری مختلف در دو گروه که به میزان متفاوتی تحت تأثیر برنامه رسانه‌ای قرار گرفته و تا حد امکان به هم شبیه هستند، قبل و بعد از مرحله اندازه‌گیری، مقایسه و بررسی می‌شود.

- نیمه تجربی (Quasi-Experimental)

در این روش در گروه کنترل و گروه‌های مقایسه ناهمگون، متغیرها به کرات، قبل و بعد از مداخله رسانه‌ای، اندازه‌گیری می‌شود.

- غیرتجربی (Nonexperimental)

انجام این روش براساس گروه کنترل و گروه مقایسه نیست بلکه تأکید بر ارتباط آماری یا همبستگی بین متغیرهای مرتبط پس از مداخله رسانه‌ای، دارد.

۳-۸ - تعیین معیارها

مفیدترین روشی پژوهشی در زمینه ارزیابی عملیات رسانه‌ای مرتبط با ارتباط سلامت را آکادمی ملی علوم ایالات متحده، در سال ۱۹۹۸ ارائه نموده است. در این زمینه کوپل (Coyle) و همکاران وی ۴ نوع پژوهش طراحی کرده‌اند:

الف - معیارهای ارزیابی شکلی (formative measures)

ب - معیارهای ارزیابی فرآیند (Process measures)

ج - معیارهای ارزیابی کارایی (efficacy measures)

د - معیارهای ارزیابی دستاورد (Outcome measures)

الف - معیارهای ارزیابی شکلی

از این معیارها برای بهبود و ارتقای محتویات و عملیات رسانه‌ای استفاده می‌شود که می‌تواند شامل پژوهشهای کمی مانند نظرسنجی، بررسی متون و منابع و تحلیل‌های

اپیدمیولوژیک باشد. با وجود این ارزشمندترین پژوهش‌های شکلی، با استفاده از روشهای کیفی نظیر استفاده از گروه متمرکز (Focus group) صورت می‌گیرد که نه تنها جزئیات مفصل درباره گروه هدف را فراهم می‌آورد، بلکه در شناسایی، شکل‌دهی و سنجش اثرنهایی (Impact) بالقوه هر پیام مفید می‌باشد.

در این مرحله، برای اندازه‌گیری از یک عملیات رسانه‌ای، چهار فرآیند زیر توصیه می‌شود:

تولید ایده (Idea Generation)

هنگامی که یک مشکل بهداشتی شناسایی و عوامل آن (از طریق مشاهده اپیدمیولوژیک) تعیین شد، طراحی پیامی که قدرت انگیزشی داشته باشد، شروع می‌شود. آگاهی از اندیشه، احساس و عمل مخاطبان در مورد پیام، برای تحریک انگیزش آنها برای حرکت به سوی برنامه‌ای قابل قبول، ضروری می‌باشد.

آزمون مفاهیم (Concept testing)

آزمون مفاهیم، فرآیندی مداوم است که می‌کوشد میزان موضوعیت و ربط و قدرت پیام را در مخاطبان بالقوه اندازه‌گیری کند. بسیاری از پیام‌های بهداشتی خارج از بستر زندگی افراد گیرنده پیام طراحی شده‌اند. آزمون پیام که معمولاً در محیطی انعطاف‌پذیر نظیر گروه متمرکز (F.G) صورت می‌گیرد، می‌تواند به بازنگری یا تعدیل پیام به گونه‌ای که جذابیت بیشتری برای مخاطبان داشته باشد، منجر شود. از گروه متمرکز (F.G) به عنوان شیوه‌ای سودمند در آزمون مفاهیم استفاده می‌شود؛ زیرا دامنه وسیعی از آراء و عقاید را دربرمی‌گیرد، بدون اینکه سازوکارهای تدافعی که در مصاحبه‌های فردی رخ می‌دهد، ایجاد شود. با این حال، در مواردی فرآیندهای گروهی می‌تواند سدی در مقابل درک درست موضوع ایجاد کند؛ به ویژه هنگامی که یکی از اعضای گروه به دلیل ارائه تصویر بهتری از خود در برابر گروه بر یک موضوع نادرست اصرار و این حالت به سایرین نیز سرایت کند. در چنین مواردی مصاحبه‌های فردی می‌تواند مفیدتر باشد. پژوهشهای کیفی نظیر گروه‌های متمرکز به منظور معلوم نمودن میزان پذیرش مخاطبان از مفهوم نهایی صورت می‌گیرد. ضمناً می‌توان مفاهیم متفاوت را در گروه‌های متفاوت (ولی همگون از لحاظ اپیدمیولوژیک) به آزمون نهاد و سپس واکنش دو گروه را با هم مقایسه کرد. در این مرحله، گروه متمرکز (F.G) می‌تواند مطالبی در مورد ساختار

روان‌شناختی مخاطبان گروه هدف، به‌دست آورد. اعتبار این یافته‌ها را می‌توان در مراحل بعدی با ارزیابی‌های کمی بیشتر، مورد ارزیابی قرار داد.

آنچه در نسخه آزمایشی باید اندازه گرفته شود:

- ۱- پیام در چه دامنه‌ای افکار را تولید و یا احساسات را تحریک کرده است؟
- ۲- پیام به چه میزان به درستی درک شده است؟
- ۳- پیام به چه میزان باورکردنی تلقی شده است؟
- ۴- پیام چقدر برای مخاطب، مهم، مفید و مرتبط تلقی شده است؟
- ۵- پیام چقدر موجب انگیزش عمل (رفتار) مورد نظر شده است؟
- ۶- پیام به چه میزان موجب شده است مخاطب، رفتار توصیه شده را مؤثر بداند و خود را در انجام دادن آن، توانا تلقی کند؟
- ۷- ارائه‌کننده محتویات پیام، چقدر برای مخاطبان اعتبار دارد؟

ب - معیارهای ارزیابی فرآیند

ارزیابی فرآیند در مورد محتوای عملیات رسانه‌ای، هم در طول برنامه و هم در مراحل پایانی آن، صورت می‌گیرد.

سؤالاتی که این سنجش‌ها باید به آن پاسخ دهند عبارت‌اند از:
آیا عملیات رسانه‌ای همان‌طور که طراحی شده، اجرا شده است؟
عملیات، مورد توجه کدام گروه مخاطبان قرار گرفته است؟
ارزیابی فرآیند می‌تواند به صورت مصاحبه‌های شخصی و نیز ثبت تقاضای مخاطبان و به منظور دریافت محتویات و اطلاعات باشد.

روش دیگری که شاید کمی گران‌تر باشد، اما احتمالاً روش مؤثری برای ارزیابی فرآیند است، پیمایش‌های نمونه‌ای (Sample Surveys) از آگاه‌سازی رسانه‌ای می‌باشد.

مثلاً با تحقیق تلفنی، که ارزانتر نیز هست، می‌توان فهمید که آیا مخاطب پیام را مشاهده و درک کرده است یا خیر.

یک روش دیگر، مراجعه به فروشگاه‌های بزرگ و پرسش از جمعیت حاضر، در مورد پیام یا نشان دادن عکس‌های پیام به مراجعان یا دادن جمله‌های ناقص و کامل کردن آنها توسط مراجعان می‌باشد که به آن تحقیقات توقفی (Intercept Survey) نیز می‌گویند.

ج - معیارهای ارزیابی کارایی

با این معیارها، محتویات رسانه‌ای، بعد از اجرا و پخش در وسعت کم، سنجیده می‌شود و قبل از نهایی شدن و ارائه به رسانه جهت پخش، مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. این ارزیابی معمولاً در مورد تعدادی از افراد جمعیت هدف که دارای ساختار روان‌شناختی و اجتماعی مشابه مخاطبان نهایی است، اجرا و بدین ترتیب امکان ارزیابی قبل از عرضه کالا میسر می‌شود. در واقع منظور این است که بدانیم آیا این عملیات رسانه‌ای در صورتی که به درستی اجرا شود در جهان واقعی هم (و نه شرایط شبه آزمایشگاهی) جواب می‌دهد؟ این کار معمولاً با نمونه‌گیری تصادفی و استفاده از گروه کنترل انجام می‌شود. در دنیای تجارت، این کار را در حوزه‌های جغرافیایی محدود انجام می‌دهند تا از هزینه‌کردن منابع مالی بیشتر جلوگیری کنند. در صورتی که پاسخ مثبت باشد، عملیات رسانه‌ای در مناطق بزرگتر و در سطح ملی اجرا می‌شود.

د - معیارهای ارزیابی دستاورد

آیا برنامه پاسخ داده است (اثر داشته است)؟

هدف از این امر، اندازه‌گیری میزان تغییر باورها، نگرش‌ها و حتی برخی رفتارهاست. اما سنجیدن دستاورد نهایی (Impact)، مثلاً از نظر مرگ و میر یا بیماری‌زایی، ممکن است ۱۰ تا ۲۰ سال زمان احتیاج داشته باشد. به هر حال با این اندازه‌گیری، میزان دستیابی برنامه به اثر دلخواه خود، مشخص می‌شود.

برخی از روشهای اندازه‌گیری دستاورد عبارت‌اند از:

پیمایش نمونه‌ای

نمونه‌گیری به منظور دستیابی به تخمینی از دانش و نگرش‌ها و معمولاً از طریق رفتارها، به شکل گزارش فردی، صورت می‌گیرد. ارزیابی قبل و بعد از مداخله نیز، در این مرحله انجام می‌شود. مهمترین معایب این روش، عبارت است از هزینه، زمان و منابع زیادی که مصرف می‌شوند و نیز مشکلاتی که در روشهای نمونه‌گیری پیش می‌آید (مثلاً جایگزین سازی نمونه‌ها).

ارزیابی میزان فروش یک محصول

این ارزیابی، در واقع به طور غیرمستقیم اثر یک دستاورد را تعیین می‌کند. مثلاً در برنامه رسانه‌ای که به مخاطبان یادآوری می‌کند که مصرف سیگار مضر است و می‌توان برای کاهش مصرف از چوب سیگار فیلتردار استفاده نمود، یک راه اندازه‌گیری دستاورد، سنجش میزان فروش سیگار و چوب سیگار در آن منطقه است. افزایش معنادار فروش محصولات تبلیغ شده (چوب سیگار) و کاهش معنادار در خرید سیگار، می‌تواند دال بر تأثیر معنادار برنامه باشد.

بررسی میزان به‌کارگیری خدمات

با استفاده از این روش و با توجه به تعداد تماس‌های تلفنی با خطوط ویژه (Hotline)، حجم تقاضا برای جزوه‌ها و یا تعداد متقاضیان شرکت در کلاسهای ویژه، می‌توان به میزان توجه مخاطب به پیام مورد نظر دست یافت.

گروههای ارزیابی

یک راه حل دیگر، استفاده از گروههای کوچک ۶ تا ۱۰ نفره از گروه هدف و پرسش از آنها در مورد تغییر نگرش و رفتار است. در صورتی که استفاده از روشهای دیگر به دلایل مالی امکانپذیر نباشد، از این راه‌حل استفاده می‌شود. به هر حال نتایج به‌دست آمده از چنین گروهی باید با احتیاط تفسیر شود: زیرا معمولاً این افراد همان افرادی هستند که از ابتدای برنامه‌ریزی یک عملیات رسانه‌ای به صورت گروه متمرکز (F.G) مورد استفاده قرار گرفته‌اند و بنابراین ممکن است تورش یا سوگیری ایجاد شود.

بخش چهارم

آموزش مهارت‌های زندگی و پیشگیری از سوء مصرف مواد برای مخاطبین خاص

آموزش مهارت‌های زندگی

۱- مقدمه

امروزه علی‌رغم ایجاد تغییرات عمیق فرهنگی و تغییر در شیوه‌های زندگی، بسیاری از افراد در رویارویی با مسایل زندگی فاقد توانائی‌های لازم و اساسی هستند و همین امر آنان را در مواجهه با مسایل و مشکلات زندگی روزمره و مقتضیات آن آسیب‌پذیر نموده است. پژوهش‌های بی‌شماری نشان داده‌اند که بسیاری از مشکلات و اختلالات روانی عاطفی ریشه‌های روانی اجتماعی دارند. برای مثال در زمینه سوء مصرف مواد، مشخص شده است که چهار عامل عزت‌نفس پایین، ناتوانی در بیان احساسات، فقدان مهارت‌های ارتباطی و تأثیرپذیری اجتماعی با این مشکل ارتباط دارند. بنابراین، انسانها برای مقابله سازگارانه با استرس‌ها، موقعیت‌های مختلف و تعارض‌های زندگی به کارکردهایی نیاز دارند که آنان را در کسب این توانایی تجهیز نماید. این کارکردها بسیار زیربنایی بوده و در فرآیند تحول شکل می‌گیرند، کارکردهایی نظیر شناخت‌ها، عواطف و رفتارها که در قالب ساختارهایی مانند عزت‌نفس، خودکارآمدی، حل مسأله، مقابله و مهارت‌های اجتماعی تجلی می‌یابند.

باتوجه به این امر، سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۳ به منظور ارتقاء سطح بهداشت روانی و پیشگیری از آسیب‌های روانی اجتماعی، برنامه‌ای را با عنوان «آموزش مهارت‌های زندگی» تدارک دید. از آن زمان به بعد این برنامه در کشورهای زیادی اجرا و مورد بررسی قرار گرفته و به نظر می‌رسد که یک برنامه جامع بین فرهنگی باشد که اساساً بر رشد فلسفه‌ای نوین در افراد تأکید داشته و آنان را تشویق می‌کند تا مسئولیت اعمالشان را برعهده بگیرند. فرایند آموزش این برنامه به گونه‌ای است که آموزش گیرنده فعالانه با موضوع این مهارتها درگیر می‌شود. آموزش از کسب دانش شروع شده و تا تبدیل آن به یک نگرش و ظهور آن به صورت رفتار ادامه می‌یابد.

۲- مهارت‌های زندگی

«مهارت‌های زندگی، توانایی‌های روانی اجتماعی برای رفتار انطباقی و مؤثر هستند که افراد را قادر می‌سازد تا به طور مؤثری با مقتضیات و چالش‌های زندگی روزمره مقابله کنند. آموزش این مهارت‌ها موجب ارتقاء رشد شخصی و اجتماعی، محافظت از حقوق انسانها و پیشگیری از مشکلات روانی اجتماعی می‌شود» (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۷).

مهارت‌های زندگی شامل ده مهارت اصلی و اساسی هستند که غالباً به صورت جفت‌جفت طبقه‌بندی می‌شوند، زیرا بین هر جفت ارتباط طبیعی وجود داشته و در حقیقت به منزله دو روی سکه هستند. این مهارت‌ها عبارتند از:

خودآگاهی / همدلی
ارتباط / روابط بین فردی
تصمیم‌گیری / حل مسأله
تفکر خلاق / تفکر انتقادی
مقابله با هیجان‌ات / مقابله با استرس

هر یک از مهارت‌ها خود دارای اجزاء یا مؤلفه‌های مختلفی است که در زیر بطور مختصر به آنها اشاره شده است:

خودآگاهی	همدلی
- آگاهی از نقاط قوت	- علاقه داشتن به دیگران
- آگاهی از نقاط ضعف	- تحمل افراد مختلف
- تصویر - خودواقع‌بینانه	- رفتار بین فردی همراه با پرخاشگری کمتر
- آگاهی از حقوق و مسئولیت‌ها	- دوست داشتنی‌تر شدن (دوست‌یابی)
- توضیح ارزشها	- احترام قائل شدن برای دیگران
- انگیزش برای شناخت	

مهارت‌های ارتباطی	مهارت‌های بین فردی
- ارتباط کلامی و غیرکلامی مؤثر	- همکاری و مشارکت

- اعتماد به گروه

- تشخیص مرزهای بین فردی مناسب

- دوست‌یابی

- شروع و خاتمه ارتباطات

- ابراز وجود

- مذاکره

- امتناع

- غلبه بر خجالت

- گوش دادن

مهارت‌های تصمیم‌گیری

- تصمیم‌گیری فعالانه بر مبنای آگاهی از

حقایق

- تصمیم‌گیری بر مبنای ارزیابی دقیق

موقعیت‌ها

- تعیین اهداف واقع بینانه

- برنامه‌ریزی و پذیرش مسئولیت اعمال

خود

- آمادگی برای تغییر دادن تصمیم‌ها برای

انطباق با موقعیت‌های جدید

مهارت‌های حل مسأله

- تشخیص مشکلات، علل و ارزیابی

دقیق

- درخواست کمک

- مصالحه (برای حل تعارض)

- آشنایی با مراکز حل مشکلات

- تشخیص راه‌حل‌های مشترک برای

جامعه

مهارت‌های تفکر انتقادی

- ادراک تأثیرات اجتماعی و فرهنگی بر-

ارزشها، نگرشها و رفتار

- آگاهی از نابرابری‌ها، پیشداوری‌ها و

بی‌عدالتی‌ها

- واقف شدن به این مسئله که دیگران

همیشه درست نمی‌گویند.

- آگاهی از نقش یک شهروند مسئول

مهارت‌های تفکر خلاق

- تفکر مثبت

یادگیری فعال (جستجوی اطلاعات

جدید)

- ابراز خود

- تشخیص حق انتخاب‌های دیگر

(برای تصمیم‌گیری)

- تشخیص راه‌حل‌های جدید برای

مشکلات

مهارت‌های مقابله با هیجانات	مهارت‌های مقابله با استرس
- شناخت هیجان‌های خود و دیگران	- مقابله با موقعیت‌هایی که قابل تغییر هستند
- ارتباط هیجان‌ها با احساسات،	- استراتژی‌های مقابله‌ای برای موقعیت‌های
تفکر و رفتار	دشوار (فقدان، طرد، انتقاد)
- مقابله با ناکامی، خشم، بی‌حوصلگی،	(مقابله با مشکلات، بدون توسل به
غمگینی، ترس و اضطراب	سوءمصرف مواد
- مقابله با هیجان‌های شدید دیگران	- آرام ماندن در شرایط فشار
	- تنظیم وقت

۳- تاریخچه

برنامه آموزش مهارت‌های زندگی توسط گیلبرت بوتوین در سال ۱۹۷۷، برای پیشگیری از سوءمصرف سیگار در نوجوانان طراحی شد و سپس برای پیشگیری از سوء مصرف الکل و مواد نیز مورد استفاده قرار گرفت. این برنامه شامل ۳ قسمت اصلی است: ۱- آموزش مهارت‌های شخصی شامل بهبود تصمیم‌گیری، تفکر انتقادی، مقاومت در برابر جاذبه تبلیغات، مقابله مؤثر با اضطراب اجتماعی و تکنیک‌های تغییر خود ۲- آموزش مهارت‌های اجتماعی شامل مهارت‌های ارتباط کلامی و غیرکلامی، شناخت علل سوءتفاهم‌ها و راه‌های اجتناب از آن، مهارت‌های اجتماعی عمومی، مهارت‌های اساسی مکالمه و گفتگو و مهارت ابراز وجود ۳- آموزش مهارت‌های مربوط به مشکل. این بخش شامل ارائه اطلاعاتی درباره نرخ شیوع فعلی سوءمصرف مواد، پیامدهای کوتاه‌مدت و بلندمدت سوءمصرف، هنجارها و مراحل مصرف از شروع آزمایشی تا تبدیل شدن به یک مصرف‌کننده دائمی و مهارت‌های مقاومت در برابر فشار دیگران و «نه» گفتن به پیشنهاد مصرف مواد می‌باشد.

بوتوین و همکاران از سال ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۵، ده مطالعه جداگانه را در دبیرستان‌های امریکا انجام دادند و نتایج نشان داد که اجرای این برنامه یک کاهش ۴۰ تا ۸۰ درصدی را در مصرف سیگار، مواد و الکل بوجود آورده بود. این برنامه علاوه بر پیشگیری از

سوء مصرف مواد، برای پیشگیری از خودکشی، خشونت، ایدز و در مطالعات درمانی نیز مورد استفاده قرار گرفته و نتایج موفقیت آمیزی به همراه داشته است.

۴- اهداف برنامه آموزش مهارت‌های زندگی

۴-۱- ارتقاء بهداشت روان و پیشگیری اولیه

اهداف اصلی برنامه آموزش مهارت‌های زندگی، ارتقاء بهداشت روانی و پیشگیری اولیه از آسیب‌های اجتماعی است. آموزش مهارت‌های زندگی بر عوامل زیربنایی مشترک در بسیاری از زمینه‌های ارتقاء بهداشت روانی و پیشگیری اولیه تأثیر می‌گذارد و همین توان و ویژگی است که موجب شده زیربنای هر رویکرد آموزشی به زندگی شود. البته، اگرچه دانش و کاربرد اختصاصی مهارت‌های زندگی در برنامه‌های ارتقاء بهداشت روانی و پیشگیری اولیه متفاوت است، ولی مهارت‌های زندگی، بصورت ژنریک در همه آنها نقش دارند. بنابراین، برنامه آموزش مهارت‌های زندگی، برنامه جامعی است که هم برای آموزش دامنه وسیعی از مهارت‌های شخصی و اجتماعی طراحی شده و هم پتانسیل بالایی برای پیشگیری از مشکلات و آسیب‌های مختلف اجتماعی دارد.

۴-۲- توانمند کردن افراد

آموزش مهارت‌های زندگی یک رویکرد کل نگر برای توانمند کردن افراد برای شناخت خود، دیگران و محیط می‌باشد. یادگیری مهارت‌ها، تنها نوع یادگیری نیست که اتفاق می‌افتد، افراد دانش و اطلاعات را نیز بدست می‌آورند و آموزش مهارت‌های زندگی، نگرشها و ارزشها را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. افراد علاوه بر اینکه یاد می‌گیرند مهارت‌های زندگی را در موقعیت‌های واقعی زندگی بکار ببرند، حقایقی را نیز درباره موقعیت‌های مختلف می‌آموزند.

۳-۴- تحقق توانایی‌های بالقوه و انطباق با تغییرات زندگی

این برنامه موجب می‌شود که دانش و نگرشها به توانایی‌های بالفعل تبدیل شوند و فرصت و زمینه انجام چنین کاری را نیز فراهم می‌آورد. از طرف دیگر، آموزش مهارتها، یک نقش طبیعی و مهم در انطباق افراد با شرایط متغیر زندگی مانند شهری شدن، رشد اقتصادی، تغییر ساختارهای خانوادگی و تکامل طبیعی فرهنگها دارد و به آنان کمک می‌کند تا با شیوه‌هایی که خانواده و جامعه آن را مثبت می‌دانند، با موقعیت‌های روزمره مواجه شوند.

۵- منطق تئوریک

برنامه آموزش مهارت‌های زندگی براساس مبنای تئوریک نظریه یادگیری اجتماعی و کارهای هاوکینز (Hawkins) و سولومن (Solomon) بنا شده است. در تئوری یادگیری اجتماعی، یادگیری فرایندی فعال و مبتنی بر تجربه فرض می‌شود که از طریق مشاهده رفتار دیگران و پیامدهای آن صورت می‌گیرد. اصل اساسی این تئوری آن است که رفتارهای اجتماعی از طریق تقویت آموخته و حفظ می‌شوند و در انجام یک رفتار هم داشتن مهارت آن رفتار و هم حس خودکارآمدی اهمیت دارد. سولومن نیز در امر یادگیری هم به متغیرهای خارجی و هم داخلی اشاره می‌کند و معتقد است که برای ایجاد رفتارهای اجتماعی مثبت، افراد باید عناصر خاصی از محیط مانند شرکت در فعالیت‌های گروهی، کمک‌کردن و دیدن مدل‌های مثبت را تجربه کنند. این شرایط خارجی به نوبت منتهی به رشد متغیرهای درونی مثل حل مسأله، توانایی درک دیگران و همدلی می‌شود. و در نهایت مدل رشد اجتماعی هاوکینز نیز مطرح می‌کند که برای ایجاد پیوندها و تعهدات قوی نسبت به دیگران و اجتناب از رفتارهای ضد اجتماعی، سه عامل فرصت‌هایی برای مشارکت فعال، حمایت‌هایی برای مشارکت موفقیت‌آمیز و پاداشهای ثابت برای مشارکت از اهمیت اساسی برخوردارند.

۶- نطق کاربرد برنامه آموزش مهارت‌های زندگی برای سوء

مصرف مواد

برنامه آموزش مهارت‌های زندگی مبتنی بر تئوری یادگیری اجتماعی است. در این تئوری سوء مصرف مواد یک رفتار آموخته شده اجتماعی هدفمند و کارکردی محسوب می‌شود که بوسیله آن فرد با استرس‌ها و مشکلات زندگی از طریق شرطی کلاسیک، شرطی عاملی (تقویت مثبت در منفی)، سرمشق‌گیری و تجارب فرهنگی، خانوادگی و گروهی مقابله می‌کند. این مکانیسم‌های روانی اجتماعی در ترکیب با عوامل بیولوژیک و ژنتیک یک فرد را مستعد به وابستگی به مواد می‌کنند.

در این تئوری فرض می‌شود که افرادی که مواد مصرف می‌کنند، یک سری نقائص در کارکردهای درون فردی و بین فردی دارند. نقائص درون فردی شامل نداشتن مهارت حل مسأله، تصمیم‌گیری و تفکر انتقادی و نقائص بین فردی شامل نداشتن مهارت‌های اجتماعی است. بنابراین هدف از آموزش مهارت‌های زندگی در این زمینه، آموزش و افزایش کارکردهای درون فردی و بین فردی افراد برای اداره و حل سازنده‌تر مشکلات زندگی بوده و در این راستا هم به آموزش مهارت‌های عمومی و هم مهارت‌های مختص به مشکل سوء مصرف مواد، می‌پردازد. آموزش مهارت‌های درون فردی شامل اداره و کنترل استرس و خشم و آرام‌سازی و مهارت‌های اختصاصی شامل کنترل افکار مربوط به مصرف مواد، تفکر انتقادی درباره مواد و مقابله با افکار غیرمنطقی، یعنی تصمیم‌گیری‌هایی است که نهایتاً منجر به عود می‌شود. مهارت‌های بین فردی شامل مهارت گوش‌دادن و ابراز وجود و مهارت اختصاصی شامل «نه» گفتن به پیشنهاد سوء مصرف مواد می‌باشد.

۷- روش آموزش مهارت‌های زندگی

همانطور که ذکر شد، برنامه آموزش مهارت‌های زندگی مبتنی بر تئوری یادگیری اجتماعی است که یادگیری را فرایندی فعال و مبتنی بر تجربه می‌داند. بنابراین شیوه

آموزش این برنامه نیز متفاوت از شیوه‌های آموزشی مرسوم بوده و بصورت فعال و مشارکتی است. در این روش فقط یک نفر متکلم وحده نیست، بلکه هم آموزش‌دهنده و هم آموزش‌گیرنده در فرایند پویای یادگیری شرکت دارند و به تمامی افراد فرصت تجربه‌کردن و فعالیت داده می‌شود. بنابراین، افراد این فرصت را پیدا می‌کنند تا آنچه را که یاد گرفته‌اند، در عمل تجربه نمایند و این امر باعث یادگیری می‌شود.

اساس یادگیری فعال و مبتنی بر تجربه، در تکنیک‌های آموزشی است که بکار گرفته می‌شود. مهمترین این شیوه‌ها، بارش فکری، ایفای نقش، فعالیت‌های گروهی، سؤال‌کردن و سرمشق‌گیری (Modeling) است که در زیر به آن اشاره می‌شود:

۷-۱- بارش فکری

این روش شیوه‌ای خلاق در ایجاد نظرات و عقاید مختلف در مورد یک موضوع خاص است. در این شیوه، مسئله یا موضوعی طرح می‌شود و از گروه خواسته می‌شود تا همه بتوانند آن را مشاهده کنند. بارش فکری فرصتی را فراهم می‌آورد تا نظرات و عقاید افراد بدون انتقاد پذیرفته شود و به افراد یاد می‌دهد که قبل از تصمیم‌گیری به جستجوی اطلاعات پردازند.

۷-۲- ایفای نقش

در این شیوه، براساس یک متن یا موقعیت، نمایشی اجرا می‌شود. ایفای نقش یکی از مهمترین شیوه‌های برنامه آموزش مهارت‌هاست، زیرا به افراد فرصت می‌دهد تا آموخته‌های خود را در موقعیت‌های مختلف تمرین کنند.

۷-۳- فعالیت در گروه‌های کوچک

همانطور که مطرح شد، استراتژی آموزش مهارت‌ها، یادگیری مشارکتی است. با استفاده از این روش، افراد در گروه‌ها به فعالیت‌های مشترک و گروهی می‌پردازند. با

این کار نه تنها یادگیری آنان افزایش می‌یابد، بلکه همکاری، همفکری، مهارت‌های اجتماعی و تعاملات اجتماعی آنها نیز رشد می‌یابد.

۴-۷- سؤال کردن

آموزش مهارت‌های زندگی، همواره با سؤال کردن آغاز و با آن نیز خاتمه می‌یابد. سؤال کردن در ابتدای جلسه، توجه افراد را به موضوع جلب کرده و در انتها نیز یادگیری آنها را ارزیابی کرده و به آن عمق می‌بخشد.

۵-۷- سرمشق‌گیری

در برنامه آموزش مهارت‌های زندگی، علاوه بر اینکه خود آموزش دهنده می‌تواند مدل مثبتی برای آموزش مهارت‌ها باشد، معمولاً از یک میهمان نیز دعوت می‌شود تا تجربه شخصی خود را بازگویی کرده و احساسات خود را ابراز کند. برای مثال در زمینه سوءمصرف مواد می‌توان از فردی که زندگی موفق‌تری دارد، درخواست کرد تا تجارب خود را برای افراد شرح دهد.

۸- آموزش مهارت‌های زندگی در زمینه سوءمصرف مواد

همانطور که مطرح شد در تئوری یادگیری اجتماعی فرض می‌شود افرادی که به سوءمصرف مواد می‌پردازند، یک سری نقائص در کارکردهای درون فردی و بین فردی دارند که این مکانیسم‌ها در ترکیب با عوامل بیولوژیک و ژنتیک یک فرد را مستعد به سوءمصرف مواد می‌کند، بنابراین هدف این رویکرد پیشگیری، آموزش و افزایش کارکردهای درون فردی و بین فردی برای اداره و حل سازنده‌تر مشکلات زندگی بوده و در این راستا هم به آموزش مهارت‌های عمومی و هم مهارت‌های مربوط به مشکل سوءمصرف مواد می‌پردازد. به عبارت دیگر، دانش و مهارت‌های مربوط به پیشگیری از سوءمصرف مواد در چارچوب برنامه‌هایی که برای افزایش شایستگی‌ها و توانمندی‌های شخصی و اجتماعی طراحی شده، آموزشی داده می‌شود.

بنابراین ارتقاء کارکردهای درون فردی و بین فردی از طریق دو استراتژی‌های اصلی زیر صورت می‌گیرد: ۱- رشد مهارت‌های شخصی، ۲- رشد مهارت‌های اجتماعی.

۱-۸ - رشد مهارت‌های شخصی

در این رویکرد پیشگیری، برای ارتقاء شایستگی‌های شخصی افراد، یک سری مهارت‌های شخصی آموزش داده می‌شود که درنهایت در ترکیب با مهارت‌های اجتماعی موجب ایجاد پیوندهای قوی با خانواده و جامعه و تعهد نسبت به شکل دادن یک زندگی سالم عاری از مواد می‌شود. این مهارت‌ها عبارتند از:

۱- حل مسئله

۲- تصمیم‌گیری

۳- تجزیه و تحلیل اطلاعات یا تفکر انتقادی

۴- مقابله با استرس

۵- مقابله با هیجانات منفی

حل مسئله (Problem Solving)

اشخاص در سرتاسر زندگی خود بطور مداوم در حال حل مسئله هستند. برخی از این مسائل، کوچک و ساده بوده و مستلزم یک تجزیه و تحلیل سیستماتیک و پیچیده نیستند، ولی برخی دیگر، دشوار و بغرنج بوده و فعالیت‌های فکری پیچیده‌ای را می‌طلبند. حل مسئله یکی از مهمترین فرایندهای تفکر است که به افراد کمک می‌کند تا مقابله مؤثری با مشکلات و چالش‌های زندگی داشته باشند.

حل مسئله شامل ۵ مرحله است که قبل از بررسی این مراحل، باید به شرط ضروری برای وارد شدن در فرایند حل مسئله بپردازیم و آن پذیرش مسئله است.

پذیرش مسئله: برای حل مسئله، باید پذیرفت که یک مسئله وجود دارد و فعالانه برای پیدا کردن راه حل تلاش کرده و سپس فرد خود را متعهد به اجرای راه حل کند. بنابراین، در پذیرش مشکلات، دو بعد متمایز وجود دارد:

۱- اعتراف به وجود مشکل

۲- متعهد کردن خود به تلاش برای حل مشکل

استراتژی‌هایی که می‌توانند تعهد و انگیزش برای حل مشکل را افزایش دهند، عبارتند از:

۱-۲- فهرست کردن مزایای حل مشکل

۲-۲- رسمی کردن پذیرش مشکل

۳-۲- پذیرش مسئولیت برای زندگی فرد

۴-۲- خلق سناریوی بدترین پیامدهای حل نکردن مشکل

۵-۲- تشخیص موانع و محدودیت‌هایی که مانع از وارد شدن در فرایند حل مسئله می‌شود.

فرایند حل مسئله: فرایند حل مسئله شامل ۵ مرحله است که در زیر توصیف می‌شود:

مشکل چیست: مرحله اول حل مسئله، تعیین دقیق مشکل و مسئله است. اگر فرد دقیقاً نداند چه مشکلی وجود دارد، امکان حل آن کاهش می‌یابد و ممکن است وقت زیادی را صرف یک مشکل غلط کند. برای مثال این دو صورت مسئله مختلف را در نظر بگیرید: «من آدم بدبختی هستم»، «من فقط کارم را از دست داده‌ام».

بدیهی است که این صورت مسئله‌های مختلف ممکن است به راه‌های مختلف برای حل مسئله منتهی شود. معمولاً مسئله‌های کلی به شیوه‌های مولد حل مشکل نمی‌انجامند، زیرا بسیار مطلق بوده و شامل همه چیز می‌شوند. ولی توصیف اختصاصی مشکل این امکان را فراهم می‌آورد که با استراتژی‌های مفید به حل مشکل پرداخته شود. بنابراین شیوه تعریف یک مشکل، نه تنها چگونگی حل آن را روشن می‌کند، بلکه احساس ما را نسبت به قابل حل بودن آن نیز تعیین می‌نماید.

خود این مرحله شامل چند مرحله فرعی است که عبارتند از:

درباره مسئله چه اطلاعاتی در دست است؟

با استفاده از سئوالات کلیدی زیر می‌توان مشخص کرد که چه اطلاعاتی درباره مسئله موجود است:

چه کسی: چه کسی در این مسئله درگیر است، چه کسی از حل آن سود می‌برد، چه کسی می‌تواند به حل آن کمک کند؟
کجا: کجا می‌توانیم اطلاعات دیگری پیدا کنیم؟
چه وقت: مسئله از چه وقت شروع شده و چه وقت باید حل شود؟
چگونه: چگونه باید شروع شده یا انجام شود؟
چرا: چرا حل مسئله مهم است، چرا سخت است؟

دستیابی به چه نتایجی مدنظر است؟

با حل مسئله چه اهداف یا نتایجی حاصل می‌شود.

(برای مثال هدف من از...).

چطور باید مسئله را تعریف کرد؟

مشکل یا مسئله باید بصورت واضح و اختصاصی تعریف شود. زیرا اگر خیلی کلی تعریف شود، نمی‌توان دانست برای مقابله با آن چه کار باید انجام داد و از کجا شروع کرد. ولی وقتی بصورت اختصاصی تعریف می‌شود، اعمال لازم برای حل آن، شروع به ظاهر شدن می‌کنند.

در نظر گرفتن راه‌حل‌های مختلف حل مسئله: کار بعدی پس از تعریف واضح و اختصاصی مسئله، بررسی تمامی راه‌حل‌هایی است که ممکن است به حل مسئله کمک کند. البته شناخت تمام راه‌حل‌های ممکن، کار چندان آسانی نیست و ممکن است بخشی از مشکل ما، همین مسئله باشد. برای پیدا کردن راه‌حل‌های بیشتر، استراتژی‌های زیر توصیه می‌شود:

۱- بحث در مورد مسئله با سایر افراد

۲- بارش فکری ایده‌ها

۳- تغییر موقعیت و جایگاه خود

نکته مهم در این مرحله آن است که نباید هیچگونه ارزیابی و قضاوتی در مورد راه‌حل‌ها صورت گیرد، چون در غیر این صورت جریان آزاد ایده‌ها با مانع روبرو می‌شود. ارزیابی، مخصوص مرحله بعد است.

ارزیابی راه حل‌ها: وقتی راه‌حل‌های مختلف شناسایی شدند، مرحله بعد ارزیابی آنها با استفاده از سؤالات ارزیابی‌کننده است. ارزیابی راه‌حل‌ها براساس سه مورد زیر صورت می‌گیرد:

- تعیین مزایای راه‌حل

- تعیین معایب راه‌حل

- تعیین اطلاعات دیگری که برای ارزیابی راه‌حل‌ها نیاز داریم.

انتخاب راه‌حل و برنامه‌ریزی برای اجرای راه حل: برای انتخاب راه‌حل فرمول ساده‌ای وجود ندارد. برخی راه‌حل‌ها را می‌توان خیلی زود کنار گذارد ولی انتخاب بین یک سری راه‌حل‌ها کار واقعاً دشواری است. استراتژی‌هایی که به انتخاب راه‌حل کمک می‌کنند، عبارتند از:

۱- ارزیابی و مقایسه راه‌حل‌ها: اگرچه راه‌حل‌ها یک سری مزایا و معایب دارند، ولی همه مزایا به یک اندازه مطلوب یا مؤثر نیستند. بنابراین یکی از راه‌های ارزیابی راه‌حل‌ها براساس ۱- میزان مؤثر بودن آنها در حل مسأله و ۲- مطلوبیت آنها، یعنی متناسب بودن آنها با سیستم ارزشی، نیازها و علائق است.

۲- خلق یک راه حل جدید: پس از بررسی و ارزیابی راه‌حل‌ها ممکن است راه‌حلی خلق شود که ترکیبی از بهترین ویژگی‌های راه‌حل‌های مختلف بوده و در عین حال معایب آن کمتر از انتخاب واحد آنهاست.

۳- امتحان کردن راه‌حل‌ها در تصور خود: در این شیوه روی هر راه‌حل تمرکز کرده و در تخیل به امتحان می‌پردازند. در این تخیل، تصور می‌شود که انتخاب چه تأثیری در حل مسئله دارد و چه تلویحاتی برای زندگی خواهد داشت، با امتحان کردن راه‌حل‌ها در تخیل می‌توان از نتایج ناخوشایند یا پیامدهای غیرمنتظره اجتناب کرد. همچنین راه دیگری که در همین استراتژی می‌گنجد آن است که راه‌حل‌ها را در یک موقعیت تمرینی در یک مقیاس بسیار محدود تمرین کرد. برای مثال می‌توان برای غلبه بر مشکل ترس از صحبت کردن در برابر جمع، در حضور خانواده یا دوستان صمیمی صحبت کرد.

پس از انتخاب راه‌حل، باید برای اجرای آن برنامه‌ریزی کرده و قدم به قدم مشخص کرد که چه کارهایی را باید انجام داد. برنامه‌ریزی است اهمیت زیادی داشته و پس از مشخص کردن تک‌تک کارهایی که باید انجام گیرد، باید برای برداشتن قدم‌های لازم متعهد بود. اینجا، جایی است که برخی افراد به دلیل سکون یا ترس، در فرایند حل مسئله تثبیت می‌شوند. ولی معمولاً وقتی فرد شروع به کار می‌کند، پاداش‌های ناشی از برخورد فعال با مشکل، مشوق کافی برای حفظ تمرکز و انگیزش را فراهم خواهد کرد.

ارزیابی تأثیر راه حل

۱- مقایسه نتایج با اهداف: در این شیوه، نتایج بدست آمده، با اهدافی که در آغاز کار تعیین شده‌اند و سعی در رسیدن به آنها وجود داشته، مقایسه می‌شود. این کار میزان موفقیت‌آمیز بودن راه‌حل را روشن کرده و مبنایی را برای تصمیم‌گیری‌های آتی فراهم می‌سازد.

۲- در نظر گرفتن ارزیابی دیگران: در سرتاسر فرایند حل مسئله، پرسیدن نظرات دیگران، یک استراتژی مولد است که در مورد این مرحله نیز مصداق دارد. البته، لزوماً ارزیابی‌های دیگران صحیح‌تر از ارزیابی فرد نیست، ولی در نظر گرفتن نظرات دیگران،

فهم فرد را از موقعیت عمیق‌تر می‌کند. نکته مهم در این زمینه آن است که برای دریافت بازخورد از دیگران، باید سئوالات خاص و عملی پرسید تا بتوان اطلاعات مفیدی بدست آورد، زیرا سئوالات کلی مثل «نظرت درباره این موضوع چیست»، به پاسخ‌های کلی بی‌فایده‌ای مثل «خوبه» منجر خواهد شد.

در انتهای این مرحله، ممکن است این نتیجه حاصل شود که راه‌حل انتخابی، قابل اجرا نبوده و یا منتهی به نتایج رضایت‌بخش نشده است. در چنین مواردی باید به مراحل قبلی برگشته و راه‌حل‌های دیگر را بررسی کرد. گاهی نیز یک راه‌حل نسبتاً مؤثر بوده، ولی مستلزم یک‌سری تغییر و تعدیل است.

نکته مهم در این مرحله آن است که وقتی برای حل یک مسئله تلاش می‌شود، نباید در این دام افتاد که فقط یک راه‌حل درست وجود دارد و اگر آن راه‌حل به نتایج مورد نظر دست نیافت، همه چیز از دست رفته است. فرد باید مرتب این نکته را به خود یادآوری کند که غالباً برای حل مشکلات، راه‌حل‌های متعددی وجود دارد و هر راه‌حلی را که برمی‌گزیند، یک راه‌حل موقتی و آزمایشی است، زیرا صرف‌نظر از اینکه تجزیه و تحلیل مسائل و مشکلات چقدر دقیق و سیستماتیک بوده، درنهایت این تجربه است که به فرد می‌گوید که آیا تصمیم‌ها درست بوده‌اند و یا نیاز به تغییر و تعدیل دارند.

مهارت تصمیم‌گیری (Decision Making)

برای رسیدن به اهداف فرد باید بهترین تصمیم‌ها را بگیرد. افراد زندگی روزمره خود را خلق می‌کنند و تصمیم‌گیری ابزاری است که برای شکل‌دادن به یک آینده مثبت از آن استفاده می‌شود. تصمیم‌گیری فرایند پیچیده‌ای است که شامل انواع توانایی‌های فکری و نیز داشتن اطلاعات در مورد تصمیمی است که گرفته می‌شود اگرچه همه افراد تصمیم‌گیری می‌کنند، ولی همیشه تصمیم‌های هوشمندانه نمی‌گیرند. درواقع، همه تجربه‌ای از یک تصمیم‌گیری غلط دارند که منتهی به پیامدهای ناخوشایند شده است. برخی از تصمیم‌های غلط درباره موضوعات کم‌اهمیت هستند و بنابراین پیامدهای ناخوشایند آن نیز چندان جدی نبوده و ناراحتی مربوط به آن چندان طول نمی‌کشد. ولی

تصمیم‌گیری‌های بسیار مهمتری نیز در زندگی وجود دارند که اگر غلط انجام شود، پیامدهای ناخوشایند آن تا آخر عمر باقی می‌ماند.

در اینجا، ابتدا سبک‌های مختلف تصمیم‌گیری مطرح می‌شود و سپس چارچوبی برای مهارت تصمیم‌گیری منطقی ارائه می‌گردد.

سبک‌های مختلف تصمیم‌گیری

سبک تصمیم‌گیری، شیوه تصمیم‌گیری، یعنی الگوی پردازش اطلاعات و رفتار تصمیم‌گیری است. البته این سبک‌ها ممکن است با گذشت زمان تغییر کرده و یا در موقعیت‌های مختلف فرق کند. در اینجا هفت سبک تصمیم‌گیری ارائه می‌شود که البته با هم همپوشی دارند.

۱- سبک تصمیم‌گیری منطقی - در سبک تصمیم‌گیری منطقی، فرد بصورت بی‌طرفانه و منطقی تمام اطلاعات مهم مربوط به تصمیم را ارزیابی می‌کند و سپس باتوجه به اهداف خود، بهترین حق انتخاب را برمی‌گزیند.

۲- سبک تصمیم‌گیری احساسی - در این سبک مبنای انتخاب فرد آن است که احساس وی بصورت شهودی چه چیز را درست می‌داند. در اینجا، تأکید بر تماس با حس درونی، ترجیحات ذهنی و فرایند ارزشی درونی است. در این سبک ممکن است فرد حق انتخاب‌های مختلف را در نظر گرفته و ارزیابی کند، ولی ملاک نهایی انتخاب این است که چه حس می‌کند تا اینکه چه فکر می‌کند.

۳- سبک تصمیم‌گیری بیش‌گوش‌بزننگ (hypervigilant) - در این سبک فرد بقدری تحت تأثیر تعارض و استرس تصمیم‌گیری، مضطرب و برانگیخته می‌شود که کارآمدی تصمیم‌گیری وی کاهش پیدا می‌کند. در چنین حالتی معمولاً فرد نمی‌تواند اطلاعات مربوط را به میزان کافی در نظر گرفته و سبک و سنگین کند و یا ممکن است بقدری در جزئیات فرو رود که کل را از دست بدهد.

۴- سبک تصمیم‌گیری اجتنابی - در این سبک، فرد یا لزوم تصمیم‌گیری را انکار می‌کند و یا امیدوار است که همه چیز خود بخود درست شود و یا به تکنیک‌های به

تأخیرانداختن مثل امروز و فردا کردن متوسل می‌شود. در اینجا هدف، حفظ آسایش روانشناختی کوتاه‌مدت به هزینه گزاف است.

۵- سبک تصمیم‌گیری تکانه‌ای - در این سبک، فرد به سرعت و بر مبنای تکانه‌های ناگهانی تصمیم می‌گیرد و به ارزیابی آرام و منطقی حقایق نمی‌پردازد.

۶- سبک تصمیم‌گیری مطیعانه - در این سبک، فرد بر اساس انتظارات دیگران، تصمیم می‌گیرد. ویژگی اصلی این سبک، انفعال است. فرد اجازه می‌دهد دیگران تصمیم‌ها را به او تحمیل کنند یا اجازه می‌دهد که دیگران برای وی تصمیم بگیرند.

۷- سبک تصمیم‌گیری اخلاقی - در این سبک، مبنای انتخاب یک کد اخلاقی است که می‌تواند مربوط به تعلیمات مذهبی بوده و یا در صورتی که فرد مذهبی نباشد، بر اساس اصول اخلاقی شخصی وی باشد. این تصمیم‌ها، بازتاب علاقه اجتماعی و نیز علاقه به خود می‌باشد.

تصمیم‌گیری منطقی

تصمیم‌گیری منطقی شامل هفت مرحله است که در زیر به طور مختصر توصیف می‌شوند.

مرحله اول - مواجه شدن با تصمیم: برای مواجه شدن با تصمیم و اجتناب نکردن از تصمیم‌گیری، وجود چند ویژگی زیر ضروری است:

۱- بازبودن به اطلاعات خارجی - بسیاری از تصمیم‌گیری‌ها را محیط برمی‌انگیزد. برای مثال فرد در مورد خطرات مصرف سیگار چیزهایی را یاد می‌گیرد و سپس با این تصمیم مواجه می‌شود که سیگار را ترک کند.

۲- بازبودن به اطلاعات درونی - در اینجا محرک تصمیم، کنشی است تا واکنشی. فرد تغییراتی را در خواسته‌ها و آرزوهای خود حس می‌کند و این تغییرات درونی وی را تحریک می‌کند تا برای بدست آوردن آنچه که می‌خواهد، تصمیم بگیرد.

۳- وضوح و تمرکز موضوع - تصمیم‌ها باید واضح و مشخص باشند. برای مثال این موضوع که «من از وضعیت زندگی‌ام ناراضی هستم» بسیار کلی است. در چنین مواردی باید از یک جمله احساسی مبهم فراتر رفته و در یک جمله مشخص و واضح، تصمیمی را که با آن مواجه شده، بیان کرد.

مرحله دوم - خلق حق انتخاب‌ها و جمع‌آوری اطلاعات درباره آنها: در اکثر موارد، تصمیم‌ها شامل انتخاب‌های سیاه و سفید نیستند. رسیدن به انتخاب‌های مختلف مستلزم یک فرایند خلاق است. در این مرحله، بارش فکری روش مؤثری است و می‌توان برای تحریک تفکر خلاق قواعد بارش فکری، یعنی عدم انتقاد از ایده‌ها، خوشامدگویی به هر ایده‌ای و اهمیت‌دادن به کمیت و نه کیفیت را در مورد خود نیز به کار برد. پس از پیدا کردن حق انتخاب‌های مختلف، مرحله شروع جمع‌آوری اطلاعات در مورد آنها آغاز می‌شود و گاهی از همین جمع‌آوری اطلاعات است که انتخاب‌های دیگر نیز پدیدار می‌شوند. هدف از جمع‌آوری اطلاعات، به دست آوردن اطلاعات لازم برای گرفتن یک تصمیم موفق است و این کار مستلزم یک رویکرد سیستماتیک پیدا کردن و بررسی منابع اطلاعات و آگاهی از زمان پایان دادن این کار است.

مرحله سوم - ارزیابی پیامدهای پیش‌بینی شده حق انتخاب‌ها: تصمیم‌گیری منطقی مستلزم ارزیابی حق انتخاب‌های موجود برای انتخاب بهترین تصمیم است. ارزیابی انتخاب‌های مختلف براساس پیامدهای مثبت و منفی کوتاه‌مدت و بلندمدت برای خود و دیگران صورت می‌گیرد. پیامدهای مربوط به خود شامل هماهنگی با اهداف و ارزش‌ها، میزان زمان و کوشش لازم، میزان پاداش محسوس، هزینه یا پاداش هیجانی، تأیید یا عدم تأیید دیگران و آسایش و راحتی فیزیکی می‌باشد. پیامدهای مربوط به دیگران بستگی به ماهیت تصمیم دارد و بهترین راه برای ارزیابی پیامدهای احتمالی تصمیم مورد نظر برای دیگران، این است که به جای اینکه ذهن آنها را خواند، اجازه داد که خودشان حرف بزنند.

مرحله چهارم - متعهد کردن خود به یک تصمیم: در این مرحله تصمیم گرفته می‌شود و فرد متعهد می‌شود که آن را انجام دهد. راه‌هایی که می‌تواند تصمیم‌گیری‌های سخت و متعهد شدن به آنها را تقویت کند، عبارتند از:

- ۱- واریسی کردن تطابق و هماهنگی تصمیم‌ها با ارزش‌های کلیدی
- ۲- بیان واضح اهداف و فهرست کردن پاداش‌های اختصاصی حاصل از تصمیم‌گیری و رسیدن به اهداف مورد نظر (برای خود و دیگران)
- ۳- واریسی کردن دوباره حق انتخاب‌ها، اطلاعات جمع‌آوری شده و فرایند ارزیابی آنها.
- ۴- طراحی بهترین راه اجرای تصمیم و چگونگی مقابله با موانع و واکنش‌های منفی دیگران.
- ۵- توجه و به خاطر سپردن پاداش‌های حاصل از گرفتن تصمیم.

مرحله پنجم - طرح‌ریزی برای چگونگی اجرای تصمیم: وقتی تصمیم گرفته شد، باید چگونگی اجرای آن به بهترین نحو طراحی شود. مهارت‌های طرح‌ریزی شامل موارد زیر است:

- ۱- بیان واضح اهداف و اهداف فرعی و مشخص کردن یک چارچوب زمانی
- ۲- ریزکردن کارهایی که باید انجام گیرد.
- ۳- در نظر گرفتن راه‌های مختلف اجرای تصمیم
- ۴- پیش‌بینی مشکلات و موانع
- ۵- تشخیص منابع حمایت‌کننده
- ۶- نوشتن طرح عمل - این طرح باید ساختار واضحی داشته باشد که نحوه رسیدن به هدف اصلی و خرده هدف‌های مربوط به آن را روشن می‌کند. علاوه بر این، در نوشتن طرح باید جزئیات نیز نوشته شده و در واقع یک نقشه دقیق و عملی از چگونگی رفتن از نقطه الف به ب باشد.

مرحله ششم - اجرای تصمیم: در اجرای تصمیم، توجه به موارد زیر ضروری است:

۱- زمان‌بندی - باید بهترین زمان را برای اجرای تصمیم انتخاب کرد.

۲- تعارض‌های پس از تصمیم - این احساس تعارض ممکن است دلایل زیادی داشته باشد. ممکن است از ترک برخی عادات و یا دست کشیدن از بعضی چیزها غمگین بود. ممکن است اعتماد به نفس کافی برای اجرای تصمیم را نداشت. ممکن است نسبت به درستی تصمیم تردید داشت و واریسی دوباره آن را مدنظر داشت و یا ممکن است از تصور عملی کردن تصمیم مضطرب شده و رفتار اجتنابی داشت. در چنین مواقعی باید به خاطر داشت که معمولاً تعارض پس از تصمیم‌گیری، در هنگام آغاز اجرای تصمیم زیاد است، ولی وقتی روند کار را ادامه یافت نسبت به درستی تصمیم اعتماد حاصل شد، اضطراب و تعارض نیز کاهش می‌یابد.

۳- عذر و بهانه نیاوردن - این مورد بر اهمیت پذیرش مسئولیت برای اجرای تصمیم تأکید می‌کند. وقتی در جریان اجرای تصمیم فرد با موانع روبرو شود، باید به جای عذر و بهانه آوردن از خود سؤال کند «در این موقعیت چه کار می‌توانم انجام دهم».

۴- بازبودن به بازخورد - در هنگام اجرای تصمیم فرد ممکن است از خود، دیگران و محیط بازخورد دریافت کند و براساس آن تصمیم بگیرد که طرح خود را تعدیل کند تا امکان رسیدن به اهداف تعیین شده، بیشتر شود. نکته مهم در این زمینه، انعطاف‌پذیری در کنار ارزیابی واقع‌بینانه بازخورد است. می‌توان هم قوی و هم انعطاف‌پذیر بود.

۵- پاداش دادن به خود - اجرای بعضی تصمیم‌ها خود به خود پاداش دهنده است. در موارد دیگر می‌توان از پاداش‌هایی برای تقویت انگیزش خود استفاده کرد. برای مثال می‌توان پاداش کلامی به خود داد، برای مثال «این کار را خیلی خوب انجام دادی»، و یا فرد با خود قرارداد ببندد که در صورت رسیدن به پیشرفت خاصی، پاداش‌هایی برای خود در نظر بگیرد.

۶- کنار آمدن با احساس نومیدی و درماندگی - وقتی کارها طبق انتظار پیش نمی‌رود، ممکن است احساس نومیدی و درماندگی انگیزه را تضعیف کند. در چنین مواردی باید به خاطر داشت که وقفه در جریان کار، بخشی از فرایند اجرای تصمیم‌های دشوار و دست کشیدن از عادات مضر بوده و باید به جای تسلیم شدن علت این وقفه‌ها را پیدا کرده و برنامه‌ریزی‌هایی برای اصلاح آن انجام داد.

مرحله هفتم - ارزیابی پیامدهای واقعی اجرای تصمیم - در این مرحله هم چگونگی اجرای طرح عمل و هم پیامدهای دست یافتن و یا دست نیافتن به اهداف، مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. در مواردی که به اهداف خود دست نیافته‌ایم، شاید لازم باشد تصمیم اصلی خود را بررسی کرده و دوباره از مرحله اول شروع کنیم. تصمیمات منطقی شامل ادراک دقیق بازخورد و عمل کردن براساس آن است. پردازش منطقی اطلاعات، به گرفتن تصمیم و ارزیابی آن کمک می‌کند.

مهارت تفکر انتقادی (Critical Thinking Skill)

تفکر انتقادی یک فرایند شناختی فعال، هدفمند و سازمان یافته است که با استفاده از آن فرد به بررسی افکار و عقاید خود و دیگران پرداخته و به فهم روشن‌تر و بهتری دست می‌یابد. کلمه Critical از واژه یونانی Critic به معنی سؤال کردن، معنی دادن و تحلیل کردن گرفته شده و در واقع نیز با استفاده از همین سه فرایند است که افراد افکار خود و دیگران را بررسی کرده و براساس آن بهترین تصمیم‌ها را می‌گیرند. فعالیت‌های مختلفی که تفکر انتقادی را تشکیل می‌دهند، شامل موارد زیر است:

۱- تفکر فعال

۲- بررسی دقیق موقعیت‌ها با سؤال کردن

۳- بررسی دقیق منابع اصلی افکار و عقاید و ارزیابی اعتبار آنها

۴- مشاهده موقعیت‌ها از دیدگاه‌های مختلف و ارزیابی دلایل و شواهد آنها

تفکر فعال

تفکر انتقادی مستلزم استفاده فعال از هوش، دانش و توانایی‌ها برای مقابله مؤثر با موقعیت‌های زندگی است. در تفکر فعال، وقتی فرد با یک موقعیت تصمیم‌گیری و انتخاب مواجه می‌شود، فعالانه به جمع‌آوری اطلاعات می‌پردازد، امکان‌ها و احتمالات مختلف را بررسی می‌کند، با افراد با تجربه و متخصص مشورت می‌کند و سپس درباره تمامی این موارد به تفکر انتقادی می‌پردازد. بنابراین در تفکر فعال، فرد به جای بی‌حرکت و ساکن ماندن، وارد فعالیت‌ها و پروژه‌ها می‌شود، به جای اینکه به او بگویند چطور فکر کند یا چکار انجام دهد، خودش شروع به تصمیم‌گیری کرده و مسئولیت پیامدهای تصمیم خود را می‌پذیرد و به جای کناره‌گیری از مشکلات با آنها روبرو شده و خود را متعهد به حل کردن آنها می‌کند.

بررسی دقیق موقعیت‌ها با سؤال کردن

یکی از ابعاد مهم تفکر انتقادی، بررسی دقیق موقعیت‌ها با پرسیدن سؤالات مناسب و مربوط است. در حقیقت، توانایی پرسیدن سؤالات مناسب یکی از قدرتمندترین ابزارهای تفکر است که غالباً استفاده چندانی از آن نمی‌شود پرسیدن سؤالات مناسب به فهم بیشتر دنیا کمک کرده و موجب می‌شود که فرد تصمیم‌های آگاهانه‌تری بگیرد. این سؤالات شکل‌های مختلفی دارند و برای اهداف مختلف مورد استفاده قرار می‌گیرند، ولی بطور کلی آنها را می‌توانیم به ۶ دسته تقسیم کنیم:

۱- حقایق - این دسته از سؤالات در پی مشخص کردن اطلاعات اساسی یک موقعیت هستند که معمولاً با چه کسی، چه، کجا، چه وقت و چگونه شروع می‌شوند.

۲- تفسیر - این دسته از سؤالات در جستجوی کشف ارتباط بین افکار و عقاید یا حوادث هستند. این ارتباطات، می‌تواند شامل ارتباط‌های زمانی، علی، مقایسه‌ای و تقابلی باشد.

۳- تجزیه و تحلیل - هدف این دسته سؤالات، تجزیه یک موقعیت به اجزاء تشکیل‌دهنده آن و شناخت ارتباط این اجزاء با کل است.

۴- ترکیب - هدف چنین سؤالاتی، ترکیب کردن ایده‌های مختلف برای تشکیل یک کل جدید یا رسیدن به یک نتیجه، استنباط‌هایی در مورد حوادث آتی، خلق راه‌حل‌ها و طرح نقشه‌هایی برای عمل است.

۵- ارزیابی - هدف این دسته از سؤالات، شناخت ملاک‌ها و استانداردها و سپس انجام قضاوت و گرفتن تصمیم‌های آگاهانه براساس این ملاک‌هاست.

۶- کاربرد - هدف چنین سؤالاتی، استفاده از دانش و اطلاعات مربوط به یک موقعیت برای موقعیت‌های دیگر است.

بررسی دقیق منابع اصلی افکار و عقاید و ارزیابی اعتبار آنها

یکی از راه‌های بررسی افکار، عقاید و نظرات این است که فرد از خود سؤال کند چرا به آنها اعتقاد دارد، چطور به این نظرات رسیده و چه دلایل و شواهدی برای آن وجود دارد. در واقع، اکثر افراد حتی بدون اینکه آگاه باشند برخی ایده‌هایی را که به آنها عرضه می‌شود، بدون فکر و بررسی پذیرفته و یا آنها را رد می‌کنند. تفکر انتقادی به خود کمک می‌کند تا به جای پذیرش یا رد ساده نظرات دیگران، آنها را بررسی کرده و سپس در مورد پذیرش یا عدم پذیرش آنها تصمیم بگیرد.

اولین قدم برای انجام این کار، تشخیص منبع اصلی عقاید و نظرات می‌باشد. معمولاً افکار و عقاید از چهار منبع زیر سرچشمه می‌گیرند:

۱- مراجع قدرت (مانند والدین، آموزگاران، رهبران مذهبی و سیاسی)

۲- کتب

۳- شواهد حقیقی

۴- تجربه شخصی

کار بعدی پس از مشخص کردن منبع اصلی افکار و عقاید، ارزیابی اعتبار این منابع است. بررسی اعتبار منابع نیز با پرسیدن سؤالان و جمع‌آوری اطلاعات برای پاسخ به آنها صورت می‌گیرد:

۱- مراجع قدرت - آیا در این زمینه اطلاعات دارند؟ آیا اطلاعات آنها کافی هست؟
آیا اطلاعات آنها قابل اعتماد است؟

آیا تا به حال اطلاعات غلط داده‌اند، آیا دیگران نیز با نظر آنها موافقت؟
۲- کتب - آیا نویسندگان کتابها قابل اعتماد هستند؟ آیا سایر نویسندگان نیز همین نظر را دارند؟ نویسنده برای اثبات عقاید خود چه دلایلی ارائه داده است؟
۳- حقایق - منبع و اساس این شواهد چیست؟ آیا به نوع دیگری نیز قابل تفسیر هستند؟

۴- تجربه شخصی - این تجربه در چه شرایطی روی داده است؟ آیا امکان تحریف و اشتباه وجود داشته است؟ آیا تبیین‌های دیگری نیز برای این تجربه وجود دارد؟

بنابراین، یکی از مهمترین فعالیت‌ها در تفکر انتقادی، پرسیدن یک سری سؤال و سپس جمع‌آوری اطلاعات و ارزیابی آنهاست. از این طریق است که می‌توان به بررسی دقیق افکار و عقاید خود و دیگران پرداخته و به فهم روشن‌تر و بهتری دست یافت.

مشاهده موقعیت‌ها از دیدگاه‌های مختلف و ارزیابی دلایل و شواهد آنها

یکی از فعالیت‌های مهم در تفکر انتقادی، گوش کردن به نظرات دیگران و ایده‌های جدید و ارزیابی آنهاست. هیچ‌کس همه پاسخ‌ها را ندارد و نظر ما فقط یک نقطه نظر یا دیدگاه در مورد آن موضوع خاص است. بازبودن به ایده‌ها و نقطه‌نظرات مختلف به معنی انعطاف‌پذیر بودن نسبت به تغییر و یا اصلاح ایده‌های خود باتوجه به اطلاعات جدید است. کسانی که تفکر انتقادی دارند، نسبت به تجارب جدید باز بوده و در صورت وجود شواهد و دلایل منطقی و مجاب‌کننده، انعطاف‌پذیری لازم را برای تغییر و اصلاح ایده‌های خود دارا هستند. بنابراین ترکیب دو توانائی مشاهده موقعیت‌ها از نقطه‌نظر دیگران و بررسی دلایل و شواهد نقطه‌نظرات مختلف به فهم کامل‌تر و بینش عمیق‌تر نسبت به موقعیت‌های زندگی کمک می‌کند.

مهارت تفکر انتقادی در زمینه سوء مصرف مواد از اهمیت خاصی برخوردار است زیرا این مهارت به فرد کمک می‌کند که در موقعیت‌هایی که باید درباره مصرف یا عدم مصرف مواد تصمیم‌گیری کند، قبل از گرفتن هرگونه تصمیمی براساس اطلاعات ارائه شده از سوی دوستان، همکاران و سایر افراد، به بررسی دقیق این اطلاعات پرداخته و سپس تصمیم‌گیری کند. بطور کلی، آموزش تفکر انتقادی برای پیشگیری از سوء مصرف مواد یا عود آن در سه مرحله صورت می‌گیرد.

۱- پرسیدن سؤالات و ارسی‌کننده

۲- جمع‌آوری اطلاعات

۳- ارزیابی اطلاعات

برای آموزش این مراحل از افراد خواسته می‌شود تا تمام سؤالاتی را که درباره یک ماده خاص به ذهنشان می‌رسد (ساختار شیمیایی، عوارض درازمدت و کوتاه‌مدت، عوارض فیزیکی و روانی، نرخ شیوع، مراحل وابستگی به مواد و...)، یادداشت کرده، سپس به جمع‌آوری اطلاعات برای پاسخگویی به این سؤالات پردازند و در نهایت اعتبار این اطلاعات را ارزیابی کنند. روش دیگر آن است که یک سری موقعیت‌های مربوط به سوء مصرف مواد برای آنها مطرح شده و سپس از آنها خواسته می‌شود تا با استفاده از این فرایند سه مرحله‌ای در مورد این موقعیت‌ها تصمیم‌گیری کنند.

آموزش این فرایند سه مرحله‌ای به افراد کمک می‌کند که تفکری فعال، هدفمند و سازمان یافته داشته باشند، و به جای پذیرش ساده عقاید و نظرات دیگران یا پیشنهادات آنها، به بررسی دقیق موقعیت‌ها با سؤال کردن، جمع‌آوری اطلاعات و ارزیابی آنها پردازند و در نتیجه تصمیم‌های آگاهانه‌تری بگیرند.

مهارت مقابله با استرس (Coping with stress)

استرس یک حقیقت زندگی روزمره بوده و هیچیک از افراد نمی‌توانند از آن اجتناب کنند. استرس، هر تغییری است که باید فرد خود را با آن سازگار کند. برخی از این

تغییرات، کوچک و جزئی بوده و سازگاری چندانی را طلب نمی‌کنند ولی برخی دیگر، تغییرات بزرگی را در زندگی بوجود آورده و مستلزم تلاش زیادی برای سازگاری مجدد است. استرس‌ها از سه منبع اصلی سرچشمه می‌گیرند: عوامل روانی اجتماعی، عوامل محیطی و افکار خود فرد. عوامل روانی اجتماعی، عواملی در زندگی روزمره هستند که موجب استرس می‌شوند، مانند فشارهای کاری و خانوادگی، دردهای روزانه، پیشداوری‌ها و حوادث اقتصادی اجتماعی مثل فقر؛ فشارهای محیطی شامل سوانح و بلایا هستند و سومین منبع استرس از افکار خود فرد نشأت می‌گیرد و شامل احساس فرد در مورد خود، نگرشهای وی نسبت به دیگران و تفسیرها و ارزیابی‌های وی می‌باشد.

البته، اگرچه استرس در زندگی تمام انسانها وجود دارد و یک حقیقت اجتناب‌ناپذیر زندگی محسوب می‌شود، ولی واکنشهای افراد نسبت به آن بسیار متفاوت است. دلیل این تفاوت، در نوع مقابله است. کسانی که هنگام رویارویی با استرس‌ها از مقابله‌های صحیح و سازگارانه استفاده می‌کنند، شدیدترین استرس‌ها را نیز با موفقیت پشت سر می‌گذارند، ولی کسانی که مقابله‌های ناسازگارانه، ناکارآمد و مضر دارند، توان رویارویی با کوچکترین استرس‌ها را نیز دارا نیستند.

مقابله، کوشش‌ها و تلاش‌هایی است که برای از بین بردن، برطرف کردن، به حداقل رساندن و یا تحمل استرس صورت می‌گیرد. این تلاش‌ها یا به صورت انجام دادن کار یا فعالیتی است و یا بصورت فعالیت‌های ذهنی و درون روانی می‌باشد. بنابراین، مقابله شامل دو دسته اصلی است:

الف - مقابله مسئله مدارانه ب - مقابله هیجان مدارانه.

در مقابل مسأله مدارانه، فرد سعی می‌کند برای برطرف کردن استرس یا به حداقل رساندن آن کار یا فعالیتی انجام دهد و فعالیت وی معطوف به هدف است. نمونه‌های این نوع مقابله عبارتند از:

- تلاش در جهت حذف یا به حداقل رساندن استرس

- حل مسأله

- فکرکردن در مورد استرس

- برنامه‌ریزی

- کنار گذاشتن فعالیت‌های غیرضروری و تمرکز بر استرس

- راهنمایی و مشورت گرفتن از دیگران

- جستجوی اطلاعات

مقابله‌های هیجان‌مدارانه، مقابله‌هایی هستند که هدف آن آرام ساختن خود و دست یافتن به آرامشی است که استرس آن را بر هم زده است. فرد به هنگام استرس، هیجان‌های منفی زیادی را تجربه می‌کند که مانع از تفکر و تصمیم‌گیری صحیح جهت حل مسأله و برطرف کردن آن می‌شود. بنابراین این نوع سبک مقابله نیز از اهمیت خاصی برخوردار است. نمونه‌های این نوع مقابله عبارتند از:

- آرام ساختن خود

- درد دل کردن با اطرافیان

- ابراز محدود عواطف (مثل گریه و زاری)

- گفتگوی درونی مثبت

نکته مهم آن است که این دو نوع سبک مقابله، مانع‌الجمع نبوده، و فرد می‌تواند از هر دو نوع سبک مقابله استفاده کند. یعنی ابتدا با سبک هیجان‌مدارانه خود را آرام کند و سپس با استفاده از مقابله‌های مسأله‌مدار سعی کند تا بر استرس فائق شود.

برنامه آموزش مهارت‌های زندگی نیز برای آموزش مقابله با استرس بر استفاده از هر دو نوع سبک مقابله تأکید می‌کند، یعنی آموزش آرام‌سازی و گفتگوی درونی مثبت برای آرام کردن خود و سپس آموزش حل مسأله برای مقابله مسأله‌مدارانه با استرس که در زیر بطور مختصر ذکر می‌گردد.

مقابله هیجان‌مدارانه:

۱- برای آموزش آرام‌سازی از تکنیک‌های مختلفی مانند آرام‌سازی پیشرونده ماهیچه‌ای، آرام‌سازی از طریق تخیل هدایت شده، روش تمرکز بر تنفس، تصویرسازی یک آرزو یا یک مکان امن و خوشایند استفاده می‌شود. هیچ تکنیکی مزیتی بر دیگری ندارد، ولی بنظر می‌رسد که افراد مختلف، تفاوت‌هایی در پذیرش یا رد این روش‌ها داشته باشند. فلسفه زیربنای تمرین‌های آرام‌سازی این است که وقتی از تکنیک‌های آرام‌سازی استفاده می‌شود، ذهن آرام شده و هشیاری از یک حالت تحلیلی به یک وضعیت پذیرندگی می‌رسد. در این حالت افکار دیگر از ذهن بیرون رفته و دیدگاه وسیع‌تری در مورد موضوع پدیدار می‌شود. این دیدگاه وسیع، توان فکری فرد را افزایش داده و جا را برای افکار مثبت باز می‌کند.

برای آموزش آرام‌سازی، ابتدا مفهوم استرس برای افراد توضیح داده می‌شود و از آنها می‌خواهند تا موقعیت‌هایی را که باعث استرس می‌شوند، شناسایی کرده و پاسخ‌های خود را به آنها یادداشت کنند. سپس یک لیست بیست‌تایی از استرس‌ها درست کرده و به ترتیب از خفیف تا شدید درجه‌بندی کنند. پس از فهرست کردن بیست موقعیت استرس‌آور، به افراد آموزش داده می‌شود که با استفاده از قدرت تخیل خود، هر یک از موقعیت‌ها را تصور کنند و آرام‌سازی را با یکی از روشهای فوق آغاز نمایند. روش آرام‌سازی باید آنقدر تمرین شود که فرد بتواند در عرض یک یا دو دقیقه به آرامیدگی دست یافته و درنهایت در مواقع لزوم بصورت اتوماتیک درآید.

۲- روش دیگر مقابله مدارانه، آموزش گفتگوی درونی مثبت است. در هنگام مواجه شدن با استرس، افکار مختلفی به ذهن هجوم می‌آورند. ارزیابی که فرد از حادثه دارد، تأثیری که فکر می‌کند بر زندگی و آینده‌اش می‌گذارد و چیزهایی که به خودش می‌گوید، نوع و شدت هیجان وی را در مقابل استرس تعیین می‌کند. برای مثال اگر در مقابل استرس به خود بگوید «من شکست می‌خورم، نمی‌توانم از عهده این کار برآیم»، پاسخ فیزیولوژیک تشدیدشده، هیجان‌های منفی بوجود می‌آیند و مانع از مقابله مسأله‌مدارانه می‌شوند.

در برنامه آموزش مهارت‌های زندگی، به افراد آموزش داده می‌شود که از افکار و گفتگوهای درونی خود برای کاهش هیجان‌های منفی استفاده کنند. این افکار به بدن می‌گویند که هیچ نیازی به تنش وجود ندارد و می‌تواند آرام باشد و به خود فرد نیز می‌گویند «آرام باش، تو می‌توانی موفق باشی، حالا آرام باش». جایگزین کردن گفتگوهای درونی مثبت، اعتماد به نفس و عزت نفس را افزایش داده و هر چه بیشتر این جملات مثبت گفته شود، فرد سریع‌تر به آرامش دست یافته و از برانگیختگی فیزیولوژیک رها می‌شود. در زیر نمونه‌ای از این نوع گفتگوهای درونی آمده است. افراد باید با استفاده از این نمونه، گفتگوهای درونی مناسب با شرایط خود را تهیه کنند.

۱- آمادگی

نگران نباش!

همه چیز روبراه خواهد شد.

قبلاً هم این کار را با موفقیت انجام داده‌ام.

اضطراب چه کمکی به من می‌کند.

می‌دانم که می‌توانم این کار را انجام دهم؟

وقتی کار را شروع کنم، آنوقت ادامه آن آسان‌تر می‌شود.

۲- مواجه شدن با موقعیت استرس‌آور

محکم باش!

اولین قدم را با آرامش بردار. عجله نکن! می‌توانم این کار را انجام دهم.

اگر احتیاج به کمک داشتم، می‌توانم از دیگران کمک بگیرم.

اگر به ترس فکر نکنم، دیگر نمی‌ترسم.

اگر دچار تنش شدم، می‌توانم نفس عمیق بکشم و آرامش پیدا کنم.

وقتی کار را شروع کنم، همه چیز درست خواهد شد.

اجازه نده افکار منفی دزدانه وارد شوند.

۲- مقابله با ترس

حالا آرام باش!

فقط نفس عمیق بکش!

بالاخره این احساس تمام می‌شود.

۴- تقویت موفقیت

حالا آرامش پیدا کردم.

خیلی درست و خوب این کار را انجام دادم.

دفعه بعد اینقدر نگران نمی‌شوم.

حالا ذهنم را روی کار متمرکز می‌کنم.
می‌توانم در مقابل اضطراب، آرام بمانم.
فقط به خاطر اینکه تصمیم گرفته‌ام بترسم
جای زخمی باقی نمانده، فقط باید
می‌ترسم، حالا تصمیم می‌گیرم که نترسم.
این فکر را که زخمی هست، از
اگر شروع به کار کنم، ترسم کمتر خواهد
دهنم بیرون کنم.
شد.
قبلاً هم با موقعیت‌هایی مثل این مواجه
شده‌ام.

مقابله مسأله مدارانه:

پس از اینکه فرد با استفاده از مقابله هیجان‌مدارانه مانند تمرین آرام‌سازی و گفتگوی درونی مثبت به آرامش رسید، فرایند حل مسأله به فرد آموزش داده می‌شود. در اینجا نیز تمامی مراحل که در قسمت حل مسأله ذکر شد، آموزش داده می‌شود، یعنی پذیرش مسئله، تعریف مسئله، در نظر گرفتن راه‌حل‌های مختلف، ارزیابی راه‌حل‌ها و انتخاب یک راه‌حل واجرا و ارزیابی نتایج.

البته نکته‌ای که در اینجا باید ذکر شود آن است که گاهی با استرس‌هایی روبرو می‌شویم که توانایی کنترل و تغییر آنها را نداریم (برای مثال مرگ یکی از نزدیکان). در چنین مواردی، تنها راه، پذیرش است که خود یکی از استراتژی‌های مقابله با استرس محسوب می‌شود. البته باید توجه داشت که پذیرش «یک احساس ناگهانی نیست»، بلکه نگرشی است که روزها، هفته‌ها و گاه ماهها وقت لازم است تا شکل بگیرد. البته باید توجه داشت که تشخیص موقعیت‌های غیرقابل کنترل و تمیز آن از موقعیت‌هایی که قابل تغییر است. از اهمیت زیادی برخوردار است. گاه افراد بخاطر اینکه توانایی و مهارت مقابله با استرس را نداشته و یا شدت آن حادثه را بسیار اغراق‌آمیز برآورد می‌کنند، موقعیت‌های قابل تغییر را غیرقابل تغییر فرض کرده و به استراتژی «پذیرش» متوسل می‌شوند. بنابراین، ارزیابی واقع‌بینانه و دقیق موقعیت‌های استرس‌آور، مهمترین مسأله در این زمینه محسوب می‌شود.

مقابله با هیجان‌های منفی

آسایش و رفاه هیجانی، توانایی احساس کردن و ابراز دامنه کامل هیجان‌های بشری و کنترل کردن آنهاست. شاید چنین کاری غیرممکن بنظر برسد ولی غیرممکن نیست و یادگیری مجدد و تمرین را می‌طلبد. این قسمت از برنامه آموزش مهارت‌های زندگی مبتنی بر این فرض است که اگر فرد هیجان‌های خود را بپذیرد و از چگونگی تأثیر آنها بر رفتار خود آگاه باشد، بهتر می‌تواند با چالش‌ها و تعارض‌های زندگی مقابله کند. این اطلاعات می‌تواند به افراد کمک کند تا بر بخش مهمی از زندگی خود کنترل داشته و مسئولیت واکنش‌های خود را نسبت به حوادث و سایر افراد بپذیرند. این فرایند یادگیری و اداره هیجان‌ها، مبتنی بر دو عنصر اصلی است: ۱- خود - ارزیابی ۲- خود - انضباطی

خود - ارزیابی

هدف اصلی این قسمت آن است که افراد یاد بگیرند که بسیاری از هیجان‌ها طبیعی و بهنجار هستند. در این مرحله افراد با هیجان‌های مختلف آشنا شده و سپس به آنها آموزش داده می‌شود تا آنها را بپذیرند، درست و دقیق تشخیص دهند و مسئولیت آنها را قبول کنند. البته بر این نکته نیز تأکید می‌شود که اگرچه تجربه هیجان‌های مختلف، طبیعی و قابل قبول است. ولی هر نوع واکنش رفتاری به آن قابل پذیرش و بهنجار نیست. برای مثال عصبانی‌شدن، یک هیجان طبیعی است، ولی واکنش رفتاری پرخاشگری، طبیعی و قابل پذیرش نیست.

خود - انضباطی

در این قسمت به افراد آموزش داده می‌شود که آنها کاملاً تحت فرمان هیجان‌هایشان نیستند، بلکه حق انتخاب داشته و می‌توانند الگوهای هیجانی را که سالم و سازنده هستند، انتخاب کنند. در این قسمت، راه‌های تغییر شکل تجارب منفی و ناخوشایند به چالش‌های مثبت تمرین می‌شود و افراد یاد می‌گیرند که چگونه هیجان‌های خود را با نشان‌دادن واکنش‌های مثبت و سازنده کنترل کنند و فرصت تمرین چنین کاری نیز فراهم می‌شود. نتایج پژوهشی نشان داده است که وقتی شخصی یک الگوی پاسخ هیجانی را بدست می‌آورد، از همین الگو در موقعیت‌های مشابه استفاده می‌کند. بنابراین وقتی به افراد کمک می‌شود تا از الگوی هیجانی خود آگاه شده و یاد بگیرند که انرژی هیجانی خود را بصورت سازنده‌ای کانالیزه کنند، این یادگیری، نحوه مقابله با بسیاری از موقعیت‌های زندگی را دگرگون خواهد کرد.

در برنامه آموزش مهارت‌های زندگی بر آموزش مقابله با هیجان منفی خشم تأکید خاصی می‌شود، زیرا یکی از هیجان‌های شایعی است که سازگاری فرد را بخطر انداخته و مسائل و مشکلات زیادی را ببار می‌آورد. بهمین دلیل در اینجا اشاره مختصری به این مهارت می‌شود.

مهارت مقابله با خشم

خشم در شکل اصلی آن، هیجان بقاء است که در تمامی حیوانات وجود دارد. داروین آن را رفلکس غضب می‌نامید و معتقد بود که برای بقاء تمامی انواع، ضروری است. البته، اگرچه این رفلکس در تمامی حیوانات غریزی است، ولی انسان‌ها توانایی تفکر هشیار را با آن ترکیب کرده و نوعی خشم را بوجود آورده‌اند که قابل مقایسه با حیوانات نیست. انسانها تنها موجوداتی هستند که می‌توانند خشم را برای گرفتن انتقام به تأخیر انداخته و برای دلایل ظاهراً غیرقابل توضیح، رفتار پرخاشگرانه‌ای داشته باشند. نکته مهم آن است که اگرچه هیجان خشم ظاهراً جهان شمول است، ولی رفتار پرخاشگرانه ماهیت غریزی ندارد، یعنی بخشی از ساختار ژنتیکی انسان نیست.

الگوی آموزشی مهارت مقابله با هیجان خشم شامل هشت مرحله است که در زیر بطور مختصر به آن اشاره می‌شود.

۱- تعریف هیجان خشم و پذیرش آن بعنوان یک هیجان طبیعی و عمومی

۲- جداکردن هیجان خشم از واکنش رفتاری به آن

۳- توضیح راههای نامناسب ابراز خشم

۳/۱ جسمانی کردن

۳/۲ تنبیه کردن خود (پرخوری، مصرف سیگار یا مواد)

۳/۳ انفجاری (فیزیکی و کلامی)

۳/۴ غیرمستقیم (مانند طعنه و کنایه زدن)

۴- شناخت پیامدهای راههای نامناسب ابراز خشم

۵- آموزش راههای مثبت ابراز خشم

۵/۱ تکنیک‌های آرام سازی

۵/۲ گفتگوهای درونی مثبت

۵/۳ صحبت کردن با دوستان صمیمی

۵/۴ تکنیک حل مسأله

۶- شناخت پیامدهای راههای مثبت ابراز خشم

۷- تمرین راههای مثبت ابراز خشم

۸- ارائه برگه راهنما

۲- ۸- رشد مهارت‌های اجتماعی

مهارت‌های ارتباطی و روابط بین فردی تحت عنوان کلی مهارت‌های اجتماعی طبقه‌بندی می‌شوند. مهارت‌های اجتماعی، توانایی برقراری روابط بین فردی با دیگران است، به نحوی که از نظر جامعه قابل قبول، ارزشمند و منطبق بر عرف جامعه بوده و در عین حال برای شخص سودمند و بهره‌ای دوجانبه داشته باشد. باتوجه به این تعریف می‌توان گفت که مهارت‌های اجتماعی شامل مهارت‌های اصلی ارتباط با دیگران، سازگاری با آنها، مهارت‌های دوستیابی و مهارت‌های حل تعارض‌های بین فردی است.

در زمینه سوءمصرف مواد، دو طبقه وسیع آموزش مهارت‌های اجتماعی مورد استفاده قرار می‌گیرد: مهارت‌های ارتباطی و مهارت‌های ابراز وجود. در آموزش مهارت‌های ارتباطی، چگونگی مکالمه با دیگران شامل مهارت گوش‌کردن، حرف‌زدن و حل تعارض‌های بین فردی آموزش داده می‌شود و در آموزش مهارت ابراز وجود، جنبه‌های کلامی و غیرکلامی ابراز وجود تعریف و مورد توجه قرار می‌گیرد.

مهارت‌های ارتباطی

مهارت‌های ارتباطی خوب نقش قابل ملاحظه‌ای در سلامت ذهنی، اجتماعی، هیجانی، فیزیکی و معنوی افراد بازی می‌کند. بخش اعظم هر روز به ارتباط برقرارکردن با دیگران می‌گذرد و هر چه افراد بیشتر بتوانند نیازهای خود را بیان کرده و نیازهای دیگران را درک کنند، از بهداشت روانی بهتری برخوردار خواهند بود. ارتباط، چیزی به مراتب فراتر از یک مکالمه و گفتگوی ساده بوده و یک فرایند پویا و مداوم از انتقال اطلاعات و معنا از فردی به فرد دیگر است. در اینجا، مفهوم اصلی، معنا است. ارتباط

وقتی موفقیت‌آمیز است که هر دو طرف، اطلاعات بیان شده را بفهمند و معنای آن را نیز درک کنند.

مهارت گوش دادن

از طریق ارتباط گفتاری، قادر خواهیم بود تا معانی را پیدا، پیگیری، آزمایش و بیان کنیم. زیرا گفتار یک جریان منحصر به فرد در ارتباط سمبلیکی است که مستلزم تأثیر متقابل بین افراد می‌باشد. در حالی که ارتباط به تنهایی همه چیز نیست، ولی در واقع یک جریان اصولی اجتماعی است که تمام جریانات جامعه، بعنوان یک فن اجتماعی، بدان متکی است.

ارتباط گفتاری، شامل کلیه عواملی است که به خاطر یک فرد و یا توسط او - در حالی که می‌کوشد قرابت ارتباطی (Communicative Relationships) با دیگران برقرار نماید، بکار گرفته می‌شود. قرابت ارتباطی مستلزم یک رابطه متقابل (Reciprocal Bond) با فرد دیگر است. رابطه‌ای که در عین حال مقدمه، نتیجه، علت و متقارن با تأثیر متقابل (مراوده) است.

در این زمینه محققان ارتباطات را در چهار مقوله، خواندن، نوشتن، صحبت کردن و گوش دادن تقسیم می‌کنند، تأثیر متقابل مؤثر در صحبت کردن و گوش دادن، نیاز به ارتباط کاملاً نزدیک بین شرکت‌کنندگان دارد. نوشتن و چاپ کردن اثر زیادی بر ثبت نظرات دارند، ولی تأثیر متقابل (مراوده) - اصلی که بنیان حافظه را تشکیل می‌دهد - همان زبان شفاهی یا گفتاری است.

شاید گوش دادن آخرین مهارت جامع تحول یافته فرد باشد. هر فردی نوعاً ۸۰-۷۰٪ از ساعات بیداری‌اش را در فعالیتهای ارتباطی کلامی می‌گذارند، از این مقدار تقریباً ۴۲٪ صرف گوش دادن می‌شود. مردم تقریباً ۳۲٪ از زمان بیداریشان را صحبت می‌کنند، ۱۵٪ از این زمان را می‌خوانند و تنها در حدود ۱۱٪ از این زمان را می‌نویسند.

عمل گوش دادن و صحبت کردن نقشهایی هستند که معمولاً در مطالعه ارتباط گفتاری وجود دارند، بطور متوسط تأثیر متقابل (مراوده‌های) گفتاری، ۷۵٪ وقت ارتباطی ما را

دربرمی گیرد. بیشترین تأثیر متقابل (مراوده) بین مردم، به گفتار بستگی دارد و کمترین آن به نوشتار.

گوش دادن به عنوان یک مهارت قابل آموزش:

تلاشهای اولیه کودک برای ایجاد ارتباط شامل حرکات و صداهای کاملاً ناهماهنگ است و بتدریج می فهمد که صداها و حرکات معینی منجر به بروز پاسخهای ویژه ای می شوند (مثلاً وقتی گریه می کند، مورد توجه قرار می گیرد). در نتیجه آن تلاش ها تثبیت شده، کلیت کمتری پیدا می کند.

معیارها و اشکال زبان کودک، بوسیله تماس با اطرافیان بویژه والدین، رشد می کند.

اولین گفتار، تقریباً در اولین لحظه تنفس، فراگرفته می شود، طفل به سرعت سازش با مادر و ایجاد نوازش متقابل برای برآوردن نیازهایش را می آموزد. معیارهای عمل گفتاری بین این دو نفر ممکن است برای شرایطی غیر از این دو، نامناسب باشد و این پیامها برای اشخاص دیگر به راحتی قابل درک نباشد.

در سطوحی بالاتر از این مراحل اولیه، عادات ارتباط گفتاری کودک پیش دبستانی ممکن است فقط برای محیط محدود اطراف او مناسب باشد. همانگونه که دنیای اجتماعی او گسترش می یابد، می فهمد که سازش دادن عادات ارتباط گفتاری، بزرگترین موفقیت است. اگر معیارهای اصلی ارتباط گفتاری ضعیف باشد و برای تأثیر متقابل اجتماعی وسیعتری بکار نرود، کودک تا حد زیادی از نظر اجتماعی محروم و عقب افتاده خواهد بود. این محرومیت حاصل از عادات غلط ارتباط گفتاری، زیادتر و متداولتر از آن است که ما می دانیم، یا در صورت دانستن به آن اقرار می کنیم.

در ارائه تعریفی از گوش دادن محققین در مورد جدا بودن فرآیند پیچیده «گوش دادن» از فرآیند ساده تر زیست شناختی «شنیدن» توافق دارند. گوش دادن قسمت اصلی فرآیند ارتباط گفتاری است و به اندازه عمل انتقال پیام مهم است. بدون هر کدام از این دو،

ارتباط گفتاری به وقوع نمی‌پیوندند. گوش‌دادن همانند دقت و ادراک، فرآیندی دائماً متغیر است و مانند فرآیندهای دیگر تحت تأثیر احساسات، اهداف و سیستم‌های انگیزشی فردی قرار می‌گیرد. انجمن ارتباطات گفتاری (SCA) در سال ۱۹۸۴ برای اولین بار تعریف مناسبی برای گوش‌دادن را پذیرفت. این تعریف بر مفهوم درک و شبیه‌سازی (assimilation) افکار با بکارگیری زبان گفتاری تأکید دارد. گرچه تأکید بر گفتار است، اما پیامهای غیرکلامی در مهارتهای اصلی فرد بعنوان اجزای فردی مورد توجه قرار گرفته است.

گوش‌دادن یک فرآیند دریافتی و شبیه‌سازی افکار و اطلاعات از طریق پیام‌های کلامی است. گوش‌دادن مفید شامل درک انتقادی و لفظی (Literal) افکار و اطلاعات است که در زبان شفاهی رد و بدل می‌شود. تعریف SCA شامل دو جزء فرعی (Sub Competency) می‌شود و مهارتهای اصلی فرد برای نشان‌دادن هر کدام از موارد زیر باید پذیرفته شود.

اجزای فرعی A :

شنونده افکار و اطلاعات رد و بدل شده را از طریق زبان شفاهی درک می‌کند. شنونده باید مهارتهای اصلی ذیل را داشته باشد:

الف) فکر اصلی را تشخیص دهد.

ب) جزئیات حمایت‌کننده را مشخص سازد.

ج) ارتباط آشکار بین افکار را مشخص سازد.

د) افکار اساسی و جزئیات را بیاد آورد.

اجزاء فرعی B :

شنونده افکار و اطلاعات رد و بدل شده از طریق زبان شفاهی را درک می‌کند، شنونده باید مهارت‌های اصلی ذیل را داشته باشد:

الف) با ذهنی روشن توجه کند.

ب) منظور گوینده و ترتیب افکار و اطلاعات را دریافت کند.

- ج) بین بیان حقایق و بیان عقاید تفاوت بگذارد.
- د) بین بحث‌های هیجانی و منطقی تفاوت بگذارد.
- ه) تعصب و جانبداری را کشف کند.
- و) نگرش گوینده را تشخیص دهد.
- ز) با استنباط‌های منطقی و نتیجه‌گیری، ارزیابی و ترکیب کند.
- ح) دلالت‌ها و بحث‌ها را بیاد بیاورد.
- ط) بین پیام‌های کلامی / و غیرکلامی گوینده تفاوت بگذارد.
- ی) فنون شنیداری فعال را هر وقت که لازم است به کار گیرد.

عناصر کلیدی در ارتباط مؤثر

۱- خود افشاسازی (Self-disclosure) - خود افشاسازی به معنی در میان گذاشتن اطلاعات شخصی خود با دیگران و اجازه‌دادن به آنها برای دیدن خود واقعی ما است. البته نباید این کار را با داستان‌گویی یا بیان اسرار شخصی اشتباه گرفت، زیرا نوعی فرایند آشکارکردن افکار، احساسات و باورهای درونی برای طرف مقابل است. برای بهبود این مهارت باید (۱) خود را شناخت (۲) خود را پذیرفت و (۳) زمینه مطمئن و امنی را برای این کار انتخاب کرد.

۲- روشن و شفاف کردن - این کار بخصوص در مواقعی که بین فرد و طرف مقابل سوءتفاهم وجود دارد و منظور گوینده برای فرد مبهم است، اهمیت پیدا می‌کند. در چنین مواردی می‌توان از گوینده خواست تا منظور خود را روشن کند. هم‌چنین باید سعی شود تا این کار را در اوایل صحبت انجام داد تا از اتلاف وقت و افزایش سوءتفاهم جلوگیری کرد.

۳- واری کردن مفروضات و نتیجه‌گیری‌ها - وقتی فرد تحت فشار قرار دارد و یا با مسائل دیگری مشغولیت ذهنی دارد، ممکن است یک سری نتیجه‌گیری‌های شتابزده از صحبت‌های دیگران بکند که مشکلات زیادی را در روابط بین فردی به وجود می‌آورد. در چنین وضعیتی، باید سعی شود استنباط‌ها و نتیجه‌گیری‌ها را با گوینده در میان گذاشته و آنها را واری کرد.

۴- استفاده از سؤالات باز و بسته - سؤال کردن علاوه بر اینکه می‌تواند بخشی از فرایند شفاف‌کردن و واریسی نتیجه‌گیری‌های شتابزده باشد، راه خوبی برای شروع یک ارتباط است. در چنین مواردی می‌توان ارتباط را با یک سؤال باز آغاز کرده و از طرف دعوت کرد تا پاسخ دهد. سؤالات باز، سؤالاتی هستند که با چه، کدام، چرا، کجا و چه وقت شروع می‌شود. سؤالات بسته، وقتی مورد استفاده قرار می‌گیرد که به دنبال اطلاعات خاصی هستیم.

۵- استفاده از جملاتی که با «من» شروع می‌شود - یکی از مهمترین شیوه‌های ارتباط مؤثر که حاکی از اعتماد بنفس و پذیرش مسئولیت است، استفاده از جملاتی است که با «من» شروع می‌شود. این جملات نشان می‌دهد که به خود اعتماد داشته و می‌توانیم مسئولیت احساسات و افکارشان را بپذیریم. از طرف دیگر، چنین جملاتی دیگران را تشویق می‌کند که پاسخ‌های روشن و مستقیمی بدهند.

۶- تفاوت گذاشتن بین احساسات و افکار - در مکالمات باید بین احساسات و تصورات و افکار و دانش فرد متمایز گذاشت. بین این دو جمله که «من می‌دانم تو با من موافقی» و «تصور می‌کنم با من موافقی» تفاوت زیادی وجود دارد. وقتی به طرف مقابل گفته می‌شود «من می‌دانم....» در حقیقت فرصت اظهارنظر از او سلب شده است و اگر این فرض درست نباشد، فرد مقابل فرصت تصحیح آن و جلوگیری از سوءتفاهم را پیدا نمی‌کند. در مقایسه، وقتی از کلماتی همچون «تصور می‌کنم و احساس می‌کنم»، استفاده می‌شود، به دیگران فرصت داده می‌شود تا نظر خود را بیان کنند و مشارکت بیشتری در ارتباط متقابل داشته باشند و همین امر علاقه آنان را به حفظ ارتباط افزایش می‌دهد.

۷- مثبت حرف زدن - یکی از راههای بهبود ارتباطات، استفاده از کلمات مثبت در حین صحبت و گفتگو است. این مسئله بخصوص وقتی اهمیت زیادی پیدا می‌کند که طرف مقابل نگران موضوعی است و دلداری با او مفید است. برای مثال در چنین مواردی به جای اینکه به فرد گفته شود «نگران نباش، مشکل خاصی وجود ندارد» که در

آن از دو کلمه منفی «نگران» و «مشکل» استفاده شده، می‌توان گفت «مسائلی وجود دارد ولی مطمئنم که آن را حل خواهید کرد». البته باید بخاطر داشت که مثبت حرف‌زدن، انکار مشکلات نیست، بلکه صحبت کردن با واژه‌های مثبت در مورد آن است.

ابراز وجود (Assertiveness)

آموزش ابراز وجود تاریخچه طولانی در رفتار درمانی داشته و توجه زیادی را به خود جلب کرده که بازتاب اهمیت این جنبه از تعامل اجتماعی در بسیاری از زمینه‌های زندگی است. برای ابراز وجود، تعاریف مختلفی ارائه شده که در اینجا به دو تعریف اشاره می‌شود:

«احقاق حقوق شخصی و بیان مستقیم، صادقانه و مناسب احساسات و باورها که با احترام به حقوق دیگران همراه است» (لانگ، ۱۹۷۹). «رفتاری که فرد را قادر می‌سازد تا براساس مهمترین علائق خود عمل کند، بدون اضطراب از حق خود دفاع نماید، احساسات خود را صادقانه و راحت بیان کند و حقوق شخصی خود را بدون زیر پا گذاشتن حقوق دیگران بدست آورد» (آلبرتی ۱۹۸۲).

ابراز وجود شامل هفت طبقه پاسخ است:

- ۱- بیان عقاید غیرمتعارف یا متفاوت
- ۲- بیان تقاضای تغییر رفتار دیگران
- ۳- امتناع از پذیرش تقاضاهای غیرمعقول دیگران
- ۴- پذیرش عیوب و نواقص شخصی
- ۵- ارائه و دریافت تعریف و تحسین
- ۶- آغازکردن و حفظ تعاملات
- ۷- بیان احساسات مثبت

البته، بیشتر تلاشهای آموزشی اختصاص به سه مورد اول دارد، زیرا این جنبه از ابراز وجود برای افراد بسیار دشوار می‌باشد.

سبک‌های مختلف رفتار بین فردی

قبل از آموزش ابراز وجود، باید سه سبک اصلی رفتار بین فردی برای افراد توضیح داده شود تا سبک غالب رفتار بین فردی خود را در موقعیت‌هایی که مستلزم ابراز وجود است، بشناسند.

۱- سبک رفتاری منفعل - در این شیوه فرد طوری رفتار می‌کند که دیگران براحتی می‌توانند افکار، احساسات و حقوق وی را نادیده بگیرند. چنین فردی بدون توجه به احساس خود، موافقت می‌کند، عقایدش را بیان نمی‌کند و برای خود اهمیت و ارزش کمتری از دیگران قائل است. در این سبک رفتاری، هدف خشنودکردن دیگران و اجتناب از تعارض به هر قیمتی است. فرد منفعل جملاتی شبیه این را می‌گوید «خوب، نمی‌دانم... فکر نمی‌کنم کار درستی باشد». رفتارهای غیرکلامی این سبک رفتاری نیز شامل عدم تماس چشمی، به پائین نگاه کردن، این پا و آن پا کردن و با صدای بسیار آهسته صحبت کردن است.

۲- سبک رفتاری پرخاشگرانه - در این سبک، فرد برای احقاق حقوق خود، حقوق دیگران را تهدید کرده یا آن را زیر پا می‌گذارد. چنین فردی احساسات و عقاید خود را بعنوان یک سری مسائل مطلق بیان می‌کند، برای خود ارزش بالاتری از دیگران قائل است، سرزنش می‌کند، تهمت می‌زند و تهدید می‌کند. در اینجا هدف برنده شدن به هر قیمتی و بدون توجه به دیگری است. فرد پرخاشگر جملاتی شبیه این را می‌گوید: «تو یک احمق، پیشنهاد خیلی احمقانه‌ای دادی». رفتارهای غیرکلامی این سبک نیز شامل نگاههای خیره و گستاخانه، صدای بلند و خشن، دادن زدن، حمله کردن و تهاجم می‌باشد.

۳- سبک رفتاری ابراز وجود - در این سبک فرد از حقوق خود دفاع می‌کند و در عین حال حقوق دیگران را نیز در نظر می‌گیرد. چنین فردی احساسات و عقاید شخصی خود را بیان می‌کند و برای خود و دیگران ارزش یکسانی قائل است. در اینجا هدف تضمین حقوق هر دو طرف است. چنین فردی جملاتی شبیه این را می‌گوید «نه، انجام این کار درست نیست، من نمی‌خواهم دچار دردسر شوم». رفتارهای غیرکلامی این

سبک شامل تماس چشمی با طرف مقابل، با صدای مناسب، محکم و با اطمینان حرف زدن و یک وضعیت اندامی حاکی از اعتماد به نفس است.

آموزش ابراز وجود

برای آموزش ابراز وجود از تکنیک‌های مختلفی استفاده می‌شود که در زیر به دو تکنیک اشاره می‌شود. در تکنیک اول، آموزش ابراز وجود در قالب تدوین یک فیلمنامه صورت می‌گیرد. این تکنیک شامل شش مرحله است:

۱- در مرحله اول سه سبک رفتار بین فردی منفعل، پرخاشگر و ابراز وجود معرفی و تعریف می‌شود.

۲- در مرحله دوم یک موقعیت اجتماعی شرح داده می‌شود و از فرد می‌خواهند تا واکنش خود را بنویسد. بدین ترتیب سبک غالب رفتار بین فردی وی مشخص می‌گردد.

۳- در این مرحله یک موقعیت مشکل را به فرد داده و یا از او می‌خواهند تا موقعیتی را که در آن مشکل دارد، بیان کند. سپس از وی خواسته می‌شود تا این موقعیت را با استفاده از موارد زیر بطور دقیق توصیف کند: با چه کسی در این موقعیت، مشکل دارد، زمان و مکان آن چیست، چه دردسر و مشکلاتی را برای فرد بوجود می‌آورد، اگر ابراز وجود کند، می‌ترسد چه اتفاقی بیفتد و در نهایت هدف وی چیست.

۴- در این مرحله به فرد آموزش داده می‌شود که یک فیلمنامه برای تغییر الگوی رفتاری خود بنویسد. این فیلمنامه در واقع یک نقشه عملی برای مقابله همراه با ابراز وجود با مشکل است که شامل شش قسمت است:

۴/۱- شناخت حقوق، خواسته‌ها، نیازها و احساس‌ها. در این قسمت فرد باید به جای دلسوزی برای خود، هدف را دوباره تعریف و به ذهن بسپارد.

۴/۲- تعیین یک زمان و مکان مناسب تا درباره موضوع مورد نظر با طرف مقابل صحبت کند.

۴/۳- تعریف کاملاً اختصاصی مشکل برای طرف مقابل (این کار برای تمرکز بر روی بحث ضروری است. در این مرحله فرد حقایق را از دیدگاه خود بیان کرده و عقاید و باورهایش را مطرح می‌کند).

۴/۴- توصیف احساس خود برای طرف مقابل تا وی بفهمد که این موضوع چقدر برای او اهمیت دارد. برای این کار باید از جملاتی که با «من» شروع می‌شود، استفاده کرد، زیرا احساس فرد را بدون ارزیابی و یا سرزنش کردن دیگران بیان می‌کند. نکته مهم در این قسمت آن است که حتماً این جملات با رفتار طرف مقابل ارتباط داده شود.

۴/۵- بیان خواسته‌ها و تقاضاها در یک یا دو جمله‌ای که فهم آن آسان است. در این قسمت به فرد آموزش داده می‌شود که به جای اینکه انتظار داشته باشد، طرف مقابل ذهن وی را بخواند و بصورت جادویی نیازهایش را ارضا کند، آنها را بصورت واضح بیان کرده و محکم ولی نه آمرانه تقاضای خود را مطرح کند.

۶- تقویت طرف مقابل برای برآورده کردن تقاضاها و خواسته‌ها. بهترین تقویت، توصیف پیامدهای مثبت است ولی اگر طرف مقابل فردی مقاوم و سرسخت است، بهتر است پیامدهای منفی همکاری نکردن توصیف شود. این کار متفاوت از تنبیه بوده و برای صدمه زدن به دیگری نیست، بلکه صرفاً برای محافظت کردن از خود می‌باشد.

۷- در این مرحله افراد باید موقعیت‌هایی را که در آن مشکل دارند، از قبل مشخص کرده و این فیلمنامه را برای آنها بنویسند و تمرین کنند. آنها می‌توانند آن را جلوی آینه یا جلوی چند دوست تمرین کنند. نوشتن چنین فیلمنامه‌هایی به افراد کمک می‌کند که نیازهای خود را روشن کرده و اعتماد آنها را به خود افزایش می‌دهد.

تکنیک دوم آموزش ابراز وجود، یک تکنیک مختصر و سه مرحله‌ای است که مخصوص موقعیت‌هایی است که زمان یا انرژی کافی برای نوشتن فیلمنامه وجود ندارد:

۱- توضیح دادن افکار خود درباره آن موقعیت خاص - این توضیح دادن باید تا جای ممکن براساس حقایق عینی باشد نه استنباط‌هایی در مورد انگیزه‌ها و احساسات طرف مقابل.

۲- بیان احساس‌های خود درباره آن موقعیت خاص - برای توضیح واکنش‌های هیجانی خود نسبت به مشکل باید از جملاتی که با «من» شروع می‌شود، استفاده شود. در این مرحله نباید احساس‌ها را بصورتی بیان کرد که طرف مقابل مسئول ایجاد چنین احساس‌هایی است، بلکه باید پیام اصلی، تلاش برای حل مسئله باشد، نه سرزنش کردن طرف مقابل.

۳- بیان خواسته‌ها و تقاضاها - در این قسمت باید از بیان خواسته‌های خود در قالب کلمات و عبارات کلی اجتناب کرده و آنها را بصورت کاملاً اختصاصی مطرح کرد تا طرف مقابل دقیقاً بداند که خواستار تغییر کدام جنبه از رفتار وی هستند.

بنابراین در این تکنیک به فرد آموزش داده می‌شود که هر وقت با موقعیتی روبرو شد که مستلزم دادن یک پاسخ فوری است، بسرعت سه جمله زیر را بخاطر آورد:

- من فکر می‌کنم....

- من احساس می‌کنم....

- من می‌خواهم....

آموزش مهارت «نه» گفتن به پیشنهادات و تقاضاهای غیرمعقول

همانطور که ذکر شد یکی از انواع هفت‌گانه پاسخ‌های ابراز وجود، مهارت امتناع از پذیرش تقاضاهای غیرمعقول دیگران است که از آنجایی که در آغاز و عود سوء‌مصرف مواد نقش مهمی دارد، به آن اشاره می‌شود. این مهارت شامل دو خرده مهارت است:

۱- مهارت «نه» گفتن به خود

۲- مهارت «نه» گفتن به دیگران

مهارت نه گفتن به خود

اکثر افراد فکر می‌کنند که فشار دیگران موجب می‌شود که به رفتارهای ناسالم و خطرناک رو بیاورند. ولی درواقع، در برخی از موارد این فشارها از درون خود فرد بوده و ناشی از صحبت‌های درونی با خود می‌باشد. آگاه‌شدن از این گفتگوهای درونی و تمرین مقابله مؤثر با آن به افراد کمک می‌کند که رفتارهای مسئولانه‌تر و سالم‌تری داشته باشند.

تقریباً هر فرد می‌تواند مواردی را بنخاطر بیاورد که با اینکه کسی او را برای انجام کاری تحت فشار قرار نداده بود، احساس می‌کرد که برای انجام آن تحت فشار است. در چنین مواقعی، واقعاً می‌خواسته «نه» بگوید، ولی گویی چیزی مانع از این کار می‌شده است. درواقع، فشاری که در چنین موقعیت‌هایی حس کرده، ناشی از چیزهایی بوده که به خود می‌گفته است. این جملات نقش یک فشار درونی را باز می‌کند که موجب می‌شود فرد کارهایی را انجام دهد که قصد انجام آن را نداشته است. چند نمونه از جملاتی که نشان می‌دهد افراد تحت فشار درونی قرار دارند، شامل موارد زیر است:

- فقط همین یک بار، یک کمی ضرری نمی‌زند!

- می‌توانم خودم را کنترل کنم، یک دفعه عیبی ندارد.

- همه این کار را می‌کنند!

- من مضطرب و ناراحتم، من را آرام می‌کند.

- نمی‌خواهم مرا طرد کنند.

- اگر این کار را نکنم، فکر می‌کنند من...

برای رهاشدن از این فشار درونی، یک فرایند سه مرحله‌ای آموزش داده می‌شود:
- فرد باید محکم و قاطع به خود بگوید، نه، نمی‌خواهم این کار را انجام دهم.
- فرد باید محکم بگوید «نه» و یک یا چند دلیل را ذکر کند. این دلیل می‌تواند قانونی، هیجانی، مربوط به سلامتی و یا سایر پیامدهایی باشد که به فرد و دیگران صدمه می‌زند.

- فرد باید فعالیت دیگری مثل تماشاکردن تلویزیون، ورزش یا صحبت کردن با سایرین را انتخاب کند.

- فرد باید در صورت لزوم صحنه را ترک کرده و بطور کلی از آن اجتناب کند.

مقاومت در برابر فشار گروهی

همه افراد در زمان‌های خاصی تحت تأثیر فشار گروهی برای انجام رفتارهای خاصی بوده‌اند و گاه مجبور شده‌اند که علی‌رغم میل باطنی خود، رفتاری را که گروه از آنها می‌خواهد، انجام دهند. وقتی این فشار گروهی مربوط به مسائل جمعی مثل سوءمصرف مواد یا شرکت در کارهای غیرقانونی می‌شود، نداشتن مهارت مقاومت در برابر فشار گروهی و نه گفتن، پیامدهایی را به بار می‌آورد که گاه تا آخر عمر زندگی ما را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

آموزش مهارت «نه» گفتن به فشارهای گروهی در قالب یک فرایند سه مرحله‌ای صورت می‌گیرد که در حقیقت ترکیبی از مهارت‌های تفکر انتقادی و تصمیم‌گیری است که قبلاً توضیح داده شد:

۱- سؤال کردن

فرد باید درباره موقعیت سؤالاتی از خود یا طرف مقابل بپرسد، و تصمیم بگیرد که آیا این موقعیت پیامدهای منفی بدنبال دارد یا خیر. این پیامدها شامل پیامدهای منفی کوتاه‌مدت و بلندمدت برای خود و دیگری است.

۲- نه گفتن

اگر فرد در نتیجه پرسیدن سؤالات متوجه شد که آن موقعیت پیامدهای منفی بدنبال دارد، بصورت قاطع و محکم و با استفاده از نشانه‌های غیرکلامی ابراز وجود، «نه» بگوید و در صورت تمایل یک یا چند دلیل «نه» گفتن خود را نیز ذکر کند.

۳- شناخت راههای دیگر

فرد باید راههای مثبت را بشناسد و یکی از آنها را پیشنهاد دهد. اگر طرف مقابل نپذیرفت آنجا را ترک کند.

البته در صورتی که فرد با کسانی مواجه است که اهداف آنها کاملاً برای او روشن است، لازم نیست مرحله اول و سوم را طی کند. قاطعانه «نه» بگوید و مطمئن باشد کار درستی انجام می‌دهد.

حل تعارض‌های بین فردی

اختلاف نظر و تعارض در ارتباطات بین فردی امری کاملاً طبیعی و اجتناب‌ناپذیر است که به دلیل منحصر بفرد بودن هر انسانی بوجود می‌آید. تعارض، بخودی خود بد و زیان‌بخش نیست و در واقع اگر بصورت سازنده‌ای حل و فصل شود، سبب رشد افراد نیز می‌گردد. از آنجایی که تعارض نوعی مسئله و مشکل محسوب می‌شود، بنابراین همان اصول فرایند حل مسئله در مورد آن صدق می‌کند. مراحل حل تعارض‌های بین فردی عبارتند از:

۱- پذیرش اختلاف نظر و تعارض بعنوان یک امر کاملاً طبیعی

۲- تعیین مشکل و احساس‌های حاصل از آن

۳- شناخت تمامی راه‌حل‌های ممکن

۴- ارزیابی راه‌حل‌ها و انتخاب راه حلی که برای هر دو طرف قابل پذیرش است.

۵- بررسی تأثیر راه حل

از آنجایی که در تعارض‌های بین فردی با حل مسئله بین دو موجود انسانی سروکار داریم، یک سری استراتژی‌های اضافی نیز پیشنهاد می‌گردد:

۱- باید قبل از اینکه بتوان کنترل احساسات و رفتار را در دست گرفت، حرفی نزد و فقط سعی کرد تا خود را به آرامش رساند.

۲- باید فقط در مورد یک موضوع بحث کرد و موضوعات دیگر را پیش نکشید.

۳- باید از زبان «من» استفاده کرد. در این روش، فرد بصورت عینی رفتار دیگری را شرح داده و می‌گوید که رفتار وی چه تأثیری بر روی او گذاشته است. اینگونه جملات در مقایسه با جملاتی که مرتب با واژه «تو» شروع می‌شود، کمتر متهم‌کننده و سرزنش‌کننده بوده و واکنشهای دفاعی و پاسخهای خصمانه کمتری را تحریک می‌کند. البته، در برخی موقعیت‌ها ممکن است استفاده از زبان «من» حاکی از خودخواهی و عدم توجه به شخص مقابل باشد. به همین دلی در چنین مواردی بهتر است که از زبان «ما» استفاده کنیم. (برای مثال ما باید در مورد ... صحبت کنیم. هیچیک از ما نباید موجب رنجش دیگری شود).

۴- باید از گفتن کلماتی که بار قضاوتی داشته و حاکی از یک ارزیابی است (مانند بی‌ملاحظه، نادان و...) اجتناب شود. در چنین مواردی باید سعی کرد بدون برچسب زدن به طرف مقابل، از جملات توصیفی برای بیان احساسات خود استفاده کرد.

۵- نباید از جملات مطلق استفاده کرد، زیرا جلوی ابراز عقاید دیگران را گرفته و ارتباط را محدود می‌کند. باید به دیگران نیز فرصت اظهارنظر داد.

۶- باید در انتقادات اختصاصی عمل کرد و از بیان انتقادات کلی اجتناب نمود. بیان انتقادات در جملات کلی مانند «تو بی‌ملاحظه‌ای»، هیچ کمکی به حل تعارض نخواهد کرد زیرا طرف مقابل نمی‌داند کدام جنبه از رفتار وی مورد انتقاد قرار می‌گیرد و بنابراین نمی‌داند کدام رفتار خود را باید اصلاح کند.

۷- باید انتقاد و تعریف را با هم ترکیب کرد. اگرچه انتقاد سازنده موجب رشد مثبت می‌شود، ولی همراه نبودن آن ذکر جنبه‌های مثبت طرف مقابل، به تعاملات منفی دامن می‌زند. همیشه باید انتقاد سازنده را با تعریف و ذکر نکات مثبت شروع کرد.

آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد به مخاطبین خاص

۱- مقدمه

کودکان و نوجوانان، ثروت و آینده نزدیک هر جامعه‌اند. لذا برای هرگونه اقدام پیشگیرانه در جهت کاهش سوء مصرف مواد، سرمایه‌گذاری اساسی باید بر این جمعیت متمرکز شود.

در این قسمت سعی شده گروه کودکان و نوجوانان به تفکیک سن، مورد بررسی قرار گرفته و مشخص شود که چگونه می‌توان این افراد را تحت تأثیر قرار داده و آنها را از مصرف مواد مصون داشت.

در ضمن سعی شده توصیه‌هایی برای افراد مؤثر بر کودکان و نوجوانان (والدین، معلمان و کلاً افراد جامعه) به منظور پیشگیری از سوء مصرف مواد، در انتهای این بخش گنجانده شود.

۲- آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد در کودکان ۵ تا ۸ ساله

برای پیشگیری از سوء مصرف مواد در این گروه سنی ابتدا باید اطلاعات زمینه‌ای در مورد آنها داشت.

۲-۱- اطلاعات زمینه‌ای در مورد کودکان مقطع پیش دبستانی تا پایه سوم ابتدایی (۵ تا ۸ سالگی)

دامنه تحول در این گروه بسیار متنوع است؛ زیرا از کودکان ۵ ساله که از لحاظ اجتماعی، جسمانی، و هیجانی نابالغانند تا ۸ ساله که در مرز نوجوانی قرار دارند، در این گروه جای می‌گیرند.

کودکان این پایه‌های تحصیلی، خوش‌بین و مشتاق هستند به یادگیری علاقه‌مندند و برای رسیدن به آن بی‌صبرند و هیجان دارند. کودکان این گروه سنی از لحاظ زیست‌شناختی بلوغ نیافته‌اند و نیازمند استمرار راهنمایی و نظارت بزرگترها هستند. مثلاً ممکن است برای پوشیدن لباسهای مناسب و یا تغییر آن برحسب آب و هوا نیازمند کمک باشند یا لازم باشد درباره خطرات عبور از عرض یک خیابان شلوغ به آنها گوشزد نمود. آنها برای تغذیه مناسب، ورزش، آرامش و استراحت نیازمند نظارت بزرگترها هستند و برای ایجاد و توسعه کفایت، قابلیت، اعتماد و مسئولیت‌پذیری به هدایت دقیق و حساس محتاج می‌باشند.

در این سنین یادگیری و تفکر عینی است. کودکان در این سنین فاقد حس واقع‌گرایانه (بزرگسالانه) از فضا و زمان هستند، و به تفکر انتزاعی یا درک کامل باورها یا پیامدهای آتی مسائل تمایل ندارند. آنها از طریق پیروی کردن از رفتار دیگران (بویژه والدین و معلمان، خواهر و برادران بزرگتر، قهرمانان ورزشی، تلویزیون، فیلم‌ها و

موسیقی) یاد می‌گیرند. از نمونه‌های یادگیری عینی کودکان، تقلیدکردن از رفتار بزرگتران و دستکاری کردن اشیاء در طی فرآیندهای یادگیری و لمس است.

از آنجا که کودکان فاقد توانایی تفکر انتزاعی هستند، ممکن است در تفکیک واقعیت از خیال با مشکل مواجه شوند. این سالها کیفیت جادویی دارند و کودکان کم سن نیز جادو و خیال را دوست دارند و آنها را واقعیت می‌پندارند. آنها باور دارند که می‌توانند با آرزوکردن هر شیئی را که بخواهند به شکل خاصی دربیآورند. در دنیای خیالی آنها، «آدمهای خوب» همیشه بر «آدمهای بد» چیره می‌شوند.

کودکان کم سن به بزرگترها خیلی اعتماد می‌کنند. آنها معتقدند که بزرگترها راست می‌گویند و می‌دانند که چه کاری درست است. کودکان کم سن تصور می‌کنند که بزرگسالان به آنها خیانت نمی‌کنند. در نتیجه بر این باورند که اطلاعات ارائه شده از سوی بزرگترها قابل اعتماد، معتبر و دقیق است. حال این اطلاعات می‌تواند در قالب یک پیام بازرگانی تلویزیونی باشد یا دادن یک اسپیرین از سوی والدین. متأسفانه، این اعتماد زیاد ممکن است موجب شود تا در صورت تشویق یا تحریک بزرگترها به انجام‌دادن فعالیتهایی غیرقانونی آلوده شوند و از این رهگذر آسیب ببینند.

کودکان این سن عموماً احساس خوبی نسبت به خود دارند. تا هر وقت که در خانه یا مدرسه مورد ارزشیابی قرار نگیرند یا به سختی تنبیه نشوند، این نگرش در آنها باقی می‌ماند که می‌توانند هر کاری انجام دهند و آینده آنها بسیار روشن و مثبت است. باید تشخیص داد که کودکان این سن به کسب خشنودی دیگران، بویژه بزرگترها تمایل دارند. آنها دوست دارند بدانند که کارها را چگونه انجام دهند و می‌خواهند بزرگتر از آنچه هستند باشند. عموماً مدرسه را دوست دارند و به ویژه مشتاق یادگیری، خوانده و ورزش می‌باشند. آنها می‌خواهند بیشتر درباره دنیای نزدیک خود بدانند تا آنچه دور از دسترس آنهاست. مایل‌اند مهارت‌های جسمانی و عقلانی خود را توسعه بخشند. دریافت پاسخ‌های مثبت و منفی و ارزشیابی تلاش‌هایشان از سوی بزرگترها مورد اعتماد، در استحکام و تزلزل حس اطمینان و کفایت شخصی آنها نقش اساسی و بنیادی دارد.

کودکان کم سن از بودن در کنار افراد دیگر، بویژه کودکان دیگر لذت می‌برند. بازی، «کا» کودکان کم سن است، یعنی شیوه‌ای که به وسیله آن دنیا را فراسوی تجارب شخصی خود یاد می‌گیرند و کشف می‌کنند. با آنکه کودکان کم سن مهارت‌های محدودی برای توسعه دوستی‌ها دارند، ولی از هر شیوه‌ای برای گسترش دوستی‌ها استفاده می‌کنند. گاهی اوقات تلاش‌هایشان نتیجه‌ای عکس دارد، و از سوی سایر کودکان طرد می‌شوند. بزرگترها می‌توانند با راهنمایی آنها را در ایجاد مهارت‌های اجتماعی و تقویت روابط مثبت با دیگران کمک نمایند.

هنگامی که کودکی صدمه می‌بیند، حتی کودکان بسیار کم سن نیز به او توجه نشان می‌دهند. مفاهیمی چون عدالت، مشارکت و مهربانی در سنین پایین شکل می‌گیرد.

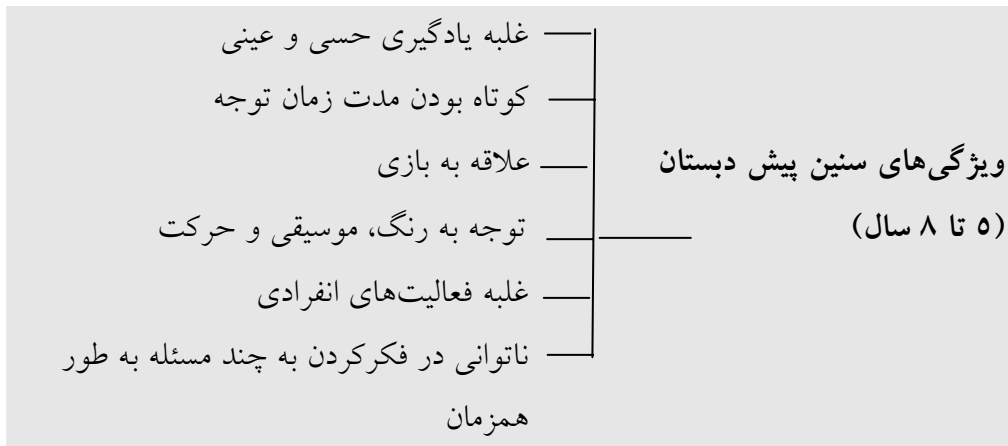
کودکان کم سن برای آنکه بتوانند به سادگی با همسالان خود تعامل داشته باشند، نیازمند صرف زمان هستند. نظارت بزرگترها بر تجارب بازی کودکان باعث می‌شود تا آنها چگونگی زندگی کردن در کنار دیگران را یاد بگیرند. در این دوره، کودکان می‌توانند مهارت‌های امتناع‌ورزیدن؛ یعنی توانایی نه گفتن در برابر درخواست، تقاضا یا فشار افراد گروه هم سن و سال را کسب کنند. کودکان کم سن عاطفی هستند و می‌خواهند به دیگران کمک کنند و بزرگسالان باید مشوق آنها باشند؛ زیرا ارتباط‌های نیرومند در بین همگنان را در سالهای بعد تقویت می‌کند. بزرگترها در کار با کودکان این پایه‌های تحصیلی باید:

- نقش‌هایشان را به عنوان الگوهایی از رفتار مناسب برای کودکان درک کنند.
- کودکان کم سن را با نظارت در ایجاد و بسط مسئولیت‌پذیری شخصی هدایت کنند، به عنوان یک منبع حمایتی و اطلاعاتی در دسترسشان باشند و به تدریج آنها اجازه دهند تا مستقل‌تر شوند.

- به کودکان کمک کنند تا بتوانند واقعیت را از خیال جدا نمایند. این امر به معنای کمک‌کردن به کودکان در ارزیابی اعتبار و قابل اعتماد بودن منابع اطلاعاتی مانند تلویزیون، همسالان، یا یک فرد بزرگتر است.

۲-۲- اصول آموزش به کودکان ۵ تا ۸ ساله از طریق رسانه‌ها

باتوجه به مطالب ذکر شده، آموزش پیشگیری از سوءمصرف مواد برای کودکان ۵ تا ۸ سال از طریق رسانه‌ها باید ویژگی‌های زیر را مد نظر داشته باشد.



غلبه یادگیری حسی و عینی

کودکان آنچه را حس می‌کنند (می‌بینند، لمس می‌کنند و...) می‌آموزند، بنابراین در یادگیری یک مسئله، هر قدر حواس پنج‌گانه آنها بیشتر درگیر شود، یادگیری پایدارتر خواهد بود. به همین دلیل پیام‌های ارسالی به این گروه سنی باید کاملاً عینی و غیرانتزاعی باشد. در واقع برای کودکان ارائه تعریف علمی یک مفهوم مفید نخواهد بود. بلکه آن مفهوم را باید در قالب تصویر یا داستان عینی کرد.

یادگیری حسی و عینی ← پیام غیرانتزاعی

کوتاه بودن زمان توجه

به سبب بروز تغییرات پی‌درپی و سریع در قوه تمرکز کودکان، آنها نمی‌توانند به مدت طولانی به یک موضوع توجه کنند. حداکثر زمانی که کودکان روی یک مسئله تمرکز می‌شوند، ۱۵ دقیقه است. بنابراین باید پیام را کوتاه کرد یا در ارائه آن از روش‌های متنوع استفاده کرد تا توجه کودکان به مطالب حفظ شود.

کوتاه‌بودن زمان توجه ← پیام کوتاه یا متنوع

علاقه به بازی

علاقه به بازی یکی از بارزترین ویژگی‌های کودکان در این سنین است. کودک از طریق بازی، داوطلبانه و به دلخواه به کسب معلومات و کشف مسائل تازه می‌پردازد. بیشترین تجارب در این سنین از طریق بازی به دست می‌آید. استقبال کودکان از برخی فعالیت‌های هنری، همچون نمایش (بازی‌های نمایشی) و شعرخوانی به دلیل تمایل کودک به بازی کردن است. بنابراین اگر پیام‌ها در قالب بازی به کودکان ارائه شود، بیشتر اثربخش خواهد بود.

علاقه زیاد به بازی ← پیام به صورت بازی و سرگرمی

توجه به رنگ، موسیقی و حرکت

در این دوره، شدت هیجانات و احساسات کودک، شدیدتر از دوره بزرگسالی است. به همین دلیل، در این دوره، رنگ، حرکت و موسیقی نظر کودکان را به خود جلب می‌کند؛ بنابراین در ارائه پیام‌های مکتوب به کودکان باید از رنگ‌های متنوع و جذاب استفاده نمود و در پیام‌های غیرمکتوب نیز از کلام آهنگین یا موسیقی استفاده نمود. همچنین برای متحرک‌ساختن پیام‌های کودکان می‌توان از ایفای نقش، تصاویر و امثال آن استفاده کرد.

توجه به رنگ، موسیقی و حرکت ← استفاده از رنگ، حرکت و موسیقی در پیام

انجام دادن فعالیت‌های انفرادی

سنین پیش از دبستان، سن انفراد است. در این مرحله، گرچه کودک در میان جمع بازی می‌کند ولی از تعامل با آنها بهره‌مند نمی‌شود و بازی‌هایش بیشتر جنبه شخصی و انفرادی دارد.

عاملی که باعث انفراد کودک می‌شود عدم توانایی وی در پیروی از قواعد جمع است. از این رو برای این گروه سنی پیام باید فردی فرستاده شود و نباید در قالب فعالیت‌های گروهی و مستلزم پیروی کودک از قواعد خاص باشد. البته ذکر این نکته نیز لازم است که کار گروهی کودکان دارای مزایایی است که نباید از نظر دور بماند. اما اگر برای تفهیم موضوعی، فعالیت برای کودک در نظر گرفته می‌شود، این فعالیت باید فقط خود کودک را درگیر نماید؛ مثل کشیدن یک نقاشی در مورد موضوع مورد نظر.

سن انفراد ← ارائه پیام به صورت فردی

ناتوانی از اندیشیدن همزمان به چند مسئله

کودک در این دوره نمی‌تواند در یک زمان به بیش از یک خصوصیت بیندیشد و در عین حال قادر نیست یک مطلب طولانی را پیگیری کند و فقط خصوصیتی را مورد توجه قرار می‌دهد که به نظرش جالب می‌آید. به علاوه او قادر نیست عناصر مختلف یک ماجرا را به هم ربط دهد. به همین دلیل مطلبی که به کودکان در این سنین ارائه می‌شود، باید ساده و عناصر آن کم باشد. اگر مطلب ارائه شده به کودک ساده باشد، توجه وی تنها به یک جنبه خاص جلب می‌شود؛ در نتیجه می‌تواند مضمون اصلی را بشناسد و آن را پیگیری کند.

عدم توانایی در توجه به چند موضوع به طور همزمان ← پیام حاوی مطالب ساده و کم عنصر

۲-۳- کودکان ۵ تا ۸ سال و مواد

کودکان این سنین معمولاً هیچ تماس مستقیمی با مواد ندارند، یا تماس آنها بسیار محدود است. لیکن برخی کودکان در محیط‌هایی زندگی می‌کنند که در آنجا مواد استفاده می‌شود و به تبع با مشکلات جدی مرتبط با مواد، مانند خلاف‌کاری و فقدان نظارت مسئولانه والدین مواجه‌اند. در چنین شرایطی نیز، کودکان کم سن معتقدند که بزرگسالان اساساً خوب هستند و بهترین چیزها را برای کودکان می‌خواهند.

با آنکه اکثر کودکان کم سن، تجارب بسیار محدودی در زمینه مواد دارند، اما نسبت به آنها آگاهی دارند و کنجکاوی می‌کنند. آنها ممکن است بزرگترهایی را که الکل می‌نوشند یا سیگار می‌کشند بشناسند، یا ممکن است چنین اعمالی را در تلویزیون ببینند.

کودکان پایه‌های تحصیلی پیش‌دستانی تا سوم ابتدایی عموماً دانش محدودی دربارهٔ مواد دارند یا به میزان اندکی با (مسأله) مواد مواجه می‌شوند، لیکن سه دلیل مهم برای آموزش دربارهٔ پیشگیری از مواد در این سطوح پایه‌های تحصیلی وجود دارد:

(۱) اطلاعاتی که کودکان در این زمان یاد می‌گیرند، پایه و اساس تمام تلاشهای آتی در زمینهٔ پیشگیری از مواد را شکل می‌دهد. در این سن، کودکان زمینهٔ مساعدی برای یادگیری مهارت‌های زندگی دارند؛ مهارتهایی که بعداً برای مسئولیت‌پذیری در قبال اعمالشان، مقاومت در برابر فشار گروه همسال، و جستجوی کمک برای حل مشکلات خود، و احترام گذاشتن به خود و دیگران، به آنها نیاز خواهند داشت.

(۲) در این سن کودکان ممکن است درون خانواده با الکل، سیگار و دیگر مواد مواجه شوند و آثار منفی ناشی از مصرف مواد را تجربه کنند.

(۳) اگرچه آموزش پیشگیری از مواد باید در محیط خانه آغاز شود، کودکان به دریافت تقویت در کلاس‌ها و فعالیتهایی نیاز دارند تا به آنها در ایجاد ارزش‌ها کمک نماید به گونه‌ای که اطمینان حاصل شود که آنها مواد مصرف نمی‌کنند و نخواهند کرد.

باتوجه به آنچه آنها از طریق اخبار رسانه‌ها، و احتمالاً در خانه یا مدرسه شنیده‌اند، کودکان کم سن از مواد می‌ترسند و ممکن است دربارهٔ اینکه چگونه ممکن است درگیر آن شوند، دچار گیجی و سردرگمی گردند. تعلیم‌دهندگان باید صادقانه و مستقیماً و رو راست به پرسش‌های کودکان پاسخ دهند و به آنها کمک نمایند تا با تصمیمات منطقی و غیرهیجانی از درگیر شدن با مواد جلوگیری نمایند.

۴-۲- پیشگیری از سوء مصرف مواد در کودکان ۵ تا ۸ سال

در آموزش پیشگیری از مصرف مواد در این کودکان باید از خط مشی‌های زیر تبعیت کرد:

- ۱- اطلاعات ارائه شده ساده و مستقیم باشند.
- ۲- باتوجه به اطلاعات و تجربیات کودکان کم سن در این باره باید بر زمان حال متمرکز شد.
- ۳- درباره میزان یادآوری اطلاعات و انجام‌دادن فعالیت‌ها توسط کودکان، کمتر ارزشیابی و بر آن تأکید شود.
- ۴- بر تحول و ایجاد اعتماد به نفس تأکید و به کودک کمک شود که برداشت مثبتی از خود داشته باشند.
- ۵- بر مهارت‌های زندگی مانند تصمیم‌گیری و حل مسأله متمرکز شوند.
- ۶- باید کودکان را یاری کرد تا مهارت‌های ارتباطی خود را بخصوص با خانواده و همسالان توسعه و ارتقا دهند.
- ۷- بر ایجاد و بسط مسئولیت‌پذیری در قبال خود و دیگران تأکید شود.
- ۸- ایجاد محیط مناسب برای یادگیری تا کودکان برای پرسش سؤال و تصمیم‌گیری احساس راحتی و آسودگی نمایند.
- ۹- باید به کودکان کمک کرد تا بفهمند که همه گاهی اوقات به کمک یا راهنمایی نیاز دارند و اینکه درخواست (دریافت) کمک‌کردن، رفتاری نیرومند و مثبت است و همه باید در این مورد اقدام کنند.
- ۱۰- کودکان این گروه سنی، باید بتوانند داروها را از مواد غیرقانونی تمیز دهند و ضمناً بدانند داروها را از کجا و چه افرادی می‌توانند تهیه کنند.
- ۱۱- باید درباره مواد و مصرف آنها اطلاعات اساسی فراهم کرد. آموزش پیشگیری از مواد برای این سنین باید بر موادی مانند الکل، سیگار، حشیش و کلاً موادی متمرکز شود که احتمال روبه‌رو شدن با آنها برایشان بیشتر است. آنها نیاز دارند بفهمند که این مواد مضرند، و مصرفشان می‌تواند به وابستگی (اعتیاد) منتهی شود و به سلامت آنها آسیب بزند.

۱۲- نباید آنها را به شکلی نامتناسب از مواد ترساند، یا بعکس آن را فریبنده جلوه داد.

۱۳- باید تأکید شود که اکثر مردم مواد مصرف نمی‌کند.

۱۴- باید به کودکان کمک نمود اعتبار یا قابل اعتماد بودن منابع اطلاعاتی را ارزیابی نمود.

۲-۵- برای این سنین آموزش چه آگاهی‌ها و مهارت‌هایی لازم است.

چند نمونه از مقولاتی که در آموزش پیشگیری از مصرف مواد به کودکان ۵ تا ۸ ساله پیشنهاد می‌شود به قرار زیر است:

۱- شخص خوب بودن

۲- دوستان

۳- احساسات

۴- مسئولیت‌پذیری

۵- افرادی که به آنها اعتماد می‌کنند.

۶- درخواست کمک کردن.

۷- کمک کردن به دیگران

۸- شناخت مواد

شخص خوب بودن

یعنی آگاهی از این امر که داشتن احساس خوب درباره خود و تشخیص چیزهای خوب درباره خود خوشایند است؛

با ایجاد و گسترش بنیانی مستحکم از مهارت‌ها و توانایی‌ها، به ویژه در اوایل زندگی، می‌توان حس اطمینان و احساس تسلط داشتن بر محیط را در فرد ایجاد نمود و بدین وسیله، موجب سرافرازی و افتخار وی شد. کسب این توانایی‌ها برای ایجاد مقاومت در برابر فشارهایی که فرد را به سوی مصرف الکل و دیگر مواد سوق می‌دهند، بسیار اهمیت دارند. شناخت خود، به حد کافی موجب ایجاد احساس خوب در مورد

خود می‌گردد و این امر اولین گام با اهمیت به سوی پذیرش خود می‌باشد که برای ایجاد و گسترش عزت‌نفس ضروری است. کودکان این گروه سنی ممکن است احساس خوبی درباره خود داشته باشند، اما ارزشیابی و بازخورد والدین، معلمان و دیگران منفی باشد. این وضعیت می‌تواند ناشی از چنین ادراک‌هایی باشد که مثلاً پیشرفت‌های آنها به بزرگی و مهمی خواهر و برادران بزرگتر یا والدینشان نیست، یا احساس کنند با عدم پاسخگویی به انتظارات والدین خود، آنها را ناامید کرده‌اند. لذا ممکن است احساس عدم پذیرش در کودکان آغاز شود. به همین دلیل برای کشف ویژگی‌های مثبت خود و همچنین پذیرش خود به عنوان فردی خوب با قابلیت رشد، یادگیری و مشارکت به کمک نیاز دارند. باید به کودک کمک کرد صفات مثبت و یا متفاوت خود را از دیگران بشناسد، بپذیرد و برای این صفات ارزش قائل باشد.

شناخت مواد

یعنی تشخیص یا شناسایی داروها و مواد غیرقانونی که کودکان ممکن است با آنها روبرو شوند و آموزش متمایز کردن مواد مفید از مضر. باید کودکان کم سن را از این مطلب آگاه ساخت که داروهایی وجود دارند که وقتی ما بیمار می‌شویم مصرف آنها برای ما لازم است و ضمناً مواد غیرقانونی نیز وجود دارند که به ما صدمه می‌زنند. کودکان باید بدانند که مصرف داروها برای سلامت عمومی ما الزامی هستند؛ به ویژه هنگامی که تحت نظارت و راهنمایی شخص ذی‌صلاح مورد استفاده قرار بگیرند. ضمناً باید بدانند داروهایی که به آنها داده می‌شود باید از سوی افراد قابل اعتماد مانند والدین یا پرستار مدرسه به آنها داده شود. برای کودکان این مطلب مهم است که بین داروهای طبی و مواد غیرقانونی تمایز قائل شوند و در برابر مصرف داروهای طبی مقاومت نکنند اما از قبول مواد مضر اجتناب کنند.

کمک کردن به دیگران و پیشگیری از انتشار بیماری

یعنی تشویق کردن کودکان به استفاده از مهارت‌های اجتماعی مثبت مانند کمک کردن به دیگران.

رشد مهارت‌های اجتماعی در بین کودکان متفاوت است. در برخی از کودکان مهارت‌های اجتماعی مورد نیاز برای زندگی کردن در کنار دیگران در خانه و از طریق آموزش و تربیت در همان دوران اولیه کودکی ایجاد می‌شود. مهارت‌هایی مانند تعاون و همکاری، پیروی از راهنمایی‌ها، و گوش دادن در سنین کودکی پایه‌گذاری می‌شوند، لیکن برای استمرار آن ممکن است نیازمند کار و تعامل با دیگران باشند.

یک مهارت اجتماعی عمده مانند کمک کردن به دیگران، برای رشد و توسعه احساس مسئولیت‌پذیری جمعی ضروری است. کمک کردن به دیگران بدون هرگونه سود و منفعتی می‌تواند اشکال متعدد داشته باشد. یک نمونه به صورت مسئول بودن در قبال عادات بهداشتی از طریق بیمارنشدن یا عدم گسترش آن است. شناخت بیماری‌های مسری و رفتارهایی که از سرایت آنها جلوگیری می‌کند مانند شستن دستها قبل از درست کردن غذا و... به افزایش احساس مسئولیت کودکان در قبال دیگران کمک می‌کند.

کودکان کم سن اساساً ممکن است نفهمند که کمک کردن می‌تواند مانع انتشار بیماری گردد. کمک کردن می‌تواند به شیوه‌های گوناگون انجام شود مانند باز کردن در، نوبت گرفتن یا کمک کردن به یک دوست یا همکلاسی برای انجام دادن تکالیف کلاسی. ایجاد و گسترش احساس مسئولیت‌پذیری در قبال رفاه دیگران می‌تواند از طریق قبول مسئولیت برای حفظ عادات بهداشت شخصی مهم انجام پذیرد. این امر خانواده‌ها و دوستان را سالم نگه می‌دارد. بنابراین آنها می‌توانند احساس خوبی داشته باشند، به شغل و حرفه‌شان مشغول باشند، به مدرسه بروند، و به افراد دیگری که در همسایگی و جامعه آنها هستند کمک نمایند.

دوستان

یعنی یادگیری این مهارت که چگونه یک دوست باشیم و چگونه ویژگی‌ها یا شرایط یک دوست را بشناسیم.

یادگیری مهارت‌های مربوط به ایجاد و گسترش دوستی‌ها از سنین پایین مهم است. دوستی‌ها به افراد کمک می‌کنند تا درباره عقاید تازه، کلنجار رفتن یا درگیر شدن با مشکلات، روبرو شدن با استرس، احساس خوب داشتن نسبت به خود، چیزهایی را یاد بگیرند. در عده‌ای از کودکان این مهارتها هنگام ورود به مدرسه به خوبی شکل گرفته است، دیگران به کمک نیاز دارند؛ (در غیر اینصورت) ممکن است کودکی دیگر را بزنند یا اسباب‌بازی‌های دیگران را (مانند ساختمانهایی را که با بلوک‌های لگومی سازند) به هم بریزند زیرا آنها نمی‌دانند چگونه نشان دهند که می‌خواهند دوست شوند. برای توسعه دوستیها، کودکان لازم است برای مهارت‌های فردی مشارکت، گوش‌دادن و همکاری و تعاون کار کنند.

کودکان اساساً ممکن است نسبت به بحث‌کردن در زمینه موضوعاتی مانند اینکه چگونه می‌توانند یک دوست باشند بی‌علاقه باشند و تمایل نشان ندهند. ممکن است ساکت بمانند چرا که از تلاش برای بیان افکارشان درباره دوستی احساس شرمندگی یا خجالت می‌کنند، یا ممکن است تصور کنند این عمل موجب خطرپذیری بیش از آن حدی است که تمایل دارند قبول کنند.

احساسات

یعنی کمک به کودکان برای اینکه احساسات خود را تشخیص دهند و چگونگی تأثیر آن بر رفتار را درک کنند.

کودکان ممکن است همیشه بر این باور نباشند که داشتن احساسات خوب است. همچنین ممکن است احساسات خود را نشناسند یا ندانند که با آن چه کنند. کودکانی که می‌توانند به یک میزان احساسات خود و دیگران را تشخیص دهند، بهتر می‌توانند با دیگران ارتباط برقرار کنند. آنها می‌فهمند یک شخص یا یک موقعیت چگونه واقعاً بر آنها تأثیر می‌گذارد و همچنین می‌دانند برای داشتن احساس راحتی یا کنترل احساس خود چه باید انجام بدهند، هنگامی که کودکان بتوانند عنوان احساسشان را بیان کنند، با سهولت بیشتر می‌توانند آنها را بپذیرند و از چگونگی تأثیر آن بر رفتار خود و دیگران

آگاه می‌شوند. یک جنبه مهم بیان احساسات، داشتن واژگان مناسب برای تشخیص احساسات مشخص است.

افرادی که به آنها اعتماد می‌کنند

یعنی تشخیص اشخاصی که یک کودک بتواند با اطمینان از آنها دارو بگیرد.

کودکان در سالهای اولیه زندگی علاوه بر اینکه باید از دانستن تفاوت بین داروها و مواد مضر آگاه باشند، همچنین باید بدانند که از چه اشخاصی می‌توانند دارو بگیرند و از چه اشخاصی نباید دارو دریافت کنند. کودکان هنگامی که بیمار می‌شوند، برای گرفتن دارو به بزرگسالان متکی هستند. داروها را باید فقط اشخاص شناخته شده و قابل اعتماد به کودکان بدهند. کودکان نباید داروها را از غریبه‌ها، کودکان همسن خود، یا بزرگسالانی غیر از یک والد (یا فرد مراقب)، پزشک، یا پرستار دریافت کنند، به استثنای وقتی که اجازه کتبی والدین یا سرپرست را داشته باشند. یادگیری این قاعده به کودکان کمک خواهد کرد تا هر دارویی را که از هر کسی نپذیرند، مگر اینکه تحت نظارت بزرگترهای قابل اعتماد آنها باشد.

کودکان را باید هوشیار نمود که افرادی هستند (بخصوص غریبه‌ها) که از آنها هرگز نباید بدون اجازه والدین هیچ‌گونه دارو، شیرینی، یا دیگر مواد قابل مصرف را قبول کنند. این قاعده به کودکان کمک می‌کند که دارو را فقط از افراد قابل اعتمادی که به سلامت و رفاه آنها علاقه‌مندند، قبول کنند. مثلاً نمایش فردی مانند مادر، برادر، دکتر، مراقب، همسایه، غریبه و اینکه کودک از کدامیک از اشخاص مورد نظر می‌تواند دارو دریافت کند.

مسئولیت پذیری

یعنی تشویق کودکان برای آنکه در قبال مراقبت شخصی خود، احساس مسئولیت کنند.

کودکان ۵ ساله می‌توانند مسئولیت بخش عمده کارهای شخصی خود مانند حمام‌کردن، شستن دستها، مسواک‌زدن دندان‌ها، غذاخوردن، ورزش و استراحت را بپذیرند. برای رفتن به مدرسه به موقع آماده شوند، و در خانه کارهای متناسب با سن خود را انجام دهند. به منظور ایجاد و گسترش احساس ارزش‌کردن و توانایی تصمیم‌گیری به کودکان باید اجازه داد که مسئول اعمال خودشان باشند. بزرگسالان باید آنها را راهنمایی کنند و بر آنها نظارت داشته باشند و به هنگام کمک کنارشان باشند، لیکن نباید کارهای آنها را انجام دهند، کودکان اگر بتوانند در قبال خود احساس مسئولیت نمایند، احساس خوب خواهند داشت.

درخواست کمک کردن

یعنی یادگرفتن اینکه همه مردم مشکل دارند، و درخواست کمک برای حل مشکلات اقدام پسندیده‌ای است.

کودکان پایه‌های تحصیلی پیش‌دبستانی تا پایه سوم ابتدایی معمولاً نمی‌توانند خیال را از واقعیت تفکیک نمایند. برخی کتاب‌ها، نمایش‌های تلویزیونی و فیلم‌های سینمایی ممکن است این مطلب را در آنها القاء نماید که برخی مردم مشکل ندارند و یا مشکلات به سادگی و سریعاً، و حتی معجزه‌آسا حل می‌شوند. در نتیجه کودکان ممکن است دچار این باور شوند، که تنها آنها مشکلاتی دارند یا مسائل معمولی که در طی رشد با آن مواجه می‌شوند ناهنجارند. در این زمان آگاه‌کردن کودکان از این نکته که کمک خواستن از دیگران کار خوبی است و درخواست کمک می‌تواند نشانه بلوغ و قدرت باشد، مهم است.

۳- آموزش پیشگیری از سوءمصرف مواد در کودکان ۹ تا ۱۲ ساله

برای پیشگیری از سوءمصرف مواد در این گروه سنی، کسب اطلاعات زمینه‌ای در مورد خصوصیات این گروه ضروری است.

۳-۱- اطلاعات زمینه‌ای در مورد کودکان پایه‌های چهارم دبستان تا اول راهنمایی (۹ تا ۱۲ سال)

کودکان پایه‌های چهارم دبستان تا اول راهنمایی در اوج رشد و تحول مثبت قرار دارند. در این سنین، نسبت یا میزان رشد جسمانی کودکان کند می‌شود و تقریباً تا آغاز بلوغ ثابت می‌ماند و در مقابل بیشتر بر تحول هوشی، هیجانی و اجتماعی متمرکز می‌شود.

در طی این سال‌ها، کودکان مایل به یادگیری هستند و ذهن و شخصیت‌هایشان تحول می‌یابد و این سؤال برایشان مطرح می‌شود که آموزش و پرورش برای چیست. تا زمانی که مورد انتقاد شدید قرار نگیرند و یا نمرات بسیار ضعیف نیاورند، مدرسه را دوست دارند و از فرایند یادگیری لذت می‌برند. کار با کودکان این سنین می‌تواند هیجان‌انگیز، پاداش‌دهنده و پرچالش باشد.

در این سنین، کودکان دستورات و قوانین را دوست دارند، ولیکن برای پیروی از آنها باید در مورد کارکرد و فلسفه وجودی آنها توجیه شوند. کودکان باید خود انتخاب کنند، مهم این است که انتخاب‌هایشان مبتنی بر معیارهای خانواده و جامعه یا اطلاعات واقعی و احترام به قانون باشد.

در این گروه سنی می‌توان شاهد آغاز ظهور احساسات توأم با عدم ارزش‌گذاری به خود بود. در این دوره ممکن است کودکان علایمی از احساس عدم کفایت در زمینه

انجام فعالیت‌های مدرسه و عدم پاسخگویی به انتظارات مدرسه نشان دهند و این باور در آنها شکل گیرد که در مدرسه جایی برای آنها وجود ندارد. این احساس به دلیل تجربه شکست‌های متعدد و ارزشیابی‌های ضعیف حاصل می‌شود.

در اواخر این دوره می‌توان شاهد آغاز شکل‌گیری تصمیمات هشیارانه آنها درباره زندگی بود؛ تصمیماتی درباره اینکه آیا به تحصیلاتشان ادامه بدهند یا نه؟ برخی از آنها تصمیم می‌گیرند ادامه تحصیل ندهند، و در عوض راهی را انتخاب کنند که نیازمند تلاش کمتر است و پاداش فوری‌تر باشد.

در اواخر این دوره، فرایند مستقل شدن آغاز می‌شود و ادامه می‌یابد. با آنکه هنوز کودکان به خانواده‌ها نزدیک هستند، لیکن به طور فزاینده به دنبال انتخاب‌هایی هستند که متناسب با خواسته‌های خودشان باشد و زمان زیادتری را با دوستانشان صرف می‌کنند و زمان کمتری را با خانواده می‌گذرانند.

در سنین ۹ الی ۱۲ سال، کودکان دنبال گسترش روابط با افراد هم سن و سال خودشان می‌باشند. این روابط اشکال گوناگون دارد و از دوستی‌های نزدیک تا عضویت در گروه‌ها و تیم‌های مختص جنس و سنین خودشان را دربرمی‌گیرد. رفتارها نیز بیشتر در این قالب‌ها شکل می‌گیرند؛ یعنی نیاز به اینکه فرد بتواند مستقل از خانواده، فعالیت کند و ضمناً مورد پذیرش گروه (خاص) قرار گیرد.

این دوره، آغاز شکل‌گیری ویژگی‌های خاص در کودکان است. لباس‌های مشابه، کنایه‌ها، لطیفه‌ها و کلمات و رمزهایی که سعی می‌کنند تنها متعلق به خودشان باشد. با این حال کودکان، خانواده خود را فراموش نمی‌کنند و به طور فزاینده‌ای در صدد کسب حمایت و محافظت آنها می‌باشند؛ مانند حمایت مالی یا دریافت کمک در مواقع بحرانی. هر اندازه فعالیت رسیدن به استقلال دشوارتر شود، خانواده‌ها می‌بایست کانال‌های ارتباطی خود را در آن زمینه بیشتر باز بگذارند. کودکان باید در طی این دوره بتوانند با خانواده‌هایشان ارتباطی ساده و راحت برقرار کنند. ارتباط‌های ضعیف در طی نوجوانی

بیشتر به مشکل تبدیل می‌شوند. ارتباط ضعیف با خانواده نوجوانان را در مقابل نفوذ همسالان آسیب‌پذیرتر می‌کند.

کودکان این گروه سنی دوست دارند چیزهای جدید کشف کنند، خواه با تجربه و خواه با خواندن کتاب. در پایان، فعالیت‌های یادگیری باید بر جستجو و کاوش تأکید نمایند. آنها از یادگیری این مطلب که بدن انسان چگونه کار می‌کند لذت می‌برند. مثل تأثیر یک داروی خاص بر کارکردهای طبیعی بدن.

آنها بتدریج و البته به طور فزاینده، می‌توانند با باورهای پیچیده درگیر شوند؛ به طوری که با پاسخ‌های ساده ارضا یا قانع نمی‌گردند. در این مرحله از رشد، کودکان از این مطلب آگاهی می‌یابند که منابع اطلاعاتی متعددی وجود دارد که برخی از آنها بحث‌انگیز و متناقض است. آنها نیاز به کمک دارند تا یاد بگیرند چگونه تصمیم بگیرند، چه چیزی را باور کنند، و تردید بین درست و غلط را چگونه به یقین تبدیل کنند.

کودکان در این سن به جمع‌آوری چیزهای مختلف علاقه‌مند هستند، این علاقه‌مندی آنها سمت و سوی خاصی دارد. آنها به جای جمع‌آوری عروسک اسباب‌بازی و...، پوستر، نوار ضبط صوت، کارتهای فوتبال و چیزهای دیگر جمع می‌کنند. با آنکه این مجموعه‌ها متفاوت‌اند، اما اغلب حاوی پیام‌های ضمنی مشترکی هستند که والدین نیاز به دانستن آنها دارند. مثلاً جمع‌آوری بطریهای خاص، می‌تواند نمایانگر تمایل آنها به آشنایی با الکل باشد. جمع‌آوری نوارها یا فیلمها اغلب کودکان را با کلمات و عقایدی آشنا می‌کند که ممکن است درک نکنند، و اینکه این پیامها می‌توانند گیجی یا استرس، به وجود آورند. بزرگسالان باید از این گونه فعالیت‌های کودکان آگاه باشند.

بزرگسالان به سادگی ممکن است دربارهٔ میزان بلوغ کودکان خود دچار سوءتفاهم شوند و برداشتهای غلط نمایند. برخی از کودکان به نظر بسیار مستقل می‌رسند، آنها مانند بزرگسالان لباس می‌پوشند، یا ممکن است مهارتهای تفکر رشد یافته و خزانه لغات وسیعی داشته باشند. در حالی که، این کودکان هنوز با دیدن برخی فیلم‌های

ناخوشایند دچار ترس می‌شوند، برای گذراندن روزها به خواب زیاد نیاز دارند و هنوز نیاز دارند تا در آغوش گرفته و مطمئن شوند که یک بزرگسال قابل اطمینان در دسترسشان است تا از آنها حمایت کند.

بزرگسالان می‌بایست مستمراً و به طور پایدار، انتظارات خود را از کودکان سنین ۹ تا ۱۲ سال ارزیابی و کنترل کنند. برای مثال، نباید کودکان را برای استفاده وسیع از مهارت‌های شناختی تحت فشار شدید گذاشت یا بعکس مانع رشد آنها شد، به گونه‌ای که مجبور شوند در سطحی پایین‌تر از امکانات جسمانی، اجتماعی، هوشی و بلوغ هیجانی خود رفتار کنند. در این دوره، کودکان به بزرگسالانی نیاز دارند تا هدایت و نظارت مستحکمی بر آنها داشته باشند و نمونه‌ها یا الگوهای خوبی برای یادگیری، حل مسأله، تصمیم‌گیری، به‌کارگیری توانایی‌های شخصی و مسئولیت‌پذیری آنها مهیا نمایند.

بزرگسالانی که با کودکان ۹ تا ۱۲ ساله کار می‌کنند باید موارد زیر را رعایت نمایند:

- به کودکان کمک کنند تا مهارت‌هایی را کسب کنند و بسط دهند که زندگی آنها را سالم و مولد می‌نماید.
- به کودکان کمک کنند تا اهداف خود را معطوف به آینده تعیین نمایند. این امر خود مستلزم آموزش مستمر و قبول مسئولیت در برابر خود و دیگران است.
- به کودکان کمک کنند تا یاد بگیرند که یا به طور مؤثر با همسالان و فشارهای ناشی از گروه کنار بیایند یا با آن درگیر شوند.
- به کودکان کمک کنند تا دوستی‌هایی را شکل دهند که مشوق رشد فردی است.
- به کودکان کمک کنند تا راهبردهایی را ایجاد کنند و توسعه دهند که با بهره‌گیری از آنها بتوانند با طرد، محرومیت، ناامیدی و شکست کنار بیایند.
- در مورد هر یک از مواد جداگانه آموزشی ارائه دهند و کمک کنند تا کودکان برای نه گفتن به هر یک، دلایلی عینی فراهم کنند.

۲-۳- اصول آموزش به کودکان ۹ تا ۱۲ ساله از طریق رسانه‌ها

باتوجه به مطالب ذکر شده آموزش پیشگیری از سوءمصرف مواد به کودکان این گروه سنی از طریق رسانه‌ها، باید ویژگی‌های زیر را مد نظر داشته باشد.



یادگیری عینی از طریق تجربه مستقیم

هر چند کودکان، در این سن، قادرند روابط علی را درک و استدلال کنند، اما استدلال آنها صرفاً منحصر به موضوع‌های عینی و ملموس است. از آنجا که تفکر کودک به تجارب عینی وی محدود می‌شود، لذا ارائه مطلب مورد نظر به این کودکان باید عینی باشد و با استفاده از نمادهای ساده، تصاویر و سایر موارد ملموس و عینی صورت گیرد.

یادگیری عینی ← ارائه پیام با استفاده از مفاهیم عینی و ملموس

عدم درک احتمالات

از آنجا که تفکر کودکان به تجارب عینی آنها محدود می‌شود، لذا قادر به سنجیدن احتمالات یا تعمیم موقعیت‌های فرضی نیستند. درک احتمالات، به معنای ریاضی آن نیز مستلزم تفکر انتزاعی است که در این سن هنوز شکل نگرفته است. بنابراین کودک در برابر این پیام که «خوردن لواشک موجب بیماری گوارشی در ده درصد از کودکان می‌شود» واکنش مناسب نشان نمی‌دهد. در این مورد باید به او گفت: «اگر لواشک بخوری، دل درد می‌گیری».

عدم درک احتمالات ← ارائه صریح نتایج عمل

افزایش کنجکاوی

کنججوی از ویژگی‌های این دوره به شمار می‌رود. با تحریک حس کنجکاوی کودکان، در این دوره، انگیزه‌های لازم جهت توجه به مطالب تازه فراهم می‌آید و موجب استقبال کودکان از آنها می‌شود. بنابراین اگر در ارائه پیام، ابتدا به طریقی حس کنجکاوی کودکان تحریک شود، آنها به پیام بیشتر توجه می‌کنند و آن را بهتر می‌پذیرند و به خاطر می‌سپارند. (حس کنجکاوی کودکان را می‌توان با سؤالات برانگیزاننده یا طرح موقعیت‌های غیرمعمول یا موضوعات مورد علاقه آنها برانگیخت).

افزایش کنجکاوی ← ارائه مطالب محرک حس کنجکاوی

قهرمان پروری

کودکان در این سنین افرادی مثل معلمان، شخصیت‌های تلویزیونی، بازیکنان فوتبال و... را به عنوان قهرمان و الگو انتخاب و از آنها تقلید می‌کنند. از این رو، ارائه الگوی مورد علاقه کودکان می‌تواند یکی از روشهای ایجاد رفتار مطلوب یا نگرش جدید در آنها باشد. کودکان با الگوی ارائه شده همانندسازی می‌کنند و گرایش‌ها و رفتارهای او را می‌پذیرند و از آن تقلید می‌کنند.

قهرمان پروری ← ارائه الگو برای همانندسازی

شروع شکل‌گیری گروه همسالان

در این دوره سنی، اولین رفتارهای اجتماعی کودکان شکل می‌گیرد. کودکان در این سن از فردیت خارج می‌شوند و با شرکت در بازی‌های گروهی، به پیروی از قواعد جمع تن می‌دهند و از آن لذت می‌برند. از این رو، در این سنین می‌توان پیام را در قالب یک فعالیت یا بازی گروهی ارائه داد تا کودکان در حین تعامل با یکدیگر، پیام مورد نظر را دریافت کنند و آن را بپذیرند.

شکل‌گیری گروه همسالان ← ارائه پیام در قالب فعالیت‌های گروهی

علاقه‌مندی به داستان‌های تخیلی و افسانه‌ها

قوه تخیل کودک در این سن بسیار قوی است. لذا این خصیصه موجب می‌شود تا کودکان از افسانه‌ها و داستان‌های خیالی لذت ببرند. کشش و گیرایی قصه برای کودک آن قدر زیاد است که گاهی به علت برقرارکردن ارتباط عمیق با شخصیت‌های داستان و حضور قوی در محیط آن، صداها و اطراف را نمی‌شنود. از این رو برای اثربخشی بیشتر پیام در کودکان، می‌توان آن را در قالب قصه و داستان ارائه نمود.

علاقه‌مند به قصه و داستان ← ارائه پیام در قالب داستان

۳-۳- کودکان ۹ تا ۱۲ سال و مواد

کودکان در این سنین ممکن است به طور فزاینده با الکل و دیگر مواد مواجه شوند و حتی مصرف آنها را آغاز کنند. بنابراین نیاز دارند تا اطلاعات بیشتری درباره الکل، تنباکو و دیگر مواد کسب کنند. همچنین برای اجتناب از مواد به انگیزه قوی نیاز دارند؛ چون اگر افراد در سنین پایین مواد را امتحان کنند، احتمال بیشتری دارد که به مصرف‌کنندگان مزمن تبدیل شوند.

در این دوره کودکانی که در معرض خطر مصرف مواد هستند، بیشتر نسبت به مشکلات خانه و وضعیت خانواده هشیارند و حساسیت دارند.

این دوره بحرانی است، به‌خصوص در زمینه تصمیماتی که کودکان درباره آینده می‌گیرند. معلمان و دیگر بزرگسالان باید بدانند که کودکان در این سنین بیش از حد آسیب‌پذیرند. کودکان مشکل‌دار به سادگی ممکن است به خرید و فروش و مصرف مواد سوق پیدا کنند، به ویژه آنکه چنین وضعیتی ممکن است به اشکال گوناگون

احساس رضایت آنی آنها را فراهم کند. مثلاً برای به دست آوردن پول، موقعیت، یا فرار موقتی از مشکلاتی که در زندگی دارند.

اولین وسوسه برای استفاده از مواد ممکن است به دلیل موقعیت‌های اجتماعی باشد که نوجوانان با قرار گرفتن در آن، تحت فشار قرار می‌گیرند. از آنجا که آنها می‌خواهند بزرگتر از آنچه هستند خود را نشان دهند، از رفتار بزرگسالان یا خواهر یا برادران بزرگتر خود تقلید می‌کنند، (رفتارهایی مانند سیگار کشیدن و مشروب نوشیدن و...).

با آنکه اکثر کودکان در این سنین با خطر بزرگ و جدی مصرف مواد مواجه نیستند، اما مدیران و مسئولان و معلمان باید جمعیت دانش‌آموزان مدارس خود را مورد توجه قرار دهند و تلاش کنند دانش‌آموزان در معرض خطر احتمالی را شناسایی و به آنها رسیدگی نمایند. با شناسایی این کودکان، مسئولان و مدیران باید تلاش کنند به آنها کمک نمایند تا احساس و باورهای مثبت را نسبت به خود پرورش دهند، به‌خصوص پیش از آنکه آنها مسیری به غیر از تحصیل را برگزینند.

در این دوره معمولاً کودکان استفاده از مصرف مواد را خطا می‌دانند، اما از آنجا که هنوز معتقدند آنچه بزرگسالان می‌گویند حقیقت محض است، آسیب‌پذیرند. لذا ممکن است مورد سوءاستفاده (مصرف یا فروش مواد) قرار گیرند.

انتخابها یا تصمیم‌های اخلاقی ممکن است معماهای جدی برای این کودکان مطرح کند. مثلاً اینکه با موقعیتی مواجه شوند که در آن فرد بزرگسالی درگیر فعالیتهای غیرقانونی یا مضر و آسیب‌زننده است، و کودکان مجبورند تصمیم بگیرند که آیا او را همراهی کنند یا نه. برای آنکه این باور که انتخاب مواد اشتباه است در آنها تداوم یابد، باید دلایل عمیق‌تر این مسأله را کشف کنند. تنها بعد از اینکه آغاز به جمع‌آوری اطلاعات کردند، می‌توانند در این باره تصمیم بگیرند.

در یک زمینه یابی هفتگی که در سال ۱۹۸۷ در آمریکا صورت گرفت، مشخص شد که تلویزیون و فیلم‌های سینمایی از نظر مصرف الکل و جذاب‌نمودن مواد دیگر بیشترین تأثیر را بر شاگردان پایه‌های چهارم تا اول راهنمایی دارند.

در این سنین مهمترین دلیل مصرف الکل و حشیش ایجاد تصور «هماهنگ شدن با دیگران» است و این تصور تقریباً به دنبال تمایل به «احساس بزرگتر شدن» می‌آید.

گاهی ممکن است کودکان اطلاعات ناقص یا غیردقیق در مورد مواد داشته باشند؛ و برای تکمیل اطلاعات نیازمند کمک تخصصی می‌باشند که در این صورت باید بدانند از کجا کمک دریافت کنند. به همین دلیل باید فهرستی از منابع تخصصی و مؤسسات مانند مشاوران مدرسه، درمانگاه‌های بهداشتی، برنامه‌های مداخله‌گر برای مواد، خطوط اضطراری (hot lines) برای خودکشی، و سرویس‌های مشاوره خانواده، در دسترس آنها قرار گیرد. در این موارد، باید از پزشکان، مشاوران یا دیگر متخصصان تعلیم یافته دعوت کرد تا با نوجوانان صحبت کنند. این عمل و روش می‌تواند اثربخشی این دوره را تقویت نماید.

از آنجا که کودکان مواد را می‌شناسند و ممکن است استفاده از آنها را آغاز کنند، باید از ارتباط مواد و AIDS آگاه شوند. در آموزش جلوگیری از گسترش ایدز باید برنامه جامع آموزش بهداشت در مدراس را بخشی از برنامه کلی قرار داد.

۳-۴- پیشگیری از مصرف مواد در کودکان ۹ تا ۱۲ سال

در آموزش پیشگیری از مصرف مواد برای این کودکان موارد زیر باید رعایت شود:

- ۱- نحوه تشخیص الکل، تنباکو، حشیش، کوکائین، مواد استنشاقی، توهمزاهها، و محرک‌ها و اشکال گوناگون آنها با تمرکز بر موادی که ممکن است کودکان برای اولین بار با آن مواجه شوند (مانند تنباکو، الکل، حشیش)؛
- ۲- غیرقانونی بودن مصرف الکل، تنباکو و دیگر مواد در سنین آنها؛
- ۳- وجود قوانین مربوط به مصرف و فروش مواد، برای محافظت از مردم؛
- ۴- داشتن اطلاعات درباره اعتیاد و چگونگی تأثیر آن بر افراد و خانواده‌هایشان؛

۵- دانستن اینکه چرا و چگونه آثار مواد در اشخاص مختلف، متفاوت است (به‌ویژه بلافاصله پس از مصرف)؛

۶- اطلاع از چگونگی تداخل مواد در عملکرد جسمانی و هوش و ایجاد اختلال در آنها؛

۷- اطلاع از اثر احتمالی منابع نفوذ اجتماعی (آگهی‌های رسانه‌ها، فشارهای همسالان، نفوذ خانواده، و معیارهای جامعه) در تبلیغ به مصرف مواد یا انتشار آنها؛

در آموزش پیشگیری از مصرف مواد برای کودکان ۹ تا ۱۲ ساله باید موارد زیر رعایت شود:

- ۱- تشویق به بحث‌های باز، صریح و روشن دربارهٔ مواد و مصرف آن؛
- ۲- تمرکز بر مهارت‌های زندگی مانند حل مسأله، مقاومت در برابر فشار گروه، گسترش دوستی‌ها، و سازگاری با استرس.
- ۳- احتراز از نمایش رفتارهای مصرف مواد در برخی قهرمانان (موسیقی‌دان‌ها، هنرپیشه‌ها یا ورزشکاران)
- ۴- تأکید بر عدم مصرف مواد به وسیله اکثر افراد، حتی افراد هم سن خودشان
- ۵- تأکید بر افزایش مسئولیت‌پذیری در قبال خود و دیگران (به عنوان یک شهروند)
- ۶- تأکید بر افزایش احترام به خود
- ۷- تأکید بر توسعهٔ فعالیت‌های سالم برای اوقات فراغت (ورزش، موسیقی، هنر، فعالیت‌های تیمی، و داوطلبانه)
- ۸- تأکید بر ارتباط با بزرگترها (شامل خانواده‌ها)
- ۹- تأکید بر کمک گرفتن از دیگران به هنگام مواجهه با مشکل
- ۱۰- تأکید بر کمک به دیگران
- ۱۱- تأکید بر راهبردهای مقابله با موقعیت‌های طرد، محرومیت، ناامیدی و شکست
- ۱۲- تأکید بر گسترش هدف‌گزینی برای آینده

۵-۳- برای این سنین آموزش چه آگاهی‌ها و مهارت‌هایی لازم است

چند نمونه از مقولاتی که در آموزش پیشگیری از مصرف مواد به کودکان ۹ تا ۱۲ ساله پیشنهاد می‌شود، به قرار زیر است:

- ۱- یادگیری نه گفتن
- ۲- اسامی مواد
- ۳- ارزیابی اطلاعات
- ۴- هزینه‌های اجتماعی
- ۵- تصمیم‌گیری
- ۶- پیامدها یا نتایج تصمیمات
- ۷- دوستی‌ها
- ۸- رویارویی و کنارآمدن با استرس
- ۹- کمک به دیگران

آموزش نه گفتن

یعنی آموزش طریقهٔ نه گفتن به همسالان. کسب توانایی نه گفتن، ساده‌ترین راه پیشگیری از مصرف الکل و دیگر مواد است. نه گفتن راحت نیست، بنابراین کودکان باید این مهارت را فراگیرند. کودکان می‌خواهند مورد پذیرش همکلاسی‌هایشان قرار گیرند و به گروه‌های هم‌سال خود تعلق داشته باشند. نه گفتن و مواجه شدن با طرد از سوی همسالان راحت نیست و به تمرین نیاز دارد. تمایل به تعلق و اعمال فشار از سوی همسالان ممکن است در این گروه سنی بسیار نیرومند باشد. به گونه‌ای که برخی کودکان به دنبال دیگران می‌روند، اگرچه ممکن است بعد از آن پشیمان شوند. این آموزش به کودکان کمک می‌کند تا موقعیت‌ها را سریع ارزیابی کنند و در برابر درخواست اقدام به فعالیت‌های غیرقانونی، غیرمسئولانه، یا مغایر ارزشها و عقاید شخصی‌شان نه بگویند.

اسامی مواد

یعنی آموزش اسامی علمی و خیابانی مواد

برای اینکه کودکان این پایه‌های تحصیلی را از مصرف آگاهانه مواد بازداریم باید آنها را با، اسامی داروها و انواع مشابه آنها و آثار مضرشان آشنا نماییم.

باید این مفهوم را که مواد اسامی علمی و خیابانی دارند تقویت کرد. اینکه مواد ممکن است ۲ نوع اسم داشته باشند می‌تواند گیج‌کننده باشد. گاهی ممکن است آموزش اسامی علمی و خیابانی سایر مواد نیز ضرورت داشته باشد.

ارزیابی اطلاعات

یعنی آموزش چگونگی ارزیابی اعتبار منابع اطلاعاتی و درخواستها

کودکان این پایه‌های تحصیلی هنوز تمایل دارند به بزرگسالان اعتماد کنند و برای بررسی اطلاعات و درخواستهای بزرگسالان به کمک والدین خود نیاز دارند. کودکان برای کسب استقلال، و اتخاذ تصمیمات عاقلانه، معتبر و ایمن باید بتوانند اعتبار منابع اطلاعاتی، راهنمایی‌ها و درخواستها را ارزیابی کنند. مهارتهایی که به کودکان کمک می‌کند تا منبع مورد اطمینان خود را ارزیابی کنند و با تقویت این ایده که می‌توانند تصمیم‌های درست و مناسب بگیرند، نگرش‌های محافظت از خود و عزت‌نفس را ارتقا دهند. یادگیری نحوه ارزیابی اعتبار منابع، آنها را قادر می‌سازد تا با سهولت بیشتر نظر خود را بگویند و کمتر احتمال دارد که کاری را صرفاً به این دلیل که فردی بزرگتر، ظاهراً عاقل‌تر، یا پولدارتر از آنها خواسته، انجام دهند.

همچنین کودکان این سنین باید بیاموزند، همان‌طور که از موسیقی، برنامه‌های تلویزیونی و فیلم‌ها لذت می‌برند، پیام‌های این منابع نیرومند را نیز تجزیه و تحلیل کنند.

هزینه‌های اجتماعی

یعنی آگاه شدن از هزینه‌های اجتماعی مصرف مواد

یکی از دلایل الزامی برای توجه‌کردن به بلایای مواد در جامعه ما، هزینه‌ها و پولی است که صرف مصرف مواد می‌شود. هزینه کنترل جرایم، بازتوانی و درمان

مصرف‌کنندگان مواد، درمان کودکانی که با اعتیاد به دنیا می‌آیند، برنامه‌های آموزش مادران نوجوان و... که می‌تواند برای توسعه فرصت‌های آموزشی یا بهداشت محیط به کار رود.

تصمیم‌گیری

یعنی یادگیری این مطلب که در طی فرایند یک استدلال علمی چگونه می‌توان تصمیم‌گیری کرد.

کودکان پایه‌های تحصیلی چهارم دبستان تا اول راهنمایی می‌توانند یاد بگیرند تنها از روی هوس یا به اتکای شانس، یا برمبنای هیجانات، یا به سبب تأثیر و نفوذ دیگران کاری را انجام ندهند.

آنها می‌توانند یاد بگیرند که تنها با به‌کارگیری روش علمی قادرند ابراز نظر کنند و تصمیمات سالم و درست بگیرند. آموزش روش‌های منطقی تصمیم‌گیری و ارزیابی اطلاعات و توجه به علل و آثار، به کودکان کمک می‌کند تا دریابند که برای حل یک مسأله بیش از یک پاسخ وجود دارد و تصمیم‌گیری مستلزم تفکر دقیق است. این مبحث به کودکان کمک می‌کند تا برای تصمیم‌گیری در موقعیت‌های گوناگون از روش‌های مناسب استفاده کنند. استفاده از این رویکرد و ممارست در آن، کودکان را قادر می‌سازد تا در مورد عدم مصرف مواد و عدم انتخاب‌های مضر و زیان‌بخش تصمیم بگیرند.

پیامدها یا نتایج تحقیقات

یعنی یادگیری توجه به پیامدهای تصمیم‌گیری

کودکان این پایه‌های تحصیلی، تمایل دارند تا در مدت کوتاه، به اهداف خود برسند و بیشترین نتیجه را نیز به دست آورند. در این سطح سنی، کودکان در حال آغاز تصمیم‌گیری درباره مسائلی هستند که می‌تواند پیامدهای بلندمدت داشته باشد. مانند تلاش برای موفقیت در مدرسه، شرکت در فعالیتهای هنری و ورزشی و ایجاد و گسترش دوستی‌های سالم. آنها باید بفهمند که چگونه تصمیم‌کنونی‌شان درباره مواد و چیزهای دیگر می‌تواند ماه‌ها یا سال‌ها بعد بر آنها تأثیر گذارد.

دوستی‌ها

یعنی دانستن اجزای یک دوستی مثبت و سالم

برای کودکان این پایه‌های تحصیلی، اهمیت دوستی رو به افزایش است. دوستان، به منبع حمایتی، اطلاعاتی و به همان میزان یک موقعیت برای آزمودن ارزش‌ها و عقاید تبدیل می‌شوند. بنابراین، کودکان این سن نیاز دارند تا دربارهٔ دوستی‌ها بیشتر بدانند. به این ترتیب آنها می‌توانند دوستان را عاقلانه انتخاب و آنهایی را که سالم‌اند حفظ کنند. دوستی‌ها در عقاید و ارزشها سهم دارند، همچنین در علائق و تجربهٔ صمیمیت و... که تمامی آنها در یک فضای اعتماد و امنیت حاصل می‌شود. کودکان می‌توانند یاد بگیرند تا این مؤلفه‌ها را از طریق بحث دربارهٔ نحوهٔ دوستی‌ها درک کنند.

رویارویی و کنارآمدن با استرس

یعنی کمک به کودکان برای اینکه دربارهٔ خودشان احساس خوب داشته باشند و برای رویارویی و کنارآمدن با استرس راهبردها و مهارت‌ها را مهیا کنند و گسترش دهند.

کودکان این سنین اساساً دربارهٔ خود احساس خوبی دارند. اما ممکن است در خانه یا مدرسه زیاد مورد انتقاد قرارگیرند و در روابط خود با همسالان مشکلاتی داشته باشند، و لذا احساس شک و تردید نسبت به خود در آنها آغاز شود. کودکان این سنین برای مواجهه با استرس‌های ناشی از مشکلات یا تردیدهایشان به راهبرد و کسب مهارت‌های خاص نیاز دارند.

یک راهبرد رویارویی یا مواجههٔ مهم، توسعهٔ عادات و مهارت‌های تمرینی است. تمرینات جسمانی موجب رهایی از استرس می‌شود، بدن را پر انرژی و نیرومند و ذهن را شفاف و پاک می‌کند. متأسفانه در برخی از کودکان عادت تمرین‌های ورزشی وجود ندارد. برخی از کودکان این پایه‌های تحصیلی به طور منظم در ورزش‌های رقابتی شرکت می‌کنند، ولی عده‌ای از آنها برای ایجاد رژیم‌های ورزشی ساده باید هل داده شوند به

گونه‌ای که موجب ارتقای سلامت روانی و جسمانی آنها شود و به عنوان فعالیت جایگزین مواد برای آنها به کار رود.

کمک به دیگران

یعنی اهمیت کمک به مردم، خصوصاً درک افراد جوان

بچه‌ها در سنین ۹ تا ۱۲ سال می‌خواهند مفید واقع شوند. کودکان این تمایل را در مدرسه با پاسخ‌دادن به سؤال‌های معلمان، شرکت در فعالیت‌های مدرسه و در منزل با کمک به بچه‌های کوچکتر نشان می‌دهند. در این سنین برای کودک مهم است که در کمک به دیگران شرکت کند. لذا می‌توان آنها را تشویق کرد که به بچه‌های کلاسهای پایین‌تر کمک کنند. در هنر، عضویت در گروه‌های هنری را بپذیرند و دوستی‌های خود را گسترش دهند. در این سن کودکان به تشویق‌های مربوط به کمک رسان بودن و داوطلب‌شدن، پاسخ نشان می‌دهند و احساس اعتماد به نفس خواهند کرد.

۴- آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد در نوجوانان ۱۳ تا ۱۶ ساله

برای پیشگیری از سوء مصرف مواد در این گروه سنی، ابتدا باید اطلاعات زمینه‌ای در مورد آنها داشت.

۴-۱- اطلاعات زمینه‌ای در مورد نوجوانان پایه تحصیلی دوم راهنمایی تا دوم دبیرستان (۱۳ تا ۱۶ سال)

ویژگی‌های نوجوانان را می‌توان با واژه، «طوفان و فشار» توصیف کرد. برخی از متخصصان رشد و تحول کودک معتقدند که نوجوانی، وضعیتی طوفانی است و بزرگسالان در مقابل چگونگی بزرگ شدن این گروه سنی دچار احساس و رفتاری دوسوگرایانه می‌شوند؛ زیرا رشد و بلوغ اندام آنها باعث می‌شود تا بزرگسالان بیش از توانشان از آنها انتظار داشته باشند. برخی از نوجوانان در سنین ۱۳ الی ۱۶ سال از لحاظ فیزیولوژیک بلوغ می‌یابند (بلوغ جنسی و اینکه بزرگتر به نظر می‌رسند) ولی بلوغ هیجانی، شناختی و اخلاقی اکثر آنها دیرتر اتفاق می‌افتد.

در اواسط دوره طوفان و فشار نوجوانی، در واقع جوانان متحمل تولدی دوباره می‌شوند. تمام گذشته آنها بخصوص هویت‌شان به عنوان یک کودک، تغییر می‌یابد که می‌بایست مجدداً مورد توجه قرار گیرد. شکل‌گیری تغییرات بدنی بالقوه مسأله (کسب) هویت تازه را به همراه می‌آورد. این تولد دوباره، موجب احساس گیجی، محرومیت، هیجان‌زدگی، ترس و نهایتاً سطوح بالای استرس می‌شود.

نوجوانان سنین ۱۳ الی ۱۶ سال تجربه کمی در زمینه رویارویی با استرس دارند و معتقدند تنها همسان و همگنانشان می‌توانند واقعاً آنها را درک و به آنها کمک کنند. در نتیجه آنها به طور فزاینده دوست دارند وقتی خود را بیرون از خانه و مدرسه، با دوستان هم‌سالشان بگذرانند. مدت طولانی با تلفن صحبت و یادداشتهای زیادی در کلاس رد و بدل می‌کنند. به نظر می‌رسد آنها نیازمند اطمینان‌بخشی مستمر هستند که تغییرات آنها

طبیعی و مناسب است. (معمولاً) این اطمینان بخشی را همسالانشان می‌توانند فراهم کنند. آنها معتقدند که بزرگسالان قادر به تشخیص علایق آنها نیستند. ضمن اینکه برنامه‌های مدرسه نیز برای پاسخ به سطوح بالاتر تعاملات شخصی مورد درخواست و نیاز نوجوانان سازمان‌یابی نشده است.

جوانان سنین ۱۳ الی ۱۶ سال می‌خواهند مورد توجه قرار گیرند و در تلاش برای رسیدن به این مقصود شبیه یکدیگر لباس می‌پوشند، مانند همدیگر صحبت می‌کنند و اکثراً افکار، ارزش‌ها و چیزهای مورد علاقه یا مورد تنفر مشابه دارند.

این مرحله، زمان طغیان و آشوب در روابط است. خانواده را چندان به عنوان بخشی از هویت خود به شمار نمی‌آورند، و تصور می‌کنند گروه همسال اهمیت بیشتری دارد. ارتباط کلامی بین جوانان و خانواده‌هایشان در حال قطع شدن است؛ به طوری که مسافرت، خرید و درگیر شدن در فعالیتهای نوآورانه با همسالان را به خانواده‌های خود ترجیح می‌دهند. واکنش خانواده‌ها نسبت به این موقعیت ممکن است خشمگینانه باشد، به گونه‌ای که باعث تشدید آشفتگی در این دوره بالقوه طوفانی شود. والدین و دیگر بزرگسالان ممکن است گیج و آشفته شوند زیرا کودکی که آنها می‌شناختند به نظر می‌رسد که دیگر وجود ندارد.

علاوه بر طرد خانواده (حال به هر درجه و میزان) برخی از نوجوانان در برابر هر چیزی که به گذشته مربوط است ممکن است همین واکنش را نشان دهند، یعنی دوستی‌های قدیم، ارزش‌ها و باورهای قدیم و شیوه‌هایی که برای انجام دادن کارها به‌کار می‌بردند. این امر موجب می‌شود والدین شروع به بحث و انتقاد نمایند. ایده‌ها و حقایق ساده‌ای که والدین قبلاً ابراز می‌کردند و مفید واقع می‌شد، ممکن است دیگر برای نوجوانان قابل استفاده نباشد. راهنمایی‌ها یا پاسخ‌هایی مانند «چون به تو گفته بودم» یا «فقط بگو نه» دیگر کافی نیستند. اغلب تصور می‌شود که با هر چیزی که بزرگترها می‌گویند مخالف‌اند و آن را غیرجذاب می‌یابند؛ بنابراین به دنبال یافتن پاسخ جایگزین به ویژه از سوی همسالان هستند. اشخاصی که نوجوانان بیشتر می‌پذیرند شامل کسانی می‌شود که یا بسیار تلاش می‌کنند تا بتوانند میزانی از اعتماد آنها را به خود جلب کنند

یا آنهایی هستند که از آنها کمی بزرگترند و اخیراً (به تازگی) این دوره طوفان و فشار را تجربه کرده و از آن گذشته‌اند. والدین و معلمان می‌توانند همچنان مؤثر باشند، لیکن مؤثر یا نافذ بودن بزرگسالان نیازمند تلاش زیاد برای به‌کارگیری و تداوم مهارت‌های ارتباطی نیرومند است.

انگیزه اکثر رفتارهای نوجوانان تمایل به تعلق است؛ به ویژه به گروه همسال. این تعلق به گروه همسال ممکن است به شکل خواندن و یا گوش‌دادن به موسیقی با توجه به فیلم‌ها یا برنامه‌های تلویزیونی باشد که نوجوانان آنها را اجرا کرده‌اند. اشتیاق تعلق داشتن، نیاز به انجام‌دادن رفتارهایی مشابه با همسالان را ایجاد می‌کند. فشار گروه همسال، خیلی به فشار واقعی (فشار بیرونی)، شبیه نیست. در واقع بیشتر به صورت یک فشار درونی و خودانگیخته است که در آن فرد احساس می‌کند مجبور است به عنوان عضوی از یک گروه (و برای اینکه احساس کند جزیی از آن است) مانند دیگران رفتار کند. به دلیل تمایل آنها به تعلق داشتن و اینکه شبیه هر یک از همسالان خود به نظر برسند، نوجوانان لباس خود را به گونه‌ای انتخاب می‌کنند که نهایتاً به صورتی متحدالشکل درآیند.

با آنکه فشار گروه همسال عامل مهمی است و گاه نقش کنترل‌کننده دارد، اما دوستان احتمالاً مهم‌تر هستند. دوستان عموماً با هم رابطه نزدیک و به یکدیگر اعتماد و اطمینان دارند. اغلب همجنس هستند و حتی اگر از جنس مخالف باشند، الزاماً رابطه آنها تحت کنترل رابطه جنسی نیست. دوستان موجب افزایش تجارب، علایق، ارزش‌ها و عقاید مشترک می‌شوند.

جوانان ۱۳ الی ۱۶ ساله اغلب تحت کنترل لحظات هستند. ممکن است عامل محرک، موجب رفتار آنی آنها و انجام کاری شود که به صورت تعدی یا تخلف از یک ارزش یا باور بروز می‌کند که به میزان زیاد به موقعیت و یا افراد درگیر در آن موقعیت وابسته است. آنها ممکن است وضعیتی را که پیشتر نامناسب تلقی می‌کردند، اما در آن لحظه برای اینکه ثابت کنند شبیه افراد گروه هستند، مناسب، لذت‌بخش یا الزامی بدانند و لذا خود را در آن وضعیت قرار دهند.

به دلیل تغییرات سریع بدنی این دوره، عده‌ای از نوجوانان نسبت به ظاهر، اندازه و شکل بخش‌های مختلف بدن و یا سرعت رشدشان دچار وسواس می‌شوند. از صحبت کردن با خانواده‌هایشان درباره این تغییرات بدنی، احساس ناراحتی می‌کنند و از این رو زمان زیادی را صرف صحبت کردن و لطیفه گفتن با همسالان درباره این تغییرات می‌نمایند. اطلاعاتی که آنها از همسالان دریافت می‌کنند، نامتناسب و غیردقیق است.

جوانان این سنین خطرپذیرند. آنچه قبلاً باعث ترس آنها می‌شده، اکنون برایشان جذاب و وسوسه‌انگیز است. آنها بر این باورند که شکست ناپذیرند و شهادت آن را دارند که چالش‌ها را بپذیرند، اصول و قوانین را در محدوده‌ای مشخص بیازمایند، مرگ را امتحان نمایند، و معتقدند که مرگ هرگز آنها را تسخیر نمی‌کند. به این ترتیب، مصرف مواد در سطوح متعدد، تخلف از قوانین، شکست اصول والدین، خانه و مدرسه، تسلیم نشدن در برابر خطرات جسمانی و حتی مرگ، برای آنها جذاب است.

تمایل به هدف‌گزینی در نوجوانان به حد کفایت وجود دارد، به طوری که می‌توانند نتیجه نهایی تحصیلات، رفتارها و انتخاب‌های خود را ببینند. این نکته که دیگر بزرگسالان تأثیری بر هدف‌گزینی آتی نخواهند داشت، خود دلیلی است بر اینکه آنها خود انتخاب کنند که چه کاری انجام دهند یا ندهند.

در جوانان پایه‌های تحصیلی دوم راهنمایی تا اول دبیرستان تفکر انتزاعی و فکر کردن به آینده در حال آغاز شدن است. آنها می‌توانند ایده‌های پیچیده‌تر را پردازش و ناهمخوانی یا ناهماهنگی‌های بین واژه‌ها، رفتار و پیامدهای آنها را درک کنند.

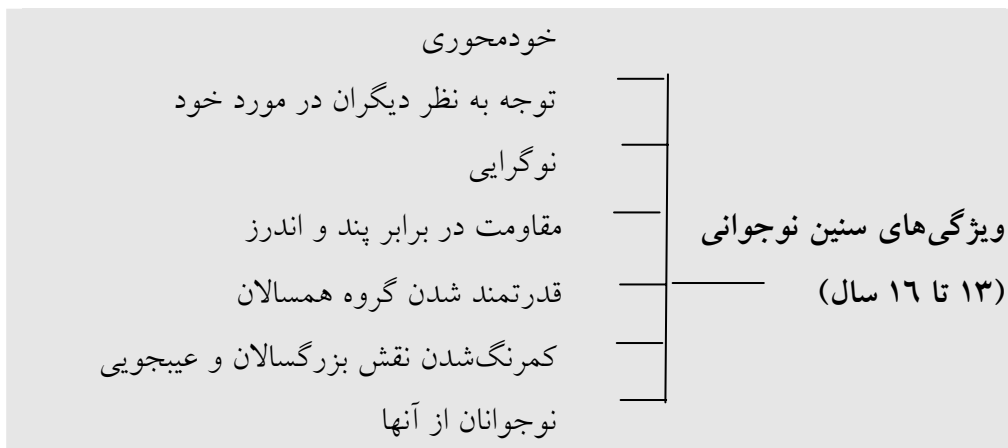
در آغاز بزرگسالی انرژی و زمان قابل توجهی صرف جست و جو برای کسب هویت می‌شود. بدون نظارت و راهنمایی بزرگسالان، احتمال تزلزل یا لغزش در انتخاب مسیر پیش می‌آید به گونه‌ای که ممکن است آن مسیر یا انتخاب خطرناک گردد.

در این سنین، جوانان می‌خواهند مستقل و در پذیرفتن انتظارات یا توقعات خانواده و بزرگسالان مختار باشند. آنها به بهترین شکل یاد می‌گیرند که مجازند تا تفکر انتقادی

را برگزینند، و برحسب ارزش‌ها و عقاید شخصی خود تصمیم بگیرند. آنها نیازمند حمایت عاطفی هستند، ضمناً نیاز دارند تا اجازه داشته باشند مفاهیم را برحسب دیدگاه و تمایل خود مورد جست و جو قرار دهند و آنها را کشف کنند، البته این امر نیز باید با حمایت و راهنمایی معلمان و دیگر بزرگسالان تحقق یابد.

۲-۴- اصول آموزش به نوجوانان ۱۳ تا ۱۶ ساله از طریق رسانه‌ها

باتوجه به مطالب ذکر شده، آموزش پیشگیری از سوءمصرف مواد برای نوجوانان از طریق رسانه‌ها، باید ویژگی‌های زیر را مد نظر داشته باشد.



خودمحوری

نوجوان خود را بهترین فرد برای ارائه راه‌حل در مورد مسائل مختلف و نظر و ایده‌های خود را بهتر از آرای دیگران می‌داند و درواقع او برای عقاید خود بیش از حد اعتبار قایل است. باتوجه به این ویژگی، در ارائه فعالیت‌های آگاه‌سازانه هیچ‌گاه نباید رأی و نظر نوجوان را مستقیماً مورد سؤال قرار داد؛ زیرا مقابله مستقیم با عقاید او، پیام را بی‌اعتبار می‌سازد. باید توجه کرد که پیام براساس دیدگاه‌های صحیح وی ارائه گردد. مثلاً اگر در مورد پیشگیری از اعتیاد، فعالیت آگاه‌سازانه‌ای در دست اجراست، باید با استفاده از ویژگی استقلال‌طلبی نوجوانان، به آن پرداخته شود؛ با تأکید بر این امر که اعتیاد موجب وابستگی و سلب استقلال افراد خواهد شد.

خود محوری ← ارائه پیام براساس دیدگاه‌های صحیح نوجوان

توجه به نظر دیگران در مورد خود

نوجوان همیشه خود را محور و مرکز می‌داند و تصور می‌کند همه به او توجه دارند. در واقع می‌پندارد که افراد همیشه رفتار و گفته‌های او را زیر نظر دارند و از آن انتقاد یا تعریف می‌کنند. بدین ترتیب سعی می‌کند رفتارهایی بکند که مورد تأیید دیگران است. در فعالیت‌های آگاه‌سازانه و ارائه پیام‌های بهداشتی، از رفتارها یا نگرش‌هایی که مورد تأیید دیگران است، می‌توان سود برد.

توجه به نظر دیگران در مورد خود ← تأکید بر نظر مثبت دیگران در مورد رفتار بهداشتی نوجوان

نوگرایی و علاقه به مسائل جدید

نوجوانان همواره مجذوب نوآوری‌ها و مسائل جدید و متنوع می‌شوند و به عکس از شکل‌ها و قالب‌های تکراری می‌گریزند. از این رو در ارائه پیام به این گروه سنی، باید از قالب‌ها و تکرار به شدت پرهیز و از شیوه‌های جدید و نو استفاده کرد.

نوگرایی ← پرهیز از الگوهای قالبی و تکراری

مقاومت در برابر پند و اندرز

اصولاً نوجوانان به پیام‌های اندرزگونه کمتر توجه می‌کند. بنابراین اگر در زمینه موضوع مورد نظر صرفاً اطلاعات ارائه و از قضاوت اخلاقی پرهیز شود و تصمیم‌گیری به خود آنها واگذار گردد، پذیرش بیشتر و بهتر خواهد بود.

عدم واکنش مناسب به پند و اندرز ← ارائه اطلاعات، واگذاری تصمیم‌گیری به خود فرد

قدرتمند شدن گروه همسالان

در سنین نوجوانی گروه همسالان تدریجاً واضح قوانین عمومی رفتار می‌شوند و بر زندگی نوجوان حکمفرمایی می‌کنند. با توجه به این ویژگی، فعالیت‌های آگاه‌سازانه را می‌توان به گونه‌ای به نوجوانان ارائه نمود که گروه همسال به نحوی در آن دخیل باشد تا حس تعلق به گروه در نوجوان تحریک شود. مثلاً می‌توان از بحث‌های بین گروه همسالان یا ارائه پیام از زبان همسال مورد تأیید آنها، استفاده کرد.

قدرتمند شدن همسالان ← دخالت همسالان در ارائه پیام

کمرنگ شدن نقش بزرگسالان و عیبجویی نوجوانان از آنها

در این سنین، به تدریج با قدرتمند شدن گروه همسالان، نقش والدین در زندگی و رفتار نوجوان کمرنگ می‌شود و تعارض بین قوانین رفتاری گروه همسال و بزرگسال افزایش می‌یابد. به همین دلیل، نوجوان رفتار بزرگسال را تأیید نمی‌کند و از آن عیبجویی می‌کند. از این رو در ارائه فعالیت‌های آگاه‌سازانه مرتبط با مسائل نوجوانان باید بر نقش آنان در تصمیم‌گیری‌ها تأکید و در محتوای پیام‌ها و همچنین ارائه آنها کمتر از بزرگسالان استفاده گردد.

کمرنگ شدن نقش بزرگسالان و عیبجویی نوجوانان از آنها ← حداقل استفاده از بزرگسالان در ارائه پیام‌ها

۳-۴- نوجوانان ۱۳ تا ۱۶ سال و مواد

موقعیت‌های اجتماعی بسیار وسیع، نوجوانان را در معرض خطرات بیشتر مصرف مواد قرار می‌دهد؛ زیرا در این سنین واکنش‌ها ناگهانی، ارزشهای قبلی در حال تحول و اهداف اصلی، پذیرش در گروه و خطر کردن می‌باشد.

جوانان پایه‌های تحصیلی سوم راهنمایی تا دوم دبیرستان به اطلاعاتی دقیق‌تر از مواد نیاز دارند. همچنین نیاز دارند تا خود را بهتر بشناسند و درباره خودشان به احساس خوبی دست یابند. احتمالاً یکی از اولین علایق آنها، پذیرفته شدن از سوی همسالان

است. آنها نیاز دارند بدون احساس فشار یا اجبار به استفاده از رفتارهای غیرقانونی یا غیرمسئولانه، احساس کنند به جایی یا چیزی تعلق دارند.

همچنین از افزایش میزان علاقه و توجه نوجوان به اندامهای در حال رشدش می‌توان به عنوان راهنما و محتوای مناسب برای تدریس خطرات تنباکو، الکل و دیگر مواد و آثار منفی آنها بر رشد جسمانی استفاده کرد. بزرگسالان باید تأکید کنند که عدم مصرف مواد، بهترین راه برای اطمینان از سلامت جسمانی و داشتن بدنی سالم و جذاب برای حال و آینده است.

نوجوانان از خطر لذت می‌برند و به پیامدهای سوءمصرف مواد، اعتقاد ندارند. بهترین راه ارائه اطلاعات، بیان تهدیدها، آمارها یا سخنرانی درباره اصول اخلاقی نیست؛ بلکه تمرکز بر موضوعاتی مانند چگونگی تأثیر مواد بر بدن و ذهن انسان، روابط انسانی و محیط می‌باشد.

در نوجوانان این توانایی که هر چیزی، الزاماً و به طور مطلق خوب یا بد، درست یا غلط نیست، در حال شکل‌گیری است. در آموزش پیشگیری از مصرف مواد، کمک‌کردن به نوجوانان برای اینکه یاد بگیرند چگونه تصمیم‌گیری‌های مناسبی داشته باشند، الزامی است.

در این سنین، جوانان به طور فزاینده تمایل دارند تا تحت نظارت بزرگسالان نباشند، اما اغلب نظارت جوانان بزرگتر از خود را می‌پذیرند. همان‌طور که از لحاظ جسمانی بالغ می‌شوند، می‌خواهند همانند افراد مسن‌تر یا بزرگتر رفتار کنند. دوستی‌ها به جوانان کمک می‌کند تا مسیر زندگی خود را انتخاب کنند. این امر برای بزرگترها به ویژه والدین نیز مهم است؛ به این ترتیب دانستن اینکه آنها با چه کسی دوست هستند، و همچنین چه کسی مشوق دوستی‌های مثبت، سالم و سودمند برای آنها است، با اهمیت می‌باشد. هم‌چنین شناخت دوستان به والدین کمک می‌کند فرزندان‌شان را از دوستی‌هایی که احتمالاً مضر و خطرناک است دور کنند. والدین و معلمان باید با یکدیگر همکاری داشته باشند تا به نوجوانان در ایجاد دوستی‌ها کمک کنند؛ دوستی‌هایی که مشوق رشد

و تدارک یک زندگی مسئولانه در بزرگسالی است. تحقیقات نشان می‌دهند مصرف مواد در این سنین افزایش می‌یابد؛ با انتخاب این شیوه در میان همسالان نشان بیشتر پذیرفته می‌شوند و مورد تشویق قرار می‌گیرند و حداقل به طور موقت، آنها را بزرگتر نشان می‌دهد یا آنها این طور احساس می‌کنند.

۴-۴- پیشگیری از سوء مصرف مواد در نوجوانان ۱۳ تا ۱۶ سال

- در آموزش پیشگیری از مصرف مواد برای این سنین، موارد زیر باید رعایت شود:
- ۱- تشویق بحث‌های آزاد، روشن و صریح برای ارائه مطالب مرتبط با مواد و مصرف آن و همچنین برنامه‌های پیشگیری از مواد. اطلاعات مرتبط با پیامدهای کوتاه و بلندمدت مصرف مواد، باید جذابیت و وسوسه‌انگیز بودن «خطرکردن» در این گروه سنی را مورد توجه قرار دهد، و آنها را هدایت کند.
 - ۲- تأکید بر مهارت‌های زندگی مانند حل مسأله، مقاومت در برابر فشار همسالان، ایجاد و توسعه دوستی‌های سالم، رویارویی و کنارآمدن با استرس، برقراری ارتباط با بزرگسالان؛
 - ۳- پرهیز از فریبنده و جذاب جلوه‌دادن مصرف مواد؛ مثلاً از طریق پذیرفتن رفتار مصرف مواد در برخی از مشاهیر مانند موسیقی‌دانان، هنرپیشه‌ها و ورزشکاران؛
 - ۴- تأکید بر عدم مصرف مواد توسط اکثر مردم و حتی بخش عمده‌ای از افراد همسن آنها؛
 - ۵- تأکید بر مسئولیت‌پذیری، چه شخصی و چه در قبال جامعه. به جوانان باید فرصت داده شود تا مسئولیت‌پذیری خود را ثابت کنند. مثلاً از طریق انجام فعالیت‌های مستقل پژوهشی، کمک کردن به همسالان و بر عهده گرفتن مسئولیت الگو بودن برای کودکان کم‌سن‌تر؛
 - ۶- تأکید بر توسعه فعالیت‌های سالم مانند ورزش، موسیقی، هنر، عضویت در تیم‌ها و فعالیت‌های داوطلبانه برای پرکردن اوقات فراغت؛
 - ۷- تأکید بر ایجاد اهداف مثبت در زندگی مانند ادامه تحصیلی، توسعه مهارت‌های حرفه‌ای یا شغلی؛
 - ۸- تأکید بر قانون و پیامد عدم رعایت آن؛

- ۹- تأکید بر ایجاد و گسترش احساس مثبت از خویشتن و ظرفیت‌ها و قابلیت‌های خود؛
- ۱۰- تأکید بر درک فشار و نفوذ گروه همسال و دارابودن توانایی مقاومت در برابر آن؛
- ۱۱- تأکید بر شناخت منابع کمکی غیر از همسالان؛
- ۱۲- تأکید بزرگسالان بر مدل‌های سالم و مسئولانه رفتاری؛ والدین باید به همان اندازه که دوستان هم سن و سال فرزندان‌شان را می‌شناسند، اطرافیان بزرگسال فرزندان‌شان را نیز بشناسند.
- هم‌چنین برای آموزش پیشگیری از سوءمصرف مواد به نوجوانان این گروه سنی، اطلاعات زیر باید داده شود:
- ۱- چگونه موادی مانند الکل، تنباکو، حشیش، کوکائین، مواد استنشاقی، توهم‌زا، محرک‌ها، و اشکال گوناگون‌شان را تشخیص دهند.
- ۲- در این سنین مصرف الکل، تنباکو، و دیگر مواد غیرقانونی است.
- ۳- امتحان یا آزمایش کردن مواد به معنای مصرف آنهاست و بنابراین همان خطرات شدید را به همراه دارد.
- ۴- چگونه مواد وارد کشور می‌شود و چگونه جامعه به مبارزه و جنگ با مشکل مصرف مواد می‌پردازد.
- ۵- قوانین مربوط به مصرف، ساخت و فروش مواد برای حمایت از مردم طراحی شده‌اند.
- ۶- میزان وسعت مشکل مواد از لحاظ محلی و تلاشهای منابع قدرت برای کنترل آن چیست.
- ۷- چگونه اعتیاد بر افراد خانواده تأثیر می‌گذارد.
- ۸- سیگارهای فاقد تنباکو و آب‌جوها نیز جزء مواد و برای جوانان مضر و غیرقانونی هستند.
- ۹- چگونه مصرف استروئیدها می‌تواند به بدن و ذهن صدمه بزند.
- ۱۰- چرا و چگونه، تأثیر مواد از شخصی تا شخص دیگر تغییر می‌یابد، بخصوص بلافاصله پس از مصرف.

۱۱- چگونه مواد پر بخش‌های مختلف بدن تأثیر می‌گذارد؛ بخصوص برگردش جریان خون، تنفس، سیستم‌های عصبی و تولیدمثل و چرا مواد برای بدن و ذهن در حال رشد، خطرناک است.

۱۲- چگونه مواد در اجرای تکالیف جسمانی و هوشی تداخل می‌کند و به آنها آسیب می‌زند.

۱۳- چگونه مواد و ایدز با هم ارتباط دارند.

۱۴- چگونه منابع نفوذ اجتماعی مانند آگهی‌های تبلیغاتی، فشار گروه همسال، نفوذ خانواده و معیارهای جامعه ممکن است مصرف مواد را تبلیغ کند.

۵-۴- برای این سنین آموزش چه آگاهی‌ها و مهارتهایی لازم است.

چند نمونه از مقولاتی که در آموزش پیشگیری از مصرف مواد به نوجوانان ۱۳ تا ۱۶ ساله پیشنهاد می‌شود به قرار زیر است:

- ۱- اهمیت خانواده
- ۲- ارزیابی پیام
- ۳- مواد، جرم و جنایت
- ۴- هدف‌گزینی برای آینده
- ۵- ارزیابی اعتبار و قابل اعتماد بودن
- ۶- مواد و بدن
- ۷- استرس و ورزش
- ۸- فشار گروه همسال
- ۹- کمک‌کردن به دیگران
- ۱۰- تصمیماتی برای آینده
- ۱۱- مهارتهای تصمیم‌گیری
- ۱۲- قوانین و مواد

اهمیت خانواده‌ها

یعنی تشخیص اهمیت خانواده و ریشه‌های خانوادگی و مشارکت در فعالیت‌های خانوادگی؛

در ۱۳ تا ۱۶ سالگی، روابط گروهی همسالان به طور فزاینده با اهمیت‌تر می‌شود و نوجوانان ممکن است تلاش کنند به لحاظ عاطفی و هیجانی از خانواده و به ویژه والدینشان فاصله بگیرند.

در این زمینه می‌توان موارد زیر را به نوجوانان یادآوری و گوشزد نمود.

- ۱- با آنکه ممکن است خانواده‌ها ویژگی‌های مشابهی داشته باشند، اما در ضمن با هم تفاوت هم دارند که این امری مناسب و صحیح است؛
- ۲- مشارکت در فعالیت‌های خانوادگی، راهی مهم برای ایجاد و گسترش احساس تعلق داشتن است.

ارزیابی پیام‌ها

یعنی تشخیص و ارزیابی تأثیر کلی پیام‌هایی که از طرق مختلف مانند موسیقی، فیلم‌های ویدیویی، سینما، تلویزیون و آگهی‌های تبلیغاتی انتقال می‌یابد.

موسیقی‌های متنوع، فیلم‌های سینمایی، تلویزیون، موسیقی‌های ویدیویی، و آگهی‌های تبلیغاتی می‌توانند پیام‌های نیرومندی درباره مواد منتشر نمایند یا بفرستند. در سنین ۱۳ تا ۱۶ سال، جوانان به زندگی در دنیای خیالی اعتقاد پیدا می‌کنند و به زندگی تخیلی خود علاقه‌مندند و بنابراین نسبت به پیام‌های بد و خوب رسانه‌ها حساس و آسیب‌پذیر می‌شوند. این مقوله به آنها کمک می‌کند تا پیام‌ها و نفوذ بالقوه آنها را در رابطه با مصرف مواد تجزیه و تحلیل نمایند.

اشاره به این نکته که آگهی‌ها چگونه الکل و تنباکو را فریبنده می‌نمایند و در نشان‌دادن آثار مضر مصرف آنها (مانند اعتیاد، بیماری، از هم پاشیدن زندگی خانوادگی) کوتاهی می‌کنند، ضروری است.

مصرف مواد و جرم و جنایت

یعنی تجزیه و تحلیل آثار مصرف تنباکو، الکل و دیگر مواد بر میزان تخلفات و اقتصاد

جوانان بین سنین ۱۳ تا ۱۶ سال در تلاش‌اند تا هر چه بیشتر درباره محیطشان آگاهی کسب کنند. این بحث نشان می‌دهد که مصرف مواد چگونه به فرد مصرف‌کننده و جامعه آسیب می‌زند.

هدف‌گزینی برای آینده

یعنی کمک به نوجوان برای دستیابی به دیدگاهی وسیع‌تر درباره زندگی و تعیین اهداف.

نوجوانان پایه‌های تحصیلی دوم راهنمایی تا دوم دبیرستان به هدیه و پاداش علاقه‌مندند. جوانانی که مواد مصرف می‌کنند یا می‌فروشند، معمولاً به دنبال کسب لذت‌های موقتی هستند، از مشکلات فرار می‌کنند، نظر همسالان را می‌پذیرند، راحت پول خرج می‌کنند که تمامی این موارد بیشتر تأمین‌کننده منافع آنی آنها می‌باشد. این مبحث در تلاش برای ساختن و ایجاد عزت‌نفس است و اینکه به نوجوانان کمک نماید تا موفقیت‌های زندگی‌شان را مرور و درباره آنچه دوست دارند در آینده انجام دهند، فکر کنند. چگونه استفاده یا فروش مواد با دستیابی به اهداف مثبت در زندگی مقایسه می‌شود.

ارزیابی اعتبار و قابل اعتماد بودن

یعنی یادگیری این مسأله که چگونه می‌توان اعتبار منابع اطلاعاتی، به ویژه افراد بزرگتر و مسئولان را ارزیابی کرد.

در پایه‌های تحصیلی دوم راهنمایی تا دوم دبیرستان، این گرایش ایجاد می‌شود که بین تأثیرات خوب و بد افراد بزرگتر بر خود، تمایز قائل شوند. این بحث به آنها کمک می‌کند تا نکات خوب و مثبت را در افراد تشخیص دهند و آنها را تشویق می‌کند تا تنها به دنبال جهت‌گیری‌های مثبت، سالم، مهرجویی در زندگی و جلب موارد مذکور از سوی افراد بزرگتر و مراجع قدرت باشند.

مواد و بدن

یعنی تشخیص مواد و تأثیراتشان بر بدن در یک مقطع زمانی خاص جوانان دوست دارند تا هر چیزی را آزمایش کنند و کارهای خطرناک انجام دهند، بنابراین لازم است بفهمند که چرا تنباکو، الکل، و مواد غیرقانونی برای خودشان و دیگران مضر و خطرناک است.

استرس و ورزش

یعنی درک این مطلب که فعالیت‌های جسمانی به رهایی از استرس کمک می‌کند و می‌تواند یک جایگزین بسیار سالم برای مصرف مواد باشند.

جوانان در سنین ۱۳ تا ۱۶ سال انرژی، اشتیاق، و کنجکاوی شگرف دارند، که بدین‌وسیله می‌توان آنها را به سوی فعالیت‌های جسمانی سالم هدایت کرد. یک رژیم (برنامه) ورزشی منظم می‌تواند به رهایی از استرس کمک کند.

فشار گروه همسال

یعنی تشخیص راه و روش‌هایی که با کمک آنها می‌توان با فشار همسالان برای مصرف تنباکو، الکل و دیگر مواد، روبرو شد و کنار آمد.

جوانان در سنین ۱۳ تا ۱۶ سال، اطلاعاتی درباره مواد دارند و ممکن است قبلاً نیز از سوی خواهر و برادران بزرگتر، دوستان، یا همسالان خود تحت فشار مصرف آن قرار گرفته باشند یا به آنان پیشنهاد مصرف شده باشد. این بحث به نوجوانان کمک می‌کند فشار همسالان را درک و از مصرف مواد امتناع نمایند.

کمک کردن به دیگران

یعنی تشویق کردن دانش‌آموزان به کمک به دیگران

جوانان در سنین ۱۳ تا ۱۶ سال مفید و سودمند بودن را دوست دارند، و اغلب در جست‌وجوی موقعیت‌هایی هستند که به دیگر جوانان کمک نمایند. آنها بسیار علاقه‌مندند که در این مقطع مورد پذیرش قرار گیرند و لذا از اینکه از همسالانشان درخواست کمک کند احساس راحتی یا آسودگی نمی‌کنند، چرا که ممکن است چنین عملی نشانه‌ای از ضعف یا ناتوانی آنها تلقی شود. این بحث به نوجوانان کمک می‌کند تا بفهمند که هم کمک خواستن و هم کمک کردن، هر دو می‌تواند نشانه‌هایی از قدرت باشند.

تصمیم‌گیری برای آینده

یعنی درک این مطلب که گاهی اوقات انتخاب‌های مختلف افراد موجب بحث می‌شود و اینکه انتخاب‌های کنونی نوجوانان ممکن است بر آینده آنها تأثیر بگذارد. نوجوانان کم سن اغلب به آسیب‌ناپذیر بودن خود باور دارند. توجهاتشان متمرکز بر زمان حال است و کلاً این نکته را در نظر نمی‌گیرند که اعمالی مانند مصرف مواد چگونه ممکن است بر آینده آنها تأثیر گذارد. این بحث به نوجوانان کمک می‌کند تا بفهمند که آنها در آغاز روبروشدن با انتخاب‌ها هستند و به این ترتیب ممکن است به آنها کمک نماید تا مسیر زندگی‌شان را تعیین کنند.

مهارت‌های تصمیم‌گیری

یعنی یادگیری روش علمی از طریق نقش بازی کردن در زمینه تصمیم‌گیری درباره مصرف مواد؛

در این مقطع سنی، جوانان به دنبال راه‌هایی برای تصمیم‌گیری و حل مشکلات خود هستند.

قوانین و مواد

یعنی یادگیری سیاست‌ها و قوانین مربوط به مصرف مواد جوانان در سنین ۱۳ تا ۱۶ سال ممکن است برای مصرف تنباکو، الکل و سایر مواد غیرقانونی تحت فشار قرار بگیرند.

از این رو، می‌توان از نمایندگان سیستم قضایی زندان جوانان دعوت کرد تا درباره پیامدهای تخلف از قوانین با تمرکز بر مصرف مواد صحبت کنند.

همچنین می‌توان درباره قوانین محلی مربوط به مصرف، تولید، یا فروش مواد توسط افراد کم سن صحبت و درباره موارد زیر بحث نمود:

- جوانان با سیستم قضایی چگونه درگیر می‌شوند.
- کدام‌یک از انواع تنبیهات متداول است.
- آیا سیستم قضایی والدین را مسئول می‌داند.
- فرآیند قانونی چقدر هزینه دربردارد، و چه کسانی هزینه آن را می‌پردازند.
- قضاوت (و حکم صادر شده در این موقعیت) چگونه بر فرصت‌های آتی تأثیر می‌گذارد.
- این سیستم چگونه مسأله مصرف مواد در میان جوانان را درک می‌کند.
- اگر جوانان مشکوک به مصرف مواد شوند، (معمولاً) چه مراحل را طی می‌کنند.

۵- آموزش پیشگیری از سوءمصرف مواد در جوانان ۱۷ تا ۱۹ ساله

برای پیشگیری از سوءمصرف مواد در این گروه سنی ابتدا باید اطلاعات زمینه‌ای در مورد آنها داشت.

۱-۵- اطلاعات زمینه‌ای در مورد جوانان مقطع دوم دبیرستان تا پایهٔ پیش دانشگاهی

جوان در این سنین خصوصیات گوناگونی دارد. ۱۷ تا ۱۹ سالگی متضمن تغییرات وسیعی از نارسایی اوایل نوجوانی تا بلوغ نسبتاً کامل بزرگسالی است.

شاید مشکل‌سازترین مسئله در این گروه سنی تجمع و همراهی کلاس دهمی‌های کوچکتر با جوانان بزرگتر و پرتحرک‌تری است که تماس اجتماعی بیشتری دارند (مثلاً اتومبیل می‌رانند و قانوناً قادر به کار هستند). جوانانی که در خطر سوءمصرف مواد هستند، خود را در فضایی بی‌در و پیکرتر از دبستان یا مدرسه راهنمایی می‌یابند و به ناگاه با فرصتهای بد و یا خوب دیگری مواجه می‌شوند. هم مدرسه‌ای‌های بزرگتر می‌توانند کوچکترها را به سمت مصرف مواد بکشانند. کوچکترها برعکس بزرگترها، برای کسب تعلق به گروه، دست به رفتارهای خطرناک و مخرب می‌زنند.

جوانان در مسائلی همچون رقابت باهم مدرسه‌ای‌ها، روابط با دیگران، مقابله با فشارهای اجتماعی و برنامه‌ریزی برای آینده، فشارهای زیادی را تحمل می‌کنند و اغلب آمادگی مقابله با این گونه استرس‌ها را ندارند. رفتارهای غیرتطابقی در مقابل این فشارها، خود تنش بیشتری ایجاد می‌کند. حفظ همدلی با نوجوان و کمک به او در کاهش استرس از طریق هنر، ورزش و ادبیات، مفید است.

جوانان در این سنین سیستم‌های اخلاقی ویژه‌ای برای خود قائل‌اند و دیگر اعتقادی به حقانیت کامل بزرگترها ندارند. برای آنان صحبت با بزرگسالان، خصوصاً والدین سخت می‌شود. آنان معتقدند که همیشه حق با آنهاست و اعمالشان از نظر اخلاقی صحیح می‌باشد، اما در عین حال مترصد کشف اثرات اعمال و رفتارهای خود هستند. آنها می‌توانند مقاومت کوچکترها را نسبت به مصرف مواد افزایش دهند، چرا که قادرند الگوی رفتارها و نگرش‌های سالم، مسئولانه و مثبت باشند.

از سن ۱۷ تا ۱۹ سالگی، دوستی در بین جوانان بسیار اهمیت پیدا می‌کند و دوستان منبع اطلاعاتی خوبی برای تصمیم‌گیری‌های مهم می‌گردند. در این سنین، گاه دوستی‌ها می‌توانند ناپایدار باشند، به ویژه دختران ممکن است یک روز بسیار صمیمی و حمایتگر بوده و یک روز رفتار مخرب و قهرآمیزی نشان دهند. گاه بزرگترها در این امور مداخله می‌کنند، ولی باید از این امر اجتناب شود تا جوانان خود قادر به حل مشکلات رابطه‌ای شده و شخصاً مهارت‌های ارتباطی خود را ارتقا دهند.

ظاهر و شکل فیزیکی برای جوانان بسیار مهم می‌شود و دوستی با جنس مخالف، در این دوره اهمیت زیادی می‌یابد. از نظر فیزیولوژیک، جوانان کشش شدیدی به جنس مخالف پیدا می‌کنند و تا حدی هم هنجارهای اجتماعی، جوانان را به این دوستی‌ها سوق می‌دهد. در طی این دوستی‌ها، برخی جوانان درگیر رفتارهایی معارض با ارزش‌های شخصی یا خانوادگی می‌شوند و این خود تنش و استرس ایجاد می‌کند.

علاقه به جنس مخالف ممکن است نوجوانان را به انجام اعمال مخاطره‌آمیز یا لاف‌زدن در مورد رفتارهای خیالی در جمع وادارد تا آنان اجتماعی‌تر به نظر برسند. این اعمال دردسرساز است و گاهی باعث احساس گناه می‌شود. والدین، در این دوره باید مقتدر، بی‌طرف، آماده شنیدن و در موارد درخواست جوان، ناصح باشند و به هر قیمت، ارتباط خود با جوانان را حفظ کنند.

در ضمن در این سن تفکر انتزاعی در حد عالی خود پدید آمده است و او را قادر می‌سازد که نتیجه تصمیمات خود را پیش‌بینی کرده، و مسئولیت آن را تقبل کند.

۲-۵- اصول آموزش به جوانان ۱۷ تا ۱۹ ساله از طریق رسانه‌ها

برای آموزش پیشگیری از سوءمصرف مواد به جوانان ۱۷ تا ۱۹ سال از طریق رسانه‌ها همان ویژگی‌هایی که برای آموزش به بزرگسالان مطرح می‌باشد، لازم است. این ویژگی‌ها در قسمت «والدین و آموزش پیشگیری از سوءمصرف مواد» زیر عنوان «۲-۶- اصول آموزش به بزرگسالان از طریق رسانه‌ها» ذکر شده است.

۳-۵- جوانان ۱۷ تا ۱۹ سال و مواد

جوانان روز به روز بیشتر قادر به درک مفاهیم انتزاعی نظیر حقیقت و عدالت هستند. دیدگاه گسترده آنها از جهان باعث می‌شود که به تأثیر افراد بر زندگی دیگران پی ببرند. توانایی تفکر انتزاعی باعث می‌شود هزینه اقتصادی مصرف مواد را درک کنند و دلایل وضع قانون‌های مرتبط را بشناسند و تأثیر مصرف مواد روی بهداشت و سلامت فردی را دریابند. در گروه سنی ۱۷ تا ۱۹ سال، جوانان به آینده علاقه‌مند شده و نتایج فوری یا درازمدت اعمال و انتخابهای خود را که می‌تواند تا آخر عمر بر زندگی‌شان اثر گذارد، درک می‌کنند. بنابراین، باید پیام‌های صریح و واضح در زمینه اثرات مصرف مواد بر آینده و زندگی فرد، داده شود.

در این سنین، افراد نیازمند اطلاعات گسترده‌تری در زمینه مواد هستند، بین مواد و اثرات آنها بر روی افراد و اجتماع ارتباط قائل می‌شوند و درمی‌یابند که مصرف مواد با نیل به اهداف مثبت در زندگی منافات دارد.

جوانان ممکن است عزمی هوشیارانه جهت عدم مصرف مواد داشته باشند، اما این امر آسیب‌پذیری آنها را نفی نمی‌کند و کماکان در معرض موقعیتهای خطرناک قرار دارند.

در این دوران، جوانان با والدین خود در زمینه مواد به راحتی صحبت نمی‌کنند و ترجیح می‌دهند هم‌صحبتی بی‌طرف را برگزینند. اطلاعات آنان اغلب مبهم و غیردقیق

است، چرا که منابع اطلاعاتی آنان همسالانی همانند خودشان هستند. لیکن معلمان، مربیان ورزشی، کارفرمایان و مانند آنها، می‌توانند منابع اطلاعات و الگوهای رفتار مثبت، سالم و مسئولانه برای آنان باشند.

۴-۵- پیشگیری از مصرف مواد در جوانان ۱۷ تا ۱۹ سال

پیام‌های پیشگیرانه باید اطلاعات دقیق و واقعی را به صورتی ارائه دهند که جوان خود خطرات مصرف مواد را دریابد. در این گروه سنی فرد باید کماکان به تمرین مهارت‌های امتناع در برابر فشار همسالان پردازد و دلایل این امتناع را هم دریابد.

جوانان به سلامتی و جذابیت جسمی خود اهمیت می‌دهند. بنابراین آموزش پیشگیری از مواد باید بر اثرات سوء مصرف مواد روی جذابیت و سلامت بدن متمرکز باشد. هر چند ممکن است جوانان منکر آسیب‌های اجتماعی مواد بر بدن خود شوند، آگاه‌سازی در این زمینه باید مداوم باشد و به‌خصوص تضعیف سیستم ایمنی در اثر مصرف مواد باید گوشزد شود. اطلاعات دقیق و صریحی هم باید در زمینه پیشگیری از ایدز در پیام‌ها گنجانده شود.

جوانان دبیرستانی باید قادر به اخذ تصمیم‌های مستقل و قبول مسئولیت ناشی از این تصمیم‌ها باشند. آنان به عنوان یک شهروند، مسئول اقداماتی هستند که می‌تواند جامعه را سالم‌تر و مرفح‌تر کند. آموزش‌های پیشگیری از مواد باید کمتر به مواد و تأثیرات آنها پردازد و بیشتر به تأثیر مواد بر جامعه متمرکز گردد. آنان باید در فعالیتهای بهینه‌سازی جامعه شریک و داوطلب شوند.

به طور کلی در آموزش پیشگیری از مصرف مواد برای این سنین باید خط‌مشی‌های زیر رعایت شود:

- ۱- مباحث آزاد و صریح پیرامون مسائل مرتبط با سوء مصرف مواد؛
- ۲- تمرکز بر مهارت‌های زندگی شامل حل مسئله، تطابق با استرس، حفظ دوستی‌های سالم و ارتباط گسترده با بزرگسالان؛
- ۳- اجتناب از معرفی رفتار مصرف مواد در افراد مهم جامعه مانند موسیقی‌دان‌ها، هنرپیشگان و ورزشکاران؛
- ۴- تأکید بر اجتناب اکثر افراد، بخصوص همسالان، از مصرف مواد؛
- ۵- تأکید بر اهمیت مسئولیت شخصی و اجتماعی؛

۶- تأکید بر اهمیت خودتکایی و اعتماد به نفس؛

۷- تأکید بر فعالیتهای سالم اوقات فراغت نظیر ورزش، موسیقی، هنرهای دستی، حضور در باشگاه‌ها و شرکت در فعالیتهای داوطلبانه که همگی می‌توانند روشی جهت مقابله با استرس باشند.

۸- تأکید بر اهمیت وجود هدف در زندگی، نظیر ادامه تحصیل و کسب مهارتهای حرفه‌ای که منابع شروع کسب درآمد هستند.

همچنین برای آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد در این سنین، اطلاعات زیر باید داده شود:

۱- مواد اعتیادآور و صور مختلف آنها متنوع هستند.

۲- مواد اثرات کوتاه و درازمدت نظیر اعتیاد و مرگ دارند.

۳- مصرف الکل و مواد اعتیادآور غیرقانونی است.

۴- یک بار آزمایش کردن مواد به منزله مصرف آن است.

۵- نفوذ مواد به زندگی افرادو نیز مبارزه جامعه با اعتیاد، روشهای مختلفی دارد.

۶- قوانین مبارزه با مصرف، تولید و فروش مواد جهت حفاظت از مردم طراحی شده است.

۷- آشنایی با مقوله اعتیاد و تأثیر آن بر فرد و خانواده ضروری است.

۸- مصرف سیگار و مشروبات الکلی به هر صورت، ناسالم است.

۹- مصرف استروئیدها به جسم و ذهن آسیب می‌رساند.

۱۰- اثرات مصرف مواد به خصوص اثرات کوتاه‌مدت، از فردی به فرد دیگر متفاوت است.

۱۱- مواد اعتیادآور بر بخش‌های مختلف بدن به‌خصوص سیستم گردش خون، سیستم تنفس، سیستم عصبی و تولید مثلی اثرات منفی دارد و برای جسم و روان افراد در حال رشد خطرناک است.

۱۲- سوء مصرف مواد با بیماری‌هایی چون AIDS، ناتوانی‌های یادگیری و معلولیتها، نقص‌های مادرزادی و بیماری‌های قلبی، کبدی و ریوی مرتبط است.

۱۳- مصرف مختلط مواد چه به صورت غیرمجاز و چه داروهای تجویزی می‌تواند کشنده باشد.

- ۱۴- مشروبات الکلی، سیگار و سایر مواد اعتیادآور، جنین در حال رشد و نیز کودک شیرخوار را متاثر می‌کند.
- ۱۵- کار با ماشین‌آلات، وسایط نقلیه و مانند آن همراه با مصرف مواد، خطرناک است.
- ۱۶- مصرف مواد اعتیادآور بر فعالیتهای ذهنی و فکری تأثیر منفی دارد.
- ۱۷- سوءمصرف مواد، رشد فرد و موفقیت شغلی او را تضعیف می‌کند.
- ۱۸- مداخلات متنوعی جهت درمان و مبارزه با اعتیاد وجود دارد.
- ۱۹- نوجوانان می‌توانند الگوی بچه‌های کوچکتر باشند.
- ۲۰- گنجاندن پیام‌های پیشگیرانه در سراسر برنامه درسی الزامی است و کلیه پرسنل مدرسه باید در ارائه پیام پیشگیرانه فعال باشند.

۵-۵- برای این سنین آموزش چه آگاهی‌ها و مهارتهایی لازم است.

چند نمونه از مقولاتی که در آموزش پیشگیری از مصرف مواد به جوانان ۱۷ تا ۱۹ ساله پیشنهاد می‌شود به قرار زیر است:

- ۱- مواد و قوانین مدنی
- ۲- تأثیر مواد بر جسم انسان
- ۳- رشد و بلوغ
- ۴- تأثیر مواد اعتیادآور بر تولد کودک
- ۵- برداشتهای غلط در زمینه مواد
- ۶- مواد و فشارهای گروه همسال
- ۷- تأثیر استروئیدها بر بدن انسان
- ۸- هزینه اقتصادی مصرف مواد بر بودجه خانواده

مواد و قوانین مدنی

یعنی درک عواقب قانونی مصرف مواد غیرمجاز؛

دانش‌آموزان ۱۷ تا ۱۹ ساله باید به عواقب مصرف مواد پی ببرند و مثلاً بدانند که چگونه بازداشت‌شدن به جرم مصرف یا فروش مواد می‌تواند بر آینده آنان تأثیر منفی بگذارد. در این مبحث می‌توان قوانین مربوطه و جزئیات آن را مورد بررسی قرار داد و چگونگی تأثیر قانون‌شکنی بر جامعه را روشن نمود.

تأثیر مواد بر جسم انسان

یعنی درک تأثیرات الکل، سیگار و سایر مواد اعتیادآور بر سلامتی سیستم‌های مختلف بدن انسان؛

نوجوانان عموماً به جسم خود اهمیت و بها می‌دهند و باید آگاه باشند که چگونه مواد به بدن آسیب می‌رسانند. در این مبحث می‌توان بطور خلاصه طرز کار سیستم‌های مختلف بدن را نشان داده و چگونگی تأثیرپذیری این بخش‌ها از مواد را روشن ساخت.

رشد و بلوغ

یعنی درک تدریجی بودن فرآیند رشد و تکامل؛

نوجوانی دوران پر ابهامی است. مسئولیتهایی مانند آماده‌شدن جهت احراز شغل، شروع تحصیل در دانشکده و یا آزمون گواهینامه و رانندگی در دستور کار نوجوان قرار می‌گیرد، اما این هنوز جوانتر از آن است که سایر مسئولیتهای بزرگسالان را بپذیرد. در این مبحث می‌توان روشن کرد که نوجوانی دوران برقراری روابط اجتماعی و کشف جهان است و نوجوان باید بپذیرد که با شروع این دوره چشم‌اندازی کلی به زندگی پیدا کرده است.

تأثیر مواد اعتیادآور بر تولد کودک

یعنی آموزش اثرات مضر الکل و سایر مواد بر رشد و تکامل جنین؛

نوجوانان، چه پسر و چه دختر باید آگاه باشند که استفاده از الکل، سیگار و یا داروهای اعتیادآور دیگر نه تنها به فرد استفاده‌کننده زیان می‌رساند، بلکه می‌تواند صدمات جسمی و روانشناختی و یا حتی مرگ برای جنین به همراه داشته باشد.

برداشت‌های غلط در زمینه مواد

یعنی تحلیل برداشت‌ها و عقاید عامه در زمینه مصرف مواد اعتیادآور، بخصوص سیگار و الکل؛

جوانان ۱۷ تا ۱۹ ساله سعی می‌کنند ظاهر و رفتار بالغانه را تقلید کنند. از طرفی، هنجارهای اجتماعی و انتظاراتی را که از آنان می‌رود، زیر سؤال می‌برند و از طرف دیگر با قبول برخی از این توقعات، می‌خواهند مورد پذیرش جامعه قرار گیرند. تاکتیک‌های تبلیغاتی می‌توانند تأثیر پرفردتری بر جوانان داشته باشند، چرا که تأکید دارند، مصرف سیگار و الکل، فرد را جذاب‌تر، محبوب‌تر و منحصر به فرد می‌سازد. در این مبحث می‌توان به تصحیح باورهای غلط پرداخته و سبب افزایش مقاومت افراد نسبت به پیام‌های تبلیغاتی شد.

مواد و فشارهای گروه همسال

یعنی شناسایی روش‌های مقابله با فشار جامعه و همسالان جهت مصرف مواد اعتیادآور؛

جوانان ۱۷ تا ۱۹ ساله بطور گسترده در تماس با مواد هستند، چه در موقعیتهای اجتماعی و چه در هنگام تماس با بزرگسالانی که در آنها مصرف سیگار و مواد، یک هنجار تلقی می‌شود. هر چند ممکن است تصمیم‌گیری برای اجتناب از مواد داشته

باشند، کماکان آسیب‌پذیر می‌باشند. این مبحث می‌تواند در برگیرنده روش‌های مقابله با فشارهای جامعه و همسالان در زمینه مصرف مواد باشد.

تأثیر استروئیدها بر بدن انسان

یعنی درک تأثیرات استروئیدها بر جسم و روان انسان؛ جوانان ۱۷ تا ۱۹ ساله به ظاهر خود حساس هستند. مثلاً پسرها می‌خواهند ظاهری عضلانی داشته باشند و برخی از آنها از استروئیدها برای رسیدن به هدف استفاده می‌کنند. در این مبحث می‌توان نشان داد که استروئیدها برای سلامتی جسم و روان زیانبار هستند.

هزینه اقتصادی مصرف مواد بر خانواده

یعنی تحلیل تأثیر مصرف مواد بر بودجه خانواده؛

جوانان ۱۷ تا ۱۹ ساله بطور روزافزون باید در جریان تأثیر مصرف مواد بر خانواده و جامعه قرار گیرند. در این مبحث می‌توان نشان داد که چگونه مصرف مواد می‌تواند اقتصاد خانواده را تهدید کند و سبب عواقب متفاوتی گردد.

۶- والدین و معلمان و آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد

ارتباط خوب، بنیانی مداوم را برای کودکان فراهم می‌کند تا ببینند که والدینشان به عنوان منابع حمایتی و اطلاعاتی با آنها هستند تا به حل مشکلات بالقوه متعددی که بزرگ شدن برای آنها با خود به همراه دارد کمک کنند. بنابراین رابطه خوب والد - کودک یک مؤلفه ضروری برای تمامی تلاش‌های پیشگیری از مصرف مواد است. ممکن است والدین همیشه مهارت‌های ارتباطی مؤثر با کودکانشان را نداشته باشند بویژه در آن مقطع که کودکان بزرگتر شده و به سنین پیش از نوجوانی و نوجوانی می‌رسند. مدارس و رسانه‌ها می‌توانند به والدین در ایجاد مهارت‌های ارتباطی مناسب کمک کنند بخصوص از طریق دادن اطلاعات، و هدایت کردن آنها با کمک منابع ارتباطی مناسب یا تشکیل کارگاه‌ها و دعوت نمودن سخنرانانی که در زمینه ارتباط والد - کودک تجربه دارند.

۱-۶- نکاتی برای برقراری ارتباط مؤثر

کودکان و والدین سبک‌های ارتباطی متنوع و شیوه‌های گوناگونی برای پاسخدهی در مکالمات دارند. بنابراین دستیابی به ارتباط مؤثر بین والدین و کودکان همیشه آسان نیست.

گوش دادن

- باید به صحبت کودک توجه شود؛
- نباید صحبت او قطع شود؛
- در هنگامی که کودکان در حال صحبت هستند نباید، بدن‌بال آماده کردن جواب بود؛
- قضاوت‌ها باید تا هنگامی که کودکان صحبت را تمام نکرده و از والد نظری را در پاسخ نخواستند، مسکوت بماند؛

نگاه کردن

- باید نسبت به بیانات هیجانی چهره و زبان بدنی کودکان آگاه بود. آیا کودک عصبی یا ناراحت است؟! (اخم کردن، با انگشت ضرب گرفتن، با پا ضرب گرفتن، به ساعت نگاه کردن....) یا اینکه کودک آرام و راحت بنظر می‌رسد؟! (لبخندزدن، به چشمها نگاه کردن...) خواندن این نشانه‌ها به والدین کمک می‌کند تا بفهمند که کودک چه احساسی دارد.

- در طی مکالمه، نسبت به مطالبی که کودک در حال گفتنش است باید آگاه بود و نشانه‌های بدنی توجه را در حالتها و وضعیت‌ها، نشان داد (در حالت نشسته، بدن خود را به سمت جلو آوردن، در حالت راه رفتن یک شانه کودک را لمس کردن، یا سر را تکان دادن و تماس چشمی داشتن....).

پاسخ دادن

- «من نسبت به بسیار علاقمندم» یا «می‌فهمم که... گاهی اوقات دشوار است». این موارد شیوه‌های بهتری برای پاسخ دادن به کودکان است تا جملاتی مانند: «شما باید...» یا «اگر جای تو بودم...» یا «وقتی به سن تو بودم... انجام نمی‌دادم».

- اگر بچه به والدینش بگوید که آنها گاهی اوقات نمی‌خواهند حرفهایش را بشنوند، ابراز نظر او را نباید نادیده گرفت.

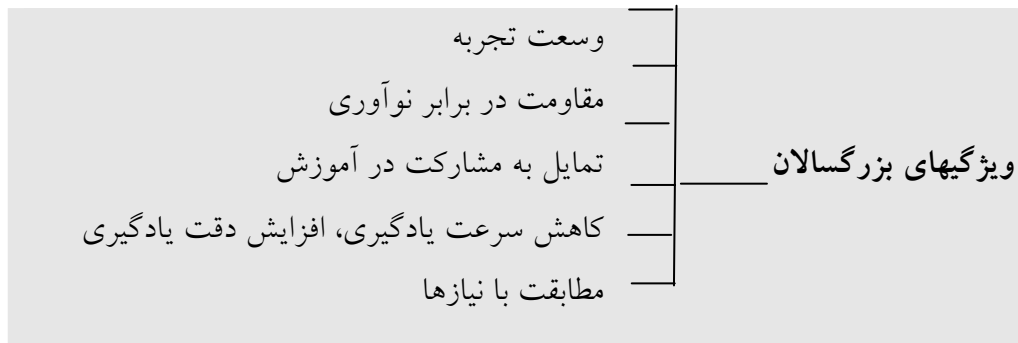
- در پاسخ به هر عبارتی که کودک می‌گوید، نباید پند و نصیحتی پیشنهاد شود. بهتر آن است که به آنچه که دارد گفته می‌شود با دقت گوش داده شده و برای درک احساسات واقعی که در پشت کلمات است تلاش شود.

- باید مطمئن شد که منظور اصلی کودک فهمیده شده است. بهت راست برای بررسی صحت و تأیید آن، نظرات ابراز شده را تکرار کرد.

۲- ۶- اصول آموزش به بزرگسالان (والدین، معلمان، افراد کلیدی و

جوانان بزرگتر از ۱۷ سال) از طریق رسانه‌ها

باتوجه به مطالب ذکر شده آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد برای بزرگسالان از طریق رسانه‌ها باید صفات زیر را مد نظر داشته باشد:



از آنجا که گروه سنی بزرگسالان تحت تأثیر متغیرهای مختلفی است، ویژگی‌های متفاوتی پیدا می‌کند. با این حال می‌توان به برخی از ویژگی‌های مشترک بزرگسالان اشاره کرد. به طور کلی، بزرگسالان حدود توانایی خود را می‌شناسند و از انجام دادن اموری که خارج از قدرت و توانایشان است، خودداری می‌کنند.

برخی از ویژگی‌های کلی بزرگسالان که در فعالیت‌های آگاه‌سازانه باید مورد توجه قرار گیرد، عبارتند از:

وسعت تجربه

عموماً همه بزرگسالان تجارب فراوانی دارند که این یکی از امتیازات آنها برای یادگیری محسوب می‌شود، زیرا اطلاعات و آگاهی‌های جدید باتوجه به تجارب گذشته ساده‌تر و سریعتر فراگرفته می‌شوند و کاملتر می‌گردند. بدین لحاظ برای ارائه هرگونه اطلاعات جدید به بزرگسالان باید تجربیاتشان را در مورد موضوع مورد نظر شناسایی کرد و اطلاعات جدید را باتوجه به تجارب آنها ارائه داد. در عین حال باید توجه داشت

که تضاد زیاد بین اطلاعات و معلومات گذشته با دانش و مهارت‌های جدید، عامل بازدارنده‌ای است که از یادگیری مطالب تازه جلوگیری می‌کند.

وسعت تجربه ← ارائه اطلاعات جدید بر پایه تجارب گذشته

مقاومت در برابر نوآوری

افراد بزرگسال باورهایی دارند که در طول سال‌ها تقویت و تا حدودی تثبیت شده است. این باورها آنها را انعطاف‌ناپذیر و نسبت به نوآوری مقاوم ساخته است. برای بزرگسالان دور ریختن و فراموش کردن باورهایشان بسیار مشکل است، آنها به تکرار رفتارهایی که بر پایه نگرش‌هایشان شکل گرفته، گرایش دارند. بدین لحاظ اطلاعاتی را می‌پذیرند که در چهارچوب شناخت و نگرش آنها باشد.

به عبارت دیگر، حافظه کوتاه‌مدت بزرگسالان، در مقایسه با کودکان و نوجوانان، در زمینه اطلاعات جدید سخت‌گیرتر است و با دید انتقادی‌تری، اطلاعات جدید را می‌پذیرد. لذا ارائه هر نوع مطلبی به بزرگسالان باید تدریجی صورت گیرد. بخصوص در مراحل اولیه نباید با چهارچوب شناختی و ارزشی آنها مغایرت داشته باشد. یعنی هنگام ارائه اطلاعات، ابتدا باید باورهای مخاطب بزرگسال را مورد توجه قرار داد و سپس به تدریج به سمت باورها و نگرش‌های مورد نظر حرکت کرد.

مقاومت در برابر نوآوری ← ارائه تدریجی اطلاعات

تمایل به مشارکت در آموزش

برای ارائه آرای جدید به بزرگسالان هیچ چیز مفیدتر از کشف آنها از سوی خودش نیست. لذا هنگام ارائه مطالب به بزرگسالان باید از روش‌هایی که آنها را به شنوندگانی غیرفعال تبدیل می‌کند، به شدت اجتناب کرد.

بزرگسالان بیشتر از طریق مطالعه مستقل و روش‌های اکتشافی مطالب را یاد می‌گیرند. در آموزش بزرگسالان استفاده از روش‌هایی که مستقیماً آنها را در فعالیت‌ها سهیم می‌کند، بسیار حائز اهمیت است. مثلاً می‌توان از روش‌هایی چون بحث گروهی و هم‌آموزی (سمینار) استفاده کرد.

تمایل به مشارکت در آموزش ← استفاده از روش فعال

کاهش سرعت یادگیری، افزایش دقت یادگیری

بزرگسالان معمولاً کارها را با دقت بیشتر ولی با سرعت کمتر انجام می‌دهند. سرعت شنیدن با افزایش سن، کم می‌شود. هر قدر سن فرد بیشتر می‌شود، زمان طولانی‌تری لازم است تا پیام مورد نظر به طور کامل شنیده شود. علاوه بر این سرعت واکنش افراد نیز با افزایش سن کاهش می‌یابد.

به طور کلی از نظر ادراک حسی، افراد مسن نسبت به کودکان و جوانان از توانایی کمتری برخوردارند. ولی بزرگسالان با تجارب فراوان‌تری که دارند، می‌توانند اطلاعات جدید را در حافظه کوتاه‌مدت و بلندمدت خویش آسان‌تر طبقه‌بندی نمایند. بنابراین دوره آموزش برای بزرگسالان باید طولانی‌تر باشد.

کاهش سرعت یادگیری ← طولانی بودن مدت آموزش

مطابقت با نیازها

بزرگسالان علاقه‌مندند دانسته‌هایشان با نیازهای روزمره آنها مربوط و بلافاصله قابل بهره‌برداری باشد. بدین لحاظ اگر آگاهی‌هایی که به آنها ارائه می‌شود، در جهت رضای نیازهایی همچون نیاز به امنیت (رهایی از ترس و خطر)، نیاز اجتماعی (موقعیت بهتر میان دوستان، تعلق به جمع)، و نیاز به مورد احترام بودن (احساس اهمیت کردن، داشتن جایگاه و...) باشد یا در جهت پاسخگویی به انگیزه‌های فردی آنها مثل ارتقای شغل،

افزایش حقوق، و بهبود سلامت آنها باشد، انگیزه بیشتری برای دانستن مطالب پیدا می‌کنند. همچنین هر قدر پیام به مهارت‌هایی که آنها انتظار آموختنش را دارند، نزدیکتر باشد، پذیرش سریعتر خواهد بود.

بزرگسالان چیزی را یاد می‌گیرند که منافع قطعی برای آنان داشته باشد. بدین لحاظ در ارائه پیام، توجه به نیازهای اساسی بزرگسالان، ضروری است. اطلاعاتی که ارائه می‌شود باید به درد آنها بخورد و مشکلشان را حل نماید.

مطابقت با نیازها ← توجه به نیازهای آنان در ارائه پیام

۳-۶- والدین کودکان ۵ تا ۸ سال

اکثر والدین کودکان این گروه سنی به کودکانشان علاقه و توجه دارند و می‌خواهند درگیر تمامی جنبه‌های رشد و تحول آنها شوند. کودکان این سن هم هنوز خیلی به والدین خود وابسته‌اند. می‌خواهند والدین در اطرافشان بمانند، بدنبال توصیه‌هایشان هستند و برای یادگیری مهارت‌های گوناگون از آنها درخواست کمک می‌نمایند.

والدین ممکن است نیازمند (دریافت) اطلاعاتی دربارهٔ مواد و مصرف مواد باشند و به همان میزان نیازمند نظرات و پیشنهاداتی در این زمینه‌اند که چه کاری می‌توانند در منزل انجام دهند تا پیام‌های پیشگیری از مصرف مواد را تقویت نمایند.

در کار با والدین کودکان این گروه سنی باید موارد زیر را در ذهن داشت:

- اکثر والدین باور نمی‌کنند که کودکانشان درگیر مسأله مواد شوند.

- برخی از والدین ممکن است برای صحبت با کودکانشان دربارهٔ مواد نیازمند کمک باشند.

- برخی والدین حقایق مهمی را دربارهٔ مواد نمی‌دانند، مانند اسامی آنها و اینکه چگونه مصرف می‌شوند.

- والدین ممکن است ندانند که میزان اطلاعات کودکانشان درباره مواد تا چه میزان است.

- والدین ممکن است کودکانشان را بسوی موقعیت‌هایی سوق دهند که آنها نمی‌دانند چگونه به لحاظ اجتماعی، هیجانی یا عقلانی با آن موقعیت‌ها مواجه شده یا آن را هدایت کنند.

- لازم است والدین بدانند که کودکانشان در مدرسه در حال یادگیری و تجربه کردن چه مسائلی هستند.

- برخی والدین مشکلاتی در زمینه مواد دارند و این امر موجب می‌شود تا برای درگیر شدن با پیام‌های پیشگیری از مصرف مواد با مشکل مواجه شوند.

آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد و والدین کودکان ۵ تا ۸ سال

به منظور افزایش دادن میزان درگیری والدین با پیشگیری از سوء مصرف مواد، فعالیت‌های زیر را می‌توان در نظر داشت:

- تشویق سازمان‌های محلی خانه و مدرسه برای ساختن برنامه‌ای برای والدین در زمینه آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد؛

- دعوت والدین به کلاس‌های کودکانشان و شرکت در فعالیت‌های مدرسه؛ (بنابراین آنها خواهند توانست که کودکانشان در حال یادگیری چه مطالبی هستند).

- فرستادن اطلاعاتی برای والدین در زمینه مواد؛

- فرستادن لیستی از منابع محلی اطلاعات و برنامه‌های درمانی محلی برای والدین در مورد سوء مصرف مواد؛

۴-۶- والدین کودکان ۹ تا ۱۲ سال

اکثر والدین در این دوره با کودکانشان درگیرند و این مطلب را می‌پذیرند که کودکانشان مستقل‌تر شده و زمان بیشتری را با دیگران صرف می‌کنند. این تمایل در کودکان که می‌خواهند از خانواده‌هایشان جدا شده و به گروه‌های دیگر تعلق داشته

باشند، به این معنا است که آنها بطور فزاینده تحت نفوذ دیگران قرار می‌گیرند (هم بزرگسالان و هم همسالان).

والدین کودکان این سنین که در برنامه‌هایی مانند تیم‌های ورزشی و اردوها شرکت می‌کنند، باید افراد بزرگتری را که در این برنامه‌ها حضور دارند، بشناسند. ضمناً آنها باید نگرش‌های این افراد بزرگسال را درباره مشارکت‌ها، ارزشیابی‌ها، انتقادات و برنده‌شدن‌ها بدانند. بهترین راه برای اولین دانستن این اطلاعات آن است که مستقیماً با این برنامه‌ها درگیر شده و بطور مرتب با بزرگسالان (اولیاء مدارس) و والدین دیگر کودکان شرکت‌کننده در این برنامه‌ها ارتباط برقرار کنند.

کودکان این سنین باید تا حدی درباره تعهد خود نسبت به آموزش و پرورش تصمیمات جدی اتخاذ کنند. آنها در حال ارزیابی این مطلب هستند که مدرسه برایشان چه کاری انجام می‌دهد، تا چه حد در مدرسه موفق هستند، تا چه حد قادرند مهارت‌های تازه را توسعه داده و مفاهیم جدید را درک نمایند. نتیجه آن است که ممکن است این باور در آنها بوجود آید که مدرسه جای آنها نیست. ممکن است نیاز باشد تا به والدین کمک شود مطلب مذکور را بفهمند، بخصوص اگر آنها متمایل باشند به کودکانشان فشار بیاورند که نمرات خوب کسب کرده یا اگر نسبت به عدم عملکرد خوب کودکانشان در مدرسه بی‌صبر باشند، ممکن است از آنها خواسته شود تا حد کمتری سخت گرفته و مسائل را راحت‌تر حل کنند.

با ارائه توضیحاتی درباره بحرانی بودن این مرحله از رشد، می‌توان به والدین کمک کرد.

تعداد کمی از والدین کودکان این سنین اعتقاد دارند که کودکان می‌توانند مواد مصرف کنند. آنها معتقدند کودکانشان درباره مواد کم می‌دانند، و حتی برخی افراد معتقدند که کودکانشان خیلی کوچکتر از آن هستند که آموزش پیشگیری از سوءمصرف مواد برای آنها آغاز شود. در نتیجه، آموزش‌دهندگان باید مسئول آموزش والدین درباره خطرات مواد شوند و برای آنها بگویند کودکانشان در این زمینه ممکن است با چه

خطراتی مواجهه شوند. مثلاً، برخی والدین ممکن است ندانند که تنباکو یک ماده «دروازه‌ای» است و اینکه می‌تواند قویاً با مواد جدی‌تر و خطرناکتر مرتبط باشد، بویژه وقتی کودکان آن را در سنین پایین‌تر استفاده کنند، به گونه‌ای که ممکن است تنباکو به سهولت در دسترس کودکان قرار گرفته و با تدخین یا جویدن تنباکو، آن را مصرف کنند. برخی والدین ممکن است تشخیص ندهند که کودکان بزرگتر درون این گروه سنی ممکن است به جمع‌هایی دعوت شوند که بزرگترها بر آن نظارت نداشته و در آنجا ممکن است الکل و دیگر مواد در دسترس نوجوانان قرار گیرد، لازم است به این والدین دربارهٔ چنین احتمال‌هایی اطلاعات داده شود. ضمناً آنها به اطلاعاتی دربارهٔ مواد، اسامی مواد، و اینکه چگونه می‌توان آنها را بدست آورد نیاز دارند.

کودکان سنین ۹ تا ۱۲ سال هنوز می‌خواهند و نیازمندند که والدین‌شان درگیر مسائل زندگی آنها باشند.

- در کار با والدین این گروه سنی باید موارد زیر را در نظر داشت:
 - ممکن است والدین به اطلاعاتی دربارهٔ الکل و دیگر مواد و علائم استفادهٔ آنها نیاز داشته باشند.
 - به والدین باید دربارهٔ برنامه‌های پیشگیری از مصرف مواد که ممکن است کودکان‌شان درگیر آنها باشند، اطلاعاتی داد.
 - ممکن است برخی والدین نیاز به کسانی داشته باشند که اهمیت حمایت دقیق و قضاوت متناسب دربارهٔ تلاش‌های کودکان‌شان را به آنها یادآوری نمایند.
 - ممکن است تشویق والدین برای دادن آزادی بیشتر به کودکان‌شان لازم باشد، ضمن اینکه (در کنار آزادی) منابع مهمی از ارزش‌ها، اطلاعات و حمایت‌ها را حفظ کند.
 - ممکن است لازم باشد به والدین این مطلب یادآوری شود که کودکان را نباید بدون نظارت گذاشت؛ لازم است مراقبت از کودک قبل و بعد از مدرسه و زمانی که والدین در خانه نیستند ادامه یابد.
 - لازم است والدین تشویق شوند راه‌های ارتباطی را باز نگه داشته و به کودکان اجازه دهند تا هرگونه پرسشی دارند، بپرسند.

- باید به والدین درباره اهمیت دانستن اینکه کودکانشان در تمام اوقات با چه کسانی هستند تذکر داد، همچنین اطلاعاتی در این مورد که از چه کسانی خرید و فروش می‌کنند، دوستانشان چه کسانی هستند، و والدین دوستانشان چگونه افرادی هستند.

- والدین باید بدانند که کدامیک از دوستان کودکانشان، الکل و دیگر مواد مصرف می‌کنند و در معرض خطر بالایی برای مصرف مواد قرار دارند.

آموزش پیشگیری از سوءمصرف مواد و والدین کودکان ۹ تا ۱۲ سال

برای بیشتر درگیرکردن والدین در امر پیشگیری از مصرف مواد، می‌توان انجام فعالیتهای ذیل را در نظر گرفت:

- می‌توان به والدین درباره مصرف مواد اطلاعات و آگاهی داد.
- می‌توان به تشویق سازمان‌های محلی والدین - مدرسه برای اجرای برنامه‌ای که مخصوص والدین بوده و در زمینه آموزش پیشگیری از مصرف مواد است، پرداخت.
- می‌توان از والدین دعوت کرد تا کلاس‌های کودکانشان را ببینند و در فعالیتهای مدرسه شرکت کنند بنابراین آنها مطلع می‌شوند که کودکانشان چه چیزی را یاد می‌گیرند.
- می‌توان برای والدین اطلاعاتی در زمینه مواد و راه‌های مصرف آنها تهیه کرد.
- می‌توان برای والدین لیستی از منابع اطلاعات محلی مراکز و برنامه‌های درمانی محلی در مورد سوءمصرف مواد فرستاد.

۵-۶- والدین نوجوانان ۱۳ تا ۱۶ سال

اوایل نوجوانی اغلب زمان شروع تعارضات یا کشمکش‌ها بین جوانان و بزرگسالان، بخصوص والدین است. این امر طبیعی است، چرا که نوجوانی، به نوعی تولد دوباره است. به هنگام رشد و بلوغ بدنی و تحول ذهنی، جوانان تشویق می‌شوند تا هویت‌های تازه‌ای را آزمایش کرده و مراجعین قدرت را زیر سؤال ببرند.

در طی زمان، جوانان در تلاش برای شکل دهی هویت خودشان هستند و آماده‌اند تا خود نیز فردی بزرگسال شوند، اینکه چه کسی هستند و چه خواهند شد، برای آنها استرس ایجاد می‌کند و می‌تواند به مشکلات ارتباطی با بزرگترها بیانجامد. از آنجا که بزرگتر بنظر می‌رسند و احساس می‌کنند که باید مانند بزرگترها رفتار کنند، گاهی اوقات دچار فشارهای ناخوشایند می‌شوند زیرا به آنها اجازه داده نمی‌شود یا از لحاظ رشد و تحولی هنوز نمی‌توانند، کارهایی مانند بزرگسالان انجام دهند. با ایجاد تغییرات ظاهری در مدرسه و زندگی اجتماعی‌شان، این استرس پیچیده‌تر می‌شود. با برخاستن حالات هیجانی و ایجاد نوسانات خلقی بیشتر، ممکن است انرژی خستگی‌ناپذیر آنها به اضطراب و افسردگی تبدیل گردد.

نوجوانان ۱۳ تا ۱۶ سال در دوران راهنمایی و دبیرستان درگیر برنامه آموزشی یا مدرسه‌ای تازه می‌شوند که در آن معلمان متعدد به آنها آموزش می‌دهند. به جای یک یا دو معلم که هر دانش‌آموز را به خوبی می‌شناختند، اکنون هر جوان با معلمان متعدد، تکلیف بیشتر و انتظارات بیشتری برای عملکرد تحصیلی بهتر مواجه است.

دوستی در زندگی اجتماعی‌شان بسیار مهم و شاخص است؛ نوجوانان کم سن می‌توانند با هم باشند و تقریباً تا حد بی‌پایانی با هم صحبت کنند. علاقمند شدن به جنس مخالف در حال آغاز شدن است و به همین خاطر آنها اغلب درباره احساساتشان گیج و سردرگم هستند.

احساس تعهد در اوایل نوجوانی آغاز می‌شود و ضمناً با تصمیم‌گیری‌هایی مواجه می‌گردند که می‌تواند خطرناک باشد. اغلب والدینشان را به عنوان منابع مناسب کمک و حمایت درک نمی‌کنند و به حساب نمی‌آورند: «این گروه همسال است که در یاری رساندن به آنها برای تصمیم‌گیری، به عنوان عامل بنیادی و اولیه تأثیرگذار، مورد توجه قرار می‌گیرد».

والدین نوجوانان ۱۳ تا ۱۶ سال به کمکی اختصاصی نیازمندند تا بتوانند ارتباطشان با نوجوانان را حفظ کرده و استمرار بخشند. آنها باید نوجوانانشان را تشویق کنند بدون

دست کشیدن از والدین مستقل‌تر شوند. والدین با مواجه‌شدن با مسائلی مانند: انزوای طلبی، تنبلی و خودمحموری در نوجوانان، دوره سختی را پیش‌رو خواهند داشت، و ممکن است از نظر استمرار اقتدار، با مشکل مواجه گردند. والدین باید راه‌های ارتباطی را با نوجوانانشان باز نگه داشته، به آنها گوش دهند، به آنها اطلاعات و آگاهی داده و حمایتشان کنند.

جوانان سنین ۱۳ تا ۱۶ سال آگاهی زیادی از مواد دارند و در حال این تصمیم‌گیری هستند که آیا آنها را استفاده کنند یا نه. اکثر جوانان این گروه سنی که مواد مصرف می‌کنند از تنباکو و الکل نیز استفاده می‌نمایند. با آنکه اکثر جوانان مصرف مواد را ادامه نمی‌دهند ولی از مواد آگاهی دارند، و می‌دانند چه کسانی مواد را مصرف می‌کنند یا چه کسانی مواد را می‌فروشند. این اطلاعات یا آگاهی‌ها می‌تواند آسیب زننده باشد، بخصوص اگر آنها ندانند که در مورد این مشکل با چه کسی بحث کنند.

آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد و والدین کودکان ۱۳ تا ۱۶ سال

والدین را باید درگیر کرد تا در حفظ و فارغ‌بودن کودکانشان از مصرف مواد دخالت کرده و آنها را کمک نمایند. برای این منظور می‌توانند به فرزندانشان اجازه دهند که بیشتر احساس استقلال نمایند و حس مسئولیت‌پذیری در برابر خود و جامعه را گسترش دهند. والدین ممکن است نیازمند دریافت حمایت از سوی مسئولان، مشاوران، معلمان و دیگر کسانی باشند که درک می‌کنند داشتن یک فرزند در سنین نوجوانی می‌تواند برای والدین مسائل و مشکلاتی را به همراه آورد.

به منظور کمک‌کردن به والدین برای آنکه بتوانند در طی این دوران سخت فرزندانشان را یاری نمایند، می‌توان برنامه‌ها یا بروشورهای راهنما تهیه کرده و پخش کرد. این بروشورها باید حاوی مطالبی در زمینه نحوه برقراری ارتباط کلامی، اطلاعاتی درباره مواد خاص، و لیستی از منابع و مراکزی باشد که کمک‌کننده‌اند همچنین ممکن است کارگاه‌های خاصی را برای والدین ترتیب داد تا به آنها آموزش دهند چگونه با

فرزندانشان ارتباط برقرار کنند و چگونه درباره مواد بحث کنند. راهنمایی‌هایی که به والدین نوجوانان ۱۳ تا ۱۶ سال ارائه می‌شود باید شامل اطلاعات زیر باشد:

- باید به هنگام برقراری ارتباط و بیان انتظارات خود برای انجام برخی رفتارها، رو راست، صادق و آزاد بود.

- باید راه‌های ارتباط کلامی را باز نگه داشت.

- باید مثال‌های رفتاری (عینی) و مناسب آماده کرد تا به وسیله آنها تصمیم‌گیری یا حل مسئله را آموزش داد.

- باید اطلاعات صحیح درباره مواد را شناخت، مانند اسامی خیابانی، موادی که شایعند و اینکه آنها چگونه فروخته شده و مصرف می‌شوند.

- باید به فرزندان کمک کرد تا از طریق یاری رساندن به دیگران، بویژه همسالان و کودکان کم سن‌تر، حس مسئولیت‌پذیری در قبال دیگران را درک کنند.

- باید در کودکان این آگاهی را ایجاد کرد که درخواست کمک از دیگران، نشانه قدرت است.

- باید دوستان و خانواده‌های دوستان فرزندان را شناخت.

- باید دانست که کودکان کجا و با چه کسانی هستند.

- باید از تحقیر کودکان پرهیز کرده و درباره رفتارشان قضاوت نکرد، بخصوص باید از انجام این کارها در برابر دیگران اجتناب داشت.

- باید به فرزندان اجازه نداد که بدون نظارت بزرگترها مهمانی گرفته و فعالیتهایی مانند آن را انجام دهند.

- باید نشانه‌های افسردگی و بیماری روانی را شناخت، و احتمال وجود آنها را در فرزندان جستجو کرد.

- باید فرزندان را تشویق کرد تا سؤال کنند، بخصوص از والدین یا دیگر منابع و افراد قابل اعتماد.

- باید با شناختن توانایی‌ها، کفایتها، خصایص و منش‌های مثبت نوجوان، احساس اعتماد به نفس را در فرزندان تقویت کرد.

۶-۶- والدین جوانان ۱۷ تا ۱۹ سال

سالهای ۱۷ تا ۱۹ سالگی در برگیرنده رشد گسترده انسان است و والدین نوجوانان این گروه سنی، علاقه، درگیری و نگرانی وسیعی در مورد زندگی فرزندان خود دارند. اغلب این والدین، فرزندان خود را تقریباً بالغ دانسته و توقع توانایی‌ها و رفتارهای بالغانه از آنان دارند و آزادی وافر به نوجوان اعطا می‌کنند.

از جوانان این گروه سنی انتظار می‌رود که کلیه امور مانند فعالیتهای درسی، امور فوق برنامه، کار و روابط اجتماعی را با کفایت انجام دهند. چنین فشاری اغلب منجر به فرسودگی دانش‌آموزان دبیرستانی می‌شود و می‌تواند باعث بیماری‌های جسمی و روانشناختی ناشی از استرس گردد.

استقلال‌طلبی دانش‌آموز دبیرستانی تا حدی است که والدین احساس می‌کنند دیگر هیچ تأثیر مهمی در زندگی آنان ندارند. بنابراین ممکن است از مداخله فعال در امور درسی، آشنایی با دوستان نوجوان و کیفیت روابط اجتماعی وی باز بمانند. برای تشویق مشارکت والدین در امور نوجوان، مدارس نقش مهمی دارند.

جوانان این گروه سنی با سیگار، مشروبات الکلی و سایر مواد اعتیادآور آشنایی دارند. بسیاری از آنان با آموزش‌های پیشگیری از اعتیاد آشنایی داشته و از عواقب قانونی سوء مصرف مواد آگاهند. لیکن برای برخی از این افراد، مواد نقش آرامش‌بخش، راه فرار از مشکلات و یا وسیله تأمین آسان پول را دارد. والدین برای حفظ نوجوان از رضایت آنی مصرف و فروش مواد، باید هوشیاری کامل از خود نشان دهند.

نوجوانان دیدگاه واقع‌بینانه‌ای نسبت به والدین خود دارند. برخی والدین ممکن است در نظر فرزندان خود خصوصیات برجسته‌ای داشته باشند، اما اکثر نوجوانان از نقاط ضعف والدین خود آگاهند. هر چند نوجوانان ادعا می‌کنند که پدر و مادری سنتی و دور از مدرنیته دارند، اما کماکان نیاز به والدین مقتدر که مراقب و مسئول نوجوان باشند احساس می‌شود.

آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد و والدین جوانان ۱۷ تا ۱۹ سال

- راهکارهای مختلف برای حفظ مشارکت والدین در امور نوجوانان وجود دارد. می‌توان به والدین توصیه نمود که:
- ۱- باید با فرزند ارتباط برقرار شود و گاه به گاه از او پرسیده شود که چه می‌کند، چه احساسی دارد و به چه می‌اندیشد.
 - ۲- باید در احساسات با فرزند شریک شد.
 - ۳- باید همواره اطلاع حاصل شود که جوانان کجا هستند و با چه کسی همراهند.
 - ۴- باید از علایم مصرف مواد آگاه و آنها را در فرزندان جستجو کرد.
 - ۵- باید از اسامی علمی و عامیانه مواد آگاهی حاصل کرد.
 - ۶- باید منزل را به پاتوقی حفاظت شده برای دوستان سالم و مثبت فرزندان تبدیل کرد.
 - ۷- جهت تعیین اهداف واقع‌بینانه کوتاه‌مدت و درازمدت باید به فرزندان کمک کرد.
 - ۸- باید به گزارش‌های کوچک و بزرگ و یا درخواست کمک از جانب مدرسه در مورد فرزندان توجه داشت.
 - ۹- باید به موفقیت‌های فرزندان ابراز افتخار کرد و به آنها نشان داد که فردی ارزشمند هستند.

۶-۷- علائم مصرف مواد برای آگاهی گروه مؤثر (والدین - معلمان)

تغییر کارکرد، ظاهر و رفتار فرد ممکن است نشانه مصرف مواد باشد. بزرگسالان باید مترصد کشف علایم بارز تغییر در رفتار فرزندشان باشند. این تغییرات باید مجموعاً ذهن را به احتمال مصرف مواد رهنمون سازند. باید توجه داشت که بسیاری از این تغییرات ممکن است در نوجوانی دیده شود که مواد مصرف نمی‌کند اما ممکن است از مشکلاتی در مدرسه یا در محیط خانواده رنج ببرد.

علایم مصرف مواد

- وجود ابزارهای مرتبط با مصرف مواد نظیر لوله، کاغذ لوله شده، بطری‌های کوچک یا چراغ گاز کوچک؛
- وجود مواد یا شواهد و بقایای مواد، به ویژه گیاهان عجیب و غریب، ته سیگار، دانه‌ها یا برگ‌ها در زیرسیگاری یا جیبهای لباس؛
- بوی مواد، بخور یا سایر رایحه‌های مخفی‌کننده بوی مواد؛

همخوانی و همانندسازی با فرهنگ مصرف مواد

- مجلات مرتبط با مواد، شعارهای مرتبط با مواد روی لباس‌ها؛
- مکالمات یا لطیفه‌هایی که در مورد مواد اعتیادآور باشد؛
- ابراز خشونت و مخالفت در هنگام بحث‌های مرتبط با خطرات مواد؛

علائم تحلیل و تخریب جسمی

- اختلال در حافظه، کاهش دامنه توجه، مشکلات تمرکز حواس؛
- ضعف تعادل بدن، گفتار غیرقابل فهم یا لکنت زبان؛
- ظاهر نامرتب، بی‌تفاوتی به بهداشت فردی و سر و وضع؛
- چشمهای قرمز، مردمکهای گشاد شده؛

علائم تغییرات واضح در عملکرد تحصیلی

- افت تدریجی نمرات درسی، ناکامل بودن تکالیف مدرسه؛
- افزایش غیبت از مدرسه یا کم‌کاری؛

تغییرات رفتاری

- عدم صداقت در رفتار بطور مداوم (دروغ‌گویی، سرقت، کلک‌زدن و کلاهبرداری)
- درگیری با نیروهای انتظامی؛
- تغییر دوستان، صحبت پر آب و تاب درباره دوستان جدید؛
- در دسترس داشتن مقادیر هنگفت پول؛
- خشم شدید و نامتناسب، پرخاشگری، تحریک‌پذیری و رفتار مرموز؛
- کاهش انگیزه، انرژی، نظم و اعتماد به نفس؛
- کاهش علاقه به فعالیتهای فوق برنامه و سرگرمی‌ها؛
- ارتباط با دوستان مصرف‌کننده مواد؛

۷- جامعه و آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد

برای پیشگیری از سوء مصرف مواد می‌توان از تمام افراد جامعه به نوعی کمک خواست. در این قسمت اقدامات اجتماعی لازم برای پیشگیری از سوء مصرف مواد در کودکان و نوجوانان به تفکیک سن، ذکر می‌شود.

۷-۱- کار با جامعه برای کودکان ۵ تا ۸ سال

کودکان سنین ۵ تا ۸ سال، سرمایه‌ها و مایه مباهات و افتخار اکثر جوامع هستند. آنها امیدوار، سرشار از اشتیاق و تحسین‌برانگیز به نظر می‌رسند. کودکان کم سن پاک و بی‌گناه و در عین حال آسیب‌پذیر هستند، آنها مشتاق یادگیری می‌باشند و جوامع به طور اختصاصی به محافظت آنها از خطرات، علاقمندند. مردم می‌خواهند تا هر زمان که ممکن است و هر چه بیشتر کودکانشان پاک بمانند. کودکان کم سن از طریق فیلم‌های سینمایی، تلویزیون، و گاهی اوقات زندگی واقعی، با مواد مواجه می‌شوند. آنها نسبت به مصرف مواد کنجکاوی نشان داده به آن توجه می‌کنند. پس آموزش پیشگیری از مواد باید خیلی زود، یعنی از همان مقطع مهدکودک، آغاز شود. در این صورت کودکان یاد می‌گیرند تا در برابر فشارهای سوق‌دهنده به سوی مصرف مواد و دیگر نفوذهای مضر مقاومت کنند و برای اتخاذ تصمیماتی سالم، بدون خطر و مطمئن مجهز باشند.

تعلیم دهندگان این کودکان کم سن و به همان میزان مسئولان و معلمان مدارس نفوذ خوبی بر آنها دارند. تعلیم‌دهندگان، کودکان و نیازهای آنها را می‌شناسند و می‌توانند بطور نیرومند از جانب آنها صحبت کنند. دانش و نفوذ تعلیم‌دهندگان در ترغیب و جلب حمایت جامعه برای اجرای تلاش‌های پیشگیری از مصرف مواد بسیار مهم و مؤثر است.

درگیر ساختن جامعه نیازمند تعیین شیوه‌های خاصی است که در آن پلیس محلی، رهبران مذهبی، رسانه‌های خبری، آژانس‌های خدمات بهداشتی و اجتماعی، رهبران تجاری و بازرگانان، مسئولان پارک‌ها و مراکز تفریحی، طراحان، برنامه‌ریزان و دیگر

رهبران اجتماعی بتوانند با مدارس کار کنند تا در حفظ و دور نگه داشتن کودکان از مواد به آنها کمک نمایند.

می‌توان پیشنهاد کرد که خود جوامع به شیوه‌های زیر مشغول فعالیتهای پیشگیری از مصرف مواد شوند:

- می‌توان یک تکلیف ضربتی یا اتحاد و پیوستگی گروهی و فردی در جامعه ایجاد کرد تا به پیشگیری از مصرف مواد کمک نماید.

- می‌توان از تجار محلی و کارکنان دیگر مشاغل خواست تا در زمینه فراهم کردن هزینه‌های مراقبت روزانه کمک نمایند (مانند مراقبت و توجه قبل و بعد از مدرسه).

- می‌توان از تجار و کارکنان محلی، گروههای شهری و دیگران خواست تا هزینه‌های لازم برای تسهیلات تفریحی را فراهم کرده یا در این امر یاری نمایند، ضمناً می‌توان در زمینه نظارت بر این تسهیلات مشارکت نمود.

- می‌توان مطمئن شد که پیاده‌روها و خیابان‌های اطراف ساختمان مدرسه، مکانهای امن بوده و به خوبی تعمیر شده باشند (در آن اطراف خرابه وجود نداشته باشد).

- می‌توان تسهیلات تفریحی مدارس را حفظ، نگهداری، بازسازی و زیباسازی نمود (مانند زمینهای بازی).

- می‌توان بخش‌های خصوصی را به حمایت از (تدارک دیدن) برنامه‌های ویژه، سفرهای کوتاه (اردوها) و تهیه متون درسی مواد و برنامه‌های آموزشی معلمان ترغیب نمود.

- می‌توان روزنامه، تلویزیون و رادیوی محلی را تشویق نمود تا به پوشش اخبار مثبت درباره کودکان سنین پیش دبستانی تا پایه سوم بپردازند.

- می‌توان از رهبران جامعه همانند پلیس، آتش‌نشانی و مسئولان مراکز تفریحی خواست تا برای دانش‌آموزان این مقاطع سنی و در کلاس‌هایشان درباره اهمیت رها و فارغ‌ماندن از مواد صحبت کنند.

- می‌توان با دقت به شناخت و نظارت بزرگسالانی که در حال کار و ارتباط با کودکان کم سن هستند، پرداخت.

- می‌توان آموزش بین گروه‌های سنی مختلف یا فعالیتهایی را تشویق کرد که از دانش‌آموزان بزرگتر در مقطع ابتدایی، یا حتی شهروندان بزرگتر، استفاده نمایند.

۲-۷- کار با جامعه برای کودکان ۹ تا ۱۲ سال

کودکان این سن به ورزش و دیگر فعالیتهای سازمان یافته علاقمندند. می‌خواهند بتوانند موقعیتهایی را برای جامعه فراهم کنند تا شاهد رشد و تغییرشان باشند. از آنجا که این گروه کودکان آزادترند و می‌خواهند بیشتر با دوستانشان باشند و از خانواده‌هایشان دوری کنند، آنها را می‌توان در این مکانها دید: بازار خرید، سینماها، در پارک‌ها و دیگر مکان‌های عمومی. این گروه سنی تا حدی در مقایسه با جوانان کمی بزرگتر از خودشان سر به زیرتر و حرف گوش‌کن‌تر هستند. بنابراین عموماً اینطور فکر نمی‌شود که مشکلی را برای جامعه ایجاد می‌کنند. با این حال، بزرگسالان با در نظر داشتن مسأله نفوذ بزرگسالان و جوانان بزرگتری که دارو مصرف می‌کنند و ایجاد مشکل احتمالی برای نوجوانان کم سن‌تر، خواهان نظارت بر این گروه می‌باشند.

جوامع باید از خطرات مصرف مواد توسط کودکان در این سن آگاه باشند. با آنکه اکثر کودکان مواد مصرف نمی‌کنند، در برابر امتحان کردن مواد «دروازه‌ای» آسیب‌پذیرند و به طور فزاینده‌ای تحت تأثیر همسالان، خواهر و برادران بزرگتر و حتی برخی بزرگسالان قرار می‌گیرند.

کار با جامعه مستلزم تعیین راه‌های خاصی است که در آن برخی منابع مانند پلیس محلی، رسانه‌های خبری، رهبران امور بازرگانی، تاجرین، مسئولان رسمی پارک‌ها و مراکز تفریحی، طراحان و دیگر رهبران جامعه می‌توانند به مدارس پیوسته و در دور ننگه داشتن کودکان از مواد کمک کنند.

می‌توان پیشنهاد کرد که خود جامعه در تلاش‌های پیشگیرانه از مصرف مواد درگیر شود، برای این منظور می‌توان شیوه‌های ذیل را پیشنهاد داد:

- می‌توان به سازماندهی گروه‌های ایجاد فشار برای انجام وظایف (گروه‌های ضربتی)، که به پیشگیری از مصرف مواد کمک می‌کنند، اقدام کرد.

- می‌توان به هدایت و نظارت بر مراکز محلی فروش محصولات سیگار و تنباکو به وسیله گروه‌های کوچک (فروشگاه‌ها و دست‌فروشی‌ها) اقدام کرد.

- می‌توان به فراهم کردن امکانات مراقبت روزانه، شامل مراقبت قبل و بعد از مدرسه اقدام کرد.

- می‌توان از مراکز تجاری محلی، کارمندان، گروه‌های شهری و دیگران خواست تا به بودجه‌بندی برنامه‌های بهبود بخشی (و درمانی) در زمینه مواد کمک کنند.

- باید مطمئن شد که پیاده‌روها و خیابان‌های اطراف ساختمان مدارس سالم، ایمن و تعمیر شده است.

- باید پایه‌گذاری برنامه‌های یاری‌رسانی را تشویق کرد. به این ترتیب کودکان به هنگام رفتن به مدرسه احساس امنیت می‌کنند.

- اقدام به حفظ و زیباسازی تسهیلات تفریحی مدارس، شامل زمین‌های بازی لازم است.

- می‌توان به تشویق حمایت‌های محلی برای برگزاری برنامه‌های اختصاصی، مسافرت‌های کوتاه (field trips) و تهیه متون از منابع خارجی یا داخلی برای مدارس یا معلمان اقدام کرد.

- می‌توان به تشویق روزنامه‌های محلی، تلویزیونی و رادیویی برای پوشش دادن و انتشار اخبار مثبت درباره کودکان سنین پایه‌های چهارم دبستان الی اول راهنمایی اقدام کرد.

- می‌توان از رهبران اجتماع به عنوان مدل‌های مثبت مانند افسران پلیس، آتش‌نشان‌ها، مسئولان مراکز تفریحی و دیگران خواست که با دانش‌آموزان کلاس‌های چهارم الی اول راهنمایی درباره اهمیت رها بودن از مواد و احساس خوب بودن، برای کودکان کوچکتر صحبت کنند.

- می‌توان فرصتهایی را برای کودکان فراهم کرد تا بتوانند به دیگران کمک کنند (مثال: پاک کردن برگ‌ها، برف‌روبی کمک در مراقبت از کودکان کوچکتر، نظارت و کمک‌رسانی به همسایه‌های سالمند (سالخوردگان)).

- می‌توان به تدارک دیدن حمایت محلی از تیم‌های ورزشی و تحصیلی اقدام نمود.

- می‌توان از فرستادن خبرنامه‌ها برای والدین و رهبران جامعه، به منظور اطلاع‌رسانی به آنها درباره مسائل اجرائی و میزان درگیری و فعالیت جامعه با کودکان این سنین سود برد.

- باید به تقویت منابع قانونی و طرح‌ریزی برنامه‌های منظم برای حمایت از کودکان (مانند عدم فروش تنباکو یا سیگار به کوچکترها؛ ممانعت از دیدن فیلم‌های سینمایی بزرگسالان، عدم فروش مجلات بزرگسالان) اقدام نمود.

- باید به نظارت دقیق بر تمام بزرگسالانی که با کودکان کار می‌کنند، اقدام نمود.

۳-۷- کار با جامعه برای نوجوانان ۱۳ تا ۱۶ سال

تجربه استرس نوجوانی در دانش‌آموزان دوم و سوم راهنمایی در حال آغاز شدن است. آنها می‌خواهند مستقل باشند و به هویت شخصی خود دست یابند. د ر نتیجه اغلب به شیوه‌هایی رفتار می‌کنند که از هنجارهای مورد پذیرش جامعه تخلف نمایند، به عبارتی رفتارهایی که بزرگسالان، آنها را نامناسب یا اشتباه می‌دانند، را انجام می‌دهند. به

خاطر سبک مستقلانه آنها در پوشیدن، انتخاب موسیقی و تمایل به مسافرت با گروه، نوجوان کم سنتر در برقراری ارتباط با والدین، معلمان و دیگر بزرگسالانی که در اجتماع هستند مشکل دارند. با آنکه نوجوانان این سنین تمایل دارند تا هر قدر بیشتر با دوستان و همسالانشان باشند، اما به راهنمایی، نظارت و درک زیاد والدین هم نیازمندند.

جامعه باید در تلاشهای پیشگیرانه درگیر شود. خطر آسیب پذیری در برابر مصرف یا فروش مواد در این سن بیش از هر سن دیگری است. نوجوانان کم سن با تصمیم گیریهای مهمی درباره مواد، مسائل جنسی، ماندن در مدرسه و ادامه تحصیل، حفظ سلامت جسمانی، و بنانهادن فلسفه و سبک زندگی شخصی مواجهند. والدین لازم است به جوانان کمک نمایند تا تصمیماتی مثبت، سالم و مسئولانه اتخاذ کنند.

مدیران، مسئولان و معلمان مدارس به خوبی بر کلاس نفوذ دارند. آموزگاران، جوانان و نیازهایشان را می شناسند و با قدرت می توانند از جانب آنها صحبت کنند. دانش و نفوذ معلمان می تواند به افراد خواهان دریافت حمایت اجتماعی (در زمینه تلاشهای مربوط به پیشگیری از مصرف مواد) بسیار سودمند باشد.

درگیر شدن و مداخله جامعه مستلزم تعیین شیوه های خاصی است که در آن باید برخی گروه ها، ارگان ها و نهادها شرکت کنند مانند پلیس محلی، رهبران مذهبی، آژانس های خدمات بهداشتی و اجتماعی، رسانه های خبری، رهبران یا مسئولان تجاری، تاجران و بازرگانان، کارمندان پارک ها و مراکز تفریحی، طراحان و برنامه ریزان، و دیگر رهبران اجتماعی که می توانند با مدارس همکاری کرده و به آنها کمک نمایند که کودکان را از خطر مواد دور کنند.

می توان در جهت تلاش های مرتبط با پیشگیری از مصرف مواد، به منابع موجود در جامعه پیشنهاد کرد تا به شیوه های زیر همکاری نمایند:

- می توان به تشکیل گروه های ائتلافی یا تکلیف مدار و افرادی که در جامعه جمع می شوند تا به پیشگیری از مصرف مواد کمک کنند اقدام نمود.

- می‌توان از تجار محلی، کارمندان، گروه‌های شهری (محلی) و دیگران خواست تا در فراهم نمودن منابع مالی و تسهیلات تفریحی مناسب و نظارت بر آنها کمک نمایند.
- باید مطمئن شد پیاده‌روها و خیابان‌های اطراف ساختمان مدارس امن بوده و به خوبی تعمیر شده‌اند.
- باید مطمئن شد آموزش مناسب دربارهٔ مواد در دسترس است. ضمناً در صورت نیاز، می‌توان منابع حمایت مالی را فراهم نمود.
- باید از تلاش‌های انجام شده در جهت تدارک دیدن آموزش AIDS حمایت کرد، (شامل جمع‌آوری اطلاعات دربارهٔ اینکه ویروس ایدز چگونه منتقل می‌شود).
- باید مطمئن شد کسانی که با جوانان کار می‌کنند، به خوبی آموزش دیده‌اند، از لحاظ اخلاقی مناسبند، و الگوهای مثبت و سالم محسوب می‌شوند.
- باید موقعیت‌هایی را برای کار با دیگران و به شیوه‌های سودمند فراهم کرد (مثال‌ها: داوطلب شدن برای بیمارستان‌ها، مهدکودک‌ها، اردوها).
- باید موقعیت‌هایی را برای مطالعهٔ آکادمیک، کار، سرگرمی، یا خدمات اجتماعی در حین دورهٔ تعطیلات تابستانی فراهم کرد.
- باید دست‌آوردها و پیشرفتهای جوانان و فعالیتهای مثبت آنها را از طریق رسانه‌های خبری منتشر کرد (تلویزیون، رادیو، روزنامه‌ها).
- می‌توان به بنا نهادن ارزش کار و گسترش آن و این مفهوم که به دست آوردن هر چیزی به هر قیمتی غلط است، پرداخت.

- باید بر ارزش تحصیلات تأکید کرد و افراد جوان را تشویق نمود تا در مدرسه باقی مانده و هر قدر بیشتر که امکان دارد به تحصیلاتشان ادامه دهند.

- باید قوانین و ترتیبات اتخاذ شده برای محافظت و حمایت از جوانان قوانین مربوط به مواد غیرقانونی را تقویت کرده و از آن حمایت کرد.

(ممنوعیت فروش تنباکو یا سیگار به افراد کم سن؛ ممنوعیت دستیابی به فیلم‌های مخصوص بزرگسالان یا فروش مجلات بزرگسالان).

۴-۷- کار با جامعه برای جوانان ۱۷ تا ۱۹ سال

سالهای دبیرستان مستلزم رشد و تکامل در ابعاد مختلف است تا نیازها و رفتارهای نوجوانان با بزرگسالان هماهنگ شود. در این دوره فرصتهایی پدید می‌آید تا استقلال شکل گیرد و فرد راه و روش زندگی خود را انتخاب کند. این استقلال برای اخذ تصمیم‌های مهم، تبیین اهداف واضح و تأثیرپذیری از تجربیات افراد مختلف ضرورت دارد.

جامعه اغلب از طریق گزارش‌های ورزشی یا شرح موفقیت‌های تحصیلی و یا حوادثی نظیر تصادفات موتوری از وضعیت نوجوانان مطلع می‌شود. در نگاه جامعه، این گروه سنی اغلب کنترل‌نشده، خودرأی، فاقد پشتکار و عاطل و باطل به نظر می‌رسند، اما در سالهای نهایی دبیرستان به مرور مسئولیت‌پذیر، بالغ، مستقل و بی‌نیاز از حمایت و راهنمایی تلقی می‌شوند؛ در حالی که این حمایت برای نوجوان اهمیت داشته و او نیازمند توجه و علاقه جامعه به خود است. شدیدترین ضربه‌ها را نگرش‌هایی که معتقد باشند مصرف مواد در این سن اجتناب‌ناپذیر است، این گروه سنی مسئولیت‌ناپذیر و کنترل‌نشده هستند و نمی‌توان هیچ اقدامی برای آنان انجام داد، به پیکره شخصیتی نوجوانان وارد می‌آورند.

مشاوران و معلمان مدارس، تأثیری فراتر از محدوده کلاس دارند. این افراد، جوانان و نیازهای آنان را می‌شناسند و می‌توانند این نیازها را به درستی به جامعه بشناسانند. دانش و نفوذ این افراد در برانگیختن حمایت جامعه و تقویت پیشگیری از اعتیاد مفید است. درگیرکردن جامعه به این معنا است که راههایی جهت مشارکت نیروی انتظامی، رهبران مذهبی، دست‌اندرکاران خدمات اجتماعی، متولیان سلامت و بهداشت، اصحاب مطبوعات، تجار و کسبه سایر برنامه‌ریزان و افراد کلیدی یافت شود که دست در دست هم، فرزندان آینده‌ساز جامعه را از مواد دور نگه دارند.

مشاورین و معلمین مدارس به روش‌های زیر می‌توانند جامعه را در امر پیشگیری از اعتیاد درگیر کنند:

- ۱- تشکیل گروه‌های یاری‌کننده پیشگیری از اعتیاد در جامعه
- ۲- درخواست کمک مالی از اقشار مختلف جامعه جهت تأمین امکانات تفریحی و اداره آنها
- ۳- درخواست حمایت مالی از اقشار مختلف جهت اجرای برنامه‌های درمانی اعتیاد
- ۴- تأمین امکانات مالی و اجرایی آموزش در زمینه مبارزه با اعتیاد
- ۵- گسترش آموزش در زمینه AIDS و راههای پیشگیری از آن
- ۶- تأمین محیط سالم جهت حفظ استقلال و تحرک جوانان
- ۷- تأمین مراقبتهای بهداشتی جسمی و روانشناختی برای جوانان
- ۸- تلاش در جهت کشف و تقویت استعدادها و توانایی‌های جوانان در عرصه‌های هنری، شغلی، علمی، ورزشی و نظایر آن
- ۹- تلاش برای تأمین هزینه تجهیزات، سفرها، آموزش و نظارت بر فعالیتهایی که مدارس قادر به اجرای آنها نیستند.
- ۱۰- معرفی و انتشار موفقیتها و فعالیتهای مثبت جوانان از طریق روزنامه‌ها، رادیو و تلویزیون
- ۱۱- ارتقای نگرش مثبت نسبت به جوانان در جامعه از طرق مختلف
- ۱۲- تلاش در جهت تعیین سیاستهای قانونی قاطع مبارزه با مصرف، فروش و تولید مواد اعتیادآور و الکل
- ۱۳- تشویق جوانان به مشارکت فعال در برنامه‌های اجتماعی مربوطه

- ۱۴- تأکید بر الگوبودن بزرگسالان موفق و فرهیخته برای جوانان
- ۱۵- توجه ویژه به وضعیت شغلی، آموزشی، معیشتی و عملکردی افرادی که با جوانان و برای جوانان کار می‌کنند.
- ۱۶- تشویق جوانان به اتمام دبیرستان و ادامه تحصیل و در صورت لزوم تأمین حمایت ملای در این زمینه
- ۱۷- تأمین فرصت‌های شغلی برای جوانان پس از اتمام تحصیل و نیز در اوقات فراغت تابستانی
- ۱۸- تشویق جوانان به شرکت در فعالیتهای داوطلبانه اجتماعی (اقدامات امدادگری، پیشاهنگی...)
- ۱۹- تقویت خصایل انسانی در جوانان همچون تلاش و پشتکار جهت کسب موفقیت در زندگی
- ۲۰- کمک به کسب مهارت‌های حرفه‌ای جهت امرار معاش در جوانانی که مایل به ادامه تحصیل نیستند.

ردیف	استان	نشانی	شماره تلفن	کد شهر
۱	آذربایجان شرقی	تبریز- میدان جانبازان ، جنب پمپ بنزین ، مجتمع چمران	۳۲۷۹۴۶	۰۴۱
		مراغه- میدان پاسداران ، اول خ پاسداران ، مرکز توانبخشی خواجه نصیر الدین طوسی	۲۲۱۵۵۷	۰۴۲۱
۲	آذربایجان غربی	ارومیه- خ جانبازان ، نبش کوچه ۱۴ ، پلاک ۳	۲۳۱۴۱۱۵	۰۴۴۱
۳	اردبیل	اردبیل- خ امام خمینی ، پایین تر از میدان سرچشمه و بازار ، جنب سرپرستی بانک ملت ، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی	۲۳۴۱۲۵- ۴۵۶۳۲۹	۰۴۵۱
		مشکین شهر- خ باهنر شمالی ، کوچه دارایی	۲۴۳۲۲	۰۴۵۲۵۲
۴	اصفهان	اصفهان- خ احمد آباد ، ایستگاه پل بلند ، پشت درمانگاه اعلمی هرندی ، مرکز مشاوره خانواده	۲۹۰۰۷۶	۰۳۱
		کاشان- خ نواب صفوی ، اداره بهزیستی کاشان	۴۲۲۰۱-۳	۰۳۶۱
		خمینی شهر- اداره بهزیستی خمینی شهر	۳۰۷۷۷	۰۳۲۹۱
۵	ایلام	ایلام- خ حافظ ، چهارراه واسطی ، ساختمان معاونت پیشگیری	۳۲۶۸۲	۰۸۴۱
۶	بوشهر	برازجان- فلکه شهید کریم آزاد ، ابتدای خ حمزه ، واحد پذیرش و پیگیری معتادان خود معرف بوشهر- فلکه بیمارستان فاطمه الزهرا (س) ، روبروی مرکز پیش دانشگاهی ، کوچه مهتاب	۲۶۴۹۹	۰۷۷۲۴۲
		تهران- پایین تر از چهارراه سرچشمه ، مجتمع شهید ملت دوست	۴۵۴۷۴۸۲-۳	۰۷۷۴۲۴
۷	تهران	تهران- خ جشنواره ، جنب هلال احمر ، کوچه محمدی ، مرکز شهید فامیلی	۳۹۰۵۵۷۴	۰۲۱
		تهران- خ نازی آباد ، بازار دوم ، اول یاخچی آباد ، خ شهید گودرزی ، پایین تر از پارک ۱۷ شهریور ، مجتمع شهید خونینی ها	۷۳۳۹۳۸۳	۰۲۱
		کرج- مجتمع خدمات بهزیستی شهید صدوقی	۵۰۱۵۰۶۰	۰۲۱
۸	چهارمحال بختیاری	شهرکرد- خ دکتر شریعتی ، روبروی بیمارستان آیت الله کاشانی	۶۰۵۴۰	۰۳۸۱
۹	خراسان	مشهد- خ کوهسنگی ، مقابل کارخانه زمزم ، ساختمان حوزه معاونت امور فرهنگی و پیشگیری	۸۴۵۳۰۰	۰۵۱
		بجنورد- خ طالقانی شرقی ، خ فلسطین ، اداره بهزیستی بجنورد	۲۱۹۰۸	۰۵۸۴
۱۰	خوزستان	آبادان - میدان طیب ، ابتدای خ سیاحی ، جنب تعاونی ۱۵	۴۲۰۶۵۳	۰۶۳۱
		دزفول - اداره بهزیستی دزفول	۶۱۱۷۱-۷۲	۰۶۴۱
		اهواز - خ انقلاب ، خ شهید بها جنوبی ، نبش کارگر ، جنب بهزیستی شهرستان اهواز	۷۹۳۰۲- ۸۹۸۰۱	۰۶۱۱

رديف	استان	نشانی	شماره تلفن	کد شهر
۱۱	زنجان	زنجان - میدان پانزده خرداد ، جنب مزار شهدا ، بهزیستی شهرستان زنجان	۳۲۷۹۴۶	۰۰۴۹۱
۱۲	سمنان	سمنان - بلوار شریف واقفی ، جنب صنایع دستی	۲۲۱۵۵۷	۰۰۴۴۳۱۱
۲		شاهرود- خ ۱۷ شهريور ، مجتمع توانبخشی حضرت علی اکبر ، دفتر پیشگیری از معلولیت ها و آسیبهای اجتماعی	۲۳۱۴۱۱۵	۰۰۴۴۴۱۱
۳	سیستان و بلوچستان	زاهدان - خ فلسطین ، جنب اداره کل تربیت بدنی	۴۵۵۳۳۹۹ -۲۳۳۴۲۵۵	۰۰۴۶۵۱۱
		چاه بهار- اداره بهزیستی شهرستان چاه بهار	۲۴۳۲۲	۰۴۵۲۵۲
		سراوان - خ انقلاب ، جنب اداره برق	۶۰۰۰	۰۵۴۸۵۲
۱۴	فارس	شیراز - کوی زهرا ، ساختمان بهزیستی شیراز	۷۶۰۳۴۹	۰۷۱
		آباده - اداره بهزیستی آباده	۲۱۰۱۷	۰۷۵۱
		کازرون - انتهای خ مطهری	۳۱۵۰۰	۰۷۲۶۲
		فیروز آباد - کوی مطهری ، کوچه روبروی بهداری بن بست ، سمت چپ منزل حاج حیدر حیدری	۲۳۲۲۸	۰۷۳۱
		جهرم - خیابان عبرت ، واحد پذیرش و پیگیری معتادان خود معرف	۲۱۰۱۷	۰۷۹۱
		داراب - خیابان شهید حامدی ، روبروی مسجد امام هادی (ع)	۲۳۱۲۲	۰۷۳۲۶۲
۱۵	قزوین	قزوین - چهارراه پادگان ، ابتدای خ فلسطین شرقی ، انتهای کوچه بن بست دوم ، ساختمان معاونت امور فرهنگی سازمان بهزیستی	۳۲۱۹	۰۲۸۱
		تاکستان - خ ۲۲ بهمن شمالی ، واحد پذیرش و پیگیری معتادان خود معرف	۵۰۶۷	۰۲۸۳۴
۱۶	قم	قم - خ آذر ، میدان شهید محلاتی ، بلوار آیت الله بهاء الدینی	۷۵۴۹۹۲	۰۲۵۱
۱۷	کردستان	سنندج - چهارراه صفری ، خ جامی ، مرکز مشاوره شماره یک بهزیستی	۳۸۹۱۰	
		سقز - بلوار کشاورز ، پایین تر از بانک کشاورزی	۳۶۸۷۰	۰۸۷۱

ردیف	استان	نشانی	شماره تلفن	کد شهر
۱۸	کرمان	کرمان - خ کارگر ، جنب تالار وصال ، مرکز بهزیستی نوید	۲۲۴۹۷۷	۰۳۴۱
		بم - خ کمربندی ، جنب اداره کشاورزی ، اداره بهزیستی شهرستان بم	۴۴۴۸	۰۳۴۴
		سیرجان - بلوار سید جمال الدین اسد آبادی ، سه راه زایشگاه کوثر ، اداره بهزیستی شهرستان سیرجان	۳۳۴۴-۵	۰۳۴۵
		راور - اداره بهزیستی شهرستان راور	۴۷۷۰	۰۳۴۲۳۷۲
		رفسنجان - جنب میدان بسیج ، اداره بهزیستی	۲۴۹۵۵	۰۳۹۱
		زرنند - خ شهید خراسانی ، اداره بهزیستی	۲۱۲۱	۰۳۴۲۴۲۲
۱۹	کرمانشاه	کرمانشاه - خ صابونی ، محل سابق بیمارستان شفا ، واحد پذیرش و پیگیری معتادان خودمعرف	۳۹۷۰۰	۰۸۳۱
۲۰	کهگیلویه	یاسوج - خ گلستان ۱۲ ، جنب مرکز توانبخشی شهید فیاض بخش	۲۰۰۹۶	۰۷۴۱
		گچساران - دو گنبدان ، روبروی ترمینال مسافر بری	۳۳۷۷	۰۷۴۲۳
۲۱	گلستان	گرگان - سی متری سرویس مجید ، جنب مدرسه بلال حبشی	۳۴۵۴۴	۰۱۷۱
۲۲	گیلان	رشت - خ امام خمینی ، نرسیده به فلکه مصلی ، جنب قتادی پردیس ، واحد پذیرش و پیگیری معتادان خودمعرف	۶۶۰۸۲۵	۰۱۳۱
		بندر انزلی - غازیان ، روبروی هنرستان صنعتی مجتمع اداری شهرستان انزلی	۳۵۰۲۵	۰۱۸۱
		لاهیجان - خ شهید رجایی ف کوچه کارگر	۲۲۸۰۳۰	۰۱۴۱
۲۳	لرستان	بروجرد - خ شهدا ، حافظ جنوبی ، کوچه شهید امیریان	۲۹۸۱۴	۰۶۶۲
		الیگودرز - خ امام ((ره)) غربی ، نرسیده به میدان شهرداری	۴۵۷۵	۰۶۶۴
		خرم آباد - خ آیت الله کاشانی ، بالاتر از پل دارایی ، پلاک ۱۰۳	۲۰۵۵۴ ۲۰۴۰۴	۰۶۶۱
۲۴	مازندران	ساری - خ امیر مازندرانی ، خ شهبند ، مرکز توانبخشی سلمان	۶۴۵۹۸	۰۱۵۱
		تنکابن - بلوار امام رضا ، کوچه وحدت ، اداره بهزیستی شهرستان تنکابن	۲۴۰۹۹	۰۱۹۳۱
۲۵	مرکزی	اراک - خ دانشگاه ، سازمان بهزیستی استان مرکزی ، طبقه سوم	۶۷۱۰۰۴-۸	۰۸۶۱
		ساوه - کمربندی همدان ، میدان جانبازان ، اداره بهزیستی ساوه	۲۲۰۵۰۰	۰۲۵۵۴
۲۶	هرمزگان	بندر عباس - بلوار ناصر ، خ وحدت	۳۹۸۱۳-۱۴ ۴۴۹۹۱-۲	۰۷۶۱
		قشم - بلوار صیادان ، نرسیده به میدان صیادان ، اداره بهزیستی شهرستان قشم	۵۰۸۹	۰۷۶۳۵۲
۲۷	همدان	همدان - خ بابا طاهر ، میدان فلسطین ، روبروی پمپ بنزین ، ششصد دستگاه ، واحد پذیرش و پیگیری معتادان خودمعرف	۴۲۹۰۸۰	۰۸۱
۲۸	یزد	یزد - میدان آزادی ، روبروی شهرداری یزد ، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری	۲۱۳۰۰	۰۳۵۱
		اردکان - خ هفده شهریور ، روبروی ساختمان بهزیستی	۷۲۲۴۲۱۷-۸	۰۳۵۲
		میبد - خ آیت الله سعیدی ، تقاطع خیابان شهید فاضلی ، واحد پذیرش و پیگیری معتادان خودمعرف	۲۰۹۳	۰۳۵۲۷۷

ضمیمہ

منابع بخش اول

- اداره کل نظارت بر مواد مخدر وزارت بهداشتی و بهزیستی ، آمار معتادان ایران ، ۱۳۶۱
- ادوارد کافمن ، ترجمه اصغر دخانچی . " خانواده درمانی معتادان " واحد پذیرش ، درمان و پیگیری معتادین خود معرف شهید خونینی ها ، خرداد ۱۳۷۹
- ادوارد کافمن (M.D) ، خانواده های درمانی معتادان ، ترجمه اصغر دخانچی (M.S) ۱۹۹۱
- ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در ایران (پروژه مشترک دفتر کنترل مواد سازمان ملل متحد UNDCP و معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور)
- اداره کل نظارت بر مواد مخدر وزارت بهداشتی و بهزیستی ، آمار معتادان ایران ، ۱۳۶۱
- پاول ، نگی (۱۹۹۷). مؤلفه های درمانی در مراکز درمان سرپایی ، مترجم : سعید نوروزی جویبانی . تهران ، انتشارات معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور ، ۱۳۷۸
- دکتر داور شیخاوندی ، جامعه شناسی انحرافات ، ۱۳۷۳
- دفتر برنامه ریزی ستاد مبارزه با مواد مخدر ، سالنامه آماری ۱۳۷۹ دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر ، ۱۳۸۰ ،
- دکتر آفرین رحیمی موقر و همکاران ، روند سوء مصرف مواد در دهه های اخیر در ایران ، ۱۳۸۰
- دکتر آفرین رحیمی موقر ، " اعتیاد در ایران " ، ۱۳۸۰
- دکتر عمران محمد رزاقی ، دکتر آفرین رحیمی موقر ، دکتر مرتضی خواجهی ، دکتر مهدی حسینی ، دکتر گلناز فیض زاده ، راهنمای پیشگیری و درمان اعتیاد ، چاپ دوم ۱۳۷۹
- دکتر داور شیخاوندی ، جامعه شناسی انحرافات ، ۱۳۷۳
- دفتر برنامه ریزی ستاد مبارزه با مواد مخدر ، سالنامه آماری ۱۳۷۹ دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر ، ۱۳۸۰ ،
- معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور و UNDCP ، ارزیابی سریع وضعیت اعتیاد در ایران ، ۱۳۷۱
- معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور ، گزارش آماری مراکز درمانی معتادان ۱۳۷۶
- معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور ، گزارش آماری مراکز درمانی معتادان ، ۱۳۷۷
- معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور ، گزارش آماری مراکز درمانی معتادان ، ۱۳۷۸
- مؤسسه عالی پژوهش و برنامه ریزی و توسعه ، مروری بر سیاست و نظام مبارزه با مواد مخدر ایران و پیشنهادی بر اصلاح آن ، ۱۳۷۶
- معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور و UNDCP ، ارزیابی سریع وضعیت اعتیاد در ایران ، ۱۳۷۸
- معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور ، گزارش آماری مراکز درمانی معتادان ، ۱۳۷۶
- معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور ، گزارش آماری مراکز درمانی معتادان ، ۱۳۷۷
- معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور ، گزارش آماری مراکز درمانی معتادان ، ۱۳۷۸
- مؤسسه عالی پژوهش و برنامه ریزی و توسعه ، مروری بر سیاست و نظام مبارزه با مواد مخدر ایران و پیشنهادی برای اصلاح آن ، ۱۳۷۶
- معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور ، اولین برنامه پنج ساله کاهش تقاضای مواد وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی ، ۱۳۷۷
- ناد علی اسماعیلی ، درمان معتادین به مواد مخدر به روش طب سوزنی ، سازمان بهزیستی استان مازندران ، معاونت امور پیشگیری ، سال ۱۳۷۸
- وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی ، آمار HIV/AIDS ، ۱۳۷۹
- *Amphetamines, Drug notes 4 – is dd (Institute for study of drug dependence), 1996*
- *Cocaine and Crack Drug Notes 5 _ is dd (institute for study of drug dependence) , 1996*
- *Compre hensive Group Psychotherapy Harold I.Kaplan, MD. Benjamin J.Sadock, MD,1993*
- *Drugs, Behaviour, S Modern Society Levintahl, Charles, F, Siimon & Schuster Company, 1996*
- *Drug Abuse Briefing _ Aguide to the none – Medical Use of drug in Britain – seventh Edition _ Institute for the study of drug dependence ,1999*

- *Ecstasy , Drug notes 8 _ is dd (Institute for the study of drug dependence) , 1998*
- *George, De Leon, from Theory to practice : The Planned Treatment of Drug Users. The Journal of the Addition, 24 (8), 785_820, 1989*
- *Galanter, mandkeleber, H.D. American Psychiatric Press, Inc. Textbook of substance abuse treatment., 1994*
- *George De Leon. Residential Therapeutic Communities in The Mainstream : Dinersity & Issuse Journal of Psychoactive. Drug Vol. 27 (1), Jan_Mar , 1995*
- *George De Leon, Ph.d. Therapeutic Community: Advancess in Research and Application. NIDA Research Monograph 144, 1994*
- *Heroin, Drug Notes 1 _ is dd (Institute for the study of drug dependence),1996*
- *Jones, M. The Therapentic Community. A New Treatment in Psychiatry. New york : Basic Books, 1953*
- *Joseph, Herman et al. Homeless In Joyce H. Lowinson et al (Ed.), The Comprehensive Substance Abuse (PP.740). New york: Williams & Wilkins, 1997*
- *James P McCullough, Jr., Phd "Treatment for chronic Depression"(CBASP) 2000*
- *Leabitt Fred Drugs & Begavior. Third edition SAGB Pub. California, 1995*
- *LSD,Drug notes2_ is dd (Institute for the study of drug dependence),1996*
- *O'Brien William B et al. Therapeutic Community. In Joyce H.Lowinson et al (Ed.), The Comprehensive Textbook of Substance Abuse (PP.400). New york: Williams & Wilkins, 1997*
- *Rapoport. R.N. Community as Doctor. Springfield, II : Charles C. Thomas, 1960*
- *Solvents, Drug Notes 6 _ is dd (Institute for the study of drug dependence),1997*
- *Substance Abuse . A Comprehensive Textbook _ Joyce H.Lowinson, MD. Pedro Ruiz, MD Robert B. Mill Man, MD. John G.Langrod, Ph.D.*
- *The Buttery Chemical Dependence Therapeutic Community , 1998*
- *The international Journal for therapeutic and supportive organization , volume 20 : Number 2, PP113-117, 1999*
- *Tranquillisers, Drug Notes 7 _ is dd (Institute for the study of drug dependence),1998*
- *United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, Global Illicit Drug Trends, 1999*
- *United Nations International Drug Control Programme, World Drug Report, 2000*
- *William P .Albaugh, PH.D. Montanari residential treatment center*
- *[Http://www.lake.org/](http://www.lake.org/) Transitionplace.*
- *[Http://www.guilford.com](http://www.guilford.com)*

منابع بخش دوم

- اسدی ، علی ، افکار عمومی و ارتباطات ، تهران ، سروش ، ۱۳۷۱
 - ارنسون ، الیوت ، روانشناسی اجتماعی ، مترجم ، شکرشکن ، تهران ؛ رشد . ۱۳۷۱
 - بینگر ، اتولر. ارتباطات اقناعی مترجم ؛ علی رستمی . تهران : مرکز تحقیقات و مطالعات و سنجش برنامه ای صدا و سیما ، ۱۳۷۶
 - پیش نویس برنامه ملی پیشگیری ، درمان و بازپروری سوء مصرف مواد ، سازمان بهزیستی کشور ۱۳۷۳،
 - زورق ، محمد حسن ، میانی تبلیغ. ش. تهران ؛ نشر سروش ، ۱۳۶۸
 - ساروخانی ، باقر جامعه شناسی ارتباطات ، تهران ؛ اطلاعات ، ۱۳۷۱
 - محسن افغانی ، یونسکو ، سازمان ملل متحد ، (آموزش عمومی برای پیشگیری از اعتیاد) ، معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور ، ۱۳۷۲
-
- *Coombs, R H & Ziedonis, D. Handbook on drug abuse Prevention: A Comprehensive strategy to prevent the abuse of alcohol and other drugs. Allyn and Bacon, 1995*
 - *Efeer G, Donovan R, Health and the media, principles and practices for health promotion. Mc Graw Hill, Roseville NSW, 1993*
 - *Hawkins, J.D. (1992). Communities that care. San Francisco . Jossy. Bass.*
 - *Hawkins, J.D. & Catalano R.F., Communities that care, Action for drug abuse prevention, 1992*
 - *Office for substance Abuse Prevention, Prevention Plus II; Tools for Creating and sustaining drug free communities, 1989*
 - *Norman, Giesbrecht. Osap prevention monograph-4 research, action & the community: experience in the prevention of alcohol & other drug problems. U.S.A ARF & OSAP & health & welfare Canada, 1990*
 - *Pamela. J. Shoemaker. Communication campaign about drug: government, media, and the public. London: L.E.A, X.P.127, 1989*
 - *Prevention Plus II.U.S.A. Department of Health and human service: OSAP. Public Health service, 1989*
 - *Persuasive communication and drug abuse prevention; Lewis, D. Sypher H.E, Bukoski,W.J: Hillsdale, New jersey: L.E.A, 1991*
 - *Stimel .B. Drug abuse & social policy in America the war that must won. U.S.A: the howorth medical press, 1996*
 - *Sven Windhal, an Benno signitzer with year T. Olson using " communication theory" , 1992*
 - *U.S. Department of Health and Human Services, NIDA Research Monograph 47, Preventing adolescent drug abuse, 1986*
 - *U.S. Department of Health and Human Services, OSAP, The Future by design, 1991*
 - *U.S. Department of Health and Human Services. O.S.A.P, Research, action and the community, Experiences in the prevention of alcohol and other drug problems,1990*
 - *W.H.O, program on Substance abuse, A one way street,1993*
 -

منابع بخش سوم

- الیوت ارنسون ، روانشناسی اجتماعی ، ترجمه دکتر حسین شکر شکن ، انتشارات رشد ، تهران ، ۱۳۷۷
- آلبرت باندورا ، نظریه یادگیری اجتماعی ، ترجمه فرهاد ماهر ، تهران راهگشا ، ۱۳۷۲
- ابراهیم رشید پور ، ارتباط جمعی و رسانه ملی ، موسسه مطالعات و تحقیقات اجتماعی دانشگاه تهران شماره ۶۳ ، تهران ، ۱۳۴۸
- اتو کلاین برک ، روانشناسی اجتماعی ، ترجمه علی محمد کاردان ، نشر اندیشه ، تهران ، جلد دوم ، ۱۳۶۸
- دکتر منوچهر محسنی ، مبانی آموزش بهداشت ، کتابخانه طهوری ، تهران ، ۱۳۷۵
- دیویس ایورکی ، مدیریت یادگیری ، ترجمه داریوش نوروزی و محمد حسین امیرتیموری ، راهگشا ، ۱۳۷۳
- دکتر کاظم معتمد نژاد ، وسایل ارتباط جمعی ، انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی ، تهران ، ۱۳۷۱
- دکتر منوچهر محسنی ، بررسی آگاهی ها ، نگرش ها و رفتارهای اجتماعی و فرهنگی در تهران ، نشر موسسه فرهنگی انتشاراتی زهد ، تهران ، ۱۳۷۹
- دکتر عزت الله سام آرام ، خلاصه گزارش تحقیق میزان بهره مندی روستاییان ایران از رسانه های جمعی با تاکید بر مطبوعات ، انتشار مرکز مطالعات و تحقیقات رسانه ها - معاونت امور مطبوعاتی و تبلیغاتی وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی .
- راما چاندران و ... ، آموزش بهداشت ، ترجمه فروغ شفیعی ، انتشارات دانشگاه تهران ، ۱۳۷۴
- ژان کازنو ، جامعه شناسی ارتباطات جمعی ، ترجمه باقر ساروخانی و منوچهر محسنی ، انتشارات اطلاعات ، تهران ، ۱۳۷۲
- جزوه مبانی آگاه سازی رسانه ، تألیف مشاوره و فنون پیشگیری واحد آگاهسازی معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور
- محمد رسول گلشن فومنی ، پویایی گروه سنجش آن ف نشر شیفته ، تهران ، ۱۳۷۲
- ویندال سون و دیگران ، نظریه های ارتباطات ، ترجمه علیرضا دهقان ، مرکز مطالعات و تحقیقات رسانه ها ، تهران ، ۱۳۷۶
- *Atkin. C. and Arkin, E.B. Issues and initiatives in communicating health information to the public. Chapter 1 in Atkin & Wallack , 1990*
- *Atkin, C.k. and Wallach, L.M. (eds) Mass communication and public Health: Complexities and conflicts. Newbury Park, CA: Sage, 1990*
- *Austin, E.W. Reaching young audiences: Developmental consideration in designing health messages. Chapter 7 in Maibach and Parrott, 1995*
- *Backer, T.E. and Rogers, EM. (eds) Organisational aspects of health communication campaigns: What words? Newbury Park: Sage Publications, 1993*
- *Baker, T.E. Rogers E.M. and Sopory, P. Designing health communication campaigns: What works? New bury park : sage publications, 1992*
- *Baker, H. and caraher M. Do it yourself: the process of developing a drugs information resource for children. Drugs prevention Initiative pager 6. London: Home Office Central Drugs Prevention Unit, 1995*
- *Bandy, P. and President P.A 'Recent literature on drug abuse prevention and mass media: focusing on youth, parents and the elderly.' Journal of Drug education, 13,3:255-271, 1983*
- *Bangert-Drowns, R.L. The effects of school-based substance abuse education – a meta-analysis. Journal of Drug Education, 18,3:243-265, 1988*
- *Bauman, K.E., Brown, J.D., Bryan, E .S., Fisher., L.A, Padgett, C.A., Sweeney J.M. Three mass media campaigns to prevent adolescent cigarette smoking. Preventive Medicine, 17:510-530, 1998*

- *Bauman, K.E., LaPrelle, J., Brown, J.D., Koch, G.G., Padgett, C.A. The influence of mass media campaigns on variables related to adolescent cigarette smoking: results of a field experiment. American Journal of Public Health, 81,5:597-604, 1991*
- *Bauman, K.E., Padgett, C.A., Koch, G.G. A media-based campaign to encourage personal communication among adolescents about not smoking cigarettes. Health Education Research, 4,1: 35-44, 1989*
- *Berehm.Sh. S.Kassin S.m. social psychology, 1993*
- *Benard, Bonnie. "Characteristics of Effective Prevention programs. "Springfield,IL, USA:AHTDS Prevention Resource Center,1986*
- *Blackman, S. Drug Education and the national Curriculum: An evaluation of 'Drug studies: a resource for the national Curriculum'. Drugs Prevention Initiative Paper 11.London: Home Office Central Drugs Prevention Unit, 1996*
- *Carroll, T.E. and Loy, J.G. The Drug Offensive Drug and Alcohol Review, 7:487-498.1988*
- *Coggans, N. And Watson, J. Drug education: approaches, effectiveness and implications for delivery. HEBS working Paper 1. Edinburgh: Health education Board for Scotland, 1995*
- *Coombs . RH. and Ziedonis, D. Hand book on drug abuse prevention. A Comprehensive strategy to prevent the abuse of alcohol and other drugs.Hyn and Bacon, 1995*
- *Davies, J.B. and Coggans, N, Does drug education work? Chapter in Plant M, Ritson B, Robertson R (eds). Alcohol and Drugs: The Scottish experience. Edinburg University Press, 1992*
- *De Haes, W. looking for effective drug education programmes: fifteen years exploration of the effect of different drug education programmes. Health Education Research Theory and practice, 2, 4:433-38, 1987*
- *Dehar, M.A., Casswell, S. and Duignan, P. Formative and process evaluation of evaluation of health promotion and disease prevention programs. Evaluation review, 17:204-220,1993*
- *Development associates, Inc. Communication manual for drug abuse prevention programs.March,1991*
- *Development associates. "Asia Regional Narcotics Awareness Survey." Arlington, VA, USA Development Associates, Inc., May, 1987*
- *Dobson, B.E. comparison of the delivery and effectiveness of drug education in Belgium, the Netherlands and the United Kingdom - A feasibility study. Manchester :TACADE, 1992*
- *Donovan, R.J., Fisher, D.A. and Armstrong, B.K. give it away for a day: An evaluation of Western Australia's first smoke free day. Community Health Studies, 8:301-306, 1984*
- *Dorn, N.and Murji, K. Drug prevention: A review of the English language literature. ISDD Research Monograph five. London: ISDD,1992*
- *Dyer, N. Smokers' luck: can a 'shocking' programme change attitudes to smoking? Addictive Behaviours, 8:43-46, 1988*
- *Debus, Mary. Handbook for excellence in focus Group Research. Washington, D.C.: Academy for educational Development, 1989*

- Elliott, B. *Road Safety Media Campaigns: A Meta Analysis*. Canberra: Federal Office of Road Safety, Department of Transport and Communications, 1992
- Elliot, B.J. *Effective mass communication campaigns – A sourcebook of guidelines: Conception, design, development, implementation, control and assessment of mass media social marketing campaigns (Draft)*. Sydney : Elliott & shanaham research, 1987
- Egger G. Donovan R. *Health and Media Priciniciples and Practices for health promotion*. Mc Graw Hill Rosseville NSW , 1993
- Egger G. MPH , PHD . Donovan J.R. PHD. Spark R.MSC *Health and the media principles and practices for health promotion.*"
- Farquhar, J.W., Maccoby, N., Wood, P.D. and other *community education for cardiovascular health*. *Lancet*, 1:1192-1195, 1977
- Flay, B.R. and Button, D. *Effective mass communication strategies for health campaigns*. Chapter 10 in Atkin and Wallack,1990
- Flynn, B.S., Worden J.K., Secker-Walker, R.H., Badger, G.J., Geller, B.M. and Costanza, M.C. *Prevention of cigarette smoking through mass media intervention and school programs*. *American Journal of Public Health*, 82,6:827-834, 1992
- Flay, Brian R, and Sobel, Judith L. "The Role of Mass Media in Preventing Adolescent Substance Abuse." In *Preventing Adolescent Drug Abuse: Intervention Strategies*, pp. 5-35. Edited By Thomas J. Glynn, Carl G. Leukefeld, and Jacqueline P. Ludford. Rockville, MD, USA: Department of Health and Human Services, 1983
- Fox, K. and Kotler, P., *The marketing of social causes: the first ten years*. *Journal of Marketing*,44:24-33, 1980
- Frain, J, *The Principles and Practice of Marketing* London: Pitman, 1986
- Fraser, E., Bryce, C., Crosswaite, C., McCann, K. and Platt, S. *Evaluation health promotion :doing it by numbers*. *Health education Journal*, 54: 214-225, 1995
- Futures Group,SOMARC. *A Program Manager's Guide to Media Planning*. Washington,D.C.: The Future Group, 1988
- Glynn, T.J., Anderson, D.M. and Schwarz, L. *Tobacco-use reduction among highrisk youth: recommendation of a National Cancer Institute expert advisory panel*. *Prevention Medicine*, 20:279-291, 1991
- Goodlad, N., Eadie, D., Hasting, G., Hughes K. and stead, M. *Smoking, Health education and contemporary youth culture. Part 1:Finding. Part 1: Findings*. April 1996.Glasgow: University of Strathclyde Center for Social Marketing, 1996
- Gray, D., Amos, A. and Currie, C. *Exploring young people's perception of smoking images in youth magazines*. Unpublished draft, 1995,96
- Gritz, E.R., C.R. and Marcus, A.C. *Unaided Smoking cessation: Great American Smokeout and New Year's Day quitters*. *Journal of Psycho-social Oncology*, 6:217-34,1998
- Glynn, Thomas J.; Leukefeld, Carl G.; and Ludford, Jacqueline, P. (ed.) *Preventing Adolescent Drug Abuse: Intervention Strategies* NIDA Research

- Monograph 47. Rockville, MD, USA: Department of Health and Human Services, Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration, 1983
- Hale, J.L. and Dillard, J.P. Fear appeals in health promotion campaigns: too much, too little just right? Chapter 4 in Maibach and parrott, 1995
 - Hastings, G.B. 'Qualitative research in health education'. *Journal of the Institute of Health Education*, 28, 4: 118-127, 1990
 - Hasting, G.B. 'people centred health promotion'. In Kraiss T and Jones E (eds) *Proceedings of the National Conference of the Society of Health Education and Health Promotion Specialists 'Tipping the balance toward health gain'* Mid Glamorgan Health Authority.
 - Hastings, G.B., Eadie, D.R. and Scott A.C. *Two years of AIDS publicit: A review of progress in Scotland. Health Education Research Theory and Practice*, 5,1:17-25, 1990
 - Hasting, G.B., Ryand H., Teer, P. and Mackintosh, A.M. *cigarette advertising and children's smoking: Why Reg was withdrawn, British Medical Journal*, 309: 933-7, 1994
 - Haywwood, A.J. and hastings, G.B. *Sexual risk taking among people. Galsgow: University of Strathclyde center for Social Marketing*, 1992
 - Haywwood, A.J., stead, M. and Hayton P. *Local Aids Prevention and the use of television advertising. Journal of the Institute of Health Education*, 31, 3, 1993
 - Higbee, K.L. *Fifteen years of fear arousal: research on threat appeals, 1953-1968 Psychological Bulletin*, 72, 6: 426-444, 1969
 - *Home Office Drugs Prevention Initiative Annual Progress Report 1991-1992. London: Home Office*, 1992
 - Hughes, K. and Lawther S. *Drug culture: bridging the knowledge gap between parents and teenagers. Social Marketing Quarterly*, 2,2: 10-12, 1995
 - Hughes, k., Lawther S. and Eadie D. 'Eat My Life' Video Resouce pack: Pretest. Final Report July 1994. Glasgow: University of Strathslyde Center for Social Marketing, 1994
 - Hawkins G.D. catalano R.F "Community that care" Action for drug abuse prevention,1992
 - Hasting S G. Stead M. University of Strathelyde "Using the media in drugs prevention", 1999
 - Janes Watson Anne Hill "communication and Media Studies".
 - Jole M. Moscovetz "Preventing adolescent Substase Abuse through Drug Education." In *Preventing Adolescent Drug Abuse: Intervention Strategies*, PP. 233-249. Edited by Thomas J. Glynn, Carl G. Leukefeld and Jacqueline P. Ludford. Rockville, MD, USA: Department of Health and Human Services, 1983
 - Kaskutas, L., Morgann, P. and vaeth, P. *Structural impediments in the development of a community-based drug prevention program for youth: Preliminary analysis from a qualitative formative evaluation study. Int Quarerly of community Health Education*, 12, 3:169-182, 1992
 - Kinder, B.N. Page, N.E. and Walfish, S. *Drug and alcohol education programs: A review of outcome studies. The International Journal of the Addictions*, 15,7: 1035-1054, 1980

- *Leathar Ds. 'Defence-inducing advertising'. Paper presented at Institute of Health Education Conferense "Improving Dental Health in Scotland:", 1980*
- *Leathar D.S. and Davies J.K. The role of images in health communication. Chapter in Baker, M J saren, M A Marketing into the Eighties: 410-417, 1980*
- *Leventhal, H. Fear communications in the acceptance of preventive health practices. Bulletin of New York Academy od Medicine, 41: 1144-1168, 1965*
- *Leventhal, H. Theory in the study of fear communications. Advances in Experimental Social Psychology, Vol 5. New York: New York Academic Press, 1970*
- *Maibach, E. and Parrott, R.L. (eds). Designing health messages: Approaches from communication theory and public health practice. Thousand Oaks CA: Sage. 1995*
- *Makkai, T., Moore, R. and McAllister I.. Health education campaigns and drug use: the ' drug offensive ' In Australia .Health Education Research Theory and Practice, 6, 1: 64-76, 1191*
- *Mary price Lee. And Richard S.Lee "Drugs and the media". 1993*
- *Maibach E. and parrot R L, Designing health message: Approaches from Community Theory and Public health Practice Sage Thousand Oaks, 1995*
- *Malaysia Prime Minister's Department, Anti-Dadah Task Force, National Security Council. " Drug Abuse and eats Prevention in the Workplace: Role of the Employer." Prime Minister's Department, 1987*
- *Mannoff, R.K. Social Marketing: new imperative for public health. New York: Praegar Publishers, 1985*
- *Manuals on Communication Techniques.*
- *Mcdermott, P., Matthews, A. and Bennett, A. Responding to recreational drug use: Why club-goers need information, not out reach. Druglink, January, February: 12-13, 1992*
- *McGrath, J. The gate keeping process: The right combination to unlock gates. Chapter 11 in Maibach and Parrott, 1995*
- *McGuire, C. Pausing for breath. A review of No smoking Day research ,1984 1991 london: Health Education Authority. 1992*
- *Montgomery, K.C. Promoting health through entertainment television. Chapter 9 in Aktin and Wallack, 1990*
- *Morse, J. M. (ed) Qualitative health research. Newbury Park, California: Sage, 1992*
- *Meyer, P. News media responsiveness to public health. Chapter 3 in atkin & wallack,1990*
- *Murray G.G. and Douglas, R.R. Social marketing in the alcohol policy arena. British Journal of addiction, 83: 505-511, 1988*
- *Naidoo J. and Wills, J. Health promotion: foundations for practice. London: Balliere Tindall, 1994*
- *Nutbeam, D. and Iaro, L.E. Smoking and pupil attitudes towards school: the implication for health education with young people. Results from the Who Study of Health Behavior among school children. Health Education Research, 6,4: 415-421, 1991*
- *Office for substance abuse prevention plus II" Tools for creating and sustaining drug free communities, 1989*

- *Office for substance Abuse Prevention, Prevention Plus II: Tools for creating and sustaining drug free communities, Rockville, MD, USA: DHHS Publication No.(EDM) 89-1649, 1989*
- *O.S.A.P. Research, Action, and the community, Experiences in the prevention of Alcohol and Drug problems, 1990*
- *Pamela J. Shoemaker, Editor "communication campaigns about drugs" Government, Media , and the public.*
- *Pentz, M.A. and Valent, W. 'Project STAR ' . Chapter in Backer and Rogers, 1993*
- *Percy, L . A review of the effect of specific advertising elements upon overall communication response. Chapter in Current issues and research in advertising, University of Michigan, 1983*
- *Perry ,C.L., Kelder , S.H., Murray, D.M. and Klepp, K.I. Community-wide smoking prevention: long-term outcomes of the Minnesota Heart Program and the Class of 1989 Study. American Journal of Public Health, 82,9: 1210-1216, 1992*
- *Pierce, J.P., Mac skill, P.and Hill, D. Ling-term effectiveness of mass media led anti-smoking campaigns in Australia. American Journal of Public Health, 80,5:656-569, 1990*
- *Polich, J., Ellickson, R., Reuter, P. and kahan, J. strategies for controlling aloe scent drug use. Cited in Dorn and Murji 1992,1984*
- *Pan American Health Organization (PAHO,WHO), Guide for the design, Utilization and Evaluation of health Education Materials (in Spanish), 1984*
- *Pan American Health Organization (PAHO,WHO), Manual on Techniques for a Communication strategy (in Spanish), 1985*
- *Pan American Health Organization (PAHO,WHO),Evaluation for Planning Health Education Programs (in Spanish) , 1990*
- *Rasmuson, Mark et al. Communication for child survival. Washington, D.C.: Academy for Educational Development, June, 1988*
- *Ray, M.L. and Wilkie, W.L. Fear: the potential of an appeal neglected by marketing. Journalof Marketing, 34: 54-62, 1970*
- *Reid, D.J., Killoran, A.J., McNeill, A.D. and Chambers, J,S. choosin the most effective health promotion otions for reducing a nation's smoking prevalence. Tobacco Control, 1: 185-197, 1992*
- *`Reid, D.J., McNeill, A.D and Giynn, T.J.. Reducing the Prevalence of smoking in youth in Western countries: an international review .Draft paper submitted to Tobacco Control, 1995*
- *Roberts, H. et al Prevention is better ,Sociology for health and illness,vol 15 No4, 1993*
- *Ridley, L. Social marketing: Report of finding from focus group interviews with young people aged 13-16 from Scotswood , Newcastle IUpon Tyne. July 1995. Middlesbrough: University of Teesside, 1995*
- *Salonen, J>t., Puska, P., Kottke,T.E>and Tuomilehto,J. changed in smoking serum cholesterol, and blood pressure levels during a community-based cardiovascula disease prevention program – the North Karelia Project. American Journal of Epidemiology.114:81-94,1981*

- Schaps,E., DBartolo,R., Moskowitz , J., Palley, C.S. and Churgin, S.A review of 127 drug abuse prevention program evaluation. *Journal of Drug Issues*,23:645-665-1981
- Schilling, R.F. and McAlister, A.L. Preventing drug use in adolescents through media interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* ,58,4:416-424,1990
- Sharon S.Brehn and Saul M<Kassin "Social Psychology",1993
- Sherr,L.An evolution of the UK government health education campaign on AIDS *Psychology and Health* , !:61-72,1987
- Sherr,L. Fear arousal and AIDS: Do shoch tactics Work? *AIDS*,4.4:361-364,1990
- SMS (Suvey and Marketing Services) Newcastle Drugs Prevention initiative: Research evaluation July, August 1994. Newcastle Upon Tyne:SMS.1994
- Sternthal , D. and Craig, C.S. effective and ineffective use of fear in health promotion campaigns. *American journal of Public Health*, 78,2:163-167,1974
- Strasburger,V.C .Prevention of adolescent drug abuse: Why Just Say No Just won't work. *The journal of Pediatrics*, 114,4, part 1: 677-681,1989
- Sutton,S.R. Fear –arousing communication :A critical examination of theory and research. In J.R. Eiser (ed),*Social Psychology and behavioral medicine* 303-337. London : John Wiley , 1982
- Spencer, C.P.,and Navartnam , V.*Drug Abuse in East Asia*. Kuala Lumpur :Oxford University Press,1981
- Tobler, N.S Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: quantitative outcome results of program participants compared to a control or comparison group. *Journal of Drug Issues*, 16: 537-567, 1989
- Tones, K., Tilford, S. and Robinson Y.K *Health education: effectiveness and efficiency*. London: Chapman & Hall, 1990
- Tripp, G. and Davenport, A. Fear advertising – it doesn't work! *Health Promotion*, Winter: 17-19, 1988,89
- Thailand Office of the Prime Minister, Office of the Narcotics Control Board. "Opium and its control." Bangkok of the Prime Minister, (no date)
- U.S Department of Health and Human Services. NIDA Research Monograph 47, *Preventing Adolescent Drug abuse*, 1986
- U.S Department of Health and Human Services, national Clearinghouse for Alcohol and Drug Information (NCADI). "The Fact Is.... You Can Effectively Launch Media Campaigns." Rockville, MD,USA : NCADI, 1988
- U.S Department of Health and Human Services, national Institute of Public Health (NIH). *Pretesting in Health Communications: Methods. Examples and Resources for Improving Health Messages and Materials*. NIH Publication No. 83-1943 . Bethesda, MD, USA : NIH, 1982
- U.S> Department of Health and Human Services , National Institute of Public Health (NIH) , National Health, Lung ND Blood Institute . "Seminar Resulte: Fear as a Persuasion Technique. "Bethesda ,MD, USA: NIH,1988
- U.S. Department of Healt and Human Services, Public Health Services, National Institute of Health(NIH), Office of Cancer Communications, National Cancer Institute. *Making Health Communication Programs Work:*

- A Planner's Guide. NIH Publication No.89-1493. Bethesda, MD,USA: NIH,1989*
- *U.S. Department of State, Bureau of International Narcotics matters. Building Public Awareness: A Handbook for Drug Awareness Campaigns,1988*
 - *U.S.Office for Substance Abuse Prevention". Media Campaign Handbook." Washington,D.C.: U.S. Department of Health and Human Services, Alcohol,Drug Abuse and Mental Health Administration, January 1988*
 - *Vartianen,E., Fallonon, U., McAlister, A.L. and Puska, P. Eight-year follow-up results of an adolescent smoking prevention program: The North Karelinea youth Project. American Journal of Public Health. 80,1:78,1990*
 - *Wallack, L. Improving health promotion: Medi advocacy and social marketing approaches. Chapter 11 in Atkin and Wallack,1990*
 - *Wallack, L. and Sciandra, R. Media advocacy and public education in the Community Intervention Trial to reduce heavy smoking (COMMIT). International Quarterly of Community Health Education,11,3:205-222,1991*
 - *Wilde, G.S. Effects of mass media communications on health and safety habits: An overview of issues and evidence. Addiction, 88: 983-996, 1993*
 - *Windahi S. Singizen B. Olson J.T. "Using communication Theory, an introduction to planned communication."*
 - *Winkleby, M.A., Formann, S.P. and Rockhill, B. Cigarette smoking trends in adolescent and young adults: the Stanford Five-city Project. Preventive Medicine 22: 325-334, 1993*
 - *Witte, K, Fishing for success: Using the Prevention Health Message framework to generate effective messages. Chapter 8 in Maibach and Parrott, 1995*
 - *Woodhouse, L.D. and Livingood, W.C. Exploring versatility of qualitative design for evaluating community substance abuse prevention projects. Qualitative Health Research, 1, 4: 434-445, 1991*
 - *Willie, A. and Casswell, S. Formative evaluation of a policy-orientated of print media campaign. Health Promotion International 7,3: 155-161, 1992*
 - *W.H.O. Evaluation of Recent Changes in the facing of health Services, Genoa, W.H.O. 1993*
 - *WHO, MSD,MDP,00.17 Original: English "Primary Prevention of Substance abuse." A workbook for project operators,2000*
 - *WHO Program on substance abuse ; Aone way street, 1993*
 - *Zimmerman Margot L., andParkin, Gordon W.Print Materoals for Nonreaders: Experience in family Planning and Health. "PIACT Papers No.8 Seattle, WA:Program for Appropriate Technology in Healt. 1982*
 - www.emcdda.org
 - www.cabinet-office.gov.uk/anti-drugs
 - www.drugscope.org.uk
 - www.mediaCampaign.org
 - www.nida.mh.gov

منابع بخش چهارم

- ازکیا ، مصطفی ، " مقدمه ای بر جامعه شناسی توسعه روستایی " ، تهران: انتشارات اطلاعات ، ۱۳۷۰
- بیلر ، رابرت ، " کاربرد روانشناسی در آموزش ، " ترجمه پروین کدیور، تهران
- بنیگر ، اتوسر ، " ارتباطات اقناعی "، ترجمه علی رستمی ، تهران : مرکز تحقیقات ، مطالعات و سنجش برنامه ای صدا و سیما ، ۱۳۷۶
- با تومور، تی . بی . جامعه شناسی ، ترجمه سید حسن منصور و سید حسن حسینی کلجاهی ، تهران امیر کبیر ، ۱۳۷۰
- حجازی ، الهه ، " روانشناسی رشد ۲ " ، جزوه کارشناسی ، دانشگاه تهران ، ۱۳۷۳
- خاتون آبادی ، سید احمد ، " رادیو ارتباط توسعه ای " ، تهران ، انتشارات سروش ، ۱۳۷۴
- خسروی ، خسرو ، " جامعه شناسی روستایی " ، تهران ، دانشگاه علوم اجتماعی ، ۱۳۵۵
- دکتر حسن رفیعی ، خاتم زهرا اصفهانی ، بتسابه پارسا پژوه ، شهناز معززی ، کیان فروزش ، ((مبانی آگاهسازی چهار چوب و مخاطب)) ، اردیبهشت ۷۸
- ذوالفقاری ، ابوالفضل ، پایگاه اجتماعی و هوش ، بررسی علل مؤثر در تیزهوشی با تکیه بر پایگاه طبقاتی و متغیر های اجتماعی - اقتصادی - فرهنگی " پایان نامه کارشناسی ارشد رشته علوم اجتماعی ، دانشگاه تربیت مدرس ، ۱۳۷۰
- ریوس ، ایورکی ، مدیریت یادگیری ، ترجمه داریوش نوروزی و محمد حسن تیموری راهگشا ، ۱۳۷۳
- ساروخانی ، باقر ، دایرة المعارف علوم اجتماعی ، تهران ، کیهان ، ۱۳۷۰
- شرفی ، محمد رضا ، " دنیای نوجوانی ، کند و کاوی در بازشناسی روحيات ۱۳- ۱۸ ساله ها " ، تهران : انتشارات تربیت ، ۱۳۷۲
- صباغیان ، زهرا ، روشهای مواد آموزی بزرگسالان ، تهران ، مرکز نشر دانشگاهی ۱۳۷۵
- کازنو ، ژان ، " جامعه شناسی ارتباطات جمعی " ترجمه باقر ساروخانی و منوچهر محسنی ، تهران : انتشارات اطلاعات ، ۱۳۷۲
- کولتز ، جان . دبلیو. ارتباط گفتاری میان مردم (اکبر میر حسینی ، مترجم) ، تهران: امیر کبیر ، ۱۳۶۹
- لانورت ، کاترین ، " آموزش و یادگیری (دردوران پیش دبستان) " ، ترجمه ناصر ابوالحسنی ، تهران : ۱۳۷۰
- نامین ، ملوین ، " جامعه شناسی قشر بندی و نابرابری های اجتماعی ، " ترجمه عبد الحسين نیک گهر ، تهران : انتشارات توتیا ، ۱۳۷۳
- ماسل ، پاول هنری و دیگران ، " رشد و شخصیت کودک " ، ترجمه مهشید یاسایی ، تهران: انتشارات ماد ، ۱۳۷۶
- میرزا بیگی ، علی ، " نقش هنر در آموزش و پرورش و بهداشت روانی کودکان " ، تهران: انتشارات مدرسه ، ۱۳۷۳
- وثوقی ، منصور ، " جامعه شناسی روستایی " ، تهران: مؤسسه کیهان ، ۱۳۷۵
- ویندال ، سون و دیگران ، " کاربرد نظریه های ارتباطات " ، ترجمه علیرضا دهقان ، تهران ، مرکز مطالعات و تحقیقات رسانه ها ، ۱۳۷۶

- Albee.George ; gullotta Thomas Primary prevention works; SAGE,1997
- Bloom Mantin Primary Prevention practice SAGE,1996
- Botvin, Gilbert; preventing Drug abuse through the schools; NIDA
- Chanduan ,Snet; Skills for Drug prevention Colombo plem project 2000
- Egger, Garry, Donovan, Rob Spark, Ross. Health and Media Prinaples and Practices for Health Promotion. MCGraw Hill, Rose ville NSW,1993
- Hargie. O Ahand bool of communication skills / Routledge,1986
- Hargie, O. Social Skilld in interpersonal communicationRoutlidge,1984
- Kumpher, Kavol; Dentification of Drug Abuse prevention programs; NIDA,2000
- Maibach E & Parrot RL Designing Health Messages, Approaches From Community Theory and Public Health Practice, SAGE, Thousand Oaks, 1995
- RANDOLPH a. Beales U.S. Department of Education "Learning to live Drug free, a Carriculum model for prevention Grade K-3",1995

- *Randolph A. Beales U.S. Department of education" Learning to live Drug free, a Carriculum model for prevention Grade 2-5;,1999*
- *Randolph A. Beales U.S. Department of Education "" Learning to live Drug free, a Carriculum model for prevention Grade6-9", 1999*
- *Randolph A. Beales U.S. Department of Education "" Learning to live Drug free, a Carriculum model for prevention Grade9-12", 1999*
- *WHO, Life skills Education in scools; Division of mental Health Geneva, 1993*
- *WHO & UNICEF; The development & dissemination of life; Division of mental Health, Geneva, 1994*
- *WHO; Life Skills Education; Planning for Research; Division of Prevention of substance abuse, Geneva, 1996*
- *WHO; Designing life skills education for schools; Division & of mental health, Geneva, 2000*
-

منابع ضمیمه

- گزارش نظرسنجی های معاونت های پیشگیری و امور فرهنگی سازمان های بهزیستی در استانها در زمینه اقدامات اولیه برای اجرای برنامه جامع پیشگیری از اعتیاد .
- ابراهیم پور ، صالح ، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری استان گیلان ، " پیام ها و شعارهای پیشگیری از اعتیاد " ، ۱۳۸۰
- [www. Mediacampaign.org](http://www.Mediacampaign.org)
- www.whatsyourantidrug.com

مجموعه پیام ها و پوستره‌های قابل بررسی

مجموعه زیر شامل پیام ها و پوسترهایی است که هم مخاطبین مختلف (افراد معتاد ، جوانان ، رهبران و والدین) و هم انواع مختلف (آموزش ، نگرش ، رفتاری) دارند . از نظر کیفی در سطوح مختلفی قرار دارند و از منابع مختلف جمع آوری شده اند . از آنها برای تمرین در کارگاههای آموزشی پیشگیری از سوء مصرف مواد برای دست اندر کاران رسانه های گروهی و یا برای کاربردهای رسانه ای می توان استفاده کرد .

۱- مجموعه پیام های قابل بررسی

- ۱- نجات معتاد ، نجات یک فرد نیست ، نجات جامعه است . (امام ره)
- ۲- حتی یکبار مصرف مواد مخدر ، صرفاً به دلیل کنجکاوی می تواند انسان را گرفتار اعتیاد طولانی مدت کند .
- ۳- اعتیاد موجب بروز عوارض روانی مانند افسردگی ، اضطراب و روان پریشی می شود .
- ۴- اعتیاد انسان را از پویایی به سکون و از اوج به حضيض می کشاند .
- ۵- اعتیاد انسان را از صعود به سقوط و از هستی به نیستی می کشاند .
- ۶- رهایی از چنگال اعتیاد یعنی بازگشت شرافتمندانه به آغوش خانواده و جامعه .
- ۷- رهایی از اعتیاد یعنی شکوفایی و احیای عزت نفس .
- ۸- با پرکردن و غنی سازی اوقات فراغت فرزندان ، می توانیم آنها را از خطر اعتیاد دور سازیم .
- ۹- اعتیاد موجب از هم گسیختگی کانون گرم خانواده می شود .
- ۱۰- اعتیاد موجب زوال افکار سازنده اعضای خانواده می شود .
- ۱۱- روابط عاطفی سالم بین والدین و فرزندان از راههای پیشگیری از اعتیاد است .
- ۱۲- دوستان ناباب یکی از عوامل سقوط جوانان به ورطه هولناک اعتیاد هستند .
- ۱۳- سست شدن پایه های اعتقادی خانواده ، زمینه ساز گرایش فرزندان به اعتیاد است .
- ۱۴- تقویت باورهای دینی در خانواده ، عامل مهمی در پیشگیری از اعتیاد است .
- ۱۵- کودکان اولین هیزمهایی هستند که در آتش اعتیاد پدر می سوزند .
- ۱۶- تنش و ستیز در خانواده یکی از علل سوق دهنده نوجوانان به اعتیاد است .
- ۱۷- با پیشگیری از اعتیاد ، لیخند اعتماد را جانشین نگاه نگران کودکان سازیم .
- ۱۸- اعتماد به نفس بهترین هدیه ای است که پدر و مادربه فرزند می دهند .
- ۱۹- اعتیاد آغاز سیاهی و ظلمت است .
- ۲۰- دردناکتر از فقر و بیماری ، بی رحمی فرد معتاد به خویش است .
- ۲۱- ارزیابی مداوم رفتار فرزندان و نظارت و کنترل مناسب آنان ، عوامل مؤثر در پیشگیری از اعتیاد است .
- ۲۲- فرزندانمان را از معاشرت و دوستی با افراد معتاد بر حذر داریم .
- ۲۳- اعتیاد نه تنها فرد ، بلکه خانواده ، اطرافیان و محیط اجتماعی را تهدید می کند .
- ۲۴- اعتیاد گذرگاهی هولناک به سمت مطرود شدن از خانواده و جامعه است .
- ۲۵- هر کس با دل و زبان و دست و دیگر امکانات خویش از فساد پیشگیری ننماید ، مرده ای بین زندگان است . (امام علی)
- ۲۶- پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر ، وظیفه ملی و انسانی همه مردم است .
- ۲۷- پیشگیری از اعتیاد نیازمند عزم ملی است .
- ۲۸- خداوند وضع هیچ قومی را عوض نمی کند ، مگر آنکه خودشان تغییر ایجاد کنند . (سوره رعد آیه ۱۱)
- ۲۹- نه گفتن به تعارف استفاده از مواد مخدر به دوستان و نزدیکان مؤثرترین گام در راه پیشگیری از اعتیاد است .
- ۳۰- منشأ بسیاری از آسیب های اجتماعی مانند طلاق و انحرافات اخلاقی اعتیاد به مواد مخدر می باشد .
- ۳۱- پایبندی به خانواده مانع گرایش به اعتیاد است .
- ۳۲- با افزایش اعتماد به نفس می توان در برابر تعارف و فشار دوستان برای مصرف مواد مخدر ، مقاومت کرد .
- ۳۳- سیگار دروازه ورود به اعتیاد است .
- ۳۴- مصرف حشیش اعتیاد آور است .
- ۳۵- با ترک اعتیاد به جمع فعال جامعه بپیوندد .
- ۳۶- با ترک اعتیاد سلامت جسم و روح را به دست آورد .
- ۳۷- با ترک اعتیاد منزلت اجتماعی و قدرت نفوذ خود را در خانواده و جامعه بازیابید .
- ۳۸- مصرف گاه به گاه مواد مخدر منجر به اعتیاد می شود .
- ۳۹- الگوی اخلاقی و اجتماعی مناسبی برای نوجوان خود باشیم .

- ۴۰- آگاهسازی عموم مردم ، بهترین وسیله برای پیشگیری از مصرف مواد مخدر است .
- ۴۱- مصرف تفریحی مواد مخدر ، با فواصل زمانی نامشخص ، در جمع دوستان ، مهمانیها وابستگی به مواد را به دنبال دارد .
- ۴۲- در جشنها و عروسیها و مهمانیها به پیشنهاد مصرف مواد مخدر قاطعانه ((نه)) بگویید .
- ۴۳- یکی از بهترین و سالم ترین جانشینهای پدیده ناپهناجاری اعتیاد ورزش است .
- ۴۴- طولانی ترین و سخت ترین سفرها با اولین گام آغاز می شود .
- ۴۵- دوری از محیط های تحریک کننده ودوستانی که مواد مصرف می کنند ، گام مهمی در ترک اعتیاد است .
- ۴۶- عدم آگاهی از تأثیرات و عواقب خطرناک مواد مخدر ، یکی از عوامل روی آوردن نوجوانان به آن است .
- ۴۷- استفاده از مواد مخدر برای کاهش دردهای جسمانی و درمان بیماریها راه مناسبی نیست .
- ۴۸- پای بندی به اصول دینی و مذهبی باعث تأمین بهداشت روان فرد می شود .
- ۴۹- افسردگی ، تنهایی ، عزت نفس پایین و فشارهای روانی که از عوامل مؤثر گرایش به اعتیاد است .
- ۵۰- اعتیاد و مصرف مواد مخدر ، بر یاد دادن ثروت یک ملت ، به دست خودش است .
- ۵۱- اعتیاد و مصرف مواد مخدر ، بر یاد دادن سرمایه های یک فرد به دست خویش است .
- ۵۲- شیرینی زندگی خود و خانوادتان را با مصرف مواد مخدر و اعتیاد تلخ نکنید .
- ۵۳- اعتیاد دشمن انسان ، خانواده و جامعه است .
- ۵۴- مواد مخدر سلاح دشمنان انسانیت است .
- ۵۵- غرق کردن نسل جوان در فساد های گوناگون و اعتیاد به مواد مخدر و سرآرور یک سیاست پیاده شده استعمار و استکبار است . (مقام رهبری)
- ۵۶- ارمغان اعتیاد به مواد مخدر ، نیستی و نابودی است .
- ۵۷- عبادتی بالاتر از نجات مردم از دام اعتیاد نیست و انشا... خداوند کمک کند که بتوانیم گامی در این راه برداریم . (ریاست جمهوری اسلامی - دکتر خاتمی)
- ۵۸- معتاد ترک کرده به همکاری جدی خانواده و اجتماع نیازمند است .
- ۵۹- اعتیاد بیماری و معتاد بیمار است . بیایید مداوایشان کنیم .
- ۶۰- اعتیاد آفت نسل فرداست ، مراقب باشیم .
- ۶۱- اعتیاد زندگی با ذلت است .
- ۶۲- توفان اعتیاد از اجتماع بر می خیزد ، در اجتماع نیز باید خاموش شود .
- ۶۳- حرکات و رفتار مشکوک فرزندانمان ، زنگ خطری است برای اعتیاد آنها .
- ۶۴- تشویق به درمان معتادان ، از وظایف همگانی است .
- ۶۵- اعتیاد به مواد مخدر یکی از عوامل اصلی پروژمشکلات خانوادگی و طلاق است .
- ۶۶- مصرف مواد مخدر ، معمولاً با مصرف سیگار شروع می شود .
- ۶۷- اعتیاد در کمین است ، فرزندانمان را در گردونه زندگی تنها رها نکنیم .
- ۶۸- اعتیاد موجب به خطر افتادن سلامت جامعه است .
- ۶۹- اعتیاد تهدیدی برای نسل آینده است .
- ۷۰- یکبار مصرف مواد مخدر ، مساوی است با مصرف مداوم آن .
- ۷۱- ((نه)) گفتن به مصرف مواد مخدر ، بزرگترین شهامت می باشد .
- ۷۲- احساس طرد شدگی از عوامل گرایش به اعتیاد است .
- ۷۳- عقده های روانی و سرخوردگی اجتماعی از عوامل گرایش به اعتیاد است .
- ۷۴- والدین گرامی ، محدودیت زیاد و یا عدم کنترل فرزندان زمینه ساز اعتیاد است .
- ۷۵- مصرف مواد مخدر نه تنها دردهای جسمانی را کم نمی کند ، بلکه مشکلات روانی را به آن می افزاید .
- ۷۶- مصرف الکل خطر سکتته های مغزی و قلبی را افزایش می دهد .
- ۷۷- تشکلهای مردمی ، راه را بر گسترش اعتیاد می بندد .
- ۷۸- پیشگیری از اعتیاد نیاز به اراده و همت فردی و جمعی دارد .
- ۷۹- دادن آزادی و استقلال به فرزندان برای انجام دادن فعالیتهای منطقی ، عاملی است در جهت پیشگیری از اعتیاد .
- ۸۰- مؤثرترین راه برای مقابله با اعتیاد ، ایجاد اعتماد به نفس در فرزندان و احترام گذاردن به آنهاست .
- ۸۱- نا امیدی اساسی ترین عامل آسیب های اجتماعی است .
- ۸۲- دادن پاسخ ((نه)) به پیشنهاد نامناسب دوستان ، شجاعت است .
- ۸۳- والدین گرامی ، کودکان از رفتار ما می آموزند نه ازگفتارمان .
- ۸۴- حتی یکبار مصرف حبش اعتیاد آور است .
- ۸۵- قامت رشید و مردانه خود را با مصرف مواد مخدر خمیده و رنجور نکنیم .
- ۸۶- ترک مواد مخدر آغاز یک زندگی تازه است .
- ۸۷- به سیگار احم کنید تا اعتیاد به شما لبخند نزند .
- ۸۸- به تعارف و پیشنهاد سیگار ((نه)) بگویید .
- ۸۹- ورزش به رشد مهارتها و اعتماد به نفس کمک می کند .
- ۹۰- اعتیاد ، سایر انحرافات اجتماعی را به دنبال دارد .

- ۹۱- هرگز برای درمان درد از مواد مخدر استفاده نکنید .
- ۹۲- اعتیاد توان جسمی انسان را کاهش می دهد .
- ۹۳- از فرزندان در حد توانایی اش انتظار داشته باشید .
- ۹۴- سیگار کشیدن نخستین گام به سوی مصرف مواد مخدر است .
- ۹۵- سیگار کشیدن می تواند آغاز اعتیاد باشد .
- ۹۶- همه با هم بگوییم ((مصرف مواد مخدر هرگز)) .
- ۹۷- نه گفتن را بیاموزیم تا به دام اعتیاد نیفتیم .
- ۹۸- نباید فکر کنیم اعتیاد برای دیگران است .
- ۹۹- اوقات فراغت فرزندانمان را با ورزش و تفریحات سالم پر کنیم .
- ۱۰۰- زیبایی ، سلامت و نشاط با مصرف مواد مخدر ممکن نیست .
- ۱۰۱- آیا میدانید در اکثر موارد ، اعتیاد از مصرف به اصطلاح تفریحی و تفننی مواد مخدر شروع شده است ؟
- ۱۰۲- آیا میدانید در اکثر موارد اعتیاد با تعارف و پیشنهاد دوستان به مصرف مواد مخدر شروع می شود ؟
- ۱۰۳- آیا میدانید فرزندانمان با چه کسانی معاشرت می کنند ؟
- ۱۰۴- روابط عاطفی سالم خانواده ، سدی در مقابل اعتیاد است .
- ۱۰۵- تقویت اعتماد به نفس در کودکان سدی در برابر اعتیاد است .
- ۱۰۶- گرچه همه در خانه هستیم ، ولی فرزندانمان تنهاست !
- ۱۰۷- هر روز دقایقی را به شنیدن حرف های فرزندانمان اختصاص دهیم .
- ۱۰۸- با مصرف مواد مخدر بهار زندگی را خزان نکنیم .
- ۱۰۹- مصرف مواد مخدر هرگز !
- ۱۱۰- اعتیاد ویرانگر زیباییهاست .
- ۱۱۱- اعتیاد ویرانگر خوبیهاست .
- ۱۱۲- اعتیاد ویرانگر کانون گرم خانواده است .
- ۱۱۳- اعتیاد ویرانگر ارزشها و کرامات انسانی است .
- ۱۱۴- آیا به نتایج مصرف مواد مخدر اندیشیده اید ؟
- ۱۱۵- زیبایی ، سلامت و نشاط را با مصرف مواد مخدر از بین نبریم .
- ۱۱۶- توانایی نه گفتن را به فرزندانمان بیاموزیم .
- ۱۱۷- اعتیاد آسمان آبی زندگی را تیره می کند .
- ۱۱۸- اعتیاد زندگی سبز را سیاه می کند .
- ۱۱۹- زندگی سبز خود را با اعتیاد سیاه نکنید .
- ۱۲۰- آینده سبز فرزند خود را با اعتیاد سیاه نکنید .
- ۱۲۱- با پیشگیری از اعتیاد جامعه را سبز نگه داریم .
- ۱۲۲- از عوارض جسمی و روانی اجتماعی اعتیاد چقدر اطلاع دارید ؟
- ۱۲۳- والدین محترم ، فکر نکنید اعتیاد برای دیگران است .
- ۱۲۴- طبیعت زیبای وجود را با اعتیاد آلوده نکنیم .
- ۱۲۵- تنها با همکاری یکدیگر می توانیم از اعتیاد جلوگیری کنیم .
- ۱۲۶- همه با هم به مواد مخدر نه بگوییم .
- ۱۲۷- تعارف سیگار تعارف اعتیاد است .
- ۱۲۸- تعارف مشروب الکلی تعارف اعتیاد است .
- ۱۲۹- مصرف مواد نیرو را اعتیاد آور است .
- ۱۳۰- حتی افرادی که اراده قوی دارند نیز با مصرف تفریحی مواد معتاد می شوند .
- ۱۳۱- ما به زندگی بدون مواد مخدر فکر می کنیم .
- ۱۳۲- استقلال فردی و زندگی اجتماعی با اعتیاد امکان پذیر نیست .
- ۱۳۳- حشیش = آسیب های مغزی و روانی .
- ۱۳۴- نشانه اراده قوی ، مصرف نکردن مواد مخدر است .
- ۱۳۵- مصرف مواد مخدر نشانه ضعف است .
- ۱۳۶- زندگی بدون اعتیاد زیباست .
- ۱۳۷- حشیش اعتیاد آور است .
- ۱۳۸- پدر و مادر گرمی ، علائم مصرف مواد مخدر تا مدتها پنهان است .
- ۱۳۹- هر معتاد چندین نفر را آلوده میکند ، مراقب فرزندانمان باشید .
- ۱۴۰- مصرف مواد مخدر راه کاهش یا درمان دردها نیست .
- ۱۴۱- هشدار ، اولین مصرف مواد مخدر وابستگی به دنبال دارد .
- ۱۴۲- والدین گرمی ، اعتیاد در کمین است ، آیا از رفت و آمدهای فرزندانمان مطلع هستید ؟
- ۱۴۳- ریشه های اعتیاد را با مرور عوارض و زیانهای آن در ذهنمان بخشکانیم .
- ۱۴۴- اعتیاد عامل بسیاری از بیماریها و مشکلات روانی و جسمی است .
- ۱۴۵- فرزندان خود را با بحثهای مفید ، از مضرات و خطرات اعتیاد آگاه نماییم .

- ۱۴۶- فرزندان خود را به رعایت اصول مذهبی و انجام فرایض دینی تشویق نمایید .
- ۱۴۷- اوقات فراغت فرزندان خود را با تشویق آنها به مطالعه پر نمایید .
- ۱۴۸- از مشاخره ، بحث و دعوای بیهوده نزد فرزندان خودداری نمایید .
- ۱۴۹- سعی کنید ملاکها و معیارهای دوست خوب را به نوجوان آموزش دهید .
- ۱۵۰- خطرات و عوارض رفت و آمد با دوستان ناباب را به نوجوان خود گوشزد کنید .
- ۱۵۱- والدین عزیز ، دوستان فرزند نوجوان خود را بشناسید و آشنایی نسبی نیز با خانواده آنان پیدا کنید .
- ۱۵۲- کودکان اولین قربانیانی هستند که در آتش اعتیاد پدر می سوزند .
- ۱۵۳- با پیشگیری از اعتیاد می توان آسیبهای اجتماعی جامعه را کاهش داد .
- ۱۵۴- به کنجکاوی فرزندمان جهت دهیم .
- ۱۵۵- بیماریهای خطرناکی مانند ایدز و هپاتیت در مصرف کنندگان مواد مخدر بیشتر مشاهده می شود .
- ۱۵۶- اعتیاد به مواد مخدر از انسان موجودی ضعیف و بی اراده می سازد .
- ۱۵۷- اعتیاد به مواد مخدر، قدرت تصمیم گیری را از انسان می گیرد و قوه قضاوت او را مختل می کند .
- ۱۵۸- اعتیاد ممکن است با چند پک سیگار شروع شود .
- ۱۵۹- غم و اندوه شما با مصرف سیگار و مواد مخدر کمتر نمی شود .
- ۱۶۰- زندگی ، مهربانی و امید خیلی زود در پشت دیوارهای اعتیاد خواهد مرد .
- ۱۶۱- اعتیاد یک پدر ، عشق و امید را در فرزندان او نابود می سازد .
- ۱۶۲- بهترین راه مقابله با سیگار و اعتیاد ، شروع نکردن مصرف آن است .
- ۱۶۳- ارانه الگوی زندگی سالم ، گامی مهم در جهت پیشگیری از اعتیاد است .
- ۱۶۴- فردایی بهتر ، ایرانی عاری از اعتیاد با همدلی من و تو .
- ۱۶۵- اعتیاد قابل پیشگیری و درمان است .
- ۱۶۶- مصرف حشیش تفکر ، قضاوت و اخلاقیت را از بین می برد .
- ۱۶۷- بسیاری از افراد معتاد ، با این تصور که یکبار مصرف مواد مخدر نمی تواند عوارضی برای آنها داشته باشد ، در دام اعتیاد افتاده اند .
- ۱۶۸- باور افرادی که برای اولین بار مواد مخدر را امتحان می کنند این است که من معتاد نخواهم شد و همین باور غلط موجب اعتیاد آنان می شود .
- ۱۶۹- عدم آگاهی از تأثیرات و عواقب خطرناک مواد مخدر، یکی از عوامل روی آوردن نوجوانان به آن است .
- ۱۷۰- حتی با یکبار مصرف کردن مواد مخدر ممکن است معتاد شوید .
- ۱۷۱- آیا مصرف سیگار نشانه بزرگی است ؟
- ۱۷۲- والدین می توانند از بروز اعتیاد ، در نوجوانان خود پیشگیری کنند .
- ۱۷۳- والدین عزیز ، برای ارتقاء سطح ایمان و اعتقادات مذهبی نوجوانان خود تلاش نمایید .
- ۱۷۴- افراد ولخرج مستعد اعتیاد هستند .
- ۱۷۵- دوستان سالم مانع گرایش به مواد مخدر هستند و برعکس دوستان ناسالم موجب گرایش به آن .
- ۱۷۶- مصرف تفریحی و سوء مصرف مواد مخدر وابستگی به مواد رابه دنبال دارد .
- ۱۷۷- در روزهای بارانی چگونه زیر باران خیس نمی شویم = اعتیاد هم قابل پیشگیری است .
- ۱۷۸- علاج واقعه قبل از وقوع باید کرد = پیشگیری از اعتیاد .
- ۱۷۹- آیا روش ها و راههای پیشگیری از اعتیاد را می شناسید ؟
- ۱۸۰- پیشگیری پیشه سازیم ، تن ز درمان خسته شد .
- ۱۸۱- آینده مکانی نیست که به آنجا می رویم ، بلکه جایی است که آن را می سازیم .

۲- مجموعه پوسترهای قابل بررسی

مجموعه نظر سنجی ها و نگرش سنجی های انجام شده در استانها در گروه های مخاطب (مربوط به طرح جامع پیشگیری از سوء مصرف مواد)

نظر به اینکه در جای جای محتوای تهیه شده ، بارها و بارها ، از گروههای مخاطب و اهمیت تحقیق در مورد نظرات و نگرش ها و آگاهی های آنها در شروع هر برنامه پیشگیرانه از سوء مصرف مواد بحث شده است لازم است نظرات و آگاهی های به دست آمده در طول طرح جامع یا طرح آگاهسازی پیشگیری از سوء مصرف مواد ، در استانهای مختلف ، به این مجموعه اضافه شود .

۱- یزد

در این نظرسنجی که در پاییز سال ۱۳۷۷ با استفاده از پرسش نامه از مردم و مسئولان محترم شهر یزد صورت گرفت ، نکات قابل توجه زیر جلب توجه می کند :

- درصد بیشتری از مسئولان شهر یزد (نسبت به مردم) مسئله اعتیاد را جدی تلقی کرده اند .
- در مورد تغییرات میزان شیوع اعتیاد به مواد مخدر، در طول یکسال گذشته ، درصد بالاتری از مسئولان ، (نسبت به مردم) اعتقاد به افزایش شیوع اعتیاد در شهر یزد داشته اند .
- درصد قابل توجهی از مردم و مسئولان ، در مورد میزان دسترسی به مواد مخدر در شهر یزد اظهار بی اطلاعی کرده اند و به تسلط مسئولان به دستیابی تریاک در مقایسه با سایر مواد مخدر آسان تر می باشد .
- به نظر مردم شهر یزد ، مهمترین علت مصرف مواد مخدر در میان جوانان و نوجوانان فراوانی و در دسترس بودن مواد مخدر است ، درحالیکه مسئولان بی توجهی و عدم کنترل والدین را مهمترین علت بیان کرده اند .
- در این نظرسنجی ، مردم شهر یزد بیشترین روش گذراندن اوقات فراغت جوانان را دور هم جمع شدن و گفت و گو با دوستان و سپس فعالیت های ورزشی (بازی فوتبال) نام برده اند که با نظر مسئولان مطابقت دارد .
- مردم و مسئولان مهمترین فشار در زندگی جوانان و نوجوانان را بیکاری و اولویت بعدی را مشکلات مالی شدید مطرح کرده اند .
- به نظر مردم مؤثرترین روشهای پیشگیری از اعتیاد ، ایجاد اشتغال و همچنین امکانات تفریحی سالم برای جوانان و نوجوانان را مطرح نموده اند .
- اکثر مردم و مسئولان لزوم اقدامات پیشگیری از اعتیاد در سطح شهر یزد را متذکر شده اند .
- اکثر مردم و مسئولان به قابل پیشگیری بودن اعتیاد در شهر یزد ، اعتقاد داشته اند .
- بخش قابل توجهی از مردم و مسئولان تمایل خود را برای درگیر شدن در فعالیت های پیشگیری از اعتیاد اعلام کرده اند . از طرفی بسیاری از مسئولان فعالیت های پیشگیرانه را ، در محل کار خود ، لازم نمی دانند .

۲- بندر عباس

۲-۱- عموم

- به نظر پاسخ گویان ، رایج ترین روش برخورد با مشکل اخلاقی همسالان ، درمقطع راهنمایی ، ((نصیحت و راهنمایی کردن)) است و هیچ کس به شناخت مشکل اشاره نکرده است ، اما در مقطع دبیرستان به شناخت مشکل و ارائه راه حل ، به اندازه نصیحت کردن ، اشاره شده است .
- به نظر می رسد از نظر پاسخ گویان ((والدین)) خصوصاً در مقطع راهنمایی بیشترین منبع کمک کننده ها هستند و از طرف دیگر ((مشاوران و معلمان)) کمترین نقش را دارند . در ضمن گرایش های مذهبی تأثیر کمی دارد .
- اکثر پاسخ گویان ادعا کرده اند که اوقات فراغت خود را بیشتر صرف ورزش و مطالعه می کنند . خوشبختانه افسردگی و انزوا طلبی جز در یک مورد یافت نشد .
- از نظر اکثر پاسخ گویان ((ورزش و فعالیتهای تفریحی)) ، نقش مهمتری در حفظ سلامت روانی و جسمی دارد . در مقطع راهنمایی هیچ کس به مطالعه اشاره نکرده است . به اثر روابط دوستانه سالم در بهداشت روانی ، در مقطع راهنمایی ، هیچ کس و در مقطع دبیرستان فقط دو نفر اشاره کرده اند .
- نتایج نشان می دهد که حدود ۹۵/۸ درصد از دانش آموزان دبیرستانی و حدود ۶۶/۲ درصد از دانش آموزان معتقدند که همسالان آنها ((کم و بیش)) سیگار مصرف می کنند . شیوع بالای مصرف سیگار در دبیرستان ۳ برابر راهنمایی است . در مقطع دبیرستان حتی یک نفر هم اشاره نکرده است که همسن و سالهایش هیچ یک سیگار نمی کشند .
- از نظر اکثر پاسخ گویان ، دامنه سنی شروع مصرف سیگار ، حشیش و مشروب ۱۳ تا ۱۸ سالگی ، است . حداقل ۱۰ درصد پاسخ گویان ، سن شروع مواد را دبستان (زیر ۱۲ سال) ذکر کرده اند . به نظر دبیرستانیها فقط ۵ درصد پس از سن دبیرستان سوء مصرف را شروع می کنند .
- به نظر اکثر دانش آموزان دوره راهنمایی مهمترین علت ((اعتیاد فرزندان)) اعتیاد والدین است . اما بیشتر پاسخگویان دبیرستانی عدم نظارت والدین بر فرزندان را عامل شروع اعتیاد می دانند .
- اکثر دانش آموزان هر دو مقطع تذکر و راهنمایی را بهترین روش جلوگیری از اعتیاد دوستان خود عنوان کرده اند .
- به نظر می رسد انتظار اکثر دانش آموزان از معلمان خود آگاهی دادن در مورد عواقب اعتیاد به دانش آموزان معتاد و مشاوره با آنهاست .
- به نظر می رسد اکثر دانش آموزان به خصوص دانش آموزان دبیرستانی ب تأثیر مصرف حشیش توسط همسالان ، در اعتیاد خودشان آگاهی دارند .
- به نظر می رسد که از نظر اکثر دانش آموزان معتاد بودن پدر نقش بسیار مهمی در اعتیاد فرزندان دارد . در مقطع دبیرستان ، نشانه هایی از نگرش منفی نسبت به متعاد بودن پدر وجود دارد .
- به نظر می رسد که اکثر دانش آموزان دبیرستانی و راهنمایی ، از مصرف کم یا بیش حشیش ، در میان همسالان خود آگاهی دارند . خصوصاً در دبیرستان که حدود ۲۰ درصد به میزان شیوع آن اشاره کرده اند . در مقطع راهنمایی ۳۵ درصد ذکر کرده اند که همسالان حشیش مصرف نمی کنند ، اما در دبیرستان ۴ درصد این نظر را داشته اند ؛ یعنی در فاصله سنی دبیرستان و راهنمایی حدود ۳۰ درصد اضافه شده است .
- به نظر می رسد که به نظر اکثر دانش آموزان ، بهترین راهکار برای پیشگیری از اعتیاد دوری کردن از دوستان ناباب است . نگرش منفی به سیگار به عنوان دروازه اعتیاد بسیار ضعیف است .

- اکثر دانش آموزان بهترین راهکار برای حفاظت خود و دیگران در صورت در دسترس بودن مواد مخدر در محله را اطلاع دادن به نیروی انتظامی عنوان کرده اند . به توانا شدن فرد و مقاومت در برابر وسوسه ، اشاره ای نشده است .
- از نظر اکثر دانش آموزان ، سوء مصرف مشروبات الکلی در میان نوجوانان بیشتر از سوء مصرف حشیش می باشد .
- از نظر اکثریت دانش آموزان بهترین اقدامات مسنولان برای جلوگیری از اعتیاد در دبیرستان اول دستگیری عوامل اعتیاد و جمع آوری معتادان و سپس ایجاد امکانات تفریحی ورزشی می باشد .
- آمار و اطلاعات مربوط به نظرات مردم و مسنولان استان بندرعباس ، در سال ۱۳۷۶ با استفاده از پرسشنامه نظر سنجی و جمع آوری داده ها تهیه و گرد آوری شد . این اطلاعات که در زیر به اختصار آورده شده ، با توجه به اهداف کلی و جزئی مستتر در تحقیق به دست آمده است .
- از نظر مردم و مسنولان مشکل اعتیاد در شهر بندرعباس و به خصوص در مناطق با سطح اقتصادی - اجتماعی پایین تر بسیار جدی می باشد .
- اکثر مردم و مسنولان اظهار داشته اند که میزان شیوع اعتیاد در طول یکسال گذشته ، به مقدار قابل توجهی افزایش یافته است .
- مردم و مسنولان میزان دسترسی به تریاک را آسانتر از سایر مواد ذکر کرده اند ؛ اما دسترسی به حشیش و الکل را در مناطق با سطح اقتصادی - اجتماعی پایین تر ، آسانتر می دانند .
- به نظر مردم و مسنولان سن شروع مصرف مواد مخدر بین ۱۶ تا ۲۵ سالگی ، یعنی نوجوانی و جوانی است .
- اکثر مردم و مسنولان معتقدند که مصرف کنندگان مواد مخدر بیشتر بیکار هستند .
- مردم بیشترین میزان مصرف حشیش را در مدارس دانسته اند ، در حالی که مسنولان مصرف حشیش را بیشتر در سرپازخانه ها و سپس پارکها شایع می دانند .
- به نظر مردم و مسنولان ، مهمترین علت مصرف مواد ، به ترتیب اولویت فراوانی و در دسترس بودن آن ، و سپس بی توجهی و عدم کنترل والدین است .
- مردم و مسنولان ، مهمترین فشار زندگی نوجوانان را بیکاری می دانند .
- همچنین اظهار داشته اند که مناسبترین روش پیشگیری از اعتیاد ، ایجاد اشتغال برای جوانان می باشد .
- بیش از ۹۸ درصد از مردم و مسنولان ، اقدامات جدی تری را برای پیشگیری از اعتیاد ، ضروری دانسته اند .
- مردم و مسنولان ، برای همکاری با فعالیتهای جلوگیری از اعتیاد کاملاً اعلام آمادگی کرده اند .
- به نظر مسنولان و کارشناسان علاوه بر حشیش ، تریاک ، هروئین و الکل ، مواد مخدر دیگری مثل دیازپام ها ، قرص های کدئین دار ، ماری جوانا و مرفین نیز در شهر بندرعباس تقریباً به وفور یافت می شود .
- حدود ۴۸ درصد از مسنولان و کارشناسان اظهار کرده اند که مصرف سیگار ، در محل کارشان ، آزاد می باشد و در حدود ۴۲ درصد از آنان ، ادعا می کنند که مشکل مصرف مواد مخدر در محل کارشان وجود دارد .
- به نظر بیش از نیمی از مسنولان و کارشناسان (۶۸ درصد) مقررات مربوط به حمل و مصرف مواد در محل کارشان اجرا می شود و از این تعداد ۵۲ درصد اظهار نموده اند که مقررات مربوط به منع حمل و مصرف مواد مخدر به طور کامل رعایت می گردد . در ضمن ۳۲ درصد نیز از اجرای این مقررات اظهار بی اطلاعی کرده اند .

- بنا بر اظهار بیشتر مسنولان و کارشناسان (۳۲ درصد) ، چنانچه یکی از کارکنان معتاد شود ، اولین اقدام وادار کردن وی به درمان و ترک اعتیاد می باشد .

جمع بندی اطلاعات به دست آمده از مطالعه مردم و مسنولان ، نشان می دهد که :

- ۱- اعتیاد مشکل جدی شهر بندر عباس است .
 - ۲- پیشگیری از اعتیاد عملی است .
 - ۳- مردم و مسنولان آماده همکاری با فعالیتهای پیشگیری هستند .
- بدین ترتیب سه اصل اساسی پیشگیری از اعتیاد ، در شهر بندرعباس فراهم می باشد .

۳-۲- والدین :

نتایج حاکی از این است که والدین مشکل اعتیاد را جدی تلقی می کنند ، اما درصد کمی (۳۳/۳) از آنها احساس می کنند خطر اعتیاد تا حد زیادی فرزندان آنها را تهدید می کند .

- ۴۰ درصد والدین معتقدند که فرزندان نزدیک ترین رابطه را با مادر خود دارند ، از طرف دیگر فقط ۲/۲ درصد به رابطه رضایت بخش فرزندانشان با معلم اشاره کرده اند .

- اکثر والدین (۹۳/۳ درصد) معتقدند فرزندشان علایق و خواسته های خود را از آنها در میان می گذارند .

- حدود نیمی از والدین (۵۴/۴ درصد) عنوان کرده اند که درباره مشکل رفتاری فرزندان خود با آنها صحبت می کنند و تنها ۵/۶ درصد به معلم و ۲/۲۵ درصد به مشاور اشاره کرده اند .

- نزدیک به نیمی از والدین (۴۳/۲ درصد) معتقدند بهترین تفریح جوانان ، ورزش کردن (به طور خاص فوتبال) می باشد . ۲۳/۳ درصد نیز به تماشای تلویزیون (در این شهر به خصوص کانالهای خارجی) اشاره کرده اند .

- اکثر والدین (۸۶/۷ درصد) معتقدند بهترین راه موفقیت فرزندان آنها ، ورود به دانشگاه است .

- اکثر والدین (۷۷/۸ درصد) اعتقاد دارند که خانواده دوستان فرزندان خود را می شناسند .

- علیرغم زندگی در محیط آلوده ، فقط ۴۱ درصد والدین اعتراف می کنند که مواد مخدر در محله آنها در دسترس می باشد و ۱۸/۹ درصد گزینه نمی دانم را انتخاب کرده اند . (این بی خبری یا بی تفاوتی خطرناک است)

- ۶۵/۵ درصد معتقدند که به احتمال زیاد سوء مصرف مواد با سیگار کشیدن شروع می شود و حدود ۲۴ درصد والدین در این مورد اظهار بی اطلاعی می کنند و یا احتمال اعتیاد به مواد مخدر پس از مصرف سیگار را بسیار کم می دانند و مرزبندی قاطع با سیگار ندارند .

- اکثر والدین (۶۹ درصد) با احتمال نسبتاً بالا ، معتقدند معتادان می توانند مواد مخدر را برای همیشه ترک کنند . این باور اشتباه و خطرناک است .

- ۶۶/۶ درصد والدین معتقدند حشیش اعتیاد آور است و ۱۸/۸ درصد در این مورد اظهار بی اطلاعی کرده اند .

- اکثر والدین (۷۸/۸ درصد) عنوان کرده اند که تا کنون به مراکز مشاوره مراجعه نکرده اند .

- فقط نیمی از والدین آگاهی از علل و آثار اعتیاد را ضروری می دانند .

- اکثر والدین (۹۴ درصد) معتقدند پس از کسب آموزش های لازم ، قادر به آگاهسازی دیگران هستند .

- علیرغم آلودگی محله ، تعداد قابل توجهی از والدین (۷۵ درصد) عنوان کرده اند که دوستان فرزندان آنها سیگار نمی کشند . این تصور با نظر خود دانش آموزان تفاوت زیادی دارد . (این خوش باوری والدین خطرناک است)

- اکثر والدین (۷۳/۳ درصد) معتقدند دوستان فرزندان آنها مشروبات الکلی مصرف نمی کنند . عقیده خود دانش آموزان متفاوت است .
- اکثر والدین (۷۱/۱ درصد) معتقدند دوستان فرزندان آنها مواد مخدر مصرف نمی کنند .
- در تحقیق از دانش آموزان ، تخمین خیلی بیش از این بود . حدس والدین در مورد سیگار ، الکل و مواد مخدر به هم نزدیک است و نشان می دهد کشیدن سیگار و نوشیدن الکل در ذهن عموم قبح چندانی ندارد .
- تنها (۷۷/۷ درصد) والدین احتمال اعتیاد ، پس از مصرف تفریحی را زیاد می دانند .
- اکثر والدین (۷۶/۷ درصد) ادعا کرده اند هیچ یک از نزدیکان آنها معتاد نیستند و تقریباً ۱/۴ درصد آنها اعتراف کردند که نزدیکانشان معتادند .
- اکثر والدین به ترتیب قطع رابطه (۳۴/۴ درصد) و نصیحت کردن (۳۲/۲ درصد) را بهترین شیوه برخورد با دوستان معتاد فرزندشان مطرح کرده اند .
- کمتر از نیمی از والدین (۴۱ درصد) معتقدند عامل اعتیاد نوجوانان ، دوستان ناباب هستند و تعدادی (۳۲ درصد) نیز بی توجهی را مطرح کرده اند .
- نقش مخرب دوستان را بیشتر از نقش مراقبت از فرزندان خود می دانند .
- نتایج حاکی از این است که والدین برای مبارزه با اعتیاد ابتدا به مبارزه با توزیع مواد مخدر (۲۳/۳ درصد) و سپس به فعالیت های مختلف (۱۶/۷۵ درصد) از جمله آگاهسازی ، مشاوره ، تفریحات سالم و روابط خانوادگی سالم معتقدند .
- تعداد مادران شرکت کننده در جلسه انجمن اولیا و مربیان ۴۳ و تعداد پدران ۴۷ نفر بوده . مشارکت اجتماعی و حضور پدران و مادران در انجمن اولیا و مربیان تقریباً یکسان است .
- ۱/۴ والدین از سن خود بی اطلاع بودند که به احتمال زیاد به دلیل بی سواد یا کم سواد آنهاست .
- ۱/۳ والدین مشاغل دولتی ، ۱/۳ مشاغل آزاد داشتند و ۱/۳ پاسخ ندادند و اکثر مادران خانه دار بودند . در محله های آلوده تعداد افراد دارای مشاغل دولتی اغلب کم است که به طور خودکار درآمد کم می شود . سایر پاسخ ها هم گریبانگیر مشاغل فصلی و کاذب است که موجب ضعف و بی ثباتی اقتصادی در خانواده می شود و می تواند برای خانواده آسیب زا باشد (عملاً نظم اقتصادی و فرهنگ کار مخدوش است)
- از هر ۴ پدر ، ۳ نفر بی سواد یا کم سواد بودند . (۷۵ درصد)
- از هر ۷ مادر ، ۶ نفر بی سواد یا کم سواد بودند . (۵۸ درصد)
- تقریباً ۵۰ درصد والدین بیش از ۶ فرزند داشتند .

۴- مازندران

- پژوهش ، حاصل نظرات ۳۷۷ نفر از اهالی ساکنان شهر ساری می باشد . نتایج حاصل از بررسی نظرات پاسخگویان درباره ابعاد مختلف اعتیاد و پیشگیری از آن بدین قرار می باشد :
- ۲۷ درصد مردان و ۲۳ درصد زنان اظهار نموده اند که مشکل اعتیاد به مواد مخدر کم شده است .
- ۳۹ درصد مردان و ۱۸ درصد زنان بیان نموده اند که شیوع تریاک و حشیش در طول سال گذشته افزایش یافته است .
- اکثر پاسخگویان بی توجهی و عدم کنترل والدین را اولین علت استفاده از مواد مخدر می دانند .

- بازی فوتبال به عنوان اولین راه گذراندن اوقات فراغت ، بیش از سایر موارد مطرح شده است .
- بیکاری مهمترین فشار زندگی نوجوانان و جوانان مطرح شده است .
- مردان و زنان هر کدام با ۲۲ درصد اظهار نموده اند که حشیش در دسترس نیست .
- اکثر افراد بیان نموده اند که امکان دسترسی به تریاک آسان است .
- اکثر افراد اظهار نموده اند که هروئین در دسترس نیست .
- اکثر پاسخ گویان عنوان کرده اند که الکل به آسانی در دسترس است .
- اکثر پاسخ گویان مهمترین روش پیشگیری از اعتیاد را ایجاد اشتغال ، امکانات تفریحی سالم و دستگیری و مجازات فروشندگان مواد مخدر بیان نموده اند .
- به عقیده اکثر پاسخ گویان باید اقداماتی جهت جلوگیری از اعتیاد صورت گیرد .
- بیش از ۲/۳ پاسخگویان ، جهت پیشگیری از اعتیاد حاضر به کمک بودند .
- صرف ساعاتی از وقت ، به صورت رایگان ، به عنوان یکی از فعالیت های مطرح شده جهت همکاری مطرح شد .
- اکثر پاسخ گویان اظهار نموده اند که در بین اقوام و فامیلشان ، فرد معتاد وجود ندارد .

۵-سندج

- ۶۴/۲ درصد (۳۸۰ نفر) مرد و ۳۵/۸ درصد (۲۱۲ نفر) زن در نظرسنجی عموم و ۸۸ درصد (۶۶ نفر) مرد و ۱۲ درصد (۹ نفر) زن در نظرسنجی از مسئولان و کارشناسان به پرسشنامه ها پاسخ دادند .
- در نظرسنجی از عموم مردم ، اکثر پاسخ دهندگان ، در دامنه سنی ۱۵ تا ۳۵ سال بودند . بیشترین افراد پاسخ دهنده ، در میان مسئولان و کارشناسان ، در دامنه سنی ۳۵ تا ۵۵ ، قرار داشتند .
- اکثر افراد پاسخ دهنده در نظرسنجی از مردم و مسئولان ، بومی استان بوده اند .
- در نظرسنجی از مردم ، پاسخ دهندگان با تحصیلات متوسطه ، بالاترین درصد را دارا بودند . در میان مسئولان و کارشناسان ، افراد با تحصیلات دانشگاهی ، بالاتری درصد را داشته اند .
- از نظر وضعیت شغلی ، بیشترین تعداد مربوط به افراد شاغل (۳۵/۷ درصد) و خانه دار (۲۳/۸ درصد) بوده است .
- ازبین مسئولان و کارشناسان پاسخ دهنده ۳۷/۳ درصد مدیر ، ۳۷/۳ درصد کارشناس و ۲۰ درصد معاون بوده اند .
- از نظر وضعیت اقتصادی در نظرسنجی از مردم ، بالاترین درصد (۶۲/۲) متعلق به کسانی بودند که جزو طبقه متوسط جامعه به حساب می آیند و در رده های بعد افراد در رده پایین اقتصادی و مرفه قرار دارند .
- در مقایسه با مردم (۶۴/۸) ، درصد بیشتری از مسئولان و کارشناسان (۹۷/۴) مسئله اعتیاد را جدی تلقی کرده اند .
- در زمینه تغییرات میزان شیوع اعتیاد ، در طول یکسال گذشته ، مسئولان (۷۶ درصد) نسبت به مردم (۳۸/۷ درصد) بیشتر به افزایش شیوع اعتیاد در شهر سندج اعتقاد داشته اند .

- درصد قابل توجهی از مردم و مسئولان از میزان دسترسی به مواد مخدر اظهار بی اطلاعی کرده اند . به نظر مردم دسترسی به الکل ، تریاک ، حشیش و هروئین به ترتیب آسان تر می شود . از نظر مسئولان و کارشناسان نیز دسترسی به الکل ، تریاک ، حشیش و هروئین به ترتیب آسان تر می شود ، مطرح شده است .
- مردم شهر سنجید معتقدند که مهمترین علت مصرف مواد مخدر در میان جوانان و نوجوانان فراوانی و در دسترس بودن مواد است . در حالیکه مسئولان و کارشناسان بی توجهی و عدم کنترل والدین را به عنوان مهمترین علت بیان کرده اند .
- بیشتر مردم سنجید معتقدند که نوجوانان و جوانان این شهر ، اغلب اوقات فراغت خود را با فوتبال می گذرانند ، در حالیکه مسئولان و کارشناسان ، دور هم جمع شدن و گفت و گو با دوستان را مهمترین روش گذراندن اوقات فراغت عنوان کرده اند .
- در مورد مهمترین فشارهای زندگی نوجوانان و جوانان ، نظر مردم شهر سنجید این است که مشکلات مالی شدید در اولویت اول قرار دارد . ، در حالیکه مسئولان و کارشناسان بیکاری را مهمترین فشار دانسته اند .
- اکثر مردم و مسئولان پاسخ دهنده ، لزوم اقدامات بیشتر و جدی تر را برای پیشگیری از اعتیاد در سطح شهرستان سنجید و محل کار خود ، متذکر شده اند .
- در رابطه با مناسب ترین روش های پیشگیری از اعتیاد ، اغلب مردم مخاطب پرسش به ایجاد اشتغال و آگاه ساختن افراد جامعه (به ویژه جوانان و همچنین والدین) ، از خطر ابتلای فرزندان به اعتیاد اشاره کرده اند . در صورتیکه مسئولان و کارشناسان به ترتیب ایجاد اشتغال و دستگیری و مجازات فروشندگان مواد مخدر را مطرح نموده اند .
- اکثر مردم و مسئولان پاسخ دهنده ، تمایل خود را در شرکت در فعالیت های پیشگیری از اعتیاد در محله مسکونی و محل کار و به طور کلی در سطح شهر سنجید اعلام نموده اند.
- اکثر مردم پاسخ دهنده ادعا کرده اند که در میان بستگان یا فامیل خود فرد معتاد ندارند .
- بیش از نیمی از مسئولان و کارشناسان (۶۶ درصد) معتقدند که در محل کار آنان مشکلی به نام ابتلا به مواد مخدر وجود ندارد .

۶- شیراز

- در این نظرسنجی که تابستان ۱۳۷۷ و با استفاده از پرسشنامه از مردم و مسئولان استان فارس به عمل آمد ، نکات قابل توجهی جلب نظر می کند :
- مردم شهر شیراز دسترسی به هروئین را بسیار آسان تر از سایر مواد مخدر می دانند . (این نکته بر یافته های مرکز خود معرف که نشان می دهد بیش از نیمی از مراجعان در زمان مراجعه هروئین مصرف می کنند ، منطبق است)
در حالیکه مسئولان دسترسی به تریاک را بسیار آسانتر از بقیه می دانند.
- به نظر مردم شهر شیراز مهمترین علت مصرف مواد مخدر در میان مردم ، فشار مشکلات زندگی است و بی توجهی و عدم کنترل والدین در مرحله دوم قرار دارد . ولی مسئولان عدم کنترل والدین را مهمترین علت اعلام نموده اند .
- در این نظرسنجی ، مردم شیراز بیشترین روش گذراندن اوقات فراغت را دور هم جمع شدن و گفت و گو با دوستان ذکر کرده اند و بعد از آن از فعالیتهای ورزشی نام برده اند (به خصوص بازی فوتبال) که شباهت زیادی با نظر مسئولان دارد ، در صورتیکه مردم و مسئولان نقش فعالیتهای فرهنگی (سینما ، تلویزیون ، فعالیتهای مذهبی) را بسیار کم گزارش کرده اند .

- در رابطه با فشارهای شایع زندگی نوجوانان ، مردم و مسئولان به اتفاق بیکاری را مهمترین علت دانستند و در مرحله بعد مشکلات مالی شدید ، ترک تحصیل و اختلاف با خانواده را جزو عوامل مهم مطرح نموده اند .
- مردم و مسئولان معتقدند مناسبترین روش پیشگیری از اعتیاد ایجاد اشتغال برای نوجوانان ، آگاه کردن آنها از مضرات مواد مخدر و تشدید مجازات فروشندگان آن و ایجاد امکانات تفریحی برای نوجوانان می باشد .
- اکثر مردم و مسئولان شهر شیراز معتقدند باید فعالیت پیشگیری از اعتیاد در سطح شهر صورت گیرد .
- بیش از ۸۵ درصد از مردم و مسئولان تمایل خود را برای درگیر شدن در فعالیتهای پیشگیری از اعتیاد اعلام نموده اند و جالب اینکه حدود ۶۰ درصد از کارمندان معتقدند که باید فعالیتهای پیشگیری از اعتیاد در محل کار آنان صورت گیرد .
- حدود ۵۰ درصد از مردم ، حاضر بودند ساعتی از وقت خود را به طور رایگان به همکاری با فعالیتهای پیشگیری از اعتیاد اختصاص دهند .
- در انتها باید گفت که ۵۰ درصد افراد اعتراف می کنند که در میان فامیل و بستگان خود فرد معتاد دارند .

۷- رشت

- ۶۵/۹ درصد از پاسخ گویان مرد و ۳۴/۱ درصد زن بودند .
- ۴۵/۷ درصد از پاسخگویان درای تحصیلات متوسطه و ۵ درصد نیز بی سواد بودند .
- ۴۹/۳ درصد از افراد جامعه آماری در دامنه سنی ۳۰-۱۵ سالگی قرارداشتند و ۳۴/۸ درصد ، ۵۰-۳۱ سال و بقیه بالای ۵۰ سال بودند .
- ۲۹/۶ درصد از افراد جامعه آماری ، شغل آزاد داشتند و ۲۴/۷ درصد ، خانه دار و ۱۱/۶ درصد ، شاغل در بخش دولتی و ۱۰/۵ درصد نیز بیکار بودند .
- محل تولد ۶۰ درصد از افراد پرسش شونده مرکز استان یعنی شهر رشت و ۱۵/۷ درصد سایر شهرهای استان بوده است .
- ۹۸/۸ درصد افراد جامعه آماری ، دارای مذهب شیعه بوده اند .
- ۵۹/۹ درصد ، با این عبارت که " سیگار کشیدن نشانه بزرگی است " کاملاً مخالف و ۳۷/۲ درصد مخالف و مجموعاً ۲۴ نفر یعنی ۲/۹ درصد کاملاً موافق بودند یا نظری نداشتند .
- در پاسخ به این سؤال که آیا مصرف سیگار فرد را از فشارهای درونی راحت می کند ، ۴۶/۲ گزینه کاملاً مخالف و ۳۹/۱ درصد مخالف و ۱۰/۱ موافق را انتخاب کردند .
- در پاسخ به این سؤال که آیا مصرف سیگار باعث می شود فرد احساس کند بیشتر مورد توجه دیگران قرار می گیرد ، ۳۶/۵ درصد گزینه کاملاً مخالف و ۴۰/۷ درصد مخالف و ۱۶/۳ درصد نیز موافق را انتخاب کردند .
- ۳۴/۱ درصد معتقدند که مصرف سیگار از موادمخدر بهتر است و ۳۰/۴ درصد نیز با این نظر مخالف بودند .
- ۷۷/۱ درصد مخالف بودند که مصرف مواد مخدر باعث سرخوشی می شود و ۱۵/۵ درصد موافق و ۶/۷ درصد نظری نداشتند .

- ۸۹/۶ درصد مخالف با این مطلب که مصرف مواد مخدر هنگام ناراحتی ، اشکالی ندارد مخالف و ۷/۲ درصد موافق و ۳ درصد نیز نظری نداشتند .
- ۹۱/۲ درصد معتقد بودند که مصرف هر نوع ماده مخدر برای سلامت مضر است .
- ۹۳ درصد از پرسش شوندهگان معتقد بودند که مصرف مواد مخدر توان فرد را برای فعالیتهای ورزشی کم میکند .
- ۹۶ درصد معتقد بودند که هر کس مواد مصرف کند ، در معرض خطر ابتلا به اعتیاد قرار دارد .
- ۸۹ درصد با این اصل که رد کردن تعارف دوستان به مصرف مواد مخدر ، بی احترامی به آنهاست ، مخالف بودند و ۷/۳ درصد با این نظر موافق بودند .
- ۹۳/۸ درصد در پاسخ به این سؤال که آیا فرد می تواند مرتب مواد مصرف کند بدون اینکه تأثیر سوئی در زندگی اش داشته باشد ، مخالف بودند .
- ۹۶/۲ درصد از پاسخ دهندگان با این مطلب که اگر پول کافی داشته باشم حاضرم مواد مخدر را یکبار هم که شده امتحان کنم ، مخالف و ۳/۵ درصد موافق بودند .
- ۸۱/۸ درصد با مجازات شدید مصرف کنندگان مواد مخدر موافق و ۱۴/۴ درصد مخالف بودند .
- ۹۴ درصد معتقد بودند که درآمد حاصل از فروش مواد حرام است و ۳/۳ درصد نیز مخالف بودند .
- ۹۳/۱ درصد مخالف دوست شدن با فردی بودند که مواد مخدر مصرف می کند و ۴/۵ درصد موافق بودند .
- ۸۸/۸ درصد مخالف همسایه شدن با فردی بودند که مواد مخدر مصرف می کند و ۶/۸ درصد موافق بودند . مقایسه و بررسی سوال ۲۱ و ۲۲ نشان می دهد که افراد از دوستی با فرد معتاد اجتناب می کنند و روی خوش به آن نشان نمی دهند . ولی نسبت به همسایه شدن با فرد معتاد نگرش ملایمتری دارند .
- ۷۲/۸ درصد با این مطلب که اعتیاد یکی از اعضای خانواده ، نظر دیگران را نسبت به آنان منفی می سازد موافق بودند و ۲۴/۷ درصد مخالف بودند .
- ۶۸/۸ درصد معتقد بودند که مصرف کننده مواد مخدر هر وقت بخواهد می تواند ترک کند و ۳۷/۹ درصد با این عقیده مخالف بودند .
- ۹۷/۲ درصد مخالف وصلت کردن با فردی بودند که مواد مخدر مصرف می کند .
- ۵۳/۴ درصد معتقد بودند که ترک اعتیاد آسان است و ۳۹/۴ درصد مخالف بودند .
- ۸۹/۵ درصد معتقد بودند کسی که مواد مخدر مصرف میکند قابل اعتماد نیست .
- ۹۱/۹ درصد مخالف بودند که مصرف گاه به گاه حشیش ضرر ندارد .
- ۸۹/۷ درصد معتقد بودند که مصرف حشیش فرد را معتاد می کند .
- ۹۴/۷ درصد معتقد بودند که مصرف دراز مدت حشیش ، باعث ناتوانی و ضعف جسمی می شود .
- ۹۴/۳ درصد با این مطلب که بهترین راه رفع خستگی ناشی از کار مصرف حشیش است ، مخالف بودند .
- ۹۱/۵ درصد معتقد بودند که مصرف حشیش قدرت یادگیری را کاهش می دهد .
- ۸۴/۷ درصد با این مطلب که مصرف حشیش ، راه مناسبی برای رهایی از ناراحتی و فشار روانی است مخالف بودند .

- ۶۳/۴ درصد با این مطلب که مصرف حشیش بین عموم مردم عادی است ، مخالف بودند .
- ۷۷/۱ درصد با این مطلب که مصرف حشیش ، در جمع دوستان ، باعث می شود که فرد بیشتر مورد توجه و پذیرش قرار گیرد مخالف بودند .
- ۹۰ درصد با این مطلب که هرکسی باید حداقل یکبار در عمر حشیش را تجربه کند تا اثرات آن را بداند ، مخالف بودند .
- ۸۶/۴ درصد معتقد بودند که ضرر حشیش بیشتر از سیگار است .
- ۹۳/۵ درصد معتقد بودند که مصرف حشیش باعث پوکی مغز می شود .
- ۹۳/۷ درصد معتقد بودند که مصرف حشیش توانایی تشخیص خوب و بد را از بین می برد .
- ۹۴/۶ درصد معتقد بودند که مصرف حشیش سبب کاهش کنترل فرد بر رفتار خود می شود .

۱-۶- سوالات مربوط به تریاک

- ۷۲/۱ درصد معتقد بودند که مصرف تریاک در جمع دوستان باعث می شود فرد کمتر مورد توجه و پذیرش قرار گیرد .
- ۸۸/۹ درصد با این مطلب که یکبار تجربه کردن تریاک برای هر فردی لازم است تا اثرات آن را بداند ، مخالف بودند .
- ۸۹/۴ درصد مخالف بودند که برای جوان ماندن مصرف گاه به گاه تریاک اشکالی ندارد .
- ۸۹/۱ درصد مخالف بودند که استفاده از تریاک راه مناسبی برای رهایی از ناراحتی و فشار روانی است .
- ۸۸/۵ درصد معتقد بودند که مصرف دراز مدت تریاک فکر را مختل می کند .
- ۹۲/۱ درصد مخالف بودند که بهترین روش رفع خستگی ناشی از کار، مصرف تریاک است .
- ۸۳/۹ درصد با این مطلب که برای باز شدن صدا ، مصرف مقدار کمی تریاک مفید است ، مخالف بودند .
- ۹۳/۶ درصد معتقد بودند که مصرف طولانی مدت تریاک ، باعث ناتوانی و ضعف بدن می شود .
- ۷۶/۴ درصد با این مطلب که مصرف تریاک ، بهترین روش کاهش درد بدن است ، مخالف بودند .
- ۸۶/۸ درصد معتقد بودند که مصرف تریاک ، به هر شکلی ، برای سلامت انسان مضر است .
- ۷۲/۸ درصد با این مطلب که در صورت داشتن اراده قوی ، مصرف گاه به گاه تریاک موجب اعتیاد نمی شود ، مخالف بودند و ۲۳/۵ درصد نیز نگرش مثبت داشتند .
- ۸۳/۴ درصد معتقد بودند که ضرر تریاک از سیگار بیشتر است .
- ۸۷/۲ درصد معتقد بودند که مصرف تریاک توان تشخیص خوب و بد را از بین می برد .
- ۷۱/۸ درصد معتقد بودند که مصرف تریاک توان جنسی را کاهش می دهد .

۲-۶- رشت (عموم مردم)

- ۵۶/۶ درصد از پاسخگویان مرد و ۳۴/۴ درصد زن بودند . تعداد پاسخگویان مرد تقریباً ۲ برابر پاسخگویان زن می باشد . (۵۰۶ مرد، ۲۵۶ زن)
- ۴۳/۵ درصد از پاسخگویان تحصیلات متوسطه داشتند و ۶/۵ درصد از پاسخگویان نیز بی سواد بودند .
- ۴۲/۸ درصد از پاسخگویان شاغل وبقیه محصل و خانه دار ، بازنشسته و بیکار بودند (۱۱/۳ درصد از پاسخ دهندگان نیز بیکار بودند) .
- در پاسخ به این سؤال که مشکل اعتیاد به مواد مخدر ، در محله شما تا چه حد جدی است ، ۵۲/۱ درصد گزینه "خیلی زیاد" و ۲۴ درصد "تا اندازه ای" را انتخاب نمودند که این نشان می دهد اکثر پاسخگویان از معضل اعتیاد و شیوع آن آگاهند .
- در پاسخ به این سوال که "مهمترین علل مصرف مواد مخدر توسط جوانان چیست" پاسخگویان به ترتیب ۱- فشارها و مشکلات زندگی ۲- بی توجهی و عدم کنترل والدین ۳- تفریح و وقت گذرانی را مطرح نمودند .
- با توجه به آمار فوق به نظر می رسد خانواده جایگاه اصلی را در پیشگیری از اعتیاد دارد. ضمن اینکه مشکلات روزمره و فشارهای حاصل از آن نیز تعیین کننده و روی هم رفته بیش از ۳۰ درصد از عوامل اعتیاد را تشکیل می دهد .
- دور هم جمع شدن و گفت و گو با دوستان ، بازی فوتبال ، قدم زدن در پارک مهمترین راههای گذراندن اوقات فراغت جوانان و نوجوانان شهر رشت است . با توجه به مطلب فوق به نظر می رسد که برنامه ها یا تبلیغات در زمینها و مکانهای ورزشی ، بسیار کارساز باشد . تبلیغات درهمه مکانهایی که جوانان به آن گرایش دارند ، بیشترین تأثیر در زمینه پیشگیری از اعتیاد را دارد .
- ۲۷/۷ درصد از مردم بیکاری ، ۲۲/۴ درصد مشکلات شدید مالی و ۹/۲ درصد اختلاف شدید با والدین را فشارهای مهم زندگی نوجوانان می دانند . آمار فوق به نوعی همبستگی شدید بین بیکاری و اعتیاد یا اصولاً بیکاری با کجروی را نشان می دهد .
- ۵۵/۶ درصد از پاسخگویان دسترسی به حشیش را آسان ذکر کرده اند .
- ۶۰/۶ درصد در مورد میزان دسترسی به تریاک ، گزینه "به آسانی قابل دسترسی است" را انتخاب نمودند .
- ۴۱ درصد از افراد جامعه آماری پاسخ داده اند که میزان دسترسی به هروئین آسان است .
- ۶۱/۶ درصد از افراد جامعه آماری اظهار نموده اند که الکل به آسانی در دسترس است .
- در پاسخ به این سؤال که "آیا می توان از ابتلای افراد به اعتیاد ، پیشگیری کرد؟" ۸۶ درصد پاسخ مثبت دادند .
- ۹۵/۶ درصد از افراد مایل بودند که در محله شان برای جلوگیری از معتاد شدن افراد اقداماتی صورت گیرد .
- در پاسخ به این سؤال که "با اتخاذ چه روشهایی بهتر می توان از ابتلای افراد به اعتیاد پیشگیری کرد؟" ایجاد اشتغال برای جوانان و پیشگیری و مجازات فروشندگان مواد مخدر ذکر شد .
- ۷۰/۹ درصد از افراد به همکاری برای پیشگیری از معتاد شدن افراد به مواد مخدر ، تمایل داشتند و آمادگی خود را اعلام کردند .

- در پاسخ به این سؤال که "چگونه می توانند با فعالیت های پیشگیری از اعتیاد همکاری داشته باشند؟" ۲۱/۹ درصد صرف وقت رایگان و ۱۳/۷ درصد کمک مالی را ذکر کرده اند و ۴۷/۶ درصد به این سؤال جواب ندادند .

- ۳۷/۱ درصد از پاسخگویان اظهار داشتند که در میان بستگان و فامیل خود فردی را می شناسند که مواد مخدر مصرف کند و ۶۲ درصد پاسخ منفی و ۰/۹ درصد نیز جواب ندادند .

انجمن معتادان گمنام

شنبه و دوشنبه : خیابان ولی عصر- نرسیده به ظفر- بهزیستی استان تهران ساعت ۱۸-۱۹/۳۰
سه شنبه : خیابان استاد مطهری- پلاک ۵۶- معاونت پیشگیری بهزیستی ساعت ۱۸/۳۰-۲۰
چهارشنبه : خیابان ولی عصر- روبروی درب جنوبی بیمارستان خاتم الانبیاء مرکز نگهداری کودکان و نوجوانان
ساعت ۱۸-۱۹/۳۰
جمعه ها : انتهای خیابان مطهری - پارک آوینی - ساعت ۱۰-۱۱/۳۰
صبح ها : مسجد فرهنگسرای اندیشه ساعت ۶/۳۰-۷/۳۰