

نحوه بهبود عملکرد سازمان های مردم نهاد در مبارزه با مواد مخدر

علیرضا جزینی^۱ منصور تقوی^۲ غلامعلی مالداری^۳

از صفحه ۲۷ تا ۵۶

تاریخ دریافت: ۹۵/۳/۲۷

تاریخ پذیرش: ۹۵/۶/۲۹

چکیده

زمینه و هدف: سازمان های مردم نهاد به عنوان نهادهای مستقل و بدون وابستگی به دولت، ایفای نقش می کنند و به صورت داوطلبانه و برای مقاصد غیرانتفاعی و غیرسیاسی به وجود می آیند، و در عرصه مبارزه با مواد مخدر به ویژه در راستای کاهش تقاضا مؤثر ظاهر شده اند. لذا هدف اصلی این پژوهش نحوه بهبود عملکرد سازمان های مردم نهاد در مبارزه با مواد مخدر (مورد مطالعه: شهر مشهد مقدس) است.

روش: پژوهش حاضر از نظر هدف از نوع تحقیقات کاربردی است همچنین از نظر ماهیت و رویکرد تحقیقاتی از نوع توصیفی-پیمایشی می باشد و جامعه آماری آن را خبرگان مبارزه با مواد مخدر، مدیران سازمان های مردم نهاد در شهر مشهد فعال، که تعداد کل آن ها ۱۰۷ نفر می باشند، تشکیل می دهند که به منظور افزایش اعتبار درونی تحقیق نمونه آماری با جامعه آماری برابر (سرشماری) است.

یافته ها: یافته های تحقیق نشان داد که مؤلفه درمان و کاهش آسیب، صیانت و توانمندسازی و پیشگیری به عنوان مؤلفه های کاهش تقاضا در سطح مطلوبی می باشند و همکاری سازمان های مردم نهاد با سازمان ها و جمعیت هایی که در زمینه فعالیت درمانی و پیشگیری اجتماعی فعالیت دارند می توانند مفید واقع شوند

نتایج: نتایج نشان داد مهم ترین عامل در عملکرد سازمان های مردم نهاد، پیشگیری، درمان و کاهش آسیب، صیانت و توانمندسازی است که نیروی انتظامی می تواند از این فرایند در مبارزه با مواد مخدر بهره ببرد.

کلید واژه ها: مبارزه با مواد مخدر، سازمان مردم نهاد، پیشگیری، درمان و کاهش آسیب، صیانت و توانمندسازی، حمایت اجتماعی

۱. استادیار مدیریت و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم انتظامی امین- نویسنده مسئول. alirj1101@gmail.com

۲. دانشجوی دکتری مدیریت برنامه ریزی امور فرهنگی دانشگاه آزاد اسلامی.

۳. کارشناس ارشد پیشگیری انتظامی.

مقدمه

مصرف کنندگان مواد مخدر در مجموع ۲۴۶ میلیون نفر، یا ۱ نفر از ۲۰ نفر بین سنین ۱۵ و ۶۴ سال، یکی از مواد غیرقانونی را در سال ۲۰۱۳ تجربه کرده‌اند. و این رقم نسبت به سال قبل یک افزایش ۳ میلیون نفری را نشان می‌دهد ولیکن افزایش جمعیت جهانی در واقع تعداد مصرف کنندگان مواد غیرقانونی ثابت باقی مانده است. اما اسفبارتر آنکه، یک نفر از ده نفر مصرف کنندگان مواد غیرقانونی از اختلالات ناشی از مصرف و یا وابستگی رنج می‌برد. به عبارت دیگر، حدود ۲۷ میلیون نفر از مصرف کنندگان مسئله دار هستند. تقریباً نیمی از مصرف کنندگان مسئله دار (۱۲/۱۹ میلیون نفر) مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند و برآورد می‌گردد ۱/۶۵ میلیون نفر از تزریق کنندگان مبتلابه اچ ای وی (HIV) باشند (دفتر مبارزه با مواد مخدر و جرم سازمان ملل^۱، ۲۰۱۵). در خصوص وضعیت مصرف مواد مخدر و اعتیاد در ایران نیز بر اساس آخرین تحقیق صورت گرفته ۱,۳۲۵,۰۰۰ تعداد سوء مصرف کنندگان مواد مخدر در کشور نفر اعلام شده است. بر اساس نتایج این پژوهش نرخ شیوع مصرف مواد مخدر در جمعیت ۶۴-۱۵ سال در کشور ۶۵/۲ درصد می‌باشد. نتایج طرح ملی شیوع شناسی مصرف مواد نشان می‌دهد که تریاک، شیشه، کراک و هروئین به ترتیب غالب ترین ماده مخدر مصرفی در کشور به شمار می‌آیند. تخمین زده می‌شود آمار مرگ و میر ناشی از مواد مخدر روان گردان‌ها (۱۸۷۱۰۰ نفر) در سال ۲۰۱۳ نسبتاً بدون تغییر باقی مانده است. جمهوری اسلامی ایران با استمرار برنامه‌های کنترل و انسداد مرزهای شرقی کشور، تقویت و تجهیز مبادی ورودی و خروجی (زمینی، هوایی و آبی)، ارتقاء ظرفیت‌های کمی و کیفی و در اولویت قرار دادن اقدامات مقابله‌ای مبتنی بر اطلاعات که در نتیجه این اقدامات، (جزینی، ۱۳۹۴). یکی از برنامه‌ریزی‌ها در دنیای جدید، توجه به مشارکت فعال و اثربخش همه جانبه افراد جامعه در تمام ابعاد مختلف توسعه می‌باشد. به عبارت دیگر مشارکت فرایندی است که دربرگیرنده انواع کنش‌های فردی و گروهی به منظور دخالت در تعیین سرنوشت خود و جامعه و تأثیر گذاردن بر تصمیم‌گیری درباره امور عمومی است. از آنجایی که سرمایه اجتماعی نقش مؤثری در کاهش هزینه‌های فعالیت‌ها و موفقیت افراد در دستیابی به اهداف خود دارد، یکی از موضوعات پژوهشی مرتبط با نهادهای اجتماعی سازمان‌های غیردولتی به عنوان سازمان‌های داوطلبانه با شعار یک نفر برای همه و همه برای یک نفر ریشه سه هزارساله در تاریخ بشری دارد. نمی‌توان تاریخ

مشخص برای زمان تشکیل اولین سازمانی غیردولتی بیان نمود. ولی به وجود آمدن سازمان‌های غیردولتی با مفهوم امروزی، غالباً به قرن نوزدهم برمی‌گردد. بنابراین با توجه به اینکه سازمان‌های مردم‌نهاد به عنوان نهادهای مستقل و بدون وابستگی به دولت ایفای نقش می‌کنند و به صورت داوطلبانه و برای مقاصد غیرانتفاعی و غیرسیاسی به وجود می‌آیند، از میان ابعاد وسیع فعالیت‌های این سازمان‌ها هدف این پژوهش تمرکز بر راهکارهای رفع بیماری اعتیاد یعنی پیشگیری، درمان، کاهش آسیب، صیانت و توانمندسازی است. بعد پیشگیری شامل دو جنبه است: یکی پیشگیری وضعی در سطح خرد و کلان و یکی پیشگیری اولیه است که راستای کاهش تقاضا است و همچنین بعد درمان هم شامل بازپروری و پیشگیری ثانویه و بعد کاهش آسیب ناشی از اعتیاد و ایجاد حمایت‌های اجتماعی است. آنچه مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد و لزوم بذل توجه به این سازمان‌ها در عرصه سیاست جنایی پیشگیرانه را ضروری می‌سازد کارکردها و توانایی‌های این گروه از اجزای جامعه مدنی است. به طور کلی می‌توان کارکردهای سازمان‌های مردم‌نهاد را چنین برشمرد: مشارکت آفرینی، آموزش و جامعه‌پذیری، حمایتی-رفاهی، مهار و جهت‌دهی به مطالبات، ضربه‌گیری و ایجاد دیوار اسفنجی برای دولت و دفاع از حقوق شهروندان. (حقی؛ ۱۳۷۹؛ ۱۲۰ و گلشن پژوه؛ ۱۳۸۶؛ ۸-۷) این سازمان‌ها با مشارکت در فعالیت‌های پیشگیری و نیز درمان در همکاری با سازمان‌های دولتی مثل سازمان بهزیستی، نقش یک بازوی قدرتمند را برای مجموعه ستاد مبارزه با مواد مخدر ایفا و باری را از دوش دولت بر می‌دارند. سازمان‌های مردم‌نهاد در بخش پیشگیری با فعالیت در امور فرهنگی، آموزشی و اطلاع‌رسانی فعالیت موثر دارند و در بخش درمان معنادان نیز فعالند برخی از این سازمان‌ها در سطح کشوری و برخی هم در سطح محلی و منطقه‌ای فعالیت دارند. (مجله ایران پاک، ۱۳۸۷)

تغییر الگوی مصرف مواد به سمت صنعتی و شیمیایی در میان اقشار جوان به ویژه دختران و زنان باید با مدیریت مصرف از طریق داروهای ارزان قیمت و در زمان بندی مشخص این پدیده را مهار کرد و همچنین مسئولان و برنامه ریزان با هماهنگی میان دستگاه‌ها و همچنین استفاده از ظرفیت سازمان‌های مردم‌نهاد در عرصه سیاست گذاری و اجرای برنامه‌های درست اقدام کنند تا ضمن کاهش هزینه‌های مقابله با معضلات مختلف به وجود آمده از مصرف و مصرف مواد مخدر، با اندیشیدن تمهیدات لازم در جهت کاهش تقاضا، این موضوع را سروسامان بخشند. یک طبقه بندی برای حل مسئله اعتیاد، مقابله به منظور کاهش عرضه، درمان به منظور بهبودی معنادان، پیشگیری به منظور کاهش تقاضا می‌باشد (طالبی

نژاد، ۱۳۸۲ به نقل از بحرینی وروجنی، ۱۳۹۲). شهر مقدس مشهد به دلیل حساسیتی که در ابعاد سیاحتی و زیارتی دارد ولی متأسفانه ۱۸۰ هزار معتاد که ۴۵۰۰ نفر از ایشان کارتن خواب هستند (صادقی، ۱۳۹۲). مشارکت تعداد ۱۸۵۱ تشکل و سازمان مردم نهاد فعال در حوزه های مختلف کاهش تقاضا، اختصاص حدود ۸۹ درصد از مراکز درمان و کاهش آسیب مربوط به بخش غیردولتی و پذیرش ۸۴ درصد از معتادان از طریق سازمان های مردم نهاد و غیردولتی درمان و کاهش آسیب از مهم ترین کارکردهای سازمان های مذکور است (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۹۳) و از ۷۹۹ سازمان مردم نهاد در خراسان رضوی، نیمی از این سازمان ها در شهر مشهد قرار دارند و ۲۰ درصد آن ها در بحث زنان و بنیان خانواده ها، با توجه به حساسیت و اهمیت خانواده در حوزه اجتماعی مشغول به فعالیت هستند (صادقی، محسن، ۱۳۹۳). لذا شناخت راهکارهای افزایش عملکرد سازمان های مردم نهاد در مبارزه با مصرف مواد مخدر هدف اصلی و اهداف فرعی آن شناخت تأثیر سازمان های مردم نهاد در حوزه ی فرهنگی و پیشگیری، درمان و کاهش آسیب، صیانت و توانمندسازی از مصرف مواد مخدر است.

با توجه به مشکلات و معضلات اقتصادی و اجتماعی فراوان ناشی از مسئله مصرف مواد مخدر در جامعه بررسی موضوع راهکارهای افزایش عملکرد سازمان های مردم نهاد در پیشگیری، درمان و کاهش آسیب، صیانت و توانمندسازی و ++حمایت های اجتماعی بیش از پیش اهمیت می یابد. لذا مسئله اصلی تحقیق بررسی نحوه افزایش عملکرد سازمان های مردم نهاد در مبارزه با مواد مخدر در شهر مشهد مقدس می باشد.

مبانی نظری

در سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد، (۱۳۹۰) پیشگیری از اعتیاد به معنای پیشگیری اولیه از فرایند منجر به اعتیاد، شامل گرایش به مصرف، مصرف آزمایشی، مصرف گاه گاهی، سوء مصرف و وابستگی است. به عبارت دیگر پیشگیری از اعتیاد به معنای آن است که از تبدیل کسانی که هرگز مصرف نکرده اند به کسانی که گرایش به مصرف دارند و از تبدیل این افراد به مصرف کنندگان آزمایشی و از تبدیل این افراد به مصرف کنندگان گاه گاهی و از تبدیل این افراد به سوء مصرف کنندگان و از تبدیل این افراد به معتادان یا افراد وابسته به مواد جلوگیری شود.

کاهش آسیب برای اولین بار در سال ۱۹۸۰ به سیاست ها و برنامه هایی اطلاق شد که هدف اولیه آن ها کاهش عواقب و عوارض بهداشتی ناگوار ناشی از مصرف مواد مخدر است. برنامه های «کاهش آسیب» بنا به تعریف بین المللی کاهش

آسیب به سیاست‌ها، برنامه‌ها و اقداماتی اطلاق می‌شود که به طور مشخص به منظور کاهش عوارض بهداشتی، اقتصادی و اجتماعی مواد قانونی و یا غیرقانونی روان‌گردان طراحی می‌گردد. (به نقل از طاهری، ۱۳۸۷: ۳۹۲). اولین تعریف از اصطلاح توانمندسازی^۱ به سال ۱۷۸۸ برمی‌گردد که در آن توانمندسازی را به عنوان تفویض اختیار^۲ در نقش سازمانی خود می‌دانستند که این اختیار بایستی به فرد اعطا یا در نقش سازمانی او دیده شود. این توانمندسازی به معنی اشتیاق فرد برای مسئولیت و از او بود که برای اولین بار به طور رسمی د. گروف^۳ در سال ۱۹۷۱ به تعاریف رایج فرهنگ لغت، به توانمندسازی اشاره می‌کند که شامل تفویض قدرت قانونی، تفویض اختیار، واگذاری مأموریت و قدرت بخشی است.

برای سازمان‌های مردم‌نهاد^۴ دو تعریف اساسی وجود دارد اولاً سازمانی باشخصیت حقوقی مستقل، غیردولتی، غیرانتفاعی و غیرسیاسی است که برای انجام فعالیت داوطلبانه با گرایش فرهنگی، اجتماعی، مذهبی، بشردوستانه و بر اساس قانونمندی و اساسنامه مدون، رعایت چارچوب قوانین موضوعه کشور و مفاد آیین‌نامه‌های اجرایی آن فعالیت می‌کند. و از طرفی سمن^۵ یک سازمان غیردولتی و غیرانتفاعی^۶ است. (گلشن پژوه، ۱۳۹۲: ۱۲) سمن‌ها معمولاً از ارزش‌های مشتری‌محور چون فراگیری و عدم تبعیض، مشارکت، دسترسی به سازمان، پاسخگو بودن نسبت به گروه‌های آسیب‌پذیر و ایجاد حس مشارکت در مردم (مهاجرانی^۷، ۲۰۰۳) برخوردار هستند. و برای انجام وظایف و دستیابی به اهداف خود نیازمند نفوذ و اثرگذاری هستند و این قابلیت و قدرت به دلیل تکیه بر موضوعات محدود، پایبندی به اصول خود، تعهد بیشتر، ساختار شبکه‌ای با سایر سمن‌ها، ابتکار عمل، پاسخگویی سریع به نیازهای محلی، دسترسی آسان به گروه‌های فقیر و آسیب‌پذیر و آگاهی از روش زندگی، نگرش‌ها و امکانات جمعیت هدف است. مدیریت مؤثر سامانه خود و اجرای صحیح کارکردهای خود، منشأ اثراتی باشند (نمازی^۸، ۲۰۰۶) که از آن جمله می‌توان به افزایش دسترسی مردم به خدمات آموزشی سلامت، ارتقای کمیت، کیفیت و کاهش هزینه‌های خدمات اجتماعی به دلیل سهولت دسترسی

1. Empowerment

2. Delegation

3. Grove, P.B

۴. سمن‌ها

5. Non Governmental Organization

6. Non-Benefite

7. Mohajerani

8. Namazi

، در گروه‌های آسیب‌پذیر ، کاهش جرم در محله و منطقه ، و افزایش سرمایه اجتماعی از طریق ارتقای مشارکت (ارتقای ارتباط و اعتماد) (سازمان جهانی سلامت^۱، ۲۰۰۲) اشاره نمود سازمان‌های مردم‌نهاد در پیشگیری، کاهش آسیب، حمایت اجتماعی، اشتغال‌زایی، درمان و توانمندسازی نقش بسزایی دارند و به همین دلیل برابر سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری، که در ۱۱ بند ابلاغ شده محور مبارزه با مواد مخدر قلمداد شده است.

کوب، حمایت اجتماعی را میزان برخورداری از محبت، مساعدت و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف کرده است (کوب به نقل از صدق‌پور و همکاران، ۱۳۸۹). حمایت اجتماعی مکانیسمی از ارتباطات میان فردی است که افراد را از تأثیرات تنیدگی منفی محافظت می‌کند (دکر^۲، ۲۰۰۷). حمایت اجتماعی را می‌توان به هرگونه محرکی که به پیشرفت اهداف فرد حمایت شده کمک کند دانست. حمایت اجتماعی به میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه به اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف شده است (سارافینو، به نقل از علی‌پور، ۱۳۸۵) عملکرد سازمانی یک سازه‌ی کلی است که بر چگونگی انجام عملیات سازمانی اشاره دارد. معروف‌ترین تعریف عملکرد توسط نیلی و همکاران (۲۰۰۲) فرایند تبیین کیفیت اثربخشی و کارایی اقدامات گذشته، ارائه شده است، طبق این تعریف، عملکرد به دو جزء تقسیم می‌شود، کارایی که توصیف‌کننده‌ی چگونگی استفاده سازمان از منابع در تولید خدمات یا محصولات است، یعنی رابطه بین ترکیب واقعی و مطلوب درون‌دادها برای تولید برون‌دادهای معین؛ و اثربخشی که توصیف‌کننده‌ی درجه‌ی نیل به اهداف سازمانی است. (رهنورد، ۱۳۸۷: ۷۹)

مهم‌ترین اقداماتی نیز که توسط دولت‌ها می‌تواند برای تقویت سرمایه اجتماعی انجام شود عبارتند از: تشویق و تقویت تشکیل نهادهای مدنی؛ تقویت و غنی‌سازی آموزش‌های عمومی؛ تأمین امنیت شهروندان در جهت حضور داوطلبانه در نهادهای اجتماعی؛ پرهیز از تصدی‌گری بخش‌های مختلف اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی و واگذاری فعالیت‌های مربوطه به نهادهای مردمی برای جلب مشارکت آن‌ها در فعالیت‌ها و زمینه‌سازی ایجاد و تقویت نهادهای اجتماعی و شبکه‌های اعتماد بین آحاد مختلف مردم. (الوانی و شیروانی، ۱۳۸۵)

در جدول زیر به دسته‌بندی راهبردهای سال‌های اخیر ایران در مبارزه با مصرف مواد مخدر پرداخته شده است. که نشانگر توجه روزافزون سیاست‌های مبارزه با مواد مخدر است که به مشارکت اجتماعی توجه گردیده است

1. World Health Organization

2. Decker

جدول شماره ۱ مقایسه سیاست های مبارزه با مواد مخدر در ایران پس از انقلاب



عنوان سند	راهبردهای محوری	راهبرد پیشنهادی	سیاست های کلیدی
برنامه ملی پیشگیری، درمان و مبارزه با مصرف مواد مخدر (هماهنگ با برنامه سوم)	<p>۱- راهبرد مقابله با عرضه</p> <p>۲- راهبرد کاهش تقاضا</p>	<p>* توسعه همه جانبه امکانات و نیروهای درگیر</p> <p>* برخورد مؤثر از طریق عملیات اطلاعاتی * افزایش کیفیت در برخورد با عوامل عرضه</p>	<p>* اولویت دهی به برنامه های پیشگیرانه</p> <p>* توسعه فرهنگ مشاوره</p> <p>* ارتقای ظرفیت بخش خصوصی</p> <p>* ایجاد شرایط بازگشت معتادان به جامعه</p> <p>* تأکید بر مبارزه با مصرف سیگار</p>
بند ز ماده ۹۷ قانون چهارم توسعه و سند توسعه فرا بخشیمز بو طه	<p>۱ - کنترل و مقابله با عرضه</p> <p>۲- اقدامات فرهنگی و پیشگیری</p> <p>۳- درمان و کاهش آسیب</p> <p>۴- مشارکت مردمی، امور فراملی و ...</p>	<p>* ارتقای کیفی مقابله با عرضه با رویکرد حرفه ای اطلاعاتی و ضداطلاعاتی</p> <p>* توسعه فعالیت های پیشگیرانه در میان خانواده ها، زندانیان، دانش آموزان و دانشجویان</p> <p>* توسعه مراکز مختلف درمانی اعم از سرپایی، مثلی، اجتماع درمان مدار و غیره</p> <p>* توسعه زیرساخت های آموزشی، پژوهشی، حقوقی و ارتباطات بین المللی</p>	<p>* مهار و کنترل روند رو به گسترش تولید، ورود، خرید و فروش، ترانزیت و استعمال مواد مخدر</p> <p>* اتخاذ راه کار فرهنگی باهدف پیشگیری اولیه</p> <p>* ایجاد و تقویت سیستم درمانی کشور اعم از اقامتی، نیمه اقامتی و غیر اقامتی</p> <p>* توانمندسازی تشکل های غیردولتی و مشارکت های مردمی</p> <p>* توسعه فعالیت های منطقه ای و بین المللی</p> <p>در مبارزه با مواد مخدر</p>

<p>کاهش تقاضا (استراتژی محوری)</p> <p>* فراهم ساختن شرایط لازم جهت درمان مؤثر، جامع، فراگیر</p> <p>* اولویت بخشیدن به اقدامات پیشگیری از مصرف مواد مخدر</p> <p>* جلوگیری از تغییر الگوی مصرف به مواد سنگین، صنعتی، شیمیایی و روان گردان</p> <p>* تولید انبوه داروهای ننگه دارنده جایگزین برای مصرف معتادین</p> <p>* ارتقای کیفی مقابله با رویکرد حرفه ای اطلاعاتی و عملیاتی</p> <p>* توجه به دلایل و علل در تبیین و تحلیل پدیده مواد مخدر و اعتیاد</p>	<p>۱- راهبرد کاهش تقاضا</p> <p>۲- راهبرد مقابله با عرضه</p> <p>۳- راهبرد توانمندسازی سازمان های غیردولتی</p> <p>۴- راهبرد همکاری های دوجانبه، منطقه ای و بین المللی</p> <p>۵- راهبرد قضایی و حقوقی</p> <p>۶- راهبرد علمی، پژوهشی، آموزشی و فن آوری اطلاعات</p> <p>۷- راهبرد هدف دار کردن اطلاع رسانی و تئور افکار عمومی</p>	<p>ارکان برنامه جامع ملی (راهبردها و برنامه ها)</p>
<p>* آگاه سازی گروه های در معرض خطر نسبت به مواد اعتیاد زا</p> <p>* توسعه مراکز درمانی کلیه شهرها و روستاهای پرجمعیت و توزیع داروهای درمان پرهیز مدار و نگهدارنده</p> <p>* شناسایی، جمع آوری و تأمین نیاز دارویی معتادان خیابانی</p> <p>* تقویت سیستم مهندسی رزمی و سد موانع در مرزهای کشور</p> <p>* شناسایی و رفع عوامل زمینه ساز و به وجود آورنده مصرف مواد در حوزه ساختاری</p> <p>* مشاوره، مداخله و حمایت در بحران های فردی، خانوادگی و اجتماعی و ارتقای فرهنگی جامعه متناسب با فرهنگ بومی</p>	<p>۱- اصلاح و بازسازی ساختار اجتماعی</p> <p>۲- باز توانی روانی، جسمی و جامعه پذیری معتادان مزمن و صدمه دیده</p> <p>۳- مداخلات همه جانبه و هدفمند</p> <p>۴- یکسان سازی فرصت ها برای همه ی مردم</p> <p>۵- باز کردن راه های قانونی کسب درآمد مشروع برای آحاد جامعه به ویژه اهالی مناطق مرزی و محروم</p>	<p>یک قرن مبارزه با مواد مخدر (ایران ۱۴۰۰)</p> <p>برنامه جامع ملی :</p>



<p>* اجرای متوازن برنامه های پیشگیری همگانی، انتخابی و الزامی</p> <p>* مشارکت سازمان های مردم نهاد و جماعت محور</p> <p>* تعمیم مدیریت پیشگیری از اعتیاد به کلیه رویدادها و تصمیمات</p>	<p>اولویت دهی راهبرد پیشگیری بر سایر راهبردها</p>	<p>۱- توجه به نقش تعیین کننده های اجتماعی اعتیاد در برنامه های پیشگیری</p> <p>۲- ارتقای ساختار و نظام مدیریت پیشگیری از اعتیاد</p> <p>۳- توسعه دانش و فناوری های پیشگیری</p> <p>۴- تقویت مشارکت مردمی</p> <p>۵- توسعه خدمات پیشگیری</p>	<p>طرح جامع پیشگیری از اعتیاد (مستبان ۱۳۸۸)</p>
--	---	---	---

منبع: کمیته مبارزه با مواد مخدر مجمع تشخیص مصلحت نظام، ۱۳۸۵

در سند سیاست های ابلاغی مقام معظم رهبری در رابطه با مبارزه با مواد مخدر در سال ۱۳۸۵ بندهای مرتبط به نقش مردم و مشارکت مردم تأکید گردیده است در بند ۴ اتخاذ راهکارهای پیشگیرانه در مقابله با تهدیدات و آسیب های ناشی از مواد مخدر و روان گردان با بهره گیری از امکانات دولتی و غیردولتی با تأکید بر تقویت باورهای دینی مردم و اقدامات فرهنگی، هنری، ورزشی، آموزشی و تبلیغاتی در محیط خانواده، کار، آموزش و تربیت و مراکز فرهنگی و عمومی. در بند ۵ جرم انگاری مصرف مواد مخدر و روان گردان و پیش سازهای آن ها جز در موارد علمی، پزشکی، صنعتی و برنامه های مصوب درمان و کاهش آسیب. در بند ۶ ایجاد و گسترش امکانات عمومی تشخیص، درمان، باز توانی و اتخاذ تدابیر علمی جامع و فراگیر باهدف: درمان و باز توانی مصرف کنندگان، کاهش آسیب ها، جلوگیری از تغییر الگوی مصرف از مواد کم خطر به مواد پرخطر می باشد. در بند ۷- اتخاذ تدابیر لازم برای حمایت های اجتماعی پس از درمان مبتلایان به مواد مخدر و انواع روان گردان در زمینه اشتغال، اوقات فراغت، ارائه خدمات مشاور و پزشکی و حمایت های حقوقی و اجتماعی برای افراد باز توانی شده و خانواده های آن ها و در بند ۹- اتخاذ تدابیر لازم برای حضور و مشارکت جدی مردم و خانواده ها در زمینه پیشگیری، کاهش آسیب و درمان معتادان آمده است. (روزنامه رسمی شماره ۸۵۱۲۱۳ ۹۷۲۰/ح ۱۳۸۵/۹/۵)

منظور از پیشگیری تلاش در جهت کاهش عرضه و تقاضای مواد مخدر است. کاهش عرضه مورد توجه نیروهای مبارزه با مواد مخدر است و کاهش تقاضا

مورد توجه قانون گذاران و نظام فرهنگی - آموزشی است. با در نظر گرفتن مشکلات و هزینه آموزش افراد در مورد مصرف مواد مخدر، گسترش برنامه های پیشگیرانه و مؤثر در این زمینه، میزان قابل توجهی از تقاضا را خواهد کاست. متأسفانه ثابت شده است که پیشگیری مؤثر به همان اندازه آموزش و یا مبارزه با مواد مخدر پیچیده است.

پیشگیری از اعتیاد عبارت است از به کار گیری اقداماتی که احتمال ابتلای افراد به اعتیاد را کاهش دهد. پیشگیری شامل اقداماتی است برای کاهش عواملی که افراد را در معرض خطر قرار می دهد و افزایش عواملی که افراد را از مصرف مواد محافظت کند. بنابراین شناسایی کامل این عوامل در هر منطقه، به مؤثر بودن فعالیت های پیشگیرانه کمک خواهد کرد». (عزیزی، ۱۳۸۴: ۳۹۷). به طور تاریخی، محققان سلامت عمومی و مداخله گران، برنامه های پیشگیری را عموماً در سه مرحله طبقه بندی می کنند که عبارتند از: پیشگیری اولیه (قبل از این که رفتار مسئله برانگیز آغاز شود)، پیشگیری ثانویه (قبل از این که بیماری آغاز شود) و پیشگیری ثالثه (قبل از این که مرگ اتفاق بیافتد) (سوسمان، ۲۰۰۸: ۱۳۹).

همچنین می توان پیشگیری را برحسب این که چه گروهی را هدف برنامه های خود قرار می دهد به انواعی به شرح زیر تقسیم بندی نمود:

۱. عمومی (همگانی): که برای تأثیر گذاشتن روی کل جمعیت طراحی و اجرا می شود.
 ۲. گزینشی: که برای اثر گذاشتن روی گروه خاصی در درون جامعه که در معرض آسیب هستند، طراحی و اجرا می شود و هدف آن ارتقاء توانایی مخاطبان در مقابله با خطر است و دارای ابعاد مختلف روان شناختی، اقتصادی و اجتماعی می باشد.

۳. محدود یا ویژه: که برای اثر گذاشتن روی گروه های کوچک تری که در معرض خطر بسیار بالایی هستند و از قبل با توجه به مشهود بودن نشانه های بیماری مورد شناسایی قرار گرفته اند، طراحی و اجرا می گردد. (گوردون^۱، ۱۹۹۴)

موضوع پیشگیری عمدتاً بر آموزش و فرهنگ سازی و اجتماعی شدن متمرکز می باشد و از این رو بیشتر مراکز آموزشی به ویژه مدارس را مورد توجه قرار می دهد. (الیکسون، ۱۹۹۵ به نقل از قائمی، ۱۳۷۳) این برنامه ها شامل چند الگو است.

۱- الگوی اطلاعات

این الگو که هدف آن ارائه اطلاعات است با این فرضیه شکل گرفته است که

1. Gordon

کودکان و نوجوانان با شناخت خطرات بالقوه مواد مخدر از آن دوری می کنند، علاوه بر این، گمان بر این است که در دانش آموزان گرایش های بازدارنده ایجاد می شود و آنان از مواد مخدر اجتناب خواهند ورزید. در این الگو هدف این است که دانش و اطلاعاتی به دانش آموزان و فراگیران داده شود تا نگرش مثبت آن ها به مواد مخدر به نگرش منفی تبدیل شود. گاهی اوقات شوک و یا ایجاد هراس بخشی از فرایند آموزش را تشکیل می دهد و از این میان می توان به فیلم های ویدیویی علیه مواد مخدر، گفتگو با معتمدان سابق، تابلوهای تبلیغاتی و یا آگهی های تلویزیونی که بر مخاطرات مربوط به مصرف مواد مخدر تأکید دارند، اشاره کرد (کوهن، ۱۹۸۲). در این الگو در مورد ماهیت و گستره اعتیاد مصرف مواد مخدر به افراد آگاهی داده شده و اثرات آن بر افراد، خانواده ها و جوامع بررسی می شود. همچنین در مورد خدمات، برنامه ها و سیاست های پیشگیری اطلاعاتی عرضه می شود.

۲- الگوی تأثیر اجتماعی

هدف این رویکرد آگاه و آشنا کردن نوجوانان به مهارت ها و منابع ویژه ای است که برای مقاومت در برابر فشار همسالان برای امتحان کردن سیگار و سایر مواد به آن نیاز دارند. (محمدخانی و دیگران، ۱۳۸۶: ۱۲۸) از این رو مهارت های «نه گفتن به مواد مخدر» باید در بین آن ها تقویت شود. این رویکرد با این فرضیه شکل گرفته است که جوانان فاقد مهارت های کافی جهت انتخاب های منطقی هستند و چنانچه آنان این مهارت ها را به دست آورند، دیگر به سوی مصرف مواد مخدر گرایش پیدا نخواهند کرد. (کوهن، ۱۹۸۲).

۳- الگوی آموزش مهارت های زندگی

یک برنامه پیشگیری اولیه مبتنی بر عوامل خطر ساز (موقعیت ها، ویژگی ها، متغیرها و رویدادهایی هستند که احتمال سوء مصرف مواد را افزایش می دهند). و حفاظت کننده (عواملی هستند که اثر عوامل خطر ساز را خنثی کرده و در نتیجه، احتمال وقوع مشکل را کاهش می دهند). است که بر اساس مدل سبب شناختی چندوجهی مصرف الکل، سیگار و سایر مواد در نوجوانان طراحی شده است. هدف اصلی برنامه آموزش مهارت های زندگی، ایجاد تغییر در عوامل اجتماعی و روان شناختی مؤثر ر گرایش نوجوانان به مصرف مواد است. از زمان شروع این برنامه در دهه ۱۹۸۰، مطالعات متعددی به منظور ارزیابی اثربخشی مهارت های زندگی در کشورهای مختلف انجام شده است. شواهد به دست آمده حاکی از آن است که

آموزش مهارت های زندگی در کاهش مصرف مواد مؤثر است (بوتوین^۱، ۲۰۰۰). در این الگو تمرکز اصلی از آموزش برداشته شده و بر شخصیت قرار می گیرد، به عبارت دیگر تمرکز از مواد مخدر به فرد تغییر می کند و تصور بر این است که جوانان دارای عزت نفس از مواد مخدر استفاده نخواهد کرد. (کوهن، ۱۹۸۲).

۴- الگوی مؤلفه های جایگزین

مفروضه اصلی این رویکرد آن است که اگر بتوان تجارب واقعی زندگی را به اندازه مواد مخدر برای نوجوانان جذاب کرد، آن ها از مواد استفاده نخواهند کرد. هدف این قبیل برنامه ها رفع احساس کسالتی است که پیش درآمد مصرف مواد تلقی می شود. فعالیت های فرهنگی، تفریحی و ورزشی از جمله فعالیت های مورد نظر در این برنامه ها است. نقطه ضعف این قبیل برنامه ها وقتی روشن می شود که فعالیت های جایگزین، گرچه اثرهای مخالف با تمایلات اعتیادی دارند، اما آنان که چنین تمایلاتی را در خود تجربه می کنند کمتر به چنین فعالیت های جایگزینی گرایش پیدا می کنند. (مکی، ۱۳۸۹)

۵- الگوی شناسایی و ارجاع مسئله

هدف از این راهکار شناسایی، آموزش و مشاوره با جوانانی که در سنین پایین در مصرف مواد مخدر برای اولین مرتبه، افراط می کنند. فعالیت هایی که طی این راهکار صورت می پذیرد، شامل نظارت بر تمایلات مصرف مواد مخدر و ارجاع به درمان پیشگیرانه جهت مهار این تمایلات است.

۶- الگوی اجتماع محور

هدف از این راهکار توانمند ساختن جامعه از جهت انجام اقدامات پیشگیرانه و خدمات درمانی در مورد مواد مخدر به نحو مؤثرتر است. این فعالیت ها شامل موارد زیر است: سازمان دهی، برنامه ریزی، افزایش کارآیی و مؤثر بودن اجرای خدمات، همکاری بین آژانس ها، برقراری ائتلاف و ایجاد شبکه، ساختن اجتماعات سالم، کمک به انتخاب زندگی سالم و ترویج آن.

۷- الگوی رویکرد محیطی

در این راهکار از طریق وضع قوانین و مقررات جدید و اعمال شیوه های قهری با مواد مخدر مقابله می شود و عرضه ی مواد در جامعه محدود می شود. در این

رویکرد فرض بر این است که اعمال قانون و کنترل عرضه و همچنین اعمال سیاست‌های مربوط به بالا بردن قیمت مواد یا هزینه مصرف، می‌تواند در مبارزه با مواد مخدر موفقیت به دنبال داشته باشد.

باز توانی و حمایت اجتماعی

باز توانی فرآیندی است که طی آن مجموعه اقدام‌هایی باهدف باز توانی و قادرسازی افراد آسیب دیده اجتماعی و خانواده آنان انجام می‌شود تا کسب استقلال نسبی، به زندگی سالم و مناسب در جامعه ادامه دهند. به گونه‌ای که امکان مجدد بازگشت آن‌ها به سمت آسیب‌های اجتماعی وجود نداشته باشد یا به حداقل رسانده شود و از گرایش سایر افراد مرتبط با آن‌ها به آسیب‌های اجتماعی جلوگیری کند. از آنجایی که یک خطا یا اشتباه نباید زمینه‌ای را فراهم سازد که افراد تا پایان عمر خود آن خطا یا اشتباه را تکرار کنند، باید شرایط بازگشت مجدد افراد آسیب دیده اجتماعی به زندگی، با انجام اقدام‌هایی فراهم شود. این اقدام‌ها سلامت اجتماعی جامعه را افزایش می‌دهد و موجب رعایت هنجارهای اجتماعی توسط این افراد می‌شود. در واقع مانع عملی شدن (برچسب) می‌شود. به عبارت دیگر این افراد تا پایان عمر، خود را مجبور به انجام کارهای مغایر با هنجارهای اجتماعی نمی‌بینند. (سلیمانی، ۱۳۸۵، به نقل از صدق پور و همکاران، ۱۳۸۹)

کوب حمایت اجتماعی را به میزان برخورداری از محبت، مساعدت و توجه اعضاء خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف کرده است (کوب به نقل از صدق پور و همکاران، ۱۳۸۹). حمایت اجتماعی مکانیسمی از ارتباطات میان فردی است که افراد را از تأثیرات تنیدگی منفی محافظت می‌کند. حمایت اجتماعی را می‌توان به هرگونه محرکی که به پیشرفت اهداف فرد حمایت شده کمک کند دانست. حمایت اجتماعی به میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه به اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف شده است (سارافینو، به نقل از علی پور، ۱۳۸۵)

رایج‌ترین انواع حمایت اجتماعی که توسط پژوهش‌گران معرفی شده و در تحقیقات متعددی مورد بررسی قرار گرفته‌اند، شامل سه مقوله حمایت اجتماعی عاطفی، ابزاری، و اطلاعاتی می‌باشد:

حمایت عاطفی به معنی در دسترس داشتن فردی برای تکیه کردن و اعتماد داشتن به وی، به هنگام نیاز می‌باشد (درنتا^۱ و همکاران، ۲۰۰۶). حمایت اجتماعی عاطفی در بردارنده احساس همدلی، مراقبت و توجه، و علاقه نسبت به یک شخص است. این نوع از حمایت می‌تواند شخص را به داشتن احساس راحتی و آسایش،

اطمینان، تعلق داشتن، و مورد محبت قرار داشتن به هنگام فشار و تنش مجهز نماید (سارافینو، ۱۹۹۸^۱)

حمایت ابزاری به کمک‌های مادی، عینی و واقعی دریافت شده توسط یک فرد از سوی دیگران اطلاق می‌گردد. این نوع حمایت به افراد کمک می‌کند تا نیازهای روزانه خود را تأمین نمایند و شامل عناصری از کمک‌های مادی و عینی نظیر قرض دادن پول، کمک کردن در نظافت منزل، جابه‌جایی و حرکت کردن، حمام رفتن، و رانندگی کردن است (درنتا و همکاران، ۲۰۰۶). به دست آوردن اطلاعات ضروری از طریق تعامل‌های اجتماعی با دیگران را حمایت اطلاعاتی تعریف کرده‌اند. به عبارتی دیگر، حمایت اطلاعاتی شامل دادن توصیه‌ها، جهت‌گیری‌ها، پیشنهادها، یا بازخوردها به یک فرد راجع به چگونگی عملکردش می‌باشد (گاجل^۲ و دیگران، ۱۳۷۷)

کاهش آسیب و درمان

رهیافت مبارزه‌ای و کاهش عرضه به عنوان آسان‌ترین راه مواجهه با معضل اعتیاد و سوءمصرف مواد مخدر از سوی سازمان‌های ذیربط دولتی و انتظامی پیش روی بوده است اما از آنجا که هم‌اکنون وضعیت اسفناک اپیدمی اعتیاد به صورت یک پدیده فراکنترل، جامعه‌ما را به شدت تهدید می‌کند جهت رویارویی باین مشکل و تعدیل صدمات و تبعات ناشی از آن ضروری است به ابزارها و راهکارهای بدیل متوسل شویم. از بدیع‌ترین و مهم‌ترین این راهکارها، فعالیت و مشارکت سازمان‌های غیردولتی در عرضه اجتماعی می‌باشد. خاصیت مشارکتی، داوطلبانه و نوع دوستانه این شکل‌ها سبب می‌گردد کسانی با علاقه و از روی آگاهی جذب آن‌ها می‌شوند و با همکاری خود سازمان را در نیل به اهدافشان یاری رسانند. براین اساس تعدادی از سازمان‌های مردم‌نهاد در درمان معتادین همکاری میکنند که نوع فعالیتهای آن‌ها عبارتند از: مراکز درمان و بازتوانی سرپایی، مراکز اقامتی کوتاه مدت، مراکز اقامتی میان مدت، مراکز کاهش آسیب، مراکز گذری، مرکز سرپناه شبانه، تیم امدادرسان سیار، مراکز اجتماع درمان مدار غیر اقامتی.

در برنامه‌های مقابله با مواد مخدر، کاهش آسیب، رویکردی نسبتاً جدید است. در این رویکرد به جای تأکید بر پیشگیری از مصرف بر پیشگیری از مصرف تأکید می‌شود. (کوهن، ۱۹۸۲) در این الگو فرض بر این است که مردم همواره مواد مخدر و روان‌گردان را خواه قانونی باشد و یا غیرقانونی مصرف می‌کنند و سعی

1. Sarafino

2. Robert J Gatchel

می کنند خطرات آن را به عنوان یک نقطه پایان واقعی به حداقل برسانند. حامیان این رویکرد در مورد برنامه های آموزشی مقابله با مواد مخدر در رسانه ها و مدارس که در پی ارائه اطلاعات و نشان دادن عواقب هستند؛ نگاهی انتقاد آمیز دارند، آن ها معتقدند در این برنامه ها در مورد خطرات اعتیاد مبالغه شده و به شکل گیری کلیشه های خاصی منجر شده است. علاوه بر این در رویکرد «فقط بگونه» این گونه تصویری می شود که فرد با آشنا شدن با عواقب این گونه رفتار، راحت تر تصمیم می گیرد که به سوی این مواد گرایش پیدا نکند. در رهیافت های کاهش آسیب، مصرف مواد مخدر به عنوان یک واقعیت پذیرفته شده و همچنان که فرد به مصرف خود ادامه می دهد روی کاهش آسیب تمرکز می شود،

کلیه اشخاص حقیقی و [حقوقی شامل کلیه مؤسسات و سازمان های غیردولتی اعم از انتفاعی و غیرانتفاعی] که در اساسنامه آن ها فعالیت کاهش آسیب های بهداشتی و اجتماعی ناشی از اعتیاد ذکر شده باشد می توانند متقاضی راه اندازی مرکز گذری و انجام فعالیت های مربوط به آن شوند. بهزیستی هر شهرستان محل و محدودیت فعالیت و ساعات کار مراکز را مشخص و به نیروی انتظامی محل اعلام می نماید. مرکز گذری مکانی است که به معتادان با رفتار پرخطر، خدمات کاهش آسیب ارائه می نماید به طور کلی خدماتی که در این مرکز ارائه می شود شامل موارد ذیل می باشد. (معصومی راد، ۱۳۸۹).

آموزش، اطلاع رسانی و مشاوره با افراد دارای رفتارهای پرخطر در مورد (ایدز، هپاتیت، تزریق سالم و رفتار سالم جنسی و ...)، برنامه توزیع و جمع آوری سرنگ و سوزن، توزیع مواد مخدر عفونی کننده و سایر ارقام بهداشتی، آموزش جهت پیشگیری از رفتار پرخطر جنسی و توزیع کاندوم، برگزاری جلسات گروه های همتا، ارجاع به مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان ها (در مواردی که نیاز به مداخلات طبی وجود دارد)، انجام درمان نگر دارنده با متادون (در صورتی که در مرکز واحد متادون وجود ندارد)، ارجاع به واحدهای درمان نگر دارنده با متادون (در صورتی که در خود مرکز وجود ندارد)، ارجاع به مراکز درمان اعتیاد جهت درمان انجام مشاوره و آزمون اختیاری HIV، ارجاع برای انجام VCT، تشکیل گروه های همتا، خدمات حمایتی شامل تغذیه، پوشاک، استحمام، پانسمان، خدمات سرپناه شبانه، خدمات گروه سیار (هر مرکز گذری باید حداقل یک گروه سیار داشته باشد) (معصومی راد، ۱۳۸۹).

گروه امداد رسان سیار، به معتادان پرخطر خدمات اولیه کاهش آسیب و آموزش رفتار کم خطر را ارائه می نماید و این دسته از معتادان را به مراکز خدماتی دیگر

مانند مراکز گذری، مراکز درمان و باز توانی، مراکز مشاوره و کلینیک های مثلثی و مراکز هلال احمر مرتبط می سازد. خدمات گروه امداد رسان سیار عبارتند از: شناسایی محل های آلوده مانند محل های بیتوته معتادان تزریقی، شناسایی معتادان با رفتار پرخطر و برقراری ارتباط با آنان، آموزش مصرف کنندگان تزریقی مواد در خصوص تزریق ایمن، راه های انتقال ویروس ایدز و هپاتیت b، c، تحویل سرنگ و سوزن استریل و پنبه الکلی و سایر اقلام بهداشتی برای تزریق ایمن به معتادان تزریقی، جمع آوری سرنگ و سوزن و تحویل به معتادان و تشویق جمع آوری سرنگ و سوزن مستعمل و تحویل آن به گروه سیار، آموزش رفتار سالم جنسی و نحوه استفاده از کاندوم و توزیع آن، ارائه بروشور مربوط به راه های انتقال و پیشگیری از ایدز، راه های انتقال و پیشگیری از هپاتیت و تزریق ایمن، توزیع دفترچه محتوی نشانی مراکز سرپایی، مراکز تعویض سرنگ، مراکز مشاوره ایدز، انجام خدمات اولیه بهداشتی مثل پانسمان، ارجاع مصرف کنندگان مواد به مراکز ارائه دهنده خدمات (مراکز گذری، مراکز درمانی اعتیاد و مراکز مشاور)، ثبت آمار روزانه خدمات گیرندگان برای ارائه گزارش به بهزیستی. (معصومی راد، ۱۳۸۹: ۲۰۵). تحقیقات نشان داده است که مبارزه با مواد مخدر به ویژه در بخش کاهش تقاضا، کاری نیست که دولت قادر باشد به تنهایی آن را به سامان نهایی برساند و مشارکت عمومی، در کنار فعالیت های دولتی، تنها راه کامل و نتیجه بخش در برخورد با پدیده اعتیاد است. خوشبختانه، سازمان های مردم نهاد در مبارزه با اعتیاد، طی چند سال اخیر از رشد کمی و کیفی بالایی برخوردار بوده اند و شاید بتوان گفت، سازمان های مردم نهاد در مبارزه با اعتیاد، از پیشروترین و موثرترین سازمان های مردم نهاد در کشور ما به شمار می روند. (مجله ایران پاک، ۱۳۸۷)

جدول شماره ۲ جمع بندی پیشینه ها

مؤلف	عنوان و هدف	یافته ها
گلستانی، رضا (۱۳۸۷)	اقدامات سازمان های مردم نهاد در حوزه مواد مخدر (تهران بزرگ)	نتیجه گیری این تحقیق نشانگر آن است که عوامل مورد نظر در فرضیات تحقیق در کاهش تقاضای مواد مخدر تأثیر داشته است.
آرامی، حسین (۱۳۸۷)	بررسی موانع رشد سازمان های مردم نهاد در جمهوری اسلامی ایران	برای سازمان های مردم نهاد داشتن چشم انداز استراتژی، یک رهبری و مدیریت مناسب، مهارت کارکنان و مثبت بودن دیگر عناصر حیاتی در عوامل ساختاری و رفتاری سازمانی کاملاً تعیین کننده است.



<p>می توان کارایی و تأثیر گذاری مثبت سمن ها را در حوزه مبارزه با مواد مخدر افزایش داد</p>	<p>تحلیل مسئله ی اعتیاد با نگاه عاملیت ساختار به تحلیل عملکرد نهادهای مستقل از دولت در حوزه مبارزه با مواد مخدر</p>	<p>مکی علمداری، سارا (۱۳۸۹)</p>
<p>به این نتیجه دست یافتند که شرکت در مراکز اجتماع درمان مدار و گرفتن خدمات روان شناختی بر کاهش میزان خود پنداره ی منفی، افسردگی، اضطراب و افزایش میزان عزت نفس مؤثر است.</p>	<p>بررسی تأثیر خدمات روان شناختی دوره باز توانی بر خود پنداره ی منفی، اضطراب، افسردگی و عزت نفس معتادان مرکز اجتماع درمان مدار شهرستان اهواز در سال های ۸۷-۱۳۸۶</p>	<p>باوی و برنا (۱۳۸۸) با</p>
<p>دست یافتند که آموزش ذهن آگاهی و مشاوره رفتاری کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد از قابلیت های عملی خوبی برای مداخلات بالینی در جلوگیری از عود مصرف مواد دارند.</p>	<p>اثربخشی ذهن آگاهی و مشاوره کاهش آسیب بر پیشگیری از عود مجدد مصرف مواد مخدر</p>	<p>شهیدی و خادمی (۱۳۹۲)</p>
<p>نشان دادند که مشاوره رفتاری کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد بر پیشگیری از عود مجدد مصرف مواد مخدر تأثیر دارد.</p>	<p>ارزیابی سو مصرف مواد مخدر در زندان های ایران</p>	<p>بیان زاده، بوالهری، عاطف وحید و همکاران (۲۰۰۷)</p>
<p>یافته ها نشان داد مراجعه به مراکز درمان و باز توانی اعتیاد بر کاهش گرایش به مصرف مواد مخدر معتادان بهبود یافته مؤثر می باشد</p>	<p>بررسی تأثیر آموزش مهارت های زندگی بر گرایش نسبت به مواد مخدر معتادان بود</p>	<p>خاکشور و عصمت پناه (۱۳۸۸)</p>
<p>گزارش دادند که اکثر افرادی که برای مصرف مواد مراجعه کرده اند پس از ترخیص از درمان دچار عود مصرف مواد شده اند.</p>	<p>درمان عود مصرف مواد در معتادین ترک کرده مصرف کننده متادون</p>	<p>مک کی، فرانکلین، پاتاپیس و لینچ، (۲۰۰۶)</p>
<p>نشان دادند که مشاوره رفتاری کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد درمان جامع نگه دارنده متادون همراه با سیستم پیچیده ای از مراقبت های بهداشتی و مداخلات روانی اجتماعی است. مداخلات روان شناختی برنامه درمان نگه دارنده متادون می تواند پیامدهای مثبت اثر متادون را افزایش داده، تغییراتی در سبک زندگی افراد ایجاد کند و موجب تثبیت و حمایت از یک زندگی عاری از مواد در فرد می شود.</p>	<p>مشاوره رفتاری کاهش آسیب ایدز و مصرف مواد درمان جامع نگه دارنده متادون همراه با سیستم پیچیده ای از مراقبت های بهداشتی و مداخلات روانی اجتماعی</p>	<p>گسوپ، مادرسن، استوارت و ترسی، (۲۰۰۱)</p>

جدول شماره ۳ مدل تحلیلی تحقیق

منابع	شاخص‌ها	مؤلفه‌ها	مفهوم
عزیزی (۱۳۸۴) (سوسمان ۲۰۰۸) (گوردون، ۱۹۸۷) (کوهن، ۱۹۹۶)	عمومی (همگانی) گزینشی	پیشگیری از مصرف مواد مخدر	سازمان‌های مردم‌نهاد در مبارزه با مصرف مواد مخدر
(جی کوهن، ۱۹۹۶) (معصومی راد، ۱۳۸۹) (معدفر، ۱۳۸۵) جودیس بلاو و پیتر بلاو (۱۹۸۲)	عمل‌گرایی ارزش‌های انسانی تمرکز روی آسیب‌ها	درمان و کاهش آسیب مصرف مواد مخدر	
(سلیمانی، ۱۳۸۵) (گیدنز، ۱۹۸۴) (درنتا و همکاران، ۲۰۰۶) (سارافینو، ۱۹۹۸)	ساختاریابی حمایت ابزاری، عاطفی و اطلاعاتی	توانمندسازی و حمایت اجتماعی در مبارزه با مصرف مواد مخدر	

روش تحقیق

این تحقیق از این حیث در گروه تحقیقات توصیفی-پیمایشی قرار می‌گیرد و از نوع کاربردی است. جامعه آماری این تحقیق را خبرگان سازمان‌های مردم‌نهاد در شهر مشهد که مجموعاً ۱۰۷ نفر را تشکیل می‌دهند. به منظور افزایش اعتبار درونی تحقیق نمونه آماری با جامعه آماری برابر (سرشماری) است. -قلمرو زمانی این تحقیق ۱۳۹۴ می‌باشد. قلمرو مکانی مشهد مقدس می‌باشد

در این تحقیق ابتدا بر اساس مشاهدات، مصاحبه‌ها و مطالعه ادبیات و اسناد و مدارک یک مدل اولیه فراهم شد. در این مرحله از تحقیق اطلاعات مربوط به ابعاد، مؤلفه‌ها و شاخص‌های عملکرد گردآوری و سازمان‌دهی شد. در مرحله بعد لازم است اعتبار این مدل توسط خبرگان علمی و تجربی تأیید و در صورت نیاز اصلاح شود. چهار روش برای استخراج نظرات اساسی خبرگان شرح داده است. این چهار روش عبارتند از روش گروهی مستقل^۱ (NGT)، روش پیمایش^۲، روش دلفی. در این تحقیق با توجه به ساختاریافته بودن الگوی تحقیق از روش پیمایش استفاده شده است. بدین منظور برای گردآوری نظر خبرگان از پرسشنامه به عنوان ابزار اصلی جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش استفاده شده است.

1. Nominal-Group-Technique

2. Survey

به منظور کمی سازی نظر خبرگان در این پرسشنامه از طیف لیکرت ۵ تایی (بسیار کم - بسیار زیاد) استفاده شده است. ابزار گردآوری اطلاعات در این تحقیق، پرسشنامه محقق ساخته است که شامل ۴۰ سؤال بسته با پاسخ های در طیف لیکرت می باشد. این سؤال ها سه شاخص پیشگیری، توانمندی یا حمایت اجتماعی و کاهش آسیب و درمان را به ترتیب در ۱۳، ۲۰ و ۷ عامل بررسی می نماید. بدین منظور این پرسشنامه بین ۳۰ نفر از افراد جامعه توزیع شد تا روایی سازه و پایایی شاخص ها با استفاده از AVE و ضریب همگرایی و روش آلفای کرونباخ بررسی شود.

جدول شماره ۴: ضرایب آلفای کرونباخ برای متغیرهای نمونه

سازه های تحقیق	میانگین واریانس تیین شده (AVE)	همگرایی (CCR)	آلفای کرونباخ
پیشگیری	۰,۶۲۸	۰,۷۵	۰,۷۴
توانمندسازی با حمایت اجتماعی	۰,۷۴۱	۰,۷۶	۰,۷۸
کاهش آسیب	۰,۶۷۸	۰,۸۰	۰,۸۲
کل پرسشنامه		۰,۷۹	۰,۷۷

تمامی ضرایب همبستگی در سطح اطمینان ۹۹٪ معنادار هستند.

در جدول (۳-۲) میانگین واریانس استخراج شده (AVE) و ضریب همگرایی (CCR) برای روایی و آلفای کرونباخ برای پایایی می باشند. با توجه به این که در این تحقیق شاخص AVE برای تمامی متغیرهای تحقیق بالای ۰/۵ است، لذا روایی همگرای سازه های مدل تأیید می شود. بالاترین میانگین واریانس تیین شده را متغیر توانمندسازی با حمایت اجتماعی داشته است و کمترین مقدار را متغیر پیشگیری داشته است. ضریب همگرایی و آلفای کرونباخ نیز به ترتیب روایی همگرایی و پایایی ابزار اندازه گیری را می سنجند. تمامی این ضرایب از مقدار ۰/۷ بالاتر می باشند و نشان از پایایی و روایی بالای ابزار اندازه گیری می باشد. به این ترتیب پس از تأیید روایی و پایایی ابزار طراحی شده و انجام اصلاحات، پرسشنامه آماده توزیع و جمع آوری اطلاعات شد و برای افراد انتخاب شده در نمونه ارسال گردید.

جدول شماره ۵ یافته های جمعیتی

سن		جنسیت				مرد	زنان	مجموع	وضعیت زندگی	وضعیت شغلی	تخصصیات	درصد فراوانی
		مجموع	مرد	زن	مجموع							
مجموع	۴۱ تا ۳۳ بالاتر از ۴۱	۳۳ تا ۲۵	۲۵ تا ۱۷	۱۰۷	۷۰	۳۷	۱۰۷	وضعیت زندگی	وضعیت شغلی	تخصصیات	درصد فراوانی	
۱۰۰,۰	۲۹	۳۴	۳۶	۱۰۷	۷۰	۳۷	۱۰۷	متاهل	شاغل	بی سواد	درصد فراوانی	
۱۰۰,۰	۲۷,۱	۳۱,۸	۳۳,۶	۱۰۰,۰	۶۵,۴	۳۴,۶	۱۰۰,۰	مجرد	بیکار	۷,۵	درصد فراوانی	
۱۰۰,۰	۲۷,۱	۳۱,۸	۳۳,۶	۱۰۰,۰	۶۵,۴	۳۴,۶	۱۰۰,۰	مجموع	مجموع	۷,۵	درصد فراوانی	
۱۰۰,۰	۹۲,۵	۶۵,۴	۳۳,۶	۱۰۰,۰	۳۹,۳	۳۴,۶	۱۰۰,۰	مجموع	مجموع	۷,۵	درصد فراوانی	
۲۲,۴	۷,۵	۱۰۰,۰	۶۴,۵	۱۰۰,۰	۳۹,۳	۶۰,۷	۱۰۰,۰	متاهل	شاغل	۷,۵	درصد فراوانی	
۱۶	۸	۳۸	۶۹	۱۰۷	۴۲	۶۵	۱۰۷	مجرد	بیکار	۸	درصد فراوانی	
۱۵,۰	۷,۵	۳۵,۵	۶۴,۵	۱۰۰,۰	۳۹,۳	۶۰,۷	۱۰۰,۰	متاهل	مجموع	۷,۵	درصد فراوانی	
۱۵,۰	۷,۵	۳۵,۵	۶۴,۵	۱۰۰,۰	۳۹,۳	۶۰,۷	۱۰۰,۰	مجرد	مجموع	۷,۵	درصد فراوانی	
۲۲,۴	۷,۵	۱۰۰,۰	۶۴,۵	۱۰۰,۰	۳۹,۳	۶۰,۷	۱۰۰,۰	متاهل	مجموع	۷,۵	درصد فراوانی	



نحوه بهبود عملکرد سازمان های مردم نهاد در مبارزه با مواد مخدر

خبرگان				
مجموع		شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری	شاغلین درسمن ها	پلیس مبارزه با مواد مخدر
۱۰۷		۱۴	۷۳	۲۰
۱۰۰,۰		۱۳,۱	۶۸,۳	۱۸,۷
۱۰۰,۰		۱۳,۱	۶۸,۳	۱۸,۷
		۱۰۰,۰	۶۸,۳	۱۸,۷
تحصیلات				
مجموع	فوق لیسانس و بالاتر	لیسانس	فوق دیپلم	دیپلم
۱۰۷	۶	۳۹	۱۸	۲۰
۱۰۰,۰	۵,۶	۳۶,۴	۱۶,۸	۱۸,۷
۱۰۰,۰	۵,۶	۳۶,۴	۱۶,۸	۱۸,۷
	۱۰۰,۰	۹۴,۴	۵۷,۹	۴۱,۱

یافته‌ها

قبل از تعیین نوع آزمون مورد استفاده به خصوص در آزمون‌های مقایسه‌ای لازم است از نرمال بودن متغیرها مطمئن شویم.

جدول شماره ۶- آزمون کولموگروف اسمیرنف متغیرهای تحقیق

مؤلفه کاهش آسیب	مؤلفه توانمندسازی یا حمایت اجتماعی	مؤلفه پیشگیری	
۱۰۷	۱۰۷	۱۰۷	تعداد
۳,۷۱۶۸	۳,۳۸۶۰	۳,۳۱۱۲	میانگین
۳۳۲۹۴.	۳۲۷۷۹.	۲۸۷۵۸.	انحراف معیار
۱,۲۳۶	۱,۲۶۲	۱,۱۰۹	آزمون کولموگروف- اسمیرنف
۱۳۲.	۰۸۳.	۱۷۱.	سطح معنی داری

در صورتی که متغیرها نرمال باشند، استفاده از آزمون‌های پارامتری توصیه می‌شود و در غیر این صورت استفاده از آزمون‌های معادل غیر پارامتری مدنظر قرار خواهد گرفت. برای تعیین نرمال بودن متغیرها بایستی سطح معنی داری بررسی شود. در صورتی که سطح معنی داری از عدد ۰/۰۵ کمتر باشد متغیر غیر نرمال و در صورت بیشتر از ۰/۰۵ نرمال است. نتیجه اینکه کیفیت متغیرها در جدول ثبت شده و همه نرمال هستند. با توجه به اینکه پرسشنامه ۵ گزینه‌ای لیکرت بوده و می‌خواهیم تأثیر سازمان‌های مردم‌نهاد در مبارزه با مصرف مواد مخدر را بررسی نماییم در نتیجه از آزمون مقایسه میانگین پارامتری تک نمونه‌ای استفاده می‌کنیم.

سؤال اول: چگونه می‌توان عملکرد سازمان‌های مردم‌نهاد را در حوزه‌ی فرهنگی و پیشگیری مصرف مواد مخدر افزایش داد؟

جدول شماره ۷- آزمون t برای سؤال اول

انحراف معیار	انحراف معیار	میانگین	تعداد	
۰,۲۷۸۰	۲۸۷۵۸	۳,۳۱۱۲	۱۰۷	مؤلفه پیشگیری

مقدار آزمون = ۳					
۹۵٪ فاصله اطمینان تفاضل	میانگین تفاضل	سطح معنی داری	درجه آزادی	t	
۳۶۶۳	۲۵۶۱	۰۰۰	۱۰۶	۱۱,۱۹۴	مؤلفه پیشگیری

با توجه به جدول بالا مشاهده می شود که میانگین مؤلفه پیشگیری از ۰,۰۵ کمتر بوده در نتیجه فرض صفر رد می شود یعنی مؤلفه پیشگیری در سطح متوسط قرار ندارد. همچنین از آنجا که مقدار میانگین آن ۳,۳۱ بوده و از مقدار ۳ بیشتر است در نتیجه می توان گفت مؤلفه پیشگیری در سطح مطلوب می باشد.

سؤال دوم: چگونه می توان عملکرد سازمان های مردم نهاد را در حوزه ی کاهش آسیب و درمان مصرف مواد مخدر افزایش داد؟

جدول شماره ۸- آزمون t برای سؤال دوم

انحراف معیار	انحراف معیار	میانگین	تعداد	
۰,۳۲۱۹	۳۳۲۹۴	۳,۷۱۶۸	۱۰۷	مؤلفه کاهش آسیب

مقدار آزمون = ۳					
۹۵٪ فاصله اطمینان تفاضل	میانگین تفاضل	سطح معنی داری	درجه آزادی	t	
۷۸۰۶	۶۵۳۰	۰۰۰	۱۰۶	۲۲,۲۷۱	مؤلفه کاهش آسیب

با توجه به جدول بالا مشاهده می شود که میانگین مؤلفه کاهش آسیب از ۰,۰۵ کمتر بوده در نتیجه فرض صفر رد می شود یعنی مؤلفه کاهش آسیب در سطح متوسط قرار ندارد. همچنین از آنجا که مقدار میانگین آن ۳,۷۲ بوده و از مقدار ۳ بیشتر است در نتیجه می توان گفت مؤلفه کاهش آسیب در سطح مطلوب می باشد.

سؤال سوم: چگونه می توان عملکرد سازمان های مردم نهاد را در حوزه ی صیانت و توانمندسازی مصرف مواد مخدر افزایش داد؟

جدول شماره ۹- آزمون t برای سؤال سوم

انحراف خطای میانگین	انحراف معیار	میانگین	تعداد			
۰.۳۱۶۹.	۳۲۷۷۹.	۳,۳۸۶۰	۱۰۷	مؤلفه توانمندسازی یا حمایت اجتماعی		
مقدار آزمون = ۳						
۹۵٪ فاصله اطمینان تفاضل		میانگین تفاضل	سطح معنی داری	درجه آزادی	t	مؤلفه توانمندسازی یا حمایت اجتماعی
حد بالا	حد پایین					
۴۴۸۸.	۳۲۳۲.	۳۸۵۹۸.	۰۰۰.	۱۰۶	۱۲,۱۸۱	

با توجه به جدول بالا مشاهده می شود که میانگین مؤلفه توانمندسازی از ۰,۰۵ کمتر بوده در نتیجه فرض صفر رد می شود یعنی مؤلفه توانمندسازی در سطح متوسط قرار ندارد. همچنین از آنجا که مقدار میانگین آن ۳,۳۹ بوده و از مقدار ۳ بیشتر است در نتیجه می توان گفت مؤلفه توانمندسازی در سطح مطلوب می باشد.

بحث و نتیجه گیری

سؤال اول: چگونه می توان عملکرد سازمان های مردم نهاد را در حوزه ی فرهنگی و پیشگیری مصرف مواد مخدر افزایش داد؟

با توجه به نتایج به دست آمده می توان گفت مؤلفه پیشگیری در سطح مطلوبی می باشد. و مهم ترین عامل در پیشگیری، همکاری سازمان های مردم نهاد با ارگان ها و جمعیت هایی که در زمینه فعالیت امدادی و پیشگیرانه اجتماعی فعالیت دارند بوده و عاملی که کمترین اثر را دارد مداخله سازمان های مردم نهاد در مقابله فرد با فشارهای اجتماعی همچون (فقر، شرایط غیر شاغلی و مدرک گرایی) می باشد. همچنین عوامل مؤثر بر افزایش عملکرد سازمان های مردم نهاد در حوزه ی فرهنگی و پیشگیری به ترتیب اثر عبارتند از:

همکاری سازمان های مردم نهاد با ارگان ها و جمعیت هایی که در زمینه فعالیت امدادی و پیشگیرانه اجتماعی فعالیت دارند، خدمات مشاوره ای سازمان های

مردم نهاد، اطلاع رسانی عمومی از عوارض مصرف مواد مخدر جدید صنعتی، ارائه خدمات مشاوره ای در آگاهی از بیماری های خطرناک نظیر ایدز و هپاتیت به معتادان، برگزاری کلاس های مشاوره ای برای خوابگاه های دانشجویی، انجام برنامه های مداوم ورزشی گذران اوقات فراغت، برگزاری کلاس های آموزشی و انجام خدمات روان شناختی، برگزاری کلاس های مشاوره ای و تعامل با وزارت آموزش و پرورش، ارائه مشاوره روانشناسی و مددکاری اجتماعی در مدارس جهت رفع مشکلات عاطفی اخلاقی و خانوادگی، مداخله سازمان های مردم نهاد در نگرش و جهان بینی مصرف کننده، مداخله سازمان های مردم نهاد در فرآیند جامعه پذیری افراد، آموزش زیان های مصرف مواد مخدر، انجام مشاوره های حقوقی، ایجاد افزایش اعتماد به نفس و بیان احساس به معتادان، آموزش کسب مهارت های زندگی و کاهش نگرانی ها و حل مشکلات، یاد دادن تصمیم گیری و گفتن نه به صورت قاطعانه، احیاء باورهای مذهبی و اعتقادات و پایبندی مذهبی، کمک های مادی سازمان های مردم نهاد در پیشگیری ارتکاب جرم افراد، مداخله سازمان های مردم نهاد در پیش پنداشته های افراد و مداخله سازمان های مردم نهاد در مقابله فرد با فشارهای اجتماعی همچون (فقر، شرایط غیر شاغلی و مدرک گرایی). نتایج حاصله با پژوهش های گلستانی، رضا (۱۳۸۷)، مکی علمداری، سارا (۱۳۸۹) نیز همسو می باشد.

سؤال دوم: چگونه می توان عملکرد سازمان های مردم نهاد را در حوزه ی کاهش آسیب مصرف مواد مخدر افزایش داد؟

با توجه به نتایج به دست آمده می توان گفت مؤلفه کاهش آسیب در سطح مطلوبی می باشد. مهم ترین عامل در کاهش آسیب، ارائه خدمات درمانی توسط سازمان های مردم نهاد بوده و عاملی که کمترین اثر را دارد دوری دادن فرد از اماکن و افراد نامناسب توسط سازمان های مردم نهاد می باشد. همچنین عوامل مؤثر بر افزایش عملکرد سازمان های مردم نهاد در حوزه ی کاهش آسیب مصرف مواد مخدر به ترتیب اثر عبارتند از:

ارائه خدمات مشاوره ای سازمان های مردم نهاد با نیروی انتظامی در مبارزه با اعتیاد، همکاری و خدمات مشاوره ای سازمان های مردم نهاد با زندان ها در بازپروری معتادین، همکاری و همدلی با فرد و اهمیت و شخصیت دادن به وی جهت ایجاد حس مسئولیت در قبال خانواده و جامعه، برگزاری جلسات آگاه سازی و کارگاه های توجیهی خانواده های رها یافتگان، فعالیت سازمان های مردم نهاد در جلوگیری مبتلا شدن اعضا دیگر خانواده های مبتلا به اعتیاد، همکاری و خدمات

مشاوره‌ای سازمان‌های مردم‌نهاد با شهرداری در سامان‌دهی معتادین، ایجاد اشتغال و جایگاه اجتماعی، کنترل و نظارت‌های غیررسمی، اجرای آموزش تخصصی T.O.T (آموزش برای آموزش گران)، حمایت معیشتی و ایجاد زمینه‌های شغلی، جلوگیری از گرایش مجدد ره‌یافتگان، فعالیت امدادی و ارائه خدمات حقوقی به خانواده‌ها و گروه‌های آسیب‌پذیر، کمک‌های مالی و درمانی در مبتلایان به بیماری‌های خطرناک. نتایج به دست آمده با پژوهش‌های مک‌کی، فرانکلین، پاتاپیس و لینچ، (۲۰۰۶) بیان زاده، بواله‌ری، عاطف وحید و همکاران (۲۰۰۷)، گسوپ، مادرسن، استوارت و ترسی، (۲۰۰۱) و شهیدی و خادمی (۱۳۹۲)؛ همسو می‌باشد.

سؤال سوم: چگونه می‌توان عملکرد سازمان‌های مردم‌نهاد را در حوزه‌ی صیانت و توانمندسازی مصرف‌مواد مخدر افزایش داد؟

با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت مؤلفه توانمندسازی در سطح مطلوبی می‌باشد. مهم‌ترین عامل در توانمندسازی، ارائه خدمات مشاوره‌ای سازمان‌های مردم‌نهاد با نیروی انتظامی در مبارزه با اعتیاد بوده و عاملی که کمترین اثر را دارد کمک‌های مالی و درمانی در مبتلایان به بیماری‌های خطرناک می‌باشد. همچنین عوامل مؤثر بر افزایش عملکرد سازمان‌های مردم‌نهاد در حوزه‌ی صیانت و توانمندسازی مصرف‌مواد مخدر به ترتیب اثر عبارتند از:

ارائه خدمات درمانی، ایجاد انگیزه و ترک، فعالیت‌های معطوف به معنویت درمانی نظیر دوازده قدم، کمک‌های درمانی و بستری شدن جهت ترک، کاهش استعداد اعتیاد پروری ساختار جامعه ایران، همکاری سازمان‌های مردم‌نهاد با فعالیت‌ها و نمایشگاه‌های پلیس، دوری دادن فرد از اماکن و افراد نامناسب. نتایج حاصله با پژوهش‌های باوی و برنا (۱۳۸۸)، خاکشور و عصمت پناه (۱۳۸۸)، آرامی، حسین (۱۳۸۷) نیز همسو بود.

پیشنهادها مبتنی بر یافته‌های تحقیق

- توانمندسازی اعضای سازمان‌های مردم‌نهاد از طریق بروز رسانی آموزش‌ها، طراحی فرآیندهای مشارکتی با استفاده از تجربیات نیروی انتظامی و سایر سازمان‌ها.
- شناسایی و سازمان‌دهی سازمان‌های مردم‌نهاد که در زمینه کاهش تقاضا) درمان و کاهش آسیب، صیانت و توانمندسازی و پیشگیری از مصرف مواد مخدر، برای حضور عملیاتی مؤثر در صحنه مبارزه با مواد مخدر
- سعی در تغییر نگرش و جهان‌بینی مصرف‌کننده

- تغییر دادن جامعه پذیری افراد
- افزایش کلاس های آموزش کسب مهارت های زندگی و ارائه مشاوره حقوقی در مورد زیان های مصرف مواد مخدر با استفاده از کارشناسان نیروی انتظامی و سایر سازمان ها
- افزایش اعتقادات مذهبی معتادان
- افزایش کمک های مالی سازمان های مردم نهاد برای پیشگیری از ارتکاب جرم افراد
- افزایش کلاس های آگاه سازی و کارگاه های توجیهی خانواده های رها یافتگان آشنا کردن ایشان به خدمات حقوقی
- آگاه کردن اعضای دیگر خانواده فرد معتاد از عواقب اعتیاد
- سامان دهی و ایجاد مکان های درمان معتادین با همکاری سازمان های مردم نهاد و شهرداری
- افزایش کمک های مالی و درمانی به افراد مبتلا به بیماری های خطرناک.
- توزیع اقلام بهداشتی بین معتادین در مراکز گذری برای پیشگیری از بیماریهای پر خطر
- ساماندهی تیم های سیار برای رساندن اقلام بهداشتی در اماکن پرخطر برای پیشگیری از بیماری
- کمک مالی برای درمان و بستری شدن افراد معتاد
- برگزاری دوره های آموزشی برای روشن کردن جوانان از عواقب اعتیاد
- افزایش همکاری سازمان های مردم نهاد با پلیس
- اشتغال زائی معتادین

منابع

- لوانی، سید مهدی. شیروانی، علیرضا. (۱۳۸۵). سرمایه اجتماعی (مفاهیم، نظریه‌ها و کاربردها). تهران: انتشارات مانی، چاپ اول.
- آرامی، حسین (۱۳۸۷)، بررسی موانع رشد سازمان‌های مردم‌نهاد در جمهوری اسلامی ایران، رساله کارشناسی ارشد دانشگاه تهران
- باوی، ساسان؛ برنا، محمدرضا؛ (۱۳۸۸) تأثیر خدمات روان‌شناختی دوره‌ی باز توانی بر خود پنداره‌ی منفی، اضطراب، افسردگی و عزت نفس معتادان، مجله: اعتیاد پژوهی « زمستان ۱۳۸۸، سال سوم - شماره ۱۲
- بروجنی بحرینی مجید، قائد امینی هارونی غلامرضا، سپهری کبری، (۱۳۹۲)، بررسی میزان اثربخشی و مقایسه چهار روش پیشگیری از سوء مصرف مواد (آموزش مهارت‌های زندگی، ارائه پوستر و کاتالوگ، ارسال پیام کوتاه (SMS) و نمایش فیلم) بر تغییر نگرش نسبت به مواد مخدر در دانش آموزان پسر مقطع متوسطه استان چهارمحال و بختیاری، فصلنامه علمی تخصصی دانش انتظامی چهارمحال و بختیاری شماره: ۱ دوره اول بهار ۱۳۹۲
- جزینی، علیرضا (۱۳۹۴)، تأثیر مواد مخدر روان گردان‌ها بر امنیت اجتماعی، فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، سال دوم، شماره ۷
- حامدی، علی؛ شهیدی، شهریار؛ خادمی، علی؛ (۱۳۹۲) اثربخشی ذهن آگاهی و مشاوره کاهش آسیب بر پیشگیری از عود مجدد مصرف مواد مخدر، مجله: اعتیاد پژوهی « زمستان ۱۳۹۲ - شماره ۲۸
- حقی، محمدعلی (۱۳۷۹)؛ فرآیند مشارکت تشکل‌ها در توسعه اجتماعی و اقتصادی ایران؛ مجموعه مقالات نقش و جایگاه NGOها در عرصه فعالیت‌های ملی و بین‌المللی، چاپ اول، دفتر مطالعات و تحقیقات سیاسی وزارت کشور، تهران
- رهنورد، فرج اله (۱۳۸۷)، عوامل مؤثر بر ارتقای عملکرد سازمان‌های بخش دولتی ایران، پژوهشنامه‌ی علوم انسانی و اجتماعی مدیریت سال هشتم، شماره‌ی ۴
- ستاد مبارزه باموادمخدر (۱۳۹۳)، سازمان‌های مردم نهاد و کاهش تقاضای مواد مخدر و روانگردان‌ها، دفتر برنامه ریزی و فناوری اطلاعات
- صادقی (۱۳۹۲). شورای هماهنگی استان خراسان رضوی، خبرگزاری مهر، شناسه خبر: ۲۱۷۰۳۹۹.
- صادقی، محسن (۱۳۹۳). فعالیت سمن در خراسان رضوی، خبرگزاری مهر، شناسه خبر: ۲۴۳۱۳۵۳
- صدقپور، صالح، بهرام، اسدی، مسعود و میر نادر میری (۱۳۸۹) رابطه نیازهای



بنیادین و حمایت اجتماعی در سازگاری آموزشی، اجتماعی و عاطفی دانش آموزان، مجله روانشناسی ۵۶، سال چهاردهم، شماره ۴

● طاهری، محمدعلی (۱۳۸۷)، امنیت انسانی و سیاست جنایی پیشگیرانه در برابر مواد مخدر، مجموعه مقاله های همایش بین المللی امنیت انسانی در غرب آسیا
● عزیزی، عبدالرضا، (۱۳۸۴) پیشگیری و درمان اعتیاد، انتشارات چهارم، چاپ سوم.

● عصمت پناه، ام البنین، خاکشور، حسین (۱۳۸۸)، تأثیر آموزش مهارت های زندگی بر گرایش نسبت به مواد مخدر در مراجعه کنندگان به مراکز درمان و باز توانی اعتیاد فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال سوم، شماره دوازدهم
● علی پور احمد (۱۳۸۵) ارتباط حمایت اجتماعی با شاخص های ایمنی بدن در افراد سالم: بررسی مدل تاثیر کلی،

● گاجل، رابرت. جی و دیگران (۱۳۷۷). زمینه روان شناسی تندرستی، ترجمه دکتر غلامرضا خوی نژاد، تهران، انتشارات آستان قدس رضوی.

● گلستانی، رضا (۱۳۸۷)، اقدامات سازمان های مردم نهاد در حوزه مواد مخدر (در تهران بزرگ) به مطالعه موردی سازمان های مردم نهاد در حوزه مواد مخدر در تهران بزرگ، دانشگاه علوم انتظامی، رساله کارشناسی ارشد
● گلشن پژوه، محمودرضا (۱۳۸۶)؛ راهنمای سازمان های غیردولتی؛ چاپ دوم، انتشارات موسسه ابرار معاصر تهران، تهران

● مجله ایران پاک (۱۳۸۷)، میزگرد همراه با سازمان های مردم نهاد، دوره پنجم، شماره پنجم، انتشارات روابط عمومی ستاد مبارزه با مواد مخدر

● مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران اندیشه و رفتار ۱۲ (۲ پیاپی ۴۵)

● معصومی راد، رضا (۱۳۸۹) الگوی کاهش تقاضای مواد مخدر در ایران (با تأکید بر پیشگیری و درمان)، ناشر: جامعه و فرهنگ، مجری طرح: پژوهشکده تحقیقات راهبردی، تهران

● معیدفر، سعید (۱۳۸۵)، جامعه شناسی مسائل اجتماعی ایران، تهران: نور علم

● مکی، سارا؛ جلالی پور حمید (۱۳۸۹)، تحلیل عملکرد سازمان های مردم نهاد در حوزه مبارزه با اعتیاد و مواد مخدر، با نگاه، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد

- Botvin, G.J. (2000) Principles of Prevention in R.H.Goombd(ed) . Hand book on drug abuse prevention: A comprehensive strategy to prevent the abuse of Alcohol and other drugs.



- Cohen, K, A (1982) «The Delinquency Subculture». in Rose Giallombardo(ed) Juvenile Delinquency: A Book of Reading. New York, Willy.
- Decker, C. L. (2007). Social support and adolescent cancer survivor: A review of the literature. Psycho Oncology, 11-1 ,16
- Drentea, Patricia et al., (2006). Predictors of Improvement in Social Support, Social Sciences & Medicine, 63. pp: 67 -957
- Gordon, J. (1994). African American perspective. In: J. U. Gordon (Ed.), Managing Multi-Culturalism in Substance Abuse Services, pp. 71- 45. Thousand Oaks, CA: Sage Publications
- Mohajerani M. Collection articles of volunteers community organizations relation to government. 1th Edition, Salman Publication: Tehran, 2003 [Persian]
- Namazi B. Volunteer's community organizations in Iran. 1th Edition, Published by Municipalities Organization: Tehran, 2002 [Persian]
- Sarafino, Edward. P (1998). Health Psychology, Third Edition, New York, John Wiley & Sons
- World Health Organization. WHO and Civil Society: Linking for better health. Available at: 2002 www.who.int/civilsociety/documents/en/CSICaseStudyE.pdf