

| | | | |
|------------------------|--------------------------|------------------------|---------------------|
| نوع مقاله: علمی پژوهشی | تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۲/۲۵ | تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۳/۱۰ | شماره صفحه: ۴۰۷-۳۸۵ |
|------------------------|--------------------------|------------------------|---------------------|

آسیب شناسی سیاستگذاری جمهوری اسلامی ایران در پیشگیری اولیه از اعتیاد هدف این پژوهش است که با روش آمیخته (ترکیبی) مشتمل بر روش دلفی، تحلیل محتوا، تحلیل عاملی و تحلیل سلسله مراتبی انجام گرفته است. جامعه مورد مطالعه را چهار گروه سیاستگذاران، مدیران اجرایی، صاحب نظران و ذی نفعان (معتادان بهبود یافته) شامل می شود. داده های جمع آوری شده در فرایند سیاستگذاری ما را به موانع مهم در آسیب شناسی سیاست ها رهنمون کرده است. همچنین یافته نشان می دهد ذاتی نبودن امر پیشگیری در وظایف نهادهای متولی، عدم ادغام فعالیت های پیشگیرانه در ساختار دستگاه های اجتماعی کشور، ابهام در سازوکار ارزیابی و نظارت، تمایل سیاستگذاران و مدیران به برنامه های زودبازده و کوتاه مدت، عدم تناسب سیاست های پیشگیرانه با حجم و عمق مسئله اعتیاد از مهم ترین آسیب های سیاستگذاری پیشگیری اولیه از اعتیاد به حساب می آیند.

کلیدواژه ها: سیاستگذاری؛ پیشگیری اولیه؛ اعتیاد؛ روش آمیخته؛ ایران

* دانش آموخته دکتری سیاستگذاری عمومی، دانشکده علوم انسانی و حقوق، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران؛

Email: mahdavian110@gmail.com

** دانشیار دانشکده علوم اداری و اقتصاد، دانشگاه اصفهان (نویسنده مسئول)؛ Email: h.masoudnia@ase.ui.ac.ir؛

*** استادیار دانشکده علوم انسانی و حقوق، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران؛

Email: yazdani.mrz@khuisf.ac.ir

مقدمه و بیان مسئله

امروزه اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یک تهدید و مشکل عمومی در عرصه بین‌المللی، اغلب کشورها و دولت‌ها را درگیر کرده است. اعتیاد پدیده‌ای چندوجهی و چندسببی نه تنها امنیت فردی، بلکه امنیت اجتماعی و کارکردهای کلی جوامع را مورد تهدید جدی قرار داده است. این پدیده شوم در معاملات بین‌المللی گردش حدود ۱۴۰۰ تا ۱۶۰۰ میلیارد دلار - ناشی از قاچاق مواد در جهان - دارد (صرامی فروشانی، ۱۳۹۶: ۷). روند رو به رشد ۱۹ درصدی تقاضای مواد و تعداد مصرف‌کنندگان از ۲۰۸ میلیون نفر با نرخ شیوع مصرف ۴/۹ درصدی در سال ۲۰۰۶ به ۲۴۷ میلیون نفر با نرخ شیوع ۵/۲ درصد در سال ۲۰۱۵ میلادی رسیده است. براساس گزارش سالیانه دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد میزان خسارت ناشی از سوءمصرف مواد مخدر^۱ و اختلالات و بیماری‌های ناشی از آن، سالیانه ۲۸ میلیون سال از عمر مفید^۲ انسان‌ها را به ناتوانی یا مرگ تبدیل می‌کند (9: 2017, UNODC^۳). رشد مصرف مواد در مردان سه برابر زنان در عرصه جهانی رسیده است. متأسفانه رشد فزاینده تولید مواد مخدر نیز در همسایگی ایران تداوم داشته به طوری که در سال ۲۰۱۷ تولید تریاک در افغانستان به میزان بی سابقه ۹۰۰۰ تن رسیده است (رحمانی فضلی، ۱۳۹۶). این در حالی است که میزان تولید در سال قبل از آن - یعنی ۲۰۱۶ - حدود ۴۸۰۰ تن برآورد شده است که رشد ۸۸ درصدی تولید را در سال ۲۰۱۷ نشان می‌دهد. کشور ایران نیز از این قافله شوم در امان نبوده و آثار مخرب آن را متحمل شده است. اعتیاد، پس از بیکاری و گرانی، از جمله مهم‌ترین مسائل اجتماعی در نظر ایرانیان است. براساس نگرش سنجی سال ۱۳۹۷ از مردم ایران با سنین ۱۵ تا ۶۴ سال، معادل ۲۸/۷۷ درصد افراد نگرش بینابین و مثبت به مصرف مواد داشته‌اند که این رقم در سال ۱۳۸۳ معادل ۱۱/۵ و در سال ۱۳۹۳ معادل ۲۷/۹۳ درصد روی طیف مزبور بوده و بیانگر رشد نگرش مثبت به مصرف مواد در کشور است. همچنین در سال ۱۳۹۷ روی طیف صفر تا صد معادل ۱۶/۹۹ درصد از جمعیت ۱۵ تا ۶۴

1. Drug Abuse

۲. شاخص فاصله سلامت (Disability Adjusted Life Years (DALYs)) که بیانگر سال‌های ازدست‌رفته عمر سالم انسان‌ها در اثر معلولیت یا مرگ است.

3. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)

سال کشور تمایل به مصرف داشته‌اند که این رقم در سال ۱۳۹۳، ۱۶/۸۱ بوده که بیانگر افزایش میل به مصرف مواد در سال‌های اخیر در کشور است (صرامی فروشانی، ۱۳۹۷: ۳).

در ادبیات سیاستگذاری عمومی^۱، ویژگی عمومی^۲ بودن یک مسئله شرط اساسی برای ورود آن به دستور کار سیاستگذاران در نظر گرفته می‌شود (Parsons, 1995: 11). قطعاً اعتیاد به مواد مخدر نیز با توجه به میزان اثرگذاری آن بر جامعه می‌تواند به‌عنوان یک مشکل و مسئله عمومی تلقی شود. طی سالیان اخیر افزایش تعداد مصرف‌کنندگان مواد مخدر در ایران، کاهش میانگین سن شروع مصرف و افزایش درصد بانوان مصرف‌کننده این مواد، ذهن سیاستگذاران پیشگیری و کنترل مواد مخدر را به خود مشغول کرده است. چنانکه داده‌ها نشان می‌دهد مصرف تریاک در ایران به‌خصوص در افراد ۱۵ تا ۶۰ سال بسیار بالاست، به طوری که حدود ۲۰ درصد از این افراد تریاک مصرف می‌کنند (آزمایشی - تفننی - وابستگی) که این بیشترین میزان مصرف را در بین کشورهای جهان در این بازه سنی نشان می‌دهد (Zarghami, 2015: 8). همچنین، طبق گزارش سخنگوی ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور نرخ شیوع یا درصد جمعیت معتادان ۱۵ تا ۶۴ سال در سال ۱۳۹۰، ۲/۶ درصد بوده و در سال ۱۳۹۵ این عدد به ۵/۳ درصد رسیده است (افشار، ۱۳۹۶/۴/۴). برخی مطالعات بر افزایش مصرف هروئین به‌علاوه مصرف متامفتامین و انواع محرک‌ها در ایران تمرکز کرده‌اند. از سال ۲۰۰۴، مصرف متامفتامین معتادان از میزانی ناچیز و نزدیک به صفر به مصرف ۳/۵ درصد در سال ۲۰۰۷ رسیده است (UNODC, 2010: 8). این آمار در سالیان اخیر نیز به شدت افزایش یافته است. با توجه به اعلام مراجع رسمی بعد خانوار تا پایان سال ۱۳۹۵ در کشور ۳/۸ نفر است (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۶)، با احتساب عدد ۲ میلیون و ۸۰۸ هزار نفر برای معتادان کشور (تا پایان سال ۱۳۹۵) به این نتیجه می‌رسیم که حدود ۱۰ میلیون نفر در کشور به‌طور مستقیم درگیر حوزه اعتیاد هستند که نشان می‌دهد اعتیاد بالاترین جایگاه را در میان آسیب‌های اجتماعی کشور دارد (صفتیان، ۱۳۹۶/۴/۴).

از سوی دیگر حد فاصل سال‌های ۱۳۵۸ تا ۱۳۹۷ در اجرای سیاستگذاری کلان کشور برای مبارزه با مواد مخدر، تعداد ۸ میلیون و ۳۰۰ هزار نفر دستگیر، بیش از ۵ میلیون نفر از

1. Public Policy

2. Public

آنان به زندان رفته‌اند، کشف بیش از ۱۱۵۰۰ تن مواد مخدر و به شهادت رسیدن ۳۸۱۷ نفر و جانباز شدن بیش از ۱۴۰۰۰ نفر را در پی داشته است (الوانی و همکاران، ۱۳۹۸: ۳۰). بنابراین سیاستگذاری‌های کشور با وجود هزینه‌ها و موفقیت‌هایی در عرصه مقابله با عرضه، در پیشگیری از اعتیاد به‌رغم تصویب قوانین و اسناد سیاستی متعدد در حوزه اجرا موفق نبوده و ضرورت بازنگری در سیاست‌ها یا شیوه اجرای آنها را نمایان می‌کند. مقاله حاضر در نظر دارد به آسیب‌های سیاستگذاری جمهوری اسلامی ایران در پیشگیری اولیه از اعتیاد بپردازد. بنابراین اساس سؤال اصلی این پژوهش عبارت است از «چه آسیب‌هایی در سیاستگذاری جمهوری اسلامی ایران در پیشگیری اولیه از اعتیاد وجود دارد؟». پژوهش حاضر در این مسیر، با رجوع به نخبگان و افراد دارای سابقه و نظر با استفاده از روش تحقیق آمیخته اقدام کرده است.

علم سیاستگذاری عمومی، علمی است که در مسیر رسیدن به سؤال اصلی پژوهش کمک کرده و تعاریف متعددی دارد. «شافریتز»^۱ سیاستگذاری عمومی را عبارت از عمل یا عدم عمل کردن یک دولت می‌داند. توماس دای^۲ «آنچه را دولت انجام می‌دهند» مطرح می‌کند. لاسول^۳ سیاستگذاری را برنامه مدونی از اهداف، ارزش‌ها و کنش‌ها می‌خواند؛ اما پی یرمولر^۴ کوتاه‌ترین و موجزترین تعریف را ارائه می‌کند: سیاستگذاری عمومی، علم دولت در عمل است» (ملک محمدی، ۱۳۹۴: ۱۷). در این پژوهش تعریف مولر برای سیاستگذاری عمومی مدنظر قرار گرفته است.

همچنین ذکر این نکته ضروری است که پیشگیری^۵ از اعتیاد به معنای پیشگیری اولیه از فرایند منجر به اعتیاد شامل گرایش به مصرف، مصرف آزمایشی، مصرف کارگاهی، سوء مصرف و وابستگی است (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۹۰: ۶). در گذشته برنامه‌های پیشگیری را به سه سطح اولیه، ثانویه و ثالث تقسیم می‌کردند. این تقسیم‌بندی تا حدودی مغشوش و گیج‌کننده بود از این‌رو از سال ۱۹۹۴ تقسیم‌بندی جدیدی مطرح شد که طبق آن، برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد را می‌توان

1. Shafrytz
2. Thomas Dye
3. Laswell
4. Piere Muller
5. Prevention

براساس سطح درگیری جامعه هدف با مصرف مواد به سه نوع تقسیم کرد: «همگانی»^۱، «انتخابی»^۲ و «موردی»^۳ (Robertson, David and Rao, 2006). در این پژوهش منظور پیشگیری اولیه است.

۱. روش شناسی پژوهش

۱-۱. راهبرد پژوهش

راهبرد پژوهش در این مقاله به صورت روش آمیخته^۴ و ترکیبی از روش های کمی و کیفی است. لازم به توضیح است که با توجه به ماهیت آسیب شناسانه این پژوهش در خصوص آسیب شناسی سیاست های اتخاذ شده از سوی دولت و لزوم تبادل نظر با نخبگان این موضوع، از «روش دلفی»^۵ به عنوان روش اصلی تحقیق استفاده شده است. از آنجاکه دلفی روشی سیستماتیک در تحقیق برای استخراج نظرات از یک گروه متخصصان در مورد یک موضوع یا یک سؤال است (Sandford and Hsu, 2008) و با یک سری از راندهای پرسشنامه ای و بازخورد نظرات به اعضای پانل انجام می شود، (Keeney, Hasson and McKenna, 2001)؛ از افراد متخصص در مورد موضوع اعتیاد و آسیب های سیاست های پیشگیرانه از اعتیاد تا زمان دستیابی به اجماع نظرات درخواست قضاوت های حرفه ای مستمر صورت می پذیرد. برای هر مرحله از راندهای دلفی، مطابق با جدول ۱ از روش های تحلیل محتوا (کیفی)، تحلیل عاملی و تحلیل سلسله مراتبی^۶ استفاده شده است.

جدول ۱. روش تجزیه و تحلیل مراحل دلفی

| مرحله دلفی | روش تجزیه و تحلیل |
|------------|--------------------------|
| مرحله اول | تحلیل محتوا |
| مرحله دوم | تحلیل عاملی |
| مرحله سوم | تحلیل سلسله مراتبی (AHP) |

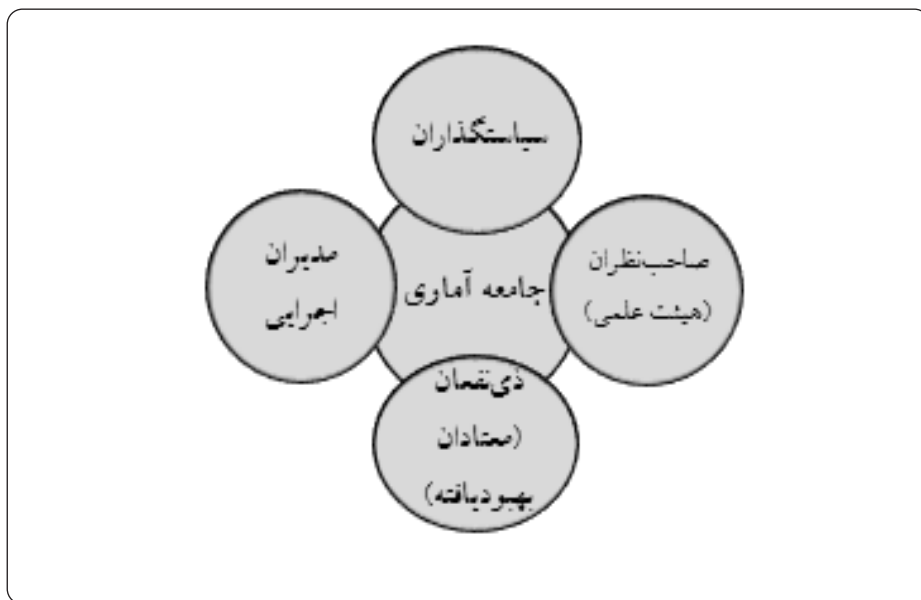
مأخذ: یافته های تحقیق.

1. Universal
2. Selective
3. Indicated
4. Mixed Method
5. Delphi Technique
6. Analytical Hierarchy Process (AHP)

۱-۲. جامعه آماری و نمونه‌گیری

جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش غالباً نخبگان فعال در زمینه پیشگیری و کاهش تقاضای مواد مخدر طی سالیان اخیر در مراکز ستادی، ملی و مجامع علمی بوده‌اند. از آنجاکه برای آسیب‌شناسی سیاست‌ها نیازمند چهار گروه هدف مشتمل بر سیاستگذاران، مدیران اجرایی، صاحب‌نظران و ذی‌نفعان بوده‌ایم، به این منظور از روش انباشتی (گلوله برفی) برای انتخاب نمونه از این جامعه استفاده شده است. در این روش ابتدا به یک فرد خبره و نخبه مراجعه شده و پس از اخذ نظرها و دیدگاه‌ها، از او خواسته شد تا افراد دیگری را که در هرکدام از گروه‌های هدف چهارگانه ذکر شده در بالا می‌شناسد، معرفی کند. این روش نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع نظری لازم برای مرحله اول دلفی (تحلیل محتوا) ادامه یافته است. بر این اساس در مجموع ۳۵ نفر در پژوهش حاضر شناسایی شده‌اند که توزیع آماری آنها در جدول ۲ ارائه شده است.

شکل ۱. گروه‌های هدف تشکیل دهنده جامعه آماری



مأخذ: یافته‌های تحقیق.

جدول ۲. توزیع نمونه آماری بر مبنای گروه هدف

| تعداد (نفر) | نمونه آماری |
|-------------|-------------------------------|
| ۱۱ | سیاستگذاران |
| ۱۲ | مدیران اجرایی |
| ۸ | صاحب نظران (هیئت علمی) |
| ۴ | ذی نفعان (معتادان بهبودیافته) |
| ۳۵ | جمع نفرات |

مأخذ: همان.

همچنین چهار گروه فوق الذکر افرادی هستند که در تدوین، اجرا و ارزیابی سیاست‌ها دخیل بوده‌اند و امکان اظهار نظر در این خصوص را داشته‌اند. در این پژوهش از پرسشنامه باز برای دور اول و پرسشنامه محقق ساخته برای دور دوم و سوم گردآوری داده‌ها استفاده شده است. با توجه به لزوم رعایت همه معیارهای اخلاقی گردآوری داده‌ها این اطمینان به همه افراد داده شد که اطلاعات شخصی آنان و هویت افراد نزد پژوهشگر محفوظ خواهد ماند.

همچنین در بررسی سیاست‌های اتخاذ شده در ایران و معیارهای ملی و بین‌المللی در حوزه پیشگیری از اعتیاد، از روش مطالعه اسنادی - کتابخانه‌ای و از ابزار فیش برداری بهره گرفته شده است. «استفاده از متن، کتب و اسناد سیاستی بازگوکننده واقعیت و پدیده‌های اجتماعی مورد نظر به ما کمک می‌کند تا ضمن جستجو در مرحله مطالعات اکتشافی، براساس پرسش اصلی پژوهش حاضر، نسبت به دسته‌بندی داده‌ها مبادرت نماییم» (وبر، ۱۳۹۰: ۵۴). به همین دلیل در دور اول این پژوهش علاوه بر پرسشنامه باز، نمونه‌گیری از میان منابع سیاستی اعم از بین‌المللی و ملی صورت گرفته و این کار براساس چهار معیار اصالت، اعتبار، نمایا بودن و معنادار بودن انجام پذیرفته است. برای مطالعه اسنادی - کتابخانه‌ای نیز از روش نمونه‌گیری انباشتی (گلوله برفی) استفاده شده است یعنی با رجوع به فهرست و منابع مطالعات و اسناد سیاستی به سمت منابع بیشتر حرکت شد تا اشباع نظری مورد نظر حاصل شود (5: Scott-Samuel, Birley and Ardern, 2001).

۲. تجزیه و تحلیل داده‌ها و ارائه یافته‌های پژوهش

همان‌گونه که اشاره شد در انجام این تحقیق از روش دلفی استفاده شده است. بر این اساس ابتدا پیشینه پژوهشی سیاست‌های اتخاذ شده در پیشگیری اولیه از اعتیاد استخراج و سپس راندهای دلفی اجرا شده است. براساس تعریف موضوع، تخصص‌های مورد نیاز تعیین و اعضای پانل دلفی در سه مرحله و با استفاده از روش‌های نمونه‌گیری غیراحتمالی، شناسایی و انتخاب شدند. پس از تعیین اعضای پانل، دلفی در سه دور انجام شده است. پرسشنامه‌های هر دور به صورت حضوری یا مجازی توزیع و گردآوری شده‌اند. به طور مختصر از میان ۳۵ پرسشنامه باز و نیز مطالعات اسناد سیاستی و پژوهش‌های انجام گرفته، به ترتیب ۲۷۸ و ۴۷ کد محتوایی و در مجموع ۳۲۵ کد استخراج شده است که پس از دسته‌بندی و ادغام کدهای مشابه به ۴۶ آسیب در سیاستگذاری رسید. سپس در مرحله دوم با استفاده از روش تحلیل عاملی با سطح اطمینان ۰/۵ به ۲۷ آسیب مهم‌تر اشاره شد و در مرحله سوم با روش تحلیل سلسله‌مراتبی این ۲۷ آسیب رتبه‌بندی شدند. در دور اول دلفی از اعضای پانل درخواست شده تا آسیب‌های سیاست‌های جمهوری اسلامی ایران را در پیشگیری اولیه از اعتیاد بیان کنند و درباره آن توضیح مختصری دهند. ۳۵ پرسشنامه برگشت داده شده با روش تحلیل محتوا، کدگذاری شده است. جدول ۳ نمونه‌ای از فرایند کدگذاری و استخراج آسیب‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۳. نمونه‌ای از فرایند کدگذاری

| گزاره | کُد یا مفهوم اولیه | مانع اجرایی |
|--|--|--------------------|
| برنامه‌های اجرا شده دستگاه‌های دولتی عمدتاً به صورت سطحی و فاقد برنامه‌ریزی متناوب بوده و ملاحظات سنی، جنسیتی در آنها لحاظ نشده است. این برنامه‌ها تمرکز خاصی بر مخاطب ندارند، تناوب اجرا نامعلوم است و قالب‌های قوی و اثرگذار در آنها استفاده نشده است. | برنامه‌های سطحی/ فقدان برنامه‌ریزی/ بی‌توجهی به عامل سن و جنسیت/ مخاطب غیرمتمرکز/ تناوب نامعلوم/ قالب ضعیف | ضعف برنامه عملیاتی |

مأخذ: همان.

در دور دوم، دلفی با طراحی و توزیع پرسشنامه دو هدف مشتمل بر کسب نظر اعضای پانل درباره اهمیت آسیب‌های موجود و نیز تکمیل کردن موانعی که در دور اول احصا نشده و از نظر داوران اهمیت دارد، دنبال شده است. سپس پرسشنامه‌های جمع‌آوری شده با روش تحلیل عاملی و ضریب اطمینان ۰/۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است و آسیب‌های با رتبه بالاتر (سطح عاملی بالای ۰/۵) استخراج شده است که تعداد آنها ۲۸ آسیب بوده است. جدول ۴ بخشی از اقدام‌های این مرحله دلفی را نشان می‌دهد.

جدول ۴. نمونه‌ای از دور دوم دلفی و تحلیل با روش سطح عاملی

| تأیید/عدم تأیید | سطح عاملی | آسیب‌های سیاستگذاری |
|-----------------|-----------|---|
| تأیید نشد | ۰/۱۸ | کمبود کادر متخصص در اجرای سیاست‌ها |
| تأیید نشد | ۰/۲۲ | ضعف انگیزه در نیروی انسانی پیشگیری |
| تأیید شد | ۰/۷۰ | عمر کوتاه مدیریتی و بی‌ثبات سیاست‌های پیشگیرانه |
| تأیید شد | ۰/۶۹ | فقدان نظام ملی پیشگیری در کشور |
| تأیید شد | ۰/۷۱ | تکثر و تداخل نهادهای متولی در امر پیشگیری |
| تأیید شد | ۰/۵۷ | عدم تخصیص بودجه کافی به سیاست‌های پیشگیرانه |
| تأیید شد | ۰/۷۳ | ضعف همکاری‌های بین‌بخشی |

مأخذ: همان.

در دور سوم نیز هدف اصلی رتبه‌بندی یا تحلیل سلسله‌مراتبی آسیب‌ها بود که اعضای پانل در دوره قبل درباره اهمیت آنها به اجماع رسیده بودند. بنابراین پرسشنامه‌های جمع‌آوری شده با روش تحلیل سلسله‌مراتبی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. به‌عنوان نمونه مقادیر حاصل از تحلیل سلسله‌مراتبی آسیب‌های مرحله اجرای سیاست‌ها به صورت نرمالیزه در قالب جدول ۵ ارائه شده است. همچنین مهم‌ترین مرحله و پنج آسیب مهم‌تر نسبت به کل آسیب‌ها انتخاب شده و در جدول ۶ و ۷ نمایش داده شده است.

جدول ۵. مقادیر نرمال شده تعیین اولویت آسیب‌های مرحله اجرای سیاست‌ها

| آسیب‌های مرحله اجرا | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|-----------|--------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|
| اولویت | وزن نهایی | ۱۶ | ۱۵ | ۱۴ | ۱۳ | ۱۲ | ۱۱ | ۱۰ | ۹ | ۸ | ۷ | ۶ | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ |
| ۱۲ | ۰/۰۵ | ۰/۰۵۱ | ۰/۰۴۷ | ۰/۰۴۸ | ۰/۰۴۶ | ۰/۰۳۶ | ۰/۰۳۹ | ۰/۰۳۷ | ۰/۰۵۶ | ۰/۰۴۶ | ۰/۰۵۲ | ۰/۰۳ | ۰/۰۶۸ | ۰/۰۷۴ | ۰/۰۶۱ | ۰/۰۵۶ | ۰/۰۴۹ |
| ۶ | ۰/۰۶۶ | ۰/۰۸۵ | ۰/۰۶۵ | ۰/۰۶۱ | ۰/۰۷۲ | ۰/۰۶۵ | ۰/۰۹۳ | ۰/۰۶۹ | ۰/۰۵۲ | ۰/۰۴۸ | ۰/۰۵۹ | ۰/۰۷۹ | ۰/۰۵۱ | ۰/۰۶۲ | ۰/۰۶۵ | ۰/۰۶۶ | ۰/۰۵۷ |
| ۱۴ | ۰/۰۴۴ | ۰/۰۴۷ | ۰/۰۳۲ | ۰/۰۳۵ | ۰/۰۵۱ | ۰/۰۴۱ | ۰/۰۳۴ | ۰/۰۵۶ | ۰/۰۴۸ | ۰/۰۴۱ | ۰/۰۳۳ | ۰/۰۵۵ | ۰/۰۵۲ | ۰/۰۵۴ | ۰/۰۴۳ | ۰/۰۴۳ | ۰/۰۳۵ |
| ۱۱ | ۰/۰۵۲ | ۰/۰۶۱ | ۰/۰۵۹ | ۰/۰۴۸ | ۰/۰۵۴ | ۰/۰۷ | ۰/۰۵۷ | ۰/۰۴۸ | ۰/۰۶۸ | ۰/۰۶۶ | ۰/۰۳۷ | ۰/۰۴ | ۰/۰۴۸ | ۰/۰۵۵ | ۰/۰۴۴ | ۰/۰۵۲ | ۰/۰۳۲ |
| ۷ | ۰/۰۶۴ | ۰/۰۵۴ | ۰/۰۹۳ | ۰/۰۶ | ۰/۰۹ | ۰/۰۵۲ | ۰/۰۷۴ | ۰/۰۶۵ | ۰/۰۵۸ | ۰/۰۶۱ | ۰/۰۷۲ | ۰/۰۵۳ | ۰/۰۶ | ۰/۰۴۵ | ۰/۰۷۸ | ۰/۰۴۳ | ۰/۰۴۳ |
| ۱۰ | ۰/۰۵۶ | ۰/۰۵۸ | ۰/۰۴۹ | ۰/۰۶۲ | ۰/۰۵۸ | ۰/۰۳۶ | ۰/۰۵۲ | ۰/۰۶۱ | ۰/۰۴۷ | ۰/۰۵۳ | ۰/۰۴۵ | ۰/۰۵۶ | ۰/۰۶۱ | ۰/۰۷۸ | ۰/۰۴۶ | ۰/۰۹۳ | ۰/۰۹۳ |
| ۲ | ۰/۰۸۱ | ۰/۰۶۷ | ۰/۰۶ | ۰/۰۸۳ | ۰/۰۸ | ۰/۰۸۳ | ۰/۰۸۴ | ۰/۰۹۴ | ۰/۰۴۹ | ۰/۰۷۸ | ۰/۰۷۹ | ۰/۰۹۷ | ۰/۰۷۲ | ۰/۰۹۷ | ۰/۰۸۷ | ۰/۰۷۴ | ۰/۰۷۴ |
| ۹ | ۰/۰۶۲ | ۰/۰۷۲ | ۰/۰۵۷ | ۰/۰۵۲ | ۰/۰۵۸ | ۰/۰۴۳ | ۰/۰۵۳ | ۰/۰۱ | ۰/۰۵۱ | ۰/۰۶۱ | ۰/۰۶۵ | ۰/۰۶۳ | ۰/۰۵۵ | ۰/۰۵۴ | ۰/۰۶۴ | ۰/۰۸۳ | ۰/۰۶۵ |
| ۱۳ | ۰/۰۴۶ | ۰/۰۴ | ۰/۰۳۷ | ۰/۰۵ | ۰/۰۳۷ | ۰/۰۲۷ | ۰/۰۳۱ | ۰/۰۵۲ | ۰/۰۴۶ | ۰/۰۶۴ | ۰/۰۶۸ | ۰/۰۵۵ | ۰/۰۴۸ | ۰/۰۴۷ | ۰/۰۴۳ | ۰/۰۵۸ | ۰/۰۴۱ |
| ۴ | ۰/۰۷۲ | ۰/۰۹۲ | ۰/۰۸۷ | ۰/۰۷۱ | ۰/۰۹۶ | ۰/۰۸۴ | ۰/۰۶۸ | ۰/۰۷ | ۰/۰۵۶ | ۰/۰۴۴ | ۰/۰۵۸ | ۰/۰۵۵ | ۰/۰۸۳ | ۰/۰۷۱ | ۰/۰۵۲ | ۰/۰۶۶ | ۰/۰۹۲ |
| ۱۵ | ۰/۰۴ | ۰/۰۳۵ | ۰/۰۳۶ | ۰/۰۳۵ | ۰/۰۳۳ | ۰/۰۳۵ | ۰/۰۳۹ | ۰/۰۴۱ | ۰/۰۵۶ | ۰/۰۴۷ | ۰/۰۳۶ | ۰/۰۴۲ | ۰/۰۳۸ | ۰/۰۳۸ | ۰/۰۵۴ | ۰/۰۲۸ | ۰/۰۵ |
| ۸ | ۰/۰۶۳ | ۰/۰۴ | ۰/۰۵۲ | ۰/۰۶۱ | ۰/۰۵ | ۰/۰۵۹ | ۰/۰۶ | ۰/۰۵۳ | ۰/۰۹۳ | ۰/۰۸۷ | ۰/۰۵۵ | ۰/۰۹۱ | ۰/۰۷۸ | ۰/۰۳۵ | ۰/۰۶ | ۰/۰۵۹ | ۰/۰۷۹ |
| ۳ | ۰/۰۷۶ | ۰/۰۱۰۱ | ۰/۰۹۱ | ۰/۰۶۵ | ۰/۰۷۶ | ۰/۰۸۷ | ۰/۰۸۲ | ۰/۰۵۸ | ۰/۰۹۱ | ۰/۰۸۳ | ۰/۰۷۵ | ۰/۰۷۲ | ۰/۰۵۵ | ۰/۰۷۸ | ۰/۰۶۵ | ۰/۰۷ | ۰/۰۶۸ |
| ۱۴ | ۰/۰۶۲ | ۰/۰۵ | ۰/۰۵۲ | ۰/۰۶۲ | ۰/۰۶۴ | ۰/۰۶ | ۰/۰۶۹ | ۰/۰۶۱ | ۰/۰۵۲ | ۰/۰۷۳ | ۰/۰۶۲ | ۰/۰۵۳ | ۰/۰۶۸ | ۰/۰۵۹ | ۰/۰۷۳ | ۰/۰۶۶ | ۰/۰۶۳ |
| ۵ | ۰/۰۶۹ | ۰/۰۵۴ | ۰/۰۶۷ | ۰/۰۸ | ۰/۰۶۲ | ۰/۰۷۷ | ۰/۰۶۹ | ۰/۰۵۷ | ۰/۰۷۶ | ۰/۰۷۱ | ۰/۰۹۲ | ۰/۰۷۳ | ۰/۰۴۸ | ۰/۰۵۷ | ۰/۰۶۸ | ۰/۰۷ | ۰/۰۷ |
| ۱ | ۰/۰۹۷ | ۰/۰۹۶ | ۰/۰۱۱۶ | ۰/۰۱۲۸ | ۰/۰۷۱ | ۰/۰۴۶ | ۰/۰۹۶ | ۰/۰۷۸ | ۰/۰۱ | ۰/۰۸۸ | ۰/۰۱۱۱ | ۰/۰۹۱ | ۰/۰۱۱۵ | ۰/۰۸۶ | ۰/۰۸۶ | ۰/۰۷۲ | ۰/۰۸۷ |

مأخذ: همان.

جدول ۶. مهم‌ترین آسیب‌های سیاستگذاری جمهوری اسلامی ایران در پیشگیری اولیه از اعتیاد

| اولویت | آسیب‌های سیاستگذاری |
|--------|--|
| اول | ذاتی نبودن امرپیشگیری در وظایف نهادهای متولی |
| دوم | عدم ادغام فعالیت‌های پیشگیرانه در ساختار دستگاه‌های اجتماعی کشور |
| سوم | ابهام در سازوکار ارزیابی و نظارت |
| چهارم | تمایل سیاستگذاران و مدیران به برنامه‌های زود بازده و کوتاه‌مدت |
| پنجم | عدم تناسب سیاست‌های پیشگیرانه با حجم و عمق مسئله اعتیاد |

مأخذ: همان.

سایر آسیب‌ها نیز به ترتیب در ادامه مشتمل بر موارد ذیل است:

- ۶. پایش و ارزشیابی ناکارآمد توأم با نتایج ناملموس،
- ۷. اولویت‌دهی ضعیف به پیشگیری در سیاستگذاری،

۸. ضعف بهره‌مندی از ظرفیت گروه‌های مرجع و تأثیرگذار در عمومی کردن،
 ۹. نبود اجماع و اتفاق نظر در ارکان سیاستگذاری در خصوص بسته‌های سیاستی،
 ۱۰. نقص شواهد علمی معتبر در شناخت مسئله،
 ۱۱. عدم شناخت اعتیاد به‌عنوان آسیبی چندعاملی،
 ۱۲. فقدان مدل پیشگیری مبتنی بر بازاریابی اجتماعی در کشور،
 ۱۳. فقدان برنامه عملیاتی با مخاطب، قالب، زمان و مکان مشخص،
 ۱۴. ضعف آینده‌شناسی و فقدان آمادگی برای مواجهه با ریسک در عرصه پیشگیری،
 ۱۵. فقدان نظام ملی پیشگیری در کشور.
- همچنین با توجه به لزوم اولویت‌بندی در میان مراحل پنج‌گانه سیاستگذاری، جدول ۷ بیانگر این اولویت‌بندی است.

جدول ۷. مقادیر نرمال شده و تعیین اولویت مراحل اصلی

| اولویت | وزن نهایی | ارزیابی | اجرا | شکل‌گیری سیاست‌ها | راه‌حل‌گزینی | مسئله‌یابی | مراحل سیاستگذاری |
|--------|-----------|---------|-------|-------------------|--------------|------------|-------------------|
| ۱ | ۰/۲۲۸ | ۰/۳۵۵ | ۰/۲۲۲ | ۰/۱۹۷ | ۰/۱۶۳ | ۰/۲۰۴ | اجرا |
| ۲ | ۰/۲۲۶ | ۰/۱۸۷ | ۰/۲۵۹ | ۰/۲۲۹ | ۰/۲۴۹ | ۰/۲۰۸ | شکل‌گیری سیاست‌ها |
| ۳ | ۰/۲۲۳ | ۰/۲۰۵ | ۰/۱۵۵ | ۰/۲۲۴ | ۰/۲۸۰ | ۰/۲۴۸ | ارزیابی |
| ۴ | ۰/۱۷۱ | ۰/۱۲۸ | ۰/۱۹۵ | ۰/۱۹۵ | ۰/۱۶۱ | ۰/۱۷۷ | مسئله‌یابی |
| ۵ | ۰/۱۵۲ | ۰/۱۲۵ | ۰/۱۶۸ | ۰/۱۵۶ | ۰/۱۴۷ | ۰/۱۶۳ | راه‌حل‌گزینی |

مأخذ: همان.

براساس جدول ۷ مهم‌ترین آسیب‌ها در فرایند سیاستگذاری مربوط به مرحله اجراست. اجرا با وزن ۰/۲۲۸ از بیشترین اولویت برخوردار است، سپس به‌ترتیب شکل‌گیری سیاست‌ها با وزن ۰/۲۲۶ از اولویت دوم، ارزیابی با وزن ۰/۲۲۳ از اولویت میانی، مسئله‌یابی با وزن ۰/۱۷۱ از اولویت چهارم و راه‌حل‌گزینی با وزن ۰/۱۵۲ از اولویت پنجم برخوردار است. در ادامه با توجه به نتایج اولویت‌بندی براساس روش تحلیل سلسله‌مراتبی، پنج مورد اول به‌ترتیب اولویت ذیلاً تشریح می‌شود.

۲-۱. ذاتی نبودن امر پیشگیری در وظایف نهادهای متولی

در تشریح این آسیب ابتدا باید این مطلب شفاف شود که براساس اسناد سیاستی چه نهادهایی در امر پیشگیری دخیل هستند؟ در پاسخ باید گفت ستاد مبارزه با مواد مخدر با عضویت دستگاه‌های مختلفی به استناد قانون مبارزه با مواد مخدر شکل یافته است. کمیته‌های تخصصی مختلفی نیز ذیل ساختار ستاد مبارزه با مواد مخدر فعالیت می‌کنند که کمیته مقابله با عرضه، کمیته سازمان‌های مردم‌نهاد و مشارکت‌های مردمی، کمیته درمان و حمایت‌های اجتماعی و نیز کمیته فرهنگی و پیشگیری از جمله آنهاست. در کمیته فرهنگی و پیشگیری که یکی از کمیته‌های تخصصی مذکور است حداقل ۱۸ دستگاه عضویت دارند اما واقعیت آن است که در بررسی سیاستگذاری‌های جمهوری اسلامی ایران مقوله مهم پیشگیری جزء وظایف ذاتی دستگاه‌های مذکور از ابتدا نبوده و بعضاً هنوز وظیفه ذاتی نیست. با بررسی سیر تاریخی قوانین و سیاستگذاری‌های پیشگیرانه از اعتیاد این مطلب به وضوح خودنمایی می‌کند که توجه به امر پیشگیری به معنای واقعی آن از اواسط دهه ۸۰ و با ابلاغ سیاست‌های کلی نظام مورد توجه قرار گرفته است. برای نمونه شهرداری به عنوان یکی از اعضای کمیته مذکور است و قانون شهرداری‌ها منشور اصلی در تعیین وظایف این دستگاه به حساب می‌آید. در مهم‌ترین ماده این قانون (ماده ۵۵)، در خصوص وظایف شهرداری هیچ‌گونه اشاره‌ای به ورود شهرداری به مسائل و آسیب‌های اجتماعی نشده است (منصور، ۱۳۹۰: ۹۲). در ملحقات این قانون نیز هیچ بند قانونی مطرح و مرتبطی درباره ورود شهرداری به حوزه آسیب‌های اجتماعی نظیر اعتیاد وجود ندارد.

بنابراین پیشگیری از اعتیاد و حتی فراتر از آن ورود به حوزه آسیب‌های اجتماعی وظیفه ذاتی شهرداری‌ها نیست. در قوانین و مقررات مرتبط با آسیب‌های اجتماعی نظیر مصوبه شورای عالی اداری در خصوص آیین‌نامه مقابله با نکدی‌گری و جمع‌آوری شناسایی و تعیین وضعیت افراد بی‌سرپرست، گمشده، متواری و در راه مانده به شماره ۷۰/۶۰۴ مورخ ۱۳۷۸/۳/۲۵ و نیز ماده (۶) بند «۳» مصوبات هیئت وزیران مورخ ۱۳۸۴/۴/۲۶ در خصوص سامان‌دهی کودکان خیابانی و نیز سند توانمندسازی و سامان‌دهی سکونتگاه‌های غیررسمی مصوب ۱۳۸۲/۱۱/۱۹ هیئت وزیران و ... هیچ اشاره مستقیم و مصرحی درباره

ورود شهرداری‌ها به امر پیشگیری از اعتیاد نشده است. اگرچه قوانین فوق‌الذکر در خصوص سایر آسیب‌های اجتماعی نظیر تکدی‌گری، کودکان کار و خیابانی و ... اشاره‌هایی دارند در سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد که در سال ۱۳۸۹ به تصویب رسیده نقش چندان زیادی برای شهرداری‌ها دیده نشده و شهرداری‌ها عضو مدعو و نه عضو اصلی در سند مورد اشاره قرار گرفته‌اند (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۹۰: ۴).

حال آنکه در اصلاحیه این سند به‌عنوان موضوع بند «۶» مصوبات جلسه ۱۲۸ ستاد مبارزه با مواد مخدر در سال ۱۳۹۵ و پنج سال پس از اجرای سند در قالب برنامه ملی ارتقای مشارکت عمومی و نهضت پیشگیری از اعتیاد و نیز در برنامه «ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد به خانواده» نام شهرداری هم به لیست دستگاه‌ها اضافه شده است. همچنین طی مصوبه‌ای، دولت در سال ۱۳۹۳ و در قالب ابلاغ بند «۹» مصوبات ۱۲۸ جلسه ستاد مبارزه با مواد مخدر و به شرح ذیل برای ورود شهرداری‌ها به عرصه پیشگیری دستورات عملی صادر کرده است: «شهرداری‌ها و سازمان‌های وابسته به آنها در شهرهای دارای ۵۰۰ هزار نفر جمعیت و بالاتر و مراکز استان‌ها موظفند علاوه بر برنامه‌های مصوب، حداقل ۱۰ درصد از بودجه فرهنگی و اجتماعی مصوب سالیانه خود را در چارچوب برنامه‌ها و فعالیت‌های ابلاغی از سوی ستاد مبارزه با مواد مخدر به امور پیشگیری از اعتیاد، درمان و کاهش آسیب معنادان و حمایت‌های اجتماعی از معنادان بهبودیافته اختصاص دهند»^۱ (نهاد ریاست جمهوری اسلامی ایران). این مصوبه نیز تاکنون به دلیل مغایرت با قوانین مالی شهرداری‌ها، با مقاومت و عدم اجرا از سوی بسیاری از کلان‌شهرها مواجه شده است. برای مثال در بیانیه سی‌ودومین نشست معاونان فرهنگی - اجتماعی کلان‌شهرها و مراکز استان‌ها بر غیرقانونی بودن این مصوبات و تکالیف دولتی برای شهرداری‌ها تأکید شده است. چراکه براساس قانون مقررات مالی شهرداری‌ها هرگونه تکلیف مالی برای این نهاد باید در قالب بودجه سنواتی و از طریق تصویب شورای اسلامی شهر صورت پذیرد. امری که تاکنون در بیشتر کلان‌شهرها و مراکز استان‌ها اجرایی نشده است.

۱. تصویب‌نامه شماره ۰۰۹۳-۱۰۲۰۱ مورخ ۱۳۹۳/۴/۲۲ ابلاغی نهاد ریاست جمهوری.

بنابراین با توجه به وضعیت مشابه برای دستگاه‌های دیگر عضو کمیته تخصصی فرهنگی و پیشگیری، به وضوح ملاحظه می‌شود که پیشگیری از اعتیاد هنوز هم در بسیاری از دستگاه‌های هجده‌گانه مذکور وظیفه ذاتی و اصلی قلمداد نمی‌شود.

۲-۲. عدم ادغام فعالیت‌های پیشگیرانه در ساختار دستگاه‌های اجتماعی کشور

ساختارهای تشکیلاتی از ابزارهای بسیار مهم برای اجرای سیاست‌های عمومی هستند و سازمان‌دهی و بازتعریف نقش‌ها به طور مستمر از لوازم اجرا محسوب می‌شوند (اشتریان، ۱۳۹۴: ۲۶). یکی از مواردی که در متن سند «استانداردهای بین‌المللی پیشگیری از مصرف مواد» در سال ۲۰۱۳ مورد تأکید قرار گرفته است، لزوم وجود نظام ملی پیشگیری در ساختار سازمانی کشور است (UNODC, 2015: 8). این امر ضرورت فعالیت ساختاری مستقل با رویکرد پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و به صورت خاص درباره اعتیاد را بیان می‌کند. همچنین مصوبه ۳۰۸ شورای عالی امنیت ملی در خصوص «ایجاد ساختار متناسب برای پیشگیری از سوءمصرف مواد مخدر در همه دستگاه‌ها و وزارتخانه‌های همکار» را مورد تأکید قرار داده است (شورای عالی امنیت ملی، ۱۳۸۰). تاکنون با گذشت حدود ۱۸ سال از این مصوبه، چنین ساختاری به صورت کامل اجرایی نشده است. همچنین در این میان لزوم هم‌افزایی در میان ۲۲ دستگاه دخیل در امر پیشگیری از اعتیاد ضروری به نظر می‌رسد. این هم‌افزایی نیز از طریق عمل به طرح تقسیم کار ملی برای کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی کشور تا حدودی محقق خواهد شد. در این طرح وظایف دستگاه‌های دخیل در امر پیشگیری از اعتیاد در سه گروه دستگاه اصلی، دستگاه همکار و دستگاه معین مشخص شده است تا تداخل وظایف و ساختار شکست متولیان امر پیشگیری کاملاً مشخص و متمایز شود (شورای اجتماعی کشور، ۱۳۹۵).

۲-۳. ابهام در سازوکار ارزیابی‌ها و نظام انعکاس و بازخورد

ابهام در سازوکار ارزیابی و نظام انعکاس و بازخورد، شفاف نبودن شاخص‌های ارزیابی، پایش و ارزشیابی ناکارآمد توأم با نتایج ناملموس از جمله آسیب‌های مذکور در مرحله

ارزیابی است. «هدف ارزیابی، بررسی عملکرد دولت و قضاوت در مورد آثار و برنامه‌ها و سیاستگذاری‌هاست» (دانش‌فرد، ۱۳۹۵: ۲۵۵). درباره ضوابط و الزامات ارزیابی، پارامترهای متعددی وجود دارد اما آنچه مورد اتفاق و اجماع همه سیاستگذاران است شاخص‌ها و معیارهای ارزیابی است. «ارزیابی مستلزم این است که تعیین کنیم چه چیزی باید مورد ارزیابی قرار گیرد. معیارها و ضوابط اندازه‌گیری برای جمع‌آوری اطلاعات باید مشخص شود و درنهایت تجزیه و تحلیل اطلاعاتی که در مطالعه سیاستگذاری مؤثرند، با دقت و به صورت معتبر انجام شود» (الوانی و شریف‌زاده، ۱۳۹۴: ۱۱۰). تأکید برای سیاستگذاری مبتنی بر شواهد^۱ در قالب استانداردهای بین‌المللی پیشگیری از مصرف مواد که دفتر مواد مخدر و جرم سازمان ملل در سال ۲۰۱۳ تهیه و ابلاغ کرده است مورد تأکید قرار گرفته است. این سند بین‌المللی در بیان اجزا و ارکان یک نظام ملی مؤثر برای پیشگیری به نقش کلیدی ارزیابی و پایش مستمر سیاست‌ها اشاره می‌کند و بیان می‌دارد «بعد مهم تحقیق و برنامه‌ریزی مربوط به ارزیابی برنامه‌ها و سیاست‌های پیشگیرانه است. راهبردهای مبتنی بر شواهد دارای توجه به پایش و ارزیابی علمی برای سنجش میزان دستیابی به نتایج دلخواه مداخلات می‌باشند» (دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل متحد، ۱۳۹۲: ۳۳).

بنابراین از منظر نخبگان از جمله مهم‌ترین آسیب‌ها، مرحله ارزیابی در فرایند سیاستگذاری پیشگیری از اعتیاد است که در بیشتر مواقع مورد توجه جدی قرار نمی‌گیرد. دسته مهمی از چالش‌های سیاستگذاری اعتیاد به زمینه‌های حاکمیتی و عمومی مربوط است. این گروه موضوع‌ها نظیر قوانین و مقررات، سیاست‌های تأمین منابع، مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و مبحث نظارت و ارزیابی بر سیاست‌ها بازمی‌گردد (احترامی و وطن‌پرست، ۱۳۹۳: ۱۸). بنابراین ارزیابی و انعکاس نتایج سیاست‌ها مستلزم توجه جدی به ضرورت و راهکارهای تحقق این امر است.

۴-۲. تمایل سیاستگذاران و مدیران به برنامه‌های زودبازده و کوتاه‌مدت

صاحب‌نظران و پژوهشگران، متوسط عمر مدیریت در ایران را حدود سه تا سه‌ونیم سال بیان می‌کنند. البته کوتاه‌مدت بودن صرفاً درباره عمر مدیریت در ایران صادق نیست و برخی از تحلیل‌گران جامعه ایران را به‌طورکلی به جامعه کوتاه‌مدت تشبیه کرده‌اند. «ایران جامعه‌ای کوتاه‌مدت است. بدین معنا که تغییرات - حتی تغییرات مهم و بنیادی - یک پدیده کوتاه‌مدت است و این به دلیل فقدان ساختارهای قانونی نهادینه و ریشه‌دار است که ضامن پیوستگی جامعه است. جامعه کوتاه‌مدت هم علت و هم پیامد فقدان ساختار در تاریخ ایران است» (همایون کاتوزیان، ۱۳۹۰: ۲۵).

تغییر و تحولات سیاسی و مدیریتی در ایران که عموماً مقارن با ایام تغییر و تحویل دولت‌ها و چهار سال یک‌بار صورت می‌پذیرد سبب شده تا تغییرات مدیریتی هم در همه ارکان سیاستگذاری به وقوع بپیوندد. جابه‌جایی دولت‌ها و مجالس شورای اسلامی که در فرایند سیاستگذاری در ایران دو رکن مهم به حساب می‌آیند گاهی اوقات تا عمق ساختارهای سازمانی و حتی در رده‌های کارشناسی سازمان‌ها هم تأثیرگذار است. همین امر سبب شده تا سیاستگذاران و مجریان سیاست‌ها تمایل چندانی به برنامه‌های درازمدت و بیش از عمر مدیریتی خود نداشته باشند. بنابراین اصولاً برنامه‌هایی با مدت زمانی بیش از چهار سال دارای مطلوبیت نیست. پیشگیری از جمله مسائل درازمدت و دیربازه است که با کوتاه‌مدت بودن چرخش‌های سازمانی در ایران که عمدتاً توأم با چرخش‌های سیاستگذاری است مغایرت دارد.

«ویژگی بارز سیاستگذاری در بسیاری از بخش‌ها در ایران ترجیح سیاست‌های کوتاه‌مدت بر برنامه‌های بلندمدت است. در برخی از بخش‌ها عمر کوتاه مدیریت از یک سو و چشم‌انداز گردش مرجعیت (گفتمان حاکم) از سوی دیگر مدیران را ناگزیر از برنامه‌ریزی برای کوتاه‌مدت، به جای اقدام‌های کیفی و بلندمدت کرده است. همچنین رادیکالیسم^۱ در سیستم مدیریتی ایران، تمایل به تغییر و حصول نتیجه سریع را سبب می‌شود» (وحید، ۱۳۸۴: ۲۶۸-۲۶۶).

1. Radicalism

بنابراین تمایل به اقدام‌های زود بازده (رادیکالیسم) و کوتاه‌مدت متناسب با چرخش‌های مرجعیت و پارادایم سیاسی در ایران دو آسیب کلی برای سیاستگذاری‌های کشور به خصوص در مسائل اجتماعی از جمله اعتیاد است. کارشناسان امر مدیریت اعتیاد در ایران چالش‌های آن را از مهم‌ترین آسیب‌های این عرصه قلمداد می‌کنند. «مهم‌ترین چالش اعتیاد در ایران آن است که مدیریت اعتیاد در ایران سیاسی است. شاهد آن نیز تولیت وزارت کشور بر ستاد مبارزه با مواد مخدر است. عملاً دوره‌های مدیریتی چهارساله برای مسئله اعتیاد در کشور ایجاب می‌کند که مدیران سیاسی با نقایص جدی در حوزه‌های تخصصی اعتیاد، بر موضوع سیاستگذاری اعتیاد تسلط یابند» (رزاقی، ۱۳۹۶).

بنابراین گره خوردن مدیریت اعتیاد به مسائل سیاسی و چرخش‌های سیاسی از طریق تحولات دولت و مجلس سبب شده تا اشکال کلی حاکم بر فرایند سیاستگذاری‌های ایران مشتمل بر رادیکالیسم (زودبازده) و کوتاه‌مدت بودن بر سیاستگذاری‌های پیشگیرانه از اعتیاد هم حاکم شود. حال آنکه اصولاً امر پیشگیری متضاد با این فضای حاکم است یعنی هم درازمدت است و هم به آرامش و عدم شتاب‌زدگی در اجرا نیازمند است.

۲-۵. عدم تناسب سیاست‌های پیشگیرانه با حجم و عمق مسئله اعتیاد

یکی از شاخص‌هایی که در کشور ما می‌تواند مبنای بررسی عمق مسئله اجتماعی اعتیاد باشد بدون شک گزارش‌های شیوع‌شناسی مصرف مواد مخدر در کشور است. این شیوع‌شناسی که مهم‌ترین منبع آمار رسمی در ایران برای تعیین تعداد معتادان کشور به حساب می‌آید هر پنج سال یک بار صورت می‌پذیرد که آخرین آن در سال ۱۳۹۵ انجام شده است. طبق گزارش سخنگوی ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور نرخ شیوع اعتیاد یا به عبارت دقیق‌تر درصد جمعیت معتادان ۱۵ تا ۶۴ سال ۱۳۹۰، ۲/۶ درصد بوده و در سال ۱۳۹۵ این عدد به ۵/۳ درصد جمعیت ایران رسیده است (افشار، ۱۳۹۶/۴/۴). براساس اعلام مدیرکل آمار و اطلاعات جمعیتی سازمان ثبت احوال کشور درباره ترکیب جمعیتی کشور در سال ۱۳۹۴ «۲۳/۱ درصد جمعیت کشور کودک و نوجوان و ۲۶/۳ درصد جمعیت را جوانان تشکیل می‌دهند» (محزون، ۱۳۹۵/۵/۱۰). با احتساب مجموع درصد

جمعیت کودک، نوجوان و جوانان کشور، ۴۹/۴ درصد جمعیت ایران به عنوان جمعیت هدف برنامه های پیشگیری نیمی از جمعیت ایران یعنی حدود ۴۰ میلیون نفر باید باشد. همچنین اگر مخاطب اصلی برنامه های پیشگیری اولیه را کودک و نوجوان در نظر بگیریم حدود ۱۸/۵ میلیون نفر جدی ترین مخاطب برنامه های پیشگیری به حساب می آیند. آن هم نه یک برنامه مقطعی و زودگذر مانند تک کارگاه آموزشی یا یک مستند تصویری ۲۰ دقیقه ای، بلکه برنامه های مؤثر و مستمر پیشگیری که به تغییر نگرش و ارتقای مهارت زندگی برای پیشگیری از آسیب های اجتماعی منجر شود. حال سؤال اصلی آنجاست که چند درصد از این جمعیت ۴۰ میلیونی یا ۱۸/۵ میلیونی تحت تأثیر برنامه های مؤثر و مستمر پیشگیری قرار دارند؟

قطعاً پاسخ به مراتب کمتر از اعداد مذکور خواهد بود. شدت نیاز به گسترش آموزش های پیشگیرانه زمانی معلوم می شود که براساس آمار اعلامی از سوی متولیان پیشگیری از اعتیاد در کشور ۲۷ درصد از جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال ایران نسبت به مواد مخدر نگرش مثبت دارند و ۱۷ درصد از همین مقطع سنی جمعیتی تمایل به مصرف مواد مخدر دارند (صرافی فروشانی، ۱۳۹۶). در سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد نیز در بیان اهداف برنامه پیشگیری حد فاصل ۱۳۹۴-۱۳۹۰ به عنوان هدف کمی «قرار دادن حداقل ۴۰ درصد از جمعیت کشور تحت پوشش برنامه های استاندارد پیشگیری» هدف گذاری شده است (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۹۰: ۴۵). در این سند منظور از برنامه های استاندارد، برنامه ای است که در مرحله طراحی در جامعه علمی از کفایت شواهد علمی پشتیبان پذیرفته شده و در شورای راهبردی - تخصصی در سطح استانی یا ملی به تصویب رسیده باشد و اجرای استاندارد آن نیز به ویژه از جهت مؤثر بودن حجم آن برای خدمت گیرنده نهایی، پایش و ارزشیابی مداوم تضمین شود. منظور از جامعه علمی، همه شخصیت های حقیقی و حقوقی دارای سابقه مطالعه و تحقیق در پیشگیری از اعتیاد است (همان). تاکنون هیچ ادعای مستندی برای تحت پوشش قرار دادن هدف کمی مذکور در سند پیشگیری ارائه نشده است و تا رسیدن به این هدف کمی با قید برنامه استاندارد و تعریفی که از آن ارائه شد، فاصله زیادی وجود دارد. بنابراین عدم تناسب سیاست های پیشگیرانه که مشتمل بر هدف گذاری، برنامه ریزی و

اجراست با حجم و گستردگی مسئله اعتیاد یکی از آسیب‌های سیاستگذاری‌های پیشگیرانه جمهوری اسلامی ایران از اعتیاد به حساب می‌آید.

۳. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

جمهوری اسلامی ایران بنا بر اذعان نهادهای بین‌المللی جهانی در عرصه مبارزه با مواد مخدر و به‌ویژه مقابله با عرضه، ترانزیت و جابه‌جایی مواد افیونی موفق عمل کرده است (UNODC, 2014: 11). به شهادت رسیدن ۳۸۱۷ نفر نیروی نظامی و حدود ۱۴۰۰۰ جانباز در راه مقابله با عرضه این مواد نیز نشان از جدیت سیاستگذاران برای کنترل عرضه مواد مخدر دارد. اما آمارهای منتشر شده از سوی ستاد مبارزه با مواد مخدر در قالب اجرای طرح پیمایش ملی شیوع‌شناسی مصرف مواد در میان شهروندان در سال‌های ۱۳۹۰ و ۱۳۹۵ و مقایسه آمارها بیانگر رشد جمعیت معتادان کشور است (افشار، ۱۳۹۶/۴/۴). بنابراین در پاسخ به این سؤال که آسیب‌های سیاستگذاری جمهوری اسلامی ایران در پیشگیری اولیه از اعتیاد چیست؛ به‌طور قطع و یقین نقش توجه به آسیب‌های فوق‌الذکر و مرتفع کردن آنها دارای اهمیت است. ماده (۸۰) قانون برنامه ششم توسعه ضرورت بازنگری و توصیه‌های سیاستی در روند اجرای سیاست‌های پیشگیرانه از اعتیاد را دوجندان خواهد کرد. چراکه ماده مذکور در این قانون اشاره می‌کند که «به‌منظور پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی دولت مکلف است در طول اجرای برنامه ششم (۱۴۰۰-۱۳۹۶) آسیب‌های اجتماعی نظیر اعتیاد را به ۲۵ درصد میزان کنونی کاهش دهد» (قانون برنامه ششم توسعه جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۵: ۳۰).

کاهش ۷۵ درصدی آسیب‌های اجتماعی نظیر اعتیاد، بدون شک نیازمند ذاتی کردن امر پیشگیری در وظایف نهادهای متولی، ادغام فعالیت‌های پیشگیرانه در ساختار دستگاه‌های اجتماعی کشور، ابهام‌زدایی در سازوکار ارزیابی و نظارت، برنامه‌ریزی و سیاستگذاری برای اقدام‌های بلندمدت، ایجاد تناسب سیاست‌های پیشگیرانه با حجم و عمق مسئله اعتیاد به‌ویژه در اختصاص بودجه متناسب و بازنگری ساختار سازمانی موجود و اجرای هرچه سریع‌تر مصوبه ۳۰۸ شورای عالی امنیت ملی، طراحی شاخص‌های

نظارت، ارزیابی و بازخورد و در نهایت تقویت همکاری‌های بین‌بخشی در عرصه پیشگیری اولیه از اعتیاد است.

همچنین براساس سند اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر ۱۱ سیاست به‌عنوان سیاست‌های اجتماعی‌سازی پیشگیری از اعتیاد ستاد مبارزه با مواد مخدر مطرح کرده است که استفاده از ظرفیت‌های جامعه و تعامل فعال با آنها، فراهم‌سازی امکان‌گفتمان‌سازی اجتماعی، تقویت نظارت نهادینه شده در جامعه، استفاده از ظرفیت رسانه‌های عمومی و مجازی، تسهیل مشارکت مدنی و اجتماعی در امر پیشگیری و تقویت و توسعه حمایت و مراقبت‌های اجتماعی در همه سطوح پیشگیری از اعتیاد و ... از جمله مهم‌ترین این سیاست‌هاست (موسوی نور، ۱۳۹۸: ۲). توجه و اهتمام جدی به اجرای این سیاست‌ها گامی مهم برای ارتقای سیاستگذاری اعتیاد در ایران محسوب می‌شود.

منابع و مآخذ

۱. احترامی، مهرداد و ابولفضل وطن پرست (۱۳۹۳). «چالش‌ها و راهکارهای پیشگیری از اعتیاد در محله». فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۱(۱).
۲. اشترینان، کیومرث (۱۳۹۴). «اجرای پژوهی در سیاستگذاری عمومی؛ موانع اجرای مطلوب برنامه چهارم توسعه در حوزه سلامت و فرهنگ»، فصلنامه سیاستگذاری عمومی، دوره ۱، ش ۲.
۳. افشار، پرویز (۱۳۹۶/۴/۴). «مصاحبه سخنگوی ستاد مبارزه با مواد مخدر»، سایت مؤسسه فرهنگی مطبوعاتی ایران وابسته به روزنامه ایران.
<http://www.iran-newspaper.com/newspaper/page/6528/4/188935/0/irannewspaper>
۴. الوانی، سیدمهدی و فتاح شریف‌زاده (۱۳۹۴). فرایند خط‌مشی‌گذاری عمومی، (ویراست دوم)، تهران، انتشارات دانشگاه علامه طباطبائی.
۵. الوانی، سیدمهدی، حمیدرضا صرامی فروشانی، عباس صالح اردستانی و علیرضا جزینی (۱۳۹۸). «طراحی مدل مدیریت راهبردی پیشگیری اولیه از اعتیاد با رویکرد فرهنگی»، فصلنامه اعتیادپژوهی سوء مصرف مواد، ۱۳ (۵۳).
۶. دانش فرد، کرم‌اله (۱۳۹۵). فرایند خط‌مشی‌گذاری، تهران، نشر صفار.
۷. دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل متحد (۱۳۹۲). استانداردهای بین‌المللی پیشگیری از مصرف مواد، ترجمه ستاد مبارزه با مواد مخدر، تهران، دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل در ایران.
۸. رحمانی فضلی، عبدالرضا (۱۳۹۶). «نگرانی از تولید بی‌سابقه مواد مخدر در افغانستان/کشف ۳۰ درصد هروئین جهان توسط ایران»، سایت خبرگزاری دانشجویان ایران/ایسنا.
<https://www.isna.ir/news/96122312961>
۹. رزاقی، عمران (۱۳۹۶). «تشکیلات ستاد مبارزه با مواد مخدر بازنگاری شود»، سایت پایگاه خبری اعتیاد، کد خبر ۲۱۲۳.
www.adna.ir/news/2123
۱۰. ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۸۹). «درسنامه دوره آموزشی مقدماتی پیشگیری اولیه از اعتیاد- ویژه تربیت کادر متخصص».
۱۱. ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۹۰). سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد، تهران، اداره کل فرهنگی پیشگیری.

۱۲. شورای عالی امنیت ملی (۱۳۸۰). جلسه ۳۰۸ شورای عالی امنیت ملی.
۱۳. شورای اجتماعی کشور (۱۳۹۵). «طرح تقسیم کار ملی برای کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی»، مصوبه جلسه ۸۶ شورای اجتماعی کشور، وزارت کشور.
۱۴. صرامی فروشانی، حمیدرضا (۱۳۹۶). «سخن اول»، فصلنامه/اعتیادپژوهی، دوره ۱۰ (۴۰).
۱۵. — (۱۳۹۷). «سخن اول»، فصلنامه اعتیادپژوهی، دوره ۱۲ (۴۵).
۱۶. صفاتیان، سعید (۱۳۹۶/۴/۴). گفتگو با روزنامه/ایران.

<http://www.magiran.com/npview.asp?ID=3582313>

۱۷. قانون برنامه ششم توسعه جمهوری اسلامی ایران (مصوب ۱۳۹۵/۱۲/۱۴).
۱۸. محزون، علی‌اکبر (۱۳۹۵/۵/۱۰). «جمعیت جوان کشور چند نفر است»، مصاحبه با خبرگزاری مهر، کد خبر ۳۷۲۷۴۷۴.

www.megnews.com/news/3727474

۱۹. مرکز آمار ایران (۱۳۹۵). «گزیده نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن». www.amar.org.ir.
۲۰. — (۱۳۹۶). «گزیده آمار سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵»، سازمان برنامه و بودجه.
۲۱. ملک محمدی، حمیدرضا (۱۳۹۴). *مبانی و اصول سیاستگذاری عمومی*، تهران، انتشارات سمت.
۲۲. منصور، جهانگیر (۱۳۹۰). «قوانین و مقررات مربوط به شهر و شهرداری»، تهران، نشر دیدار.
۲۳. موسوی نور، سیدعلی (۱۳۹۸). «سند اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر»، ستاد مبارزه با مواد مخدر (دفتر تحقیقات و آموزش)، مصوبه جلسه ۱۳۵ شورای اجتماعی کشور.

۲۴. نهاد ریاست جمهوری. www.president.ir

۲۵. وبر، ماکس (۱۳۹۰). *روش‌شناسی علوم اجتماعی*، ترجمه حسن چاوشیان، تهران، نشر مرکز.
۲۶. وحید، مجید (۱۳۸۴). «جستاری پیرامون مشکل سیاستگذاری در ایران»، فصلنامه سیاست، ش ۶۷.
۲۷. همایون کاتوزیان، محمدعلی (۱۳۹۰). *ایران؛ جامعه کوتاه‌مدت*، مترجم عبدالله کوثری، تهران، نشر نی.

28. Keeney, S., F. Hasson and HP. A. McKenna (2001). "A Critical Review of the Delphi Technique as a Research Methodology for Nursing", *Int J Nurs Stud*, 38(2).

29. Robertson, E. B.; S. L. David and S. A. Rao (2006). "Preventing Drug Use among Children and Adolescents: A Research-Based Guide for Parents, Educators, and

Community Leaders”, 2nd ed. NIH Pub. No. 04-4212(A). Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse, 2003. Available at: www.drugabuse.gov/pdf/prevention/RedBook.pdf

30. Parsons, Wayne (1995). *Public Policy: an Introduction to Theory and Practice of Policy Analysis*, Publisher: Edward Elgar, The University of Michigan.
31. Sandford, B.A. and CH. Hsu (2008). “The Delphi Technique: Making Sense of Consensus”, *Practical Assessment, Research, and Evaluation*: Vol. 12, Article 10. Available from: <http://pareonline.net/pdf/v12n10.pdf>
32. Scott-Samuel, A., M. Birley and K. Ardern (2001). “The Merseyside Guidelines for Health Impact Assessment”, Second Edition, Available at: http://www.precaution.org/lib/06/mersey_hia_guide_2nd_edn.010601.pdf
33. UNODC (2015). “International Standards for Drug Prevention”, New York, United Nations office at Vienna.
34. UNODC (2010). “Compilation of Evidence — Based Family Skills Training Programmes”, New York, United Nations publication, Scale No: E. 09, XI.8.
35. UNODC (2017). “World Drug Report”, New York, United Nation Publication.
36. UNODC (2014). “Drug Trafficking and Border Control: Situation Analysis”, Available at: <https://www.unodc.org/islamicrepublicofiran/drug-trafficking-and-border-control.html>
37. Zarghami, M. (2015). “Iranian Attitude toward Opium Consumption”, *Iran Journal Psychiatry Behavior Science*, Vol. 9(2).