

سیاست‌های اجتماعی پیشنهادی در حوزه کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی در ایران

Suggested Social Policies to Control Social Harms in Iran

سیاست‌های اجتماعی پیشنهادی در حوزه کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی در ایران

مقدمه: یکی از وظایف دولتها اتخاذ سیاست‌های مناسب برای ارتقاء شاخص‌های سلامت اجتماعی و کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی است. در شرایط فعلی کشور شاهد روند افزایشی آمار آسیب‌های اجتماعی، تنوع آنها و کاهش سن افراد آسیب‌دیده اجتماعی هستیم. تحقیق حاضر با هدف تدوین سیاست‌های پیشنهادی در حوزه کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی در ایران انجام شده است.

روش: تحقیق از نوع تحقیقات کیفی و به روش دلفی بوده و طی آن، نظرات تعداد ۲۰ نفر از نخبگان و صاحب‌نظران برجسته کشور در این حوزه استخراج گردید.

یافته‌ها: یافته‌های تحقیق در چهار مرحله شامل یک پیش‌راند و سه راند به دست آمده است. در مرحله پیش‌راند که به صورت یک سؤال باز بود ۵۲ سیاست توسط نخبگان پیشنهاد شد. پس از تحلیل اطلاعات در مرحله اول ۴۸ سیاست، در مرحله دوم ۳۱ سیاست و در مرحله سوم ۳۲ سیاست پیشنهادی حاصل شد که اولویت‌دارترین آنها رصد مستمر آسیب‌های اجتماعی، توجه به رویکردهای اجتماع‌محور، توجه ویژه به مسائل اقتصادی، توجه به راهکارهای قضازدایی، گسترش روحیه نشاط و امید، همکاری بین‌بخشی، توجه به ارزشها، آینده‌پژوهی، توجه به نقاط آسیب‌خیز اجتماعی، حذف ساختارهای موازی و ناکارآمد، سنجش سلامت اجتماعی، تهیه پیوست‌های اجتماعی و فرهنگی بودند.

بحث: با وجود اقدامات انجام شده، جای سیاست‌های اجتماعی مشخص در سطح کلان در جامعه (به جز در حوزه اعتیاد به مواد مخدر) در زمینه کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی خالی است تا از این طریق برای ترسیم نقشه راه برای مدیریت آسیب‌های اجتماعی، پرهیز از سیاست‌گذارانه‌های سلیقه‌ای،

۱. حسن موسوی چلک

دانشجوی دکتری پژوهش‌محور مددکاری اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۲. عزت‌اله سام آرام

دکتر جامعه‌شناس، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
<e_samaram@yahoo.com>

۳. سید احمد حسینی

حاجی‌بکنده

دکتر مددکاری اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران


بهره‌گیری از همه ظرفیتها در بخش دولتی و غیردولتی، هماهنگیهای بین‌بخشی و فرابخشی، مدیریت بهینه منابع، اولویت‌دهی سیاستگذاریهای اجتماعی، افزایش فراگیری، جامعیت و کفایت برنامه‌های اجرایی و تقسیم‌کار بهتری بین دستگاههای مرتبط اقدام شود.
واژه‌های کلیدی: آسیبهای اجتماعی، امنیت اجتماعی، برنامه توسعه، سیاستگذاری اجتماعی، مددکاری اجتماعی

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۰/۱۷


تاریخ پذیرش: ۹۶/۲/۱۰



Suggested Social Policies to Control Social Harms in Iran

▶ **1- Hassan Mousavi Chelak** 
PhD student in social work, research-based, Social Science Faculty, allameh tabataba'i university, Tehran, Iran

▶ **2- Ezzatolla Samaram** 
Ph.D in Sociology (Social Sciences), Social Science Faculty, allameh tabataba'i university, Tehran, Iran, (corresponding author)
e_samaram@yahoo.com

▶ **3- Seyed Ahmad Hoseini Hajibekandeh** 
Ph.D in Social science, Social Science Faculty, allameh tabataba'i university, Tehran, Iran

Introduction: Governments are expected to adopt proper policies to promote health indicators and to control and decline social harms. However, current social harms statistics and types as well as age range of people who are involved in them show an unsuitable situation. Lack of convenient policy underlies poor interdisciplinary work, inadequate resource management, and arbitrary decision. There are many barriers which prevent social harms to be well identified and figured out: politicians and the public must intend and demand special consideration towards social harms; media activists should be concerned about it instead of focusing only on trivial or unsolvable topics; remarkable research evidence must be provided, and social harms must be well conceptualized as they vary time to time and place to place. The present study has been conducted to provide a list of recommended policies in order to control social harms in Iran, utilizing experts' opinions.

Methods: This is a qualitative and applied-developmental research study, conducted implementing a Delphi method. Delphi is a systematic data gathering method through which experts' opinions are obtained as regards a particular subject or question. In this study, during three rounds, experts answered written questions anonymously. The participants could see feedbacks of others and change or insist on their viewpoints. Finally, the research team continued the procedure until they felt that relative consensus has

been reached Twenty experts were asked to participate in the study. The experts were selected based on some criteria that could enable researchers to reach the study goals. They all had academic and scientific reputation, and they were also nationally known for their works on the topics related to the present study, either in social harms field directly or germane areas, such as sociology, social health, social work, social policy, economics, etc. They had also prominent practical experience in the fields that assured researchers that they are knowledgeable in the study topic. Since this method is inherently time consuming, the participants should have been provided with sufficient time to answer and get to know the topic. All recommended parts of Delphi method including controlled feedback, results analysis, and consensus were respected until the best possible agreement was reached.

Findings: Results were discovered differently in any round. In pre-round stage, one single open question was posed and 52 policies were taken out. In order to purify the received responses, 48 items were sent back to the participants. In the next rounds 31 policies were agreed upon and in the last round, experts noted that one of the items must have been divided into two, accordingly 32 policies were identified, and it was assessed and pointed out that the participants have agreed on 32 policies. Some of the most prioritized subjects were identified as, continuous monitoring of social harms, attention to community-based approaches, special attention to economic issues, attention to expanding alternative dispute resolution, developing happiness and hope, inter-organizational cooperation, attention to religious and social values, futurism, attention to high-risk areas, removing parallel and ineffective organizational structures, continuous assessment of social health, providing social and cultural attachment for programs, attention to educational centers, training specialized and professional persons, attention to virtual space and social media, healthy lifestyle, social identity, improving health-care, social support promotion, social inclusion, social responsibility and social demanding, attention to social responsibility of corporations, decreasing workplace stress, using mass media, using capacity of urban and rural management system, sense of social security, recreations, occupational training and empowerment, international communication and insurance coverage.

Discussion: Based on the findings, it can be claimed that despite all the efforts that have been made, there is still a long way to go to reach a satisfactory point to be able tackle social harms. Results of the present study revealed that except for addiction field that has already been made, macro-level social policy as regards social harms seems necessary to be built. Just by taking a macro-level policy into account, it will be possible to design pathways to avoid arbitrary decision making, to get all capacities, either in GO or NGO parts together, to begin an inter-organizational coordination, to manage sources effectively, to determine priorities for policy making, to administer programs comprehensively, inclusively, and adequately, and finally, to do a better work division among related organizations at different levels. It is, of course, a noticeable progress that high ranking politicians did acknowledge that we are still several years behind compared to the way social harms change, since it helps scholars and managers to address the problems and find ways to solve them. Since social issues are interrelated, governments are supposed to make policies by which all indicators of health, including social health indicators become continuously investigated and along with changes of social issues, particularly social harms, policies become flexibly modified. Media and civil society would be good partners for governments to adopt and implement policies against social harms.

Keywords: development program, social harms, social policy, social security, social work

مقدمه

جوامع در طول حیات خود با مسائل و مشکلات مختلفی در حوزه‌های اقتصادی، سیاسی، فرهنگی و یا اجتماعی مواجه می‌شوند. در حوزه اجتماعی نیز این مشکلات می‌تواند در عرصه‌های مختلفی همچون آسیبهای اجتماعی ایجاد شود و به تناسب انواع آن تمهیدات متعددی جهت کنترل و کاهش آنها اتخاذ می‌شود. جامعه‌ایران نیز از این قاعده مستثنی نبوده و نخواهد بود. به همین دلیل با وجود همه تمهیدات اتخاذ شده و اقدامات انجام شده در عرصه‌های سیاستگذاری و اجرایی امروز شاهد شرایطی در کشور هستیم که ایجاب می‌کند به این موضوع توجه بیشتر شود. هنگامی که جامعه دچار آسیب شود با مجموعه‌ای از پدیده‌ها روبه‌رو می‌شویم که می‌توان آنها را در سطح فردی اندازه‌گیری کرد مثل اینکه: «درصدی از اعضاء جامعه دچار اعتیاد شده‌اند.» سطح سنجش ما در مورد آسیبهای اجتماعی، سطح فردی است ولی در واقع جامعه دچار آسیب شده است و بازتاب آن را به صورت آسیبهای اجتماعی نشان می‌دهد، بنابراین سرمنشأ آسیبهای اجتماعی در ترک خوردن رابطه یا شکست روابط اجتماعی و عدم توانایی جامعه در منسجم کردن خود است. گرچه به نظر می‌رسد در بررسی این حوزه نگاه تک‌بعدی نمی‌تواند کاملاً صحیح قلمداد شود و لازم است نگاه همه‌جانبه در این حوزه داشته باشیم و هم عوامل فردی، هم عوامل خانوادگی و هم عوامل اجتماعی در کنترل و کاهش آسیبهای اجتماعی تأثیرگذار هستند.

آسیبهای اجتماعی پدیده‌های متنوع، نسبی و متغیرند. پرخاشگری و جنایت، خودکشی، اعتیاد و قاچاق مواد مخدر، روسپیگری و... نمونه‌هایی از آسیبهای اجتماعی جامعه‌اند که کم و کیف آنها برحسب زمان و مکان (یعنی حال نسبت به گذشته و در شهرها نسبت به روستاها) تغییر می‌کنند، بنابراین، آنچه امروز در یک جامعه خاص آسیب یا کج‌روی تلقی می‌شود ممکن است فردا در همین جامعه یا همین امروز در جامعه‌ای دیگر آسیب یا کج‌روی

شناخته نشود (یاداو^۱، ۲۰۱۵).

تأملی بر وضعیت کشور در این حوزه نشان می‌دهد که وضعیت جامعه ایران در حوزه اجتماعی از تعادل قابل قبولی برخوردار نیست. گستردگی، رواج و تعدد آسیب‌های اجتماعی باعث شده تا با وجود تلاش دستگاه‌های مسئول، روزبه‌روز بر تعداد، وسعت، پیچیدگی و تراکم آسیب‌های اجتماعی افزوده شود. لذا ادامه وضعیت فعلی، وضعیت نگران‌کننده‌ای را برای کشور ایجاد کرده که مستعد ایجاد بحرانها و آشوب‌های اجتماعی خواهد بود. به نظر می‌رسد که حل این وضعیت با تدابیر و سیاست‌گذاری‌های موجود و اقدامات انجام شده امکان‌پذیر نخواهد بود. گام‌هایی که بتواند انسجام اجتماعی را در جامعه افزایش دهد، پیشگیری اجتماعی را بیش‌ازپیش ترویج دهد، قانون‌مداری و توجه به ارزشها و هنجارهای اجتماعی را گسترش دهد، مداخله‌های روانی-اجتماعی را برای حمایت از افراد در معرض آسیب و آسیب‌دیده اجتماعی در اولویت قرار دهد و با یک نگاه سیستمی سیاست‌گذاری شود. سیاست‌گذاری اجتماعی اساساً با توانایی‌اش برای حل مسئله‌های اجتماعی تعریف شده و آن‌گونه که دایره‌المعارف مددکاری اجتماعی تأکید می‌کند، سیاست‌گذاری اجتماعی عبارت است از نحوه پاسخ جامعه به مسائل اجتماعی و به همین دلیل، نحوه تعریف و شکل قانونی شدن آنها حائز اهمیت است (هریک^۲، ۲۰۱۴). پس می‌توان گفت سیاست‌های اجتماعی یکی از ابزارهای اساسی سیاست‌گذاری برای بررسی مسائل اجتماعی جدید و به‌کارگیری راهبردهای توسعه‌ای است.

این باور وجود دارد که در نتیجه گسترش آسیب‌های اجتماعی در کشور هم فرد، هم خانواده و هم جامعه از آن تأثیر خواهند پذیرفت و هزینه‌های این گسترش را خواهند پرداخت. گسترش آسیب‌های اجتماعی نیروی انسانی جامعه را که مهم‌ترین مؤلفه در توسعه

1 Yadav

2 Herrick

هر کشور محسوب می‌شود نابود خواهد کرد. بدون شک جامعه‌ایی که در آن نیروی انسانی سالم و کارآمد و قانون‌مدار کم باشد و اعتماد اجتماعی و مشارکت اجتماعی هم پایین باشد سلامت اجتماعی هم مناسب نخواهد بود و می‌توان گفت که تحت تأثیر این شرایط، کیفیت زندگی مردم نیز مناسب نخواهد بود و در نتیجه مردم در آن جامعه «بهبترزیستن» را تجربه نخواهند کرد.

غفلت دیرینه در توجه به این موضوع با رویکرد اجتماعی و اتخاذ سیاستهای مناسب در کشور موجب شده است تا امروزه ضرورت توجه به این حوزه بیش‌ازپیش احساس شود. گر چه باید اعتراف کنیم که تاکنون برای مدیریت صحیح‌تر و اثربخش‌تر این حوزه اقدام اثرگذاری که نشان از کاهش آسیبهای اجتماعی و حتی کنترل روند رشد آنها باشد، صورت نگرفته است ولی با توجه به رویکردهای قبلی در کشور، می‌توان گفت نفس پذیرش این موضوع یک گام به جلوست. در این شرایط اعتراف به اینکه در این حوزه عقب‌افتادگی وجود دارد خود یعنی پذیرش این نکته که با زور و اجبار نمی‌توان آسیبهای اجتماعی را کنترل کرد و کاهش داد. تجربه نویسندگان در بیش از دو دهه در کشور در این حوزه که عموماً صحبت‌کردن درباره آسیبهای اجتماعی سیاه‌نمایی قلمداد می‌شد، نشان می‌دهد که پذیرش عقب‌ماندگی در حوزه آسیبهای اجتماعی توسط مسئولان کشور باید یک فرصت تلقی شود تا بتوان با رویکرد اجتماعی و علمی در حوزه آسیبهای اجتماعی سیاستگذاری شود.

بر این اساس، در این پژوهش این سؤال اساسی مطرح می‌شود که در اسناد مرتبط از جمله سیاستهای کلی ابلاغی، برنامه‌های توسعه و احکام قوانین این برنامه در حوزه آسیبهای اجتماعی چگونه سیاستگذاری شده و چه سیاستهایی برای کنترل و کاهش آسیبهای اجتماعی در کشور مناسب هستند تا زمینه را برای ارتقاء شاخصهای سلامت اجتماعی بیش‌ازپیش فراهم کند؟

مبانی نظری

مفهوم آسیب اجتماعی اساساً برگرفته از ادبیات پزشکی بوده و در یک نگاه اجمالی منظور از آسیب، حالتی در حیات پدیده است که روند عادی یا سالم آن دچار بیماری شود (ساروخانی، ۲۰۰۶). بنابراین آسیب اجتماعی شیوع یک بیماری در گروه‌های مختلف اجتماعی، سازمانها، روابط اجتماعی و به‌طورکلی در ارکان مختلف اجتماع است که روند معمول وفاق و سلامت جامعه را بر هم زند. وقتی آسیب‌های اجتماعی با بار کیفری و قانونی تعریف می‌شوند حکم جرم پیدا می‌کنند. در حقیقت، هرگاه در یک نظام اجتماعی رفتاری به‌طور مشخص با هنجارهای اجتماعی تعارض پیدا کند که موجب کاهش یا از دست دادن کارایی و عملکرد مثبت فرد، خانواده یا گروه‌های اجتماعی شود، این پدیده آسیب اجتماعی شناخته می‌شود. هر جا جمعی از انسانها گرد هم آمده‌اند، برای رفع آسان‌تر و بهتر نیازهای خود به امنیت، آسایش و سلامت و هر نوع نیاز دیگری، هنجارهایی ساخته‌اند و همه را به تبعیت از آنها فراخوانده‌اند. از همان آغاز بر سر این موضوع که چه کسی متخلف است و علت تخلف او چیست، مناقشات فراوانی وجود داشته است. اینکه چه کسی هنجارها را ساخته، چه کسانی متخلف را معرفی کرده و چه کسانی از تخلف از هنجارها و به چه میزان متضرر شده‌اند نیز موضوعات مهمی بوده‌اند. مجموعه صاحب‌نظرانی که تعریفی از کج‌رفتاری ارائه داده‌اند را می‌توان به دو گروه بزرگ تقسیم کرد. یک گروه آنان که کج‌رفتاری را پدیده‌ای «واقعی» و دارای صفاتی می‌دانند که از رفتارهای بهنجار قابل تشخیص و تفکیک است. دسته دوم آنان که مدعی‌اند کج‌رفتاری لزوماً واقعی نیست و چه بسیارند کسانی که به غیر حق متهم به کاری می‌شوند و به‌اشتباه و یا از روی غرض و مرض برچسب می‌خورند. از سوی دیگر صرف ارتکاب نوعی خاص از رفتار چنانچه عده‌ای متوجه نشوند یا قدرت انگ‌زنی نداشته باشند لزوماً کسی را کج‌رفتار نمی‌کند. بنابراین، از نظر این گروه اساساً این «انگ» است و نه نفس رفتار که کسی را کج‌رفتار می‌کند. رویکرد اثبات‌گرا در تعریف

کج رفتاری سه فرض اصلی دارد که به «مطلق گرایی»، «عین گرایی» و «جبرگرایی» معروف است (صدیق سروستانی، ۲۰۱۸).

همچنین بر اساس این رویکرد تلفیقی کج رفتاری نه آن چیزی است که هر یک از آن دو به تنهایی ادعا می کنند، بلکه شاید تلفیقی از هر دو رویکرد به واقعیت کج رفتاری نزدیک تر است. به بیان دیگر، کج رفتاری هم واقعیت دارد و هم یک انگ است و یکی نمی تواند بدون دیگری وجود داشته باشد. اگر کنشی واقعی روی ندهد و یا انگی به کسی نخورد که کج رفتاری ای مطرح نیست. یعنی برای به کار بستن انگ کج رفتار، اصلاً باید رفتاری صورت گرفته و هم برای درک آن رفتار باید انگ کج رفتار به کار رفته باشد. البته به کار بستن هر یک از دو رویکرد مطرح شده در مورد همه انواع کج رفتارها هم درست نیست. رویکرد اثبات گرا برای توضیح انواع شدیدتر کج رفتاری مثل قتل، تجاوز و سرقت مسلحانه مناسب است و رویکرد برساخت گرا بیشتر در تبیین انواع خفیف تر کج رفتارها مثل اعتیاد به مواد مخدر و خودفروشی به کار می آید (صدیق سروستانی، ۲۰۱۸). نتیجه آنکه با توجه به کلیت هنجارهای اجتماعی، توافق عموم در تعیین و تعریف اینکه کج رفتاری چیست نقش بسیار مؤثری دارد و به همین دلیل کج رفتاری را باید به عنوان رویدادی که بر طیف بین دو قطب همنوایی کامل و کج رفتاری کامل به وقوع می پیوندد دانست که به ویژه در جوامعی که به لحاظ فرهنگی و سیاسی متکثرند، بیش از آنکه پدیده متنوعی باشد، مدرج است.

بدون شک خروج از شرایطی که منجر به شیوع آسیبهای اجتماعی شود نیازمند اتخاذ سیاستهای مناسب و برنامه ریزیهای کارآمد و اثربخش هستند به همین دلیل موضوع سیاستگذاری اجتماعی در این حوزه مهم قلمداد می شود. سیاست گذاری اجتماعی^۱ هم به مجموعه اقدامات مربوط به مقابله با مشکلات اجتماعی و هم به عنوان رشته ای دانشگاهی به

1. social policy

مطالعه این اقدامات و بافت^۱ اجتماعی که در آن شکل می‌گیرند دلالت دارد.

ریچارد تیموس، از بنیان رشته سیاست اجتماعی، این حوزه را شامل اصول حاکم بر فعالیتهای معطوف به اهداف مشخص می‌داند و عنوان می‌کند که سیاستگذاری «کنش مربوط به ابزارها و اهداف را مشخص می‌کند و بنابراین بر تغییر دلالت می‌کند (غفاری و حبیب‌پورگنابی، ۲۰۱۷). ایسینگ^۲ سیاست‌گذاری اجتماعی را دانشی مبتنی بر عمل و یک حوزه مستقل می‌داند که به‌طور نظام‌مند و تحلیلی به بررسی آن دسته از اعمال سیاسی می‌پردازد که معطوف به وضعیت زندگی (موقعیت اقتصادی و اجتماعی گروه‌های ضعیف و آسیب‌پذیر جامعه افراد، دستیابی به هدفهای اجتماعی مثل امنیت اجتماعی، صلح اجتماعی و عدالت اجتماعی) و مقابله با خطرهایی است که حیات انسانی را تهدید می‌کند. او به‌کار بستن شناخت و آگاهی درباره ضرورت، مقدمات، امکانات، هزینه‌ها و آثار و مسائل اقدامات سیاست‌گذاری اجتماعی را از شروط اولیه این حوزه می‌داند و بر این باور است که سیاست‌گذاری اجتماعی باید در «هدفها، اصول به‌کاررفته و ابزارهای مورد استفاده براساس ارزشهای بنیادی، هدفها و اصول اساسی نظام اقتصادی و اجتماعی جهت‌گیری شده باشد (وصالی و امیدی، ۲۰۱۵). در یک تعریف دیگر، سیاست‌گذاری اجتماعی شامل مجموعه‌ای از ارزشها، قواعد و روشهای عقلایی است که به‌منظور فراهم‌سازی امکانات و فرصتهای تازه در حوزه‌های چهارگانه اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی جهت ارتقاء بهزیستی اجتماعی به کار گرفته می‌شود (غفاری و مهر، ۲۰۱۳). در کنار این تعریف باید قید کرد که حضور و مشارکت مردم، نقش اصلی را در سیاستگذاری اجتماعی ایفا می‌کند. موضوعی که در بسیاری مواقع نادیده گرفته می‌شود.

سیاستگذاری اگرچه مبتنی بر پژوهشها و برای مردم انجام می‌پذیرد اما بیشتر حضور و

1. context

2. Issing

مشارکت عمومی در روند مشخص کردن سرفصلهای سیاست‌گذاری است و تدوین سیاستها، محصول یک فرایند نخبه‌گرایانه است. بر این اساس، افراد اندکی در تدوین و تنظیم ساختار سیاستها دخیل هستند. همچنین انتظار می‌رود که حجم بیشتر کار در خارج از انظار عمومی صورت گیرد. نگارش سیاستها طی مراحل بروکراتیک اداری، در اتاقهای کمیته‌های قانون‌گذاری، در جلسات هیئتهای ذی‌صلاح، حاصل می‌شود. به عبارت دیگر معمولاً ساختارسازی سیاسی در حوزه صلاحیت متخصصان است (فیشر و میلر^۱، ۲۰۰۶). همچنین رابرت آدامز^۲ (۲۰۰۲) با رویکردی نقادانه بیان می‌کند که گاهی تصور می‌شود سیاست یک راهبرد نظام‌مند و منسجم است که منجر به برنامه‌های اقدام مستقیم و عملیاتی می‌شود. این تصور اگرچه ممکن است جذاب باشد اما درست نیست. به عقیده وی سیاست‌گذاری یک نگاه برخاسته از عقلگرایی و منطق به فرایند برنامه‌ریزی و تدوین سیاستهاست. او بر وجه اجتماعی سیاست‌گذاری تأکید دارد و آن را مسیری پیچیده، پرتلاطم و ساخته شده در جوی از تنشهای بین نیروهای رقیب معرفی می‌کند.

بالداک^۳ (۲۰۱۴)، هدف سیاست‌گذاری اجتماعی را کاهش نابرابری و بهبود رفاه انسانی می‌داند. نخست به این دلیل که نابرابری و رفاه انسانی یک مسئله اخلاقی است. چون به لحاظ اخلاقی، وجود شکاف بزرگ در جامعه میان فقیر و غنی قابل دفاع و توجیه نیست. دوم اینکه، نابرابری و رفاه انسانی به این دلیل در سیاست‌گذاری اجتماعی مهم‌اند که به‌طور مستقیم بر شهروندی تأثیر می‌گذارند. زیرا انسانهای محروم، امکان استفاده از حقوق شهروندی خود را ندارند. بنابراین حتی در جوامعی که حق سیاسی به رسمیت شناخته شده است، رفاه محدود و فقر، عملاً دسترسی افراد را از مشارکت در نهادهای اصلی دموکراتیک کاهش می‌دهد. بنابراین در سطح ملی نابرابری به حقوق شهروندی افراد لطمه وارد می‌کند.

1 Fischer and Miller

2 Robert Adams

3 Baldock

به‌طور کلی سیاست‌گذاری اجتماعی مجموعه‌ای از قوانین، مقررات، نهادها و اقدامات را شامل می‌شود که تغییر نظم اجتماعی از وضعیت موجود به وضعیت مطلوب را مدنظر دارند و بر سه هدف عمده متمرکزند: کاهش نابرابریها، افزایش سطح رفاه و کیفیت زندگی و بهبود مؤلفه‌های شهروندی. (وصالی و امیدی، ۲۰۱۵) این اهداف هم متأثر از نوع نسبت دولت و جامعه است و هم بر این نسبت تأثیر می‌گذارد. تحقق این اهداف بر عهده دولت است و با توجه به بافت و شرایط اجتماعی، اقتصادی و سیاسی جوامع مختلف، دولتها زمینه را برای مشارکت مجموعه‌ای از کنشگران اعم از بخش خصوصی، خانواده، نهادهای مدنی و نهادهای بین‌المللی در سیاست‌گذاری فراهم می‌کنند (وصالی و امیدی، ۲۰۱۵). در همین رابطه بر مفهوم توسعه اجتماعی به‌عنوان بخش مهمی از فرایند توسعه تأکید شده و اساساً امروزه یکی از مهم‌ترین ابعاد توسعه را توسعه اجتماعی عنوان می‌کنند (واعظ مهدوی و همکاران، ۲۰۱۳) و یکی از مهم‌ترین مقوله‌های این نوع توسعه، سلامت اجتماعی است (سفیری و شایسته، ۲۰۱۶).

در ادبیات موضوع، گاهی سلامت اجتماعی از دو مفهوم سازگاری اجتماعی (به معنای رضایت از روابط، انجام نقشهای اجتماعی و سازگاری با محیط اجتماعی پیرامون فرد) و شبکه حمایت اجتماعی (مجموعه تماسهایی که فرد در شبکه اجتماعی خود برقرار می‌کند) در نظر گرفته می‌شد. لارسون^۱ (۱۹۹۳) اشاره می‌کند نکته مهم این است که شاخصهای سلامت اجتماعی بتواند به نیاز درونی پاسخی بدهد و احساسات، تفکرات و رفتارهای فرد، رضایت او از محیط اجتماعی را نشان بدهد. امروزه اما پیشرفتهای قابل توجهی در این دسته‌بندی و مفهوم‌سازی محدود ایجاد شده است. متخصصان حرفه‌های یاورانه معتقدند در اجتماعاتی که تاب‌آوری افراد رشد می‌یابد، آگاهی، تشخیص و استفاده از تواناییهای اکثر اعضای جامعه وجود دارد. در چنین اجتماعات سالمی، شبکه‌های غیررسمی مردم، برای اعضا کمک، آموزش،

1 Larson

حمایت و دلگرمی فراهم می‌کنند (گلیکن^۱، ۲۰۱۰). بعد اجتماعی سلامت در برگیرنده سطوح مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود، به‌عنوان عضوی از جامعه بزرگ‌تر است. در واقع زندگی سالم، محصول تعامل اجتماعی بین انتخاب‌های فردی از یک سو و محیط اجتماعی، اقتصادی احاطه‌کننده فرد از سوی دیگر است. گلداسمیت سلامت اجتماعی را عبارت از ارزیابی رفتارهای معنی‌دار مثبت و منفی فرد در ارتباط با دیگران می‌داند و آن را یکی از اساسی‌ترین شاخص‌های سلامت هر جامعه که به کارایی بیشتر فرد درون جامعه منجر می‌شود معرفی می‌کند (خوش‌فر و همکاران، ۲۰۱۶). تعریف مشابهی از لارسن گزارش شده است و چگونگی گزارش فرد از ارتباطش با سایرین به‌عنوان سلامت اجتماعی تعریف شده است و طی آن به پاسخ‌های درونی فرد که شامل اعلام رضایت یا نارضایتی از محیط اجتماعی زندگی‌اش می‌شود سلامت اجتماعی گفته می‌شود (سمیعی و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین لایکوک سلامت اجتماعی را به‌صورت شرایط و رفاه افراد در شبکه روابط اجتماعی همچون خانواده، اجتماع و ملت تعریف می‌کند (سام آرام، ۲۰۱۳).

رفیعی و همکاران (۲۰۱۰) در یک مطالعه در تلاش برای ایجاد شاخصی ترکیبی برای سلامت اجتماعی در ایران، سه دسته از تعاریف را شناسایی می‌کنند که عبارتند از:

- سلامت اجتماعی به‌عنوان وجهی از سلامت فرد که در کنار سلامت جسمی و روانی قرار دارد. بر این اساس، سلامت اجتماعی وجوه مشترک زیادی با سلامت روان خواهد یافت. بین مفهوم سلامت روانی و سلامت اجتماعی فاصله نزدیکی وجود دارد همچنین مطالعات نشان داده‌اند که معیارهای (مقیاس‌های) سلامت اجتماعی همبستگی مثبت و معتدلی با معیارهای سلامتی روانی دارند.
- سلامت اجتماعی به‌عنوان شرایط اجتماعی ایجادکننده سلامت که احتمالاً با مفهومی وسیع‌تر به نام تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت قابل برابری و هم‌تراز است.

1 Glicken

- سلامت اجتماعی به‌مثابه جامعه سالم که در آن به‌طور کلی وضعیت اجتماعی بهتری را شاهد باشیم. در این حالت، سلامت اجتماعی بر اساس شرایط فرهنگی و اجتماعی هر جامعه‌ای می‌تواند شاخصی متفاوت بیابد و بنابراین تعریفی نسبی از سلامت اجتماعی می‌توان ارائه کرد.

رفیعی و همکاران (۲۰۱۰) همچنین گزارش می‌کند که بر اساس طبقه اخیر از سلامت اجتماعی (تعریف سوم) می‌توان گفت جامعه‌ای دارای سلامت اجتماعی است که در آن فقر، خشونت، تبعیض جنسیتی و تبعیض قومی، نژادی و منطقه‌ای وجود نداشته باشد و در عوض، رشد جمعیت کنترل شده باشد، آزادی عقیده وجود داشته باشد، دسترسی به تحصیلات رایگان و خدمات سلامت و خدمات بیمه‌ای وجود داشته باشد، توزیع درآمد عادلانه باشد و مردم‌سالاری و نظارت مردم بر مردم و مردم بر دولت جریان داشته باشد.

همان‌گونه که بیان شد سلامت در تعاریف جدید از سلامت در سطح فردی و از بعد جسمانی و روانی فراتر رفته و امروزه تعریف سلامت بیانگر شکوفایی انسان علاوه بر مواجهه‌نبودن با بیماری است. تعریف سلامت البته تا حدودی به حس مشترک اعضای خرده نظام‌های اجتماعی و فرهنگی مرتبط است اما به‌هر حال دو رویکرد سلامت‌محور و آسیب/بیماری محور در طول زمان در بررسی انسان اجتماعی به وجود آمده‌اند (سام آرام، ۲۰۱۳). در رویکرد سلامت‌محور فردی که بتواند درون جامعه و گروهی که به آن تعلق دارد از نشاط و بهزیستی بالا برخوردار باشد فردی سالم فرض می‌شود (سام آرام، ۲۰۱۳). بررسی آمارهای موجود از وضعیت اجتماعی و روانی کشور می‌تواند برای سیاست‌گذاران، مدیران، متخصصان و پژوهشگران حوزه آسیب‌های اجتماعی هشداردهنده باشد. آمار بالای خشونت در سطوح مختلف میزان نامطلوب و رو به تزاید پرونده‌های قضایی که محتوای آنها به هر نحو مرتبط با پرخاشگری یا انواع دیگر مسئله‌های اجتماعی در ارتباطاند (ارحمی دولت‌آبادی و همکاران، ۲۰۱۷) وضعیت نگران‌کننده آمار تصادفات که می‌توان بخشی از آن را ناشی از

عدم مدارای اجتماعی، تضادها و تعارضات پیش‌رونده و حل‌نشده در ارتباطات بین فردی درون خانواده دانست، آمارهای موجود درباره ازهم‌پاشیدگی خانواده‌ها، رتبه نسبتاً ضعیف ایران در شاخصهای مرتبط با نشاط و شادابی و بسیاری مصادیق دیگر می‌تواند بیانگر لزوم توجه به شاخصهای سلامت اجتماعی در کشور باشد چون همان‌گونه که نشان داده شده است این عاملها رابطه‌ای دوسویه با سلامت اجتماعی ایجاد می‌کنند (سمیعی و همکاران، ۲۰۱۱). همان‌گونه که ذکر شد جامعه‌ای را می‌توان با مفهومی که از سلامت اجتماعی ارائه شد سالم خواند که رضایت و شادابی مردم در آن قابل‌رؤیت باشد. فقدان سلامت اجتماعی را می‌توان نتیجه عدم جذب افراد در چارچوبهای اجتماعی و نتیجتاً عدم جامعه‌پذیری صحیح آنها دانست. بنابراین می‌توان گفت سلامت اجتماعی عامل مهمی در کنترل آسیبهای اجتماعی و مسائل اجتماعی و همچنین حفظ نظم اجتماعی است (سام آرام، ۲۰۱۰).

روش

پژوهش در هر موضوع، به هر شکلی و در هر سطحی که انجام شود، تلاشی منسجم و نظام‌مند در جهت توسعه دانش موجود درباره موضوعهایی است که با آنها سروکار داریم. پژوهش کوششی است برای یافتن بهترین راه‌حلهای ممکن در جهت حل مشکلات موجود در عرصه‌های مختلف زندگی. همچنین، پژوهش فعالیتی منسجم برای رسیدن به شناختی روشن‌تر از مفاهیم پیرامونمان است. با توجه به اینکه این تحقیق موضوع‌محور است روش مورد استفاده «روش کیفی» انتخاب شده است که یافته‌های آن از طریق داده‌های آماری و یا کمی حاصل نمی‌شود بلکه تلاشی است جهت توصیف غیر کمی از موقعیتهای و درک و تبیین پدیده‌های پیچیده اجتماعی از داده‌های کیفی استفاده می‌کند و برای جمع‌آوری داده‌ها از تکنیک دلفی استفاده شده است.

دلفی رویکرد یا روشی سیستماتیک در تحقیق برای استخراج نظرات از یک گروه

متخصصان در مورد یک موضوع یا یک سؤال است و یا رسیدن به اجماع گروهی از طریق یک سری از راندهای پرسشنامه‌ای با حفظ گمنامی پاسخ‌دهندگان و بازخورد نظرات به اعضای پانل است؛ درخواست قضاوت‌های حرفه‌ای از متخصصان همگن و مستقل در مورد یک موضوع ویژه با استفاده از پرسشنامه‌ها است که تا زمان دستیابی به اجماع نظرات مداوم تکرار می‌شود. روش مطالعه چندمرحله‌ای برای گردآوری نظرات در موارد ذهنی‌بودن موضوع و استفاده از پاسخهای نوشتاری به جای گرد هم آوردن یک گروه متخصص است و هدف اجماع با امکان اظهار نظر آزادانه و تجدیدنظر عقاید با تخمینهای عددی به دست می‌آید (السادات، ۲۰۱۳).

اجزای اصلی دلفی شامل تکرار یا بازگویی پرسشنامه، متخصصان، بازخورد کنترل‌شده، گمنامی، آنالیز نتایج، اجماع، زمان و تیم هماهنگ‌کننده است که در زیر هر یک به‌اختصار شرح داده می‌شود:

بازگویی یا تکرار: در این تحقیق یک مرحله پیش راند و ۳ مرحله راند اصلی به انجام رسیده است.

صلاحیت پانلیست‌ها: متخصصان شرکت‌کننده در این تحقیق، همگی از افراد برجسته و شناخته‌شده علمی و اجرایی حوزه آسیب‌های اجتماعی در سطح ملی بودند. از جمله معیارهایی که برای انتخاب متخصصان به مطالعه وجود داشت عبارت بودند از: دارا بودن سوابق علمی و پژوهشی قابل‌اعتنا در حوزه آسیب‌های اجتماعی، سلامت اجتماعی و سیاست‌گذاری اجتماعی، سابقه فعالیت در سطح ملی در حوزه آسیب‌ها، دارا بودن تخصص دانشگاهی در یکی از حوزه‌های مرتبط با موضوع مطالعه شامل آسیب‌های اجتماعی، سیاست‌گذاری اجتماعی، سلامت اجتماعی، سیاست‌گذاری اقتصادی، مددکاری اجتماعی و رشته‌های مرتبط.

تعداد متخصصان: در تحقیق حاضر ۲۰ نفر از متخصصان از پژوهشگران حوزه‌های سیاست‌گذاری و جامعه‌شناسی، روانشناسی، حقوق و آسیب‌های اجتماعی برگزیده شده‌اند.

مشارکت‌کنندگان: در این تحقیق مشارکت‌کنندگان مبتنی بر هدف و بر اساس تخصص و تجربه‌شان در زمینه موضوع تحقیق انتخاب شده‌اند.

بازخورد کنترل‌شده: در این تحقیق همراه با پرسشنامه راند بعدی نتایج راند قبلی در اختیار متخصصان قرار گرفته و طی نامه‌ای از آنها درخواست شد تا نتایج راند قبلی را مطالعه و سپس در خصوص راند بعدی نظردهی کنند.

معیارهای نشان‌دهنده اجماع درصد آیتها (رایج‌ترین)، ثبات پاسخها و تفسیر بر مبنای نظر متخصصان است. در نتایج مطالعات محدوده متفاوتی از سطح، اجماع ۵۱ تا ۱۰۰ درصد گزارش شده است. در این تحقیق نیز اجماع بالای ۷۰ درصد ملاک تصمیم‌گیری قرار گرفته است.

یافته‌ها

در این تحقیق یافته‌ها در چهار مرحله به دست آمده است. در مرحله اول که پیش‌راند بود ابتدا با یک سؤال باز از نخبگان خواسته شده بود تا سیاستهای مناسب برای کنترل و کاهش آسیبهای اجتماعی در ایران را بنویسند که در نهایت ۵۲ سیاست پیشنهاد شد که پس از تحلیل محتوا در نهایت در مرحله اول ۴۸ سیاست برای اعلام نظر برای آنان ارسال شد. پس از تحلیل اطلاعات این مرحله، برای مرحله دوم ۳۱ سیاست برای نخبگان ارسال و از آنها خواسته شده بود که نظرات خود را اعلام کند. پس از تحلیل اطلاعات این مرحله و ارسال مجدد آن برای متخصصان، آنها بر جدا نوشته شدن یکی از سیاستها اجماع کردند و در نهایت در مرحله سوم ۳۲ سیاست تعیین شد. با استفاده از روش بودجه‌ریزی از تعداد ۱۰ نفر از نخبگان خواسته شد که به هر یک از این ۳۲ سیاست نمره‌ای دهند که در مجموع نمرات همه سیاستها، بیش از ۱۰۰ نباشد تا بتوان اولویت‌بندی سیاستها را انجام داد که یافته‌ها نشان داد که اولویت سیاستها به نسبت یافته‌های مرحله سوم تغییر اندکی داشته است.

تأملی بر یافته‌های تحقیق گویای این نکته است که با وجود اقدامات انجام شده در کشور در

حوزه سیاست‌گذاری‌های مرتبط با آسیب‌های اجتماعی نیز به داشتن سیاست‌های اجتماعی مشخص در سطح کلان در جامعه بیش‌ازپیش ضروری است (به‌جز در حوزه مواد مخدر که سیاست‌های کلی نظام سال ۱۳۸۵ ابلاغ شده است). مهم‌ترین سؤال تحقیق هم در این ارتباط تنظیم شده بود. تدوین این سیاست‌ها کمک می‌کند تا نقشه راه برای کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی ترسیم شود، از سیاست‌گذاری‌های اجتماعی سلیقه‌ای جلوگیری شود. از همه ظرفیت‌ها در قوای مختلف کشور و سازمان‌های غیردولتی استفاده شود، هماهنگی‌های بین بخشی و فرابخشی در حوزه آسیب‌های اجتماعی که فقدان یا ضعف آن یکی از چالش‌های جدی کشور محسوب می‌شود، بهتر انجام شود، مدیریت بهینه منابع صورت گیرد، اولویت‌های سیاست‌گذاری‌های اجتماعی در این حوزه تعیین شود، احتمال فراگیری، جامعیت و کفایت برنامه‌های اجرایی ناشی از سیاست‌گذاری‌های اجتماعی انجام شده بیشتر شود، تقسیم کار بهتری بین دستگاه‌های مرتبط در سطوح مختلف پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی صورت گیرد.

گرچه این اعتقاد وجود دارد که برای تدوین سیاست‌های کلی نظام در حوزه کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی و با توجه به ماهیت موضوع و به‌منظور اثربخش‌تر بودن سیاست‌گذاری‌های انجام شده و فرایند تدوین آنها، ضروری است تا به الزاماتی توجه شود. الزامات تدوین سیاست‌های اجتماعی در حوزه کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی می‌تواند متعدد و متنوع باشد که به برخی از آنها به شرح زیر اشاره می‌شود:

- تأکید بر مبانی فرهنگی کشور
- بهره‌گیری از دانش و تجارب جهانی برای سیاست‌گذاری اجتماعی در حوزه کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی (با رعایت شرایط کشور-بومی‌سازی)
- رصد مستمر شرایط اجتماعی کشور و به‌طور خاص وضعیت آسیب‌های اجتماعی و سلامت اجتماعی و اتخاذ سیاست‌های اجتماعی مناسب (مبتنی بر شواهد بودن)
- قابلیت اجرا داشتن سیاست‌ها (تدوین برنامه‌های اجرایی متناسب با سیاست‌های اجتماعی)

اتخاذ‌شده در حوزه آسیبهای اجتماعی)

- استفاده از روشهای علمی در تدوین سیاستها
- استفاده حداکثری از ظرفیتهای موجود (دولتی (قوای مختلف) و غیردولتی) مرتبط برای سیاستگذاری اجتماعی در این حوزه
- بررسی تأثیرات سیاست‌گذاری‌های انجام شده در سایر حوزه از جمله حوزه‌های اقتصادی و سیاسی بر حوزه آسیبهای اجتماعی
- توجه به رویکرد سلامت اجتماعی در سیاست‌گذاریهای اجتماعی در حوزه آسیبهای اجتماعی

توجه به آینده‌نگری اجتماعی برای سیاست‌گذاری اجتماعی

- در اختیار داشتن داده‌ها و اطلاعات موردنیاز برای سیاست‌گذاری
- در نظر داشتن امکانات کشور و تعیین انتظارات متناسب با توان جامعه
- توجه به سطوح مختلف پیشگیری از آسیبهای اجتماعی در سیاست‌گذاریهای مرتبط با آسیبهای اجتماعی
- و...

با توجه به موارد فوق درنهایت سیاستهای پیشنهادی که نخبگان روی آنها اجماع کرده بودند به شرح زیر، نهایی و جمع‌بندی شده است:

۱. رصد علمی و مستمر آسیبهای اجتماعی با توجه به شاخصهایی همچون: نوع، شیوع و شدت

۲. اتخاذ و تقویت رویکردهای اجتماع‌محور در برنامه‌های پیشگیری از آسیبهای اجتماعی

۳. توجه ویژه به مسائل اقتصادی از طرق: الف) فراهم کردن زمینه‌های سرمایه‌گذاری داخلی و خارجی، ب) اصلاح مکانیسمهای مالیاتی خصوصاً مالیات بر درآمد و دارایی، ج) فراهم کردن زمینه‌های کاهش سود واسطه‌گری و دلالی و افزایش سود حاصل از تولید،

- د) آموزش کارآفرینی و مهارت‌های کارآفرینانه، ح) تقویت بخش حمایتی
۴. بازننگری در قوانین و مقررات مرتبط به منظور استفاده حداکثری از راهکارهای قضازدایی و حقوق ترمیمی در خصوص آسیب‌های اجتماعی
 ۵. ایجاد و تقویت رویکردهای ایجابی در برنامه‌های پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی
 ۶. بسط و گسترش روحیه نشاط و شادابی و امیدواری در سطح جامعه
 ۷. فراهم کردن زمینه همکاری بین بخشی دستگاه‌های اجرایی و زمینه مشارکت اجتماعی نهادهای عمومی و سازمان‌های غیردولتی به همراه سایر اقشار جامعه برای پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی
 ۸. تعمیق ارزش‌های دینی و هنجارهای اجتماعی در سطح جامعه
 ۹. انجام مطالعات آینده‌پژوهی مبتنی بر روندپژوهی در زمینه بررسی ساختارها و ریشه‌ها، آثار و پیامدها و همچنین ابعاد و راهبردهای کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی
 ۱۰. شناسایی نقاط آسیب‌خیز و بحران‌زای اجتماعی در بافت‌های شهری، روستایی و سکونتگاه‌های غیررسمی و برنامه‌ریزی برای بهبود وضعیت آنها
 ۱۱. بازننگری در ساختارهای موجود دستگاه‌های اجرایی مرتبط با کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی با هدف حذف ساختارهای موازی و کارآمدی بیشتر (تجمیع ساختارهای موجود) و تأمین منابع لازم
 ۱۲. سنجش مستمر سلامت اجتماعی و اتخاذ مکانیسم‌هایی برای افزایش آن
 ۱۳. الزام به تهیه پیوست‌های اجتماعی و فرهنگی برای طرح‌ها و برنامه‌ها در حوزه‌های عمرانی و اقتصادی
 ۱۴. استفاده از ظرفیت‌های مراکز و مؤسسات آموزشی از جمله: مهدهای کودک، مراکز پیش‌دبستانی، مدارس و دانشگاه‌ها جهت اجرای برنامه‌های پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی
 ۱۵. تربیت نیروی انسانی متخصص و به‌کارگیری آنان در حوزه سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی آسیب‌های اجتماعی

۱۶. استفاده از ظرفیت فضای مجازی و شبکه‌های اجتماعی برای اطلاع‌رسانی، آگاه‌سازی و افزایش حساسیت مردم نسبت به آسیب‌های اجتماعی
۱۷. ترویج سبک زندگی سلامت‌محور
۱۸. تقویت هویت‌های جمعی (دینی، ملی و قومی) به منظور افزایش انسجام و سرمایه اجتماعی
۱۹. بهبود سطح بهداشت و سلامت روانی، اجتماعی و معنوی در جامعه
۲۰. ارائه حمایت‌های اجتماعی به افراد در معرض آسیب از طریق تقویت همکاری‌های بین بخشی
۲۱. ارائه حمایت‌های اجتماعی به افراد آسیب‌دیده اجتماعی از طریق تقویت همکاری‌های بین بخشی
۲۲. فراهم کردن زمینه‌های بازگشت آسیب دیدگان (بهبودیافته) اجتماعی به جامعه (ترویج ادغام اجتماعی و جلوگیری از طرد اجتماعی)
۲۳. اتخاذ سازوکارهای مناسب جهت افزایش مسئولیت‌پذیری و مطالبه‌گری اجتماعی در خصوص پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی
۲۴. توجه به مسئولیت اجتماعی شرکتها و مؤسسات و سازمانها به منظور توسعه خدمات پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی در سطوح مختلف
۲۵. توجه به محیط‌های کاری به منظور کاهش فشار روانی تشدیدکننده آسیب‌های اجتماعی
۲۶. استفاده از ظرفیت رسانه‌های همگانی در زمینه اطلاع‌رسانی و آگاه‌سازی در حوزه کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی
۲۷. استفاده از ظرفیت‌های مدیریت شهری و روستایی برای پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی
۲۸. ارتقاء نظم و احساس امنیت اجتماعی
۲۹. فراهم کردن تسهیلات و فرصت‌های متنوع برای گذران اوقات فراغت آحاد جامعه به ویژه نوجوانان و جوانان

۳۰. اتخاذ تدابیر لازم برای حمایت‌های اجتماعی در زمینه آموزش‌های فنی و حرفه‌ای، اشتغال و توانمندسازی حقوقی، مالی، روانی و اجتماعی برای افراد نیازمند به بازتوانی و خانواده‌های آنان

۳۱. تعامل و همکاری بین‌المللی در جهت تبادل اطلاعات و انتقال تجارب سایر کشورها در زمینه برنامه‌های کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی

۳۲. الزام سازمان‌های بیمه‌کننده به پوشش خدمات (پیشگیری، مداخله‌ای و حمایتی) مرتبط با حوزه آسیب‌های اجتماعی.

آنچه به‌عنوان سیاست‌های پیشنهادی برای کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی در بالا آورده شده است نظرات صاحب‌نظرانی است که در روش دلفی انتخاب شده بودند که ممکن است صاحب‌نظران دیگر نقدهایی هم بر این سیاستها باشد یا بتوانند تکمیل کنند.

بحث

همچنان که گفته شد آسیب‌های اجتماعی ذاتاً ذوالابعاد هستند و آن‌گونه که از یافته‌ها مشخص است می‌توان گفت سیاست‌گذاری اجتماعی مرتبط با آسیب‌های اجتماعی در کشور از منظر سلامت اجتماعی باید دربردارنده موارد متعددی باشد که شامل رصد مستمر آسیب‌های اجتماعی، توجه به رویکردهای اجتماع‌محور، توجه ویژه به مسائل اقتصادی، توجه به راهکارهای فضازدایی، گسترش روحیه نشاط و امید، همکاری بین بخشی، توجه به ارزش‌های دینی و اجتماعی، آینده‌پژوهی، توجه به نقاط آسیب‌خیز اجتماعی، حذف ساختارهای موازی و ناکارآمد، سنجش سلامت اجتماعی، تهیه پیوسته‌های اجتماعی و فرهنگی، توجه به ظرفیت مراکز آموزشی، تربیت نیروی متخصص، فضای مجازی و شبکه‌های اجتماعی، سبک زندگی سلامت‌محور، هویت‌های جمعی، بهبود سطح بهداشت و سلامت، حمایت اجتماعی، ادغام اجتماعی، مسئولیت‌پذیری و مطالبه‌گری اجتماعی، توجه به مسئولیت اجتماعی شرکتها،

کاهش فشار روانی محیط‌های کاری، استفاده از ظرفیت رسانه‌های همگانی، استفاده از ظرفیتهای مدیریت شهری و روستایی، نظم و احساس امنیت اجتماعی، اوقات فراغت، آموزشهای فنی و حرفه‌ای، اشتغال و توانمندسازی تعامل بین‌المللی و پوشش بیمه‌ای است. جانهارتل بیش از بیست سال قبل در خصوص سیاستهای اجتماعی که می‌تواند برای آسیبها و مسئله‌های اجتماعی اثرگذار باشد اظهارنظر کرده بود. به عقیده او، سیاستگذاری اجتماعی نه فقط یک فرایند ساده بلکه یک موضوع نظری، فرهنگی، تاریخی، ایدئولوژیک، پراگماتیک و سیاسی است (هارتل^۱، ۱۹۹۵). وی همچنین مفهوم سیاست‌گذاری اجتماعی را برای دنیای قرن بیست و یکم مبتنی بر سه محور عمده تعریف کرد که عبارت بودند از: بیمه‌های اجتماعی، حمایت‌های دولتی و خدمات اجتماعی^۲ (هارتل، ۱۹۹۵).

آسیبهای اجتماعی یکی از موضوعاتی که در کشور نگرانی زیادی ایجاد کرده و می‌توانند بر کیفیت زندگی مردم تأثیر منفی بگذارند و افزایش آن در هر جامعه، نشانه‌ای از کاهش شاخصهای سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی محسوب می‌شود. این در حالی است که یکی از وظایف دولتها فراهم‌سازی بسترهای مناسب برای ارتقاء مستمر کیفیت زندگی آحاد مردم است. لذا مردم انتظار دارند دولتها با اتخاذ تدابیر و سیاست‌گذاریهای مناسب بتوانند زمینه تحقق این انتظار را بیش‌ازپیش فراهم کنند. وجود نیروی انسانی سالم، کارآمد، قانون‌مدار، جامعه‌پذیر (اجتماعی شده)، مسئولیت‌پذیر و... به‌عنوان یکی از مهم‌ترین منابع توسعه در هر کشوری نیز لازمه تحقق عملی این انتظار (وظیفه دولت) است که درگیرشدن آنان در چرخه آسیبهای اجتماعی موجب می‌شود این منبع مهم نتواند نه‌تنها در چرخه توسعه و سلامت اجتماعی اثربخش باشد بلکه هزینه‌های دولت را در ایجاد امنیت و کنترل آنها و انجام اقدامات تأمینی و تربیتی افزایش دهد. زیرا آسیبهای اجتماعی در چارچوب اصول

1 Hartl

2. social aid

اخلاقی و قواعد عمل جمعی رسمی و غیررسمی جامعه قرار نمی‌گیرند و این چارچوب قواعد هم محدود به قوانین نیستند بلکه می‌توانند معیارهای اخلاقی یا عرفی جامعه هم باشند. لذا گسترش آسیبهای اجتماعی در کشور و یا هر جامعه دیگری به این معنی است که قوانین، اخلاق و عرف آن جامعه مورد توجه قرار نمی‌گیرد که این خود می‌تواند نشانه‌ای از ناکارآمدی دولتها در ایفای وظیفه‌شان برای تحقق جامعه‌ای ایمن از منظر اجتماعی باشد. در چنین شرایطی یکی از وظایف دولتها سیاست‌گذاریهای مناسب در حوزه‌های مختلف از جمله حوزه اجتماعی است که در ابتدا این کار مستلزم پذیرش آسیبهای اجتماعی به‌عنوان یک واقعیت اجتماعی (واقعیت تلخ) است. در صورت اتخاذ سیاستهای مناسب برای حوزه اجتماعی به‌ویژه آسیبهای اجتماعی با رویکرد سلامت اجتماعی می‌توان امیدوار بود که موضوع مورد توجه سیاست‌گذاران کلان کشور قرار گرفته و این پذیرش کمک می‌کند تا از برخوردهای سلیقه‌ای و حتی گاهی اوقات متناقض در حوزه آسیبهای اجتماعی کاسته شود و می‌توان ادعا کرد که نقشه راه کشور برای کنترل و کاهش آسیبهای اجتماعی ترسیم شود که در این صورت امکان اعمال مدیریت اجتماعی کارآمد و استفاده بهینه از تمامی منابع و ظرفیتهای موجود بیش‌ازپیش فراهم خواهد شد. این انتظار از دولت در هر جامعه‌ای از جمله ایران بیش از وظایف اصلی آنها نیست. چراکه مسئولیت مدیریت تأمین شرایط مناسب و امنیت همه‌جانبه از جمله امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی در کشور با دولت است و این انتظاری بیش از وظایف دولت نیست که آسیبهای اجتماعی انجام این وظیفه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. سیاست‌گذاریهای همه‌جانبه دولت از جمله در حوزه اجتماعی اقداماتی است که دولت می‌تواند در این حوزه انجام دهد تا جامعه‌ای سالم‌تر از منظر آسیبهای اجتماعی داشته باشیم. در واقع می‌توان گفت که سیاست‌گذاریهای دولت فقط محدود به رفع یا کنترل خطرات و آسیب‌های اجتماعی نیست بلکه رویکرد پیشگیرانه از جمله پیشگیری از آسیبهای اجتماعی و ارتقاء شاخصهای سلامت اجتماعی را نیز باید در برگیرد. در چنین شرایطی می‌توان گفت که دولت برای «به

زیستن اجتماعی» مردم نقشه راه مناسب دارد و سیاست‌گذاریهای مناسبی انجام داده است. آنچه در این پژوهش مورد بحث قرار گرفت بررسی سیاستهای اجتماعی مناسب در راه برخورد عالمانه با آسیبهای اجتماعی اختصاصی کشور ایران بود. با توجه به اینکه صاحب نظرانی که در این پژوهش مشارکت کردند از برجسته‌ترین عالمان این حوزه در کشور بودند و این نتایج حاصل حدود یک سال بحث و بررسی عمیق با مشارکت این افراد بوده پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاران و مدیران عالی نظام برای بازنگری در سیاستهای کلان کشور در این حوزه به نتایج و اولویتهایی که احصا شده است نظر کنند.

و در پایان اینکه، در این تحقیق همچون بسیاری از تحقیقاتی که انجام می‌شود موانعی هم وجود داشت. ضمن سپاس مجدد از صاحب نظرانی که برای تکمیل پرسشنامه‌ها در چهار مرحله (پیش‌راند و سه راند) نهایت همکاری را داشتند و صاحب نظرانی که در مصاحبه حضور داشتند و سایر کسانی که همکاری کردند برخی از موانع/مشکلات انجام تحقیق به شرح زیر هستند:

- کمبود یا فقدان پژوهشهای کاربردی در حوزه سیاستگذاری اجتماعی و آسیبهای اجتماعی (پژوهشهای مشابه)

- دسترسی کم به منابع غنی در ارتباط با موضوع سیاستگذاری اجتماعی و آسیبهای اجتماعی
- تغییر چندباره در خصوص سؤالات تحقیق توسط شورای دانشگاه که منجر به طولانی شدن انجام تحقیق شد.
- طولانی بودن استفاده از روش دلفی برای جمع‌آوری اطلاعات که می‌تواند روی کیفیت پاسخها تأثیر منفی داشته باشد.

- Adams, R. (2002). *Social Policy for Social Work* (Vol. 1). London: Palgrave Macmillan.
- Arhami Dolatabadi, A., Kariman, H., Alimohammadi, H., Amini, A., & Mousavifar, S. S. (2016). *Trauma from Violence and Strife among Patients Referred to the Emergency Department; an Epidemiologic Study*. 2016, 4(1), -4. doi: 10.22037/ijem.v4i1.13932 (in Persian)
- Baldock, J. (2014). Social policy, social welfare, and the welfare state. In J. Baldock, L. Mitton, N. Manning & S. Vickerstaff (Eds.), *Social policy* (Vol. 1, pp. 5-30). Chicago: Oxford University.
- Fischer, F., & Miller, G. J. (2006). *Handbook of public policy analysis: theory, politics, and methods*: crc Press.
- Ghaffari, G., & Azizimehr, K. (2012). Institutional approach and analysis of welfare policies in contemporary's Iran. *Sociological Research*, 19(1), 23-56. doi: 10.22059/jsr.2012.56172 (in Persian)
- Ghaffari, G., & Habibpour Gottai, K. (2014). *Social Policy the Conceptual and Theoretical Foundations*. Tehran: Tehran University. (in Persian)
- Glicken, M. (2010). Social Work in the 21st Century: An Introduction to Social Welfare, *Social Issues, and the Profession* (Vol. 1). USA: SAGE Publications.
- Hartl, J. (1995). *Social Policy: An Issue for Today and the Future Czech Sociological Review*, 3 (2), 209-219
- Herrick, J. M. (2014). *Social Policy: Overview*: Oxford University Press.
- Khoshfar, G., Mohammadi, A., Mohammadzadeh, F., Mohammadi, R., & Akbarzadeh, F. (2015). Social Security and Social Health (Case Study of 15-29 Years-Old Persons of Ghaen City). *Iranian Journal of Social Research*, 9(1), 71-102. (in Persian)
- Larson, J. S. (1993). The measurement of social well-being. *Social Indicators Research*, 28(3), 285-296.
- Naghibosadat, S. (2011). *Methodology in Communication Science* (Vol. 1). Tehran: Elm pub. (in Persian)
- Rafi'ey, H., Sami'ei, M., Foroozesh, K., Ghazarian, M., Rahimi, A., & Akbarian, M. (2009). *Combined Index of Social Health of Iran Journal of Social Security Research* (Vol. 19, pp. 81-112). Tehran. (in Persian)
- Safari, K., & Shayeste, S. (2015). Study of Relationships Between Family Social Capital and Youth's Social Well-Being. *Quarterly Journal of Social Work*, 4(3), 5-17. (in Persian)

- Samaram, E. (2008). Relationship Between Social Health and Social Security, with an Emphasis on the Approach of Social-Oriented Police. *Journal of Social Security*, 1(1), 21. (in Persian)
- Samaram, E. (2011). Social Health, the Core Theory of Social Work. *Specialist Social Work*, 1. (in Persian)
- Sami'ei, M., Rafi'ey, H., Amini Rarani, M., & Akbarian, M. (2011). The Social Health of Iran: from a Consensus-Based Definition to an Evidence-Based Index. *Social Problems of Iran*, 1(8), 31-51. (in Persian)
- Saroukhani, B. (2004). *Encyclopedia of Social Sciences* (Vol. 2). Tehran: Etelaat pub (in Persian)
- Sedigh Sarvestani, R. (2017). *Social Pathology: Sociology of Social Deviations*. (in Persian)
- Vaez Mahdavi, Z., Vaez Mahdavi, M. R., & Araei, M. M. (2013). *The Impact of Social Policies on Human Development Following the 1979 Islamic Revolution in Iran* (Vol. 2).
- Vesali, S., & Omidi, R. (2014). Social policy: themes and approaches. *The Journal of Planning and Budgeting*, 19(1), 179-206. (in Persian)
- Yadav, A. K. (2015). Social Movements, Social Problems and Social Change. *Academic Voices: A Multidisciplinary Journal*, 5, 1-4.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی