

موانع اجرایی سیاست گذاری جمهوری اسلامی ایران در پیشگیری اولیه از اعتیاد (۱۳۷۵-۱۳۹۵)

مسعود مهدویان^۱، حسین مسعودنیا^۲، محمدرضا یزدانی زازرانی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۶/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۱۷

چکیده

هدف: این تحقیق با هدف اجرا پژوهی سیاست گذاری‌ها، تعیین و رتبه بندی موانع اجرایی سیاست گذاری جمهوری اسلامی ایران در پیشگیری اولیه از اعتیاد انجام شد. **روش:** روش تحقیق، آمیخته (ترکیبی) مشتمل بر تکنیک دلفی، تحلیل محتوا، تحلیل عاملی و تحلیل سلسله مراتبی بوده است. جامعه مورد مطالعه چهار گروه سیاست گذاران، مدیران اجرایی، صاحب نظران و ذینفعان (معتادان بهبود یافته) می باشند. داده های جمع آوری شده در فرآیند اجرا پژوهی ما را به پنج مانع مهم در آسیب شناسی اجرای سیاست ها رهنمون نموده است. **یافته ها:** یافته های تحقیق حاکی از آن است که فقدان بازاریابی اجتماعی، ضعف برنامه عملیاتی، فقدان نظام ملی پیشگیری، فقدان نظارت و ارزیابی و در نهایت ضعف همکاری های بین بخشی از مهمترین موانع اجرایی سیاست گذاری پیشگیری اولیه از اعتیاد قلمداد شده است. **نتیجه گیری:** بازنگری و اصلاح سیاست ها و توجه به اجرا پژوهی در سیاست های گذشته، راهکاری برای ارتقاء شرایط کنونی سیاست گذاری اعتیاد محسوب شده است.

کلیدواژه ها: سیاست گذاری، اجرا پژوهی، پیشگیری اولیه، اعتیاد، روش آمیخته

۱. دانشجوی دکتری رشته سیاست گذاری عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

۲. نویسنده مسئول: دانشیار گروه علوم سیاسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران، پست الکترونیکی:

h.masoudnia@ase.ui.ac.ir

۳. استادیار گروه علوم سیاسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر یکی از معضلات و مسائل اجتماعی فراگیر در دنیای امروز است. مشکلی که هزاران زندگی را در سراسر جهان ویران، میلیون‌ها نفر را به کام مرگ زودرس و میلیاردها دلار سرمایه را برای کنترل، درمان و کاهش آسیب‌های ناشی از اعتیاد مصرف می‌کند. این پدیده شوم در معاملات بین‌المللی، گردشگری در حدود ۱۴۰۰ تا ۱۶۰۰ میلیارد دلار - ناشی از قاچاق مواد در جهان - دارد (صرامی، ۱۳۹۶). روند رو به رشد ۱۹ درصدی تقاضای مواد سبب شده است که 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 برسند. گسترش مصرف حشیش و کانابیس^۱، مت‌آمفتامین‌ها^۲، مواد محرک و کوکائین^۳ و تغییر الگوی مصرف مواد، رشد ۳۲۲ درصدی انواع مواد روان‌گردان جدید در سال ۲۰۱۷ نسبت به سال ۲۰۰۹ میلادی به همراه داشته است. افزایش مرگ‌ومیر ناشی از مصرف بیش از اندازه و ناخالصی مواد به ۱۸۷ هزار و ۱۰۰ نفر در سال ۲۰۱۳ میلادی رسیده و کاهش سن مصرف به گونه‌ای است که میانگین سنی مصرف در سال ۲۰۰۱ معادل ۲۲/۷ سال و در سال ۲۰۱۱ به ۱۸/۵ سال رسیده است.

رشد مصرف مواد در مردان و زنان به طوری است که رشد مصرف در مردان به سه برابر زنان در عرصه جهانی رسیده است. رشد ۲۴۷ درصدی سطح زیر کشت خشخاش در کشور افغانستان نیز به گونه‌ای است که در سال ۱۹۹۷ صرفاً ۵۸ هزار هکتار زیر کشت خشخاش بوده و در سال ۲۰۱۶ این رقم به ۲۰۱ هزار هکتار افزایش یافته است و در همین راستا با رشد ۷۱ درصدی تولید تریاک در افغانستان مواجه بوده‌ایم؛ به طوری که در سال ۱۹۹۷ تولید تریاک در افغانستان ۲۸۰۴ تن و در سال ۲۰۱۶ به ۴۸۰۰ تن رسیده است (صرامی، ۱۳۹۶). کشور ما نیز از قاچاق مواد مخدر مصون نبوده و آثار مخرب آن را متحمل شده است. اعتیاد، پس از بیکاری و گرانی، از جمله مهم‌ترین مسائل اجتماعی در نظر ایرانیان است. بر اساس نتایج موج سوم پیمایش ملی ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان در

سال ۱۳۹۴ مردم در پاسخ به سوال به نظر شما مهمترین مشکل جامعه چیست؟ اعتیاد و مواد مخدر را ششمین مشکل مهم جامعه از میان ۲۸ مشکل مذکور در پیمایش و پس از مواردی نظیر بیکاری، گرانی و تورم و فقر و ... دانسته‌اند (پیمایش ملی ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان، ۱۳۹۵). همچنین براساس گزارش «وضعیت مسائل و آسیب‌های اجتماعی» در سال ۱۳۹۴، اعتیاد در رتبه سوم آسیب‌های اجتماعی کشور قرار دارد (مرکز ملی رصد اجتماعی، ۱۳۹۴).

در ادبیات سیاست‌گذاری عمومی، ویژگی عمومی بودن یک مسئله به عنوان شرط اساسی برای ورود آن به دستور کار سیاست‌گذاران در نظر گرفته می‌شود. اعتیاد به مواد مخدر نیز با توجه به میزان اثرگذاری آن بر جامعه، به عنوان یک مشکل و مسئله عمومی تلقی می‌شود. 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 به خصوص در افراد ۱۵ تا ۶۰ سال بسیار بالاست، به طوری که حدود ۲۰ درصد از افراد ۱۵ تا ۶۰ سال در ایران تریاک مصرف می‌کنند (آزمایشی - تفننی - وابستگی) که این بیشترین میزان مصرف تریاک در بین کشورهای جهان در این بازه سنی است (ضرغامی، ۲۰۱۵). همچنین، طبق گزارش سخنگوی ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور نرخ شیوع یا درصد جمعیت معتادان ۱۵ تا ۶۴ سال در سال ۹۰، ۲/۶ درصد بوده و در سال ۹۵ این عدد به ۵/۳ درصد رسیده است (افشار، ۱۳۹۶).

برخی مطالعات بر افزایش مصرف هروئین به علاوه مصرف مت‌آفتامین و انواع محرک‌ها در ایران تمرکز کرده‌اند. از سال ۲۰۰۴، مصرف مت‌آفتامین معتادان از میزانی ناچیز و نزدیک به صفر به مصرف ۳/۵ درصد در سال ۲۰۰۷ رسیده است (دفتر مقابله با جرم و مواد مخدر سازمان ملل، ۲۰۱۰). این آمار در سالیان اخیر نیز به شدت افزایش یافته

است. با توجه به اعلام مراجع رسمی اگر بعد خانوار در کشور را $\frac{3}{8}$ نفر باشد (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۶)، با احتساب عدد ۲ میلیون و ۸۰۸ هزار نفر برای معتادان کشور (تا پایان سال ۹۵) این نتیجه حاصل می‌شود که حداقل ۱۰ میلیون نفر در کشور به طور مستقیم درگیر حوزه اعتیاد هستند که نشان می‌دهد اعتیاد بالاترین جایگاه را در میان آسیب‌های اجتماعی کشور دارد (مهدویان فر و مسعودنیا و یزدانی، ۱۳۹۷).

ذکر این نکته نیز ضروری است که برای سیاست‌گذاری مبارزه با مواد مخدر هیچ عرصه‌ای همچون پیشگیری در اولویت سیاست‌گذاران نباید باشد. «علت اصلی غلبه تلقی پیشگیرانه بر سایر تلقی‌ها این است که طبق محاسبات هزینه و فایده، اثربخشی پیشگیری به اثبات رسیده است» (بقایی و صرامی، ۱۳۹۷). در ایران نیز از سال ۱۳۸۹ (ه.ش) تاکنون قوانین و سیاست‌گذاری‌های متعددی برای مبارزه با مواد مخدر صورت گرفته است. لیکن سیاست‌گذاری‌های کشور در پیشگیری از اعتیاد با وجود تصویب قوانین و اسناد سیاستی متعدد- با توجه به وضعیت آماری فوق‌الذکر از شیوع اعتیاد- در حوزه اجرا موفق نبوده و ضرورت بازنگری در چرخه «سیاست‌گذاری عمومی»^۱ و «اجراپژوهی»^۲ را نمایان می‌کند. در ادامه به تعریف این دو کلیدواژه و نیز مفهوم «پیشگیری» اشاره مختصری شده است.

سیاست‌گذاری عمومی دارای تعاریف متعددی است. «شافریتز^۳ سیاست‌گذاری عمومی را عبارت از عمل یا عدم عمل کردن یک دولت می‌داند. توماس دای^۴ آنچه را دولت انجام می‌دهد به عنوان سیاست‌گذاری عمومی مطرح می‌کند. لاسول^۵ سیاست‌گذاری را برنامه مدونی از اهداف، ارزش‌ها و کنش‌ها می‌خواند. اما پی‌یر مولر^۶ کوتاه‌ترین و موجزترین تعریف را ارائه می‌کند، سیاست‌گذاری عمومی علم دولت در عمل است (ملک‌محمدی، ۱۳۹۴). در این پژوهش تعریف مولر برای سیاست‌گذاری عمومی مدنظر قرار گرفته است.

1. Public Policy
2. implementation research
3. Shafrytz

4. Dye
5. Lass well
6. Muller

اجرا از مهمترین مراحل چرخه سیاست‌گذاری عمومی است و اجراپژوهی یکی از شیوه‌های بررسی میزان اجرا و تحقق برنامه‌ها و مقاصد دولتی است (فیشر، میلر و سیدنی^۱، ۲۰۰۷). مطالعه اجرا در حقیقت مطالعه چگونگی تغییر است؛ تغییر چگونه صورت می‌گیرد و چگونه ممکن است برانگیخته شود. زمانی که یک سیاست وضع شد و به تصویب رسد کار سیاست‌گذاری پایان نیافته است، بلکه همانگونه که آندرسون^۲ اشاره می‌کند «سیاست زمانی به وجود می‌آید که اجرا شود و زمانی که اجرا می‌شود به وجود می‌آید» (پارسونز، ۱۹۹۵). اجرای سیاست به معنای پیاده‌سازی یک تصمیم سیاستی اساسی است که معمولاً در یک قانون موضوعه مندرج بوده ولی می‌تواند به شکل دستورات اجرایی یا تصمیمات قضایی نیز باشد (اشتریان، ۱۳۹۴). بنابراین ضمن تاکید بر اهمیت مرحله اجرا در سیاست‌گذاری، می‌توان اجراپژوهی را تلاشی دانست که در جهت کشف عوامل موفقیت و شکست سیاست‌ها انجام می‌شود. سپس ارائه راهکارهایی جهت تقویت عوامل تسهیل‌کننده و برطرف کردن عوامل بازدارنده اجرا تا بتوان سیاست‌گذاری‌های آینده را با موفقیت بیشتری اجرا کرد. لذا تحقیق حاضر در نظر دارد به اهداف، مقاصد، برنامه‌های دولتی و موانع اجرایی سیاست‌های جمهوری اسلامی ایران در پیشگیری اولیه از اعتیاد بپردازد. سؤال اصلی این پژوهش عبارت است از «موانع اجرایی سیاست‌های پیشگیری اولیه از اعتیاد در جمهوری اسلامی ایران چیست؟». در این مسیر و در جهت اجراپژوهی، با رجوع به نخبگان و افراد دارای سابقه و نظر در این موضوع با استفاده از روش تحقیق آمیخته اقدام شده است. با توجه به این که اولین اقدامات اجرایی در پیشگیری اولیه از اعتیاد در محدود سال ۱۳۷۵ اتفاق افتاده، این سال به عنوان سال آغازین پژوهش قرار گرفته است. همچنین چون سال پایانی برنامه پنجم توسعه، سال ۱۳۹۵ بوده و برنامه ششم (۱۴۰۰-۱۳۹۶) هم هنوز به پایان نرسیده است، لذا محدوده پایانی تحقیق تا سال ۱۳۹۵ قرار گرفته است.

همچنین در تعریف پیشگیری باید گفت «پیشگیری از اعتیاد به معنای پیشگیری اولیه از فرآیند منجر به اعتیاد شامل گرایش به مصرف، مصرف آزمایشی، مصرف گاه‌گاهی،

1. Fischer, Miller, & Sidney

2. Anderson

سوء مصرف و وابستگی است. در گذشته برنامه‌های پیشگیری را به سه سطح اولیه، ثانویه و ثالثیه تقسیم می‌کردند. این تقسیم‌بندی تا حدودی معشوش و گیج‌کننده بود. از این رو از سال ۱۹۹۴ تقسیم‌بندی جدیدی مطرح شد که طبق آن، برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد را می‌توان بر اساس سطح درگیری جامعه هدف با مصرف مواد به سه نوع تقسیم نمود: «همگانی»^۱، «انتخابی»^۲ و «موردی»^۳ (سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد، ۱۳۹۰). در این پژوهش منظور از پیشگیری، پیشگیری اولیه و همگانی می‌باشد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش در این تحقیق به صورت «روش ترکیبی یا آمیخته» و ترکیبی از روش‌های کمی و کیفی است. با توجه به ماهیت آسیب‌شناسانه این پژوهش در خصوص اجرای سیاست‌های اتخاذ شده توسط دولت و لزوم تبادل نظر با نخبگان این موضوع، از «تکنیک دلفی»^۴ به عنوان روش اصلی استفاده شده است. از آنجا که «دلفی روشی سیستماتیک در تحقیق برای استخراج نظرات از یک گروه متخصص در مورد یک موضوع یا یک سؤال است» (استنفورد، ۲۰۰۸) و «از طریق یک سری از راندهای پرسش‌نامه‌ای، و بازخورد نظرات به اعضای پانل انجام می‌شود» (کینی و هاسون و کنا، ۲۰۰۱)؛ در این تحقیق از متخصصین در موضوع اعتیاد و موانع اجرایی سیاست‌های پیشگیرانه از اعتیاد سوال شده است. این سوالات در قالب سه مرحله دلفی تکرار شده و برای جمع‌بندی و تجزیه تحلیل هریک از مراحل سه‌گانه دلفی از روش‌های متناسب استفاده شده است. در مرحله اول از روش تحلیل محتوا، مرحله دوم تحلیل عاملی، و مرحله سوم تحلیل سلسله مراتبی^۵ استفاده شد.

جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش نخبگان فعال در زمینه پیشگیری و کاهش تقاضای مواد مخدر طی سالیان اخیر در مراکز ستادی، ملی و مجامع علمی بودند. از آنجا

1. universal

2. selective

3. indicated

4. Delphi technique

5. Keeney, Hasson, & McKenna

6. Analytical Hierarchy Process (AHP)

که برای یافتن موانع اجرایی سیاست‌ها نیازمند چهار گروه هدف مشتمل بر سیاست‌گذاران، مدیران اجرایی، صاحب‌نظران و ذینفعان بوده‌ایم، به این منظور از تکنیک انباشتی (گلوله برفی) برای انتخاب نمونه استفاده شد. در این تکنیک ابتدا به یک فرد خبره و نخبه مراجعه شده و پس از اخذ نظرات و دیدگاه‌ها، از او خواسته شد تا افراد دیگری را که در هر کدام از گروه‌های هدف چهارگانه ذکر شده در بالا می‌شناسد، معرفی کند. این تکنیک نمونه‌گیری تارسیدن به اشباع نظری لازم برای مرحله اول دلفی (تحلیل محتوا) ادامه یافت. بر این اساس در مجموع ۳۵ نفر در پژوهش حاضر شناسایی شدند. شایان ذکر است در خصوص تعداد اعضای مشارکت‌کننده در پانل دلفی، اگر میان اعضای پانل تجانس وجود داشته باشد، حدود ۱۰ تا ۲۰ عضو توصیه شده است. در این پژوهش با وجود تجانس اعضا، به دلیل اتقان بیشتر نظرات تعداد ۱۱ نفر از سیاست‌گذاران، ۱۲ نفر مدیران اجرایی، ۸ نفر صاحب‌نظران (اعضای هیات علمی)، و ۴ نفر ذی‌نفعان (معتادین بهبود یافته) انتخاب شدند. چهار گروه مذکور افرادی هستند که در اجرا پژوهی و بررسی فرآیند اجرای سیاست‌ها دخیل بوده‌اند و امکان اظهار نظر در این خصوص را داشته‌اند.

ابزار

در این پژوهش از ابزار پرسش‌نامه باز برای دور اول و پرسش‌نامه محقق ساخته برای دور دوم و سوم گردآوری داده‌ها استفاده شد. روایی محتوایی پرسش‌نامه‌ها در روش دلفی مورد تأیید قرار گرفت. ضریب آلفای کرونباخ نیز ۰/۹۵ به دست آمد (مهدویان فر، ۱۳۹۷).

یافته‌ها

همانگونه که اشاره شد در انجام این تحقیق از تکنیک دلفی استفاده شد. بر اساس تخصص‌های مورد نیاز اعضای پانل دلفی در سه دور (راند) مشارکت کردند. در دور اول دلفی از اعضای پانل درخواست شده تا موانع اجرایی سیاست‌های جمهوری اسلامی ایران در پیشگیری (اولیه) از اعتیاد را بیان نمایند و ضمن بیان هر آسیب توضیح مختصری درباره آن بنویسند. تعداد ۳۵ پرسش‌نامه برگشت داده شده که با روش تحلیل محتوا، کدگذاری شد و در مجموع ۱۵۹ کد استخراج شد. پس از تجزیه و تحلیل کدهای اولیه در پایان این

دور ۲۲ مانع اجرایی برای پیشگیری اولیه از اعتیاد استخراج شد. جدول ۱ نمونه‌ای از فرآیند کد گذاری و استخراج موانع اجرایی را نشان می‌دهد.

جدول ۱: نمونه‌ای از فرآیند کد گذاری

موانع اجرایی	کد یا مفهوم اولیه	گزاره
	برنامه‌های سطحی/فقدان	برنامه‌های اجرا شده توسط 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.
ضعف برنامه عملیاتی	برنامه‌ریزی/بی‌توجهی به عامل سن و جنسیت / مخاطب غیرمتمرکز/تناوب نامعلوم/قالب ضعیف	

در دور دوم دلفی با طراحی و توزیع پرسش‌نامه، دو هدف دنبال شد. ۱- کسب نظر اعضای پانل درباره‌ی اهمیت موانع اجرایی موجود، و تکمیل نمودن موانع؛ ۲- میزان اهمیت از نظر داوران. سپس پرسش‌نامه‌های جمع‌آوری شده با روش تحلیل عاملی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و موانع اجرایی با رتبه بالاتر (سطح عاملی بالای ۰/۵) استخراج شد. تعداد آن‌ها ۱۶ مانع بود. نتایج تحلیل عاملی در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج تحلیل عاملی موانع اجرایی سیاست‌ها

تائید/عدم تائید	سطح عاملی	موانع اجرایی سیاست‌ها
تایید نشد	۰.۱۸	کمبود کادر متخصص در اجرای سیاست‌ها
تایید نشد	۰.۲۲	ضعف انگیزه در نیروی انسانی پیشگیری
تایید شد	۰.۷۰	عمر کوتاه مدیریتی و بی‌ثبات سیاست‌های پیشگیرانه
تایید شد	۰.۶۹	فقدان نظام ملی پیشگیری در کشور
تایید شد	۰.۷۱	تکثر و تداخل نهادهای متولی در امر پیشگیری
تایید شد	۰.۵۷	عدم تخصیص بودجه کافی به سیاست‌های پیشگیرانه
تایید شد	۰.۷۳	ضعف همکاری‌های بین‌بخشی

در دور سوم نیز هدف اصلی رتبه‌بندی یا تحلیل سلسله‌مراتبی موانعی بود که اعضای پانل در دوره قبل درباره اهمیت آن‌ها به اجماع رسیده بودند. لذا پرسش‌نامه‌های جمع‌آوری شده با روش تحلیل سلسله‌مراتبی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و پنج مانع مهمتر نسبت به یازده مورد دیگر انتخاب شدند که عبارت بودند از: فقدان پیشگیری مبتنی

بر بازاریابی اجتماعی اولویت اول؛ ضعف برنامه عملیاتی (مخاطب، قالب، زمان و مکان مشخص) اولویت دوم؛ فقدان نظام ملی پیشگیری در کشور اولویت سوم؛ ضعف نظارت و ارزیابی در اقدامات پیشگیرانه اولویت چهارم؛ و ضعف همکاری‌های بین بخشی اولویت پنجم. سایر موانع نیز به ترتیب مشتمل بر موارد زیر می‌باشند: ضعف آینده‌شناسی و فقدان آمادگی برای مواجهه با ریسک در عرصه پیشگیری اولویت ششم؛ عدم بهره‌گیری مناسب از ظرفیت لایه‌های مختلف جامعه در عرصه پیشگیری، اولویت هفتم؛ سطح پوشش ناکافی برنامه‌های پیشگیری، اولویت هشتم؛ ضعف برنامه‌های اجتماع محور محلی و کمرنگ بودن استفاده از سمن‌ها، اولویت نهم؛ ناکارآمدی ساختار پیشگیری چندنهادی، اولویت دهم؛ عدم تخصیص بودجه کافی یا ردیف مالی مستقل به سیاست‌های پیشگیرانه، اولویت یازدهم؛ عمر کوتاه مدیریتی و بی‌ثبات سیاست‌های پیشگیرانه، اولویت دوازدهم؛ عدم توجه کافی به فرصت‌ها و تهدیدات فضای مجازی، اولویت سیزدهم؛ تکثر و تداخل نهادهای متولی در امر پیشگیری، اولویت چهاردهم؛ متمرکز بودن سیاست‌گذاری‌ها و منابع در پایتخت و ضعف توجه به استان‌ها، اولویت پانزدهم؛ و محتوای آموزشی تکراری و صرفاً در جهت افزایش آگاهی، اولویت شانزدهم. با توجه به نتایج اولویت‌بندی بر اساس روش تحلیل سلسله مراتبی، پنج مورد اول به ترتیب اولویت ذیلاً تشریح می‌شود:

فقدان پیشگیری مبتنی بر بازاریابی اجتماعی: اگر بازاریابی اجتماعی را رویکردی برای سیاست‌های بهبود یا تغییر رفتار و ارتقاء سلامت در شهروندان بدانیم (نفیسی، ۱۳۹۶)، موفقیت این رویکرد، به شناخت کافی از نیازها، دیدگاه‌ها، ترجیحات، ارزش‌ها و محدودیت‌های جامعه هدف بستگی دارد. «بازاریابی اجتماعی رویکردی است که با اصول و فنون، بازاریابی تجاری را برای ایجاد، انتقال و بیان ارزش‌ها به منظور تاثیرگذاری بر جامعه هدف به کار می‌برد که به نفع مصالح عمومی جامعه نظیر بهداشت، سلامت، ایمنی، محیط زیست و اجتماعات محلی می‌باشد (کاتلر^۲، ۲۰۱۳). اثربخشی این رویکرد در طراحی و اجرای برنامه‌های نهادینه‌سازی رفتار نظیر تغذیه سالم، پیشگیری و کنترل هپاتیت و ایدز، کاهش مصرف سیگار و... به اثبات رسیده است (موسوی نقابی، حسنقلی‌پور،

طاهری، و انوشه، ۱۳۹۳). لذا لازم است بسته‌های سیاستی در حوزه پیشگیری از اعتیاد نیز با بهره‌گیری از دانش بازاریابی اجتماعی تدوین شود. اجرای بسته‌های سیاستی اگر مبتنی بر شناخت مخاطب و مقتضیات جامعه هدف نباشد، موفقیت اجرای سیاست‌ها را با چالش جدی مواجه می‌کند. به بیان ساده‌تر، این که تنها به یک نفر بگوییم: «بهتر است رفتار خود را اصلاح کنی تا معتاد نشوی»، کافی نیست. هر چند اقدامات پیشگیری از اعتیاد، حاوی هشدار در مورد خطرات اعتیاد برای سلامتی است؛ اما واضح است که دادن این اطلاعات، به تنهایی کافی نیست. لذا به نظر خبرگان در این پژوهش، اولین مانع اجرایی اقدامات پیشگیرانه از اعتیاد در دو دهه گذشته فقدان پیشگیری مبتنی بر بازاریابی اجتماعی در کشور بوده است. به‌طور مثال در نظرات متخصصان آمده است «برنامه‌های پیشگیری در مدارس و خانواده‌ها غالباً با ادبیات بسیار علمی و با استفاده از واژه‌های غیر ملموس می‌باشد ... در اجرای برنامه‌ها به ادبیات متناسب و سطح دانش مخاطب به ویژه دانش‌آموزان کمتر توجه می‌شود ... در برخی از برنامه‌های اجتماع محور^۱ از روش‌ها و قالب‌های جذاب و توأم با نشاط و شادی استفاده نمی‌شود ...». این موارد به وضوح بیانگر ضرورت ابتدای بسته‌های سیاستی و اقدامات منتج از آن در اجرای سیاست‌ها، با توجه به بازاریابی اجتماعی می‌باشد.

ضعف برنامه عملیاتی (مخاطب، قالب، زمان و مکان مشخص): برنامه عملیاتی^۲ یک نقشه راه و برنامه دقیق است که اقدامات لازم برای رسیدن به هدف را به صورت کامل و جامع ترسیم می‌نماید. از آنجا که برنامه عملیاتی برای اجرای سیاست‌ها بسیار ضروری است، در اجرای سیاست‌ها باید چارچوب زمانی و بودجه‌ای^۳ مناسب در نظر گرفته شود. به کار بستن یک دستور سیاستی یا بسته سیاستی متضمن پیاده‌سازی و برنامه عملیاتی مشخص است. این برنامه عملیاتی نیاز به اهداف سیاستی شفاف، منابع مالی و انسانی مناسب، چارچوب زمانی و بودجه‌ای، تناسب در منطق سیاستی و اهداف و تبیین وظایف بازیگران^۴ دارد (دانش‌فرد، ۱۳۹۵). بنا بر نظر خبرگان در طی سالیان گذشته برنامه‌ها و

1. community based
2. action plan

3. cost and time framework
4. player tasks

بسته‌های سیاستی در موضوع اقدامات پیشگیرانه از اعتیاد - بعضاً با وجود داشتن برنامه عملیاتی - به دلیل ضعف برنامه عملیاتی و عدم شفافیت یا بی‌توجهی به آن، موفق نبوده است. نمونه‌هایی از نظرات نخبگان بدین شرح است «برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در کشور متولی مشخص و پاسخ‌گو ندارد. متولیان با یکدیگر همکاری نمی‌کنند. به برنامه‌ها بودجه و منابع انسانی کافی تخصیص نیافته است. امکانات دستگاه‌های متولی جوابگوی برنامه‌ها نیست ...».

فقدان نظام ملی پیشگیری در 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). یکی از مواردی که در متن سند «استانداردهای بین‌المللی پیشگیری از مصرف مواد» در سال ۲۰۱۳ مورد تأکید قرار گرفته، لزوم وجود نظام ملی پیشگیری در ساختار سازمانی کشور است (دفتر مقابله با جرم و مواد مخدر سازمان ملل، ۲۰۰۸). این امر ضرورت فعالیت ساختاری مستقل با رویکرد پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و به صورت خاص درباره اعتیاد را بیان می‌نماید. همچنین مصوبه ۳۰۸ شورای عالی امنیت ملی در خصوص «ایجاد ساختار متناسب برای پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر در همه دستگاه‌ها و وزارتخانه‌های همکار» را مورد تأکید قرار داده است (شورای عالی امنیت ملی، ۱۳۸۰). تاکنون با گذشت بیش از ۱۵ سال از این مصوبه، چنین ساختاری به صورت کامل اجرایی نشده است. در برخی از دستگاه‌های عضو ستاد نظیر سازمان بهزیستی، معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، وزارت آموزش و پرورش و ... برای پیشگیری ساختار سازمانی در سالیان اخیر لحاظ شده است. لیکن در سایر ۱۸ دستگاه دخیل در کمیته پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر و به ویژه در نهادهای استانی ساختار مستقل وجود ندارد (مهدویان فر، ۱۳۹۷). متخصصان دلفی به مواردی نظیر «در برخی نهادها روابط عمومی یا معاونت فرهنگی متکفل امر تخصصی پیشگیری از اعتیاد هستند ... برای برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در دستگاه‌های متولی ساختار سازمانی و چارت اداری مشخصی وجود ندارد ... وظایف اصلی دستگاه‌ها بر وظایفی نظیر پیشگیری از اعتیاد تقدم دارد ...» اشاره نموده‌اند.

ضعف نظارت و ارزیابی در اقدامات پیشگیرانه: یک نظام سیاست‌گذاری خردگرا به ارزیابی نتایج حاصل از اجرای سیاست‌ها می‌پردازد و تغییرات ایجادشده را مورد توجه قرار می‌دهد. آنگاه از نتایج آن برای تداوم، تجدیدنظر یا تغییر سیاست‌ها بهره می‌گیرد (اشتریان و امامی میبدی، ۱۳۹۳). «ارزیابی سیاست‌ها توسط لیندن جانسون^۱ آغاز و حساسیت به ارزیابی و نظارت سیاست‌ها و برنامه‌های دولتی گسترش و ترویج یافت» (دانش فرد، ۱۳۹۳). در سیاست‌های حوزه پیشگیری از اعتیاد در ایران برای اولین بار در سال ۱۳۹۰ و در قالب سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد، اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر به عنوان نهاد مسئول هماهنگ‌کننده و نظارت بر اجرای سند معرفی شده است (سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد، ۱۳۹۰). همین سند یکی از نقاط ضعف اقدامات سال‌های قبل از ۱۳۹۰ را در حوزه نظارت قلمداد می‌کند (سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد، ۱۳۹۰). بنابراین با گذشت دو دهه از اقدامات اجرایی پیشگیری اولیه از اعتیاد، ضعف نظارت بر اجرا و ارزیابی مانعی جدی برای موفقیت و بهبود سیاست‌های آتی کشور محسوب می‌شود. متخصصان مشارکت‌کننده اشاره کرده‌اند «در اجرای برنامه‌های پیشگیری نظارت و ارزیابی چندانی وجود ندارد ... شاخص‌های ارزیابی یا وجود ندارد یا مبهم و نامفهوم است ... برای نظارت بر برنامه‌ها متولی خاصی تعیین نشده است ...».

ضعف همکاری‌های بین‌بخشی: مشارکت بین‌بخشی یا همکاری بین‌بخشی^۲ سازوکاری است که به کمک آن یکی از بخش‌های مختلف حوزه عمومی در همکاری چند نهاد عمومی یا خصوصی ارائه خدمات بیشتر و بهتر به عموم طیف‌های جامعه را گسترش می‌دهند (رامامورث، گراف، و دنت^۳، ۲۰۱۴). ساختار پیشگیری از اعتیاد در ایران یک ساختار چندنهادی^۴ است. همین امر سبب‌ساز اهمیت همکاری‌های بین‌بخشی در این حوزه می‌باشد. پنجمین مانع مهم از منظر نخبگان را مسئله ضعف همکاری‌های بین‌بخشی به خود اختصاص داده‌است. عالی‌ترین سند سیاستی در خصوص مبارزه با مواد مخدر یعنی قانون

1. Lyndon Johnson
2. cross-sector Partnership

3. Ramamoorth, Graef, & Dent
4. multi institution

مبارزه با مواد مخدر، ۲۲ دستگاه را در کشور دارای نقش در فرآینده مبارزه با مواد مخدر می‌داند. از این میان ۱۸ دستگاه در کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر عضویت دارند. بنابراین از ضروریات این ساختار پیشگیری چندنهادی، وجود همکاری و مشارکت بین‌بخشی است. حال آن‌که ضعف همکاری‌های بین‌بخشی که در تمامی مسائل بوروکراتیک ایران دارای موضوعیت است، در مسئله اعتیاد نیز به عنوان مانع اجرایی مهمی تلقی شده‌است.

بحث و نتیجه‌گیری

جمهوری اسلامی ایران بنابر اذعان نهادهای بین‌المللی جهانی در عرصه مبارزه با مواد مخدر و به ویژه مقابله با عرضه، ترانزیت و جابه‌جایی مواد افیونی موفق عمل کرده‌است (دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل متحد، ۲۰۱۵). شهادت بیش از ۳۸۰۰ نفر نیروی امنیتی - انتظامی و حدود ۱۲۰۰۰ مجروح در راه مقابله با عرضه این مواد نیز نشان از جدیت سیاست‌گذاران برای کنترل عرضه مواد مخدر دارد. لیکن آمارهای منتشرشده از سوی ستاد مبارزه با مواد مخدر در قالب اجرای طرح پیمایش ملی شیوع‌شناسی مصرف مواد در میان شهروندان در سال‌های ۹۰ و ۹۵ و مقایسه آمارها بیانگر رشد جمعیت معتادین کشور است (افشار، ۱۳۹۶). همچنین گزارشات بین‌المللی بر این نکته تاکید دارند که ایران یکی از کشورهای دارای بالاترین میزان مصرف مواد افیونی در دنیاست (دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل متحد، ۲۰۱۱). لذا با توجه به این وضعیت نگران‌کننده، مقتضی است فرآیند سیاست‌گذاری‌ها و اقدامات اجرایی مورد بازنگری قرار گیرد. در این میان بازنگری در سیاست‌ها و موانع اجرایی تحقق آن‌ها دارای اهمیت بالاتری می‌باشد. اما در پاسخ به این سؤال که موانع اجرایی سیاست‌های جمهوری اسلامی ایران در پیشگیری اولیه از اعتیاد چیست؟ نقش توجه به موانع فوق‌الذکر و مرتفع نمودن آن‌ها دارای اهمیت است. ماده ۸۰ قانون برنامه ششم توسعه ضرورت بازنگری و توصیه‌های سیاستی در روند اجرای سیاست‌های پیشگیرانه از اعتیاد را دوچندان خواهد کرد. هدف‌گذاری قانون در طول اجرای برنامه ششم کاهش ۷۵ درصدی آسیب‌های اجتماعی را مدنظر قرار داده است به گونه‌ای که آسیب‌های اجتماعی نظیر اعتیاد را به ۲۵٪ میزان کنونی کاهش یابند (قانون

برنامه ششم توسعه، ۱۳۹۵). تحقق این هدف‌گذاری برای آسیب‌های اجتماعی نظیر اعتیاد، نیازمند ارائه بسته‌های پیشگیرانه از اعتیاد مبتنی بر بازاریابی اجتماعی، طراحی برنامه عملیاتی منسجم (با در نظر گرفتن اقتضائات سنی، جنسی، زمانی و مکانی)، بازنگری ساختار سازمانی موجود و اجرای هر چه سریع‌تر مصوبه ۳۰۸ شورای عالی امنیت ملی، طراحی شاخص‌های نظارت، ارزیابی، بازخورد و تقویت همکاری‌های بین‌بخشی در عرصه پیشگیری اولیه از اعتیاد می‌باشد. همچنین ضعف آینده‌شناسی و فقدان آمادگی برای مواجهه با ریسک در عرصه پیشگیری، عدم بهره‌گیری مناسب از ظرفیت لایه‌های مختلف جامعه در عرصه پیشگیری، سطح پوشش ناکافی برنامه‌های پیشگیری، ضعف برنامه‌های اجتماع محور محلی و کمرنگ بودن استفاده از سمن‌ها و ناکارآمدی ساختار پیشگیری چندنهادی از جمله مهمترین موانع برای تحقق اهداف سیاستی در عرصه پیشگیری از اعتیاد در ایران می‌باشند.

با توجه به موانع مذکور در اجرای سیاست‌ها، ضرورت دارد در وظایف و سازمان اداری ۱۸ دستگاه دخیل در امر پیشگیری از اعتیاد بازنگری جدی صورت پذیرد. به عنوان نمونه در بند الف ماده ۸۰ قانون برنامه ششم توسعه به درستی و با دیدگاهی کاملاً کارشناسانه، سیاست اصلاح برنامه‌ها و متون درسی دوره آموزشی عمومی و لزوم ارتقاء مهارت زندگی را به منظور پیشگیری اولیه از بروز آسیب‌های اجتماعی نظیر اعتیاد بیان می‌دارد. این سیاست مهم‌ترین و زیربنایی‌ترین توصیه سیاستی برای اصلاح نظام اجرایی سیاست‌گذاری عمومی دولت در حوزه آسیب‌های اجتماعی و از جمله پیشگیری از اعتیاد می‌باشد. لذا در آموزش و پرورش مثلث دانش‌آموز، معلم و والدین باید در جهت پیشگیری از اعتیاد همسو و هم‌راستا شوند و هر سه ضلع ضمن آشنایی با آموزش‌های لازم، به افزایش تاب‌آوری نسل جوان و نوجوان کمک نمایند. به عبارت بهتر دستگاه‌های دخیل در امر پیشگیری نباید امر پیشگیری را امری فوق برنامه و حاشیه‌ای قلمداد نمایند. وظایف کلیه دستگاه‌های مذکور باید به گونه‌ای با اصلاح قوانین و مصوبات اصلاح شود که پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی به ویژه اعتیاد امری ذاتی و وظیفه‌ای اصلی قلمداد شود.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به کمبود اطلاعات و داده در حوزه اجراپژوهی اشاره نمود. این محدودیت به ویژه در اطلاعات مالی و بودجه‌ای و همچنین گزارشات متقن و موثق نهادهای متولی وجود دارد. همچنین فقدان ارزشیابی و اثربخشی سازمانی اقدامات در سه سطح استانی، منطقه‌ای و ملی در اجرای سیاست‌ها، مانعی مهم در انجام پژوهش‌های مشابه محسوب می‌شود.

منابع

- اشترینان، کیومرث؛ امامی میدی، راضیه (۱۳۹۳). ساماندهی ارزیابی سیاست‌های عمومی در جمهوری اسلامی ایران. فصلنامه دانش سیاسی، ۱۰(۲)، ۳۶-۵.
- اشترینان، کیومرث (۱۳۸۷). اجراپژوهی، چالش‌های اجرای سیاست‌گذاری عمومی در ایران. پژوهش‌های اجرایی شده در دبیرخانه مجمع تشخیص مصلحت نظام.
- اشترینان، کیومرث (۱۳۹۴). اجراپژوهی در سیاست‌گذاری عمومی، موانع اجرای مطلوب برنامه چهارم توسعه در حوزه سلامت و فرهنگ. فصلنامه سیاست‌گذاری عمومی، ۱(۲)، ۲۸-۱۷.
- افشار، پرویز (۱۳۹۶). مصاحبه سخنگوی ستاد مبارزه با مواد مخدر ۱۳۹۶/۴/۴، سایت موسسه فرهنگی مطبوعاتی ایران وابسته به روزنامه ایران بازرایی شده از: <http://www.iran-newspaper.com/newspaper/page/6528/4/188935/0/irannewspaper>
- بقایی سرابی، علی؛ و صرامی، حمید (۱۳۹۷). اجتماعی شدن؛ رویکردی نوین در کاهش تقاضای مواد مخدر و روانگردان‌ها. تهران: دنیای درون.
- دانش فرد، کرم‌اله (۱۳۹۵). فرآیند خط مشی‌گذاری عمومی، انتشارات صفار، تهران.
- دفتر طرح‌های ملی با همکاری مرکز رصد اجتماعی کشور (۱۳۹۵). پیمایش ملی ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان موج سوم در سال ۱۳۹۴. گزارش کشوری، پژوهشگاه فرهنگ، هنر و ارتباطات. نشر پژوهشگاه هنر و ارتباطات، شهری.
- ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۹۰). سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد، تهران، اداره کل فرهنگی پیشگیری.
- ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۸۹). درسنامه دوره آموزشی مقدماتی پیشگیری اولیه از اعتیاد ویژه تربیت کادر متخصص. تهران: ستاد مبارزه با مواد مخدر (اداره کل فرهنگی و پیشگیری) و معاونت دانشجویی و فرهنگی دانشگاه تهران (مرکز مشاوره دانشجویی).
- شورای عالی امنیت ملی (۱۳۸۰). جلسه ۳۰۸ شورای عالی امنیت ملی، مورخ ۱۳۸۰/۸/۲۸.
- صرامی، حمید (۱۳۹۶). "سخن اول"، فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۰(۴۰)، ۸-۷.

مرکز آمار ایران (۱۳۹۶). گزیده آمار سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵، ریاست جمهوری، سازمان برنامه و بودجه، انتشارات مرکز آمار ایران، تهران.

مرکز ملی رصد اجتماعی کشور (۱۳۹۴). وضعیت مسائل و آسیب‌های اجتماعی، شورای اجتماعی کشور. وزارت کشور، پژوهشگاه فرهنگ، هنر و ارتباطات، دفتر طرح‌های ملی، نشر پژوهشگاه هنر و ارتباطات، شهر ری.

ملک محمدی، حمیدرضا (۱۳۹۴). مبانی و اصول سیاست‌گذاری عمومی، تهران: سمت.

موسوی نقابی، سید مجتبی؛ حسنقلی پور، طهمورث؛ طاهری، ابراهیم و انوشه، مرتضی (۱۳۹۳). نهاده‌سازی مولفه‌های قدرت نرم جمهوری اسلامی مبتنی بر رهیافت بازاریابی اجتماعی. فصلنامه انقلاب اسلامی، ۴(۱۲)، ۷۷-۵۹.

مهدویان‌فر، مسعود (۱۳۹۷). آسیب‌شناسی سیاست‌گذاری جمهوری اسلامی ایران در پیشگیری از اعتیاد و ارائه راهکار. پایان‌نامه دکتری رشته سیاست‌گذاری عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان، اصفهان، ۱۷۷-۱۵۴.

نفیسی، علیرضا (۱۳۸۵). درآمدی بر مدیریت سیاست‌گذاری تغییر رفتار. دبیرخانه شورای عالی انقلاب فرهنگی، انتشارات شورای عالی انقلاب فرهنگی، تهران.

- Fischer, F., Miller, M., Sidney, S. (2007). Handbook of public policy analysis: Theory, politics, and methods. CRC Press, Taylor and Francis Group.
- Hsu, C., Sandford, B. (2007). The Delphi technique: Making sense of consensus. *Practical Assessment, Research, & Evaluation*, 12, 1-8.
- Keeney, S., Hasson, F., McKenna, H. P. (2001). A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 38(2), 195-200.
- Kotler, P. T., Armstrong, G. (2013). *Principle of Marketing*, 15th ed., Prentice Hall.
- Parsons, D. W. (1995). *Public Policy: An Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis*. Publisher: Edward Elgar, University of Michigan.
- Ramamoorth, R., Graef, K. M., Dent, J. (2014). WIPO Re: Search: Accelerating anthelmintic development through cross-sector partnerships. *International journal for parasitology. Drugs and drug resistance*, 4(3), 220-225. DOI: 10.1016/j.ijpddr.2014.09.002.
- United Nations office on Drugs and Crime (2010). *Drug Situation Analysis Report*. Islamic Republic of Iran, Tehran, United Nations Publication Printed in Tehran.
- United Nations office on Drugs and Crime (2011). "World Drug Report", New York, United Nation Publication.
- United Nations office on Drugs and Crime. (2008). *Guide to Implementing School-Based Training Programs for students*. New York, United Nations publication.
- United Nations office on Drugs and Crime. (2015). *International Standards for Drug Prevention*, New York, United Nations office at Vienna.
- Zarghami, M. (2015). Iranian attitude toward opium consumption. *Iranian Journal Psychiatry Behavior Science*, 9(2), e2074. DOI: 10.17795/ijpbs2074.