

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



ریاست جمهوری

ستاد مبارزه با مواد مخدر

دفتر تحقیقات و آموزش

سند اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر

مجری طرح:

پژوهشکده چشم انداز و آینده پژوهی

سید علی موسوی نور

ناظر طرح:

دکتر مصطفی ملکی

زمان تهیه طرح:

۱۳۹۷

این سند در جلسه ۱۳۵ ستاد مورخ ۹۸/۲/۲ مطرح و تصویب شده است.

شرح اختصارات

SDH	Social Determinants of Health
CBO	Community-based Organization
CBI	Community Based Initiation
CBPR	Community_ based Participatory Research
CTC	Community tht Care
NCBI	National Center for Biotechnology Information
EAP	Employee Assistance Programs
NGO	Non Governmental Organization
WHO	World Health Organization
UNODC	United Nations Office of Drug and Crime
UNDCP	United Nations International Drug Control Programme
DALY	Disability Adjusted Life Years
NIDA	National Institute on Drug Abuse
KTE	Knowledge Transfer and Exchange
IEC	Information, Education, Communication
EAP	Employee Assistance Programs

فهرست مطالب

ت.....	شرح اختصارات
ث.....	فهرست مطالب
۴.....	چکیده
۴.....	فصل اول: کلیات
۵.....	مقدمه
۱۵.....	روش و مراحل تدوین سند
۱۸.....	تعاریف مفاهیم واژگان تخصصی
۲۶.....	فصل دوم: تبیین و تحلیل وضعیت
۲۷.....	مقدمه
۲۸.....	تاریخچه مشارکت
۳۲.....	وضعیت مشارکت اجتماعی در حوزه کنترل و کاهش تقاضای مواد مخدر
۳۹.....	تحلیل وضعیت
۳۹.....	قوت‌ها
۴۰.....	ضعف‌ها
۴۲.....	فرصت‌ها
۴۲.....	تهدیدها
۴۴.....	فصل سوم: تعیین ماهیت و مؤلفه‌های اصلی
۴۵.....	فرآیند تعیین ماهیت و مؤلفه‌های اصلی اجتماعی شدن و صورت‌بندی رویکردها
۴۶.....	تشکیل گروه صاحب‌نظران به منظور تعیین مؤلفه‌های اصلی اجتماعی شدن
۴۷.....	ابزار و فرآیند جمع‌آوری اطلاعات

نتایج مربوط به مرحله اول نظر خواهی از گروه صاحب نظران.....	۴۹
استخراج مؤلفه‌های جدید اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر بر اساس نظرات گروه صاحب نظران.....	۴۹
همپوشانی‌ها و تجمیع مؤلفه‌ها.....	۵۰
صورت‌بندی رویکردها در تعیین ماهیت‌های اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر.....	۵۰
بیانیه ارزش‌ها و اصول اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر.....	۵۲
فصل چهارم: اهداف، راهبردها و سیاست‌ها.....	۵۵
اهداف:.....	۵۶
اهداف اصلی:.....	۵۶
اهداف فرعی:.....	۵۶
سیاست‌ها.....	۵۷
راهبردها.....	۶۱
فصل پنجم: برنامه‌های ملی و پروژه‌ها.....	۶۳
برنامه ملی اول: گفت‌وگو سازی اجتماعی.....	۶۴
پروژه‌های برنامه ملی اول.....	۶۴
برنامه ملی دوم: ارتقای ظرفیت‌های مشارکتی جامعه.....	۶۵
پروژه‌های برنامه ملی دوم.....	۶۵
برنامه ملی سوم: حمایت یابی و تقویت محیط‌های اجتماعی سالم.....	۶۶
پروژه‌های برنامه ملی سوم.....	۶۶
برنامه ملی چهارم: ارتقای مسئولیت‌پذیری اجتماعی بخش خصوصی.....	۶۷
پروژه‌های برنامه ملی چهارم.....	۶۷
برنامه ملی پنجم: اقتدار افزایی و تقویت هم‌افزایی سازمان‌های مردم‌نهاد.....	۶۸
پروژه‌های برنامه ملی پنجم.....	۶۸

۶۹	برنامه ملی ششم : حمایت یابی رسانه‌ای.....
۶۹	پروژه‌های برنامه ملی ششم.....
۷۰	برنامه ملی هفتم: طراحی و استقرار نظام جامع حمایت و مراقبت اجتماعی در هر سه سطح پیشگیری از اعتیاد.....
۷۰	پروژه‌های برنامه ملی هفتم.....
۷۱	برنامه ملی هشتم: روزآمدسازی و تقویت الزامات قانونی - حقوقی.....
۷۱	پروژه‌های برنامه‌های ملی هشتم.....
۷۲	فصل ششم: تقسیم‌کار ملی پروژه‌ها.....
۸۷	فصل هفتم: نظام اجرایی سند.....
۸۸	نظام اجرایی سند.....
	برونداد: کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر به‌عنوان واحد ساختاری هماهنگ‌کننده و ناظر بر اجرای سند
۸۸	با رعایت مقتضیات ذیل:.....
۹۰	فصل هشتم: شاخص‌های برنامه‌های ملی.....
۱۰۰	منابع و مأخذ.....
۱۰۵	پیوست ها.....
۱۱۷	نتایج کاربردی.....
۱۱۹	Abstract

چکیده

اهداف: تعیین ماهیت اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر از طریق دستیابی به ابعاد و بیانگرهای قابل قبولی برای آن از طریق اخذ نظرات و دیدگاه‌های صاحب‌نظران و تدوین سیاست‌ها، راهبردها و برنامه‌های اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر بر اساس ابعاد و بیانگرهای تعیین‌شده از اهداف اصلی تدوین سند حاضر می‌باشد.

روش: سند حاضر در ۴ مرحله تهیه گردید و در مجموع ۳ بار مورد ویرایش قرار گرفت. در اولین مرحله دبیرخانه موقت و کمیته تدوین سند متشکل از صاحب‌نظران حوزه اعتیاد و مبارزه با مواد مخدر تشکیل شد. این مرحله با هدف دستیابی به ابعاد و بیانگرهای اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر به نظرخواهی از متخصصان حوزه اعتیاد و مبارزه با مواد پرداخته شد. به این منظور از نظرخواهی سامانمند (سیستماتیک) و مرحله‌ای، به صورت بی‌نام همراه با جمع‌بندی نظرات و بازخورد آن‌ها به منظور تسهیل در رسیدن شرکت‌کنندگان به اجماع استفاده شد. شرکت‌کنندگان تحقیق ۲۱ نفر از صاحب‌نظران حوزه‌های مبارزه با مواد مخدر (جامعه‌شناسی، مددکاری اجتماعی، پزشکی اجتماعی، روان‌پزشکی، روانشناسی، مدیریت، ارتباطات، اقتصاد و حقوق و جرم‌شناسی) بوده‌اند. مجموعاً دو دور نظرخواهی و بازخورد در طول حدود ۶ ماه انجام شد. در جمع‌بندی پاسخ‌ها در هر دوره از آماره‌های توصیفی (دامنه، میانگین، انحراف معیار، نما و شیوع نما) در کنار جمع‌بندی کیفی استفاده شد در مرحله دوم با مبنا قرار دادن ابعاد و بیانگرها و رویکردهای تعیین‌شده پیش‌نویس اولیه سند اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر تدوین گردید و پس از جمع‌آوری دیدگاه صاحب‌نظران مورد ویرایش قرار گرفت. در مرحله سوم ۸ پنل تخصصی و مشورتی با نهادهای علمی و دستگاه‌های اجرایی برگزار شد و پس از جمع‌بندی نظرات و بازخوردها نسخه دوم سند ویرایش شد و در مرحله چهارم پس از جمع‌آوری دیدگاه صاحب‌نظران نسخه سوم و نهایی سند اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر ویرایش شد.

نتایج: در سند حاضر ۱۱ سیاست به عنوان سیاست‌های اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر تعیین گردید که عبارتند از: (۱) استفاده از کلیه ظرفیت‌های جامعه و تعامل فعال با آن‌ها، (۲) فراهم‌سازی امکان گفتمان‌سازی اجتماعی به منظور فعال شدن عرصه عمومی، ایجاد آگاهی اجتماعی و اشاعه فرهنگ مشارکت و مسئولیت‌پذیری اجتماعی، (۳) فراهم‌سازی امکان ساختاری مشارکت فراگیر از طریق اقدامات جمعی و اجتماع‌محور و متناسب با ظرفیت‌های جامعه، (۴) تقویت نظارت نهادی شده اجتماعی با بهره‌گیری از ظرفیت خانواده‌ها، رسانه‌های محلی و جامعه مدنی، (۵) پاسخگویی اجتماعی دستگاه‌ها نسبت به حمایت یابی و کاهش عوامل خطر اجتماعی و تقویت عوامل اجتماعی محافظت‌کننده اعتیاد، (۶) فراهم‌سازی و تسهیل مشارکت بخش خصوصی در قالب مسئولیت اجتماعی شرکت‌ها، (۷) تقویت و توسعه حمایت و مراقبت‌های اجتماعی در همه سطوح پیشگیری از اعتیاد، (۸) تقویت و توسعه فعالیت‌های جمعی با هدف هویت بخشی به ارزش‌های جمعی، ایجاد تعهدات جمعی، شکل‌گیری اتحادهای حمایتی و ائتلاف‌های اجتماعی بازدارنده از اعتیاد، (۹) سازمان‌یابی اجتماعی و توسعه سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع‌محور، (۱۰) اولویت دادن راهبرد پیشگیری بر سایر راهبردهای مبارزه با اعتیاد در برنامه‌بودجه، (۱۱) تأمین بسترهای حقوقی، قانونی، پشتیبانی و حمایتی لازم در راستای اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر.

متناظر با سیاست‌های تعیین‌شده ۴ راهبرد به عنوان راهبردهای اصلی اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر تدوین گردید که عبارتند از: (۱) گسترش و نهادینه‌سازی مشارکت و مسئولیت‌پذیری اجتماعی، (۲) حمایت یابی و توسعه برنامه‌های حمایت و مراقبت اجتماعی، (۳) تقویت محیط‌های اجتماعی سالم، محافظ اجتماعی و بازدارنده از اعتیاد، (۴) ارتقای سرمایه اجتماعی، اقتدار افزایی سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع‌محور. در این سند به منظور تحقق سیاست‌ها و راهبردها ۸ برنامه ملی تدوین و ذیل هر برنامه پروژه‌های عملیاتی تدوین گردیده است. این برنامه‌های ملی عبارتند از: (۱) گفتمان‌سازی اجتماعی، (۲) ارتقای ظرفیت‌های مشارکتی جامعه، (۳) حمایت‌یابی و تقویت محیط‌های اجتماعی سالم، (۴) ارتقای مسئولیت‌پذیری بخش خصوصی، (۵) اقتدار افزایی و تقویت هم‌افزایی سازمان‌های مردم‌نهاد، (۶) حمایت‌یابی رسانه‌ای، (۷) طراحی و استقرار نظام

جامع حمایت و مراقبت اجتماعی در همه سطوح پیشگیری از اعتیاد، ۸) روزآمدسازی و تقویت الزامات قانونی و حقوقی.

کلیدواژه‌ها: اجتماعی شدن، مواد مخدر، سیاست، راهبرد، برنامه، پروژه.

فصل اول: کلیات

مقدمه

خطمشی‌ها در زمینه مواد مخدر مبتنی بر نحوه درک مشکل یا مسئله شکل می‌گیرند. امروزه در کشور ما اعتیاد به عنوان یک مشکل اجتماعی _ ملی مطرح است که از نظر مردم، حکومت و قوانین بالادستی باید برای کاهش آن برنامه‌ریزی کرد (احترامی و وطن‌پرست، ۱۳۹۳).

وقتی از مشکل اجتماعی^۱ سخن گفته می‌شود به پدیده‌های اجتماعی‌ای اشاره می‌شود که چهار خصیصه دارند: (۱) تعریف گروهی و مبتنی بر اجماع از آن‌ها وجود دارد. (۲) بر کیفیت زندگی یا مهم‌ترین ارزش‌های مورد توافق جامعه اثر منفی گذارده‌اند. (۳) علل و عواقب اجتماعی منفی مشخصی دارند و آثار آن‌ها از سطح فردی فراتر می‌رود. (۴) برای کاهش و کنترل آن‌ها باید سیاست‌های اجتماعی اصلاح شوند (رفیعی، ۱۳۸۰).

با وجود آنکه در کشور ما اعتیاد به عنوان یک مشکل اجتماعی تلقی می‌گردد. اما هنوز نوعی وفاق کلی بر سر «اعتیاد به مواد مخدر» به عنوان جرم یا بیماری وجود ندارد و دستگاه‌های مسئول، رویکردهای متفاوتی نسبت به آن دارند. در واقع امر، تلقی معتاد به عنوان یک بیمار و یا مجرم شناختن آن موضوع را «فردی» جلوه می‌دهد. بر اساس این دیدگاه منشأ اصلی رفتارهای نامطلوب و ناهنجار را فیزیولوژی، شیمی، روان‌شناسی، شخصیت، اخلاق و نگرش فرد می‌داند. به همین دلیل راه از بین بردن جرایم در جامعه را ایجاد تغییر و تحول در فرد مجرم می‌داند و برای کنترل جرم باید فرد مجرم را از طریق مجازات، معالجات پزشکی و روان‌پزشکی، مشاوره و مانند آن همساز کرد. این رویکرد که تأکید را بر کنترل فرد گذاشته، معتاد یا بیمار است که باید او را با دارو درمان کرد و یا مجرم و سرکش و پرخاشگر که باید او را تنبیه، سرکوب و با دارو آرام کرد. این در حالی است که مسئله اجتماعی با

۱- Social problem

اصلاح فرد حل نخواهد شد و باید به مسئله اعتیاد با رویکرد مترقی‌تری برخورد کرد به عبارت دیگر جایی که اعتیاد به مواد مخدر به یک مسئله اجتماعی تبدیل شده در برخورد با آن نیز باید همه گروه‌ها و سازمان‌های جامعه دخالت داشته باشند (صدیق سروستانی، ۱۳۸۵).

بر همین اساس امروزه توجه به رویکردهای جدید در حوزه مبارزه با مواد مخدر امری لازم و ضروری است. رویکردی که متکی بر رهیافت‌هایی متفاوت از گذشته بوده و مستلزم تغییر از یک نگاه تجویزی به مشارکتی و اجتماع‌محور، از وابستگی به منابع موجود به ظرفیت‌سازی اجتماعی و حمایت یابی، از توجه به راه‌حل‌های دولت‌محور به شیوه‌های حل مسئله مبتنی بر شواهد و با تأکید بر ابتکارات جامعه مدنی و همچنین تأکید بر همکاری جمعی، تعاون اجتماعی و مسئولیت‌پذیری از ویژگی‌های این رویکرد جدید است (اکبری، ۱۳۹۳).

به عبارت دیگر با توجه به دامنه وسیع اعتیاد و مصرف مواد در کشور، کنترل و بهبود وضعیت موجود بدون فعال شدن عرصه عمومی و جامعه مدنی و نهایتاً شکل‌گیری جنبش و بسیج همگانی اجتماعی امیدی به توقف فرآیند فعلی نمی‌باشد. بنابراین؛ اقدامات کاهش تقاضای مواد مخدر نیازمند تحولی کیفی در موقعیت و جایگاه مدیریت اعتیاد و تغییر نگرش و دیدگاه آن نسبت به نقش و اهمیت جامعه مدنی و مشارکت اجتماعی در عرصه عمومی است از این رو امروزه رویکردها و مداخلات برنامه‌ریزی در برنامه‌های کاهش تقاضا معطوف به جامعه مدنی است. در این راهبرد، نهادهای غیردولتی اثرگذارند و باعث می‌شوند که فرهنگ مبارزه با مواد مخدر زندگی مردم رخنه کند. به عبارت دیگر مردم در راهبرد کاهش تقاضا، محور اصلی و مهمی هستند (مدنی قهفرخی، ۱۳۹۰).

بر همین اساس در اسناد، گزارش‌ها و کنوانسیون‌های جهانی و قوانین جاری کشور از جمله؛ قانون برنامه چهارم، پنجم و ششم توسعه، قانون مبارزه با مواد مخدر، قانون نظام جامع رفاه اجتماعی، سند

چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران، سیاست‌های کلی نظام و سایر اسناد و برنامه‌های فرادست اشارات مستقیم و غیرمستقیم فراوانی به ضرورت و نقش جامعه در پیشگیری و کنترل اعتیاد و سایر آسیب‌های اجتماعی شده است که برخی از آن‌ها عبارت‌اند از:

اسناد و گزارش‌های بین‌المللی

در اسناد و گزارش‌های بین‌المللی تأکید بر رویکردهای اجتماعی و نقش اجتماع و جامعه به‌عنوان یک اصل اساسی در پیشگیری و کنترل اعتیاد قلمداد گردیده است، بطوریکه در گزارش مشترک سازمان جهانی بهداشت^۱ و برنامه کنترل مواد مخدر سازمان ملل^۲ بر نقش اجتماع و بخش‌های مختلف جامعه در پیشگیری از مصرف مواد تأکید شده است (UNDCP/WHO, ۲۰۰۰).

قانون مبارزه با مواد مخدر

به‌موجب قانون مبارزه با مواد مخدر به‌منظور پیشگیری از اعتیاد و مبارزه با قاچاق مواد مخدر از هر قبیل اعم از تولید، توزیع، خرید و فروش و استعمال آن‌ها و نیز موارد دیگری که در این قانون ذکر شده است، ستادی به ریاست رئیس‌جمهور تشکیل و کلیه عملیات اجرایی و قضایی و برنامه‌های پیشگیری و آموزش عمومی و تبلیغ علیه مواد مخدر این ستاد متمرکز خواهد بود. همچنین به ستاد مبارزه با مواد مخدر اجازه داده می‌شود که بر اساس ضرورت به تهیه و تدوین آیین‌نامه‌های اجرایی مورد نیاز اقدام نماید.

۱ - WHO

۲ - UNDCP

قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی

در همین ارتباط قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی (مصوب ۱۳۸۳) بر بهبود وضعیت تعیین‌کننده‌های اجتماعی مهم سلامت (مثل سیاست‌ها و برنامه‌های اقتصادی و اجتماعی) برای ارتقای رفاه و سلامت فردی و اجتماعی افراد، خانوارها و اجتماعات محلی ازجمله پیشگیری از بروز اعتیاد در همه ابعاد زندگی مردم تأکید کرده است، بندهایی از ماده ۴، ۹ و ۱۶ این قانون به موارد زیر اشاره دارد:

- هماهنگی بخش‌های مختلف دولت در راستای پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی (ماده ۴-بند ب). تأمین خدمات پیشگیری از بروز یا تشدید آسیب‌های اجتماعی در گروه‌های هدف و تحت پوشش قرار دادن آن‌ها در سه سطح پیشگیری، درمان و توان‌بخشی (ماده ۴-بندی).
- سیاست پیشگیری که شامل حوزه‌های مختلف ازجمله بیمه‌ای و حمایتی می‌باشد و مطابق آن بر ضرورت هماهنگی با سایر دستگاه‌های مؤثر تأکید می‌شود به‌نحوی که تلاش برای پیشگیری از ظهور یا گسترش انحرافات و مشکلات اجتماعی به‌عنوان یک سیاست هماهنگی فرا بخشی مبنای عمل قرار گیرد (ماده ۹-بند د).
- ایجاد زمینه گسترش، حضور و مشارکت بیشتر نهادهای خیریه وقف و مدنی در حوزه‌های حمایتی (ماده ۱۶-بند ل).

سند چشم‌انداز ۲۰ ساله کشور

در سند چشم‌انداز ۲۰ ساله کشور معیارها و شاخص‌های قابل توجه برای «ایجاد جامعه‌ای سالم» تا سال ۱۴۰۴ ترسیم شده است.

سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر

تصویب و ابلاغ سیاست‌های کلی نظام در امر مبارزه با مواد مخدر مهرماه ۱۳۸۵ از سوی مقام معظم رهبری گام مثبت دیگری بود که در زمینه تدوین اسناد قانونی به‌منظور مبارزه با مواد مخدر برداشته شد. دربندهای ۴، ۷، ۹ و ۱۰ این سند تأکید بر سیاست‌های زیر تصریح شده است؛

- اتخاذ راهکارهای پیشگیرانه در مقابله با تهدیدات و آسیب‌های ناشی از مواد مخدر و روان‌گردان با بهره‌گیری از امکانات دولتی و غیردولتی با تأکید بر تقویت باورهای دینی مردم و اقدامات فرهنگی، هنری، ورزشی، آموزشی و تبلیغاتی در محیط خانواده، کار، آموزش و تربیت و مراکز فرهنگی و عمومی (بند ۴).
- اتخاذ تدابیر لازم برای زمینه‌سازی حمایت‌های اجتماعی پس از درمان مبتلایان به مواد مخدر و انواع روان‌گردان در زمینه اشتغال، اوقات فراغت، ارائه خدمات مشاوره و پزشکی و حمایت‌های حقوقی و اجتماعی برای افراد بازتوانی شده و خانواده‌های آن‌ها و نیز فراهم نمودن امکانات خدمات درمانی و نیازهای حمایتی افراد مذکور (بند ۷)

- اتخاذ تدابیر لازم برای حضور و مشارکت جدی مردم و خانواده‌ها، حمایت از تشکل‌های مردمی در زمینه‌های پیشگیری، کاهش آسیب و درمان اعتیاد (بند ۹)
- توسعه مطالعات و پژوهش‌های بنیادی، کاربردی و توسعه‌ای در امر مبارزه با مواد مخدر و روان‌گردان و پیشگیری و درمان معتادان با تکیه بر دانش روز دنیا و استفاده از ظرفیت‌های علمی و تخصصی ذی‌ربط (بند ۱۰).

سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد (مصوب سال ۱۳۹۰)

- در سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد بر موضوع ظرفیت‌های جامعه، مشارکت اجتماعی و تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتیاد تأکید شده است، که برخی از آن‌ها بدین شرح است:
- مداخلات پیشگیرانه باید با مشارکت حداکثری ظرفیت‌های بسیج مردمی، سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع‌محور در همه مراحل سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی انجام پذیرد و از قابلیت‌های بخش خصوصی نیز باید حداکثر استفاده در اجرای برنامه‌ها گردد (سیاست ششم).
 - رصد تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتیاد به‌منظور مسئول سازی و همراه سازی دستگاه‌های دخیل.

سند جامع حمایت‌های اجتماعی و درمان اعتیاد کشور (مصوب سال ۱۳۹۱)

در سند جامع حمایت‌های اجتماعی و درمان اعتیاد بر محورهای زیر تأکید شده است:

- ارتقا مشارکت بخش‌های مختلف جامعه و نهادهای اجتماعی در سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و ارائه خدمات (راهبرد کلان ۴).
- طراحی و استقرار نظام جامع رصد و هشدار تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتیاد و سلامت همگانی

سند جامع تحقیقات مبارزه همه‌جانبه با مواد مخدر و روان‌گردان‌ها و پیش‌سازها با رویکرد اجتماعی (مصوب سال ۱۳۹۶)

هدف نهایی این سند هدایت و جهت‌دهی سیاست‌ها و برنامه‌های مبارزه با مواد مخدر و روان‌گردان‌ها بر مبنای بالاترین سطح شواهد ممکن است. همچنین مدیریت پژوهش اعتیاد باید به‌کلیه رویدادها و تصمیمات مرتبط با اعتیاد حساس باشد و برنامه‌ریزی و اولویت‌بندی پژوهش را متناسب با شرایط موجود جهت‌دهی نماید (سیاست دوم). همچنین اطلاعات وضعیت اعتیاد کشور باید به‌عنوان بخشی از اطلاعات اجتماعی و بهداشتی کشور و نه امنیتی تلقی شود (سیاست چهارم).

قانون برنامه‌ی پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۹۴-۱۳۹۰)

بر اساس سیاست‌های کلی و احکام مندرج در قانون برنامه پنجم توسعه مبارزه همه‌جانبه با مواد مخدر و روان‌گردان و اهتمام به اجرای سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر مورد (بند ۲۰)، تأکید بر رویکرد انسان‌سالم و سلامت همه‌جانبه (بند ۱۹)، پیشگیری و مقابله با ناهنجاری‌های فرهنگی و اجتماعی (بند ۳-۲۰) و توسعه نظام‌های پیشگیری از آسیب‌های فردی و اجتماعی (بند ۶-۳۵) مورد تأکید قرار گرفته است.

سیاست‌های کلی برنامه‌ی ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران

به موجب بند ۵۷ سیاست‌های کلان برنامه ششم توسعه بر مبارزه همه‌جانبه با مواد مخدر و روان‌گردان‌ها در چارچوب سیاست‌های کلی ابلاغی و مدیریت مصرف باهدف کاهش ۲۵ درصدی اعتیاد تا پایان برنامه تأکید شده است.

قانون برنامه‌ی ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران

قانون برنامه ششم توسعه جمهوری اسلامی ایران به منظور پیشگیری، کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی با اولویت اعتیاد تأکید و نسبت به طراحی و اجرای برنامه‌هایی در این زمینه محورهایی را تعیین نموده است. در همین راستا؛

به موجب ماده ۷۸ دولت مکلف است در راستای تحقق عدالت اجتماعی و حمایت از اقشار آسیب‌پذیر و بسط پوشش‌های امدادی، حمایتی و بیمه‌ای و پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی نسبت به طراحی و اجرای برنامه‌های لازم اقدام کند.

همچنین به موجب ماده ۸۰ دولت مکلف است طبق قوانین مربوطه و مصوبات شورای اجتماعی به منظور پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی، نسبت به تهیه طرح جامع کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی با اولویت اعتیاد، طلاق، حاشیه‌نشینی، کودکان کار و مفاسد اخلاقی بر محورهای ذیل اقدام کند به گونه‌ای که آسیب‌های اجتماعی در انتهای برنامه به بیست و پنج درصد (۲۵٪) میزان کنونی کاهش یابد. برخی از برنامه‌های بخش پیشگیری عبارت‌اند از:

- ۱- پیشگیری اولیه از بروز آسیب‌های اجتماعی از طریق: اصلاح برنامه‌ها و متون درسی دوره آموزش عمومی و پیش‌بینی آموزش‌های اجتماعی و ارتقای مهارت‌های زندگی.
- ۲- تهیه و تدوین پیوست‌های اجتماعی در طراحی کلیه برنامه‌های کلان توسعه‌ای، ملی و بومی با توجه به آثار محیطی آن‌ها و به‌منظور کنترل آثار یادشده و پیشگیری از ناهنجاری‌ها و آسیب‌های اجتماعی با تصویب شورای اجتماعی کشور.
- ۳- تدوین سالانه اطلس آسیب‌های اجتماعی و سرمایه اجتماعی بر اساس شاخص‌های سلامت اجتماعی در کشور توسط سازمان امور اجتماعی و ارائه آن به مراجع ذیربط.
- ۴- تدوین نظام جامع رصد آسیب‌های اجتماعی و معلولیت‌ها تا پایان سال اول اجرای قانون برنامه طبق قوانین مربوطه و تصویب شورای اجتماعی و اجرای آن از ابتدای سال دوم اجرای قانون برنامه (ب) خدمت‌رسانی و بازتوانی.
- ۱- خدمات‌رسانی به‌موقع به افراد در معرض آسیب‌های اجتماعی با مشارکت سازمان‌های غیردولتی.
- ۲- تحت پوشش قرار دادن و تمهید تسهیلات اشتغال برای کلیه مددجویان واجد شرایط پشت نوبتی کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی و لحاظ اعتبار مورد نیاز پرداخت مستمری آنان در بودجه‌های سنواتی سالانه.
- ۳- توسعه مراکز فوریت‌های اجتماعی مطابق قوانین در شهرهای بالای پنجاه‌هزار نفر تا پایان سال اول اجرای قانون برنامه و در سایر شهرها به‌تناسب جمعیت و گسترش آسیب‌های اجتماعی.
- ۵- بسط و توسعه نقش مردم و سازمان‌های مردم‌نهاد در حوزه‌های مشارکت‌های گروهی و تأمین مالی مبتنی بر رویکرد خیر اجتماعی و تلاش در جهت جلب مشارکت بیشتر ذینفعان در تأمین منابع مورد نیاز.

منشور حقوق شهروندی

همچنین به موجب ماده ۹۱ منشور حقوق شهروندی؛ حق شهروندان است که از محیط زندگی عاری از آسیب‌های فردی و اجتماعی از جمله مواد مخدر و روان‌گردان برخوردار باشند. گروه‌های آسیب‌پذیر و مددجویان از اقدامات مؤثر دولت در زمینه توانمندسازی، امید به زندگی و اعمال سیاست‌های تأمینی برخوردار می‌شوند.

این در حالی است که با این وجود و به رغم تلاش‌ها و هزینه‌های فراوانی که تاکنون جهت حل معضل اعتیاد یا کاهش آسیب‌های آن انجام شده است، موضوع مواد و اعتیاد همچنان یک موضوع جدی و هشداردهنده برای جامعه ایرانی است.

آیین‌نامه پیشگیری از اعتیاد و مصوبات ستاد مبارزه با مواد مخدر

همچنین در آیین‌نامه پیشگیری از اعتیاد و مصوبات متعدد ستاد مبارزه با مواد مخدر به منظور مصون‌سازی افراد در معرض خطر و انجام اقدامات فرهنگی، ارشادی، تبلیغی و معاضدتی جهت کاهش تقاضای مواد مخدر، اعضای ستاد مبارزه با مواد مخدر و سایر وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها و موسسات دولتی و غیردولتی ضمن جلب حمایت مردمی تأکید گردیده است.

روش و مراحل تدوین سند

سند اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر به عنوان یک سند بالادستی با همکاری بیش از ۳۰ نفر از اساتید، متخصصان و صاحب نظران در زمینه اعتیاد و مواد مخدر و با مشارکت نهادها و مراکز علمی و پژوهشی، محققان و کارشناسان فعال سازمان های مردم نهاد و دستگاه های اجرایی ذیربط تهیه و تنظیم گردیده است.

افزون بر ظرفیت نهادها و دستگاه های علمی و اجرایی کشور، بالغ بر ۱۵ نفر از محققان و کارشناسان در تهیه و تدوین این سند به صورت مستقیم و غیرمستقیم مشارکت و همکاری داشته اند.

بر اساس چارچوب روش شناسی زیر سند در چهار مرحله تدوین گردید؛

مرحله اول - تشکیل کمیته تدوین سند و تعیین ماهیت و مؤلفه های اصلی

اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر

در اولین گام دبیرخانه موقت به منظور هماهنگی های اجرایی و پشتیبانی تشکیل و تقسیم کار صورت گرفت. در این مرحله به منظور تعیین ماهیت و مؤلفه های اصلی اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر گروه صاحب نظران تشکیل و از آن ها نظرخواهی شد. گروه صاحب نظران از میان افراد متخصص و باتجربه در حوزه های مرتبط با اعتیاد و مبارزه با مواد مخدر انتخاب شدند. بدین منظور فهرستی از حوزه های اعتیاد و مبارزه با مواد مخدر تهیه و سپس برای هر حوزه کاندیداهایی معرفی و در نهایت ۲۲ نفر به عنوان گروه صاحب نظر تشکیل شد. بر اساس روش شناسی تعیین شده، مرحله اول تدوین سند شامل تعیین ماهیت اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر می باشد. تعیین ماهیت از طریق اخذ

نظرات و دیدگاه‌های گروه صاحب‌نظران صورت گرفت. هدف از تعیین ماهیت؛ مشخص شدن ابعاد و مؤلفه‌ها و صورت‌بندی رویکردهای (جهت‌گیری‌ها) اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر می‌باشد.

بر این اساس فرآیند تعیین ماهیت ابتدا از طریق مرور گسترده^۱ بر مطالعات موجود داخلی و خارجی و اسناد فرادست در زمینه مؤلفه‌های اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر صورت گرفت که بر اساس آن مؤلفه‌های اولیه و پیشنهادی استخراج گردید. سپس جهت اخذ نظرات و دیدگاه‌های صاحب‌نظران در خصوص مؤلفه‌های پیشنهادی و اولیه و همچنین کشف مؤلفه‌های جدید، از طریق پرسشنامه‌ای نظرات ۲۲ نفر از صاحب‌نظران در دو مرحله (مرحله اول؛ تعیین ابعاد و مؤلفه‌های اصلی اجتماعی شدن و مرحله دوم؛ تعیین زیر مؤلفه‌ها و بیانگرهای اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر) اخذ گردید.

مرحله دوم: تهیه پیش‌نویس اولیه و جمع‌آوری دیدگاه صاحب‌نظران در

مورد نسخه اول

در این مرحله ویرایش اول سند برای گروه صاحب‌نظران ارسال و با پیگیری‌های مکرر، نظرات آنان جمع‌آوری گردید. نظرات رسیده به‌دقت توسط گروه تدوین بررسی، دسته‌بندی و تحلیل شد و سپس در متن سند اعمال گردید.

مرحله سوم- برگزاری پنل‌های تخصصی و مشورتی و تدوین ویرایش

دوم سند

۱- Expanding Rivew

در این مرحله ویرایش اول سند در ۸ پنل تخصصی و مشورتی با نهادهای علمی و دستگاه‌های اجرایی مرتبط مورد بحث و بررسی قرار گرفت و با اعمال نتایج حاصل از این پنل‌ها، ویرایش دوم سند تدوین شد.

مرحله چهارم: جمع‌آوری دیدگاه صاحب‌نظران و تدوین ویرایش

سوم

در این مرحله ویرایش دوم سند برای گروه صاحب‌نظران ارسال و با پیگیری‌های مکرر، نظرات آنان جمع‌آوری گردید. نظرات رسیده به‌دقت توسط گروه تدوین بررسی، دسته‌بندی و تحلیل شد و سپس در متن سند اعمال گردید.

تعاریف مفاهیم و اثرگان تخصصی

خط‌مشی

قواعد، روش‌ها و مقررات کلی‌ای است که حدود تصمیمات اجرایی و نحوه اجرای آن را تعیین می‌کند. (تسلیمی، ۱۳۹۲)

اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر:

اجتماعی شدن فرآیندی است که انسان‌ها از طریق آن اعتقادات، گرایش‌ها، ارزش‌ها، هنجارها و عادات را از فرهنگ اخذ می‌کنند. از طریق فرآیند اجتماعی شدن، انسان آمادگی رفتاری را در خصوص زندگی گروهی کسب می‌کند (محسنی، ۱۳۹۶).

پیشگیری^۱

پیشگیری از اعتیاد به معنای پیشگیری اولیه از فرایند منجر به اعتیاد، شامل گرایش به مصرف، مصرف آزمایشی، مصرف گاه‌گاهی، سوء مصرف وابستگی است. (Robertson ۲۰۰۶, NIDA ۱۹۹۷)

سازمان‌های مردم‌نهاد^۲

سازمانی است غیردولتی (Non-Governmental) و غیرانتفاعی (Non-Benefite) که برای انجام فعالیت داوطلبانه با گرایش فرهنگی، اجتماعی، مذهبی بشردوستانه و بر اساس قانونمندی و اساسنامه مدون، رعایت چارچوب قوانین موضوعه کشور و مفاد آیین‌نامه‌های اجرایی آن فعالیت می‌کند (مقیمی، ۱۳۸۷).

سازمان اجتماع‌محور^۳

سازمان‌های اجتماع‌محور شکل ویژه‌ای از سازمان اجتماعی محسوب می‌گردد که به‌طور معمول غیرانتفاعی و غیردولتی هستند و توسط افراد عضو یک اجتماع یا جماعت^۴ ایجاد و از طریق خودگردانی اداره می‌شود و محوریت فعالیت آن‌ها در اجتماعات کوچک مانند محله، روستا و نواحی ای است که به لحاظ فضا محدود شده‌اند (اکبری، ۱۳۹۳).

۱- Prevention

۲- Non Governmental Organization (NGO)

۳- Community-Based Organization (CBO)

۴ - community

مشارکت اجتماعی^۱

مشارکت اجتماعی دلالت بر گسترش روابط بین گروهی در قالب انجمن‌های داوطلبانه، باشگاه‌ها، اتحادیه‌ها و گروه‌هایی دارد که معمولاً خصلتی محلی و غیردولتی دارند، که در قالب سیاست‌های اجتماعی، مشارکت و درگیر ساختن مردم در فرایندهای اجتماعی مختلف را هدف خود می‌دانند (غفاری، ۱۳۸۰).

گروه مرجع^۲

گروه مرجع آن گروهی است که انسان‌ها در مقایسه‌ها به آن مراجعه می‌کنند و مقیاس مقایسه خود را از آنجا می‌گیرند. این گروه مرجع می‌تواند منفی یا مثبت باشد. یعنی انسان‌ها یک گروه را به عنوان گروه مرجع منفی تلقی می‌کنند و ارزش‌ها و هنجارهای آن گروه را منفی و غیرقابل پیروی می‌دانند و با برعکس گروهی را مرجع مثبت می‌پندارند و همه آرزوی دستیابی به مقیاس‌های ارزشی و الگوهای رفتاری آن گروه را دارند (رفیع پور، ۱۳۹۲).

سلامت اجتماعی^۳

سلامت اجتماعی به نوعی بهداشت روانی، فردی و اجتماعی گفته می‌شود که در صورت تحقق آن شهروندان انگیزه و روحیه‌ای شاد خواهند داشت و در نهایت جامعه شاداب و سلامت خواهد بود. در واقع زندگی محصول تعامل اجتماعی بین انتخاب‌های فردی از یک سو محیط اجتماعی و اقتصادی احاطه کننده افراد از سوی دیگر است (موسوی و شیانلی، ۱۳۹۴).

۱ - Community Participation

۲ - Reference Group

۳ - Social health

سرمایه اجتماعی^۱

سرمایه اجتماعی را می‌توان منابعی تعریف کرد که میراث روابط اجتماعی‌اند و کنش جمعی را تسهیل می‌کنند. این منابع که از طریق اجتماعی شدن حاصل می‌شوند دربرگیرنده اعتماد، هنجارها و شبکه‌هایی از پیوندهای اجتماعی است که موجب گردآمدن افراد به صورت منسجم و باثبات در داخل گروه به منظور تأمین هدفی مشترک می‌گردد (زاهدی، ۱۳۹۴).

نگاهی به تعاریف سرمایه اجتماعی نشان می‌دهد که سرمایه‌ی اجتماعی به طور عام به هنجارهای اعتماد یا روابطی با رفت و برگشت اشاره دارد که معمولاً درون شبکه‌های اجتماعی رخ می‌دهد و به نتایجی عمده مثبت و در مواردی منفی منجر می‌گردد. هدف روابط یادشده استفاده از منابعی است که افراد به دلایل گوناگون از جمله ویژگی‌های فردی چون جنس، سن، تحصیلات، پایگاه و منزلت اجتماعی و نظایر آن طی زمان انباشته‌اند. منابع یادشده تنها با تصور انباشت مثبت منابع و سهمی شدن در منابع اعضای گروه‌بندی‌های متنوع اجتماعی مورد استفاده قرار می‌گیرد. سرمایه‌ی اجتماعی فی‌نفسه، آثار و نتایج حاصل از آن و اشکال متعدد استفاده‌ی آن، عموماً مقید به زمان و مکان بوده با ویژگی‌های ساختار جامعه و عناصر و اجزای آن رابطه‌ای تنگاتنگ دارد (پیران، ۱۳۷۲: ۶۸).

^۱ - Social capital

سازمان یادگیرنده^۱

سازمانی است که به صورت جمعی یاد می گیرد و دائماً خودش را به نحوی تغییر می دهد که بتواند باهدف موفقیت مجموعه سازمان به نحو بهتری منابع دانش را دریافت، مدیریت و استفاده کند. به عبارت دیگر سازمان یادگیرنده سازمانی است که با ایجاد ساختارها و استراتژی ها به ارتقای یادگیری سازمانی کمک می کند (ریبی، ۱۳۹۱).

سیستم اطلاعات مدیریت^۲

گونه ای از سیستم های یارانه ای است که جمع آوری، کنترل و پالایش داده های مورد نیاز سازمان را بر عهده داشته و با به کارگیری روش های مناسب هر سازمان، اطلاعات پالایش شده را به منظور تصمیم، برنامه ریزی و کنترل فرآیندها در اختیار سطوح مختلف مدیران قرار می دهد (ریبی، ۱۳۹۱).

تاب آوری اجتماعی^۳

تاب آوری اجتماعی شامل شرایطی است که تحت آن افراد و گروه های اجتماعی با تغییرات محیطی انطباق می یابند. به طور کلی قابلیت تاب آوری اجتماعی، توان یک اجتماع برای بازگشت به تعادل یا پاسخ مثبت به مشکلات است (keck & Sakdapolark, 2013, 13) امروزه تاب آوری به عنوان راهی برای تقویت جوامع با استفاده از ظرفیت آن ها مطرح می گردد (Karrholm, 2014, 121).

۱ - Learning organization

۲ - Management Information System

۳ - Social resiliency

مدارای اجتماعی^۱

مدارای اجتماعی به تقاضاهای هریک از اعضای جامعه برای برخورد خوب^۲ با دیگر اعضای جامعه در محیطهای اجتماعی و عمومی است که با پذیرش تفاوتهای هر شخصی که در جامعه زندگی می کند، شکل می گیرد (چانز، ۲۰۰۴).

مدارا وسیله ای جهت بهبود حداقل کیفیت روابط اجتماعی، همچنین اجتناب از خشونت و اجبار است. وجود مدارا در هر فرد او را تبدیل به انسانی مثبت می کند که توانایی استفاده از فرصت های اجتماعی را به منظور ارتقاء خود و نیز پیشبرد فرهنگ صلح، خواهد داشت. (یونسکو، ۱۹۹۵)

حمایت یابی^۳

حمایت یابی، مداخله ای است که از مجموعه فعالیت های فردی یا گروهی حمایت طلبان تشکیل شده و سعی دارد با تغییر آگاهی، نگرش و رفتار افراد ویژه ای، از نفوذ و قدرت آنان برای تصویب سیاست و برنامه ای خاص یا تغییر منابع و موقعیت ها به نفع کاربران نهایی استفاده کند (دلوری، ۱۳۸۷ به نقل از احترامی، ۱۳۹۱)

حمایت اجتماعی^۴

۱ - Tolerance

۲ - civility

۳ - Advocacy

۴ - Institutional Capacity

معرفتی است که باعث می شود فردی باور کند که مورد احترام و علاقه دیگران بوده، عنصری ارزشمند و دارای شأن به شمار آمده و به یک شبکه اجتماعی روابط و تعهدات متقابل تعلق دارد (مارموت و ویلکنسون، ۱۳۹۳)

مداخله اجتماع محور^۱

مداخله اجتماع محور، عبارت است از مشارکت اعضای جماعت در جمع آوری اطلاعات مربوط به اجتماع، تعیین مشکلات اجتماع، شناسایی منابع اجتماع و برنامه ریزی برای حل مشکلات اجتماع. این مداخلات، با افرادی شروع می شود که در اجتماع زندگی می کنند و به اجتماع مسئولیت اولیه را برای تعیین کانون فعالیت ها در هر سطحی، و ایجاد راهبردها برای مواجهه با این مشکلات اعطا می کنند (Rosenberg، ۲۰۰۲).

اقتدار افزایی^۲

پین (۲۰۰۵) اقتدار فزایی را کمک به افراد، گروه ها و جوامع جهت دستیابی به قدرت تصمیم گیری و عمل در زندگی شان بیان می کند (اقلیما و راسی، ۱۳۸۸: ۱۸۰)

آنچه باید اتفاق بیفتد برنامه ریزی مشارکتی برای بهبود شرایط فرد در اجتماع و اجتماع برای فرد است. چنانچه خدمات به افزایش ظرفیت افراد برای بازتولید قدرت (به معنای توان مداخله در شرایط زندگی) منجر شود اقتدار افزایی صورت گرفته است. (احترامی وطن پرست به نقل از آدامز، ۲۰۰۸)

۱ - Community- Based Initiative

۲ - Empowerment

بازاریابی اجتماعی^۱

بازاریابی اجتماعی طراحی، مداخله و کنترل برنامه‌هایی است که در جستجوی افزایش قابلیت پذیرش یک ایده یا عمل اجتماعی در یک گروه مخاطب می‌باشد (کاتلر، ۱۹۷۱).

تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت^۲

به نظر تارلوف "تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت عبارت است از ویژگی‌های اجتماعی جایی که زندگی در آن جریان دارد" (Tarlov, 1996).

عامل خطر^۳

هر جنبه‌ای از رفتار یا سبک زندگی، عامل محیطی، یا ویژگی مادرزاد یا ارثی است که احتمال مصرف مواد در فرد یا گروه دارنده‌ی آن را بیشتر از فرد یا گروه فاقد آن سازد (NICB^۴).

عامل محافظ^۵

هر جنبه‌ای از رفتار یا سبک زندگی، عامل محیطی، یا ویژگی مادرزاد یا ارثی است که احتمال مصرف مواد در فرد یا گروه دارنده‌ی آن را کمتر از فرد یا گروه فاقد آن سازد (NICB).

آسیب‌های اجتماعی^۶

-
- ۱ - Social Marketing
 - ۲ - Social Determinance of Health
 - ۳ - Risk factor
 - ۴ - National Insurance Crime Bureau
 - ۵ - Protective factor
 - ۶ - Social Damage

به هر نوع عمل فردی یا جمعی اطلاق می‌شود که در چهارچوب اصول اخلاقی و قواعد عام جامعه قرار نمی‌گیرد و در نتیجه با منع قانونی و یا قبح اخلاقی و اجتماعی روبرو می‌گردد (عبداللهی، ۱۳۸۱).

مسئولیت مشترک

مسئولیت مشترک اشکال معینی از رفتار است که مفید، حمایت‌کننده و یاری بخش برای افراد یا گروه‌ها باشد و بر اساس احساس تعهد استوار بوده و یا با آن همراه باشد (تومه، ۱۹۹۹).

مسئولیت‌پذیری اجتماعی^۱

مسئولیت‌پذیری اجتماعی به عنوان یک ویژگی شخصیتی عالی در افراد می‌باشد، که در روابط با دیگران و در موقعیت‌های گوناگون و در عمل خود را نشان می‌دهد. داوطلبانه بودن عمل مسئولیت اجتماعی به آن ارج و منزلتی بالا می‌بخشد. در مسئولیت‌پذیری اجتماعی نوعی کنترل درونی بر فرد حاکم گشته، که این امر برای برقراری روابط مبتنی بر همدلی، توجه به حقوق دیگران و به‌طور کلی نظم اجتماعی دارای اهمیت می‌باشد (طالبی و خوشبین، ۱۳۹۱).

مسئولیت‌پذیری اجتماعی سازمانی^۲

بنا بر تعریف مسئولیت‌پذیری اجتماعی، سازمان‌ها نیز همچون اشخاص حقیقی عضوی از اجتماع به شمار می‌روند و در قبال محیط پیرامون خود مسئولیت دارند، لذا علاوه بر درک اهمیت بهبود عملکرد اقتصادی و اجتماعی خود، باید التزام به ارتقای استانداردهای زندگی اجتماعی افراد جامعه را در دستور کار خود قرار دهند (آلوچنا، ۲۰۱۰).

۱ - Social Responsibility

۲ - Corporate Social Responsibility

فصل دوم: تبیین و تحلیل وضعیت

مقدمه

بر اساس نتایج طرح ملی نگرش مردم به مصرف مواد مخدر کشور مصرف مواد از نظر مردم امری اجتماعی است که با وجود همه نگرانی‌ها و حساسیت‌ها، جامعه اطلاعات مشخصی در این حوزه ندارد، بطوریکه حساسیت جامعه فقط مربوط به افراد وابسته است و به رغم احساس مسئولیت فردی این احساس اساساً اجتماعی نیست. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که مردم هیچ آمیدی به دولت در حل این معضل ندارند و برخلاف اخلاق عمومی ایرانیان، حس مسئولیت‌پذیری در این حوزه زیاد است. مهم‌ترین نقشی که مردم برای اقدامات دولتی قایلند ایجاد فضاهای فراغتی، ایجاد اشتغال، اجرای برنامه‌های فرهنگی و اجتماعی و ایجاد مراکز درمان و کاهش آسیب است. همچنین چهار عامل که از نظر پاسخگویان دارای تأثیر زیاد بر جلوگیری از مصرف مواد مخدر بوده‌اند که عبارت‌اند از: خانواده سالم و خوب، تربیت خانوادگی، دوستان سالم و محیط زندگی مناسب (حاجلی و همکاران، ۱۳۸۹).

به عبارت دیگر نقص، ناتوانی و ناکارایی بخش رسمی عمومی (دولتی) در تمهید خدمات اجتماعی بهینه منجر به شکل‌گیری رهیافت ترکیبی و تکمیلی^۱ گردید که مبتنی برکنش مشترک بین بخش دولت و

۱- synergic and complement

بخش سوم (سازمان‌های مردم‌نهاد، انجمن‌ها و تشکل‌های مردمی) در عرضه خدمات عمومی‌گردید که به واسطه توانایی‌های بالقوه آن‌ها در رویارویی با مشکلات فراوانی نظیر آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد مهم تلقی می‌گردد. اگر اهمیت بخش سوم (سازمان‌های مردم‌نهاد، انجمن‌ها و تشکل‌های مردمی) با مشخصه‌هایی چون توان آن‌ها در نزدیکی به مردم و اجتماعات محلی، بسیج منابع آن‌ها و انعطاف‌پذیری سازمانی آن‌ها تبیین می‌شود؛ اهمیت دولت نیز به واسطه نقش مهمی که در ارائه خدمات رفاه اجتماعی، خواه به طور مستقیم از طریق نهادهای دولتی یا سازمان‌های خاص مدنی یا به طور غیرمستقیم از طریق سیاست‌گذاری و تنظیم و تدوین مقررات دارد و تأثیری که بر عوامل ساختاری بر جا می‌گذارد مورد تأکید قرار می‌گیرد. در این حالت دولت می‌تواند چهارچوبی را برای هدایت خدمات بخش مدنی و عقلایی ساختن آن‌ها فراهم سازد که مبتنی بر دیدگاه بی‌طرفانه‌ای از رفاه عمومی است و شرایط مناسبی را برای اقدامات مدنی از طریق ابزارهای سیاست‌گذاری و قانونی ایجاد کند. (شکوری، ۱۳۹۰: ۱۰۸-۱۰۷) این در صورتی است که شرایط تحقق و اجرای مشارکت واقعی در جامعه فراهم شده و اراده اجرایی، قوانین، نهادها و سازمان‌های اجتماعی مناسب برای ترویج مشارکت و تجلی آن پدید آید (علی‌الحسابی، ۱۳۹۰: ۳۶)

تاریخچه مشارکت

بدون شک یکی از حوزه‌هایی که در امر توسعه و پیشرفت در دیدگاه صاحب‌نظران و کارگزاران توسعه همیشه مورد توجه بوده است نقش تعامل سرمایه بوده است. هر یک از صورت‌های مختلف سرمایه (طبیعی، فیزیکی، اقتصادی، انسانی، فرهنگی و اجتماعی) در دوره‌های مختلف به عنوان کانون و محور توسعه قلمداد شده است. کانون توجهات در توسعه ابتدا تنها در ابعاد اقتصادی خلاصه شده بود اما با افزایش پیامدهای انقلاب صنعتی به صورت افزایش حاشیه‌نشینی، افزایش جمعیت، افزایش مهاجرت، افزایش آسیب‌های اجتماعی، جرم و بزهکاری توجه به ابعاد دیگر به خصوص ابعاد اجتماعی و انسانی توسعه اهمیت پیدا کرده است. الگوهای توسعه صرف‌نظر از تشدید دامنه نابرابری‌های

اجتماعی، مانع جلب و جذب مردم در فرایند توسعه شدند و از شکل‌گیری سرمایه اجتماعی یعنی اعتماد، مشارکت و سازمان‌یابی به‌عنوان شروط لازم توسعه جلوگیری کردند که پیامدهایی ازجمله کاهش انسجام و تشدید نابسامانی‌های اجتماعی در فرایند توسعه را در برداشت. بنابراین بر اساس مفهوم‌سازی مجدد در پارادایم جدید توسعه تأکید بر مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و توانمندسازی موردتوجه قرار گرفت درحالی‌که اولین تلاش‌ها در کشورهای دیگر به‌ویژه در غرب راجع به جایگاه سرمایه اجتماعی در توسعه در دهه ۹۰ صورت گرفت. در کشور ما به دلیل پیشینه تاریخی طولانی مشارکت‌های مردمی در شکل گروه‌های همیار و خودیار و آموزه‌های دینی و اخلاقی مشوق افراد نسبت به این امور، ظرفیت‌های مشارکت همیشه وجود داشته و در برهه‌های تاریخی ازجمله در تحقق انقلاب شکوهمند اسلامی و تثبیت نظام نقش‌آفرینی کرده است. به همین دلیل است که در قوانین کشور به‌صراحت بر اهمیت و جایگاه ظرفیت‌های مشارکت مردمی تأکید شده است. امروزه استفاده از مشارکت‌های مردمی در قالب نهادهای رسمی و مدنی مثل سازمان‌های مردم‌نهاد و یا در اشکال سنتی و دیرینه آن مثل مساجد و هیئت‌ها کانون‌های فرهنگی و غیره می‌تواند دارای آثاری مفیدی برای جامعه باشد امروزه این سازمان‌ها و تشکله‌ها به‌عنوان بازوان اصلی دولت در پیشرفت کشور می‌توانند تصدی‌گری دولت‌ها در برنامه‌ها را کاهش داده و رسالت و نقش هدایت‌کنندگی، حمایت و نظارت را بر دولت واگذار نمایند. به نظر می‌رسد در این زمینه نیاز به اتخاذ رویکرد و سیاست‌گذاری جدید بیش‌ازپیش احساس می‌شوند. عموماً رویکرد نسبت به سازمان‌های مردم‌نهاد معطوف به فعالیت در حوزه‌های خیریه و حمایتی و جمع‌آوری کمک‌های مردمی در راستای کمک به نیازمندان است و نقش آن‌ها در حوزه اجتماعی به‌ویژه در ارتباط با پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی کمتر ملاحظه می‌شود.

به طور کلی می توان دو الگوی مشارکت و به تبع آن دو سازمان سنتی و مدنی را از همدیگر تفکیک کرد. الگوی اول مشارکت الگوی سنتی است که حول خود سازمان های سنتی را شکل داده است. منظور از مشارکت سنتی مشارکت بر اساس سنت، عرف و مذهب است و میان افراد جامعه به شکل نهاد و خودجوش وجود دارد. این مشارکت محصول گذشت سالیان دراز بوده است و از گذشته در میان مردم وجود داشته و از نسلی به نسل دیگر انتقال یافته است و پاسخ به نیازهای تحولات تاریخی بوده اند. در این الگو، دولت هیچ نقشی در هدایت و سازمان دهی نداشته و انجام کارها بر عهده مردم است. این الگو علی رغم تحولات اجتماعی ساده اخیر در جامعه ایرانی یا اندکی تغییرات، هنوز پابرجاست و با قدرت در بسیاری از شهرهای ایران به حیات خود ادامه می دهد. این الگوی مشارکت حول محور تشکلهای مردمی از جمله کانون ها و هیات های مناسبی، کانون های قرض الحسنه و غیره شکل گرفته است و امروزه فعالیت در چارچوب این کانون ها انجام می گیرند. الگوی دوم مشارکت، مشارکت جدید و یا مدنی است. در این الگو، مشارکت بر اساس محرکی است که افراد را به فعالیت وادار می دارد. این محرک معمولاً از جانب سازمان های دولتی برای جلب و افزایش مشارکت مردم در امور مختلف در قالب برنامه های خاص وارد می شوند.

موانع مشارکت اجتماعی در ایران

گولت مشارکت مردمی را به عنوان جزء حیاتی راهبردهای توسعه دانسته و آن را واجد سه عملکرد عمده می داند. از دیدگاه وی، مشارکت اجتماعی اولاً: نحوه برخورد غیر ابزاری دولت با مردم و احساس ارزشمندی را تضمین می کند. ثانیاً: مشارکت به عنوان وسیله ارزشمندی برای بسیج، سازمان دهی و تعالی بخشیدن به فعالیت های توسعه خود مردم به عنوان حلال اصلی مشکلات در شرایط اجتماعی به شمار می رود. ثالثاً: مشارکت به مثابه کانالی است که گروه ها و جوامع محلی

می‌توانند از طریق آن به عرصه‌های کلان بزرگ‌تر تصمیم‌گیری دسترسی پیدا کنند. بدون مشارکت، راهبردهای توسعه، غیرمردمی و بی‌نتیجه خواهند ماند (غفاری و نیازی، ۱۳۸۶)

لازمه مشارکت، نخست آگاهی مشارکت‌کنندگان نسبت به ضرورت آن است؛ آگاهی که همراه با اختیار و حق انتخاب باشد. از طرف دیگر، مشارکت نیازمند نظام و سازمان‌های گروهی نیز هست، درواقع حتی اگر تمامی افراد نسبت به ضرورت مشارکت در امری آگاهی داشته باشند، لزوماً مشارکت در جامعه شکل نمی‌گیرد. بلکه مشارکت زمانی به یک فرآیند نهادینه در جامعه تبدیل می‌شود که سازمان و نظام متناسب با خود را پیدا کند (قراخانی، ۱۳۸۲)

از حیث تاریخی مشارکت در ایران دارای سابقه دیرینه‌ای است به گونه‌ای که عنوان شده است در ایران باستان و در میان اقوام مختلف آریایی، مشارکت به صورت عشیره‌ای و محلی صورت می‌گرفته است (موسوی، ۱۳۹۱).

به لحاظ نظری به رغم پیچیدگی موضوع دیدگاه‌های گوناگونی در خصوص چگونگی مشارکت در ایران وجود دارد که از میان آن‌ها می‌توان به سه دیدگاه اساسی اشاره کرد. در دیدگاه اول ایرانیان اساساً فردگرا و غیر مشارکتی معرفی شده‌اند. صاحب‌نظران این دیدگاه معتقدند ایرانیان به واسطه ساخت اجتماعی، سیاسی و اقتصادی دارای روحیه فردگرایی و قبیله گرایی بوده و اکثریت مردم اعتقادی به مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها و امور اجتماعی نداشته‌اند (کاتوزیان، ۱۳۷۲). از نظر معتقدان این دیدگاه، ساختار استبدادی سلطنتی در طی ۲۵ قرن به هیچ وجه اجازه مشارکت فعال اجتماعی را نداده است. بر این اساس مشارکت اجتماعی برای مردم حیاتی تلقی نشده و اکثریت جامعه اعتقادی به مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها نداشته‌اند و فرهنگ مشارکتی در مقیاس جمعی امکان ظهور و بروز پیدا نکرده است. در نتیجه جامعه ایران با عنایت به ساختار سیاسی و اجتماعی که به لحاظ تاریخی تجربه نموده است

حاصل و برآیند وجود افراد غیر مشارکتی شده که منافع فردی و فعالیت در مقیاس فردی را بر منافع جمعی و فعالیت در مقیاس جمعی ترجیح می‌دهند (موسوی، ۱۳۹۱).

در دیدگاه دوم، روحیه ایرانی و شخصیت اساسی ایرانیان، روحیه و شخصیت جمع‌گرا معرفی شده است. در این دیدگاه میل به مشارکت و انجام کار گروهی یکی از الگوهای فرهنگی غالب در فرهنگ جامعه ایران بیان شده است. از این منظر تاریخ اجتماعی کشور ما تاریخ مشارکت و فعالیت‌های جمعی است و اصناف به‌عنوان یکی از مؤسسات و نهادهای اجتماعی به‌صورت خودجوش، غیردولتی و داوطلبانه فعالیت داشته‌اند. از جنبه تاریخی تا قبل از به وجود آمدن دولت جدید در ایران یعنی تا اواخر قرن سیزدهم، اصناف واحدهای اجتماعی بودند که قاطبه مردم در آن‌ها عضویت داشتند و فعالیت‌های مختلف اقتصادی، سیاسی، فرهنگی و اجتماعی انجام می‌دادند و بنیان‌های مشارکت اجتماعی و نیز سنت‌های مشارکتی در ایران سابقه کهنی دارد (فرهادی، ۱۳۷۴). علاوه بر این پذیرش دین اسلام توسط ایرانیان و تأکید این دین انسان‌ساز بر انسجام اجتماعی، مشارکت و همیاری، تشکلهایی مانند شوراهای، مزارعه، مضاربه، تعاون، وقف و مشاع و ... را پدید آورده و سبب ایجاد واحدهای جمعی و مشارکتی در جامعه گردیده است (موسوی، ۱۳۹۱).

در دیدگاه سوم، این نکته موردتوجه قرار گرفته است که ایرانیان از دیرباز در زمینه مشارکت با تناقضی عمده روبرو بوده‌اند. آنان در گستره تاریخ خود به علت حاکمیت زور مداری و شناخته نشدن به‌عنوان شهروندان صاحب حقوق، از عرصه‌های رسمی و اجتماعی چشم پوشیده‌اند. برعکس در حیطه‌های غیررسمی، یعنی حیطه‌های خانوادگی، محلی و مذهبی و در قالب صدها نهاد و سازمان غیررسمی، مشارکت ایرانیان فوق‌العاده بوده است. از این جهت ایرانیان مشارکت‌جو تلقی می‌شوند (پیران، ۱۳۷۹).

وضعیت مشارکت اجتماعی در حوزه کنترل و کاهش تقاضای مواد مخدر فعالیت‌ها و مشارکت‌های مردمی در سال‌های اولیه پس از انقلاب (۱۳۵۸-۱۳۵۹) عمدتاً بر روش‌های سنتی و غیرسازمانی قدیمی استوار بود و خطاب مدیریت اعتیاد، «مردم» در مفهوم کلی آن بود. در این

پیام‌ها مدیران اعتیاد، بیشتر به ارائه برخی توصیه‌های اخلاقی اکتفا می‌کردند و در قوانین و آیین‌نامه‌های مصوب در دولت موقت و شورای انقلاب به مداخله و مشارکت مردم در اقدامات کاهش تقاضا توجهی نشده بود. در دوره‌های بعدی مدیریت اعتیاد در کشور، در سال‌های ۱۳۶۰-۱۳۶۷ مواردی از ابتدایی‌ترین اشکال مشارکت گروه‌ها، سازمان‌ها و افراد غیردولتی را شاهد هستیم، اما هرگز الگو یا برنامه مشخصی در این زمینه ملاحظه نمی‌شود. مطابق گزارش‌های رسمی، در این دوره تنها دو موسسه غیردولتی در زمینه اعتیاد و مواد مخدر فعالیت داشتند. با این وجود تشکل‌ها و نهادهای اجتماعی دیگری (جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات ایران، موسسه مطالعات و تحقیقات زنان، جامعه پزشکان متعهد، مشارکت روحانیون) نیز درگیر مسئله اعتیاد شده بودند. در دوره سوم مدیریت مبارزه با مواد مخدر (۱۳۶۷-۱۳۷۲) ضرورت فعالیت انجمن‌های غیردولتی بیش از گذشته مورد توجه مدیریت اعتیاد قرار گرفت و دو سازمان غیردولتی فعالیت خود را در زمینه اعتیاد آغاز کردند. علاوه بر این در سال ۱۳۶۹ اولین قدم‌ها در زمینه تشکیل گروه «معتادان گمنام» برداشته شد. در این دوره به تدریج ادبیات معطوف به مشارکت مردم در فعالیت‌های اجتماعی قوت گرفت و زمینه مناسبی را برای تقویت این رویکرد در دوره چهارم فراهم آورد. در واقع از اوایل ۱۳۷۰، به تدریج ضرورت توجه به امکانات و منابع مردمی برای مبارزه با اعتیاد در دستور کار مدیریت مبارزه با اعتیاد قرار گرفت و در بیست و دومین جلسه شورای عالی تحقیقات و برنامه‌ریزی پیشنهاد تشکیل شورایی با عنوان «شورای هماهنگی بسیج مردمی علیه اعتیاد» مطرح شد. در واقع این طرح به دلیل عدم انجام وظایف محوله واحد تبلیغات ستاد که زیر نظر مدیرعامل صداوسیما بود مطرح گردید. اعضای این شورا، از نمایندگان تام‌الاختیار صداوسیما، وزارت ارشاد اسلامی، سازمان تبلیغات، شهرداری، وزارت آموزش و پرورش، وزارت بهداشت و درمان و نیروی مقاومت بسیج به همراه ۵ نفر از استادان و متخصصین صاحب‌نظر تشکیل شده بود. اما با این وجود شواهدی دال بر فعالیت جدی بخش غیردولتی در زمینه کاهش تقاضا در این دوره وجود ندارد. گسترش سازمان‌های غیردولتی و تقویت فعالیت آن‌ها در امر مبارزه با اعتیاد

یکی از پدیده‌های مهم مدیریت مبارزه با مواد مخدر سال‌های ۱۳۷۲ - ۱۳۸۰ بود. در دوره‌های قبل نیروهای مردمی در زمینه مبارزه با اعتیاد همکاری می‌کردند، اما همکاری آن‌ها با دویژگی مشخص متمایز می‌گردید. اولاً، این همکاری‌ها، نهاده‌ها و سازمان‌یافته نبودند. ثانیاً، تقریباً به‌طور کامل به‌وسیله مراجع رسمی دولت کنترل و هدایت می‌شد، به‌خصوص اینکه عمده‌ترین وجه فعالیت آن‌ها همکاری اطلاعاتی در زمینه معرفی معتادان و قاچاقچیان بود. دوره چهارم با شکل‌گیری تشکلهایی همراه بود که هم سازمان‌یافته بودند و هم تلاش می‌کردند بیش‌تر به استانداردهای تعریف‌شده مرسوم در سازمان‌های غیردولتی نزدیک شوند و تا حد امکان، کم‌تر رنگ و بوی سازمان‌های دولت ساخته را بگیرند. تغییر فضای اجتماعی - سیاسی به این روند کمک بسیار کرد. درعین‌حال، مدیریت مبارزه با مواد مخدر نیز نسبت به مشارکت بخش غیردولتی دیدگاه کاملاً مثبتی داشت. در قانون مصوب مجمع تشخیص مصلحت در سال ۱۳۷۶، در مواد ۲۹، ۳۳ و ۳۴ نیز فعالیت بخش خصوصی و مشارکت سازمان‌های غیردولتی پیش‌بینی‌شده بود. در همین دوره مطبوعات نیز به‌تدریج مردم را به ایجاد تشکلهای مردمی تشویق می‌کردند و پیشنهاد می‌دادند که در زمینه اعتیاد در نقاط مختلف کشور انجمن‌های محلی تشکیل شود. در این میان سازمان‌های غیردولتی نیز از دعوت مؤسسات دولتی برای همکاری و تعامل استقبال می‌کردند. یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های مشارکت سازمان‌های غیردولتی در اواخر دوره چهارم، فعالیت آن‌ها در زمینه کاهش زیان است. در پایان دوره چهارم مدیریت اعتیاد، تعداد قابل‌توجهی از سازمان‌های غیردولتی در زمینه مبارزه با اعتیاد فعالیت می‌کردند. به‌طورکلی تا سال ۱۳۸۰ حدود ۱۱۱ سازمان غیردولتی باهدف فعالیت در زمینه مبارزه با مواد مخدر کل کشور به ثبت رسید. به‌رغم همه اقداماتی که به‌منظور تقویت فعالیت سازمان‌های غیردولتی در دوره چهارم مدیریت اعتیاد انجام شد برخی موانع هنوز بر سر راه گسترش آن‌ها وجود دارد که مهم‌ترین آن‌ها عبارت‌اند از: ۱- اتکای مالی این سازمان‌ها به مراکز دولتی و سازمان‌های رسمی کشور، به دلیل عدم توانایی در جلب مشارکت‌های مردمی که سبب شده آن‌ها نتوانند یکی از وظایف اصلی خود را که نقد

عملکرد نهادهای رسمی است به انجام برسانند. ۲- عدم وجود جایگاه مشخص قانونی برای این جمعیت‌ها و نبود قانون ویژه جهت قدرت بخشیدن به پتانسیل‌های این تشکل‌ها. ۳- ضعف در کار گروهی و جمعی (مدنی قهفرخی، ۱۳۹۰).

تقویت نسبی برنامه‌های کاهش تقاضا، تحول بسیار مثبت این دوره بود. در این دوره مبانی نظری پروژه مبارزه با مواد مخدر بازنگری شد که مهم‌ترین آن پذیرش نسبی این واقعیت بود که اعتیاد یک معضل اجتماعی، ملی و بین‌المللی است و حل آن به روش‌های مداوم، منطقی و پیگیری نیاز دارد و با روش‌های ضربتی تناسبی ندارد. اما از آنجاکه نگرش‌های کاهش تقاضا فاقد الزامات مدنی و قانونی متناسب با خود بود، فراتر از سطح نظری نرفت و نتوانست آثار تعیین‌کننده‌ای به جا گذارد. مدیریت مبارزه با اعتیاد، همواره عدم فعالیت در زمینه پیشگیری و درمان را نتیجه کم‌کاری بخش‌های فرهنگی از جمله آموزش و پرورش، صداوسیما و... می‌دانست. در واقع، این دستگاه‌ها هرگز مسئولیت جدی در این زمینه نپذیرفتند. تا پیش از این تصور می‌شد صرف تجمع فیزیکی نمایندگان نهادهای فرهنگی و انتظامی و دیگر بخش‌ها در ستاد مبارزه با مواد مخدر می‌تواند ضامن همگرایی و تعادل دو رویکرد کاهش عرضه و کاهش تقاضا باشد، در حالی که این تجمع سازمانی و حل نسبی روابط بین بخشی در فقدان نظریه یا رویکرد مشخص در زمینه کاهش تقاضا، مانع از آن بود که تمهیدات مورد بحث به نتیجه قابل قبولی منجر شود (همان).

سیاست‌های اجتماعی پیوند بسیار عمیق با سیاست‌های اقتصادی دارند، از این رو امکان نداشت با برخی اصلاحات در روابط درون بخشی سازمانی و با تمرکز صرف بر مسئله اعتیاد بتوان اصلاحات جدی و مؤثری در وضع موجود فراهم آورد. موفقیت برنامه‌های مبارزه با مواد مخدر گرو اصلاح سیاست‌های اقتصادی بود. بدون توجه به افزایش تورم، فقر و بیکاری، چگونه می‌توان مانع گسترش اعتیاد شد؟ در حالی که بازار مواد مخدر از رونق بسیار خوبی برخوردار بود و سود حاصل از خرید و فروش مواد،

هم مشکل پول خرید مواد را برای معتادان حل می‌کرد و هم بازار پرسودی برای قاچاقچیان به وجود می‌آورد چگونه می‌شد ابعاد اقتصادی موضوع را نادیده گرفت (همان)

دوره کنونی مدیریت اعتیاد در کشور با رویکرد اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر آغاز گردید. سطح‌بندی سازمان‌های مردم، ترویج گفتمان سازی و توانمندسازی ازجمله سیاست‌های جدید حوزه مشارکت‌های اجتماعی محسوب می‌گردد. بر اساس برنامه سطح‌بندی، سازمان‌های مردم‌نهاد فعال در حوزه اعتیاد بر اساس عملکرد در سه سطح طبقه‌بندی شده‌اند و اجرای برنامه کارگاه‌های آموزشی منطقه‌ای ویژه سازمان‌های مردم‌نهاد و برنامه‌های گفتمان سازی از فعالیت‌های عمده دوره فعلی مدیریت مبارزه با مواد مخدر می‌باشد. دفتر مشارکت‌های مردمی و سازمان‌های مردم‌نهاد ستاد مبارزه با مواد مخدر راستای تحقق اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر را در ۴ مأموریت: نهادسازی و آماده‌سازی ظرفیت‌ها، نظام سازی بر اساس قابلیت‌های موجود سازمان‌های مردم‌نهاد، توانمندسازی با توسعه مداخلات و تعریف راهکارها و رویه‌ها و همچنین گفتمان سازی با ترویج حوزه اجتماعی و فعال کردن کنشگران تعریف نموده است (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۹۶).

بااین‌وجود به نظر می‌رسد بر اساس برآوردهای اولیه تنها ۱۰ تا ۱۵ درصد NGO های حوزه مبارزه با مواد مخدر و پیشگیری از اعتیاد در کشور به معنای واقعی فعال هستند، ازاین‌رو باید تقسیم‌بندی صحیحی از عملکرد آن‌ها صورت پذیرد. (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۹۶).

موانع و چالش‌های اجتماعی مشارکت در حوزه اعتیاد

ارزیابی‌های موجود نشان می‌دهد بسیاری از مشکلات اجتماعی ازجمله فقر و نابرابری، مشکلات نهاد خانواده، مشکلات نهاد سلامت و انحرافات اجتماعی طی دوره گذار جامعه ایران از مرحله ماقبل مدرن و شبه مدرن تا امروز ماهیتاً دچار دگرگونی و تحول شده‌اند. بطوریکه می‌توان به سه نسل از مشکلات

اجتماعی در دوره‌های متناوب تاریخی جامعه ایران اشاره کرد. نسل اول مشکلات اجتماعی؛ در جامعه روستایی ایران و دوره ماقبل صنعتی که از لحاظ تنوع محدود بودند و عموماً متناسب با ویژگی‌های منطقه‌ای و محلی بروز و شیوع محدودی داشته‌اند. این مشکلات اغلب مردانه بودند و زنان یا اساساً سهمی در آن نداشتند یا سهم آنان بسیار ناچیز بود. در این دوره ارتباط فعال و جدی بین مشکلات اجتماعی وجود نداشت و بخش مهمی از علل وقوع مشکلات با گزینه صیانت نفس یا اختلال روانی قابل توضیح بودند. نسل دوم مشکلات اجتماعی؛ پس از رشد شهرنشینی و شکل‌گیری جامعه نیمه‌صنعتی - نیمه فئودالی ظهور کرد. در این مقطع زمانی شاهد گسترش فضای جغرافیایی مشکلات هستیم. در این دوره نیز مشکلات اجتماعی مختصاتی مردانه دارند، اما درعین حال پیوندهای دو یا حداکثر سه حلقه‌ای بین آن‌ها وجود دارد، به این معنا که یک مشکل عامل یا علت مشکل دیگر است. در توضیح علل وقوع این نسل از مشکلات اجتماعی در مقایسه با نسل قبلی علاوه بر علل فردی، به علل اجتماعی، مثل افزایش تحرک طبقاتی و اجتماعی نیز اشاره شده است. نسل سوم مشکلات اجتماعی؛ با تسریع رشد جامعه شهری و تغییر تعادل جمعیت روستایی و شهری به سمت تسلط زندگی شهری بر زندگی روستایی بروز و ظهور پیدا کرد. در این دوره پیوند بین مشکلات اجتماعی چند حلقه‌ای شد و شبکه پیچیده‌ای از اتصالات، میان مشکلات مختلف اجتماعی با یکدیگر به وجود آمد. مشکلات اغلب به صورت جمعی و گروهی نمودار شدند و اشکالی از بروز فرا منطقه‌ای و حتی فراملی یافتند. در همین نسل از مشکلات اجتماعی به تدریج شاهد افزایش سهم زنان از مشکلات اجتماعی هستیم. در این میان اعتیاد و مصرف مواد مخدر طول زمان اشکال پیچیده‌تر یافته است، این سه نسل را به طور متوالی پشت سر گذارد و اکنون ویژگی‌های نسل سوم از مشکلات اجتماعی را دارد. نکته حائز اهمیت آن است که کنترل و کاهش نسل اول و دوم مشکلات اجتماعی، اغلب نیازمند برنامه‌های «بخشی» و افزایش کارآمدی دستگاه‌های فعال در بخش اجتماعی بود، اما مشکلات نسل سوم تنها در چارچوب راهکارها و برنامه‌های «فرا بخشی» قابل‌پیشگیری یا کاهش‌اند، لذا راه‌حل آن‌ها نیازمند توجه به همه ابعاد مؤثر در بروز و ظهور آن‌هاست (مدنی قهفرخی، ۱۳۹۰)

با وجود ضرورت و اهمیت مشارکت اجتماعی، عملی کردن مشارکت به خصوص در زمینه معضل اعتیاد به سادگی میسر نیست. به رغم بیش از چند دهه بحث درباره مشارکت، به دلیل پیچیده بودن پدیده مشارکت و ارتباط آن با متغیرهای فراوان در عمل و در سطوح مختلف، این مبحث به خوبی به اجرا درنیامده است. در اعتیاد نیز افراد ممکن است ملاحظات خاص را برای مشارکت در نظر بگیرند. دیدگاه توسعه اجتماعی بر مشارکت جمعی مردم تأکید دارد و هدف از آن یافتن مناسب ترین مداخله برای کاستن از بار مشکل دارای اولویت (که بیشترین بار را بر جامعه تحمیل می کند) می باشد (compbill&murray,2004) محدودیت منابع ایجاب می کند که رویکرد پیشگیرانه برای مقابله با پدیده اعتیاد بکار گرفته شود (kumpfr& Alvarado, 2003).

در همین زمینه برخی چالش های برنامه های پیشگیری از اعتیاد متمرکز بر محله ناشی از سیاست های کلان می باشد که بعضی از آنها عبارت اند از: دشواری گرد هم آمدن مردم در قالب تجمعات محله ای چه به دلایل امنیتی و چه به دلایل فیزیکی (مثلاً نبودن سالن اجتماعات محلی)، تعیین دستور کار از سطح دولتی یا سازمان های غیردولتی مستمری بگیر از دولت برای سطوح محله ای، تعیین دستور کار از سازمان های بین المللی بدون توجه به انتخاب مردم محلی، دشواری های بوروکراتیک حمایت از رفتار مشارکت جویانه محلی نظیر کمک های مالی یا تشکیلاتی برای ثبت آنها، بی توجهی به تفکیک ساختارهای دولتی و غیردولتی محلی (نظیر شورایاری و سازمان های اجتماع محور) از نظر قواعد و اهداف، تسهیل شکل گیری ساختارهای محلی خدماتی به عوض ایجاد ساختارهای محلی مشارکت جویانه (و نه در کنار آنها). همچنین برخی چالش های مربوط به محیط محله می باشد و عبارت اند از: محله به شدت آسیب دیده است و امکان اقدام برای چیزی فراتر از نیازهای روزمره وجود ندارد، محله از اقوام یا گروه های متفاوت و درگیر با یکدیگر (یا حداقل بدون ارتباط) تشکیل شده است که اتحاد آنها غیرممکن است، محله تحت تسلط فروشندگان مواد یا معتادان است و برنامه پیشگیری از اعتیاد در آن بی معناست، شرایط فرهنگی به گونه ای است که درکی از مفاهیم مسئولیت اجتماعی، تغییر اجتماعی، مشارکت و امثال آن وجود ندارد، برنامه های قبلی متمرکز بر محله، شرایطی را ایجاد کرده اند که اعتماد

به این نوع برنامه‌ها از بین رفته است. دسته‌ای از چالش‌ها مربوط به زمینه‌های حاکمیتی و عمومی می‌باشد؛ این گروه موضوعاتی نظیر قوانین و مقررات مرتبط با اقدامات اجتماعی، سیاست‌های تأمین منابع، دیدگاه‌ها نسبت به توانمندسازی، سیاست‌ها و مبانی مربوط به سلامت و رفاه از جمله تمرکززدایی و نیز باورها و ارزش‌های عمومی، همچنین مؤلفه‌هایی نظیر میزان سرمایه اجتماعی، پذیرش تفاوت و عمق مشارکت را شامل می‌شود (احترامی و وطن‌پرست، ۱۳۹۳).

نتایج تحقیق نظرسنجی از سیاست‌گذاران در خصوص استفاده از مشارکت مردمی در برنامه‌های کاهش آسیب اعتیاد نشان می‌دهد؛ باوجود مقاومت‌های اولیه در برابر شروع برنامه‌های کاهش آسیب، هم‌اکنون نظر مساعدی برای گسترش آن از منظر اکثر سیاست‌گذاران وجود دارد که زمینه را برای همکاری و هماهنگی هر چه بیشتر میان آن‌ها فراهم می‌کند. نکته‌ای که در این بررسی مکرراً به آن اشاره شد، نبود زیرساخت‌های قانونی و اجرایی در سطح کلان برای این تعامل بود که رفع آن اولویت داشته و زمینه‌ساز مشارکت مردمی محسوب می‌شود. در مقوله کاهش آسیب اعتیاد، تعامل سازمان‌های کلیدی مرتبط با ستاد مبارزه با مواد مخدر خوب ذکر شد ولی ارتباطات بین سازمانی و ارتباط با سطوح پایین‌تر جامعه، به‌جز در برخی موارد زیاد قابل‌توجه نمی‌باشد، به عبارتی نیاز به آن احساس نشده و به‌جز جلسات ستاد مبارزه با مواد مخدر و یا کمیته کشوری مبارزه با اعتیاد، که در آن نمایندگان سازمان‌ها گرد هم جمع می‌شوند، سازمان‌ها در عمل ترجیح می‌دهند مستقل عمل کنند و خیلی از مشارکت یکدیگر استفاده نمی‌نمایند. مشارکت مردم در مبحث کاهش آسیب بسیار حیاتی می‌باشد. حسن مشارکت مردم در این است که چون از لحاظ جغرافیایی در همه‌جای کشور مستقرند، با به کار گرفتن آن‌ها قادر خواهیم بود در همه‌جا خدمت ارائه دهیم و این بهترین راه برای دسترسی وسیع به افراد است (خیلتاش و همکاران، ۱۳۸۸).

تحلیل وضعیت

گزارش زیر حاصل مرور گسترده، کدگذاری و تحلیل کیفی منابع مختلف علمی، اسناد و برنامه‌های مختلف در حوزه مبارزه با مواد مخدر می‌باشد که در قالب نقاط قوت، ضعف،

فرصت‌ها و تهدیدهای مرتبط به‌منظور اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر موردبررسی قرار گرفته است.

قوت‌ها

- ۱- توجه به رویکرد صیانت و حمایت از گروه‌های آسیب‌دیده
- ۲- وجود فتوای مبنی بر تحریم مصرف مواد
- ۳- تصویب سیاست‌های کلان مبارزه با مواد مخدر و سایر سیاست‌های کلان نظام در حوزه مشارکت اجتماعی

- ۴- درک ضرورت رویکرد اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر بین مسئولین
- ۵- گسترش سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع‌محور
- ۶- برخورداری از نظام مردم‌سالاری دینی و زیرساخت‌های اجتماعی
- ۷- توجه به پژوهش و تولید دانش در حوزه‌های مختلف اعتیاد
- ۸- تلاش برای گفتمان‌سازی اجتماعی از طریق برگزاری نشست‌های علمی و

گردهمایی‌ها

- ۹- توجه به نقش گروه‌های مرجع و سفیران اجتماعی در مبارزه با اعتیاد
- ۱۰- وجود کمیته تخصصی توسعه مشارکت‌های مردمی
- ۱۱- مساعدت‌های مالی ستاد مبارزه با مواد مخدر و سایر دستگاه‌ها به‌منظور مهار اعتیاد
- ۱۲- واگذاری و اجرای پروژه‌های اجتماعی

ضعف‌ها

- ۱- ضعف کنترل اجتماعی رسمی و غیررسمی
- ۲- کم‌توجهی به شناسایی و رصد عوامل خطر و محافظ اجتماعی اعتیاد

- ۳- کمبود شبکه‌ها و اعتماد بین افراد و نهادها
- ۴- عدم توجه به مستندسازی تجارب سازمان‌های مردم‌نهاد و الگوهای موفق
- ۵- کم‌توجهی به نقش سازمان‌های مردم‌نهاد در تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی
- ۶- بروکراسی و دشواری اقدامات اجتماعی
- ۷- کم‌توجهی به نشاط اجتماعی و برنامه‌های اوقات فراغت سالم
- ۸- کم‌توجهی به تقسیم‌کار اجتماعی و مسئولیت‌ها
- ۹- کم‌توجهی به اقدامات جمعی و کار گروهی
- ۱۰- ضعف در جلب مشارکت‌های مردمی
- ۱۱- ضعف در برگزار رویدادهای اجتماعی
- ۱۲- کم‌توجهی به نوآوری و ابتکارات جامعه مدنی
- ۱۳- کم‌توجهی به ظرفیت‌های اجتماعی بخش خصوصی
- ۱۴- کم‌توجهی به ظرفیت‌های دینی و مذهبی
- ۱۵- کم‌توجهی به نقش گروه‌های مختلف اجتماعی
- ۱۶- کمبود دانش و مهارت برای برنامه‌ریزی و مداخلات اجتماعی
- ۱۷- فقدان وجود ساختارهای مناسب مشارکتی برای همکاری و مشارکت افراد و گروه‌های مختلف اجتماعی
- ۱۸- تعدد دستگاه‌های مسئول و ضعف هماهنگی دستگاه‌ها
- ۱۹- ضعف شناسایی گروه‌های آسیب‌دیده یا در معرض آسیب اعتیاد
- ۲۰- ضعف برنامه‌ها و الگوهای توانمندسازی

- ۲۱- کم توجهی به منزلت و جایگاه اجتماعی سازمان‌های مردم‌نهاد و داوطلب
- ۲۲- ضعف برنامه‌های حمایت و مراقبت اجتماعی
- ۲۳- عدم باور به گفتمان اجتماعی شدن در سایر دستگاه‌های عضو ستاد
- ۲۴- رقیب دانستن سازمان‌های مردم‌نهاد از سوی دستگاه‌های دولتی
- ۲۵- عدم شبکه‌سازی فعالیت‌های اجتماعی
- ۲۶- عدم باور به فعالیت‌های صنفی و مطالبه‌گری سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع‌محور
- ۲۷- نگاه شبه امنیتی به سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع‌محور

فرصت‌ها

- ۱- فرهنگ و هویت غنی دینی و ملی
- ۲- امکان بهره‌گیری از شبکه‌های اجتماعی و فضای مجازی
- ۳- استقبال و حمایت خیرین از برنامه‌های اعتیاد
- ۴- حساسیت بالای افکار عمومی نسبت به مصرف مواد و اعتیاد
- ۵- حساسیت مسئولین و مدیران کلان کشور نسبت به مسئله اعتیاد
- ۶- تقویت گفتمان اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر
- ۷- فعالیت برخی سازمان‌ها و نهادهای عمومی و غیردولتی مرتبط با اعتیاد و مشکلات

اجتماعی

- ۸- امکان بهره‌گیری از ظرفیت‌های دینی و مذهبی
- ۹- امکان بهره‌گیری از تجارب و انتقال دانش سازمان‌های مردم‌نهاد
- ۱۰- امکان شبکه‌سازی سازمان‌های مردم‌نهاد و تعمیق فعالیت‌های مشارکتی
- ۱۱- امکان بهره‌گیری از ظرفیت هنر، فرهنگ، رسانه در گفتمان سازی و افزایش احساس مسئولیت اجتماعی

۱۲- امکان بهره‌گیری از نخبگان و گروه‌های مرجع در اشاعه فرهنگ مشارکت

تهدیدها

- ۱- تمرکزگرایی در تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی از بالا به پایین
- ۲- تغییر الگوی مصرف مواد در جامعه
- ۳- نارسایی قوانین و مقررات مرتبط با اقدامات اجتماعی
- ۴- عدم استقبال از مسئولیت اجتماعی
- ۵- فقدان نظارت‌های نهادی شده اجتماعی
- ۶- کمبود سرمایه‌ی اجتماعی در جامعه به طور عام و در محیط‌های پرخطر به طور

خاص

- ۷- کمبود اقدامات و فعالیت‌های رسانه‌ای
- ۸- عدم انسجام و نابسامانی فعالیت سازمان‌های مردم‌نهاد
- ۹- نارسایی در سازمان‌دهی اجتماعی ظرفیت‌های جامعه
- ۱۰- وجود موانع در برابر تأسیس، فعالیت و مشارکت سازمان‌های غیردولتی
- ۱۱- کم‌توجهی به نقش عوامل کلان اقتصادی-اجتماعی
- ۱۲- تهدیدات ناشی از فضای مجازی
- ۱۳- کمبود خدمات تخصصی هماهنگ با نیازهای زنان و کودکان
- ۱۴- کم‌توجهی به بهزیستی کودکان آسیب‌دیده و در معرض آسیب
- ۱۵- کمبود پوشش مداخلات در محیط‌های کار و به‌ویژه محیط‌های نظامی
- ۱۶- کم‌توجهی به حمایت و صیانت از خانواده‌های زندانیان مواد مخدر
- ۱۷- خلأهای قانونی به‌منظور تحقق اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر

فصل سوم :

تعیین ماهیت و مؤلفه‌های
اصلی

اجتماعی شدن مبارزه با
مواد مخدر

فرآیند تعیین ماهیت و مؤلفه‌های اصلی اجتماعی شدن و صورت‌بندی رویکردها بر اساس روش‌شناسی تعیین‌شده، مرحله اول تدوین سند شامل تعیین ماهیت اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر می‌باشد. تعیین ماهیت از طریق اخذ نظرات و دیدگاه‌های گروه صاحب‌نظران صورت گرفت. هدف از تعیین ماهیت؛ مشخص شدن ابعاد و مؤلفه‌ها و صورت‌بندی رویکردهای (جهت‌گیری‌ها) اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر می‌باشد، تا ضمن بهره‌گیری از تنوع و تعدد نظرات متخصصان رشته‌های مختلف، فرآیند تعیین ماهیت و جهت‌گیری‌های اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر برآیندی از هم‌سویی و همگرایی دیدگاه‌ها و نظرات متخصصین باشد.

برای رسیدن به تعیین ماهیت اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر راه‌های مختلفی وجود دارد که در این سند از میان آن‌ها، اتکا به نظر متخصصین برگزیده‌شده است. از سوی دیگر تعدد و تنوع نظرات تخصصی از رشته‌های مختلفی نظیر (جامعه‌شناسی، مددکاری اجتماعی، پزشکی اجتماعی، روان‌شناسی و روان‌پزشکی، مدیریت و...) اقتضاء می‌کرد که اجماعی میان آن‌ها به دست آید. از این رو بی‌نامی^۱ و رو درو قرار نگرفتن شرکت‌کنندگان در مرحله تعیین ماهیت و مشخص شدن ابعاد و مؤلفه‌ها، نخستین و مهم‌ترین معیار بود تا

۱ - Anonymity

تأثیرات فردی و انواع سوگیری‌ها به کمترین میزان تقلیل یابد. ازاین‌رو در مطالعه حاضر روش نظرخواهی از طریق پرسشنامه به‌عنوان ابزار تعیین ماهیت انتخاب گردید.

بر این اساس فرآیند تعیین ماهیت ابتدا از طریق مرور گسترده بر مطالعات موجود داخلی و خارجی و اسناد فرادست در زمینه مؤلفه‌های اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر صورت گرفت که بر اساس آن مؤلفه‌های اولیه و پیشنهادی استخراج گردید. سپس جهت اخذ نظرات و دیدگاه‌های صاحب‌نظران در خصوص مؤلفه‌های پیشنهادی و اولیه و همچنین کشف مؤلفه‌های جدید، از طریق پرسشنامه‌ای نظرات ۲۲ نفر از صاحب‌نظران در دو مرحله (مرحله اول؛ تعیین ابعاد و مؤلفه‌های اصلی اجتماعی شدن و مرحله دوم؛ تعیین زیر مؤلفه‌ها و بیانگرهای اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر) اخذ گردید.

تشکیل گروه صاحب‌نظران به‌منظور تعیین مؤلفه‌های اصلی اجتماعی شدن

در این مرحله به‌منظور تعیین ماهیت و مؤلفه‌های اصلی اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر گروه صاحب‌نظران تشکیل و از آن‌ها نظرخواهی شد. گروه صاحب‌نظران از میان افراد متخصص و باتجربه در حوزه‌های مرتبط با اعتیاد و مبارزه با مواد مخدر انتخاب شدند. بدین منظور فهرستی از حوزه‌های اعتیاد و مبارزه با مواد مخدر تهیه و سپس برای هر حوزه کاندیداهایی معرفی و در نهایت ۲۲ نفر به‌عنوان گروه صاحب‌نظر تشکیل شد.

جدول ۱- خلاصه مشخصات گروه صاحب‌نظران

جنسیت		تعداد	تخصص
زن	مرد		
۲	۳	۵	جامعه‌شناسی

۱	۱	۲	مددکاری اجتماعی
۱	۱	۲	پزشکی اجتماعی
۲	۳	۵	روان پزشکی
۱	۲	۳	روان شناسی
۱	۱	۲	مدیریت
-	۱	۱	ارتباطات
-	۱	۱	حقوق و جرم شناسی
-	۱	۱	اقتصاددان
۸	۱۴	۲۲	جمع

ابزار و فرآیند جمع آوری اطلاعات

ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته ای بود که باهدف نظرخواهی در مورد «تعیین مؤلفه های اصلی اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر» طراحی شد. در این مرحله فهرستی از مؤلفه ها که از طریق مرور گسترده منابع (اسناد بالادستی، پژوهش ها، کتاب ها و سایر داده های ثانویه) به دست آمده بود به عنوان مؤلفه های اولیه اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر استخراج گردید، این مؤلفه ها عبارت بودند از:

- ۱- تعیین کننده های اجتماعی اعتیاد،
- ۲- ظرفیت افزایی،
- ۳- سازمان یابی اجتماعی،
- ۴- سرمایه اجتماعی،
- ۵- سلامت اجتماعی،
- ۶- فعالیت های رسانه ای،
- ۷- مسئولیت پذیری و پاسخگویی اجتماعی،

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| ۸- مشارکت اجتماعی، | ۱۶- پیشگیری وضعی، |
| ۹- گروه‌های آسیب‌پذیر یا درخطر، | ۱۷- آنومی، |
| ۱۰- گروه‌های مرجع، | ۱۸- برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد، |
| ۱۱- اقتدار افزایی (توانمندسازی)، | ۱۹- نشاط اجتماعی، |
| ۱۲- سازمان‌های مردم‌نهاد و | ۲۰- بومی‌سازی برنامه‌ها، |
| اجتماع‌محور، | ۲۱- پیشگیری از عود، |
| ۱۳- شبکه‌های اجتماعی، | ۲۲- زمامداری مطلوب، |
| ۱۴- محیط‌های اجتماعی، | ۲۳- تعلق اجتماعی، |
| ۱۵- حمایت اجتماعی، | ۲۴- ارزشیابی. |

برای این منظور در ابتدا پرسشنامه مذکور جهت اظهارنظر به اعضای شورای راهبری تدوین سند ارسال گردید و پس از جمع‌بندی دیدگاه‌ها پرسشنامه مذکور اصلاح و تکمیل گردید.

در مرحله بعد پرسشنامه برای گروه صاحب‌نظران ارسال گردید و از متخصصین و صاحب‌نظران خواسته شد تا در مورد «میزان مناسب بودن مؤلفه‌ها» نظر دهند. به‌منظور نظرخواهی میزان مناسب بودن مؤلفه‌ها بر اساس طیفی از گزینه‌های (مؤلفه مناسبی نمی‌باشد، خیلی کم، کم، تا حدودی، زیاد و خیلی زیاد) در نظر گرفته شدند. همچنین از آن‌ها خواسته شد تا استدلال و توضیحات خود را در مورد هر یک از مؤلفه‌های اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر ارائه دهند و در صورت نیاز به تغییر مؤلفه‌ها با عنوان مناسب‌تر نظرات خود را مطرح نمایند. همچنین از آن‌ها خواسته شد مؤلفه‌های دیگری که مدنظر

آن‌هاست و در فهرست مؤلفه‌ها دیده نمی‌شود به‌عنوان «مؤلفه‌های جدید و پیشنهادی» به فهرست مشخص‌شده اضافه کنند.

نتایج مربوط به مرحله اول نظرخواهی از گروه صاحب‌نظران بعد از بازگشت پرسشنامه‌ها، نتایج مرحله اول تحلیل شد. جهت سنجش نظرات متخصصین در خصوص هر یک از مؤلفه‌ها به «میزان مناسب بودن مؤلفه» اعداد صفر تا ۵ (از «شاخص مناسبی نیست» تا «خیلی زیاد») تعلق گرفت، به‌این‌ترتیب میانگین، میانه، نما و انحراف معیار نمرات با استفاده از نرم‌افزار SPSS محاسبه شد.

استخراج مؤلفه‌های جدید اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر بر اساس نظرات گروه صاحب‌نظران اعضای گروه صاحب‌نظران مؤلفه‌های متعددی را به‌عنوان «مؤلفه‌های پیشنهادی جدید» مطرح کردند. این مؤلفه‌های جدید و پیشنهادی در پرسشنامه مرحله دوم لحاظ و جهت اظهارنظر به گروه صاحب‌نظران ارسال گردید؛

- | | |
|------------------------|---------------------------|
| ۱- تسهیلگری اجتماعی، | ۹- بسیج اجتماعی، |
| ۲- مدیریت اجتماعی، | ۱۰- اعتماد اجتماعی، |
| ۳- آینده‌نگری اجتماعی، | ۱۱- فتاوی دینی، |
| ۴- مهارت‌های اجتماعی، | ۱۲- عدالت اجتماعی، |
| ۵- انسجام اجتماعی، | ۱۳- تخصصی شدن مأموریت‌ها، |
| ۶- مدارای اجتماعی، | ۱۴- اشتغال‌زایی، |
| ۷- انطباق اجتماعی، | ۱۵- مدیریت شهری، |
| ۸- جنبش اجتماعی، | ۱۶- مدیریت مصرف، |

- ۱۷- امکان نظامی و انتظامی،
- ۱۸- عوامل خطر و محافظ،
- ۱۹- وفاق و همگرایی اجتماعی،
- ۲۰- رفاه اجتماعی،
- ۲۱- برنامه‌ریزی اوقات فراغت،
- ۲۲- ترویج رفتارهای اجتماعی مطلوب.

همپوشانی‌ها و تجمیع مؤلفه‌ها در پایان بر اساس مؤلفه‌های پیشنهادی و جدید، در نظر گرفتن همپوشانی‌ها و تجمیع مؤلفه‌ها پرسشنامه مؤلفه‌های اصلی اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر و زیرمؤلفه‌های مرتبط با آن استخراج گردید و به منظور اظهار نظر برای بار دوم به گروه صاحب نظران ارسال شد (جدول شماره ۳).

صورت‌بندی رویکردها در تعیین ماهیت‌های اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر پس از جمع‌بندی و تلخیص مفهومی نتایج مرحله اول و دوم تعیین مؤلفه‌های اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر بر اساس دیدگاه صاحب نظران استخراج گردید و بر اساس آن ابتدا ماهیت اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر و سپس صورت‌بندی رویکردهای اجتماعی شدن مشخص گردید و مبنایی برای تهیه و تدوین پیش‌نویس اولیه سند گردد. بر این اساس اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر عبارت است از:

فرآیند نهادینه شدن مشارکت و مسئولیت‌پذیری اجتماعی و فراگیر و همگانی شدن آن به منظور اثرگذاری و ایفای نقش جامعه در کنترل اعتیاد.

همچنین متناظر با تعیین ماهیت و مؤلفه‌های مورد اجماع گروه صاحب نظران سه رویکرد به عنوان جهت‌گیری‌های تدوین سند مشخص گردید:

رویکرد اول: تمرکز بر مشارکت و نقش جامعه و فراگیر و همگانی شدن آن جهت کنترل اعتیاد

رویکرد دوم: سبب‌شناسی و شناخت تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتیاد (عوامل خطر و محافظ اجتماعی اعتیاد)

رویکرد سوم: سیاستگذاری اجتماعی به منظور مداخله و کاهش علل و عوامل اجتماعی اعتیاد

جدول ۲- تلخیص ابعاد و مؤلفه‌های اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر بر اساس صورت‌بندی رویکردها

رویکردها	ابعاد	بیانگرها
مشارکت اجتماعی	ظرفیت‌سازی و سازمان‌دهی اجتماعی	طرح‌ریزی ساختارهای مشارکتی - مسئولیت‌پذیری اجتماعی و تقسیم‌کار اجتماعی - تسهیلگری اجتماعی - بسیج منابع - گروه‌ها و سازمان‌های اجتماعی ذینفع (سازمان‌های مردم‌نهاد (NGOs) - سازمان‌های اجتماع‌محور (CBOs) - گروه‌های مرجع (مراجع تقلید، نمایندگان مجلس، احزاب، هنرمندان، ورزشکاران، اساتید دانشگاه و نخبگان جامعه، روحانیون و ائمه جمعه، خیرین و...) - گروه‌های آسیب‌پذیر - گروه‌های همسالان - سایر سازمان‌های اجتماعی (اتحادیه‌ها و اصناف - انجمن‌ها و هیئت‌ها، کانون‌ها، باشگاه‌ها، شرکت‌ها، بنگاه‌ها، تعاونی‌ها و...) - بومی‌سازی برنامه‌ها - برنامه‌ریزی مشارکتی اجتماع‌محور و مبتنی بر شواهد
	فعالیت‌های رسانه‌ای	حمایت رسانه‌ای (تلویزیون، رادیو، اینترنت، رسانه‌های اجتماعی، فیلم، مجله، روزنامه، تئاتر، رسانه‌های محلی، رسانه‌های اجتماعی) - پیام‌رسانی سلامت - متقاعدسازی - مطالبه‌گری اجتماعی
	توانمندسازی	ارتقاء دانش، مهارت‌ها، انگیزه و توانایی - آموزش مهارت‌های اجتماعی - توانمندسازی سازمان‌های اجتماعی و مردم‌نهاد - توانمندسازی گروه‌های آسیب‌پذیر
	سرمایه اجتماعی	اعتماد اجتماعی - تعلق اجتماعی - انسجام

اجتماعی - شبکه‌سازی - وفاق اجتماعی - کنش جمعی - خیر جمعی - رضایت -		تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتیاد (عوامل خطر و محافظ اجتماعی)
جامعه سالم - ترویج رفتارهای جامعه پسند - امید اجتماعی - نشاط اجتماعی -	سلامت اجتماعی	
آسیب‌های اجتماعی - تغییرات اجتماعی - نظم اجتماعی -	بی‌هنجاری (آنومی)	
فقر و نابرابری - سبک زندگی - اشتغال - سال‌های اولیه زندگی	سایر عوامل خطر و محافظ اجتماعی	
پاسخگویی اجتماعی - تضمین مشارکت اجتماعی - فراهم‌سازی امکان مداخله - ارتباط با گروه‌های اجتماعی	زماداری مطلوب	سیاست‌گذاری اجتماعی
پوشش حمایت اجتماعی (از دانش آموزان، خانواده‌ها و گروه‌های آسیب‌پذیر از اعتیاد) - پوشش‌های حمایت از درمان و کاهش آسیب اعتیاد - محافظت اجتماعی از کودکان و نوجوانان - بهزیستی کودکان -	صیانت و حمایت اجتماعی	
هزینه‌های اجتماعی دولت در امور پیشگیری - پوشش بیمه‌های درمان اعتیاد - حمایت از اشتغال معتادان بهبودیافته، کمک به تأمین مسکن، معیشت، درمان و بهداشت معتادان و خانواده آنان.	رفاه اجتماعی	
مدیریت یکپارچه خدمات اجتماعی اعتیاد - هم‌گرایی و هم‌افزایی ستادی و اجرایی	مدیریت اعتیاد	
ارزشیابی	ارزشیابی	

بیانیه ارزش‌ها و اصول اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر
گزاره‌های ارزشی مندرج در منشور ارزش‌ها، بایدها و نبایدهایی اساسی است که لازم است تمام اجزا و مؤلفه‌های سند حاضر هماهنگ با آن‌ها بوده و همه‌ی سیاست‌گذاران و کارگزاران اجرای برنامه ملتزم و پایبند به آن‌ها باشند. این اصول و ارزش‌ها حاصل فرآیند تعیین ماهیت، ابعاد و مؤلفه‌های اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر و با الهام از دیدگاه صاحب‌نظران تدوین شده است و عبارت‌اند از:

۱- اصل تعاون اجتماعی و کار جمعی

۲- اصل گفت‌وگو سازی اجتماعی

۳- اصل عوامل خطر و محافظ اجتماعی

۴- اصل مراقبت اجتماعی

۵- اصل حمایت اجتماعی

۶- اصل مسئولیت‌پذیری اجتماعی

۷- اصل سازمان‌یادگیرنده

۸- اصل تاب‌آوری اجتماعی

۹- اصل اقتدار افزایی

۱۰- اصل اعتماد اجتماعی

۱۱- اصل نظارت نهادی شده اجتماعی

۱۲- اصل سلامت اجتماعی

۱۳- اصل پاسخگویی اجتماعی

۱۴- اصل مشارکت اجتماعی

۱۵- اصل تعامل مؤثر

۱۶- اصل سرمایه اجتماعی

۱۷- اصل کنترل اجتماعی غیررسمی

۱۸- اصل سازمان‌یابی اجتماعی

۱۹- اصل حمایت‌یابی

۲۰- اصل بازار‌یابی اجتماعی

فصل چهارم:

اهداف، راهبردها و سیاستها

اهداف:

اهداف اصلی:

- سیاست‌گذاری و تدوین راهبردها و برنامه‌های مؤثر به‌منظور اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر
- تقسیم‌کار ملی در راستای کاربرست سیاست‌ها و برنامه‌های اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر

اهداف فرعی:

- همگرایی و هماهنگی در سیاست‌ها و برنامه‌ریزی‌ها در راستای اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر
- فراگیری، نهادینه‌سازی و تقویت هم‌افزایی مشارکت‌های مدنی
- ارتقای حمایت و مراقب‌های اجتماعی در کلیه سطوح پیشگیری از اعتیاد
- کنترل اجتماعی غیررسمی اعتیاد از طریق کاهش عوامل خطر اجتماعی و تقویت عوامل محافظت‌کننده اجتماعی اعتیاد

سیاست‌ها

سیاست اول:

استفاده از کلیه ظرفیت‌های جامعه و تعامل فعال با آن‌ها

سیاست دوم:

فراهم‌سازی امکان گفتمان سازی اجتماعی به منظور فعال شدن عرصه عمومی، ایجاد آگاهی اجتماعی و اشاعه فرهنگ مشارکت و مسئولیت‌پذیری.

سیاست سوم:

فراهم‌سازی امکان ساختاری مشارکت فراگیر از طریق اقدامات جمعی و اجتماع‌محور و متناسب با ظرفیت‌های جامعه

سیاست چهارم:

تقویت نظارت نهادی شده اجتماعی با بهره‌گیری از ظرفیت خانواده‌ها، رسانه‌های محلی و جامعه مدنی

سیاست پنجم:

پاسخگویی اجتماعی دستگاه‌ها نسبت به حمایت‌یابی و کاهش عوامل خطر اجتماعی و تقویت عوامل اجتماعی محافظت‌کننده اعتیاد

سیاست ششم:

فراهم‌سازی و تسهیل مشارکت بخش خصوصی در قالب مسئولیت اجتماعی شرکت‌ها

سیاست هفتم:

تقویت و توسعه حمایت و مراقبت‌های اجتماعی در همه سطوح پیشگیری از اعتیاد

سیاست هشتم:

تقویت و توسعه فعالیت‌های جمعی با هدف هویت بخشی به ارزش‌های جمعی، ایجاد تعهدات جمعی، شکل‌گیری اتحادهای حمایتی و ائتلاف‌های اجتماعی بازدارنده از اعتیاد

سیاست نهم:

سازمان‌یابی اجتماعی و توسعه سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع‌محور

سیاست دهم:

اولویت راهبرد پیشگیری بر سایر راهبردهای مبارزه با اعتیاد
در برنامه بودجه

سیاست یازدهم:

تأمین بسترهای حقوقی، قانونی، پشتیبانی و حمایتی لازم در
راستای اجتماعی شدن مبارزه با مخدر.

راهبردها

راهبرد اول:

گسترش و نهادینه سازی مشارکت و مسئولیت پذیری اجتماعی

(متناظر با سیاست های ۱، ۲، ۳، ۵، ۶، ۸، ۹، ۱۱)

راهبرد دوم:

حمایت یابی و توسعه برنامه های مراقبت و حمایت های
اجتماعی

(متناظر با سیاست های ۱، ۲، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱)

راهبرد سوم:

تقویت محیط های اجتماعی سالم، محافظ اجتماعی و
بازدارنده از اعتیاد

(متناظر با سیاست های ۴، ۵، ۷، ۱۰، ۱۱)

راهبرد چهارم

ارتقای سرمایه اجتماعی و اقتدار افزایی سازمان‌های

مردم‌نهاد و اجتماع‌محور

(متناظر با سیاست‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۸، ۹، ۱۰ و ۱۱)

فصل پنجم : برنامه‌های ملی و پروژه‌ها

برنامه ملی اول: گفتمان سازی اجتماعی پروژه های برنامه ملی اول

۱- تشکیل دبیرخانه گفتمان سازی اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر و

تدوین شیوه نامه و دستورالعمل اجرایی گفتمان سازی، تصویب و ابلاغ آن

۲- طراحی فرآیند علمی و ساختار معرفتی گفتمان سازی اجتماعی بر

اساس بیانیه ارزش ها و اصول اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر

۳- حمایت یابی و جلب مشارکت (اندیشمندان، گروه های مرجع، خیرین

واقفین، اصحاب فرهنگ، هنر و رسانه، جامعه مدنی، بخش خصوصی)

به منظور ترویج و اشاعه مشارکت

۴- تولید آثار و محصولات علمی، فرهنگی، هنری و رسانه ای به منظور

تشویق فعالیت های داوطلبانه در فرهنگ عمومی جامعه

۵- برگزاری رویدادهای علمی، فرهنگی، هنری و رسانه ای به منظور بحث

در زمینه مواد، اعتیاد و به ویژه سیاست ها و برنامه های مبارزه با مواد

مخدر

۶- آزادسازی جریان داده و اطلاعات در زمینه مواد و اعتیاد

۷- گزارش گیری و ارزیابی تأثیرات اجتماعی برنامه های گفتمان سازی

اجتماعی

برنامه ملی دوم : ارتقای ظرفیت‌های مشارکتی جامعه

پروژه‌های برنامه ملی دوم

۱- تعامل مؤثر با اقشار و بخش‌های مختلف جامعه به منظور حمایت یابی

و فعال‌سازی ظرفیت‌های جامعه

۲- ارتقا و توسعه ساختارهای مشارکتی اجتماع محور در محیط‌های

اجتماعی مختلف (خانواده‌مدار، مدرسه‌مدار، دانشگاه محور، محله

محور، متمرکز بر محیط‌های کار و فعالیت و...)

۳- بهره‌گیری از ظرفیت‌های وقف، انفاق و نذورات مردمی در برنامه‌های

کاهش تقاضای مواد

۴- توسعه مشارکت‌های خیرین در برنامه‌های کاهش تقاضای مواد

برنامه ملی سوم: حمایت یابی و تقویت محیط‌های اجتماعی سالم پروژه‌های برنامه ملی سوم

۱- مطالعات سبب‌شناختی عوامل خطر اجتماعی و عوامل محافظت‌کننده

اجتماعی اعتیاد به تفکیک محیط‌های اجتماعی هدف (محل‌ها، محیط‌های

آموزشی، محیط‌های کار و خانواده)

۲- طراحی مداخلات مؤثر بر اساس نتایج سبب‌شناسی عوامل خطر و

محافظ اجتماعی به تفکیک محیط‌های اجتماعی هدف

۳- تقسیم کار اجتماعی از طریق تعیین نقش و مسئولیت دستگاه‌ها در کاهش

عوامل خطر اجتماعی و تقویت عوامل محافظت‌کننده اجتماعی اعتیاد

۴- حمایت یابی دستگاه‌های مسئول در کاهش عوامل خطر اجتماعی و

تقویت عوامل محافظت‌کننده اجتماعی اعتیاد

۵- ارزیابی عملکرد دستگاه‌های مسئول به منظور کاهش عوامل خطر و

تقویت عوامل محافظ اجتماعی اعتیاد

۶- تدوین و اجرای برنامه جامع غنی‌سازی اوقات فراغت، تفریحات سالم

و نشاط اجتماعی در محیط‌های اجتماعی هدف

۷- توسعه برنامه‌های تاب‌آوری اجتماعی و اتخاذ راهکارهای تقویت مدارا و سازگاری اجتماعی به‌ویژه در محیط‌ها و گروه‌های آسیب‌دیده و در معرض خطر

۸- ارزیابی آسیب‌های اجتماعی حاصل از اعتیاد در محیط‌های اجتماعی هدف

۹- ارزیابی هزینه اثربخشی برنامه‌های اجراشده تاب‌آوری اجتماعی و نشاط اجتماعی

برنامه ملی چهارم: ارتقای مسئولیت‌پذیری اجتماعی بخش خصوصی پروژه‌های برنامه ملی چهارم

۱- ظرفیت‌سازی و مشارکت مؤسسات و شرکت‌های بخش خصوصی در برنامه‌های اجتماعی شدن مبارزه با مواد

۲- اقتدار افزایی و ارتقاء دانش و مهارت‌های اجتماعی کارکنان مؤسسات و شرکت‌های خصوصی

۳- تشویق و حمایت از مؤسسات و شرکت‌های خصوصی مسئولیت‌پذیر در زمینه مبارزه با اعتیاد(ارتقا سلامت، پیشگیری، درمان، بازتوانی و کاهش آسیب)

۴- حمایت یابی مؤسسات و شرکت‌های خصوصی از خانواده‌ها و گروه‌های آسیب‌دیده و در معرض آسیب اعتیاد

برنامه ملی پنجم: اقتدار افزایی و تقویت هم افزایی سازمان های مردم نهاد

پروژه های برنامه ملی پنجم

۱- شبکه سازی سازمان های مردم نهاد و اجتماع محور با استفاده از الگوی

سازمان یادگیرنده^۱

۲- بازاریابی اجتماعی در راستای گسترش و تقویت سازمان های مردم نهاد

۳- حمایت یابی و ظرفیت سازی به منظور توسعه سازمان های مردم نهاد

۴- تسهیل فرآیندهای شکل گیری، ثبت و صدور مجوز و فعالیت های سازمان های

مردم نهاد و اجتماع محور

۵- انتشار مجله علمی و ترویجی (ویژه سازمان های مردم نهاد) به منظور مستندسازی

تجارب و انتقال دانش در برنامه های مشارکتی

۶- تشکیل سامانه اطلاعات مدیریتی (MIS) سازمان های مردم نهاد و اجتماع محور

برنامه ملی ششم : حمایت یابی رسانه پروژه های برنامه ملی ششم

۱- تولید محتوای رسانه ای روزآمد و متناسب با گروه های مخاطب

^۱ - learning organization

۲- نهادسازی، حمایت یابی و توسعه رسانه‌های محلی مروج سلامت و توسعه

محلی

۳- ترویج مدارای اجتماعی باهدف کاهش آسیب‌های اجتماعی

۴- تسهیلگری اجتماعی به‌منظور ترغیب و تشویق زمینه‌های حضور و مشارکت

مردم

۵- حمایت یابی و توسعه شبکه‌های مجازی محافظ و بازدارنده از اعتیاد

۶- تشکیل گروه مرجع رسانه‌ای به‌منظور رصد و پایش محتوای رسانه‌ای در فضای

مجازی

۷- نظارت بر شبکه‌های مجازی و پالایش فضاهاى مجازى پرخطر

برنامه ملی هفتم:

طراحی و استقرار نظام جامع حمایت و مراقبت

اجتماعی در هر سه سطح پیشگیری از اعتیاد

پروژه‌های برنامه ملی هفتم

۱- ایجاد نظام جامع ارجاع به‌منظور حمایت و مراقبت اجتماعی از افراد و گروه‌های

آسیب‌دیده و در معرض آسیب اعتیاد

۲- شناسایی و ارجاع افراد و گروه‌های آسیب‌دیده و درخطر

- ۳- توسعه برنامه‌های پیشگیری از آسیب کودکان، جوانان و خانواده‌هایی که تحت تأثیر سوءمصرف مواد مخدر قرار دارند
- ۴- توسعه برنامه جامع حمایت و مراقبت اجتماعی از کودکان و نوجوانان آسیب‌دیده و در معرض آسیب اعتیاد
- ۵- توسعه حمایت و مراقبت‌های اجتماعی بعد از خروج معتادان بهبودیافته و بازپیوند مجدد آنان به جامعه
- ۶- توسعه حمایت و مراقبت اجتماعی از زنان معتاد و در معرض آسیب اعتیاد
- ۷- حمایت اجتماعی از خانواده‌های زندانیان مواد مخدر و درمان اجباری
- ۸- افزایش پوشش بیمه‌های درمان اعتیاد
- ۹- آمادگی سازی و ارتقای مهارت‌های شغلی معتادان بهبودیافته
- ۱۰- طراحی شیوه‌های تأمین مالی خرد در ایجاد اشتغال و بازتوانی معتادان بهبودیافته
- ۱۱- حمایت از کارآفرینی معتادان بهبودیافته و خانواده‌های آسیب‌پذیر
- ۱۲- تقویت و توسعه سازمان‌های مردم‌نهاد حوزه اشتغال و بازتوانی
- ۱۳- حمایت‌گیری، آموزش و ترویج ابتکار و خلاقیت‌های کارآفرینی در برنامه‌های اشتغال و بازتوانی
- ۱۴- بهره‌گیری از ظرفیت خیرین واقفین در اشتغال‌زایی معتادین بهبودیافته و حمایت گروه‌های آسیب‌پذیر

۱۵- تأسیس انجمن‌های خیریه مردمی به منظور حمایت از گروه‌های آسیب‌دیده و در معرض آسیب اعتیاد

برنامه ملی هشتم: روزآمدسازی و تقویت الزامات قانونی- حقوقی پروژه‌های برنامه‌های ملی هشتم

۱- تدوین لوایح قانونی مورد نیاز اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر

۲- بازبینی و اصلاح قوانین موجود و مورد نیاز

۳- ارزیابی قوانین مواد مخدر به منظور روزآمدسازی قوانین

۴- ارزیابی ارتباط جرایم مواد مخدر با سایر آسیب‌های اجتماعی در جامعه

فصل ششم :

تقسیم کار ملی پروژه ها

جدول شماره ۳: تقسیم کار ملی پروژه های برنامه ملی اول							
ردیف	پروژه	مدیریت تدوین پروژه		اجرای پروژه			
				دستگاه دولتی		نهادهای مدنی و خصوصی	
		مسئول	مشارکت کننده	نام	سهم	نام	سهم
۱	تشکیل دبیرخانه گفتمان سازی اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر و تدوین شیوه نامه و دستورالعمل اجرایی گفتمان سازی، تصویب و ابلاغ آن	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	کلیه دستگاه های عضو و مرتبط با ستاد، سمن ها	دفاتر تخصصی ستاد مبارزه و سازمان بهزیستی کشور و ظرفیت سایر دستگاه های دولتی	۵۰	انجمن های علمی، سازمان های مردم نهاد و اجتماع محور	۵۰
۲	طراحی فرآیند علمی و ساختار معرفتی گفتمان سازی اجتماعی بر اساس بیانیه ارزش ها و اصول اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	کلیه دستگاه های عضو و مرتبط با ستاد	دانشگاه ها و مراکز تحقیقاتی	۵۰	انجمن های علمی، مراکز تحقیقاتی و پژوهشگران	۵۰
۳	حمایت یابی و جلب مشارکت (اندیشمندان، گروه های مرجع، خیرین و واقفین، اصحاب فرهنگ، هنر و رسانه، جامعه مدنی، بخش خصوصی) به منظور ترویج و اشاعه مشارکت	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، صداوسیما، دانشگاه ها، حوزه های علمیه، سازمان بهزیستی، کمیته امداد امام خمینی، اوقاف و امور خیریه، سمن ها، وزارت ورزش و جوانان	صداوسیما، وزارت آموزش و پرورش، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، وزارت بهداشت، دانشگاه ها، حوزه های علمیه، سازمان تبلیغات اسلامی، شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر، سازمان بهزیستی، وزارت ورزش و جوانان	۶۰	انجمن های علمی و پژوهشگران، سازمان های مردم نهاد و اجتماع محور، شورای شهر و روستا، خیرین و واقفین، بسیج و هیئت های مذهبی، کانون های فرهنگی و هنری	۴۰
۴	تولید آثار و محصولات علمی، فرهنگی، هنری و رسانه ای به منظور	کمیته تخصصی اجتماعی	دانشگاه ها، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی	وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، وزارت آموزش و پرورش	۷۰	انجمن های علمی و پژوهشگران، سازمان های مردم نهاد و اجتماع محور	۳۰

	تشویق فعالیت‌های داوطلبانه در فرهنگ عمومی جامعه	شدن مبارزه با مواد	صداوسیما، وزارت بهداشت، حوزه‌های علمیه، سازمان بهزیستی، سمن‌ها	بهداشت، صداوسیما، دانشگاه‌ها، حوزه‌های علمیه، شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان‌ها، سازمان بهزیستی،	شورای شهر و روستا، خیرین و واقفین، بسیج و هیئت‌های مذهبی، کانون‌های فرهنگی و هنری	
۵	برگزاری رویدادهای علمی، فرهنگی، هنری و رسانه‌ای به‌منظور بحث در زمینه مواد، اعتیاد و به‌ویژه سیاست‌ها و برنامه‌های مبارزه با مواد مخدر	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	مجلس شورای اسلامی، وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، دانشگاه‌ها، صداوسیما، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، سمن‌ها	صداوسیما، دانشگاه‌ها، حوزه‌های علمیه، وزارت بهداشت، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان‌ها، سازمان بهزیستی،	انجمن‌های علمی و پژوهشگران، سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع‌محور، شورای شهر و روستا، خیرین و واقفین، بسیج و هیئت‌های مذهبی، کانون‌های فرهنگی و هنری	۳۰
۶	آزادسازی جریان داده و اطلاعات در زمینه مواد و اعتیاد	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	دفتر تحقیقات و آموزش ستاد، دانشگاه‌ها، دفتر برنامه‌ریزی و فن‌آوری اطلاعات ستاد، سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت	دفتر تحقیقات و آموزش ستاد، دانشگاه‌ها، دفتر برنامه‌ریزی و فن‌آوری اطلاعات، سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت	—	—
۷	ارزیابی تأثیرات اجتماعی برنامه‌های گفتمان سازی اجتماعی	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	دفتر تحقیقات و آموزش ستاد	دانشگاه‌ها و مراکز علمی	انجمن‌های علمی، پژوهشگران، سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع‌محور	۴۰
						۶۰
						۱۰۰

جدول شماره ۴: تقسیم کار ملی پروژه های برنامه ملی دوم							
ردیف	پروژه	مدیریت تدوین پروژه		اجرای پروژه		سهم	نام
				دستگاه دولتی			
		مسئول	مشارکت کننده	نام	سهم		
۱	تعامل مؤثر با افشار و بخش های مختلف جامعه به منظور حمایت یابی و فعال سازی ظرفیت های جامعه	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	دفتر مشارکت های مردمی ستاد، سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، سمن ها	صداوسیما، وزارت آموزش و پرورش، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، وزارت بهداشت، دانشگاه ها، حوزه های علمیه، سازمان تبلیغات اسلامی، شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر، سازمان بهزیستی	۶۰	سازمان های مردم نهاد و اجتماع محور، شورای شهر و روستا، بسیج و هیئت های مذهبی، کانون های فرهنگی و هنری	۴۰
۲	ارتقا و توسعه ساختارهای مشارکتی اجتماع محور در محیط های اجتماعی مختلف (خانواده مدار، مدرسه مدار، دانشگاه محور، محله محور، متمرکز بر محیط های کار و فعالیت و...)	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	وزارت کشور، دفتر مشارکت های مردمی ستاد، سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، شبکه سازمان های اجتماع محور، وزارت آموزش و پرورش، سمن ها	شورای هماهنگی مبارزه با مواد استانها، سازمان بهزیستی، معاونت اجتماعی استانداری ها، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، وزارت آموزش و پرورش	۵۰	سازمان های مردم نهاد و اجتماع محور، شورای شهر و روستا، بسیج و هیئت های مذهبی، کانون های فرهنگی و هنری	۵۰
۳	بهره گیری از ظرفیت های وقف، انفاق و نذورات مردمی در برنامه های کاهش تقاضای مواد	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	دفتر مشارکت های مردمی ستاد، سازمان بهزیستی، اوقاف و امور خیریه، کمیته امداد امام خمینی	صداوسیما، وزارت بهداشت، شورای هماهنگی مبارزه با مواد استان ها، سازمان بهزیستی	۶۰	سازمان های مردم نهاد و اجتماع محور، شورای شهر و روستا، بسیج و هیئت های مذهبی، کانون های فرهنگی و هنری	۴۰
۴	توسعه مشارکت های خیرین در برنامه های کاهش تقاضای مواد	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	دفتر مشارکت های مردمی ستاد، سازمان بهزیستی، اوقاف و امور خیریه، کمیته امداد امام خمینی، سمن ها	صداوسیما، وزارت بهداشت، شورای هماهنگی مبارزه با مواد استانها، سازمان بهزیستی	۶۰	سازمان های مردم نهاد و اجتماع محور، شورای شهر و روستا، بسیج و هیئت های مذهبی، کانون های فرهنگی و هنری	۴۰

۴۰	سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع‌محور، شورای شهر و روستا، بسیج و هیئت‌های مذهبی، کانون‌های فرهنگی و هنری	۶۰	صداوسیما، وزارت آموزش و پرورش، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، وزارت بهداشت، دانشگاه‌ها، حوزه‌های علمیه، سازمان تبلیغات اسلامی، شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر، سازمان بهزیستی	دفتر مشارکت‌های مردمی ستاد، سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، سمن‌ها	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	تعامل مؤثر با افشار و بخش‌های مختلف جامعه به منظور حمایت یابی و فعال‌سازی ظرفیت‌های جامعه	۵
۵۰	سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع‌محور، شورای شهر و روستا، بسیج و هیئت‌های مذهبی، کانون‌های فرهنگی و هنری	۵۰	شورای هماهنگی مبارزه با مواد استانها، سازمان بهزیستی، معاونت اجتماعی استانداری‌ها، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، وزارت آموزش و پرورش	وزارت کشور، دفتر مشارکت‌های مردمی ستاد، سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، شبکه سازمان‌های اجتماع‌محور، وزارت آموزش و پرورش، سمن‌ها	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	ارتقا و توسعه ساختارهای مشارکتی اجتماع‌محور در محیط‌های اجتماعی مختلف (خانواده‌مدار، مدرسه‌مدار، دانشگاه‌محور، محله‌محور، متمرکز بر محیط‌های کار و فعالیت و...)	۶
۴۰	سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع‌محور، شورای شهر و روستا، بسیج و هیئت‌های مذهبی، کانون‌های فرهنگی و هنری	۶۰	صداوسیما، وزارت بهداشت، شورای هماهنگی مبارزه با مواد استان‌ها، سازمان بهزیستی،	دفتر مشارکت‌های مردمی ستاد، سازمان بهزیستی، اوقاف و امور خیریه، کمیته امداد امام خمینی	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	بهره‌گیری از ظرفیت‌های وقف، انفاق و نذورات مردمی در برنامه‌های کاهش تقاضای مواد	۷

جدول شماره ۵: تقسیم کار ملی پروژه های برنامه ملی سوم

ردیف	پروژه	مدیریت تدوین پروژه		اجرای پروژه	
				دستگاه دولتی	نهادهای مدنی و خصوصی
		مسئول	مشارکت کننده	نام	سهم
۱	مطالعات سبب شناختی عوامل خطر اجتماعی و عوامل محافظت کننده اجتماعی در برابر اعتیاد به تفکیک محیط های اجتماعی هدف	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	دفتر تحقیقات و آموزش ستاد، دانشگاه ها و مراکز تحقیقاتی، پژوهشگران	دانشگاه ها و مراکز تحقیقاتی	۶۰
۲	طراحی مداخلات مؤثر بر اساس نتایج سبب شناسی عوامل خطر و محافظ اجتماعی به تفکیک محیط های اجتماعی هدف	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	دفتر تحقیقات و آموزش ستاد، دانشگاه ها و مراکز تحقیقاتی، پژوهشگران، سمن ها	دانشگاه ها و مراکز تحقیقاتی	۷۰
۳	تقسیم کار اجتماعی از طریق تعیین نقش و مسئولیت دستگاه ها در کاهش عوامل خطر اجتماعی و تقویت عوامل محافظت کننده اجتماعی اعتیاد	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	کلیه دستگاه های دولتی، شهرداری ها، نهادها و مؤسسات عمومی غیردولتی، بخش خصوصی	کلیه دستگاه های دولتی، شهرداری ها، نهادها و مؤسسات عمومی غیردولتی، بخش خصوصی	۷۰
۴	حمایت یابی دستگاه های مسئول در کاهش عوامل خطر اجتماعی و تقویت عوامل محافظت کننده اجتماعی اعتیاد	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	کلیه دستگاه های دولتی، شهرداری ها، مؤسسات عمومی غیردولتی، بخش خصوصی	کلیه دستگاه های دولتی، شهرداری ها، نهادها و مؤسسات عمومی غیردولتی، بخش خصوصی	۸۰
				انجمن های علمی و پژوهشگران	۴۰
				انجمن های علمی و پژوهشگران	۴۰
				انجمن های علمی و پژوهشگران	۳۰
				انجمن ها، سازمان های مردم نهاد و اجتماع محور	۲۰

۴۰	انجمن‌های علمی و پژوهشگران	۶۰	دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی	دفتر تحقیقات و آموزش ستاد، دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی، پژوهشگران	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	ارزیابی عملکرد دستگاه‌های مسئول به منظور کاهش عوامل خطر و تقویت محافظ اجتماعی در برزاتیر اعتیاد اعتیاد	۵
۴۰	سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع‌محور، شورای شهر و روستا، دهیاری‌ها، کانون‌های فرهنگی و هنری و ورزشی، انجمن‌های محیط‌زیست	۶۰	شهرداری، وزارت ورزش و جوانان، وزارت بهداشت، وزارت آموزش و پرورش، دانشگاه‌ها، سازمان بهزیستی	کلیه دستگاه‌های عضو ستاد مبارزه با مواد مخدر	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	تدوین و اجرای برنامه جامع غنی‌سازی اوقات فراغت، تفریحات سالم و نشاط اجتماعی در محیط‌های اجتماعی هدف	۶
۳۰	سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع‌محور، شورای شهر و روستا، دهیاری‌ها، کانون‌های فرهنگی و هنری و ورزشی، انجمن‌های محیط‌زیست	۷۰	صداوسیما، شهرداری، وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، وزارت آموزش و پرورش، دانشگاه‌ها، کمیته امداد امام خمینی، مراکز آموزش نظامی،	کلیه دستگاه‌های عضو ستاد مبارزه با مواد مخدر، سمن‌ها	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	توسعه برنامه‌های تاب‌آوری اجتماعی و اتخاذ راهکارهای تقویت مدارا و سازگاری اجتماعی به‌ویژه در محیط‌ها و گروه‌های آسیب‌دیده و در معرض خطر	۷
۴۰	انجمن‌های علمی و پژوهشگران	۶۰	دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی	دفتر تحقیقات و آموزش ستاد، دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی، پژوهشگران	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	ارزیابی آسیب‌های اجتماعی حاصل از اعتیاد در محیط‌های اجتماعی هدف	۸
۴۰	انجمن‌های علمی و پژوهشگران	۶۰	دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی	دفتر تحقیقات و آموزش ستاد، دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی، پژوهشگران	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	ارزیابی هزینه اثربخشی برنامه‌های اجراشده تاب‌آوری اجتماعی و نشاط اجتماعی	۹

جدول شماره ۶: تقسیم کار ملی پروژه های برنامه ملی چهارم							
ردیف	پروژه	مدیریت تدوین پروژه		اجرای پروژه		نهاد های مدنی و خصوصی	
				دستگاه دولتی			
		مسئول	مشارکت کننده	نام	سهم	نام	سهم
۱	ظرفیت سازی و مشارکت مؤسسات و شرکت های بخش خصوصی در برنامه های اجتماعی شدن مبارزه با مواد	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	کلیه دستگاه های عضو ستاد مبارزه با مواد مخدر، سمن ها	وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی، شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان ها	۵۰	اتحادیه های صنفی و کارگری، سازمان های مردم نهاد و اجتماع محور	۵۶
۲	اقتدار افزایی و ارتقاء دانش و مهارت های اجتماعی کارکنان مؤسسات و شرکت های خصوصی در زمینه مبارزه با اعتیاد (ارتقا سلامت، پیشگیری، درمان، بازتوانی و کاهش آسیب)	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	کلیه دستگاه های عضو ستاد مبارزه با مواد مخدر، سمن ها	وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی، شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان ها	۳۰	اتحادیه های صنفی و کارگری، شرکت های خصوصی، سازمان های مردم نهاد و اجتماع محور	۷۶
۳	تشویق و حمایت از مؤسسات و شرکت های خصوصی مسئولیت پذیر	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	کلیه دستگاه های عضو ستاد مبارزه با مواد مخدر	وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی، شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان ها	۱۰۰	--	--
۴	حمایت یابی مؤسسات و شرکت های خصوصی از خانواده ها و گروه های آسیب دیده و در معرض آسیب اعتیاد	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	کلیه دستگاه های عضو ستاد مبارزه با مواد مخدر	وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی، شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان ها	۳۰	شرکت های خصوصی، مؤسسات عمومی غیردولتی	۷۰

جدول شماره ۷: تقسیم کار ملی پروژه های برنامه ملی پنجم							
ردیف	پروژه	مدیریت تدوین پروژه		اجرای پروژه		سهم	نام
				دستگاه دولتی			
		مسئول	مشارکت کننده	نام	سهم		
۱	شبکه سازی سازمان های مردم نهاد و اجتماع محور با استفاده از الگوی سازمان یادگیرنده	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	وزارت کشور، معاونت اجتماعی استانداری، شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر، استانها، سازمان بهزیستی، سمن ها	سازمان بهزیستی، شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر،	۵۰	۵۰	سازمان های مردم نهاد و اجتماع محور
۲	بازاریابی اجتماعی در راستای گسترش و تقویت سازمان های مردم نهاد	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	کلیه دستگاه های عضو ستاد مبارزه با مواد مخدر، سمن ها	سازمان بهزیستی، شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر،	۵۰	۵	سازمان های مردم نهاد و اجتماع محور
۳	حمایت یابی و ظرفیت سازی به منظور توسعه سازمان های مردم نهاد	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	کلیه دستگاه های عضو ستاد مبارزه با مواد مخدر، سمن ها	وزارت ورزش و جوانان، سازمان بهزیستی، شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر،	۷۰	۳۰	
۴	تسهیل فرآیندهای شکل گیری، ثبت و صدور مجوز و فعالیت های سازمان های مردم نهاد و اجتماع محور	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	وزارت کشور، وزارت ورزش و جوانان، سازمان بهزیستی، شهرداری، نیروی انتظامی،	معاونت اجتماعی استانداری، شهرداری، فرماندارها و بخشداری ها، نیروی انتظامی، شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان ها، سازمان بهزیستی	۵۰	۵۰	سازمان های مردم نهاد و اجتماع محور
۵	انتشار مجله علمی و ترویجی (ویژه سازمان های مردم نهاد) به منظور مستند سازی تجارب و انتقال دانش در برنامه های مشارکتی	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر، انجمن های علمی، پژوهشگران، سمن ها	شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استانها، سازمان بهزیستی	۴۰	۶۰	انجمن های علمی، پژوهشگران، سازمان های مردم نهاد و اجتماع محور

۶	تشکیل سامانه اطلاعات مدیریتی سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع‌محور	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر، انجمن‌های علمی، پژوهشگران، سمن‌ها	شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان‌ها، سازمان بهزیستی	۵۰	انجمن‌های علمی، پژوهشگران، سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع‌محور	۵۰
---	---	--	--	---	----	--	----

جدول شماره ۸: تقسیم کار ملی پروژه‌های برنامه ملی ششم

ردیف	پروژه	مدیریت تدوین پروژه		اجرای پروژه			
				دستگاه دولتی	نهادهای مدنی و خصوصی		
		مسئول	مشارکت کننده	نام	سهم	نام	سهم
۱	تولید محتوای رسانه‌ای روزآمد و متناسب با گروه‌های مخاطب	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	صداوسیما، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، سازمان تبلیغات اسلامی، سمن‌ها	صداوسیما، سازمان تبلیغات اسلامی	۵۰	انجمن‌های صنفی روزنامه‌نگاران و مطبوعات، شبکه‌های مجازی، خانه سینما، رسانه‌های محلی، سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع‌محور	۵۰
۲	نهادسازی، حمایت یابی و توسعه رسانه‌های محلی مروج سلامت و توسعه محلی	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	وزارت کشور، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، سمن‌ها	وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، استانداری و فرمانداری‌ها، شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر،	۴۰	اتحادیه مطبوعات محلی استان‌ها، سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع‌محور	۶۰
۳	ترویج مدارای اجتماعی باهدف کاهش آسیب‌های اجتماعی	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	صداوسیما، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، سازمان تبلیغات اسلامی، سمن‌ها	صداوسیما، سازمان تبلیغات اسلامی،	۵۰	انجمن‌های صنفی روزنامه‌نگاران و مطبوعات، شبکه‌های مجازی، خانه سینما، رسانه‌های محلی، سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع‌محور	۵۰
۴	تسهیلگری اجتماعی به‌منظور ترغیب و تشویق زمینه‌های حضور و	کمیته تخصصی	صداوسیما، وزارت فرهنگ و ارشاد	صداوسیما، سازمان تبلیغات اسلامی،	۵۰	انجمن‌های صنفی روزنامه‌نگاران و مطبوعات، شبکه‌های مجازی، خانه	۵۰

	سینما، رسانه‌های محلی، سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع‌محور			اسلامی، سازمان تبلیغات اسلامی	اجتماعی شدن مبارزه با مواد	مشارکت مردم	
۶۰	انجمن‌های علمی، شبکه سازمان‌های اجتماع‌محور، سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع‌محور	۴۰	شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر، سازمان بهزیستی، دانشگاه‌ها و مراکز علمی	وزارت کشور، دانشگاه‌ها و مراکز علمی، وزارت ارتباطات و فن‌آوری اطلاعات	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	حمایت یابی و توسعه شبکه‌های مجازی محافظ و بازدارنده از اعتیاد	۵
۲۰	شبکه سازمان‌های اجتماع‌محور، سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع‌محور	۸۰	شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر، وزارت ارتباطات و فن‌آوری اطلاعات	وزارت کشور، مرکز ملی فضای مجازی، وزارت ارتباطات و فن‌آوری اطلاعات، سمن‌ها	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	تشکیل گروه مرجع رسانه‌ای به‌منظور رصد و پایش محتوای رسانه‌ای در فضای مجازی	۶
۲۰	شبکه سازمان‌های اجتماع‌محور، سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع‌محور	۸۰	شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر، وزارت ارتباطات و فن‌آوری اطلاعات	وزارت کشور، مرکز ملی فضای مجازی، وزارت ارتباطات و فن‌آوری اطلاعات، سمن‌ها	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	نظارت بر شبکه‌های مجازی و پالایش فضا‌های مجازی پرخطر	۷

جدول شماره ۹: تقسیم‌کار ملی پروژه‌های برنامه ملی هفتم

ردیف	پروژه	مدیریت تدوین پروژه		اجرای پروژه			
				دستگاه دولتی			
		مسئول	مشارکت‌کننده	نام	سهم	نام	سهم
۱	ایجاد نظام جامع ارجاع به‌منظور حمایت و مراقبت اجتماعی از افراد و گروه‌های آسیب‌دیده و در معرض آسیب اعتیاد	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، وزارت بهداشت، وزارت آموزش و پرورش، سازمان بهزیستی،	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی / معاونت رفاه اجتماعی، سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، وزارت آموزش و پرورش، نیروی انتظامی، کمیته امداد امام خمینی، شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان‌ها	۸۰	۲۰	سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع‌محور

۲۰	سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع‌محور	۸۰	سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، وزارت آموزش و پرورش، کمیته امداد امام خمینی، نیروی انتظامی، شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان‌ها	سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، وزارت آموزش و پرورش، سمن‌ها	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	شناسایی و ارجاع افراد و گروه‌های آسیب‌دیده و درخطر	۲
۵۰	سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع‌محور	۵۰	سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، وزارت آموزش و پرورش، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، کمیته امداد امام خمینی، شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان‌ها	سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، وزارت آموزش و پرورش، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، سمن‌ها	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	توسعه برنامه‌های پیشگیری از آسیب کودکان، جوانان و خانواده‌هایی که تحت تأثیر سوء مصرف مواد مخدر قرار دارند	۳
۵۰	سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع‌محور	۵۰	سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، کمیته امداد امام خمینی، شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان‌ها، کلیه دستگاه‌های فرهنگی و پیشگیری	سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، وزارت آموزش و پرورش، سمن‌ها	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	توسعه برنامه جامع حمایت و مراقبت اجتماعی از کودکان و نوجوانان آسیب‌دیده و در معرض آسیب اعتیاد	۴
۵۰	سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع‌محور	۵۰	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی / معاونت رفاه اجتماعی، سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، کمیته امداد امام خمینی، شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان‌ها	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، وزارت آموزش و پرورش، سمن‌ها	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	توسعه حمایت و مراقبت‌های اجتماعی بعد از خروج معتادان بهبودیافته و بازپیوند مجدد آنان به جامعه	۵
۵۰	سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع‌محور	۵۰	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی / معاونت رفاه اجتماعی، سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، کمیته امداد امام خمینی، شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان‌ها	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، سمن‌ها	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	توسعه حمایت و مراقبت اجتماعی از زنان معتاد و در معرض آسیب اعتیاد	۶

			امام خمینی، شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان‌ها				
۷	حمایت اجتماعی از خانواده‌های زندانیان مواد مخدر و درمان اجباری	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان‌ها	۵۰	سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع‌محور	۵۰	
۸	افزایش پوشش بیمه‌های درمان اعتیاد	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، سازمان بیمه سلامت	۸۰	سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع‌محور	۲۰	
۹	آمادگی سازی و ارتقای مهارت‌های شغلی معتادان بهبودیافته	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، سازمان بهزیستی، سازمان فنی و حرفه‌ای، شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر	۵۰	سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع‌محور	۵۰	
۱۰	طراحی شیوه‌های تأمین مالی خرد در ایجاد اشتغال و بازتوانی معتادان بهبودیافته	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	دفتر تحقیقات و آموزش ستاد، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، سازمان بهزیستی، کمیته امداد امام خمینی (ره)	۵۰	انجمن‌های علمی، پژوهشگران، سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع‌محور	۵۰	
۱۱	حمایت از کارآفرینی معتادان بهبودیافته و خانواده‌های آسیب‌پذیر	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، سازمان بهزیستی، سازمان فنی و حرفه‌ای، شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر	۵۰	شرکت‌های خصوصی، سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع‌محور	۵۰	
۱۲	تقویت و توسعه	کمیته	وزارت تعاون، کار و رفاه	۵۰	انجمن‌های علمی،	۵۰	

	سازمان‌های مردم‌نهاد حوزه اشتغال و بازتوانی	تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	اجتماعی، دفتر مشارکت‌های مردمی ستاد، سازمان بهزیستی، سمن‌ها	اجتماعی / معاونت توسعه کارآفرینی و اشتغال، شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر، سازمان بهزیستی	سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع‌محور	
۱۳	حمایت‌گری، آموزش و ترویج ابتکار و خلاقیت‌های کارآفرینی در برنامه‌های اشتغال و بازتوانی	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، سازمان بهزیستی، سازمان فنی و حرفه‌ای، سمن‌ها	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی / معاونت توسعه کارآفرینی و اشتغال، سازمان بهزیستی، سازمان فنی و حرفه‌ای، شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر	انجمن‌های علمی، سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع‌محور	۵۰
۱۴	بهره‌گیری از ظرفیت خیرین و واقفین در اشتغال‌زایی معتادین بهبودیافته و حمایت گروه‌های آسیب‌پذیر	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	دفتر مشارکت‌های مردمی ستاد، سازمان بهزیستی، سمن‌ها	شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر، سازمان بهزیستی	انجمن‌های علمی، سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع‌محور	۴۰
۱۵	تأسیس انجمن‌های خیریه مردمی به منظور حمایت از گروه‌های آسیب‌دیده و در معرض آسیب اعتیاد	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	وزارت کشور، کمیته امداد امام خمینی، سازمان بهزیستی، سمن‌ها	کمیته امداد امام خمینی، سازمان بهزیستی، شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر	سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع‌محور	۶۰

جدول شماره ۱۰: تقسیم‌کار ملی پروژه‌های برنامه ملی هشتم

ردیف	پروژه	مدیریت تدوین پروژه		اجرای پروژه	
				دستگاه دولتی	نهادهای مدنی و خصوصی
		مسئول	مشارکت‌کننده	نام	سهم
۱	تولید محتوای رسانه‌ای روزآمد و متناسب با گروه‌های مخاطب	کمیته تخصصی	صداوسیما، وزارت فرهنگ و ارشاد	صداوسیما، ساز مان تبلیغات	۵۰

	اجتماعی شدن مبارزه با مواد	اسلامی، سازمان تبلیغات اسلامی، سمن‌ها	اسلامی	مطبوعات، شبکه‌های مجازی، خانه سینما، رسانه‌های محلی، سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع‌محور	
۲	تدوین لوایح قانونی مورد نیاز اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	کلیه دستگاه‌های عضو ستاد مبارزه با مواد مخدر	--	--
۳	ارزیابی و اصلاح قوانین موجود و مورد نیاز	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	کلیه دستگاه‌های عضو ستاد مبارزه با مواد مخدر	--	--
۴	ارزیابی قوانین مواد مخدر به منظور روزآمدسازی قوانین	کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد	دفتر تحقیقات ستاد مبارزه با مواد مخدر، دانشگاه‌ها و مراکز علمی	۷۰	انجمن‌های علمی و پژوهشگران، سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع‌محور
				۳۰	

فصل هفتم :

نظام اجرایی سند

نظام اجرایی سند

نظام اجرایی پیشنهادی سند جامع اجتماعی شدن مبارزه با مواد بر اساس چارچوب و مقتضیات ذیل تعیین شده است. تسریع در کاربست نظام اجرایی موصوف، مشتمل بر چارچوب و مقتضیات خاص آن، تا حد زیادی تبیین کننده میزان توفیق در حصول به اهداف تعیین شده خواهد بود.

برو نداد: کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر به عنوان واحد ساختاری هماهنگ کننده و ناظر بر اجرای سند با رعایت مقتضیات ذیل:

۱. این برنامه در یک دوره زمانی ۵ ساله (۱۳۹۷-۱۴۰۱) به اجرا درخواهد آمد.

۲. ترکیب اعضا و شرح وظایف و ساختار کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر اولین جلسه شورای معاونین ستاد مبارزه با مواد مخدر به تصویب برسد. معاونت کاهش تقاضا و توسعه مشارکت های مردمی و دفتر مشارکت های مردمی و سازمان های مردم نهاد دارای نقش محوری در کمیته موصوف هستند.

۳. لازم است با استفاده از ظرفیت سازمان های مردم نهاد فعال و پژوهشگران و صاحب نظران فعال حوزه اعتیاد (با اولویت پژوهش و فعالیت در حوزه مشارکت اجتماعی) اتاق فکر کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر تشکیل گردد.

۴. اهم وظایف کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر به شرح ذیل می باشد؛

- تدوین، تصویب و ابلاغ آیین‌نامه تشکیل ساختار متناظر استانی کمیته باهدف هماهنگی فعالیت‌ها و اقدامات در استان‌ها اقدام.
 - تدوین پیش‌نویس دستورالعمل‌ها و آیین‌نامه‌ها و بررسی تخصصی موارد مرتبط با سند
 - اولویت‌بندی پروژه‌ها و اقدامات
 - اخذ بازخورد و اصلاح فرایندها
 - سیاست‌گذاری لازم در راستای تسهیل در کاربری اجرای سند
- نظارت بر حسن اجرای سند جامع اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر و ارزشیابی و پایش پروژه دستگاه‌های اجرایی و سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع‌محور از نظر رعایت سیاست‌ها، اصول و ارزش‌های تعیین‌شده اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر و ارائه گزارش سالیانه پیشرفت سند جهت اتخاذ تصمیمات لازم بر این اساس هر دستگاه موظف است گزارش عملکرد و مالی خود را به‌طور سالیانه به کمیته تخصصی اجتماعی شدن مبارزه با مواد ستاد ارائه نماید. این کمیته نیز موظف است، میزان تحقق اهداف و انطباق آن با سند جامع اجتماعی شدن را در پایان هر سال محاسبه و گزارش نماید. تداوم هر برنامه و اختصاص اعتبارات به هر دستگاه، تنها با تأیید انطباق برنامه‌ها و میزان تحقق اهداف توسط کمیته یادشده صورت خواهد گرفت.

فصل هشتم :

شاخص‌های برنامه‌های ملی

جدول ۱۱: برنامه های ملی و شاخص های مرتبط	
برنامه های ملی	شاخص های برنامه
	ضریب نفوذ آگاهی اجتماعی از مشارکت در برنامه های کاهش تقاضا بر پایه نتایج سنجش نسبت جمعیت به سال اول برنامه
	نسبت جمعیت علاقه مند به مشارکت در برنامه های کاهش تقاضا بر پایه نتایج سنجش نسبت جمعیت به سال اول برنامه
	نسبت افزایش سالیانه رویدادهای علمی، فرهنگی، هنری و رسانه ای برگزار و حمایت شده در زمینه مواد، اعتیاد و به ویژه سیاست ها و برنامه های مبارزه با مواد مخدر
	نسبت سالیانه آثار و محصولات علمی، فرهنگی، هنری و رسانه ای تولید و حمایت شده به سال پایه
	نسبت دسترسی به داده ها، اطلاعات و تحقیقات اعتیاد در هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت
	تعداد گزارش های جامع ارزیابی شده در هر سال برنامه

جدول ۱۲: برنامه های ملی و شاخص های مرتبط	
برنامه های ملی	شاخص های برنامه
	نسبت ساختارهای جدید اجتماع محور به کل ساختارهای مشارکتی در هر سال
	تعداد موارد تقاضای وقف و انفاق در برنامه های اجتماعی شدن مبارزه با مواد
	تعداد موارد تقاضای مشارکت خیرین در برنامه های اجتماعی شدن مبارزه با مواد

برنامه ملی دوم	نسبت مشارکت خانواده‌ها، گروه‌ها و سازمان‌های اجتماعی در برنامه‌های اجتماعی شدن مبارزه با مواد در هر سال
	نسبت سازمان‌های اجتماعی (اتحادیه‌ها، اصناف، کانون‌ها، انجمن‌ها، باشگاه‌ها، بنگاه‌ها و...) مطلع از برنامه‌های اجتماعی شدن مبارزه با اعتیاد در هر سال
	نسبت خانواده‌ها و گروه‌های اجتماعی (هنرمندان، ورزشکاران، روحانیون، فرهنگیان، گروه‌های آسیب‌پذیر و...) مطلع از برنامه‌های اجتماعی شدن مبارزه با مواد در هر سال
	نسبت سازمان‌های اجتماعی (اتحادیه‌ها، اصناف، کانون‌ها، انجمن‌ها، باشگاه‌ها، بنگاه‌ها و...) علاقه‌مند به مشارکت در برنامه‌های اجتماعی شدن مبارزه با مواد در هر سال
	نسبت خانواده‌ها و گروه‌های اجتماعی (هنرمندان، ورزشکاران، روحانیون، فرهنگیان، گروه‌های آسیب‌پذیر و...) علاقه‌مند به مشارکت در برنامه‌های اجتماعی شدن مبارزه با مواد در هر سال
	تعداد جمعیت مطلع به وقف و انفاق در برنامه‌های اجتماعی شدن مبارزه با مواد در هر سال
	تعداد جمعیت علاقه‌مند به وقف و انفاق در برنامه‌های اجتماعی شدن مبارزه با مواد در هر سال
	نسبت خیرین مطلع از برنامه‌های اعتیاد به کل خیرین در هر استان
	نسبت خیرین فعال در برنامه‌های کاهش تقاضا به سال اول برنامه
	تعداد افراد تحت پوشش خدمات خیرین در هر سال
	تعداد افراد تحت پوشش خدمات وقف و انفاق در هر سال
	نسبت افزایش سالیانه سازمان‌های اجتماعی (اتحادیه‌ها، اصناف، کانون‌ها، انجمن‌ها، باشگاه‌ها، بنگاه‌ها و...) مشارکت‌کننده در برنامه‌ها در هر سال
	نسبت افزایش سالیانه خانواده‌ها و گروه‌های اجتماعی (هنرمندان، ورزشکاران، روحانیون، فرهنگیان، گروه‌های آسیب‌پذیر و...) مشارکت‌کننده در برنامه‌ها در هر سال
	تعداد میزان وقف و انفاق در برنامه‌های کاهش تقاضا در هر سال

جدول ۱۳: برنامه های ملی و شاخص های مرتبط	
برنامه های ملی	شاخص های برنامه
برنامه ملی سوم	تعداد مطالعات سبب شناسی عوامل خطر و محافظ اجتماعی اعتیاد در خانواده ها، محله ها، محیط های آموزشی، محیط های کار
	تعداد برنامه های حمایت گری کاهش عوامل خطر و افزایش عوامل محافظ اجتماعی اعتیاد و سایر آسیب های اجتماعی
	تعداد مداخلات طراحی شده بر اساس نتایج سبب شناسی عوامل خطر و محافظ اجتماعی اعتیاد
	تعداد برنامه های تاب آوری اجتماعی اجرا شده در هر سال
	نسبت افزایش تاب آوری اجتماعی در محیط ها و گروه های هدف برنامه در هر سال
	تعداد برنامه های نشاط اجتماعی اجرا شده در هر سال
	نسبت برنامه های تاب آوری اجتماعی ارزیابی شده از کل برنامه ها
	نسبت برنامه های نشاط اجتماعی ارزیابی شده از کل برنامه ها
	تعداد اقدامات حمایتی - پشتیبانی کاهش عوامل خطر و افزایش عوامل محافظ اجتماعی اعتیاد در هر سال
	تعداد برنامه های ارزشیابی شده کاهش عوامل خطر و افزایش عوامل محافظ اجتماعی اعتیاد
	نسبت گزارش ها و اقدامات ارزیابی شده سالانه دستگاه ها به تعداد سال های برنامه
	تعداد پژوهش های حمایت شده سبب شناختی - مداخلاتی تعیین کننده های اجتماعی اعتیاد
	تعداد پژوهش های حمایت شده ارزیابی آسیب های اجتماعی حاصل از اعتیاد در محیط های اجتماعی هدف

جدول ۱۴: برنامه های ملی و شاخص های مرتبط

برنامه ملی	موضوع برنامه
برنامه ملی چهارم	تعداد مؤسسات و شرکت های خصوصی مطلع از برنامه های اجتماعی شدن مبارزه با مواد
	تعداد مؤسسات و شرکت های خصوصی مشارکت کننده در برنامه های اجتماعی شدن مبارزه با مواد
	تعداد برنامه های اقتدار افزایی مؤسسات و شرکت خصوصی
	نسبت مؤسسات و شرکت های خصوصی مشارکت کننده به کل مؤسسات و شرکت های خصوصی
	تعداد برنامه های اجرا شده اقتدار افزایی در مؤسسات و شرکت خصوصی
	نسبت جمعیت تحت پوشش برنامه های اقتدار افزایی به سال اول برنامه
	نسبت جمعیت های آسیب دیده و در معرض آسیب حمایت شده توسط مؤسسات و شرکت های خصوصی در طول سال های اجرای برنامه به کل افراد آسیب دیده و در معرض آسیب
	تعداد مؤسسات و شرکت های خصوصی حمایت شده در طول سال های اجرای برنامه
	تعداد مؤسسات و شرکت های خصوصی تشویق شده در طول سال های اجرای برنامه

جدول ۱۵: برنامه ملی و موضوعات مرتبط	
برنامه ملی	موضوع برنامه
	تعداد شبکه های سازمان های مردم نهاد و جامعه مدنی در هر سال
	تعداد مجله علمی و ترویجی ویژه سازمان های مردم نهاد منتشر شده در هر سال

تعداد سازمان‌های مردم‌نهاد عضو سامانه اطلاعات مدیریت (MIS)	برنامه ملی پنجم
نسبت جلسات تصمیم‌گیری برگزار شده با مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع محور به کل جلسات	
تعداد پروژه‌های طراحی شده با مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع محور در هر سال	
نسبت پروژه‌ها اجرا شده با مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع محور از کل پروژه‌ها	
نسبت پروژه‌های ارزشیابی شده با مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع محور به کل ارزشیابی‌ها	
تعداد برنامه‌های بازاریابی اجتماعی اجرا شده در هر سال	
تعداد برنامه‌های اقتدار افزایی سازمان‌های مردم‌نهاد در هر سال	
نسبت سازمان‌های مردم‌نهاد و جامعه مدنی اعتیاد عضو شبکه سازمان‌های مردم‌نهاد فعال	
نسبت صدور مجوز سازمان‌های مردم‌نهاد به سال اول برنامه	
نسبت صدور مجوز جدید سازمان‌های مردم‌نهاد از کل تقاضاها در هر سال	
نسبت جمعیت مطلع از فعالیت‌های داوطلبانه و مردم‌نهاد به سال اول (برپایه نتایج سنجش)	
نسبت سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع محور عضو سامانه اطلاعات مدیریت (MIS) به کل سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع محور	

جدول ۱۶: برنامه ملی و شاخص‌های مرتبط	
شاخص‌های برنامه	برنامه ملی
تعداد رسانه‌های محلی	
تعداد شبکه‌های مجازی محافظ و بازدارنده از اعتیاد	
تعداد گروه‌های مرجع رسانه‌ای رصد و پایش فضای مجازی	
نسبت رسانه‌های محلی جدید دارای مجوز فعالیت در هر سال به کل رسانه‌های محلی در هر سال	
نسبت رسانه‌های محلی منتشر شده در هر سال	

نسبت رسانه‌های محلی حمایت‌شده در هر سال	
نسبت برنامه‌های رسانه‌ای ترویج مدارای اجتماعی به کل برنامه‌ها	
نسبت برنامه‌های رسانه‌ای مروج مشارکت به کل برنامه‌ها	
تعداد شبکه‌های مجازی محافظ و بازدارنده از اعتیاد در هر سال	
نسبت جمعیت استفاده کننده از شبکه‌های مجازی محافظ اعتیاد به کل جمعیت استفاده کننده از فضای مجازی در هر سال	

جدول ۱۷: برنامه‌های ملی و شاخص‌های مرتبط	
برنامه‌های ملی	شاخص‌های برنامه
برنامه ملی هفتم	تعداد افراد خدمت گیرنده نظام ارجاع حمایت و مراقبت اجتماعی
	تعداد انجمن‌های خیریه مردمی
	تعداد برنامه‌های پیشگیری از آسیب‌های اعتیاد
	تعداد برنامه‌های حمایت و مراقبت اجتماعی
	وجود برنامه‌های حمایت و مراقبت‌های اجتماعی بعد از خروج
	تعداد افراد بهره مند از برنامه‌های آمادگی سازی و ارتقای مهارت‌های شغلی
	تعداد افراد آسیب‌دیده و در معرض آسیب شناسایی و ارجاع شده
	تعداد معتادین زن تحت حمایت و مراقبت اجتماعی
	تعداد کودکان، جوانان و خانواده‌هایی که تحت تأثیر سوء مصرف مواد مخدر قرار دارند

تعداد معتادین بهبودیافته تحت حمایت و مراقبت اجتماعی بعد از خروج
تعداد خانواده‌های زندانیان مواد مخدر تحت حمایت اجتماعی
تعداد خانواده‌های درمان اجباری تحت حمایت اجتماعی
تعداد سازمان‌های مردم‌نهاد فعال در حوزه اشتغال و بازتوانی
تعداد برنامه‌های تأمین مالی خرد اشتغال و بازتوانی معتادین بهبودیافته اجرا شده در هر سال
تعداد خیرین واقفین فعال در حوزه حمایت و مراقبت اجتماعی
نسبت برنامه‌های اجرا شده پیشگیری از آسیب کودکان، جوانان و خانواده‌هایی که تحت تأثیر سوء مصرف مواد مخدر قرار دارند
نسبت جمعیت تحت پوشش برنامه‌های پیشگیری از آسیب کودکان، جوانان و خانواده‌هایی که تحت تأثیر سوء مصرف مواد مخدر به کل جمعیت آسیب‌دیده و در معرض آسیب در هر سال
نسبت جمعیت تحت پوشش مراقبت و حمایت اجتماعی از اعتیاد به کل جمعیت آسیب‌دیده و در معرض آسیب در هر سال
نسبت جمعیت تحت پوشش نظام جامع حمایت و مراقبت اجتماعی در هر سال
نسبت معتادین زن تحت حمایت و مراقبت اجتماعی به کل زنان معتاد
تعداد خانواده‌های (درمان اجباری) تحت حمایت و مراقبت اجتماعی در هر سال
نسبت جمعیت معتادین بهبودیافته تحت حمایت و مراقبت‌های اجتماعی بعد از خروج به کل معتادین در هر سال
نسبت خانواده‌های زندانیان مواد مخدر تحت پوشش حمایت اجتماعی به کل خانواده‌های زندانی مواد مخدر
نسبت افزایش سالیانه هزینه‌های اجتماعی دولت در امور پیشگیری
نسبت پوشش بیمه‌های درمان اعتیاد به کل معتادین فاقد بیمه درمان
نسبت برنامه‌های آمادگی سازی و ارتقای مهارت‌های شغلی معتادین بهبودیافته به کل برنامه‌های اجرا شده در هر سال
نسبت سازمان‌های مردم‌نهاد حوزه اشتغال و بازتوانی به کل سازمان‌های مردم‌نهاد در هر سال

نسبت برنامه‌های حمایت و مراقبت اجتماعی اجرا شده به کل برنامه‌های اجرا شده در هر سال	
نسبت انجمن‌های خیریه مردمی نسبت به سال پایه برنامه	
نسبت سازمان‌های مردم‌نهاد توانمند ساز حوزه اشتغال و بازتوانی به کل سازمان‌های مردم‌نهاد	
نسبت برنامه‌های تأمین مالی خرد اشتغال و بازتوانی اجرا شده	
نسبت برنامه‌های اشتغال و بازتوانی اجرا شده به کل برنامه‌های اجرا شده در هر سال	
نسبت جمعیت تحت پوشش خدمات خیرین واقفین در هر سال به کل افراد نیازمند خدمات	
تعداد پژوهش حمایت‌شده در حوزه حمایت و مراقبت اجتماعی در هر سال	
تعداد پژوهش‌های حمایت‌شده هزینه اثربخشی اشتغال و بازتوانی معتادین بهبودیافته	
تعداد پژوهش حمایت‌شده مطالعه تطبیقی برنامه‌های اشتغال و بازتوانی	

جدول ۱۸: برنامه‌های ملی و شاخص‌های مرتبط	
شاخص‌های برنامه	برنامه‌های ملی
تعداد پژوهش حمایت‌شده ارزیابی قوانین مبارزه با مواد مخدر	برنامه ملی هشتم
تعداد پژوهش‌های حمایت‌شده ارتباط جرایم مواد مخدر با سایر آسیب‌های اجتماعی	
تعداد لوایح قانونی مصوب شده در سال‌های اجرای برنامه	
تعداد قوانین بازبینی و اصلاح شده در طول سال‌های برنامه	

منابع و مأخذ

- احترامی، مهرداد (۱۳۹۱)، پیشگیری اولیه از اعتیاد با تمرکز بر محله، ستاد مبارزه با مواد مخدر، اداره کل فرهنگی و پیشگیری، چاپ اول.
- احترامی، مهرداد و ابوالفضل وطن پرست (۱۳۹۳)، چالش ها و راهکارهای پیشگیری از اعتیاد در محله، فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، دوره ۱، شماره ۱.
- اقلیما، مصطفی و حمیده عادلین راسی (۱۳۸۸)، فن های کار با جامعه، مددکاری جامعه ای، نشر فرا انگیزش، چاپ اول.
- اکبری، مهدی (۱۳۹۳)، ارزشیابی طرح های اجتماع محور پیشگیری از اعتیاد در محله های شهری، ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- پیران، پرویز (۱۳۷۹)، روش های مشارکت جویانه در بررسی فقر، مجموعه مقالات فقر در ایران، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.

- توسلی، غلام عباس (۱۳۸۲)، مشارکت اجتماعی در شرایط جامعه آنومیک، رابطه آسیب‌ها و انحرافات اجتماعی با مشارکت اجتماعی. تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی.
- حاجلی، علی، محمدعلی زکریایی و سوده حجتی کرمانی (۱۳۸۹)؛ نگرش مردم به سوءمصرف مواد در کشور، مجله بررسی مسائل اجتماعی ایران، سال اول، شماره دوم، تابستان ۱۳۸۹.
- خیل‌تاش، آزیتا، سید رضا مجدزاده، مهرداد احترامی (۱۳۸۸)، نظرسنجی از سیاست‌گذاران در خصوص استفاده از مشارکت مردمی برای برنامه‌های کاهش آسیب اعتیاد، مجله پژوهشی حکیم، دوره دوازدهم، شماره ۲.
- دلاوری، علیرضا، بهزاد دمار، عباس وثوق مقدم (۱۳۸۷)، اصول و فنون حمایت‌طلبی در نظام سلامت.
- رفیعی، حسن (۱۳۸۰)، مشکل اجتماعی: دستور کار رفاه اجتماعی، فصلنامه رفاه اجتماعی، دوره ۱، شماره ۱، پاییز ۱۳۸۰.
- رفیع‌پور، فرامرز (۱۳۹۲)، توسعه و تضاد: کوششی در جهت تحلیل انقلاب اسلامی و مسائل اجتماعی ایران، شرکت سهامی انتشار، چاپ نهم.
- ربیعی، علی، محیا هوشیان ثابت لاریجانی (۱۳۹۱)، ارتقای مدیریت دانش در سازمان‌ها، انتشارات تیسرا، چاپ دوم.
- زاهدی اصل، محمد (۱۳۹۴)، آسیب‌های اجتماعی از منظر مددکاری اجتماعی، انتشارات دانشگاه علامه طباطبائی، چاپ دوم.
- شکوری، علی (۱۳۹۰)، مشارکت‌های اجتماعی و سازمان‌های حمایتی (با تأکید بر ایران)، چاپ اول، انتشارات سمت.
- صدیق سروستانی، ر (۱۳۸۵)، آسیب‌شناسی اجتماعی، تهران، نشر آگه.

- طالبی، ابو تراب و یوسف خوشبین (۱۳۹۱)، مسئولیت‌پذیری جوانان، فصلنامه‌ی علوم اجتماعی، شماره‌ی

۵۹

- عبداللهی، محمد (۱۳۸۱)، اولین همایش آسیب‌های اجتماعی، جلد اول، تهران، آگه.

- غفاری، غلامرضا (۱۳۸۰)، تبیین عوامل اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر مشارکت اجتماعی - اقتصادی سازمان‌یافته روستاییان به‌عنوان مکانیزمی برای توسعه روستایی در ایران؛ مطالعه موردی روستاهای شهرستان کاشان، رساله دکتری جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.

- غفاری، غلامرضا و محسن نیازی (۱۳۸۶)، جامعه‌شناسی مشارکت، انتشارات نزدیک، تهران.

- فرهادی، مرتضی (۱۳۷۴)، فرهنگ یاری‌گری در ایران، تهران، مرکز نشر دانشگاهی.

- قراخانی، علی (۱۳۸۲)، سازمان‌های غیردولتی و مشارکت اجتماعی، نشریه همراه، شماره ۶.

- کاتوزیان، محمدعلی همایون (۱۳۷۲)، استبداد، دموکراسی و نهضت ملی، نشر مرکز، تهران.

- مقیمی، سید محمد (۱۳۸۷) کارآفرینی در نهادهای جامعه مدنی: پژوهشی در سازمان‌های غیردولتی ایران، موسسه انتشارات دانشگاه تهران، چاپ سوم.

- موسوی، یعقوب (۱۳۸۸)، بررسی سیاست‌های محله‌ای توسعه اجتماعی در شهر تهران، فصلنامه پژوهش مدیریت شهری، شماره دوم، بهار ۱۳۸۸

- موسوی، میر طاهر و ملیحه شیبانی (۱۳۹۴)، سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی، مفاهیم و رویکردها، نشر آگاه، چاپ اول، ۱۳۹۴.

- موسوی، میر طاهر (۱۳۹۱)، درآمدی بر مشارکت اجتماعی، انتشارات جامعه‌شناسان، چاپ اول.

- مدنی قهفرخی، سعید (۱۳۹۰)، اعتیاد در ایران، نشر ثالث، چاپ اول.

- مدنی قهفرخی، سعید (۱۳۸۹)، جماعت گرایی و برنامه‌های جماعت محور، چاپ حدیث، چاپ اول.
- محسنی، منوچهر (۱۳۹۶)، بررسی در جامعه‌شناسی فرهنگی ایران، انتشارات علمی و فرهنگی، چاپ اول.
- مارموت، مایکل و ریچارد ویلکینسون (۱۳۹۳)، مولفه‌های اجتماعی سلامت، ترجمه علی منتظری، ناشر سازمان انتشارات جهاد دانشگاهی، چاپ اول
- تسلیمی، محمد سعید (۱۳۹۲)، تحلیل فرآیندی خط مشی گذاری و تصمیم گیری، انتشارات سمت، چاپ پنجم.
- ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۹۰)، سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد
- ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۹۲)، سند جامع حمایت‌های اجتماعی و درمان اعتیاد کشور.
- ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۹۶)، سند جامع تحقیقات مبارزه همه جانبه با مواد مخدر، روانگردان‌ها و پیش سازها با رویکرد اجتماعی
- Aluchna, Maria (۲۰۱۰), Corporate Social Responsibility and sustainable Business, Center for Warsaw Stock Exchange, Social Responsibility Journal, Vo. ۱۶, No.
- Campbell C, Murray M. Promoting Analysis and Action for Social Change. Community Health Psychology ۲۰۰۴; ۹(۲): ۱۸۷-۹۶.
- Kumpfer KL, Alvarado R. Family-Based interventions for substance use and misuse prevention. Substance use & Misuse ۲۰۰۳; ۳۸(۱۱): ۱۷۵۹-۸۷.
- NCBI, (۲۰۱۰), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>, Connected at Feb ۲۰۱۰
- Rosenberg, Daniel C. (۲۰۰۲) North Carolina Community Health Assessment Process.
- Thome. H. (۱۹۹۹). Solodarity: theoretical perspectives for empirical research. Dordrech. Kluwe-
- Tarlov, A. (۱۹۹۶) "Social determinants of health: the sociobiological translation". In Blane D, Brunner E, Wilkinson R (eds). Health and social organization. London: outledge. ۷۱-۹۳.

- Kotler, p, Zaltman G. Social marketing: an approach to planned social change. J Mark ۱۹۷۱
- Aluchna, Maria(۲۰۱۰), Corporate Social Responsibility of the Top Ten: Exmples Taken from the Warsaw Stock Exchange, Social Responsibility Journal, Vo.۱۶, No.۴.
- Thome, H.(۱۹۹۹). Solidarity: Theoretical Perspectivees for empirical research. In K. Bayertz (Ed), Solidarity. Dordrecht: Kluwer.
- Schatz (۲۰۰۴) Social Tolerance and Social Civility: Key Elements for Transitioning Democratic Countries, **Journal of Comparative Social Welfare**: ۲۳-۳۱.
- UNESCO (۱۹۹۵). Declaration of principles on tolerance, General conference of UNESCO at its twenty eight sessions in Paris.
- National Institute on Drug Abuse. (۱۹۹۷) "Drug Abuse Prevention: What Works", National Institute of Drug Abuse, p. ۱۰-۱۵, cited in <https://casat.unr.edu/bestpractices/bptype.htm>, Connected at Feb ۲۰۱۰.
- Robertson, EB. David, SL, and Rao, SA.(۲۰۰۶), »Preventing Drug Use among Children and Adolescents: A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders«, Maryland, National Institute on Drug Abuse.

پیوست‌ها

به نام خدا

استاد گرامی، صاحب نظر ارجمند
جناب آقای/ سرکار خانم

با سلام؛

احتراماً، پرسشنامه ای که پیش رو دارید، مربوط به طرح «تدوین سند اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر» است، که به سفارش و نظارت ستاد مبارزه با مواد مخدر توسط پژوهشکده چشم انداز و آینده پژوهی در حال انجام است. بر اساس چارچوب های از پیش تعیین شده در مرحله اول تدوین سند مذکور از «تکنیک دلفی» به منظور «تعیین ابعاد اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر در ایران» استفاده می شود.

از اینکه همکاری و مشارکت در این طرح را پذیرفتید، کمال سپاسگزاری و قدردانی را دارم.

مجری طرح؛

پژوهشکده چشم انداز و آینده پژوهی

تلفن های تماس مجری:

در این مرحله از تدوین «سند اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر» در پی یافتن ابعاد و مولفه های اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر از طریق اخذ نظر صاحب نظران و سیاستگذاران هستیم. در این مرحله هدف، صرفاً تعیین مولفه های اصلی اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر موردنظر است. همچنین دقت فرمایید در این مرحله هدف تعیین بیانگرها (Indicators) نمی باشد و بیانگرها در مرحله بعد و پس از تعیین مولفه های اصلی استخراج می گردد. برای روشن تر شدن رویکرد تدوین سند حاضر در ابتدا مفهوم ابعاد و مولفه های اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر و رویکرد تدوین سند نسبت به آن تعریف می گردد.

ابعاد و مولفه های اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر:

در این تحقیق منظور کلیه معیارهای عینی و ذهنی است که می توانند زیربنایی برای اقدامات، برنامه ریزی ها یا سیاستگذاری های اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر باشند و در سطوح خرد، میانی و کلان می تواند کاهش تقاضا و عرضه مواد مخدر و روان گردان ها را بطور مستقیم یا غیرمستقیم به همراه داشته باشد. در این تحقیق تعیین شاخص هایی مدنظر است که خود شاخص یا پیامد آن به طور مستقیم یا غیرمستقیم بر روی فرآیندهای اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر تاثیر داشته باشد.

نکاتی در خصوص جدول مولفه ها:

مولفه هایی که در جدول آمده حاصل مطالعه شاخص هایی است که در اسناد بالادستی، پژوهش ها، کتب و سایر منابع اسنادی استخراج و به عنوان مولفه های اولیه و پیشنهادی در جدول زیر آمده است. لذا از شما دعوت می شود برای هر یک از مولفه های پیشنهادی که در جدول آمده است، با علامت گذاری و ارائه توضیح در هر یک از موارد زیر، نظر خود را ارائه فرمایید:

- در صورتی که توضیحات بیشتری نیاز است مرقوم فرمایید.

- مولفه های دیگری که مدنظر شماست و در فهرست دیده نمی شود با ذکر همان ویژگی های پیش گفته، به فهرست اضافه فرمایید. (در آخرین صفحه جدولی به منظور اضافه نمودن مولفه های جدید در نظر گرفته

شده است.)

- اگر در دفاع از نظر خود استدلالی را ضروری می دانید که می تواند دیگران را به نظر شما ترغیب کند، ذکر فرمایید.

ردیف	موانع های اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر در ایران	تا چه حد موانع مناسبی برای اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر باشد						با این تغییرات موانع مناسبی می شود (در صورت نیاز)
		موانع مناسب نمی باشد	خیلی کم	خیلی کم	تا حدودی	زیاد	خیلی زیاد	
۱	«تعیین کننده های اجتماعی اعتیاد» «اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر مستلزم مداخله در تعیین کننده های اجتماعی اعتیاد (کاهش عوامل خطر اجتماعی اعتیاد و افزایش عوامل اجتماعی محافظ در برابر اعتیاد) است.»							
	استدلال - توضیحات (در صورت نیاز)							
۲	«ظرفیت سازی» (Capacity Building) «ظرفیت سازی راهبردی است که امکان اجرای مشارکت اجتماعی در برنامه های مبارزه با مواد مخدر را فراهم می سازد.»							
	استدلال - توضیحات (در صورت نیاز)							
۳	«سازماندهی اجتماعی» «سازماندهی اجتماعی یکی از راهبردهای طراحی اجتماعی در مدل Social design (in practice) و مسیر مداخله منجم برای تصمیم گیری در اقدامات ابتکاری و جامعه محور است و امکان مشارکت عمیق را فراهم می کند.»							
	استدلال - توضیحات (در صورت نیاز)							
۴	«فعالیت های رسانه ای» «اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر مستلزم فعالیتهای رسانه ای (media campaign) از طریق مقابله سازی (persuasion) و پیامرسانی سلامت (health communication) است.»							
	استدلال - توضیحات (در صورت نیاز)							

۵	« سرمایه های اجتماعی » « اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر مستلزم فعال سازی سرمایه های اجتماعی است. »					
	استدلال - توضیحات (در صورت نیاز)					
۶	« سلامت اجتماعی » « اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر مستلزم توجه به همه ابعاد سلامت اجتماعی می باشد. »					
	استدلال - توضیحات (در صورت نیاز)					
۷	« مسئولیت پذیری و پاسخگویی اجتماعی » « اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر مستلزم تمهید اجتماعی، تیل به پاسخگویی اجتماعی، شناخت راههای مسئولیت پذیری اجتماعی و انعکاس ارزشها و منجاریهای مربوط به آن در جامعه است. »					
	استدلال - توضیحات (در صورت نیاز)					
۸	« فراگیری مشارکت اجتماعی » « اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر مستلزم توجه به مشارکت اجتماعی به صورت امری فراگیر و تعمیق یافته در فرهنگ جامعه است. »					
	استدلال - توضیحات (در صورت نیاز)					
۹	« جامعه پذیری » (Socialization) « اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر مستلزم توجه به جامعه پذیری گروه های مختلف اجتماعی بویژه کودکان و نوجوانان می باشد. »					
	استدلال - توضیحات (در صورت نیاز)					

ردیف	موانع های اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر در ایران	تا چه حد موانع مناسبی برای اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر باشد						با این تغییرات موانع مناسبی می شود (در صورت نیاز)
		موانع مناسبی نمی باشد	خیلی کم	خیلی زیاد	کم	تا حدودی	زیاد	خیلی زیاد
۱۰	«ذینفعان» اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر مستلزم تحلیل ذینفعان و توجه به نقش های مشارکتی آنها در مداخلات است. ^{۱۰}							
	استدلال - توضیحات (در صورت نیاز)							
۱۱	«گروه های مرجع» (Reference Group) اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر مستلزم توجه به ارزشگذاران، چهارفرستان و گروه های مرجع جامعه می باشد. ^{۱۱}							
	استدلال - توضیحات (در صورت نیاز)							
۱۲	«گروه های آسیب پذیر (vulnerable) یا در خطر (at-risk/ high-risk)» اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر مستلزم مداخله در گروه های آسیب پذیر (vulnerable) یا در خطر (at-risk/ high-risk) است. ^{۱۲}							
	استدلال - توضیحات (در صورت نیاز)							
۱۳	«اقتدار افزایی (توانمندسازی)» (empowerment) یکی از راهبردهای مهم اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر توانمندسازی یا اقتدارافزایی (Empowerment) است. ^{۱۳}							
	استدلال - توضیحات (در صورت نیاز)							
۱۴	«سازمان های مردم نهاد (NGOs) و اجتماع محور (CBOs)» اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر با مشارکت و مداخله فعال سازمانهای مردم نهاد							

								و اجتماع محور استکاپیر است.	
								استدلال - توضیحات (در صورت نیاز)	
								« شبکه سازی » « اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر مستلزم شبکه سازی و پیوند بین سازمان های مردم نهاد می باشد. »	۱۵
								استدلال - توضیحات (در صورت نیاز)	
								« نفوذ اجتماعی گروه همسالان » « اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر مستلزم توجه به کنش های متقابل اجتماعی و مدیریت های رفتاری گروه های همسالان می باشد. »	۱۶
								استدلال - توضیحات (در صورت نیاز)	
								شبکه های اجتماعی	
								استدلال - توضیحات (در صورت نیاز)	۱۷
								« هنجارهای اجتماعی و خرده فرهنگ ها » « اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر مستلزم مداخله در خرده فرهنگ ها و هنجارهای اجتماعی تسهیل کننده مصرف مواد مخدر به عنوان عوامل خطر و تقویت خرده فرهنگ ها و هنجارهای فرهنگی محافظ می باشد. »	۱۸
								استدلال - توضیحات (در صورت نیاز)	
								« فرهنگ عمومی » « اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر مستلزم تدوین راه و سل های فرهنگی بر اساس وضعیت فرهنگ عمومی و ظرفیت های فرهنگی جامعه می باشد. »	۱۹
								استدلال - توضیحات	

ردیف	موانع های اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر در ایران	تا چه حد موانع مناسبی برای اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر باشد						با این تغییرات موانع مناسبی می شود. (در صورت نیاز)
		موانع مناسبی نمی باشد	خیلی کم	کم	تا حدودی	زیاد	خیلی زیاد	
۲۰	«حمایت اجتماعی» «اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر مستلزم توسعه حمایت های اجتماعی بویژه در گروه های آسیب پذیر است.»							
	استدلال - توضیحات (در صورت نیاز)							
۲۱	«محیط های کار» «اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر مستلزم مداخله در عوامل خطر اجتماعی مربوط به شرایط و محیط کار است.»							
	استدلال - توضیحات (در صورت نیاز)							
۲۲	«محله و اجتماع محلی» «اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر مستلزم توسعه مشارکت ها و مداخلات اجتماع محور در محله های شهری و روستایی می باشد.»							
	استدلال - توضیحات (در صورت نیاز)							
۲۳	«مشارکت پذیری خانواده» «اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر مستلزم برنامه ریزی خانواده محور و مشارکت پذیری خانواده ها می باشد.»							
	استدلال - توضیحات (در صورت نیاز)							
۲۴	«محیط های آموزشی» «اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر نیازمند طراحی مداخلات مشارکتی به منظور کاهش عوامل خطر و تقویت عوامل محافظت امتیاد در محیط های آموزشی می باشد.»							
	استدلال - توضیحات (در صورت نیاز)							

ردیف	موانع هائی اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر در ایران	تا چه حد موانع مناسبی برای اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر باشد						با این تغییرات موانع مناسبی می شود. (در صورت نیاز)
		موانع مناسی نیست باشد	خیلی کم	خیلی زیاد	تا حدودی	زیاد	خیلی زیاد	
۲۵	«پیشگیری وضعی» "اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر مستلزم تنظیم محیط اجتماعی و فیزیکی از طریق راهبردهای پیشگیری وضعی می باشد."							
	استدلال - توضیحات (در صورت نیاز)							
۲۶	«اتومی اجتماعی» "اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر مستلزم توجه به شرایط آتومیک و بی سامانی اجتماع می باشد."							
	استدلال - توضیحات (در صورت نیاز)							
۲۷	«برنامه ریزی مبتنی بر شواهد» (Evidence Based Planning) "اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر مستلزم برنامه ریزی مبتنی بر شواهد و تقاضاهای ادراک شده اجتماعی می باشد."							
	استدلال - توضیحات (در صورت نیاز)							
۲۸	«تشاط اجتماعی» "اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر مستلزم ایجاد تشاط اجتماعی و دسترسی به فرصت های تفریحی جامعه پسند بویژه برای توجوان و گروه های آسیب پذیر از اجتناب است."							
	استدلال - توضیحات (در صورت نیاز)							
۲۹	«بومی سازی برنامه ها» "اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر مستلزم بومی سازی و توجه به تطبیق فرهنگی- اجتماعی برنامه ها می باشد."							
	استدلال - توضیحات (در صورت نیاز)							

ترسیم راه آینده است."						
استدلال - توضیحات						
ردیف	مواجهه های اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر در ایران	تا چه حد موافقه مناسبی برای اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر باشد				
		مواضع مناسب نمی باشد	خیلی کم	کم	حدودی	زیاد
		خیلی زیاد				
۱	استدلال - توضیحات (در صورت نیاز)					
۲	استدلال - توضیحات (در صورت نیاز)					
۳	استدلال - توضیحات (در صورت نیاز)					
۴	استدلال - توضیحات (در صورت نیاز)					
۵	استدلال - توضیحات (در صورت نیاز)					
۶	استدلال - توضیحات (در صورت نیاز)					
۷	استدلال - توضیحات (در صورت نیاز)					
۸	استدلال - توضیحات (در صورت نیاز)					
۹	استدلال - توضیحات (در صورت نیاز)					
۱۰						
استدلال - توضیحات (در صورت نیاز)						

مشخصات مشاور گننده:

جنس: زن ☐ مرد ☐

رشته تحصیلی:

میزان تحصیلات:

طریقه ارتباط و برقراری تماس:

باسمه تعالی

تعهد نامه

اینجانب سید علی موسوی نورمجری طرح سند اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر متعهد می شوم:

- ۱- از ارائه هرگونه اطلاعات مربوط به طرح پژوهشی (در حین اجرا یا پس از اجرا) اجتناب نموده و قبل از اقدام هماهنگی های لازم را با دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری انجام و نسبت به کسب مجوز کتبی از دفتر یاد شده مبادرت نمایم.

سید علی موسوی نور
مجری طرح

نتایج کاربردی:

بر اساس نتایج این طرح اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر عبارت است از؛ فرآیند نهادینه شدن مشارکت و مسئولیت‌پذیری اجتماعی و فراگیر و همگانی شدن آن به‌منظور اثرگذاری و ایفای نقش جامعه در کنترل اعتیاد. بدین منظور سه رویکرد به‌عنوان رویکردهای محوری اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر تعیین گردید؛ (۱) تمرکز بر مشارکت و نقش جامعه و فراگیر و همگانی شدن آن جهت کنترل اعتیاد، (۲) سبب‌شناسی و شناخت تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتیاد (عوامل خطر و محافظ اجتماعی اعتیاد)، (۳) سیاست‌گذاری اجتماعی به‌منظور مداخله و کاهش علل و عوامل اجتماعی اعتیاد. به‌منظور التزام به هماهنگی و همسویی نظرات و شفافیت رویکردی نسبت به اصول و ارزش‌های حاکم بر سند، بیست اصل به‌عنوان بیانیه ارزش‌ها و منشور اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر مشخص گردید که عبارت‌اند از؛ ۱- اصل تعاون اجتماعی و کار جمعی، ۲- اصل گفتمان‌سازی اجتماعی، ۳- اصل عوامل خطر و محافظ اجتماعی، ۴- اصل مراقبت اجتماعی، ۵- اصل حمایت اجتماعی، ۶- اصل مسئولیت‌پذیری اجتماعی، ۷- اصل سازمان‌یادگیرنده، ۸- اصل تاب‌آوری اجتماعی، ۹- اصل اقتدارافزایی، ۱۰- اصل اعتماد اجتماعی، ۱۱- اصل نظارت نهادی شده اجتماعی، ۱۲- اصل سلامت اجتماعی، ۱۳- اصل پاسخگویی اجتماعی، ۱۴- اصل مشارکت اجتماعی، ۱۵- اصل تعامل مؤثر، ۱۶- اصل سرمایه اجتماعی، ۱۷- اصل کنترل اجتماعی غیررسمی، ۱۸- اصل سازمان‌یابی اجتماعی، ۱۹- اصل حمایت یابی، ۲۰- اصل بازاریابی اجتماعی. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده راهبردهای اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر عبارت‌اند از؛ گسترش و نهادینه‌سازی مشارکت و مسئولیت‌پذیری اجتماعی، حمایت یابی و توسعه برنامه‌های مراقبت و حمایت‌های اجتماعی، تقویت محیط‌های اجتماعی سالم، محافظ اجتماعی و بازدارنده از اعتیاد، ارتقای سرمایه اجتماعی و اقتدارافزایی سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع‌محور. بر همین اساس تحقق راهبردهای مذکور نیازمند برنامه‌سازی مؤثر در زمینه‌های؛ گفتمان‌سازی اجتماعی، ارتقای ظرفیت‌های مشارکتی جامعه، حمایت یابی و

تقویت محیط‌های اجتماعی سالم، ارتقای مسئولیت‌پذیری بخش خصوصی، اقتدار افزایی و تقویت هم‌افزایی سازمان‌های مردم‌نهاد، حمایت یابی رسانه‌ای، طراحی و استقرار نظام جامع حمایت و مراقبت اجتماعی و روزآمدسازی و تقویت الزامات قانونی- حقوقی می‌باشد. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده در سطوح محلی نیازمند ظرفیت‌سازی، نهادسازی و ارتقای ظرفیت‌های مشارکتی جامعه می‌باشد. در سطح حاکمیت و سازمان‌های دولتی نیازمند پاسخگویی اجتماعی، روزآمدسازی قوانین، فراهم‌سازی امکان مشارکت اجتماعی، تقویت هماهنگی و همکاری بین بخشی و آموزش و حمایت‌یابی می‌باشد. در سطح بخش خصوصی نیازمند ارتقای مسئولیت‌پذیری اجتماعی و در سطح سازمان‌های مردم‌نهاد نیازمند اقتدار افزایی و هم‌افزایی سازمان‌های مردم‌نهاد و ارتقای سرمایه اجتماعی می‌باشد. به‌منظور انتشار نتایج این طرح روش‌های؛ معرفی گزینه‌های سیاستی (Policy Brief)، ارسال گزارش سند به ذینفعان، تشکیل جلسه با ذینفعان و معرفی در رسانه‌ها پیشنهاد می‌گردد.

Abstract

Objectives: main purpose of the present document gathering was socialization nature determination of drug control for achieving acceptable dimensions and presentations using comments and opinions of experts, gathering of the policies, strategies and socialization programs of the drug control.

Methods: The current document was prepared in four stages and it was edited ۳ times. In the first stage, temporary secretariat and document gathering committee including the addiction and drug control experts was formed. Purpose of this stage was achieving the socialization dimensions and presentations of the drug control by addiction and drug control experts. In order to, systematic and step by step viewpoints were used through collecting views of participants without using individuals' name. Research participants were ۲۱ experts of the drug control including sociology, social worker, social medicine, psychiatry, psychology, management, communications, economy, law and criminology. In total, two periods of the survey and feedback were performed for about ۶ months. Descriptive statistics such as domain, means, standard deviation, mode, mode incidence and qualitative summing was used in each period from collecting responses.

In the second stage, primary draft document of the drug control socialization was gathered according to determined dimensions, presentations and approaches and following, viewpoints of the experts were edited. In the third stage, ۸ panels of the professional and consultative were held with academic institutions and executive organs and after collecting comments and feedbacks, the second version of the document was edited. In the fourth stage, after collecting the experts opinion was edited the third and final version of the socialization document of control drug.

Results:

In the present document, ۱۱ policies were defined as policies of drug control socialization, as follow:

- ۱) Use of all community capacities and active engagement with them.
- ۲) The feasibility of social conversation in order to activate the public area, creating social awareness and promoting the participation culture and social responsibility
- ۳) The feasibility of universal participation through collective actions, community-based and proportional with society capacities.
- ۴) Strengthening Institutionalized supervision of the social by utilizing the capacity of families, local media and civil society.
- ۵) Social Responsibility of systems than finding support, reducing social risk factors and Socio-protective factors of addiction.

- ٦) Developing and facilitating private section participation in format of social responsibility of companies.
- ٧) Strengthening and developing social care and support at all levels of addiction prevention.
- ٨) Strengthening and developing collective activities with the aim of identifying collective values, establishing collective obligations, formation of supportive unions and socially-preventing integrations of addiction.
- ٩) Social organization, development of non-governmental organizations (NGOs) and community-based.
- ١٠) Giving priority prevention strategies on other strategies of addiction control in the program and budget
- ١١) Providing necessary platforms of lawful, legal, protective and supportive in line drug control socialization.

Corresponding to designated policies, four strategies were gathered as main strategies of drug control socialization, as follow:

- ١) Development and participation institutionalization and social responsibility
- ٢) Protecting and developing supportive programs and social care.
- ٣) Strengthening healthy social environments, social security, and addiction inhibitor.
- ٤) Promoting social wealth, Increasing authority of NGOs and community-based.

In this document, in order to performance of policies and strategies, ٨ national programs was gathered and following each program have its specific operational projects. National programs are including:

- ١) Creating social conversations
- ٢) Promoting community participation capacities
- ٣) Protecting and strengthening healthy social environments
- ٤) Promotion of private section responsibility
- ٥) Increasing authority and strengthening of NGOs.
- ٦) Media support
- ٧) Design and establishment of the supportive comprehensive system and social care at all levels of addiction prevention.
- ٨) Updating and strengthening legal and lawful requirements

Keywords: Socialization, drug, document, policy, strategy



Presidency
Iran drug Control Headquarters
Research & Education Office

Socialization document of drug control

Project Executor:
Institute of Vision and Futuring
Seyed Ali Moosavi Noor

Project Supervisor: Dr. Mostafa Maleki