مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی
دفتر مطالعات اجتماعی
مسلسل: ۲۲۰۳۴ ■ آبان ۱۴۰۵

آسیب‌شناسی چرخه سیاستگذاری کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی در ایران



تاریـــخ انتشار: ۱۴۰۵/۸/۱۹
Publish Date: 2026/11/10

عنوان: آسیب‌شناسی چرخه سیاستگذاری کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی در ایران

تهیه و تدوین (Author) **:** ایمان شعبان‌زاده

واژه‌های کلیدی: آسیب اجتماعی، مسائل اجتماعی، چرخه سیاستگذاری، رصد و پایش، سلامت اجتماعی

ناشـر: مرکز پژوهش‌های مجلس شـورای اسلامی

DOI: https://doi.org/10.22034/mrc.report.22034
Permanent Link: https://report.mrc.ir/article_12057.html
Publisher : Islamic Parliament Research Center of Iran

شماره مسلسل: ۲۲۰۳۴
کد موضوعی: ۲۱۰

عنوان: آسیب‌شناسی چرخه سیاستگذاری کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی در ایران

نوع گـزارش: طرح/ لایحه☐، نظارتی☐، راهبردی■، پیش‌نویس قانونی☐

نام دفتر: مطالعات اجتماعی(گروه مسائل و آسیب‌های اجتماعی)

مدیرمطالعه: صابر جعفری کافی‌آباد

ناظران علمی : ریحانه رحمانی‌پور، کمیل قیدرلو

گرافیک و صفحه آرایی : سمیرا صادقی عسکری

ویراستار ادبی : زهرا کریمی

تاریخ شروع مطالعه : ۱۴۰۵/۰۳/۰۱

دفتر مطالعات اجتماعی

نمایه در پایگاه مرکز اطلاعاتی علمی جهاد دانشگاهی (SID)، پایگاه مجلات تخصصی نور (Noor Mags)

فهرست مطالب

چکیده ۶
خلاصه مدیریتی ۷
۱. مقدمه ۸
۲. پیشینه پژوهش ۱۰
۲-۱. سوابق مطالعاتی در مرکز ۱۰
۳. چارچوب مفهومی پژوهش ۱۱
۳-۱. چرخه سیاستگذاری پنج مرحله‌ای ۱۱
۳-۲. سلامت اجتماعی و آسیب اجتماعی: مبانی مفهومی ۱۳
۴. مسئله‌شناسی ۱۴
۴-۱. فقدان نظریه سیاستی بومی ۱۴
۴-۲. آشفتگی مفهومی ۱۵
۴-۳. ضعف در رصد و پایش ۱۵
۵. دستور کارگذاری ۱۹
۶. راهبردگذاری و تدوین سیاست ۲۱
۶-۱. دولت در تقاطع نقش‌های ناسازگار ۲۱
۶-۲. تشتت راهبردی در حوزه مشارکت ۲۲
۷. اجرا (برنامه‌ریزی، بودجه‌ریزی و اقدام) ۲۲
۷-۱. دوگانگی ساختاری در بودجه‌ریزی ۲۳
۷-۲. تشتت اجرایی به‌مثابه پیامد دوگانگی بودجه‌ای ۲۳
۷-۳. نواقص ساختاری در مکانیسم اقدام ۲۳
۸. نظارت و ارزیابی ۲۴
۸-۱. فقدان نظام جامع پایش و ارزیابی ۲۴
۸-۲. ضعف نظام داده و مشارکت ذی‌نفعان ۲۵
۸-۳. ضعف احکام نظارتی و غفلت از ارزیابی اثر ۲۵
۹. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری ۲۵
۱۰. پیشنهادهای سیاستی ۲۷
منابع و مآخذ ۲۹

فهرست جدول

جدول ۱. تحلیل پیشینه پژوهشی ۱۰

فهرست شکل‌ها

شکل ۱. چرخه سیاستگذاری کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی ۱۲
شکل ۲. شاخص های مندرج در اطلس آسیب‌ها و مسائل اجتماعی کشور، ۱۴۰۳ ..... ۱۷
شکل ۳. نگاشت نهادی مجموعه‌های دستورکارگذار و دستگاه‌های زیرمجموعه آنها در حوزه کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی ۲۰

آسیب‌شناسی چرخه سیاستگذاری کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی در ایران

چکیده

این گزارش با هدف آسیب‌شناسی چرخه سیاســـتگذاری کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی در ایران، گسست‌های ساختاری میان پنج مرحله مسئله‌شناسی، دستور کارگذاری، راهبردگذاری و تدوین سیاست، اجرا، و نظارت و ارزیابی را بررسی می‌کند. با وجود تعدد نهادها، قوانین و منابع، آسیب‌های اجتماعی به‌طور مؤثر کنترل و کاهش نیافته‌اند؛ زیرا مشکل اساسی نه کمبود مداخله، بلکه ضعف انسجام و پیوند بازخوردی میان مراحل سیاستگذاری است. یافته‌ها نشان می‌دهد در مرحله مسئله‌شناسی، فقدان نظریه سیاستی بومی سلامت اجتماعی، آشفتگی مفهومی و ضعف شاخص‌سازی و رصد وجود دارد. در مرحله دستور کارگذاری، تعدد نهادهای عالی و نبود سلسله‌مراتب قانونی به اغتشاش نهادی و تداخل مأموریت‌ها انجامیده است. در مرحله تدوین سیاست، نقش‌های متعارض دولت و نبود راهبرد روشن برای مشارکت اجتماعی، تشتت راهبردی ایجاد کرده‌اند. در مرحله اجرا، دوگانگی بودجه‌ای، تخصیص دستگاه‌محور منابع، اجرای جزیره‌ای و نقص زنجیره خدمات، مانع هم‌افزایی شده است. در مرحله نظارت و ارزیابی نیز ضعف داده و پایش، مشارکت محدود ذی‌نفعان، ضمانت اجرای ناکافی و غفلت از ارزیابی اثر، یادگیری سیاستی و بازخورد را مختل می‌کند. در انتها پنج توصیه سیاستی برای اصلاح و تکمیل چرخه و گذار به حکمرانی یکپارچه، فرابخشی و یادگیرنده اجتماعی ارائه شده است: ۱. تثبیت فلسفه سیاستی ســـلامت اجتماعی؛ ۲. استقرار حکمرانی فرابخشی از طریق تقسیم کار ملی و هماهنگی ذیل یک نهاد عالی دستور کارساز؛ ۳. ایجاد نظام ملی رصد و پایش یکپارچه؛ ۴. اصلاح ساختار برنامه‌ریزی، بودجه‌ریزی و اقدام میدانی ذیل یک نهاد راهبر و ۵. تقویت ارزیابی مستقل، احکام نظارتی قابل سنجش و مشارکت ذی‌نفعان.

خلاصه مدیریتی

بیان / شرح مسئله

آسیب‌های اجتماعی، شاخص‌های ساختاری سنجش سلامت نظام جمعی و ظرفیت‌های انسانی جامعه‌اند. نحوه مواجهه نظام حکمرانی با این آسیب‌ها، آزمونی برای سنجش کارآمدی حکمرانی عمومی است. با وجود افزایش تعداد نهادهای مسئول، تصویب قوانین، تدوین اسناد سیاستی، اجرای برنامه‌های متعدد و تخصیص منابع، آسیب‌های اجتماعی در ایران به‌طور مؤثر کنترل و کاهش نیافته‌اند؛ برخی تشدید شده و آسیب‌های جدیدی نیز پدیدار شده‌اند. مشکل اساسی نه کمبود منابع یا فعالیت، بلکه ناکارآمدی چرخه سیاستگذاری به‌مثابه یک نظام منسجم است. چرخه سیاستگذاری شامل پنج مرحله به هم پیوسته است: مسئله‌شناسی، دستور کارگذاری، راهبردگذاری و تدوین سیاست، اجرا، و نظارت و ارزیابی. غیبت پیوند علّی و بازخوردی میان پنج مرحله این چرخه، وضعیتی بوده که می‌توان از آن به‌مثابه «فعالیت‌گرایی بدون هم‌افزایی» یاد کرد. پژوهش حاضر با تحلیل نسبت این مراحل، به دنبال پر کردن خلأ پژوهشی موجود در این زمینه بوده است.

نقطه‌نظرات / یافته‌های کلیدی

الف) مسئله‌شناسی: نظام سیاستگذاری از نظریه سیاستی بومی و منسجمی درباره سلامت اجتماعی برخوردار نیست. وضعیت مطلوب، مرز مفهومی میان آسیب اجتماعی، اختلال، پیامد و عوامل ایجادکننده مبهم است که این آشفتگی طراحی مداخله و تعیین مسئولیت دستگاه‌ها را دشوار می‌کند. همچنین نظام یکپارچه‌ای برای رصد، تحلیل و هشدار زودهنگام وجود ندارد و داده‌ها پراکنده، ناهمگون و دستگاه‌محور باقی مانده‌اند.

ب) دستور کارگذاری: تعدد نهادهای عالی بدون سلسله‌مراتب روشن و تقسیم کار مشخص، به اغتشاش نهادی منجر شده است. جایگاه و حدود صلاحیت نهادهای دستور کارساز مانند شورای اجتماعی کشور و شـــورای عالی رفاه، به‌روشنی تعیین نشده و درنتیجه، هم‌پوشانی وظایف، رقابت صلاحیت‌ها و پراکندگی اولویت‌ها شکل گرفته است.

ج) راهبردگذاری و تدوین سیاست: دولت هم‌زمان نقش‌های راهبر، سیاســـتگذار، متولی اجرایی و مجری را برعهده می‌گیرد که این نقش‌ها گاه با یکدیگر تعارض دارند. در حوزه مشارکت نیز سطح، دامنه و سازوکار آن روشن نیست. در عمل، مشارکت اجتماعی اغلب به خرید خدمت تقلیل یافته و گروه‌های هدف، ارائه‌دهندگان خدمات و نهادهای مدنی در تعریف مسئله، طراحی سیاست و ارزیابی حضور مؤثر ندارند. درنتیجه، تشتت راهبردی و فاصله، میان اهداف اعلام شده و سازوکارهای واقعی است.

د) اجرا: دوگانگی ســـاختار بودجه‌ریزی، تخصیص دستگاه‌محور منابع و نبود مکانیسم اقدام مشـــترک، گسست‌های مرحله اجرا را نشان می‌دهد. اعتبارات براساس اولویت‌های درون‌سازمانی توزیع می‌شوند نه برمبنای یک چارچوب ملی و نتیجه‌محور. اجرای برنامه‌ها جزیره‌ای است و دستگاه‌ها بدون اتصال عملیاتی روشن فعالیت می‌کنند. همچنین زنجیره خدمات از پیشگیری و شناسایی تا درمان، توانمندسازی و بازاجتماعی‌سازی کامل نمی‌شود و احتمال بازگشت فرد به چرخه آسیب افزایش می‌یابد.

هـ) نظارت و ارزیابی: مرحله نظارت و ارزیابی فاقد نظام جامع و یکپارچه است. پایش‌ها منظم، مستمر و مبتنی‌بر شاخص‌های مشترک نیستند و نظام داده توان لازم برای تولید اطلاعات قابل اتکا ندارد. ارزیابی در بسیاری موارد به بررسی انجام فعالیت‌ها محدود می‌شود و میان ارزیابی اجرا و اثر تفکیک روشنی وجود ندارد. احکام نظارتی غالباً فاقد شاخص، متولی، زمان‌بندی و ضمانت اجرای مؤثرند. درنتیجه، یافته‌ها به مسئله‌شناسی و دستور کارگذاری بازنمی‌گردد، خطاها تکرار می‌شوند و یادگیری سیاستی شکل نمی‌گیرد.

برایند گسست‌های این پنج مرحله، «فعالیت‌گرایی بدون هم‌افزایی» است؛ یعنی تعداد زیادی نهاد و برنامه فعال‌اند، اما فعالیت‌ها به‌دلیل فقدان انسجام سیاستی، تقسیم کار روشن، بودجه‌ریزی مشترک و بازخورد مؤثر، به نتیجه تجمعی تبدیل نمی‌شوند. گزارش ضرورت گذار از پارادایم «کنترل واکنشی آسیب» به پارادایم «ارتقای ســـلامت اجتماعی» و عبور از فعالیت‌های جزیره‌ای به سمت حکمرانی یکپارچه، فرابخشی و یادگیرنده اجتماعی را تأکید می‌کند.

پیشنهاد راهکار تقنینی، نظارتی یا سیاستی

۱ **تثبیت فلسفه سیاستی سلامت اجتماعی و تقدم پیشگیری:** باید نظریه‌ای بومی تدوین شود که سلامت اجتماعی را سرمایه انسانی و دارایی ملی تعریف کرده و رویکرد سیاستگذاری را از کنترل واکنشی آسیب به پیشگیری از بروز آسیب و ارتقای سلامت منتقل کند. جهت‌گیری‌های کلان، ازجمله بند «۱۸» سیاست‌های کلی برنامه هفتم پیشرفت، باید به قوانین، برنامه‌ها و سازوکارهای اجرایی ترجمه شوند. تدوین یک سیاست کلی موضوعی همراه با نظریه مبنای بومی و شاخص‌های عملیاتی، می‌تواند حلقه اتصال میان سیاست کلان، قانونگذاری و اجرا باشد.

۲ **ایجاد حکمرانی فرابخشی و تقسیم کار ملی:** برای رفع اغتشاش نهادی باید طرح تقسیم کار ملی تدوین شود تا جایگاه و حدود صلاحیت نهادهای عالی را مشخص؛ نقش شورای اجتماعی کشور و شورای عالی رفاه را شفاف کرده؛ رابطه ستادها و شوراهای موضوعی را تعیین و متولی اصلی هماهنگی را معرفی کند. سازوکار هماهنگی ذیل یک نهاد عالی دستور کارساز باید مستقر شود تا از صدور دستورهای متناقض و موازی جلوگیری کند.

۳ **استقرار نظام ملی رصد و پایش یکپارچه:** نظام ملی رصد باید بر شاخص‌های مشترک، داده‌های قابل اتکا و تحلیل مسئله‌محور استوار باشد. این نظام باید داده‌های دستگاه‌ها را یکپارچه کرده؛ شاخص‌های سلامت اجتماعی و آسیب‌ها را عملیاتی و گروه‌های در معرض آسیب را شناسایی کرده؛ هشدار زودهنگام درباره آسیب‌های نوظهور فراهم آورد؛ و نتایج رصد را به دستور کارگذاری و اولویت‌بندی متصل کند.

۴ **اصلاح برنامه‌ریزی، بودجه‌ریزی و اقدام میدانی:** برنامه‌ریزی و توزیع اعتبارات باید ذیل یک نهاد راهبر و برمبنای تقسیم کار روشن انجام شود. بودجه باید با اهداف، شاخص‌ها و نتایج مورد انتظار پیوند بخورد و مسئول اجرای هر مداخله مشخص باشد. این اصلاح باید دوگانگی اعتبارات جاری و فوق‌العاده را کاهش دهد؛ منابع را از حالت جزیره‌ای خارج کرده؛ دستگاه‌ها را به نتایج ملی و مشترک پاسخگو سازد؛ و زنجیره خدمات پیشگیری، حمایت، درمان، توانمندسازی و بازاجتماعی‌سازی را تکمیل کند.

۵ **تقویت ارزیابی مستقل، نظارت سنجش‌پذیر و بازخورد رسمی:** باید سازوکار یا نهاد ارزیابی مستقل بیرونی ایجاد شود. نظام ارزیابی باید پیش از اجرا، حین و پس از اجرا فعال باشد و میان ارزیابی اجرای برنامه و ارزیابی اثر آن تمایز بگذارد. احکام نظارتی باید دارای شاخص، متولی، زمان‌بندی و ضمانت اجرای قابل اعمال باشند. در نهایت نتایج ارزیابی باید از طریق سازوکاری رسمی به نهاد دستور کارساز بازگردد تا مسئله‌شناسی، اولویت‌بندی و سیاست‌ها اصلاح شوند.

۱. مقدمه

در نظریه حکمرانی معاصر، آسیب‌های اجتماعی دیگر صرفاً پدیده‌هایی فردی یا حاشیه‌ای نیستند؛ بلکه به‌مثابه «شاخص‌های ساختاری سلامت نظام جمعی» تلقی می‌شوند [۱]. اعتیاد، طلاق، کودکان کار، بزهکاری، کودک‌آزاری، بی‌خانمانی و خودکشی، نشانه فرسایش سرمایه اجتماعی و توانایی‌های انسانی هستند که بازتولید آنها آثار زیان‌بار اقتصادی، سیاسی و اخلاقی بلندمدت به‌جای می‌گذارد [۲]. ازاین‌رو، پاسخ نظام حکمرانی به آسیب‌های اجتماعی فراتر از یک مسئولیت اجتماعی، آزمون کارآمدی و ظرفیت حکمرانی عمومی است. این آزمون زمانی با ناکامی مواجه شده که نظام حکمرانی منابع تخصیص دهد، نهادها بیافریند و برنامه‌ها تدوین کند، اما روند آسیب‌ها صعودی باقی بماند. در این وضعیت، معضل اصلی، کمبود منابع، برنامه یا نیروی انسانی نیست؛ بلکه ناکارآمدی چرخه سیاستگذاری به‌مثابه یک نظام است.

در ادبیات تحلیل سیاست عمومی، «چرخه سیاستگذاری» مدلی مفهومی برای فهم چگونگی شناسایی، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی پاسخ نظام حکمرانی به مسائل جمعی است [۳]. این چرخه از پنج مرحله تشکیل می‌شود:

۱. مسئله‌شناسی،
۲. دستور کارگذاری،
۳. راهبردگذاری و طراحی سیاست،
۴. اجرا (برنامه‌ریزی، تخصیص منابع و اقدام)،
۵. نظارت و ارزیابی.

کارآمدی نظام سیاستگذاری مستلزم پیوند ارگانیک، بازخورد علّی و انسجام میان مراحل است. هنگامی که هر مرحله مستقل از دیگری عمل کند، یافته‌های ارزیابی به بازنگری مسئله‌شناسی بازنگردد، دستگاه‌ها با دستور کارهای متناقض مواجه شده و منابع بدون شاخص‌های عملکردی مشترک تخصیص یابد، چرخه از یک نظام یکپارچه به مجموعه‌ای از فعالیت‌های پراکنده و بی‌اثر تبدیل می‌شود.

در ایران، شواهد تجربی و پژوهشی حاکی از گسست ساختاری میان تلاش‌های روزافزون بخش‌های متعدد نظام حکمرانی و پیامدهای ناشی از عدم مهار آسیب‌های اجتماعی است [۴، ۵، ۶]؛ نهادهای متعددی –چه با ماهیت راهبری و چه با مأموریت مداخله تخصصی– در حوزه کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی شکل گرفته، منابع بودجه‌ای دستگاه‌های ذی‌ربط هر سال افزایش یافته و قوانین متعددی در حوزه ارزیابی و اجرا نگاشته شده‌اند، اما این سرمایه‌گذاری نهادی، مالی و قانونی در مواردی به کنترل و کاهش مؤثر آسیب‌ها منجر نشده و از قضا، متأثر از شرایط اقتصادی–اجتماعی داخلی و تحولات جهانی، شاهد رشد برخی آسیب‌های اجتماعی نوظهور و تشدید روندهای موجود هستیم [۴].

برای درک این گسست‌ها، باید نظام کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی را به‌مثابه یک چرخه سیاستی بازخوردی در نظر گرفت تا مشخص شود چرا حجم قابل توجه فعالیت‌ها در این حوزه به انباشت معرفتی و نهادی تبدیل نمی‌شود، از یک مرحله به مرحله بعد منتقل نشده و در نهایت به بازآرایی راهبردی و تقویت اثربخش چرخه منجر نمی‌شود. علت اهمیت تمرکز بر گسست‌های درون چرخه سیاستگذاری نظام کنترل و کاهش آسیب، این است که این گسست‌ها مانع از آن می‌شوند که تلاش‌های پراکنده و موازی دستگاه‌های مختلف، به یک جریان یکپارچه و انباشتی تبدیل شوند. آسیب‌های اجتماعی ماهیتاً میان‌بخشی، انباشتی و چرخه‌ای هستند: علل آنها در حوزه‌های مختلف اقتصادی، فرهنگی، آموزشی و حکمرانی به هم گره خورده‌اند، آثار آنها به‌تدریج انباشته شده و نبود مداخله در یک نقطه، مشکل را به مرحله بعدی منتقل و تشدید می‌کند. حال اگر چرخه سیاستگذاری از مسئله‌شناسی تا ارزیابی دارای شکاف باشد، پاسخ‌های نظام حکمرانی نیز طبیعتاً خطی، بخشی و کوتاه‌مدت خواهند بود؛ درنتیجه دستگاه‌ها در جزیره‌های سیاستی خود کار می‌کنند، منابع براساس اولویت‌های درون‌سازمانی و سلیقه‌ای تخصیص می‌یابند و اثرگذاری فعالیت‌ها با یکدیگر جمع نمی‌شود؛ بلکه حتی ممکن است همدیگر را خنثی کنند. بدون شناسایی و ترمیم این گسست‌ها، افزایش بودجه، تکثیر دستگاه‌ها و وضع قوانین جدید تنها به تولید «فعالیت‌گرایی بدون هم‌افزایی» منجر می‌شود، نه به کاهش آسیب‌ها. درنتیجه، حکمرانی در یک حلقه معیوب گرفتار می‌ماند که در آن خطاها بازتولید، یادگیری سیاستی شکل نمی‌گیرد، و فاصله میان تلاش و پیامد همچنان پابرجا می‌ماند.

پژوهش‌های متعددی که در حوزه چالش‌های نظام کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی در ایران انجام شده، عمدتاً هر کدام بر یکی از ابعاد یا مراحل چرخه سیاستگذاری متمرکز شده‌اند. بدون دیدن نسبت میان مراحل، اصلاحات یا جزئی‌نگر و ناپایدار خواهند بود، یا به‌موازات یکدیگر بی‌اثر خواهند ماند. این گزارش با هدف پر کردن این خلأ پژوهشی، تلاش خواهد کرد تا تحلیلی جامع و ساختاری از پنج مرحله چرخه سیاستگذاری کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی در ایران –از مسئله‌شناسی تا ارزیابی– در نسبت و ارتباط با یکدیگر ارائه دهد تا مبنایی برای اصلاحات قانونی و اجرایی آتی در این حوزه باشد.

۲. پیشینه پژوهش

۲-۱. سوابق مطالعاتی در مرکز

بررسی مستند پیشینه پژوهشی مرکز پژوهش‌های مجلس نشان می‌دهد که گسست‌های درون نظام کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی، به‌صورت پراکنده اما هم‌جهت، در گزارش‌های متعدد دفتر مطالعات اجتماعی مستندسازی شده است. جدول ذیل پنج گزارش کلیدی را به‌همراه دلالت‌های ساختاری هریک بر گسست‌های نهادی، قانونی، مالی، اجرایی و ارزیابانه نظام کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی ارائه می‌کند.

جدول ۱. تحلیل پیشینه پژوهشی

ردیف	عنوان گزارش	سال انتشار	شماره مسلسل	نام دفتر	دلالت‌های ساختاری بر گسست‌های نظام کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی
۱	گزارش نظارتی عملکرد سازمان امور اجتماعی کشور در تنظیم‌گری کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی [۴]	۱۴۰۵	۲۱۷۱۸	دفتر مطالعات اجتماعی	۱. تکثر نهادی بی‌ضابطه و فقدان متولی واحد راهبردی: هم‌زیستی چندین نهاد تنظیم‌گر فاقد مرزبندی صلاحیتی روشن و هماهنگی ساختاری، ۲. ضعف اقتدار قانونی مصوبات شورای اجتماعی: مصوبات این شورا به‌رغم جایگاه رسمی، فاقد الزام‌آوری اجرایی و ضمانت اجرای لازم برای تحقق هماهنگی بین نهادی است، ۳. توزیع غیرهدفمند منابع در غیاب چارچوب راهبردی یکپارچه: تخصیص اعتبارات به دستگاه‌های متعدد بدون تعیین جایگاه دقیق هر یک در چرخه نظام کنترل و کاهش آسیب، موجب انباشت اقدام‌های موازی و عدم امکان ارزیابی عملکرد یکپارچه شده است.
۲	بررسی لایحه بودجه سال ۱۴۰۵ کل کشور (۲۵): آسیب‌های اجتماعی در آینه بودجه [۵]	۱۴۰۴	۲۱۲۸۲	دفتر مطالعات اجتماعی	۱. گسست میان افزایش منابع مالی و پیامدهای اجتماعی: رشد اعتبارات در کنار روند صعودی هم‌زمان شاخص‌های آسیب‌های اجتماعی، نشان‌دهنده ناکارآمدی ساختاری در مکانیزم‌های تخصیص و هزینه‌کرد بودجه است، ۲. ضعف کیفیت حکمرانی بودجه‌ای: فقدان شاخص‌های عملکرد مبتنی‌بر اثربخشی و نبود سازوکار بازخورد ارزیابانه برای اصلاح فرایند تصمیم‌گیری در چرخه‌های بعدی.
۳	بررسی و ارزیابی سیاست‌ها و برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد (۲): ارزیابی فرایند و عملکرد برنامه‌ها [۷]	۱۴۰۴	۲۱۳۶۳	دفتر مطالعات اجتماعی	۱. فقدان چارچوب قانونی منسجم و پیش‌بینی‌پذیر: غیبت قانونی جامع که سلسله‌مراتب وظایف، مرجع تصمیم‌گیری نهایی و ضمانت‌های اجرایی را تعریف کند، ۲. عملکرد ضعیف برنامه‌ها به‌رغم شواهدمحوری: حتی در برنامه‌هایی که مبتنی‌بر شواهد طراحی شده‌اند، سازوکارهای اجرایی، نظارتی و بازخوردی ضعیف، موجب شکاف میان طراحی و دستاورد شده است، ۳. عدم تخصیص کافی و نابهنگام اعتبارات: منابع مالی به شکل سالیانه و بدون تضمین تداوم، پیشگیری بلندمدت را ناممکن کرده است، ۴. غیبت نظام یکپارچه ارزیابی و جایگاه پایین پیشگیری در دستور کار ستاد مبارزه با مواد مخدر: نبود معیارهای ارزیابی واقع‌گرایانه و انتقال یافته‌ها به بازنگری راهبردها، همراه با تمرکز ستاد بر درمان به‌جای پیشگیری، مانع از شکل‌گیری حلقه بازخورد سیاستی شده است.
۴	تحلیلی بر تعارضات قانونی نهادهای تنظیم‌گر حوزه مسائل و آسیب‌های اجتماعی کشور [۶]	۱۴۰۲	۱۹۵۷۵	دفتر مطالعات اجتماعی	۱. هم‌زیستی پنج نهاد تنظیم‌گر موازی بدون تفکیک صلاحیتی شفاف: وجود شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی، شورای اجتماعی کشور، ستاد مبارزه با مواد مخدر، کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی، به‌همراه سازمان امور اجتماعی، موجب تداخل وظایف و تضارب سیاست‌های اعلامی شده است، ۲. تعارض صلاحیت‌ها و فقدان الگوی کلان حکمرانی اجتماعی: هیچ سند بالادستی قانونی یا اجرایی، روابط، وظایف و جایگاه نسبی این نهادها را به‌طور منسجم معین نکرده است، ۳. نامشخص بودن متولی اصلی و نقطه تجمیع داده‌ها: در غیاب یک نهاد واحد با اختیار هماهنگی، امکان تدوین آمار یکپارچه، شاخص‌گذاری واحد و تحلیل جامع از مسائل اجتماعی از بین رفته است.

ردیف	عنوان گزارش	سال انتشار	شماره مسلسل	نام دفتر	دلالت‌های ساختاری بر گسست‌های نظام کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی
۵	بررسی لایحه برنامه هفتم توسعه (۴۲): احکام مرتبط با آسیب‌های اجتماعی [۸]	۱۴۰۲	۱۹۰۹۷	دفتر مطالعات اجتماعی	۱. راهبردگرایی بدون سازوکارهای اجرایی و عملیاتی: احکام برنامه به شکل کلی و اصولی تدوین شده‌اند، اما دستگاه‌های مجری، مهلت‌های زمانی، منابع تخصیصی و ضمانت‌های اجرایی تعریف نشده است. ۲. غفلت از شاخص‌گذاری و الزام ارزیابی عملکرد: هیچ شاخص کمّی یا کیفی برای سنجش پیشرفت و هیچ سازوکار نهادی برای ارزیابی دوره‌ای پیش‌بینی نشده است. ۳. غیبت برنامه‌های جامع و انطباق ضعیف با برنامه ششم توسعه: ارتباط منطقی با دستاوردها، کاستی‌ها و درس‌آموخته‌های برنامه قبلی ناموجود بوده و تداوم راهبردی محقق نشده که نشان‌دهنده انقطاع در پیوستگی اجزای نظام کنترل و کاهش آسیب است.

درحالی که گزارش‌های پیشین هر کدام یکی از ضعف‌های خاص را بررسی کرده‌اند، این پژوهش می کوشد تا ضعف‌ها و چالش‌های نظام کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی را در قالب یک مدل ساختاری واحد از چرخه سیاستگذاری به یکدیگر پیوند داده و نشان دهد که چنانچه گسست میان مراحل این چرخه اصلاح نشود، اصلاحات موضعی در بودجه، برنامه یا نهادها به تحقق اثر پایدار منجر نخواهد شد.

۳. چارچوب مفهومی پژوهش

۳-۱. چرخه سیاستگذاری پنج مرحله‌ای

مفهوم «چرخه سیاستگذاری»[1] یکی از قدیمی‌ترین و پرکاربردترین چارچوب‌های تحلیل فرایند سیاستگذاری عمومی است که ریشه در آثار اولیه لاسول[2] (۱۹۵۶) دارد؛ او فرایند سیاستگذاری را به مراحل شناسایی مسئله، تدوین، اجرا و ارزیابی تقسیم کرد. این چارچوب بعدها توسط اندرسون[3] (۲۰۱۴) و هاولت و رامش[4] (۲۰۰۳)، بسط یافت و به الگویی استاندارد برای تحلیل سیاست‌های عمومی در حوزه‌های اجتماعی، اقتصادی و محیط‌زیستی تبدیل شد. براساس این چارچوب، سیاستگذاری فرایندی خطی و یک‌باره نیست، بلکه نظامی حلقوی و بازخوردی است که در آن خروجی هر مرحله، ورودی مرحله بعد را شکل می‌دهد و نتایج ارزیابی نهایی باید به بازتعریف مسئله در ابتدای چرخه بازگردد [۳].

در گزارش حاضر، سیاستگذاری کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی در ایران براساس همین منطق، به پنج مرحله به هم پیوسته تجزیه شده است: **مسئله‌شناسی، دستور کارگذاری، راهبردگذاری و تدوین سیاست، اجرا، و نظارت و ارزیابی**. این تفکیک، برگرفته از سنت کلاسیک تحلیل سیاست عمومی است که مراحل را به‌عنوان زیرنظام‌ها[5] - یا به‌عبارتی خرده‌نظام‌های - مجزا اما وابسته به هم در نظر می‌گیرد [۳].

مرحله نخست، مسئله‌شناسی، زیربنای کل چرخه است و شامل احصای نظریه سیاستی مبنا، مفهوم‌شناسی، شاخص‌سازی و تولید ابزارهای رصد و پایش می‌شود. این مرحله با آنچه کینگدون[6] (۱۹۸۴) «تعریف مسئله»[7] می‌نامد و پیش‌شرط ورود یک پدیده به دستور کار سیاستگذار است، هم‌خوانی دارد؛ کینگدون تأکید می‌کند که یک وضعیت اجتماعی تنها زمانی به «مسئله سیاستی» بدل شده که با چارچوب مفهومی و شاخص‌های قابل اندازه‌گیری تعریف شود [۹].

مرحله دوم، دستور کارگذاری،[8] به فرایند انتخاب مسائل اولویت‌دار از میان انبوه مسائل شناسایی شده اطلاق می‌شود [۳].

1. Policy Cycle
2. Lasswell
3. Anderson
4. Howlett and Ramesh
5. Subsystems
6. Kingdon
7. Problem Definition
8. Agenda-setting

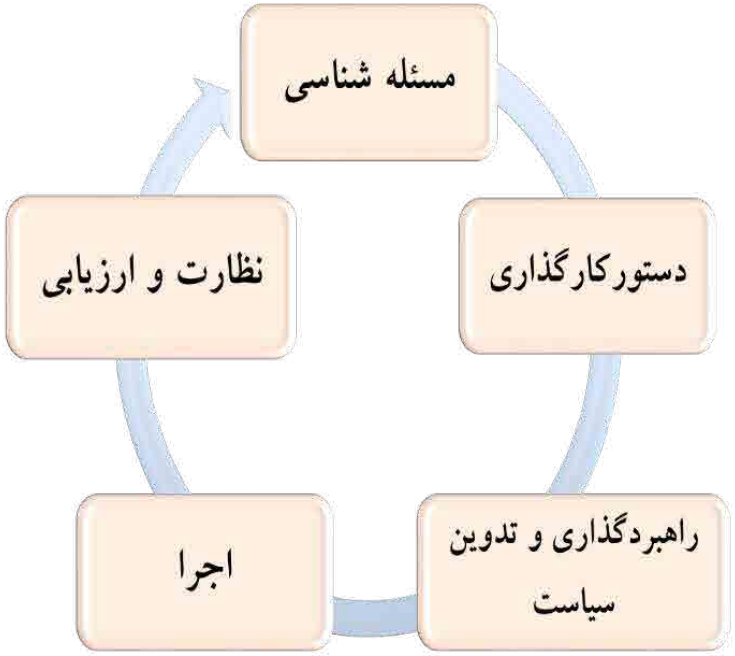
مرحله سوم، راهبردگذاری و تدوین سیاست، مرحله‌ای است که در آن مسائل وارد شده به دستور کار، به برنامه، سیاست و حکم قانونی ترجمه می‌شوند. این مرحله باید براساس شناخت دقیق مسئله، شواهد معتبر، تعیین گروه هدف و تقسیم کار نهادی صورت گیرد. این رویکرد با الگوی «سیاستگذاری مبتنی‌بر شواهد»[1] هم‌راستاست که هِد[2] (۲۰۰۸) آن را ضامن اصلی اثربخشی مداخلات اجتماعی می‌داند [۱۰].

مرحله چهارم، اجرا، شامل برنامه‌ریزی، تخصیص منابع و اقدام میدانی است. «اقدام» به‌عنوان گام نهایی این مرحله تعریف شده که در آن دانش، داده، اولویت و سیاست به مداخله واقعی -پیشگیرانه، حمایتی، درمانی یا توانمندساز- تبدیل می‌شود؛ پرسش محوری این مرحله «چه اقدامی، برای چه گروهی، در کجا و با چه ابزارهایی» است. این تعریف با رویکرد «اجرای پایین به بالا»[3] که توسط لیپسکی[4] (۱۹۸۰) معرفی شد، قرابت دارد که تأکید می‌کند اثربخشی سیاست نه در متن مصوب، بلکه در نحوه اجرای میدانی توسط کارگزاران خط مقدم[5] تعیین می‌شود [۱۱].

مرحله پنجم و پایانی، نظارت و ارزیابی است که باید از طریق تولید بازخورد کل چرخه را اصلاح کند. این کارکرد بازخوردی، هسته اصلی مدل «چرخه یادگیرنده سیاستی»[6] در آثار زاهاریادیس[7] (۲۰۰۷) و هال[8] (۱۹۹۳) است؛ هال به‌ویژه بر این نکته تأکید دارد که بدون ارزیابی مستقل و بازگشت نتایج آن به تعریف مسئله، سیاستگذاری در سطح «تغییرات درجه اول» (تنظیم ابزارها) متوقف می‌ماند و هرگز به «تغییرات درجه سوم» (بازاندیشی در اهداف و مفروضات بنیادین) نمی‌رسد[9] [۱۲].

در مجموع، رابطه میان این پنج مرحله در چارچوب گزارش حاضر، خطی و مجزا نیست، بلکه علّی، پیوسته و بازخوردی است. در شکل ذیل نسبت بازخوردی این خرده‌نظام‌ها نمایش داده شده است.

شکل ۱. چرخه سیاستگذاری کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی



مأخذ: یافته‌های گزارش.

1. Evidence-based Policy-making
2. Head
3. Bottom-up Implementation
4. Lipsky
5. Street-level Bureaucrats
6. Policy Learning Cycle
7. Zahariadis
8. Hall

۹. از منظر هال، «تغییرات درجه اول» ناظر بر تنظیم دقیق ابزارهای اجرایی موجود بدون تغییر در اهداف یا چارچوب سیاست است (برای مثال تغییر میزان بودجه یک برنامه)؛ «تغییرات درجه دوم» ناظر بر جایگزینی یا بازطراحی ابزارها و سازوکارهای اجرایی است، درحالی که اهداف کلان سیاست ثابت می‌ماند (برای مثال تغییر نهاد مجری یا روش تخصیص منابع)؛ و «تغییرات درجه سوم» ناظر بر بازاندیشی در خود اهداف و مفروضات بنیادین سیاست (پارادایم سیاستی) بوده، که معمولاً نتیجه یادگیری از بازخورد ارزیابی مستقل است (برای مثال تغییر از رویکرد درمان‌محور به رویکرد پیشگیری ساختاری) [۱۲].

کارآمدی این چرخه، منوط به حفظ پیوند علّی میان مراحل است. غیبت این پیوند، به پدیده‌ای منجر شده که در گزارش حاضر «فعالیت‌گرایی بدون هم‌افزایی» نامیده شده است. مفهوم «فعالیت‌گرایی بدون هم‌افزایی» به موقعیتی اشاره دارد که دستگاه‌های اجرایی به‌صورت پراکنده و بدون هماهنگی با چارچوب سیاستی کلان، برنامه‌ها و مداخلات خود را پیاده می‌کنند. در این وضعیت، هر نهاد براساس اولویت‌های موردی، انگیزه‌های بودجه‌ای یا منافع سازمانی خود عمل می‌کند، نه براساس یک استراتژی یکپارچه ملی. درنتیجه، صرف منابع بدون اثرگذاری تجمعی و غیبت بازخورد معنادار به چرخه سیاستگذاری است؛ یعنی فعالیت‌های زیاد اما بدون انسجام، یادگیری سیستمی یا هم‌افزایی واقعی.

۲-۳. سلامت اجتماعی و آسیب اجتماعی: مبانی مفهومی

مفهوم «سلامت اجتماعی»[1] در ادبیات علوم اجتماعی و سیاستگذاری عمومی، تحولی مفهومی از رویکرد «بیمارمحور» به رویکرد «ظرفیت‌محور» را بازتاب می‌دهد. سازمان بهداشت جهانی در اساسنامه ۱۹۴۸ خود، «سلامت» را نه صرفاً فقدان بیماری، بلکه «وضعیت کامل رفاه جسمی، روانی و اجتماعی» تعریف کرد[۱۳]. این تعریف، بُعد اجتماعی سلامت را در کنار ابعاد زیستی و روانی به رسمیت شناخت و زمینه را برای نظریه‌پردازی مستقل در حوزه سلامت اجتماعی فراهم آورد. کِیز[2] (۱۹۹۸) در تأثیرگذارترین چارچوب نظری این حوزه، سلامت اجتماعی را در پنج بُعد تعریف کرد: انسجام، پذیرش، مشارکت، شکوفایی و یکپارچگی اجتماعی. این چارچوب، سلامت اجتماعی را نه وضعیتی ایستا، بلکه فرایندی پویا از تعامل فرد با ساختارهای اجتماعی می‌داند[۱۴].

در ادبیات سیاستگذاری عمومی، سلامت اجتماعی به‌عنوان «زیرساخت» نظام امنیتی و رفاهی هر جامعه تلقی می‌شود؛ به‌عبارت دیگر، قبل از آنکه دولت به مهار و کاهش آسیب‌های اجتماعی بپردازد، باید زمینه‌های سلامت اجتماعی را فراهم آورد. اگر به تعبیر پاتنام (۱۹۹۳)، سرمایه اجتماعی را به‌مثابه شبکه‌های اعتماد و همکاری، پیش‌شرط کارآمدی نهادهای دمکراتیک و توسعه اقتصادی پایدار بدانیم[۱۵]، بدون وجود چنین سرمایه‌ای، هر برنامه کنترل آسیب صرفاً واکنشی و موقت خواهد بود. این نگاه نشان می‌دهد که اگر دولت صرفاً روی «کاهش» آسیب‌ها تمرکز کند، در واقع نشانه‌های ظاهری یک بیماری ساختاری را درمان کرده اما ریشه بحران -یعنی فرسایش سرمایه اجتماعی و ضعف ظرفیت‌های جمعی- دست‌نخورده باقی می‌ماند. بنابراین، سیاستگذاری سلامت اجتماعی نه‌تنها مقدم بر کنترل آسیب‌ها، بلکه شرط امکان اثربخشی پایدار آن است.

«آسیب اجتماعی»[3] مفهومی است که در تقابل با سلامت اجتماعی تعریف می‌شود و به پدیده‌هایی اطلاق شده که ظرفیت‌های فردی و اجتماعی را تخریب کرده، پیوندهای اجتماعی را فرسوده و هزینه‌های عمومی قابل توجهی تحمیل می‌کنند[۱۶]. در جامعه‌شناسی کلاسیک و در خوانش رابرت مرتون،[4] آسیب اجتماعی زمانی رخ می‌دهد که ساختار اجتماعی فرصت‌های برابر برای دستیابی به اهداف فرهنگی (مانند موفقیت اقتصادی) فراهم نکند و افراد به شیوه‌های ناسازگار برای رفع این فاصله روی آورند. این رویکرد، آسیب را نه ناشی از انحراف فردی، بلکه محصول فشار ساختاری می‌داند[۱۷]. آسیب‌های اجتماعی در این دیدگاه، بازتاب نابرابری‌های ساختاری و محرومیت‌های اجتماعی‌اند که بر سلامت و رفاه افراد تأثیر می‌گذارند. عواملی چون فقر، بیکاری، ضعف آموزش، شرایط مسکن نامناسب، و تبعیض، زمینه‌ساز آسیب‌های قابل مشاهده (اعتیاد، خشونت، بیماری‌های روانی و غیره) هستند.

این تحلیل، نکته‌ای بنیادین برای سیاستگذاری اجتماعی در ایران دارد: تا زمانی که مداخلات نظام حکمرانی صرفاً بر مهار پیامدهای رفتاری (نظیر اعتیاد یا خشونت) متمرکز باشند و به علل ساختاری نابرابری در دسترسی به فرصت‌های اقتصادی، آموزشی و مسکن نپردازند، سیاست‌های کنترل آسیب، کارکردی موقتی و علامتی خواهند داشت، نه اصلاحی. از منظر مرتون، بازتولید آسیب اجتماعی تا زمانی ادامه می‌یابد که فاصله میان اهداف فرهنگی مشروع (مانند رفاه و پیشرفت) و ابزارهای نهادی دسترسی به آنها ترمیم نشود[۱۷]. بنابراین، هرگونه چرخه سیاستگذاری کارآمد باید در کنار برنامه‌های کاهش آسیب رفتاری، مداخلات ساختاری در حوزه توزیع فرصت (اشتغال، آموزش، مسکن) را نیز در دستور کار قرار دهد. عدم توجه به این بُعد ساختاری موجب شده منابع عمومی صرف مهار نشانه‌ها شود، درحالی‌که سازوکارهای تولیدکننده آسیب در سطح نظام توزیع فرصت‌ها بازتولید می‌شوند.

1. Social Health
2. Keyes
3. Social Harm/Social Pathology
4. Robert K. Merton

۴. مسئله‌شناسی

مرحله مسئله‌شناسی در چرخه سیاستگذاری آسیب‌های اجتماعی، زیربنای کل نظام حکمرانی این حوزه است؛ زیرا تعیین می‌کند که نظریه سیاستی مبنا چیست، چه پدیده‌هایی «آسیب اجتماعی» تلقی شده، چه تمایزی میان آسیب اجتماعی، اختلال کارکردی، پیامد اجتماعی و عوامل زمینه‌ای وجود دارد، و با چه ابزارها و کیفیتی می‌توان شاخص‌های سلامت اجتماعی و پدیده‌های آسیبی را رصد و پایش کرد. در ادبیات سیاستگذاری عمومی، این مرحله به «تعریف مسئله» معروف است و از «دیرزمان مشخص شده که نحوه تعریف مسئله، راه‌حل‌های بعدی را تعیین می‌کند»[۳]. استون (۲۰۱۲) نشان داد که سیاستگذاری عمومی نه از واقعیت‌های عینی، بلکه از «ساخت‌های مسئله»[1] آغاز می‌شود؛ بنابراین، تعریف درست یا نادرست مسئله، چرخه را از همان آغاز به مسیری پیشگیرانه یا درمانی هدایت می‌کند[۱۵].

مسئله‌شناسی در حوزه کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی ناظر بر سه اقدام است:

۱. **احصای یک نظریه سیاستی مبنا،**
۲. **مفهوم‌شناسی ،**
۳. **شاخص‌سازی و کاربست ابزارهای کارآمد برای رصد و پایش.**

فقدان نظام منسجم مسئله‌شناسی، به خلأ نظریه حکمرانی، آشفتگی مفهومی، ناهمگنی داده‌ها و ناسازگاری تحلیل‌ها منجر می‌شود که این آشفتگی می‌تواند خود را در ادامه چرخه به تناوب بازتولید و کل سیاستگذاری حوزه کنترل و کاهش آسیب را دچار خطای تشخیص کند. در ادامه به بررسی وضعیت سه ساحت خرده‌نظام مسئله‌شناسی در چرخه کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی در کشور می‌پردازیم.

۴-۱. فقدان نظریه سیاستی بومی

خلأ نخست، نبود نظریه سیاستی بومی و منسجم درباره سلامت اجتماعی است. در کشور، چون نظریه سیاستی بومی در حوزه سلامت اجتماعی وجود ندارد، وضعیت مطلوب یا آرمانی سلامت اجتماعی به‌صورت دقیق تعریف نشده و شاخص‌های دقیق و عملیاتی برای توصیف وضعیت بهینه سلامت اجتماعی احصا نشده است. از این منظر، تعریف درستی از آسیب اجتماعی شکل نمی‌گیرد و در نهایت نظام رصد و پایش از ارائه یک سیمای توصیفی مطلوب از وضعیت جامعه ناتوان می‌شود. برخلاف حوزه‌هایی چون «سلامت عمومی» یا «امنیت غذایی» که دارای چارچوب‌های نظری معین و شاخص‌های عملیاتی هستند، در حوزه سلامت اجتماعی کشور ما، وضعیت مطلوب مشخص نیست. اساسنامه سازمان امور اجتماعی (مصوب ۱۴۰۴) سلامت اجتماعی را «شرایط سلامت‌بخشی که در چارچوب موازین شرعی و مبتنی‌بر پنج مؤلفه ادغام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انسجام اجتماعی است» تعریف کرده و مقرر داشته که «ارتقای آن موجب پایش (کنترل) و کاهش آسیب‌های اجتماعی می‌شود». همچنین براساس ماده (۴) این اساسنامه، وظیفه «برنامه‌ریزی و راهبری لازم در راستای ارتقای سلامت اجتماعی و پایش (کنترل) و کاهش آسیب‌های اجتماعی» برعهده این سازمان است[۱۸]. بااین‌حال، این تعریف اساسنامه‌ای تاکنون به چارچوب عملیاتی و شاخص‌های سنجش‌پذیر تبدیل نشده است.

برای عملیاتی کردن این چارچوب، می‌توان به دو گام اشاره کرد: نخست، توسعه شاخص‌های بومی سنجش سلامت اجتماعی براساس همان پنج مؤلفه‌ای که اساسنامه سازمان امور اجتماعی ذکر کرده -ادغام، پذیرش، مشارکت، شکوفایی و انسجام- اما این بار با طراحی پرسش‌نامه‌های ملی، شاخص‌های کمّی قابل رصد، و معیارهای آستانه برای وضعیت بهینه. دوم، ایجاد زیرساخت نهادی رصد و پایش که به‌صورت مستمر این شاخص‌ها را در سطح جامعه اندازه‌گیری و تغییرات را در طول زمان پیگیری کند؛ بدون این زیرساخت، نه می‌توان ادعای «ارتقا» را محک زد و نه آسیب‌های اجتماعی را به‌عنوان «انحراف از خط پایه سلامت اجتماعی» تعریف کرد. عملیاتی شدن نظریه سلامت اجتماعی به این معناست که سیاستگذار بتواند بگوید «این جامعه امروز در شاخص ادغام اجتماعی در نقطه الف قرار دارد و هدف رسیدن به نقطه ب است»، و سپس مداخلات پیشگیرانه را براساس فاصله از وضع مطلوب طراحی کند نه آنکه صرفاً پس از بروز آسیب به دنبال مهار آن

1. Problem Constructions

باشد. بیکر و تیتشر[1] (۱۹۹۸) در بررسی سیاستگذاری اجتماعی اروپایی نشان دادند که در غیاب چنین چارچوب عملیاتی و پیش‌دستانه‌ای، سیاستگذاری مسائل و معضلات اجتماعی صرفاً به «واکنش به آمارهای آسیب» تقلیل می‌یابد[۱۹].

۲-۴. آشفتگی مفهومی

آشفتگی مفهومی، دومین شکاف بنیادین در مرحله اول سیاستگذاری کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی در کشور است. در حوزه مفهوم‌شناسی و اینکه آسیب اجتماعی چیست، سال‌ها در اسناد و قوانین کشور چالش وجود داشت و تعریف مشخصی در قوانین حوزه آسیب وجود نداشت، تا اینکه در سال ۱۴۰۴ اساسنامه سازمان امور اجتماعی، مشخصاً آسیب اجتماعی را تعریف کرد: «هر نوع عمل فردی یا جمعی که به نوعی ارزش‌های مرسوم و مورد قبول جامعه و یا ارزش‌های دینی را به چالش می‌کشد و از نظر شرعی، اخلاقی، عرفی، اجتماعی و یا قانونی ناپذیرفتنی است»[۱۸]. تعریف سازمان امور اجتماعی به‌عنوان یک تعریف مرجع و مورد استناد در کشور، اکنون واجد چالش‌ها و ابهاماتی بوده؛ این تعریف به‌دلیل شمول مسائل فرهنگی و اخلاقی، اتخاذ نگاه بسیار کلان و تا حدی غیرتخصصی، همچنان در ایجاد یک چتر مفهومی منسجم و عملیاتی که بتوان از دل آن یک گونه‌شناسی دقیق و مرزبندی شفاف بین آسیب‌های اجتماعی، اختلالات اجتماعی، پیامدها و عوامل زمینه‌ای استخراج کرد، ناتوان است. البته تعریف یک پدیده آسیبی و تعیین حدود و ثغور مفهومی آن اصولاً کار دشواری است، اما بااین‌حال تلاش‌های زیادی در این زمینه در مطالعات علمی و نهادهای بین‌المللی فعال در این زمینه صورت گرفته که می‌شود از آنها برای ساخت یک مدل مفهومی بومی استفاده کرد. نهادهای بین‌المللی حوزه کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی- مانند برنامه توسعه سازمان ملل،[2] دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل،[3] و سازمان بهداشت جهانی[4]- در یک اجماع مفهومی، معمولاً تمایزی بین «آسیب اجتماعی» و هرگونه «اختلال اجتماعی کارکردی» یا «نقص فردی» قائل می‌شوند. بر این اساس، یک «اختلال کارکردی» فقط وقتی «آسیب» محسوب می‌شود که سه شاخص هم‌زمان وجود داشته باشد:

۱. آن مسئله فراگیر شود،
۲. آن مسئله پیامدهای محسوس اجتماعی داشته که توسط یک اجتماع یا جمعی از افراد قابل مشاهده و درک باشد،
۳. با نقض سلامت اجتماعی جامعه، نگرانی عمومی نسبت به آن مسئله به وجود بیاید[۲۰، ۲۱، ۲۲].

این رویکرد با معیار «بهنجاری» در سنت نظری دورکیم[5] نیز هم‌خوانی دارد؛ او تأکید کرده که یک پدیده اجتماعی تنها زمانی پاتولوژیک است که شیوع آن از میانگین جوامع مشابه فراتر رود و کارکرد تطبیقی جامعه را مختل کند[۲۳]. به‌عنوان مثال، پدیده «اعتیاد» زمانی آسیب اجتماعی تلقی می‌شود که تعداد آن به سطح قابل توجه برسد، سلامت و آینده افراد را تهدید کند و جامعه و نهادهای تخصصی آن را نیازمند مداخله (و سیاستگذاری) بدانند. **غیاب چنین معیار کمّی در تعریف رسمی نظام کنترل و کاهش آسیب کشور، موجب شده طیف وسیعی از اختلالات فردی بدون سنجش شیوع یا پیامد اجتماعی، ذیل عنوان آسیب اجتماعی دسته‌بندی شوند.**

۳-۴. ضعف در رصد و پایش

پیامد دو شکاف فوق، خود را در آخرین زنجیره خرده‌نظام مسئله‌شناسی -ساحت رصد و پایش- نشان می‌دهد؛ در واقع گسست نظری (نبود نظریه مبنا) و گسست مفهومی (نبود مرزبندی روشن) به ضعف در شاخص‌سازی‌های عملیاتی و در نهایت ناهمگنی و نابسندگی داده‌ها می‌انجامد. رصد و پایش آسیب‌های اجتماعی یکی از مهم‌ترین ابزارهای تکمیل مرحله مسئله‌شناسی و نقطه اتصال آن با دستور کارگذاری است. در این مرحله، شاخص‌ها و سنجه‌های حاصل از نظریه سیاستی سلامت اجتماعی و پدیده‌های آسیبی مرتبط با آن ارزیابی می‌شود. سیستم رصد و پایش در واقع در نقش «چشم سیاستگذار» عمل می‌کند و مبنای اولویت‌گذاری، هشدار زودهنگام و در نهایت ارزیابی اثربخشی

1. Becker and Titscher
2. UNDP
3. UNODC
4. WHO
5. Durkheim

سیاست‌ها را فراهم می‌آورد. بدون وجود چنین سیستمی، سیاستگذار به‌جای داشتن دید روشن از وضعیت واقعی جامعه، تنها به فهرستی از آمارهای پراکنده و خام دسترسی خواهد داشت. ضعف در طراحی سیستم پایش، به تولید داده‌های مقطعی و فاقد قدرت تبیین منجر شده که امکان تحلیل علّی و سیاستگذاری مبتنی‌بر شواهد را به‌شدت محدود می‌کند. در واقع کیفیت رصد و پایش تعیین می‌کند که سیاستگذار به کدام مسائل توجه کرده، کدام آسیب‌ها را اولویت‌بندی کند و در نهایت چگونه منابع محدود را تخصیص دهد.

در حال حاضر یکی از مهم‌ترین ابزارهای رصد و پایش آسیب‌ها و مسائل اجتماعی در نظام حکمرانی کشور «اطلس آسیب‌های اجتماعی» است. تدوین این اطلس، نخستین گام جدی در نظام سیاستگذاری اجتماعی ایران برای پایش وضعیت آسیب‌های اجتماعی در کشور بوده که از برنامه ششم توسعه (جزء «۳» بند «الف» ماده (۸۰))[1] در دستور کار وزارت کشور قرار گرفت [۲۴]. این اطلس واجد مزایا و البته چالش‌های جدی است. ازجمله ظرفیت‌های راهبردی اطلس می‌توان به دو مورد اشاره کرد.

- **رسمیت‌بخشی به «آسیب اجتماعی» به‌عنوان یک موضوع حکمرانی:** مهم‌ترین نقطه قوت اطلس موجود این است که آسیب‌های اجتماعی را از حاشیه گزارش‌های پژوهشی به متن نظام رسمی رصد کشور آورده و به نوعی به «آسیب اجتماعی» به‌عنوان یک موضوع حکمرانی رسمیت بخشید.
- **ایجاد حداقلی از انسجام داده‌ای بین دستگاه‌ها:** اطلس فعلی که حدود هشت سال سالیانه منتشر می‌شود، اولین تجربه جدی کنار هم آوردن داده‌های چند دستگاهی است؛ ولو به‌صورت تجمیعی و خام. این کار مقاومت دستگاه‌ها را برای تبادل داده شکسته و فضای همکاری را هموار کرده است. ایجاد این پلتفرم مشترک داده‌ای، اولین گام برای غلبه بر مقاومت نهادی در این حوزه است. در این معنا، اطلس نقطه عطفی در گذار از پراکندگی کامل به امکان همکاری بین دستگاهی است [۲۵].

بااین‌حال، اطلس فعلی آسیب‌ها و مسائل اجتماعی واجد چندین ضعف و کاستی نیز است که در ادامه اشاره‌ای به آنها خواهد شد.

- **نهادمحوری و داده‌محوری اطلس به‌جای مسئله‌محوری:** اطلس فعلی عمدتاً برمبنای داده‌های در دسترس دستگاه‌های رسمی شکل گرفته است، نه براساس یک چارچوب مفهومی منسجم از سلامت اجتماعی و «آسیب اجتماعی». این مسئله به‌دلیل عدم وجود شاخص‌های مبتنی‌بر نظریه مبنایی سلامت اجتماعی است. در آخرین اطلس انتشار یافته توسط سازمان امور اجتماعی کشور (سال ۱۴۰۳) داده‌های خیلی از دستگاه‌ها -که از قضا کارویژه‌های مداخله‌ای و میدانی و ماهیت خدماتی دارند- در گزارش دیده نمی‌شود: مانند سازمان بهزیستی، وزارت آموزش و پرورش، ستاد مبارزه با مواد مخدر، شوراهای حل اختلاف، مراکز مشاوره دانشگاه‌ها و غیره. در حال حاضر بخش قابل توجهی از منابع مهم تولید داده در حوزه مسائل اجتماعی به این اطلس متصل نشده‌اند. به‌عنوان مثال، طرح «نماد» در آموزش و پرورش داده‌هایی تولید می‌کند پیرامون خشونت علیه دانش‌آموز، مشکلات روانی-اجتماعی دانش‌آموزان، اعتیاد والدین، ترک تحصیل پنهان؛ اما این داده‌ها وارد اطلس نمی‌شوند. یا به‌عنوان مثال، مراکز مشاوره دانشگاه‌ها اطلاعات بسیار ارزشمندی دارند درباره افسردگی و اضطراب جوانان، افکار خودکشی، تعارضات خانوادگی و فشارهای اقتصادی و تحصیلی؛ اما این داده‌ها هم در نظام رصد اطلس غایب‌اند. این کاستی موجب شده اطلس نتواند تصویر جامعی از وضعیت آسیب‌های اجتماعی، به‌ویژه در گروه‌های حساس مانند کودکان، نوجوانان و جوانان ارائه دهد. پیامد این نهادمحوری آن است که اطلس به‌طور ناخواسته سوگیری ساختاری پیدا می‌کند؛ یعنی آسیب‌هایی که امکان ثبت رسمی، تعریف حقوقی یا پیگیری انتظامی دارند پررنگ شده، درحالی‌که بسیاری از آسیب‌های عمیق، تدریجی و پنهان اجتماعی- همچون آسیب‌های برآمده از فضای مجازی، خشونت خانگی، فرسایش سلامت روان، انزوای اجتماعی یا آسیب‌های نوپدید- اساساً وارد اطلس نمی‌شوند. این رویکرد باعث می‌شود که مرز میان «آسیب اجتماعی»، «شاخص جمعیتی»، «رخداد انتظامی» و «پیامد قضایی» مخدوش شده و به خطای تشخیص در دستور کارگذاری برای سیاستگذار منجر شود. در تصویر ذیل شاخص‌های ارائه شده در اطلس آسیب‌ها و مسائل اجتماعی در سال ۱۴۰۳ نمایش داده شده است:

۱. «تدوین سالیانه اطلس آسیب‌های اجتماعی و سرمایه اجتماعی براساس شاخص‌های سلامت اجتماعی در کشور توسط سازمان امور اجتماعی و ارائه آن به مراجع ذی‌ربط».

شکل ۲. شاخص های مندرج در اطلس آسیب‌ها و مسائل اجتماعی کشور، ۱۴۰۳ [۲۵]

سازمان متولی آمار	عنوان شاخص	نحوه محاسبه
سازمان ثبت احوال کشور	ازدواج عمومی	تعداد تقسیم بر جمعیت کل ضربدر ۱۰۰۰
	طلاق عمومی	تعداد تقسیم بر جمعیت کل ضربدر ۱۰۰۰
	طلاق متأهلین	تعداد تقسیم بر جمعیت زنان دارای همسر ضربدر ۱۰۰۰
سازمان ثبت احوال کشور	باروری	TFR از مجموع ASFR های برمبنای گروه‌های سنی ضربدر ۵ (با توجه به اینکه هر گروه سنی شامل ۵ سن می‌شود) توضیح ASFR تعداد موالید زنده یکسال زنان گروه سنی تقسیم بر جمعیت زنان همان گروه سنی ضربدر ۱۰۰۰ ASFR: نرخ باروری سنی TFR: نرخ باروری کلی
سازمان پزشکی قانونی کشور	فوت‌شدگان خودکشی	تعداد تقسیم بر جمعیت کل ضربدر ۱۰۰ هزار
	فوت‌شدگان دیگرکشی	تعداد تقسیم بر جمعیت کل ضربدر ۱۰۰ هزار
	فوت‌شدگان مواد مخدر	تعداد تقسیم بر جمعیت کل ضربدر ۱۰۰ هزار
	فوت‌شدگان ناشی از مصرف مشروبات الکلی	تعداد تقسیم بر جمعیت کل ضربدر ۱۰۰ هزار
	همسرآزاری	تعداد تقسیم بر جمعیت کل ضربدر ۱۰۰ هزار
	کودک‌آزاری	تعداد تقسیم بر جمعیت کل ضربدر ۱۰۰ هزار
	سقط جنین	تعداد تقسیم بر جمعیت کل ضربدر ۱۰۰ هزار
	فوت‌شدگان تصادفات	تعداد تقسیم بر جمعیت کل ضربدر ۱۰۰ هزار
	مجروحان تصادفات	تعداد تقسیم بر جمعیت کل ضربدر ۱۰۰ هزار
سازمان پزشکی قانونی کشور	فوت‌شدگان مسمومیت با مواد...	تعداد تقسیم بر جمعیت کل ضربدر ۱۰۰ هزار
سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور	ورودی زندانیان	تعداد تقسیم بر جمعیت بالای هجده سال ضربدر ۱۰۰ هزار
	موجودی زندانیان	تعداد تقسیم بر جمعیت بالای هجده سال ضربدر ۱۰۰ هزار
	ورودی کانون‌های اصلاح و تربیت	تعداد تقسیم بر جمعیت بالای هجده سال ضربدر ۱۰۰ هزار
	موجودی کانون‌های اصلاح و تربیت	تعداد تقسیم بر جمعیت بالای هجده سال ضربدر ۱۰۰ هزار
سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور	زیرشاخص‌های زندانیان	سهم گرفته شود
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	اقدام‌کنندگان به خودکشی	تعداد تقسیم بر جمعیت بالای ده سال ضربدر ۱۰۰ هزار
نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران	وقوع سرقت	تعداد تقسیم بر جمعیت کل ضربدر ۱۰۰ هزار
	کشفیات مواد مخدر و مشروبات	تعداد تقسیم بر جمعیت کل ضربدر ۱۰۰ هزار
	نزاع بین‌فردی	تعداد تقسیم بر جمعیت کل ضربدر ۱۰۰ هزار
	نزاع دسته‌جمعی	تعداد تقسیم بر جمعیت کل ضربدر ۱۰۰ هزار
	تجاوز به عنف	تعداد تقسیم بر جمعیت کل ضربدر ۱۰۰ هزار
نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران	فرار از منزل دختران و زنان	تعداد تقسیم بر جمعیت کل ضربدر ۱۰۰ هزار
معاونت اجتماعی و پیشگیری از وقوع جرم قوه قضاییه	پرونده‌های قضایی(اتهام و خواسته)	سهم گرفته شود

در وضعیت ایدئال، اطلس آسیب‌های اجتماعی باید از منطق مسئله‌محور تبعیت و در قالب یک سامانه تجمیع ملی عمل کند؛ یعنی ابتدا براساس ادبیات علمی و نیازهای استقرار نظام سلامت اجتماعی، فهرست آسیب‌ها و مسائل اولویت‌دار جامعه تعریف و سپس برای هر آسیب، مناسب‌ترین شاخص‌ها انتخاب شود. همچنین، اطلس باید مبتنی‌بر ترکیب منابع داده‌ای باشد و داده‌های ثبتی را تنها یکی از اجزای نظام رصد بداند. استفاده هم‌زمان از داده‌های پیمایشی (همچون پیمایش ارزش‌ها و نگرش‌ها)، مطالعات کیفی، داده‌های خدماتی (بهزیستی، آموزش و پرورش) و پایش‌های محلی، می‌تواند شکاف میان «آسیب‌های واقعی» و «آسیب‌های ثبت شده» را کاهش دهد.

● **فقدان نگاه گروه‌محور و تمرکز بر شاخص‌های کلی جمعیتی:** اطلس فعلی به ارائه شاخص‌های کلی و میانگین‌های جمعیتی محدود است و کمتر به توزیع آسیب‌ها در میان گروه‌های اجتماعی مختلف می‌پردازد. این در حالی است که آسیب‌های اجتماعی ذاتاً به‌صورت نابرابر در جامعه توزیع می‌شوند و شدت، الگو و پیامد آنها در میان گروه‌هایی مانند کودکان، نوجوانان، زنان، سالمندان، اقشار کم‌درآمد یا ساکنان مناطق حاشیه‌ای به‌مراتب متفاوت است. فقدان این تفکیک گروهی باعث می‌شود اطلس، تصویری همگن و ساده‌سازی شده از واقعیت پیچیده اجتماعی ارائه دهد. درنتیجه کانون‌های واقعی آسیب در دل آمارهای کلی پنهان می‌مانند. برای مثال، نرخ کلی یک آسیب ممکن است ثابت یا حتی کاهشی باشد، درحالی‌که همان آسیب در یک گروه سنی یا اجتماعی خاص روندی فزاینده و نگران‌کننده دارد. در چنین شرایطی، اطلس توان ایفای نقش هشدار زودهنگام را از دست داده و سیاستگذار با اتکا به داده‌های کلی، مداخلاتی عمومی و کم‌اثر طراحی می‌کند که لزوماً به گروه‌های پرخطر اصابت نمی‌کند.

● **غلبه ارائه داده‌های خام و فقدان تداوم گزارش‌های تحلیلی:** باآنکه اطلس آسیب‌های اجتماعی حدود هشت سال به‌صورت مستمر منتشر شده، اما بخش عمده این تولیدات به ارائه جداول، اعداد و شاخص‌های خام محدود مانده و تنها در دو سال (۱۳۹۷ و ۱۴۰۲)، گزارش تحلیلی منسجم و تفسیر محور از داده‌ها ارائه شده است. این وضعیت نشان می‌دهد که اطلس، بیش از آنکه یک ابزار تحلیلی برای فهم تحولات اجتماعی باشد، به یک خروجی آماری تکرارشونده تقلیل یافته؛ خروجی که شاید برای توصیف وضعیت مفید باشد، اما فاقد قدرت تبیین و جهت‌دهی است. در وضعیت ایدئال، اطلس آسیب‌های اجتماعی باید دارای الگوی پایدار و نهادینه گزارش‌دهی تحلیلی باشد؛ به‌گونه‌ای که در هر دوره انتشار، علاوه‌بر ارائه داده‌های به‌روز، تحلیل روندها، تفسیر تغییرات، شناسایی نقاط بحرانی و استخراج پیامدهای سیاستی به‌صورت منظم ارائه شود.

● **فقدان گونه‌شناسی مفهومی در برخی آسیب‌ها و تقلیل آنها به شاخص‌های کیفری:** در حال حاضر در برخی حوزه‌های مهم آسیبی، مانند «مفاسد اخلاقی»، فقدان گونه‌شناسی مفهومی و تحلیلی وجود دارد و عملاً این حوزه به شاخص‌های محدود و عمدتاً کیفری -نظیر جرائم جنسی ثبت شده- تقلیل یافته است. در واقع علی‌رغم تعریف بسیار موسع و گسترده سازمان امور اجتماعی کشور نسبت به تعریف پدیده‌های آسیب، داده‌های ارائه شده بسیار محدود و ناظر بر مسائل خاص هستند. در الگوی مطلوب، اطلس آسیب‌های اجتماعی باید برای هر سنخ آسیب، واجد گونه‌شناسی روشن و چندلایه باشد و میان اشکال مختلف آسیب، سطوح شدت و شیوه‌های بروز آن تمایز قائل شود. در چنین چارچوبی، داده‌های کیفری باید تنها یکی از منابع پایش تلقی شوند و در کنار آنها از سایر منابع اطلاعاتی، مطالعات اجتماعی و داده‌های خدماتی نیز استفاده شود تا اطلس بتواند تصویری جامع‌تر و سیاست‌پذیرتر از آسیب‌ها ارائه دهد.

● **عدم نسبت‌بخشی میان داده‌های آسیبی با سایر پارامترهای اجتماعی:** در نهایت، یکی از مهم‌ترین کارویژه‌های نظام رصد و پایش آسیب اجتماعی، نسبت‌سنجی شفاف میان شاخص‌های آسیبی با سایر شاخص‌های کلان اجتماعی، اقتصادی و زیرساختی همچون تورم، اشتغال، دهک‌بندی، شاخص‌های توسعه‌یافتگی و محرومیت و غیره است. درحالی‌که «مواجهه متقاطع»[1] با سایر داده‌های اقتصادی، اجتماعی و جغرافیایی می‌تواند به خوانش مؤثر از داده‌های آسیبی و دستور کارگذاری مطلوب در حوزه کنترل و کاهش آسیب منجر شود که در اطلس فعلی این تلفیق به‌ندرت مشاهده می‌شود. داده‌های آسیبی را نمی‌توان مستقل از زمینه اقتصادی، اجتماعی و ساختاری جامعه تفسیر کرد. در صورت تلفیق داده‌های اطلس با شاخص‌های متنوعی همچون فقر، بیکاری، وضعیت مسکن، دسترسی به خدمات اجتماعی و درمانی، شاخص‌های آموزشی، سلامت روان و تفاوت‌های منطقه‌ای و جمعیتی، می‌توان به درک عمیق‌تری از علل و زمینه‌های آسیب رسید و مداخلات هدفمندتری طراحی کرد. این مواجهه متقاطع امکان می‌دهد تا سیاستگذار بفهمد آسیب‌ها در چه مناطق و میان چه گروه‌هایی بیشتر است، چه عوامل اقتصادی و اجتماعی با آن همبستگی دارند، کدام آسیب‌ها روند افزایشی یا کاهشی دارند، و کدام مداخلات باید در اولویت قرار گیرند. بنابراین، در غیاب این ترکیب داده‌ای، اطلس فاقد توان تبیین علّی است و سیاستگذار مجبور به تصمیم‌گیری براساس توصیف صرف، نه تحلیل علّی، خواهد بود.

1. Cross-checking

۵. دستور کارگذاری

دستور کارگذاری، دومین خرده‌نظام در چرخه سیاستگذاری کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی است و حلقه اتصال مرحله «مسئله‌شناسی» و «راهبردگذاری و تدوین سیاست» را تشکیل می‌دهد. در این مرحله، سیاستگذار از میان مجموعه مسائل و آسیب‌های اجتماعی شناسایی شده تعیین می‌کند کدام مسئله در حال حاضر اولویت دارد تا بر روی میز سیاستگذاری قرار گیرد و مورد طراحی راه‌حل و برنامه‌ریزی اجرایی واقع شود. این اولویت‌بندی براساس معیارهایی همچون شدت آسیب، روند تغییرات، پیامدهای اجتماعی، امکان مداخله، و منابع موجود صورت می‌گیرد.

دستور کارگذاری در حوزه آسیب‌های اجتماعی، که ماهیتاً با پراکندگی پدیده‌ها، مسائل نوظهور و تعدد دستگاه‌های مجری مواجه است، نقشی حیاتی در جلوگیری از اتلاف منابع، اولویت‌بخشی بهینه، ایجاد انسجام سیاستی و پیشگیری از هم‌پوشانی اجرایی ایفا می‌کند. کینگدن[1] (۱۹۸۴) در نظریه مشهور «جریان‌های چندگانه»[2] نشان داد که دستور کارسازی عمومی، فرایندی پیچیده است که در آن سه جریان مجزا -جریان مسائل، راه‌حل‌های سیاستی، و سیاست‌های رقابتی- باید هم‌زمان به هم برسند تا یک پنجره فرصت باز شود و مسئله وارد دستور کار رسمی سیاستگذار شود [۹]. در غیاب یک ساختار دستور کارسازی چابک و هماهنگ، مداخلات به‌صورت جزیره‌ای و بدون هم‌افزایی اجرا می‌شوند و هر دستگاه حسب اولویت‌سنجی، تکالیف ذاتی و اساسنامه خود مسیر سیاستگذاری مستقلی را در درون خود تعریف و دنبال می‌کند.

براساس قوانین و مقررات موجود، پنج نهاد عالی وظیفه دستور کارگذاری و احصای راهکارهای مواجهه با آسیب‌های اجتماعی را در کشور برعهده دارند:

۱. ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۶۷)، که دیرپای‌ترین نهاد دستور کارگذار در این حوزه است؛
۲. شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی (۱۳۸۳)؛
۳. ستاد ملی بازآفرینی شهری (۱۳۸۹)؛
۴. شورای عالی پیشگیری از وقوع جرم (۱۳۹۰)؛
۵. شورای اجتماعی کشور (۱۳۹۵).

هر یک از این نهادها به استناد اساسنامه و قانون تأسیس خود، اختیار تعیین خط‌مشی‌ها و دستور کارسازی را دارند. شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی و شورای اجتماعی کشور، از منظر موضوعی و حیطه دستور کارگذاری، نهادهای عام‌تری هستند و وظایف گسترده‌تری در حوزه کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی برعهده دارند. به موجب حکم بند «ک» ماده (۴) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی [۲۶] و تبصره «۲» بند «الف» ماده (۵۷) قانون احکام دائمی [۲۷]، وظیفه هماهنگی امور مربوط به کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی برعهده شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی است. از طرف دیگر، به موجب آیین‌نامه تشکیل شورای اجتماعی [۲۸] و حکم جزء «۳» بند «الف» ماده (۸۰) قانون برنامه ششم توسعه، مسئولیت هماهنگی در حوزه آسیب‌های اجتماعی برعهده شورای اجتماعی کشور است [۲۴]. به‌علاوه، براساس جزء «۸» بند «پ» ماده (۵۸) قانون احکام دائمی، سازمان بهزیستی کشور متولی سلامت اجتماعی با رویکرد پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و مداخله در بحران‌های اجتماعی برای کلیه گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه تعریف شده است. بنابراین در هیچ یک از اسناد حقوقی موجود، نقش و جایگاه این نهادهای دستور کارگذار در تناسب با یکدیگر تعیین نشده و هر کدام از این نهادهای عالی، ممکن است دستور کار متفاوتی به دستگاه‌های زیرمجموعه خود ارائه دهند.

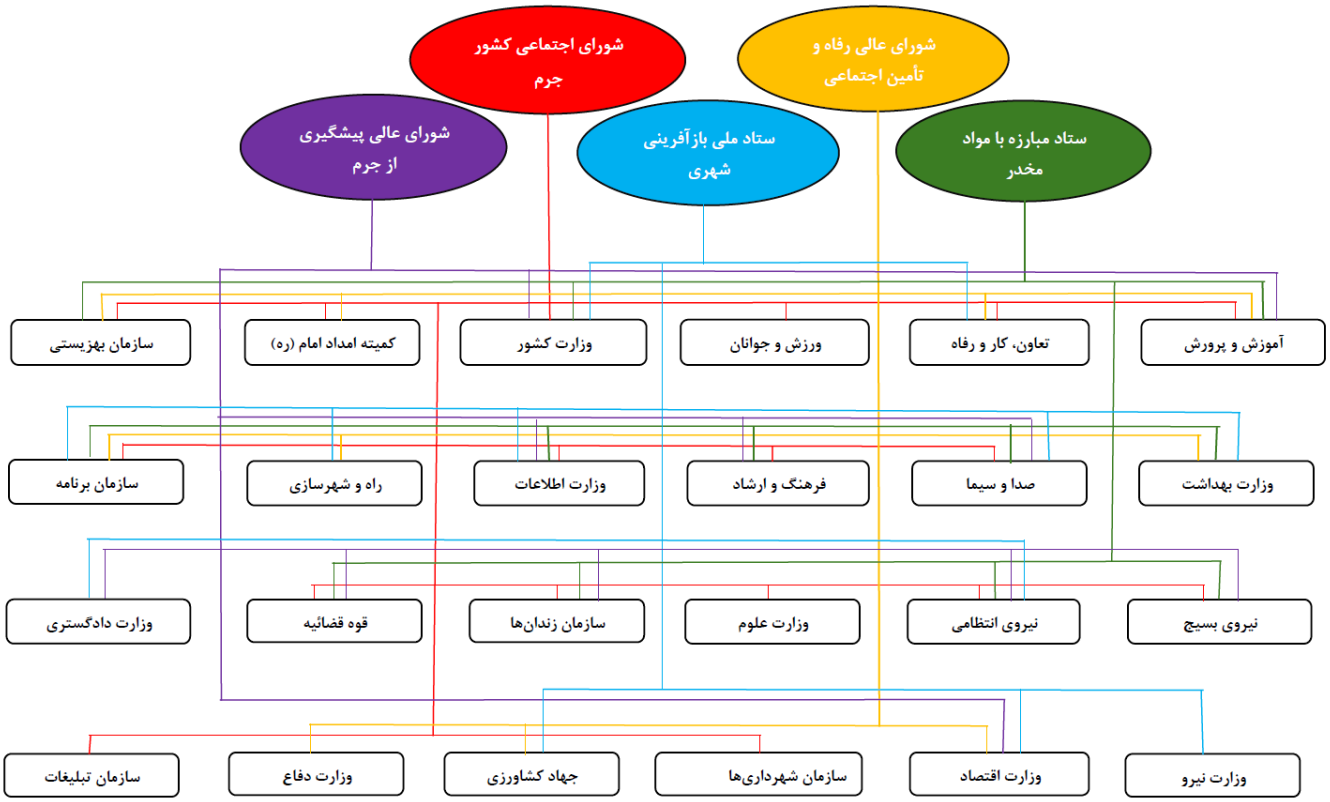
چنین وضعیتی منجر به پدیده «اغتشاش نهادی» در زمینه دستور کارسازی مواجهه با آسیب‌های اجتماعی شده است [۶،۸]. این اغتشاش نهادی، خود را نه‌تنها در مرحله دستور کارگذاری، بلکه در تمامی مراحل بعدی چرخه سیاستگذاری -مانند «ارائه راهکار»، «برنامه‌ریزی و اختصاص منابع»، «اقدام» و «ارزیابی»- نیز نشان خواهد داد. برای مثال، چنانچه شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی و شورای اجتماعی کشور هر دو بخواهند در حوزه کنترل اعتیاد دستور کارگذاری کنند، درحالی‌که ستاد مبارزه با مواد مخدر نیز مسئولیت مشخصی در این حوزه دارد،

1. Kingdon
2. Multiple Streams Theory

سیگنال‌های متناقضی به دستگاه‌های اجرایی ارسال می‌شود. سازمان بهزیستی -به‌عنوان یکی از اعضای شورای عالی رفاه- ممکن است دستور کار پیشگیری و مداخله خود را در چارچوب ماده (۵۸) قانون احکام دائمی تعریف کند. درحالی‌که وزارت کشور، به‌عنوان دبیرخانه شورای اجتماعی، دستور کار دیگری را براساس ماده (۸۰) برنامه ششم توسعه مطرح کرده و ستاد مبارزه با مواد مخدر نیز، با استناد به قانون مبارزه با مواد مخدر [۲۹]، خط‌مشی‌های خود را تدوین کند. درنتیجه دستگاه‌های اجرایی -مانند نیروی انتظامی، سازمان زندان‌ها، وزارت آموزش و پرورش، سازمان بهزیستی، کمیته امداد امام خمینی (ره) و دستگاه‌های محلی- دستور کارهای متعدد، مبهم و گاه متناقض دریافت کرده و هر کدام منابع محدود خود را در مسیرهای غیرهماهنگ هزینه می‌کنند [۶]. در شکل ۳، نگاشت نهادی مجموعه‌های دستور کارگذار و دستگاه‌های زیرمجموعه آنها در حوزه کنترل و کاهش آسیب نمایش داده شده است.

همان‌طور که مشاهده می‌شود هر یک از پنج نهاد دستور کارگذار فوق با مجموعه وسیعی از دستگاه‌های اجرایی مرتبط بوده و هم‌زمان دستگاه‌های اجرایی، به‌طور مشترک تحت پوشش دستورات چند نهاد عالی قرار دارند. به‌عنوان نمونه، سازمان بهزیستی و وزارت کشور هر دو، هم به‌صورت مستقل نهاد دستور کارگذار هستند و هم به‌عنوان دستگاه اجرایی تابع دستور کارهای سایر نهادهای عالی قرار می‌گیرند.

شکل ۳. نگاشت نهادی مجموعه‌های دستور کارگذار و دستگاه‌های زیرمجموعه آنها در حوزه کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی [۶]



این ساختار چندلایه و متداخل، به پیچیدگی بیش از حد، فقدان شفافیت در مسئولیت‌پذیری، هم‌پوشانی فعالیت‌ها و تضعیف توان دستگاه‌های اجرایی در انجام مأموریت‌های خود منجر می‌شود [۶]. درنتیجه، ظرفیت‌های محدود دستگاه‌های اجرایی به‌جای تمرکز بر اولویت‌های مشخص و هماهنگ، در میان دستور کارهای متعدد و متفاوت پراکنده شده و در نهایت اثربخشی کلی چرخه سیاستگذاری کاهش آسیب‌های اجتماعی کاهش می‌یابد. بنابراین، اصلاح معماری نهادی دستور کارسازی از طریق تعیین نسبت، تکلیف و اختیارات روشن میان نهادهای پنج‌گانه، یکی از پیش‌نیازهای اساسی برای ایجاد انسجام سیاستی در حوزه آسیب‌های اجتماعی است.

۶. راهبردگذاری و تدوین سیاست

خرده‌نظام راهبردگذاری و تدوین سیاست، سومین مرحله چرخه سیاستگذاری کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی را تشکیل می‌دهد و از این حیث که در آن راهبردها، سیاست‌ها و قوانین تدوین می‌شوند، به نوعی مرحله «سیاستگذاری» نیز محسوب می‌شود.

در مرحله راهبردگذاری و تدوین سیاست که هاولت و رامش[1] (۲۰۰۳) آن را مرحله «صورت‌بندی و طراحی گزینه‌های سیاستی»[2] می‌نامند [۶]، سیاستگذار در حوزه کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی، دو گزینش بنیادین انجام می‌دهد: نخست، انتخاب معماری حکمرانی[3] و تنظیم رابطه میان دولت و سایر کنشگران حوزه سلامت اجتماعی؛ دوم، تعیین راهبردهای اولویت‌دار[4] و نحوه ترکیب آنها برای کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی. این دو گزینش، در واقع ستون‌فقرات فلسفه سیاستی حکمران را می‌سازند و حلقه واسط میان دستور کارگذاری و اجراست، زیرا در آن جایگاه کنشگران متعدد حوزه کنترل و کاهش آسیب -ازجمله دولت، نهادهای حاکمیتی، نهاد خانواده، نهادهای فرهنگی، بخش خصوصی، نهادهای عمومی غیردولتی و تشکل‌های اجتماعی- مشخص می‌شود.

در این مرحله، دولت می‌تواند نقش‌های مختلفی را برعهده بگیرد: مجری مستقیم خدمات اجتماعی،[5] تنظیم‌گر سیاست‌ها و استانداردها،[6] کارفرمای سفارش‌دهنده خدمات بدون مداخله مستقیم،[7] یا نهاد تأمین‌کننده بستر حقوقی و مالی برای فعالیت بخش‌های غیردولتی[8] (در قالب خرید خدمت). انتخاب نقش دولت و نسبت آن با سایر نهادها، به فرمول‌های راهبردی و درنتیجه تدوین قوانین و سیاست‌های متفاوتی منجر می‌شود. بنابراین، سیاستگذار باید در این مرحله تعیین کند که راهبرد اصلی کدام است و شیوه ترکیب راهبردها چگونه خواهد بود. اگر انتخاب راهبردی براساس تحلیل علّی مسئله، مشاهدات پایشی و دستور کار مشخص صورت نگیرد، اغتشاشی که در مراحل قبلی پدید آمده، در این مرحله به شکل «تشتت راهبردی» بازتولید می‌شود. در ادامه به بررسی دو مورد از چالش‌های راهبردی موجود در خرده‌نظام راهبردگذاری و تدوین سیاست در قلمرو مهار آسیب‌های اجتماعی در کشور می‌پردازیم.

۶-۱. دولت در تقاطع نقش‌های ناسازگار

نظام حقوقی موجود در حوزه کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی، دولت را در موقعیت‌های متفاوت، بعضاً در سه جایگاه هم‌زمان و بدون سلسله‌مراتب مشخص تعریف می‌کند: **راهبر شبکه‌ای مشروط، دستور کارساز متمرکز** و **متولی اجرایی گسترده**.

ماده (۴) اساسنامه سازمان امور اجتماعی (۱۴۰۴) این سازمان را مسئول «راهبری لازم در راستای ارتقای سلامت اجتماعی» می‌داند، اما این راهبری را به «چارچوب مصوبات شورا» مقید می‌کند [۱۸]؛ یعنی سازمان امور اجتماعی راهبر بوده، اما تنها به‌شرط صدور مصوبه از سوی نهادی دیگر؛ نقشی که به دبیرخانه فنی نزدیک‌تر است تا راهبر مستقل. در همین حال، مواد (۱) و (۲) آیین‌نامه تشکیل شورای اجتماعی کشور (۱۳۸۰) صلاحیت «تعیین ضرورت‌ها و اولویت‌ها» و «ایجاد وحدت رویه بین دستگاه‌های اجرایی» را به این شورا واگذار کرده [۲۸]، و آن را عملاً به مرجع نهایی سیاستگذاری تبدیل می‌کند. اما جزء «۸» بند «پ» ماده (۵۸) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور (۱۳۹۶)، بدون ارجاع به هیچ‌یک از این دو نهاد، سازمان بهزیستی را «متولی سلامت اجتماعی» با اختیار مستقیم اجرا، مداخله در بحران، و صدور پروانه برای طیف گسترده‌ای از مراکز خدماتی معرفی می‌کند [۲۷]. هیچ‌کدام از این سه سند مشخص نمی‌کند که در تعارض میان «راهبری»، «دستور کارسازی» و «تولیت اجرایی»، کدام نهاد بر دیگری اولویت دارد.

1. Howlett and Ramesh
2. Policy Formulation
3. Governance Architecture
4. Prioritized Strategies
5. Direct Provider
6. Regulator
7. Purchaser/Contractor
8. Enabler

این تشتت با افزوده شدن نقش چهارم -مداخله درمانی منفصل- تشدید می‌شود. ماده (۱۶) قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر (مصوب ۱۳۸۹) دولت را موظف به ایجاد مراکز درمانی سرپایی، بستری کوتاه‌مدت و بازپروری بلندمدت کرده [۷]، اما هیچ ارجاعی به سازمان امور اجتماعی (راهبر)، شورای اجتماعی کشور (دستور کارساز)، یا حتی به سازمان بهزیستی که طبق جزء «۸» بند «پ» ماده (۵۸) مرجع صدور پروانه همین مراکز است، نمی‌دهد. درنتیجه در قانونگذاری موجود، دولت هم‌زمان چهار نسبت متفاوت با موضوع سلامت اجتماعی دارد -راهبر مشروط، دستور کارساز مطلق، متولی مستقل، و مجری‌بخشی منفصل- بدون آنکه هیچ سند بالادستی مشخص کند کدام‌یک «راهبرد اصلی» حکمرانی سلامت اجتماعی است. این خلأ، به‌جای آنکه با یک فرمول راهبردی روشن حل شود، به رقابت ضمنی صلاحیت‌ها میان چهار جایگاه دامن می‌زند.

۲-۶. تشتت راهبردی در حوزه مشارکت

بند «۱۸» سیاست‌های کلی برنامه هفتم پیشرفت (۱۴۰۱) بر «بهره‌گیری حداکثری از مشـــارکت مردم، نهادهای مردمی و سازمان‌های مردم‌نهاد» تأکید می‌کند [۳۰]، اما سطح این مشارکت - که آیا در سیاستگذاری بوده یا صرفاً در اجرا- و سازوکار حقوقی آن تاکنون تعریف نشده است. در غیاب این تعریف، نهاد تخصصی همچون سازمان بهزیستی کشور، مشارکت را به راهبرد اجرایی «خرید خدمت»[1] تقلیل داده است.[2] این سازمان براســـاس اختیار صدور پروانه در جزء «۸» بند «پ» ماده (۵۸) قانون احکام دائمی، رابطه خود با نهادهای غیردولتی را، مبتنی‌بر رابطه‌ای «تنظیم‌گر-تحت تنظیم» صورت‌بندی کرده است نه رابطه‌ای مبتنی‌بر شراکت راهبردی. در این مدل، NGOها نه در تدوین سیاست، بلکه صرفاً در تحویل خدمات مطابق سرانه تعیین شده ازسوی دولت نقش دارند.[3]

مسئله ابهام در تعیین حدود و ثغور مشارکت نهادهای مردم‌نهاد و بازیگران غیردولتی در سایر اسناد نیز تکرار شده است. مواد (۲) و (۴) آیین‌نامه شورای اجتماعی کشور (۱۳۸۰) صرفاً امکان «تشکیل کارگروه‌های کارشناسی با استفاده از نظرات صاحب‌نظران» [۲۸] را پیش‌بینی کرده‌اند، سازوکاری مشورتی که با مشارکت نهادی در دستور کارگذاری تفاوت ماهوی دارد. ماده (۱۶) قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر نیز کنشگر غیردولتی را تنها در قامت «پیمانکار درمانی» می‌شناسد، بدون هیچ نقشی در تصمیم‌گیری یا ارزیابی. بدین ترتیب، قانونگذاری موجود سه مدل متفاوت و ناهمسو از رابطه دولت با کنشگران غیردولتی ترسیم کرده است: راهبری شبکه‌ای مشروط (اساسنامه سازمان امور اجتماعی)، تنظیم‌گری از طریق پروانه (ماده (۵۸) قانون احکام دائمی)، و پیمانکاری درمانی (ماده (۱۶) قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر). هیچ‌یک از این سه مدل به‌عنوان راهبرد غالب مشارکت انتخاب نشده است. در مقام اجرا، نتیجه این خواهد بود که الزام کلی «مشارکت حداکثری» در بند «۱۸» سیاست‌های کلی برنامه هفتم پیشرفت، بدون تعیین یک فرمول راهبردی مسلط، در سطح اجرا به ابهام و برخورد سلیقه‌ای و بخشی‌نگری محدود می‌ماند و در نهایت به رویه‌های پراکنده و گاه متعارض اجرایی تجزیه می‌شود و در مرحله چهارم چرخه سیاستگذاری خود را بازتولید می‌کند.

۷. اجرا (برنامه‌ریزی، بودجه‌ریزی و اقدام)

مرحله چهارم چرخه سیاستگذاری کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی، مرحله اجراست که سه کارکرد اصلی را در خود جای می‌دهد:

۱. **برنامه‌ریزی مبتنی‌بر سیاست‌ها و قوانین،**
۲. **بودجه‌ریزی و تخصیص منابع،**
۳. **اقدام میدانی.**

1. Service Contracting

۲. طبق مصاحبه ریاست سازمان بهزیستی کشور در بهمن‌ماه ۱۴۰۳، حدود ۹۰ درصد از خدمات سازمان بهزیستی به‌صورت برون‌سپاری و در قالب خرید خدمت از مراکز غیردولتی، ارائه می‌شود [۳۱].

۳. سرانه‌ای که به استنادات گزارش‌های انجام شده پیرامون آن، به‌دلیل ناکافی بودن، به افت کیفیت خدمات برون‌سپاری‌شده منجر می‌شود [۳۴، ۳۳، ۳۲].

از منظر سیاستی، این مرحله باید به‌صورت مستقیم به نتایج ارزیابی خرده‌نظام‌های پیشین متصل باشد تا منابع به سمت گروه‌ها، مناطق و آسیب‌های اولویت‌دار هدایت شوند و با تخصیص به‌موقع، اقدام مؤثر شکل گیرد. برنامه‌ریزی به معنای ترجمان اجرایی سیاست‌ها و قوانین است؛ یعنی اولویت‌های تعیین شده در مراحل مسئله‌شناسی، دستور کارگذاری و تدوین سیاست را به برنامه‌های مشخص و قابل اجرا تبدیل می‌کند. برنامه‌ریزی مطلوب باید مبتنی‌بر شواهد، مشخص‌کننده گروه هدف و منطقه مداخله، تعیین‌کننده تقسیم کار میان دستگاه‌ها[۴]، متصل به اهداف ملی[۲۳]، تعیین‌کننده منابع و زمان‌بندی و قابل نظارت و ارزیابی باشد. در ادامه به سه مورد از چالش‌های خرده‌نظام اجرا اشاره می‌شود.

۷-۱. دوگانگی ساختاری در بودجه‌ریزی

در حال حاضر تخصیص منابع به حوزه کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی به دو شکل صورت می‌گیرد که این دوگانگی خود منشأ گسست در انسجام اجرایی است. نخست، اعتبارات مربوط به تکالیف قانونی و ذاتی دستگاه‌هاست. در این وضعیت، دستگاه‌ها برای وظایف قانونی و جاری خود مستقیماً از بودجه عمومی دولت اعتبار دریافت می‌کنند؛ ردیف اعتباری آنها در قانون بودجه مشخص شده و از سازمان برنامه و بودجه اخذ می‌شود. سازمان امور اجتماعی -به‌عنوان نهاد راهبر- معمولاً اشراف و نظارت مستقیمی بر ماهیت فعالیت‌هایی که دستگاه با این اعتبارات انجام می‌دهد، ندارد. درنتیجه برنامه‌های جاری دستگاه‌ها عمدتاً براساس دستور کار و اولویت‌بندی خودشان پیش می‌روند و الزام کافی برای پاسخگویی به سازمان امور اجتماعی یا شورای اجتماعی کشور ندارد[۵]. دوم، اعتبارات «برنامه‌های فوق‌العاده» است. مطابق بند «الف» ماده (۸۵) قانون برنامه هفتم پیشرفت، «دستگاه‌های اجرایی ذی‌ربط موظف‌اند برنامه‌های فوق‌العاده خود را با همکاری سازمان امور اجتماعی تدوین کنند و پس از تأیید سازمان، تا پایان تیرماه هر سال به تصویب شورای اجتماعی کشور برسانند»[۳۵]. این اعتبارات با نظارت و با میانجی سازمان امور اجتماعی از سازمان برنامه و بودجه دریافت می‌شـــود. بدین معنا که هرساله بخشی از اعتبارات سنواتی پیش‌بینی شده برای سازمان امور اجتماعی برای تخصیص به برنامه‌های فوق‌العاده دستگاه‌های ذی‌ربط در حوزه کنترل و کاهش آسیب است. بنابراین، نقش راهبری سازمان امور اجتماعی در قانون پیش‌بینی شده، اما این نقش در حوزه بودجه‌ریزی عمدتاً به برنامه‌های فوق‌العاده محدود مانده است[۵]. درنتیجه دستگاه‌ها برای انجام تکالیف ذاتی خود الزام قانونی کافی برای پاسخگویی به سازمان امور اجتماعی ندارند؛ درحالی‌که بخش عمده فعالیت‌های آنها در حوزه آسیب‌های اجتماعی، از مسیر اعتبارات جاری - و نه اعتبارات برنامه‌های فوق‌العاده- انجام می‌شود.

۷-۲. تشتت اجرایی به‌مثابه پیامد دوگانگی بودجه‌ای

دوگانه بودن سازوکار تخصیص منابع به پیامدهای متعددی در حوزه اجرا منجر شده که در ادامه به دو مورد از این چالش‌ها اشاره می‌شود: نخست، بازگشت دستگاه‌ها به چرخه سیاستگذاری درون‌سازمانی است؛ بدین معنا که دستگاه‌ها مسائل و اولویت‌های خود را مستقل از چارچوب ملی و طبق اساسنامه و شرح وظایف سازمانی خود تعریف می‌کنند. در این حالت نتیجه ایجاد شده، برخورد سلیقه‌ای و اولویت‌بندی غیرملی است و انتخاب برنامه‌ها الزاماً از دستور کار مشترک و ملی آسیب‌های اجتماعی پیروی نمی‌کند[۴]. دوم، نبود اتصال منطقی میان نهادها و فعالیت‌هاست. فعالیت‌های دستگاه‌ها به یک زنجیره سیاستی مشترک و قابل ارزیابی متصل نمی‌شود؛ و همین مسئله در نهایت به تضعیف پاسخگویی منجر خواهد شد[۵]. در واقع مشخص نیست هر دستگاه در برابر کدام نهاد، با چه شاخصی و درباره چه نتیجه‌ای باید پاسخگو باشد.

بنابراین می‌توان این‌گونه صورت‌بندی کرد که اغتشاش نهادی موجود در مجموعه‌های دستور کارساز، به آشفتگی قوانین منجر شده و در نهایت خود را در توزیع نامتوازن و غیرشفاف منابع و پیامدهای اجرایی آن نشان می‌دهد.

۷-۳. نواقص ساختاری در مکانیسم اقدام

اقدام، گام نهایی مرحله اجراست؛ نقطه‌ای که در آن دانش، داده، اولویت‌ها، سیاست‌ها، قوانین و منابع به یک کنش مداخله‌ای مؤثر در میدان بروز آسیب تبدیل می‌شوند. پرسش محوری اقدام این است: «چه اقدامی، برای چه گروهی، در کجا و با چه ابزارهایی انجام شود؟» اثربخشی اقدام به تناسب آن با سه عامل وابسته است: **۱. ماهیت آسیب، ۲. گروه هدف، و ۳. زمینه اجتماعی و جغرافیایی**.

اقدام‌ها، متناسب با راهبردهای سیاستی می‌توانند چهار شکل اصلی داشته باشند:

۱ **پیشگیرانه** (با هدف جلوگیری از شکل‌گیری یا تشدید آسیب از طریق مداخلات ساختاری، کاهش عوامل خطر و حمایت از گروه‌های در معرض آسیب)،

۲ **حمایتی** (برای پشتیبانی از افراد و گروه‌هایی که در معرض آسیب قرار دارند یا آسیب دیده‌اند)،

۳ **درمانی** (با هدف کاهش آثار آسیب و بازگشت فرد به وضعیت پایدار)،

۴ **توانمندساز** (برای بازگرداندن فرد به زندگی اجتماعی و کاهش احتمال بازگشت به چرخه آسیب از طریق مهارت‌آموزی، اشتغال‌زایی و بازاجتماعی‌سازی).

اقدام مؤثر نباید صرفاً به مداخله اولیه یا درمان محدود شود؛ بلکه باید یک زنجیره کامل از پیشگیری، حمایت، درمان و توانمندسازی ایجاد کند.

مطالعات موجود نشان می‌دهد که مکانیسم اقدام در حوزه کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی در کشور از نواقصی رنج می‌برد که در ادامه به دو مورد از پربسامدترین چالش‌های ذکر شده در گزارش‌ها و پژوهش‌های موجود اشاره می‌شود: نخست، تک‌بُعدی بودن رویکردهای پیشگیری است که مسئله پیشگیری را صرفاً به حوزه آموزش و آگاهی‌بخشی تقلیل می‌دهد؛ درحالی‌که اتصال میان‌برنامه‌های پیشگیری و سازوکارهای حمایت‌های اجتماعی از افراد در معرض آسیب و پیگیری افراد تحت درمان برای قطع چرخه آسیب، اشکال مؤثرتری در رویکردهای پیشگیرانه است که معمولاً مورد توجه قرار نمی‌گیرد [۷]. دوم، عدم تکمیل چرخه خدمات‌رسانی است؛ ناتمام ماندن فرایند خدمات‌رسانی به‌نحوی که مرحله توانمندسازی و بازاجتماعی‌سازی پس از مداخله اولیه به‌طور مؤثر پیگیری نمی‌شود. مثال بارز این مسئله مراکز موضوع ماده (۱۶) قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر بوده که پس از پایان دوره درمان، غالباً بستری برای ارائه خدمات مددکاری اجتماعی، حمایتی یا اشتغال‌زایی برای تقویت توانمندی فرد ایجاد نمی‌شود و پس از ترخیص، پیگیری مؤثری صورت نمی‌گیرد؛ درنتیجه، ممکن است بسیاری از این افراد دوباره به چرخه مصرف بازگردند [۲۳، ۳۲].

۸. نظارت و ارزیابی

در انتهای چرخه سیاستگذاری اجتماعی کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی، و پس از پایان اجرای میدانی سیاست و تعامل مستقیم با گروه‌های هدف، خرده‌نظام ارزیابی قرار دارد. عملکرد بهینه این خرده‌نظام، با تولید یک «اثر بازخوردی»[1] می‌تواند مقدمات اصلاح و تکمیل کل چرخه سیاستگذاری را فراهم کند [۳]؛ به این معنا که نظارت و ارزیابی، نه یک مرحله پایانی و منفک، بلکه نقطه اتصال مجدد به آغاز چرخه است. بررسی وضعیت موجود نشان می‌دهد که یکی از مهم‌ترین حلقه‌های مفقوده سیاستگذاری مواجهه با آسیب‌های اجتماعی در ایران، بهینگی در عملکرد «ارزیابی اجرا و ارزیابی اثر» است. در ادامه به سه مورد از چالش‌های موجود در این خرده‌نظام اشاره می‌شود.

۸-۱. فقدان نظام جامع پایش و ارزیابی

گزارش‌ها و مطالعات موجود نشان می‌دهد که نخستین نقیصه این خرده‌نظام، فقدان یک نظام جامع و یکپارچه پایش و ارزیابی اجراست. نظارت و ارزیابی زمانی اثربخش بوده و به بهبود وضعیت منجر می‌شود که در قالب یک نظام یکپارچه و منسجم صورت گیرد [۳۴]؛ نظامی که در برگیرنده سه سطح «پیش‌ارزیابی»، «ارزیابی حین اجرا» و «ارزیابی پسینی» باشد [۲۳]. کم‌توجهی به هریک از این اجزا، امکان نظارت و ارزیابی مؤثر را با چالش مواجه می‌کند. آنچه هم‌اکنون در حوزه آسیب‌های اجتماعی مشاهده می‌شود، تقلیل نظارت و ارزیابی صرفاً به ارزیابی پسینی است، آن هم به‌صورتی نامنظم و فاقد چارچوب شاخص‌مند [۳۲]. بدین ترتیب، امکان اصلاح مسیر در حین اجرا و پیش‌بینی موانع، پیش از اجرا، از دست می‌رود.

1. Feedback Effect

۸-۲. ضعف نظام داده و مشارکت ذی‌نفعان

دومین نقیصه، ضعف نظام داده است. هوشمندسازی و پویاسازی فرایند نظارت و ارزیابی مستلزم استناد به واقعیت میدان و داده‌های معتبر است؛ چالشی که در مرحله نخست چرخه سیاستگذاری، یعنی مسئله‌شناسی، بدان اشاره شد و اکنون مشاهده می‌شود که تا انتهای چرخه نیز اثر مختل‌کننده خود را حفظ کرده است. در کنار این مسئله، عدم حضور و مشارکت همه ذی‌نفعان نیز نقیصه‌ای جدی است [۳۶، ۲۳]. الگوهای جدیدتر نظارت و ارزیابی متکی بر حضور و مشارکت ذی‌نفعان مختلف در این فرایند است [۳۷]؛ به این معنا که در هر مرحله باید امکان بازخوردگیری از کنشگران دخیل در برنامه‌ها فراهم باشد. حال آنکه در عمل، نظارت و ارزیابی در حوزه آسیب‌های اجتماعی عمدتاً از طریق تکمیل فرم‌ها یا بررسی چک‌لیست‌ها توسط تعداد معدودی از افراد درون همان دستگاه مجری صورت می‌گیرد [۳۶]؛ رویه‌ای که استقلال و جامعیت لازم برای ارزیابی معتبر را از بین می‌برد.

۸-۳. ضعف احکام نظارتی و غفلت از ارزیابی اثر

سومین نقیصه، ضعف در کیفیت احکام و قوانین تکلیفی است. انجام موفقیت‌آمیز هرگونه نظارت و ارزیابی، نیازمند وجود احکام قانونی باکیفیت و قابل نظارت بوده؛ به بیان دیگر، یکی از پیش‌نیازهای امکان‌پذیری نظارت و ارزیابی، تدوین احکام سیاستی یا قانونی به همراه شاخص‌های مشخص است [۳۶، ۳۷]. چنانچه این احکام به‌صورتی کلی تنظیم شوند و شاخص‌های نظارت و ارزیابی -شامل متولی، ضمانت اجرا، زمان‌بندی و سازوکار ارزیابی- در آنها تعیین نشده باشد، ارزیابی این احکام قاعدتاً با چالش جدی مواجه خواهد شد [۳۴، ۳۲]. فقدان الزام‌آوری در احکام نظارتی در نهایت به عدم توجه به ارزیابی اثر اقدام‌ها منجر خواهد شد؛ بدین معنا که آیا مداخله اجرایی انجام شده توانسته نتایج مورد انتظار را تأمین کند و فرد آسیب‌دیده را از چرخه آسیب خارج کند یا خیر. در غیر این صورت، اکتفا به سنجش خروجی و هزینه‌کرد، جای سنجش پیامد و نتیجه واقعی را خواهد گرفت [۲۳].

اصلاح این خرده‌نظام مستلزم ایجاد نهاد ارزیابی مستقل بیرونی، طراحی نظام یکپارچه پایش سه‌مرحله‌ای، تقویت زیرساخت داده، الزام به مشارکت ذی‌نفعان، اصلاح کیفیت احکام قانونی با شاخص‌های قابل سنجش و از همه مهم‌تر، نهادینه‌سازی یک سازوکار رسمی بازخورد است که یافته‌های ارزیابی را به نهاد اصلی دستور کارساز منتقل کند و در نهایت با رفع خطاهای گذشته، به بازتعریف مسئله و بازنگری در دستور کار منجر شود.

۹. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

در نظریه حکمرانی معاصر، آسیب‌های اجتماعی، شاخص ساختاری فرسایش سرمایه اجتماعی تلقی می‌شوند و تداوم آنها نه ناشی از کمبود منابع، بلکه برآمده از ناکارآمدی چرخه سیاستگذاری به‌مثابه یک «نظام» است. غیبت پیوند علّی و بازخوردی میان پنج مرحله این چرخه، به وضعیتی دامن می‌زند که می‌توان از آن به‌مثابه «فعالیت‌گرایی بدون هم‌افزایی» یاد کرد. پژوهش حاضر با تحلیل نسبت این مراحل، به دنبال پر کردن خلأ پژوهشی موجود در این زمینه است.

براساس یافته‌های این پژوهش، سیاستگذاری کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی در ایران فرایندی حلقوی و بازخوردی و متشکل از پنج خرده‌نظام است: مسئله‌شناسی، دستور کارگذاری، راهبردگذاری و تدوین سیاست، اجرا، و نظارت و ارزیابی. هرگونه گسست علّی میان این مراحل، چرخه سیاستگذاری را از سطح یادگیری سیاستی بازداشته و به «فعالیت‌گرایی بدون هم‌افزایی» تقلیل می‌دهد.

مسئله‌شناسی، به‌عنوان اولین مرحله این چرخه و به‌مثابه زیربنای آن، بر سه رکن استوار است: احصای نظریه سیاستی مبنا، مفهوم‌شناسی و شاخص‌سازی همراه با رصد و پایش؛ فقدان هر یک به بازتولید خطای تشخیص در کل چرخه می‌انجامد. بررسی وضعیت موجود در نظام کنترل و کاهش آسیب در کشور نشان می‌دهد که نبود نظریه سیاستی بومی سلامت اجتماعی، علی‌رغم تعریف پنج مؤلفه‌ای اساسنامه سازمان امور اجتماعی (۱۴۰۴)، مانع از تعیین وضعیت مطلوب و آستانه انحراف از خط پایه شده است. آشفتگی مفهومی نیز با وجود تعریف

موسع و غیرتخصصی «آسیب اجتماعی» در همین اساسنامه، فاقد معیار سه‌گانه بین‌المللی (فراگیری، پیامد محسوس و نگرانی عمومی) برای تمایز «آسیب» از «اختلال کارکردی» است. در نهایت، این دو گسست در «اطلس آسیب‌های اجتماعی» تجلی می‌یابد؛ ابزاری که علی‌رغم رسمیت‌بخشی به آسیب اجتماعی در فضای حکمرانی اجتماعی، گرفتار نهادمحوری به‌جای مسئله‌محوری، فقدان نگاه گروه‌محور، غلبه داده خام بر تحلیل و عدم مواجهه متقاطع با شاخص‌های کلان اقتصادی-اجتماعی است.

در مرحله دوم، دستور کارگذاری، اولویت‌بخشی و انتقال مسائل شناسایی شده به میز سیاستگذار برای طراحی راه‌حل صورت می‌گیرد. بررسی وضعیت موجود در نظام کنترل و کاهش آسیب در کشور نشان می‌دهد که در حال حاضر پنج نهاد عالی (ستاد مبارزه با مواد مخدر، شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی، ستاد بازآفرینی شهری، شورای عالی پیشگیری از جرم، شورای اجتماعی کشور) به‌موازات یکدیگر مسئولیت دستور کارگذاری را برعهده دارند. در این میان شورای عالی رفاه و شورای اجتماعی کشور هر دو از عمومیت موضوعی بالاتری برخوردارند، اما در هیچ سندی حیطه عملکردی این دو شورا نسبت به یکدیگر تعیین نشده است. این ابهام، پدیده «اغتشاش نهادی» را بازتولید می‌کند. این ساختار چندلایه و متداخل، به پیچیدگی بیش از حد، فقدان شفافیت در مسئولیت‌پذیری، هم‌پوشانی فعالیت‌ها و تضعیف توان دستگاه‌های اجرایی در انجام مأموریت‌های خود منجر خواهد شد.

خرده‌نظام سوم، راهبردگذاری و تدوین سیاست است که در آن سیاستگذار دو گزینش بنیادین را رقم می‌زند: انتخاب معماری حکمرانی (نسبت دولت با سایر کنشگران) و تعیین راهبردهای اولویت‌دار و شیوه ترکیب آنها؛ این مرحله در واقع حلقه واسط میان دستور کارگذاری و اجرا و به‌عبارتی ستون‌فقرات فلسفه سیاستی حکمران است. بر این اساس، نخستین چالش در این زمینه این است که نظام حقوقی موجود در حوزه آسیب‌ها و مسائل اجتماعی، دولت را هم‌زمان در چهار جایگاه بدون سلسله‌مراتب مشخص می‌نشاند: ۱. راهبر مشروط (سازمان امور اجتماعی، که مقید به مصوبات شورای اجتماعی کشور است)، ۲. دستور کارساز مطلق (شورای اجتماعی کشور)، ۳. متولی اجرایی مستقل (همچون سازمان بهزیستی طبق جزء «۸» بند «پ» ماده (۵۸) قانون احکام دائمی) و مجری‌بخشی منفصل (مراکز دولتی ماده (۱۶) قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر). این انتخاب‌های راهبردی پراکنده در حالی صورت گرفته که هیچ سند بالادستی، اولویت میان این نقش‌ها و فلسفه سیاستی اصلی دولت در حوزه خدمات اجتماعی و سلامت اجتماعی را روشن نکرده است. دومین چالش، «تشتت راهبردی در حوزه مشارکت» است. علی‌رغم تأکید بند «۱۸» سیاست‌های کلی برنامه هفتم پیشرفت بر «مشارکت حداکثری»، سه مدل ناهمسو از رابطه دولت با نهادهای غیردولتی و تشکل‌های اجتماعی در قوانین شکل گرفته که شامل راهبری شبکه‌ای مشروط، تنظیم‌گری از طریق پروانه، و پیمانکاری درمانی صرف است. درنتیجه اغتشاش موجود در خرده‌نظام‌های پیشین، در این مرحله به‌صورت «تشتت راهبردی» بازتولید و در مرحله اجرا به رویه‌های پراکنده و متعارض تجزیه می‌شود.

خرده‌نظام اجرا، چهارمین حلقه چرخه سیاستگذاری کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی است که سه کارکرد برنامه‌ریزی، بودجه‌ریزی و اقدام میدانی را در خود می‌گنجاند. چالش محوری این مرحله «دوگانگی ساختاری در بودجه‌ریزی» است: تخصیص منابع میان دو منطق موازی-اعتبارات جاری دستگاه‌ها (بدون نظارت مستقیم سازمان امور اجتماعی) و اعتبارات برنامه‌های فوق‌العاده (تحت نظارت سازمان امور اجتماعی)- گسیخته شده و نقش راهبری سازمان امور اجتماعی صرفاً به بخش دوم محدود مانده است.

پیامد این دوگانگی، نوعی «تشتت اجرایی» است که در آن دستگاه‌ها در خلأ وجود یک نهاد راهبر یکپارچه، به چرخه سیاستگذاری درون‌سازمانی خود بازگشته، اولویت‌ها را مستقل از چارچوب ملی تعریف می‌کنند، اتصال منطقی میان نهادها شکل نمی‌گیرد و در نهایت پاسخگویی تضعیف می‌شود. در سطح اقدام میدانی نیز، دو نقص ساختاری برجسته است: نخست، تک‌بعدی بودن امر «پیشگیری» که آن را صرفاً به آموزش تقلیل می‌دهد و اتصال میان پیشگیری، حمایت‌های اجتماعی و پیگیری افراد تحت درمان را نادیده می‌گیرد. دوم، عدم تکمیل چرخه خدمات‌رسانی که در آن، مرحله توانمندسازی و بازاجتماعی‌سازی پس از مداخله اولیه پیگیری نمی‌شود و افراد در معرض بازگشت به چرخه آسیب قرار می‌گیرند.

در پایان چرخه سیاستگذاری، خرده‌نظام ارزیابی قرار دارد که کارکرد اصلی آن نه صرفاً پایان‌دادن به فرایند، بلکه تولید یک «اثر بازخوردی» برای اصلاح و تکمیل کل چرخه است. بااین‌حال، بررسی وضعیت موجود سه خلأ اساسی را آشکار می‌کند: نخست، فقدان نظام جامع پایش-نظارت است که به‌جای پوشش سه سطح پیش‌ارزیابی، ارزیابی حین اجرا و ارزیابی پسینی، صرفاً به ارزیابی پسینی نامنظم و تقلیل‌یافته بسنده می‌کند و امکان اصلاح مسیر در حین اجرا را کاهش می‌دهد. دوم، ضعف نظام داده و مشارکت ذی‌نفعان مختلف است؛ بدین معنا که

هوشمندسازی و پویاسازی فرایند نظارت و ارزیابی مشاهده نمی‌شود و امکان بازخوردگیری از کنشگران دخیل در برنامه‌ها به میزان بهینه فراهم نیست. سوم، ضعف احکام نظارتی و غفلت از ارزیابی اثر اقدام‌ها بوده که ناشی از ضمانت اجرایی پایین احکام قانونی و فقدان شاخص‌های مشخص سنجش عملکرد (متولی، ضمانت اجرا، زمان‌بندی، سازوکار ارزیابی) است.

مجموعه یافته‌های این گزارش نشان می‌دهد که آسیب‌های اجتماعی در ایران با وجود تکثر نهادها، قوانین و برنامه‌ها، به‌طور مؤثر کنترل و کاهش نیافته‌اند، نه به‌دلیل کمبود مداخله، بلکه به سبب گسست ساختاری میان مراحل چرخه سیاستگذاری و، مهم‌تر از آن، به سبب غیبت «سلامت اجتماعی» به‌عنوان فلسفه و پارادایم پیشینی سیاستگذاری. نظام سیاست اجتماعی در کشور عملاً پارادایم «کنترل و کاهش آسیب» را جایگزین پارادایم «ارتقای سلامت اجتماعی» کرده؛ حال آنکه بدون تحقق وضعیت پایه‌ای از سلامت اجتماعی، هر مداخله‌ای برای کنترل آسیب صرفاً به مهار نشانه‌ها بسنده می‌کند، نه اصلاح علل ساختاری. اغتشاش نهادی در دستور کارگذاری (تعدد پنج نهاد عالی بدون سلسله‌مراتب قانونی)، تشتت راهبردی در تدوین سیاست (تناقض نقش‌های دولت و نبود راهبرد غالب مشارکتی)، اجرای جزیره‌ای (دوگانگی بودجه‌ای و رویکردهای تک‌بُعدی پیشگیرانه)، و ضعف بازخورد در خرده‌نظام ارزیابی (فقدان شاخص، داده و سنجش پیامد)، در کنار هم نه یک «کل» منسجم، بلکه مجموعه‌ای از «قطعات» موازی را شکل داده‌اند که فاقد پیوند عضوی و بازخوردی واقعی‌اند. از قضا همین گسست، بیش از هر جای دیگر، در نبود نظریه بومی سلامت اجتماعی و عدم تعریف شاخص‌های عملیاتی آن نمود می‌یابد. این وضعیت به غیاب آنچه می‌توان «حکمرانی یکپارچه اجتماعی» نامید منجر شده؛ نظامی که در آن به‌جای وظایف و مسئولیت‌های مشخص و مکمل در راستای ظرفیت‌سازی و پیشگیری ساختاری، کنشگران هر کدام مجزا از هم و در سطح واکنش به پیامدها عمل می‌کنند و اثر نهایی جمع نمی‌خورد.

پیام سیاستی اصلی این تحلیل آن است که نظام کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی ایران، در غیاب اولویت‌بخشی سیاستی به سلامت اجتماعی، از «فعالیت‌گرایی بدون هم‌افزایی» رنج می‌برد: هر یک از پنج خرده‌نظام (مسئله‌شناسی، دستور کارگذاری، راهبردگذاری، اجرا، و نظارت و ارزیابی) به‌تنهایی فعال بوده اما پیوندهای ساختاری میان آنها تضعیف شده و بازخورد نهادی شده وجود ندارد. این خلأ ریشه در همان اولویت وارونه دارد: نظام سیاستگذاری به‌جای آنکه سلامت اجتماعی را به‌مثابه چتر رفاهی-حمایتی پیشینی و مقدم بر آسیب قرار دهد، آسیب را نقطه شروع مداخله می‌گیرد و رویکردی ترمیمی و پسینی اتخاذ می‌کند. درنتیجه، سیاستگذاری غیرهم‌افزاست: هزینه بالا و فعالیت فراوان، اما اثر ضعیف، ناپایدار و فاصله‌دار از الگوی «انسجام سیاستی»[1] که در ادبیات بین‌المللی سیاستگذاری معیار شناخته می‌شود[۹،۳،۲]. تا زمانی که انتقال ساختاری از پارادایم «فعالیت» به پارادایم «نظام»، از منطق «جزیره‌ای» به «یکپارچه»، و از اولویت «کنترل آسیب» به اولویت «ارتقای سلامت اجتماعی» صورت نگیرد، آسیب‌های اجتماعی بازتولید خواهند شد و چرخه سیاستگذاری همچنان در حلقه تکراری فعالیت‌گرایی بدون هم‌افزایی باقی خواهد ماند.

۱۰. پیشنهادهای سیاستی

در این بخش، برمبنای گسست‌های ساختاری که در تحلیل چرخه سیاستگذاری کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی در کشور شناسایی شد، پنج توصیه سیاستی - متناظر با پنج خرده‌نظام تشریح شده در این گزارش - ارائه می‌شود. هدف این توصیه‌ها، ترسیم مسیری عملی برای گذار از حکمرانی جزیره‌ای و واکنشی، به حکمرانی یکپارچه، فرابخشی و یادگیرنده در حوزه کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی در کشور است.

تثبیت فلسفه سیاستی سلامت اجتماعی و تقدم پیشگیری

بند «۱۸» سیاست‌های کلی برنامه هفتم پیشرفت، زمینه گذار به رویکرد سلامت اجتماعی را فراهم کرده، اما این جهت‌گیری تاکنون به قوانین و سازوکارهای اجرایی ترجمه نشده و باید با تدوین نظریه مبنا تثبیت شود. بدون این اقدام، گسست عمودی میان سیاست کلان و اجرای قانونی باقی می‌ماند و دستگاه‌ها همچنان بخشی و پراکنده عمل خواهند کرد. در همین راستا، شورای اجتماعی کشور و سازمان امور اجتماعی موظف‌اند نظریه سیاستی مبنایی در حوزه سلامت اجتماعی تدوین کنند که سلامت اجتماعی را به‌مثابه سرمایه انسانی و اجتماعی و دارایی ملی تعریف

1. Policy Coherence

کرده و مبنای گذار از پارادایم غالب «کنترل واکنشی آسیب‌های اجتماعی» به منطق «پیشگیری از بروز آسیب و ارتقای سلامت اجتماعی» قرار دهد. ازاین‌رو، وضع یک سیاست کلی موضوعی در این زمینه، در کنار تدوین یک نظریه مبنای بومی و با شاخص‌های عملیاتی، می‌تواند حلقه رابط میان جهت‌گیری کلان بند «۱۸» سیاست‌های کلی برنامه هفتم پیشرفت و اجرای منسجم آن در سطح قانون و اجرا محسوب شود.

ایجاد حکمرانی فرابخشی و تقسیم کار ملی

برای رفع اغتشاش نهادی و تداخل مأموریت‌های نهادهای دستور کارساز، پیشنهاد می‌شود طرح تقسیم کار ملی تدوین و یک سازوکار هماهنگی ذیل نهاد عالی دستور کارساز مستقر شود. این طرح باید جایگاه و حدود صلاحیت نهادهای عالی دستور کارساز را تعیین کرده، نقش شورای اجتماعی کشور، شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی و سایر نهادهای دستور کارساز موضوعی را شفاف سازد، متولی اصلی هماهنگی را مشخص کرده، نقش راهبری، سیاستگذاری، اجرا و نظارت را در میان دستگاه‌های فعال در حوزه آسیب‌های اجتماعی تفکیک و دامنه مسئولیت و پاسخ‌گویی هر دستگاه را تعیین کند.

استقرار نظام ملی رصد، داده و پایش یکپارچه

پیشنهاد می‌شود یک نظام جامع رصد آسیب‌های اجتماعی براساس شاخص‌های مصوب شورای اجتماعی کشور -به‌عنوان نهاد دستور کارساز عالی- و در قالب «نظام ملی پایش یکپارچه» ایجاد شود. این نظام باید شاخص‌های مشترک و قابل‌سنجش را تدوین کرده، داده‌های دستگاه‌های ذی‌ربط را یکپارچه سازد، یافته‌های حاصل از رصد را به دستور کارگذاری و اولویت‌بندی -در شورای اجتماعی کشور- متصل، روندها را پایش و امکان هشدار زودهنگام را برای سیاستگذار فراهم کرده و در نهایت از داده در طراحی، تخصیص منابع و ارزیابی استفاده کند. ایجاد چنین سازوکاری به اولویت‌بندی مبتنی‌بر شواهد، تشخیص به‌موقع تغییرات و آسیب‌های نوظهور و ایجاد مبنای مشترک برای تصمیم‌گیری دستگاه‌ها کمک خواهد کرد.

اصلاح ساختار برنامه‌ریزی، بودجه‌ریزی و اقدام میدانی

برنامه‌ریزی و توزیع اعتبارات در میان دستگاه‌های فعال در حوزه کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی باید ذیل یک نهاد راهبر و بر پایه تقسیم کار روشن انجام شود تا منابع از حالت جزیره‌ای خارج و به اقدام مؤثر در میدان متصل شوند. این اصلاح باید بتواند دوگانگی میان اعتبارات جاری و برنامه‌های فوق‌العاده را رفع کرده، بودجه را با اهداف، شاخص‌ها و نتایج پیوند دهد، مسئول اجرای هر مداخله را تعیین کند، از بازگشت برنامه‌ها به چرخه‌های درون‌سازمانی جلوگیری کرده، اتصال منطقی میان نهادهای ارائه‌دهنده خدمات را ایجاد و در نهایت زنجیره خدمات از پیشگیری تا درمان، توانمندسازی و بازاجتماعی‌سازی را تکمیل کند.

تقویت ارزیابی مستقل، احکام نظارتی قابل سنجش و سازوکار رسمی بازخورد

مرحله ارزیابی باید با ایجاد نهاد ارزیابی مستقل بیرونی، نظام پایش سه‌مرحله‌ای (پیش، حین و پس از اجرا)، احکام نظارتی قابل سنجش و مشارکت ذی‌نفعان تقویت شود و نتایج آن به تمام مراحل چرخه بازگردد. این نظام باید ارزیابی اجرا را از ارزیابی اثر تفکیک کرده، شاخص، متولی، زمان‌بندی و ضمانت اجرا را در احکام نظارتی تعیین کند، مشارکت مجریان، ناظران، ارائه‌دهندگان خدمت و گروه‌های هدف را فراهم سازد، سازوکار رسمی انتقال بازخورد به نهاد دستور کارساز را ایجاد و مسئله‌شناسی و دستور کارگذاری را براساس یافته‌های ارزیابی اصلاح کند.

منابع و مآخذ

[1] Edwin McCarthy Lemert (2012). Social Pathology: A Systematic Approach To The Theory Of Sociopathic Behavior. Literary Licensing, LLC.

[2] Steven E. Barkan (2014). Social Problems: Continuity and Change. FlatWorld.

[3] Howlett, M., & Ramesh, M. (2003). Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems. Oxford University Press.

[۴] خضری، فرشید (۱۴۰۵). گزارش نظارتی عملکرد سازمان امور اجتماعی کشور در تنظیم‌گری کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی. گزارش مرکز پژوهش‌های مجلس. شماره مسلسل: ۲۱۷۱۸.

[۵] شعبان‌زاده و همکاران (۱۴۰۴). بررسی لایحه بودجه سال ۱۴۰۵ کل کشور (۲۵): آسیب‌های اجتماعی در آینه بودجه. گزارش مرکز پژوهش‌های مجلس. شماره مسلسل: ۲۱۲۸۲.

[۶] کرمانی، محسن (۱۴۰۲). تحلیلی بر تعارضات قانونی نهادهای تنظیم‌گر امور مربوط به مسائل و آسیب‌های اجتماعی در کشور. گزارش مرکز پژوهش‌های مجلس. شماره مسلسل: ۱۹۵۷۵.

[۷] خضری، فرشید (۱۴۰۴). بررسی و ارزیابی سیاست‌ها و برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد (۲): ارزیابی فرایند و عملکرد برنامه‌ها. گزارش مرکز پژوهش‌های مجلس. شماره مسلسل: ۲۱۳۶۳.

[۸] کرمانی و همکاران (۱۴۰۲). بررسی لایحه برنامه هفتم توسعه (۴۲): احکام مرتبط با آسیب‌های اجتماعی. گزارش مرکز پژوهش‌های مجلس. شماره مسلسل: ۱۹۰۹۷.

[9] Kingdon, J. W. (1984). Agendas, Alternatives, and Public Policies. Little, Brown.

[10] Head, B. W. (2008). Three Lenses of Evidence-Based Policy. Australian Journal of Public Administration, 67(1), 1–11.

[11] Lipsky, M. (1980). Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services. Russell Sage Foundation.

[12] Hall, P. A. (1993). Policy Paradigms, Social Learning, and the State. Comparative Politics, 25(3), 275–296.

[13] Solar, O., & Irwin, A. (2020). "A conceptual framework for action on the social determinants of health." WHO Discussion Paper.

[14] Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. Social Psychology Quarterly, 61(2), 121–140.

[15] Stone, D. A. (2012). Policy Paradox: The Art of Political Decision Making (3rd ed.). W. W. Norton.

[16] Hillyard, P., Pantazis, C., Tombs, S., & Gordon, D. (Eds.). (2004). Beyond criminology: Taking harm seriously. Pluto Press.

[۱۷] مرتون، رابرت کینگ (۱۳۸۵). مشکلات اجتماعی و نظریه جامعه‌شناختی. ترجمه نوین تولایی. تهران: نشر امیرکبیر.

[۱۸] اساسنامه سازمان امور اجتماعی کشور، مصوب ۱۴۰۴.

[19] Becker, U., & Titscher, H. (Eds.). (1998). Regulation of Labour Markets and Employment Policies in Germany and Austria. Ashgate.

[20] United Nations Development Programme (UNDP). Human Development Report 2023/2024: Breaking the Gridlock- Reimagining Cooperation in a Polarized World, 2024.

[21] World Health Organization. Social Determinants of Mental Health, 2014.

[22] United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report 2025.
[۲۳] نصیری، حمیدرضا و همکاران (۱۴۰۰). «تحلیل سیاستگذاری کاهش آسیب‌های اجتماعی در ایران: مطالعه موردی برنامه‌های سازمان بهزیستی»، فصلنامه سیاست، دوره ۵۱، شماره ۳، صص ۷۱۲-۶۸۹.
[۲۴] قانون برنامه ششم توسعه، مصوب ۱۳۹۶.
[۲۵] اطلس ملی آسیب‌ها و مسائل اجتماعی کشور، سازمان امور اجتماعی، مرکز ملی رصد اجتماعی کشور، ۱۴۰۳.
[۲۶] قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، مصوب ۱۳۸۳.
[۲۷] قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور، مصوب ۱۳۹۶.
[۲۸] آیین‌نامه تشکیل شورای اجتماعی کشور، مصوب ۱۳۸۰.
[۲۹] قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر، مصوب ۱۳۸۹.
[۳۰] سیاست‌های کلی برنامه هفتم با اولویت پیشرفت اقتصادی توأم با عدالت، ابلاغی رهبر شهید انقلاب (ره)، ۱۴۰۱.
[۳۱] نشست ریاست سازمان بهزیستی کشور با شورای اداری کهگیلویه و بویراحمد، ۲۱ بهمن ۱۴۰۳.
[۳۲] گلاب و همکاران (۱۴۰۳). بررسی فرایند برون‌سپاری خدمات به مراکز نگهداری از کودک و نوجوان فاقد سرپرست مؤثر از منظر نظام هزینه‌ها. گزارش مرکز پژوهش‌های مجلس. شماره مسلسل: ۲۰۳۰۹.
[۳۳] عزت‌آبادی پور، حسام (۱۴۰۴). مروری بر عملکرد سازمان بهزیستی در قبال مراکز خدمات بهزیستی (مراکز مثبت زندگی). گزارش مرکز پژوهش‌های مجلس. شماره مسلسل: ۲۰۶۱۸.
[۳۴] شعبان‌زاده، ایمان و سامان یوسف‌وند (۱۴۰۱). ارزیابی سیاست ارائه خدمات اجتماعی در طرح «مثبت زندگی». گزارش مرکز پژوهش‌های مجلس. شماره مسلسل: ۱۸۱۵۵.
[۳۵] قانون برنامه هفتم پیشرفت، مصوب ۱۴۰۳.
[۳۶] طبیب‌زاده، امیر و قدرت‌الله ابراهیمی (۱۳۹۸). «سنجش اثربخشی سیاست‌های کنترل آسیب‌های اجتماعی با رویکرد ارزیابی اثر سیاست»، فصلنامه مطالعات راهبردی سیاستگذاری عمومی، دوره ۹، شماره ۳۲، صص ۲۱۰-۱۸۵.
[37] Howlett, M. (2019). Designing Public Policies: Principles and Instruments (2nd ed.). Routledge.

عنوان: آسیب‌شناسی چرخه سیاستگذاری کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی در ایران

DOI: https://doi.org/10.22034/mrc.report.22034
Permanent Link: https://report.mrc.ir/article_12057.html
Publisher : Islamic Parliament Research Center of Iran



گزیده سیاستی

این گزارش با هدف آسیب‌شناسی چرخه سیاستگذاری کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی در ایران، گسست‌های ساختاری میان پنج مرحله مسئله‌شناسی، دستورکارگذاری، راهبردگذاری و تدوین سیاست، اجرا، و نظارت و ارزیابی را بررسی می‌کند.

مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی

تهران، خیابان پاسداران، روبروی پارک نیاوران (ضلع جنوبی، پلاک ۸۰۲)

تلفن: ۷۵۱۸۳۰۰۰ صندوق پستی: ۵۸۵۵-۱۵۸۷۵ پست الکترونیک: mrc@majles.ir

وب‌سایت: rc.majles.ir