

مطالعه کارکردهای جامعه شناختی سازمان‌های غیردولتی فعال در حوزه درمان اعتیاد

تقی آزاد ارمکی^۱، فاطمه صرامی^۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۸/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۵/۱۰

چکیده

هدف: توجه به ابعاد جامعه شناختی کارکردهای سازمان‌های غیردولتی با تاکید بر کارکردهای این سازمان‌ها به عنوان یک نهاد مدنی اغلب مورد غفلت قرار گرفته که در مقاله حاضر به آن پرداخته شده است. **روش:** بدین منظور با استفاده از روش کیفی گردند تئوری، مصاحبه‌هایی عمیق با مدیران سازمان‌های غیردولتی فعال درمانی در سطح ملی و همچنین متخصصین امر درمان اعتیاد انجام گرفت. **یافته‌ها:** پس از انجام فرایند کدگذاری نتایج مصاحبه‌ها و با استفاده از مدل تنوریکی اشتراوس و کوربین، محقق موفق به ارائه مدل برپایه شده و در نهایت با استفاده از این مدل به صورت‌بندی سازمان‌های مورد مطالعه پرداخته شد. **نتیجه‌گیری:** نتایج حاصل از تحلیل‌ها نشان داد سپردن امور اجتماعی از جمله درمان اعتیاد به سازمان‌های مردم‌نهاد مزایای بسیاری دارد که از جمله مهمترین آن‌ها شناخت عمیق نهادهای مدنی نسبت به مسائل اجتماعی، افزایش حمایت‌های مالی و داوطلبانه مردمی در حوزه مسائل اجتماعی، افزایش دغدغه برای ارائه خدمات با کیفیت و بالا رفتن تقاضای عمومی برای انجام مداخلات نتیجه بخش و مطالبه‌گری از سوی مردم نسبت به نهادهای مدنی می باشد.

کلید واژه‌ها: سازمان‌های غیردولتی، درمان اعتیاد، نهادهای مدنی، کارکردهای جامعه‌شناختی

۱. هئیت علمی، استاد گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه تهران و پردیس البرز، تهران، ایران

۲. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی، دانشگاه تهران پردیس البرز، تهران، ایران، پست الکترونیک:

fa.sarami@ut.ac.ir

مقدمه

بر اساس آخرین گزارش منتشر شده از سوی دفتر مواد مخدر و جرائم سازمان ملل متحد^۱، آمار مصرف کنندگان مواد مخدر رقمی معادل ۲۵۵ میلیون نفر از جمعیت جامعه جهانی در سنین ۱۵ تا ۶۴ سال را تشکیل می‌دهند که در سال ۲۰۱۵ حداقل یکی از انواع مواد را یک‌بار در سال مصرف کرده‌اند. همچنین بر اساس نتایج گزارش مرکز مطالعات سنجش میزان تحمل بیماری در سال ۲۰۱۵، حدود ۱۷ میلیون سال زندگی سالم از زندگی افراد مصرف کننده به دلیل اختلالات جسمی و روحی ناشی از مصرف انواع مواد مخدر به هدر رفته است (گزارش جهانی مواد، ۲۰۱۷). آمار منتشر شده توسط دفتر مبارزه با مواد و جرم سازمان ملل در سال ۲۰۱۰ نشان‌دهنده آن است که ۴۱ درصد از تریاک کل دنیا، در ایران مصرف می‌شود (سازمان بهداشت جهانی^۲، ۲۰۱۰). این در حالی است که روند مصرف مواد نسبت به گذشته دستخوش تغییراتی شده است؛ از یک سو متوسط سن مصرف کنندگان نسبت به سال‌های قبل پایین آمده و از سوی دیگر الگوی مصرف، از مصرف تدخینی تریاک به طرف هروئین به صورت تزریقی در حال تغییر است (رزاقی، رحیمی موقر، و مدنی، ۱۳۸۲). آمار ۸ هزار معتاد پرخطری که سال ۱۳۹۰ از سوی مسئولان ستاد مبارزه با مواد مخدر اعلام شد و همچنین تعداد مرگ و میر معتادان در کلان شهر تهران، به خوبی نشان می‌دهد که تهران آلوده‌ترین شهر کشور از لحاظ مواد مخدر است. در سال ۱۳۸۹ تهران به تنهایی با ۱۰۶۸ نفر، بالاترین آمار مرگ و میر ناشی از مصرف مواد در بین استان‌های کشور را به خود اختصاص داده است (روشن‌پژوه و همکاران، ۱۳۹۴).

بر اساس آخرین نتایج شیوع شناسی در جمعیت عمومی کشور (۱۵ تا ۶۴ سال) در سال ۱۳۹۴ نرخ شیوع مصرف در سطح کشور ۵/۴ درصد بوده (معادل ۲۸۰۲۸۰۰ نفر مصرف کننده مستمر و نیز ۱۶۰۰۰۰۰ نفر مصرف کننده تفتنی مواد) که سهم زنان مصرف کننده مواد ۱۵۶ هزار نفر می‌باشد. میانگین سن شروع مواد در مردان ۲۴/۱ سال و

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

2. World Health Organization (WHO)

در زنان ۲۶/۲ سال و میانگین کل ۲۴/۳ سال می‌باشد. بر اساس نتایج این مطالعه، شاهد شیوع مصرف در ۵/۴ جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال معادل ۲۸۰۲۸۰۰ نفر می‌باشیم به گونه‌ای که الگوی مصرف مواد در این افراد به ترتیب تریاک (۵۳/۸٪)، حشیش، گل، ماری‌جوانا و گراس (۱۱/۹٪)، شیشه و هروئین (۷٪) می‌باشد. روند در الگوی مصرف حکایت از این واقعیت دارد که مصرف گل، ماری‌جوانا و گراس در سطح کشور افزایش داشته است (روشن پژوه، ۱۳۹۴). همچنین بر اساس محاسبات انجام شده، مجموع هزینه‌های مصرف مواد مخدر در سال ۸۳ رقمی معادل ۴۲۸۳۳/۵ میلیارد ریال بوده است (هاشمی و مختاریان، ۱۳۸۹).

همان‌گونه که از گزارشات و آمارهایی که سالیانه از سوی مجامع بین‌المللی منتشر می‌شود بر می‌آید، وضعیت مصرف مواد در کل دنیا رو به افزایش است؛ هرچند شیوه و نوع ماده مصرفی به دلایل گوناگون در حال تغییر است. بدین منظور متولیان کنترل عرضه و تقاضای مواد مخدر از کشورهای مختلف سالی چندبار با برگزاری کنفرانس‌ها و نشست‌های متعدد گردهم آمده و با به اشتراک گذاشتن تجربیات و سیاست‌های خود در این عرصه برای حل این مسئله تلاش می‌کنند. سیاست‌های بین‌المللی در حوزه کاهش تقاضا از گذشته تا کنون شامل رهیافت‌های مختلفی می‌باشد: استفاده از ابزار قانون‌گذاری متناسب با وضعیت مصرف هر کشور، اهمیت دادن به حوزه درمان، پیشگیری و یا کاهش آسیب. در سال ۱۹۶۱ مطابق با کنوانسیون مرتبط با مواد مخدر اغلب کشورهای دنیا با تفاوت در میزان سختگیری‌های قانونی مطابق با شرایط جامعه خود، موظف به اجرای قوانین ممنوعیت مصرف مواد شدند (فلباب براون، ۲۰۰۹). همچنین با گذشت زمان و انجام تحقیقات اثرسنجی، استفاده از رهیافت علمی در راس فعالیت‌های پیشگیری قرار گرفت. یکی از رهیافت‌های مهم در حوزه پیشگیری، پیشگیری ثانویه بود که هدفش کنترل و پیشگیری از مصرف بیشتر و دست زدن به سایر رفتارهای پرخطر ناشی از مصرف مواد بود. بنابراین نیاز به برنامه‌های کاهش آسیب و درمان در کنار برنامه‌های پیشگیری به عنوان لازم و ملزوم یکدیگر مطرح شد و درمان معتادین به عنوان یکی از اجزای اصلی

استراتژی کاهش تقاضا شناخته شد. به علاوه کمک به افراد برای کاهش مصرف مواد، بهبود وضعیت سلامت، کاهش جرم و افزایش کارایی اجتماعی به ویژه در کشورهای توسعه یافته همگی اجزای جدانشدنی روند درمان هستند. با توجه به این که درمان یک روند طولانی مدت بوده و عود مجدد یکی از مراحل رایج در این روند است؛ با این حال شواهد و تحقیقات بسیاری حاکی از این امر دارند که درمان یک استراتژی موفق در کاهش مصرف مواد و سایر مسائل اجتماعی مرتبط با آن می‌باشد. همچنین روند درمان و شیوه‌های درمانی در دو دهه گذشته در سطح جهان پیشرفت‌های چشمگیری داشته است (گزارش جهانی مواد، ۲۰۰۰).

در ایران نیز سیاست‌های ملی کاهش عرضه و تقاضا در سال ۱۳۸۵ ابلاغ گردید و تا به امروز نیز همچنان در دستور کار متولیان این حوزه قرار دارد. این سیاست‌ها بر مبنای چندین محور اساسی تدوین شده است:

۱- مبارزه فراگیر و قاطع علیه تمام فعالیت‌ها و اقدامات غیرقانونی مرتبط با مواد مخدر و روان‌گردان و پیش‌سازهای آن‌ها از قبیل کشت، تولید، ورود، صدور، نگهداری و عرضه مواد؛ ۲- تقویت، توسعه، تجهیز و استفاده فراگیر از امکانات اطلاعاتی، نظامی، انتظامی و قضائی برای شناسایی و تعقیب و انهدام شبکه‌ها و مقابله با عوامل اصلی داخلی و بین‌المللی مرتبط با مواد مخدر و روان‌گردان و پیش‌سازهای آن‌ها؛ ۳- تقویت، تجهیز و توسعه یگان‌ها و مکانیزه کردن سامانه‌های کنترلی و تمرکز اطلاعات به منظور کنترل مرزها و مبادی ورودی کشور و جلوگیری از اقدامات غیرقانونی مرتبط با مواد مخدر، روان‌گردان و پیش‌سازهای آن‌ها و تقویت ساختار تخصصی مبارزه با مواد مخدر در نیروی انتظامی و سایر دستگاه‌های ذی‌ربط؛ ۴- اتخاذ راهکارهای پیشگیرانه در مقابله با تهدیدات و آسیب‌های ناشی از مواد مخدر و روان‌گردان با بهره‌گیری از امکانات دولتی و غیردولتی؛ ۵- جرم‌انگاری مصرف مواد مخدر و روان‌گردان و پیش‌سازهای آن‌ها جز در موارد علمی، پزشکی، صنعتی و برنامه‌های مصوب درمان و کاهش آسیب؛ ۶- ایجاد و گسترش امکانات عمومی تشخیص، درمان، بازتوانی و اتخاذ تدابیر علمی جامع فراگیر؛

۷- جلوگیری از تغییر الگوی مصرف از مواد کم خطر به مواد پرخطر؛ ۸- اتخاذ تدابیر لازم برای حمایت‌های اجتماعی پس از درمان مبتلایان به مواد مخدر و انواع روان‌گردان‌ها.

تا قبل از به رسمیت شناختن ورود سازمان‌های غیردولتی به عرصه مدیریت مبارزه با مواد مخدر متولیان این حوزه شامل ارگان‌های دولتی از جمله ستاد مبارزه با مواد مخدر به عنوان یک نهاد سیاست‌گذار، هماهنگ‌کننده و ناظر بر عملکرد سایر دستگاه‌های دولتی فعال در این حوزه (شامل ۱۲ عضو دولتی: رئیس جمهور، دادستان کل کشور، وزیر کشور، وزیر اطلاعات، وزیر بهداشت، وزیر آموزش و پرورش، رئیس سازمان صدا و سیما، فرمانده نیروی انتظامی، رئیس دادگاه انقلاب اسلامی، رئیس سازمان زندان‌ها، فرمانده نیروی مقاومت بسیج، وزیر فرهنگ و ارشاد اسلامی) و سازمان بهزیستی بودند. علیرغم تلاش‌های صورت پذیرفته در حوزه کاهش تقاضا و به ویژه حوزه درمان از سوی ارگان‌های دولتی و صرف بودجه‌های کلان اما این معضل آن‌گونه که باید و مورد انتظار جامعه است کاهش چشمگیر نداشته است. دلایل متعددی در نقد فعالیت‌های دولت در این حوزه ذکر شده است:

کمبود ارتباط میان الگوهای مختلف درمان و تفاوت‌های مفهومی و یا نگرشی میان آن‌ها که در نوع خود می‌تواند فرصتی برای ارتقاء کیفیت خدمات باشد، بعضاً موجب توقف ارائه خدمات در این حوزه شده است، که نیاز به توجه ویژه دارد. یک نظرسنجی اجمالی از جمع کثیری از صاحب‌نظران نشان داد کمبود یا ساماندهی ضعیف مدل‌های اجتماعی درمان از یک سو و نگرش پزشکی صرف به درمان اعتیاد و کم‌توجهی به درمان‌های روانی- اجتماعی از سوی دیگر از جمله نقاط ضعف حوزه درمان محسوب می‌شوند (روشن پژوه و همکاران، ۱۳۹۴). قطبی شدن دیدگاه‌ها در حوزه خدمات درمان اعتیاد و نگرش حذفی به برخی برنامه‌ها، نظیر برنامه‌های زیان‌کاهی، از تهدیدهای عمده برنامه‌های درمانی است. به علاوه علیرغم گسترش قابل توجه خدمات درمان و کاهش آسیب، ارزیابی جامعی از نتایج درمان به دلیل پراکندگی و گستره فعالیت‌های ارگان‌های

دولتی صورت نگرفته است (صابری زفرقندی، روشن پژوه، میر کاظمی، و بوالهروی، ۱۳۹۲).

هر چند ماده ۱۵ قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب سال ۱۳۹۰ ایران، درمان را مورد توجه قرار داده و در آن به افراد معتاد اجازه داده شده که به مراکز درمانی مراجعه کنند، اما در ماده ۱۶ همان قانون، در صورت تظاهر و تکرار عود بیماری، رویکرد مجازات در نظر گرفته شده که این امر می‌تواند تاثیر منفی بر مراجعه و درمان در سیستم مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه به دلیل نگرانی افراد از ثبت مشخصات خود یا مجازات در صورت عود بیماری داشته باشد. به علاوه خدمات درمانی بخش دولتی دارای کیفیت لازم نیست (روشن پژوه و دیگران، ۱۳۹۲). همچنین حمایت‌های اجتماعی، درمان، بازتوانی و زیان‌کاهی اعتیاد در ایران دارای چندین متولی و منابع متفاوت است و بین دستگاه‌های متولی هماهنگی و تعامل موثر وجود ندارد. این امر سبب به هدر رفتن تلاش‌ها و سرمایه می‌شود.

امروزه حضور سازمان‌های غیردولتی در کنار ارگان‌های دولتی در عرصه کاهش تقاضا در سطح بین‌المللی به یکی از مباحث قابل توجه تبدیل شده تا آنجا که اهمیت نقش این سازمان‌ها به عنوان حلقه مفقوده اثربخشی فعالیت‌های پیشگیری و درمانی دولت‌ها در نظر گرفته می‌شود (کمپته ملی درمان اعتیاد، ۲۰۱۱). ویژگی‌هایی نظیر نداشتن وابستگی به ساختار دیوان سالارانه و منابع عمومی دولت، داوطلبانه و دموکراتیک بودن، این سازمان‌ها را از سازمان‌های دولتی متمایز می‌کند. آینده جهان در سیطره سازمان‌های غیردولتی خواهد بود. بر همین اساس هر کشوری احتمال بقای قدرتمندی خود را از طریق گسترش سازمان‌های مردم‌نهاد رقم خواهد زد (رحیمی، اسماعیلی، نوری و مهدوی، ۱۳۹۰). سازمان‌های مردم‌نهاد در طول قرن‌ها و به اشکال مختلف در سراسر دنیا وجود داشته‌اند که اوج شکوفایی و ظهور آن‌ها از دهه ۱۹۸۰ میلادی بوده است (لویس، ۲۰۰۳). تلاش برای گذار از دموکراسی توده‌ای به دموکراسی سازمان یافته سبب طرح دیدگاه جامعه

مدنی در مقابل جامعه توده‌ای شد. جامعه مدنی به معنای جدید خود به حوزه‌ای از روابط اجتماعی اطلاق می‌گردد که فارغ از قدرت سیاسی است و مجموعه‌ای از نهادها، مؤسسات و تشکیلات خصوصی و مدنی (غیرخصوصی) را در بر می‌گیرد. این نهادها نقش واسطه را میان قدرت سیاسی و قدرت اجتماعی ایفا می‌کنند و مهمترین ویژگی آن‌ها مردمی بودنشان است (مسعودنیا، ۱۳۸۴).

در ایران حدود بیش از دو دهه است که شاهد حضور رسمی و جدی نیروهای داوطلب، سازمان‌های غیردولتی و سازمان‌های اجتماع محور هستیم که فعالانه وارد عرصه مبارزه با معضل اعتیاد و پیشگیری و درمان آن شده‌اند. براساس اصل ۴۴ قانون اساسی نقش سازمان‌های غیردولتی در توسعه اجتماعی کشور از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است؛ همچنین در بند ۹ سیاست‌های کلان مبارزه با مواد مخدر که در سال ۸۶ به تصویب مجمع تشخیص مصلحت نظام با عنوان «اتخاذ تدابیر لازم برای حضور و مشارکت جدی مردم و خانواده‌ها در زمینه‌های پیشگیری، کاهش آسیب و درمان معتادان» و استفاده از سازمان‌های مردم‌نهاد در ماده ۱۵ قانون اصلاحیه مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۸۹، جایگاه‌های قانونی هستند که سازمان‌های غیردولتی بر طبق آن می‌توانند در امور مبارزه با مواد مخدر فعالیت کنند. همچنین در بند ۹۷ قانون برنامه چهارم توسعه بر تقویت نقش مردم و سازمان‌های غیردولتی در امر پیشگیری و مبارزه با اعتیاد تاکید شده است. بیش از ۸۰٪ برنامه‌های مربوط به کاهش آسیب و درمان حوزه مواد مخدر در ایران توسط سازمان‌های مردم‌نهاد انجام می‌گیرد و از میان ۲۲۷۱ سازمان غیردولتی، حدود ۳۷٪ آن‌ها در فعالیت‌های پیشگیرانه، ۵۶٪ در درمان و ۷٪ در حوزه کاهش آسیب مشغول به فعالیت می‌باشند (روشن پژوه و همکاران، ۱۳۹۴).

با وجود آن که در کشور ما اعتیاد به‌عنوان یک مشکل اجتماعی تلقی می‌شود، اما هنوز نوعی وفاق کلی بر سر «اعتیاد به مواد مخدر» به‌عنوان جرم یا بیماری وجود ندارد و دستگاه‌های مسئول، رویکردهای متفاوتی نسبت به آن دارند. در واقع، تلقی معتاد به‌عنوان یک بیمار و یا مجرم شناختن آن موضوع را فردی جلوه می‌دهد. این در حالی است که مسئله اجتماعی با اصلاح فرد حل نخواهد شد و باید به مسئله اعتیاد با رویکرد مترقی تری

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 حمایت‌یابی، 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. بنابراین مسئله اصلی مقاله حاضر شناخت نقش و حضور سازمان‌های غیردولتی و نهادهای مدنی در عرصه مدیریت و کاهش تقاضای هرچه بیشتر مواد مخدر است؛ با فرض این که حضور حوزه عمومی آن گونه که هابرماس^۱ اشاره می‌کند شکنندگی ناشی از برخورد بین حوزه خصوصی و دولت را می‌کاهد و انعطاف اجتماعی را بالا می‌برد. از دیدگاه هابرماس حوزه عمومی بخشی از جامعه مدنی است و هرچند دولت از طریق قانون بر نهادهای حوزه عمومی از جمله محافل و انجمن‌ها نظارت دارد اما در عین حال کارکرد اصلی حوزه عمومی محدود کردن قدرت دولت و ایجاد نوعی ماندگاری و اعتدال است (آزاد ارمکی، ۱۳۹۰).

نظریات جامعه مدنی: در انتهای قرن بیستم، ایده‌ی جامعه‌ی مدنی به دلایلی بیش از فروکاست کمونیسم و خیزش کاپیتالیسم مورد توجه قرار گرفت. رهبران سیاسی با نگاهی به یک‌صد سال گذشته دیدند که در مورد سازمان نوین جامعه اشتباهی فاجعه‌آمیز وجود دارد. طرفداران جامعه‌ی مدنی در آن زمان استدلال کردند - و هنوز هم این استدلال ادامه رایج است - که دولت‌های بیش از حد رشد کرده نتوانسته‌اند مسائل داخلی و جهانی را حل کنند. دولت‌ها نخبه‌گرا و بوروکراتیک شده، و شدیداً تحت نفوذ گروه‌های فشار خاص و بزرگ قرار گرفته‌اند. بنابراین دولت‌ها بیشتر بخشی از مسئله هستند تا راه‌حلی برای آن‌ها (ویترنا، کلو و کلارک^۲، ۲۰۱۵).

1. Habermas

2. Viterna, Clough, & Clarke

یکی از دیدگاه‌های پرطرفدار جامعه مدنی در نظر گرفتن آن به عنوان فضای عمومی است که امروزه اکثرآ این دیدگاه را با نام هابرماس می‌شناسیم و در مقایسه با سایر دیدگاه‌ها جنبه انسانی آن پررنگتر می‌باشد. طبق این دیدگاه یک فضای عمومی شبیه یک مرکز مدنی است. هر مرکزی که در آن افراد می‌توانند آزادانه، صادقانه و امیدوارانه با نظم، در مورد مسائل مؤثر بر جامعه گفتگو کنند (گیزلر، ۲۰۰۶). یورگن هابرماس "فضای عمومی" را به صورت فضایی تعریف کرد که در آن افراد در مورد روابط مشترک‌شان درنگ می‌کنند. فضای نهاده‌ای که در آن افراد در مورد موضوعات مدنی و زندگی اجتماعی بحث می‌کنند (هابرماس، ۱۹۸۹). حوزه عمومی برخلاف نهادهایی که تحت سلطه خارجی قرار دارند و یا دارای روابط قدرت درونی هستند، از اصول مشارکت و نظارت دموکراتیک خبر می‌دهد. همچنین آزاد ارمکی در کتاب خود با عنوان "پاتوق و مدرنیته ایرانی" به بررسی عرصه عمومی در جامعه ایران از طریق پاتوق‌ها و انجمن‌ها و اجتماعات مدنی پرداخته است. در این کتاب، مفهوم پاتوق در مقابل قدرت مقتدر قرار گرفته است و به لحاظ جامعه‌شناختی به محل اجتماع عده‌ای از افراد اطلاق می‌شود که بدون وجود آیین‌نامه و قواعد و قوانین رسمی و بروکراتیک، در حاشیه حیات رسمی جامعه به تشکیل اجتماعاتی اقدام می‌کنند. پاتوق‌ها به عنوان شکل خاصی از اجتماع، دارای ساختار ویژه‌ای هستند و این وضعیت جدید ساختاری است که هویت‌دهنده به پاتوق می‌باشد. نوع رابطه بین افراد، میزان و شدت روابط، رهبریت و مدیریت، اهداف، گفتمان‌های درون پاتوق، فرهنگ و نظام ارزشی حاکم بر روابط، نوع رابطه با گروه‌های اجتماعی دیگر، نتایج و کارکرد پاتوق‌ها و... بیانگر ساختار پاتوق است (آزاد ارمکی، ۱۳۹۰).

با وجود تمامی این نظریه‌ها هیچ رشته مستقلاً برای مطالعات بخش داوطلبانه و غیرانتفاعی شکل نگرفت. اما از آنجایی که موضوعات مربوط به بخش غیردولتی به علوم اجتماعی منتسب هستند، مطالعاتی در این حوزه شروع به شکل گرفتن کرد. برای جامعه‌شناسان بحث اساسی در مورد نقش سازمان‌های غیردولتی در کشورهای توسعه یافته و در

حال توسعه بیشتر بر پایه تحلیل نظارت عمومی بود که بر اساس آن سازمان‌های غیردولتی، خدمات رفاهی و اجتماعی را موثرتر و کارا تر از دولت‌ها فراهم می‌کنند. در نتیجه، ارتباط و همکاری بین دولت‌ها و این دسته از سازمان‌ها در ارائه خدمات رفاهی به موضوع مسلط در کشورهایمانند آمریکا، آلمان، فرانسه، و انگلستان تبدیل شد (آنهایر و سالمون، ۲۰۰۶).

سازمان‌های مردم‌نهاد و پدیده اعتیاد: اگرچه مبارزه با مواد مخدر در همه کشورهای جهان به مثابه امری ضروری پذیرفته شده و به‌طور کمابیش متفاوتی با موفقیت همراه شده است، اما، برحسب سطح توسعه یافتگی کشورها (توسعه یافته یا در حال توسعه) سیاست‌ها و راهبردهای متفاوتی در ارتباط با مبارزه با مواد مخدر در حوزه‌هایی نظیر مبارزه با عرضه، مبارزه با تقاضا، پیشگیری، درمان، تحقیق و غیره مورد استفاده قرار گرفته است. در دو دهه اخیر رویکردی نسبتاً منسجم برای تأمین سلامت اعضای جامعه به‌طور کلی، و برای موفقیت در امر مبارزه با مواد مخدر به‌طور اخص، شکل گرفته که طبق آن چنین پنداشته می‌شود که سلامت یا بیماری و ناراحتی اعضای جامعه به‌طور بنیادین امری اجتماعی محسوب می‌شود. تنها راه تغییر معنادار در کمّ و کیف سلامت یا بیماری در جامعه نیز از مسیر خود اجتماع می‌گذرد. مشخص‌ترین تلاش در برجسته‌سازی این رویکرد توسط سازمان جهانی بهداشت در «منشور اتاوا» دیده می‌شود که طبق آن ارتقاء سلامت از رهگذر قادر ساختن اعضای جامعه برای کنترل و دستکاری عوامل موثر بر سلامت خود قابل حصول است (کشاوری محمدی، زارعی، و پارسی‌نیا، ۱۳۹۲).

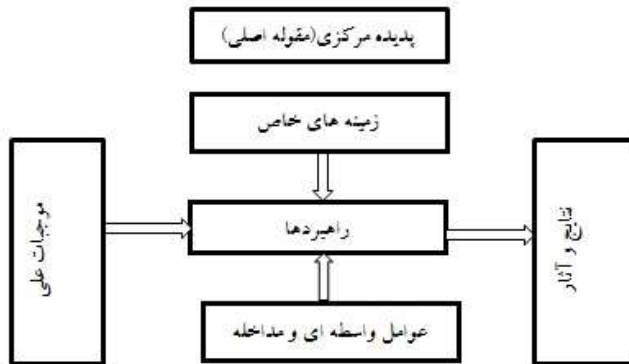
فرایند اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر به‌این‌نحو، در این امر خلاصه می‌شود که گروه‌های ذی‌نفع از طریق بحث و گفتگو در میادین مختلف زندگی و محل سکونت خود، موضوع را تشریح کنند؛ جوانب مختلف آن را به نحوی که به محل زندگی‌شان مربوط است برشمارند؛ مسأله‌دارترین خانواده‌ها را مشخص سازند و مهمتر از همه راه‌حل نشان دهند و در تمامی فرایندهای مبارزه با مواد مخدر شامل طراحی برنامه، تصویب برنامه و بالاخره در اجراء برنامه و ارزیابی برنامه فعالانه شرکت داشته باشند (پیران، ۱۳۷۹).

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

روش تحقیق استفاده شده در این نوشتار برای جمع‌آوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل آن‌ها روش کیفی گرنند تئوری است که به پژوهشگر این امکان را می‌دهد در مواردی که امکان تدوین فرضیه وجود ندارد به جای استفاده از تئوری‌های از پیش تعریف شده، خود به تدوین یک مدل نظری جدید اقدام کند. این تئوری جدید نه بر مبنای نظر شخصی پژوهشگر که در واقع بر اساس داده‌های گردآوری شده از محیط واقعی و در شرایطی واقعی تدوین می‌شود. ابزار گردآوری اطلاعات مصاحبه‌های عمیق کیفی می‌باشد که از دو دسته پاسخ‌گو در مصاحبه‌ها استفاده شده است. دسته اول رهبران سازمان‌های غیردولتی می‌باشند و دسته دوم متخصصین و صاحب‌نظران حوزه درمان و سازمان‌های مردم‌نهاد که اطلاعاتی از طریق مصاحبه‌های عمیق از ایشان جمع‌آوری شد.

مدل معروفی که اشتراوس با همکاری کوربین با عنوان جی تی ام سیستماتیک ارائه داد در واقع روشی برای پیمودن فرایند تحلیل کیفی بود و از نظر او و همکارش کوربین در این مدل حتماً لازم است داده‌ها در چند مرحله کدگذاری شوند و نتیجه نیز دست آخر در چارچوب یک مدل از پیش تعیین شده یکنواخت، مرتب و بازنمایی شود (فراستخواه، ۱۳۹۵).



نمودار ۱: الگوی پارادایمی در رویکرد سیستماتیک اشتراوس و کوربین (۱۹۹۸)

زمان جمع‌آوری داده‌ها به دلیل زمانبر بودن هماهنگی‌های لازم جهت پرکردن پرسش‌نامه توسط مراجعین و همچنین مصاحبه با مدیران سازمان‌ها و متخصصین این حوزه سه ماه از دیماه تا اسفندماه ۱۳۹۶ به طول انجامید. میانگین مدت زمان انجام مصاحبه‌ها بین ۴۵ دقیقه تا یکساعت بود.

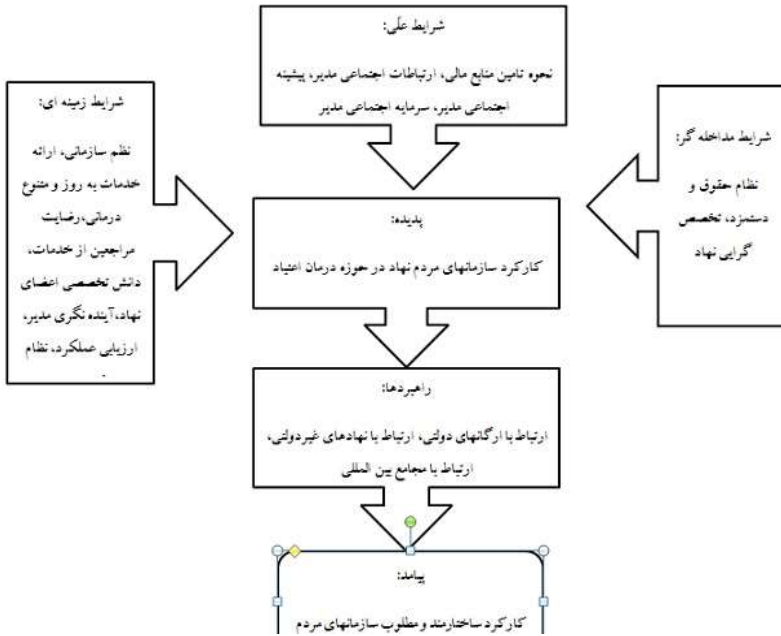
روش نمونه‌گیری برای مصاحبه‌های کیفی به این ترتیب بود که طبق آمار ارائه شده از سوی سازمان بهزیستی و ستاد مبارزه با مواد مخدر تعداد کل ثبت شده این مراکز درمانی در استان تهران ۱۸۴ مرکز بوده که در سه سطح دسته‌بندی شده‌اند. سطح یک سازمان‌های غیردولتی هستند که مجوز فعالیت خود را از وزارت کشور دریافت کرده و در سطح ملی فعالیت می‌کنند. سطح دوم مربوط به سازمان‌های غیردولتی است که مجوز خود را از استانداری دریافت می‌کنند و در سطح استانی مشغول به فعالیت هستند و سطح سه سازمان‌های غیردولتی هستند که دارای مجوز از سوی فرمانداری‌ها بوده و در سطح شهرستان‌ها مشغول به فعالیت هستند. سازمان‌های غیردولتی مورد مطالعه در پژوهش حاضر، سازمان‌های غیردولتی فعال در سطح یک بوده که در حوزه درمان و کاهش آسیب مشغول فعالیت هستند. طبق لیستی که توسط ستاد مبارزه با مواد مخدر و سازمان بهزیستی در اختیار محقق گذاشته شد تعداد کل سازمان‌های غیردولتی فعال در سطح یک ۱۲ مورد بود که از این میان ۹ مورد فعال بوده و مابقی به دلایلی تعطیل یا معلق بودند. بنابراین مصاحبه‌های کیفی مربوط به مدیران سازمان‌های مردم‌نهاد فعال در سطح یک شامل ۹ مرکز می‌باشد. همچنین دسته دوم پاسخ‌گویان این تحقیق شامل جمعی از صاحب‌نظران حوزه اعتیاد و به ویژه امر درمان می‌باشد. بدین منظور بنابر درخواست محقق از متولیان این حوزه شامل مدیران سازمان‌های غیردولتی و خصوصی، مدیران بخش مقابله با اعتیاد سازمان بهزیستی و ستاد مبارزه با مواد مخدر لیستی از متخصصین این حوزه در اختیار محقق قرار داده شد. این روش در واقع روش نمونه‌گیری همگون است که در روش‌های کیفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. روش نمونه‌گیری همگون یک روش نمونه‌گیری کیفی است که شامل انتخاب افراد در یک زیرفرهنگ یا افرادی که خصوصیات مشترک زیادی دارند می‌شود. زمانی که یک گروه خاص مورد بررسی قرار می‌گیرند مثلاً زمانی

که با متخصصان یک رشته مصاحبه می‌شود از این روش استفاده شده است (گوستاوسون، ۲۰۰۷). در نهایت پس از انجام ۷ مصاحبه و رسیدن به مرحله اشباع داده، مرحله جمع‌آوری داده متوقف شد. این حالت زمانی رخ می‌دهد که داده بیشتری که سبب توسعه، تعدیل، بزرگتر شدن یا اضافه شدن به تئوری شود به پژوهش وارد نمی‌شود و طبقه‌بندی موجود را تغییر نمی‌دهد یا پیشنهادی برای ایجاد طبقه جدید ایجاد نمی‌کند (گوستاوسون، ۲۰۰۷).

تحلیل داده‌های کیفی، پس از انجام مراحل کدگذاری باز یعنی داده‌های گردآوری شده در قالب گزاره‌های دقیق و صریح و کوتاه فهرست شدند؛ سپس گزاره‌ها با توجه به مضامین و مفاهیم آن‌ها به مقوله‌های فرعی تبدیل شدند. این مقوله‌های فرعی به مقوله‌های اصلی تبدیل شدند و خوشه‌های مقوله‌ای از آن‌ها استخراج شد و مفصل‌نهایی مدل پژوهش را تشکیل دادند.

یافته‌ها

پس از انجام مصاحبه‌ها، کدگذاری، مقوله‌بندی و رسیدن به مقوله‌های خوشه‌ای، محقق به الگوی پارادایمی مدنظر اشتراوس و کوربین دست یافت. در این الگو مقوله اصلی، پدیده‌ای مرکزی است که در موقعیت و زمینه اکتشاف می‌کنیم. در پژوهش حاضر همان بررسی ابعاد و کارکردهای جامعه‌شناختی سازمان‌های مردم‌نهاد در حوزه درمان اعتیاد می‌باشد. شرایط علی، علل و موجبات اصلی هستند که پدیده مورد اکتشاف از آن‌ها ناشی می‌شود. راهبردها به این معناست که کنشگران بر اثر موجبات علی دست به چه راهبردهای رفتاری و تاکتیک‌هایی می‌زنند و چه تدابیر و ترفندهایی به اقتضای زمینه‌ها و شرایطی که در آن قرار دارند در پیش می‌گیرند؟ شرایط زمینه‌ای شرایطی هستند که موجبات در آن شرایط و زمینه‌ها بر پدیده اصلی تاثیر می‌گذارند و شرایط مداخله‌گر به معنای عوامل عمومی تعدیل‌کننده هستند (فراستخواه، ۱۳۹۵).



همان گونه که در مدل بالا مشاهده می شود مفاهیم متعددی در کارکرد سازمان‌های مردم نهاد فعال در حوزه درمان موثرند. بر همین اساس می توان این سازمان‌ها را با توجه به میزان تاکید بر این مولفه‌ها جهت افزایش کارکردهای درمانی‌شان صورت‌بندی کرد:

۱. سازمان‌های غیردولتی ساخت‌مند: وجود مولفه‌هایی اساسی‌ای از جمله تخصص‌گرایی، ویژگی‌های فردی مدیر و نظم سازمانی نه به معنای آنچه در سازمان‌های خصوصی برای رسیدن به سود حداکثری و یا در سازمان‌های دولتی با هدف احراز قدرت و تصمیم‌گیری سلسله‌مراتبی اجرا می‌شود؛ بلکه صرفاً وجود یک نظم نهادی به منظور اجرای هر چه بهتر روند درمان و بازتوانی معتادان از جمله متغیرهایی بودند که می‌توان گفت عامل ایجاد تفاوت و صورت‌بندی در میان موسسات فعال در این حوزه شده‌اند. مقصود از تخصص‌گرایی الزاماً تحصیلات مرتبط در این حوزه نمی‌باشد، هر چند نتایج مصاحبه‌ها چه با متخصصین این حوزه و چه مدیران نشان از آن دارد که وجود تجربه و تخصص در کنار یکدیگر می‌تواند عامل پیشبرد و دستیابی به موفقیت نهادهای غیردولتی در حوزه درمان باشد؛ همانطور که افشار (معاون کاهش تقاضا و توسعه مشارکت‌های

مردمی ستاد مبارزه با مواد مخدر) نیز اشاره کرد: "مدیران NGO ها سه دسته هستند: ۱. مدیران تجربی که همان معنادان بهبود یافته هستند؛ ۲. مدیران متخصص و علمی؛ ۳. مدیرانی که صرفاً بر حسب نیت خیرخواهانه وارد این حوزه شدند. به هر سه این‌ها نیاز هست و یک نگاه تلفیقی در مدیریت سازمان‌های غیردولتی باعث موفقیت قطعی آن می‌شود؛ زیرا هیچ‌یک به تنهایی موفق نمی‌شوند. نتایج و آمارها نیز این را تصدیق می‌کند". یا به گفته یکی از مدیران سازمان‌های غیردولتی درمانی: "در مورد استفاده از افراد و متدهای علمی، کارشناسان ما همه متخصص هستند و تحصیلات آکادمیک دارند و ما از تجربه فقط در موقع برقراری ارتباط با مصرف‌کنندگان استفاده می‌کنیم مثلاً امدادگران ما الزماً تحصیلات ندارند اما تجربه دارند که خیلی هم کمک می‌کند."

ویژگی‌های مدیر شامل مقوله‌هایی از جمله ارتباطات اجتماعی مدیر، سرمایه اجتماعی فردی، پیشینه اجتماعی و آینده‌نگری با کیفیت‌ها و میزان متفاوت در مدیران موسسات وجود داشت و همین تفاوت باعث ایجاد تفاوت در عملکرد، میزان مقبولیت و موفقیت موسسات مورد مطالعه شده است. در ادامه به چند نقل قول از مدیران سازمان‌های غیردولتی در این زمینه اشاره می‌شود: "اینقدر توانمند هستم که توانسته‌ام تمام کسانی که زمانی مخالف شیوه‌ها و صحبت‌های من بودند امروز همه از بهترین دوستان و همکاران من هستند. مدیر آگاه باید مخالف را به موافق تبدیل کند."؛ "در این حوزه نباید برای خودت دشمن تراشی کنی و گرنه نمی‌توانی ادامه بدهی. جامعه به شدت نیازمند ما است و نباید با دشمن تراشی و بی‌سیاستی جامعه را از این خدمات محروم کرد. باید بتوانی خوب خودت را ارائه کنی و اعتمادسازی کنی و این‌ها همه نیازمند قدرت داشتن ارتباطات اجتماعی است."؛ "در این حوزه نباید جنگجویانه وارد شد بلکه سازمان‌های غیردولتی به عنوان واسطه دولت و مردم برای آن‌که صدای مردم را راحت‌تر به گوش دولتمردان برسانند باید از ارتباطات و جایگاه اجتماعی خود به نحو مفید استفاده کنند." همچنین نتایج مصاحبه‌های کیفی نشان داد این دسته از سازمان‌ها در مجامع بین‌المللی دارای جایگاه خاص و ارتباطات قابل توجهی هستند که این امر برای ارتقاء جایگاه دولت نیز حائز اهمیت است.

۲. سازمان‌های غیردولتی بدون ساخت: این سنخ از سازمان‌های غیردولتی فاقد برخی از ویژگی‌هایی که می‌تواند ساختار آن‌ها را به یک سازمان ارتقاء دهد، می‌باشند. مهمترین تمایز میان صورت اول و دوم سازمان‌های غیردولتی همان ویژگی نظم نهادی است که کم‌رنگ بودن آن در سنخ سازمان‌های غیردولتی بدون ساخت چشمگیر است. همچنین این دسته از سازمان‌های غیردولتی اصولاً فاقد یک نظام تحقیق و توسعه منسجم برای سنجش و ارزیابی عملکردشان هستند و همین امر مانع از بهره‌وری و پویایی آن‌ها در حد انتظار می‌شود. ارزیابی در بخش غیردولتی موجب ارتقاء مدیریت منابع، رضایت مشتری، کمک به نقش توسعه‌ای این سازمان‌ها، پایداری و ارتقاء نقش جهانی آن‌ها می‌شود (رحیمی، ۱۳۸۵).

ضعف در برخی از ویژگی‌های مدیریتی یکی از عوامل مهم در عدم پیشرفت چشمگیر آن‌ها در دسترسی به اهدافشان می‌باشد. همانگونه که در سنخ اول نیز اشاره شد، ارتباطات اجتماعی مدیران سازمان‌های غیردولتی و میزان بالایی از سرمایه اجتماعی عامل موفقیت و مقبولیت یک سازمان غیردولتی در دیدگاه عمومی و دولتی می‌باشد. زیرا در درجه اول باعث جذب سرمایه‌های مالی که یکی از دغدغه‌های اساسی سنخ سازمان‌های غیردولتی انجمنی می‌باشد، می‌شود. "ترس اجتماعی دارم و در یک سری جاها نمی‌توانم صحبت کنم. می‌توانم بگویم در روابط اجتماعی ام ۳۰ تا ۴۰ درصد ناموفق بوده‌ام. شاید اگر روابط اجتماعی ام بهتر از این بود در کارم خیلی موفق‌تر بودم خیلی از سدهایی که پیش روی کارم است به خاطر همین ضعف است."

نتیجه ضعف‌های ساختاری باعث شده این دسته از سازمان‌های غیردولتی برای تامین منابع مالی خود به کمک‌های دولتی وابسته شده و در نتیجه از لحاظ ساختاری نیز ارگان‌های دولتی وابسته و در عمل دولت‌مدار^۱ شوند. به علاوه ضعف در شبکه‌سازی یکی دیگر از نقاط ضعف این سنخ از سازمان‌های غیردولتی می‌باشد. نقل قول یکی از مدیران این دسته از سازمان‌ها این گونه بود: "منبع اصلی مالی ما یارانه‌ای است که از سازمان بهزیستی دریافت می‌کنیم. این روزها به دلیل تورم خیرین هم کمک چندانی نمی‌کنند اما

گاهی شورایاری‌ها، مسجد و حسینیه محل کمک‌های غیرنقدی می‌کنند. اینجا از لحاظ مالی هیچ درآمدزایی و صرفه اقتصادی ندارد؛ ما فقط خرج روزمره خودمان را در می‌آوریم. خرج اینجا سالانه ۸۰ میلیون است. وقتی دولت از ما حمایت کند می‌توانیم خدماتمان را گسترده‌تر کنیم و باری از روی دوش دولت کم کنیم اما متأسفانه این حمایت وجود ندارد. موسسه ما از بهزیستی کمک مالی دریافت می‌کند". همچنین نظر عباسی (مدیرکل درمان و حمایت‌های اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر) در مورد این دسته از سازمان‌های غیردولتی این‌گونه بود: در ایران سازمان‌های غیردولتی به نوعی بازار کار هستند. در واقع افرادی که به هر دلیلی نتوانستند جذب دولت شوند بخشی از آن‌ها به ارگان‌های غیردولتی روی آورده‌اند و بیشتر آن‌ها به دنبال درآمد بوده‌اند یا کسب اعتبار و شهرت در نتیجه مشکلاتی که بر سر راه آن‌هاست زیاد است. زیرا آیت‌هایی از جمله اختیاری بودن، داوطلبانه بودن و پشتوانه مالی را نداشتند و روز به روز به دولت وابسته‌تر می‌شوند و در نتیجه کیفیت خدمات کم می‌شود به نوعی چون نگاه اشتغالی و اقتصادی بوده رسیدن به اهداف اولیه نیز به آسانی میسر نمی‌شود. سازمان‌های غیردولتی حوزه درمان امروزه اگر حمایت دولت را نداشته باشند تعطیل می‌شوند شاید غیر از یکی دو مورد که صاحبان‌شان متمول هستند."

۳. سازمان‌های غیردولتی نیمه ساخت‌مند: این دسته از سازمان‌های غیردولتی ویژگی‌های بینابینی دو صورت قبل را در خود دارند. به این معنا که تمام تلاش خود را برای توسعه کیفی و کمی خدمات خود انجام می‌دهند و برای بهبود شرایط خود به دنبال جذب نیروهای متخصص و ارزیابی عملکرد خود بودند. اما ضعف در شبکه‌سازی ارتباطات درونی با سایر شعباتی که در سطح کشور داشته و همچنین عدم ارتباط محیطی منسجم با سایر سازمان‌های غیردولتی مانع از بهبود سریع عملکرد آن‌ها می‌شد. نکته دیگری که این سازمان‌های غیردولتی را در حالت نیمه‌ساخت‌مند قرار می‌داد ضعف در برخی از ویژگی‌های مدیر سازمان به ویژه نوع و حجم شبکه روابط اجتماعی ایشان بود که در ادامه به دو مورد از نقل قول‌های مدیران این دسته از سازمان‌ها اشاره می‌شود: "خیلی علاقه داریم که این کار صورت بگیرد و در سال چندین بار نشست برگزار می‌کنیم اما چون

واگرایی هست و نگاه تخریب‌گرانه، نتیجه‌ای نمی‌دهد."؛ "ارتباط داریم اما سیستماتیک و شبکه‌ای نیست. ارتباطات غیر رسمی زیاد است. مراجع را به یکدیگر معرفی می‌کنیم اما ارتباط علمی وجود ندارد."

همان‌گونه که قبل‌تر نیز اشاره شد این عامل یکی از اساسی‌ترین عوامل موفقیت در عملکرد و میزان مقبولیت سازمان‌های غیردولتی از سوی جامعه و حتی دولت می‌باشد و همین امر تعیین‌کننده پیشبرد بسیاری از فاکتورهای دیگر از جمله نحوه تامین منابع مالی، به دست آوردن جایگاه بین‌المللی و جذب نیروهای متخصص داوطلب می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌گونه که اشاره شد، از دیدگاه انسانی تعریف جامعه مدنی را با فضای عمومی یکسان بوده و بر این اساس فضای عمومی شامل فعالیت‌های مسئولانه در بخش خصوصی نیز می‌شود. مانند کسب و کارها و گروه‌های داوطلبانه، که یک صدای عمومی و یک فضای مشترک را ایجاد می‌کنند. یک فضای عمومی شبیه به یک مرکز مدنی است، هر مرکزی که در آن افراد می‌توانند آزادانه، صادقانه و امیدوارانه با نظم، در مورد مسائل مؤثر بر جامعه گفتگو کنند (گیزلر، ۲۰۰۶).

در نهایت می‌توان گفت علیرغم وجود کاستی‌ها و مشکلاتی که به دلایل مختلف بر سر راه سازمان‌های مردم‌نهاد وجود دارد اما رشد کمی و کیفی این سازمان‌ها قدم بزرگی در راه توسعه کشور و ایجاد زمینه‌های لازم برای مطالبه‌گری از سوی مردم نسبت به خدمات دولت و در نتیجه کوچکتر شدن بخش‌های دولتی و حضور هرچه بیشتر مردم در عرصه‌های مختلف برای حل مشکلات به ویژه اجتماعی می‌باشد. راه ماندگاری و درونی کردن امور فرهنگی، به لحاظ ساختاری و سازمانی از طریق نهادهای مدنی است. اجتماعات مدنی هم محل حضور افراد معمولی است و هم محل حشر و نشر نخبگان در سطوح متعدد. در جامعه‌ای که در آن مناقشات و اختلاف نظرها برای حل مسائل اجتماعی و فرهنگی زیاد است، نهادهای مدنی نقش و کارکرد اعتدالی دارند (آزاد ارمکی، ۱۳۹۰). سازمان‌های غیردولتی مردم جامعه را آگاه می‌سازند و ایجاد این آگاه‌سازی مطالبه‌گری مردم را به همراه دارد و این‌گونه مطالبه‌گری‌ها دولت را به پاسخ‌گویی و می‌دارد.

آگاه‌سازی قشر مردمی سبب تقویت نظارت مردم بر جامعه می‌شود و با حاکمیت نظارت، اختلالات و معضلات اجتماعی به حد چشمگیری کاهش می‌یابد.

وجود مقتدرانه نهادهای مدنی و تعامل و تعارض آن‌ها با نهاد دولت می‌تواند به شکل‌گیری حوزه عمومی مد نظر هابرماس و در نتیجه دموکراسی اجتماعی بیانجامد. اگر افراد اجازه فعالیت‌های اجتماعی نداشته باشند و یا به انزوا کشیده شوند نمی‌توانند به حمایت شبکه‌های اجتماعی تکیه کنند. از طرف دیگر عضو شدن در هریک از سازمان‌های اجتماعی می‌تواند منابع فراوانی را برای افراد به همراه بیاورد. استفاده از سرمایه اجتماعی توسط فقرا می‌تواند به عنوان ابزار مهمی در جهت رفع فقر به کار گرفته شود. پس چرا همین کارایی در برنامه‌های مبارزه با اعتیاد نباید مورد توجه قرار گیرد؟ بی‌شک چشم‌انداز آینده مدیریت اعتیاد باید معطوف به تعریف جدیدی از نقش دولت و مردم از یک سو و اجتماع و اقتصاد از سوی دیگر در برنامه‌های مبارزه با اعتیاد باشد (مدنی، ۱۳۸۴).

تشویق این دسته از سازمان‌های غیردولتی از سوی مجامع بین‌المللی مبنی بر رعایت موازین حقوق بشر و اصول و ارزش‌های تائید شده در امر درمان معتادین، نگاه همه‌جانبه و گسترده سازمان‌های غیردولتی و توجه به امر پیشگیری علاوه بر درمان، دور کردن آن‌ها از آزمون و خطا در امر درمان نیز طی این سال‌ها باعث تقویت آن‌ها شده و به آن‌ها کرسی بین‌المللی تخصیص دادند. به علاوه طبق قانون برنامه ششم توسعه دولت باید تا پایان سال ۱۴۰۰ سالانه کاهش پنج درصدی اعتیاد را در برنامه خود قرار داده و آن را عملیاتی کند. در این برنامه تاکید شده برای کاهش ۲۵ درصدی نرخ اعتیاد تا پایان برنامه ششم باید از ظرفیت‌های مردمی استفاده شود.

بر اساس مدل ارائه شده در قسمت یافته‌های تحقیق، نحوه تامین منابع مالی، ارتباطات اجتماعی مدیر و پیشینه اجتماعی مدیر اصلی‌ترین عواملی بودند که مستقیماً بر کارکرد سازمان‌های مردم‌نهاد اثر می‌گذاشت. همچنین همان‌گونه که در قسمت صورت‌بندی سازمان‌های مردم‌نهاد بیان شد، وجود مولفه‌هایی از جمله تخصص‌گرایی، ویژگی‌های فردی مدیر و نظم سازمانی به معنای وجود یک نظم نهادی به منظور اجرای هر چه بهتر روند درمان و بازتوانی معتادان از جمله متغیرهایی بودند که می‌توان گفت عامل ایجاد

تفاوت و صورت‌بندی در میان موسسات فعال در این حوزه شده‌اند. تخصص‌گرایی و ارائه خدمات مبتنی بر دانش به روز در حوزه درمان و همچنین انجام سنجش‌های ارزیابی عملکرد به صورت منظم از جمله شرایط و زمینه‌هایی هستند که می‌توانند کارایی این سازمان‌ها را تشدید و موثرتر سازد. متأسفانه ضعف در تخصص و برآورد نحوه عملکرد یکی از مولفه‌هایی است که در اغلب سازمان‌های مردم‌نهاد به ویژه در حوزه درمان جزء کمبودهای موجود در اغلب این سازمان‌هاست. وجود این مولفه در سازمان‌های غیردولتی ساخت‌مند یکی از عوامل موفقیت آن‌ها می‌باشد.

در پایان می‌توان گفت سپردن امور اجتماعی به سازمان‌های مردم‌نهاد مزایای بسیاری دارد که از جمله مهمترین آن‌ها درک و شناخت عمیق نهادهای مدنی نسبت به مسائل اجتماعی، افزایش حمایت مردمی چه به لحاظ مالی و چه فعالیت‌های داوطلبانه در حوزه مسائل اجتماعی، افزایش دغدغه برای ارائه خدمات با کیفیت و بالا رفتن تقاضای عمومی برای انجام مداخلات نتیجه‌بخش و مطالبه‌گری از سوی مردم نسبت به نهادهای مدنی تا حصول نتیجه.

به عنوان حسن ختام این نوشتار اشاره به مقاله‌ای با عنوان "سازمان‌های غیردولتی در ۲۰۲۵" که آنهایر^۱ (۲۰۱۳) در آن جایگاه این سازمان‌ها را در آینده مورد بررسی قرار داده است، خالی از لطف نیست. وی برای رسیدن به پاسخی دقیق نقش این سازمان‌ها را در گذشته و امروز را از چند جهت بررسی کرده است: اول این که سازمان‌های غیردولتی به صورت فزاینده به بخش مهمی از مدیریت عمومی تبدیل شده‌اند که برخی از آن با عنوان اقتصاد رفاه عمومی یاد می‌کنند. آنهایر حضور چشمگیر سازمان‌های غیردولتی در حوزه سلامت و رفاه عمومی را به عنوان تولید کنندگانی که کاراترین و قابل اعتمادترین کالاها و خدمات را در اختیار عموم قرار می‌دهند را به صرفه و سوددهی برای دولت‌ها می‌داند. دوم آن که، سازمان‌های غیردولتی برای ساختن جامعه‌ای مدنی و تقویت سرمایه اجتماعی و توسعه اقتصادی ضروری هستند. با فرض این که مردم با حکم شدن در شبکه‌های انبوه اجتماعی نه تنها کمتر به سمت آسیب‌های اجتماعی کشیده می‌شوند بلکه به لحاظ

اقتصادی کارا تر و از لحاظ سیاسی، مشارکت بیشتری از خود نشان می‌دهند. سوم آن‌که، وجود سازمان‌ها غیردولتی برای ایجاد مشروعیت اجتماعی ضروری هستند. سازمان‌های غیردولتی در واقع ابزاری برای ایجاد شفافیت و افزایش میزان مشروعیت دولت‌ها می‌باشند. چهارم، سازمان‌های غیردولتی به عنوان منبعی از نوآوری برای حل مشکلات اجتماعی عمل می‌کنند. در واقع سازمان‌های غیردولتی در مقایسه با سازمان‌های دولتی، نوآوری‌های اجتماعی بهتر و کاراتری را از خود ارائه می‌دهند. دلیل این امر نیز مقیاس کوچکتر و نزدیکی بیشتر آن‌ها به اجتماعات محلی و مردم است که آن‌ها را به عاملان اجتماعی خلاق تری در حل مسائل اجتماعی تبدیل کرده است.

منابع

- آزاد ارمکی، تقی (۱۳۹۰). *پاتوق و مدرنیته ایرانی*، تهران، آوای نور.
- پیران، پرویز (۱۳۷۹). *روش‌های مشارکت جویانه در بررسی فقر: مجموعه مقالات فقر در ایران*، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- رحیمی، غفور (۱۳۸۵). *ارزیابی عملکرد و بهبود مستمر سازمان*. *مجله تدبیر*، ۱۷(۱۷۳)، ۵۳-۴۱.
- رحیمی، فاطمه؛ اسماعیلی، مریم؛ نوری، ابوالقاسم و مهدوی، علیرضا (۱۳۹۰). *بررسی سرمایه اجتماعی با تاکید بر نقش سازمان‌های مردم نهاد در پیشگیری از اعتیاد*. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۴(۴)، ۶۲-۴۵.
- رزاقی، عمران، رحیمی موقر، آفرین و مدنی، سعید (۱۳۸۲). *گزارش بررسی سریع وضعیت سوءمصرف مواد در ایران*. *معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور*. *برنامه کنترل مواد مخدر سازمان ملل*. تهران. ۱۷۸-۱۷۶.
- روشن پژوه، محسن (۱۳۹۲). *سند جامع درمان و حمایت‌های اجتماعی اعتیاد کشور*، ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- روشن پژوه، محسن (۱۳۹۴). *پیمایش ملی خانوار در مورد شیوع مصرف مواد مخدر و روان‌گردان‌ها در جمعیت عمومی کشور*. ستاد مبارزه با مواد مخدر، اداره کل تحقیقات و آموزش.
- صابری زفرقندی، محمدباقر؛ روشن پژوه، محسن؛ میرکاظمی، رکسانا و بوالهروی، جعفر (۱۳۹۲). *چالش‌های اساسی پیش روی برنامه ادغام کاهش تقاضای مواد نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ایران: گزارش یک نشست تخصصی*. *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی ایران*، ۴(۴)، ۳۲۹-۳۲۶.
- صدیق سروستانی، رحمت الله (۱۳۸۵). *آسیب‌شناسی اجتماعی*، تهران، نشر آگه.

فراستخواه، مقصود (۱۳۹۵). روش تحقیق کیفی در علوم اجتماعی با تاکید بر نظریه برپایه گراندد تنوری (GTM). تهران: نشر آگاه.

کشاورز محمدی، نسترن؛ زارعی، فاطمه و پارسی‌نیا، سعید (۱۳۹۲). آموزش بهداشت و ارتقای سلامت در ایران، گذشته، حال و آینده. فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، ۱(۲)، ۸-۵.

مدنی، سعید (۱۳۸۴). بررسی تجارب مدیریت کاهش تقاضای سوء مصرف مواد طی دو دهه ۱۳۸۰-۱۳۵۱. مرکز آموزشی و پژوهشی سوء مصرف و وابستگی مواد. موسسه داریوش، دفتر مقابله با

مواد و جرایم سازمان ملل متحد در تهران.

مسعودنیا، حسین (۱۳۸۴). جامعه مدنی و نهادهای غیردولتی در ایران. مجله دانشکده علوم اداری و اقتصاد دانشگاه اصفهان، ۱۷(۳۷)، ۱۳۷-۱۲۰.

هاشمی، علی و مختاریان، حسین (۱۳۸۹). اقتصاد مواد مخدر؛ برآورد هزینه، بررسی مسائل اجتماعی ایران (نامه علوم اجتماعی)، ۱(۴)، ۱۷۵-۱۵۱.

Anheier, H. & Salamon, L. (2006). The non-profit sector in comparative perspective. In W. Powell & R. Steinberg (eds). *The Non-Profit Sector: A Research Handbook*. New Haven, CT: Yale University Press, 89-116.

Anheier, H. (2013). *The Nonprofits of 2025*. Stanford Social Innovation Review, September, Stanford University.

Falbab-Brown, V. (2009). *Shooting up: Counterinsurgency and War on Drugs*. Brookings Institution Press.

Geisler, R. (2006). Civil Society and Social Capital in Upper Silesia: A Region on its Way to the European Union. *East European Quarterly*, 39(1), 103-127.

Gustavsson, B. (2007). *The principles of knowledge creation: research methods in the social sciences*. Cheltenham, Glos, UK; Northampton, MA: Edward Elgar.

Habermas, J. (1989). *The Structural Transformation of the Public Sphere*. Cambridge: MIT Press.

Lewis, D. (2003). Theorizing the organization and management of non-governmental development organizations: Towards a composite approach. *Public Management Review*, 5(3), 325-344.

National Committee for Addiction Treatment (NCAT) (2011). *Addiction treatment is everybody's business*. Retrieved from NCAT website: www.ncat.org.nz.

UNODC Research. (2000). World Drug Report. Retrieved from United Nation Office on Drugs and Crime Website: <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2000.html>.

UNODC Research. (2017). World Drug Report. Retrieved from United Nation Office on Drugs and Crime Website: https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_2017_presentation_lauch_version.pdf.

Viterna, J., Clough, E., & Clarke, K. (2015). Reclaiming the "Third Sector" from "Civil Society": A New Agenda for Development Studies. *Sociology of Development*, 1(1), 173-207.

World Health Organization (WHO) (2010). World Health Report. Retrieved from: http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en/.