



فصلنامه علمی - پژوهشی سیاست‌گذاری عمومی، دوره ۴، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۷، صفحات ۱۳۱-۱۱۳

بررسی علل ناکارآمدی سیاست‌گذاری ایران در پیشگیری اولیه از سوءمصرف مواد مخدر

مسعود مهدویان فر

دانشجوی رشته علوم سیاسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

حسین مسعودنیا^۱

دانشیار گروه علوم سیاسی، دانشگاه اصفهان

محمد رضا یزدانی زازانی

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

(تاریخ دریافت: ۹۷/۵/۲۸ - تاریخ پذیرش: ۹۷/۸/۲۲)

چکیده

سوءمصرف مواد مخدر در ایران همواره به عنوان یک دغدغه برای مردم و سیاست‌گذاران مطرح بوده است. نتایج پیمایش ملی ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانی نیز نشان می‌دهد که ایرانیان اعتیاد را پس از بیکاری و گرانی، در رده سوم مسائل جامعه ایران قرار داده‌اند. مقاله حاضر تلاش دارد با رویکردی آسیب‌شناسانه، علل ناکارآمدی سیاست‌گذاری جمهوری اسلامی ایران را در پیشگیری اولیه از سوءمصرف مواد مخدر تعیین نماید. روش تحقیق در این مقاله، روش کیفی نظریه داده‌بنیاد و جامعه مورد مطالعه نیز مشتمل بر چهار گروه سیاست‌گذاران، مدیران اجرایی، صاحب‌نظران و ذی‌نفعان (معتادان بهبودیافته) است. داده‌های جمع‌آوری شده در مراحل گدگذاری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته‌اند و از حدود ۲۸۲ مورد مفهوم اولیه، ۲۲ مورد مفهوم محوری و در نهایت ۳ مقوله مشترک در آسیب‌شناسی سیاست‌ها احصاء گردیده است. یافته‌های تحقیق حاکی از آن است که سه مقوله مشترک در قالب علل نظری، سیاستی و اجتماعی به عنوان علل اصلی ناکارآمدی سیاست‌های پیشگیری اولیه از سوءمصرف مواد مخدر در ایران مطرح بوده‌اند.

واژگان کلیدی: سیاست‌گذاری عمومی، پیشگیری اولیه، سوءمصرف مواد مخدر، نظریه داده بنیاد.

مقدمه

سوء مصرف مواد مخدر یکی از مشکلات اساسی جوامع امروزی است. مشکلی که هزاران زندگی را در سراسر جهان ویران، میلیون‌ها نفر را به کام مرگ زودرس و میلیاردها دلار سرمایه را برای کنترل، درمان و کاهش آسیب‌های ناشی از اعتیاد مصرف می‌نماید. این پدیده شوم در معاملات بین‌المللی گردش در حدود ۱۴۰۰ تا ۱۶۰۰ میلیارد دلار - ناشی از قاچاق مواد در جهان - دارد (صرامی، ۱۳۹۶: ۷). روند رو به رشد ۱۹ درصدی تقاضای مواد و تعداد مصرف‌کنندگان از ۲۰۸ میلیون نفر با نرخ شیوع مصرف ۴/۹ درصدی در سال ۲۰۰۶ به ۲۴۷ میلیون نفر با نرخ شیوع ۵/۲ درصد در سال ۲۰۱۵ میلادی رسیده است. گسترش مصرف حشیش و کانابیس، آمفتامین‌ها، مواد محرک و کوکائین و تغییر الگوی مصرف مواد، رشد ۳۲۲ درصدی انواع مواد روانگردان جدید در سال ۲۰۱۷ نسبت به سال ۲۰۰۹ میلادی به همراه داشته است. افزایش مرگ‌ومیر ناشی از مصرف بیش از اندازه و ناخالصی مواد به ۱۸۷ هزار و ۱۰۰ نفر در سال ۲۰۱۳ میلادی انجامیده و کاهش سن مصرف به گونه‌ای است که میانگین سنی مصرف در سال ۲۰۰۱ معادل ۲۲/۷ سال و در سال ۲۰۱۱ به ۱۸/۵ سال رسانده است. رشد مصرف مواد در مردان و زنان به طوری است که رشد مصرف در مردان سه برابر زنان در عرصه جهانی رسیده است. رشد ۲۴۷ درصدی سطح زیر کشت خشخاش در کشور افغانستان نیز به گونه‌ای است که در سال ۱۹۹۷ صرفاً ۵۸ هزار هکتار زیر کشت خشخاش بوده و در سال ۲۰۱۶ این رقم به ۲۰۱ هزار هکتار افزایش یافته است و در همین راستا با رشد ۷۱ درصدی تولید تریاک در افغانستان مواجه بوده‌ایم؛ به طوری که در سال ۱۹۹۷ تولید تریاک در افغانستان ۲۸۰۴ تن و در سال ۲۰۱۶ به ۴۸۰۰ تن رسیده است (صرامی، ۱۳۹۶: ۷). کشور ما نیز از این قافله شوم در امان نبوده و آثار مخرب آن را متحمل شده است. اعتیاد، پس از بیکاری و گرانی، از جمله مهم‌ترین مسائل اجتماعی در نظر ایرانیان است. بر اساس داده‌های نگرش سنجی، از کلیه افراد بالای ۱۵ سال در ۲۸ استان ایران در سال ۱۳۷۹، ۸۹/۳ درصد افراد اظهار کرده‌اند که اعتیاد، بیش از حد متوسط، مشکلی جدی برای جامعه است. همین نتایج، در موج سوم پیمایش ملی ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانی، که در سال ۱۳۸۲ انجام شد، مجدداً اعتیاد را پس از بیکاری و گرانی، در رده سوم مسائل جامعه ایران قرار داده است. (کریمی و اعتمادی‌فر، ۱۳۸۹: ۱۰۵).

در ادبیات سیاستگذاری عمومی، ویژگی عمومی بودن یک مسئله به عنوان شرط اساسی برای ورود آن به دستور کار سیاستگذاران در نظر گرفته می‌شود. قطعاً سوء مصرف مواد مخدر را نیز با توجه به میزان اثرگذاری آن بر جامعه به عنوان یک مشکل و مسئله عمومی تلقی نمود. طی سالیان اخیر افزایش تعداد مصرف‌کنندگان مواد مخدر در ایران، کاهش میانگین سن شروع مصرف و افزایش درصد بانوان مصرف‌کننده این مواد، ذهن سیاستگذاران پیشگیری و کنترل مواد مخدر

را به خود مشغول نموده است. چنان‌که داده‌ها نشان می‌دهد «مصرف تریاک در ایران به خصوص در افراد ۱۵ تا ۶۰ سال بسیار بالاست، به طوری که حدود ۲۰ درصد از افراد ۱۵ تا ۶۰ سال در ایران تریاک مصرف می‌کنند (آزمایشی - تفننی - وابستگی) که این بیش‌ترین میزان مصرف تریاک در بین کشورهای جهان در این بازه سنی است (Zarghami, 2015:8). همچنین، طبق گزارش سخنگوی ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور نرخ شیوع یا درصد جمعیت معتادان ۱۵ تا ۶۴ سال در سال ۹۰، ۲/۶ درصد بوده و در سال ۹۵ این عدد به ۵/۳ درصد رسیده است (افشار، ۱۳۹۶). برخی مطالعات بر افزایش مصرف هروئین به علاوه مصرف آمفتامین و انواع محرک‌ها در ایران تمرکز کرده‌اند. از سال ۲۰۰۴، مصرف مت‌آمفتامین ۳ درصدی معتادان از میزانی ناچیز و نزدیک به صفر به مصرف ۳/۵ درصد در سال ۲۰۰۷ رسیده است (UNODC(b), 2010: 8). این آمار در سالیان اخیر نیز به شدت افزایش یافته است. با توجه به اعلام مراجع رسمی اگر بعد خانوار در کشور را ۳/۸ درصد در نظر بگیریم، با احتساب عدد ۲ میلیون و ۸۰۸ هزار نفر برای معتادان کشور (تا پایان سال ۹۵)، به این نتیجه می‌رسیم که حدود ۱۰ میلیون نفر در کشور به طور مستقیم درگیر حوزه اعتیاد هستند که نشان می‌دهد اعتیاد بالاترین جایگاه را در میان آسیب‌های اجتماعی کشور دارد (صفاتیان، ۱۳۹۶).

بنابراین سیاستگذاری‌های کشور در پیشگیری از سوءمصرف مواد مخدر موفق نبوده و بازنگری و آسیب‌شناسی آن ضروری است. مقاله حاضر در نظر دارد تا ضمن مروری بر پیشینه تحقیقات انجام شده، به بررسی علل ناکارآمدی سیاستگذاری جمهوری اسلامی ایران در پیشگیری اولیه از سوءمصرف مواد مخدر بپردازد. لذا سؤال اصلی پژوهش آن است که «علل ناکارآمدی سیاستگذاری جمهوری اسلامی ایران در پیشگیری اولیه از سوءمصرف مواد مخدر چیست؟» در این مسیر با رجوع به نخبگان و افراد دارای سابقه و نظر در این موضوع به واکاوی علل ناکارآمدی با استفاده از روش نظریه داده بنیاد اقدام نموده است.

مفاهیم کلیدی

در این قسمت با توجه به ضرورت تشریح و اتفاق نظر بر مفاهیم اصلی به تشریح آن‌ها در قالب چهار تعریف و مفهوم کلیدی، پرداخته شده است.

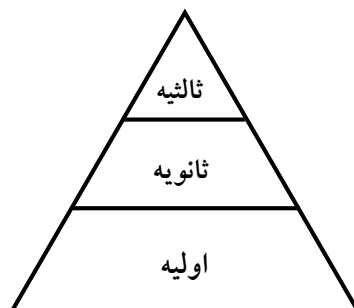
سیاستگذاری عمومی

سیاستگذاری عمومی دارای تعاریف متعددی می‌باشد. شافریتز سیاستگذاری عمومی را عبارت از عمل یا عدم عمل کردن یک دولت می‌داند. توماس دای «آنچه را دولت انجام می‌دهند» مطرح می‌کند. لاسول، سیاستگذاری را برنامه مدونی از اهداف، ارزش‌ها و کنش‌ها می‌خواند. اما پی‌یر مولر کوتاه‌ترین و موجزترین تعریف را ارائه می‌کند، سیاستگذاری عمومی، علم دولت در عمل است» (ملک‌محمدی، ۱۳۹۴: ۱۷). در این پژوهش تعریف مولر برای سیاستگذاری عمومی مدنظر قرار گرفته است. همچنین با توجه به لزوم بررسی علل ناکارآمدی سیاست‌ها، أخذ نظر داوران بر مبنای مدل مرحله‌ای یا چرخه‌ای سیاستگذاری مشتمل بر مسئله‌یابی، تصمیم‌سازی، مشروعیت‌بخشی به تصمیمات (تصمیم‌گیری)، اجرا، نظارت و بازخورد مدنظر بوده است.

پیشگیری

پیشگیری^۱ از اعتیاد به معنای پیشگیری اولیه از فرآیند منجر به اعتیاد شامل گرایش به مصرف، مصرف آزمایشی، مصرف کارگاهی، سوء مصرف و وابستگی می‌باشد (سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد، ۱۳۹۰: ۶). در گذشته برنامه‌های پیشگیری را به سه سطح اولیه، ثانویه و ثالثیه تقسیم می‌کردند. این تقسیم‌بندی تا حدودی مغشوش و گیج‌کننده بود. از این رو از سال ۱۹۹۴ تقسیم‌بندی جدیدی مطرح گردید که طبق آن، برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد را می‌توان بر اساس سطح درگیری جامعه هدف با مصرف مواد به سه نوع تقسیم نمود: «همگانی»^۲، «انتخابی»^۳ و «موردی»^۴ (Robertson, 2006; NIDA, 2003). پیشگیری نوع اول (اولیه) یعنی پیشگیری از مبتلا شدن به بیماری اعتیاد از طریق افزایش سطح آگاهی افراد از عوارض جسمی، روانی، اجتماعی مواد مخدر، درمان بیماری‌های جسمی یا روانی که می‌تواند عاملی برای گرایش به مصرف مواد مخدر باشند، بهبود روابط خانوادگی و مقابله با فقر و تبعیض و نابرابری در جامعه (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۹: ۲۱۸). در این پژوهش منظور از پیشگیری، پیشگیری اولیه می‌باشد.

1- Prevention
 2- Universal
 3- Selective
 4- Indicated
 5- National Institute on Drug Abuse(NIDA)



شکل ۱- سطوح پیشگیری از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی.

منبع: اقتباس از نمودارهای مرتبط با سطوح پیشگیری منتشره توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) در سال ۲۰۱۵.

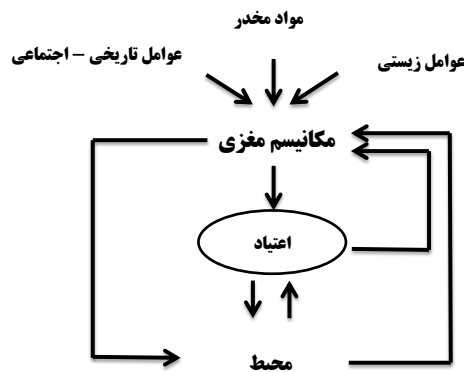
سوء مصرف مواد مخدر

سوء مصرف مواد مخدر^۱، به استفاده از ماده مخدر به شکلی اشاره دارد که در آن مصرف کننده، ماده مخدر را به مقداری مضر مصرف می‌نماید و آغاز فرآیند وابستگی به مواد می‌باشد. لذا سوء مصرف مواد شکلی از اختلالات مواد است (Oakely & Charles, 2002: 14) سوء مصرف مواد الگوی مصرف غیرانطباقی مواد است که منجر به رنج (دیسترس) یا اختلال چشمگیر بالینی شود به طوری که در یک دوره دوازده ماهه دست کم یکی از تظاهرات زیر دیده شود: ناتوانی از انجام تعهدات شغلی، تحصیلی یا خانوادگی، مصرف مکرر مواد و ادامه مصرف علی‌رغم تداوم و تکرار مشکلات، (سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد، ۱۳۹۰: ۶). سوء مصرف در این پژوهش به معنای مرحله ماقبل وابستگی و مرحله پیشرفته مصرف گاه‌گاهی و تفننی می‌باشد.

اعتیاد

اعتیاد^۲ یک بیماری اولیه و مزمن عصبی-زیستی (نورویولوژیک) است که پیدایش و تظاهرات آن تحت تأثیر عوامل ارثی، روانی، اجتماعی و محیطی قرار دارد (سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد، ۱۳۹۰: ۶).

1- Drug Abuse
2- Addiction



شکل ۲- عوامل مؤثر بر اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر.

Source: NIDA-Drug Abuse and Addiction (2016)

نمودار فوق نمای شماتیک از عوامل مؤثر بر اعتیاد اعم از محیطی، وراثتی، تاریخی و اجتماعی و غیره را به خوبی نمایش می دهد. منظور از اعتیاد در این پژوهش «تمام فرآیندی است که منجر به شکل گیری اعتیاد - شامل گرایش به مصرف، مصرف آزمایشی، مصرف گاه گاهی، سوء مصرف و وابستگی - می شود» (طاهری نخست، ۱۳۹۱: ۲۳).

روش شناسی پژوهش

راهبرد پژوهش

راهبرد هر پژوهش بر هدف و نوع آن پژوهش مبتنی است. از آنجا که مسئله اعتیاد دارای پیچیدگی های فراوانی می باشد و بنا بر نظر کارشناسان چندمتغیره محسوب می شود و اساساً کمی سازی این گونه مسائل چند متغیره به آسانی محقق نمی شود، لذا هدف این پژوهش با روش های مرسوم کمی تحقق نمی یابد و بنابراین از روش کیفی در قالب نظریه داده بنیاد برای پاسخ به پرسش اصلی بهره برده است. اما درخصوص دلیل تناسب روش داده بنیاد با اهداف این تحقیق مهمترین دلیل فقدان وجود مدل مدون در پاسخ به سؤال اصلی این پژوهش می باشد. «نظریه داده بنیاد دارای ویژگی های خاصی است که آن را از سایر روش ها متمایز می سازد و بر قابلیت کاربرد آن در علوم سیاسی و سیاست گذاری عمومی می افزاید:

- 1- Multifactorial
- 2- Grounded Theory

۱- این روش ابزارهای دقیقی برای مطالعه‌ی فرآیندها ارائه می‌دهد. ۲- زمینه را برای ورود همه تفاسیر نظری به فرآیند پژوهش فراهم می‌کند. ۳- از طریق کد گذاری و مقوله‌بندی داده‌ها، تفاسیر اساسی در حال ظهور را تقویت می‌کند. ۴- فرآیندی نظام‌مند برای بررسی و پالایش مقوله‌های نظری اصلی مدنظر پژوهشگر فراهم می‌نماید (Charmaz, 2012: 4). از آنجا که بیشتر متغیرهای سیاست‌گذاری عمومی دارای حساسیت‌های خاص مفهومی و نگرشی هستند، نظریه داده بنیاد، برای بررسی پدیده‌های چند بعدی و دارای حساسیت موضوعی، کمک شایان توجهی به پژوهشگران علوم سیاسی و سیاستگذاری عمومی می‌کند (کمالی، ۱۳۹۳: ۱۲۳).

مسئله اعتیاد و سیاستگذاری‌های پیشگیرانه از آن نیز بدون شک در زمره همین مسائل چند بعدی و دارای حساسیت می‌باشد. لذا به کارگیری راهبرد نظریه داده‌بنیاد کمک شایانی به این پژوهش خواهد نمود. در این پژوهش از میان ۳۵ پرسشنامه باز و نیز مطالعات اسنادی-سیاستی و پژوهش‌ها انجام گرفته، در مجموع ۲۸۲ کد مفهومی اولیه استخراج گردیده که به ۲۲ کد محوری و در نهایت ۳ کد گزینشی (مقوله) منجر شده است.

جامعه آماری و نمونه‌گیری

جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش نخبگان فعال در زمینه پیشگیری و کاهش تقاضای مواد مخدر طی سالیان اخیر در مراکز ستادی، ملی و مجامع علمی بوده‌اند. این نخبگان دارای تخصص، تجربه کافی برای اظهارنظر، احاطه و تسلط لازم برای سیاست‌های پیشگیری از اعتیاد و جامعیت و کل‌نگری لازم بر موضوع تحقیق بوده‌اند. از آنجا که برای یافتن علل و آسیب‌های سیاستگذاری نیازمند چهار گروه هدف مشتمل بر سیاستگذاران، مدیران اجرایی، صاحب‌نظران و ذی‌نفعان بوده‌ایم، به این منظور از تکنیک انباشتی (گلوله برفی) برای انتخاب نمونه از این جامعه استفاده شده است. در این تکنیک ابتدا به یک فرد خبره و نخبه مراجعه شده و پس از أخذ نظرات و دیدگاه‌ها، از او خواسته شده تا افراد دیگری را که در هر کدام از گروه‌های هدف چهارگانه ذکر شده در بالا می‌شناسد، معرفی نماید. این تکنیک نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافته است. بر این اساس در مجموع ۳۵ نفر در پژوهش حاضر شناسایی شده‌اند که توزیع آماری آن‌ها در جدول ۱ ارائه گردیده است.

جدول ۱- توزیع نمونه آماری بر مبنای تنوع گروه هدف

تعداد (نفر)	نمونه آماری
۱۱	سیاستگذاران
۱۲	مدیران اجرایی
۸	صاحب نظران (هیئت علمی)
۴	ذی نفعان (معتادین بهبود یافته)

شایان ذکر است در خصوص تعداد نفرات گروه‌های ذکر شده در جدول بالا؛ قبل از شروع، هدف‌گذاری خاصی انجام نشده است و در امتداد پژوهش، بر اساس رسیدن به نقطه اشباع نظری، أخذ نظرات و دیدگاه‌ها ادامه یافته است. همچنین چهار گروه فوق‌الذکر افرادی هستند که در کلیه مراحل سیاستگذاری از مسئله‌یابی، تصمیم‌گیری، اجرا تا ارزیابی و بازخورد سیاست‌ها دخیل هستند و امکان اظهارنظر در یک یا چند مرحله از مراحل مذکور را داشته‌اند. در این پژوهش از پرسشنامه باز به عنوان ابزار اصلی پژوهش و گردآوری داده‌ها استفاده شده است. با توجه به لزوم رعایت تمامی معیارهای اخلاقی گردآوری داده‌ها این اطمینان به کلیه افراد داده شد که اطلاعات شخصی آنان و هویت افراد نزد پژوهشگر محفوظ خواهند بود. در کل فرآیند پژوهش از جانبداری و ارزش‌گذاری پرهیز شده است.

یافته‌های پژوهش

در فرآیند تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش، در مجموع ۲۸۲ گزاره از نظرات و دیدگاه‌های ۳۵ نفر از خبرگان و نخبگان و صرفاً از طریق مراجعه به متن نظرات آنان به دست آمده است. نکات مورد توجه و مرتبط با دانش سیاستگذاری از گزاره‌های منتخب در قالب مفاهیم یا کد اولیه استخراج شدند. سپس با مرور کدهای مشترک و مشابه و در طول مسیر رسیدن به اشباع نظری مفاهیم دارای اشتراک و فراگیر در قالب کدهای باز، کدهای محوری و کدهای گزینشی ساماندهی شده‌اند. کدهای محوری در قالب ۲۲ محور و در نهایت ۳ مقوله اصلی سامان یافته‌اند. مثالی از چگونگی کدگذاری‌ها در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

جدول ۲- نمونه‌ای از چگونگی فرآیند کدگذاری (مفهوم‌سازی)

مقوله یا کد انتخابی	کد یا مفهوم محوری	کد یا مفهوم اولیه	گزاره (آسیب‌ها و مسائل)
علل سیاستی	دانش پیشگیری	دانش و مهارت امر پیشگیری / مقابله با عرضه / کاهش آسیب / کارشناسی حرفه‌ای / سیاستگذاری	نداشتن دانش و مهارت در امر پیشگیری برای سیاستگذاران سبب شده که در بیشتر برنامه‌های کشور افرادی اظهار نظر می‌کنند که بیشتر در زمینه درمان، مقابله با عرضه و کاهش آسیب مواد صاحب نظر هستند. تعداد کارشناسان حرفه‌ای پیشگیری اولیه از مصرف مواد در کل کشور کمتر از تعداد انگشتان دو دست می‌باشند.

از آنجا که کدگذاری در حقیقت استخراج مفاهیم از داده‌های خام و اولیه بر حسب محتوا و ابعاد می‌باشد (محمدپور، ۱۳۸۹: ۳۲۸)، در مرحله نخست سعی شده کدگذاری‌ها با یک فرآیند تدریجی و منطقی از داده‌های خام به سمت کد یا مفهوم اولیه باشد. «کدگذاری باز»، روند خرد کردن، مقایسه کردن، مفهوم‌پردازی و مقوله‌بندی کردن است. مفاهیم در واقع بیانگر برچسب‌های ذهنی جداگانه به وقایع، حوادث دیگر موارد پدیده‌ها می‌باشد. مقوله‌بندی کردن نیز طبقه‌بندی مفاهیم است. وقتی که مفاهیم با یکدیگر مقایسه شوند و به نظر محقق این پدیده‌ها مشابه و مرتبط باشند، مقولات نهایی کشف می‌شوند.» (Strauss, A. & Corbin J., 1990: 15). در مرحله کدگذاری باز، پژوهشگر مشابه طوفان مغزی و بدون حذف موارد تکراری یا گزینش تمام کدها را می‌نگارد. لذا در این مرحله مجموعاً تعداد ۲۸۲ کد با در نظر گرفتن موارد مشابه و حتی کاملاً تکراری به دست آمد. در جدول ۳ که حاصل تحلیل و پردازش داده‌های اولیه بوده است، نمونه‌ای از فرآیند کدگذاری باز ارائه شده است.

جدول ۳- نمونه‌ای از فرآیند کدگذاری باز (مفهوم‌سازی اولیه)

کد (مفهوم)	شناسه اختصاصی	گزاره
عوامل خطر / عوامل محافظ / ضعف اطلاعات / سوء مصرف مواد / دانش‌افزایی / کاهش هزینه‌ها / القای ترس / نتیجه عکس / آگاه‌سازی / آموزش تئوریک / پیشگیری اولیه	P-1	پیشگیری، کاهش عوامل خطر و افزایش عوامل محافظ است. فرض بر اینکه تنها عامل ضعف اطلاعات است که منجر به مصرف مواد می‌شود و افزایش دانش این مشکل را برطرف می‌کند که منجر به هزینه کردن در این محل می‌شود. بسیاری از مواقع نیز منجر به برنامه‌ریزی برای القای ترس می‌شود که طبیعتاً کفایت لازم را نداشته که هیچ، گاه اثر معکوس می‌دهد. لذا نباید تمرکز صرف بر آموزش و آگاه‌سازی به عنوان تنها اقدام پیشگیری باشد.

بهبود معنادار / درمان زیانکاهی سیما و منظر عمومی جامعه/ اولویت بندی اجتماعی/ بودجه بندی نامتوازن فشار اجتماعی	S-1	مردم در یک جامعه بیشتر به موضوع بهبود معنادار و نیازهای جاری خود می پردازند و پیشگیری برای ایشان اولویت ندارد. در جامعه نیز ممکن است همین حالت وجود داشته باشد، افراد مایل هستند منظر عمومی جامعه اصلاح شود. بنابراین بودجه و پاسخگویی برای این امر مصرف می شود و فشار اجتماعی مربوط به اولویت درمان معطوف می شود.
روش پژوهش مطالعه طولی / بومی کردن مطالعات / تعمیم پذیری/ استنادمندی تحقیقات مشاهده ای/ تحقیقات مداخله ای / اثر بخشی مداخلات	T-2	تحقیقات حاضر با اصول علمی و روش شناختی پژوهش را به دلیل کمبود تحقیقات علمی اصیل و بومی و کاربردی و طولی رعایت نکرده اند لذا کمتر تحقیقات ما قبل استناد و تعمیم می باشد یا بر موضوع پیشگیری تمرکز کمتری داشته و بیشتر بر درمان تمرکز داشته اند. به علاوه تحقیقات طولی (چه تحقیقات مشاهده ای و چه فاصله ای) در کشور اساساً نادر و کمیاب است، در حالیکه بررسی اثربخشی مداخلات پیشگیرانه نیاز به زمان طولانی دارد.

بعد از کدگذاری باز، نوبت به کدگذاری محوری^۱ می رسد. هدف از این مرحله ایجاد رابطه بین مقوله های تولید شده در مرحله ای کدگذاری است در این مرحله با استفاده از معنادارترین و فراوان ترین کدهای اولیه، میزان زیادی از داده ها را غربال می کنیم. در واقع می کوشیم که کدهای مشابه و متداخل را در قالب یک مقوله واحد قرار دهیم. لذا تعداد انبوه کدهای اولیه و مفاهیم به تعداد مشخص و محدودی کاهش می یابد (محمدی و باقری، ۱۳۸۹: ۲۸). محصول این مرحله از فرآیند پژوهش، شکل گیری مقوله ها یا مؤلفه های محوری است (سهرابی و همکاران، ۱۳۹۲: ۲۱). جدول شماره ۴ نمونه ای از فرآیند کدگذاری محوری (مفهوم سازی محوری) را نمایش می دهد.

جدول ۴- نمونه ای از فرآیند کدگذاری محوری (مفهوم سازی محوری)

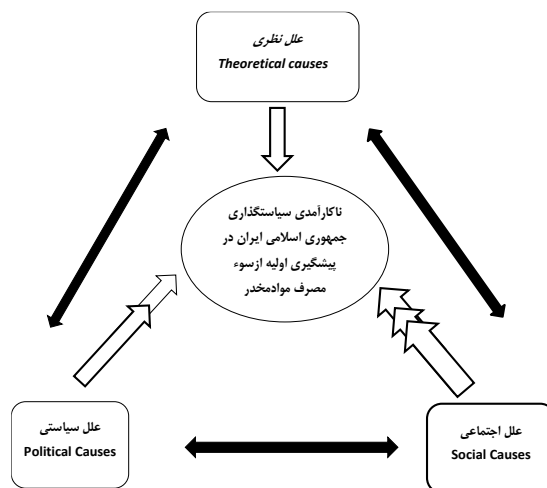
کدهای محوری	کدهای اولیه (مفاهیم باز)
ضعف دانش پیشگیری کشور	عوامل خطر / عوامل محافظ / ضعف اطلاعات / سوء مصرف مواد / دانش افزایی / کاهش هزینه ها / القای ترس / نتیجه معکوس / آگاه سازی مقطعی / آموزش تئوریک / پیشگیری اولیه
مردمی نکردن سیاست ها	عدم جلب مشارکت عمومی / بی توجهی به ظرفیت سمن ها/عدم توجه به نخبگان/تک صدایی بودن جامعه/رسانه های تک صدا و حکومتی
فقدان برنامه عملیاتی کارآمد	ضعف بومی کردن سیاست ها/عدم تمرکز بر برنامه ها بر کودکان و نوجوانان /عدم تعیین اهداف کوتاه مدت/متناسب نبودن حجم سیاست های پیشگیری با حجم مشکلات
ضعف منابع انسانی	کمبود نیروی انسانی /فقدان ظرفیت سازی برای پردازش نیرو/تربیت مربی کارآمد/به روز رسانی بانک اطلاعاتی مربیان/کمبود نیروی قانونی کنترل مرز/نگاه مادی نیروی انسانی
اولویت دار نبودن مسئله پیشگیری	عدم تمرکز بر پیشگیری اولیه / اولویت دهی به درمان / اولویت بودن مقابله با عرضه / بی علاقه ای متولیان به پیشگیری / فشار اجتماعی مردم برای حذف معنادارین / برتری سیاست کاهش آسیب نسبت به سیاست پیشگیری

آخرین مرحله کدگذاری نیز، کدگذاری انتخابی^۱ می‌باشد. کدگذاری انتخابی عبارت است از فرآیند دسته‌بندی اصلی و مرتبط کردن نظام‌مند آن‌ها با یکدیگر. در این مرحله که مرحله اصلی پاسخ به سؤال پژوهش می‌باشد، علل و عوامل مقوله‌های کلان و مهم پدیدار می‌شوند. بر همین اساس جدول ۵ ابعاد و مقوله‌های اصلی را در پاسخ به آسیب‌شناسی سیاستگذاری جمهوری اسلامی ایران در پیشگیری اولیه از سوء مصرف مواد مخدر نمایان می‌کند.

جدول ۵- نمونه ای از فرآیند کدگذاری انتخابی (مفهوم سازی گزینشی)

مقوله	کدهای محوری (مفاهیم محوری)
علل نظری	عدم شناخت صحیح مسئله/ فقدان دسترسی به آمار و اطلاعات صحیح/ اولویت‌دار نبودن مسئله پیشگیری/ عدم بهره‌مندی از تجربیات و اسناد بین‌المللی/ ضعف دانش پیشگیری در سیاستگذاران
علل سیاستی	عدم قابلیت اجرایی سیاست‌ها/ عدم کارایی و شمولیت و اعتبار سیاست‌ها/ فقدان برنامه عملیاتی کارآمد/ مردمی نکردن سیاست‌ها/ بودجه و زیرساخت‌های ناکافی/ ساختار و تشکیلات نامناسب/ تداخل وظایف متولیان/ عدم آموزش سیاست‌ها/ نظارت ناکافی/ ارزیابی بدون شاخص/ عدم انعکاس و بازخورد
علل اجتماعی	وجود برخی باورهای غلط درباره مواد مخدر/ ضعف مشارکت مردمی در برنامه‌های پیشگیرانه/ متعارف‌شدگی و مسئله اجتماعی نبودن در میان نسل جوان/ عوامل زمینه‌ای نظیر ناکارآمدی کلان‌سیستم‌ها، نظام خانواده و تعلیم و تربیت

همچنین نظر به ضرورت تعیین میزان اهمیت و تأثیرگذاری هر کدام از مقوله‌ها بر ناکارآمدی سیاست‌ها در پیشگیری اولیه از سوء مصرف مواد مخدر و با استفاده از پارامتر تعداد مشاهده یا فراوانی هر مفهوم اولیه، مطابق جدول شماره ۶ مشخص گردید که عللی سیاستی بیشترین اثر، علل اجتماعی تأثیر متوسط و علل نظری تأثیر کمی را بر ناکارآمدی سیاست‌ها داشته‌اند.

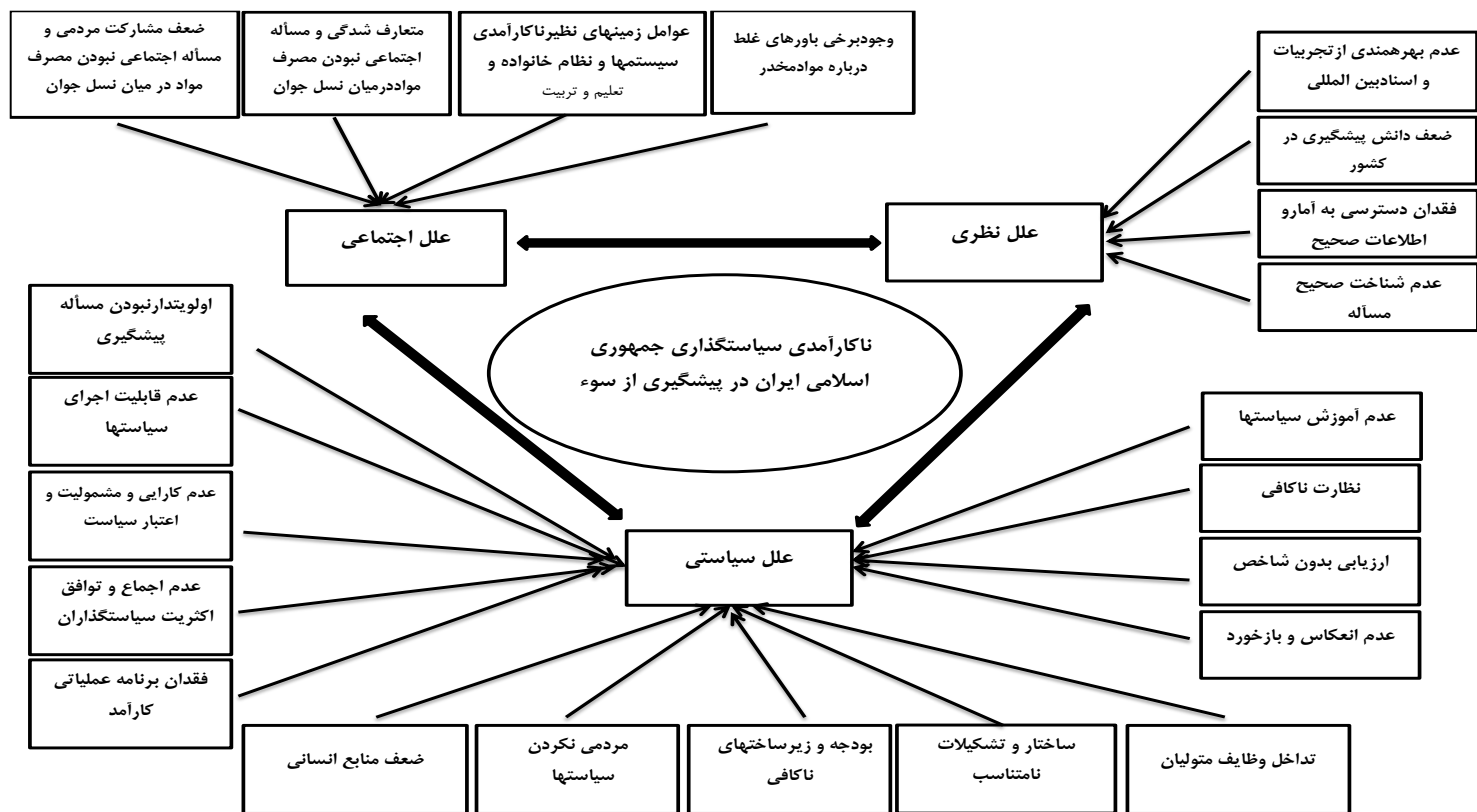


شکل ۳- میزان اثرگذاری مقوله‌ها بر ناکارآمدی سیاست‌ها.

جدول ۶- فراوانی و تأثیر مقوله‌ها بر ناکارآمدی سیاست‌ها

میزان تقریبی تأثیر	فراوانی مفهوم اولیه	مقوله
کم	۲۱	علل نظری
قوی	۱۹۷	علل سیاسی
متوسط	۶۴	علل اجتماعی

همچنین بر اساس نتایج به دست آمده شبکه علی ناکارآمدی سیاستگذاری پیشگیری اولیه از سوء مصرف مواد مخدر را می‌توان به شکل شماره ۴ ترسیم نمود. جهت بررسی روایی و پایایی نمودار، نظرات و دیدگاه‌های ۵ نفر از داوران منتخب دریافت گردید و نهایتاً مورد تأیید آنان قرار گرفته است.



شکل ۴- مدل نهایی متغیرهای موثر بر ناکارآمدی سیاستگذاری جمهوری اسلامی ایران در پیشگیری اولیه از سوء مصرف مواد مخدر.

خط داستان یا روایتگری مدل

خط داستان می‌کوشد که ارتباط منطقی بین مقوله‌هایی را که در مسیر کدگذاری بیان شده است روشن نماید. در این مرحله توضیح و بیان منطقی مقوله‌ها امری بسیار مهم است. در غیر این صورت ما با انبوهی از داده‌های پراکنده و مخلدش مواجه هستیم. خط داستان یا روایت‌گری مدل توضیح مفصل و جزء به جزء مقوله‌های عمده با ارجاع به یادداشت‌ها و توضیحاتی است که در مراحل قبل آورده شده است (محمدپور، ۱۳۸۹: ۳۳۹). همانطور که بیشتر گفته شد، در پاسخ به سؤال اصلی پژوهش یعنی علل ناکارآمدی سیاستگذاری جمهوری اسلامی ایران در پیشگیری اولیه از سوء مصرف مواد مخدر، سه دسته علل آسیب‌زا وجود دارد. در طول مسیر گردآوری داده‌ها بخش قابل توجهی از صاحب نظران به علل اجتماعی و مردمی کارآمدی سیاست‌ها اشاره نموده‌اند. اساساً مسئله اجتماعی یا مسئله عمومی متکی به آراء و نظرات عمومی مردم است. در فرآیند مسئله‌یابی‌های سیاستگذارانه وجود نارضایتی عمومی توسط مردم و ضدیت ناهنجارها و ارزش‌ها اجتماعی، شاخص بسیار مهمی در تشخیص «عمومی بودن» مسئله می‌باشد.

در شناخت مسئله اجتماعی چهار ویژگی شیوع، میزان وقوع، توزیع (گسترده‌گی) و شدت کلیدی دارای اهمیت هستند (غفاری و حبیب‌پور، ۱۳۹۴: ۱۸). لذا از این ویژگی‌ها برای مقوله‌بندی نهایی کدهای محوری نظیر نارضایتی عمومی، ضدیت با ارزش‌ها، متعارف‌شدگی، مسئله اجتماعی نبودن و علل و عوامل زمینه‌ای، از عنوان کلی «علل اجتماعی»^۱ استفاده شده است. دومین بخش عمده از نظرات صاحب نظران ما را متوجه اهمیت مبانی نظری و علمی در فرآیند پیشگیری اولیه از اعتیاد می‌کند. دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل متحد در سند «استانداردهای بین‌المللی پیشگیری از مصرف مواد»، پیشگیری را رشد سالم و ایمن کودکان معنا می‌کند (دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل، ۱۳۹۲: ۲). این درحالی است که تلقی‌های متفاوت از مفهوم پیشگیری و تفاسیر گوناگون از آن مانع جدی برای ناکارآمدی بسته‌های سیاستی جمهوری اسلامی ایران بیان شده است. اساساً فقدان دانش پیشگیری در سیاستگذاران و سیاست‌ورزان توأم با علل محوری دیگری نظیر عدم شناخت صحیح مسئله سوء مصرف مواد مخدر، فقدان آمار و اطلاعات و دسترسی راحت به آن‌ها، اولویت‌دار نبودن مسئله پیشگیری اولیه و ... حاکی از مجموعه عواملی است که ما در مدل فوق‌الذکر با عنوان کلی «علل نظری»^۲ از آن یاد کرده‌ایم. در نهایت سومین بخش عمده از نظرات صاحب نظران ما را با علل سیاستگذارانه مواجه می‌نماید. این دسته از علل که بیش‌ترین فراوانی را در میان نظرات و دیدگاه‌ها برای علل

1- Social Causes

2- Theoretical Causes

ناکارآمدی سیاستگذاری جمهوری اسلامی ایران در پیشگیری اولیه از سوءمصرف مواد مخدر به خود اختصاص داده‌اند، دارای نقشی کلیدی و غیرقابل انکار در پاسخ به سؤال اصلی پژوهش می‌باشند. منظور از علل سیاستی مواردی است که در قالب کدهای محوری با عناوین نظیر عدم قابلیت اجرایی سیاست‌ها، کارایی و شمولیت ناقص سیاست‌ها، عدم اجرای آزمایشی برای بسته‌های سیاستی، فقدان برنامه عملیاتی، توجه ناکافی به آموزش، نظارت ناکافی و غیرملموس، عدم انعکاس و بازخورد سیاست‌های اتخاذ شده و... می‌باشد که از آن‌ها در مدل فوق‌الذکر با عنوان کلی «علل سیاستی»^۱ یاد شده است. واقعیت آن است که سه دسته علل عمده ذکر شده دارای نقش متقابل و هم‌افزا بر یکدیگر هستند. علل اجتماعی دارای نقش کلیدی در شکل‌گیری، بومی‌سازی و کارآمدی مبانی نظری و علمی در هر کشور به حساب می‌آیند. سیاستگذاری‌های موفق و کارآمد در دنیا نیز حتماً به عوامل زمینه‌ای و اجتماعی التفات لازم را داشتند. سه نهاد بین‌المللی مشتمل بر دفتر مبارزه با مواد و جرم سازمان ملل متحد، سازمان بهداشت جهانی و یونسکو در سندی با عنوان «سیاستگذاری خوب و عملکرد مناسب برای ارتقاء سلامت» که برای نقش آموزش در کنترل مصرف الکل، سیگار و مواد مخدر انتشار یافته است، بر پنج عامل کلیدی فرد، خانواده، جامعه، مدرسه و زمینه اجتماعی در پیشگیری از مصرف مواد در نوجوانان تأکید دارد. به عبارت دیگر «زمینه اجتماعی»^۲ واجد نقشی کلیدی و مهم، هم‌وزن خانواده، اجتماعات و مدرسه برای موفقیت سیاستگذاری‌های پیشگیرانه است (UNODC, 2017: 28). بنابراین علل اجتماعی هم در علل نظری و هم در علل سیاستی دارای نقش متداخل و هم‌افزا می‌باشد. این روابط فیما بین در میان هر سه مقوله عمده در مدل فوق‌الذکر اعم از نظری، اجتماعی و سیاستی قابل تبیین و تشخیص است.

نتیجه‌گیری

در بیان علل ناکارآمدی سیاستگذاری‌های پیشگیری اولیه از سوءمصرف مواد مخدر، طیف گسترده‌ای را از علل و عوامل قابل بیان می‌باشند. شاید اساسی‌ترین مشکلات در جامعه کنونی ایران که سبب رشد آسیب‌های اجتماعی از جمله اعتیاد شده است، آهنگ شتابان نوسازی و مدرن شدن جامعه وجود شکاف‌های نسلی و تضادهای سنی، بحران هویت و شیوع اختلالات روانی باشند. لذا ضرورت دارد از تجربیات جهانی و سیاستگذاری‌های پژوهش پایه و مبتنی بر شواهد معتبر بهره ببریم. بر اساس نتایج پژوهش حاضر و علل به دست آمده از آن، لازم است دولت بازنگری جدی در ساختار نظام پیشگیری از سوءمصرف را در دستور کار خود قرار دهد.

1- Policy Causes

2- Societal Context

اولویت‌های اجتماعی پنج‌گانه مذکور در قانون برنامه ششم توسعه (ماده ۸۰) مشتمل بر اعتیاد، حاشیه‌نشینی، کودکان کار، طلاق و مفاسد اخلاقی که قبل از آن در شورای اجتماعی کشور هم به تصویب رسیده، نیازمند یک بسته سیاستگذاری کامل و توأم با برنامه عملیاتی می‌باشد (قانون برنامه ششم توسعه، ۱۳۹۵: ۳۰). اکثریت نخبگان شرکت‌کننده در پژوهش حاضر ساختار و مدیریت را به عنوان دو عامل مهم و کلیدی در بازسازی نظام پیشگیری کشور تلقی کرده‌اند. همچنین فقدان همکاری‌های بین‌بخشی در تنظیم دستورکار، تدوین، اجرا و پاسخگویی مناسب برای پیشگیری اولیه حائز اهمیت بوده است. لذا به نظر می‌رسد در میان علل سه‌گانه نظری، اجتماعی و سیاسی و با توجه به مدخل این پژوهش از زاویه سیاستگذاری عمومی، علل سیاسی مهم‌ترین دلیل ناکارآمدی سیاستگذاری جمهوری اسلامی ایران در پیشگیری اولیه از سوء مصرف مواد باشد.

توصیه‌های سیاستی

واقعیت آن است که جمهوری اسلامی ایران با وجود ناکامی‌هایی در عرصه پیشگیری، بنابر اذعان نهادهای بین‌المللی جهانی در عرصه مبارزه با موادمخدر و به ویژه مقابله با عرضه، ترانزیت و جابه‌جایی مواد افیونی موفق عمل کرده است (UNODC, 2014: 11). به شهادت رسیدن بیش از ۳۷۰۰ نفر نیروی نظامی و ۱۴۰۰۰ مجروح در راه مقابله با عرضه این مواد نیز نشان از جدیت سیاستگذاران برای کنترل عرضه مواد مخدر دارد. لیکن آمارهای منتشرشده از سوی ستاد مبارزه با مواد مخدر در قالب اجرای طرح پیمایش ملی شیوع شناسی مصرف مواد در میان شهروندان در سال‌های ۹۰ و ۹۵ و مقایسه آمارها بیانگر رشد جمعیت معتادین کشور است (افشار، ۱۳۹۶). لذا در پاسخ به این سؤال که اشکال عمده سیاستگذاری عمومی جمهوری اسلامی ایران در مبارزه با مواد مخدر کجاست؟ به طور قطع و یقین نقش توجه به سیاست‌های پیشگیرانه مبتنی بر شواهد^۱ مورد اجماع نخبگان می‌باشد. اینجاست که ضرورت بازنگری و توصیه‌های سیاستی در فرآیند سیاستگذاری عمومی دولت به طور چشمگیری جلوه می‌کند. ماده ۵۷ سیاست‌های کلی قانون برنامه ششم توسعه که به منظور پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی مصوب شده است دولت را در طول اجرای برنامه ششم (۱۴۰۰-۱۳۹۶) به «مبارزه همه‌جانبه با مواد مخدر و روان‌گردان‌ها در چارچوب سیاست‌های کلی ابلاغی و مدیریت مصرف با هدف کاهش ۲۵ درصدی اعتیاد تا پایان برنامه» مکلف می‌نماید (سیاست‌های کلی قانون برنامه ششم توسعه، ۱۳۹۶). تحقق این دستور سیاستی مستلزم رعایت نکات زیر می‌باشد:

۱. بند الف ماده ۸۰ قانون برنامه ششم توسعه به درستی و با دیدگاهی کاملاً کارشناسانه سیاست اصلاح برنامه‌ها و متون درسی دوره آموزشی عمومی و لزوم ارتقاء مهارت زندگی را به منظور پیشگیری اولیه از بروز آسیب‌های اجتماعی نظیر اعتیاد بیان می‌دارد. این سیاست، مهم‌ترین و زیربنایی‌ترین توصیه سیاستی برای اصلاح نظام سیاستگذاری عمومی دولت در حوزه آسیب‌های اجتماعی و از جمله پیشگیری از اعتیاد می‌باشد.
۲. اصلاح ساختار ستاد مبارزه با مواد مخدر و بازنگری در تشکیلات آن یک امر ضروری است. تولید وزارت کشور بر ستاد سبب شده مدیریت اعتیاد در کشور به صورت امری سیاسی قلمداد شود. لذا تخصصی شدن و ثبات مدیریتی توصیه‌های سیاستی برای اصلاح ساختار مذکور می‌باشد. بر این اساس شکل‌گیری «نظام ملی پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی» امری ضروری است.
۳. اولویت پیشگیری بر درمان، نیاز ضروری برای اصلاح سیاستگذاری عمومی دولت است. این در حالی است که در عمل همچنان مقابله با عرضه و درمان جز اولویت‌های کشور است.
۴. لازم است مصوبه ۳۰۸ شورای عالی امنیت ملی در خصوص ایجاد ساختار متناسب برای پیشگیری از سوءمصرف مواد مخدر در همه دستگاه‌ها و وزارتخانه‌های همکار (شامل ۲۲ دستگاه) اجرایی و عملیاتی گردد.
۵. سیاست‌های دولت برای افزایش مشارکت‌های مردمی و به کارگیری ظرفیت سمن‌ها در موضوع بحث پژوهش ارتقاء و بهبود یابد.
۶. بنیانگذاری سیاست‌ها بر مبنای شواهد متقن و مستند علمی صورت پذیرد.
۷. سازوکاری پارلمانی برای نظارت و رصد مستمر اجرای سیاست‌های اتخاذ شده ایجاد گردد.
۸. در نظام بودجه‌ریزی دولت، درآمدهای حاصل از فروش اموال و کشفیات مواد مخدر به حوزه پیشگیری اختصاص یابد و در سایر ردیف‌ها هزینه نشود.
۹. در نظام آموزش عالی کشور برای تربیت کادر متخصص پیشگیری از سوءمصرف مواد و نیز سایر آسیب‌های اجتماعی در دوره ای تحصیلات تکمیلی ظرفیت لازم ایجاد شود.
۱۰. اسناد حمایتی، دستورالعمل‌ها و آیین‌نامه‌های مکمل برای اسناد بالادستی نظیر سیاست‌های کلی نظام، مصوبات مجلس و مجمع تشخیص مصلحت نظام، قانون برنامه توسعه و ... با در نظر گرفتن ضوابط نگارش برنامه‌های عملیاتی تنظیم و تصویب شود.
۱۱. برای جلب مشارکت گروه‌های مرجع و ذی‌نفوذ به عنوان پشتیبان نظام سیاستگذاری، اقدامات مؤثر و اثر بخش برنامه‌ریزی و اجرا گردد.

منابع

- ۱- افشار، پرویز. (۱۳۹۶)، "مصاحبه سخنگوی ستاد مبارزه با مواد مخدر ۱۳۹۶/۴/۴"، سایت موسسه فرهنگی مطبوعاتی ایران وابسته به روزنامه ایران ایران (قابل دسترسی در: <http://www.iran-newspaper.com/newspaper/page/6528/4/188935/0/irannewspaper>).
- ۲- دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل. (۱۳۹۲). استانداردهای بین‌المللی پیشگیری از مصرف مواد، ترجمه ستاد مبارزه با مواد مخدر، تهران، منتشر شده توسط دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل در ایران.
- ۳- ستاد مبارزه با مواد مخدر. (۱۳۸۹). "درسنامه دوره آموزشی مقدماتی پیشگیری اولیه از اعتیاد- ویژه تربیت کادر متخصص"، تهران، ستاد مبارزه با مواد مخدر (اداره کل فرهنگی و پیشگیری) و معاونت دانشجویی و فرهنگی دانشگاه تهران (مرکز مشاوره دانشجویی).
- ۴- سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد. (۱۳۹۰). تهران، ستاد مبارزه با مواد مخدر، اداره کل فرهنگی پیشگیری.
- ۵- سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه، ابلاغی مقام معظم رهبری، مورخ ۱۳۹۴/۴/۹ (قابل دسترسی در: <http://farsi.khamenei.ir/news-content?id=30128>).
- ۶- صرامی، حمید. (۱۳۹۶)، "سخن اول"، فصلنامه اعتیادپژوهی، دوره ۱۰، شماره ۴۰.
- ۷- صفاتیان، سعید. (۱۳۹۶)، رئیس کارگروه کاهش تقاضای اعتیاد مجمع تشخیص مصلحت نظام در گفت و گو با روزنامه ایران مورخ ۱۳۹۶/۴/۴ (قابل دسترسی در: <http://www.magiran.com/npview.asp?ID=3582313>).
- ۸- طاهری نخست، حمید رضا. (۱۳۹۱). پیشگیری اولیه از اعتیاد با تمرکز بر محیط کار، تهران، اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- ۹- غفاری، غلامرضا، پورگنایی، حبیب. (۱۳۹۴)، سیاست اجتماعی؛ بنیان‌های مفهومی و نظری، تهران، انتشارات سمت.
- ۱۰- قانون برنامه ششم توسعه ج.ا.ا. مصوب ۱۳۹۵/۱۲/۱۴ مجلس شورای اسلامی.
- ۱۱- کرمی، محمدتقی، اعتمادی‌فر، سیدمهدی. (۱۳۸۹)، "ساخت اجتماعی اعتیاد در ایران"، فصلنامه بررسی مسائل اجتماعی ایران، دوره ۱، شماره ۴.
- ۱۲- ۱۲- کمالی، یحیی. (۱۳۹۳)، "روش‌شناسی نظریه‌مبنایی و کاربرد آن در علوم سیاسی"، فصلنامه علوم سیاسی، سال شانزدهم، شماره ۶۴.
- ۱۳- محمدپور، احمد. (۱۳۸۹)، روش تحقیق کیفی ضدروش، جلد دوم، چاپ دوم، تهران، انتشارات
- ۱۴- جامعه‌شناسان.
- ۱۵- ملک محمدی، حمیدرضا. (۱۳۹۴)، مبانی و اصول سیاستگذاری عمومی، تهران، انتشارات سمت.
- ۱۶- وبر، ماکس. (۱۳۹۰)، روش‌شناسی علوم اجتماعی، ترجمه حسن چاوشیان، تهران، نشر مرکز.
- ۱۷- وحید، مجید. (۱۳۸۳)، سیاستگذاری عمومی تهران، نشر میزان.
- 18- Charmaz, Kathy. (2012), "The power and Potential of Grounded Theory", Medical Sociology online, volume 6, Issue 3.
- 19- NIDA (National Institute on Drug Abuse). (1997), "A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders", Maryland, Notional Institute on Drug Abuse.
- 20- Ray, Oakley Stern and Charles Ksir. (2002), "Drug Society and Human behavior", Me Gram - Hill.
- 21- Robertson, E.B.; David, S.L.; and Rao, S.A.(2006) " Preventing Drug Use among Children and Adolescents: A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders", 2nd ed. NIH Pub. No. 04-4212(A). Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse, 2003. Available at: www.drugabuse.gov/pdf/prevention/RedBook.pdf .
- 22- Scott-Samuel, A., Birley, M., Ardern, K. (2001), the Merseyside Guidelines for Health Impact Assessment. Second Edition. Available at: http://www.precaution.org/lib/06/mersey_hia_guide_2nd_edn.010601.pdf .
- 23- Strauss, A. & Corbin J. (1990), "Basics of qualitative research: Grounded Theory Procedures and Techniques", Newbury Park, Sage Publications.

- 24- United Nations Educational scientific and Cultural Organization & United Nations office on Drugs and Crime & World Health Organization. (2017), " Good Policy And Practice In Health Education Sector Responses To The Use Of Alcohol, Tobacco And Drugs", New York .
- 25- United Nations office on Drugs and Crime. (2017), "Prevention of Drug Use and Treatment of Drug Use Disorders in Rural Setting", New York, United Nations office at Vienna.
- 26- United Nations office on Drugs and Crime(b). (2010), "Drug Situation Analysis Report Islamic Republic of Iran", Tehran, United Nations Publication Printed in Tehran.
- 27- United Nations. (2011), "World Drug Report", New York, United Nation Publication.
- 28- United Nations office on Drugs and Crime. (2014), "Drug Trafficking And Border Control: Situation Analysis", Available at: <https://www.unodc.org/islamicrepublicofiran/drug-trafficking-and-border-control.html>.
- 29- Zarghami, M. (2015), "Iranian Attitude toward Opium Consumption", Iran Journal Psychiatry Behavior Science, vol 9(2).

