



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت اجتماعی

دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد

عنوان: شیوه نامه (ساختار و فرایندهای ستادی و دانشگاهی) دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد

فهرست

فصل اول

۱-۱. مقدمه.....	۴
-----------------	---

فصل دوم: ساختارهای (ستادی و دانشگاهی) دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب های اجتماعی و اعتیاد

۲-۱. مقدمه.....	۱۳
۲-۲. چشم انداز دبیرخانه	۱۳
۲-۳. ترکیب دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب اجتماعی و اعتیاد و بخش های آن.....	۱۴
۲-۴. وظایف و اعضاء دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب های اجتماعی و اعتیاد.....	۱۵
۲-۵. وظایف و اعضاء ستاد کارگروه پیشگیری از آسیب های اجتماعی.....	۱۶
۲-۶. کمیته علمی - مشورتی دبیرخانه پیشگیری از آسیب های اجتماعی و اعتیاد.....	۱۸
۲-۷. معرفی کارگروه های تخصصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در قالب طرح تقسیم کار ملی.....	۱۹
۲-۸. کارگروه پیشگیری از آسیب های اجتماعی دانشگاه های علوم پزشکی کشور.....	۳۲
۲-۹. کمیته علمی - مشورتی کارگروه دانشگاهی پیشگیری از آسیب اجتماعی	۳۴
۲-۱۰. ارتباط جایگاه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با کارگروه پیشگیری از آسیب های اجتماعی.....	۳۵

فصل سوم: فرایندهای (ستادی و دانشگاهی) دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب های اجتماعی و اعتیاد

۳-۱. مقدمه.....	۳۷
۳-۲. سیاست گذاری.....	۳۷
۳-۳. برنامه ریزی.....	۳۹
۳-۴. همکاری و هماهنگ سازی درون سازمانی و برون سازمانی.....	۴۰
۳-۵. پایش و ارزشیابی.....	۴۲
۳-۶. مستندسازی.....	۴۳
پیوست ها (تعاریف، نامه های مرتبط، طرح تقسیم کار ملی کنترل و کاهش آسیب های اجتماعی)	۴۴

فصل اول

مقدمه

فصل ۱. مقدمه

توسعه متوازن هنگامی حاصل می‌شود که به رشد، همراه با بهبود ابعاد گوناگون کیفیت زندگی، منتهی شود. افزایش روند آسیب‌های اجتماعی نه تنها مانعی برای دستیابی به توسعه همه‌جانبه است، بلکه مانعی در ایجاد جامعه‌ای متعادل در آینده خواهد بود. رویکرد غالب و کنونی، معتقد است که آسیب اجتماعی حاصل شرایطی است که خارج از کنترل فرد می‌باشد؛ لذا نمی‌توان افراد را به دلیل وجود آسیب، انحراف یا کجروی شان مورد سرزنش قرار داد. در صورتی که رویکردهای قدیمی بر مقصر بودن فرد اعتقاد داشتند. به عبارت دیگر، اگر ساختار اجتماعی، نامتوازن و آسیب‌زا تلقی شود، افراد در حلقه شرایط مسئله آفرین گرفتار می‌شوند، نه این که خود موجب آسیب اجتماعی باشند. لذا راه‌حل‌های این مسائل نیز باید معطوف به ساختار اجتماعی و نه افراد باشند.

آسیب‌های اجتماعی از ابعاد ارزشی برخوردار است به‌طوری که در جوامع مختلف و نزد هر گروه اجتماعی، تلقی افراد از پدیده‌های اجتماعی و ارزیابی آن‌ها به‌عنوان یک مشکل یا آسیب اجتماعی، متفاوت است (۱). صرف‌نظر از تفاوت دیدگاه‌ها در نام‌گذاری آسیب‌های اجتماعی، فصل مشترک همه این مسائل در آن است که همه آن‌ها پدیده‌هایی نامطلوب بوده و افکار عمومی جامعه و نخبگان را به خود مشغول داشته، به‌گونه‌ای که نوعی وفاق و آمادگی جمعی برای مهار آن‌ها پدید آمده است (۲).

توصیه‌های جامعه‌شناختی برای حل آسیب‌های اجتماعی، تابع زمان و مکان می‌باشند. لذا برای توصیف، درک و حل هر آسیب اجتماعی، باید جوانب مکانی - زمانی محدوده کننده آن را در نظر گرفت. از آنجا که هر اقدام برای حل آسیب اجتماعی، خود یک کنش اجتماعی است، پس محیط اجتماعی را نیز دستخوش تغییراتی می‌سازد. در نتیجه، یک برنامه اجتماعی اصلاحی در صورتی با موفقیت‌قرین می‌گردد که توان سازگاری با شرایط متغیر محیط را داشته باشد. درواقع آسیب‌های اجتماعی "نسبی‌اند" و مربوط به "امور ثابت" نیستند. این مفاهیم در ارتباط تنگاتنگ با اشخاص، زمان و مکان و فرهنگ جوامع است (۳).

نکته قابل‌تأمل دیگر، اهمیت توجه به سیر تکوینی آسیب‌های اجتماعی است؛ به عبارتی آسیب‌های اجتماعی از بسترهای اجتماعی و فرهنگی ویژه‌ای برمی‌خیزند و در شرایط و موقعیت‌های خاصی رشد و تحول می‌یابند. همه آسیب‌های اجتماعی مسیر یکسان و مشابهی را در سیر پویش تکوینی خود طی نمی‌نمایند. اما به‌طور کلی می‌توان گفت الگوی پنج مرحله‌ای^۱ زیر، کم‌وبیش بر روند تغییر و تحول برخی واقعیات اجتماعی در جهت تبدیل آن‌ها به یک آسیب اجتماعی حاکم است. توضیح آن که آسیب‌های اجتماعی همگی به‌اجبار از مراحل مزبور عبور نمی‌کنند. چه‌بسا یک آسیب

اجتماعی در نقطه آغازین پیدایش خود و به سبب مهیا نبودن برخی شرایط، از بدل شدن به یک دغدغه عمومی محروم بماند و لذا فرصت بحث پیرامون آن مهیا نشود و برخوردی عملی با آن صورت نگیرد. عوامل مختلفی منجر به توقیف و طرح برخی آسیب‌های اجتماعی می‌شود که در اینجا مجال پرداختن به آن نیست. الگوی پنج مرحله‌ای فوق‌الذکر به شرح زیر است:

۱- آغاز دگرگونی در وضعیت برخی پدیده‌های اجتماعی و یا تغییر در نحوه تعامل اجزاء و مؤلفه‌های اجتماعی با یکدیگر: این دگرگونی‌ها می‌توانند از شتابی تند یا کند برخوردار باشند و به شکلی تدریجی و یا سریع صورت‌پذیرند. همچنین این تغییرات می‌توانند موردی یا همه‌جانبه باشند.

۲- مرحله آگاهی و احساس تغییر: در این مرحله بخشی از جامعه و یا برخی از گروه‌های اجتماعی توجه خود را بر تغییر وضعیت بعضی پدیده‌های اجتماعی متمرکز می‌سازند.

۳- مرحله سیاست‌گذاری و تدوین پاسخ: ورود به این مرحله نشانه آن است که آسیب اجتماعی از رهگذر تعاملات و رویارویی‌های گروه‌های ذینفع، راه خود را به‌سوی مرحله جدیدی باز کرده است. در اینجا اظهارنظرهای گوناگون و متنوع در حول آسیب اجتماعی اتفاق می‌افتد. این گفتگوها دیگر در موردماهیت آسیب اجتماعی و به‌مثابه امری ذهنی نیست بلکه متمرکز بر جنبه عملی و اجرایی و به عبارت دیگر "موضوع چه باید کرد؟" است. از همین رو طیفی از راه‌حل‌های ساده تا تخصصی از سوی نهادها و گروه‌های مختلف مرتبط یا ذی ربط ارائه می‌شود. آنچه درنهایت در این مرحله حاصل می‌شود، سیاست یا پاسخی معطوف به حل آسیب اجتماعی است.

۴- مرحله اجرا و عمل: در این مرحله واحدهای مسئول و مجری سیاست‌ها، پس از تدوین سیاست‌های قانونی وارد عمل می‌شوند و مواجهه با آسیب اجتماعی، جنبه اجرایی به خود می‌گیرد. درواقع با عبور از مراحل بوروکراتیک و سازمانی، اینک اقدامات عملی در واکنش به آسیب اجتماعی صورت می‌گیرد، اقداماتی که سوگیری اصلاح‌طلبانه دارند. این اقدامات، درنهایت، وضعیت اجتماعی را آن‌چنان دگرگون می‌سازند که از حوزه آگاهی‌های جمعی (به‌طور موقت یا دائم) به کنار نهاده می‌شوند و یا منجر به بازتولید آن در اشکال یا شرایط جدید می‌شوند. از همین رو پس از مواجهه عملی با آسیب‌های اجتماعی وضعیت یکسانی وجود نخواهد داشت.

۵- مرحله بازسازی: فرایند بازسازی در مورد جامعه یا بخشی از آن و نیز پدیده‌هایی که به‌عنوان مسئله شناخته شده‌اند، به‌صورت یکسان صورت می‌پذیرد. در حالت اول، جامعه با خروج موفقیت‌آمیز از برخورد با آسیب اجتماعی، دست به ترمیم نقاط آسیب‌دیده ذهنی و عینی می‌زند و می‌کوشد شرایط را عادی و مطابق با هنجارهای عمومی و یا مبتنی بر نوعی هماهنگی جدید جلوه دهد. از سوی دیگر و در شرایطی که برخورد با آسیب اجتماعی توفیق‌آمیز نباشد، آسیب اجتماعی می‌تواند رفته‌رفته بازسازی شده و در اشکال جدید و سازمان‌یافته‌تری خودنمایی کند. در

این حالت جامعه آماده مواجهه با آسیب جدیدی می‌شود و یا در حوزه شناخت و آگاهی، جایگاهی فرعی و نه‌چندان محوری را به مسئله اعطاء می‌کند و به نوعی آن را از کانون توجه خود خارج می‌سازد (۴).

بازسازی آسیب‌های اجتماعی در قالب‌های نوین، متأثر از شرایط متحول اجتماعی در هر جامعه نیز است. در جامعه کنونی، الگوی آسیب اعتیاد و عواقب ناشی از آن، از شکل مصرف تریاک و مواد مشتق شده از آن، به‌سوی مصرف قرص‌های اکستازی و مواد صنعتی نظیر شیشه، تغییر یافته و با خود تبعات و تأثیرات جدید و متنوعی را به همراه آورده است. در اینجا ایجاد اشکال جدیدی از رفتارهای نابهنجار، در بطن یک آسیب اجتماعی قدیمی، صورت می‌گیرد.

با توجه به دیدگاه انسانی، پیدایش آسیب‌های اجتماعی، امری طبیعی است و برای حل آن‌ها باید بر تصحیح روابط انسانی (و نه راه‌حل‌های ماوراء طبیعی، کلی، فرازمانی و فرا روایت گونه)، تأکید شود. چنین تأکیدی البته نفی‌کننده تأثیرات برآمده از منابع غیر بشری نیست. اما یادآور این مهم است که همه‌چیز از صافی ذهن انسان می‌گذرد و لذا همه‌چیز در جامعه، رنگ و بوی انسانی دارد همچنین می‌توان به عواملی اشاره نمود که در شکل‌گیری جریان‌های فرهنگی، سیاسی، اقتصادی و ... در هر جامعه، تأثیرگذاری اساسی دارند.

از سوی دیگر تنوع و گستردگی آسیب‌های اجتماعی، هرگونه اقدام به‌منظور پیشگیری آن‌ها را در جهت بهبود سلامت جامعه، منوط به اولویت‌بندی آن‌ها می‌کند. علاوه بر آن، برخی افراد یا گروه‌های اجتماعی بیش از سایر گروه‌ها و افراد در معرض پیامدها و آثار سوء آسیب‌های اجتماعی بوده و می‌بایست این جمعیت‌های در معرض آسیب‌های اجتماعی در اولویت پوشش خود قرار گیرند. بنابراین، تعیین اولویت در ارائه راه حل آسیب‌های اجتماعی باید مدنظر قرار گیرد. آسیب‌های اجتماعی اگرچه همگی ساختاری هستند و نشأت گرفته از نظام اجتماعی ناکارآمد به شمار می‌آیند، اما بر روند بروز، تقویت و تضعیف یکدیگر نیز تأثیر دارند. لذا در تبیین و ارائه راه‌حل برای آسیب‌های اجتماعی، شایسته است با رتبه‌بندی آسیب‌های اجتماعی، آسیب‌های پراهمیت‌تر و بیشتر تأثیرگذار بر سایر آسیب‌ها در کانون توجه قرار گیرند. برای روشن‌تر شدن مطلب می‌توان آسیب‌های اجتماعی را دارای ساختاری هرمی شکل دانست که انواع آسیب‌های اجتماعی در سطوح مختلف آن جای دارند. این آسیب‌ها ضمن داشتن رابطه متقابل با یکدیگر، هریک، از آسیب اجتماعی کلان‌تر خود، تأثیر می‌پذیرند و البته در تداوم آن نیز نقش‌آفرینی می‌نمایند. از این‌رو باید تلاش کرد تا آسیب‌های اجتماعی در چارچوب نظام مندی به‌عنوان یک مشکل چندبعدی و پیچیده پروبلماتیک^۲ مورد توجه قرار گیرند.

دل‌خوش بودن به اصلاحات صوری و غفلت از ضرورت‌های بنیادین شکل‌دهنده یک آسیب اجتماعی، خود مسئله‌ای اجتماعی در برخی جوامع است. راه‌حل‌های آسان، ساده و سریع، همچون راه‌حل‌های پرشور و هیجانی، خود گره‌ای بر آسیب‌های اجتماعی می‌افزاید و هرچند ممکن است احساسات و عواطف بخشی از جامعه را تسکین دهند، اما بدون شک، راه‌حل برطرف نمودن آسیب یا مسئله نیستند. شایان ذکر است که، آسیب‌های اجتماعی به شکل آنی و

^۲ Problematic

لحظه‌ای پدیدار نمی‌شوند و کنترل و یا کاهش آن‌ها نیز به شکل فوری ممکن نیست، زیرا آن‌ها برآمده از ساخت تاریخی جامعه می‌باشند.

شواهد فراوانی بر نقش سلامت، در کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی - روانی تأکید دارند. وجود سلامت اجتماعی عامل مهمی در کنترل آسیب‌های اجتماعی و حفظ نظم اجتماعی و در نهایت تأمین امنیت اجتماعی است. سلامت اجتماعی همچنین ممکن است نقش مهمی در کاهش قانون‌گریزی و نابهنجاری اجتماعی داشته باشد. از سوی دیگر جامعه‌ای که افراد در آن از سلامت اجتماعی برخوردارند، شرایط بهتری از مشارکت اجتماعی^۳ را نشان می‌دهند، شواهد متعددی، رابطه قوی بین سلامت اجتماعی، از خودبیگانگی اجتماعی و نابهنجاری را مورد تأکید و تأیید قرار می‌دهند. فقدان سلامت اجتماعی منجر به کاهش امنیت اجتماعی و افول سرمایه‌های اجتماعی و انسانی می‌شود. بنابراین سلامت اجتماعی می‌تواند یکی از منابع مهم تأمین سلامت روانی اجتماعی جامعه، محسوب شود که نادیده گرفتن و در حاشیه گذاشتن آن، به معنای ایجاد بستر مناسب جهت هجوم انواع و اقسام اختلالات و آسیب‌های اجتماعی است (۵).

از دیدگاهی دیگر امروزه تمام کشورهای دنیا، سلامتی را به‌عنوان کانون تمام برنامه‌های توسعه اجتماعی مورد توجه قرار می‌دهند. ابعاد مختلف سلامت (جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم، تحت تأثیر مثبت یا منفی تعیین‌کننده‌های مختلفی هستند که سهم اثر عوامل محیطی، شامل محیط فیزیکی و اجتماعی و اقتصادی در آن‌ها، حدود ۵۰ درصد است. به‌هر حال، از آنجایی که آسیب‌های اجتماعی به دلایل متعدد به وجود می‌آیند و در نهایت هزینه‌های گزاف و عوارض نامطلوب فراوانی از جنبه‌های مختلف، به فرد، جامعه و دولت تحمیل می‌کنند، لذا ضرورت توجه و پرداختن به این موضوع برای شناخت عوامل، پیامدها و راه‌های پیشگیری از آن پررنگ می‌شود. پس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان متولی نظام سلامت وظیفه دارد با رصد دائم تعیین‌کننده‌های اجتماعی و اقتصادی، سلامت را مطالبه کند.

بنابر مطالبی که بیان شد، عوامل محیطی و اجتماعی مشوق، در کنار رفتارهای منجر به هنجار اجتماعی، موجب ارتقای سلامت اجتماعی و کاهش آسیب‌های اجتماعی می‌شود. معاونت اجتماعی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با توجه به اهمیت و ضرورت اتخاذ راهبرد مناسب، جهت مشارکت جامعه و همکاری و تعامل درون و برون بخشی، در خردادماه سال ۱۳۹۵ به‌عنوان یکی از معاونت‌های وزارت بهداشت، فعالیت خود را آغاز نمود. مجموعه فعالیت‌های این معاونت، نگاهی جامع به سلامت اجتماعی و مقابله با آسیب‌های اجتماعی در هر سه حوزه فرد، خانواده و جامعه دارد که بهبود آن نیازمند کار بین بخشی و مشارکت مردم است.

³ Social Participation

در ادامه، اشاره کوتاهی به ساختارها و الزامات قانونی مرتبط با آسیب های اجتماعی مبتنی بر شواهد و مستندات بالادستی، نظیر مصوبات شورای اجتماعی کشور، طرح تقسیم کار ملی و جایگاه دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب های اجتماعی و اعتیاد خواهیم داشت.

سازمان امور اجتماعی کشور: سازمان امور اجتماعی، سازمانی دولتی است. از وظایف این سازمان، «ارتقای سلامت، سرمایه، رضایت، نشاط و عدالت اجتماعی، نظم و احساس امنیت، پیشگیری، مدیریت، کنترل، کاهش و حذف معضلات و آسیب های اجتماعی» است. معاون وزیر کشور، ریاست این سازمان را بر عهده دارد. همچنین این سازمان، دبیرخانه شورای اجتماعی کشور را در خود جای داده است.

شورای اجتماعی کشور: هیأت وزیران، بنا به پیشنهاد مورخ ۱۳۹۵/۵/۵ وزارت کشور و به استناد اصل یکصد و سی و هشتم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، آئین نامه تشکیل شورای اجتماعی کشور را تصویب و ابلاغ کرد. از مواد مقرر مهم این آئین نامه، می توان به موارد ذیل اشاره نمود:

ماده ۱: به منظور سیاستگذاری، هماهنگی، ایجاد وحدت رویه و تنظیم ساز و کار اداری در زمینه پیش بینی، پیشگیری و مقابله با پدیده ها، معضلات و آسیب های اجتماعی و هماهنگی بین کارگروه های (کمیته های) مرتبط این حوزه، شورای اجتماعی تشکیل می گردد.

ماده ۲- وظایف شورا عبارت است از:

۲-۱- بررسی و تعیین ضرورت ها و اولویت ها در برنامه ها و فعالیت های اجتماعی دستگاه های اجرایی ذی ربط.

۲-۲- بررسی و تعیین سیاست های عمومی در چگونگی پیش بینی، پیشگیری و برخورد با مسایل و آسیب های اجتماعی.

۲-۳- بررسی تعیین سیاست های عمومی در تحقق توسعه اجتماعی بر مبنای وفاق و نظم اجتماعی.

۲-۴- ایجاد هماهنگی و وحدت رویه در برنامه ها و فعالیت های دستگاه های اجرایی.

۲-۵- تقویت همکاری های متقابل بین دستگاه های اجرایی و استفاده بهینه از امکانات آن ها.

۲-۶- تشکیل کارگروه های (کمیته های) کارشناسی و تحقیقاتی با استفاده از نظرات صاحب نظران مسایل اجتماعی

۲-۷- نظارت بر حسن اجرای مصوبات شورا.

از دیگر ساختارهای مرتبط با آسیب های اجتماعی، می توان از کارگروه های شورای اجتماعی نام برد. عناوین کارگروه های چهارگانه و شرح وظایف، ترکیب اعضاء و نحوه فعالیت کار گروه های چهارگانه زیر مجموعه شورای اجتماعی کشور در جلسه ۸۲ شورا، تصویب و آئین نامه اجرایی آنها نیز ابلاغ شد.

این کارگروه ها عبارتند از: ۱- کارگروه آسیب ها و مسائل اجتماعی ۲- کارگروه توسعه اجتماعی ۳- کارگروه مشارکت های اجتماعی و مردمی ۴- کارگروه پیوست اجتماعی.

ماموریت اصلی کارگروه های تخصصی چهارگانه ذیل شورای اجتماعی کشور، انجام بررسی های کارشناسی درباره مسائل و موضوعات مختلف اجتماعی، تصمیم سازی برای شورای اجتماعی و بستر سازی برای اجرای مصوبات شورای اجتماعی کشور می باشد.

اهداف مشترک کارگروه های تخصصی ذیل شورای اجتماعی کشور:

- انجام بررسی های کارشناسی و ارائه راهکار و تدابیر لازم در زمینه ی وظایف ذیربط کارگروه به شورا
- پیشنهاد راهکار و تدابیر لازم در زمینه پیش بینی، پیشگیری و کاهش مسائل و مشکلات حوزه ذیربط
- زمینه سازی برای ایجاد هماهنگی و وحدت رویه میان دستگاه ها، سازمان ها و نهادهای مرتبط با حوزه کارگروه ها
- ایجاد هماهنگی مقدماتی میان اعضای شورای اجتماعی کشور پیرامون دستور جلسات شورا،

بررسی روند اجرایی مصوبات شورای اجتماعی کشور و کمک به اجرای کامل مصوبات از طریق ایجاد هماهنگی میان دستگاه ها و رفع اختلاف و مشکلات احتمالی دستگاه ها در حدود اختیارات.

از اسناد بالادستی مرتبط دیگر، طرح تقسیم کار ملی برای کنترل و کاهش آسیب های اجتماعی است. در جلسه مورخ ۹۵/۱/۱۱ با حضور مسئولین دستگاه های اجرایی در محضر مقام معظم رهبری در خصوص آسیب های اجتماعی گزارش کاملی ارائه شد. مقام معظم رهبری بر ضرورت تهیه گزارش از وضعیت آسیب های اجتماعی و اقدامات توسط کلیه دستگاه ها با همکاری وزارت کشور، مشارکت نخبگان و دانشگاه ها تاکید نمودند. طی جلسات متعددی که از سوی وزارت کشور در این خصوص برگزار شد، بر روی یک الگوی کاربردی و عملیاتی به نام طرح تقسیم کار ملی توافق جمعی صورت گرفت. ویرایش نهایی طرح تقسیم کار ملی برای کنترل و کاهش آسیب های اجتماعی، در جلسه ۸۶ مورخ ۹۵/۱۰/۸ شورای اجتماعی کشور تصویب و ابلاغ شد.

بر اساس مصوبه شماره یک جلسه ۸۰ مورخ ۹۵/۲/۲۵ شورای اجتماعی کشور، قرار بر این شد، نمایندگان هر یک از دستگاه‌های عضو شورای اجتماعی کشور به منظور پیگیری مؤثر منویات مقام معظم رهبری، نسبت به فعال سازی دستگاه متبوع برای راه اندازی ستاد مقابله با آسیب‌های اجتماعی (موضوع نامه شماره ۱۷۴۴۰ مورخ ۹۵/۲/۱۵) و اجرای برنامه ها و کارهای فوق العاده، در راستای طرح تقسیم کار ملی اقدام نمایند. به منظور تحقق برنامه ها و اقدامات فوق‌العاده و اجرایی کردن شیوه نامه استقرار تقسیم کار ملی کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی کشور (موضوع بند ۲ مصوبه ۸۹ مورخ ۹۵/۴/۵ شورای اجتماعی کشور)، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی پس از ایجاد معاونت اجتماعی در وزارت بهداشت در خردادماه سال ۱۳۹۵، اقداماتی را به ترتیب ذیل به انجام رساند:

- تشکیل دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد در معاونت اجتماعی به منظور انجام اقدامات فوق‌العاده وزارت بهداشت در قالب طرح تقسیم کار ملی
- تشکیل کارگروه‌های تخصصی پنجگانه (۱- طلاق ۲- سلامت روان ۳- اعتیاد ۴- حاشیه نشینی ۵- مسائل اجتماعی و فرهنگی محیط‌های دانشگاهی) بر اساس بند دو مصوبات هشتاد و یکمین جلسه شورای اجتماعی کشور با هدف انسجام بخشی به فعالیت‌ها در قالب طرح تقسیم کار ملی
- تشکیل کارگروه تخصصی HIV/AIDS و افزودن آن به جمع کارگروه‌های تخصصی برای انجام اقدامات فوق‌العاده با همکاری دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت بر اساس مصوبات جلسه ۹۵ شورای اجتماعی کشور

همانطور که بیان شد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز در کنار سایر ارگان‌ها عهده‌دار بخشی از اقدامات مربوط به کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی شد. وزارت بهداشت به‌عنوان مجری اصلی سه آسیب اجتماعی یعنی کنترل HIV/AIDS، اختلالات روانی و رفتارهای پرخطر و مسائل اجتماعی و فرهنگی محیط‌های دانشگاهی، در نظر گرفته شد و همچنین در سایر آسیب‌های اجتماعی دیگر نظیر اعتیاد، طلاق، زندانیان و خانواده‌های زندانیان، حاشیه‌نشینی و بافت‌های فرسوده به‌عنوان دستگاه همکار حضور دارد. با شروع طرح تقسیم کار ملی، نقش و جایگاه دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت پررنگ‌تر شد، در این خصوص برای همکاری و هماهنگی بین دستگاه‌های مختلف کشور، جلسه‌های ستاد کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی به‌طور مستمر با حضور بخش‌های مختلف وزارت بهداشت و سایر دستگاه‌های مرتبط برگزار می‌شود.

یکی از اقدام‌های مهم در راستای اجرایی کردن شیوه نامه استقرار طرح تقسیم کار ملی کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی (پیوست) در وزارت بهداشت، تدوین شیوه نامه اجرایی دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد است که به تبیین و ترسیم بیان فرایندهای جاری دبیرخانه در سطوح مختلف ستادی و دانشگاهی

اشاره دارد که ضمن شفاف‌سازی، به روند انجام ارزشیابی فعالیت‌ها نیز کمک می‌کند. این سند با مشارکت دبیرخانه، کارگروه‌های تخصصی وزارت بهداشت و افراد صاحب‌نظر و معاونین اجتماعی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، تهیه شده است تا مبنایی برای عملکرد حوزه ستادی دبیرخانه و نیز ساختارهای متناظر در سطح کارگروه‌های تخصصی و معاونت‌های اجتماعی دانشگاه‌های علوم پزشکی را فراهم نماید. به علاوه این شیوه‌نامه می‌تواند نقشه راهی برای سازمان‌دهی مناسب فعالیت‌های زیرمجموعه‌های مرتبط، در دانشگاه‌ها باشد.

اهداف این شیوه‌نامه که در سه بخش مقدمه و ساختار و فرآیندهای دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد تدوین شده عبارتند از:

- شفاف‌سازی حیطه وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در حوزه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی برای سایر بخش‌های درون و برون‌سازمانی
- هدفمند شدن و ایجاد وحدت رویه در فعالیت‌های قسمت‌های زیرمجموعه مرتبط با دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد

فصل دوم

ساختارهای دیرخانه

فصل ۲. ساختار دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد

۲-۱. مقدمه

دریافت درک و زبان مشترک در مورد چشم‌انداز و رسالت اهداف سازمانی از قدم‌های بنیادین هر سازمان و به‌خصوص سازمان‌های نوپا است. بیان اصول و کلیات، تعیین مسیر اقدامات و فعالیت‌های هماهنگ و منسجم بستری برای وحدت رویه فعالیت‌ها را در پی خواهد داشت.

۲-۲. چشم‌انداز دبیرخانه

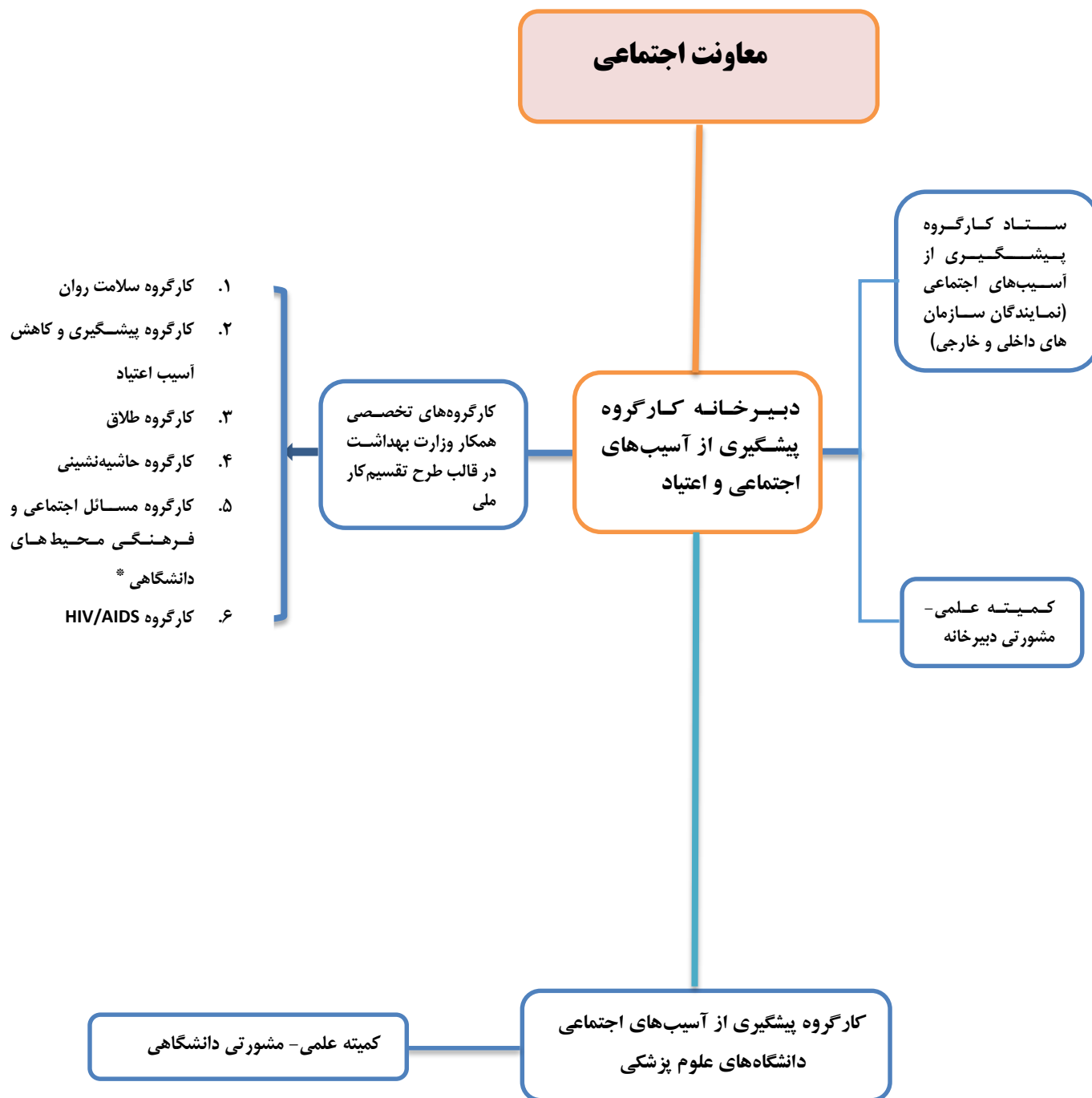
دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد حوزه سلامت، در افق زمانی سال ۱۴۰۵ مجموعه‌ای منسجم، کارآمد، مشارکت‌پذیر، پویا، روزآمد، دانش‌بنیان، اثربخش و برخوردار از کارشناسان خبره است، که بر بستر شبکه ارتباطات گسترده واقعی و مجازی، به‌گونه‌ای برنامه‌ریزی شده و هدفمند، فعالیت‌های درون‌سازمانی و برون‌سازمانی را به‌منظور:

- ارائه خدمات دبیرخانه‌ای در حیطه آسیب‌های اجتماعی در حوزه سلامت، با کیفیت مطلوب
- طراحی، هماهنگی و سازمان‌دهی الگوهای بومی مداخلات در حیطه آسیب‌های اجتماعی حوزه سلامت،
- دست یافتن به سامانه‌های معتبر پایش و ارزشیابی و مستندسازی در کشور،
- ساماندهی و تنظیم فناوری آموزش‌های مجازی در حیطه آسیب‌های اجتماعی حوزه سلامت در سطح کشور

هدایت خواهد کرد.

۲-۳. ترکیب دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب اجتماعی و اعتیاد و بخش‌های آن

همان‌طور که در شکل زیر مشاهده می‌کنید جایگاه دبیرخانه و واحدهای همکار در قالب طرح تقسیم کار ملی قابل مشاهده است: (نمودار عملیاتی).



* کلیه اقدامات مربوط به کارگروه مسائل اجتماعی و فرهنگی محیط‌های دانشگاهی در ستاد وزارت و دانشگاه‌های علوم پزشکی توسط معاونت فرهنگی و دانشجویی وزارت بهداشت و زیر مجموعه هم ارز آن در دانشگاه‌های علوم پزشکی انجام خواهد شد.

۴-۲. وظایف و اعضاء دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد

دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد، متشکل از دبیر و سه کارشناس (کارشناس امور اجتماعی، کارشناس مدیریت سلامت، کارشناس پزشکی اجتماعی) است. جایگاه دبیرخانه در ساختار و تشکیلات معاونت اجتماعی با استناد به نامه معاون محترم توسعه و مدیریت منابع به شماره ۲۱۲/۲۸۴۴/د مورخ ۱۳۹۵/۰۲/۱۸ مبنی بر الحاق دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد به معاونت اجتماعی مشخص شده است.

وظایف دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد عبارتند از:

۱. همکاری و هماهنگ‌سازی برنامه‌ها، اقدامات و فعالیت‌ها درون سازمانی و برون سازمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در حیطه آسیب‌های اجتماعی
۲. پایش و ارزشیابی برنامه‌های اجرایی وزارت بهداشت در حوزه آسیب‌های اجتماعی
۳. مستندسازی و ارائه گزارش بهره‌وری و عملکرد برنامه‌های وزارت بهداشت حوزه آسیب‌های اجتماعی

۵-۲. وظایف و اعضای ستاد کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی

ستاد کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی وزارت بهداشت، به‌منظور پیشبرد سیاست‌ها و برنامه‌های گوناگون حوزه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی در قالب برگزاری جلسات مشترک چندبخشی با سازمان‌های همفکر و همکار در ارتباط است.

وظایف ستاد عبارتند از:

- انجام بررسی‌های کارشناسی و ارائه راهکار و تدابیر لازم در زمینه‌ی پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی در قالب طرح تقسیم کار ملی کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی کشور
- پیشنهاد راهکار و تدابیر لازم در زمینه پیش‌بینی، پیشگیری و کاهش مسائل و مشکلات حوزه ذیربط
- زمینه‌سازی برای ایجاد هماهنگی و وحدت رویه میان دستگاه‌ها، سازمان‌ها و نهادهای مرتبط با حوزه کارگروه
- ایجاد هماهنگی مقدماتی میان اعضای کارگروه پیرامون دستور جلسات کارگروه،
- بررسی روند اجرایی مصوبات کارگروه و کمک به اجرای کامل مصوبات از طریق ایجاد هماهنگی میان دستگاه‌ها و رفع اختلاف و مشکلات احتمالی دستگاه‌ها در حدود اختیارات
- ارتباط و هماهنگی با شورای اجتماعی کشور و کمک به اجرای کامل مصوبات از طریق ایجاد هماهنگی میان دستگاه‌ها و رفع اختلاف و مشکلات احتمالی دستگاه‌ها در حدود اختیارات

* اعضای^۵ کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی:

✚ معاون اجتماعی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (رئیس ستاد)

✚ مسئول دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد حوزه سلامت (دبیر ستاد)

✚ معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

✚ معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

✚ معاون فرهنگی و دانشجویی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

✚ معاون امور علمی، فرهنگی و اجتماعی سازمان برنامه و بودجه کشور

✚ قائم‌مقام وزیر و رئیس سازمان امور اجتماعی و فرهنگی وزارت کشور

^۵ طبق مصوبه شماره یک، جلسه ۸۰ مورخ ۹۵/۲/۲۵ شورای اجتماعی کشور قرار بر این شد، نمایندگان هر یک از دستگاه‌های عضو شورای اجتماعی کشور به منظور پیگیری مؤثر منویات مقام معظم رهبری، نسبت به فعال سازی دستگاه متبوع برای راه اندازی ستاد مقابله با آسیب‌های اجتماعی (موضوع نامه شماره ۱۷۴۴۰ مورخ ۹۵/۲/۱۵) و اجرای برنامه ها و کارهای فوق العاده اقدام نمایند.

- ✚ نماینده رسمی وزارت ورزش و جوانان
- ✚ نماینده رسمی سازمان بهزیستی کشور
- ✚ نماینده رسمی ستاد مبارزه با مواد مخدر
- ✚ نماینده رسمی اداره کل پیشگیری‌های فرهنگی و اجتماعی قوه قضائیه
- ✚ نماینده رسمی اداره کل سلامت شهرداری تهران
- ✚ نماینده رسمی انجمن مددکاران اجتماعی ایران
- ✚ نماینده رسمی نظام روانشناسی و مشاوره
- ✚ نماینده رسمی دفتر کنترل و ارزیابی تجویز و مصرف کالاهای سلامت سازمان غذا و داروی وزارت بهداشت
- ✚ مشاور وزیر بهداشت در امور سلامت روان
- ✚ نماینده رسمی اداره کل مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت وزارت بهداشت
- ✚ نماینده رسمی اداره کل سازمان‌های مردم‌نهاد سلامت وزارت بهداشت
- ✚ نماینده رسمی اداره کل امور خیرین و مؤسسات خیریه سلامت وزارت بهداشت
- ✚ نماینده رسمی دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس وزارت بهداشت
- ✚ نماینده رسمی دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت
- ✚ نماینده رسمی مرکز مدیریت شبکه
- ✚ نماینده رسمی مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر
- ✚ نماینده رسمی اداره مددکاری اجتماعی وزارت بهداشت
- ✚ نماینده رسمی اداره آموزش و ارتقای سلامت وزارت بهداشت
- ✚ نمایندگان سازمان‌های مردم‌نهاد فعال در حوزه آسیب‌های اجتماعی با تصویب معاونت اجتماعی وزارت بهداشت
- ✚ نماینده رسمی انجمن علمی و تخصصی مرتبط با موضوع کارگروه (نظیر: انجمن علمی روان‌پزشکان ایران، انجمن روانشناسی ایران، انجمن جامعه‌شناسی ایران، انجمن مددکاران اجتماعی، پزشکی اجتماعی و...)
- ✚ ۳ نفر از اساتید دانشگاه و صاحب‌نظران (روان‌پزشک، اپیدمیولوژی، جامعه‌شناس، آسیب‌شناس، روانشناس، مددکار اجتماعی) حوزه آسیب‌های اجتماعی واجد صلاحیت‌های لازم

تبصره: بنا بر ضرورت و دستور جلسات از سایر دستگاه‌ها، سازمان‌ها و نهادها و مراکز علمی، پژوهشی و دانشگاهی

و حوزوی دعوت به عمل می‌آید.

۶-۲. کمیته علمی - مشورتی دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد

از آنجایی که اعضای دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد، عمدتاً افراد دارای جایگاه و سوابق اجرایی و عملیاتی هستند؛ کمیته علمی مشورتی به‌عنوان بازوی مشورتی کارگروه در حوزه‌های تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری عمل نموده و در صورت درخواست با سایر حوزه‌های مرتبط با دبیرخانه (مانند کارگروه‌های تخصصی) نیز همفکری می‌نماید. اعضای کمیته مشورتی از بین افراد صاحب‌نظر در حیطه علوم اجتماعی (رشته‌های آسیب‌شناسی اجتماعی، مددکار اجتماعی، روان‌پزشک، روانشناس، جامعه‌شناس، اپیدمیولوژی، علوم ارتباطات، رفاه اجتماعی، متخصصین علوم فقهی و حقوقی) با پیشنهاد دبیر ستاد پیشگیری از و تایید ریاست ستاد انتخاب می‌گردند.

۱-۶-۲. وظایف

- همفکری و مشارکت علمی در تدوین سیاست‌های ملی کاهش و کنترل آسیب‌های اجتماعی
- همفکری و مشارکت علمی در تدوین برنامه جامع کاهش و کنترل آسیب‌های اجتماعی
- ارائه مشورت و همکاری در پایش و ارزشیابی برنامه‌های ملی و منطقه‌ای در حوزه آسیب‌های اجتماعی
- ارائه مشاوره علمی در حوزه سایر مأموریت‌های معاونت اجتماعی در حوزه آسیب‌های اجتماعی
- ارائه مشاوره علمی به‌منظور انجام پژوهش‌های نظری مرتبط با حوزه کاهش و کنترل آسیب‌های اجتماعی
- ارائه مشاوره علمی به‌منظور انجام پژوهش‌های مداخله‌ای و پایلوت مرتبط با حوزه کاهش و کنترل آسیب‌های اجتماعی
- همکاری و مشارکت در تدوین محتوای آموزشی برای کارشناسان معاونت اجتماعی دانشگاه‌های علوم پزشکی در حوزه آسیب‌های اجتماعی
- همکاری و مشارکت در تدوین محتوای آموزشی برای عموم جامعه در حوزه پیشگیری و مقابله با آسیب‌های اجتماعی
- مشارکت و همفکری در برگزاری پانل تخصصی، کارگاه‌های تخصصی، همایش‌ها و...

۲-۷. معرفی کارگروه‌های تخصصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

بر اساس طرح تقسیم کار ملی برای کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی^۱، دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد با ۶ کارگروه فعال وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (کارگروه سلامت روان، مسائل اجتماعی و فرهنگی محیط‌های دانشگاهی، کارگروه اعتیاد، کارگروه طلاق، کارگروه حاشیه‌نشینی و کارگروه کنترل ایدز و بیماری‌های آمیزشی (HIV/AIDS) همکاری، تعامل و هماهنگی دارد.

لازم به ذکر است: بنا بر درخواست معاونت محترم فرهنگی دانشجویی وزارت بهداشت، کلیه اقدامات مربوط به کارگروه مسائل اجتماعی و فرهنگی محیط‌های دانشگاهی توسط آن معاونت انجام می‌گردد و کارگروه جداگانه‌ای در این خصوص تشکیل نمی‌شود. بدیهی است نماینده معاونت فرهنگی و دانشجویی در جلسات ستاد شرکت نموده و در تهیه گزارشات و نامه‌های درخواستی بر اساس طرح تقسیم کار ملی کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی کشور با معاونت اجتماعی همکاری می‌نماید.

کارکردهای اصلی کارگروه‌های تخصصی همکار دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در قالب طرح تقسیم کار ملی عبارتند از:

۱. استفاده از بهترین شواهد علمی در دسترس و تدوین سیاست‌های مبتنی بر شواهد برای برنامه‌های پیشنهادی ملی

۲. تدوین برنامه جامع پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی با مشارکت کارگروه‌های تخصصی

۳. پایش و ارزشیابی اقدامات فوق‌العاده مرتبط در حوزه‌های مختلف و دستگاه‌های فعال در این زمینه

۴. مستندسازی و تهیه گزارش‌های دوره‌ای، هر سه ماه یکبار از پیشرفت امور در سطح ملی / استانی

۵. هماهنگی و تعامل مطلوب با دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت

۶. هماهنگی و تعامل مطلوب با کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات

بهداشتی درمانی کشور

^۱ تشکیل (ساماندهی) کارگروه‌های تخصصی (سلامت روان، مسائل اجتماعی و فرهنگی محیط‌های دانشگاهی، اعتیاد، طلاق، حاشیه‌نشینی) بر اساس بند دو مصوبات جلسه ۸۱ شورای اجتماعی کشور و همچنین کارگروه HIV/AIDS بر اساس مصوبات جلسه ۹۵ شورای اجتماعی کشور برای انجام اقدامات فوق‌العاده با همکاری دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت تشکیل شد.

۷. اجرای تکالیف و وظایف محوله در چارچوب مصوبات و تصمیمات شورای تصمیم گیر فرادست و ارائه گزارش‌های لازم به دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد
۸. جلب مشارکت حداکثری ذینفعان (مردم، بخش خصوصی، حوزه های درون بخشی و برون بخشی دولتی و نهادهای علمی، پژوهشی در دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور)
۹. تسهیل استقرار برنامه‌های عملیاتی برای مصوبات شورای تصمیم گیر فرادستی (، تأمین مالی، حمایت‌طلبی، بازاریابی اجتماعی)
۱۰. برگزاری منظم کارگروه و ارسال صورت‌جلسات و مصوبات نشست‌ها به دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد

۱-۷-۲. کارگروه تخصصی سلامت روان

با توجه به طرح تقسیم کار ملی کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در حوزه سلامت روان به عنوان دستگاه اصلی معرفی شده است. کارگروه سلامت روان با مسئولیت مدیرکل دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد مستقر در معاونت بهداشت، طراحی اقدامات فوق العاده‌ای را در این راستا با همکاری دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد معاونت اجتماعی به عهده دارد.

۱-۷-۲-۲. وظایف

۱. رصد سیاست‌های ملی در حوزه سلامت روان در کشور در قالب طرح تقسیم کار ملی
۲. ارائه سیاست‌ها و راهکارهای ارتقای سلامت روان
۳. تدوین برنامه جامع ملی سلامت روان
۴. بررسی برنامه‌ها و فعالیت‌های مرتبط با حوزه سلامت روان در دستگاه‌ها، سازمان‌ها و نهادهای عضو ستاد پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد کشور بر اساس ضرورت و اولویت‌ها
۵. بررسی زمینه‌های همکاری و هماهنگی در فعالیت‌های مرتبط با حوزه سلامت روان دستگاه‌ها، سازمان و نهادهای عضو ستاد پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد کشور
۶. تشکیل کمیته‌های اجرایی کارشناسی و تخصصی حسب ضرورت
۷. توصیف و تبیین و علت‌یابی سلامت روان در کشور
۸. اولویت‌بندی مداخلات مرتبط با پیشگیری از اختلالات روان بر اساس موازین علمی و تجارب اجرایی
۹. تدوین و فراخوان اولویت‌های پژوهشی در زمینه سلامت روان
۱۰. تدوین و اجرای مدل‌های مداخله‌ای ملی و منطقه‌ای سلامت روان با همکاری و هماهنگی دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۱. آسیب‌شناسی موانع اجرایی برنامه‌های حیطه سلامت روان و ارائه راهکارهایی به منظور رفع آن‌ها
۱۲. نهادینه‌سازی استفاده از ظرفیت سازمان‌های مردم‌نهاد و تشکل‌های مردمی، خیرین، مراکز حوزوی، علمی، پژوهشی و دانشگاهی در سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و اجرا و پایش و ارزشیابی برنامه‌های سلامت روان

۲-۷-۲. کارگروه تخصصی پیشگیری و کاهش آسیب اعتیاد

با توجه به طرح تقسیم کار ملی کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی، دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر به‌عنوان دستگاه اصلی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در حوزه اعتیاد به‌عنوان دستگاه همکار معرفی شده است. کارگروه پیشگیری و کاهش آسیب اعتیاد با مسئولیت مدیرکل دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد مستقر در معاونت بهداشت، طراحی اقدامات فوق‌العاده‌ای را در این راستا با همکاری دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد معاونت اجتماعی به عهده دارد.

۱-۱-۷-۲. وظایف

۱. بررسی سیاست‌ها و راهکارهای ملی مرتبط با اعتیاد در قالب طرح تقسیم کار ملی
۲. تدوین برنامه اجرایی^۷ پیشگیری و کنترل اعتیاد در وزارت بهداشت
۳. بررسی برنامه‌ها و فعالیت‌های مرتبط با حوزه کنترل و کاهش اعتیاد در دستگاه‌ها، سازمان‌های و نهادهای عضو ستاد پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد کشور بر اساس ضرورت و اولویت‌ها
۴. بررسی زمینه‌های همکاری و هماهنگی در فعالیت‌های مرتبط با حوزه کنترل و کاهش اعتیاد سایر دستگاه‌ها، سازمان‌ها و نهادهای عضو ستاد پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد کشور
۵. تشکیل کمیته‌های کاری کارشناسی و تخصصی حسب ضرورت
۶. اولویت‌بندی مداخلات حوزه پیشگیری از اعتیاد بر اساس موازین علمی و تجارب اجرایی
۷. تدوین و فراخوان اولویت‌های پژوهشی در زمینه کاهش و کنترل اعتیاد
۸. تدوین و اجرای مدل‌های مداخله‌ای ملی و منطقه‌ای کنترل و کاهش اعتیاد با همکاری و هماهنگی دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۹. پایش برنامه‌ها و فعالیت‌های اجرایی مرتبط با اعتیاد در وزارت بهداشت
۱۰. ارزیابی اثربخشی مداخلات حوزه پیشگیری از اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۱. نهادینه‌سازی استفاده از ظرفیت سازمان‌های مردم‌نهاد و تشکل‌های مردمی و خیرین در سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و اجرا و پایش و ارزشیابی برنامه‌های کاهش و کنترل اعتیاد

^۷ برنامه جامع اعتیاد به عهده ستاد مبارزه با مواد مخدر می باشد.

۱۲. مستندسازی و ارائه گزارش‌های دوره‌ای هر سه‌ماه یک‌بار از برنامه‌ها و فعالیت‌های اجرایی به دبیرخانه کارگروه
پیشگیری از آسیب‌های و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۱-۱-۷-۲. اعضا

- ✚ مدیرکل دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت
- ✚ نماینده رسمی ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور
- ✚ معاون دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت
- ✚ رئیس اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد وزارت بهداشت
- ✚ کارشناسان اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد وزارت بهداشت
- ✚ نماینده رسمی معاونت درمان وزارت بهداشت
- ✚ رئیس مرکز ملی تحقیقات اعتیاد ایران
- ✚ رئیس مرکز تحقیقات سوء مصرف مواد دانشگاه علوم بهزیستی
- ✚ رئیس مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی دانشگاه علوم بهزیستی
- ✚ نماینده رسمی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
- ✚ نماینده رسمی اداره کل مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت
- ✚ نماینده رسمی دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت
- ✚ نماینده سازمان‌های مردم‌نهاد یا شبکه سمن‌های فعال در حوزه اعتیاد با تصویب معاونت اجتماعی وزارت بهداشت،
درمان و آموزش پزشکی
- ✚ نماینده رسمی انجمن علمی و تخصصی مرتبط با موضوع کارگروه (نظیر: انجمن علمی روان‌پزشکان ایران، انجمن
روانشناسی ایران، انجمن جامعه‌شناسی ایران، انجمن مددکاران اجتماعی و...)
- ✚ ۳ نفر از اساتید دانشگاه و محققین و صاحب‌نظران (روان‌پزشک، اپیدمیولوژی، جامعه‌شناس، آسیب‌شناس،
روانشناس، مددکار اجتماعی) حوزه اعتیاد کشور واجد صلاحیت‌های لازم
- ✚ تبصره: بنا بر ضرورت و دستور جلسات از سایر دستگاه‌ها، سازمان‌ها و نهادها و مراکز علمی، پژوهشی و دانشگاهی
و حوزوی دعوت به عمل می‌آید.

۳-۷-۲. کارگروه تخصصی طلاق

با توجه به طرح تقسیم کار ملی کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی، دبیرخانه شورای عالی انقلاب فرهنگی و سازمان بهزیستی کشور در حوزه طلاق به‌عنوان متولی اصلی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان دستگاه همکار معرفی شده است. کارگروه تخصصی طلاق با مسئولیت مدیر کل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس مستقر در معاونت بهداشت، طراحی اقدامات فوق‌العاده‌ای را در این راستا با همکاری دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد معاونت اجتماعی به عهده دارد.

۱-۳-۷-۲. وظایف

۱. بررسی سیاست‌ها و راهکارهای ملی کاهش طلاق
۲. تدوین برنامه اجرایی^۸ پیشگیری و کنترل طلاق در وزارت بهداشت
۳. تدوین و اجرای مدل‌های مداخله‌ای ملی و منطقه‌ای کنترل و کاهش طلاق با همکاری و هماهنگی دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۴. بررسی برنامه‌ها و فعالیت‌های مرتبط با حوزه کنترل و کاهش طلاق در دستگاه‌ها، سازمان‌ها و نهادهای عضو ستاد پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد کشور بر اساس ضرورت‌ها و اولویت‌ها
۵. بررسی زمینه‌های همکاری و هماهنگی در فعالیت‌های مرتبط با حوزه کنترل و کاهش طلاق دستگاه‌ها، سازمان‌ها و نهادهای کنترل و کاهش اعتیاد
۶. تشکیل کمیته‌های کاری کارشناسی و تخصصی حسب ضرورت
۷. اولویت‌بندی مداخلات حوزه کاهش طلاق بر اساس موازین علمی و تجارب اجرایی
۸. تدوین و فراخوان اولویت‌های پژوهشی در زمینه کاهش و کنترل طلاق
۹. پایش برنامه‌ها و فعالیت‌های اجرایی مرتبط با طلاق در وزارت بهداشت
۱۰. ارزیابی اثربخشی مداخلات حوزه پیشگیری از طلاق وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱. نهادهای سازنده استفاده از ظرفیت سازمان‌های مردم‌نهاد و تشکلهای مردمی و خیرین در سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و اجرا و پایش و ارزشیابی برنامه‌های کاهش و کنترل طلاق

^۸ برنامه جامع طلاق بر عهده دبیرخانه شورای عالی انقلاب فرهنگی و سازمان بهزیستی کشور می باشد.

۱۱. مستندسازی و ارائه گزارش‌های دوره‌ای هر سه‌ماه یک‌بار از برنامه‌ها و فعالیت‌های اجرایی به دبیرخانه کارگروه
پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۲-۳-۷-۲. اعضاء

- ✚ مدیرکل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
- ✚ معاون دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
- ✚ کارشناسان اداره سلامت باروری دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
- ✚ نماینده رسمی معاونت اجتماعی و پیشگیری از وقوع جرم قوه قضائیه
- ✚ نماینده رسمی دبیرخانه شورای عالی انقلاب فرهنگی
- ✚ نماینده رسمی وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی
- ✚ نماینده رسمی سازمان بهزیستی
- ✚ نماینده رسمی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
- ✚ نماینده رسمی اداره کل مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت
- ✚ نماینده رسمی دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت
- ✚ نماینده سازمان‌های مردم‌نهاد یا شبکه سمن‌های فعال در حوزه طلاق با تصویب معاونت اجتماعی وزارت بهداشت،
درمان و آموزش پزشکی
- ✚ نماینده رسمی انجمن علمی و تخصصی مرتبط با موضوع کارگروه (نظیر: انجمن علمی روان‌پزشکان ایران، انجمن
روانشناسی ایران، انجمن جامعه‌شناسی ایران، انجمن مددکاران اجتماعی و...)
- ✚ ۳ نفر از اساتید دانشگاه و محققین و صاحب‌نظران (روان‌پزشک، اپیدمیولوژی، جامعه‌شناس، آسیب‌شناس،
روانشناس، مددکار اجتماعی) حوزه طلاق کشور واجد صلاحیت‌های لازم
- ✚ تبصره: بنا بر ضرورت و دستور جلسات از سایر دستگاه‌ها، سازمان‌ها و نهادها و مراکز علمی، پژوهشی و دانشگاهی
و حوزوی دعوت به عمل می‌آید.

با توجه به طرح تقسیم کار ملی کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی، وزارت راه و شهرسازی در حوزه حاشیه‌نشینی و بافت‌های فرسوده به‌عنوان دستگاه اصلی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان دستگاه همکار معرفی شده است. کارگروه حاشیه‌نشینی با مسئولیت رئیس مرکز مدیریت شبکه مستقر در معاونت بهداشت، طراحی اقدامات فوق‌العاده‌ای با تمرکز بر پوشش و برهمندی از خدمات سلامت در حاشیه شهرها را با همکاری دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد معاونت اجتماعی به عهده دارد.

۱-۴-۷-۲. وظایف

۱. بررسی سیاست‌ها و راهکارهای ملی کاهش و کنترل آسیب‌های اجتماعی حاشیه‌نشینی
۲. تدوین برنامه اجرایی^۹ پیشگیری و کنترل آسیب‌های اجتماعی حاشیه‌نشینی در وزارت بهداشت
۳. بررسی زمینه‌های همکاری و هماهنگی در فعالیتهای مرتبط با حوزه کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی حاشیه‌نشینی سایر دستگاه‌ها، سازمان‌ها و نهادهای عضو کارگروه
۴. بررسی برنامه‌ها و فعالیتهای مرتبط با حوزه کنترل و کاهش طلاق در دستگاه‌ها، سازمان‌ها و نهادهای عضو ستاد پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد کشور بر اساس ضرورت و اولویت‌ها
۵. تشکیل کمیته‌های کاری کارشناسی و تخصصی حسب ضرورت
۶. اولویت‌بندی مداخلات حوزه پیشگیری از آسیب‌های حاشیه‌نشینی بر اساس موازین علمی و تجارب اجرایی
۷. تدوین و اجرای مدل‌های مداخله‌ای ملی و منطقه‌ای کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی حاشیه‌نشینی با همکاری و هماهنگی دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۸. تدوین و فراخوان اولویت‌های پژوهشی در زمینه کاهش آسیب‌های حاشیه‌نشینی
۹. پایش برنامه‌ها و فعالیتهای اجرایی برای مقابله با آسیب‌های اجتماعی حاشیه‌نشینی در وزارت بهداشت
۱۰. ارزیابی اثربخشی مداخلات حوزه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی حاشیه‌نشینی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

^۹ برنامه جامع طلاق بر عهده وزارت راه و شهرسازی در حوزه حاشیه‌نشینی و بافت‌های فرسوده می باشد.

۱۱. نهاده‌سازی استفاده از ظرفیت سازمان‌های مردم‌نهاد و تشکل‌های مردمی و خیرین در سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و اجرا و پایش و ارزشیابی برنامه‌های کاهش و کنترل آسیب‌های اجتماعی حاشیه‌نشینی

٢-٤-٧-٢.٢ أعضاء

معاون مرکز مدیریت شبکه

کارشناسان مرکز مدیریت شبکه

نماینده رسمی وزارت راه و شهرسازی

نمایند رسمی، ناجا

نماینده رسمی سازمان بهزیستی

نماینده رسمی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

+ نماینده رسمی اداره کل مؤلفه های اجتماعی مؤثر بر سلامت

نماینده رسمی شهرداری

نماینده رسمی دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت

نماینده سازمان‌های مردم‌نهاد یا شبکه سمن‌های پدیدۀ حاشیه‌نشینی با تصویب معاونت اجتماعی وزارت بهداشت،

درمان و آموزش پزشکی

نماینده رسمی انجمن علمی و تخصصی مرتبط با موضوع کارگروه (نظیر: انجمن علمی روان‌پزشکان ایران، انجمن

روانشناسی ایران، انجمن جامعه‌شناسی ایران، انجمن مددکاران اجتماعی و...)

۳ نفر از اساتید دانشگاه و صاحب نظران (روان پزشک، اپیدمیولوژی، جامعه شناس، آسیب شناس، روانشناس، مددکار

اجتماعی) حوزه حاشیه‌نشینی و سکونتگاه‌های غیررسمی واجد صلاحیت‌های لازم

تبصره: بنا بر ضرورت و دستور جلسات از سایر دستگاه‌ها، سازمان‌ها و نهادهای علمی، پژوهشی و دانشگاهی

و حوزوی دعوت به عمل می‌آید.

۵-۷-۲. کارگروه تخصصی کنترل ایدز و بیماری‌های آمیزشی (HIV/AIDS)

با توجه مصوبات جلسه ۹۵ شورای اجتماعی کشور، کارگروه کنترل ایدز و بیماری‌های آمیزشی (HIV/AIDS) با مسئولیت رئیس مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر مستقر در معاونت بهداشت تشکیل شد. این کارگروه طراحی اقدامات فوق‌العاده‌ای را در این راستا با همکاری دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد معاونت اجتماعی به عهده دارد.

۱-۳-۷-۲. وظایف

۱. بررسی سیاست‌های ملی در حوزه کنترل و کاهش ایدز و بیماری‌های آمیزشی (HIV/AIDS) در کشور در قالب طرح تقسیم کار ملی
۲. تدوین برنامه جامع پیشگیری و کنترل ایدز و بیماری‌های آمیزشی (HIV/AIDS) در وزارت بهداشت
۳. بررسی برنامه‌ها و فعالیت‌های مرتبط با حوزه کنترل و کاهش ایدز و بیماری‌های آمیزشی (HIV/AIDS) در دستگاه‌ها، سازمان‌ها و نهادهای عضو ستاد پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد کشور بر اساس ضرورت و اولویت‌ها
۴. بررسی زمینه‌های همکاری و هماهنگی در فعالیت‌های مرتبط با حوزه کنترل و کاهش ایدز و بیماری‌های آمیزشی (HIV/AIDS) دستگاه‌ها، سازمان و نهادهای عضو ستاد پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد کشور
۵. تشکیل کمیته‌های کاری کارشناسی و تخصصی حسب ضرورت
۶. اولویت‌بندی مداخلات حوزه کنترل و کاهش ایدز و بیماری‌های آمیزشی (HIV/AIDS) بر اساس موازین علمی و تجارب اجرایی
۷. تدوین و اجرای مدل‌های مداخله‌ای ملی و منطقه‌ای کنترل و کاهش ایدز و بیماری‌های آمیزشی (HIV/AIDS) با همکاری و هماهنگی دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۸. تدوین و فراخوان اولویت‌های پژوهشی در زمینه کاهش و کنترل ایدز و بیماری‌های آمیزشی (HIV/AIDS)
۹. پایش برنامه‌ها و فعالیت‌های اجرایی مرتبط با ایدز و بیماری‌های آمیزشی (HIV/AIDS) در وزارت بهداشت
۱۰. ارزیابی اثربخشی مداخلات حوزه پیشگیری از ایدز و بیماری‌های آمیزشی (HIV/AIDS) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۱. نهادینه‌سازی استفاده از ظرفیت سازمان‌های مردم‌نهاد و تشکل‌های مردمی و خیرین در سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و اجرا و پایش و ارزشیابی برنامه‌های کاهش و کنترل ایدز و بیماری‌های آمیزشی (HIV/AIDS)
۱۲. مستندسازی و ارائه گزارش‌ها به صورت دوره‌ای هر سه ماه یک‌بار از برنامه‌ها و فعالیت‌های اجرایی به دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۲-۳-۷-۲. اعضاء

- رئیس مرکز مدیریت بیماری های واگیر
- معاون مرکز مدیریت بیماری های واگیر
- کارشناسان مرکز مدیریت بیماری های واگیر
- نماینده رسمی معاونت اجتماعی و پیشگیری از وقوع جرم قوه قضائیه
- نماینده رسمی سازمان بهزیستی
- نماینده رسمی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
- نماینده رسمی اداره کل مؤلفه های اجتماعی مؤثر بر سلامت
- نماینده رسمی دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب های اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت
- نماینده رسمی نیروی انتظامی
- نماینده رسمی سازمان زندان ها و اقدامات تربیتی و تاملینی
- نماینده سازمان های مردم نهاد یا شبکه سمن های حوزه کنترل ایدز و بیمارهای آمیزشی با تصویب معاونت اجتماعی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۳ نفر از اساتید دانشگاه و محققین و صاحب نظران (روان پزشک، اپیدمیولوژی، جامعه شناس، آسیب شناس، روانشناس، مددکار اجتماعی) حوزه کنترل ایدز و بیمارهای آمیزشی کشور واجد صلاحیت های لازم
- نماینده رسمی انجمن علمی و تخصصی مرتبط با موضوع کارگروه (نظیر: انجمن علمی روان پزشکان ایران، انجمن روانشناسی ایران، انجمن جامعه شناسی ایران، انجمن مددکاران اجتماعی و...)
- تبصره: بنا بر ضرورت و دستور جلسات از سایر دستگاه ها، سازمان ها و نهادها و مراکز علمی، پژوهشی و دانشگاهی و حوزوی دعوت به عمل می آید.

تبصره ۲: راهنمای برگزاری جلسات کارگروه های تخصصی فرم پیوستی شماره (۱) ارائه شده است.

***دستورالعمل اجرایی کارگروه‌های تخصصی وزارت بهداشت در قالب طرح تقسیم کار ملی کنترل و کاهش آسیب**

های اجتماعی کشور به منظور انجام اقدامات فوق العاده :

۱. احکام رئیس کارگروه‌های تخصصی وزارت بهداشت پس از معرفی و پیشنهاد نامبردگان از سوی معاونت‌های مربوطه توسط معاون اجتماعی و رئیس ستاد پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی وزارت بهداشت صادر می‌گردد. احکام اعضاء نیز توسط رئیس کارگروه صادر خواهد شد. کارگروه‌ها در محل ادارات تخصصی رئیس / معاون کارگروه مستقر خواهد بود.
- تبصره: معاونت‌های وزارت بهداشت برای انتخاب رئیس کارگروه‌های تخصصی با استناد به طرح تقسیم کار ملی که معاونت اجتماعی وزارت بهداشت بیشترین ارتباط را دارد، برای تسهیل فرایند اقدامات، همفکری نمایند.
۲. جلسات کارگروه هر دو ماه یک‌بار، با حداقل نصف اعضاء تشکیل و مصوبات آن با کسب دوسوم آراء حاضرین معتبر خواهد بود.
۳. تبصره ۱: جلسه فوق‌العاده کارگروه در صورت ضرورت بنا به پیشنهاد اعضاء و تأیید رئیس کارگروه تشکیل می‌گردد.
۴. تبصره ۲: حق رأی اعضا جلسات به نماینده رسمی آن دستگاه، سازمان و نهاد یا مافوق وی اختصاص داشته و شرکت‌کننده از طرف نماینده ثابت، حق رأی نخواهد داشت.
۵. دعوت‌نامه جلسات عادی حداقل یک هفته یا ۵ روز کاری قبل از جلسه برای اعضاء ارسال می‌شود. همچنین صورت‌جلسات و مصوبات کارگروه، با امضای رئیس کارگروه ارسال خواهد شد.
۶. نسخه‌ای از کلیه مکاتبات و همچنین گزارش اقدامات و فعالیت‌های کارگروه به‌صورت دوره‌ای هر سه‌ماه یک‌بار به دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت ارسال خواهد شد.
۷. تصمیمات کارگروه در خصوص نحوه عملیاتی سازی مصوبات ابلاغی ستاد، پس از تأیید رئیس ستاد پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی وزارت بهداشت برای دستگاه‌ها، سازمان‌ها و نهادهای عضو، طبق قوانین و مقررات لازم‌الاجرا خواهد بود.
۸. دبیر کارگروه می‌تواند با تأیید رئیس کارگروه برای بررسی‌های کارشناسی، تهیه طرح و ... از بین اعضای کارگروه نسبت به ایجاد کمیته‌های کاری به‌تناسب موضوع اقدام نماید.
۹. گزارش اقدامات و فعالیت‌های کارگروه، در جلسه ستاد پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد برحسب درخواست آن، توسط رئیس کارگروه یا درخواست دبیرخانه ارائه خواهد شد.
۱۰. رئیس یا مدیر کارگروه موظف است به‌طور منظم در جلسات ستاد پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت شرکت نماید.

۸-۲. کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی دانشگاه‌های / دانشکده‌های علوم پزشکی کشور

کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی دانشگاه مستقر در معاونت اجتماعی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور است. رئیس دانشگاه به‌عنوان رئیس کارگروه، معاون اجتماعی دانشگاه به‌عنوان نایب رئیس کارگروه و کارشناس امور اجتماعی معاونت/ حوزه اجتماعی به‌عنوان دبیر کارگروه مسئول انجام هماهنگی‌ها و امور اداری دبیرخانه است. جلسات کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی دانشگاه/ دانشکده هر دو ماه یک‌بار، با حداقل نصف اعضاء تشکیل و مصوبات آن با کسب دوسوم آرای حاضرین معتبر خواهد بود و همچنین جلسه فوق‌العاده کارگروه در صورت ضرورت، بنا به پیشنهاد اعضاء و تأیید رئیس کارگروه تشکیل می‌گردد.

۱-۸-۲. وظایف

وظایف عمده کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی دانشگاه عبارتند از:

۱. ارزیابی وضعیت و تعیین اولویت‌های محدوده تحت پوشش دانشگاه/ دانشکده از نظر آسیب‌های اجتماعی شایع در منطقه
۲. سیاست‌گذاری منطقه‌ای بر اساس ظرفیت‌های بومی و منطبق با ضوابط وزارت متبوع و سایر مراجع قانونی کشور در راستای پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی در قالب طرح تقسیم‌کار ملی کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی کشور (به منظور انجام اقدامات فوق‌العاده بویژه با تمرکز بر آسیب‌های اجتماعی که وزارت بهداشت متولی آنها تعیین شده است).
۳. برنامه‌ریزی منطقه‌ای و پیشنهاد مداخلات مؤثر و بومی در راستای پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی در قالب طرح تقسیم‌کار ملی کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی کشور (به منظور انجام اقدامات فوق‌العاده بویژه با تمرکز بر آسیب‌های اجتماعی که وزارت بهداشت متولی آنها تعیین شده است).
۴. همکاری و هماهنگ‌سازی برنامه‌ها، فعالیت‌ها و اقدامات درون‌سازمانی و برون‌سازمانی با سایر دستگاه‌های استان و شهرستان‌های تحت پوشش در حیطه آسیب‌های اجتماعی
۵. پایش و ارزشیابی برنامه‌های اجرایی دانشگاه در حوزه‌های آسیب اجتماعی
۶. مستندسازی و ارائه گزارش بهره‌وری و عملکرد برنامه‌های جاری در حوزه‌های آسیب اجتماعی

علاوه بر وظایف عمده و اصلی فوق‌الذکر، کارگروه دانشگاهی انجام اقدامات زیر را نیز به شکل مستمر بر عهده دارد:

۱. شناسایی و به‌کارگیری ظرفیت‌ها و منابع بومی منطقه تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی به‌منظور بررسی و مداخله در پیشگیری، کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی
۲. اجرای برنامه‌های ابلاغ‌شده از دبیرخانه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت و کارگروه‌های تخصصی آن
۳. تشکیل کمیته‌های کارشناسی و تخصصی حسب ضرورت

۴. تدوین و فراخوان اولویت‌های پژوهشی در زمینه آسیب‌های اجتماعی منطقه‌ای تحت پوشش
۵. حمایت‌طلبی و پیگیری فعال اقدامات سایر سازمان‌ها و دستگاه‌ها در حوزه پیشگیری از آن دسته از آسیب‌های اجتماعی که طبق طرح تقسیم‌کار ملی مسئولیت اصلی آن به وزارت بهداشت محول شده است.

۲-۸-۲. اعضای ثابت کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی دانشگاه^{۱۰}:

- ریاست دانشگاه (رئیس کارگروه)
- معاون اجتماعی دانشگاه / (نایب رئیس کارگروه)
- کارشناس امور اجتماعی و آسیب‌های سلامت (دبیر کارگروه)
- معاون بهداشت دانشگاه
- معاون درمان دانشگاه
- معاون دانشجویی فرهنگی دانشگاه
- معاون پژوهش دانشگاه
- نماینده رسمی دبیرخانه کارگروه سلامت و امنیت غذایی
- نماینده رسمی اداره مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت
- رئیس مرکز تحقیقات مولفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت
- مدیر گروه بیماری‌های معاونت بهداشتی دانشگاه
- کارشناس مسئول سلامت روان دانشگاه
- مدیر گروه سلامت خانواده و جمعیت و مدارس معاونت بهداشتی دانشگاه
- کارشناس مسئول آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت دانشگاه
- مسئول واحد یا رابط مددکاری اجتماعی دانشگاه
- رئیس حراست دانشگاه
- نماینده رسمی بهزیستی استان / شهرستان
- نماینده رسمی استانداری / فرمانداری
- نماینده رسمی فرماندهی نیروی انتظامی استان / شهرستان
- نماینده رسمی ستاد مبارزه با مواد مخدر در استان / شهرستان
- نماینده رسمی دادگستری استان / شهرستان
- نماینده رسمی شهرداری مرکز استان / شهرستان
- نمایندگان سازمان‌های مردم‌نهاد فعال در آسیب‌های اجتماعی با پیشنهاد معاونت اجتماعی دانشگاه و تأیید رئیس دانشگاه

^{۱۰} دعوت از افراد به منظور شرکت در کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی دانشگاه طبق فرم شماره ۵ پیوست انجام شود.

✚ نماینده رسمی انجمن علمی و تخصصی مرتبط با موضوع کارگروه (نظیر: انجمن علمی روان‌پزشکان ایران، انجمن روانشناسی ایران، انجمن جامعه‌شناسی ایران، انجمن مددکاران اجتماعی و...) ✚
 ۳ نفر از اعضای هیات علمی و محققین و صاحب‌نظران (روان‌پزشک، اپیدمیولوژی، جامعه‌شناس، آسیب‌شناس، روانشناس، مددکار اجتماعی) حوزه آسیب‌های اجتماعی واجد صلاحیت‌های لازم ✚
 تبصره: بنا بر ضرورت و دستور جلسات از سایر دستگاه‌ها، سازمان‌ها و نهادهای مراکز علمی، پژوهشی و دانشگاهی و حوزوی دعوت به عمل می‌آید.

۹-۲. کمیته علمی - مشورتی کارگروه دانشگاهی پیشگیری از آسیب اجتماعی

کمیته علمی مشورتی به‌عنوان بازوی مشورتی کارگروه در حوزه‌های اولویت‌سنجی و طراحی و پیشنهاد مدل‌های مداخلاتی عمل می‌نماید. این کمیته متشکل از اعضای هیات علمی، متخصصین، پژوهشگران و سایر افراد صاحب‌نظر در حیطه علوم اجتماعی (از رشته‌های آسیب‌شناس اجتماعی، مددکار اجتماعی، روان‌پزشک، روانشناس، جامعه‌شناس، اپیدمیولوژی، علوم ارتباطات، رفاه اجتماعی، متخصصین علوم فقهی و حقوقی) با پیشنهاد معاونت اجتماعی / و تایید ریاست دانشگاه می‌باشند.

۱-۹-۲. وظایف

- همکاری و مشارکت علمی در تهیه لیست آسیب‌های اجتماعی اولویت‌دار محدوده تحت پوشش دانشگاه
- همکاری و مشارکت علمی در تدوین برنامه جامع کاهش و کنترل آسیب‌های اجتماعی دانشگاه
- ارائه مشورت و همکاری در پایش و ارزشیابی برنامه‌های منطقه‌ای در حوزه آسیب‌های اجتماعی
- ارائه مشاوره علمی به‌منظور انجام پژوهش‌های نظری، مداخله‌ای و پایلوت مرتبط با حوزه کاهش و کنترل آسیب‌های اجتماعی
- همکاری و مشارکت در تدوین محتوای آموزشی برای کارشناسان دانشگاه‌های علوم پزشکی در حوزه آسیب‌های اجتماعی
- همکاری و مشارکت در تدوین محتوای آموزشی برای عموم جامعه در حوزه پیشگیری و مقابله با آسیب‌های اجتماعی
- مشارکت و همفکری در برگزاری پانل‌های تخصصی، کارگاه‌های تخصصی، همایش‌ها و...

۱۰-۲. ارتباط جایگاه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و کارگروه های استانی ساغ با جایگاه کارگروه های وزارتی و دانشگاهی پیشگیری از آسیب های اجتماعی:

در راستای بند ۲ سیاست های کلی سلامت مبنی بر "تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست های اجرایی و مقررات" و بر اساس ماده ۷ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور مصوب مورخ ۱۳۹۵/۱۱/۱۰ جلسه علنی مجلس شورای اسلامی، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی به منظور سیاستگذاری برای ارتقای سلامت و امنیت غذایی و سلامت مواد غذایی صادراتی و وارداتی، بررسی و تصویب برنامه ها و تدابیر بخشی و فرابخشی در اجرای سیاست های ناظر بر سلامت و امنیت غذایی و تعیین و پایش شاخص های اساسی سلامت و امنیت غذایی تشکیل شده است و دبیرخانه آن در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار دارد. برای پیشگیری از همپوشانی در فرآیند سیاستگذاری، برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی و اصلاح در موضوعات مرتبط با بعد اجتماعی سلامت و آسیب های اجتماعی ستاد کارگروه پیشگیری از آسیب های اجتماعی از همکاری و قابلیت های دبیرخانه ستادی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و دبیرخانه های کارگروه های تخصصی سلامت و امنیت غذایی در استان ها بهره مند خواهد شد. مسایل و مداخلات سیاستی در حوزه آسیب های اجتماعی که توسط ستاد کارگروه ملی و استانی پیشگیری از آسیب های اجتماعی نیازمند طرح در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و یا شورای برنامه ریزی و توسعه استان تشخیص داده می شود در چارچوب های لازم تدوین و به دبیرخانه های شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ارسال شود.

فصل سوم

فرآیندهای دیرخانه

فصل ۳. فرایندهای دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد

۳-۱. مقدمه

مدیریت هر برنامه تحولی، نیازمند ساختاری پویا، مشارکتی، فراگیر و شبکه‌ای است که بتواند بر تمام ظرفیت‌های مادی و انسانی سازمان متمرکز شود. از این‌رو تلاش شده است در طراحی برنامه‌ها از فرایندی یکپارچه و منسجم که مشارکت تمامی ذینفعان را در برگیرد، استفاده گردد. فرایندهای اجرایی این سند در چند بخش سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، همکاری و هماهنگ‌سازی درون سازمانی و برون سازمانی، پایش و ارزشیابی و مستندسازی تنظیم می‌گردد.

۳-۲. سیاست‌گذاری

۳-۲-۱. در دستور کار قرار گرفتن (تعیین موضوع)

الف- کارگروه‌های تخصصی ششگانه (۱- طلاق ۲- سلامت روان ۳- اعتیاد ۴- حاشیه نشینی ۵- مسائل اجتماعی و فرهنگی محیط‌های دانشگاهی و ۶- HIV/AIDS) برای تعیین موضوع از گزارش‌های واحدهای مختلف درون سازمان (معاونت‌های مختلف، حراست وزارت بهداشت و ...) و برون سازمانی استفاده نمایند. در این راستا در طول سال گزارش‌های مربوط به ارزشیابی برنامه‌های دوره‌ای در حال اجرا و شناسایی و اولویت‌بندی آسیب‌های اجتماعی منطقه تحت پوشش (بومی) از معاونت اجتماعی و سایر معاونت‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی دریافت می‌شود.

ب- تمامی کارگروه‌های تخصصی^{۱۱} وزارت بهداشت در حیطه آسیب‌های اجتماعی در قالب طرح تقسیم کار ملی موضوع‌های مهم و اولویت‌دار را بر اساس بررسی اطلاعات و شواهد حاصل از پژوهش‌ها و نظرات تخصصی اعضای کارگروه و ... تعیین می‌کنند.

تبصره ۲: برای مستند نمودن روند مسائل اعلام‌شده، فرمی تحت عنوان «کاربرگ بیان مسئله» در نظر گرفته شده است. از آنجا که امکان اعلام مسائل مرتبط با سلامت اجتماعی و پیشگیری از آسیب اجتماعی از سوی گروه‌های مختلفی از داخل یا خارج نظام سلامت و یا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وجود دارد، کاربرگ مذکور به شیوه‌ای ساده طراحی شده است. به گونه‌ای که تنها شامل توصیف ساده‌ای از مساله از دیدگاه «مرجع پیشنهاددهنده» است (فرم پیوستی شماره ۲). به منظور سازمان‌دهی مسائل کارشناسی شده، لازم است تمامی مسائل در درون یک بانک اطلاعاتی ثبت شود. کاربرگ‌های فوق پس از تایید توسط رئیس کارگروه در دستور کار قرار می‌گیرد.

لازم به توضیح است، سیاست‌گذاری در سطح ستادی بر عهده کارگروه‌های تخصصی وزارت متبوع و سیاست‌گذاری منطقه‌ای بر عهده کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی دانشگاه است. بطور مثال موضوع‌های

^{۱۱} بیشتر موضوع‌های پیشنهادی از کارگروه‌های تخصصی دریافت می‌گردد چون وزارت بهداشت در سه آسیب اجتماعی به عنوان دستگاه اصلی معرفی شده است. همچنین این آمادگی وجود دارد هر دستگاه دیگر بر اساس فرمت پیشنهادی، موضوع درخواستی خود را جهت بررسی و طرح در ستاد پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد به دبیرخانه ارسال کند.

پیشنهادی را می تواند از واحدهای داخل دانشگاه و یا خارج دانشگاه در قالب کاربرگ بیان مسئله دریافت و در دستور کار قرارداد دهد. بطور کلی واحد دانشگاهی می تواند بر اساس ظرفیت های بومی از فرایندهای این بخش استفاده نماید.

۳-۲-۲. تدوین سیاست

پس از تعیین موضوعات و قرار گرفتن آنها در دستور کار کارگروه های تخصصی، بسته به فوریت موضوع و وجود راهکارهای اجرایی موفق با پشتوانه شواهد معتبر و قوی در رابطه با هر موضوع، کارگروه های تخصصی نسبت به سفارش تدوین «سیاست نامه» و یا تدوین «خلاصه شواهد» (مسیر سریع) اقدام می کند. نحوه اقدام بر اساس دو متغیر «میزان فوریت» و «میزان وجود شواهد» در چهار موقعیت متفاوت در جدول ۳-۱ نشان داده شده است.

جدول ۳-۱. شواهد مورد استفاده در تصمیم سازی بر اساس فوریت موضوع و وجود شواهد معتبر

شواهد فوریت	شواهد معتبر برای راه حل مشخص وجود دارد	شواهد معتبر برای راه حل مشخص وجود ندارد
فوریت دارد	خلاصه شواهد	اجماع نظرات
فوریت ندارد	سیاست نامه	پژوهش

۳-۲-۲-۱. تدوین سیاست نامه

سیاست نامه در رابطه با موضوعاتی تدوین می شود که شواهد کافی برای اثبات اثربخشی یک راهکار مشخص و مورد توافق همه ذینفعان وجود نداشته و لازم است با مراجعه به دانش و تجربه جهانی و با استناد به مطالعات متاآنالیز موجود و در دسترس، گستره راهکارهای اثربخش و البته متناسب با ویژگی های زمینه ای کشور، شناسایی و در چارچوب سیاست نامه تنظیم شوند. هدف از تدوین سیاست نامه، کمک به سیاست گذاران و ذینفعان دست اندرکار در تدوین مصوبات در انتخاب متناسب ترین سیاست اجرایی از میان راهکارهای موجود به پشتوانه شواهد و مستندات معتبر و موثق است.

مراحل تدوین سیاست نامه به شرح زیر است:

۱. بستن قرارداد/ تفاهم نامه با تدوین کننده سیاست نامه (سفارش تدوین سیاست نامه)،
۲. توجیه و آموزش تدوین کننده سیاست نامه و تیم همکار توسط واحد/ کمیته مشورتی مربوطه و در صورت ضرورت ستاد،
۳. تدوین و ارائه پیش نویس سند سیاست توسط طرف قرارداد،

۴. بررسی پیش‌نویس سیاست‌نامه تدوین‌شده بررسی سیاست‌نامه و راهکارهای پیشنهادی در کارگروه تخصصی مرتبط، جمع‌بندی و اعمال نظرات ذینفعان در خصوص راه‌حل‌های پیشنهادشده در سیاست‌نامه
۵. قرار دادن پیش‌نویس سیاست‌های اجرایی به انضمام سیاست‌نامه نهایی در دستور جلسه ستاد پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد.

۲-۲-۳. تدوین خلاصه شواهد

در مواردی که راه‌حل‌های موضوع مشخص بوده و لازم است به سرعت در مورد موضوعی تصمیم‌گیری شود و یا نهادهای حاکمیتی بین‌المللی مانند سازمان جهانی بهداشت شواهد معتبری در این خصوص منتشر کرده‌اند، به جای سیاست-نامه از فرمت خلاصه شواهد استفاده می‌شود. نکته مهم دیگر که تدوین خلاصه شواهد را الزامی می‌نماید، وجود شواهد علمی معتبر بومی مبنی بر اثربخش بودن راه‌حل‌های مورد توافق است.

۳-۲-۳. بررسی شواهد و پیشنهاد سیاست‌ها

پس از تدوین سیاست‌نامه یا خلاصه شواهد، کمیته مشورتی یا واحد فنی مسئول وظیفه دارد نظر کارشناسی خود را در مورد مستندات و راه‌حل‌های پیشنهادی اعلام و متن سیاست‌های اجرایی را مطابق دستورالعمل تدوین نماید.

سیاست‌های اجرایی و مستندات آن (سیاست‌نامه یا خلاصه شواهد) در جلسات کارگروه‌های تخصصی بررسی می‌شوند.

جلسات به منظور بررسی سیاست‌نامه و پیش‌نویس مصوبات پیشنهادی، حداکثر بعد از ۱۵ روز از دریافت موارد قابل بررسی تشکیل شود. ضمن آنکه برگزاری جلسات فوق‌العاده (به علت فوریت تصمیم‌گیری در رابطه با موضوعی خاص) نیز مجاز خواهد بود.

۳-۳. برنامه‌ریزی

برای برنامه‌ریزی اقدامات ذیل صورت می‌گیرد:

۱. کارگروه‌های تخصصی در راستای سیاست‌ها و تصمیمات مصوب شده در ستاد پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد، نسبت به برنامه‌ریزی عملیاتی اقدام و یا همکاری می‌نمایند
۲. کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی دانشگاه در راستای سیاست‌ها و تصمیمات بومی مصوب شده نسبت به برنامه ریزی عملیاتی با مشارکت ذینفعان اقدام می‌نمایند.
۳. دبیرخانه نسبت به تهیه بسته‌های خدمتی با همکاری مراکز علمی و ابلاغ آن به واحد امور اجتماعی معاونت‌های اجتماعی دانشگاه‌های علوم پزشکی اقدام می‌کند.

۴. به منظور برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌ها در کشور، کارگروه‌های تخصصی می‌تواند از ظرفیت‌های بومی شناسایی شده توسط واحدهای امور اجتماعی معاونت اجتماعی و سایر معاونت‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی استفاده کند.

۳-۴. همکاری و هماهنگ‌سازی درون‌سازمانی و برون‌سازمانی

- در حال حاضر دبیرخانه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی در سطح ملی و همکاران هم ارز شاغل در معاونت دانشگاه‌های علوم پزشکی، جایگاه ستادی داشته و فاقد بازوهای اجرایی و عملیاتی در سطوح شهرستان و واحدهای ارائه خدمت می‌باشند.
- هر یک از آسیب‌های اجتماعی هدف برنامه‌ها و فعالیت‌های ستاد و دبیرخانه، بسته به موضوع، از سال‌ها پیش توسط ادارات و بخش‌های مختلفی از سایر معاونت‌های زیرمجموعه وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی مدیریت می‌شده است و دارای برنامه، پروتکل و شرح وظایف مشخص و معین است.
- ضروری است همکاران شاغل در دبیرخانه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد وزارت و دانشگاه‌ها از مداخله در اقدامات تخصصی و فنی معاونت‌های مربوط و موازی کاری پرهیز نمایند.
- نقش دبیرخانه، انجام تحلیلی جامع با دیدگاه و نگاهی فراتر از نگاه فنی ادارات مسئول برنامه و استخراج نواقص و موانع و چالش‌هایی است که به دلیل نگاه تک‌بعدی به این آسیب‌ها و عدم توجه به لزوم همکاری و هماهنگی تمام بخش‌های توسعه در امر پیشگیری و مقابله با آسیب‌های اجتماعی اتفاق افتاده است.
- دبیرخانه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد با تمرکز بر هم‌افزایی بین بخش‌های مختلف درون و برون‌سازمانی و توجیه و هدایت مسئولین دانشگاه از یک‌سو و مسئولین عالی‌اجرائی در سطوح ملی، استانی و شهرستانی (استانداران، فرمانداران و ...) از سوی دیگر، سطح مطالبه‌گری برای انجام اقدامات مقابله‌ای و پیشگیری را در سطح ملی از سطح وزارت بهداشت به سایر سطوح اجرائی و نظارتی عالی کشور و در سطح دانشگاهی از معاونت اجتماعی به ریاست دانشگاه و استاندار و فرماندار انتقال و ارتقاء دهد.
- بدیهی است ادارات مسئول کمافی السابق، مسئول تدوین برنامه‌ها، دستورالعمل‌ها و بسته‌های خدمتی در حیطه تخصصی خود در قالب کارگروه‌های تخصصی ملی و واحدها و ادارات زیرمجموعه آن‌ها در سطح دانشگاه‌ها خواهند بود.

۳-۴-۱. هماهنگی و هماهنگ‌سازی برون‌سازمانی

برای هماهنگی برون‌سازمانی اقدامات زیر انجام می‌شود:

- برقراری ارتباط تنگاتنگ با استانداران و فرمانداران شهرستان‌های تحت پوشش و آگاه‌سازی از طریق انتقال اطلاعات دریافتی از ادارات تخصصی در خصوص آسیب‌های اجتماعی به ایشان و حمایت‌طلبی از آن‌ها با ارائه برنامه و نقشه همکاری مشخص بین بخشی با سایر سازمان‌ها و دستگاه‌های ذیربط
- مصوباتی که در کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، نیاز به همکاری بین بخشی وسیع به منظور پرهیز از موازی کاری و انسجام فعالیت‌های مرتبط دارند، بعنوان دستور جلسه

- پیشنهادی جهت طرح در شورای فرباخشی مانند شورای برنامه ریزی و توسعه استان و کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان برای استانداری توسط رئیس دانشگاه ارائه گردد.
- شناسایی افراد متخصص و صاحب فکر، ایده و نفوذ در حوزه آسیب های اجتماعی مرتبط با سلامت در سایر دستگاه ها و کسب نظرات آنها و مشورت و هم فکری با ایشان در قالب دعوت و شرکت در جلسات کمیته های مشورتی و اطلاع رسانی به ایشان در خصوص مصوبات و برنامه ها و اقدامات.
- ارسال دعوت نامه و دستور جلسات برای اعضای ستاد پیشگیری از آسیب های اجتماعی و اعتیاد/ کارگروه پیشگیری از آسیب های اجتماعی دانشگاه و گروه های مشورتی خارج از وزارت بهداشت/ دانشگاه
- ارسال متن نهایی مصوبات به اعضای برون سازمانی ستاد پیشگیری از آسیب های اجتماعی و اعتیاد/ کارگروه پیشگیری از آسیب های اجتماعی دانشگاه
- دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب های اجتماعی و اعتیاد/ کارگروه پیشگیری از آسیب های اجتماعی دانشگاه موظف است حداکثر ظرف مدت یک هفته نسبت به تهیه متن صورت جلسه و مصوبات نهایی به منظور ارسال به دستگاه های عضو اقدام نماید.

۳-۴-۲. هماهنگی و هماهنگ سازی درون سازمانی

- برای هماهنگی درون سازمانی اقدامات زیر انجام می شود:
- ارتباط مستمر با سایر معاونت ها و ادارات فعال در حوزه پیشگیری و کنترل آسیب ها اجتماعی به منظور تبادل نظر و جلب مشارکت فنی و اجرایی سایر بخش های درون سازمانی در اجرای برنامه ها و استفاده از تمامی پتانسیل های موجود سازمان
- ارسال دعوت نامه و دستور جلسات برای اعضای ستاد پیشگیری از آسیب های اجتماعی و اعتیاد/ کارگروه پیشگیری از آسیب های اجتماعی دانشگاه و تیم های مشورتی و کارگروه های تخصصی وزارت بهداشت حداقل یک هفته قبل از روز جلسه
- مسئول دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب های اجتماعی و اعتیاد / دبیر کارگروه پیشگیری از آسیب های اجتماعی دانشگاه بر اساس صورت جلسه، پیش از برگزاری جلسه آتی، نسبت به تعیین دستور کار جلسه اقدام می کند.
- واحد امور اجتماعی، معاونت های اجتماعی دانشگاه های علوم پزشکی متولی اجرای مصوبه مربوطه، نسبت به اجرای برنامه بر اساس ابلاغ دبیرخانه اقدام کند.

۳-۵. پایش و ارزشیابی

- پایش و ارزشیابی اقدامات و برنامه های اجرایی که در راستای طرح تقسیم کار ملی بر عهده وزارت بهداشت گذاشته شده و یا بر اساس مصوبات شورای اجتماعی کشور یا تفاهم نامه های منعقد از جمله وظایف دستگاه متبوع شمرده می شود، با استفاده از شاخص ها و استانداردهای ابلاغی یا طراحی شده

پایش و ارزشیابی اقدامات و برنامه‌های اجرایی مصوب ستاد پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد که باید در سطح ملی توسط سایر بخش‌های درون یا بیرون وزارت بهداشت انجام شوند با استفاده از شاخص‌ها و استانداردهای طراحی شده

هماهنگی، پیگیری و گزارش‌گیری از وضعیت اجرای اقدامات و برنامه‌های مصوب ستاد پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد وزارت که باید در سطوح استانی و شهرستانی توسط معاونت اجتماعی دانشگاه‌های علوم پزشکی و یا سایر بخش‌های درون یا بیرون بخشی دانشگاه انجام شوند.

مسئولیت انجام پایش و ارزشیابی کارگروه‌های پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی دانشگاه‌های قطب با معاونت اجتماعی وزارت بهداشت و مسئولیت انجام پایش و ارزشیابی کارگروه‌های سایر دانشگاه‌های کشور با دانشگاه‌های قطب مربوطه می‌باشد.

تذکر مهم: با توجه به لزوم پایش و ارزشیابی کلیه اقدامات و مصوبات، ضروری است استاندارد اقدامات و شاخص‌های ارزیابی انطباق فعالیت‌ها و فرایندها با استانداردها و شاخص‌های ارزشیابی اثربخشی برنامه‌ها، برای مصوبات و اقدامات وزارت توسط کارگروه‌های تخصصی و دبیرخانه ملی و برای مصوبات و اقدامات استانی و شهرستانی توسط کارگروه دانشگاهی طراحی و اعلام شود.

تبصره ۱: اطلاعات مربوط به پایش و ارزشیابی برنامه‌ها در فرم پیوستی شماره (۳) ارائه شده است.

تبصره ۲: گزارش عملکرد دوره‌ای هر سه ماه یکبار توسط کارگروه‌های تخصصی وزارت بهداشت و کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور به دبیرخانه ارائه می‌شود (فرم پیوستی شماره ۴).

جمع‌بندی و ارائه گزارش‌های پایش در جلسات کارگروه‌های تخصصی و تدوین بازخورد مناسب، حاوی پیشنهادهای اصلاحی و ارتقائی برای مجریان و دست‌اندرکاران

ارسال بازخورد به‌نگام و یاری‌دهنده به مجریان ملی / استانی / دانشگاهی و پایش مجدد اقدامات تکمیلی و اصلاحی

۳-۶. مستندسازی

۳-۶-۱. ارائه گزارش دوره‌ای هر سه ماه یکبار از پیشرفت اجرای برنامه‌های مصوب (گزارش پیشرفت کار) توسط کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی دانشگاه‌های علوم پزشکی و سپس کارگروه‌های تخصصی وزارت بهداشت کشور به دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد.

تبصره ۱: «دبیرخانه کارگروه پیشگیری و کنترل آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد» وزارت / دانشگاهی حداقل هر ۳ ماه یکبار گزارش پیشرفت اجرای مصوبات ستاد کشوری / دانشگاهی و شورای اجتماعی کشور را از واحد (های) مجری دریافت و بر اساس آن، مراتب را به معاونت اجتماعی وزارت بهداشت و سپس به شورای اجتماعی کشور گزارش می‌شود.

۳-۶-۲. تهیه گزارش‌های تحلیلی از جریان اقدامات و فعالیت‌ها برحسب ضرورت

۳-۶-۳. ضبط و نگهداری گزارش‌ها، اسناد، اطلاعات، مذاکرات و مصوبات ستاد پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و

اعتیاد، کارگروه‌های تخصصی ستادی، کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی دانشگاه و ... توسط دبیرخانه

پیوسته

تعاریف

۲-۱. تعاریف و مفاهیم

سلامت اجتماعی^{۱۲}: از نظر کییز، سلامت اجتماعی به صورت درک فرد از سهم داشتن در جامعه، پذیرش توسط دیگران، قابل پیش بینی بودن جامعه و رویدادهای اجتماعی، حس مشارکت در جامعه و پتانسیل و رشدی که در جامعه عملیاتی می شود (۶). بر اساس مرور منابع تعاریف سلامت اجتماعی در سه رویکرد خلاصه می شود:

سلامت اجتماعی به مثابه جنبه‌ای از سلامت فرد در کنار سلامت جسمی و روانی سلامت اجتماعی به مثابه تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت سلامت اجتماعی به مثابه جامعه سالم (۷).

پدیده^{۱۳}: پدیده را می توان هر آنچه پدید می آید، دانست و لذا فاقد بار معنایی معضل^{۱۴} یا مشکل در زبان انگلیسی است. بنابراین وقایع مثبتی مثل رشد اقتصادی و توسعه آزادی‌های سیاسی نیز «پدیده» های مختلف اجتماعی اند. اصطلاح «مسئله» نیز اولاً مثل «پدیده» بار معنایی خنثایی دارد و ثانیاً از آنجاکه با «سؤال» هم خانواده است، عمدتاً در حوزه‌های صرفاً نظری از قبیل فلسفه و ریاضیات می تواند به کار رود. در حوزه‌های عینی نظیر جامعه‌شناسی هم اگر از مسئله ذکر می بین آید، هر آن «پدیده» ای را می تواند شامل شود که «سوالی» پیش روی محقق بگذارد تا «پاسخ» داده شود و نه الزاماً «مشکلی» پیش روی محقق و برنامه ریز تا عملاً «حل» شود. مثلاً هم «علت پایین آمدن سن اعتیاد» را می توان یک «مسئله اجتماعی» دانست و هم «علت افزایش امید به زندگی» واضح است که فقط اولی از جنس «مشکل اجتماعی» است.

مشکل اجتماعی^{۱۵}: بعضی از تعاریف مشکل اجتماعی را وضعیتی بر می شمردند که شمار قابل توجهی از مردم، آن را محل کیفیت زندگی و ارزش‌های مورد توافق خود بدانند. مشکل اجتماعی دارای علل و یا عوارض اجتماعی هستند و لذا نیازمند مداخله اجتماعی - نه فردی - است. نگاهی به فهرست نوعی مشکلات اجتماعی وضوح آن‌ها را بیشتر می کند: فقر، نابرابری (نابرابریهای اقتصادی، اجتماعی، قومی و نژادی، جنسی، اعتقادی، سنی)، مشکلات نهادهای اجتماعی (مشکلات نهاد خانواده، مشکلات نهاد آموزش، مشکلات نهاد سلامت، مشکلات نهاد تولید، مشکلات نهاد اداری)، آسیب‌های (انحرافات) اجتماعی (اعتیاد، خشونت، فحشا و سایر انحرافات، جرم و بزه).

مرز مشکل اجتماعی با مشکل فردی: مشکل فردی به فرد و روابط بلافصل او محدود می شود، درحالی که مشکل اجتماعی برای عموم مهم است: ارزشی که از نظر مردم محترم شمرده می شود، تهدید شده است. بر همین اساس، مشکل فردی با مداخله فردی حل می شود، اما حل مشکل اجتماعی نیازمند مداخله اجتماعی است. برای روشن شدن این تمایز نگاهی به مشکل اختلافات زناشویی مفید است: اگر زوجی باهم اختلاف داشته باشند، می توان گفت که آن‌ها باهم نمی سازند، اختلاف عقیده یا سلیقه دارند، پیشینه‌های خانوادگی مختلفی دارند، یا خانواده‌هایشان در روابط آن‌ها دخالت کرده اند و این اختلاف را پدید آورده اند. بر اساس همین تبیین‌ها نیز می توان راه حل‌هایی نظیر نصیحت کردن طرفین یا خانواده‌هایشان یا ارجاع آن‌ها به مشاوران متخصص اندیشید. در همه این موارد، هم خود مشکل، هم سبب‌شناسی آن و هم راه حل آن در چارچوب فرد و روابط بلافصل او شناسایی و تبیین شده است. اما اگر شیوع طلاق در جامعه‌ای بالا باشد یا روند افزایشی داشته باشد، اولاً دیگر نمی توان همه سبب‌شناسی آن را به سطح فردی و بین فردی تقلیل داد و ثانیاً راه‌حلی هم که برای مشکلی با آن ابعاد و آن سبب‌شناسی باید اندیشید، نمی تواند در فرد و روابط بین فردی او محدود باشد. دیگر نمی توان گفت که آن دو باهم مشکلی داشته و

¹² Social health

¹³ phenomenon/issue

¹⁴ problem

¹⁵ Social problem

نساخته‌اند، بلکه منصفانه‌تر و عقلانی‌تر آن است که به این نکته بیاوریم که آیا این نظم اجتماعی مشکلی داشته یا تغییری کرده که سبب شده است شمار زیادی از زوجها باهم ن سازند. حتی اگر این سبب‌شناسی اجتماعی را هم قبول نداشته باشیم و بر اساس یک سبب‌شناسی کاملاً فردی و روان‌شناختی بخواهیم زوجها را به مراکز مشاوره ارجاع دهیم، باز هم این مداخله را باید به چشم یک مداخله اجتماعی ببینیم: باید مراکز مشاوره به تعداد کافی راه‌اندازی کنیم، آموزش‌های لازم در زمینه مشاوره خانواده به تعداد کافی از مشاوران داده باشیم، فرهنگ مراجعه به مراکز مشاوره مزبور را در میان زوجها دچار اختلاف گسترش داده باشیم و... این‌ها همه به معنای یک مداخله اجتماعی است نه فردی. سرچشمه همه این تفاوت‌ها میان مشکل فردی و اجتماعی، چنان‌که دیدیم، در ابعاد مشکل است: هرگاه حجم مشکلی بالا یا بالارونده باشد، دیگر از وصف فردی درآمده، وصف اجتماعی پیدا می‌کند. پس وجود لاقلاً یکی از دو معیار (۱) شیوع بالا و (۲) روند افزایشی، در یک مشکل لازم است تا آن را به یک مشکل اجتماعی بدل کرده باشد. در مورد آسیب‌های اجتماعی نیز این تمایز به‌صورت تمایز آسیب‌های فردی از اجتماعی است (۱).

آسیب اجتماعی / انحراف اجتماعی^{۱۶}: نکته مهم این است که تعاریف مورد توافق در مورد این واژه‌ها وجود ندارد. با این وجود

آسیب اجتماعی به وقایع، پدیده‌ها و فرآیندهایی اطلاق می‌شود که هر جامعه‌ی مفروض در زمان معین با رجوع به مجموعه ارزش‌های مورد باور خود غیرمنطقی تلقی می‌کند و آن‌ها را مخل نظم جامعه در زمان معین و لحظه‌های مشخص می‌پندارد و با بار منفی همراه است (۸). آسیب اجتماعی در میان اهل فن صرفاً در مورد مفهوم محدودتری شامل برخی از مشکلات اجتماعی و نه همه آن‌ها، نظیر خودکشی به کار می‌رود که عمدتاً «آسیب‌های روانی» و حداکثر «انحرافات اجتماعی» هستند و سایر انواع «مشکلات اجتماعی» نظیر فقر و مشکلاتی نظیر آن را در بر نمی‌گیرد. به عبارت دقیق‌تر، آسیب اجتماعی آن دسته از مشکلات اجتماعی‌اند اگرچه بخشی از مشکلات اجتماعی قلمداد می‌شوند، ولی همه آن‌ها نیستند که مهم‌ترین تظاهر آن‌ها رفتاری است: رفتار عدول از هنجار اجتماعی (۹).

جرم: کوچک‌ترین حلقه این زنجیره را تشکیل می‌دهد. در جامعه ما رفتارهایی چون بی‌حجابی و یا همجنس‌گرایی علاوه بر جرم بودن مشمول موارد مطرح‌شده فوق نیز می‌شود و مفهوم دیگر از مشکل اجتماعی است. بدین ترتیب اکثر مفاهیم مطرح‌شده نوعی مشکل تلقی می‌شوند اما لزوماً هر مشکل اجتماعی، آسیب اجتماعی / انحراف اجتماعی، بزهکاری و یا جرم نیست. برای نمونه می‌توان به پدیده‌هایی چون مصائب جمعی و یا آلودگی محیط‌زیست اشاره کرد که از آن‌ها با عنوان مشکل اجتماعی یاد می‌شود اما انحراف اجتماعی / آسیب اجتماعی، بزهکاری یا جرم تلقی نمی‌شود (۹). مثلاً رفتاری چون طلاق می‌تواند مشکل اجتماعی باشد درحالی‌که بزهکاری یا جرم نیست. پس از مشکل اجتماعی به ترتیب آسیب اجتماعی / انحراف اجتماعی^{۱۷}، بزهکاری و جرم قرار دارند. به‌عنوان مثال پوشیدن لباس‌های نامتعارف و فرار از خانه، علاوه بر این‌که به ترتیب نوعی نابهنجاری، انحراف اجتماعی، و بزهکاری تلقی می‌شود می‌تواند مشکل اجتماعی هم باشد.

در واقع سؤال این است مرز جرم با سایر انحرافات / آسیب‌های اجتماعی کجاست؟ معمولاً هر جامعه در برابر تخطی از هنجارهای خود واکنش منفی نشان می‌دهند تا افراد خاطی را به تبعیت از هنجارهای خود وادارد، نظم درونی خود را حفظ کنند و بتواند کارکردهای خود را

^{۱۶} در برابر social deviance هم که یکی از انواع مشکلات اجتماعی است، معادل‌های "انحراف اجتماعی"، "کجروی اجتماعی"، "کجرفتاری اجتماعی" و "آسیب اجتماعی" وجود دارند. اصطلاحات "انحراف اجتماعی"، "کجرفتاری اجتماعی"، و "کجروی اجتماعی" معادل‌های بهتری برای آن به شمار می‌روند، اما برای رعایت ملاحظات اداری "آسیب اجتماعی" را به کار می‌بریم.

به راحتی و سهولت انجام دهد. واکنش منفی جامعه به رفتارهای انحرافی، اعم از انحراف فردی و اجتماعی، اغلب به اشکال غیررسمی از مخالفت کلامی و نصیحت گرفته تا تحقیر و تمسخر و برچسب‌زنی^{۱۸} و طرد صورت می‌گیرد، اما اگر با این برخوردها، آسیب اجتماعی به قدر کافی کنترل نشود، آنگاه جامعه به قدرت رسمی حکومت^{۱۹} متوسل می‌شود، یعنی با وضع قانون، آن را جرم قلمداد کرده، برای مرتکب آن، مجازاتی وضع می‌کند. بنابراین جرم را نمی‌توان دارای ماهیتی متفاوت از دیگر انحرافات یا آسیب‌های اجتماعی دانست، جز اینکه انحراف اجتماعی‌ای است که با واکنش غیررسمی جامعه کنترل نشده و جامعه طی فرایند جرم‌انگاری^{۲۰} به نهادهای انتظامی و قضایی اجازه مجازات افراد مرتکب آن انحراف اجتماعی را داده است. شکل شماره یک، چارچوب مفهومی روابط این اصطلاحات با یکدیگر را نمایش می‌دهد.



چارچوب مفهومی آسیب‌های اجتماعی^{۲۱} (رفیعی، ۱۳۸۸)

دورنما (چشم‌انداز): چشم‌انداز ادامه روند فعالیت‌های سازمان در آینده، آرزویی در افق زمانی گسترده و ایجاد شرایط اساسی برای تحقق آن است. چشم‌انداز در واقع، خصوصیتی که یک منطقه در مقیاس‌های مختلف، پتانسیل تبدیل شدن به آن را دارد (۱۰).

سیاست‌گذاری: فرایند سیاست‌گذاری را می‌توان به عنوان مجموعه فعالیت‌های سیاستی نظیر تعریف موضوع یا مساله، دستور کار، طراحی، قانون‌گذاری، اجرا و پایش و ارزشیابی در نظر گرفت. این فرایند سیاستی برای رویارویی با آسیب‌های اجتماعی شکل می‌گیرند و اغلب با توجه به مشکلات و چالش‌های ناشی از سیاست‌هایی که در گذشته اتخاذ شده‌اند تغییر می‌یابند (۱۱، ۱۲).

¹⁸ labeling

¹⁹ state

²⁰ Criminalization

^{۲۱} درباره تعاریف و طبقه‌بندی مشکلات اجتماعی و آسیب‌های اجتماعی در ایران مانند سایر کشورهای جهان توافقی قطعی وجود ندارد، به گونه‌ای که در اسناد سازمان‌های دولتی و غیردولتی و مکتوبات صاحب‌نظران، مصادیق مشکل، مسئله، انحراف و آسیب‌های اجتماعی همپوشانی فراوان داشته و طبقه‌بندی برخی از آسیب‌ها اجتماعی و مشکلات اجتماعی در هر یک از دسته‌بندی‌های فوق را دشوار می‌نماید.

برنامه‌ریزی: یعنی انتخاب اهداف درست، انتخاب مسیر، وسیله و روش درست برای تأمین هدف. به عبارتی در برنامه‌ریزی، اهداف و اقدامات لازم برای مواجهه با تغییرات و عوامل غیرثابت پیش‌بینی می‌شود. برنامه‌ریزی فرایندی است که همه تلاش‌ها و فعالیت‌ها را در راستای هدف، راه رسیدن به آن و چگونگی طی مسیر، ترکیب و ادغام می‌کند این فرایند جهت توفیق در دستیابی به اهداف و آرمان‌ها سازمان را رهبری می‌کند و راهنمایی برای فعالیت‌های عملیاتی سازمان محسوب می‌شود (۱۳، ۱۴).

برنامه‌ریزی عملیاتی: برنامه‌ریزی عملیاتی را می‌توان پیش‌بینی عملیات برای نیل به هدف‌های معین با توجه به امکانات و محدودیت‌ها و خطوط کلی ترسیم‌شده در برنامه‌ریزی استراتژیک تعریف کرد. اهداف عملیاتی که برای هر اداره کل /دفتر/مرکز به‌صورت سالیانه تدوین می‌شود با نظر تحلیلی کارشناسان و مدیران هر معاونت ذیل هر استراتژی بیان می‌شوند. (۱۴).

فعالیت: منظور از فعالیت یک اقدام عملیاتی مشخص بازمان بندی مشخص است که برای تحقق یک برنامه ضرورت دارد. فعالیت‌ها به‌گونه‌ای نوشته می‌شوند که سنجش درصد پیشرفت آن‌ها در موعد پایش به‌راحتی توسط یک کارشناس ستاد/ دانشگاه امکان‌پذیر باشد. هر فعالیت باید:

- ❏ به یک اقدام کاملاً مشخص اشاره کند نه هدف، راهبرد یا سیاست یا برنامه،
- ❏ کاملاً شفاف باشد،
- ❏ راه و روش اقدام محرز داشته باشد،
- ❏ به لحاظ زمانی بین ۲-۴ ماه به طول انجامد.
- ❏ دارای حداقل ۱ پاراگراف توضیحات تکمیلی جهت ابهام‌زدایی باشد (شامل سوابق قبلی فعالیت، اسناد یا آیین‌نامه‌های مرتبط، فهرست سازمان‌های همکار، ملاحظات یا نکات کلیدی)
- ❏ دارای فهرستی از مستندات و شواهد باشد به‌طوری‌که بیانگر خاتمه آن فعالیت باشند. (منظور شاخص‌هایی هستند که بر اساس آن‌ها مستندات بارگذاری شده مورد ارزیابی قرار می‌گیرند)

کمیته مشورتی- علمی: فلسفه وجودی کمیته مشورتی- علمی بهره‌گیری از خرد جمعی و ارتقاء کیفیت کارشناسی امور مرتبط با برنامه‌ها و پیشنهادها داخلی و خارج وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در حیطه‌های سلامت اجتماعی و آسیب‌های اجتماعی در راستای تصمیم‌سازی و تحقق اثربخش‌تر مأموریت دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد مدنظر است.

مرجع درخواست‌کننده: منظور از مرجع درخواست‌کننده، تمامی دستگاه‌ها، نهادها و سازمان‌های ذینفع دولتی و غیردولتی و دست‌اندرکار و فعال در حوزه پیشگیری آسیب‌های اجتماعی کشور هستند که از کانال‌های مختلف نسبت به طرح مسائل پیشنهادی خود به دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد به جهت قرار گرفتن در دستور کار نهایی ستاد اقدام می‌نمایند.

دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد: دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد حوزه سلامت، واحدی مستقر در معاونت اجتماعی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است که به‌منظور ارتقای سلامت روانی

اجتماعی و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی اقدام به سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، هماهنگی، پایش و ارزشیابی و مستندسازی اقدامات مربوطه در حوزه مأموریت وزارت بهداشت می‌کند.

کارگروه تخصصی: هیئت‌رئیدی به موضوعی خاص که اعضای آن موظف‌اند پس از بررسی موضوع، نتیجه را برای تصمیم‌گیری به مرجع بالاتر گزارش دهند. در شرایط فعلی بر اساس طرح تقسیم‌کار ملی و مصوبات شورای اجتماعی کشور ۶ کارگروه تخصصی وزارت بهداشت (کارگروه سلامت روان، کارگروه اعتیاد، کارگروه طلاق، کارگروه حاشیه‌نشینی، کارگروه HIV/AIDS و کارگروه مسائل اجتماعی و فرهنگی محیط‌های دانشگاهی) در حیطه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی فعالیت دارند.

1. رفیعی ح, قهفرخی سم, وامقی م. مشکلات اجتماعی در اولویت ایران. مجله جامعه‌شناسی ایران. 1387; 9(1 و 2): 208-184.
2. محمد, عبدالحی. طرح مسئله اجتماعی در ایران: اهداف و ضرورت ها در مسائل اجتماعی ایران. تهران نشر آگه; 1383.
3. مدنی س. آسیب‌ها, انحرافات اجتماعی و فقر در ایران (مجموعه مقالات) تهران: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی; 1379.
4. افشارکهن ج. جامعه‌شناسی مسایل اجتماعی (کلیات, مفاهیم و رویکردها). تهران: انتشارات جامعه‌شناسان; 1390.
5. رفیعی ح, علیپور ف, بهرامی ح, افقی ز, زمانی ن, قاندامینی غ. ساخت, روسازی و هنجاریابی پرسشنامه سلامت اجتماعی در بزرگسالان شهر تهران دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. 1394.
6. زمان‌خانی ف, عباچی‌زاده ک, امیدنیا س, ابدی ع, حیدرنیا م. تحلیل وضعیت سلامت اجتماعی در استان های کشور جمهوری اسلامی ایران. مجله مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت 9-181:(3)3;1395.
7. خانی ف, و, همکاران. تحلیل وضعیت سلامت اجتماعی در استان های کشور جمهوری اسلامی ایران. مجله مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت. 9-181:(3)3;1395.
8. کاوه م. آسیب شناسی بیماری های اجتماعی. تهران: جامعه شناسان. 1393.
9. Macionis J, Gerber I. Sociology (7th Canadian ed.). (1) Toronto, Ontario:pearson Canada Inc.; 2010.
10. اشرفی ی, جانبابانژاد م. برنامه ریزی راهبردی و تدوین چشم انداز شهر ساوه. فصلنامه آمایش سرزمین 112-83:(1)6;1393.
11. ماکویی س. مدل های تحلیل سیاست گذاری عمومی. فصلنامه مطالعات راهبردی. 74-43:(1)13;1387.
12. Buse K DC, Gilson L, Murray SF. How can the analysis of power and process in policy-making improve health outcomes? . The Official Journal of the International Hospital Federation 14-:(1)52009;4.
13. Brson J. Strategic Planning for public and nonprofit organizations: Aguide to Strengthening and sustaining organizational achievement. John Wiley and Sons; 2004.
14. بشارتی ر, رئیسی پ, نصیریپور ا, طیبی ج. تاثیر عوامل "سیاست گذاری و مدیریت اهداف" بر فرایند برنامه ریزی عملیاتی در بیمارستان های دولتی ایران. مجله طب انتظامی. 68-55:(1)5;1395.
15. اصغری ن. مقایسه نتایج خودارزیابی اساتید با ارزیابی دانشجویان از آنان. مجله علوم پزشکی هرمزگان. 56-243:(3)14;1389.
15. شیوه نامه ساختار و تشکیلات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و زیرمجموعه‌های آن, معاونت اجتماعی, وزارت بهداشت, درمان و آموزش پزشکی.

پیوست ۲

فرم ۴

فرم شماره (۱) راهنمای برگزاری جلسات کارگروه‌های تخصصی

هدف از تدوین این راهنما، بهره‌گیری از یک شیوه نظام‌مند در برگزاری جلسات کارگروه‌های تخصصی می‌باشد. فرایندی که در آن با مبادله و ترکیب ایده‌ها و اطلاعات و گفتگوی آگاهانه و نظام‌مند بین افراد و گروه‌ها با استفاده از بهترین شواهد، به تغییر سیاست‌های موجود یا تصمیمات، برنامه‌ها و سیاست‌های جدید برسیم.

در شکل کلی، دیالوگ یک تجربه گروهی هدایت‌شده است که یک یا چندین بار در طی زمان تکرار شده و با این هدف طراحی می‌شود تا افراد در فضایی امن و سازمان‌یافته دیدگاه‌های خود را در مورد موضوعات اجتماعی بیان کنند. در طول این فرآیند از افراد خواسته می‌شود فرضیات قبلی خود را کنار گذاشته و مشتاقانه همکاری کنند و از تجربیات خود سخن بگویند، به حقوق سایر شرکت‌کنندگان قائل بوده و برای پذیرش سایر احتمالات آمادگی داشته باشند. چنین فضایی از عواملی چون ایجاد ارتباط و تسهیل گفتگو بین شرکت‌کنندگان، موضوع بحث، طراحی هوشمندانه و هدایت بحث‌ها به شدت تأثیر می‌پذیرد.

قدم‌های برگزاری جلسات کارگروه‌های تخصصی

۱. ارکان برگزاری جلسه
۲. موضوع جلسه
۳. مستندات جهت ارائه در جلسه
۴. انتخاب افراد جهت حضور در جلسه
۵. دعوت از افراد
۶. آمادگی جهت برگزاری جلسه
۷. برگزاری جلسه
۸. مستندات تهیه‌شده بعد از جلسه

۱- ارکان برگزاری جلسه

ارکان برگزاری جلسه که مستقیماً در برگزاری نشست‌ها و هماهنگی امور مسئولیت دارند، شامل رئیس، معاون، کارشناسان و مسئول امور اداری هر کارگروه می‌باشند که مسئولیت هر یک در برگزاری جلسات نشست به شرح جدول زیر می‌باشد:

شرح وظیفه	مسئول
اعلام دستور جلسات، مدیریت جلسات، تأمین منابع، بازخورد به کارگروه در مورد نتایج جلسات، نظارت بر حسن اجرای کار	رئیس / قائم مقام کارگروه
اعلام مسائل و اولویت‌ها، پیشنهاد اعضا برای حضور در جلسات، بیان مسئله در جلسه، پیگیری تشکیل کمیته‌های فنی، سفارش یا تهیه مستندات مرتبط	معاون کارگروه
ارسال دعوت‌نامه‌ها و مستندات، توزیع مستندات، نت‌برداری از جلسات، به‌روزرسانی سایت، تهیه صورت‌جلسات	دبیر کارگروه

شایان ذکر است که مسئولیت افراد صرفاً در برگزاری و تشکیل جلسه ذکر شده است.

۲- دستور کار جلسه

دستور کار هر جلسه حداقل یک هفته قبل توسط رئیس کارگروه با هماهنگی دبیرخانه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی تعیین و به اعضا ارسال می‌گردد.

۳- مستندات جهت ارائه در جلسه

مستندات جهت ارائه در جلسه که لازم است همراه با دعوت‌نامه ارسال شده و در جلسه توزیع شود عبارتند از:

۱. صورت‌جلسه پیشین
۲. کاربرگ بیان مساله و اولویت‌بندی مسائل
۳. مستندات مرتبط با صورت‌جلسه فعلی
۴. پیش‌نویس مصوبات

۴- انتخاب افراد جهت حضور در جلسه

اعضای ثابت کارگروه‌های تخصصی نمایندگان وزارتخانه و سازمان‌های عضو همکار در طرح تقسیم کار ملی هستند که در شیوه‌نامه در مورد آن توضیحات کامل ارائه شد. بنا به پیشنهاد اعضای کارگروه و تشخیص و تأیید رئیس کارگروه تخصصی و مسئول دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد، شرکت افرادی غیر از اعضای فوق‌الذکر در برخی جلسات کارگروه مجاز خواهد بود.

۵- دعوت از افراد

منظور سازمان‌دهی اقدامات مربوط به هماهنگی قبل از جلسه و جلوگیری از بروز هر نوع قصور، موارد زیر مطابق چارچوب زمانی تعریف شده است:

عنوان اقدام	نام مسئول مربوطه	زمان تحویل کار	توضیحات
تهیه دعوت‌نامه جلسه		قبل از ساعت ۱۲ ظهر یک هفته قبل	
تنظیم صورت‌جلسه قبل		قبل از ساعت ۱۲ ظهر یک هفته قبل	
ارسال مستندات مربوط به هر جلسه (دعوت‌نامه، صورت‌جلسه قبلی و...)		قبل از ساعت ۱۲ ظهر ۵ روز قبل	
تکمیل فرم گزارش دهی تماس‌ها		قبل از ساعت ۱۲ یک روز قبل	الزامی است تا فرم گزارش دهی مطابق آنچه در جدول تعریف شده تکمیل گردد.
تکثیر مستندات مورد نیاز جلسه به تعداد اعضای جلسه (متن مصوبه پیشنهادی،...)		تا پایان ساعت اداری روز قبل	

چنانچه فرد یا افرادی قرار است پیش از بحث گروهی در جلسه سخنرانی کنند یا مستندی از موارد فوق را در جلسه ارائه کنند لازم است دعوت‌نامه ایشان حداقل یک هفته زودتر از زمان جلسه ارسال شده و مواردی چون مدت‌زمان سخنرانی، فرمت مستندی که باید ارائه شود و فرمت اسلایدها و سایر نکات لازم‌الذکر همراه با دعوت‌نامه یادآوری یا ارسال شود.

همچنین به‌منظور اطلاع از ارسال نامه‌ها و حضور مدعوین در جلسه فرم گزارش دهی تماس‌ها به شرح زیر تکمیل می‌گردد. این فرم جهت اطلاع ریاست جلسه پیش از جلسه در اختیار ایشان قرار می‌گیرد.

فرم گزارش دهی تماس‌ها						
شماره جلسه: / / تاریخ جلسه:					روز جلسه:	
ساعت جلسه:						
ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره فکس	فکس *		تماس **	
			تاریخ تماس	موضوع تماس	نتیجه تماس ***	تاریخ تماس
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						

* پس از ارسال مستندات از طریق فکس در قسمت مربوطه علامت (✓) گذاشته شود.

** پس از ارسال مستندات از طریق فکس، ضروری است بلافاصله با مدعوین تماس حاصل گردد. و متعاقباً در قسمت مربوطه در جدول زیر علامت (✓) گذاشته شود.

*** پس از ارسال فکس لازم است تا به‌منظور حصول اطمینان از ۱- ارسال موفقیت‌آمیز فکس‌ها و ۲- حضور شخص مدعو/ نماینده او با یکی از شماره‌های تماس ثابت و یا همراه افراد دعوت‌شده تماس حاصل گردد و نتایج آن در قسمت مربوطه در جدول زیر درج گردد.

۶- آمادگی جهت برگزاری جلسه

به‌منظور آمادگی برای برگزاری جلسه چک‌لیست زیر به‌وسیله دبیر کارگروه‌های تخصصی پیش از جلسه تکمیل شده و به ریاست جلسه ارائه می‌گردد.

چک‌لیست آمادگی برگزاری جلسه			
موضوع	بله	خیر	توضیحات
سالن رزرو شده و با مسئول سالن هماهنگ شده است.			
پذیرایی جلسه متناسب با افراد شرکت‌کننده هماهنگ شده است.			
فهرست مدعوین و اعلام دریافت دعوت‌نامه و حضور در جلسه تهیه شده است.			
کامپیوتر و پروژکتور و سیستم صوتی سالن جلسه کنترل شده است.			
امکانات جهت نت برداری یا ضبط صدا کنترل شده است.			
مستندات جلسه جهت توزیع به تعداد لازم تهیه شده است.			
برنامه جلسه و کاغذ و قلم به تعداد آماده شده است.			
برگه حضور و غیاب شرکت‌کنندگان آماده شده است.			
اسلایدهای سخنران دریافت شده و برای نمایش آماده شده است.			
عنوان جلسه بعدی و زمان و مکان آن مشخص بوده و ریاست جلسه برای اعلام به شرکت‌کنندگان از آن مطلع می‌باشد.			
در صورت لزوم با روابط عمومی جهت تهیه عکس و خبر از جلسه هماهنگ شده است.			

۷- برگزاری جلسه

مدیریت جلسه بر عهده رئیس کارگروه یا معاون وی می‌باشد. در هر جلسه در ابتدا رئیس یا معاون کارگروه در طی ۱۰ - ۱۵ دقیقه در راستای دستور جلسه موضوع بحث را مطرح می‌نماید. سپس از سخنرانان درخواست می‌شود ارائه خود را پیرامون موضوع بحث بر اساس برنامه از پیش تعیین شده انجام بدهند و پس از آن به کل افراد شرکت‌کننده فرصت داده می‌شود در رابطه با موضوع جلسه به بحث و گفتگو بپردازند. در انتهای جلسه سخنران یا ریاست جلسه در پاسخ به سؤالات مطروحه توضیحات خود را ارائه داده و در نهایت جمع‌بندی نظرات توسط رئیس جلسه با روش اجماع انجام می‌گیرد و ایشان دستور جلسه بعدی، تقسیم وظایف برای جلسه بعدی و یا تشکیل کمیته فنی با مسئولیت یکی از اعضا را اعلام می‌کند. در صورت عدم ارسال مستندات همراه با دعوت‌نامه، مستندات لازم در جلسه توزیع می‌گردد.

ریاست جلسه مسئولیت دارد تا فرصت مناسب برای بیان نظرات را برای همگان فراهم آورد و جو جلسه به گونه‌ای باشد که افراد بدون هیچ گونه نگرانی نظرات خود را بیان نمایند. سایر نکات مهم در برگزاری جلسه به شرح زیر می‌باشد:

- ⊕ ارائه برنامه جلسه و اهداف آن و شیوه هدایت جلسه
- ⊕ هدایت افراد به بحث درباره جنبه‌های عملی و اجرایی نمودن راهکارها در شرایط بومی
- ⊕ استفاده از رویکرد حل مساله در هدایت جلسه (تبادل اطلاعات، بارش افکار، عدم برخورد شخصی، لزوم تصور خود در جایگاه دیگران، توجه به منافع دیگران، توجه به اجزاء منطقی بحث‌های سایر افراد)

- ⊕ تذکر برای رعایت کامل این قانون: «افراد می‌توانند از بیانات دیگران استفاده کنند اما ذکر هویت و محل کار آنها و یا هر یک از شرکت‌کنندگان در جلسه جایز نیست»
- ⊕ توجه یکسان به تمامی حاضرین در جلسه و فراهم نمودن فرصت یکسان برای بیان دیدگاه‌ها
- ⊕ ایجاد تعامل بین افراد و پیشگیری از بروز تعارض و برخوردهای شخصی بین آنها
- ⊕ توجه به زمان‌بندی جلسه
- ⊕ بازخورد به حاضرین در زمینه بکارگیری نتایج پیشین
- ⊕ ارزیابی جلسات به وسیله پرسشنامه از حاضرین

۸- مستندات تهیه شده بعد از جلسه

لازم است پس از پایان هر جلسه موارد زیر در بانک اطلاعات کارگروه‌های تخصصی در فضایی مختص هر جلسه ذخیره گردد:

- ⊕ اسامی شرکت‌کنندگان
- ⊕ صورت جلسه
- ⊕ اسلایدهای ارائه شده
- ⊕ مستندات ارائه شده
- ⊕ فایل صوتی، تصویری شامل فیلم و عکس (در صورت وجود)
- ⊕ خبر تهیه شده از جلسه (در صورت وجود)

فرم ثبت مشخصات شرکت‌کنندگان و صورت جلسه به شرح زیر می‌باشد:

فرم ثبت مشخصات شرکت‌کنندگان در (شماره ترتیبی جلسه) جلسه (موضوع دستور کار جلسه)							
ردیف	نام و نام خانوادگی	سمت	سازمان	فاکس	تلفن	تلفن همراه	آدرس ایمیل
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							
۸							

فرم صورت جلسه		 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کارگروه تخصصی		کد سند:
مشخصات صورت جلسه	گروه برگزارکننده:	شماره جلسه:	تاریخ جلسه:	
	دبیر جلسه:	مکان جلسه:	ساعت جلسه:	
	دستور جلسه:			
	رئیس جلسه:			
حاضرین:	خانم‌ها: آقایان :			
غایبین:				
خلاصه مذاکرات مطرح شده در جلسه				
مصوبات				
ردیف	شرح مصوبه	بازه زمانی انجام	مسئول انجام	
۱				
۲				
۳				

فرم (شماره ۲) کاربرگ بیان موضوع

تاریخ: / /	عنوان مرجع پیشنهاددهنده:	سمت و سازمان:
اسامی همکاران		
عنوان موضوع		
توصیف موضوع		
علل تأثیرگذار بر موضوع پیشنهادی	<p>۱.</p> <p>۲. ...</p> <p>۳. ...</p>	
عوارض ایجادشده به دلیل موضوع پیشنهادی	<p>۱.</p> <p>۲. ...</p> <p>۳. ...</p>	

فرم (۳) جدول پایش و ارزشیابی برنامه‌ها

موضوع مصوبه:					
مجری اصلی:					
دستگاه‌های همکار:					
تواتر زمانی	مرجع دریافت داده‌ها	زمان تحقق هدف تا پایان.....	هدف	نشانگر (شاخص)	
				نام نشانگر	نوع نشانگر
					درون داد
					فرایند
					برون داد
					پیامد
					دستاوردهای میان‌مدتی
					دستاوردهای بلند مدت

فرم (۴) فرمت تدوین گزارش پایش و ارزشیابی برنامه‌ها

صفحه اول: عنوان برنامه، عنوان سیاست، دستگاه و واحد تهیه‌کننده گزارش، تاریخ

صفحه دوم: اسامی گردآوردندگان گزارش،

خلاصه اجرایی

خلاصه اجرایی شامل توصیف مختصر برنامه و اهداف آن، شیوه پایش و ارزشیابی، درصد تحقق اهداف بر اساس برنامه، دستاوردها، چالش‌ها و راهکارهای آن می‌باشد.

فهرست مطالب

مقدمه

توصیف برنامه مورد بررسی، اهداف برنامه و پروژه‌های آن، زمان‌بندی اجرای برنامه

شیوه انجام پایش و ارزشیابی

نظام پایش و ارزشیابی برنامه شامل شاخص‌ها، شیوه گردآوری داده‌ها (درون داده‌ها، فرایند، برون داده‌ها، پیامدها، دستاوردهای میانی و بلند مدت)، منابع مورد استفاده برای پایش برنامه، شیوه تجزیه و تحلیل داده‌ها

نتایج پایش و ارزشیابی برنامه

شامل مقادیر شاخص‌ها و دستاوردهای برنامه (deliverable) و مقایسه با برنامه، چالش‌ها (در تدارک و درون داد، فرایند و برون داده‌ها و ...)

تحلیل نتایج

نقاط قوت و ضعف برنامه، راه‌حل‌هایی برای رفع چالش‌ها و شیوه اجرایی کردن راه‌حل‌ها

نتیجه‌گیری

خلاصه وضعیت برنامه، محور اصلی رفع چالش‌ها، چگونگی ادامه برنامه در مراحل بعدی

فرم (۵) دعوت از افراد به عنوان عضو کارگروه پیشگیری از آسیب های اجتماعی دانشگاه

<p>درخواست معرفی نماینده دستگاه ها به منظور شرکت در کارگروه پیشگیری از آسیب های اجتماعی دانشگاه</p>	<p> وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی..... کارگروه پیشگیری از آسیب های اجتماعی</p>
<p>با سلام و احترام</p> <p>نظر به تاکید مقام معظم رهبری در خصوص اهمیت کنترل و کاهش آسیب های اجتماعی و اجرای اقدامات فوق العاده، منطبق با سیاست ها و خط مشی های مصوب شورای اجتماعی کشور و متعاقب آن تشکیل جلسات مستمر کارگروه پیشگیری از آسیب های اجتماعی، لطفا نماینده تام الاختیار آن حوزه را جهت شرکت منظم در جلسات کارگروه فوق معرفی فرمایید.</p> <p>رئیس دانشگاه نام و نام خانوادگی مهر و امضاء</p>	

پوست ۲

مستندات اداری مرتبط

شماره: ۱۰۰/۱۷۱
تاریخ: ۱۳۹۵/۰۲/۲۹
پوست: ندارد

جناب آقای دکتر سید محمد هادی ایازی
معاون محترم اجتماعی

با سلام

امروزه مسئله آسیب‌های اجتماعی یکی از دغدغه‌های مهم و اساسی همه مسئولان دلسوز نظام بوده که پیشگیری، کنترل و کاهش آنها نیازمند هم‌اندیشی و هم‌فکری با کلیه اندیشمندان، مدیران اجرایی و فعالان اجتماعی است. با توجه به دیدگاه‌ها و منویات مقام معظم رهبری در خصوص نحوه پرداختن به آسیب‌های اجتماعی و تأکید سران محترم سه قوه مبنی بر کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی توسط کلیه دستگاه‌های اجرایی و مسئول در قوای سه‌گانه، به موجب این ابلاغ جناب‌عالی با حفظ سمت به عنوان «رئیس ستاد کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» منصوب می‌شوید. انتظار دارم با توجه به اهمیت موضوع و با بهره‌گیری از تجارب ارزنده خویش و تعامل سازنده با سایر حوزه‌های ستادی نسبت به امور ذیل اهتمام جدی بعمل آورید:

۱. مسئولیت پیگیری امور مرتبط، به عنوان نماینده این وزارت در شورای اجتماعی کشور
۲. ایجاد ستاد آسیب‌های اجتماعی حوزه سلامت منطبق با ساختار ابلاغی معاونت اجتماعی به منظور سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و تبیین اهداف، وظایف و تکالیف بخش‌های مختلف.
۳. پیگیری اجرای تکالیف و وظایف محوله در طرح تقسیم کار ملی و همچنین کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی مصوب شورای اجتماعی کشور و ارائه گزارش.
۴. بکارگیری تمام ظرفیت‌های موجود وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان‌های وابسته و دانشگاه‌های علوم پزشکی در جهت پیشگیری، کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی حوزه سلامت در سراسر کشور.
۵. مستندسازی، رصد و ارائه گزارش‌های دوره‌ای پیشرفت امور به اینجانب.
۶. با توجه به اهمیت موضوع لازم است کلیه معاونین، رؤسای دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی و سازمان‌های وابسته، نهایت همکاری و همراهی لازم را تا حصول نتیجه با ستاد مذکور بعمل آورند.

دکتر سید حسن هاشمی
وزیر

شیوه نامه استقرار تقسیم کار ملی کنترل و کاهش آسیب های اجتماعی کشور

(موضوع بند ۲ مصوبه جلسه ۸۱ مورخ ۹۵/۴/۵ شورای اجتماعی کشور)

با عنایت به فرمایشات و تأکیدات مقام معظم رهبری در جنسیت مربوط به آسیبهای اجتماعی مبنی بر صفتگری، همکاری و مشارکت همه دستگاههای اجرایی با محوریت شورای عالی انقلاب فرهنگی (در سطح سیاستگذاری کلان) و شورای اجتماعی کشور (در سطح برنامه ریزی اجرایی) و وزارت کشور (به عنوان نهاد هماهنگ کننده، پیگیری کننده و ناظر) و در راستای مصوبت هشتمین نشست شورای اجتماعی کشور در تاریخ ۹۵/۲/۲۵ و تصویب طرح تقسیم کار ملی برای کنترل و کاهش آسیبهای اجتماعی، شیوه نامه استقرار تقسیم کار ملی به شرح ذیل به تصویب جلسه مورخ ۹۵/۴/۵ شورای اجتماعی کشور رسید:

کلیه دستگاههای اجرایی عضو شورای اجتماعی کشور متعهد می شوند از طریق انجام اقدامات زیر نسبت به تحقق برنامه های پیش بینی شده در طرح تقسیم کار ملی برای کنترل و کاهش آسیبهای اجتماعی - به نحوی که نتایج مداخلات و اقدامات هر دستگاه در افق زمانی شش ماهه برای ارائه گزارش در محضر رهبر معظم انقلاب اسلامی و روسای محترم قوای سه گانه به شکل ملموسی قابل طرح باشد - اهتمام ورزند:

۱- تشکیل جلسه شورای معاونین دستگاههای متبوع به منظور شناسایی و چگونگی بکارگیری تمامی ظرفیتهای با هدف کنترل و کاهش آسیب های اجتماعی

۲- انتخاب یکی از معاونین هر دستگاه به عنوان مسئول پیگیری و ارتباط با شورای اجتماعی کشور و صدور حکم مربوطه و پیش بینی عیز کار / اداره تخصصی مسئول در دستگاه متبوع به منظور پیگیری امور، زیر نظر معاون منتخب

۳- برگزاری جلسات کاری با حضور نمایندگان دستگاههای همکار و معین و تدوین برنامه ی اقدام و عمل برای کنترل و کاهش آسیب مورد نظر در سال ۹۵ و سالیهای بعد (حسب مورد) مبنی بر: تبیین دقیق آسیب مورد نظر: آسیب شناسی اقدامات پیشین در خصوص آسیب مورد نظر: تعیین شاخص های هدف و شاخص های عملیاتی پیرامون موضوع آسیب اجتماعی مورد نظر

۴- برگزاری نشست با مسئولین رده های استانی و ابلاغ برنامه های تدوین شده - موضوع بند ۳ فوق الذکر - و تشریح تقسیم کار ملی بمنظور توجیه و استقرار آن در سطح استانها و ایجاد درک مشترک و هم افزایی بیشتر در سطح ملی

۵- ارائه گزارش عملکرد و اقدامات نهایی در هر ماه ۹۵ (و همچنین در بازه های زمانی یک ماهه) به دبیر خانه شورای اجتماعی کشور

پیوست ۴

طرح تقسیم کاری ملی

برای کنترل و کاهش آسیب های اجتماعی



جمهوری اسلامی ایران
وزارت کشور
شورای اجتماعی کشور

طرح تقسیم کار ملی
برای کنترل و کاهش آسیب های اجتماعی
(ویرایش نهایی - مصوب جلسه ۸۶ مورخ ۹۵/۱۰/۸ شورای اجتماعی کشور)

مرکز امور اجتماعی و فرهنگی
دی ماه - ۱۳۹۵

طرح تقسیم کار ملی برای کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی (ویرایش نهایی)

ردیف	موضوع	دستگاه اصلی	دستگاه همکار	دستگاه معین	شاخص‌های اصلی / اهداف کمی	اولویت اقدام	آسیب‌شناسی سیاستها، برنامه و اقدامات پیشین	چالشها و موانع اساسی وضع موجود
۱	حاشیه نشینی و بافت‌های فرسوده	ستاد ملی بازآفرینی شهری پایدار (وزارت راه و شهرسازی) و شرکت مادر تخصصی عمران و بهسازی شهری ایران	کلیه دستگاههای عضو ستاد ملی، جمعیت هلال احمر، وزارت اطلاعات، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بهزیستی، شهرداری‌های مراکز استانها، ناجا، بنیاد حفظ آثار و نشر ارزشهای دفاع مقدس	بنیاد مستضعفان، بنیاد مسکن، سازمان بسیج مستضعفین، سپاه پاسداران انقلاب اسلامی، سازمان صدا و سیما، نهادهای مدنی، شبکه روحانیون کشور و تشکلهای غیردولتی مرتبط	- باز آفرینی، توانمندسازی و بهسازی ۲۷۰۰ محله در طی دو برنامه ۵ ساله کشور (برنامه ششم و هفتم توسعه اجتماعی و اقتصادی کشور) - ارتقاء شاخصهای دسترسی به خدمات شهری، آموزشی و خدمات بهداشتی و درمانی در این مناطق به سطح متوسط کشوری - ارتقاء شاخص احساس امنیت اجتماعی و امنیت عمومی در این مناطق - فعال سازی نهادهای تسهیل گر - فعال سازی تشکلهای غیردولتی و نهادهای خیریه در محلات هدف - هویت بخشی به املاک و اراضی مناطق حاشیه ایی از طریق صدور سند مالکیت برای صاحبان آنها - انجام فعالیت های فرهنگی و آگاه سازی با استفاده از آموزه های دفاع مقدس - برگزاری اردوهای راهیان نور - احداث نمایشگاه های فرهنگی دفاع مقدس - ایجاد بانک اطلاعاتی از ساکنین مناطق حاشیه نشین، ریشه یابی مهاجرت، فراهم کردن زمینه های لازم جهت بازگرداندن حاشیه نشینان به محل سکونت اصلی خود و بهسازی روستا- شهرها و ارتقای کیفیت زندگی در این مناطق	شهرستانهای: مشهد، تهران، کرج، زاهدان، کرمانشاه، اهواز، چابهار، ارومیه، سنندج	آسیب شناسی ستاد بازآفرینی پایدار شهری و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پیوستن می یابند	- عدم پیش‌نگری و توجه به سیاست‌ها و برنامه‌های پیش‌گیرانه در گسترش محدوده‌ها و محله‌های نابسامان شهری؛ - نبود بودجه‌ریزی مناسب و قابل اتصال به برنامه‌های محلی برای حل موضوع سکونت‌گاه‌های غیررسمی - خلاء ها و تگتگاههای قانونی موجود در برخی زمینه‌ها در سکونت‌گاه‌های غیررسمی - عدم اجرای کامل قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی - نبود الگوی‌های مناسب تأمین مسکن کم درآمدی در کشور و جدا بودن سیاست‌های تأمین مسکن (که عمدتاً دولتی و از بالا به پایین می‌باشد) از برنامه‌ها و سیاست‌های توسعه شهری در سطح محلی - عدم استفاده مناسب از پتانسیل مشارکت نهادهای غیردولتی و زمینه‌های مشارکت مردم و نهادهای محلی - عدم نظارت و کنترل شهرداری‌ها بر ساخت و سازهای خارج از محدوده شهری و نیاز به بازنگری در قوانین موجود

ردیف	موضوع	دستگاه اصلی	دستگاه همکار	دستگاه معین	شاخص های اصلی / اهداف کمی	اولویت اقدام	آسیب شناسی سیاستها، برنامه و اقدامات پیشین	چالشها و موانع اساسی وضع موجود
۲	اعتیاد	دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر	کلیه دستگاههای عضو ستاد مبارزه با مواد مخدر	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، وزارت آموزش و پرورش، دادستانی عمومی و انقلاب تهران، سازمان تبلیغات اسلامی، ستادعالی کانونهای فرهنگی هنری مساجد، دانشگاه آزاد اسلامی، سازمان بسیج مستضعفین، سازمان بهزیستی، نهادهای مدنی، شبکه روحانیون کشور و تشکلهای غیردولتی مرتبط	<ul style="list-style-type: none">- کاهش دسترسی به موادمخدر و روانگردانها در محیط های هدف به ویژه اطراف مدارس، دانشگاهها، فضاهای عمومی- جمع آوری معتادان متجاهر از چهره شهرها و محلات- کاهش ۵درصدی نرخ بروز اعتیاد با تمرکز بر برنامه های پیشگیری اولیه از اعتیاد در اقشار آسیب پذیر جامعه و متناسب با گروهها و کانونهای اولویت دار هدف (دانش آموزان، دانشجویان، زنان، کودکان، کارگران، سربازان)- کاهش ۵ درصدی نرخ شیوع سوء مصرف موادمخدر در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال کشور تا پایان سال ۱۳۹۵- افزایش ۱۰ درصدی ماندگاری معتادان در فرایند درمان و کاهش آسیبها و کاهش نرخ عود اعتیاد با مشارکت خانواده ها- بهبود استانداردهای علمی، فنی و عملکردی فعالیت مراکز درمان و کاهش آسیب اعتیاد- توسعه و ارتقای صیانت و حمایت های اجتماعی از معتادان بهبود یافته و خانواده آنها- بهره گیری حداکثری از پتانسیل های موجود در نهادهای مدنی و تشکلهای مردم نهاد برای کنترل و کاهش آسیب های اجتماعی به ویژه اعتیاد- اصلاح و ارتقاء ساختار امر مبارزه با موادمخدر در دستگاههای اجرایی ذیربط و سازمان های متولی امر	مراکز استانها و استانهای : سیستان و بلوچستان، کردستان، کرمانشاه، کرمان، تهران و همدان	توسط دستگاههای اصلی و همکار تعیین می گردد	توسط دستگاههای اصلی و همکار تعیین می گردد

ردیف	موضوع	دستگاه اصلی	دستگاه همکار	دستگاه معین	شاخص های اصلی / اهداف کتی	اولویت اقدام	آسیب شناسی سیاستها، برنامه و اقدامات پیشین	چالشها و موانع اساسی وضع موجود
۳	طلاق	دبیرخانه شورای عالی انقلاب فرهنگی و سازمان بهزیستی کشور	قوه قضائیه، معاونت امور زن و خانواده ریاست جمهوری، وزارت ورزش و جوانان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان تبلیغات اسلامی	وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، بنیاد حفظ آثار و نشر ارزشهای دفاع مقدس، نهادهای مدنی، شبکه روحانیون کشور و خیریه ها و تشکلهای غیردولتی مرتبط	<ul style="list-style-type: none">- کاهش ۴ درصد از میزان طلاق در هر سال (با تأکید بر کاهش طلاق در پنج سال اول زندگی)- افزایش مراکز خدمات مشاوره قبل از ازدواج- اجباری شدن و افزایش آموزشهای قبل از ازدواج- بهبود خدمات آزمایشگاهی پیش از ازدواج- کاهش آسیب خانواده هایی که ضرورتاً باید طلاق بگیرند- آموزش مهارتهای زندگی در دوره جوانی و قبل از ازدواج- تقویت دفاتر مشاوره خانواده و تامین پوشش بیمه ایی	استانهای تهران، البرز، گیلان، خراسان رضوی، فارس، اصفهان، مرکزی		
۴	مفاسد اخلاقی	ناجا	صدا و سیما، سازمان بهزیستی، بهداشت و درمان، شهرداری تهران، کمیته امداد امام خمینی، قوه قضائیه، سازمان بسیج، وزارت کشور، آموزش و پرورش، سازمان زندانها، ورزش و جوانان	امور زن و خانواده ریاست جمهوری، نهادهای مدنی، تشکلهای غیردولتی	<ul style="list-style-type: none">- کاهش روابط خارج از چارچوب خانواده- ارتقاء وضعیت عفاف و حجاب در سطح جامعه از طریق روشهای اقناعی و فرهنگی- افزایش سطح آگاهی عناصر خانواده در سطح کلی- کودکان (پسر و دختر) در معرض خطر	زن و در معرض خطر		
۵	زن سرپرست خانوار	سازمان بهزیستی	امور زنان و خانواده ریاست جمهوری، کمیته امداد امام خمینی، شهرداریها، سازمان	سازمان تبلیغات اسلامی، سازمان بسیج مستضعفین، نهادهای مدنی، شبکه	<ul style="list-style-type: none">- توقف رشد تعداد زنان سرپرست خانوار (بر اثر طلاق و مرگ و میر ناشی از تصادفات)- افزایش مهارتهای پایه زندگی در زنان سرپرست خانوار	استانهای آذربایجان شرقی، اصفهان، کرمان و		

توسط دستگاههای اصلی و همکار تعیین می گردد

توسط دستگاههای اصلی و همکار تعیین می گردد

		استانهای محروم و نیز زنان بی همسر نیازمند	- افزایش حمایت‌های اجتماعی و خدمات مددکاری برای زنان آسیب دیده و دختران فراری - ایجاد فرصت‌های شغلی و تأمین اجتماعی	روحانیون کشور و خیریه‌ها و تشکلهای غیردولتی مرتبط	آموزش فنی و حرفه‌ای، جمعیت هلال احمر			
		زنان خیابانی، معتادان متجاهر، متکدیان ، کارتن خوابها	- پاکسازی کامل معابر اصلی کلانشهرها از تكدی گری آشكار و پنهان(دستفروشی) - پاکسازی متروها، ترمینالهای مسافربری و راه آهن - افزایش مراکز نگهداری و اسکان موقت کارتین خوابها	سازمان آموزش فنی و حرفه ای ، نهادهای مدنی و تشکلهای غیردولتی	سازمان بهزیستی، ناجا، دادستانی مراکز استانها ، کمیته امداد امام خمینی ، سازمان صدا و سیما ، فرمانداریهای کلانشهرها، سازمان شهرداریها و دهیاریها وزارت کشور، معاونت امور زنان و خانواده	شهرداری های کلانشهرها	آسیبهای اجتماعی کلانشهرها	۶

طرح تقسیم کار ملی برای کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی (ویرایش نهایی)

دیف	موضوع	دستگاه اصلی	دستگاه همکار	دستگاه معین	شاخص‌های اصلی / اهداف کمی	اولویت اقدام	آسیب‌شناسی سیاستها، برنامه و اقدامات پیشین	چالشها و موانع اساسی وضع موجود
۷	زندانیان و خانواده زندانیان	قوه قضاییه (سازمان زندانها و اقدامات تأمینی و تربیتی)	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بهزیستی، کمیته امداد امام خمینی، سازمان آموزش فنی و حرفه‌ای، سازمان صدا و سیما، وزارت دادگستری، ستاد مبارزه با مواد مخدر، وزارت آموزش و پرورش و وزارت اطلاعات، معاونت امور زنان و خانواده	شهرداریها، خیریه‌ها، تشکلهای انجمن حمایت از زندانیان و بنیاد تعاون زندانیان کشور، نهادهای مدنی، شبکه روحانیون کشور و تشکلهای غیردولتی مرتبط	<ul style="list-style-type: none"> - پوشش رایگان خدمات بهداشت و درمان در محیط زندان - افزایش سواد آموزی در محیط زندان - تسهیل جابجایی زندانیان به استان موطن زندانی - تسهیل ملاقات (حضوری، کابینی و شرعی) - استفاده از مجازات جایگزین حبس - حمایت از خانواده زندانیان - گسترش مراکز مراقبت بعد از خروج - اشتغال زندانیان - هدفمند شدن اجرای احکام حبس در زندان و احکام قضایی از جمله: عفو، مرخصی و... 	استان تهران استان البرز		
۸	آسیب‌ها و تهدیدات امنیت اجتماعی	وزارت اطلاعات	ناجا، سپاه، قوه قضاییه، صدا و سیما، وزارت کشور، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری	شهرداریها، سازمان بهزیستی، کمیته امداد امام خمینی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، وزارت ورزش و جوانان، وزارت آموزش و پرورش، معاونت امور زنان و خانواده ریاست جمهوری، سازمان‌های مردم‌نهاد	<ul style="list-style-type: none"> - شناسایی شگردها، برنامه‌ها و اهداف و اقدامات دشمنان - کاهش آسیب‌پذیریهای مرتبط با تهدیدات امنیتی - افزایش ضریب احساس امنیت اجتماعی - مدیریت و کاهش تنشهای قومی، مذهبی، نسلی و جنسی - تهیه برآورد آسیب‌پذیرها و تهدیدات اطلاع‌رسانی و هشدار دهی - 	کلان شهرها، مناطق مرزی و استانهای با بافت قومی / مذهبی ناهمگون		توسط دستگاههای اصلی و همکار تعیین می‌گردد

		<p>کاهش میزان اضطراب و خودکشی با تأکید بر استانهای: ایلام، لرستان، کرمانشاه و خراسان جنوبی</p>	<p>- کاهش اختلالات روانی، خلقی، اضطرابی - ارتقاء رضایتمندی از زندگی زنashویی و روابط جنسی مشروع - توقف رشد میزان خودکشی در کشور - افزایش نرخ امید به زندگی</p>	<p>سازمان پزشکی قانونی، وزارت ورزش و جوانان، ناجا، سازمان نظام روانشناسی ، سازمان تبلیغات اسلامی ، بسیج</p>	<p>وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، سازمان بهزیستی، نیروی انتظامی، شهرداریها، سازمان صداوسیما ، وزارت ورزش و جوانان، جمعیت هلال احمر، سازمان تبلیغات اسلامی، معاونت امور زنان و خانواده ، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، دانشگاه آزاد اسلامی</p>	<p>وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</p>	<p>اختلالات روانی و رفتارهای پرخطر (خودکشی و ..)</p>	<p>۹</p>
		<p>- کودکان خیابانی و کار - مهدهای کودک</p>	-	<p>سازمان صداوسیما ، کانونهای فرهنگی هنری مساجد ، بسیج ، نهادهای غیردولتی و سازمانهای مردم نهاد</p>	<p>وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ، وزارت آموزش و پرورش ، وزارت کشور ، وزارت دادگستری، سازمان بهزیستی، کانون پرورش فکر کودکان و نوجوانان، تامین اجتماعی، بیمه های خدمات درمانی، جمعیت هلال احمر، کمیته امداد، شهرداری، ناجا، ستاد مبارزه با موادمخدر، سازمان پزشکی قانونی، سازمان نهضت سواد آموزی،</p>	<p>وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی</p>	<p>آسیب های اجتماعی کودکان</p>	<p>۱۰</p>

طرح تقسیم کار ملی برای کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی (ویرایش نهایی)

ردیف	موضوع	دستگاه اصلی	دستگاه همکار	دستگاه معین	شاخص‌های اصلی / اهداف کمی	اولویت اقدام	آسیب‌شناسی سیاستها، برنامه و اقدامات پیشین	چالشها و موانع اساسی وضع موجود
۱۱	آسیب‌های اجتماعی جوانان	وزارت ورزش و جوانان	سازمان تبلیغات اسلامی، کمیته امداد امام خمینی، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، معاونت امور زنان و خانواده ریاست جمهوری، سازمان بهزیستی، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، وزارت آموزش و پرورش، سازمان تبلیغات اسلامی، دانشگاه آزاد اسلامی	سازمان بسیج مستضعفین، امور مساجد، جمعیت هلال احمر	<ul style="list-style-type: none"> - افزایش مهارت‌های پایه زندگی - ارتقای مهارت‌های ارتباطی - ارتقاء وضعیت عفاف و حجاب - افزایش حمایت‌های اجتماعی و توانبخشی آسیب دیدگان و دختران پناهجو - ارتقای فرهنگی 	۱- دختران دانش آموز ۲- دختران دانشجو		
۱۲	آسیب‌های اجتماعی محیط‌های دانش آموزی	وزارت آموزش و پرورش	وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، سازمان بهزیستی، کمیته امداد امام خمینی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، ورزش و جوانان، سازمان بسیج مستضعفین، سازمان صدا و سیما، سازمان تبلیغات اسلامی، وزارت اطلاعات، بنیاد شهید و امور ایثارگران، معاونت امور زنان و خانواده	نهادهای مدنی و تشکلهای غیردولتی، جمعیت هلال احمر	<ul style="list-style-type: none"> - افزایش مهارت‌های پایه زندگی و سواد کاربردی - گسترش برنامه‌های آموزشی پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی در مدارس - افزایش فضای تفریحی متناسب با سن و جنس دانش آموزان - استاندارد سازی محیط آموزشی 	مدیریت شرایط مدارس پرخطر و تحکیم ارتباط فرزند و خانواده		
۱۳	مسائل اجتماعی و فرهنگی محیط‌های دانشگاهی	وزارتین علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	دانشگاه آزاد اسلامی، سازمان بهزیستی، کمیته امداد امام خمینی، وزارت ورزش و جوانان، نهاد نمایندگی رهبری در دانشگاهها، وزارت اطلاعات، بنیاد شهید و امور ایثارگران	شهرداریها، معاونت امور زنان و خانواده ریاست جمهوری، جمعیت هلال احمر، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی	<ul style="list-style-type: none"> - کاهش میزان شکستهای عاطفی - کاهش مصرف الکل و دخانیات - کنترل و ارتقاء هدفمند ارتباط دختر و پسر در محیط دانشگاه با هدف تسهیل امر ازدواج - افزایش پایگاه‌های دانش بنیان - ایجاد فضای فرهنگی، هنری بانشاط در دانشگاهها و مراکز آموزش عالی 	<ul style="list-style-type: none"> - ۱۰ دانشگاه پرخطر کشور - کنترل هدفمند امور خوابگاهها - اختصاص دو واحد درس عمومی در خصوص آسیبهای اجتماعی در کلیه مقاطع و رشته‌های تحصیلی 		

طرح تقسیم کار ملی برای کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی (ویرایش نهایی)

ردیف	موضوع	دستگاه اصلی	دستگاه همکار	دستگاه معین	شاخص‌های اصلی / اهداف کمی	اولویت اقدام	آسیب‌شناسی سیاستها، برنامه و اقدامات پیشین	چالشها و موانع اساسی وضع موجود
۱۴	آسیبهای فضای مجازی	مرکز ملی فضای مجازی	کلیه دستگاههای اجرایی عضو شورای عالی فضای مجازی، وزارت اطلاعات، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی	وزارت آموزش و پرورش، سازمان صداوسیما، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری	<ul style="list-style-type: none"> - ارتقاء سطح سواد رسانه ای جامعه - اجرای گسترده آموزشهای سبک زندگی در عصر رسانه - افزایش آگاهی والدین از فضای مجازی - کاهش بزه های اجتماعی فضای مجازی 	شبکه های موبایلی		
۱۵	ارائه گزارش در خصوص نارضایتی از کارکرد نظام اداری و اجرایی	سازمان مدیریت و برنامه ریزی	صدا و سیما، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، سازمان تبلیغات اسلامی، سازمان شهرداریها و دهیاریها، دیوان عدالت اداری - وزارت اطلاعات	تشکلهای غیر دولتی، سازمان بسیج مستضعفین، حوزه علمیه، ستاد ائمه جمعه، سازمان بازرسی کل کشور، وزارت علوم تحقیقات و فناوری	<ul style="list-style-type: none"> - اطلاع رسانی، شفاف سازی و گسترش خدمات غیر حضوری - کاهش رتبه فساد اداری - کاهش نارضایتی از کارکرد نظام اداری و اجرایی - افزایش پاسخگویی نهادهای عمومی و دولتی 	ارتقاء سلامت اداری و بهبود کیفیت خدمات دستگاههای خدمات رسان و نهادهای عمومی (نظیر شهرداریها)		
۱۶	بی اعتمادی اجتماعی	سازمان صدا و سیما	کلیه دستگاههای اجرایی دولت و نهادهای اجرایی وابسته به قوای سه گانه و نهادهای عمومی و نهادهای انقلابی	ستاد ائمه جمعه و جماعات، نهادهای مدنی و تشکلهای غیردولتی، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری	<ul style="list-style-type: none"> - کاستن از بدبینی مردم در مناسبات فردی، خانوادگی و اجتماعی به میزان ۱۰ درصد - افزایش امید مردم در مناسبات فردی، خانوادگی و اجتماعی - کاستن از بدبینی مردم به مسئولین به میزان ۱۰ درصد - افزایش سرمایه اجتماعی 	کاستن از شکاف پنداشت مردم و واقعیت		
۱۷	مصرف مشروبات الکلی	وزارت کشور	تمامی دستگاههای عضو کمیته ملی و دانشگاه آزاد اسلامی	اعضای مشخص شده در سند ملی	<ul style="list-style-type: none"> - اجرایی شدن اهداف کمی مندرج در سند ملی مقابله و کاهش عرضه و درمان و کاهش آسیب مشروبات الکلی 	<ul style="list-style-type: none"> - تخلفات مربوط به رانندگان - درمان اعتیاد به الکل و کاهش آسیب در جوانان 		

طرح تقسیم کار ملی برای کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی (ویرایش نهایی)

ردیف	موضوع	دستگاه اصلی	دستگاه همکار	دستگاه معین	شاخص‌های اصلی / اهداف کمی	اولویت اقدام	آسیب‌شناسی سیاستها، برنامه و اقدامات پیشین	چالشها و موانع اساسی وضع موجود
۱۸	امنیت عمومی (سرقت، نزاع، خسونت، پرخاشگری و قتل)	قوه قضائیه	ناجا، سازمان بسیج مستضعفین، سازمان صدا و سیما، شهرداریهای سراسر کشور، سازمان بهریستی، وزارت فرهنگ و ارشاد، وزارت اطلاعات، وزارت ورزش و جوانان، سازمان تبلیغات اسلامی، سازمان زندانها، وزارت کشور	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، بیمه مرکزی و شرکت های بیمه گر، سازمان نظام روانشناسی کشور، شبکه روحانیون کشور(انجمن جمعه و جماعات) و تشکلهای غیردولتی	<ul style="list-style-type: none"> - کاهش ۱۰ درصدی سالانه جرایم - تشدید ۴۰ درصدی مبارزه با قاچاق کالا، سوخت و ارز - افزایش ۵۰ درصدی اقدامات مربوط به کنترل و مبارزه با جرایم مشهود اخلاقی و ناهنجاریهای اجتماعی - کاهش سرقت مسلحانه و خشن - کاهش خرید و فروش و قاچاق سلاح سرد و گرم - پوشش حداکثری انتظامی مناطق جرم خیز - ارتقای کیفیت زندگی در بین خانواده ها از طریق باز تعریف ارزشهای فرهنگی و باورهای عمومی و آگاه سازی جامعه نسبت به آنها 	<ul style="list-style-type: none"> - تشدید اقدامات اطلاعاتی و عملیاتی با هدف ضربه زدن به باندهای سارقین و جرایم سازمان یافته در استانهای ایلام، کرمانشاه، لرستان، سیستان و بلوچستان، تهران، اصفهان فارس، خراسان رضوی و بوشهر 	<ul style="list-style-type: none"> - عدم تناسب کارکنان با جمعیت و کمبود گشت های خودرویی و پیاده - ضعف نظارت های رسمی و غیر رسمی - ضعف در برخورد با سارقان - افزایش فاصله طبقاتی و اقتصادی - عملکرد منفی رسانه ها و نارسایی های آموزشی - ضعف نظارت اجتماعی - ضعف باورهای دینی - جرم زایی محیط خانوادگی - دگرگونی در ارزشهای اجتماعی - بالا بودن نرخ بیکاری - وجود خلاء های قانونی و قدیمی بودن بعضی از قوانین - اطلاع دادرسی پرونده ها در محاکم قضایی - 	<ul style="list-style-type: none"> - عدم اولویت بندی جرایم سرقت براساس فراوانی و جغرافیای جرم - عدم بهره مندی مناسب از توان مشارکتی مردم در راستای پیشگیری و برخورد

مسائل بنیادی و دراز مدت در طرح تقسیم کار ملی برای کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی

ردیف	موضوع	دستگاه اصلی	دستگاه همکار	دستگاه معین	شاخص‌های اصلی / اهداف کتی	اولویت اقدام	آسیب‌شناسی سیاستها، برنامه و اقدامات پیشین	چالشها و موانع اساسی وضع موجود
۱	فقر و ناابری	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	دستگاههای اجرایی عضو شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی		- کاهش فاصله طبقاتی - توزیع برابر فرصت - بازتوزیع ثروت و اصلاح نظامهای حمایتی و امدادی	- کاهش فاصله طبقاتی دو دهک پایین و بالای جامعه	توسط دستگاههای اصلی و همکار تعیین می گردد	توسط دستگاههای اصلی و همکار تعیین می گردد
۲	بیکاری	دبیرخانه شورای عالی اشتغال	دستگاههای اجرایی عضو شورای عالی اشتغال		- کاهش نرخ بیکاری	- کاهش بیکاری جوانان با تحصیلات دانشگاهی	توسط دستگاههای اصلی و همکار تعیین می گردد	توسط دستگاههای اصلی و همکار تعیین می گردد
۳	مناطق بحرانی و حاد	وزارت کشور (استانداربها)	سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور، وزارت جهاد کشاورزی، وزارت اطلاعات، ناجا، هلال احمر، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، سازمان بهزیستی	بنیاد های حکومتی، شهرداریها، سپاه پاسداران انقلاب اسلامی ، سازمان صدا و سیما	- ارتقاء شاخصهای اقتصادی، اجتماعی شهرستانها و نقاط حاد و بحرانی، به میانگین استان تا پایان برنامه - کاهش نرخ بیکاری و فقر در مناطق حاد به میانگین استانی تا پایان برنامه	تعداد ۳۰ شهرستان در سطح کشور	توسط دستگاههای اصلی و همکار تعیین می گردد	توسط دستگاههای اصلی و همکار تعیین می گردد

۴	پرونده های قضایی	قوه قضائیه	ناجا ، وزارت دادگستری، وزارت اطلاعات	مجلس شورای اسلامی ، سازمان صداوسیما ، وزارت علوم،تحقیقات و فناوری، شبکه روحانیون کشور(ائمه جمعه و جماعات) و تشکلهای صنفی و غیردولتی ذیصلاح	- کاهش میزان پرونده های وارده به دستگاه قضا از طریق گسترش نهادهای داوری محلی و ریش سفیدی - افزایش سرعت رسیدگی به پرونده های موجود - افزایش اختیار نهادهای انتظامی و امنیتی با رعایت ضوابط شرعی و قانونی - افزایش سرعت رسیدگی و متن کردن پرونده های موجود	استانهای:
۵	مدیریت سواحل و تفرجگاهها	وزارت کشور (استانداردها)	سازمان حفاظت محیط زیست، سازمان میراث فرهنگی،صنایع دستی و گردشگری، سازمان بسیج مستضعفین ، سازمان تبلیغات اسلامی، ناجا، شهرداریها ، فدراسیون نجات غریق و غواصی، وزارت ورزش و جوانان	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بنیاد شهید و امور ایثارگران	- ایجاد فضای پاکیزه، سالم و با امکانات رفاهی برای مسافرین با تاکید بر سواحل شمالی - برنامه ریزی برای بهره گیری بیشتر از سواحل جنوبی کشور - ارتقاء سلامت محیط زیست تفرجگاهها - افزایش سطح امنیت فیزیکی و روانی - مناسب سازی تفرجگاهها جهت استفاده جانبازان دارای محدودیت حرکتی	- سواحل شمال کشور - سواحل مکران