

نوع مقاله: پژوهشی

ارزیابی کیفی الگوی مدیریت دولت در کاهش آسیب‌های اجتماعی در پرتو مدل پارادایمی؛ مطالعه موردی سازمان بهزیستی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۲/۱۸ - تاریخ تصویب: ۱۳۹۹/۰۴/۰۴

حمید سجادی^۱

چکیده

در ایران بیشترین اقدامات حمایتی دولت برای پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و حمایت از اقشار آسیب‌پذیر و معلولان از طریق سازمان بهزیستی صورت می‌گیرد. این سازمان با وجود جذب همکاری نهادهای مدنی در حوزه حمایت از آسیب‌دیدگان و گستره وسیعی از تفاهم‌نامه‌هایی که با سایر سازمان‌ها منعقد نموده و تعدد خدماتی که به جامعه هدف ارائه می‌کند کماکان با نارسایی‌ها عمده‌ای در تحقق اهدافش روبرو است. این چالش‌ها در مواجهه با رشد فزاینده آسیب‌های اجتماعی حادث می‌شود. از این‌رو ارزیابی الگوی مدیریت عملکرد سازمان بهزیستی جهت رفع نارسایی‌ها و فائق آمدن بر چالش‌ها ضروری است. این مطالعه با روش کیفی و ابزار مصاحبه و مطالعه اسناد و مدارک به گردآوری داده‌ها پرداخته، سپس یافته‌های گردآوری شده با روش تحلیل مضمون مورد توصیف، سازماندهی و تنظیم و تحلیل قرار گرفت.

۱. استادیار گروه جامعه و امنیت پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی H.Sajadi@ihcs.ac.ir

۶۰ فصلنامه دولت پژوهی

در خلال تحلیل یافته‌ها، هشت مقوله برگرفته از عملکرد سازمان بهزیستی شناسایی شد. مقوله‌های استخراج شده در بخش برآیند در قالب یک مدل پارادایمی با عنوان چالش‌های الگوی مدیریتی سازمان بهزیستی ارائه شده‌اند. در پایان نیز راهکارها در قالب سه مفهوم گسترده ضرورت تغییر رویکرد، تمرکز بر دیدبانی و نظارت و تقویت نهادهای مدنی و برون سپاری ارائه گردید. **واژه‌های کلیدی:** بهزیستی، سازمان‌های غیردولتی، نظارت، آموزش، ارتباطات بین سازمانی.

مقدمه

یکی از مهمترین وظایف دولت‌ها حفظ و ارتقای سلامت جامعه است، تحقق این مهم با توجه به تعدد عوامل تاثیرگذار بر آن، علاوه بر عزم جدی دولت‌ها، نیاز به کار بین‌بخشی و همکاری همه نهادهای جامعه و استفاده از ظرفیت‌های نهادهای اجتماعی، درمانی و آموزشی گوناگون دارد (Anderson & McFarlanr, 2008, 12 بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، مهمترین این عوامل یعنی تصویب و اعمال قوانین جهت حمایت از افراد ناتوان و سیاستگذاری جهت ایجاد انگیزه برای حمایت از افراد ناتوان جهت یافتن شغل و استخدام آنها از جمله اقدامات مهم دولت‌ها در این رابطه ارزیابی می‌شود. دولت‌ها توانان با قانونگذاری و ارائه خدمات می‌بایست نظارت و ارزیابی بر اجرای قوانین و در دسترس بودن خدمات را نیز در دستور کار خویش قرار دهند (World Report on Disability, 2011) سیاست‌های دسترسی به خدمات و استانداردها باید مرتفع کننده نیازهای تمام افراد ناتوان باشد؛ از این رو پیش از هر چیز جمع‌آوری اطلاعات حائز اهمیت است، در این راستا می‌بایست از شاخص‌های بین‌المللی مانند شاخص‌های سازمان بین‌المللی کار، برای اندازه‌گیری و نظارت استفاده شود. همچنین توصیه می‌شود از افراد ناتوان در گردآوری اطلاعات بهره گرفته شود.

دولت‌ها همچنین می‌بایست برنامه‌های آموزش فنی را برای افراد ناتوان و طراحی خدمات به صورت خاص گسترش دهند. در این راستا سایر سازمان‌ها نیز می‌بایست با حمایت هدفمند و ارائه آموزش در این خصوص فعال شوند. همچنین موسسات آموزشی و تخصصی موضوعاتی همچون قابلیت در دسترس بودن خدمات برای ناتوانان را در برنامه‌های آموزشی خود در حوزه‌های گوناگون مانند معماری، ساخت و ساز، طراحی و بازاریابی بگنجانند. علاوه بر اینکه با حمایت از توسعه شبکه‌های افراد ناتوان برای ایجاد کمپین جهت



پیگیری حقوق‌شان و ایجاد باور عمومی بر این مبنا که افراد ناتوان نیز در صورت حمایت مناسب می‌توانند کار کنند، می‌توان نهادهای مدنی در این خصوص را فعال کرد و خلاء حمایتی از این افراد را پر نمود. این امر مستلزم تغییر رویکرد جامعه می‌باشد که در بر اساس آن افزایش آگاهی برای مرتفع کردن بی‌توجهی‌ها و نادیده گرفتن‌ها و رفع تعصبات و تنگ‌نظری‌ها پیرامون ناتوانی‌ها بوجود آید (World Report on Disability, ۲۰۱۱، ۱۹۳). نهایتاً اینکه مدیریت ارائه مزایای ناتوانی نیازمند سنجش ناتوانی است. بسیاری از فرایندهای رسمی سنجش هنوز عمدتاً از معیار پزشکی استفاده می‌کنند در حالیکه حرکت به سمت اتخاذ رویکرد سنجشی جامع‌تری بوجود آمده است (Grosh et al, 2008, 181).

بهبود شاخص‌های توسعه اقتصادی و اجتماعی جوامع به عنوان مهمترین دغدغه دولت‌های امروزی، با بهتر شدن شاخص سلامت جامعه همراه است. با این توضیح ساده که بهبود شاخص‌های اجتماعی و اقتصادی به سلامت مردم کمک کرده و مردم سالم‌تر نیز توسعه اقتصادی بهتری را فراهم می‌آورند. عواملی همچون آموزش، اشتغال، مسکن، تفریحات، حمل و نقل عمومی و حمایت اجتماعی به عنوان عام‌ترین وظایف دولت‌ها، اثرات تعیین کننده‌ای بر سلامت مردم دارد و سرمایه‌گذاری در ارائه وسیع و با کیفیت این‌گونه خدمات، بهبود شاخص‌های سلامتی جامعه را به دنبال خواهد داشت. ضمن اینکه در این بهبود همواره باید لایه‌های اجتماعی مختلف را برای برقراری عدالت در نظر داشت (Michael and Wilkinson, 1999, 8) با این وصف ناتوانی، مساله‌ای پیچیده و مفهومی متغیر، چندبعدی است که توافق چندانی پیرامون تعریف و حدود آن صورت نگرفته است، به‌رغم این مهم، وضعیت سلامت جوامع به عنوان شاخص کلیدی حاکمیت بهینه، تعریف و شناسایی شده است و از انسان سالم نیز به عنوان محور توسعه پایدار یاد می‌شود، به همین دلیل یکی از وظایف حاکمیتی کشورها تامین و ارتقای سلامت جامعه است (Detels, 2004, 15).

همچنین معلولیت و انواع ناتوانی، مساله‌ای در ارتباط با توسعه است و ارتباط دوسویه‌ای با فقر دارد. ناتوانی ممکن است باعث افزایش خطر فقر شده، فقر نیز می‌تواند ریسک ناتوانی را افزایش دهد (Senm 2009, 42). شواهد عینی زیادی در سراسر جهان وجود دارد که نشان می‌دهد افراد ناتوان و خانواده‌هایشان به میزان زیادی در معرض تجربه محرومیت اجتماعی اقتصادی هستند. هججه ناتوانی می‌تواند منجر به بدتر شدن وضعیت رفاه اقتصادی-اجتماعی و فقر از طریق راه‌های گوناگون مانند تاثیر منفی بر آموزش، اشتغال، درآمد و هزینه‌های روزافزون مربوط به ناتوانی شود (Jenkins & Rigg, 2003: 12) کودکان ناتوان شانس کمتری برای حضور در مدارس پیدا کرده، در نتیجه فرصت‌های محدودی برای تبدیل شدن به سرمایه انسانی خواهند داشت و با شانس کمتر اشتغال و بازدهی کمتر در بزرگسالی مواجه خواهند شد (Filmer, 2008: 141) علی‌رغم اذعان همگانی بر ارتباط متقابل بین ناتوانی و فقر، تلاش‌ها در راستای ارتقای توسعه و کاهش فقر همواره موضوع ناتوانی را تحت پوشش قرار نداده و به آن نپرداخته است (Braithwaite & Mont, 2009: 219, Fritz, 2009: 673, Riddell, 2010: 27).

تخمین زده می‌شود ۷ تا ۱۰ درصد از جمعیت جهان دچار نوعی معلولیت هستند. شمار افراد با معلولیت متوسط و شدید در کشورهای در حال توسعه به ۲۰۰ میلیون نفر می‌رسد. با این حال در برخی از کشورهای در حال توسعه اثری از خدمات توانبخشی دیده نمی‌شود. در برخی موارد خدمات در موسسات انجام می‌شود و درصد کمی از نیازمندان از آن خدمت برخوردار هستند. مجمع عمومی سازمان ملل بر دیده نشدن افراد ناتوان در آمارهای رسمی تاکید می‌کند (Realizing the MDGs¹ for persons with disabilities, ۲۰۱۰). با این حال واکنش‌ها به ناتوانی از دهه ۱۹۷۰ تغییر پیدا کرده است و عمدتاً

توسط سازماندهی افراد ناتوان و با افزایش گرایش به سمت دیدن ناتوانی به مثابه یک موضوع حقوق بشری ظاهر شده است (Quinn and Degener, 2002) در طول تاریخ نیازهای ناتوانان عمدتاً به شکل‌هایی که آنان را از بقیه جدا می‌کرد برآورده می‌شده است، مانند موسسات تامین اقامت و مدارس خاص برای زندگی یا آموزش مجزا. اکنون سیاستگذاری‌ها تغییر کرده‌اند و به سمت اجتماعی و همگانی کردن آموزش سوق پیدا کرده است. آنچنان که راه‌حل‌های پزشکی جای خود را به رویکردهای تعاملی داده و با به رسمت شناختن اینکه افراد ناتوان، هم از نظر فاکتورهای محیطی و هم از نظر فاکتورهای جسمی ناتوان هستند.

در یک فرایند در حال تغییر جاری در حوزه سیاستگذاری عمومی و عملکرد دولت‌ها در حوزه سلامت، توانبخشی جامعه‌محور از یک رویکرد پزشکی‌محور و اغلب یک‌بخشی به راهبرد توانبخشی با برابری فرصت‌ها، کاستن فقر و شمولیت اجتماعی ناتوانان تبدیل شده است (World Health Organization, 2004) با این توضیح که حرکت از سوی رویکرد پزشکی به سوی رویکرد ساختاری و اجتماعی بوجود آمده است که در آن افراد به عنوان موجوداتی که توسط اجتماع ناتوان شده‌اند و نه توسط جسم‌شان، شناسایی می‌شوند (Oliver, 1990: 78). در حالیکه سازمان جهانی بهداشت تخمین زده است که بیش از ۹۸ درصد معلولین در کشورهای در حال توسعه کاملاً به‌بوته فراموشی سپرده شده‌اند، این سازمان راهبرد توانبخشی مبتنی بر جامعه را بهترین روش جهت پیوستن توانبخشی به فعالیت‌های بهداشتی و توسعه کشورهای در حال توسعه می‌داند (Nahvinejad, 2004: 29) از این‌رو در سال ۲۰۰۴ سازمان بین‌المللی کار، یونسکو و سازمان جهانی بهداشت سند مشترکی را تهیه کردند که توانبخشی مبتنی بر جامعه را راهکار توانبخشی، تساوی فرصت‌ها، کاهش فقر و بازگشت افراد معلول به جامعه تعریف کرد. استراتژی CBR برای افزایش و بهبود کیفیت زندگی افراد معلول از راه ارتقای خدمات ارائه

شده و ایجاد فرصت‌های مساوی و حمایت از حقوق انسانی افراد معلول و در واقع راهبردی است که می‌تواند در همه کشورها به نیازهای افراد کم‌توان جامعه بپردازد (World Health Organization, 2006: 2). با این مقدمه و بر اساس این تحولات به ارزیابی عملکرد دولت در حوزه خدمات توانبخشی و حمایتی می‌پردازیم.

پیشینه تحقیق

پژوهش در حوزه آسیب‌های اجتماعی در جامعه ما نسبت به سایر حوزه‌های جامعه‌شناختی گسترده‌تر است، آنچنان که حجم بالایی از پژوهش‌های انجام شده در عرصه علوم اجتماعی به پژوهش‌های آسیب‌شناسی اجتماعی اختصاص دارد. سخن این که حجم تحقیقات در این حوزه دال بر ضرورت و اهمیت این مسائل در جامعه است (قهاری، ۱۳۸۳). تنوع رویکردها، مبانی نظری و موضوعات مورد بحث در این حوزه نیز بالاست، با این توضیح که برخی از پژوهش‌ها علل و زمینه‌های آسیب‌های اجتماعی و جراثم و کج‌روی‌های اجتماعی را موضوع تحقیق خود قرار داده‌اند. در این تحقیقات؛ فقر، نابرابری، انحرافات فردی، مشکلات نهادهای مختلف همچون ارتشا و اختلاس، ناکارآمدی نهاد آموزش، مشکلات سلامت روان به عنوان مهمترین علل شناسایی و طبقه‌بندی شده‌اند (رفیعی و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۸۴). همچنین گستره بالایی از تحقیقات نیز به طور خاص به یکی از آسیب‌های اجتماعی همچون اعتیاد، خودکشی، سرقت، قتل، طلاق، خشونت، کودک‌آزاری، مفاسد جنسی و تکدی‌گری تمرکز کرده و آن‌را موضوع تحقیق خود تعریف کرده‌اند. برخی شناسایی و اولویت‌بندی آسیب‌های اجتماعی را موضوع تحقیق خود قرار داده‌اند و مواردی همچون اعتیاد، قاچاق مواد مخدر، پرخاشگری و جنایت، خودکشی، کودکان آسیب دیده و دختران فراری، روسپیگری و جرایم مادی را به عنوان مهمترین مشکلات اجتماعی موجود تعریف و طبقه‌بندی کرده‌اند

(عبدلهی، ۱۳۸۱: ۱۱). برخی تحقیقات با ارجاع به نهاد خانواده به بررسی آسیب‌های اجتماعی پرداخته و مجموعه مسائل اجتماعی همچون بیکاری، مشکلات مالی و اقتصادی و اعتیاد را با ارجاع به این نهاد مورد واکاوی قرار داده‌اند. برخی نیز با رویکرد حقوقی به بررسی آسیب‌های اجتماعی پرداخته و با ابتنا بر فقه اسلامی، راهکارهایی را به منظور کاهش و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی ارائه کرده‌اند (رحیم زاده و همکاران، ۱۳۹۶: ۲۱۹). همچنین پژوهش‌های این حوزه در تبیین مسائل از چارچوب‌های نظری گوناگونی بهره گرفته‌اند که از جمله مهمترین آنها نظریه‌های زیست‌شناختی (ممتاز، ۱۳۸۱ و سلیمی، ۱۳۸۰)، روانشناختی (سلیمی و داوری، ۱۳۸۰) و جامعه‌شناختی (عبدلهی، ۱۳۸۱ و احمدی، ۱۳۷۷) و نظریه‌های حقوقی است. در این میان به‌رغم اهمیت نقشه راه برای مدیریت آسیب‌های اجتماعی، معدود تحقیقاتی وجود دارد که سیاست‌های اجتماعی را به عنوان یکی از کارکردهای دولت‌ها در حوزه کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی در ایران را موضوع بررسی خود قرار داده‌اند که از جمله موارد می‌توان به پژوهش موسوی و همکاران (موسوی و همکاران، ۱۳۹۷، ۸۰) اشاره کرد. با این توضیح که وی سیاستگذاری‌های سلیقه‌ای، ضعف در بهره‌گیری از ظرفیت‌ها در بخش دولتی و غیردولتی، ناهماهنگی‌های بین‌بخشی و فرابخشی، ضعف در مدیریت بهینه منابع، فقدان اولویت‌دهی سیاستگذاری‌های اجتماعی، فقدان جامعیت و کفایت برنامه‌های اجرایی و تقسیم‌کار ناقص بین دستگاه‌های مرتبط به عنوان برجسته‌ترین آسیب‌های مدیریتی شناسایی شده و در نهایت با ابتدای بر رویکردی اجتماع‌محور اقدام برای رصد مستمر آسیب‌های اجتماعی، توجه ویژه به مسائل اقتصادی و توجه به راهکارهای قضازدایی را به عنوان مولفه‌های اصلی شناسایی می‌کند. در مواردی نیز تنها عملکرد این سازمان در موضوعات خاص همچون توانمندسازی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی (جعفری و همکاران، ۱۳۸۵: ۲) یا ارزیابی کیفیت عملکرد سازمان بهزیستی در موضوع



خاص کاهش فقر زنان سرپرست خانوار (محمدپور و همکاران، ۱۳۹۱: ۳۱۹) موضوع پژوهش قرار گرفته است.

با این وصف اقدامات حمایتی دولت در پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و حمایت از اقشار آسیب‌پذیر و معلولان که غالباً از طریق سازمان بهزیستی صورت می‌گیرد، از دیدگاه مدیریتی کمتر موضوع پژوهش‌ها بوده است. این سازمان با وجود جذب همکاری نهادهای مدنی در حوزه حمایت از آسیب‌دیدگان و گستره وسیعی از تفاهم‌نامه‌هایی که با سایر سازمان‌ها منعقد نموده و تعدد خدماتی که به جامعه هدف ارائه می‌کند کماکان با نارسایی‌ها عمده‌ای در تحقق اهدافش روبرو است. این چالش‌ها در مواجهه با رشد فزاینده آسیب‌های اجتماعی حادث می‌شود. از این‌رو ارزیابی الگوی مدیریت عملکرد سازمان بهزیستی جهت رفع نارسایی‌ها و فائق آمدن بر چالش‌ها ضروری است.

سازمان مورد مطالعه

در ایران در بخش خدمات حمایتی (غیر بیمه‌ای) مجموعه فعالیت‌های مددکاری، مشاوره و سایر خدمات اجتماعی و توانبخشی انجام می‌شود که به منظور تامین نیازهای اقشار کم‌درآمد و ارتقای سطح زندگی آسیب‌دیدگان جامعه انجام می‌شود و سازمان بهزیستی بعنوان یکی از مهمترین سازمان‌های حمایتی کشور خدمات و فعالیت‌های غیربیمه‌ای متنوع و گسترده‌ای را در حمایت و مراقبت از خانواده‌ها و افرادی که به دلایل مختلف فاقد توانایی‌های لازم برای اداره زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی خود هستند ارائه می‌دهد. سازمان بهزیستی کشور از مهمترین نهادهای حمایتی دولتی است که از طریق بودجه عمومی به افراد معلول و محروم جامعه کمک می‌نماید. سازمان بهزیستی کشور به موجب لایحه قانونی مورخ ۱۳۵۹/۴/۲۴ و در جهت تحقق مفاد اصول سوم، بیست و یکم و بیست و نهم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، از ادغام ۱۶ سازمان، نهاد، موسسه و انجمن خیریه تشکیل شد تا با اتخاذ تدابیر

و ارائه خدمات و حمایت‌های غیربیمه‌ای و با تکیه بر مشارکت‌های مردم و همکاری نزدیک سازمان‌های ذیربط در جهت گسترش خدمات توانبخشی، حمایتی، بازپروری، پیشگیری از معلولیت‌ها و آسیب‌های اجتماعی و نیز کمک به تامین حداقل نیازهای اساسی گروه‌های کم‌درآمد اقدام نماید.

با این وصف سازمان بهزیستی کشور از مهمترین نهادهای حمایتی دولتی است که از طریق بودجه عمومی به افراد معلول و محروم جامعه کمک می‌نماید. این سازمان با ۳۰ هزار پرسنل دولتی و ۲۰۰ هزار پرسنل در بخش غیردولتی گام‌های اساسی را در کمک به تحصیل و آموزش افراد تحت پوشش برای افزایش سواد و مهارت‌های زندگی و اجتماعی برداشته است. همکاری و مشارکت بالای تشکل‌های مردمی با سازمان بهزیستی موجب شده تا ۲۸ هزار مراکز غیردولتی ذیل این سازمان فعالیت داشته باشند و از امکانات بخش‌های غیردولتی برای رسیدگی به کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست و در حوزه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی بویژه در حوزه اعتیاد و آموزش مهارت‌های زندگی بهره می‌گیرد.

در حال حاضر حدود ۴ میلیون و ۵۲۶ هزار نفر تحت پوشش بهزیستی قرار دارند و از خدمات این سازمان استفاده می‌کنند. خدمات سازمان بهزیستی در سه بخش ارائه می‌شود که از آن جمله می‌توان به: خدمات تخصصی توانمندسازی معلولان، افراد در معرض آسیب‌های اجتماعی و زنان سرپرست خانوار و همچنین خدمات پیشگیرانه اشاره کرد. در اینجا روند رو به رشد پدیده خانوارهای زن سرپرست به دلایل مختلف در دنیا رو به افزایش است و اغلب این خانواده‌ها نیز دارای مشکلات فراوان هستند. آنچنان که تحقیقات نشان می‌دهد که ۳۷/۵ درصد خانوارهای جهان را زنان سرپرستی می‌کنند (مطیع، ۱۳۸۷). شاخص‌های آماری نشان از رشد تعداد و نسبت زنان سرپرست خانوار در ایران است. بطوریکه میزان آن در سال‌های ۱۳۵۵، ۱۳۶۵، ۱۳۷۵ به ترتیب ۳/۱، ۴/۷ و ۷/۷ رسیده است (فروزان، ۱۳۷۹) و در ۱۳۸۵ این رقم به ۹/۴

رسید. طی ۱۰ سال (۷۵-۸۵) هر ساله تعداد شصت هزار و سیصد نفر به جمعیت زنان سرپرست خانوار اضافه شده است و در ۱۳۸۷ این آمار به یک میلیون و شصت هزار زن سرپرست خانوار شهری و ۴۷۹ هزار زن سرپرست روستایی و یک هزار و ۲۱۱ زن سرپرست عشایری در کشور وجود داشته است. با این حال بهزیستی تاکنون کمتر از ۳۰ درصد آنان را تحت پوشش حمایتی خود قرار داده است. این نسبت در خصوص مراکز نگهداری از سالمندان بهزیستی و پذیرش یا ارائه خدمات مشاوره و مددکاری اجتماعی به سالمندان، خانواده یا بستگان آنها نیز صادق است. نزدیک به ۲۱۴ هزار سالمند نیازمند به حمایت بهزیستی در کشور وجود دارد که بهزیستی تاکنون توانسته قریب به ۶۴ هزار نفر از آنها را مورد حمایت قرار دهد. تمرکز دفتر توانمندسازی معلولان سازمان بهزیستی بر جلوگیری از تشدید معلولیت و کاهش اثرات معلولیت در زندگی روزمره این افراد با اقدامات توانبخشی است. مطابق آمار بهزیستی نزدیک به ۶۵۰ هزار معلول تحت حمایت این سازمان وجود دارد که مطابق آمارها دست کم بالغ بر ۳ میلیون معلول در کشور وجود دارد، از این رو درصد بسیار زیادی از معلولان ایرانی از هیچگونه حمایت توانبخشی برخوردار نیستند (سایت رسمی سازمان بهزیستی کشور).

سازمان بهزیستی مسئول اصلی رسیدگی به آسیب‌های اجتماعی است. میزان کارایی و اثربخشی الگوی مدیریتی سازمان بهزیستی در پیشگیری و درمان و حمایت، مساله‌ای حائز اهمیت است. هدف اصلی، ارتقای عملکرد مدیریت دولت در کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی است. این مهم در تحقیق پیش‌رو در دو وجه ۱- شناسایی چالش‌های مدیریتی سازمان بهزیستی در انجام ماموریت و تحقق اهدافش از یکسو و ۲- شناسایی فرصت‌ها و امکانات بهبود



مدیریتی به مثابه بایسته‌ها و مبنایی برای طرح توصیه‌های سیاستی از سوی دیگر محور جمع‌آوری داده‌ها قرار گرفته است. با توجه به گستره فعالیت‌های سازمان بهزیستی کشور در ارائه خدمات و حمایت‌های غیربیمه‌ای و با تکیه بر مشارکت‌های مردم و همکاری نزدیک سازمان‌های ذیربط در جهت گسترش خدمات توانبخشی، حمایتی، بازپروری، پیشگیری از معلولیت‌ها و آسیب‌های اجتماعی و نیز کمک به تامین حداقل نیازهای اساسی گروه‌های کم‌درآمد، این سوال از کارشناسان و خبرگان این حوزه پرسیده شده که سازمان بهزیستی در انجام مأموریت و تحقق اهدافش با چه چالش‌های مدیریتی چه به لحاظ نهادی و سازمانی و چه به لحاظ اجتماعی و جامعه هدف در ایران امروز روبرو است؟ با این پیش‌فرض اساسی که سازمان بهزیستی به لحاظ گستره آسیب‌های اجتماعی، افزایش روزافزون مسائل و آسیب‌های اجتماعی که امکانات موجود توان رسیدگی و پاسخگویی به آنها را ندارد (این گزاره با ارجاع به داده‌های آماری فوق‌الذکر مستند شده است). سپس این سوال مطرح شد که سازمان بهزیستی برای ارتقای عملکردش از چه فرصت‌ها (محیط بیرونی) و امکاناتی (محیط داخلی) برخوردار است. پاسخ به این سوال به مثابه بایسته‌ها و مبنایی برای طرح توصیه‌های سیاستی - پس از کدبندی، مقوله‌سازی و مفهوم‌سازی داده‌ها- در این تحقیق مورد استفاده قرار گرفت.

روش‌شناسی تحقیق

در این تحقیق از ترکیب روش‌های مصاحبه عمیق و مصاحبه با مطلعین و خبرگان و نیز مطالعه اسناد و مدارک برای گردآوری داده‌ها استفاده شده است. روش نمونه‌گیری در این مطالعه از راهبرد نمونه‌گیری هدفمند است. تعداد نمونه‌های انتخاب شده در این مطالعه ۲۵ نفر بودند و مصاحبه با این نمونه‌ها تا آنجا ادامه یافت که پاسخ به سوال‌های عمده تحقیق اشباع شده و داده‌های جدیدی در فرایند گردآوری داده‌ها تولید نمی‌شد، بعبارتی محققان به مرحله

اشباع نظری دست یافتند. برای سازماندهی داده‌های گردآوری شده و اسناد و گزارش‌ها، از استراتژی تحلیل موضوعی یا مضمون بهره گرفته شد و داده‌ها با روش تحلیل موضوعی یا مضمون مورد تحلیل و تفسیر قرار گرفت. تحلیل مضمون روشی برای شناخت، تحلیل و گزارش الگوهای موجود در داده‌های کیفی است. مضمون یا تم، مبین اطلاعات مهمی در داده‌ها و سوالات تحقیق است و تا حدی مبین الگوی موجود در مجموعه‌ای از داده‌ها است (Braun & Clarke, 2006: 77) در تحلیل مضمون می‌توان از فراوانی نسبی مضامین برای مقایسه آنها و ترسیم شبکه مضامین استفاده کرد. با این توضیح که تحلیل مضمون عبارتست از تحلیل مبتنی بر استقرای تحلیلی که در آن محقق از طریق طبقه‌بندی داده‌ها و الگویابی درون داده‌ای و برون داده‌ای به یک سنخ‌شناسی و درک تحلیلی دست می‌یابد (Fielding, 1986: 261) (تحلیل مضمون در وهله اول به دنبال الگویابی در داده‌هاست. زمانی که الگویی در داده‌ها بدست آمد باید حمایت مفهومی یا موضوعی از آن صورت بگیرد. در این روش تحلیل، داده‌های متنی و داده‌های پراکنده و متنوع به داده‌های غنی و تفصیلی تبدیل می‌شود (Braun & Clarke, 2006, 77) در تحلیل مضمون، همه داده بررسی شده و مضامین کل داده‌ها تحلیل و تفسیر می‌شوند. به عبارتی تم‌ها از داده‌ها نشات می‌گیرند (Thomas and Harden, 2008: 2) (تم ویژگی تکراری و متمایزی در متن است که نشان دهنده درک و تجربه خاصی در رابطه با سوالات تحقیق است (King & Horrocks, 2010: 13). روال‌های مختلفی در تحلیل مضمون وجود دارد که به‌رغم تفاوت‌های ظاهری، عموم این روال‌ها واجد سه گام عمومی جمع‌آوری و توصیف، سازماندهی و تنظیم و دست‌آورد تفسیر و بازنمایی هستند. مطابق با روش آنالیز تم، در ابتدا داده‌ها را تقلیل داده و برای رسیدن به کدهای باز اولیه، تم‌ها تعیین و بعد تنظیم شدند. محصول این مرحله، دستیابی به مجموعاً هشت زمینه محتوایی استخراج شده از کدگذاری اولیه بود. اگر چه تقلیل داده‌ها و کدگذاری اولیه سطحی نزدیک به



داده‌های اولیه داشت لیکن با سازماندهی آنها و تشکیل خوشه‌های مفاهیم، زمینه‌های محتوایی مناسبی بدست آمد. سپس با تشریح ارتباطات محتوایی تم‌های استخراج شده، ارزیابی عملکرد سازمان بهزیستی مشخص گردید. یافته‌های این مطالعه از دو رویکرد «اتیک» یا نگاه محقق و رویکرد «امیک» یا نگاه سوژه‌های تحت مطالعه گردآوری و ارائه شده‌اند. در این مقاله به دلیل محدودیت فضای نوشتار، از ارائه داده‌های امیک و نقل قول‌های آن تا حد ممکن اجتناب شده و تنها به بخش اتیک آن بسنده می‌شود. مقوله‌های استخراج شده در ابتدا مقوله‌هایی که ضعف را در روابط اجزا شناسایی کرده و به وجه ساختاری سازمان بهزیستی مربوط می‌شد در ذیل چالش‌های ساختاری جایابی شدند، سپس مجموعه عوامل به ظاهر متعارضی که از یکسو انتظارات ارتقا یافته جامعه هدف که برآورده ساختن و تحقق خواسته‌ها را با دشواری روبرو ساخته و از سوی دیگر تصویر محدودی که جامعه از عملکرد سازمان بهزیستی داشته و لاجرم همکاری و حمایت نیز با ابتنای بر این تصور شکل گرفته در ذیل چالش‌های فرهنگی جایابی شد. در کنار این دو مقوله ساختاری و فرهنگی، مجموعه عواملی از سوی خبرگان و کارشناسان ارائه شد که در قالب دو وجه عینی و ذهنی یا به عبارتی چالش‌های کنشی - که مربوط به اقدام و عملکرد سازمان بهزیستی است - و چالش‌های مفهومی - که مجموعه عوامل ذهنی و برنامه‌ریزی در این حوزه را مورد توجه قرار داده‌اند - جایابی شد. با این وصف در بخش برآیند در قالب یک الگوی موضوعی با عنوان «ارتقای الگوی مدیریت سازمان بهزیستی» ارائه شده است که در ادامه به توصیف و تحلیل تم‌های هشت‌گانه مذکور پرداخته می‌شود. در پایان نیز با طبقه‌بندی تم‌ها راهکارهای ارتقای عملکرد سازمان بهزیستی بیان می‌شود.

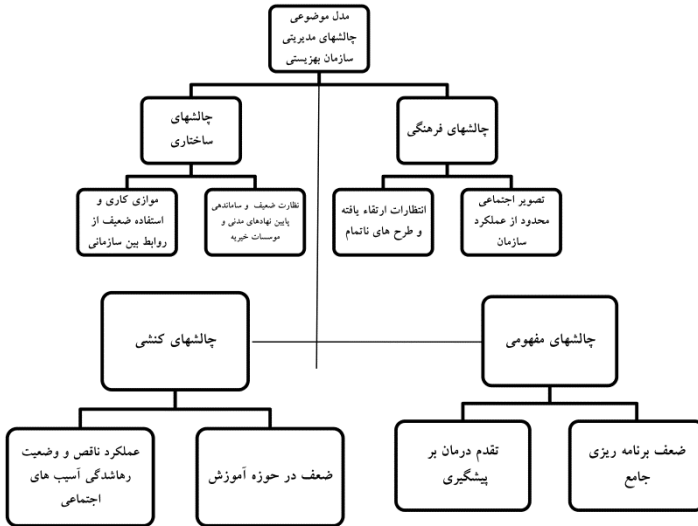
یافته‌های تحقیق

با استفاده از روش تحلیل موضوعی یا مضمون، هشت مقوله عمده از داده‌های

ارزیابی کیفی الگوی مدیریت دولت در... ۷۳

کیفی گردآوری شده استخراج شدند که هر کدام بر بعد خاصی از عملکرد سازمان بهزیستی متمرکز بودند. این هشت مقوله را می‌توان مهمترین ارزیابی در نظر گرفت: ۱- موازی‌کاری و روابط ضعیف بین سازمانی؛ ۲- نظارت پایین و سامان نداشتن نهادهای مدنی و موسسات خیریه در این حوزه؛ ۳- تصویر اجتماعی محدود از عملکرد سازمان؛ ۴- انتظارات ارتقا یافته و طرح‌های ناتمام؛ ۵- موانع برنامه‌ریزی جامع؛ ۶- تقدم درمان بر پیشگیری در مدیریت سازمان بهزیستی؛ ۷- ضعف در حوزه آموزش و عملکرد ناقص و ۸- وضعیت رهاشدگی آسیب‌های اجتماعی، بیانگر این بودند که سازمان بهزیستی برای ارتقای عملکرد خود باید این مقوله‌ها را مورد بازنگری قرار دهد. مقوله‌های هشت‌گانه مذکور را می‌توان در مدل موضوعی زیر در چهار دسته چالش‌های ساختاری، فرهنگی، کنشی و چالش‌های مفهومی جایابی کرد (نمودار شماره-۱).

نمودار ۱. مدل موضوعی چالش‌های الگوی مدیریتی سازمان بهزیستی



انتظارات ارتقا یافته و طرح‌های ناتمام

سازمان بهزیستی تلاش داشته تا بهترین دورنمای ممکن را برای مددجویان تحت حمایت سازمان ترسیم کند؛ طرح سراسری باشگاه سلامت روان خانواده، طرح سراسری مراقبت از معلولان و سالمندان، طرح پایش در مراکز توانبخشی غیردولتی، طرح مراکز ترک الکل، قانون ۱۶ ماده‌ای حمایت از افراد دارای معلولیت، قوانین مربوط به بازنشستگی و اشتغال معلولین و... از جمله نمونه‌های قابل ذکر است. با این حال غالباً این برنامه‌ها به علت عدم وجود ضمانت اجرایی تحقق کامل نیافته و برخی در حد یک شعار محدود شده است. خبرگان با اشاره موردی به «گستره طرح‌های سازمان، بر گلیه‌های اعتراضی جامعه هدف در عدم تحقق و اجرای طرح‌ها» تاکید داشتند:

«قانون ۳ درصد سهم استخدام معلولین اشاره کرد، قانونی که جامه عمل نپوشاند؛ وعده افزایش ۲۰ درصدی یارانه مراکز نگهداری معلولان؛ وعده راه‌اندازی فروشگاه‌های زنجیره‌ای فروش محصولات معلولان که قرار بود کار نوینی در راستای توانمندسازی معلولان باشد؛ وعده حذف یک ماده از قانون جامع که قرار بود بحث کمبود و نداشتن اعتبارات برای استخدام معلولان را مرتفع کرده و پیرو آن وعده ارتقا قانون استخدامی معلولان از سه درصد به پنج درصد؛ قانون بازنشستگی افراد داری معلولیت مصوب سال ۶۷ باگذشت ۲۵ سال از تصویب قانون جامعه عمل نپوشانده و این یعنی اینکه برخلاف قانون، افراد دارای معلولیتی که با ۲۰ سال سابقه خدمت می‌بایست عزت‌مندانه بازنشسته می‌شدند، مجبور بوده‌اند با تحلیل‌های جسمی و روحی مضاعفی روبرو شوند؛ وعده برای ایجاد ۲۶ هزار شغل برای معلولان و جامعه هدف بهزیستی».

موارد فوق‌الذکر از جمله طرح‌های سازمان - مورد اشاره مطلعین - هستند که نتوانسته جامه عمل بپوشد. یکی از خبرگان در سخنان خود بر این نکته تاکید داشته که «برنامه‌های سازمان بهزیستی که با تبلیغات بسیاری نیز همراه بوده

موجب بالابردن انتظارات در جامعه هدف گردیده اما عدم تحقق بخش اعظم از این برنامه‌ها موجب دامن زدن به نارضایتی‌های جامعه هدف گردیده و از میزان مشارکتی که به باور جامعه هدف به برنامه‌های این سازمان وابسته است، بشدت کاسته است». با این وصف مواجهه انتظارات ارتقا یافته با طرح‌های ناتمام، بیش از هر چیز موجب تقلیل مشارکت و باورپذیری جامعه هدف گردیده است. این مهم نهایتاً موجب تضعیف مهمترین مولفه توانمندسازی - مبتنی بر جامعه شده است. آنچنانکه بسیاری از افراد تحت پوشش این سازمان باور موثری جهت مشارکت و همکاری با برنامه‌های توانمندسازی این سازمان ندارند.

تصویر محدود از عملکرد سازمان در جامعه

سازمان حمایتی موفق، سازمانی است که توانایی جذب مشارکت موثر اعضا و حامیان را داشته باشد. این امر بیش از هر چیز منوط به تصویری است که اعضا و حامیان از سازمان دارند. سازمان بهزیستی فراتر از تامین سرمایه، نیروی کار، دانش و تجهیزات مورد نیاز به پذیرش جامعه جهت حفظ و ارتقای سرمایه اجتماعی‌اش نیازمند است. بهرغم این مهم، سازمان بهزیستی حتی نتوانسته جامعه را از گستره وسیع فعالیت‌ها و به تبع آن کنترل، درمان آسیب‌های اجتماعی و حمایت از آسیب‌دیدگان اجتماعی آگاه و همگام خود نماید. از نظر یکی از مطلعین «عموم شهروندان، دارای برداشتی کلیشه‌ای و محدود از سازمان بهزیستی و وظایف آن هستند و خدمات سازمان را محدود و منحصر به حوزه معلولین و فرزندان بی‌سرپرست می‌دانند. در حالیکه خدمات سازمان بهزیستی، طیفی گسترده فعالیت‌ها از جمله: خدمات‌رسانی به کودکان، معلولین، زنان سرپرست خانوار، آسیب‌دیدگان اجتماعی، توانمندسازی معتادین، خدمات‌رسانی به سالمندان و غیره با رویکردهای چهارگانه پیشگیری، توانبخشی، اجتماعی - فرهنگی و مشارکتی را شامل می‌شود».

این امر موجب شده تا سازمان بهزیستی از همراهی و حمایت جامعه در بسیاری

۷۶ فصلنامه دولت پژوهی

از حوزه‌های فعالیتش بی‌بهره بماند. نمود کیفی این امر، مشارکت پایین جامعه در حمایت از فعالیت‌های سازمان بهزیستی در حوزه آموزش است. یکی از کارشناسان در توضیح حوزه حمایت‌های مردمی از فعالیت‌های سازمان بهزیستی به این نکته اشاره می‌کند که «مردم ممکن است برای معلولان کمک کنند اما برای کارگاه آموزشی پیشگیری از اعتیاد یا کارگاه فرزندپروری کسی کمک نمی‌کند». سخن این که خدمات سازمان بهزیستی بنا به گفته رئیس این سازمان بالغ بر ۱۴۰ عنوان فعالیت است که عمدتاً فعالیت‌های این سازمان بر توانمندسازی متمرکز شده است. با این حال تصور عموم جامعه از فعالیت‌های این سازمان بسیار محدود است. امری که لاجرم گستره بسیاری از اقدامات این سازمان را از حمایت جامعه محروم ساخته است.

مضمون	نمونه‌هایی از گستره اقدام سازمان	شناخت عمومی
گستره بالای عملکرد سازمان به‌رغم تصویر محدود جامعه	بیمه تأمین اجتماعی زنان سرپرست خانوار شهری، بیمه تأمین اجتماعی زنان سرپرست خانوار روستایی و عشایری، طرح خدمات مالی خرد، کمک هزینه نگهداری فرزندان بی سرپرست و بدسرپرست، برنامه فوریتهای اجتماعی، ساماندهی کودکان خیابانی، کاهش طلاق، حمایت از زنان خشونت دیده، حمایت از دختران در معرض آسیب، بازپروری زنان و دختران آسیب دیده اجتماعی، توانبخشی مبتنی بر جامعه، شهریه دانشجویان معلول، حرفه آموزی معلولان، آگاه‌سازی پیشگیری از معلولیت‌ها، حمایت روانی اجتماعی پس از بلایا، آموزش مهارت‌های زندگی، آموزش زندگی خانواده، آموزش پیش از ازدواج، خدمت گیرندگان از مراکز ترک اعتیاد (کنترل و کاهش)، مشاوره ژنتیک، پیشگیری از ایدز، مسکن معلولان و مددجویان، ایجاد اشتغال و کارآفرینی و ...	ضعف در جلب مشارکت برای گستره اقدامات / محدود شدن حمایت جامعه از معلولان و خدمت‌رسانی آسیب دیدگان اجتماعی ^۱

۱. نکته حائز اهمیت از نظر کارشناسان این که مشارکت مردم هم در این زمینه اندک گزارش شده است. مثلاً مردم ممکن است برای معلولان کمک کنند اما در خصوص برگزاری کارگاه آموزشی پیشگیری از اعتیاد یا کارگاه فرزندپروری کمتر کسی کمک می‌کند.

علاوه بر تصویر کلیشه‌ای جامعه از سازمان بهزیستی مبتنی بر حمایت آسیب‌دیدگان، مطلعی دیگر در توضیح کارآیی سازمان در جلب حمایت جامعه برای انجام فعالیت‌هایش بیان داشت: «سازمان بهزیستی در فعالیت‌های شناخته شده خود نیز توفیق چندانی برای جلب حمایت اجتماعی لازم به منظور پاسخگویی به نیازهای مددجویان نداشته است». وی شاهد این عدم همراهی جامعه و ضعف در جلب مشارکت را «صف طولانی مددجویانی می‌داند که در انتظار خدمات ارائه شده توسط سازمان بهزیستی هستند». آنچه‌آنکه ارائه خدمات حمایتی به مددجویان (همچون معلولان نیازمند استفاده از خدمات توانبخشی، سالمندان نیازمند پوشش، زنان سرپرست خانوار) از کل جمعیت نیازمند دریافت خدمات، در غالب موارد زیر ۲۵ درصد قرار داشته است.

فقدان جامعیت برنامه‌های بهزیستی

الگوی ذاتی برنامه‌ریزی فارغ از هر رویکردی که برای آن انتخاب شود، از سه گام شناخت و ارزیابی وضع موجود، ترسیم و طراحی وضع مطلوب و تعیین اقدامات لازم برای گذر از وضع موجود به وضع مطلوب تشکیل می‌شود. بدون داشتن اطلاعات آماری از وضعیت موجود، به گونه‌ای که ترسیم مسیر راهنما از آن به دقت و شفافیت به اتکای این اطلاعات امکان‌پذیر باشد، نمی‌توان نخستین گام این فرآیند را به درستی برداشت. علاوه بر این، بدون داشتن نظام تثبیت شده‌ای برای تولید آمار، نمی‌توان با ارزیابی میزان دستیابی به اهداف تعیین شده در برنامه‌ها، چرخه برنامه‌ریزی را کامل کرد.

خبرگان در پاسخ به ارزیابی برنامه‌هایی در سازمان بهزیستی، پاسخ‌های متنوعی را ارائه کردند که عبارتند از: «محور قراردادن آسیب‌دیدگان اجتماعی به جای کلیت آسیب‌های اجتماعی»، «ضعف هماهنگی و نبود نظام‌مندی بین زیر مجموعه‌های سازمان»، «ضعف در نظام برنامه‌ریزی آموزشی و بهسازی نیروی انسانی»، «غلبه رویکرد انفعالی درمانی بر رویکرد فعالانه پیشگیری» و «ضعف

در بهره‌گیری از ظرفیت‌های خدماتی موسسات خیریه و مردم نهاد». به‌رغم این تنوع در پاسخ‌ها، همه آنها بر مساله اطلاعات و آمار به عنوان مبنای برنامه‌ریزی تاکید داشته و سازمان را از این نظر با عباراتی همچون «ضعف آمار و اطلاعات از حجم جامعه هدف و نیازهایی که دارند»، «نبود بانک اطلاعاتی جامع در حوزه معلولین، معتادین، زنان بطور کلی آسیب‌دیدگان اجتماعی»، «ضعف اطلاعات از مهارت‌های زیستی جامعه هدف»، مورد انتقاد قرار می‌دادند. سخن این که سازمان بهزیستی اطلاعات صحیح و قابل اعتمادی از جامعه هدف و مسائل آنها ندارد تا بر مبنای آن بتواند برنامه‌ریزی کند. در واقع به دلیل عدم وجود بانک اطلاعات منسجم و فراگیر نمی‌توان با اطمینان کافی به آمار عملکردها و خدمت‌رسانی‌ها توجه کرد و آنها را مبنای تصمیم‌گیری قرار داد. داده‌های فوق بر فقدان نظام رصد و آینده‌نگر دلالت داشته و از ضعف بنیادی برنامه‌ریزی جامع سازمان بهزیستی حکایت دارد.

ضعف در حوزه نظارت و سامان نیافتگی نهادها در حوزه عمومی

نظارت به عنوان بخش اساسی برنامه‌ریزی، میزان دستیابی به اهداف تعیین شده در برنامه‌های سازمان را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. بدون ارزیابی علمی اساساً معلوم نیست که برنامه در جهت اهداف اساسی خود عمل کند. در واقع اجرای یک برنامه اجتماعی مهم و پرهزینه بدون ارزیابی نتایج‌اش اصلاً قابل توجیه نیست (Alkin and Soloman, 1983). سازمان بهزیستی بدلیل حجم وسیع فعالیت‌ها و تنوع خدمات‌رسانی، نیاز به طراحی و وجود سامانه نظارت و بازرسی موثر دارد. با این وصف بخش قابل توجهی از پاسخ مطلعین در ارزیابی عملکرد سازمان بهزیستی به مقوله ضعف نظارت بر عملکرد این سازمان اختصاص یافت. پاسخ‌دهندگان در پاسخ‌های خود بر این باور تاکید داشتند که علی‌رغم اهمیت وافر نظارت در سازمان بهزیستی، سازوکار نظارتی دائمی برای نظارت و اعمال اصلاحات بر عملکرد موسسات و خیریه‌هایی که با سازمان

بهبودی همکار می‌کنند وجود نداشته است. در توضیح این نارسایی، برخی «وجود درآمدهای پنهان در پرداخت‌های خیرین را به عنوان خلا اساسی در نظارت بر سازمان و سایر مجموعه‌های بدین شکل را عامل عدم شفافیت و ناتوانی برای نظارت بر عملکرد این سازمان» ذکر کردند؛ امری که به گفته یکی از مصاحبه‌شوندگان، موجب «عدم استقرار دیوان محاسبات در بسیاری از ردیف‌های بودجه‌ای بهبودی شده است». مطلعین ضمن اذعان بر ضعف نظارت بر عملکرد این سازمان، علل گوناگونی را در مباحث خود برای توضیح این نارسایی مورد اشاره قرار دادند که از جمله آنها می‌توان به: «کمبود نیروی متخصص، عدم تعریف شاخص‌های نظارت و بازرسی متناسب با نوع طرح‌ها و برنامه‌ها و یا عدم جامعیت شاخص‌ها» اشاره کرد.

یکی از مطلعین با این توضیح که «سازمان بهبودی مکانیسم متناسبی برای همکاری با سازمان‌های مردم‌نهاد، خیریه‌ها و چگونگی نظارت بر این موسسات از جمله مراکز ترک اعتیاد تنظیم نکرده است» بر ضرورت «رابطه نظارت متقابل سازمان بهبودی و سازمان‌های مردم‌نهاد حمایتی و خیریه‌ها» تاکید دارد. مصاحبه‌شونده دیگر با اشاره به این که «در حال حاضر بر اساس آمار رسمی تعداد کمپ‌های غیرمجاز دو برابر کمپ‌های ترک اعتیاد قانونی در کشور است سازمان بهبودی قادر به کنترل این مراکز غیرقانونی نیست». قابل ذکر است که صدور مجوز با ضوابط مختلف از سوی دستگاه‌ها از چالش‌های مهم سازمان‌های حمایتی مردم‌نهاد و خیریه‌هاست. حداقل سه دستگاه وزارت کشور، سازمان بهبودی و نیروی انتظامی با روش‌های متفاوت در امر صدور جواز تاسیس موسسات خیریه دخالت دارند، آنچنانکه هر یک از دستگاه‌های مربوطه به استناد قوانین یا ضوابطی خاص عمل می‌کنند بدون اینکه هیچ تفکیک و طبقه‌بندی و تقسیم وظایفی میان آنها تعریف شده باشد. این روش باعث سرگردانی مردم و خیرین شده و چالشی عمده در فرایندهای اجرایی و خدمت‌رسانی و ارزیابی عملکرد ایجاد کرده است.

اقدام ناتمام و وضعیت رهاشدگی

داده‌ها در پاسخ به این پرسش که میزان کارایی و اثربخشی بهزیستی در پیشگیری و درمان و حمایت، میزان پوشش‌دهی به جامعه هدف سازمان در هر یک از حوزه‌ها و این که فعالیت‌ها در سازمان بهزیستی تا چه میزان موجب توانبخشی جامعه هدف شده است؟ بر اقدام ناتمام و وضعیت رهاشدگی جامعه دلالت دارد. «نبود تناسب نیازهای گروه هدف با اعتبار موجود در سازمان بهزیستی» و «افزایش روزافزون مراجعانی که امکانات موجود توان پاسخگویی به آنها را ندارد» دو گزاره پرتکرار مطلعین بوده است. در این راستا مجموعه حمایت شدگان در حوزه‌های گوناگون - بیان شده از سوی مصاحبه‌شوندگان - شامل: «برنامه فعالیت‌های پیشگیری از معلولیت‌ها برای تعداد کودکان زیر ۶ سال»، «مشاوره‌های ژنتیک انجام شده پیش از ازدواج»، «پوشش برنامه آگاه‌سازی شهری و روستایی (پیشگیری از معلولیت‌ها)»، «تعداد مراکز مشاوره (حضور و غیرحضور)»، «افراد تحت پوشش آموزش پیش از ازدواج»، «تعداد پایگاه‌های سلامت اجتماعی موجود»، «سالمندان تحت پوشش»، «بیماران روانی مزمن تحت پوشش»، «معلولین تحت پوشش سازمان»، «معلولین سرویس گرفته از برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه CBR»، «تعداد خانواده‌های نیازمند تحت پوشش»، «کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست»، «افراد تحت پوشش از خدمات بیمه درمانی»، «معلولین تحت پوشش استفاده از خدمات بیمه مکمل» از سوی سازمان بهزیستی در مقایسه با تعداد کل جامعه هدف که در توضیحات مطلعین به شکل برجسته‌ای تکرار شد، بیش از هر چیز بر ناتمامی پوشش و اقدامات حمایتی این سازمان دلالت دارد.

یکی از مطلعین با تکیه بر آمار بیان داشت: «نزدیک به دویست و چهارده هزار سالمند نیازمند به حمایت بهزیستی در کشور وجود دارد که بهزیستی تاکنون توانسته قریب به ۶۴ هزار سالمند را مورد حمایت قرار داده است». همچنین



«مطابق آمار بهزیستی، نزدیک به یک میلیون و ۶۰۰ هزار زن سرپرست خانوار و نیازمند به حمایت در کشور وجود دارد که بهزیستی تاکنون توانسته کمتر از ۳۰ درصد از آنان را حمایت کند»، «علاوه بر این مطابق آمار بهزیستی نزدیک به ۶۵۰ هزار معلول تحت حمایت این سازمان وجود دارد که مطابق آمار تشکل‌های غیردولتی فعال در حوزه حقوق معلولان، دست‌کم بالغ بر ۳ میلیون معلول در کشور وجود دارد که این آمار بیانگر آن است که درصد بسیار زیادی از معلولان ایرانی از هیچگونه حمایت توانبخشی برخوردار نیستند». اقدام ناتمام از یکسو به نسبت پوشش گروه‌های آسیب‌دیده و تحت حمایت سازمان به کل افراد نیازمند و آسیب دیده و از سوی دیگر به اقداماتی که چرخه توانمندسازی را ناتمام می‌گذارد اشاره دارد.

وجه ناتمامی، روی دیگر رهاشدگی است؛ آنچنان که یکی از مطلعین به روند اجرای «قوانین جامع حمایت از معلولان» که در سال ۱۳۸۳ به تصویب مجلس وقت رسید اشاره کرده و آن را نمونه بارزی از ناتمامی اقدام حمایتی سازمان برمی‌شمارد. با این وصف که قانون مذکور تاکنون نتوانسته به شکلی جدی و فراگیر به اجرا درآید آنچنان که بسیاری از ۱۶ ماده این قانون حمایتی به بوته فراموشی سپرده شده است.^۱ سخن این که ناکامی در خارج کردن افراد از چرخه نیازمندی و آسیب و توانمندسازی افراد نمونه بارزی از اقدام ناتمام و پوشش ناکافی است، در بسیاری از توضیحات مطلعین برجسته شده است؛ ؛ پرداخت مستمری و قانون حمایت از «زنان و کودکان بی‌سرپرست با ۳۰ تا ۵۰ درصد حداقل مستمری که اجرایی نشد»، «فقدان نظام یافتگی در پیگیری و اجرای برنامه‌های حمایتی»، «معادل‌پنداری وام اشتغال با اشتغال، معادل‌پنداری

۱. البته اجرای قانون نامبرده تنها در حیطه وظایف بهزیستی نیست و مثلاً قانون ۳ درصد سهمیه اشتغال معلولان، قوانین مناسب‌سازی ساختمان‌ها و معابر و قوانین واگذاری مسکن ارزان‌قیمت به معلولان که در قانون جامع حمایت از معلولان ذکر شده است که بسیاری از ارگان‌های رسمی کشور همچون شهرداری، وزارت مسکن، وزارت کار و برخی دیگر از ارگان‌های مرتبط با این قانون حمایتی کمتر توجهی بدان داشته‌اند.

مشاغل موقت با اشتغال دائم سازمان بهزیستی»، «نتایج و آمارها در خصوص بازپروری معتادان و آموزش، عملکرد کمپها گسترش مواد مخدر صنعتی و کاهش میانگین سن اعتیاد»، «نتایج و آمارها در حوزه توانمندسازی خانواده‌ها و پیشگیری: افزایش نرخ طلاق به حدود ۲۰ درصد، افزایش کودکان کار و...»، «ضعف در ارائه مهارت‌های تکمیلی و کاربردی‌سازی: برنامه تکمیلی برای کارآفرینی و ورود به بازار کار و یا برنامه جایگزینی وجود ندارد».

همچنین «نحوه ترخیص فرزندان از مراکز، مقرری بسیار ناچیز مستمری‌بگیران، اعمال نشدن قوانین ارتقای ایمنی خودروها»، نمونه‌های مورد اشاره مطلعین از عملکرد ناقص این سازمان در حوزه توانمندسازی و به ثمر رساندن فعالیت‌هایش است. دو وجه رهاشدگی و ناتمامی در روند خدمات‌رسانی از سوی سازمان در ذیل رویکرد انفعالی قابل تعبیر و تفسیر است، امری که به گفته یکی از مطلعین موجب شده سازمان بهزیستی تبدیل به «سازمان خدمات‌رسان به گروه‌های مخاطب تبدیل شده و سطح دسترسی به خدمات سازمان توسط همه مخاطبین و همه مناطق، یکسان نباشد. در این بین، مخاطبین پنهان، مخاطبین دارای محدودیت‌های ارتباطی با سازمان، مخاطبین ساکن در مناطق کمتر توسعه یافته و محروم، مخاطبین کم‌اطلاع از حقوق خود و مواردی همانند این، فراموش شده و این پدیده، بستر را برای توزیع نابرابر و قطبی شدن حمایت‌ها فراهم آورده است».

نبود تناسب نیازهای گروه هدف با اعتبار موجود در سازمان بهزیستی و افزایش روزافزون مراجعانی که امکانات موجود توان پاسخگویی به آنها را ندارد همچنین فقدان ضمانت اجرای ضعیف در تحقق قوانین تصویب شده؛ موجب گردیده تا عملاً بسیاری از آسیب‌دیدگان در حاشیه قرار گرفته و بسیاری از برنامه‌ها ناتمام رها شده و در مواجهه با بسیاری از مسائل، برنامه درخوری توسط سازمان تدوین نشود. آنچنانکه مسائل نوظهور بسیاری در جامعه بوجود آمده که متولی‌ای برای رسیدگی بدان وجود ندارد، همگی بیانگر عملکرد ناتمام

و وضعیت رهاشدگی در خصوص بسیاری از آسیب‌های اجتماعی است که سازمان بهزیستی متولی آنهاست. این در حالی است که قانون‌گذار سازمان بهزیستی را موظف به پیشگیری از بسیاری از آسیب‌های مهم اجتماعی کرده است. با این حال آنچه مسلم است سازمان بهزیستی به تنهایی قادر به تحقق اهداف حمایتی و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی نیست.

تقدم درمان بر پیشگیری در مدیریت سازمان بهزیستی

آمارهای مربوط به بروز آسیب اجتماعی جامعه ایران روندی نزولی نداشته و این از یک دیدگاه به این معناست که سازمان بهزیستی در پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی توفیق نیافته است. «غلبه قاطع رویکرد درمانگری بر پیشگیری» در توضیحات یکی از مطلعین از جمله علل «ناکام ماندن سازمان در مواجهه با خیل گسترده آسیب‌های اجتماعی» در کشور است. سازمان بهزیستی یکی از مهم‌ترین دستگاه‌های اجرایی کشور در امر پیشگیری و حمایت از آسیب‌دیدگان اجتماعی است. اما این سازمان بیشتر وظایف حمایتی و درمانی دارد تا پیشگیری، آنچنان که در مواردی به صورت جداگانه سازمان بهزیستی مکلف به حمایت از نایبانیان، ناشنویان و ... شده و اما در کنار این وظایف حمایتی عنوان پیشگیری از نایبانی، پیشگیری از ناشنویان و ... را نیاورده است. مطلع مذکور در مستدل کردن ادعای خود به شاهد بودجه پیشگیری سازمان بهزیستی اشاره می‌کند با این توضیح که «بودجه پیشگیری سازمان یک سوم بودجه درمان است». مطلع دیگری بر این نکته تاکید دارد که «سازمان بهزیستی بشکل تاریخی از پزشک‌محوری در رنج بوده است» و این که «عامل ایجاد این نقیصه در سازمان بهزیستی مربوط به استقرار سازمان بهزیستی در زیر بخش بهداشت و درمان و خدمات‌رسانی صرف در حوزه توانبخشی به معلولان است». با این وصف سازمانی که با توجه به اهداف خود می‌بایست دارای رویکرد اجتماعی - اقتصادی باشد، مبتلا به پزشک‌محوری است. اثرات تخریبی

این آسیب به حدی جدی است که سازمان فاقد رویکردی علمی - اجرایی یکپارچه نسبت به حوزه حمایتی، بحث رفاه، توانمندسازی، ظرفیت‌سازی و مواردی از این قبیل در جریان خدمات‌رسانی تخصصی شده و بسیاری از موقعیت‌های فرابخشی و اجتماعی - اقتصادی نافع به حال مددجویان را از دست می‌دهد.

از نظر مطلعین، سازمان بهزیستی نباید منتظر وقوع حادثه و شکل‌گیری بحران باشد تا پس از ورود مشکل آن هم بعد از طی نظام بوروکراسی به یاری افراد بپردازد بلکه باید با نگاهی عمیق و توجهی دقیق آینده‌نگری نموده و به عناصری که احتمال قرار گرفتن آنها در شرایط بحران وجود دارد کمک نمایند و اجازه ندهد تا آنان در معرض مشکلات جدی قرار بگیرند. علاوه بر این، مکانیسم یاری‌رسانی به عناصر بحران‌زده باید چنان سریع انجام شود که به معضل تبدیل نشود. علاوه بر اینکه وضعیت آنومی جامعه خود آستن مجموعه آسیب‌های اجتماعی است که نیازمند اتخاذ رویکرد پیشگیرانه است. امری که بیش از هر چیز سازمان بهزیستی را نیازمند نیروهای متخصص در حوزه‌های گوناگون اجتماعی ساخته است.

ضعف در حوزه آموزش

سازمان بهزیستی موظف به پیشگیری، کنترل و درمان بسیاری از آسیب‌های مهم اجتماعی است. انجام این موارد بیش از هر چیز نیازمند آموزش است. به‌رغم این مهم سازمان با کمبود افراد خیره‌ای که توان آموزش داشته باشند مواجه است. از طرف دیگر بودجه‌های اختصاص یافته در حوزه آموزش نیز بسیار محدود است. آمارها نشان می‌دهد ۵۰ درصد اختلالات روانی زیر ۱۴ سال و ۷۵ درصد در سنین زیر ۲۴ سال رخ می‌دهد. اما اهتمام جدی برای اقدام در این خصوص وجود ندارد. از نظر مطلعین «جذب تعداد محدود مددکاری اجتماعی در نظام آموزش و پرورش نشان‌دهنده این است که آموزش و پرورش در تمام این سال‌ها به حدی از بلوغ

نرسیده تا با استفاده از مددکاران اجتماعی در این زمینه گام بسیار موثری بر دارد. حال آنکه بایستی برای شناسایی و دخالت زود هنگام جهت حل این معضل در همه مقاطع آموزشی دوران تحصیلی اقدام شود». این امر بیش از هر چیز تعامل سازمان بهزیستی با سایر نهادها و سازمان‌ها را می‌طلبد. این مهم در خصوص آموزش پرسنل و کارکنان سازمان نیز صادق است. یکی از مطلعین به این نکته اشاره می‌کند که «بسیاری از تشکلهای غیردولتی در خصوص تدوین آیین‌نامه‌ای منسجم جهت برخورد حرفه‌ای مددکاران با مددجویان هشدار دادند آنچنان که گاه برخی از مددکاران این سازمان به مددجویان بهزیستی به دید متکدی نگاه می‌کنند». در این راستا آموزش شیوه‌های خدمت‌رسانی و چگونگی مواجهه با مردم و تکریم انسان‌ها حائز اهمیت است.

موازی کاری و ضعف ارتباطات بین سازمانی

با وجود آنکه سازمان بهزیستی از جمله سازمان‌هایی است که دارای بیشترین حجم تفاهم‌نامه با دستگاه‌های مختلف را دارد، اما حداقل استفاده‌های ممکن از ظرفیت‌های ایجاد شده را داشته است. به گفته یکی از مطلعین «تعداد تفاهم‌نامه‌های بهزیستی با سایر سازمان‌ها بالغ بر ۱۰۰ تفاهم‌نامه بوده است اما این ارتباطات نتایج عملی چندانی برای سازمان و جمعیت تحت پوشش آن نداشته است». در واقع بخش عمده‌ای از وظایف و مسئولیت‌های قانونی و بنیادی سازمان بهزیستی در وجه مشابه و همسان در دیگر سازمان‌ها و نهادهای اجرایی انجام و اعمال می‌شود، از جمله موارد مورد اشاره مطلعین می‌توان به «مشابهت و همسویی فعالیت‌ها و اقدامات در خدمات توانبخشی در جمعیت هلال احمر و سازمان بهزیستی»، «مشابهت و همسویی فعالیت‌ها و اقدامات در زمینه بازپروری و مراقبت از معتادان و مبارزه با اعتیاد ستاده مبارزه با مواد مخدر»، «مشابهت و همسویی فعالیت‌ها و اقدامات در ساماندهی کودکان خیابانی، زنان ویژه و متکدیان شهر با شهرداری» قابل ذکر است. در برخی از

زمینه‌ها نیز نقش سازمان بهزیستی به نسبت فعالیت دیگر سازمان‌ها در آن حوزه بسیار ناچیز است. «ضعف ارتباط سازمان بهزیستی با دانشگاه‌ها و اساتید علوم اجتماعی و علوم تربیتی»، «تعدد دستگاه‌ها و نهادهای مسئول و موظف با تکالیف مشابه و هم‌عرض»، «تداخل وظایف در وجه قانونی و بنیادی خود، هم در بخش حمایت‌های بیمه‌ای (بیمه‌های اجتماعی) و هم در حوزه حمایت‌های غیربیمه‌ای (خدمات اجتماعی)»، «نگاه بالا به پایین و کارفرمایی سازمان بهزیستی به عنوان دستگاه دولتی به نهادهای حمایتی مدنی و موسسات خیریه» به عنوان برجسته‌ترین موارد برشمرده از سوی مطلعین برای همکاری و ارتباطات بین‌سازمانی در این حوزه یاد شده است. سخن این که عدم تعامل و ارتباط بین سازمانی موجب شده تا سازمان بهزیستی کمتر استفاده‌ای از پتانسیل دیگر سازمان‌ها و موسسات در راستای تحقق اهدافش نماید. در واقع سازمان بهزیستی نتوانسته با دستگاه‌ها و نهادهای مسئول و دارای نقش مشابه، مکانیسمی برای همکاری و تعامل ایجاد نمایند.

بحث و راهبردها

مروری بر تم‌های هشت‌گانه استخراج شده، نشان می‌دهد که برخی از آنها مفهومی‌تر بوده و به کلیت موضوع مورد بررسی مربوط می‌شوند (علل ساختاری) و برخی دیگر کاربردی‌تر بوده و مستقیماً حوزه سیاستگذاری را متاثر می‌سازند. از این‌رو پیشنهادات در بخش ساختاری بر ضرورت تغییر رویکرد و در بخش سیاستگذاری، بر دیدبانی و نظارت توأم با برون‌سپاری و تقویت نهادهای مدنی، تمرکز یافته است.

ارزیابی کیفی الگوی مدیریت دولت در... ۸۷

جدول ۱. الزامات ساختاری و تغییرات سیاستی

حوزه سیاستگذاری		ساختاری
برون سپاری و تقویت جامعه مدنی	تمرکز بر دیدبانی و نظارت	تغییر رویکرد
حفظ و ارتقای حامیان؛ تصویرسازی و شفاف سازی و طرح شیوه های جذب حمایت	دیده بانی حوزه آسیب های اجتماعی	تقدم پیشگیری بر درمان در برنامه های سازمان بهزیستی
آموزش نهادهای مدنی و موسسات خیره دغدغه مند کردن نهادهای آکادمیک برای ورود به این حوزه	نظارت بر عملکرد نهادهای اجرایی در حوزه فعالیت های بهزیستی	جلب همکاری دیگر سازمان ها و تقویت ارتباطات بین سازمانی
اصلاح ضوابط موجود توأمان با بهره گیری از نظرات موسسات خیریه	نظارت بر عملکرد نهادهای مدنی در حوزه فعالیت های بهزیستی	تمرکز بر توانمندسازی اتخاذ رویکرد سیستمی در ارائه خدمات امدادی و حمایتی
طراحی و اجرای برنامه ها مرتبط با گروه های هدف با رویکرد توانمندسازی پایدار	طراحی سامانه های مدیریت مشارکتی	اولویت دادن رویکرد آموزشی، فرهنگی و اجتماعی نسبت به برخورد قضایی و انتظامی در برخورد با مسائل اجتماعی
ارتقای و روزآمدسازی استفاده از فناوری های نوین در خدمت رسانی به گروه های هدف.		ساماندهی نظام آمار و اطلاعات درباره گروه های هدف سازمان

تخصصی ساختن حوزه های فعالیت سازمان بهزیستی

با توجه به ابعاد گوناگون آسیب های اجتماعی، انتظار می رود سازمان بهزیستی مشارکت فعال متخصصان، دانشگاه ها و مراکز علمی مرتبط با حوزه فعالیت را جلب نماید و میزان دانایی سازمانی را ارتقا دهد. از این رو اولویت سازمان بهزیستی نیز می بایست تخصصی سازی مدیریتی باشد.

جدول ۲. تخصصی سازی حوزه حمایت و توانمندسازی

مضمون	نمونه - توضیحات مضمون
تخصصی سازی حوزه حمایت و توانمندسازی	- جذب کادر متخصص بویژه در بخش مدیریت و آموزش پرسنل نیروی انسانی؛
	- غالب وظایف بهزیستی در حیطه مسائل و آسیب های اجتماعی است. بنابراین به کارگیری نیروی متخصص در زمینه آسیب های اجتماعی ضرورت دارد؛
	- خدمت رسانی یک امر تخصصی است از این رو ارتباط با دانشگاه و مجامع آکادمیک در تمامی مراحل آسیب شناسی، طرح و برنامه ریزی و اقدام و ارزیابی، حائز اهمیت است؛
	- مسائل گریبانگیر گروه های هدف سازمان بهزیستی و رای ابعاد پزشکی و اقتصادی،

مضمون	نمونه - توضیحات مضمون
	ابعاد اجتماعی و فرهنگی نیز دارد. از این رو انتظار می‌رود مشارکت فعال متخصصان و سازمان‌های علمی مرتبط با حوزه فعالیت سازمان بهیستی را جلب نمایند و میزان دانایی سازمانی را نیز ارتقا دهد.

برون‌سپاری - مدنی‌سازی

بخش وسیعی از مجموعه مسائل سازمان بهیستی همچون محدود بودن مددکاران، منابع ناکافی برای ارائه خدمات، نارضایتی کارکنان، اندازه بزرگ سازمان و بودجه‌های ناکافی تخصیص یافته به این سازمان، ضروریست تا بخش عمده‌ای از کارکردهای سازمان بهیستی به نهادهای مدنی واگذار شود. این امر می‌تواند توأمان با بهره‌گیری از پتانسیل نهادهای مدنی، امکان تمرکز بر ایفای نقش نظارتی، دیدبانی و آموزشی سازمان را فراهم آورد. علاوه بر این، انعطاف‌پذیری سازمان برای مقابله با شرایط متحول شونده آسیب‌های اجتماعی را ارتقا داد. این مهم موجب تسریع ارائه خدمات به آسیب‌دیدگان و نهایتاً افزایش و بهبود کیفی و کمی خدمات و رضایت مددجویان را فراهم آورد.

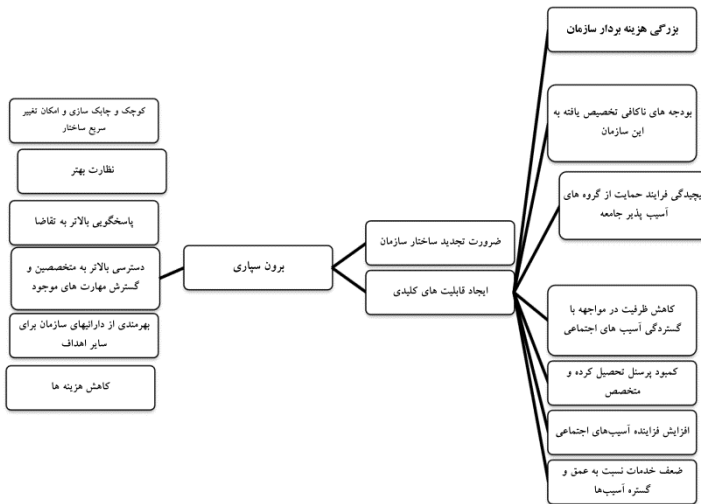
جدول ۳. برون‌سپاری - اجتماعی کردن

مضمون	نمونه - توضیحات مضمون
برون‌سپاری اجتماعی کردن	- دولت‌ها به تنهایی نمی‌توانند پاسخگویی نیازهای فراینده کشور باشند، موسسات خیریه می‌توانند بازوی توانایی برای دولت و همکار توانمندی برای حمایت و توانمندسازی اقشار آسیب‌پذیر باشند؛
	- ساختار سازمانی بهیستی نباید رشد کند و بسیاری از فعالیت‌ها به تشکلهای مردمی واگذار شود؛
	- ضرورت گام برداشتن سازمان در فرایند غیر متمرکز شدن تا نهایتاً به جایی برسد که تنها به ایفای نقش سیاستگذاری و ناظری بپردازد؛
	- کارگزاری فعالیت‌های بهیستی نیازمند مشارکت مردمی و به بهترین شکل در قالب انجمن‌های خاص است؛
	- جلب مشارکت مردمی و تقویت تأثیرگذاری نهادهای مردمی در حوزه عملکرد سازمان بهیستی.

ارزیابی کیفی الگوی مدیریت دولت در... ۸۹

در بسیاری از کشورها وظایف بهزیستی را انجمن‌ها و مراکز خیریه عمومی، خصوصی و نیمه‌دولتی انجام می‌دهند. الزامی نیست که سازمان‌ها برای گسترش فعالیت‌هایشان به تشکیلاتی بدل شوند که تعداد زیادی افراد را در استخدام خود داشته باشند. آنچنان که به قول یکی از مطلعین «در سال‌های اخیر بنیاد امور بیماری‌های خاص، بخشی از وظایف سازمان بهزیستی را به خوبی انجام می‌دهد». با این وصف این انجمن‌ها می‌توانند به تعداد مقبولی گسترش یابند و تحت حمایت و نه صرفاً نظارت سازمان بهزیستی سازماندهی شوند.

نمودار ۲. برون‌سپاری کارکردهای سازمان بهزیستی



نظارت و حمایت سازمان بهزیستی بر نقش آفرینی نهادهای مدنی

دگرگونی سریع اجتماعی و تغییرات عمده در جهان امروز، نیاز به تحول در امور و انعطاف سازمانی را طلب می‌کند. در بستر چنین تغییر و تحولاتی، انجمن‌های مردم‌نهاد نقش مهمی را در اصلاح ساختار و اداره عمومی و تعامل با دولت‌ها، کاستن و مدیریت آسیب‌ها و چالش‌های جوامع امروز از طریق جلب مشارکت و توانمندی مردم می‌توانند عهده‌دار باشند. علاوه بر این دو مقوله

همی که سازمان بهزیستی می‌بایست بدان توجه داشته باشد؛ علم و آگاهی جهت شناسایی آسیب‌های اجتماعی و طرح راهکارهای آکادمیک به منظور پیشگیری از معضلات و آسیب‌های اجتماعی است. در این راستا بیش از هر چیز بر نقش حمایتی، مدیریتی و نظارتی سازمان بهزیستی تاکید می‌شود.

نمودار ۳. ارتقای نظارت‌پذیری و فعال شدن نهادهای مدنی



ارتقا سطح ارتباطات فرابخشی

محدودیت‌های سازمانی و مالی و تخصصی بعلاوه گستره آسیب‌ها و مسائل اجتماعی بر ضرورت تغییر رویکرد به منظور مدیریتی مشارکتی مبتنی بر گسترش ارتباطات بین‌سازمانی دلالت دارد. به عنوان نمونه آنچنان که یکی از

ارزیابی کیفی الگوی مدیریت دولت در... ۹۱

مطالعین بیان داشت «آمارها نشان می‌دهد ۵۰ درصد اختلالات روانی زیر ۱۴ سال و ۷۵ درصد در سنین زیر ۲۴ سال رخ می‌دهد. اما اهتمام جدی برای اقدام در این خصوص که قاعدتا در حوزه پیشگیری است، وجود ندارد». حال آنکه بایستی برای شناسایی و دخالت زودهنگام جهت حل این مساله حاد در همه مقاطع آموزشی دوران تحصیلی اقدام شود. این امر بیش از هر چیز تعامل سازمان بهزیستی با سایر دستگاه‌ها و سازمان‌ها را می‌طلبد. در خصوص نمونه فوق‌الذکر ایجاد بستر لازم برای جذب مددکاران اجتماعی در مدارس و فعال کردن حوزه عمومی جهت بکارگیری تمامی نهادهای اجتماعی توصیه می‌شود.

نمودار ۴. ارتقا سطح ارتباطات فرابخشی



قدر مسلم این که هرگز یک سازمان به تنهایی نمی‌تواند از بروز آسیب‌های اجتماعی عمیقی مانند طلاق پیشگیری کند و بروز این آسیب‌ها به عوامل بسیار متعدد فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی بستگی دارد. از این رو مشارکت تمامی دستگاه‌ها و نهادهای ذیربط می‌بایست جلب شود.

جمع‌بندی

سازمان بهزیستی مسئول اصلی رسیدگی به آسیب‌های اجتماعی است و ارتقای میزان کارایی و اثربخشی مدیریت سازمان بهزیستی با توجه به گستره و انباشت مسائل اجتماعی حل نشده جامعه، در پیشگیری و درمان و حمایت مساله‌ای حائز اهمیت است. هدف اصلی ارتقای عملکرد مدیریت سازمان بهزیستی به عنوان بزرگترین و مهمترین نهاد دولتی در کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی است. این مهم با طرح این سوال که سازمان بهزیستی در انجام ماموریت و تحقق اهدافش با چه چالش‌های مدیریتی چه به لحاظ نهادی و سازمانی و چه به لحاظ اجتماعی و جامعه هدف در ایران امروز روبرو است، پیگیری شد. در این راستا داده‌ها دو بخش چالش‌های مدیریتی سازمان بهزیستی در انجام ماموریت و تحقق اهدافش از یکسو و فرصت‌ها (محیط بیرونی) و امکانات (محیط داخلی) جهت بهبود مدیریت- به مثابه بایسته‌ها و مبنایی برای طرح توصیه‌های سیاستی- از سوی دیگر کدبندی و مفهوم‌سازی شد. نتایج این پژوهش کیفی نشان می‌دهد سازمان بهزیستی برای تحقق اهدافش با مسائل و چالش‌های بسیاری روبرو است. انتظارات ارتقا یافته و ناکام مانده مددجویان، فقدان برنامه‌ریزی جامع و سیستمی، ضعف در حوزه آموزش و عملکرد ناقص و وضعیت رهاشدگی آسیب‌های اجتماعی از جمله موانع دستیابی این سازمان به اهدافش بوده است. بر همین اساس این پژوهش بر تغییر ژرف در رویکرد تقدم درمان بر پیشگیری در مدیریت سازمان بهزیستی و بازتعریف سیاست‌های روابط بین سازمانی، تلاش برای بازسازی تصویر اجتماعی از عملکرد سازمان،

تقویت و تمرکز بر بعد نظارت، دیدبانی و آموزشی سازمان و نهایتاً سامان دادن نهادهای مدنی و موسسات خیریه در این حوزه، تاکید دارد. پیشگیری از معضلات و آسیب‌های اجتماعی باید در اولویت وظایف سازمانی بهزیستی قرار گیرد و این مهم با توجه به محدودیت در حوزه منابع، می‌بایست از طریق فعال کردن حوزه عمومی و بکارگیری نهادهای اجتماعی پیگیری شود. در واقع دگرگونی سریع اجتماعی، نیاز به تحول در امور و انعطاف سازمانی دارد. از این رو بخش وسیعی از وظایف بهزیستی می‌بایست طی فرایندی به انجمن‌ها و مراکز خیریه محول کرد. این انجمن‌ها می‌توانند به تعداد مقبولی گسترش یابند و تحت نظارت سازمان بهزیستی هدایت شوند.

مقوله‌های هشت‌گانه مطرح شده نقاط بحرانی عملکرد سازمان بهزیستی است. بر مبنای آسیب‌شناسی و الزامات و امکانات ساختاری، راهبردها در محورهای زیر ارائه شد؛ برون‌سپاری و ساماندهی موسسات خیریه، دیده‌بانی مسائل اجتماعی و آسیب‌شناسی آنها جهت مواجهه متناسب و به موقع، هماهنگی و وحدت رویه در مواجهه با آسیب‌های اجتماعی و آسیب‌دیدگان اجتماعی، گسترش سرمایه‌های اجتماعی سازمان بهزیستی، بسترسازی جهت تقویت سازمان‌های غیردولتی جدید، ارتقای نقش‌آفرینی نهادهای مدنی، افزایش و ارتقای بهره‌وری از ارتباطات بین‌سازمانی، تخصصی ساختن امر خدمت‌رسانی و مشارکت دادن موسسات در فرایندهای برنامه‌ریزی.

سازمان بهزیستی می‌بایست با اتکا بر تخصص‌گرایی و دانش‌محوری، امکان دسترسی حداکثری جمعیت هدف خود را به خدمات مورد نیاز فراهم آورد. پیشگیری و کنترل آسیب‌های اجتماعی و حمایت و توانبخشی، در حوزه‌های متعدد، مدیریت‌های تخصصی می‌طلبد. از این رو تعامل و جذب همکاری مراکز آکادمیک و انگیزه‌بخشی به پژوهشگران جهت انجام پروژه‌های سازمان بهزیستی و طرح راهکارهای علمی ضروری است. فعالیت‌های بهزیستی نیازمند مشارکت مردمی و تقسیم و ایفای نقش‌ها بدست انجمن‌های خاص است، از این رو سازمان



۹۴ فصلنامه دولت پژوهی

بهزیستی می‌بایست در مسیری گام بردارد که بر ایفای نقش دیده‌بانی، سیاستگذاری، آموزش، سازمان‌دهی و نظارتی متمرکز گردد. نهایتاً اینکه سازمان بهزیستی باید با اتکا بر تخصص‌گرایی، دانش‌محوری، توسعه‌یافتگی، توانبخشی و پیشگیری را با حمایت نهادهای مدنی تقویت شده فراهم نماید.

منابع

الف) فارسی

- احمدی، حبیب، (۱۳۷۷)، *نظریه‌های انحرافات اجتماعی*، شیراز: انتشارات رز.
- سلیمی، علی و داوری، محمد، (۱۳۸۰)، *جامعه‌شناسی کج روی*، قم: پژوهشکده حوزه و دانشگاه.
- عبدالهی، محمد، (۱۳۸۱)، *طرح مساله اجتماعی در ایران: اهداف و ضرورت‌ها*، مسائل اجتماعی ایران، تهران: نشر آگه.
- قهاری، حسین، (۱۳۸۳)، *بررسی روند آسیب‌های اجتماعی در ایران*، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- ممتاز، فریده، (۱۳۸۱)، *انحرافات اجتماعی: نظریه‌ها و دیدگاه‌ها*، تهران: شرکت سهامی انتشار.
- هلاندر، مندیس، نلسون و گنوردت، (۱۳۷۶)، *آموزش در جامعه برای افراد دارای ناتوانی*، ترجمه احمد فتوحی، تهران: ستاد گسترش توانبخشی مبتنی بر جامعه.

مقاله‌ها

- رحیم زاده، حسین، رحیم پور، عدنان، رحیم پور، فلاح، (۱۳۹۶)، «*راهکارهای فقه اسلامی پیشگیری از وقوع آسیب اجتماعی طلاق*»، *علوم اجتماعی*، تابستان ۱۳۹۶، شماره ۳۷.
- رفیعی، حسن و همکاران، (۱۳۸۷)، «*مشکلات اجتماعی در اولویت*»، *مجله جامعه‌شناسی ایران*، دوره نهم، بهار و تابستان ۱۳۸۷، شماره ۱ و ۲.
- عبدالهی، محمد (۱۳۸۰)، *طرح مساله اجتماعی در ایران: اهداف و ضرورت‌ها*، ویژه‌نامه دومین همایش مسائل اجتماعی ایران، پاییز، دروه ۳، شماره ۳.
- محمدپور، احمد، بوستانی، داریوش، علیزاده، مهدی، (۱۳۹۱)، «*ارزیابی کیفیت عملکرد سازمان‌های بهزیستی و کمیته امداد در کاهش فقر زنان سرپرست خانوار شهر ساری*»، *رفاه اجتماعی*، پاییز ۱۳۹۱، شماره ۴۶.
- مطیع، ناهید و همکاران، (۱۳۷۸)، «*فرصت‌های کودکان در خانواده‌های زن*

سرپرست»، یونیسف، مجله زنان، دوره ۸ و شماره ۵۳.
مقدس جعفری، محمد حسن، محمدی، نعیم، (۱۳۸۵)، «نقدی بر رویکرد
توانمندسازی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی (مورد مطالعه شهر
کرمان)»، *علوم اجتماعی (دانشگاه آزاد شوشتر)*، زمستان ۱۳۸۵، پیش شماره ۲.
موسوی چلک، حسن؛ سام آرام، عزت اله؛ حسینی حاجی بکنده، سیداحمد، (۱۳۹۷)،
«سیاست‌های اجتماعی پیشنهادی در حوزه کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی
در ایران»، *رفاه اجتماعی*، پاییز ۱۳۹۷، شماره ۷۰.
سایت رسمی سازمان بهزیستی: <http://www.behzisti.ir/news/>

ب) انگلیسی

- Alkin, Marvin and Soloman, Lewis, (1983), *Conducting Benefit-Cost Analysis of Program Evaluations, In the Costs of Evaluations*, Ed. Alkin and Solomon, Sage Publications, Beverly Hills.
- Braithwaite J, Mont D, (2009), "Disability and Poverty: A Survey of World Bank Poverty Assessments and Implications", *ALTER –European Journal of Disability Research/ Revue Européenne de recherche sur le handicap*, No. 3.
- Braun, V. & Clarke, V, (2006), "Using the Matic Analysis in Psychology", *Qualitative Research in Psychology*, Vol. 3, No. 2.
- CBR, (2004), A Strategy for Rehabilitation, Equalization of Opportunities, Poverty Reduction and Social Inclusion of People with Disabilities: Joint Position Paper, Geneva, World Health Organization.
- Detels R. at al, (2004), *Oxford Textbook of Public Health, Fourth Edition*, Oxford University Press.
- Elizabeth T. Anderson Judith McFarlanr, (2008), *Community as Partner, theory and Practice in Nursing*, 5th edition Lippincott Williams & Wilkins.
- Fielding, N. and J. Fielding, (1986), *Linking Data*, London: Sage Publications Ltd.
- Filmer D, (2008), "Disability, Poverty and Schooling in Developing Countries: Results from 14 Household Surveys", *The World Bank Economic Review*, No. 22.
- Fritz D et al, (2009), "Making Poverty Reduction Inclusive: Experiences from Cambodia", Tanzania and Vietnam, *Journal of International Development*, No. 21.
- Gabrium, J. F, (1998), *Analyzing Field Reality*, London: Sage

- Publications Ltd.
- Grosh M, del Ninno C, Tesliuc E, Ouerghi A, (2008), For Protection and Promotion: The Design and Implementation of Effective Safety Nets, Washington, World Bank.
- <http://www.behzisti.ir/RContent/0002E7-.aspx>, <http://www.behzisti.ir/RContent/0002E9-.aspx>
- Jenkins SP, Rigg JA, (2003), *Disability and Disadvantage: Selection, Onset and Duration Effects*, London, London School of Economics, Centre for Analysis of Social Exclusion, (CASEpaper 74).
- King, N., & Horrocks, C, (2010), *Interviews in Qualitative Research*, London: Sage.
- Michael M. and Richard G. Wilkinson, (1999), *Social Determinant of Health*, Oxford University Press.
- Nahvinejad H, (2004), Performance of Community – Based Rehabilitation (CBR) in Rural Areas of Islamic Republic of Iran”, *Iranian Rehabilitation Journal*, April , Vol.1. No.1.
- Oliver M, (1990), *The Politics of Disablement*, Basingstoke, Macmillan and St Martin’s Press.
- Quinn G, Degener T, (2002), A Survey of International, Comparative and Regional Disability Law Reform, In: Breslin ML, Yee S, eds. *Disability rights law and policy - international and national perspectives*. Ardsley, Transnational.
- <https://dredf.org/news/publications/disability-rights-law-and-policy/a-survey-of-international-comparative-and-regional-disability-law-reform>.
- (2010), *Realizing the MDGs for Persons with Disabilities*, New York, United Nations, General Assembly (A/RES/64/131).
- (2006), Report of the 4th Meeting on Development of CBR Guidelines, Geneva: World Health Organization.
- Riddell RC, (2010), Poverty, Disability and Aid: International Development Cooperation, In Barron T, Ncube JM, eds, *Poverty and Disability*, London, Leonard Cheshire Disability.
- Sen A, (2009), *The Idea of Justice*, Cambridge, The Belknap Press of Harvard University Press.
- Thomas, James and Angela Harden, (2008), Methods for the Thematic Synthesis of Qualitative Research in Systematic Reviews, ESRC National Centre for Research Methods NCRM Working Paper Series Number, Social Science Research Unit, London.
- World Report on Disability, (2011), *World Health Organization*, Geneva, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, World Health Organization are available on the WHO web site: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf?ua=1