

مدل جامع کشوری ارزشیابی معاهده‌ی بین‌المللی کنترل دخانیات*

نضال صراف‌زادگان^۱، کتابیون ربیعی^۲، رضا روزبهانی^۳، حیدرعلی عابدی^۴، رویا کلیشادی^۵،
موسی علوی^۶، خدیجه فریدون محصلی^۷، غلامرضا حیدری^۸، حسن آذری‌پور ماسوله^۹

چکیده

مقدمه: افزایش روزافزون مصرف دخانیات در دنیا سبب شد تا سازمان جهانی بهداشت اولین معاهده‌ی سلامتی خود را با عنوان «معاهده‌ی بین‌المللی کنترل دخانیات (Framework Convention Tobacco Control یا FCTC)» در سال ۲۰۰۳ در خصوص دخانیات تدوین کند. کلیه‌ی امضاکنندگان از جمله ایران متعهد شدند که آن را طی ۳ سال به اجرا درآورند. این مطالعه جهت طراحی مدلی برای ارزشیابی اجرای این معاهده در ایران انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه یک مطالعه‌ی کیفی بود که در سال ۱۳۸۷ انجام گرفت و در آن با تعداد ۲۶۵ نفر از سیاست‌گذاران، افراد ذینفع و سایر افراد جامعه، مصاحبه به عمل آمد. پس از استخراج کدهای سطح اول و دوم و تبدیل آن‌ها به کدهای سطح سوم، مفاهیم اصلی مدل ارزشیابی به دست آمد.

یافته‌ها: در مجموع ۷۲ کد سطح سوم جمع‌آوری شد و به دنبال آن مفاهیم در ۱۲ دسته‌ی کلی طبقه‌بندی شدند. سپس با بررسی نحوه‌ی تعامل این دسته‌ها با یکدیگر، مدل ارزشیابی طراحی گردید.

نتیجه‌گیری: بر اساس مفاهیم و مدل به دست آمده، ارزشیابی اجرای این معاهده در ایران باید در سطوح مختلف و با در نظر گرفتن همه‌ی اهداف مرتبط با این مفاهیم انجام گیرد.

واژه‌های کلیدی: ارزشیابی؛ مدل‌های نظری؛ استعمال دخانیات.

نوع مقاله: تحقیقی

پدیرش مقاله: ۱۹/۱۰/۱۹

اصلاح نهایی: ۱۹/۱۰/۱۸

وصول مقاله: ۱۹/۱۰/۹

ارجاع: صراف‌زادگان نضال، ربیعی کتابیون، روزبهانی رضا، عابدی حیدرعلی، کلیشادی رویا، علوی موسی، فریدون محصلی خدیجه، حیدری غلامرضا، آذری‌پور ماسوله حسن. مدل جامع کشوری ارزشیابی معاهده‌ی بین‌المللی کنترل دخانیات. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۸۹؛ ۷ (ویژه‌نامه): ۵۳۳-۵۴۵.

مقدمه

امروزه اپیدمی مصرف دخانیات در جهان رو به گسترش است، به طوری که در حال حاضر صدها میلیون نفر مصرف‌کننده‌ی مواد دخانی در جهان هستند (۱). این مسأله سبب افزایش ابتلا به بیماری‌های مرتبط با مصرف دخانیات، مرگ و میر و ناخوشی ناشی از آن‌ها و افزایش بار این بیماری‌ها بر جوامع جهانی شده است (۲). سرمایه‌گذاری خارجی مستقیم و تجارت آزاد جهانی، تبلیغات جهانی، حمایت‌های مالی گسترده‌ی کارخانجات ساخت سیگار و تشکیل شرکت‌های بزرگ جهانی از علل عمده‌ی افزایش مصرف دخانیات در دنیا هستند (۳).

* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب به شماره‌ی ۸۶۱۲۶ می‌باشد که توسط مرکز تحقیقات قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان حمایت شده است.

۱. استاد، مرکز تحقیقات قلب و عروق اصفهان، پژوهشکده‌ی قلب و عروق اصفهان، گروه قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۲. دکترای حرفه‌ای، مرکز تحقیقات قلب و عروق اصفهان، پژوهشکده‌ی قلب و عروق اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده‌ی مسؤل)
Email: ktrabiei@gmail.com
۳. دکترای حرفه‌ای، مرکز بهداشت شماره‌ی ۲، اصفهان، ایران.
۴. دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران.
۵. استاد، گروه کودکان، مرکز تحقیقات قلب و عروق اصفهان، پژوهشکده‌ی قلب و عروق اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۶. دانشجوی دکتری، گروه پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۷. کارشناس، دفتر سلامت محیط و کار، وزارت بهداشت و آموزش پزشکی، تهران، ایران.
۸. مربی پژوهشی، اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات پیشگیری و دخانیات، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۹. دکترای حرفه‌ای، مدیریت درمان سازمان تأمین اجتماعی، اصفهان، ایران.

می‌گیرد. این پرسش‌نامه‌ها به صورت سالیانه همراه با مستندات موجود، که به یکی از ۸ زبان مورد تأیید سازمان جهانی بهداشت ترجمه شده باشد، ارسال می‌گردد (۶).

ایران یکی از ۱۶۸ کشور امضا کننده‌ی معاهده است که در سال ۱۳۸۵ معاهده را امضا و تصویب نموده است. از این رو باید مداخلاتی بر اساس مفاد این معاهده ظرف مدت ۳ سال از تاریخ تصویب آن، در این کشور به اجرا در می‌آید. در ایران قانون جامع مبارزه و کنترل دخانیات بر اساس اهداف و مفاد معاهده و امکانات موجود و نیز قوانین و مصوبات جدید تدوین شده است. اجرای این قانون و یافتن نتایج حاصل از اجرای آن نیاز به سیستم ارزشیابی خاص خود دارد.

نظر به این که روش به اجرا درآوردن معاهده و نیز مشکلات اجرایی آن نه فقط در کشور ما بلکه در هر کشوری با کشورهای دیگر متفاوت است و شرایط فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی جوامع مختلف در هر کشور بر نحوه‌ی اجرای مفاد معاهده تأثیر می‌گذارد؛ به همین دلیل نحوه‌ی ارزشیابی باید بر حسب شرایط کشورها و جوامع مختلف بومی شود. هدف از این مطالعه یافتن یک مدل جامع کشوری برای ارزشیابی اجرای مفاد معاهده‌ی کنترل دخانیات سازمان بهداشت جهانی بود.

روش بررسی

این مطالعه یک تحقیق کیفی از نوع گراند تئوری با هدف استخراج مفاهیم اصلی و فرایندهای مرتبط با به اجرا درآمدن معاهده‌ی FCTC در ایران در سال ۱۳۸۷ بود. ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه، شامل مشاهده و یادداشت برداری و نیز انجام مصاحبه‌های فردی یا گروهی بود.

برای تعیین محورهای اصلی سؤالات مصاحبه‌ها، ابتدا کلیه‌ی مدارک و بخش‌نامه‌های موجود اعم از مواردی که پیش از تصویب قانون جامع کنترل دخانیات در ایران اجرا می‌شد و مواردی که پس از تصویب آن به اجرا درآمد، جمع‌آوری و مورد بررسی قرار گرفت. کلیه‌ی مواد قانون مورد مطالعه قرار گرفت و با مفاد معاهده‌ی FCTC مقایسه شد.

با توجه به این امر، سازمان جهانی بهداشت در راستای رسالت خود در کاهش ابتلا به بیماری‌ها، در تاریخ ۱۶ تا ۲۲ ژوئن سال ۲۰۰۳ اجلاسی در ژنو جهت طراحی معاهده‌ی کاری کنترل مصرف دخانیات تشکیل داد و معاهده‌ی جهانی را با ۳۸ ماده تحت عنوان «معاهده‌ی کنترل دخانیات FCTC» مصوب کرد. در این معاهده، که اولین معاهده‌ی بین‌المللی سازمان ملل در ارتباط با بهداشت عمومی است، امضا کنندگان متعهد گردیدند تمام امکانات و قوانین لازم را برای اجرای مفاد معاهده فراهم کنند و اولویت محافظت از سلامت جامعه را در صدر کارهای خود قرار دهند (۴).

اهداف اصلی معاهده به طور خلاصه شامل افزایش قیمت سیگار، حفاظت شهروندان در مقابل دود سیگار در محیط‌های کاری، وسایل حمل و نقل عمومی و اماکن مسقف، جلوگیری از تبلیغات و حمایت‌های مالی تولید کنندگان عمده‌ی دخانیات در جهان، اجبار تولید کنندگان سیگار در استفاده از برچسب‌های تهدید سلامتی توسط دخانیات بر روی پاکت سیگار، تسهیل روش‌های بررسی مواد موجود در محصولات دخانی، افزایش آگاهی عمومی، طراحی روش‌های مناسب و مؤثر جهت ترک سیگار، طراحی و اجرای قوانینی جهت جلوگیری از فروش محصولات دخانی به کودکان و نوجوانان، پیدا کردن راه‌های درآمدزایی برای کارگران کارخانجات تولید کننده‌ی محصولات دخانی، کشاورزان تولید کننده‌ی تنباکو و فروشندگان محصولات دخانی هستند.

با توجه به این که برای تعیین میزان موفقیت، قابلیت اجرا، نتایج کوتاه مدت و نتایج بلند مدت یک برنامه، باید آن برنامه به صورت سیستماتیک، در آید (۵)؛ بنابراین در کشورهایی که انجام مفاد معاهده‌ی FCTC در سطح جامعه و کلیه‌ی سازمان‌های مرتبط عملی می‌گردد، باید سیستم‌های ارزشیابی و پایش جهت بررسی میزان پیشرفت و دستیابی به اهداف معاهده طراحی و اجرا گردد.

از آنجایی که در معاهده به گزارش دهی متناوب توسط امضا کنندگان اشاره شده است، این کار به صورت تکمیل فرم گزارش دهی سالیانه توسط مسؤولین بهداشتی دولتی انجام

یا مردان با گروه سنی برابر یا بالاتر از ۱۹ سال، مردان و دختران و پسران ۱۱ تا ۱۸ سال بودند. در این مرحله در مجموع با ۱۴۶ نفر مصاحبه شد. در مجموع، اشباع اطلاعات در این مطالعه با ورود ۲۶۵ شرکت کننده حاصل شد.

مراحل انجام پژوهش از نظر رعایت ملاحظات اخلاقی توسط شورای پژوهشی مرکز تحقیقات قلب و عروق اصفهان و سایر مؤسسات درگیر در این پژوهش تأیید شد. در روش مشاهده، همکاران پژوهش تنها از موارد قابل توجهی که در مشاهده‌ی سوپرمارکت‌ها، دکه‌ها، رستوران‌ها، چایخانه‌ها و کافه تریاها می‌دیدند، یادداشت بر می‌داشتند. مصاحبه‌ها توسط همکاران پژوهش که تجربه‌ی انجام مصاحبه در تحقیق کیفی را داشتند، انجام شد. آن‌ها پیش از شروع این مرحله، معاهده‌ی بین‌المللی، قانون جامع کشوری و آیین‌نامه‌ی اجرایی آن را به طور کامل مطالعه کرده بودند و توانایی هدایت مصاحبه را بدون تأثیرگذاری در صحبت‌های مصاحبه شونده، دارا بودند. هر مصاحبه به طور جداگانه یا گروهی و با اطمینان دادن به شرکت کننده در مورد محرمانه ماندن اطلاعات شخصی وی ضبط گردید. سپس همه‌ی مصاحبه‌های ضبط شده، بر روی کاغذ پیاده گردید و مورد کدگذاری اولیه قرار گرفت. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش بر مبنای روش پیشنهادی Strauss و Corbin بود (۷). این روش طی سه مرحله‌ی کددهی باز، محوری و انتخابی صورت گرفت. در مرحله‌ی کددهی باز که به طور عمده شامل «شکستن» داده‌ها است، پس از تفکیک داده‌ها، قطعه‌های جدا از هم را از نظر تفاوت‌ها و شباهت‌هایشان بررسی می‌کنند. منظور از داده، یک جمله یا پاراگراف از یک مصاحبه یا مشاهده است. هدف از این مرحله، تشخیص مفاهیم مجزا از هم است. این مفاهیم، واحدهای پایه را در آنالیز گراند تئوری تشکیل می‌دهند. با جستجوی شباهت‌ها و تفاوت‌ها و پرسیدن سؤالات، مفاهیمی که جوهره‌ی مشابه دارند به تدریج با یک اسم واحد برچسب می‌خورند. سپس می‌توان هر مفهوم را با مجموعه‌ای از ویژگی‌ها و ابعاد خاص تعریف کرد تا وضوح و درک آن بیشتر شود. به این ترتیب

پس از آن با بررسی آیین‌نامه‌ی اجرایی قانون، روش اجرای مفاد مورد بررسی قرار گرفت و با یک هدف معاهده مقایسه شد. به علاوه، روش‌ها و پرسش‌نامه‌های ارزشیابی FCTC که در سایر کشورها مورد استفاده قرار می‌گرفتند، نیز مورد بررسی قرار گرفتند. سپس جلساتی با مجریان و همکاران مطالعه تشکیل شد. در این جلسات پس از تشریح مجدد کلیه‌ی اهداف و نحوه‌ی اجرای طرح، تأکید بر روش تحقیق کیفی و انجام مصاحبه‌ها برای همکاران توضیح داده شد.

طبق نظر همکاران طرح سه دسته افراد در ارتباط با اجرای مواد قانون جامع کنترل دخانیات در ایران مورد مصاحبه قرار می‌گرفتند: (۱) سیاست‌گذارانی که در طراحی قانون، آیین‌نامه و بخشنامه‌های مرتبط با آن دخیل بودند، (۲) ذینفعان و افرادی که منافع آن‌ها به نوعی با اجرای قانون مرتبط بود و (۳) افراد جامعه که هدف اصلی اجرای قانون، ارتقای سطح سلامت در آن‌ها است. بنابراین شرکت کنندگان زیر جهت ورود به مطالعه انتخاب شدند:

سیاست‌گذاران (policy makers): شرکت کننده‌ها از بین مدیران شاغل در بخش‌هایی که در رابطه با قانون جامع کنترل دخانیات دارای تجربه بودند، انتخاب شدند که در مجموع ۱۳ مصاحبه در این گروه انجام گرفت.

ذینفعان (Stakeholders): شامل تولید کنندگان، فروشندگان، توزیع‌کنندگان، رستوران‌داران، چایخانه‌داران، کشاورزان و سوپرمارکت‌ها بودند که با آن‌ها مصاحبه‌ی فردی بر اساس پرسش‌نامه‌ی طراحی شده و منطبق با اهداف پژوهش، انجام شد. در این مرحله با ۷۶ نفر از شاغلین در فروشگاه‌ها و سوپرمارکت‌ها، ۸ نفر از تنباکوکاران و ۲۲ نفر از صاحبان رستوران‌ها، چایخانه‌ها و کافه تریاها مصاحبه شد.

افراد جامعه (Community members): این افراد شامل مصرف کنندگان فعلی دخانیات (current smoker)، سیگاری‌های غیر فعال (passive smokers)، افرادی که در گذشته سیگاری بوده‌اند (ex-smokers) و افراد غیر سیگاری (non smokers) می‌شدند. افراد جامعه شامل زنان

یافته‌ها

در این مطالعه در مجموع با ۲۶۵ نفر مصاحبه شد. در مجموع ۶۱۷ کد باز در مرحله‌ی اول تحلیل استخراج شد. در این مرحله، کلیه‌ی کدهای استخراج شده به صورت فهرستی تهیه و تدوین گردید. پس از مرور مجموعه‌ی کدهای سطح ۲ با جمع‌بندی و ادغام موارد مشابه توسط محققین کیفی، در نهایت ۷۲ کد سطح سوم جمع‌آوری شد. سپس کدهای سطح سوم بر اساس شباهت‌هایشان در مفاهیم مجزا قرار گرفتند. بعد این مفاهیم در ۱۲ دسته‌ی کلی‌تر طبقه‌بندی شدند. این ۱۲ دسته که به عنوان اجزای فرایند ارزشیابی (Model Met Paradigm) نامیده شدند، شامل زمینه، ساختار ستاد، استراتژی، سیاست، شبکه‌ی دخانیات، فرایند اجرا، عوامل ماهیتی، عوامل سرچشمه‌ای، عوامل بیرونی یا محیطی و عوامل واسطه‌ای هستند و محصول دخانیات، نتیجه‌ی نهایی است (جدول ۱).

سپس محققین برای تعیین ارتباط اجزای فرایند ارزشیابی با یکدیگر و نحوه‌ی اثر آن‌ها در ارزشیابی معاهده، نمودارهایی ترسیم کردند. این نمودارها بر اساس استنباط محققین از مفاهیم (با کمک گرفتن از مصاحبه‌ها) و نیز تشکیل جلسات با حضور همکاران و بحث پیرامون نحوه‌ی ارتباط اجزا با یکدیگر، ترسیم شد. همه‌ی این نمودارها در جلسات متعدد و به روش دلفی به بحث گذاشته شد و در نهایت یک نمودار به تأیید اکثر همکاران طرح رسید (شکل ۱).

فهرستی از مفاهیم تشکیل می‌شود که در گروه‌های دارای پدیده‌های مشابه یا مربوط به هم قرار دارند، که به نوبه‌ی خود تبدیل به طبقات می‌شوند. مرحله‌ی نهایی کددهی در گراند تئوری، کددهی انتخابی است. این مرحله شامل تعیین یک یا دو طبقه‌ی محوری است که تمام طبقات فرعی به آن مربوط باشند و یک چارچوب ادراکی به وجود آورند که به گراند تئوری بیانجامد. مرحله‌ی آخر تبدیل کدها و طبقات به یک تئوری منسجم است که شاید مهم‌ترین چالش تحقیق است (۸).

در مطالعه‌ی حاضر نیز ابتدا کلیه‌ی مصاحبه‌ها پیاده شد و سپس کدها و مفاهیم آن‌ها استخراج گردید. در مرحله‌ی اول استخراج کدها، هر دست نوشته چندین بار خوانده شد و زیر جملات مهم آن خط کشیده شد. بعد از مشخص کردن عبارات مهم هر مصاحبه، یک مفهوم که بیانگر معنای تفکر فرد بود، از آن‌ها استخراج گردید (کد سطح اول). لازم به یادآوری است که پس از استخراج کدهای هر مصاحبه، نسبت به انجام مصاحبه‌ی بعدی اقدام شد. پس از پایان مصاحبه‌ها، کلیه‌ی کدهای سطح اول به کدهای سطح دوم و سوم تبدیل شدند و در نهایت تبیین تئوری از مفاهیم اصلی استخراج شد. پس از طبقه‌بندی کدها فرایند تبیین تئوری پایه انجام شد. این تئوری منجر به طراحی مدل ارزشیابی گردید که مهم‌ترین پیامد نظری این مطالعه بود تا بیش‌تر جدیدی از موقعیت و رویداد ناشی از اجرای معاهده در ایران را نشان دهد.

جدول ۱: کدهای استخراج شده‌ی سطح سوم و مفاهیم بر اساس اجزای فرایند ارزشیابی

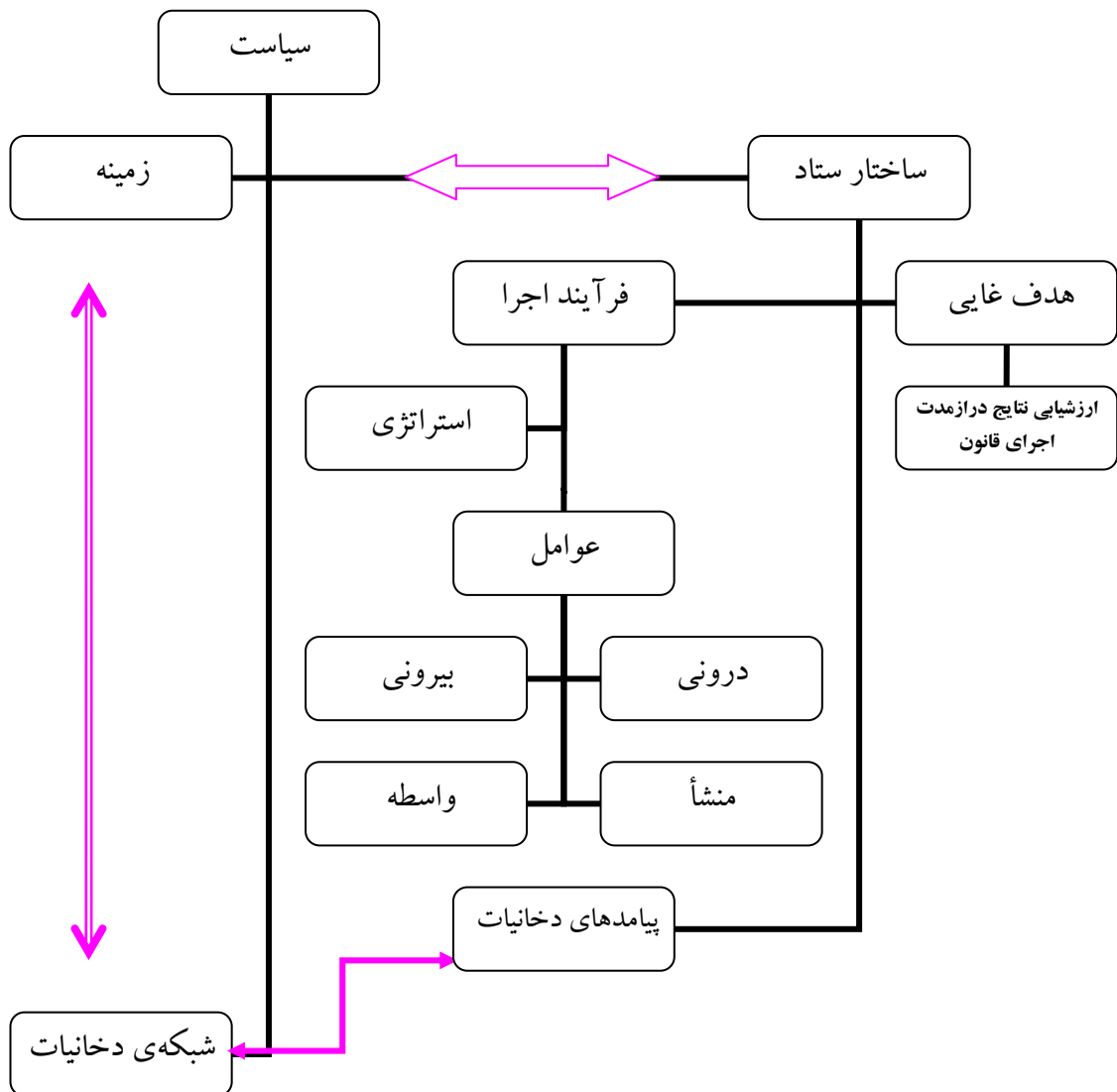
کد سطح سوم	مفاهیم	اجزای فرایند ارزشیابی
جامعه	زمینه	زمینه
گروه‌های آسیب پذیر	زمینه	
سیستم‌های حمایتی	زمینه‌ی تقویت دخانیات	
نیروهای مشتاق دخانیات	زمینه	
نقاط قوت- باورهای مخالف دخانیات	نیروی مخالف دخانیات	
مشارکت جامعه	ساختار	ساختار ستاد
مجلس	ساختار	
گروه متولیان	ساختار ستاد	

ادامه‌ی جدول ۱: کدهای استخراج شده‌ی سطح سوم و مفاهیم بر اساس اجزای فرایند ارزشیابی

کد سطح سوم	مفاهیم	اجزای فرایند ارزشیابی
وزارت بهداشت و درمان	ساختار ستاد	
دولت	ساختار ستاد	
سیستم مدیریتی دخانیات	ساختار ستاد	
ناظرین	مجریان ارزشیابی	
تعیین سیاست‌ها و ملاک‌های ارزشیابی	سیاست	سیاست
مجوز فروش	سیاست	
کنترل (تولید، فروش و واردات)	سیاست	
قوانین	سیاست	
سیاست‌های کنترل (تولید، واردات و فروش)	سیاست	
نفوذ و قدرت ستاد	سیاست	
منابع مالی ستاد	سیاست	
سیاست‌های تولید (شاخص عرضه و تقاضا)	سیاست	
ضمانت اجرایی مواد قانون	سیاست	استراتژی
مشارکت بین بخشی		
مشارکت بین حرفه‌ای	سیاست	
همکاری بین بخشی	سیاست ستاد	
تداوم و استمرار برنامه	سیاست	
آموزش	سیاست	
جایگزین سالم	سیاست	
فرهنگ سازی	سیاست	
ممانعت	سیاست	
ممنوعیت تبلیغ مواد دخانی	سیاست	
تضمین اجرای قانون	تضمین اجرای قانون	
تنبیهی	برنامه	
جریمه	برنامه	
نظارت بر مراکز تولید و فروش و عرضه‌ی دخانیات		
مراکز تولید و فروش و عرضه‌ی دخانیات	شبکه‌ی دخانیات	شبکه‌ی دخانیات
مکان مهیا در جامعه	ساختار دخانیات	
مکان آسیب بالقوه (مدرسه)	ساختار دخانیات	
فروشگاه‌های	ساختار دخانیات	
امرار معاش عده‌ای	عوامل سرچشمه (منشاء)	عوامل منشاء (سرچشمه‌ای)
گروه‌های سود جو	عوامل سرچشمه	
حامیان گروه‌های سودجو	عوامل سرچشمه	
سیستم‌های حمایتی و بخش‌های خصوصی	عوامل سرچشمه	

ادامه‌ی جدول ۱: کدهای استخراج شده‌ی سطح سوم و مفاهیم بر اساس اجزای فرایند ارزشیابی

کد سطح سوم	مفاهیم	اجزای فرایند ارزشیابی
مکان مشتری پسند	جذابیت‌های دخانیات	عوامل بیرونی
مشتری مداری	جذابیت‌های دخانیات	
تبلیغ دخانیات	عوامل بیرونی	
تشویق به دخانیات	عوامل بیرونی	
سد دفاعی	عوامل بیرونی	
تولید دخانیات توسط دولت	عوامل بیرونی	
مخالف سیگار	عوامل بیرونی	
جذابیت سیگار	دشواری	عوامل درونی - ماهیتی
عمومیت قلبان	دشواری	
کیفیت سیگار	دشواری	
آسانی سیگار کشیدن	دشواری	
تیغ دو لبه	عوامل درونی	
بوی ناخوشایند سیگار	دافعیت سیگار	
قیح سیگار	تقویت کننده	
دریافت مالیات	عوامل واسطه‌ای	عوامل واسطه‌ای
نیروهای باز دارنده	عوامل واسطه‌ای	
راه‌های تسهیل کننده	عوامل واسطه‌ای	
پژوهش	فرایند	فرآیند اجرا
روش‌های کنترل و بازرسی	فرایند	
انجام پایش منظم و دوره‌ای اجرای مواد قانون و دستورالعمل‌ها	استمرار و نظم پایش	
چالش‌های اجرای برنامه‌ی ارزشیابی	بازنگری	
اطلاع رسانی	ارتباط با سطوح و شبکه‌ی دخانیات	
فرآیند اطلاع رسانی	فرایند	
بازرسی	فرایند	
علاقه به دخانیات	قربانی	محصول دخانیات
معتاد دخانی	قربانی	
ابتلای افراد جامعه به بیماری‌های ناشی از دخانیات و زیان‌های حاصل از آن	محصول	
مرگ ناشی از بیماری‌های مرتبط با دخانیات	محصول	
تأثیرات نامطلوب	محصول	
اجرای قانون FCTC	تضمین اجرای قانون	نتیجه‌ی نهایی برنامه



بحث

موفقیت اجرای برنامه‌های مداخلاتی با عوامل متعددی مرتبط است. در واقع عملیات یک برنامه‌ی مداخلاتی بزرگ مانند معاهده‌ی بین‌المللی کنترل دخانیات FCTC بایستی طوری طراحی شود که ساده، قابل انجام، ماندگار، کم هزینه و قابل ارزشیابی باشد (۹).

ارزشیابی فرایندی است که میزان موفقیت، قابلیت اجرا، دستیابی به نتایج کوتاه مدت و نتایج دراز مدت یک برنامه را به صورت سازمان یافته، مورد بررسی قرار می‌دهد. به صورت معمول برای طراحی ابتدایی یک روش ارزشیابی از طراحی مدل مفهومی (Conceptual model) استفاده می‌شود.

مدل مفهومی بر اساس تعیین مفاهیم متفاوت است که اغلب بر اساس روش اجرای برنامه، شاخص‌های مرتبط با روش اجرا، نتایج حاصل از اجرای برنامه و نحوه‌ی ارتباط این مفاهیم با یکدیگر طراحی می‌شود (۱۰).

همان‌طور که گفته شد با توجه به عمر کوتاهی که از زمان اجرایی شدن معاهده می‌گذرد، هنوز در کشورهای مجری این معاهده، مدل‌های ارزشیابی متفاوتی طراحی نشده‌اند.

یکی از اصلی‌ترین روش‌های ارزشیابی این معاهده، ارزشیابی و پایش اجرای FCTC توسط سازمان جهانی بهداشت است. این روش مبتنی بر اهداف و کلیات مواد

معاهده است. دستیابی به این اهداف در هر کشور بنابر قوانین و شرایط آن کشور انجام خواهد شد، اما بدیهی است که اصول قوانین طراحی شده، باید جهت دستیابی به این اهداف باشد. به زبان دیگر زمانی می‌توان گفت که کشور امضا کننده، معاهده را اجرا کرده است که طبق یک ارزشیابی درست، نتایج حاصل از اجرای معاهده و دستیابی به اهداف آن، در آن کشور تعیین گردد. نکته‌ی مهم این است که در پرسش‌نامه‌ی سازمان جهانی بهداشت کمتر به ارزشیابی تغییرات محیطی و یا مواردی که بر اساس تفاوت‌های فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی کشورهای مختلف، متفاوت است و اختصاص به برخی از کشورها دارد، توجه شده است و این مشکل یکی از نقاط ضعف مهم این روش ارزشیابی می‌باشد (۶).

از روش‌های دیگر ارزشیابی می‌توان به روش ارزشیابی پروژه (International Tobacco Control Policy یا ITC) اشاره کرد. این روش ارزشیابی بر اساس ماهیت مداخلات این معاهده طراحی شده است. در واقع با توجه به این که مواد معاهده از نوع مطالعات مقطعی و یا طولی نیستند، تعیین میزان اعتبار ارزشیابی آن‌ها به سختی صورت می‌گیرد. روش ITC بر اساس مطالعات قبلی در چهار کشور آمریکا، کانادا، استرالیا و انگلستان، مبتنی بر اجرایی کردن قوانین مرتبط با مفاد معاهده اجرا گردید. در این کشورها قوانین مرتبط با مفاد و بر اساس اهداف اصلی معاهده طراحی شده است (۱۱).

در این پروژه شاخص‌های متفاوتی در نظر گرفته شده‌اند، مانند شاخص‌هایی به عنوان تسهیل‌گرها. برای مثال عوامل تسهیل کننده که روی اجرای قوانین اثر می‌گذارند و از میان آن‌ها می‌توان به وضعیت دموگرافیک جامعه، رفتارهای اجتماعی مرتبط با دخانیات، تیپ شخصیتی افراد و میزان احتمال مواجه شدن با قوانین اشاره کرد. این تعدیل کننده‌ها بر روی همه‌ی قسمت‌های ارزشیابی اثر می‌گذارند. در این روش ارزشیابی متغیرهای مرتبط با قوانین، متغیرهای روانی به عنوان شاخص‌های حد واسط و در نهایت تغییرات قانونی

پایدار و ماندگار به عنوان شاخص‌های ارزشیابی تعیین شده‌اند. در نهایت شاخص‌های نتایج دراز مدت ارزشیابی، شامل سلامت عمومی جامعه و شاخص‌های اقتصادی هستند. یکی دیگر از روش‌های ارزشیابی طراحی شده، روش ارزشیابی با مدل بازخورد (Feedback Model) است که توسط شرکت پژوهشی کنترل دخانیات در تگزاس طراحی شده است و بر اساس این که مداخلات ارتقای سطح سلامت در جامعه بایستی دینامیک و قابل اصلاح باشند، استوار است (۱۲). در این مدل، ارزشیابی اجرای مداخلات انجام شده توسط سیستم بهداشتی ایالت تگزاس، جهت بازخورد نتایج ارزشیابی و اصلاح مداخلات طراحی شد. ۵ اصل در طراحی این مدل ارزشیابی در نظر گرفته شده است که شامل پرسش‌نامه‌ی سؤالات کمی جهت انجام ارزشیابی فرایند، دسته‌بندی سؤالات بر اساس اطلاعات به دست آمده جهت بهبود طراحی سؤالات پژوهشی، تشکیل یک گروه تحلیل‌گر و تسهیل‌گر جهت جمع‌آوری و دسته‌بندی نتایج، طراحی پیشنهادها توسط گروه و درگیر کردن افراد اجرایی در سیستم‌های بهداشتی برای تبدیل پیشنهادهای علمی گروه به عملیات اجرایی می‌باشد. در این روش تنها از پرسش‌نامه‌های کمی جهت ارزشیابی استفاده می‌گردد و سپس بر اساس دسته‌بندی سؤالات و جمع‌بندی گروه تسهیل‌گر، پیشنهادهای عملیاتی به سیستم بهداشتی داده می‌شود (۱۲).

مدل ارزشیابی حاصل از این پژوهش، مفاهیم متعددی را در خود جای داده است که در کنار نوع روابط آن‌ها با سایر مفاهیم، شمای به نسبت جامع از شواهد و تجارب موجود در زمینه‌ی برنامه‌ی جامع کنترل دخانیات را به تصویر می‌کشاند. یکی از مفاهیم اصلی در مدل ارزشیابی «سیاست» است. در این مطالعه مفهوم سیاست، کلیه‌ی قوانین وضع شده در رابطه با فرآیندها و مسیر تولید تا مصرف مواد دخانی را در بر می‌گیرد. مفهوم سیاست در رأس تمامی مفاهیم دیگر است و به طور مستقیم یا غیر مستقیم به آن‌ها مرتبط می‌باشد. این مفهوم با اشغال جایگاه ویژه در مدل ارزشیابی، حکایت از آن دارد که ارزشیابی اجزای مربوط به سیاست‌گذاری می‌بایست

درونی بر روی روند اجرای قانون اثر خواهد گذاشت. به همین دلیل ارزشیابی باید مرز بین منفعت بردن از افزایش مالیات و مضار آن را مشخص کند و مورد ارزیابی قرار دهد.

«ساختار ستاد» که در واقع بدنه‌ی فعالیت‌های قانون‌گذاری و اجرایی مفاد برنامه‌ی جامع کنترل دخانیات را تشکیل داده است. یکی دیگر از مفاهیم موجود در مدل است. ساختار ستاد از اجزای قانون‌گذار در سطح وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نیز مجلس شورای اسلامی آغاز شده است و تا سیستم مدیریتی اجرا، رابطین اجرایی و ناظرین اجرا در بین گروه‌های مختلف ذینفع‌ها و اقشار مردم ادامه دارد و حتی مشارکت اجزای جامعه را نیز در بر می‌گیرد. در واقع می‌توان مدعی بود که ساختار ستاد، گستره‌ی وسیعی از تمرکز تا عدم تمرکز را پوشش می‌دهد؛ به طوری که قوانین مربوط در سطوح بالای مدیریت (برنامه‌ریزان و مدیران ارشد) تصویب و ابلاغ می‌شود و از طریق رابطین و متولیان اجرایی و نظارتی به اعماق جامعه نفوذ می‌کند و پس از سیر حرکت هدفدار با کمک نیروها و توانمندی‌های جامعه، دوباره به سطوح بالای تصمیم‌گیری بازخورد داده می‌شود تا بدین ترتیب، بازخورد اصلاحی ثانوی به درون سیستم تزریق گردد. در مدل ارزشیابی حاضر، ساختار ستاد ارزشیابی به منزله‌ی بدنه‌ی اجرایی سیستم از اهمیت ویژه‌ای برخوردار بود و صحت عملکرد اجرایی آن را می‌توان به عنوان حیطة‌ای از شاخص‌های ارزشیابی قلمداد کرد.

«فرآیند اجرا» به عنوان یکی از مفاهیم کلیدی مدل، بازده عملکرد ساختار ستاد محسوب می‌گردد و از طریق تأثیر متقابل روی ساختار ستاد، در شکل‌گیری محصول نهایی مدل ایفای نقش می‌کند. «فرآیند اجرا»، اجرای قوانین و دستورالعمل‌ها، پایش منظم و دوره‌ای کیفیت و نحوه‌ی اجرا، استفاده از روش‌های کنترل و بازرسی برای جلوگیری از انحرافات و تضمین حرکت در مسیر مقرر و نیز دریافت بازخورد از نتایج پژوهش‌ها در راستای صحت اجرا را شامل می‌گردد.

در رأس ارزشیابی برنامه‌ی جامع کنترل دخانیات قرار گیرد و تا حد قابل ملاحظه‌ای از طریق قضاوت در مورد «سیاست» می‌توان به قضاوت در مورد کل برنامه‌ی جامع کنترل دخانیات پرداخت.

هم راستا با این مدل ارزشیابی، مطالعات دیگر نیز سیاست‌گذاری را به عنوان یک بعد محوری مورد تأکید قرار داده است و در مدل‌های پیشنهادی، ارتباط آن را با میزان پیشرفت حاصل شده در کنترل دخانیات مورد نقد و بررسی قرار داده‌اند (۱۳). همچنان که در ساختار مدل ارزشیابی مشهود است، مفهوم سیاست با مفاهیم «زمینه» و «ساختار ستاد» ارتباط نزدیکی دارد.

در مدل حاضر، مفهوم «زمینه» به کلیه‌ی شرایط و موقعیت‌هایی اشاره دارد که اجرای برنامه‌ی جامع کنترل دخانیات را به طور مثبت یا منفی تحت تأثیر قرار می‌دهند. از آنجایی که برنامه‌ریزی و اجرای آن در خلأ صورت نمی‌پذیرد، بنابراین می‌توان جامعه را به عنوان بستری متصور شد که تمام شرایط تأثیرگذار بر روند برنامه‌ریزی و اجرای FCTC را در خود جای داده است. بی‌شک درک جامعه از دخانیات و سیاست‌های مرتبط با مبارزه و کنترل آن، تعیین‌کننده‌ی موفقیت و یا شکست اجرای این گونه برنامه‌ها می‌باشد (۱۴، ۱۵). بررسی وضعیت موجود و شرایط حاضر و امکان اثرگذاری جهت ایجاد تغییر از اهمیت ویژه برخوردار است. از این‌رو جامعه باید بیش از پیش به گروه‌های آسیب‌پذیر یا در معرض خطر به ویژه کودکان و نوجوانان، سیستم‌های حمایتی از کنترل دخانیات، نیروهای مشتاق و مشوق اعتیاد به مصرف مواد دخانی و باورهای مردم در ارتباط با مصرف دخانیات، اثرات روانی مثل بوی ناخوشایند سیگار و یا آرامش یافتن به دنبال مصرف دخانیات، قبح سیگار، مقبولیت قلیان به خصوص به عنوان یک تفریح و نه یک اعتیاد و نیز جهت جلب توریست و تیغ دو لبه بودن دخانیات بپردازد. به این معنا که شرایط در کشور ما به گونه‌ای است که افزایش مالیات و قیمت دخانیات از سوی دولت، بازار قاچاق را داغ‌تر می‌کند. بنابراین سوددهی فراوان قاچاق دخانیات به عنوان یک عامل

مناسب خود را پیدا نکرده است. تمرکز بر رفتارهای اعضای جامعه، پیدا کردن جایگزین‌های مناسب و خلق «فرهنگ بدون دخانیات» مورد تأکید قرار گرفته است (۱۷). این عوامل به همراه عوامل متعدد دیگری از این نوع، ریشه‌ی دخانیات (از جمله سیگار و قلیان) را در جامعه عمق بخشیده است.

ب. عوامل درونی (ماهیتی): دسته‌ی دیگری از عوامل که تمایل به استعمال دخانیات و در نتیجه فرآیند اجرا را تحت تأثیر قرار می‌دهد، مربوط به ویژگی‌های ذاتی مواد دخانی است. سهولت یا دشواری استعمال، جذابیت‌ها یا دافعیات ظاهری دخانیات (به ویژه سیگار و قلیان) و رفتارهای مربوط به استعمال آن، اثرات آنی مطلوب و یا نامطلوب و جذابیت یا قبح استعمال دخانیات در موقعیت‌های مختلف اجتماعی، از جمله ویژگی‌های دخانیات است که تحت عنوان عوامل درونی یا ماهیتی معرفی شده است. تا کنون تلاش‌هایی در راستای بررسی ویژگی‌هایی که فرد را به تصمیم‌گیری در مورد استعمال دخانیات سوق می‌دهند، صورت گرفته است (۱۹). همچنین در جذب افراد به دخانیات، عوامل متعددی از جمله نیکوتین به عنوان مواد قوی اعتیاد آور نقش عمده‌ای ایفا می‌کنند (۲۰) و به عنوان یکی از عوامل ماهیتی در این پژوهش مورد توجه قرار گرفته‌اند.

ج. عوامل منشأ: این مفهوم اشاره به عواملی دارد که بدون توجه به ویژگی‌های ماهیتی و بیرونی، عرضه‌ی دخانیات را تحت تأثیر قرار می‌دهند. در واقع این عوامل مرتبط با گروه‌های ذینفع است که از اثرات اقتصادی (مخالف با سیاست‌های مبارزه با دخانیات) و یا فرهنگی (موافق با سیاست‌های برنامه‌ی جامع کنترل دخانیات) بهره‌مند می‌گردند.

برنامه‌ریزی در راستای تعدیل مثبت هر کدام از این عوامل و ارزشیابی میزان دستیابی به اهداف مطلوب در این زمینه، می‌تواند گامی در جهت ارزشیابی کل FCTC باشد که در ساختار این مدل منظور شده است. نظر به گستردگی عوامل و شرایطی که برنامه‌های کنترل و مبارزه با دخانیات را تحت تأثیر قرار می‌دهند، در مطالعات مختلف مشارکت همه

یکی دیگر از مفاهیم در ساختار مدل ارزشیابی، «استراتژی» است. این مفهوم تأثیر سایر اجزای ساختار مدل را روی فرآیند اجرا، تعدیل می‌کند. در مطالعه‌ی حاضر، استراتژی کلیه‌ی اعمال و تجاربی (در قالب راهکارها) را شامل می‌گردد که کلیه‌ی عوامل مؤثر بر فرآیند اجرا را به سمت شکل‌گیری برآیندهای مطلوب تحت تأثیر قرار می‌دهد. در مطالعاتی که در راستای تحقق بخشیدن به اجرای FCTC به انجام رسیده است، استراتژی‌های مختلفی در پیش گرفته شده است (۱۶). انواعی از استراتژی‌های مشارکت، فرهنگ سازی و برنامه‌ریزی در راستای حذف رفتارهای نامطلوب در زمینه‌ی کنترل دخانیات در برخی مطالعات مورد حمایت واقع شده‌اند (۱۷). در مطالعات دیگر، بررسی ابعاد مختلف استراتژی‌های به کار گرفته شده در راستای برنامه‌های کنترل دخانیات، مورد تأکید واقع شده است (۱۸).

مفهوم «عوامل» در ساختار مدل شامل تمام موقعیت‌ها و ویژگی‌هایی است که در تقویت یا تضعیف رفتارهای مربوط به تولید تا استعمال دخانیات و تصمیم‌گیری‌های مربوط در تولید و توزیع یا مبارزه و کنترل دخانیات نقش دارند. این عوامل در مدل حاضر به چهار دسته‌ی کلی تقسیم شده‌اند که مفاهیم و تجارب تشکیل دهنده‌ی هر کدام از این دسته‌ها در ساختار ارزشیابی محصول FCTC سهیم می‌باشند. مفهوم عوامل به سه دسته‌ی کلی تقسیم می‌شود:

الف. عوامل بیرونی: تجارب شرکت کنندگان و شواهد موجود نشان می‌دهند که عوامل متعددی در نهادینه شدن دخانیات در جامعه ایفای نقش می‌کنند که قسمتی از آن مربوط به نوع کنش‌هایی است که از طرف جامعه و دولت در مقابل دخانیات اتخاذ می‌گردد. بسیاری از مکان‌های جاذب برای مشتری، یا به اصطلاح کاربرمدار یا مشتری‌مدار، دخانیات را عرضه می‌کنند و تجربه‌ی استعمال سیگار و قلیان را با تجارب و سرویس‌های لذت‌بخش برای مشتری توأم می‌سازند. همچنین تولید و واردات دخانیات هنوز برای تعداد قابل توجهی از افراد جامعه منبع درآمد است و جایگزین‌های

فرایند اجرا بر روی این مفاهیم اثر خواهند گذاشت. در نهایت هدف غایی از اجرای قانون کنترل دخانیات کاهش میزان بروز بیماری‌های مرتبط با مصرف دخانیات و مرگ ناشی از آن‌ها است که تحت تأثیر کل مفاهیم موجود در مدل است. نکته‌ی حایز اهمیت دیگر، نقش نیروی انتظامی در فرایند اجرا و نگرش نسبت به اجرای قانون است. تنها بالغین در مواردی که کنترل نوجوانان را در نظر دارند، موافق شرکت نیروی انتظامی در فرایند نظارت و کنترل هستند. نگرش نوجوانان نسبت به حضور نیروی انتظامی در اجرای قانون منفی است و از شاخص‌های مهم مورد بررسی در میزان اجرای قانون در سطوح مختلف است.

نتیجه‌گیری

در یک جمع‌بندی کلی می‌توان گفت که برای طراحی ابزاری برای ارزشیابی اجرای معاهده‌ی FCTC باید مواردی همچون مشارکت بین بخشی، سیاست‌های کنترلی، نظارت و پایش، سیستم‌های حمایتی، سیستم‌های اطلاع رسانی و آموزش، ضمانت اجرایی، تداوم برنامه، شاخص‌های اقتصادی، سیاست‌های اجرا، اولویت‌بندی، میزان مشارکت جامعه، چالش‌های اجرای برنامه، نفوذ و قدرت ستاد و پژوهش را مد نظر قرار داد.

جنبه‌ی بخش‌های مختلف دولتی، عمومی و خصوصی (۲۱) مورد تأکید قرار گرفته است و آن را هم‌راستا با سیاست‌های کلی FCTC قلمداد نموده‌اند.

یکی دیگر از مفاهیم اصلی و اجزای ساختار مدل حاضر «اثرات دخانیات» است؛ بدان معنا که ضمن بررسی «قربانیان» دخانیات و جهت پیشگیری از ابتلا یا بروز عوارض، می‌توان در راستای ارزشیابی برنامه‌ی FCTC گام برداشت. اثرات دخانیات اشاره به تأثیرات نامطلوب استعمال مواد دخانی دارد که می‌توان آن‌ها را در قالب میزان‌های ابتلا به بیماری‌های مختلف و مرگ و میر و نیز اثرات روانشناختی و فرصت‌های از دست رفته متعاقب مصرف و درگیری با عوارض ناشی از آن مورد بحث قرار داد. در مطالعات مختلف عوارض و اثرات نامطلوب استعمال دخانیات بر روی سلامتی جامعه مورد تأکید و هشدار واقع شده است (۲۲) و در برخی مدل‌های پیشنهادی این مفهوم را منظور کرده‌اند (۲۳).

مفاهیم مرتبط با نتایج کوتاه مدت شامل شبکه‌ی دخانیات و پیامدهای مصرف دخانیات هستند. اجزای تشکیل دهنده‌ی این مفاهیم برخی تغییرات محیطی پایا و نیز تعداد مصرف کنندگان دخانیات و میزان علاقه به عنوان یک تغییر رفتاری است. همان‌گونه که در مدل مشخص شده است، زمینه و

References

1. World Health Organization. Tobacco or health: a global status report. Geneva: World Health Organization; 1997.
2. Edwards R, Thomson G, Wilson N, Waa A, Bullen C, O'Dea D, et al. After the smoke has cleared: evaluation of the impact of a new national smoke-free law in New Zealand. *Tob Control* 2008; 17(1): e2.
3. McDaniel PA, Intinarelli G, Malone RE. Tobacco industry issues management organizations: creating a global corporate network to undermine public health. *Global Health* 2008; 4: 2.
4. WHO. Framework convention on tobacco control. World Health Organization 2003, update reprint 2004, 2005.
5. World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization; 2003.
6. Goodman RM. Principals and tools for evaluating community-based prevention and health promotion programs. *J Public Health Manag Pract* 1998; 4(2): 37-47.
7. Tobacco Free Initiative (TFI). Interactive Word-based WHO FCTC Reporting Instrument and Cover Note/Instructions [Online]. 2010 Oct 29; Available from: URL: http://www.who.int/tobacco/framework/cop/reporting_instrument/en/index.html/
8. Strauss AL, Corbin JM. Basics of qualitative research. London: Sage Publications; 1990.
9. Priest H, Roberts P, Woods L. An overview of three different approaches to the interpretation of qualitative data. Part 1: Theoretical issues. *Nurse Res* 2002; 10(1): 30-42.
10. Swiss federal office of public health. Guidelines for health programmed & project evaluation planning [Online]. 2000; Available from: URL: www.bag.admin.ch/evaluation/02357/02362/index.html/

11. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 1997; 26(1): 224-7.
12. Fong GT, Cummings KM, Borland R, Hastings G, Hyland A, Giovino GA, et al. The conceptual framework of the International Tobacco Control (ITC) Policy Evaluation Project. *Tob Control* 2006; 15 Suppl 3: iii3-11.
13. U.S.National Institutes of Health. Pink Book -Making Health Communication Programs Work, CD. Baltimore (MD): NCI Publication Locator; 2002.
14. Levy DT, Nikolayev L, Mumford E. Recent trends in smoking and the role of public policies: results from the SimSmoke tobacco control policy simulation model. *Addiction* 2005; 100(10): 1526-36.
15. Simpson D, Lee S. Tobacco: public perceptions and the role of the industry. *Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society)* 2003; 166(2): 233-9.
16. Wakefield M, Miller C, Woodward S. Community perceptions about the tobacco industry and tobacco control funding. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 1999; 23(3): 240-4.
17. Valdes SR, Shigematsu LM, Hernandez AM, Peruga A, Hallal AL, Warren CW, et al. Linking Global Youth Tobacco Survey (GYTS) data to the WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC): the case for Mexico. *Prev Med* 2008; 47 Suppl 1: S20-S26.
18. Hovell M, Roussos S, Hill L, Johnson NW, Squier C, Gyenes M. Engineering clinician leadership and success in tobacco control: recommendations for policy and practice in Hungary and Central Europe. *Eur J Dent Educ* 2004; 8 Suppl 4: 51-60.
19. Lai T, Habicht J, Reinap M, Chisholm D, Baltussen R. Costs, health effects and cost-effectiveness of alcohol and tobacco control strategies in Estonia. *Health Policy* 2007; 84(1): 75-88.
20. Rachel D, Thomas K. Risk-Benefit analysis of cigarette smoking: public policy implications. *Journal of Consumer Affairs* 1995; 29(2): 351-67.
21. Hasani P, Abedi H, Mohammad K, Fathi Azar E. Nursing intervention Rrsy future work based on the Transtheoretical changes in smoking education teachers in Tabriz. *Medical Journal of Guilan University* 2002; 11(42): 33-41.
22. Anderson P. Public-private partnerships to reduce tobacco dependence. *Addiction* 2002; 97(8): 951-5.
23. Parna K, Rahu K, Rahu M. Patterns of smoking in Estonia. *Addiction* 2002; 97(7): 871-6.
24. Van Genugten ML, Hoogenveen RT, Mulder I, Smit HA, Jansen J, de Hollander AE. Future Burden and Costs of Smoking-Related Disease in the Netherlands: A Dynamic Modeling Approach. *Value Health* 2003; 6(4): 494-9.

The Comprehensive Model of Evaluation of Framework Convention Tobacco Control (FCTC) in Iran*

*Nizal Sarrafzadegan¹; Katayun Rabiei²; Reza Rouzbehani³; Heidarali Abedi⁴;
Roya Kelishadi⁵; Moosa Alavi⁶; Khadijeh Fereidoun Mohaseli⁷; Gholamreza Heidari⁸;
Hasan Azaripour Masouleh⁹*

Abstract

Introduction: The Framework Convention Tobacco control (FCTC) is designed by World Health Organization (WHO), in response to the globalization of the tobacco epidemic, in 2003. All treaty signatories including Iran adopted to perform it during 3 years. This study was performed to design a model for evaluation of the implementation of this treaty in Iran.

Methods: This study was a qualitative study which was held in 2008. We have interviewed with 265 policy makers, stakeholders and community members. After extracting first and second level codes and changing them to the third level codes, main concepts obtained.

Results: Totally 72 third level codes collected. The main concepts classified in 12 total groups as well. Then by considering these groups the evaluation model was designed.

Conclusion: Regarding the obtained concepts and model, in Iran, treaty evaluation should perform in various levels and considering all the objectives.

Keywords: Evaluation; Models; Theoretical; Smoking.

Type of article: Original Article

Received: 30 Dec, 2010

Accepted: 9 Jan, 2011

Citation: Sarrafzadegan N, Rabiei K, Rouzbehani R, Abedi H, Kelishadi R, Alavi M, Fereidoun Mohaseli Kh, Heidari Gh, Azaripour Masouleh H. **The Comprehensive Model of Evaluation of Framework Convention Tobacco Control (FCTC) in Iran.** Health Information Management 2011; 7 (Special Issue): 545.

* This article resulted from research project No 86126 funded by Isfahan Cardiovascular Research Center, Isfahan University of Medical Sciences.

1. Professor, Isfahan Cardiovascular Research Center, Isfahan Cardiovascular Research Institute, Department of Cardiology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

2. General Practitioner, Researcher, Isfahan Cardiovascular Research Center, Isfahan Cardiovascular Research Institute, General Practitioner, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author)
Email: ktrabiei@gmail.com

3. Community Medicine, Isfahan Health Center 2, Isfahan, Iran.

4. Associate Professor, Department of Nursing, Khorasgan Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

5. Professor, Department of Pediatrics, Isfahan Cardiovascular Research Center, Isfahan Cardiovascular Research Institute, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

6. PhD Student, Department of Nursing, Nursing Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

7. BSc, Ministry of Health, Tehran, Iran

8. PhD, Epidemiology, Tobacco Prevention and Control research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

9. General Practitioner, Social Security Organization-Deputy of Treatment, Isfahan, Iran.