

الزامات، دستورالعمل ها و، بنمودهای تخصصی مرکز سلامت محیط و کار

# راهنمای آموزشی کنترل دخانیات

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ





جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
مرکز سلامت محیط و کار



دانشگاه علوم پزشکی تهران  
پژوهشگاه محیط زیست

# راهنمای آموزشی کنترل دخانیات

الزامات، دستورالعمل ها و، بنمودهای تخصصی مرکز سلامت محیط و کار

مرکز سلامت محیط و کار

پژوهشگاه محیط زیست

- عنوان گاید لاین: راهنمای آموزشی کنترل دخانیات
- کد الزامات: ۱-۱۳۰۳-۲۰۲-۲۰۵
- تعداد صفحات: ۷۵

### مرکز سلامت محیط و کار:

تهران-خیابان حافظ تقاطع جمهوری- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی-مرکز سلامت محیط و کار  
 تلفن: ۰۲۱-۶۶۷۰۷۶۳۶، دورنگار: ۰۲۱-۶۶۷۰۷۴۱۷  
[www.markazsalamat.ir](http://www.markazsalamat.ir)

### پژوهشکده محیط زیست دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران:

تهران - میدان انقلاب- خیابان کارگر شمالی-نرسیده به بلوار کشاورز- پلاک ۱۵۴۷ طبقه هشتم  
 تلفن: ۰۲۱-۸۸۹۷۸۳۹۹، دورنگار: ۰۲۱-۸۸۹۷۸۳۹۸  
<http://IER.tums.ac.ir>

### کمیته فنی تدوین راهنما

نام و نام خانوادگی	مرتبه علمی / سمت	محل خدمت
مهندس سید غلامرضا غلامی	رئیس کمیته	مرکز سلامت محیط و کار
دکتر نوشین راستکاری	استادیار/ عضو کمیته	پژوهشکده محیط زیست
دکتر حسن آذری پور ماسوله	پزشک	سازمان تامین اجتماعی
مهندس طیبه الهی	کارشناس / دبیر کمیته	مرکز سلامت محیط و کار
دکتر سید محمد علوی نیا	استادیار / عضو کمیته	دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
خدیجه فریدون محصلی	کارشناس / عضو کمیته	مرکز سلامت محیط و کار
مهندس بهزاد ولی زاده	کارشناس / عضو کمیته	مرکز سلامت محیط و کار
مهندس لیلا یعقوبی	کارشناس / عضو کمیته	پژوهشکده محیط زیست
مهندس فائزه ایزدپناه	کارشناس / عضو کمیته	پژوهشکده محیط زیست

از جناب آقای دکتر حسن آذری پور ماسوله که در تهیه این پیش نویس زحمات زیادی را متقبل شده اند صمیمانه سپاسگزاری می گردد.

## فهرست

- ۱ - مقدمه
- ۲- دخانیات یا سلامت
- ۳ ۱-۲ استعمال دخانیات، بیماریها و مرگ
- ۳ ۲-۲ سیاستها و برنامه های کنترل دخانیات
- ۶ ۳-۲ تنوع شرکای اجتماعی
- ۹
- ۱۱ ۳- به عمل در آوردن تئوریاها
- ۱۱ ۱-۳ تهیه یک برنامه عملیاتی
- ۱۱ ۲-۳ تشکیل گروههای سیاسی و اجرائی در سطح استان
- ۱۱ ۳-۳ اعضای کمیته کنترل دخانیات دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی
- ۱۲ ۴-۳ اعضای شورای سلامت وامنیت غذایی استان شامل
- ۱۳ ۵-۳ جلب مشارکت بخش خصوصی
- ۱۳ ۱-۵-۳ ارسانه ها
- ۱۴ ۲-۵-۳ سازمانهای مردم نهاد(NGOs)
- ۱۴ ۳-۵-۳ انجمنهای علمی، تخصصی
- ۱۴ ۴-۵-۳ امام جمعه و ائمه جماعات
- ۱۴ ۶-۳ تنظیم برنامه عملیاتی راهبردی
- ۱۴ ۱-۶-۳ چشم انداز
- ۱۵ ۲-۶-۳ بیانیه ماموریت
- ۱۵ ۳-۶-۳ هدف
- ۱۷ ۴- آموزش و پرورش
- ۱۸ ۱-۴ سؤال ۱: چه کسی چه نوع آموزشی نیاز دارد؟
- ۱۸ ۱-۱-۴ گروه هدف اول
- ۱۹ ۲-۱-۴ گروه هدف دوم
- ۲۰ ۲-۴ سؤال ۲- برای هر یک از گروههای مختلف چه مواد آموزشی مناسب است؟
- ۲۰ ۱-۲-۴ گروه هدف اول
- ۲۱ ۲-۲-۴ گروه هدف دوم
- ۲۱ ۳-۴ سؤال ۳- این مواد آموزشی را چگونه می توان تهیه نمود؟
- ۲۱ ۱-۳-۴ مواد طراحی شده برای اطلاع رسانی باید:
- ۲۲ ۲-۳-۴ مواد آموزش مهارتها(شامل جزوات) باید:
- ۲۲ ۳-۳-۴ شیوه های مختلفی برای عرضه محتواهای آموزشی تهیه شده وجود دارد نظیر:

- ۲۲ ۴-۳-۴ مراحل پیشنهادی تهیه یک متن آموزشی عبارتند از:
- ۲۳ ۴-۴-۴ سؤال ۴- چه کسی نیاز به آموزش دارد؟
- ۲۳ ۵-۵-۵ سؤال ۵- برای کنترل دخانیات چه مهارت‌هایی را باید آموزش داد؟
- ۲۶ ۶-۶-۶ سؤال ۶- چه کسی می‌تواند آموزشها را ارائه نماید؟
- ۲۶ ۴-۶-۱ مربیان و مدرسان موجود
- ۲۶ ۴-۶-۲ تربیت مدرس (TOT (Train-of-Trainer
- ۲۶ ۴-۷-۲ سؤال ۷- چه شیوه‌های آموزشی موثرتر هستند؟
- ۲۶ ۴-۷-۱ نقش مدرس
- ۲۶ ۴-۷-۲ دانش
- ۲۷ ۴-۷-۳ رفتارهای آموزشی
- ۲۷ ۴-۷-۴ مهارتها
- ۲۷ ۸-۸-۸ سؤال ۸- چگونه میتوانید یک کارگاه آموزشی اثربخش راه اندازی کنید؟
- ۲۷ ۴-۸-۱ چک لیست طراحی کارگاه
- ۲۹ ۵-۵ ارتباطات و آگاهی عمومی
- ۲۹ ۵-۱-۱ کار با رسانه ها
- ۳۰ ۵-۱-۱ یک پرونده رسانه ای ایجاد و نگهداری کنید.
- ۳۰ ۵-۱-۲ بدانید چه می‌خواهند و آنچه را می‌خواهند در اختیارشان بگذارید.
- ۳۱ ۵-۱-۳ ارتباط رسانه ای خوبی ترتیب دهید.
- ۳۲ ۵-۲-۲ یک سخنگوی رسمی داشته باشید.
- ۳۲ ۵-۳-۳ بطور خلاقانه از رسانه ها استفاده کنید
- ۳۲ ۵-۳-۱ از رسانه های دولتی استفاده کنید.
- ۳۳ ۵-۳-۲ از اشکالی از ارتباط استفاده کنید که نیازمند هزینه انتشار نباشد.
- ۳۳ ۵-۳-۳ خبر بسازید.
- ۳۳ ۵-۳-۴ اگر منابع اجازه می‌دهند، استفاده از رسانه ها در قبال پرداخت پول را در نظر بگیرید.
- ۳۴ ۵-۴-۴ تولید مواد اولیه برای رسانه ها<sup>۲</sup>
- ۳۵ ۵-۵-۵ در نهایت، رسانه ها به عنوان نیروهای موثر در کنترل دخانیات
- ۴۰ ۶-۶ ایجاد مشارکت موثر
- ۴۰ ۶-۱-۱ نقش سازمانهای مردم نهاد
- ۴۰ ۶-۱-۱ فضای ملی موافق با کنترل استعمال دخانیات ایجاد کنند
- ۴۰ ۶-۱-۲ از دولت در انجام اقدامات لازم برای کنترل دخانیات حمایت کنند
- ۴۰ ۶-۱-۳ اولویتهای قانونی کنترل دخانیات در سطح ملی را شناسایی کنند و به تهیه یک بسته کارآمد قانونی با معرفی انتخابهای متعدد برای سیاستمداران کمک کنند

۴-۱-۶	این موضوع را برجسته کنند که اقدامات کنترل دخانیات پاسخی منطقی و موثر در کنترل همه گیری دخانیات هستند	۴۱
۴-۱-۶	۵-آگاهی عمومی را در مورد عملکرد غیرمسئولانه صنایع دخانیات و ادامه این روند افزایش دهند	۴۱
۴-۱-۶	۶-یک تصویر قوی و مورد احترام برای همایش های کنترل دخانیات در دید عموم ایجاد کنند	۴۱
۲-۶	سازمانهای مردم نهاد چه می توانند بکنند	۴۳
۳-۶	تصمیم گیران سیاسی	۴۳
۴-۶	حمایت افکار عمومی	۴۴
۵-۶	رسانه ها	۴۵
۶-۶	ساختار جنبش های کنترل دخانیات	۴۶
۷-۶	اتحادیه سازمانهای مردم نهاد	۴۷
۸-۶	منابع مورد نیاز برای کنترل دخانیات	۴۸
۹-۶	رابطه سالم سازمانهای مردم نهاد و تجار	۴۹
۷-۷	پایش، مراقبت، ارزشیابی و گزارش دهی	۵۱
۱-۷	اصول کلی ارزشیابی برنامه های کنترل دخانیات	۵۱
۲-۷	طراحی ومدیریت ارزشیابی برنامه کنترل دخانیات	۵۲
۱-۲-۷	فرآیند مدیریت و ارزشیابی	۵۲
۲-۲-۷	ارزشیابی خرد، ارزشیابی کلان و فرا ارزشیابی	۵۲
۳-۲-۷	ارزشیابی و اطلاعات	۵۳
۴-۲-۷	فرآیند ارزشیابی	۵۶
۵-۲-۷	موضوع ارزیابی	۵۷
۳-۷	حمایت اطلاعاتی <sup>۱</sup>	۵۸
۴-۷	تناسب	۵۸
۵-۷	کفایت	۵۸
۶-۷	پیشرفت	۵۸
۷-۷	کارآیی	۵۹
۸-۷	اثر بخشی	۵۹
۹-۷	تاثیر	۵۹
۱۰-۷	مقایسه هزینه ها و ستاده های برنامه های کنترل دخانیات	۶۰
۱-۱۰-۷	محاسبه هزینه ها و فواید	۶۰
۲-۱۰-۷	هزینه-فایده و هزینه-اثر بخشی	۶۰
۳-۱۰-۷	سیاست و ارزشیابی اقتصادی	۶۱
۱۱-۷	مدیریت ارزشیابی	۶۲



## پیشگفتار

یکی از برنامه های مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و انتشار رهنمودهای مربوط به حوزه ها و زمینه های مختلف بهداشت محیط و حرفه ای و سایر موضوعات مرتبط است که با بهره گیری از توان علمی و تجربی همکاران متعددی از سراسر کشور، انجام شده است. در این راستا سعی شده است ضمن بهره گیری از آخرین دستاوردهای علمی، از تجربه کارشناسان و متخصصین حوزه ستادی مرکز سلامت محیط و کار نیز استفاده شود و در مواردی که در کشور قوانین، مقررات و دستورالعمل های مدونی وجود دارد در تدوین و انتشار این رهنمودها مورد استناد قرار گیرد. تمام تلاش کمیته های فنی مسئول تدوین رهنمودها این بوده است که محصولی فاخر و شایسته ارائه نمایند تا بتواند توسط همکاران در سراسر کشور و کاربران سایر سازمان ها و دستگاههای اجرائی و بعضاً عموم مردم قابل استفاده باشد ولی به هر حال ممکن است دارای نواقص و کاستی هایی باشد که بدینوسیله از همه متخصصین، کارشناسان و صاحب نظران ارجمند دعوت می شود با ارائه نظرات و پیشنهادات خود ما را در ارتقاء سطح علمی و نزدیکتر کردن هر چه بیشتر محتوای این رهنمودها به نیازهای روز جامعه یاری نمایند تا در ویراست های بعدی این رهنمودها بکار گرفته شود. با توجه به دسترسی بیشتر کاربران این رهنمودها به اینترنت، تمام رهنمودهای تدوین شده بر روی تارگاہ های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (وبدا)، معاونت بهداشتی، پژوهشکده محیط زیست دانشگاه علوم پزشکی تهران و مرکز سلامت محیط و کار قرار خواهد گرفت و تنها نسخ بسیار محدودی از آنها به چاپ خواهد رسید تا علاوه بر صرفه جویی، طیف گسترده ای از کاربران به آن دسترسی مداوم داشته باشند.

اکنون که با یاری خداوند متعال در آستانه سی و چهارمین سال پیروزی انقلاب شکوهمند اسلامی این رهنمودها آماده انتشار می گردد، لازم است از زحمات کلیه دست اندرکاران تدوین و انتشار این رهنمودها صمیمانه تشکر و قدردانی نمایم و پیشاپیش از کسانی که با ارائه پیشنهادات اصلاحی خود ما را در بهبود کیفیت این رهنمودها یاری خواهند نمود، صمیمانه سپاسگزاری نمایم.

دکتر کاظم ندافی

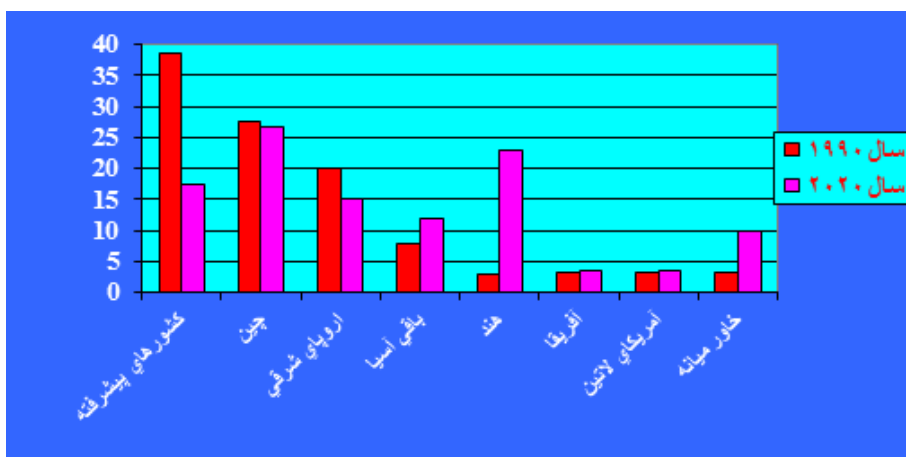
رئیس مرکز سلامت محیط و کار

## ۱- مقدمه

استعمال دخانیات شایعترین عامل قابل پیشگیری مرگ و ناتوانی و دومین علت اصلی مرگ در جهان است. در حال حاضر، استعمال دخانیات مسئول یک مورد از هر ده مورد مرگ افراد بزرگسال است و به این ترتیب سالانه حدود ۶ میلیون مرگ در اثر مصرف دخانیات در سراسر جهان رخ می دهد. اگر روند کنونی مصرف دخانیات ادامه یابد، تعداد مرگ های ناشی از مصرف دخانیات در سال ۲۰۲۰ به ۸ میلیون نفر در سال خواهد رسید. نیمی از یک میلیارد و سیصد میلیون افرادی که هم اکنون سیگار می کشند، در نهایت به علت مصرف سیگار جان خود را از دست خواهند داد.

مصرف دخانیات چهارمین عامل خطر بار بیماری در کل جهان به شمار می رود. علاوه بر هزینه های اولیه ناشی از مصرف دخانیات و هزینه های درمانی بیماری های مرتبط با مصرف آن، به علت اینکه عوارض دخانیات عمدتاً در سنین بهره دهی و فعالیت افراد خود را نشان می دهد و خانواده ها را از وجود آن آواره می کند، باعث افت نیروهای کار سالم در جوامع می شود. هزینه های ناشی از مصرف دخانیات بسیار زیاد است، به علاوه افراد سیگاری در طول زندگی شان نیز به علت بیماری، بهره وری کمتری دارند. براساس تخمینی در سال ۱۹۹۴ هزینه های خالص به هدر رفته در اثر استعمال دخانیات بیش از ۲۰۰ میلیارد دلار در سال بوده است.

دخانیات موجب ۲۵-۱۲٪ مرگها در کشورهای صنعتی است. در سال ۱۹۹۰ دخانیات موجب ۲/۶٪ بیماریها در جهان بوده است، تا سال ۲۰۲۰ دخانیات موجب ۹٪ کل صدمات جهانی یا ۱۳٪ بیماریها و مرگ بالغین خواهد بود.



مقایسه میزان مرگهای ناشی از سیگار و تغییرات آن از ۱۹۹۰-۲۰۲۰

چنانچه نمودار بالا نشان می دهد طی سالهای پیش رو میزان مرگهای ناشی از استعمال دخانیات در کشورهای پیشرفته بیش از ۵۰٪ کاهش یافته و در کشورهای در حال توسعه به عکس افزایش می یابد. این مرگها در کشورهای منطقه خاورمیانه که ایران نیز یکی از آنها است به میزان سه برابر طی سالهای ۱۹۹۰ تا ۲۰۲۰ افزایش خواهد یافت. لذا از این پس کشورهای در حال توسعه با مشکلات بیشتری در خصوص استعمال دخانیات و بیماریها و ناتوانیها و مرگهای ناشی از آن مواجه خواهند بود.

استعمال دخانیات و فقر رابطه تنگاتنگی با هم دارند. مطالعات متعدد نشان داده اند که در فقیرترین خانوارها در بعضی از کشورهای کم درآمد حدود ۱۰٪ از کل هزینه های خانوار صرف استعمال دخانیات می شود، این بدان معنی است که این خانوارها پول کمتری برای تامین نیازهای اساسی شان از قبیل غذا، آموزش و خدمات بهداشتی درمانی دارند که باز در نتیجه عدم آموزش و بیماری، فقر آنها تشدید می شود.

براساس برآورد سازمان جهانی بهداشت، در کشور ما سالانه ۳۶ هزار مرگ بعلت بیماریهای وابسته به دخانیات روی می دهد و در صورت تداوم روند جاری، در ۲۰ سال آینده به میزان ۲۰۰ هزار مرگ در سال افزایش خواهد یافت. نتایج مطالعه سلامت و بیماری در سال ۱۳۷۸ نشان می دهد که در ایران ۱۴/۶٪ از افراد ۱۵-۶۹ ساله کشور سیگار می کشیدند و متوسط مصرف آنها ۱۳/۶ نخ در روز بود. روزانه حدود ۶۸ میلیون نخ سیگار در ایران استعمال می شد که هزینه آن بالغ بر ۹/۳ میلیارد ریال می گردید. ۶۶/۳٪ از افراد (۷۰/۶٪ مردان و ۳۴/۹٪ از زنان) سیگاری سن شروع سیگار کشیدن را بین ۱۵-۲۴ سالگی (سن گذراندن دوره دبیرستان، سربازی، دانشگاه یا ...) ذکر کرده بودند. یک مطالعه روی افراد سیگاری شهر تهران در سال ۱۳۸۳ نشان داده است که سیگاری ها به طور متوسط روزانه ۴۶۸ تومان برای مصرف سیگار هزینه می کردند.

براساس نتایج مطالعات نظام مراقبت بیماری های غیر واگیر که بصورت جمعیت محور و در بالغین ۱۵-۶۴ ساله و با نمونه گیری خوشه ای بر روی حجم نمونه ای ۳۰ هزار نفری در سال ۱۳۸۸ انجام شده است، ۱۰/۸۲٪ از جمعیت هر روز سیگار می کشند (۲۰/۳۹٪ مردان و ۱/۰۲٪ زنان). متوسط تعداد نخ سیگار مصرفی ۱۳/۱۰ نخ در روز می باشد.

براساس سالنامه آماری سال ۱۳۸۵ مرکز آمار ایران ۵۲۸۱۴۱۵۳ نفر از جمعیت کشور در گروه سنی ۱۵ سال و بالاتر زندگی می کنند. با احتساب شیوع ۱۰/۸٪ استعمال دخانیات در جمعیت بالای ۱۵ سال کشور، ۵۷۱۴۴۹۲ نفر سیگاری در این گروه سنی حضور دارند که انتظار می رود در صورت عدم تغییر در عادت استعمال دخانیات خود، نیمی از آنها طی ۲۰ سال آینده به کام مرگ فرو روند.

درمان این همه گیری خانمان برانداز به دارو و واکسن وابسته نیست بلکه منوط به عملکرد هماهنگ دولتها و جوامع مدنی است. راه اندازی و توسعه خدمات ترک سیگار در قالب روشهای مختلف کمک به مصرف کنندگان مواد دخانی برای ترک اعتیاد خود، یکی از شیوه های موثر در کاهش شیوع استعمال دخانیات و پیشگیری از مرگهای ناشی از آن است. موفقیت در این امر نیازمند خواست قدرتمند رهبران سیاسی و مشارکت مردم است. در راهنما تلاش گردیده است تا ضمن معرفی سیاستهای کلی کنترل دخانیات، اصول به اجرا در آوردن این سیاستها در جهت توانمندسازی متخصصین بهداشتی به ویژه کارشناسان مسئول کنترل دخانیات در دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور در اختیار قرار گیرد.

## ۲- دخانیات یا سلامت

### ۲-۱ استعمال دخانیات، بیماریها و مرگ

اگرچه اطلاعات دقیق استعمال مواد دخانی تنها در تعدادی از کشورهای خاص (اکثراً کشورهای صنعتی) در دسترس دولتهاست، لیکن برای اکثر کشورها تخمین دقیقی را می توان ارائه نمود. در کشورهای صنعتی، بین ۲۰٪ تا ۴۰٪ خانمها سیگار می کشند به ویژه زنان جوان که در میان آنها استعمال دخانیات رو به افزایش است، ۳۰-۴۰٪ مردان نیز سیگاری هستند و این رقم عموماً رو به کاهش است. در کشورهای در حال توسعه، بین ۲٪ تا ۱۰٪ زنان و بین ۴۰٪ تا ۶۰٪ مردان مواد دخانی مصرف می کنند. با این وجود استثنائاتی در این الگوی عمومی وجود دارد و WHO پیشنهاد طبقه بندی کشورها را بر اساس مرحله ای از گسترش همه گیری دخانیات در آنها مفید تشخیص داده است. این طبقه بندی همچنین در انتخاب ابزارهای مورد نیاز برای کنترل همه گیری بسیار بنیادی است. چهار مرحله همه گیری در جدول ۱ توضیح داده شده اند.

در دهه ۱۹۹۰، ۳ میلیون نفر در سراسر جهان به دلیل بیماریهای ناشی از استعمال دخانیات جان خود را از دست داده اند. حدود ۲ میلیون از این مرگهادر کشورهای صنعتی و حدود یک میلیون مرگ باقی مانده در کشورهای در حال توسعه رخ داده است (شکل ۱). در کشورهای صنعتی بطور کلی تعداد مرگهای سالیانه ناشی از استعمال دخانیات در مردان از حدود ۷۰۰ هزار مرگ در سال ۱۹۶۵ به ۱/۵ میلیون مرگ و در زنان از حدود ۱۰۰ هزار مرگ به ۵۰۰ هزار مرگ در حال حاضر رسیده است.

در جوامعی که استعمال دخانیات در چندین دهه شایع بوده است، حدود ۹۵-۹۰ درصد سرطانهای ریه، ۸۵-۸۰ درصد برونشیتهای مزمن و آمفیزم، ۲۵-۲۰ درصد مرگهای ناشی از بیماریهای قلبی و سکتته های مغزی را می توان به استعمال دخانیات ارتباط داد. این درصدهای خطر در جوامعی که تماس

کمتر با مواد دخانی دارند، پائین تر است. در کشورهای توسعه یافته بطور کلی حدود ۴۵-۴۰ درصد تمام مرگهای ناشی از سرطانها در میان مردان، ناشی از استعمال دخانیات بوده و در میان زنان این نسبت تنها کمی کمتر از ۱۰ درصد است اما به سرعت رو به افزایش می باشد. هر سال تخمین زده می شود که استعمال دخانیات موجب ۶۳۰ هزار مرگ به علت ابتلا به بیماریهای قلبی عروقی در کشورهای توسعه یافته می شود. حدود ۴۵۰ هزار مورد از این مرگها به صورت پیش رس یعنی قبل از سن ۷۰ سالگی اتفاق می افتند. تعداد کثیری از سایر زینهای بهداشتی شامل سایر بیماریهای تنفسی، زخمهای گوارشی، و عوارض حاملگی نیز قابل استناد به استعمال دخانیات هستند.

### جدول ۱. چهار مرحله همه گیری دخانیات

#### مرحله ۱

این ابتدائی ترین مرحله همه گیری استعمال دخانیات در جمعیت است. شیوع در میان مردان بطور مقایسه ای پائین است (>۱۵٪) در حالیکه در میان زنان عمدتاً به علت عوامل اجتماعی فرهنگی که استعمال دخانیات توسط زنان را نمی پسندد، به ندرت این میزان بالای ۱۰٪ است و ممکن است بسیار کمتر از ۵٪ باشد. مصرف سرانه نیز نسبتاً پائین و عموماً کمتر از ۵۰۰ سیگار به ازای هر فرد بالغ در سال است. در این مرحله مرگ و بیماری ناشی از استعمال دخانیات هنوز مشهود نیستند.

#### مرحله ۲

در این مرحله از همه گیری که ممکن است ۳۰-۲۰ سال طول بکشد، شیوع استعمال دخانیات در میان مردان به افزایش سریع خود ادامه می دهد، و به قله خود بین ۵۰٪ تا ۸۰٪ می رسد. نسبت سیگارهای ترک کرده نسبتاً پائین است. شیوع استعمال دخانیات در زنان نوعاً یک تاخیر ۲۰-۱۰ ساله نسبت به مردان دارد، اما به سرعت در حال افزایش است. شیوع استعمال دخانیات احتمالاً در میان گروههای اجتماعی اقتصادی مختلف مشابه است اما مختصری در میان طبقه مرفه بالاتر است. مصرف سیگار به ازای هر فرد بالغ بین ۱۰۰۰ تا ۳۰۰۰ نخ در سال متغیر است که اکثر آن هنوز توسط مردان مصرف می شود (که در میان آنها مصرف سالانه احتمالاً در محدوده ۴۰۰۰-۲۰۰۰ سیگار است).

### مرحله ۳

شیوع استعمال دخانیات در میان مردان رو به کاهش بوده و در انتهای این مرحله به حدود ۴۰٪ می‌رسد، که تا چندین دهه ثابت باقی می‌ماند. شیوع مصرف دخانیات در میان مردان میانسال و سالمند تمایل رو به کاهش است، بسیاری از آنها در حال ترک هستند. مهمتر اینکه مشخصه پایان مرحله ۳ آغاز کاهش استعمال دخانیات در بین زنان است. از آنجا که دانش مربوط به زیانهای استعمال دخانیات بر سلامت تا این زمان بطور گسترده‌ای منتشر شده است، قله شیوع استعمال دخانیات در زنان احتمالاً بطور مشهودی پائین تر از مردان است. تجربه کانادا، انگلستان، ایالات متحده آمریکا و سایر کشورها که مدتهاست استعمال دخانیات در میان زنان آنها شایع است، نشان می‌دهد که حداکثر شیوع استعمال دخانیات در زنان حدود ۴۵-۳۵ درصد است. همچنین احتمال یک شیب سنی واضح در شیوع در میان زنان وجود دارد، مانند اینکه ۵۰-۴۰ درصد زنان جوان سیگاریهای منظم هستند و تنها نسبت کمی (>۱۰٪) از زنان سیگاری در گروه سنی بالای ۶۰-۵۵ سال خواهند بود. مشخصه دیگر این دوره افزایش سریع در مرگهای ناشی از استعمال دخانیات است که از ۱۰٪ تمام مرگها در مردان به ۳۰-۲۵٪ طی سه دهه میرسد. در میانسالان (۶۹-۳۵ سال) مرگ و میر نسبی مردان به علت استعمال دخانیات حتی از این نیز بالاتر است (حدود ۱ از هر ۳ مرگ). میزان مرگهای ناشی از دخانیات در میان زنان هنوز بطور مقایسه‌ای پائین بوده (حدود ۵٪ تمام مرگها)، اما در حال افزایش است.

### مرحله ۴

کاهش شیوع استعمال دخانیات در هر دو جنس بطور موازی رو به کاهش (اگر چه به کندی) است. حدود ۴۰-۲۰ سال پس از رسیدن به قله شیوع استعمال دخانیات بین زنان باید تنها ۱۵-۱۰ درصد کاهش یافته و حدود ۳۰ درصد باشد. انتظار می‌رود شیوع میان مردان مختصری بالاتر، احتمالاً ۳۵-۳۳ درصد باشد، انتظار می‌رود مرگ و میر ناشی از استعمال دخانیات در مردان در اوایل این مرحله به قله خود، حدود ۳۵-۳۰ درصد کل مرگها و در سنین میانی عمر تا ۵۰ درصد برسد. طی یک دهه یا چیزی در این حدود این مرگ و میر به زیر ۳۰٪ می‌افتد و بطور پیشرونده‌ای رو به کاهش می‌رود. برعکس، مرگهای ناشی از استعمال دخانیات در زنان در این مرحله به سرعت افزایش می‌یابد چون آثار سیگار کشیدن قبلی آنان بر سلامتی بطور کامل مشهود می‌گردد.

عوارض ناخواسته استعمال دخانیات در حاملگی عبارتند از وزن کم هنگام تولد، افزایش بروز سقط خود بخود، پیش رس بودن نوزاد، تولد جنین مرده، و سندرم مرگ ناگهانی نوزاد. وزن کم هنگام تولد یکی از قویترین پیش بینی کنندگان مرگ و میر نوزادی است.

مصرف سرانه سیگار در کشورهای در حال توسعه طی ۲۵ سال گذشته بطور متوسط بیش از ۷۰٪ افزایش داشته است. اگر روند کنونی ادامه یابد طی دو تا سه دهه آتی سالانه ۷ میلیون مرگ به علت دخانیات در کشورهای در حال توسعه بروز خواهد نمود. با روندهای کنونی تنها در چین بین ۲-۳ میلیون مرگ سالانه ناشی استعمال دخانیات در دهه ۲۰۳۰-۲۰۲۰ پیش بینی می شود که ۱ میلیون از این مرگها ناشی سرطان ریه خواهند بود.

اگرچه استعمال دخانیات عوارض مشابهی را با شیوع کمتر یا بیشتر در کشورهای در حال توسعه همچون کشورهای توسعه یافته ایجاد می کند، بطور تاریخی استعمال دخانیات در کشورهای در حال توسعه کمتر است و در نتیجه آن مرگ و میر ناشی از استعمال دخانیات نیز به همین نسبت کمتر است. در کل در کشورهای در حال توسعه، بیماریهای عفونی هنوز علت اصلی مرگ هستند اما از سال ۱۹۸۵ بیماریهای قلبی عروقی دومین علت مرگ شده اند. بعلاوه در کشورهایی که استعمال مواد دخانی به شیوه های سنتی نظیر جویدن توتون یا استعمال بیدی "bidi" سابقه طولانی دارد، سرطان دهان مشکل اصلی است. این وضعیت به ویژه در آسیای جنوب شرقی دیده می شود. علاوه بر این شرایط متعددی هستند که در همراهی با استعمال دخانیات موجب افزایش خطر ابتلا به بیماریهای خاص ناشی از استعمال دخانیات می گردند برای مثال ابتلا به سرطان ریه در سیگاریهای مبتلا به شیسستوزومیاز و سرطان ریه برای معدنکاران سیگاری در تماس با آزبست یا رادون بیشتر می شود.

## ۲-۲ سیاستها و برنامه های کنترل دخانیات

به فاصله کوتاهی پس از انتشار نخستین نتایج مطالعات مرتبط کننده استعمال دخانیات با بیماریهای خاص به ویژه سرطان ریه تعدادی اقدامات سلامت عمومی به طرفداری از آنها برخاستند. طی دهه ۱۹۶۰، ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ اکثر کشورها اقدامات سیاسی پیش گرفتند و برنامه هایی را با هدف کاهش استعمال دخانیات در جوامع خود اتخاذ نمودند.

در اوایل ۱۹۷۰ مجمع جهانی بهداشت باهشدار در مورد تاثیر استعمال دخانیات بر افزایش ابتلا به بیماریهای ریوی و قلبی، شامل سرطانهای مجاری هوایی و ریه، برونشیت مزمن، آمفیزم و بیماریهای ایسکمیک قلب، توجه دبیرکل سازمان بهداشت جهانی و کلیه اعضا را به این موضوع و اقدامات کنترلی مرتبط جلب نمود (قطعهنامه WA23.32). از آن زمان تاکنون موضوع کنترل دخانیات تقریباً هر ساله در دستور کار مجمع قرار داشته است.

در سال ۱۹۷۸ یک کمیته تخصصی در سازمان بهداشت جهانی در زمینه کنترل دخانیات، تعدادی اقدامات همراه را با هدف کاهش استعمال دخانیات مورد تأیید قرار داد. این کمیته تخصصی در نتیجه گیریهای خود، تأکید نمود که هیچ اقدام منفردی در جهت کنترل دخانیات نمی تواند به خودی خود مشکل استعمال دخانیات را حل کند. اقدامات توصیه شده باید همیشه به عنوان بخشی از راهبردی کلی در نظر گرفته شوند که در آن قانونگذاری تنها یک بخش منفرد اگرچه اساسی را تشکیل می دهد. قطعنامه ۱۹۸۶WA39.14 تأکید می کند که تنها زنجیره ای از اقدامات می تواند با رفتاری مقابله کند که اگرچه اعتیادآور است اما قانونی است و توسط تلاشهای تبلیغی و ترویجی شدید تقویت می شود. این قطعنامه بر این اجزاء ضروری کنترل دخانیات تأکید نموده و کشورهای عضوی را که هنوز برای اجرای راهبردهای کنترل دخانیات اقدام ننموده اند، تحت فشار قرار می دهد. حداقل ۹ مورد از این اقدامات به شرح زیر می باشد:

- (۱) اقداماتی برای ایجاد اطمینان از حفاظت موثر غیرسیگاریها از تماس اجباری با دود دخانیات در اماکن عمومی مسقف، رستورانها، وسائط حمل و نقل، و محلهای کاری و تفریحی.
- (۲) اقداماتی برای تشویق ترک استعمال دخانیات به منظور حفاظت از کودکان و نوجوانان از اعتیاد آتی به مواد دخانی.
- (۳) اقداماتی برای اطمینان از ارائه یک نمونه خوب از بدون دود بودن کلیه ساختمانهای بهداشتی، درمانی و کلیه کارکنان بخش سلامت.
- (۴) اقداماتی جهت حذف پیشرونده عوامل اقتصادی اجتماعی، رفتاری و سایر مشوق هائی که موجب تداوم و تحریک استعمال مواد دخانی می گردد.
- (۵) هشدارهای بهداشتی برجسته که باید شامل جمله اعتیادآور بودن دخانیات باشد؛ بر روی بسته های سیگار و کلیه بسته بندیهای مواد دخانی.
- (۶) استقرار برنامه های آموزشی و اطلاع رسانی عمومی در مورد آثار استعمال دخانیات بر سلامتی شامل برنامه های ترک دخانیات با مداخله فعال متخصصان سلامت و رسانه ها.
- (۷) پایش روندها در استعمال دخانیات و سایر شکلهای مصرف مواد دخانی، بیماریهای ناشی از استعمال دخانیات، و اثربخشی اقدامات ملی کنترل دخانیات.
- (۸) تشویق جایگزینهای اقتصادی حیاتی به جای تولید، بازرگانی و مالیات بر مواد دخانی.
- (۹) استقرار مدیریت ملی برای حمایت و هماهنگی کلیه فعالیتهای فوق الذکر.

بیش از ۳۰ سال پس از نخستین اقدامات کنترل دخانیات و نه سال پس از قطعنامه WHA39.14، نتایج اثربخشی این برنامه ها را می توان در بسیاری از کشورها دید. روندها در انگلستان یک نمونه



جالب را فراهم می نماید. گزارشهای ثبت شده استعمال دخانیات در انگلستان به سال ۱۸۷۰ بازمی گردد و منطقی به نظر می رسد که استعمال دخانیات در آن تاریخ عمدتاً در میان مردان شایع بوده است. جنگ جهانی اول موجب افزایش استعمال سیگار و سایر مواد دخانی در انگلستان به میزان ۴۵۰۰ گرم به ازای هر نفر گردید. در خلال جنگ جهانی دوم استعمال دخانیات در میان زنان شایعتر شد و افزایش آن در میان جمعیتهای بزرگ ادامه پیدا کرد. تا سال ۱۹۵۰ شیوع استعمال دخانیات در مردان به ۷۷ درصد و در زنان به ۳۸ درصد رسید. مصرف سرانه کلی توتون بر اساس وزن به بیشترین میزان خود در حوالی سال ۱۹۶۰ رسید که تا آن زمان تقریباً ۹۰ درصد آن به شکل سیگار بود.

طی ۳۰ سال گذشته تلاشهای فراوانی برای کاهش استعمال دخانیات در انگلستان انجام شده و موفقیت قابل توجهی به دست آمده است. با وجود این تاخیری بین علت (استعمال دخانیات) و معلول (بیماریهای ناشی از استعمال دخانیات) وجود دارد و سطوح بالای بیماری و مرگ و میر که رخ داده است نتیجه چندین دهه استعمال بسیار شدید مواد دخانی بوده است. به همین شیوه، تاخیری بین کاهش در میزان استعمال دخانیات و بروز شواهد کاهش در سطوح بیماریهای ناشی از استعمال دخانیات مورد انتظار است. در نهایت، تلاشهای ۳۰ ساله اخیراً شروع به نمایش کاهش بروز بیماریهای ناشی از استعمال دخانیات و مرگ و میر حاصل از آن نموده است.

سطوح بالای استعمال دخانیات به مدت بیش از یک قرن در انگلستان استمرار داشته است. در دهه ۱۹۵۰ و دهه ۱۹۶۰ مشهود شد که کشور دارای سطوح بالای ابتلا به سرطان ریه و مرگهای ناشی از استعمال دخانیات است (شکل ۲). سرطان ریه مردان در سالهای بین ۱۹۷۵ و ۱۹۷۹ به ثبات رسید و سپس میزان آن رو به کاهش نهاد. این مشاهدات با تغییرات در عادت استعمال دخانیات و تاخیر مورد انتظار بین علت و معلول مطابق است. بالاترین مصرف سرانه سیگار در مردان بالغ در سال ۱۹۶۰ به تعداد ۴۰۳۰ نخ بود و شیوع استعمال دخانیات از آن تاریخ تاکنون رو به کاهش بوده است. مرگ قابل انتساب به استعمال دخانیات ۱۵ سال بعد به قله خود رسید و از آن به بعد به شکل پیشرونده ای رو به کاهش نهاده است. در زنان هنوز ثبات در مرگ و میر بروز ننموده است که باید این واقعیت را در نظر داشت که مصرف سرانه سیگار در زنان تا سال ۱۹۷۴ به افزایش خود ادامه داد که به ۲۶۳۰ نخ رسید. باوجود این روند بیماریها نه تنها در دو جنس بلکه در طبقات اجتماعی نیز متفاوت است به نحوی که میزان استعمال دخانیات و مرگهای ناشی از سرطان ریه و بیماریهای قلبی عروقی نسبت عکس با طبقه اجتماعی دارد. اینها عوامل مهمی برای طراحی برنامه هستند. موفقیتهایی نظیر این معمولاً حاصل ترکیبی از اقدامات کنترل دخانیات با استفاده از رویکرد بهداشت عمومی، قانونگذاری، فعالیتهای ویژه مشوق سلامت و اقدامات اقتصادی است. اولین رویکرد مبتنی بر حفاظت از سلامت جامعه از خطرات

استعمال دخانیات است و تشویق یک جامعه سلامت که در آن ترک استعمال دخانیات یک هنجار اجتماعی است. دومین رویکرد شامل فعالیتهایی است که هدف آن دستیابی به یک سیاست ملی از میان کنترل جامع دخانیات بوده و بر کلیه موضوعاتی نظیر مالیات، تبلیغات، آموزش بهداشت در سطح ملی مبتنی است. سومین رویکرد بر فعالیتهای کنترل دخانیات در گروههای خاص، نظیر کودکان یا زنان، متمرکز است؛ چنانکه در برنامه فعلی کالیفرنیا در مورد پیشگیری از آغاز استعمال دخانیات در نوجوانان دیده می شود. چهارمین رویکرد شامل استفاده از مالیات و سایر اقدامات موثر بر درآمد برای عدم تشویق مصرف مواد دخانی می باشد. سایر راهبردها باید شامل تشویق جایگزینهای کشت توتون و تولید مواد دخانی باشد.

### ۲-۳ تنوع شرکای اجتماعی

میزان تاثیر استعمال دخانیات بر سلامت و اقتصاد اکثر کشورها را متقاعد نموده است که رهبری را در کنترل دخانیات به دست گیرند. تنها اقدام عموم مردم گستره و قدرت فائده برای معکوس نمودن شیوع رو به رشد استعمال دخانیات دارد. بطور همزمان، این اقدام باید توسط افراد، سازمانهای مردم نهاد (NGOs) و سازمانهای بین المللی تشویق شود و مورد حمایت قرار گیرد.

اقدامات بین المللی نیز می تواند به عنوان تسریع کننده عمل کند تا در کشورهایی که اقدام در این زمینه را مشکل می یابند، روحیه بدهد. تجربه سازمان بهداشت جهانی در توسعه سیاست کنترل دخانیات نشان داده است که گاهی اوقات برای یک کشور چنگ زدن به یک موضوع مورد اختلاف سیاسی و اقتصادی از خلال تصمیم گیری جمعی آسانتر از اقدامات فردی است. نقش متخصصان بین المللی، چه به صورت مستقل از سازمان بهداشت جهانی و چه به صورت وابسته به آن و سازمان بین المللی تحقیقات در مورد سرطان (IARC)، در اعتبار بخشی به اطلاعات علمی، همه گیری شناسی و سیاسی غیرقابل چشم پوشی است. سایر سازمانهای بین المللی نظیر یونیسف و بانک جهانی اخیراً در حمایت از راهبردهای فراملی و ملی به سازمان بهداشت جهانی پیوسته اند.

حرکت بین المللی کنترل دخانیات با مداخله فعال سازمانهای مردم نهاد<sup>۱</sup> مشخص می گردد. ثابت شده است که این سازمانها محرکهای اساسی در کار در زمینه بیماریهای خاص نظیر سرطان ریه و بیماریهای قلبی عروقی یا موسسات خاص نظیر اتحادیه بیمارستانها، انجمنهای پزشکی یا مجموعه های تازه تاسیسی که تمرکز آنها بر استعمال دخانیات به عنوان یک عامل خطر است؛ هستند. این NGOs با اقدامات مختلفی کنترل دخانیات را تشویق میکنند: انتقال سریع و سامانمند اطلاعات ویژه، استفاده از رسانه ها نظیر روزنامه و تلویزیون، تشویق و حمایت از اقدامات اعضای خود، ترتیب دادن سیاستهای عام برای تخصصهای فردی، و انتشار راهنما در مورد نحوه عملی کردن تئوریهای کنترل دخانیات.

اخیراً، اتحادیه هائی توسط بعضی از این سازمانها برای اعمال فشار بر دولتها برای تنظیم قوانین کنترل دخانیات و قرار دادن موضوع "دخانیات یا سلامتی" در فهرست کاری انجمنهای علمی و سیاسی؛ شکل گرفته است.

تجربیات موجود اهمیت رهبری را در موفقیت آمیز بودن سیاستها و برنامه های کنترل دخانیات در سطح جهانی، ملی و اجتماعی نشان داده است. شناسائی تمامی عواملی که نقشی در این زمینه دارند (شامل آنهایی که مسئولیت هماهنگی در برنامه های ملی کنترل دخانیات را بر عهده دارند و فعالیتهای مسئولین مختلف، سازمانهای ملی و بین المللی، و سازمانهای مردم نهاد) و ترکیبی نمودن مناسب نهادها و ستانده های هر یک، تعیین ارزش صحیح هر کدام در نتایج نهائی؛ از اجزای اساسی توسعه برنامه های کنترل دخانیات است.

### ۳- به عمل در آوردن تئوریا

#### ۱-۳ تهیه یک برنامه عملیاتی

با توجه به اهمیت استعمال دخانیات در به خطر انداختن سلامت آحاد جامعه، بدیهی است که یکی از سیاستهای اصلی هر کشور کنترل استعمال این عادت رفتاری زیانبار باشد. اگرچه فعالیتهای کنترل دخانیات می تواند در سطوح مختلف جامعه جریان داشته باشد اما تجربه نشان داده است که تغییرات معنی دار در مصرف مواد دخانی تنها زمانی به وقوع می پیوندد که تلاشها به صورت هماهنگ و راهبردی صورت پذیرند. تهیه یک برنامه عملیاتی برای کنترل دخانیات در سطح استان و تامین زیرساختها و ظرفیتهای لازم برای به اجرا در آوردن این برنامه از مراحل کلیدی برای کاهش همه گیری دخانیات است. برنامه عملیاتی کنترل دخانیات در سطح استان سندی است که به روشنی اهداف و انتظارات شما، راهبردها و فعالیتهای مرتبط برای رسیدن به این اهداف و انتظارات، منابع مورد نیاز، شرکای درون و بین بخشی برای دستیابی به هر هدف و مکانیسمهای پیگیری و ردیابی پیشرفت فعالیتهای در جهت نیل به اهداف را نشان می دهد. بطور کلی می توان گفت این برنامه نقشه راهی است که بطور خلاصه نشان می دهد که شما به چه شیوه ای و در چه محدوده زمانی، براساس زمانهای تعیین شده برای تکمیل فعالیتهای، می خواهید به کنترل موثر دخانیات در استان خود برسید.

#### ۲-۳ تشکیل گروههای سیاسی و اجرایی در سطح استان

برای انجام اقدامات موثر برای کنترل دخانیات در استان لازم است ابتدا گروههای کاری مختلفی را در سطح استان تشکیل دهید. اولین گروه، گروه درون بخشی در دانشگاه علوم پزشکی استان است سپس تیمی از نمایندگان دستگاههای ذیربط در سطح استان تشکیل دهید. این گروه می تواند حمایت سیاسی لازم برای تضمین اجرایی شدن سیاستهای کنترل دخانیات در سطح استان را تامین نماید. در ساختار فعلی شورای سلامت استان که به ریاست استاندار تشکیل می شود بهترین محمل برای این اقدام است. این کمیته مسئول فراهم نمودن بسترهای اجرایی لازم برای عملی نمودن سیاستهای کنترل دخانیات است. گروه سوم در سطح شهرستان تشکیل شده و ساختاری مشابه شورای سلامت استان در سطح شهرستان و به ریاست فرماندار می باشد.

#### ۳-۳ اعضای کمیته کنترل دخانیات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی

##### درمانی

- ریاست دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی: حمایت سیاسی و اجرایی لازم جهت ایجاد هماهنگی بین معاونتهای مختلف و الزام به پاسخگویی به نیازهای مطرح شده از سوی

کارشناس مسئول برنامه کنترل دخانیات استان را فراهم می نماید. همچنین در این جلسات اطلاعات لازم برای ارائه در شورای سلامت و امنیت غذایی استان را دریافت و جهت فراهم نمودن زمینه های اجرائی لازم در سطح استان به این شورا ارائه می نماید.

- معاون بهداشتی دانشگاه: مسئولیت مستقیم کنترل دخانیات در حوزه این معاونت میباشد. حمایت های لازم از گروه سلامت محیط و حرفه ای در زمینه کنترل دخانیات و گسترش فعالیتهای کنترل دخانیات و اجرای مفاد قانون جامع کنترل دخانیات و مبارزه ملی با دخانیات در حوزه این معاونت قرار دارد.
- معاون درمان دانشگاه: فراهم نمودن اطلاعات علمی لازم در خصوص بیماریهای ناشی از استعمال دخانیات و نیز ارجاع بیماران مبتلا به این بیماریها جهت ادامه درمان در خصوص ترک مواد دخانی به کلینیکهای ترک سیگار فعال در سطح استان از وظایف این معاونت است.
- معاون پژوهشی دانشگاه: تامین زیرساختهای لازم جهت انجام پژوهشهای مرتبط با موضوعات مربوط به شیوع استعمال دخانیات در استان را فراهم نماید.
- معاون پشتیبانی رئیس دانشگاه: تامین منابع مالی لازم برای فعالیتهای مرتبط با کنترل دخانیات به عهده این معاونت میباشد.
- مدیر گروه بهداشت محیط و حرفه ای / کارشناس مسئول بهداشت محیط دانشگاه: مسئولین نظارت فنی بر فعالیتهای کنترل دخانیات در استان به عهده او است.
- کارشناس مسئول برنامه کنترل دخانیات دانشگاه: مسئول مستقیم اجرا و هماهنگی لازم جهت اجرائی نمودن سیاستهای کنترل دخانیات در استان است.

### ۳-۴ اعضای شورای سلامت و امنیت غذایی استان شامل

- (۱) استاندار، به عنوان بالاترین مقام سیاسی، اجرائی استان که حمایت های سیاسی و اجرائی لازم را برای اجرائی نمودن تصمیمات متخذه در شورا فراهم می نماید.
- (۲) رئیس دانشگاه علوم پزشکی، دبیری شورا را عهده دار می باشد، و در ارائه اطلاعات مرتبط با عوارض ناشی از استعمال دخانیات به این شورا و تدوین سیاستهای مرتبط برای کنترل دخانیات در سطح استان و همچنین در موارد خاص همکاری می نماید.
- (۳) مدیرکل آموزش و پرورش استان، مشارکت در تصمیم گیریها و تهیه متون آموزشی لازم متناسب با گروه سنی دانش آموزان و تدوین برنامه های مدرسه محور لازم جهت ارائه در مدارس سطح استان و مشارکت در پژوهشهای مدرسه محور در خصوص موضوعات مرتبط با دخانیات در سطح استان.

- ۴) مدیرکل بازرگانی استان، جهت مشارکت در تصمیم گیریها و اجرائی نمودن تصمیمات مرتبط با آن حوزه از قبیل اجرای دستورالعمل صنوف مجاز فروش مواد دخانی در سطح استان.
- ۵) مدیرکل جهاد کشاورزی در استانهائی که کشت توتون صورت می پذیرد جهت مشارکت در تصمیم گیریها و اجرائی نمودن تصمیمات مرتبط با آن حوزه.
- ۶) رئیس دادگستری استان، جهت مشارکت در تصمیم گیریها و اجرائی نمودن تصمیمات مرتبط با آن حوزه به ویژه اعمال تنبیهات قانونی لازم در خصوص متخلفین از قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات که از سوی مراجع اجرائی قانون فوق به دادگاههای استان معرفی می گردند.
- ۷) وسایر اعضا مدیران تربیت بدنی، انتقال خون، محیط زیست، دامپزشکی، شرکت آب و فاضلاب جهت مشارکت در تصمیم گیریها و اجرائی نمودن تصمیمات مرتبط
- ۸) واز برخی مدیران درجلسات مرتبط دعوت بعمل می آیداز جمله:
- ۹) شهردار، جهت مشارکت در تصمیم گیریها و اجرائی نمودن تصمیمات مرتبط با آن حوزه به ویژه در خصوص اجرائی نمودن مواد مرتبط با ممنوعیت استعمال مواد دخانی در اماکن عمومی و وسائط حمل و نقل عمومی در سطح استان
- ۱۰) فرمانده نیروی انتظامی استان، جهت مشارکت در تصمیم گیریها و اجرائی نمودن تصمیمات مرتبط با آن حوزه به ویژه در موارد خاص نظیر مبارزه با مواد دخانی قاچاق، همکاری با بازرسان بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی در خصوص اعمال قوانین مرتبط با کنترل دخانیات در سطح استان.
- ۱۱) فرماندار، جهت مشارکت در تصمیم گیریها و اجرای تصمیمات متخذه در شورا در شهرستانهای زیر مجموعه خود.

### ۳-۵ جلب مشارکت بخش خصوصی

یک برنامه کنترل دخانیات چند وجهی باید بخش خصوصی را نیز درگیر نماید. بخشهای موثر در کنترل دخانیات در بخش خصوصی عبارتند از:

#### ۳-۵-۱ رسانه ها

رسانه ها نقش بسیار مهم و موثری در کنترل دخانیات در استان به عهده دارند. نحوه تعالی با رسانه ها بطور مفصل در فصل های آتی به بحث گذاشته می شود.

### ۲-۵-۳ سازمانهای مردم نهاد (NGOs)

سازمانهای مردم نهاد درگیر در کنترل دخانیات، کمک بسیار موثری در زمینه اجرای سیاستهای کنترل دخانیات هستند. به ویژه در مواردی که سازمانهای دولتی به علت محدودیتهای موجود در مواجهه با سایر بخشهای دولت در به اجرا در آوردن مفاد قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات هستند، این سازمانها می توانند نقش بسیار حساسی ایفا نمایند. سازمانهای مردم نهاد در برانگیختن افکار عمومی جهت تقاضای اجرای قوانین از دولت بسیار قابل توجه هستند. در فصول بعد توضیحات مفصلی در خصوص نحوه کار با سازمان های مردم نهاد آمده است.

### ۳-۵-۳ انجمنهای علمی، تخصصی

انجمنهای علمی، تخصصی نقش بسیار مهمی در کمک به استقرار فرهنگ ضد ارزش نمودن دخانیات در جامعه دارند. برای مثال صدور بیانیه ای از طرف انجمن متخصصین قلب در خصوص مرگ آور بودن استعمال دخانیات و نقش آن در بروز بیماریها و انتشار آن در رسانه های دیداری و شنیداری را می توان ذکر نمود.

### ۴-۵-۳ امام جمعه و ائمه جماعات

ارشاد و اطلاع رسانی نمازگزاران جمعه و جماعات در مساجد سطح استان در خصوص مضرات استعمال دخانیات و تشویق آنان به همکاری با مسئولین در خصوص کنترل دخانیات در سطح استان بسیار مهم و موثر است.

### ۳-۶-۳ تنظیم برنامه عملیاتی راهبردی

#### ۳-۶-۱ چشم انداز

- شرایط یا موقعیت نهائی حاصل از مجموع پیامدهای به دست آمده از اقدامات مختلف در شرایط ایده آل را بیان می کند. بطور کلی بیانیه چشم انداز باید:
- توسط همه آحاد جامعه درک و به اشتراک گذاشته شود.
  - از گستردگی کافی برخوردار باشد تا دیدگاه های مختلف را در برگیرد.
  - برای تمام افراد درگیر الهام بخش باشد.
  - به راحتی بتوان آن را با دیگران در میان گذاشت (مثلا به اندازه کافی کوتاه باشد که بتوان آن را روی یک پیراهن درج کرد)

### ۳-۶-۲ بیانیه ماموریت

- هدف کلی برنامه عملیاتی کنترل دخانیات را بیان می دارد. بیانیه ماموریت می گوید که کمیته کنترل دخانیات می خواهد به چه دست یابد، و چرا می خواهد این کار را بکند. بیانیه ماموریت باید:
- مختصر باشد؛ اگرچه نه به کوتاهی چشم انداز اما باید هدف خود را در یک جمله بیان کند.
  - پیامد نگر باشد، بیانیه ماموریت تمامی پیامدهای ناشی از برنامه عملیاتی را توضیح می دهد.
  - جامع باشد، بیان ماموریت همچنانکه اهداف اصلی برنامه را معین می کند باید بسیار موسع و گسترده باشد.

### ۳-۶-۳ هدف

یک نقطه نهائی مورد انتظار است که در صورت اجرای برنامه به آن خواهیم رسید.

### ۳-۶-۳-۱ اهداف ملموس

عبارتست از یک نتیجه اختصاصی قابل اندازه گیری مرتبط با یک هدف که در یک دوره زمانی خاص به دست می آید. اهداف ملموس وسیله ای برای اندازه گیری میزان موفقیت بدست آمده از فعالیتها و اقدامات است.

**چشم انداز** تمامی برنامه های کنترل دخانیات ایجاد جامعه ای عاری از دخانیات است. **بیانیه ماموریت** برنامه عملیاتی کنترل دخانیات، برانگیختن کلیه امکانات فردی، اجتماعی و دولتی برای پیشگیری از آغاز و کاهش استعمال دخانیات از طریق اعمال اقدامات متنوع و بین بخشی در کنترل دخانیات است. **هدف** یک برنامه عملیاتی کنترل دخانیات، کاهش مرگ و میر و ناتوانی ناشی از استعمال دخانیات است. **اهداف ملموسی** که دستیابی به این هدف را معین می کند عبارتند از:

- کمک به غیرسیگاریها برای غیرسیگاری ماندن
- تشویق ترک مواد دخانی و کمک به ترک توسط افراد مصرف کننده مواد دخانی
- حفاظت از سلامت و حقوق غیرسیگاریها با حذف تماس با دود مواد دخانی



**چشم انداز:** استان بدون دخانیات؛ **نقش ماموریتی:** ماموریت برنامه کنترل دخانیات برانگیختن کلیه امکانات فردی، اجتماعی و دولتی برای پیشگیری از آغاز و کاهش استعمال دخانیات از طریق اعمال اقدامات متنوع و بین بخشی در کنترل دخانیات است؛ **هدف:** کاهش مرگ و میر و ناتوانی ناشی از استعمال دخانیات؛ **زمینه ها:** جنبه های خاص استان خودتان را در رابطه با استعمال دخانیات و منطق حاکم بر آن در این قسمت بنویسید:

شاخصهای پیشرفت برنامه	موانع بالقوه	تاریخ تکمیل فعالیت	منابع مورد نیاز	سازمانهای مسئول	فعالیتها	نتایج مورد انتظار	راهبرد
هدف ملموس ۱: پیشگیری از استعمال دخانیات							
هدف ملموس ۲: کاهش استعمال دخانیات در میان سیگاریهای فعلی							
هدف ملموس ۳: حفاظت از غیرسیگاریها از تماس با دود موادانی							

## ۴- آموزش و پرورش

آموزش از اجزای اصلی اجرائی نمودن سیاستهای کنترل دخانیات است. آموزش عبارت است از شیوه انتقال اطلاعات در خصوص: الف) شیوه های موثر کنترل دخانیات. ب) خطرات استعمال دخانیات. پرورش عبارت است از انتقال مهارتها برای ظرفیت سازی در جهت کنترل موثر دخانیات. گروههای هدف مختلف نیازمند آموزشهای متفاوتی هستند. برای مثال نیازهای آموزشی سیگاریها با نیازهای آموزشی متخصصین بهداشتی درگیر در کنترل دخانیات متفاوت است. همچنین نیازهای آموزشی سیاستگذارانی که باید آنها را متقاعد نمود تا در زمینه کنترل دخانیات مداخله نمایند متفاوت با گروههای دیگر است. بنابراین صرف آموزش در زمینه مضرات استعمال دخانیات برای سلامتی به تنهایی کافی نیست. ظرفیت سازی از عوامل کلیدی کنترل موثر دخانیات است. اگر سیاستمداران شیوه عملیاتی نمودن سیاستهای کنترل دخانیات را ندانند تصویب سیاستهای مناسب به تنهایی کاری از پیش نمی برد. برنامه ها و مداخلات موثر نیازمند مهارتهای خاص برای شناسایی مشکل، طراحی راه حل ها، پایش و ارزشیابی فعالیتها است. مردم نیازمند درک فرآیند تغییر رفتار هستند. متخصصین بهداشتی باید بدانند تغییر چگونه رخ می دهد و آنها چگونه می توانند از تمایل تغییر در مردم حمایت کنند. کسانی که در کلینیک ترک سیگار یا خطوط تلفنی راهنمای ترک هستند، نیازمند مهارتهای خاص می باشند. کسانی که با جامعه کار می کنند باید نحوه دسترسی به مخاطبین خود را آموزش ببینند. در این بخش به سئوالات زیر پاسخ می دهیم:

- ۱) چه کسی چه نوع آموزشی نیاز دارد؟
  - ۲) برای هر یک از گروههای مختلف چه مواد آموزشی مناسب است؟
  - ۳) این مواد آموزشی را چگونه می توان تهیه نمود؟
  - ۴) چه کسی نیاز به آموزش دارد؟
  - ۵) برای کنترل دخانیات چه مهارتهایی را باید آموزش داد؟
  - ۶) چه کسی می تواند آموزشها را ارائه نماید؟
  - ۷) چه شیوه های آموزشی موثرتر هستند؟
  - ۸) چگونه می توانید یک کارگاه آموزشی اثربخش راه اندازی کنید؟
- برای طراحی یک برنامه آموزشی مناسب، ابتدا باید نیازهای آموزشی را ارزیابی نمود که باید براساس بررسیهای زیر صورت پذیرد:

- چه کسانی از مواد دخانی استفاده می کنند؟ (سن، جنس، نژاد، محل زندگی و طبقه اجتماعی)

- هر گروه چه انواعی از مواد دخانی را مصرف می کنند؟ (سیگار، پپ، قلیان، سیگار برگ)
- عوامل موثر بر استعمال دخانیات چیست؟ (هنجارهای مرتبط با جنسیت افراد، تصویر ذهنی جامعه از استعمال دخانیات، باورهای فرهنگی، فشار همسالان، تبلیغات)
- چه شکلهائی از کنترل دخانیات در جامعه موجود است و آیا بطور کامل اجرا می شوند؟ (ممنوعیت تبلیغ مواد دخانی، افزایش قیمت مواد دخانی، ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن عمومی، ممنوعیت فروش به افراد زیر ۱۸ سال)
- چه برنامه هایی برای کمک به ترک مواد دخانی در منطقه شما وجود دارد؟ (مثل کلینیک ترک سیگار، خطوط ترک تلفنی، همایشهای رسانه ای، برنامه های آموزشی، درمان جایگزینهای نیکوتین)
- نیازسنجی آموزشی فرآیند شناسائی سامانمند دانش ها و مهارت‌های مورد نیاز و میزان وجود آنها در منابع انسانی جامعه است. این بخش به تدوین این فرآیند می پردازد.

#### ۴-۱ سؤال ۱: چه کسی چه نوع آموزشی نیاز دارد؟

سطح آموزشهای مورد نیاز به میزان اجرای سیاستهای کنترلی در منطقه شما بستگی دارد. اگر سیاستها قویتر و به خوبی در حال اجرا باشند، آموزشها باید بر محدودیتهای قویتر، اطلاعات مرتبط با پیشگیری از آغاز استعمال دخانیات در جوانان و مداخلات تخصصی تر ترک دخانیات برای زیرگروههای جمعیتی خاص متمرکز شوند. اگر کنترل دخانیات از سطح ضعیفی در منطقه برخوردار باشد، آموزش باید مبتنی بر افزایش آگاهی عمومی، جلب مشارکت بخشهای مختلف جامعه برای کنترل دخانیات، و معرفی شیوه ها و فواید مختلف ترک باشد.

#### ۴-۱-۱ گروه هدف اول

طراحان و حامیان برنامه ها و اقدامات کنترل دخانیات

این گروه نیازمند آموزش در زمینه فرآیندها و راهبردهای کنترل دخانیات هستند:

- مسئولین دولتی نظیر استاندار، فرماندار، رئیس دانشگاه علوم پزشکی، معاونین رئیس دانشگاه، رئیس دادگستری، نمایندگان مجلس، مسئولین اصناف و سایر مسئولین مرتبط حسب نیاز
- پزشکان، معلمین، سازمانهای مردم نهاد
- نمایندگان رسانه ها

#### ۴-۱-۲ گروه هدف دوم

افراد درگیر در فعالیتهای انفرادی و جمعی پیشگیری از آغاز استعمال دخانیات و ترک آن این گروه نیازمند آموزش در خصوص خطرات استعمال دخانیات و شیوه های ترک هستند:

- مصرف کنندگان مواد دخانی
  - آحاد جامعه
  - نمایندگان رسانه ها
  - جوانان و سایر افراد در معرض خطر آغاز استعمال دخانیات
  - کارکنان کلینیکهای ترک سیگار و سایر شیوه های ترک
  - کارکنان سیستم بهداشتی
- فهرستی از افراد این دو گروه در سطح استان تهیه نمائید.

## ۲-۴ سؤال ۲- برای هر یک از گروههای مختلف چه مواد آموزشی مناسب

### است؟

مواد آموزشی باید متناسب با سطح سواد، سن، زمینه های اجتماعی مخاطبین و پیامدهای آموزشی مورد انتظار باشد.

### ۲-۴-۱ گروه هدف اول

طراحان و حامیان اقدامات کنترل دخانیات؛ این گروه نیازمند مواد آموزشی پیچیده تری شامل ملاحظات اقتصادی و قانونی هستند. جدول زیر محتویات آموزشی مورد نیاز هر گروه را نشان می دهد.

اعضای دولت	معلمان، کارفرمایان، گروههای اجتماعی	رهبران جوانان، نمایندگان کارگران	مسئولین قضائی	کارکنان بهداشتی	رسانه ها	
✓	✓	✓	✓	✓	✓	خطرات بهداشتی دخانیات
✓	✓	✓	✓	✓	✓	بار اقتصادی و سلامتی دخانیات
		✓	✓	✓		قدمهای ترک
		✓	✓	✓		مدلهای اجرای مدارس و محلهای کار بدون دخانیات
			✓	✓		مدلهای موفق اقدامات کنترل دخانیات
			✓		✓	واکنشهای قیمتی مواد دخانی

### ۲-۲-۴ گروه هدف دوم

افراد نیازمند دریافت اطلاعات در خصوص مضرات استعمال دخانیات و چگونگی اقدام به ترک؛ بهتر است اطلاعات براساس آمار و اطلاعات بومی تهیه شود. جدول زیر محتویات آموزشی مورد نیاز هر گروه را نشان می دهد.

کارکنان بهداشتی	کارکنان کلینیک ترک سیگار	جوایان و سایر افراد در معرض خطر	نمایندگان رسانه ها	آحاد جامعه	مصرف کنندگان دخانیات	
√	√	√	√	√	√	خطرات بهداشتی دخانیات
√	√		√	√	√	راهبردهای ترک

### ۳-۴ سؤال ۳- این مواد آموزشی را چگونه می توان تهیه نمود؟

منابع متعددی برای تهیه مواد آموزشی در دسترس است. پایگاههای اینترنتی متعددی وجود دارند که می توان با مراجعه به آنها مواد آموزشی لازم را بدست آورد. بهتر است پس از گردآوری مطالب آنها را براساس نیازهای خود مرتب نمائید و اطلاعات و آمار محلی خود را به آن اضافه کنید.

### ۳-۴-۱ مواد طراحی شده برای اطلاع رسانی باید:

- واضح بوده و به راحتی برای مخاطبین قابل فهم باشد.
- با افسانه هائی که از طرف صنعت دخانیات در خصوص فواید مواد دخانی در جامعه شایع شده است مقابله کند.
- از نظر حجم، زبان و اطلاعات فنی برای جمعیت هدف مناسب باشد.
- واجد اطلاعات تکمیلی باشد. بعنوان مثال در صورت تمایل به ترک دخانیات به کجا می توانند مراجعه کنند.

### ۲-۳-۴ مواد آموزش مهارتها (شامل جزوات) باید:

- راهنمایی قدم به قدم با جزئیات کامل باشند.
- مثالها و تمرینهای متعدد داشته باشند.
- از نظر زبان، حجم و میزان پیچیدگی مناسب باشند.
- از نظر زمان و منابع مورد نیاز برای گروه هدف واقع گرا باشند.
- منابع اضافی را فهرست نمایند.

### ۳-۳-۴ شیوه های مختلفی برای عرضه محتواهای آموزشی تهیه شده وجود دارد

#### نظیر:

- داستان و نمایش
- پوستر
- رسم نمودار
- عکس
- چاپ CD و نوارهای صوتی و تصویری
- مقاله در روزنامه و مجله
- جزوه
- کتاب
- پایگاههای اطلاعاتی اینترنتی

### ۴-۳-۴ مراحل پیشنهادی تهیه یک متن آموزشی عبارتند از:

- ابتدا در خصوص محتوای کلی و تخصصی مطلب فکر کنید.
- یک متن اولیه تهیه کنید.
- متن تهیه شده را با افراد متبحر و بعضی از مخاطبین در میان بگذارید.
- با گروهی از مخاطبین متن را بخوانید.
- مواردی را که لازم است بازنگری کنید.
- متن را برای چاپ و توزیع آماده کنید.

#### ۴-۴ سؤال ۴- چه کسی نیاز به آموزش دارد؟

مجددا شما را به نیازسنجی انجام شده ارجاع می دهیم. در کشورهایی با کنترل ضعیف تر در خصوص دخانیات به آموزشهای بیشتری نیاز دارند. افراد نیازمند ظرفیت سازی عبارتند از:

- سیاستمداران و مشاوران آنها
- طراحان برنامه ها و مداخلات
- متخصصان سلامت و مشاوران همکار در کلینیکهای ترک
- معلمان، جوانان و سایر افراد درگیر در امر پیشگیری
- کارکنان شاغل در سیستم خدمات بهداشتی
- مصرف کنندگان متقاضی ترک مواد دخانی
- سازمانهای مردم نهاد فعال در کنترل دخانیات

#### ۴-۵ سؤال ۵- برای کنترل دخانیات چه مهارت‌هایی را باید آموزش داد؟

برای شناسایی مهارت‌های مورد نیاز هر گروه باید از «تحلیل شغل» استفاده نمود. تحلیل شغل به انتخاب اهداف آموزشی، مواد آموزشی مورد نیاز و آموزش دهندگان مناسب کمک می کند. هر «شغل» بطور معمول واجد دانش و نگرش و مهارت‌های خاص خود است.



جدول زیر نمونه ای از مشاغل و نیازهای مهارتی نیازمند آموزش را نشان می دهد:

مهارت‌های مورد نیاز	فعالیت‌های کنترل دخانیات
<p>گسترش همکاری‌های بین بخشی</p> <p>تحلیل اثار اقتصادی و سلامتی اقدامات سیاسی</p> <p>تهیه متن اولیه قانون و به اجرا در آوردن آئین نامه های مربوطه</p>	<p>تهیه متن اولیه و اجرا نمودن اقدامات سیاسی (قیمت گذاری، ممنوعیتها، محدودیت‌های فروش) در تمام سطوح</p>
<p>اجرای پیمایش های جامعه محور (شامل نمونه گیری، جمع آوری اطلاعات و تحلیل آن) در خصوص پذیرش اجتماعی قوانین</p> <p>گزارش نویسی موثر و نحوه ارائه اطلاعات جهت تحت تاثیر قرار دادن رسانه ها و گروه‌های هدف</p> <p>بازنگری انتقادی اطلاعات موجود و مقابله با ترفندهای شرکتهای دخانیات</p> <p>شناسائی شرکا و ایجاد اتحادیه های راهبردی</p>	<p>فعالیت‌های حمایتی در کلیه سطوح</p>
<p>شیوه های پیمایش جمعیت محور</p> <p>مدیریت و تحلیل اطلاعات</p> <p>گزارش نویسی و انتشار اطلاعات</p>	<p>پایش الگوهای استعمال دخانیات</p>
<p>تحلیل دقیق وضعیت موجود (کیفی، کمی و بررسیهای سریع در خصوص تاثیر استعمال دخانیات)</p> <p>تحلیل و تفسیر اطلاعات</p> <p>طراحی راهبردی برنامه ها براساس تحلیل وضعیت</p> <p>طراحی مناسب برنامه آموزشی و مواد آموزشی مرتبط</p> <p>ایجاد ارتباط موثر با گروه‌های هدف</p> <p>پایش و ارزیابی برنامه ها</p>	<p>طراحی و اجرای مداخلات در سطح استان (آموزش‌های مدرسه محور، همایش‌های رسانه ای، مکان‌های شغلی بدون دخانیات)</p>
<p>توانائی انجام مشاوره برای ایجاد تغییر و حمایت‌های لازم</p> <p>مدیریت و حمایت از مشاوران</p> <p>مهارت‌های زندگی (توانائی شناسائی خطر و فشار همسالان، توانائی «نه گفتن»، درک تصمیم گیری)</p> <p>شیوه های ترک و ماندگاری در ترک (با جایگزین‌های نیکوتین و بوپروپیون یا بدون آنها)</p>	<p>برنامه های ترک سیگار در سطح استان و شهرستانها</p> <p>ترک سیگار برای افراد خاص</p>

جدول زیر مهارت‌های مورد نیاز براساس گروه‌های هدف آموزشی را فهرست می‌کند: بهتر است از افرادی استفاده کنید که واجد بعضی یا بسیاری از این تواناییها باشند. مسلماً چنین افرادی در محیط کار یا جامعه شما وجود دارند، کار با این افراد راحت تر از کار با افراد کاملاً مبتدی است. این افراد را می‌توانید در سازمانهای مردم نهاد و ادارات دولتی در سطح استان پیدا کنید.

سیاستمداران	طراحان برنامه	کارکنان کلینیک ترک	کارکنان بهداشتی	معلمان	گروه‌های اجتماعی	بالتین	جوانان	
	√	√	√	√	√	√	√	مقاومت در مقابل فشارهای محرک استعمال دخانیات
	√	√	√	√	√	√	√	ترک سیگار
	√	√	√	√	√			مشاوره به دیگران برای ترک
√	√		√					جمع‌آوری اطلاعات استعمال دخانیات
√	√		√					تحلیل داده‌ها
	√		√		√			طراحی مداخلات جامعه محور
	√	√	√		√			پایش و ارزشیابی مداخلات
√	√	√	√		√			انتشار اطلاعات
√								تحلیل اقتصادی برای قیمت گذاری
	√		√		√			اجرای همایشهای رسانه ای
	√		√	√	√			تدوین مواد آموزشی
	√	√	√	√	√	√		توسعه همکاریها
√	√		√		√			اجرای موثر سیاستها

## ۴-۶ سؤال ۶- چه کسی می تواند آموزشها را ارائه نماید؟

### ۴-۶-۱ مربیان و مدرسان موجود

اساتید دانشگاهها، اعضای سازمانهای مردم نهاد و ادارات استان می توانند این آموزشها را ارائه نمایند. شما می توانید با واحد آموزش این موسسات تماس بگیرید و از تواناییهای آموزشی و اساتید آنها استفاده کنید.

### ۴-۶-۲ تربیت مدرس (TOT (Train-of-Trainer

با تربیت عده ای از افراد به عنوان مدرس و مربی و توسعه آشنایی آموزشها توسط آنها می توانید بطور موثری اطلاعات و مهارتها ی آموزشی را در میان افرادی که درگیر کنترل دخانیات هستند و نیز مردم عادی گسترش دهید.

## ۴-۷ سؤال ۷- چه شیوه های آموزشی موثرتر هستند؟

بیشتر افراد بالغ در صورت درگیری فعال با فرآیند آموزش و تمرین عملی آموخته ها بطور موثرتری یاد می گیرند. شیوه های مختلفی نظیر ایفای نقش و بحث گروهی شیوه های موثری برای انتقال اطلاعات هستند.

### ۴-۷-۱ نقش مدرس

یک مدرس خوب، دوره آموزش را هدفمند و معنا دار می کند. به آموزش گیرندگان بازخورد می دهد و از آنها بازخورد می گیرد. آموزشها را شبیه سازی می کند. با آموزش گیرندگان ارتباط موثر برقرار می کند.

### ۴-۷-۲ دانش

تعدادی از نکات کلیدی برای آموزش موثر عبارتند از:

- تلاش نکنید همه چیز را آموزش بدهید. نکات کلیدی را انتخاب کنید و با تن صدای مناسب بیان کنید.
- ببینید آموزش گیرندگان فقط به اطلاعات نیازمندند یا به آموزش مهارت ها نیز نیاز دارند.
- منابع متعدد اطلاعاتی، تامین منابع و راهنمایی های لازم را ارائه کنید تا آموزش گیرندگان بتوانند اطلاعات جدیدتر و بیشتر را خودشان کسب کنند.
- از مثالهای واقعی استفاده کنید.
- ترتیب ارائه اطلاعات را تعیین کنید.

- دانسته های قبلی آموزش گیرندگان را شناسائی کنید.
- اهمیت اطلاعات ارائه شده را توضیح دهید.
- با یک شرح خلاصه آغاز کنید.
- از شیوه های متنوع استفاده کنید (سخنرانی، جزوه، وسایل سمعی بصری، ایفای نقش، بحث گروهی، کمک در روند آموزش و ارائه اسلاید توسط شنوندگان).
- پرسش سؤال و بحث را تشویق کنید.
- در پایان جلسه مباحث را خلاصه کنید و کنترل کنید که همه موضوع را فهمیده باشند.

### ۴-۷-۳ رفتارهای آموزشی

- رفتارهای صحیح از اهمیت بالائی در ارائه مشاوره ترک دخانیات دارند.
- اطلاعات مورد نیاز را ارائه کنید تا رفتارهای مناسب را شکل دهید (مضرات ناشی از استعمال دخانیات، موانع ترک در جمعیت های بخصوص، تحلیل هزینه، فایده استعمال دخانیات).
  - مثالها یا الگوهای مناسب فراهم کنید (برای مثال افزایش توانائی ورزش پس از ترک، یک کلینیک ترک موفق، فعالیتهای منجر به تصویب قوانین، فیلمی از یک جلسه مصاحبه موفق)
  - از بحثهای گروهی و ایفای نقش استفاده کنید.

### ۴-۷-۴ مهارتها

- یک «تحلیل شغل انجام دهید تا ببینید آموزش چه مهارتهائی و در چه سطحی لازم است.
- وظایف را توضیح و نمایش دهید و به هر یک از شرکت کنندگان فرصت دهید تا آن نقش را تجربه کند.
- از ایفای نقش استفاده کنید. شرکت کنندگان را به مشارکت دعوت کنید و از سایرین بخواهید تا بازخوردهای خود را ارائه نمایند.

### ۴-۸-۸ چگونه میتوانید یک کارگاه آموزشی اثربخش راه اندازی کنید؟

کارگاههای آموزشی عموماً کوتاه (۱۰-۲ روز) و بسیار متمرکز هستند. برای اجرای یک کارگاه باید موارد زیر را مد نظر قرار داد:

### ۴-۸-۱ چک لیست طراحی کارگاه

#### ۴-۸-۱-۱ تعیین اهداف:

- اهداف را واقع گرایانه انتخاب کنید. اهداف زیاد ممکن است قابل دستیابی نباشند.

- از شفاف بودن اهداف و درک آنها توسط مخاطبین اطمینان حاصل کنید.
- **۴-۱-۸-۲ به شرکت کنندگان فکر کنید.**
- نقش، ظرفیت و تمایل آنها را برای مشارکت در کارگاه پیش بینی کنید.
- تعادل را در جنسیت، نژاد، محل جغرافیائی زندگی افراد در نظر بگیرید.
- تعداد مناسب برای گروه ۳۰ - ۱۵ نفر است که ارتباطات موثر و مشارکت فعال در کارگاه را میسر می سازد.
- دعوتنامه باید اهداف، زمان تشکیل و انتظارات از برگزاری کارگاه را اعلام نماید.
- دعوتنامه باید با فاصله زمانی مناسب ارسال شود تا زمان کافی برای بازخورد وجود داشته باشد.
- **۴-۱-۸-۳ زمانبندی:**
- تاریخ برگزاری کارگاه باید برای اعضا مناسب باشد.
- مدت برگزاری کارگاه باید متناسب با حجم اطلاعات و مهارت هائی باشد که می خواهید منتقل کنید.
- **۴-۱-۸-۴ محل برگزاری:**
- محلی را انتخاب کنید که برای شرکت کنندگان راحت و قابل دسترس باشد.
- از عدم وجود سروصدا، ترافیک و هر عامل آزاردهنده دیگر اطمینان حاصل کنید.
- اتاق برگزاری کارگاه متناسب با تعداد شرکت کنندگان (نه خیلی بزرگ و نه خیلی کوچک) باشد.
- امکان استفاده از میز برای تسهیل نوشتن را پیش بینی کنید.
- پذیرائی مناسب در فواصل جلسات فراهم کنید.
- امکانات سمعی و بصری را کنترل کنید.
- مکان مناسب برای کار گروهی فراهم کنید.
- **۴-۱-۸-۵ مواد آموزشی کارگاه:**
- معمولاً مواد آموزشی مکتوب بطور کامل مورد مطالعه قرار نمی گیرد.
- بر حسب نوع آموزش مواد آموزشی را تهیه کنید.
- منابع اضافی برای مطالعه بیشتر معرفی کنید.

## ۵- ارتباطات و آگاهی عمومی

### ۵-۱ کار با رسانه ها

رسانه ها به روشنی بازیگران کلیدی در هر همایش کنترل دخانیات هستند و اغلب عملی ترین کانال برای انتشار اطلاعات و پیامهای کنترل دخانیات به تعداد کثیری از جمعیت می باشند. رسانه وسیله ای است که به افکار عمومی شکل می دهد و رهبران سیاسی را تحت تاثیر قرار می دهد. عموماً، پوشش خبری مکرر یک موضوع می تواند برنامه سیاسی یک دولت را جهت دهد. بنابراین، برقراری روابط خوب با متخصصان رسانه ای ضروری است.

بعضی بخشهای سلامت از این اقبال برخوردارند که یک مسئول روابط عمومی یا رابط رسانه ای داشته باشند. در این صورت، کارکنان برنامه کنترل دخانیات باید هنگام طراحی، توسعه، آزمون، اجرا و ارزیابی بطور نزدیکی با این فرد کار کنند. با وجود این، در کشورهای در حال توسعه و در تعدادی از کشورهای کوچکتر کارکنان برنامه باید نقش رابط را با رسانه ها به عهده بگیرند.

هرچه یک موضوع بیشتر  
در خبرها گزارش شود،  
افراد بیشتری در مورد آن  
نگران می شوند و توجه  
دولت بیشتر جلب می  
شود. اگر دسترسی  
مستقیم به سیاستمداران  
کشور خود ندارید، یکی از  
راههای موثر دسترسی به  
آنها رسانه ها هستند.

-Emma Must and Debra  
Efroymsen,

PATH Canada, 2002

برای همکاری موثر با رسانه ها به راهنمای زیر مراجعه کنید:

### ۵-۱-۱ یک پرونده رسانه ای ایجاد و نگهداری کنید.

برای هر خبرنگار و سایر متخصصان رسانه یک پرونده درست کنید که شامل جزئیات اطلاعات مربوط به تماس با او، حوزه مورد علاقه، منطقه تحت پوشش، و روزنامه/ مجله/ ژورنال/ ایستگاه تلویزیونی/ ایستگاه رادیویی/ پایگاه شبکه ای که با آن در تماس هستند. هنگام جستجو برای تماس با رسانه ها، از اینترنت، صفحات زرد و اطاق بازرگانی برای شناسائی رسانه های موجود در منطقه استفاده کنید. اگر از خدمات یک روابط عمومی استفاده می کنید (روابط عمومی)، فهرست رسانه ها را از آنها بخواهید، اکثر روابط عمومی به داده های مربوط به گزارشگران و دبیران خبر دسترسی دارند (۱). در کشورهایی با جمعیت متنوع، فهرست های جداگانه ای از متخصصان رسانه که با جوامع و گروه های قومی خاص در ارتباط هستند تهیه کنید.

### ۵-۱-۲ بدانید چه می خواهند و آنچه را می خواهند در اختیارشان بگذارید.

هدف نهائی رسانه ها این است که بیننده، شنونده، خواننده و مبلغ بیشتری جذب کنند. این موضوع آنها را ترغیب می کند تا علاقمند به اطلاعات منتخبی باشند که برای شنوندگان و تبلیغ کنندگان در رسانه آنها جذاب تر باشد. اطلاعات ارزشمند خبری باید:

- جدید باشد؛
- غیرمعمول یا غیرمنتظره باشد؛
- سرگرم کننده باشد یا دارای ارزش هیجانی بالا باشد؛
- مرتبط با سایر امور مورد توجه یا اخبار تکان دهنده باشد؛
- اطلاعات ضروری باشد که هرکسی نیازمند دانستن آن است؛
- همراه با تصاویر زنده و گرافیکی باشد؛
- با شواهد علمی پشتیبانی شود.

وقتی یک داستان جدیدی در اختیار رسانه ها قرار می دهید، مطمئن شوید که یکی یا بیشتر از معیارهای فوق را داشته باشد. داستان خود را طوری طراحی کنید که بتواند رسانه ها را جذب کند. برای مثال در چین متخصصان سلامت عمومی از اپیدمی SARS استفاده کردند تا بر این پیام تاکید کنند که استعمال دخانیات ریه ها را ضعیف می کند و مقاومت آنها را در مقابل عفونتهای تنفسی کم می کند. در ایالات متحده آمریکا سخنان کریستی ترلینگتون، مدل معروف لباس، در مورد فواید

ترک توجه رسانه ها را به خود جلب کرد. هنگامی که اطلاعات جدید در دسترس قرار می گیرد، مانند انتشار نتایج یک مطالعه جدید، سریعاً رسانه ها را در جریان بگذارید. زمان بسیار کلیدی است. به خاطر بسپارید که اکثر متخصصان رسانه ها در یک دوره زمانی روزانه به تولید خبر می پردازند. این بدین معنی است که معمولاً زمان زیادی برای آماده کردن یک داستان ندارند. در نتیجه درخواست اطلاعات در تماسهای کوتاه انجام می شود و مصاحبه ها به وسیله تلفن یا ایمیل یا سایر موارد مشابه انجام می شود. این نیازمند مسئول برنامه ای است که:

- در پاسخگویی به درخواست ها برای کسب اطلاعات سریع باشد. تاخیر در پاسخ به معنی عدم انتشار ماجرا است؛ و
- در کار با محدودیت های دوره روزانه تولید خبر منعطف باشد، درک کند که این فقدان سازمانمندی خبرنگار یا رسانه نیست بلکه پویایی کار آنها است که کمبود وقت و نیاز به پاسخ سریع را دیکته می کند (۲،۳).

### ۵-۱-۳ ارتباط رسانه ای خوبی ترتیب دهید.

با ایجاد ارتباطات شخصی، می توان پیامها و داستانها را منتشر نمود. توسعه روابط خوب کاری با رسانه ها می تواند موجب انتشار یا پوشش خبری رایگان را برای همایش فراهم کند. به خاطر داشته باشید:

- با متخصصان رسانه با احترام و ادب برخورد کنید؛
- اطلاعات زمینه ای، افراد مرجع و مهم در دسترس داشته باشید؛
- به درخواست اطلاعات آنها به سرعت یا هرچه زودتر پاسخ دهید؛
- به زمانهای تعیین شده از سوی آنها برای دریافت پاسخ احترام بگذارید؛
- یک ارتباط پیشرونده تخصصی ایجاد کنید.

یکی از استراتژیهای دستیابی به این هدف داشتن جلسات غیررسمی منظم است که اطلاعات جدید در مورد کنترل دخانیات به اشتراک گذاشته شود. جلسات منظم فرصت هائی را نیز فراهم می کنند تا راهبردهای ارتباطی را به متخصصان رسانه ای یادآوری کنیم. برای مثال در برزیل جلسات منظم صرف صبحانه کارکنان کنترل دخانیات با متخصصان رسانه به ایجاد پایه و اساس یک کانال موثر برای بیان و روزآمد نمودن پیامها و اطلاعات برای افکار عمومی کمک نمود.



### ۵-۱-۴ یک سخنگوی رسمی داشته باشید.

تماس با سازمان خود را با معرفی یک سخنگو برای رسانه تسهیل کنید. معمولاً اما نه همیشه، سخنگو مسئول ملی کنترل دخانیات است. سخنگو باید واجد خصوصیات زیر باشد:

- توانایی معرفی پیام، همایش و برنامه را داشته باشد؛
- او باید مورد قبول شنوندگان باشد و قادر به حفظ احترام و نمایش قدر دانی و مدیریت هنگام برقراری ارتباط باشد؛
- سخنگوی ماهری باشد؛
- در مورد برنامه مطلع باشد؛
- توانایی استفاده از زیر و بم صدا هنگام ارائه اطلاعات را داشته باشد و برای مقابله با سئوالات غیرمنتظره سرعت انتقال داشته باشد،
- در دسترس باشد، سخنگو باید با تلفن، فاکس و email در دسترس باشد،
- صلاحیت داشته باشد؛ و
- توانایی عملکرد سیاستمدارانه داشته باشد.

### ۵-۲ بطور خلاقانه از رسانه ها استفاده کنید

کشورهای دارای بودجه های فراوان برای اطلاعات و همایش های تبلیغی می توانند با پرداخت پول، از رسانه ها استفاده کنند. این شیوه ها اغلب هزینه بر هستند، زیرا نیازمند سرمایه گذاری قابل توجه در توسعه خلاقانه و فضای مناسب برای ایجاد دستیابی مناسب جهت اطمینان از اشباع شنوندگان با اطلاعات مورد نیاز است. بسیاری از کشورهای در حال توسعه فاقد منابع مورد نیاز برای راه اندازی همایش های رسانه ای با پرداخت پول هستند. با وجود این با استفاده از راهبردهای خلاقانه، پوشش رایگان برای کنترل دخانیات ممکن است.

### ۵-۲-۱ از رسانه های دولتی استفاده کنید.

بسیاری از کشورها دارای ایستگاه های رادیو و تلویزیونی کاملاً دولتی هستند. این ایستگاه ها ساعتهای رایگانی را برای برنامه های دولتی پیشنهاد می کنند. استفاده از کانالهای رسانه ای دولتی راهی برای پوشش رسانه ای برای فعالیتهای کنترل دخانیات به میزان حداقل و بدون پرداخت هزینه توسط بخش سلامت است. (دقت کنید که هزینه های تولید اطلاعات را باید بطور جداگانه در نظر بگیرید). اشکال استفاده از رسانه های دولتی این است که ممکن است محدودیتهایی در توانایی دسترسی به شنوندگان مورد نظر وجود داشته باشد. علاوه بر این در موقعیتهای معین پیامهای منتقله از

طریق کانالهای دولتی ممکن است خیلی معتبر باشند، زیرا ممکن است مردم تصور کنند که دولت میخواهد چیزی را به آنها تحمیل کند.

### ۵-۲-۲ از اشکالی از ارتباط استفاده کنید که نیازمند هزینه انتشار نباشد.

**الف. سرمقاله نویسی،** نامه به سردبیر و در بعضی کشورها، بیانیه مطبوعاتی در روزنامه ها بصورت رایگان منتشر می شوند. نکته کلیدی این است که پیام خود را به نحوی قالب بندی کنید که توجه سردبیر را جلب کند. (به بحث مربوط به اینکه چه خبرهائی ارزشمند هستند در بخش قبل و نکات مربوط به نحوه نوشتن سرمقاله ها، نامه به سردبیر و بیانیه مطبوعاتی موثر نگاه کنید).

**ب. بعضی کانالهای رسانه ای در خدمات عمومی خود، آگهی های رایگان منتشر می کنند،** که معمولاً به شکل خدمات عمومی ارائه می گردد. این مهم است که از کلیه خبرگزاریها برای زمانهای رایگان احتمالی برای انتشار اخبار مهم بهداشتی که مورد نیاز عموم مردم است، درخواست کنید. اگر نخواهید، ممکن است این فرصت را از دست بدهید.

**ج. بطور منظم اطلاعیه هائی را در روزنامه، رادیو و تلویزیون برای جلب همکاری عمومی منتشر کنید.** برای مثال، روزنامه *Pacific Daily News* در جزیره گوام ستونی به نام *Islandstyle* دارد که نظریات جالب را شامل عکسها، از هرکسی می پذیرد. بخش سلامت و سوء مصرف مواد در گوام از *Islandstyle* جهت اعلان آغاز به کار مرکز مشاوره ترک بدون پرداخت هزینه استفاده نمود.

### ۵-۲-۳ خبر بسازید.

با خلق وقایع و فعالیتهای ارزشمند خبری می توان پوشش خبری رایگان بدست آورد. اطمینان حاصل کنید که مراسم شما از جذابیتی برخوردار است که توجه خبرنگاران و رادیو و تلویزیون را جلب کند. در یک کنفرانس خبری مردم را در مورد همایش خود مطلع سازید، و اطمینان حاصل کنید که کلیه اصحاب رسانه پیشاپیش دعوت شده باشند. (توجه داشته باشید که گاهی کنفرانسهای مطبوعاتی به خودی خود یک واقعه است). همچنین می توان وقایع را به وسیله مشاوره رسانه ای به اطلاع رساند که باید پیش از آغاز به اطلاع رسانه های مرتبط رسانده شود.

### ۵-۲-۴ اگر منابع اجازه می دهند، استفاده از رسانه ها در قبال پرداخت پول را در

#### نظر بگیرید.

بطور ایده آل برنامه های کنترل دخانیات باید بودجه مناسبی برای استفاده از رسانه ها داشته باشند. شاید مشهورترین همایش اخیر در زمینه کاهش استعمال دخانیات در میان جوانان همایش «حقیقت»

در فلوریدا است که در سال ۱۹۹۸ تشکیل شد. این همایش اعتبار خود را بطور عمده از کاهش درصد جوانان مصرف کننده دخانیات طی یک دوره ۳۰ روزه به میزان ۷/۴ درصد کسب می کند (از ۱۸/۵ درصد به ۱۱/۱ درصد در مدارس متوسطه) و به میزان ۴/۸ درصد از سال ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۱ (از ۲۷/۴ درصد به ۲۲/۶ درصد در دبیرستان) (۴،۵). یکی از اجزاء موفق همایش استفاده از رسانه های پولی بود، که با اختصاص بودجه قابل توجهی برای کار رسانه ای ممکن شد (یعنی ۱۵ میلیون دلار آمریکا برای سال اول همایش) (۶).

اکثر کشورها به ویژه کشورهای در حال توسعه ممکن است به بودجه های کلان دسترسی نداشته باشند. با وجود این، اگر منابع اجازه دهد همکاران برنامه ها باید از راهبردهای استفاده از رسانه های پولی برای ارتباط با افکار عمومی برای انتقال پیامهای ضروری استفاده کنند. استفاده از تبلیغات پولی، اطلاعیه های عمومی در رسانه ها و بیانیه های خبری به شکل چاپی، رادیو - تلویزیونی و رسانه های الکترونیک می توانند ارتباطات همایش را با افکار عمومی تقویت کنند.

### ۵-۳ تولید مواد اولیه برای رسانه ها<sup>۲</sup>

در خلال وقایع مهم نظیر افتتاحیه برنامه عاقلانه است که یک مجموعه رسانه ای را تهیه نمود که شامل اطلاعات کلیدی به صورت نوشته شده برای متخصصان رسانه باشد و موضوعات مربوط به واقعه را پوشش دهد. روابط عمومی ها اغلب به یک بسته رسانه ای یا بسته خبری اشاره می کنند. اطلاعات به شکلی استاندارد سازمان دهی شده اند و مواد به شکلی تولید شده اند که به راحتی قابل دستیابی و استفاده باشند. یک بسته خبری اغلب شامل یک گزارش خبری اصلی و اجزاء حمایتی است که اطلاعات بیشتری را فراهم می نماید. اطلاعات براساس میزان اهمیت ردیف می شوند که مانع از بروز حشو و زوائد می گردد. بسته های خبری اغلب در پوشه گذاشته می شوند که برچسبهای حاوی موضوع و جزئیات سازمان یا برنامه منتشر کننده خبر بر آن نصب شده است.

اجزاء یک بسته خبری عبارتند از:

- فهرست مطالب
- صفحه روئی، این صفحه به منظور اقناع خبرنگاران برای پوشش یک داستان ویژه طراحی می شود. این صفحه خلاصه ای از برنامه شما و اینکه چرا ارزش خبری دارد، ارائه می دهد. هدف تان تهیه یک متن کوتاه و مختصر باشد، بطور مشخص بیشتر از یک صفحه نباشد. از سربرگ مخصوص برنامه استفاده کنید و اطمینان حاصل نمایید که جزئیات تماس با شما در آن قید شده باشد.

- اعلان خبری، این شکل فشرده ای از اطلاعات در مورد واقعه پیش رو است. این صفحه باید خیلی کوتاه باشد و ترجیحا از نکات برجسته برای توضیح «که، چه، کی، کجا، چرا»، افرادی که می توان با آنها تماس گرفت، جزئیات و تاریخ برقراری تماس استفاده می شود. معمولا این برگه پیش از توزیع بسته خبری منتشر می گردد.

- گزارش خبری

- برگه اطلاعات زمینه ای در مورد موضوع جلسه و برنامه یا سازمان

- عکس های مناسب با عنوان

- کارت ویزیت یا شناسائی و راههای تماس با سخنگوی برنامه یا واسطه اصلی با رسانه ها

- اطلاعات اضافی و متناسب نظیر:

- جزوه های چاپی

- چاپ مجدد سخنرانی ها یا مقالات رهبران سازمان

- زندگینامه افراد کلیدی

- بریده اخبار مربوط به پوششهای خبری پیشین اخبار سازمان

- سایر مواد خبری

بسته های خبری موثر شامل کلیه اطلاعات ضروری است و اطلاعات را به شیوه ای جذاب، مستقیم و جالب توجه ارائه می کند. در صورت وجود منابع بسته ها را به صورت حرفه ای چاپ کنید. در نهایت از توزیع گسترده و تدریجی بسته ها و رسیدن آنها به دست افراد مربوط اطمینان حاصل نمائید.

#### ۴-۵ در نهایت، رسانه ها به عنوان نیروهای موثر در کنترل دخانیات

به رسانه ها نباید تنها به عنوان مجرائی برای انتقال پیام به شنوندگان نگاه کرد بلکه باید به عنوان شریک بالقوه و تاثیر گذار در کنترل دخانیات با آنها کار کرد. بسیاری از کارکنان رسانه ها سیگاری، یا سیگاری ترک کرده هستند و از قدرت اعتیادآور نیکوتین مطلع هستند. متخصصان غیرسیگاری رسانه اغلب قربانیان تماس با دود دست دوم سیگار هستند. با راهنمایی و تشویق مناسب آنها را می توان به مبلغین خدمات ترک سیگار و محیطهای کاری عاری از دخانیات تبدیل کرد. همچنین کارکنان رسانه بطور کامل از انگیزه های کسب سود صنعت دخانیات و شگردهای قانونی و غیرقانونی به کار رفته توسط این صنعت برای تبلیغ محصولات مرگ آور خود آگاه هستند. رسانه هایی که شرکا و فعالان کنترل دخانیات هستند حضور قدرتمندی در مقابله با تلاشهای صنایع دخانیات برای تداوم استعمال دخانیات از خلال تبلیغ، بازاریابی و ارائه اطلاعات غلط؛ دارند. کارکنان برنامه کنترل دخانیات باید از هر فرصتی برای آموزش و ترغیب رسانه ها برای حمایت از سیاستهای موثر کنترل

دخانیات و سیاست اماکن شغلی عاری از دخانیات در رسانه ها نظیر تلویزیون، رادیو و روزنامه استفاده کنند.

### قالب ۱. پاسخ به درخواستهای پیش بینی نشده رسانه

گاهی اوقات گزارشگران زمانی که شما انتظار ندارید برای کسب اطلاعات به شما مراجعه می کنند. موارد زیر را به خاطر سپارید:

۱- اطلاعات حیاتی را به دست آورید. اینها شامل:

- مشخصات کامل فردی و تماس با گزارشگر
- بخش خبری که در آن کار میکند
- چه طرحی را برای خبررسانی در نظر دارد
- چه اطلاعاتی را از برنامه شما نیاز دارد
- برای مصاحبه با چه کس دیگری برنامه ریزی کرده است
- آخرین زمان مناسب برای دریافت اطلاعات

۲- **بخش خبری را که گزارشگر در آن کار میکند کنترل کنید.** می توانید فهرست

اطلاعات گزارشگران خودتان را چک کنید، از سرویسهای خبر کشور دریافت دارید و از اینترنت جستجو کنید. گاهی خبرنگارانی که برای صنعت دخانیات کار میکنند برای کسب اطلاعات با شما تماس میگیرند. دانستن وابستگیهای خروجیهای خبر می تواند به آمادگی برای مقابله کمک کند، اگر تصمیم شما دادن پاسخ مثبت به درخواست آنها باشد.

۳- **آماده باشید.** تمام اطلاعات مربوط را در دست داشته باشید و پیش از پاسخدهی، تمرکز کنید.

۴- **همیشه به درخواستها پاسخ دهید.** حتی اگر نمی خواهید مصاحبه کنید یا اطلاعات بدهید، به آنها اطلاع بدهید، به زمانهای تعیین شده احترام بگذارید و سریعاً به تلفنهای جواب بدهید.

## قالب ۲. نکاتی برای مصاحبه تلویزیونی

- سخنگو باید در هنگام مصاحبه به ویژه در تلویزیون راحت باشد. بعضی نکات مفید عبارتند از:
- پیش از آغاز برنامه از گزارشگر پرسید که چه موضوعاتی در مصاحبه تلویزیونی مورد بحث قرار می‌گیرد و به او اطلاع دهید که در چه زمینه‌هایی پیشنهاد دارید یا ندارید. اگر گزارشگری از ارائه این اطلاعات امتناع نمود همیشه می‌توانید از انجام مصاحبه خودداری کنید.
  - لباس مناسب بپوشید. هنگام لباس پوشیدن برای مصاحبه تلویزیونی، رنگ خوب است اما شدت رنگ پائین است. خطوط عمودی، رنگهای ملایم و جواهرات ساده به شما عظمت و جدیت می‌دهد. لباسی بپوشید که راحت باشد. خانمها از پوشیدن دامن کوتاه و آقایان جوراب کوتاه اجتناب نمایند.
  - صاف بنشینید. اگر کت پوشیده اید صاف بنشینید تا از چروک خوردن کت بالای گردنتان جلوگیری کنید.
  - مراقب حرکات بدنتان در تلویزیون باشید. گزارشگرهای تلویزیون معمولاً در خلال مصاحبه سر خود را تکان می‌دهند که به معنای موافقت با سخنران است. این کار می‌تواند در خلال مصاحبه برای شما هیپنوتیک باشد و شما هم شروع به تکان دادن سرتان بکنید. در این حال ممکن است بخواهید «نه» بگوئید اما سرتان بگوید «آری».
  - بر مصاحبه متمرکز شوید. از صمیمی شدن زیاد با مصاحبه‌گر و باقی اعضا اجتناب کنید. بعضی اشتباهات فاحش در مصاحبه‌های تلویزیونی نه به علت سئوالات سخت بلکه به علت از دست رفتن تمرکز سخنگو و پرت و پلا گفتن بروز می‌نمایند. بر موضوع مصاحبه پافشاری کنید.
  - سروقت حاضر باشید. بجز وقتی که با یک روزنامه‌نگار قرار دارید، نمی‌توانید قرار مصاحبه با یک رسانه الکترونیکی را عقب بیاورید.
  - در صورت امکان پیش از آغاز مصاحبه با گزارشگر برنامه در مورد مباحثی که می‌خواهید صحبت شود هماهنگ شوید. اگر بتوانید بطور خلاصه به مجری برنامه در مورد نکات مهم مورد نظرتان و نقطه نظرات خودتان درباره آنها هماهنگ شوید بسیار مفید خواهد بود.
  - در صورت امکان از حضور سایر افراد مرتبط در مصاحبه به شکل پانل و مصاحبه گروهی استقبال کنید. کنترل کنید که شرکت دخیانیت معرفی نشود.

### قالب ۳. نکاتی در مورد مصاحبه رادیویی

برخلاف مصاحبه های تلویزیونی، مصاحبه های رادیویی فرصت برقراری ارتباط تصویری با شنوندگان را فراهم نمی کنند. بنابراین لحن صدای شما بسیار مهم است. نکاتی برای موثرتر شدن مصاحبه رادیویی در زیر ارائه می شود.

- **شیوه مصاحبه و شخصیت میزبان رادیویی خود را بررسی کنید.** به مصاحبه های ضبط شده قبلی این مصاحبه گر گوش کنید تا با شیوه مصاحبه او، و نوع سئوالاتی که معمولاً می پرسد، آشنا شوید.
- **آماده بروید.** فایده یک مصاحبه رادیویی به مصاحبه تلویزیونی در این است که می توانید از مراجع خود، مثلاً از کارتهای خلاصه اطلاعات، نکات مهمی که برای طرح در مصاحبه یادداشت کرده اید، و آمار ضروری، استفاده کنید. در هنگام مصاحبه این اطلاعات را در مقابل خود داشته باشید. از این اطلاعات برای تمرکز بر موضوع مصاحبه استفاده کنید.
- **از سکوت های طولانی مدت اجتناب کنید.** ایستگاههای رادیویی به سکوت های طولانی مدت عادت ندارند. با آماده بودن برای مصاحبه می توانید از این اتفاق پیشگیری کنید.
- **روشن و واضح صحبت کنید.** طوری بنشینید که دهان تان ۳-۲ اینچ با میکروفن فاصله داشته باشد، و مستقیماً داخل آن صحبت کنید. مراقب باشید که با دقت صحبت کردن و بیان صحیح کلمات، صداهای نامربوط از خودتان در نیاورید. مراقب باشید که فشار زیادی روی «پ» ها نیاورید و هنگام ادای «ش» سوت نزنید.
- **از زمان بطور موثر استفاده کنید.** بعضی مصاحبه های رادیویی ممکن است به شکل تلفنی انجام شود، و زحمت سفر به ایستگاه رادیویی را از دوش شما بر می دارد. اگر از قبل اطلاع داده اند، آماده باشید.

#### قالب ۴. نکاتی برای مصاحبه با روزنامه ها

- **برای مصاحبه آماده شوید.** ببینید چرا شما برای مصاحبه انتخاب شده اید، و چه کسی مصاحبه را انجام می دهد. تمام اطلاعات و اتفاقاتی را که زمینه ساز انجام مصاحبه شده است مطالعه کنید. اطلاعات چاپ شده ای برای ارائه به خبرنگار و ارجاع به آنها در خلال مصاحبه آماده سازید.
- **محیط را کنترل کنید.** اگر مصاحبه در دفتر شما انجام می شود، میزتان را از وسایل اضافی پاک کنید و اطمینان حاصل کنید که فقط موارد مرتبط با مصاحبه دم دستتان باشد. چیزهای حساس را از معرض دید خارج کنید. کسی را مسئول پاسخ دهی به تلفن هایتان کنید و مطمئن شوید که در خلال مصاحبه چیزی مزاحم کار شما نمی شود.
- **به سؤالات بطور مستقیم و ساده جواب بدهید.** از اصطلاحات مورد فهم عموم مردم استفاده کنید و پاسخ های کوتاه بدهید.
- **بدانید چه پیامی را می خواهید منتقل کنید.** از پیش تصمیم بگیرید که در خلال مصاحبه روی چه نکاتی می خواهید تاکید کنید و در طی مکالمه بطور مرتب به آن اشاره کنید.
- **صادق باشید.** اگر نمی توانید به سؤالی پاسخ بدهید، بگوئید نمی توانم. از گفتن نظری ندارم، اجتناب کنید.
- **محتاط باشید.** از ارائه پیشنهاد و قضاوت های شخصی اجتناب کنید. چیزی را که نمی خواهید چاپ بشود به مصاحبه گر نگوئید.



## ۶- ایجاد مشارکت موثر

### ۶-۱ نقش سازمانهای مردم نهاد

دولتها نمی توانند در مقابل کنترل دخانیات خنثی عمل کنند. وقتی دولتها در زمینه کنترل دخانیات سیاستی ندارند یا سیاستهای ضعیفی دارند به صنایع دخانی اجازه می دهند تا بدون مزاحمت عمل کنند، و این موجب افزایش فروش مواد دخانی و آثار زیانبار سلامتی می شود. وقتی یک دولت قانون جامع کنترل دخانیات را به تصویب می رساند سلامت را به عنوان اولویت بر می گزیند و استعمال دخانیات اُفت می کند. با توافق بر متن چارچوب معاهده کنترل دخانیات سازمان جهانی بهداشت، اعضای WHO تمایل خود را برای ارائه سیاستهای کنترلی دخانیات که سلامت را ترغیب می نمایند، به نمایش می گذارند.

سازمانهای مردم نهاد محلی و جهانی نقش بسیار مهمی در تشویق دولتها و کمک به آنها در ایجاد محیطی قانونی در حمایت از کنترل دخانیات دارند. سازمانهای مردم نهاد می توانند در تهیه، تصویب و اجرای قوانین به منظور اجرائی نمودن چارچوب معاهده کنترل دخانیات سازمان جهانی بهداشت به دولتها کمک کنند. «آموزش، حرکت و چالش» باید کلمات کلیدی حرکتهای اجتماعی سازمانهای مردم نهاد در زمینه کنترل دخانیات باشند. ایجاد آگاهی در مورد چارچوب معاهده کنترل دخانیات سازمان جهانی بهداشت، به حرکت درآوردن هم پیمانان و حامیان، و درگیری با تبلیغات گروههای حامی دخانیات مسئولیتهای اصلی این سازمانهای مردم نهاد است. آنها باید:

### ۶-۱-۱ فضای ملی موافق با کنترل استعمال دخانیات ایجاد کنند

این کار نیازمند درک گسترده اجتماعی از اهمیت نسبی دخانیات به عنوان یک مشکل سلامتی، اجتماعی و اقتصادی و نیاز به اقدام سیاسی است. این به معنی کار با رسانه ها، سازماندهی وقایع تبلیغی، تشویق اقدامات جمعی، و تولید و توزیع اطلاعات مربوط به چارچوب معاهده کنترل دخانیات سازمان جهانی بهداشت است.

### ۶-۱-۲ از دولت در انجام اقدامات لازم برای کنترل دخانیات حمایت کنند

این کار نیازمند تهیه گزارش ها، توصیه ها و طرح های پیشنهادی در زمینه کنترل دخانیات و ارائه به دولت و مجلس است. بهترین راه برای جلب حمایت سیاسی، تهیه پاسخ های قانع کننده برای سیاستمداران و جامعه در مقابل این سؤال است که، کدام مداخلات نتیجه بخش هستند و چه هزینه های اجتماعی و اقتصادی باید برای آنها پرداخت شود؟ اگر فواید سلامت روشن با هزینه قابل قبول

بتوان بدست آورد، اکثر سیاستمداران از قوانین حامی سلامت حمایت خواهند کرد. برای تحت تاثیر قرار دادن سیاستمداران باید به آنها نشان داد که کنترل دخانیات به خوبی از طرف جامعه حمایت می شود. مطالعات ملی نشان می دهند که در اکثر کشورها اکثریت قابل توجهی از هر دو گروه سیگاری و غیرسیگاری از اقدامات کنترل دخانیات حمایت می کنند (۱).

### ۶-۱-۳ اولویتهای قانونی کنترل دخانیات در سطح ملی را شناسائی کنند و به تهیه

#### یک بسته کارآمد قانونی با معرفی انتخابهای متعدد برای سیاستمداران کمک

##### کنند

نظر خود را بطور کاملا آگاهانه در مورد قانون موجود بیان کنید و قوانین و راهکارهای قانونی مقرون به صرفه را متناسب با کشور خود و رسوم آن پیشنهاد کنید (۲) (۳).

### ۶-۱-۴ این موضوع را برجسته کنند که اقدامات کنترل دخانیات پاسخی منطقی و

#### موثر در کنترل همه گیری دخانیات هستند

برای عموم جامعه برنامه ریزی کنید، بنابراین تمرکز شما بر سلامت و عاری از اعتیاد نگهداشتن جوانان باقی می ماند. به صنایع دخانی اجازه ندهید بحث را به سمت «انتخاب شخصی» یا «آزادی بیان» منحرف کنند. در تمامی دموکراسی ها اعمال محدودیت برای حفاظت از سلامت عمومی بطور قانونی پذیرفته شده است. فیلسوف منفعت گرا، JS Mill، اشاره کرده است: «حقوق فردی باید محدود شود، او نباید موجب زحمت دیگران شود». (۴)

### ۶-۱-۵ آگاهی عمومی را در مورد عملکرد غیرمسئولانه صنایع دخانیات و ادامه این

#### روند افزایش دهند

تولیدکنندگان سیگار سعی می کنند در یک صنعت متناقض از خود تصویر کمپانیهای مسئول را به نمایش بگذارند. واقعیت همچنان این است که صنعت دخانیات یک «صنعت ریا کار و دورو» است که برای کسب سود به دور اعتیاد می گردد. ادعای صنعت یک پایه قانونی در تهیه قانون باید مورد مناقشه قرار گیرد. چنانکه یک وکیل کنیائی گفته است: «درخواست از صنعت دخانیات برای تهیه قانون دخانیات مانند درخواست از دزد برای تعیین محل پاسگاه پلیس است». (۵)

### ۶-۱-۶ یک تصویر قوی و مورد احترام برای همایش های کنترل دخانیات در دید

#### عموم ایجاد کنند

متخصصان بهداشتی معمولا بطور ویژه ای مورد اعتماد جامعه هستند. آنها با خود این فرض درونی را به همراه دارند که نگران درمان، مراقبت و خدمت به منافع عمومی هستند تا اینکه در بند عایدات مادی

و تجاری باشند. با عمل انفرادی و از خلال انجمن های تخصصی خود آنها می توانند تصویر عمومی قوی برای این همایش ها فراهم آورند.

### در یک نگاه: شش وظیفه سازمانهای مردم نهاد

- فضای ملی موافق با کنترل استعمال دخانیات ایجاد کنند.
- از دولت در انجام اقدامات لازم برای کنترل دخانیات حمایت کنند.
- اولویتهای قانونی کنترل دخانیات در سطح ملی را شناسائی کنند و به تهیه یک بسته کارآمد قانونی با معرفی انتخابهای متعدد برای سیاستمداران کمک کنند.
- این موضوع را برجسته کنند که اقدامات کنترل دخانیات پاسخی منطقی و موثر در کنترل همه گیری دخانیات هستند.
- آگاهی عمومی را در مورد عملکرد غیرمسئولانه صنایع دخانیات و ادامه این روند افزایش دهند.
- یک تصویر قوی و مورد احترام برای همایش های کنترل دخانیات در دید عموم ایجاد کنند.

### برای کنترل اثربخش دخانیات، سازمانهای مردم نهاد باید:

- بطور منظم قانونگذاران کلیدی را در زمینه اهمیت کنترل دخانیات آگاه سازند.
- سیاستمداران را متقاعد کنند که حمایت خود را از قوانین کنترل دخانیات اعلام کنند.
- مستندات مربوط به پیشنهادات قانونی مختلف را در اختیار مسئولین وزارت بهداشت و سایر سیاستمداران کلیدی قرار دهند.
- با تمامی مسئولین ذیربط در وزارتخانه های مرتبط دیدار و آنها را آگاه نمایند. از پویائی های سیاسی داخل دولت آگاه گردند.

## ۶-۲ سازمانهای مردم نهاد چه می توانند بکنند

گروههای زیر اهداف اصلی کسب حمایت برای فعالیتهای کنترل دخانیات هستند، زیرا تصمیمات و عملکرد آنها در نهایت ماندگاری دراز مدت بازار دخانیات را تعیین می کند:

- تصمیم گیرندگان سیاسی؛
- آحاد جامعه (سیگاری و غیرسیگاری)، بخش بازرگانی، واحدهای تجاری، و سایرین که با کنترل دخانیات همدمی دارند؛
- رسانه ها.

## ۶-۳ تصمیم گیران سیاسی

اطلاع رسانی به قانونگذاران کلیدی باید گسترش یابد. این آگاه نمودن ها فرصتهایی را فراهم می کند تا آنها را در مورد واقعیت های مرتبط با استعمال دخانیات مطلع کنید و آنها را برای ملاقات با رهبران جنبش های کنترل دخانیات توانمند سازید (۶). آگاه نمودن موثر باید اساسا بر فواید قانونمند نمودن دخانیات متمرکز گردد اما باید افسانه هایی که موضوع را مبهم می کنند را نیز بزداید. انتشار جملات روشن و دقیق سیاسی در موضوعاتی نظیر تحلیلهای هزینه، فواید تولید و مصرف دخانیات، آثار محیطی و شغلی، هزینه های نسبی سلامت و از دست رفتن بهره وری، و فواید ناشی از سیاستهای کنترل دخانیات مورد نیاز است. نوشته جات و گردهمایی های منظم با وزارتخانه ها و سیاستمداران مخالف برای جلب علاقه آنها و نگهداری مشارکت آنها در حفاظت از جامعه از دخانیات ضروری است.

در مراحل اولیه همایش متقاعد نمودن سیاستمداران در حمایت از قوانین رسمی کنترل دخانیات مهم است. بطور ایده آل باید به شکل بیانیه ای برای مجلس فرستاده شود اما می تواند به شکل سخنرانی در یک جلسه عمومی یا یک بیانیه مطبوعاتی به دنبال همایشی با گروههای بهداشتی نیز باشد. مشارکت عمومی سیاستمداران ارشد از کنترل دخانیات به ساخت حمایت از همایش کمک می کند.

به محض اینکه تصمیم به تهیه قانون گرفته شد موضوع اصلی این خواهد بود که چه چیزی باید در قانون گنجانند. چارچوب معاهده کنترل دخانیات نقطه شروع خوبی را برای تعیین پایه های قانون فراهم می کند، اما ماده ۲.۱ معاهده بیان می کند، «تمامی اعضا تشویق می شوند تا اقداماتی را به اجرا درآورند که از استانداردهای حداقل الزام شده توسط معاهده قویتر باشند». ارائه شواهد قطعی به مسئولین وزارت بهداشت و سایر سیاستمداران در مورد گزینه های مختلف به آنها اجازه می دهد تا بطور منطقی بهترین گزینه ها را انتخاب کرده و از انتخابهای خود دفاع کنند.

اگرچه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارتخانه اصلی در کنترل دخانیات است، ملاقات با وزارتخانه های اقتصاد و دارایی، جهاد کشاورزی، صنعت، معدن و تجارت، ورزش، فرهنگ و ارشاد اسلامی، آموزش و پرورش و سایر وزارتخانه ها نیز مهم هستند و به حمایت آنها نیز نیاز است. به هر دو بخش دولتی و مخالفان باید اطلاع رسانی شود. سلامت معمولا مربوط به تنها یک وزارتخانه نیست و تنوع وزارتخانه های درگیر مقوم جنبش های سلامت عمومی است.

به علاوه از پویائی های سیاسی درون کابینه اطلاع حاصل کنید. بعضی اعضای کابینه «مقبول تر از دیگران هستند»، و بدون توجه به مقامشان مورد اعتماد نخست وزیر یا رئیس جمهور هستند. بدست آوردن حمایت این وزرای تاثیرگذار حیاتی است.

### ۶-۴ حمایت افکار عمومی

تعامل مستقیم سیاسی به تنهایی نمی تواند صنعت دخانیات را متوقف کند. جلب حمایت افکار عمومی را باید از طریق برنامه جامع برقراری ارتباط و تحرک برای دسترسی به جامعه سیگاریها و غیرسیگاریها و سایر هم پیمانان فراهم نمود. باید به خاطر داشت که مشکل سیگاریها نیستند، بلکه صنعت دخانیات است. اکثر سیگاریها می خواهند ترک کنند، نمی خواهند کودکان سیگار بکشند، فواید عدم استعمال دخانیات در اماکن عمومی را می دانند و از قانون کنترل دخانیات حمایت می کنند. دسته کوچکی از سیگاریها به شکل کلامی و تند با قانون مخالفت می کنند اما این درست نیست که اکثریت سیگاریها را به خاطر این اقلیت کوچک به حاشیه برانیم.

منابع اصلی جنبش های توده ای حمایت رسانه ای و تهیه فهرستی از حامیان هستند. پایگاه داده ها باید شامل تمام افراد و سازمانهایی باشد که برقراری ارتباط منظم با آنها ضروری است. به محض بدست آمدن فرصتهای سیاسی مناسب، این گروهها شرکای حیاتی در برقراری ارتباط با تصمیم گیران و رسانه ها هستند. روزنامه و ایمیل مهمترین راههای تماس با این گروه هستند.

به خاطر داشتن این نکته مهم است که زیانهای دخانیات برای سلامتی به حدی زیاد است و قانونمند نمودن آن به حدی مبرم است که نیازی به غلو کردن در مورد مستندات مربوط نیست. شواهد را به بهترین وجه می توان در محیطی آرام و منطقی و بدون غلو بیان نمود.

از فرصت جلب حمایت افکار عمومی با پرداخت هزینه برای تبلیغات یا استفاده از سرویس های رایگان در رسانه ها نیز باید بهره برد. در آفریقای جنوبی صنعت دخانیات به مجادله بر ضد تبلیغ ممنوعیت تبلیغ مواد دخانی که بطور ظریفی با یک تبلیغ مخالف آن از زبان یک غیرسیگاری مبتلا به سرطان حنجره از رادیو همراه بود، پرداخت. این تبلیغ می گفت: «صنعت دخانیات مدعی است ممنوعیت تبلیغ مواد دخانی حمله به آزادی بیان است. ما نظر یک سیگاری پیشین را جو یا شدیم». یک

صدای ضعیف جواب می دهد: «وقتی صدایتان را به علت ابتلا به سرطان حنجره از دست دادید آزادی زیادی برای صحبت کردن ندارید». این تبلیغ نه تنها موجب جلب حمایت بسیاری شد بلکه میزان تماس با شماره تلفن راهنمای ترک را از طرف سیگاریهای مایل به ترک به میزان زیادی افزایش داد.

## ۶-۵ رسانه ها

دستیابی به اطلاعات موثق در مورد موضوعات مرتبط با دخانیات برای رسانه ها حیاتی است. اگرچه افکار عمومی در طول زمان شکل می گیرد می توان با استفاده از تاثیر رسانه های مهاجم آنها را به سرعت تغییر داد (۷). سازمانهای مردم نهاد، انجمن های تخصصی، دانشگاهیان و دولت می توانند برای ساخت و نگهداری یک فضای اجبار برای قانونمند نمودن دخانیات در بخشهای مختلف اجتماع به یکدیگر ببیوندند.

برنامه ارتباطی باید مقالات رسانه ای و دانشگاهی در مورد فواید افزایش مالیات بر مواد دخانی، ممنوعیت تبلیغ مواد دخانی یا استعمال دخانیات در اماکن عمومی، اقتصاد دخانیات، آثار زیانبار سیاستگذاری های نامناسب، فواید ترک دخانیات و اطلاع رسانی غلط صنایع دخانیات را تولید کند. از افراد و گروههای مختلف بخواهید تا این مقالات و نکته های خبری را تهیه کنند چرا که بخشهای خبر تمایلی به انتشار اخبار از یک منبع منفرد در دوره های طولانی ندارند.

یک سامانه پایش باید مستقر گردد تا مقالات و خبرها را در رادیو، تلویزیون، روزنامه ها و مجلات ادواری در سراسر کشور تعقیب کند. به این وسیله می توان موضوعات مورد مجادله را شناسایی نمود. بسیار مهم است که هیچ یک از دعای صنعت دخانیات بدون پاسخ نماند. پاسخ به رسانه ها شامل: تکذیب، نامه به سردبیر، ملاقات با شورای سردبیری یا خبرنگاران، و اطلاع رسانی های رسانه ای است.

سامانه پایش رسانه می تواند رسمی یا غیررسمی باشد. می توان گروههای تجاری پایش رسانه ها را به استخدام درآورد، اینها عملاً بی نقص و سریع اما گران هستند. یک سامانه غیررسمی شامل دوستان و همکارانی هستند که بطور روزانه اخبار و اطلاعات را به یک دفتر مرکزی فاکس یا ایمیل می کنند. رسانه ها در ارتباط با موضوع دخانیات متفاوت هستند. تعدادی از کنترل دخانیات حمایت می کنند اما تعدادی نیز ممکن است به وضوح با آن دشمنی کنند، بویژه اگر کنترل دخانیات موجب از دست رفتن عایدی حاصل از تبلیغ شود. همچنانکه مقابله با اطلاعات غیردقیق ضروری است، رجزخوانی برای گزارشگران یا دبیران خبر غیرعقلانه است. این یک قانون است که هیچوقت با «کسانی که با گالن جوهر می خرنند» بحث نکن. خبرنگاران همیشه آخرین کلام را جاری می کنند.

## ۶-۶ ساختار جنبش های کنترل دخانیات

واقعیتی در کنترل دخانیات وجود دارد که می گوید «هیچکس نمی تواند همه کارها را انجام دهد اما هرکس می تواند کاری انجام دهد». یک جنبش موفق کنترل دخانیات باید بتواند متخصصان فردی و گروهی زیر را دور هم جمع کند:

- دانشمندان، تا تجربه لازم برای حمایت از تلاشهای کنترل دخانیات را فراهم نماید؛
- وکلا و انجمنهای داوطلب، تا جوامع را به حرکت درآورند و برای اقدام رابطه برقرار کنند؛
- استراتژیست ها، که می توانند شگردهای صنعت دخانیات را پیش بینی و با آن مقابله کنند؛
- خبرنگاران و سایر متخصصان رسانه، که مایل به بیان حقایق در مورد استعمال دخانیات هستند و نیز آماده مقابله با سانسور غیرمستقیم اعمال شده توسط درآمد ناشی از تبلیغ مواد دخانی در رسانه ها هستند؛
- اقتصاد دانان، قادر به تخمین هزینه های مالی دخانیات به جامعه و فرصت های شغلی جایگزین که می توان در یک جامعه عاری از دخانیات ایجاد نمود؛
- حقوق دانان، که به تهیه و تجزیه و تحلیل قوانین پیشنهادی کمک کنند؛
- نمایندگی های تبلیغاتی، برای راه اندازی همایشهای خلاقانه در حمایت از کنترل دخانیات؛
- اتحادیه های تجاری، در رد باور غلط از ارتباط دخانیات با اشتغال و حفاظت از کارگران در مقابل سیگار کشیدن فعال و غیرفعال
- رهبران تجارت مایل به حمایت مالی از فعالیتهای کنترل دخانیات و معرفی سیاستهای عاری از دخانیات در محلهای کار؛
- محققان، برای فراهم نمودن اطلاعات دقیق در مورد شیوع استعمال دخانیات و اعتقادات، دانش و نگرش عموم مردم؛
- مشاهیر، رهبران مذهبی، پزشکان، پرستاران، و ورزشکاران سرشناس برای بهره گیری از شخصیت و حمایت متمایز آنها؛
- والدین تا به همایش های طومار بیوندند و غیرسیگاریها تا هوای بدون دخانیات را طلب کنند؛
- دوستان تا دور هم جمع شوند و ردگیری های حیاتی را انجام دهند شامل ردگیری سیاستهای دولت و واکنش های صنعت دخانیات در مقابل آن.

جنبش های موثر کنترل دخانیات در بستر کار تیمی و محدوده متنوعی از مهارتها ساخته می شوند. جا برای همه کسانی که نگران هریک از جنبه های دخانیات هستند، موجود است. این جنبش یک باشگاه

خصوصی نیست که تنها متعلق به نیروهای فعال باشد. ارزشها، علایق، نگرانی ها مشارکتهای مختلف اعضا باید مورد احترام باشد. وقتی بطور مناسب عمل کند، جنبش چیزی بیش از مجموع اعضای خود است و به هر یک از آنها احساس مشارکت در فرآیند را می دهد.

### ۶-۷ اتحادیه سازمانهای مردم نهاد

رهبری جنبش معمولاً بر عهده تعدادی از سازمانهای مردم نهاد است که در یک اتحادیه با یکدیگر کار می کنند. اتحادیه ها منفعت بزرگی در اجتناب از دوباره کاری، افزایش دسترسی جغرافیائی با متصل ساختن مردم به یکدیگر، چند برابر نمودن منابع با مشارکت، و معرفی یک راهبرد منفرد منسجم برای ایجاد تغییر دارند.

در کانادا یک اتحادیه گسترده از ۲۰۰ سازمان با یک هسته داخلی قوی متشکل از پنج سازمان همکار اتحادیه را تشکیل می دهد. بطور مشابه، در آفریقای جنوبی اتحادیه قانونگذاری توسط گروهی متشکل از سه سازمان مردم نهاد شامل انجمن های سرطان، قلب و کنترل دخانیات شکل گرفته است و در همایش های خاص از کمک سایر هم پیمانان بهره می برند.

فواید اتحادیه ها روشن هستند، اما در عمل خطراتی نیز در خلال کار وجود دارند. ممکن است اختلاف نظرهایی در مورد سرمایه گذاریها و اعتبار اجتماعی مکسبه از فعالیتهای اتحادیه بروز نماید. این ممکن است موجب بروز حسادت و عدم اعتماد شود. زمان بیشتری ممکن است صرف اداره اتحادیه شود تا برگزاری همایشها. ممکن است اعضا تمامی مسؤلیتهای کنترل دخانیات را به اتحادیه محول کنند و از فعالیتهای مستقل خود بکاهند. تصمیم گیری در اتحادیه ها به علت بروکراسی حاکم بر آنها ممکن است کند شود.

می توان با تدوین بعضی اصول پایه از بروز این آفات اجتناب نمود:

- رهبران اتحادیه باید عمیقاً در کنترل دخانیات مشارکت جویند و مایل به گذشت از منافع شخصی کوچک خود در مقابل هدف اصلی باشند.
- اهداف اتحادیه باید به روشنی بیان شوند تا اعضا بطور کامل از طبیعت مشارکت خود آگاه شوند.
- ساختار تصمیم گیری باید اقدام سریع و منعطف را ممکن سازد. سازمانهای عضو باید نمایندگان تام الاختیاری معرفی نمایند که مشارکت موثری را از طرف آنها برقرار سازد.
- هیچ تصمیمی برای همه اعضا لازم الاجرا نیست مگر در مورد آن اجماع وجود داشته باشد. هر یک از سازمانها باید در گفتار و عمل خارج از اتحادیه از آزادی برخوردار باشد.



- اعضای اتحادیه باید با یک فرمول مورد توافق از آن حمایت مالی نمایند. بطور ایده آل اتحادیه نباید برای جذب منابع مالی خارج اتحادیه به رقابت بپردازد.
- اتحادیه باید بطور منظم با کلیه اعضا ارتباط برقرار کند تا آنها را درگیر و در جریان امور قرار دهد و تا برنامه های کنترل دخانیات را در اقدامات معمول آنها ادغام نماید.

### ۶-۸ منابع مورد نیاز برای کنترل دخانیات

در بسیاری از کشورهای کم درآمد، کنترل دخانیات شغل نیمه وقت تعدادی از افراد داوطلب است. این کار فعالیتی است که توسط تعدادی از متخصصین بهداشتی علاقمند و اخیراً توسط حقوقدانان و فعالان حقوق مصرف کنندگان به عنوان بخش کوچک و داوطلبانه ای از کارشان هدایت می شود. اگرچه پیشگامان منفرد به جای اتحادیه های سازمان یافته فرآیند را پیش می برند اما شبکه های بوجود آمده به این شیوه در گنجاندن کنترل دخانیات در برنامه سیاسی کشور بسیار موثر بوده اند. تلاشهای آنان از تخصیص و افزایش منابع فواید بسیاری خواهد برد.

منابع احتمالی متعددی برای سرمایه گذاری در سازمانهای مردم نهاد شامل دولت، سازمانهای بین المللی، و تجار وجود دارد. در کشورهایی نظیر استرالیا، آفریقای جنوبی، سوئد و انگلستان، دولت با سازمانهای مردم نهاد برای تهیه برنامه های کنترل دخانیات قرارداد می بندد؛ حتی ممکن است مستقیماً از آنها حمایت مالی کند چنانکه در مورد اقدام در استعمال دخانیات و سلامت (در انگلستان) دیده می شود.

سازمانها، صندوقها و تراست های توسعه بین المللی متعددی نیز در سازمانهای مردم نهاد سرمایه گذاری می کنند. اخیراً، تحقیقات سرطان در انگلستان، انجمن سرطان آمریکا، و اتحادیه جهانی برضد سرطان سرمایه ای را برای حمایت از توانائی انسانها برای توسعه کنترل دخانیات اختصاص داده اند. تجار به دو دلیل به فعالیتهای خیرخواهانه کمک می کنند: نیات بشردوستانه و منافع تجاری. کمک های بشردوستانه معمولاً اعانه ای است که سازمانهای مردم نهاد می توانند در صورت تناسب از آن استفاده کنند. در کمک با هدف تجاری ممکن است پول در قبال اهداف خاص اهدا شود. شرکتهای دریافته اند که اتصال نام کالای آنها با یک فعالیت خیریه مورد اقبال عمومی، ممکن است در جهت منافع تجاری آنها به اندازه بازاریابی معمول موثر باشد که به نوبه خود ارزان تر هم هست. مردم با این اعتقاد که آنها در حال حمایت از یک فعالیت ارزشمند هستند، کالای آنها را می خرند. وقتی بازاریابی مبتنی بر انگیزه کار می کند، همه احساس خوشایندی دارند و همه (شرکت، کارکنان، مصرف کنندگان، و استفاده کنندگان از خدمات خیریه) پیروز هستند. مسئله این است که اغلب اوقات همه برنده نمی شوند. کمپانی ها فقط در خیریه های سرمایه گذاری می کنند که بطور بالقوه

توانایی برقراری ارتباط با اقشار وسیعی را داشته باشند و پولی برای فعالیتهائی که «جذاب» نیستند یا شناخته شده نیستند وجود ندارد.

بطور جایگزین، تجار از سازمانهای مردم نهادی حمایت می کنند که با آنها منافع مشترک دارند. شرکتهای دارویی که محصولات ترک دخانیات را به فروش می رسانند می دانند که یک محیط قوی در رابطه با کنترل دخانیات سیگارهای بیشتری را متمایل به ترک می کند و بطور بالقوه بر مشتریان آنها می افزاید. بنابراین، این شرکت ها مایل به حمایت از کنترل و ترک دخانیات هستند.

باوجوداین، بسیاری از فعالان بخش سلامت از کار با شرکتهای چندملیتی دارویی سرباز می زنند، زیرا نگران این هستند که از علامت انحصاری آنها بر روی داروها برای فروش داروها با بهای گزاف در کشورهای فقیر سوء استفاده شود. به علاوه، هدف اصلی این شرکت ها فروش داروهای ترک سیگار است و فعالان نگران آن هستند که شرکت تبلیغات خود را از تمرکز بر کنترل دخانیات تنها به سمت خدمات ترک معطوف نماید. همچنین این شرکت ها ممکن است تحت فشار قرار بگیرند و از طرف کمپانیهای تولید مواد دخانی در مورد سایر مواد دارویی خود تهدید شوند.

با آنکه این موضوع مورد مناقشه است اما بسیاری از سازمانهای مردم نهاد بر منع های خود فائق آمده اند و با تجار همکاری می کنند.

### ۶-۹ رابطه سالم سازمانهای مردم نهاد و تجار

یک رابطه سالم تنها در صورتی قابل تصور است که شرکا اهداف مشترکی داشته باشند. اگر مشارکت تجار در تهیه قانون کنترل دخانیات ضعیف باشد، سازمان مردم نهاد گفتگو و همکاری را خسته کننده و حتی بی بهره می یابد. برعکس، اگر راهبردهای سازمان مردم نهاد بسیار تند باشد تجارت نگران عواقب همکاری و حتی بروز محدودیتهای احتمالی خواهد بود.

هرگاه تجارت نمای اجتماعی مثبتی داشته باشد و سازمانهای مردم نهاد موثر بوده و به حساب آیند، امکان رابطه قوی و مولد وجود دارد. این به معنای سازمانهای مردم نهاد آرام و کمپانی های تندرو نیست بلکه یک مشارکت سخاوتمندانه بین سازمانهای مردم نهاد و تجارت براساس احترام متقابل، پذیرش خودمختاری و استقلال و تعدد آرا و موقعیتهای سازمان مردم نهاد است.

مهمترین سئوالها را باید در پایان پرسید. آیا مشارکت با تجارت انتخاب درستی برای این سازمان یا انجمن ویژه است؟ این مشارکت چه اهدافی را برای خود تعیین نموده است؟ این مشارکت چه شیوه ها و راهکارهایی را تعیین می نماید؟ چگونه اختلاف عقاید حل و فصل می شود؟ تقابل منافع بالقوه کدامند؟ نتیجه مشارکت تا حدود زیادی به پاسخ های این سئوالات مربوط است. در همکاری بخش

خصوصی و فعالیتهای عام المنفعه باید همیشه این موشکافی مانند سایر شیوه ها و راهکارها وجود داشته باشد.

بخش خصوصی می تواند همکار خوبی برای سازمانهای مردم نهاد باشد اگر بطور مناسبی مدیریت شود؛ آنچه به هیچ وجه ممکن نیست ریاست آنها است. خدمات عمومی به معنی خدمت به عموم مردم است، نه خدمت به منافع کسانی که این خدمت را تامین می کنند. شاید بهترین راه حل طولانی مدت این مشکل، تخصیص بخشی از مالیات متخذه از مواد دخانی برای سرمایه گذاری در کنترل دخانیات است.

## ۷- پایش، مراقبت، ارزشیابی و گزارش دهی

### ۷-۱ اصول کلی ارزشیابی برنامه های کنترل دخانیات

ارزشیابی یک شیوه سامانمند برای یادگیری از تجربیات است، تا از درسهای گرفته شده برای بهبود فعالیتهای جاری و تسهیل طراحی بهتر و اختصاص منابع با انتخاب گزینه های دقیق در فعالیتهای آتی استفاده شود. ارزشیابی کلید استفاده بهتر از منابع نایاب در دسترس برای کنترل دخانیات است. بخش ۱ زمینه های عمومی را برای موضوعات "دخانیات یا سلامتی" و برنامه های کنترلی مرتبط فراهم می کند و مروری بر اصول و شیوه هایی که برای ارزشیابی آنها می توان به کار برد، می نماید. امکان بالقوه قابل ملاحظه ای در تمام کشورها برای فرمول بندی ارزشیابی های ساده براساس طراحی خوب، داده های تجربی و فرضی، و اندازه گیری هدفمند ستانده ها وجود دارد. برای تشویق ارزشیابی و مفید نمودن انتشارات برای گروههای بیشتری افراد درگیر در کنترل دخانیات، مفاهیم متعددی خلاصه و به سرعت مورد بازبینی قرار گرفته اند.

ارزشیابی برنامه های کنترل دخانیات نیازمند ورودی هایی از تعداد زیادی علوم مختلف نظیر علوم رفتاری و سیاسی، جامعه شناسی، اقتصاد، همه گیری شناسی، آمار و پزشکی است. علاوه بر این، همچون هر ارزشیابی در خصوص موضوعات مرتبط با سیاست، نیازمند نگاهی جهانی به سیاست، جامعه، اقتصاد و موضوعات انسانی است. مانند بسیاری وضعیت ها که در رویکردها و شیوه های پایه مورد استناد قرار می گیرند، سازمان بندی ارزشیابی بدون پیش فرضهای ذهنی از اهمیت خاصی برخوردار است.

فرضیه یک چیز است اما اجرای آن عموماً نیازمند سازگاری های متعددی است. امید است با ارائه مثالهای خاص از برنامه ها و فعالیتهای کنترل دخانیات رویکردهای مختلف برای ارزشیابی در تمامی کشورها و تمامی انواع برنامه ها معرفی گردد. همچنین امیداست که توصیفات عمومی در مورد اقدامات کنترل دخانیات و بعضی شاخص هایی که به عنوان ابزارهای ضروری در ارزشیابی فرآیند شکل گرفته اند، به عنوان ابزارهای طراحی به کار می روند.

## ۲-۷ طراحی و مدیریت ارزشیابی برنامه کنترل دخانیات

### ۱-۲-۷ فرآیند مدیریت و ارزشیابی

ارزشیابی برنامه های بهداشتی بخشی از یک برنامه مدیریتی وسیع تر برای برنامه های بهداشتی است. این فرآیند شامل یک زنجیره به هم پیوسته است که عبارتند از: فرمولاسیون سیاسی، فرمولاسیون برنامه ای و بودجه ریزی، ارائه برنامه از طریق خدمات و نهادهای مختلف، ارزشیابی، و برنامه ریزی مجدد در صورت ضرورت و حمایت اطلاعاتی در صورت نیاز.

در سالهای اخیر روش شناسی های ارزشیابی گسترده توسعه پیدا کرده اند و با آراستن به الگوهای علمی ارزیابی تکمیل شده اند. این شیوه ها به خوبی گزارش شده اند. مفاهیم مرتبط با طراحی ارزشیابی، گسترده و پیچیده هستند. این کتاب در تلاش برای درگیر شدن با طراحی ارزشیابی در تمامیت خود نیست، برعکس هدف آن ساده سازی رویکرد ارزشیابی و در دسترس سازی آن برای مدیران برنامه های کنترل دخانیات در تمام سطوح و کمک به آنها برای اخذ تصمیمات منطقی است. پیچیدگی عمومی ارزشیابی در ترکیب با این حقیقت که فعالیت های کنترل دخانیات جنبه های اجتماعی، رفتاری، سیاسی و اقتصادی می باشند و اینکه اغلب تعیین نتیجه حاصل از برنامه کاملاً ناشی از فعالیت بهداشتی خاصی است یا محصول مجموعه ای از عوامل مثبت و منفی بدون ارتباط با برنامه بهداشتی هستند، پیچیده تر می شود. بنابراین ارزشیابی کنندگان با وضعیت های مختلفی مواجه می شوند. بعضی ارزشیابی ها را می توان به نحوی دقیق طراحی نمود تا بی طرفی اطلاعات جمع آوری شده حاصل از ارزشیابی را افزایش داد، در سایر موارد ممکن است استفاده از تجربیات کنترل شده برای رد مداخلات خارجی غیرممکن باشد.

### ۲-۲-۷ ارزشیابی خرد، ارزشیابی کلان و فرا ارزشیابی

بین ارزشیابی اثربخشی یک فعالیت کنترل دخانیات در سطح خُرد (نظیر تاثیر اعلام ممنوعیت استعمال دخانیات در یک محل کار) و ارزشیابی اثربخشی یک سیاست در سطح کلان (نظیر ممنوعیت تبلیغ مواد دخانی در سطح ملی) تفاوت‌هایی وجود دارد. به ویژه در حوزه کنترل دخانیات باید تاکید نمود که در هیچ شرایطی ارزشیابی کلان نباید براساس جمع بندی نتایج ارزشیابی های خرد صورت پذیرد. پروژه های راهنما یا آزمایشی، شکلهای ویژه ای از فعالیتهای خُرد، اغلب منابع و انرژی بیشتری را از هر دو جنبه تامین کننده و مشتری صرف می کنند و بنابراین موجب پدید آمدن جو و نتایج ساختگی می شوند. این پروژه ها در صورت تعمیم به اندازه های بزرگ معمولاً بی اثر می شوند.

فرا ارزشیابی‌ها (meta-analysis) (تجزیه و تحلیل ارزشیابی‌های متعدد)، بخوبی در صحنه کنترل دخانیات، هم به عنوان بازبینی‌های انتقادی یا تجزیه و تحلیل ارزشیابی‌های پیشین یا مقایسه ارزشیابی‌های پیشین جا می‌افتند. آنها می‌توانند موجب بهبود شیوه‌ها یا کاهش هزینه‌های ارزشیابی شوند و می‌توانند به ارزیابی میزان مفید بودن یک ارزشیابی خاص در درازمدت کمک کنند.

در تهیه راهنماهای موجود سعی بر آن بوده است که مفاهیم تا حد ممکن ساده شده و ارزشیابی را در دسترس و در سطح فهم همه کسانی که نگران کنترل دخانیات هستند در بیاوریم. هدف آن است که اطمینان یابیم که نگرانی‌های مربوط به شیوه ارزشیابی مانع انجام آن نمی‌شود. در ارزشیابی باید مفهوم صحیح نشان داده شود، سؤال درست پرسیده شود.

بخش حاضر تعاریف عمومی مربوط به شایع‌ترین اجزای ارزشیابی برنامه‌های کنترل دخانیات به همراه یک دوره سریع فرآیندهای مرتبط را ارائه می‌نماید.

### ۷-۲-۳ ارزشیابی و اطلاعات

استفاده از اطلاعات ارزشیابی را همانند سایر اجزای فرآیند مدیریت از نفوذ بیشتری برخوردار می‌نماید. بنابراین اطمینان از برخورداری از اطلاعات مناسب و کافی در خلال ارزشیابی، به منظور اجتناب از تاخیر ناشی از کمبود اطلاعات ضروری است. بهترین راه اطمینان از کفایت اطلاعات، مشخص نمودن نیازهای اطلاعاتی در مرحله طراحی برنامه کنترل دخانیات است. همچنین انجام یک "ارزیابی پایه" از وضعیت موجود در ابتدای هر فعالیت ضروری است.

ارزشیابی شامل راهبردی کلی برای تصمیم‌گیری در مورد این که چه اطلاعاتی را، چگونه، از چه کسی، و چه وقت باید جمع‌آوری کرد، می‌باشد. شیوه‌های مختلفی برای جمع‌آوری اطلاعات موجود است، اما تمام تصمیمات در مورد اطلاعات باید واجد سه عامل اصلی باشند: سؤالی که باید پرسیده شود، مشکلات احتمالی در هنگام جمع‌آوری اطلاعات، هزینه‌های جمع‌آوری اطلاعات. جمع‌آوری اطلاعات نباید رایگان و یا بسیار گران تمام شود، به ویژه وقتی که دولت، صنعت دخانیات، و ادارات صادرات و واردات همگی آمار تولید می‌کنند که می‌توان برای ارزشیابی از آنها استفاده نمود. در کل می‌توان گفت، جمع‌آوری اطلاعات در صورتی که اطلاعات از عملکرد برنامه‌ها و خدمات سرچشمه بگیرد با حداقل هزینه انجام می‌شود. سهل‌ترین راه استفاده از اطلاعات موجود و در صورت امکان اجتناب از تولید پایگاه اطلاعاتی جدید است. بررسی‌های مبتنی بر نمونه نیز می‌توانند اطلاعات ضروری را با هزینه منطقی فراهم نمایند.

با توجه به طبیعت موضوع، ممکن است بخشی از اطلاعات مورد نیاز برای ارزشیابی از اطلاعات موجود مانند گزارش‌های دولت و ملل متحد در مورد وضعیت‌های سیاسی، اقتصادی و اجتماعی،

طرح های توسعه ای اخیر، گزارش های مالی، بیانات اصلی رهبران سیاسی و سند های قانونی، گزارش های دوره ای وزارتخانه های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، صنعت، معدن و تجارت، اطلاعات همه گیری شناسانه (از سازمان های رسمی آمار بهداشتی در سطح ملی) و یافته های تحقیقاتی قابل دستیابی باشد. به همین میزان گزارش های کشوری «دخانیات یا سلامتی» (بخش ۴ را ببینید). اطلاعات جمعیتی، به ویژه آمار حیاتی؛ داده های مربوط به منابع مورد استفاده فعالیت های انجام شده در قالب برنامه های ارزشیابی شده؛ اسناد ساختار تشکیلاتی برنامه های کنترل دخانیات و طرح های اجرایی برنامه ها یا تاسیس نهادها و خدمات مرتبط می تواند مفید باشد. اسناد منشا گرفته از صنعت دخانیات را نیز می توان به عنوان اطلاعات زمینه در نظر داشت اما باید با احتیاط مورد استفاده قرار گیرند. سایر روش های شایع جمع آوری اطلاعات در یک قالب مدیریتی که می توان به تنهایی یا همراه با سایر شیوه ها مورد استفاده قرار داد عبارتند از:

- مشاهده مستقیم (محاسبه دقایق پخش تبلیغ محصولات دخانی از تلویزیون)
- پایش انواع مختلف ثبت ها یا اسناد حاصل از برنامه ها
- مطالعات بالینی تصادفی شده برای مقایسه آثار رویکردها یا راهبردهای مختلف
- مطالعات قبل و بعد (طراحی های شبه تجربی quasi-experimental) برای کنترل عوامل غیر از مداخلات برنامه که می تواند تغییرات بروز نموده در فضای برنامه را تحت تاثیر قرار دهد. این طراحی ها باید سه خصیصه را داشته باشند: گروه مورد و شاهد باید حضور داشته باشند؛ اندازه گیریهای قبل و بعد از درمان باید انجام شده باشد؛ و باید الگوی روشن و قاطعی به نشانه تفاوت های بین گروه درمان شده و درمان نشده در طول زمان موجود باشد.
- اطلاعات جمع آوری شده پس از یک واقعه. اگر انجام ارزشیابی به عنوان بخشی از برنامه یا فعالیت کنترل دخانیات پیش بینی و طراحی نشده باشد، گاهی توسل به این رویکرد ضروری است اگرچه خطرات روش شناسانه ای را با خود به همراه دارد. برای مثال پاسخ دهندگان ممکن است برای حفظ ظاهر عقایدی را در مورد یک موضوع ابراز نمایند که احتمالاً از آن هیچ اطلاعی ندارند. به این ترتیب اینگونه داده ها اغلب تصویر تشدید یافته ای از تاثیر خالص یک همایش به دست می دهد و ارزش آنها عموماً مورد سؤال است. مثالهای این رویکردها در بخشهای ۲ و ۳ ارائه شده است.

در صورت توصیه به اجرای رویکردهای خاص، از تخیل و عقل سلیم باید استفاده نمود. محاسبه دقایق تبلیغ غیرمستقیم محصولات دخانی در خلال پخش تلویزیونی یک مسابقه ورزشی یکی از راههای برملا کردن نقض قانون ممنوعیت تبلیغ مواد دخانی است. در زلاندنو یک راه ساده پایش برای

ارزشیابی اثر آبی یک همایش رسانه ای برعلیه دخانیات بود که به مدت چندین هفته و به صورت هفته ای یکبار تعداد سیگارهای به فروش رفته در ۶۰ سوپرمارکت در سراسر زلاندنو در مناطق مختلف اقتصادی، اجتماعی مورد پایش قرار گرفت. چون آغاز و پایان یک همایش رسانه ای مشخص است، تغییرات فوری در فروش مواد دخانی همزمان با آغاز همایش را (در صورتیکه سایر اقدامات شناخته شده موثر بر مصرف دخانیات بطور همزمان به اجرا در نیامده باشند) می توان به همایش منتسب نمود. پرسشنامه های ساده نیز منابع خوبی برای جمع آوری اطلاعات هستند، اما در صورتیکه تعداد کثیری از جمعیت مورد مطالعه بیسواد باشند، شیوه های خاصی نظیر مصاحبه مورد نیاز است. باوجوداین باید در ارائه نتایج کوتاه مدت جمع آوری شده بلافاصله بعد از یک مداخله، احتیاط نمود. نتایج درازمدت اهمیت بیشتری دارند بعنوان مثال بسیاری از نتایج متوسط تا بالای ترک موفق سیگار، طی سه ماه نخست پس از ترک به سرعت اُفت می کنند. بنابراین نیاز به ترتیب دادن پیگیریهای با فواصل طولانی مدت، حداقل ۱۲ ماهه است.

ارزشیابی نه تنها باید مبتنی بر اطلاعات ارزشمند باشد بلکه باید بر اساس اطلاعاتی بوده که نسبت به موضوع مورد بررسی حساس باشد. بنابراین اغلب کنترل دوگانه اطلاعات ضروری است. یک مثال خوب در این زمینه اندازه گیری مصرفی تنها براساس تعداد سیگارهای به فروش رسیده است. در حقیقت این نحوه ارزشیابی می تواند موجب بروز خطاهای متعددی شود چرا که وزن توتون موجود در سیگارها و نیز میزان قطران و نیکوتین آنها باهم متفاوت است. بنابراین یک تجزیه و تحلیل مناسب از استعمال دخانیات در یک جامعه به محاسبه شیوع (براساس جنس، سن، نژاد، مذهب، وضعیت اجتماعی و اقتصادی، تحصیلات و غیره)، متوسط تعداد سیگار مصرفی به ازای هر فرد، فروش دخانیات (در صورت امکان تعداد تخمینی سیگارهای قاچاق شده به داخل کشور و به فروش رسیده بطور غیرقانونی نیز محاسبه گردد) و وزن توتون موجود در سیگارها و نیز مقدار قطران و نیکوتین و سایر افزودنی های آن می پردازد. بدون کنترل متقاطع یا استفاده از خطوط متعدد مستندات برای تأیید داده های خود اظهار شده خطر بالقوه گزارش کمتر از واقعیت وجود دارد.

اگرچه استفاده از داده های منتشر شده در ارزشیابی ایمن تر است، در بسیاری موارد به منظور جلوگیری از تاخیر در ارزشیابی از داده های منتشر نشده استفاده می شود. علاوه براین با توجه به اختصاصی بودن برنامه های کنترل دخانیات، اغلب به تحقیقات ویژه یا مطالعه ای که به شکل مناسبی طراحی و اجرا شده باشد نیاز است. هزینه های جمع آوری اینگونه داده ها باید به دقت نسبت به فواید مورد انتظار از اجرای مطالعه مدنظر قرار گیرد. بنابراین لازم است تا بین اطلاعات ضروری برای انجام ارزشیابی با اطلاعاتی که داشتن آنها بد نیست، تمایز قائل شویم.



همچنین تفسیر اطلاعات موجود در یک پایگاه مدیریت داده ها برای متناسب نمودن آن با گروه هدفی که اطلاعات به آن منظور مورد استفاده قرار خواهد گرفت، ضروری است. برای مثال در برنامه های جامعه محور داشتن حداقل اطلاعات منطقه ای کافی به نظر می رسد و هزینه، اثربخش تر است. دریافت کنندگان باید قادر باشند اطلاعات جمع آوری شده را درک کنند. در نهایت داده ها ممکن است همیشه مناسب نباشند، اما تا مادامی که خطاها کم یا بیش وجود داشته باشند، ممکن است هنوز در طی زمان برای نشان دادن روند مفید باشند.

### ۷-۲-۴ فرآیند ارزشیابی

در ابتدای فرآیند ارزشیابی باید در نظر داشت که مشکل دخانیات بطور مناسبی تعریف شده باشد، برنامه بطور بالقوه راه مناسبی را برای حل مشکل پیشنهاد نموده باشد و طراحی های مطلوبی برای اجرای آن صورت گرفته باشد. فرآیند ارزشیابی نشان خواهد داد که آیا این راه حل صحیح است یا یکی از این پیش نیازها پوشش داده نشده است و نیاز به انجام تغییراتی است. با گوناگونی هائی در خصوص هر یک از فعالیت ها و برنامه های کنترل دخانیات، فرآیند ارزشیابی شامل اجزای اصلی ذیل خواهد بود که می توان بطور منعطفی مورد استفاده قرار گیرد و با وضعیت های مختلف سازگار شود:

- برجسته نمودن موضوع ارزشیابی
- اطمینان از حمایت اطلاعاتی
- صحت گذاری تناسب
- ارزیابی کفایت
- بازنگری پیشرفت
- ارزیابی کارائی
- ارزیابی اثربخشی
- ارزیابی تاثیر
- استخراج نتایج و فرموله کردن پیشنهادات برای اقدامات آتی ۱

## ۷-۲-۵ موضوع ارزیابی

کنش های متقابل متعددی بر اجزای مختلف سیاستهای کنترل دخانیات اثرگذارند که تعیین تاثیر منفرد هر جزء را مشکل می سازد. اما با وجود این برای رسیدن به ترکیبی از فعالیت ها در پاسخ به وضعیت های مختلف سیاسی، اقتصادی و فرهنگی؛ پاسخ به این سؤال ضروری است که « استفاده از این اقدام در اینجا و اکنون به چه میزان مفید است؟ »

بنابراین ویژه نمودن موضوع ارزیابی ضروری است و با پاسخ به سئوالاتی نظیر سئوالات زیر به دست می آید:

- آیا موضوع ارزشیابی باید یک سیاست، یک برنامه، یک خدمت منطقه ای شامل تعدادی برنامه (مثل جزئی از آموزش بهداشت در مدرسه) یا یک موسسه نظیر یک کلینیک ترک سیگار باشد؟ اطمینان حاصل کنید که موضوع منتخب بر پایه اندازه یا اهمیت بالقوه خود ارزش ارزیابی داشته باشد. برای مثال آیا ارزشیابی فعالیت های جزئی خارج از برنامه، خدمت یا موسسه اصلی؛ ضروری یا قابل توجه است؟
- آیا ارزشیابی باید در تمام سطوح مقتضی انجام شود تا از به اجرا در آمدن نتایج ارزشیابی اطمینان حاصل نمائیم؟
- هدف ارزشیابی چیست؟ آیا هدف توجه تخصیص بودجه است یا یک طرح توسعه جدید است، یا برای بعضی اهداف منفرد است؟
- چه محدودیت هائی احتمال اجرای ارزشیابی یا دامنه آن را محدود می کنند؟ آیا این محدودیت ها به اندازه کافی برای مختل نمودن تلاشهای ارزشیابی از اهمیت برخوردار هستند؟
- پس از پاسخ به سئوالات طراحی شده، آیا در مورد این وضعیت می توانیم کاری انجام دهیم؟ اگر بلی، چه کاری؟

### ۳-۷ حمایت اطلاعاتی<sup>۱</sup>

اهمیت اطلاعات را در مطالب فوق توضیح دادیم. نیازهای اطلاعاتی برای هر یک از اجزای فرآیند ارزشیابی باید شناسایی گردد. برای مثال، جهت ارزشیابی کفایت برنامه یا فرمولاسیون پروژه، داشتن فهرستی از اهداف و گروههای هدف، توصیفی از رویکردهای مورد استفاده برای دستیابی به اهداف و ملاقات گروههای هدف، خلاصه ای از منابع درگیر شامل کارکنان، و بودجه و اطلاعات مالی؛ و جدول زمانبندی و محتوای فعالیت ها شامل اقدامات اصلی یا نقاط عطف و تاریخ اتمام آنها ضروری خواهد بود. نیازهای اطلاعاتی را باید از معیارهایی مورد استفاده قرار داد یا از طریق پرسش سئوالاتی استنباط نمود.

انتخاب مقدار مطلوبی از اطلاعات قدم حساسی در فرآیند ارزشیابی است. ابتدا باید اطلاعات را از نظر مرتبط بودن با موضوع در فرآیند مورد بازنگری قرار داد. باید دقت نمود که تنها اطلاعات سودمند تلفیق شوند. اطلاعات نامرتبط، بسیار زیاد یا بسیار کم ممکن است به فرآیند ارزشیابی هزینه تحمیل کنند.

### ۴-۷ تناسب

تناسب در حله اول با منطق تصویب سیاستها و برنامه های کنترل دخانیات مبنی بر پاسخ آنها موضوعات مرتبط با سلامت، اجتماع و اقتصاد در کشور یا جامعه موردنظر، و در مرحله دوم به توسعه برنامه ها، فعالیت ها، خدمات یا موسساتی که به نیازها و اولویت های گستره «دخانیات یا سلامتی» پاسخ می دهند؛ ارتباط دارد. برای مثال تصویب یک سیاست قیمت گذاری برای برنامه ای مناسب است که به دنبال کنترل استعمال دخانیات در جوانان است. برنامه های موجود باید بطور دوره ای برای تداوم تناسب خود مورد آزمون قرار گیرند.

### ۵-۷ کفایت

کفایت به معنای آن است که توجه کافی به پیشرفت برنامه، اهداف، گروههای هدف و شاخص ها، شیوه های مورد استفاده و غیره، متناسب با الزامات، مبذول گردیده است. برای مثال درج هشدارهای بهداشتی نوشتاری بر روی بسته های مواد دخانی در جمعیتی که اکثر آن بیسواد هستند، رویکرد خوبی نیست.

### ۶-۷ پیشرفت

پیشرفت از مقایسه فعالیت های واقعی انجام شده با آنچه برنامه ریزی شده بود، شناسایی دلایل انجام یک اقدام در مقابل دستاوردها یا نتایج زودرس و شناسایی راه حلهای و اصلاحات لازم برای این نتایج زودرس، تحت تاثیر قرار می گیرد. هدف بازنگری پیشرفت تسهیل پایش و کنترل اجرائی

فعالیت ها و تنظیم مجدد برنامه در صورت نیاز است. یک بازنگری پیشرفت همچنین، میزان دستیابی به اهداف، مشکلات مربوط به کارکنان، تجهیزات و تامین کنندگان، و پول هزینه شده در مقایسه با اعتبار تخصیص داده شده را ردیابی می کند.

## ۷-۷ کارآیی

کارآیی بیانگر ارتباط بین نتایج حاصله از فعالیت ها و برنامه های کنترل دخانیات با تلاشهای مصروف انسانی، مالی و سایر منابع است. هدف از ارزیابی کارآیی، بهبود اجرا است و با مقایسه اجزاء ضروری مدیریت که از خلال پایش بدست آمده اند با پیشرفت بروز یافته در اجرای برنامه به بازنگری پیشرفت اضافه می شود. ارزیابی کارآیی همچنین شامل اعمال کنترل بر موضوعاتی نظیر تناسب طرح های عملکردی موجود، برنامه زمانبندی کارها، شیوه های به کار رفته، کارکنان به کار گرفته شده، و کفایت و استفاده از منابع مالی می گردد. این کار در صورت نیاز با چشم انداز بهبود موضوعات، با حداقل هزینه است.<sup>۱</sup>

## ۷-۸ اثربخشی

اثربخشی عبارتست از پیشرفت به سمت اثرات مورد رضایت در یک برنامه، خدمت، موسسه یا فعالیت حمایتی در کاهش مشکل دخانیات چنانکه در اهداف ابتدائی تعریف شده است. اثربخشی میزان دستیابی به اهداف از پیش تعیین شده را اندازه گیری می کند. در صورت امکان باید اثربخشی به شکل کمی اندازه گیری شود. اگر امکان نداشته باشد، تجزیه و تحلیل کیفی تناسب و مفید بودن آنچه بدست آمده است را باید به اجرا در آورد، اگرچه این تجزیه و تحلیل ممکن است مبتنی بر سلیقه فرد مجری (subjective) باشد. ارزشیابی اثربخشی باید همچنین رضایت یا عدم رضایت بیان شده توسط آحاد جامعه در مورد اثرات برنامه، خدمت یا موسسه را مورد ارزیابی قرار دهد. اندازه گیری اثربخشی یک برنامه باید شامل بازنگری مساوات (یکدستی) توزیع آن نیز باشد. برای مثال، در صورتیکه برنامه ای بخواهد کل یک جمعیت را پوشش دهد باید پرسید که آیا فواید آن بطور مناسبی به همه مردم رسیده است؟ آیا مراقبت کافی صورت گرفته است تا تمام اعضای جامعه شامل فقرا، زنان و اقلیت های اجتماعی از آن بهره مند شوند؟

## ۷-۹ تاثیر

تاثیر عبارتست از تاثیر کلی یک برنامه، خدمت، یا موسسه بر سلامت و توسعه اقتصادی و اجتماعی مرتبط با آن در جمعیت مورد نظر. بنابراین برای بدست آوردن تاثیر اثربخشی مداخلات صورت پذیرفته در یک برنامه در تعداد افرادی که مداخله در آنها انجام شده است ضرب می شود. در مورد برنامه های کنترل دخانیات، تاثیر نهائی (کاهش بیماریها و افزایش امید زندگی) تنها پس از گذشت

یک دوره زمانی طولانی مدت قابل اندازه گیری است. با وجود این تلاش برای مدیریت برنامه ها و فعالیت های کنترل دخانیات تنها بر اساس انتظار کاهش در شیوع سرطان ریه غیرواقع گرایانه است و اغلب اینگونه برنامه ها براساس نتایج میان مدت خود نظیر بهبود دانش یا کاهش شیوع استعمال دخانیات در یک جمعیت معین ارزشیابی می شوند.

ارزیابی تاثیر را می توان بر اساس آثار پیش بینی نشده نظیر افزایش قاچاق مواد دخانی به دنبال افزایش قیمت محصولات دخانی نیز انجام داد.

### ۷-۱۰ مقایسه هزینه ها و ستاده های برنامه های کنترل دخانیات

انتخابهای اقتصادی بر اساس هزینه و فواید مورد انتظار ناشی از آن هزینه صورت میپذیرد. انتخاب عموماً برای به سطح مطلوب رساندن فواید در مقایسه با هزینه ها انجام می شود. تجزیه و تحلیلهای اقتصادی امکان مقایسه حالتیهای اختیار شده را چه از نظر کیفیت ستاده ها در قبال یک هزینه معین و چه از نظر هزینه های مورد نیاز برای دستیابی به یک ستاده مورد علاقه، فراهم مینماید. همچنانکه تجزیه و تحلیل شامل تغییرات رفتاری طولانی مدت ناشی از یک برنامه خاص می شود استفاده مناسب از کاهش رفتار نیز باید انجام شود.

### ۷-۱۰-۱ محاسبه هزینه ها و فواید

در بعضی کشورها، برنامه های جامعه محور با هزینه های کم انجام شده است. برای مثال، پروژه ای در سریلانکا نشان داده است که تجزیه و تحلیل پایه ای اقتصادی بلایای ناشی از دخانیات و برنامه های اساسی و ترک دخانیات را میتوان به شکل داوطلبانه توسط روستائیان بدون هیچگونه هزینه پولی برای انجام کار به اجرا در آورد. در موارد دیگری فعالیتهای ابتکاری داوطلبانه توسط گروههای داوطلب نظیر باشگاه شیرها یا حرکات پیشاهنگی نیز دستاوردهائی با صرف هزینه های بسیار کم داشته است. هنگام محاسبه هزینه های یک برنامه باید توجه مقتضی به تمام هزینه های مرتبط اعم از هزینه های مستقیم و غیرمستقیم شامل کارکنان، تجهیزات، آموزش، زیرساختها، زمان برای دعوت افراد و غیره شود.

### ۷-۱۰-۲ هزینه- فایده و هزینه- اثربخشی

هدف از محاسبه هزینه برنامه این است که ابتدا باید دید این هزینه ها تا چه حد برای سرمایه های عمومی (وخصوصی) امکان پذیر است و در مقایسه با سایر مخارج عمومی و اجتماعی در چه جایگاهی قرار دارد. بطور روز افزونی به دلیل نیاز کشورها در استفاده اقتصادی و کارآ از منابع تا حد ممکن، ارزشیابی شامل تجزیه و تحلیل " هزینه- فایده " می شود.

هزینه- فایده عبارتست از ارتباط بین هزینه های یک فعالیت و فواید حاصل از آن که بر اساس ارزش پولی اعلام می گردد. ارزیابی هزینه، فایده در برنامه های بهداشتی به ندرت آسان انجام می شود زیرا اگرچه اغلب مشهود است اما بیان آن به صورت ارزش پولی سخت است. علاوه بر آن، فواید یک برنامه ممکن است فراتر از دستیابی به اثر مورد نظر گسترش یابد. بنابراین برنامه ای که برای کاهش شیوع و بروز استعمال دخانیات طراحی شده است ممکن است موجب افزایش تندرستی یا بهره وری نیز گردد.

هزینه- اثربخشی ارتباط بین هزینه و اثربخشی است. هدف از تجزیه و تحلیل "هزینه-اثربخشی" اندازه گیری هزینه های نسبی راههای جایگزین دستیابی به اهداف تعیین شده است. واژه دیگری که مورد استفاده قرار می گیرد، "هزینه-کارآئی" است که کاربرد آن در این است که آیا منابع تخصیص داده شده به یک برنامه تا حد امکان به درستی مورد استفاده قرار می گیرد، مثلاً سطح خدمات ارائه شده نسبت به هزینه انجام شده صحیح است.

اخیراً تجزیه و تحلیل دیگری در محدوده ارزشیابی مورد استفاده قرار می گیرد. این تجزیه و تحلیل عبارتست از "هزینه-کاربرد" (Cost-Utility)، که شکلی از ارزشیابی اقتصادی است که در آن هزینه ها براساس پول بیان می شوند اما بعضی نتایج به صورت واحدهای کاربردی نظیر سالهای زندگی اصلاح شده بر مبنای کیفیت (Quality-adjusted Life Years)، یا روزهای در سلامتی سپری شده زندگی، ارائه می شوند.

### ۷-۱۰-۳ سیاست و ارزشیابی اقتصادی

به منظور حصول اطمینان از اینکه سرمایه تخصیص داده شده برای برنامه های کنترل دخانیات بطور مناسبی مورد مصرف قرار می گیرد، نه تنها ممیزی معمول آنها ضروری است بلکه تعیین ارتباط بین هزینه ها و تصمیمات سیاسی اتخاذ شده در خلال اجرای برنامه (elaborate) نیز باید معین شود. هدف از اینگونه ارزشیابی سیاست و مالی بازنگری استفاده از اعضای برنامه از منابع آن در پرتو سیاست و زمینه های برنامه، با توجه به بهبود برنامه است. ارزشیابی باید ردیابی کند که تصمیمات مرتبط با نحوه هزینه کرد توسط چه کسی و به چه نحوی صورت می پذیرد، فعالیت های به اجرا در آمده با صرف منابع به چه میزان در راستای سیاستهای آغازین بوده است و چه نتایجی از این فعالیت ها عاید شده است.

## ۷-۱۱ مدیریت ارزشیابی

ارزشیابی و اجزای اطلاعاتی تشکیل دهنده آن اگر به عنوان بخشی از یک فرآیند مدیریتی قرار گیرند، حداقل هزینه بری را خواهند داشت. با توجه به هزینه، باید تمایزی بین استقرار یک سامانه ارزشیابی در یک گستره معین نظیر کنترل دخانیات (که در آن یک پایگاه داده ها مستقر شده است، شیوه های گردآوری اطلاعات تنظیم و معیارها، استانداردها و سایر ابزارهای شیوه شناسانه [متدولوژیک] تعیین شده اند) و پیگیریهای معمول دوره ای فعالیت ها و نتایج که باید با حداقل هزینه انجام شود، قائل شد. ارزشیابی پروژه های تجربی یا پایلوت ممکن است به زمان و سرمایه بیشتری نیاز داشته باشد تا از حداکثر اثربخشی آنها پیش از اجرای آن در سطح وسیع اطمینان حاصل گردد.

بنابراین توصیه در مورد میزان منابعی (مالی یا سایر منابع) که باید در مرحله آغازین برای ارزشیابی هزینه شود حتی با در نظر گرفتن هزینه کلی برنامه، مشکل است. در نهایت احتمالاً موثرترین راه اطمینان از این است که ابزارهای ارزشیابی در فعالیتهای برنامه (به ویژه در خصوص گردآوری اطلاعات) تعبیه شده است و اینکه گزارش های منظم ارائه می گردد تا ارزیابی مراحل گسترش و اجرای برنامه ممکن گردد. تجزیه و تحلیل جامع در دوره های از پیش تعیین شده ارزیابی اثربخشی و تاثیر را ممکن میسازد. اگر تناسب و کفایت بطور مناسبی در مرحله طراحی تخمین زده شده باشد، تجزیه و تحلیل منظم به تصمیم سازان امکان می دهد تا در مواقع لزوم جهت فعالیت ها را مجدداً اصلاح نمایند.

زمانبندی و دفعات ارزشیابی مشکلات دیگری هستند که بطور نزدیکی با مفهوم هزینه در ارتباط هستند. بعضی جنبه های ارزشیابی نظیر شیوع استعمال دخانیات نیازمند پایش منظم هستند. پروژه های کوتاه مدت را می توان به سرعت مورد ارزشیابی قرار داد (بخش ۱۳ را ببینید)، در حالیکه یک منظر دراز مدت برای بررسی اثربخشی و تاثیر برنامه ها مورد نیاز است.

یکی از بخشهای حساس و مهم ارزشیابی، انتخاب ارزشیابی کنندگان و گروه ارزشیاب است. شیوه ای که در حال حاضر مورد استفاده قرار می گیرد شیوه «ممیزی» ارزشیابی است، که در آن گروههای متخصص خارجی برنامه ها را بطور مستقل ممیزی می کنند تا از بیطرفی آن اطمینان حاصل شود. با وجود این اصل انجام ارزشیابی به عنوان بخشی ادغام یافته در برنامه ها و فعالیت ها اشاره به این دارد که افراد و گروههای مسئول گسترش و اجرای برنامه ها نیز باید مسئول ارزشیابی خود باشند. گروههای تخصصی را می توان به فرآیند ارزشیابی اضافه نمود تا در موارد لزوم با افراد درگیر نتایج برنامه ها و فعالیت ها مباحثه نموده و زوایا یا رویکردهای متفاوتی را پیشنهاد نمایند.

در کل، مسئولیت ارزشیابی را باید در سطح منطقه ای به عهده کسانی گذاشت که مسئول توسعه و اجرای برنامه هستند. در برنامه های جامعه محور درگیر نمودن نمایندگان جامعه در تجزیه و تحلیل مناسب بودن خدمتی که جامعه دریافت کرده ضروری است.

در سطح منطقه ای یا برای ارزیابی یک موسسه، مسئولیت به عهده مسئولین منطقه ای یا مدیر موسسه است. در سطح مرکزی، ارزشیابی را می توان به عهده رئیس برنامه، مدیرکل خدمات بهداشتی یا شاید وزیر بهداشت گذاشت. در مورد یک برنامه ملی درگیر نمودن سایر وزارتخانه ها نظیر کشاورزی، اقتصاد و صنعت، معدن و تجارت نیز می تواند مفید باشد.

یکی از دلایل مهم درگیر نمودن تمام طرفهای درگیر، حصول اطمینان از این است که توصیه های حاصل از ارزشیابی عملی و سازنده هستند و در مراحل بعدی قابل اجرا خواهند بود. دلیل دیگر، اطمینان یافتن از این است که هیچ واکنش دفاعی از سوی مجریان برنامه در مقابل ارزشیابی بروز نخواهد نمود. علاوه بر این، چون بعضی از مفاهیم مورد ارزشیابی ممکن است ایجاد حساسیت کرده یا مورد اختلاف نظر باشند، برقراری گفتگومان بین تمام طرفهای درگیر ضروری است. فعالیت ارزشیابی و یافته های آن باید به اطلاع کلیه افراد درگیر در فرآیند برنامه برسد تا منظر ارزشیابی را بصورت سازنده و نه مخرب تقویت نماید (صفحه ۲۷ را نیز ببینید).

رویکردهای ارزشیابی توضیح داده شده در این کتاب خود کامل هستند و ساده در نظر گرفته شده اند تا توسط تمام کسانی که درگیر برنامه کنترل دخانیات هستند با هر سطحی از آموزش و هر چیدمانی از برنامه قابل، استفاده باشد. با وجود این اشاره مختصری به رویکردهای مختلف علمی پیچیده تر شده است تا در صورت امکان در ارزشیابی مورد استفاده قرار گیرد.

بهبودهای آتی در سامانه های فن آوری اطلاعات ممکن است امکان پایش مداوم و ارزشیابی در تمام شرایط را فراهم نمایند.

فنون منشا گرفته از سایر نظامهای<sup>۱</sup> علمی ممکن است برای ارزشیابی اقدامات کنترل دخانیات مناسب باشند:

- **همه گیری شناسی:** مطالعات آینده نگر و سامانه های مراقبت؛ تعریف دقیق جمعیت در معرض خطر؛ ثبت دقیق سن و دلیل مرگ (در کل جهان تنها ۳۵-۳۰ درصد مرگها توسط پزشک مورد تأیید قرار می گیرد، که از مشکلات مهم بر سر راه ارزشیابی علمی است)، پیگیری قابل اعتماد قابلیت زنده ماندن (survival) سیگاریها و غیرسیگاریها.



- **اقتصاد:** مفاهیم مرتبط با بهره وری؛ آثار توزیع مجدد درآمدها (مثل بسیاری از برنامه های اجتماعی).
- **پزشکی:** آثار استعمال فعال و تحمیلی مواد دخانی بر سلامت؛ تشخیص ناتوانیها و مرگهای ناشی از استعمال دخانیات.
- **روانشناسی (مطالعه رفتارهای فرد) بعلاوه جامعه شناسی و انسان شناسی (مطالعه رفتار، هنجارها و ارزشهای گروههای اجتماعی و بازاریابی اجتماعی):** این سه نظام فهم چرایی تغییر رفتار مردم در پاسخ به یک برنامه و عدم تغییر آن در عده ای دیگر را فراهم می نماید.
- **آمار:** نمونه گیری تصادفی؛ extension روش شناسی طراحی بررسیهای اجتماعی؛ تجزیه و تحلیل regression ؛ adjusting داده ها؛ تجزیه و تحلیل همبستگی؛ تجزیه و تحلیل trend.
- **حساب:** فن آوری اطلاعات دسته های اطلاعاتی مختلف و سایر شیوه های تحلیلی مختلف را به یکدیگر ارتباط می دهد.
- **شیمی:** برای اندازه گیری غلظت بخار نیکوتین، اندازه گیری اجزاء دود جهت ارزیابی تاثیر یک اقدام در محیط های سر بسته برای کنترل دخانیات بکار می رود.
- **بیوشیمی:** اندازه گیری مونواکسید کربن، تیوسیانات یا کوتینین در بزاق یا ادرار؛ این کار ممکن است هزینه بر و گاهی مشکل باشد اما در تائید ترک مواد دخانی خود اظهار در یک نمونه جمعیتی مفید است.

## مراجع

- 1) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/index.html>
- 2) Peto R. Smoking and death: the past 4 years & the next 40. *BMJ* 1994;309:937-9
- 3) Peto R, et al. Mortality from smoking in developed countries 1950-2000. Oxford, UK: Oxford University Press, 1994: a 22
- 4) Claire Chollat-Traquet, Director, Division of Policy, Programme AND evaluation, Evaluating Tobacco Control activities, experiences and guiding principles, WHO, Geneva, Switzerland, 1996
- ۵) لیلا ابراهیم زاهدو همکاران، زیر نظر دکتر طاهره سماوات، دکتر حسن آذری پور، دخانیات و بیماریهای قلبی-عروقی، ۱۳۸۸، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی کردستان، معاونت بهداشتی
- ۶) اتحادیه جهانی سل و بیماریهای ریه، کنترل و پیشگیری از استعمال دخانیات (راهنمای کشورهای کم درآمد) ۱۹۹۸، ترجمه: دکتر حسن آذری پور ماسوله، ۱۳۷۸، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماریهای ریه
- ۷) لیلا ابراهیم زاهدو همکاران، زیر نظر دکتر حسن آذری پور، دکتر فرزام بیدارپور، دخانیات و سرطان، ۱۳۸۸، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی کردستان، معاونت بهداشتی
- ۸) سالنامه آماری کشور ۱۳۸۵، ریاست جمهوری، معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی، مرکز آمار ایران
- ۹) اطلاعات و کاربردهای بالینی داروهای ژنریک ایران، بخش بررسیهای علمی شرکت سهامی دارو پخش، ۱۳۶۹
- 10) WHO Tobacco Free Initiative, Building blocks for tobacco control : a handbook. (Tools for advancing tobacco control in the 21st century), World Health Organization, 2004
- 11) World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, European Strategy for Tobacco Control, World Health Organization – 2002
- 12) WHO REPORT on the global TOBA CCO epidemic, 2008, The MPOWER package, World Health Organization – 2008
- ۱۳) ریچموند رایین، راهنمای آموزش جهت تعلیم دانشجویان پزشکی در مورد دخانیات. ترجمه دکتر محمدرضا مسجدی، دکتر حسن آذری پور ماسوله و همکاران، چاپ اول، پاییز ۱۳۸۷، انتشارات مرکز آموزشی پژوهشی درمان سل و بیماری های ریوی، ص ۷۳-۷۲

- ۱۴) مسجدی محمد رضا و حسن آذری پور ماسوله، سیگار، زیان ها و روش ترک، چاپ اول، پاییز ۱۳۷۸، انتشارات مرکز آموزشی پژوهشی درمان سل و بیماری های ریوی
- ۱۵) مسجدی محمد رضا، رفیعی منش احسان، دخانیات و سلامتی. چاپ اول، بهار ۱۳۸۸، انتشارات موسسه فرهنگی هنری البرز، نشر همدل
- 16) Environics Research Group Limited. Public support for international efforts to control tobacco. A survey in five countries. Toronto, Canada. 2001.
- 17) Roemer R. Legislative action to combat the world tobacco epidemic, 2<sup>nd</sup> ed. Geneva, World Health Organization, 1993.
- 18) World Health Organization. Guideline for controlling and monitoring the tobacco epidemic, WHO, Geneva, 1997
- 19) Jha. P., Chaloupka, F.J. Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control. Washington, DC, World Bank, 1999 (Development in Practice)  
(<http://www1.worldbank.org/tobacco/reports.asp>)
- 20) Action on Smoking and Health. Tobacco explained: the truth about the tobacco industry ... in its own words. ASH, London, 1998.
- 21) The Democracy Center. The Democracy owners Manual. The Democracy Center – Citizen Action Series, San Francisco, 2002.  
[www.democracyctr.org](http://www.democracyctr.org)
- 22) Pertschuk M. Smoke Signals: The Smoking Control Media Handook. American Cancer Society, Atlanta, 1986.  
[www.strategyguides.globalink.org/guide10.htm](http://www.strategyguides.globalink.org/guide10.htm)
- 23) Designing and implementing an effective tobacco marketing campaign, Atlanta, United States Department of Health and Human Services, Center for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, First ed. October 2003.
- 24) Goldfarb LMCS et al. Basis for the implementation of a tobacco control program. National Coordination of Tobacco Control and Primary Cancer Prevention/National Cancer Institute/Ministry of Health, Rio de Janeiro, 1996. [In Portuguese]
- 25) Silva VLC et al. Practical guidance to implement a tobacco control program. National Coordination of Tobacco Control and Primary

- Cancer Prevention/National Cancer Institute/Ministry of Health, Rio de Janeiro, 1998. [In Portuguese]
- 26) Bauer UE et al. Changes in youth cigarette use and intentions following implementation of a tobacco control program. Findings from the Florida youth tobacco survey, 1998-2000. Journal of the American Medical Association, 2000, 284:723-728[Medline].
  - 27) Sly DF, Heald GR, Ray S. The Florida “Truth” anti-tobacco media evaluation: design, first-year results, and implications for planning future state media evaluations. Tobacco Control, 2001, 2001, 10:9-15. Abstract/Full Text at web site;
  - 28) <http://tc.bmjournals.com/cgi/content/abstract/10/1/9>[Last accessed 1 February 2004.
  - 29) Hicks JJ. The strategy behind Florida’s “Truth” anti-tobacco media evaluation: design, first-year results, and implications for planning future state media evaluations. Tobacco Control, 2001, 2001, 10:3-5. Abstract/Full Text at web
  - 30) site;<http://tc.bmjournals.com/cgi/content/abstract/10/1/9>[Last accessed 1 February 2004.
  - 31) Must E and Efroymsen D. PATH Canada Guide Using the Media for Tobacco Control, Dhaka, PATH Canada, August 2002.

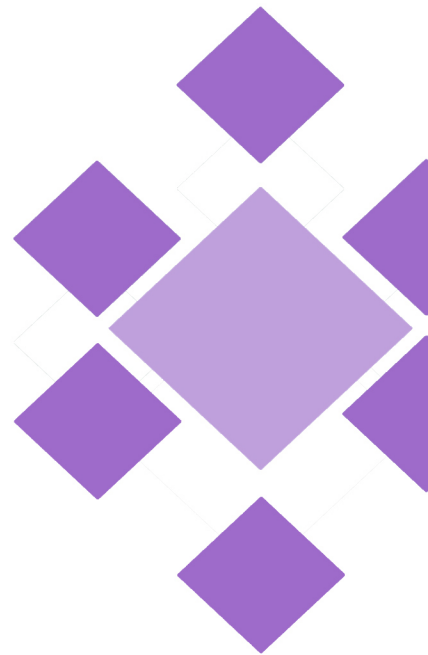


Tehran University of Medical Sciences  
Institute for Environmental Research



Islamic Republic of Iran  
Ministry of Health and Medical Education  
Environmental and Occupational Health Center

*A Guide to*  
***Tobacco Control for Health Professionals***



2050202- 1303- 1

2050202-1303-1