

HIV/AIDS Policy Making Process in Iran: Analysis of HIV/AIDS Agenda Setting Based on Kingdon's Framework

Rahim Khodayari Zarnaq¹, Hamid Ravaghi², Alimohammad Mosaddeghrad³, Abbas Sedaghat⁴,
Homeira Fallahi⁴, Ahmad Seyed Ali Naghi⁵, Minoos Mohraz⁵

Article Info:

Article History:

Received: 2016/07/23

Accepted: 2016/08/23

Published: 2016/12/20

Keywords:

HIV/AIDS

Policy Making

Agenda Setting

Multiple Streams

Kingdon's Framework

Iran

Abstract

Background and Objectives: Agenda setting is the process by which certain issues come onto the policy agenda from the much larger number of issues potentially worthy of attention by policy makers. The aim of this study was to deeply understand about how AIDS entered to health policy agenda in Iran.

Material and Methods: An exploratory qualitative retrospective study based on multiple streams framework to analyze AIDS agenda setting process, 32 semi-structured interviews were conducted with key informants and stakeholders in Iran and 30 policy documents were reviewed. Data were analyzed using framework analysis method and MAXQDA software.

Results: Problem, policy and politics, the three streams of HIV/AIDS in context of Iran were identified and the advent and continuity of multiple streams and their interactions and combination by policy entrepreneurs in couple of streams in policy windows were explained.

Conclusion: In this study, the assumption of independence of three streams from each other was doubted. Also, framework has ambiguities in explaining entrepreneurs' act when opening policy windows. Other researchers can modify the framework by learning-by-doing.

Citation: Khodayari-Zarnaq R, Ravaghi H, Mosaddeghrad A, Sedaghat A, Fallahi H, Seyed-Ali-Naghi A, Mohraz M. HIV/AIDS Policy Making Process in Iran: Analysis of HIV/AIDS Agenda Setting Based on Kingdon's Framework. *Depiction of Health* 2016; 7(3): 1-14.

1. Department of Health Services Management, Iranian Center of Excellence in Health Management School of Health Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran (**Email:** Rahimzarnagh@gmail.com)
2. Department of Health Services Management, School of Health Management and Information Science, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Centre for Infectious Disease Control, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran
5. Iranian Research Center for HIV/AIDS (IRCHA), Iranian Institute for Reduction of High-Risk Behaviors, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran



فرایند سیاست‌گذاری اچ‌آی‌وی / ایدز در ایران: بخش اول - تحلیل دستورگذاری اچ‌آی‌وی / ایدز با کاربرد چارچوب کینگدان

رحیم خدایاری زرنق*^۱، حمید رواقی^۲، علی محمد مصدق‌راد^۳، عباس صداقت^۴، حمیرا فلاحی^۵، سیداحمد سیدعلی‌نقی^۶، مینو محرز^۷

چکیده

زمینه: دستورگذاری فرآیندی است که در آن امور معینی از موضوعات بالقوه مطرح در جامعه مورد توجه سیاست‌گذاران قرار گرفته و در دستورکار قرار می‌گیرد. هدف این مطالعه تبیین و ارائه درک بهتر از چگونگی قرار گرفتن اچ‌آی‌وی / ایدز در دستورکار سیاست‌گذاری سلامت در ایران است.

روش کار: در یک مطالعه کیفی اکتشافی و گذشته نگر بر پایه چارچوب جریان‌ات چندگانه و به منظور تحلیل چگونگی قرار گرفتن ایدز در دستورکار سیاست‌گذاری سلامت، تعداد ۳۲ مصاحبه نیمه ساختاریافته با افراد مطلع کلیدی و ذینفعان متعدد اچ‌آی‌وی / ایدز در ایران انجام و ۳۰ سند سیاستی تحلیل شد. با استفاده از روش تحلیل چارچوبی و بهره‌گیری از نرم‌افزار MAXQDA، داده‌ها تحلیل شدند.

یافته‌ها: سه جریان مشکل، سیاست (راه‌حل) و سیاسی در خصوص اچ‌آی‌وی / ایدز شناسایی و چگونگی ظهور و تداوم آن‌ها در طول زمان تشریح شد. سپس چگونگی باز شدن پنجره سیاست و نحوه پیوند زدن این جریان‌ها توسط کارآفرینان سیاست، به منظور ورود موضوع به دستور کار سیاست‌گذاری در ایران تبیین گردید.

نتیجه‌گیری: فرض مستقل بودن این سه جریان از هم، در این مطالعه مورد تردید قرار گرفت. همچنین این نظریه در تبیین نقش کارآفرینان سیاست در هنگام گشوده شدن پنجره سیاست، ابهامات و محدودیت‌هایی دارد و به خوبی قادر به تبیین فعل و انفعالات صورت گرفته در این مقطع مهم نیست. پژوهشگران دیگر می‌توانند با رویکرد یادگیری از طریق انجام دادن به تعدیل این نظریه بپردازند.

کلیدواژه‌ها: اچ‌آی‌وی / ایدز، سیاست‌گذاری، دستورگذاری، جریان‌ات چندگانه، چارچوب کینگدان، ایران

خدایاری زرنق، رواقی ح، مصدق راد ع، صداقت ع، فلاحی ح، سیدعلی‌نقی س، محرز م. فرایند سیاست‌گذاری اچ‌آی‌وی / ایدز در ایران: بخش اول - تحلیل دستورگذاری اچ‌آی‌وی / ایدز با کاربرد چارچوب کینگدان. تصویر سلامت ۱۳۹۶؛ ۷(۳): ۱-۱۴.

۱. قطب علمی و آموزشی مدیریت سلامت ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

(Email: Rahimzarnagh@gmail.com)

۲. گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۳. گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۴. مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران.

۵. مرکز تحقیقات ایدز ایران، پژوهشکده کاهش رفتارهای پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

نویسنده (نویسندگان). این اثر به عنوان یک مقاله دسترسی آزاد تحت مجوز Creative Commons Attribution License توسط تصویر سلامت منتشر گردیده است. استفاده‌های غیر تجاری از این اثر به شرط ارجاع صحیح به اثر اصلی مجاز است.



مقدمه

بر اساس آخرین آمار رسمی جهانی تا پایان سال ۲۰۱۳ میلادی، ۷۸ میلیون نفر به ویروس اچ‌آی‌وی مبتلا شده‌اند و ۳۹ میلیون نفر بر اثر این بیماری فوت کرده‌اند (۱). جامعه جهانی در پاسخ به گسترش ایدز فعالیت‌هایی را آغاز کرده و به اجرا رسانده است. به عنوان مثال در اولین اقدام‌ها، در سال ۱۹۸۸ روز اول دسامبر به عنوان روز جهانی ایدز تعیین شد. این کار در اجلاس‌های مشترک از سران و وزرای بهداشت ۱۴۰ کشور دنیا در لندن و به منظور افزایش بودجه‌ها، بهبود آگاهی، آموزش و مبارزه با تبعیض‌هایی که در این زمینه وجود داشت، صورت گرفت (۲). در سال ۱۹۹۶ سازمان ملل متحد ایدز را نه تنها به عنوان یک مشکل سلامتی بلکه به عنوان یک مشکل اساسی بر سر راه پیشرفت بشر برشمرد (۳). در سال ۲۰۰۱ نخستین اجلاس ویژه مجمع عمومی سازمان ملل متحد در زمینه ایدز (Special Session [on United Nations General Assembly] AIDS): UNGASS) اعلامیه تعهد درباره اچ‌آی‌وی و ایدز (Declaration of Commitment on HIV/AIDS) را به اتفاق آرا تصویب کرد (۴). در سال ۲۰۰۳ سازمان جهانی بهداشت و یو.ان.ایدز اجرای ابتکار ۳ در ۵ (3by5: Treating 3 Million by 2005) را به منظور کمک به کشورهای با درآمد کم و متوسط آغاز کردند تا دسترسی به درمان ضد رتروویروسی (Antiretroviral Therapy) را در این کشورها افزایش دهند (۵).

با توجه به اتخاذ سیاست‌های بین‌المللی در مقابله با ایدز، کشورها نیز در ابعاد و سطوح مختلف مبادرت به تدوین و اجرای سیاست‌هایی در سطوح ملی و منطقه‌ای نمودند. در ایران نیز، از زمان بروز اولین مورد اچ‌آی‌وی در سال ۱۳۶۵ تاکنون که چهارمین برنامه ملی استراتژیک [National Strategic Plan (NSP)] برای کنترل و مبارزه با ایدز در ایران در حال تدوین و تصویب است، چرخه سیاست‌گذاری ایدز مراحل مختلفی را طی نموده است. به عنوان مثال یک سال پس از بروز اولین مورد اچ‌آی‌وی کمیته‌ای فنی در سطح ملی تشکیل شد و سیاست‌گذاری‌های کلی برای مواجهه اثربخش با این بیماری را اتخاذ کرده است (۶ و ۷). بروز همه‌گیری اچ‌آی‌وی در بین معتادین تزریقی (Injecting Drug Users (IDUs)) در زندان‌ها در سال ۱۳۷۴ باعث شد که برای کنترل همه‌گیری تدابیری کاملتر اتخاذ شود که شامل؛ حمایت طلبی‌های گسترده از سیستم قضایی و قانونگذار، جمع‌آوری شواهد برای انجام مداخلات اثربخش، وضع قوانین و مقرراتی مانند عدم جداسازی زندانیان اچ‌آی‌وی مثبت از سایر زندانیان، عدم جلوگیری از برنامه‌های کاهش آسیب بین مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و اجرای دقیق‌تر و جامع‌تر برنامه‌ها از جمله توزیع سرنگ و سوزن یکبار مصرف و ارائه درمان نگهدارنده با متادون توسط مراکز تعیین شده بود (۸-۱۱).

در طول سال‌های اخیر میزان توجه و فعالیت‌ها در مقابله با ایدز متفاوت بوده است و در اواخر دهه هفتاد و اوایل دهه ۸۰ شمسی راه برای تسهیل و تسریع مداخلات هموارتر بوده است. سؤالی که در این بین مطرح می‌شود، این است که چه عواملی سبب می‌گردند که یک مشکل و چالش بهداشتی (مانند ایدز) در بین ده‌ها و شاید صدها مسأله موجود دیگر که همواره وجود دارند، در دستور کار دولت و تصمیم‌گیران حوزه سلامت قرار می‌گیرد و چرا میزان توجه به آن در طول سال‌ها دچار فراز و نشیب می‌شود.

تعیین دستورکار (Agenda Setting) فرایندی است که در آن امور معینی از موضوعات بالقوه ارزشمند مطرح در جامعه مورد توجه سیاست‌گذاران قرار گرفته و در دستورکار سیاست‌گذاری جای می‌گیرد (۱۲). اولین سطح دستورکار شامل تمامی موضوعات و ایده‌هایی است که می‌تواند مطرح گردد و در یک جامعه یا یک سیستم سیاسی مورد بحث قرار گیرد. سطح بعدی دستور کار سیستمی است که شامل تمامی اموری است که توسط اعضای یک جامعه درک می‌شود. اگر یک دستور کار بتواند از مرحله دستور کار سیستمی بالاتر بیاید وارد مرحله دستور کار نهادی (Institutional agenda) می‌شود و نهایتاً سطح آخر، دستور کار تصمیمی است که شامل مواردی است که مقرر شده که توسط دولت در خصوص آنها اقداماتی به عمل بیاید (۱۳).

دانشمندان علم سیاست‌گذاری همواره در تلاش برای تبیین این مسأله بوده‌اند که چگونه برخی موضوعات وارد دستور کار سیاست‌گذاری می‌شوند یا از وارد شدن به آن باز می‌مانند و در این مسیر تئوری‌هایی نیز ارائه کرده‌اند (۱۴). یکی از تئوری‌های مفید در این زمینه، تئوری یا چارچوب جریان‌های چندگانه است. چارچوب جریان‌های چندگانه (Multiple Streams Framework) بوسیله جان کینگدان (۱۹۸۴)، بر مبنای مدل سطل زباله رفتار سازمانی کوهن، مارچ و اولسن (Cohen, March & Olsen) ۱۹۷۲ تدوین شد (۱۲ و ۱۵). این چارچوب فرایند سیاست‌گذاری را متشکل از سه جریان مستقل از هم تصور می‌کند: جریان مسئله (Problem stream)، جریان سیاست (Policy stream) و جریان سیاسی (Politics stream). در دیدگاه کینگدان جریان‌ها به طور طبیعی مستقل از یکدیگر عمل می‌کنند مگر وقتی که پنجره فرصت به کارآفرینان سیاست‌گذاری اجازه دهد جریان‌های مختلف را به هم پیوند بزنند. پنجره فرصت زمانی است که این سه جریان به هم می‌رسند. اگر کارآفرینان سیاست موفق شوند در پنجره باز شده این سه جریان را به هم پیوند بزنند، مسأله مورد نظر وارد دستورکار سیاست‌گذاری می‌شود (۱۷-۱۵).

این چارچوب از زمان ارائه توسط کینگدان در مطالعات متعددی برای تبیین سیاست و تحلیل دستور کار استفاده شده است (۱۴، ۲۱-۱۷). استفاده از این چارچوب در عرصه‌های سیاست‌گذاری آن‌چنان دامنه وسیعی به خود گرفته است که در

Social Science Citation Index سالانه هشتاد بار استناد شده است (۱۶).

هدف از مطالعه حاضر این است که با بهره‌گیری از چارچوب جریان‌های چندگانه کینگدان در تعیین دستورکار بررسی نماییم که چگونه ایدز در دستور کار دولت قرار گرفته است و چرا در مقطعی از زمان به میزان کافی در دستور کار مورد توجه قرار نگرفته است و چه عواملی منجر به این تغییرات شده اند و نقش کارآفرینان سیاست‌گذاری در این روند چگونه بوده است.

چارچوب جریان‌ات چندگانه

کینگدان مدل جریان‌های چندگانه را بر اساس مدل سطل زباله برای تنظیم فرایند دستور کار در سیاست‌گذاری در سال ۱۹۸۴ ارائه کرده است (۱۲). مطابق با مدل سطل زباله (Garbage Can Model) سیاست‌گذاران هنگام تصمیم‌گیری مانند شعبده بازی عمل می‌کنند که از درون یک کلاه سیاه یک خرگوش سفید بیرون می‌کشند. یعنی انتخاب در محیط تصمیم‌گیری بی‌نظمی (آناارشی) سازمان یافته و به شیوه‌ای آشفته صورت می‌گیرد (۲۲). کینگدان نیز با تاسی از این مدل می‌گوید در چارچوب جریان‌ات چندگانه، انتخاب‌ها با استفاده از عقلانیت غیرکامل (رفتار رضایت‌بخش) ترجیحات ناقص (ترجیحاتی که نمی‌توانند در ترتیب مشخصی قرار بگیرند)، و مشارکت سیال (مشارکتی بدون ساختار و سلسله مراتب) صورت می‌گیرد. جریان‌ات چندگانه با الهام از مدل سطل زباله، در حقیقت نوعی نگاه یا چارچوب را شکل داده که نحوه شکل‌گیری سیاست‌ها به‌وسیله دولت‌های ملی را تحت شرایط ابهام (Ambiguity) تبیین می‌کند. در نقاط خاصی از زمان با تلاقی جریان‌ها پنجره‌های سیاست شکل می‌گیرند. ترکیب هر سه جریان در یک بسته واحد به طور چشمگیری شانس اتخاذ یک سیاست خاص به‌وسیله سیاست‌گذاران را تقویت می‌کند (۲۱ و ۵).

جریان مسائل

جریان مسائل اشاره به مشکلات مختلفی دارد که شهروندان و نهادهای مختلف جامعه می‌خواهند به آن‌ها پرداخته شود. معمولاً سیاست‌گذاران این مشکلات را از طریق شاخص‌ها، رویدادهای برجسته (Focusing Events) و بازخورد دریافت می‌کنند (۲۳). شاخص‌ها ممکن است برای ارزیابی فلسفه وجودی یک مشکل و یا شدت آن استفاده شوند. شاخص‌ها می‌توانند به صورت واضحی از طریق مطالعات ویژه پایش شوند. برخی از شرایط به وجود آمده به عنوان مسئله تعریف می‌شوند و متعاقباً نسبت به سایر شرایط توجه بیشتری به خود جلب می‌کنند. بر اساس نظر کینگدان موقعیت‌ها زمانی به عنوان مشکل مطرح می‌شوند که افراد بخواهند اوضاع را تغییر دهند، نه الزاماً زمانی که آن‌ها واقعاً راه‌حل دارند. ارزش‌ها و عوامل ایدئولوژیکی افراد نیز نقش مهمی در شناسایی این مسائل ایفا می‌کنند. رویدادهای برجسته نیز اغلب مقامات دولت را وادار به توجه به

مشکلات می‌کنند. این رویدادها شامل بحران‌هایی هستند که ممکن است مسئله‌ای را پررنگ جلوه کنند و نهایتاً این‌که بازخورد سیاست‌های قبلی از طریق مشخص کردن این‌که چه کاری مناسب است و مطلوب عمل می‌کند و چه کاری را دولت ممکن است انجام ندهد، در توجه به مشکلات خاص نقش دارند (۲۴).

جریان سیاست

جریان بعدی در چارچوب کینگدان، جریان سیاست است که حاوی ملغمه‌ای از ایده‌هاست که برای پذیرفته شدن در شبکه سیاست‌گذاری با هم رقابت می‌کنند. این ایده‌ها به‌وسیله متخصصان در جوامع سیاست‌گذاری (Policy Communities) که شامل شبکه‌هایی از بوروکرات‌ها، اعضای کنگره، دانشگاهیان و پژوهشگران، انجمن‌ها و مواردی از این قبیل هستند، در کانون‌های تفکر که دغدغه مشترکی نسبت به یک عرصه سیاستی واحد دارند و در محافل و شکل‌های مختلف نظیر جلسات غیررسمی، مقاله‌ها و گفتگوها مد نظر قرار می‌گیرد (۱۶). برخی از ایده‌ها باثبات ترند و در طول زمان بدون تغییر باقی می‌مانند، برخی دیگر درون پیشنهاد‌های جدیدتر ترکیب می‌شوند و برخی دیگر کماکان ناپدید هستند و به چشم نمی‌آیند. اگرچه تعداد ایده‌های موجود نسبتاً زیادند فقط معدودی از آن‌ها بصورت جدی مدنظر قرار می‌گیرند. معیارهای امکان‌پذیری فنی (Technical feasibility) و مقبولیت ارزشی (Value Acceptability) در مد نظر قرار گرفتن ایده‌ها نقش مهمی ایفا می‌کنند (۱۵).

جریان سیاسی

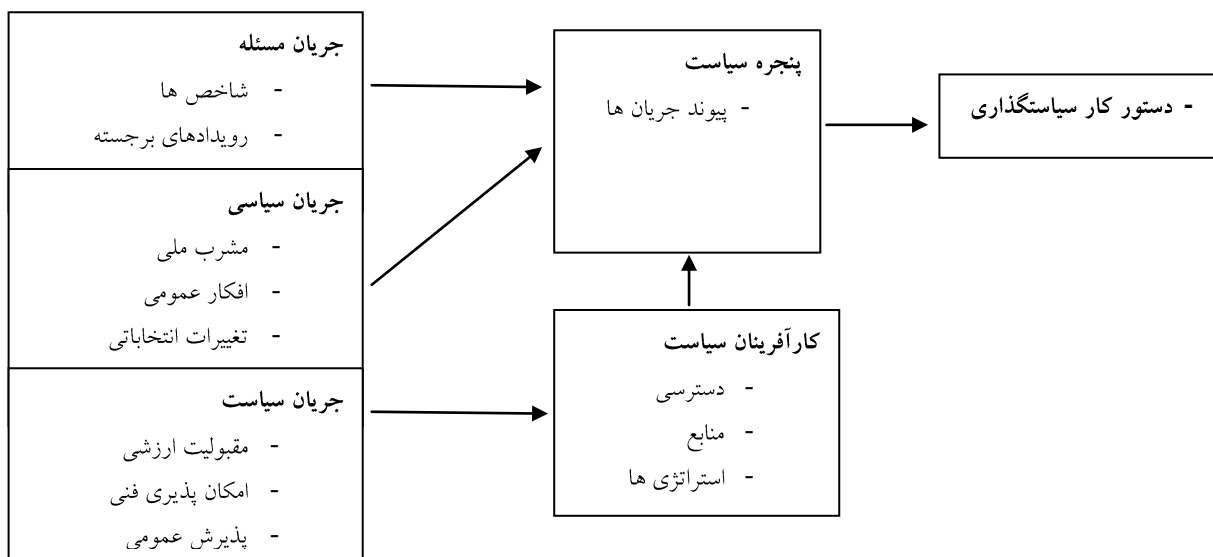
جریان سوم چارچوب کینگدان، جریان سیاسی است که به طور مشخص حاوی سه عنصر است: مشرب ملی (National mood)، مبارزات گروه فشار و جایجایی‌های مدیریتی و قانون‌گذاران. مشرب ملی اشاره به این نکته دارد که تعداد نسبتاً قابل توجهی از افراد در یک کشور تمایل دارند حول خطوط مشترک بیندیشند. مقامات دولتی نیز با درک این گرایش‌ها که از طریق نظارت بر سنجش افکار عمومی به دست می‌آید، ایده‌های خاصی را وارد دستورکار می‌کنند یا با تضعیف برخی افکار مانع ورود بعضی از ایده‌ها به فرایند دستورکار می‌شوند (۲۵). رویدادهای درون حکومت مانند جایجایی قانون‌گذاران کلیدی، ظهور رئیس‌جمهور جدید، مجلسی با اعضای جدید یا مدیریتی جدید می‌تواند باعث شود که برخی مسائل وارد دستور کار شوند (۲۶).

پنجره‌های سیاست

گزینه‌ها وقتی انتخاب می‌شوند که سه جریان در لحظات خاصی در زمان، به هم گره می‌خورند. کینگدان این لحظات را پنجره‌های سیاست (policy windows) عنوان داد و آن‌ها را به عنوان فرصت‌های زودگذر برای حامیان پیشنهادها برای تحمیل راه‌حل‌های کلیدی خود یا جلب توجه به مسائل خاص خود تعریف می‌کند. پنجره‌ها معمولاً از طریق بروز مسائل جذاب و

کسانی هستند که ۱؛ دسترسی بیشتری به سیاستگذاران دارند و ۲؛ منابع بیشتری دارند و ۳؛ برای دستیابی به هدف پیوند زدن این سه جریان از استراتژی دستکاری نیز استفاده کنند. منظور از استراتژی دستکاری دادن معنا و وضوح به اطلاعات در جهت ترغیب سیاستگذاران برای مواجهه با مسئله و پذیرش راه‌حل‌ها است (۱۶).

این سه جریان و نحوه پیوند آنها مبانی اصلی چارچوب کینگدان هستند (شکل ۱) که در این مطالعه برای تبیین فرایند دستور کار سیاست‌های ایدز در ایران از آن بهره برده شده است.



شکل ۱. چارچوب جریان‌های چندگانه کینگدان (۱۲)

نمونه‌گیری هدفمند و همچنین از روش گلوله برفی (Snowballing Sampling) استفاده شده است. ابتدا و با مرور اسناد و متون مهم در دسترس افراد مطلع کلیدی مشارکت کننده در سیاست‌گذاری ایدز در سطح ملی ایران شناسایی شدند و سپس در مراجعه به این افراد از آنها خواسته شد تا سایر افراد مطلع کلیدی را معرفی کنند. مجموعاً با ۳۲ نفر از افراد مطلع کلیدی شامل؛ ۱۴ مدیر ارشد و میانی دولتی و یا سازمان‌های نیمه دولتی، ۶ مدیر سازمان‌های بین‌المللی مستقر در ایران، غیر دولتی و مردم‌نهاد، ۵ متخصص و کارشناس بیماری‌های عفونی و ایدز، ۳ پژوهشگر ایدز و ۴ قانون‌گذار و مشاور قانون‌گذاران، مصاحبه شد. از این تعداد ۲۳ نفر مرد و ۹ نفر زن بودند. میانگین سنی آنها ۴۹ سال و میانگین سابقه کار آنها در زمینه اچ‌آی‌وی ۱۵ سال و سطح تحصیلات عمده آنها دکتری بود. مدیران دولتی شامل مدیران حوزه‌های مرتبط وزارت بهداشت، وزارت رفاه و سازمان بهزیستی، وزارت آموزش و پرورش، وزارت کشور، سازمان انتقال خون، سازمان زندان‌ها، ستاد مبارزه با مواد مخدر و سازمان صدا و سیما بودند.

مواد و روش‌ها

این مطالعه با رویکرد کیفی اکتشافی بر مبنای تحلیل اسناد و مصاحبه با افراد مطلع کلیدی با بهره‌گیری از چارچوب جریان‌های چندگانه کینگدان به دنبال تبیین فرایند دستورگذاری سیاست‌های اچ‌آی‌وی/ایدز به صورت گذشته‌نگر در ایران است. از چارچوب اشاره شده هم برای طرح‌ریزی مطالعه و تدوین راهنمای مصاحبه و چک لیست بررسی اسناد و هم برای تحلیل داده‌ها بهره برده شده است. در جستجوی محتوای اسناد خط مشی پژوهشگران توجه به ظهور و ثبت جریان‌های چندگانه و کشف پنجره‌های فرصت بوده است و در مصاحبه با افراد مطلع کلیدی نیز در یک مصاحبه نیمه ساختاریافته (Semi-Structured) و با طرح سوالات باز و کلی، سعی شده است تا مصاحبه‌شوندگان ترغیب شوند و درباره این جریان‌ها صحبت و بحث کنند. این مطالعه در بین سالهای ۱۳۹۴-۱۳۹۲ در سطح ملی کشور ایران طراحی و اجرا شده است. منظور از سطح ملی این است که جمع‌آوری داده‌ها در سطح ملی و نه محلی و منطقه‌ای صورت گرفته است. برای دستیابی به افراد مطلع کلیدی از روش

اچ‌آی‌وی و سیاست‌های آن در ایران داشتند و استفاده از تلفیق در تمام مراحل تحقیق از جمله تلفیق روش‌های گردآوری (Method Triangulation) داده‌ها (مصاحبه، مشاهده نوشتار، مشاهده اسناد) صورت گرفت. برای افزایش قابلیت تأییدپذیری موارد متضاد و منفی بررسی شد تا دلایل این تناقض در یافته‌ها بررسی شود. همچنین حضور طولانی مدت پژوهشگران و تخصیص زمان کافی، دقیق بودن در تمام مراحل پژوهش و روشن بودن روش پژوهش به داده‌ها عینیت بخشید و قابلیت تأییدپذیری را افزایش داد. قابلیت ثبات و اعتماد با استفاده از نظرات تکمیلی همکاران در کدگذاری و تحلیل متن مصاحبه به دست آمد و نتایج به برخی از مصاحبه‌شوندگان ارائه شد تا بازخوردهای لازم از آن‌ها دریافت شود. برای افزایش انتقال‌پذیری نیز، نمونه‌های مناسب مطالعه انتخاب گردید و جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها همزمان انجام پذیرفت و سعی شد توصیفی غنی از داده‌ها در این مطالعه تأمین شود.

یافته‌ها

در این قسمت یافته‌های پژوهش بر اساس اجزای چارچوب جریان‌ات چندگانه، ارائه خواهد شد. ابتدا سه جریان مساله، سیاست و سیاسی ایدز تبیین می‌شود و سپس پنجره سیاست و پیوند زدن سه جریان توسط کارآفرینان سیاست، تشریح خواهد شد.

جریان مساله

اولین مورد اچ‌آی‌وی مثبت در سال ۱۹۸۲ تأیید شد. از آن زمان نگرانی‌هایی پیرامون این بیماری ایجاد شد. از طرف دیگر ناشناخته بودن ماهیت و راه‌های انتقال بیماری و نوع جوامعی که درگیر می‌کرد بر این نگرانی‌ها دامن زد. اما این ویروس سریع‌تر از آنچه تصور می‌شد در تمام دنیا رشد و گسترش پیدا کرد. به‌طوری که به زودی مشخص شد؛ هیچ کشوری در برابر این همه‌گیری که سرعت شیوع آن بسیار بیشتر از میزان تلاش‌های متوقف ساختن آن است، مصون نیست. اولین مورد آلودگی به اچ‌آی‌وی در ایران در سال ۱۳۶۵ در یک پسر بچه شش‌ساله هموفیلی شناخته شد. اما تا قبل از سال ۱۳۷۵ وضعیت کشور به صورت یک همه‌گیری محدود بود و هر ساله تعداد ۵ مورد ابتلا شناسایی و گزارش می‌شد تا این‌که اولین همه‌گیری اچ‌آی‌وی در بین معتادین تزریقی در یکی از زندان‌های کشور گزارش شد. در این سال به یک‌باره تعداد مبتلایان به میزان ۳۰ برابر سال قبل گزارش شد.

«تا سال ۷۵ عملاً چیزی به نام ایدز وجود نداشت، نه اینکه نبود؛ بود ولی اینقدر کم بود که توجهی بهش نمی‌شد، تا اینکه اون همه گیری سال ۷۵ اتفاق افتاد» (فرد مطلع کلیدی: ۷)

این همه‌گیری یک رویداد برجسته بود که زنگ خطر را به صدا درآورد و توجهات جامعه را به خود جلب کرد. قرار گرفتن ایران در مسیر ترانزیت مواد مخدر و به‌خصوص همسایگی با افغانستان به عنوان بزرگترین تولیدکننده تریاک در جهان، باعث

برای دستیابی به اسناد سیاستی مرتبط با ایدز، ابتدا پس از جستجوی وسیع اینترنتی تعدادی از اسناد مهم مرتبط شناسایی شدند و در گام بعدی با مراجعه به مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر وزارت بهداشت این اسناد اولیه به دست آمد. سپس به روش هدفمند و با استفاده از محتوای این اسناد و پیشنهادات و راهنمایی‌های مصاحبه‌شوندگان، سایر اسناد نیز شناسایی شدند. در جمع ۳۰ مستند مشتمل بر اسناد بالادستی (سیاست‌های کلی سلامت، برنامه چشم‌انداز سلامت ایران، برنامه‌های ملی استراتژیک ایدز: ۶ مورد)، گزارش‌های ملی و مهم کشوری (گزارش‌های پایش اعلانیه تعهد سازمان ملل، گزارش‌های داخلی دستگاه‌های مرتبط، گزارش‌های ارائه شده بین‌المللی: ۱۱ مورد)، تصویب نامه‌ها، بخش‌نامه‌ها، آئین‌نامه‌ها و مقررات مصوب دولت: ۷ مورد و همچنین مقالات و طرح‌های پژوهشی مرتبط با محتوای سیاست‌گذاری ایدز در ایران مورد بررسی قرار گرفت. با شناسایی افراد مطلع کلیدی به آن‌ها مراجعه و اطلاعات لازم در خصوص مطالعه ارایه و رضایت آگاهانه آن‌ها برای شرکت در مصاحبه کسب شد. مصاحبه‌ها از نوع نیمه ساختاریافته و با استفاده از راهنمای مصاحبه که با استفاده از مرور پیشینه تحقیق و نظر خبرگان تدوین شده بود، انجام گردید. ضمناً سؤالات مصاحبه با استفاده از ۳ مصاحبه‌پایلو بازمینی شدند. محل مصاحبه، سازمان یا مؤسسه محل خدمت افراد بود. میانگین زمان انجام مصاحبه‌ها حدود ۴۵ دقیقه بود که با دستگاه ویس رکورد ضبط شد و یا در صورت مخالفت فرد مصاحبه‌شونده یادداشت برداری صورت گرفت. مصاحبه‌ها تا زمان اشیاع داده‌ها ادامه یافت و در نهایت با ۳۲ نفر مصاحبه انجام شد. در رابطه با اسناد سیاستی نیز پس کسب موافقت مراکزی که این اسناد در مالکیت آن‌ها بود، دسترسی به آن‌ها ایجاد شد و نکات مورد نیاز بر اساس چارچوب پژوهش از آن‌ها استخراج و ثبت شد. برخی از اسناد نیز از طریق جستجوی وسیع اینترنتی به دست آمد. در این مطالعه داده‌ها با روش تحلیل چارچوبی (۲۸) و بر اساس چارچوب جریان‌های چندگانه تحلیل شد. فاز توصیف تحلیل چارچوب، شامل پیاده‌سازی مصاحبه‌ها و یادآوری نکات مهم حین مصاحبه و مطالعه مکرر متن پیاده شده و سند سیاستی، برای آشناسازی هر چه بیشتر محققین با داده‌ها بود. فاز تحلیل نیز شامل طبقه‌بندی و مشخص کردن طبقات اصلی و فاز تفسیر نیز شامل فرایند کدگذاری و تفسیر نهایی بر اساس سنتز و تفسیر داده‌ها بود. از نرم افزار MAXQDA ورژن ۱۰ در این مرحله از مطالعه بهره برده شد. برای ارزیابی یافته‌ها و موثق بودن (Trustworthiness) از ۴ معیار اعتبار (Credibility)، قابلیت تأییدپذیری (Conformability)، قابلیت اعتماد و ثبات (Dependency) و قابلیت انتقال‌پذیری (Transferability) استفاده شد (۲۹ و ۳۰). جهت افزایش اعتبار داده‌ها جدا از اشتغال ذهنی پژوهشگران با مطالعه (Prolonged Engagement)، شرکت‌کنندگانی وارد مطالعه شدند که تجربه کافی از موضوع

راه انتقال جنسی افزایشی محسوس را در طی زمان نشان می‌داد. نگاه انگ‌زای جامعه به مبتلایان نیز باعث پنهان‌کاری آن‌ها و در نتیجه افزایش جمعیت پنهان مبتلایان و عدم کنترل بر رفتارهای پرخطر آن‌ها بود. عمده مردم نگاه منفی و انگ‌زا به این بیماران داشتند و سعی به دوری جستن از آن‌ها داشتند و عمده پرسنل بهداشتی و درمانی از پذیرش آن‌ها در مراکز درمانی امتناع می‌کردند و یا رفتارهای تبعیض آمیز به آن‌ها روا می‌داشتند. این مسأله باعث مخفی ماندن تعداد زیادی از مبتلایان بود و هر ساله تعداد موارد واقعی مبتلا چند برابر تعداد موارد رسمی شناسایی شده تخمین زده می‌شد. گزارش سال ۱۳۸۲ وزارت بهداشت بیانگر حدود ۷۰۰۰ مورد شناسایی شده رسمی بود. اما برآورد می‌شد تعداد مبتلایان در آن سال حدود ۳۰ هزار نفر باشد. این روند افزایشی تاکنون نیز ادامه داشته است؛ به‌طوری که بر اساس آخرین گزارش (۱۳۹۳) تعداد موارد شناسایی شده نزدیک به ۳۰ هزار نفر و تعداد مبتلایان بین ۸۰ تا ۱۱۰ هزار نفر برآورد شده است. چالش‌های موجود نیز بر ابعاد جریان مشکل افزوده اند.

به طور خلاصه مشکلات مهم مبارزه با گسترش ایدز در ایران بر اساس نظرات افراد مطلع کلیدی و محتوای اسناد عبارتند از: «ادامه بروز موارد جدید مبتلا در بین معتادین تزریقی، افزایش شیوع جنسی، افزایش انتقال مادر به کودک، غیرقابل قبول بودن راه‌های انتقال از نظر عرفی، اخلاقی و قانونی و متعاقب آن دشواری جمع‌آوری اطلاعات و شناسایی مبتلایان، پوشش پایین خدمات پیشگیری و درمانی مبتلایان، افزایش رفتارهای پرخطر بین نوجوانان و جوانان، افزایش عرضه و تقاضای مواد مخدر صنعتی، افزایش فقر، مهاجرت به حاشیه کلان‌شهرها، آسیب‌های اجتماعی و مشکلات اقتصادی و ناپایدار بودن تعهد سیاسی و منابع مالی برای برنامه‌های کنترل ایدز».

جریان سیاست

مطابق نظر کینگدان جریان سیاست، سوپی از ایده‌های متنوع است که در درون شبکه سیاست‌گذاری برای پذیرفته شدن رقابت می‌کنند. با به‌وجود آمدن جریان مسأله، جریان سیاست نیز شکل گرفت. ایده‌های اولیه همان‌قدر ساده و مشخص بودند که جریان مسأله در ابتدا ساده و مشخص نشان می‌داد. کنترل سلامت خون و تأمین فرآورده‌های خونی سالم یک واکنش طبیعی به وجود خون آلوده به ویروس در بین خون‌های وارداتی بود. بعد از وقوع همه‌گیری سال ۱۳۷۵ مشکلات ابعاد گسترده و پیچیده‌ای به خود گرفت (همان‌طور که در جریان مسأله تشریح شد) و ارائه راه‌حل‌ها هم همانقدر سخت و دشوار بود. اولین راه‌حل‌های ارائه شده مبتنی بر جداسازی زندانیان مبتلا از سایر زندانیان بود. این راه‌حل خودش باعث به‌وجود آمدن مشکلات دیگری شد. مهم‌ترین مشکل ایجاد شده، عدم حل مشکل اصلی یعنی گسترش ویروس و مشکل دیگر افزودن به دامنه انگ و تبعیض بر مبتلایان بود. یکی از مدیران باتجربه شاغل در زندان در این باره گفت:

شده بود که ایران از افزایش میزان اعتیاد و به‌خصوص گسترش اعتیاد تزریقی و متعاقب آن گسترش اچ‌آی‌وی در امان نماند. مشکل دیگری که وجود داشت، شرایط خاص این بیماری در جامعه ایران بود. چرا که راه‌های انتقال و گروه‌های درگیر این ویروس عمدتاً انگ‌زا بودند. مخصوصاً این‌که از ابتدا باورهای غلطی نیز راجع به افراد مبتلا و این‌که آن‌ها عادات خاص جنسی داشته‌اند که به این بیماری مبتلا شده‌اند، وجود داشت. یکی از متخصصان در این زمینه می‌گوید:

«از همون اول یه جووری جا افتاد که این بیماری مختص گروه‌های خاصی مثل هموسکشوال هاست، خب همین مسأله مسئولین را نگران می‌کرد، یه جووری نمیدونستن که چه عکس‌العملی نشان بدن. بالاخره ما این بیماری را داشتیم ولی بحث هموسکشوال‌ها رو چکار کنیم؟!» (فرد مطلع کلیدی: ۱۱)

بنابراین باورهای غلط مثل مختص بودن بیماری به گروه‌های خاص، مقصر بودن خود مبتلایان، پست بودن شأن اجتماعی عمده افراد مبتلا (معتادین تزریقی و تن‌فروشان) و مواردی از این قبیل باعث می‌شد تا عملاً نگاه‌ها به مسأله بسیار احتیاط‌آمیز و انگ‌زا باشد و یک سردرگمی بین سیاست‌مداران و مدیران در مواجهه با این پدیده به‌وجود بیاید. زمینه سنتی و دینی جامعه نیز اجازه نمی‌داد تا اطلاعات مکفی در خصوص رفتارهای جنسی خارج از ازدواج و اشتغال به فحشا جمع‌آوری و تحلیل شود و ابعاد مشکل به خوبی شناسایی شود. یکی از مدیران در این رابطه چنین بیان داشت:

«در این سال‌ها عملاً اتفاقی نیفتاد. البته یه ادووکیسی‌هایی صورت گرفت، اطلاع‌رسانی‌ها و آگاهی‌بخشی‌هایی شد، ولی نگاه‌ها به شدت منفی و انگ‌زا بود. خیلی‌ها می‌گفتن این‌ها تقصیر خودشون بوده که مبتلا شدن. چرا اون رفتارها رو داشتند که حالا هم مبتلا بشند. ولی مسأله این بود که ویروس داشت شیوعش بیشتر و بیشتر می‌شد و باید جلوشو می‌گرفتیم» (فرد مطلع کلیدی: ۳)

در اواخر دهه ۷۰ شمسی خارج شدن ویروس از شیوع اندک و وارد شد آن به مرحله شیوع متمرکز (Concentrated Phase) اتفاق افتاد. بر اساس گزارش‌های رسمی که در بین سال‌های ۱۳۸۰ تا ۸۲ منتشر شده بود، شیوع اچ‌آی‌وی در بین معتادین تزریقی در نقاط مختلف کشور بین ۵ تا ۲۹ درصد و به‌طور میانگین حدود ۱۵ درصد بود. از طرف دیگر همین آمارها حاکی از وجود حدود ۲۰۰ هزار نفر معتاد تزریقی در اوایل دهه ۸۰ شمسی در کشور بود که مسأله را بغرنج‌تر می‌کرد. عمده این افراد یا همسرانی داشتند و یا روابط جنسی خارج از چارچوب ازدواج برقرار می‌کردند و این باعث انتقال ویروس به سایرین می‌شد. آمارها نشانگر افزایش تعداد مبتلایان بین تن‌فروش‌ها، شرکای جنسی آن‌ها و همسران و شرکای جنسی معتادین تزریقی بود. بنابراین کشور از یک سو درگیر انتقال تزریقی اچ‌آی‌وی بین گروه معتادین تزریقی با جمعیت نسبتاً زیاد بود و از سوی دیگر

«در اوان سال‌ها یک تجارب تلخی در زندان‌ها صورت گرفت. مثلاً در زندان این اتفاق افتاد که او مدتی هرکسی را که اچ‌آی‌وی مثبت بود از بقیه جدا کردن و تصورشون این بود که این‌ها خیلی خطرناکند، چون ناآگاهی چاشنی اش بود و راه‌های انتقال هم خیلی مشخص نبود و سیستم سستی ارائه مراقبت‌های بهداشتی درمانی هم خیلی جوابگو نبود. بنابراین بیشتر باعث مشکل شد تا حل معضل و باعث شد انگ بین این بیمارها بیشتر هم بشه.» (فرد مطلع کلیدی: ۲۷)

جداسازی زندانیان بر مبنای فلسفه جرم‌انگاری مصرف مواد و جلوگیری از بروز رفتارهای پرخطر در بین زندانیان استوار بود. اما نتیجه کار رشد شیوع بین مبتلایان و گسترش ویروس در سطح جامعه بود. چرا که این افراد برای همیشه در زندان نمی‌مانند و معمولاً روابط فعال جنسی با همسران و یا خارج از چارچوب ازدواج داشتند. بنابراین این راه‌حل هرچند مقبولیت ارزشی داشت؛ ولی امکان‌پذیری فنی آن بسیار پایین بود. چرا که امکان نگهداری تمامی مبتلایان به‌صورت جداگانه و برای همیشه در زندان وجود نداشت.

بنابراین به تاسی از شواهد و تجارب بین‌المللی و موفق بعضی کشورها، ایده‌هایی مبنی بر سالم‌سازی اعمال تزریق و حتی روابط جنسی بین مبتلایان به جای محدودسازی آن ارائه گردید. ایده‌های جدید بر مبنای سیاست‌های کاهش آسیب (Harm Reduction) استوار بود. کاهش آسیب به دنبال سالم‌سازی رفتار پرخطر بود. بنابراین باید به گروه‌های پرخطر سرنگ یک‌بار مصرف و کاندوم داده می‌شد و به‌جای مانع شدن مصرف مواد، جایگزین کردن راه تزریق با راه خوراکی مصرف مواد (متادون درمانی) اتفاق می‌افتاد. ولی این راه‌حل‌ها مقبولیت ارزشی در دستگاه قضا نداشت. دستگاه قضایی که اداره زندان‌ها را بر عهده داشت تأکید بیشتری بر خویش‌داری و کنترل تزریق و رفتارهای جنسی داشت و به دنبال به رسمیت شناختن این رفتارهای پرخطر که در سطح جامعه هم بر اساس قانون جرم شناخته می‌شدند، نبود.

«از آن سال (۱۳۷۵) تا حدود ۴، ۵ سالی نه سیستم قضایی و نه سیستم بهداشتی راه حل مناسبی برای این مسئله نداشتند و یک چالش بزرگی ایجاد کرده بود که بالاخره یک راهکار این است که جلوی تزریق مشترک را بگیریم که باید بهشان سرنگ می‌دادیم که در این صورت سیستم قضایی نمی‌پذیرفت و دیدگاهش این بود که مواد مصرف نکنند که این خیلی منطقی و قابل قبول نبود. و اینکه در موارد جنسی غیرمتعارف از کاندوم استفاده شود که باز هم در آن شرایط قابل قبول و پذیرفتنی نبود.» (فرد مطلع کلیدی: ۲۷)

قانون جرم بودن مصرف مواد مخدر هم باعث انباشته شدن بیشتر معتادین در زندان‌ها می‌شد و کار را برای جوامع سیاست‌گذاری برای ارائه راه‌حل‌هایی که امکان‌پذیری فنی و مقبولیت ارزشی داشته باشند، دشوار می‌کرد. راه‌حل مورد تأکید

سیستم بهداشتی و حامیان آن‌ها ارابه سیاست‌های کاهش آسیب بود که در سطح جهانی تجربه موفق بود. هدف این بود که جلوی تزریق مشترک، استفاده مشترک از تیغ یک‌بار مصرف برای اصلاح و رفتار جنسی پرخطر و بدون کاندوم گرفته شود و جوامع سیاست‌گذاری (مسئولین بهداشتی، جامعه دانشگاهی، پژوهشگران) به دنبال جمع‌آوری مستندات برای به اثبات رساندن اثربخشی آن بودند. ایده ارائه برخی از اجزا برنامه کاهش آسیب به‌صورت پایلوت و محدود در برخی از زندان‌ها به دنبال اثبات امکان‌پذیری فنی و کسب مقبولیت ارزشی برای آن بود.

«در سال ۸۰ بحث وی.سی.تی.ها مطرح شد که اولش او مدتی توی یک استان و همزمان توی زندان آن استان که جزو مناطق پرخطر ما بود راه اندازی شد و تجربه موفق بود که تعمیم داده شد. به کل کشور و آموزش‌هایی هم داده شد و گسترش پیدا کرد. وی.سی.تی. یکی از راهکارهای پیشگیری و کنترل اچ‌آی‌وی بود که تجربه موفق بود. بعد از آن بحث MMT (متادون درمانی) مطرح شد. برای معتادان تزریقی که به عنوان درمان جایگزین بود.» (فرد مطلع کلیدی: ۱۴)

در طی این سال‌ها راه‌حل‌هایی مبنی بر پیشگیری و کنترل ایدز مانند مراکز آزمایش و مشاوره داوطلبانه [Voluntary Counseling and Testing (VCT)]، درمان‌های نگهدارنده با متادون [Methadone Maintenance treatment (MMT)] برای ترک اعتیاد به مواد و اجرای برنامه‌های توزیع سرنگ و سوزن یک‌بار مصرف مطرح می‌شد تا بتوان از این راه شیوع بیماری کنترل شود. به عنوان مثال اولین کلینیک‌های مثلی یا وی.سی.تی. در سال ۱۳۷۹ ایجاد شد و بعد کم‌کم به کل کشور گسترش یافت. کلینیک مثلی به دنبال درمان معتادان تزریقی با رویکرد کاهش آسیب، ارائه خدمت به مبتلایان به عفونت‌های قابل انتقال از طریق جنسی و حمایت از افرادی بود که با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کردند. سیستم بهداشتی کشور هدف افزایش آگاهی سیاست‌گذاران، مدیران و مردم را نیز تعقیب می‌کرد تا نگرش صحیحی به موضوع ایجاد شود و اقدامات مناسب‌تری صورت گیرد.

«در اوان سال‌ها (تا قبل از ۸۲) یک سری کارهای درمانی شد، مقدار زیادی ادوکیسی شد مستندسازی از وضعیت شد و مجموع تلاش‌ها در سال ۸۲ نتیجه داد ولی تا اوان موقع اقداماتی که نمود بیرونی داشته باشه اتفاق نیفتاده بود.» (فرد مطلع کلیدی: ۲۱)

بر اساس رویکرد جریان سیاست مدل کینگدان راه‌حل‌هایی که در طول زمان بتوانند ثبات و حضور خود را حفظ کنند شانس ورود به شبکه سیاست‌گذاری را دارند. در مورد اخیر، مجموعه سیاست‌های کاهش آسیب توانست با کسب این دو معیار خود را در سطح یک راه‌حل متناسب با جریان مسئله در طول زمان حفظ کند و آماده ورود به شبکه سیاست‌گذاری گردد.

جریان سیاسی

توجهات سیاست‌مداران به مقوله ایدز از زمان افزایش شیوع آن و به‌خصوص از دهه ۹۰ میلادی به وجود آمد و اقداماتی

از لفظ ایدز استفاده شد. در بخش سوم این قانون و در ذیل فصل هفتم که مربوط به ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی است در ماده ۶۸ آمده است:

«وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دستگاه‌های ذیربط مکلف‌اند تا پایان سال اول برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، اقدامات لازم جهت کاهش خطرات و زیان‌های فردی اجتماعی اعتیاد، پیشگیری و درمان بیماری ایدز و نیز کاهش بار بیماری‌های روانی معمول دارد»

اتفاق مهم دیگر که در حقیقت فرایند تمایلات سیاسی سیاستمداران را برای تسهیل مبارزه با ایدز در ایران تکمیل کرد، بخشنامه رئیس وقت قوه قضائیه در سال ۱۳۸۳ به کلیه زندان‌ها و مراکز وابسته مبنی بر عدم ممانعت از اجرای برنامه‌های کاهش آسیب بود. این بخشنامه یکی از صریح‌ترین حمایت‌های یکی از مقامات عالی رتبه کشور از سیاست‌های مبارزه با اعتیاد و ایدز در ایران بود.

«به دنبال بخشنامه (رئیس وقت قوه قضائیه) که فکر می‌کنم سال ۸۳ صادر شد و توش صراحتاً بیان کردند که سیاست‌های کاهش آسیب و دادن سرنگ و درمان‌های جایگزین مغایرتی با سیاست‌های قوه قضائیه ندارد که این یک نقطه عطفی بود. در ادامه آن بخشنامه و با توجه به جو مثبتی که ایجاد کرد حتی بحث دسترسی به کاندوم و اتاق‌های ملاقات شرعی هم به‌وجود آمد. که عمده مواردی مهمی بود که در این سال‌ها جریان داشت.» (فرد مطلع کلیدی: ۲۸)

تحلیل جریان سیاسی برای در دستورکار قرار گرفتن ایدز در فرایند سیاست‌گذاری با همه اجزای جریان سیاسی (مشرک ملی، مبارزات گروه فشار و تغییر در دولت) کمی دشوار است. باید گفت عمده اتفاقات منجر به شکل‌گیری جریان سیاسی در ایران ناشی از شکل‌گیری مشرب ملی بود که آن هم، همچنان که در بالا تشریح شد بیشتر ناشی از اتفاقات بین‌المللی بود. در کنار آن شدت گرفتن جریان مشکل باعث تبدیل شدن کنترل ایدز به یک مطالبه ملی و مورد توجه دولت و نمایندگان مجلس قرار گرفت. اما در هر صورت نباید نقش سازمان‌های بین‌المللی و جوامع سیاست‌گذاری حوزه سلامت را در این مورد نادیده گرفت.

مجموعه این جریان‌های سیاسی مسیر وارد شدن ایدز بر دستورکار سیاسی و تغییر سیاست‌های مبارزه با ایدز در ایران را هموار کرد و به کارآفرینان سیاست اجازه داد تا از فرصت باز شدن پنجره سیاست برای پیوندزنی جریان‌ها بهره ببرند.

پنجره سیاست‌گذاری و پیوند زدن جریان‌ها

جریان مشکل و جریان سیاست که از مدت‌ها قبل شکل گرفته بودند و تأثیراتی بر هم داشتند، سبب تقویت جریان سیاسی شدند و از طرف دیگر قوت گرفتن جریان سیاسی باعث تقویت بیشتر جریان سیاست شد. این فعل و انفعال به این صورت قابل تشریح است:

صوت گرفت. به عنوان مثال تعیین روبان قرمز به عنوان نماد ایدز برای جلب توجه همه به سوی این بیماری یا هشدارهایی که سازمان ملل در خصوص تأثیرات منفی این بیماری بر روی توسعه کشورها می‌داد. اما اراده سیاسی برای مبارزه فراگیر و اثربخش با این بیماری با قرار گرفتن کنترل ایدز در اهداف توسعه هزاره و متعاقب آن برگزاری نخستین اجلاس ویژه مجمع عمومی سازمان ملل متحد در زمینه ایدز (UNGASS)، که به تصویب اعلامیه تعهد درباره اچ‌آی‌وی و ایدز منجر شد، شکل گرفت و راه را برای حمایت سیاسی از مجموعه اقدامات برای مبارزه با ایدز هموارتر کرد. یکی از مدیران شاغل در یک از سازمان‌های بین‌المللی فعال در ایران در این رابطه گفت:

«از اوایل دهه ۹۰ (میلادی) توجهات جلب شده بود ولی در سال ۲۰۰۱ یک نقطه عطف مهم بود و کنترل ایدز چون جزو اهداف هزاره هم هست، در سال ۲۰۰۱ عملیاتی شد و در سال‌های ۲۰۰۵ و ۲۰۱۲ بازنگری شد و اهداف جدیدتری گذاشته شد که بتونه ما رو به اون هدف نهایی که کنترل ایدز تا سال ۲۰۳۰ برسیم» (فرد مطلع کلیدی: ۸)

ایران هم جزو ۱۸۸ کشوری بود که متعهد به اهداف اعلامیه شده بود و طبیعتاً این مسأله می‌توانست اتفاق مثبتی در جهت جلب توجه سیاستمداران در داخل کشور داشته باشد. اولین تأثیرگذاری اقدام به تدوین اولین برنامه ملی استراتژیک کنترل ایدز در ایران بود که یک سال بعد از اجلاس سازمان ملل به تصویب رسید؛ اما نتوانست حمایت سیاسی کافی را برای اجرا جلب کند. دلیل این امر در حمایت طلبی ناکافی بود که از سیاست‌گذاران و نهادهای مدنی صورت گرفته بود و حساسیت‌ها هنوز به حد لازم در سطح جامعه و دولت نرسیده بود. در همین سال‌ها (۱۳۸۱ و ۸۲) سیستم قضایی با اجرای محدود و پایلوت برخی سیاست‌های کاهش آسیب علی‌رغم مغایرت با قانون موافقت کرد و این می‌توانست زمینه را برای باز شدن پنجره سیاست‌گذاری فراهم کند. اتفاق مهم دیگر تصویب آئین‌نامه «شورای عالی برنامه ریزی کشوری پیشگیری از عفونت اچ‌آی‌وی و ایدز و کنترل آن» بود که در سال ۱۳۸۲ اتفاق افتاد. در ماده یک این شورا آمده بود:

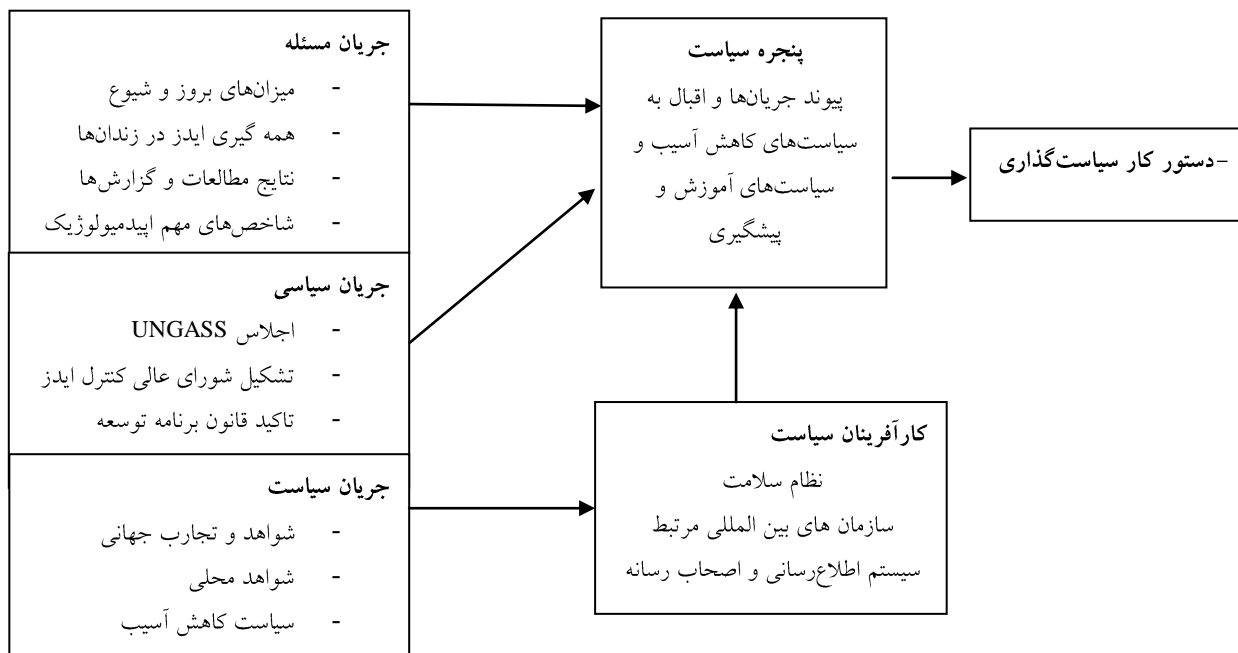
«به منظور پیشگیری از توسعه عفونت اچ‌آی‌وی و ایدز و مبارزه با این بیماری، شورای عالی برنامه‌ریزی کشوری پیشگیری از عفونت اچ‌آی‌وی و ایدز و کنترل آن که در این آیین‌نامه شورا نامیده می‌شود و کارگروه‌های مرتبط در سطح کشور تشکیل می‌گردد.»

در ماده ۲ و در وظایف آن نیز به «سیاست‌گذاری کلان در امر مبارزه با ایدز، تعیین خط مشی دستگاه‌های اجرایی و نهادهای ذیربط و ایجاد هماهنگی بین آن‌ها و حمایت همه‌جانبه در جهت پیشبرد اهداف و فعالیت‌های مختلف برنامه پیشگیری و کنترل عفونت اچ‌آی‌وی و ایدز» اشاره شده بود. در سال ۲۰۰۴ و در قانون برنامه چهارم توسعه جمهوری اسلامی ایران برای اولین بار

یک ساله طی می‌شد. این اتفاق یک سال بعد افتاد و ایده بازنگری و دوباره سازماندهی کردن شورای عالی ایدز مطرح شد و در سال ۲۰۰۳ با تصویب آن در هیئت دولت بود که پنجره سیاست باز شد. کارآفرینان سیاست که در این مدت جریان مسئله و جریان سیاست را شکل داده بودند و سبب تقویت جریان سیاسی شده بودند، از فرصت به دست آمده استفاده کرده و سه جریان را به هم پیوند زدند. نتیجه مطرح شدن ایدز در دستورکار سیاست‌گذاری با استفاده از قابلیت شورای عالی پیشگیری از ایدز و متعاقب آن رویکرد مثبت به سیاست‌های کاهش آسیب با حمایت سیستم قضایی بود. راه‌حل‌های مربوط به حیطه آموزش و اطلاع‌رسانی، تقویت نظام مشاوره و حمایت‌های اجتماعی از مبتلایان نیز در طی با شدن پنجره در دستور کار نهادها و سازمان‌های مرتبط وارد شد.

باز شدن پنجره فرصت باعث شد تا سال‌های اوایل دهه ۸۰ شمسی به عنوان دوران درخشانی از توجه به مقوله پیشگیری و کنترل ایدز در ایران مطرح شود. اما مطابق نظر کینگدان قرار نبود این پنجره همواره باز باشد. تغییر دولت در سال ۱۳۸۴ و متعاقب آن منحل شدن شورای عالی پیشگیری از ایدز فرصت باز بودن پنجره را از کارآفرینان سیاست گرفت و سبب تضعیف جایگاه ایدز در دستور کار سیاست‌گذاری شد.

با مطرح شدن هرچه بیشتر مشکلات که شرح آن در قسمت جریان مسأله ایدز رفت، کارآفرینان سیاست نیز حساس‌تر شده و ایده‌های بیشتری برای حل مشکل ارائه دادند. کارآفرینان سیاست در حوزه ایدز به طور مشخص در سه جبهه فعال بوده و سبب شکل‌گیری جریان سیاست شدند؛ افراد مرتبط با نظام سلامت کشور، سازمان‌های بین‌المللی مسئول و نهادهای فعال مدنی و گروه‌های اطلاع‌رسان همچون رسانه‌های جمعی. نظام سلامت کشور به دنبال گسترش فعالیت‌های پیشگیری و درمان و کاهش بروز و شیوع بود. سازمان‌های بین‌المللی سیاست‌ها و شواهد بین‌المللی را به عنوان ایده مطرح می‌کرد و نهادهای مدنی و سیستم‌های اطلاع‌رسانی با نشان دادن هرچه بیشتر ابعاد مشکل به دنبال شکل‌گیری جریان سیاسی بودند. اما به‌طور ساده بر اساس چارچوب کینگدان تا زمانی که جریان سیاسی وجود نداشته باشد، عملاً اتفاقی نمی‌افتد. همچنان که در قسمت جریان سیاسی تشریح شد، اجلاس سازمان ملل تأثیرات قوی در شکل‌گیری جریان سیاسی ایدز در ایران داشت. چرا که ایران نیز جزو کشورهای متعهد به پیشگیری از گسترش ایدز در این اجلاس بود. اما علی‌رغم برگزاری این اجلاس در سال ۲۰۰۱ هنوز پنجره ای باز نشده بود. دلیل این مسأله این بود که برای انتقال نگرانی‌های بین‌المللی به سطح دولت باید دوره ای حداقل



شکل ۲. جریان‌های چندگانه در مورد فرایند دستورگذاری سیاست‌های ایدز در ایران

و نقش کارآفرینان سیاست‌گذاری در پیوند زنی آن‌ها در پنجره سیاست‌گذاری تشریح شد. البته انتقادهایی نیز بر این نظریه وارد است. یکی از انتقادات به این نظریه بیان می‌کند که چارچوب جریان‌های چندگانه کینگدان نوعی برهان است که بسیاری از

بحث

هدف این مقاله تبیین فرایند دستورگذاری سیاست‌گذاری ایدز در ایران بود. بدین منظور از چارچوب جریان‌های چندگانه بهره برده شد و چگونگی سیر جریان‌های سه‌گانه و تلاقی آن‌ها

برخی پژوهش‌های دیگر نیز این مسأله را در زمینه خود تأیید کرده‌اند و به تأثیر ارزش‌ها و ایدئولوژی جاری کشور و یا دولت بر تعریف مسائل مختلف صحنه گذاشته‌اند (۱۴ و ۲۷ و ۳۵-۳۳).

از دیگر عوامل تأثیرگذار در توجه به مسأله وقوع رویدادهای برجسته است. همه‌گیری ناگهانی سال ۱۳۷۵ در زندان‌ها رویدارد برجسته‌ای بود که توجهات را به خود جلب کرد ولی عملاً چون در آن زمان جریان سیاست شکل نگرفته بود و کارآفرینان سیاست نتوانسته بودند حمایت سیاست‌گذاران را جلب کنند (جریان سیاسی)، موضوع وارد دستورکار نشد. جریان سیاست در این سال‌ها با جمع‌آوری شواهد، انجام برخی تحقیقات و توجه به تجارب سایر نقاط دنیا شکل گرفت و از سوی دیگر آگاه‌سازی سیاست‌گذاران و حساس کردن آن‌ها منجر به تقویت جریان سیاسی شد. بنابراین همچنان که پیشتر نیز اشاره شد، فرض مستقل بودن این جریان‌ها از هم که مورد تأکید کینگدان است، کمی دشوار به نظر می‌رسد. مطالعه عباسی و همکاران در خصوص تغییر در قانون و تشکیلات وزارت علوم ایران نیز نشان داد که جریان سیاست سبب تقویت جریان سیاسی و در دستور کار قرار گرفتن موضوع شد (۳۶)

مسأله مهم دیگر در نظریه کینگدان کارکرد پنجره سیاست است. هرچند که نتایج این مطالعه نشان داد که تقویت این سه جریان سرانجام باعث باز شدن پنجره و پیوندزنی آن‌ها شد؛ اما بنا به گفته تراویس و زاکارادیاریس (۲۱) و ساباتییر (۱۶) این یک فرصت زودگذار است و پنجره همواره باز نمی‌ماند. بر اساس نتایج مطالعه پس از تشکیل شورای عالی برنامه‌ریزی برای کنترل ایدز و تدوین برنامه استراتژیک ملی برای کنترل آن و همچنین تقویت سیاست‌های کاهش آسیب این پنجره همزمان با تغییر دولت و منحل شدن شورای عالی پیشگیری از ایدز و ادغام آن در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی بسته شد. با منحل شدن شورای مذکور و ضعف‌هایی که در اجرای برنامه ملی استراتژیک ایدز در سال‌های بعد به‌وجود آمد، به نظر می‌رسد جریان مسأله دیگری شکل گرفته است. طبیعتاً جریان سیاست نیز مجدداً شکل گرفته است؛ چون مشکلات جدید راه‌حل‌های جدید می‌خواهند. شاید تغییر دولت در سال ۱۳۹۲ باعث شود که به تدریج جریان سیاسی نیز شکل بگیرد و بار دیگر سیاست‌گذاری ایدز وارد دستور کار شود. تحلیل این مسأله نیازمند تحقیقات بیشتر خواهد بود.

توصیه‌هایی برای کارآفرینان سیاست

همچنان که ساباتییر بیان می‌کند؛ کارآفرینان موفق سیاست‌سازانی هستند که دسترسی بیشتری به سیاست‌گذاران دارند، منابع بیشتری دارند و برای دستیابی به هدف پیوندزنی این سه جریان از استراتژی دستکاری نیز استفاده کنند (۱۶).

از یک منظر، کارآفرینان سیاست ایدز در ایران را می‌توان به دو گروه کارآفرینان دولتی و کارآفرینان بیرون از دولت تقسیم کرد. کارآفرینان دولتی مدیران و کارشناسان وزارت بهداشت،

دانش‌پژوهان ادعا می‌کنند اما کمتر به صراحت از آن استفاده می‌کنند (۲۴).

برخی محدودیت‌های دیگر نیز که بر این نظریه وارد شده به این صورت است؛ اگرچه چارچوب کینگدان نیاز به پیوند سه جریان را مطرح می‌کند، ولی مشخص نمی‌کند تحت چه شرایطی راه‌حل‌ها مشکلات و مشکلات راه‌حل‌ها را جستجو می‌کنند. به علاوه در این نظریه بیش از حد بر رفتار فردی تأکید شده و به نقش ترتیبات نهادی کمتر توجه شده است (۱۵). همچنین زاکاریادیس (Zachariadis) در جایی دیگر در بررسی این مدل به برخی نقاط ضعف این مدل اشاره می‌کند که از جمله فرض استقلال جریان‌ها و مشخص نبودن نقش پنجره‌های سیاست در پیوند دادن سه جریان از مهم‌ترین آن‌هاست (۳۱).

طبیعتاً این مسائل کار تحلیل فرایند دستور کار ایدز را نیز دشوار می‌کند و برخی از نواقص تحلیل ممکن است ناشی از محدودیت‌های چارچوب باشد. با این وجود باید توجه داشت که نظریه کینگدان، از جمله نظریه‌های مهم و غنی در عرصه تغییر سیاست‌گذاری محسوب می‌شود و بنا به گفته ساباتییر (Sabatier) اگرچه این نظریه همواره خیلی واضح نیست ولی کاربردهای وسیعی در عرصه سیاست‌گذاری دارد (۱۶).

نتایج این مطالعه نشان داد که بر اساس جریان‌های چندگانه می‌توان چگونگی در دستور کار قرار گرفتن سیاست‌گذاری ایدز را تحلیل کرد. اما با وجود پیش‌بینی کینگدان مبنی بر مستقل بودن این سه جریان از هم، باید گفت که این سه جریان تأثیراتی بر هم داشتند. جریان مشکل و جریان سیاست که از مدت‌ها قبل شکل گرفته بودند و تأثیراتی بر هم داشتند سبب تقویت جریان سیاسی شدند و از طرف دیگر قوت گرفتن جریان سیاسی باعث تقویت بیشتر جریان سیاست شد. نقش کارآفرینان سیاست (شامل متخصصین حوزه سلامت فعال در وزارت بهداشت و سایر نهادهای دولتی و نیمه دولتی، و بین‌المللی، پژوهشگران و اصحاب رسانه) در جلب توجه سیاست‌گذاران به این مشکلات و همچنین مطرح کردن ایده‌ها و طرح‌های پیشنهادی برای پیوند این سه جریان مهم بود. اگرچه همه آن‌چه کارآفرینان مدنظر داشتند، در فرایند دستورکار ایدز محقق نشد. به عنوان مصداق بارز می‌شود به توسعه سیاست‌های کاهش آسیب به حوزه رفتارهای پرخطر جنسی در جامعه اشاره کرد که علی‌رغم مطرح شدن هرگز در فرایند سیاست‌گذاری وارد نشد (۳۲). دلیل این امر به بر اساس تحلیل کینگدان و ساباتییر (۲۱) به موضوع مقبولیت ارزشی راه‌حل‌ها برمی‌گردد. توسعه سیاست‌های کاهش آسیب به حوزه رفتارهای پرخطر جنسی نتوانسته است مقبولیت ارزشی سیاست‌مداران، عالی‌منصبان سیستم قضایی و عامه مردم را جلب کند. هرچند به تأثیر از شواهد و تجارب سایر کشورها همواره به عنوان راه‌حل مطرح شده است. خود کینگدان در اثر خود در سال ۱۹۹۵ اشاره می‌کند که ارزش‌ها و عوامل ایدئولوژیکی نقش مهمی در تعریف مسئله ایفا می‌کند (۱۲).

دهد. محدودیت‌های دیگر مربوط به محدودیت‌های مستتر در خود چارچوب کینگدان است که در بالا بحث شد.

نتیجه‌گیری

به نظر می‌رسد برخلاف نظر کینگدان مبنی بر مستقل بودن جریان‌ها از هم، در این مطالعه مشخص شد که این سه جریان تأثیرات متقابلی بر هم گذاشته و گاهی سبب تقویت و یا تضعیف همدیگر و متعاقباً سبب گشوده شدن یا نشدن پنجره سیاست‌گذاری شده‌اند. این مسأله مخصوصاً در تأثیرگذاری دو جریان مسأله و سیاست بر هم و تقویت جریان سیاسی توسط این دو جریان و متعاقباً تقویت جریان سیاست توسط جریان سیاسی بیشتر مشهود بود. همچنین این نظریه در تبیین نقش کارآفرینان سیاست در هنگام گشوده شدن پنجره سیاست، ابهامات و محدودیت‌هایی دارد و به خوبی قادر به تبیین فعل و انفعالات صورت گرفته در این مقطع مهم نیست.

برای درک بهتر فرایند دستورگذاری نیاز است تا سایر پژوهشگرانی که می‌خواهند از این چارچوب برای تبیین فرایند دستورگذاری یا تغییر سیاست بهره ببرند، با بهره‌گیری از مفهوم یادگیری از طریق انجام دادن (Learning-by-doing) در حین انجام پژوهش خود، به تعدیل این نظریه پرداخته و به فکر ارزیابی و اصلاح محدودیت‌های بالقوه موجود در آن که در بالا بیان شد، باشند یا آن را با سایر چارچوب‌ها و نظریه‌های مرتبط و سایر مدل‌ها (۴۰-۳۸) ادغام کنند.

تضاد منافع

نویسندگان هیچگونه تضاد منافی برای این مطالعه ذکر نکرده‌اند.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل بخشی از رساله دکتری با عنوان «تحلیل سیاست‌گذاری ایدز در ایران» می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گرفته است. همچنین تشکر ویژه از مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر وزارت بهداشت و اداره ایدز و مرکز تحقیقات ایدز ایران به‌خاطر همکاری در مراحل مختلف جمع‌آوری داده‌ها.

ستاد مبارزه با مواد مخدر، سازمان بهزیستی، مسئولین بهداشتی سازمان زندان‌ها و سایر نهادهای مهم دولتی تأثیرگذار در سیاست‌گذاری ایدز هستند. طبیعتاً این کارآفرینان دسترسی بیشتری به سیاست‌گذاران و منابع بیشتری دارند و می‌توانند از پنجره‌های باز شده بهره‌بهتری ببرند. منطق دستکاری نیز برای این افراد بسیار سودمند است. دستکاری تلاشی برای از بین بردن ابهام فضای سیاسی است (۳۷). عمدتاً سیاست‌گذاران عرصه سلامت فضای بحث برانگیزی را تجربه می‌کنند. از یک سو با موضوعات متعددی سروکار دارند که مطالبه گروه‌های مختلف است و از سوی دیگر در موضوع ایدز پارادوکس‌های ارزشی و نگرشی در برخورد با بعضی جنبه‌ها وجود دارد که بعضی سیاست‌گذاران را ترغیب می‌کند که از موضوع فاصله بگیرند. کارآفرینان سیاست باید اطلاعات را در جهت ارائه معنا و وضوح به مفاهیم دستکاری کنند تا بتوانند سیاست‌مداران را برای مواجهه با مسئله ایدز و پذیرش راه حل‌هایشان ترغیب کنند.

کارآفرینان سیاست بیرون از دولت مانند اتاق‌های فکر، دانشگاهیان و اصحاب رسانه نیز اغلب کمک‌های زیادی به فرایندهای سیاست‌گذاری می‌کنند. این بازیگران با چاپ کتاب یا مقاله‌ای الهام‌بخش یا پخش گزارش تحقیقی اثرگذار می‌توانند به ائتلاف غیررسمی و ساختار نیافته‌ای با حامیان سیاست‌گذاری بپیوندند و به شکل‌گیری مطالبه عمومی و یا برانگیختن حساسیت مردم و سیاست‌گذاران در مواجهه با مسئله کمک کنند.

محدودیت‌های مطالعه

دشواری اصلی این مطالعه در جلب نظر سیاست‌گذاران ارشد و افراد مطلع کلیدی مهم برای انجام مصاحبه رسمی با آن‌ها بود. برای همین برخی از افراد زمانی برای انجام مصاحبه اختصاص ندادند یا تمایلی برای صحبت در خصوص برخی از جنبه‌های موضوع از خود نشان ندادند. البته این مسأله معمولاً مشکل شایعی در مطالعات سیاست‌گذاری که به دنبال دستیابی به دیدگاه‌های افراد است، می‌باشد. همچنین با توجه به این‌که عمده شرکت‌کنندگان در پژوهش مدیران سطوح عالی یا میانی در سازمان متبوع خود بودند، بیم آن می‌رود که مشغله و درگیری‌های شغلی زیاد در حین انجام مصاحبه و محدودیت زمانی، کیفیت پاسخ‌ها به سؤالات مصاحبه را تحت تأثیر قرار

References

- World Health Organization. Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector. Geneva, 2015: 3-7
- Who, Unicef, Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Geneva: UNAIDS, 2013. 3-5
- Beyrer, C. and Q.A. Karim, The changing epidemiology of HIV in 2013. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 2013. 8(4): 306-310. DOI: 10.1097/COH.0b013e328361f53a
- Ruxin, J., A. Binagwaho, and P.A. Wilson, *Combating AIDS in the developing world*. 2005: Earthscan.
- World Health Organization. PMTCT strategic vision 2010-2015: preventing mother-to-child transmission of HIV to reach the UNGASS and Millennium Development Goals: moving towards the elimination of paediatric HIV, December 2009. Geneva, 2010: 1-73
- Iran National AIDS comitte. Iran UNGASS Report 2006. Ministry of Health, Tehran. 2006: 1-81.
- UNFPA, Iran. 10 years Iran's activities to due international population and development congress goals. Tehran. 2004
- Iran National AIDS comitte. Iran UNGASS report 2008. Ministry of Health. Tehran, 2008: 1-115.
- Iran National AIDS comitte. Iran UNGASS Report 2010, Ministry of Health: Tehran, 2010: 1-118.
- Iran National AIDS comitte. Iran UNGASS Report 2012. Ministry of Health. Tehran, 2012: 1-84.
- Iran National AIDS comitte. Iran UNGASS Report 2014. Ministry of Health. Tehran, 2014: 1-69.
- Kingdon, J., *Agendas, alternatives, and public policies*. 1995, HarperCollins: New York.
- Lavis, J.N., et al., SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 4: Using research evidence to clarify a problem. *Health Research Policy and Systems*, 2013. 11(Suppl 1): p. S4. DOI: 10.1186/1478-4505-7-S1-S13
- Brunner, S., *Understanding policy change: Multiple streams and emissions trading in Germany*. *Global Environmental Change*, 2008. 18(3): 501-507. doi:10.1016/j.gloenvcha.2008.05.003
- Zachariadis, N., *The multiple streams framework: Structure, limitations, prospects*. *Theories of the policy process* (2nd ed.), Westview Press, Boulder, 2007: 65-92.
- Sabatier, P.A. and C. Weible, *Theories of the policy process*. 2014: Westview Press.
- Ridde, V., *Policy Implementation in an African State: An Extension of Kingdon's Multiple-Streams Approach*. *Public Administration*, 2009. 87(4): 938-954. doi/10.1111/j.1467-9299.2009.01792.x
- Ackrill, R. and A. Kay, Multiple streams in EU policy-making: the case of the 2005 sugar reform. *Journal of European Public Policy*, 2011. 18(1): 72-89. doi/abs/10.1080/13501763.2011.520879
- Blankenau, J., The fate of national health insurance in Canada and the United States: A multiple streams explanation. *Policy Studies Journal*, 2001. 29(1): 38-55. DOI: 10.1111/j.1541-0072.2001.tb02073.x
- Greathouse, L.W., et al., Passing a smoke-free law in a pro-tobacco culture: a multiple streams approach. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 2005. 6(3): 211-220. doi: 10.1177/1527154405278775
- Travis, R. and N. Zahariadis, A multiple streams model of US foreign aid policy. *Policy Studies Journal*, 2002. 30(4): 495-514. DOI: 10.1111/j.1541-0072.2002.tb02160.x
- Olsen, J.P. *Garbage cans, new institutionalism, and the study of politics*. in *American Political Science Association*. 2001. Cambridge Univ Press.
- Sabatier, P.A., *Toward better theories of the policy process*. *PS: Political Science & Politics*, 1991. 24(02): 147-156 . DOI: http://dx.doi.org/10.2307/419923
- Sabatier, P.A., *Theories of the policy process*. Vol. 2. 2007: Westview Press Boulder.
- John, P., Is there life after policy streams, advocacy coalitions, and punctuations: using evolutionary theory to explain policy change? *Policy Studies Journal*, 2003. 31(4): 481-498. DOI: 10.1111/1541-0072.00039
- Birkland, T.A., "The World Changed Today": Agenda-Setting and Policy Change in the Wake of the September 11 Terrorist Attacks. *Review of Policy Research*, 2004. 21(2): 179-200. DOI: 10.1111/j.1541-1338.2004.00068.x
- Wee-Ming, T., Multiple streams of change: Explaining the removal of Singapore's casino ban using John Kingdon's agenda-setting framework. *Asian Journal of Public Affairs*, 2008. 2(1): 39-53.
- Ritchie, J. and J. Lewis, *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*. 2003: Sage.
- Ward, D.J., et al., Using framework analysis in nursing research: a worked example. *Journal of advanced nursing*, 2013. 69(11): 2423-2431. DOI: 10.1111/jan.12127
- Barnett-Page, E. and J. Thomas, *Methods for the synthesis of qualitative research: a critical review*. *BMC medical research methodology*, 2009. 9(1): 59. DOI: 10.1186/1471-2288-9-59
- Zachariadis, N., *Ambiguity, time, and multiple streams*. *Theories of the policy process*, 1999: p. 73-93.
- Moradi G, Mohraz M, Gouya M M, Dejman M, Seyed Alinaghi S A, Khosh ravesh S et al . The view of point and perspective of policy makers about HIV/AIDS control policies in Iran-a qualitative study. *sjsph*. 2014; 12 (2) :11-22 [Persian]

33. Béland, D., Ideas and social policy: an institutionalist perspective. *Social Policy & Administration*, 2005. 39(1): 1-18 .
DOI: 10.1111/j.1467-9515.2005.00421.x
34. Scheufele, D.A. and D. Tewksbury, Framing, agenda setting, and priming: The evolution of three media effects models. *Journal of communication*, 2007. 57(1): 9-20.
DOI: 10.1111/j.0021-9916.2007.00326.x
35. Liu, X., et al., Understanding local policymaking: Policy elites' perceptions of local agenda setting and alternative policy selection. *Policy Studies Journal*, 2010. 38(1): 69-91. DOI: 10.1111/j.1541-0072.2009.00345.x
36. Abbasi, T., Danayifard, H., Azar, A., Alvani, M., Explaining Policy Change using Kingdon's Multiple Streams, the law of the Duties and Organization of Iran's Ministry of Science, Research and Technology. *Policy of science and technology*. 2010. 3(1): 81-97 [In Persian]
37. Jones, B.D. and F.R. Baumgartner, The politics of attention: How government prioritizes problems. 2005: University of Chicago Press.
38. Rochefort, D.A. and R.W. Cobb, The politics of problem definition: Shaping the policy agenda. 1994: Univ Pr of Kansas.
39. Dye, T.R. and H. Zeigler, The Irony of Democracy. CA: Wadsworth Cengage Learning, 2009.
40. Birkland, T.A., An introduction to the policy process: Theories, concepts and models of public policy making. 2014: Routledge.