

تصمیم گیری مبتنی بر شواهد

استاد ناظر: آقای دکتر کلهر

**آقای دکتر خسروی زاده
خانم دکتر محبی فر**

اعضای پنل علمی:



دانشگاه علوم پزشکی قزوین

Conclusion

Result

Methods

Introduction

امروزه در سطح بین المللی توجه فزاینده ای به افزایش بهره گیری از شواهد در تصمیم گیری در زمینه سیاست گذاری و برنامه ریزی وجود دارد(۱). نظام های سلامت همیشه متحمل منابع و هزینه های زیادی می شوند؛ از این رو تصمیم گیری مبتنی بر شواهد، به منظور مطلوب کردن هزینه ها و پیشگیری از اطلاق منابع ضروری است(۲). در صورتی که مدیران نظام سلامت، شواهد مربوط به علل ریشه ای مشکلات یا راهکارهای موثر مواجهه با این مشکلات را نادیده بگیرند، منابع گران بهایی را به برنامه های نامناسب اختصاص داده و آنها را در معرض خطر اطلاق قرار می دهند، که این می تواند به علت کمبود تخصص و منابع، همچنین نبود برنامه های مبتنی بر شواهد قابل تطبیق با شرایط محلی باشد(۳).

مطالعات نشان داده اند برخی مداخلات سلامت که صرفاً با این باور که برای جامعه مفید هستند، اجرا شدند، در واقع بی تاثیر یا مضر بوده و موجب هدر رفتن منابع عمومی شده اند. در مقابل، برخی مداخلات هزینه-اثربخش نادیده گرفته شده یا به کندی به اجرا گذاشته می شود(۴).

شواهد معتبر نشان می دهند نظام های سلامت اغلب در بهره برداری مناسب از شواهد در تصمیم گیری قصور می ورزند و این خود به ناکارآمدی، کاهش کیفیت و افت بهره وری منجر می شود(۵).

Conclusion

Result

Methods

Introduction

بهره برداری از شواهد در تصمیم گیری، مشکلی است که در کشورهای توسعه یافته و بخصوص در کشورهای در حال توسعه با آن رو به رو هستند. با این حال، این مساله در کشورهایی که نظام های سلامت آنها در وضعیت گذار سریع هستند مانند بسیاری از کشورهای منطقه مدیترانه شرقی، اهمیت بیشتری می یابد (۶).

مطالعه ای در سال ۲۰۱۲ در کشورهای عضو اتحادیه اروپا نشان داد که نهادهای سیاستگذاری سلامت به ندرت واجد ساختارها، فرایندها و ابزارهای لازم برای بهره برداری از شواهد در چرخه سیاست گذاری ها هستند (۷). در کشور ایران نیز آنچنان که باید از ظرفیت های موجود برای آگاهی بخشی در فرایندهای سیاست گذاری سلامت استفاده نمی شود و کماکان فرصت های فراوانی در این خصوص پیش روی نظام سلامت کشورمان قرار دارد (۸).

در مطالعات متعددی در ایران نشان داده شده است که وضعیت تصمیم گیری مبتنی بر شواهد نبوده و از پتانسیل های موجود استفاده نشده است. تصمیماتی که به اندازه کافی از شواهد پژوهشی مطلع نیستند، همواره یکی از دلایل مشکلاتی از قبیل زیرند: خدمات در دسترس افرادی که بیشترین نیاز را به آنها دارند، نیستند؛ شاخص های سلامت روند مطلوبی ندارند، بسیاری از کشورها قادر نیستند به اهداف توسعه هزاره دست یابند. به طور کلی تصمیماتی که به اندازه کافی از شواهد پژوهشی مطلع نیستند ممکن است به مشکلات مربوط به اثربخشی، کارایی و عدالت در نظام های سلامت مرتبط باشند [۳].

Use of health systems evidence by policymakers in eastern mediterranean countries: views, practices, and contextual influences

استفاده از شواهد پژوهشی نظام‌ها و سیستم‌های سلامت توسط سیاستگذاران در کشورهای مدیترانه شرقی: دیدگاه‌ها و اقدامات پژوهشگران

BMC Health Services Research 2012 12:200

<https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-200>

© El-Jardali et al.; licensee BioMed Central Ltd. 2012

Conclusion

Result

Methods

Introduction

شواهد پژوهشی و مطالعات انجام گرفته در سیستم های بهداشتی می توانند ، سیاست گذاری و تقویت سیستم های بهداشتی ملی را با شناسایی اولویت ها، انتخاب وسیع تر گزینه های سیاست گذاری، دادن اطلاعات علمی به سیاستگذاران و اجرای سیاست ها و تعیین مرحله ای برای ارزیابی نتایج سیاست ها، بهبود بخشند.

گزارشات موجود نشان می دهد که شکاف وسیع بین "دانش به عمل" وجود دارد. دلایل این شکاف در کشورهای مختلف متفاوت است و عمدتاً به عدم تعامل بین سیاست گذاران و محققان، به موقع نبودن یا وابستگی تحقیق، عدم اطمینان متقابل، کمبود مهارت های سیاست گذاران و نگرش منفی نسبت به تحقیق، بی ثباتی سیاسی می باشد.

استفاده از شواهد علمی سیستم های بهداشتی در سیاست، مشکلی است که بسیاری از کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه با آن مواجه هستند. با این حال، در کشورهایی که سیستم های بهداشتی در حال تغییر سریع هستند مانند کشورهای خاورمیانه، این موضوع از نگرانی های خاصی برخوردار است.

کمبود در تحقیقات سیستم های بهداشتی و بررسی سیستماتیک در (EMRO(Eastern Mediterranean Regional Office) وجود دارد .

Conclusion

Result

Methods

Introduction

در منطقه مدیترانه شرقی (EMRO)، **سیاستگذاران نیاز به شواهد** برای سیاستگذاری در سیستم های بهداشتی را **تشخیص می دهند** و سیاست گذاری مبتنی بر شواهد در حال حاضر توجه بیشتری را در محیط سیاست های بهداشتی به دست آورده است .

کمبود در تحقیقات سیستم های بهداشتی و بررسی سیستماتیک در منطقه مدیترانه شرقی EMRO وجود دارد . تحلیل اخیر رسانه های چاپی در ۴۴ کشور کم درآمد و درآمد متوسط که شامل چندین کشور از **EMRO** شد نشان داد که این منطقه از نظر مقالاتی که در تحقیقات سیستم های بهداشت و درمان استفاده می کنند **دومین کمترین نسبت (پس از آفریقا)** از نشریات علمی مربوط به موضوعات بهداشت در جهان است (۰.۸٪ در میان تمام سازمان های بهداشت جهانی) .

Conclusion

Result

Methods

Introduction

این مطالعه با استفاده از یک نظرسنجی سازگار و سفارشی از یک ابزار **مشابه در کانادا** توسعه یافته است. سیاستگذاران بهداشت از ۱۰ کشور (**الجزایر، بحرین، اردن، لبنان، عمان، پاکستان، فلسطین، سودان، تونس و یمن**) مورد بررسی قرار گرفتند.

این نظرسنجی مقطعی از سال ۲۰۱۰ تا سپتامبر ۲۰۱۰ در میان سیاستمداران در ۱۰ کشور منطقه خاورمیانه توزیع شد. جزئیات مربوط به نمونه گیری از پاسخ دهندگان به شرح زیر است.

این مطالعه شامل بخش های **جمعیت شناسی، دو مقیاس کمی و سوالات باز** بود. جمعیت شناسی شامل سوالات مربوط به سن، جنس و مدرک تحصیلی بود.

مقیاس اول شامل ۱۴ مورد است که **مقیاس سیاستگذاری** را با استفاده از یک مقیاس پنجگانه ارزیابی کرد.

مقیاس دوم شامل ۱۶ مورد در مقیاس پنج نقطه ای بود که **دیدگاه های سیاست گذاران و شیوه های خود را** در استفاده از شواهد در سیاست گذاری ارزیابی کردند.

مقیاس لیکرت براساس مقیاس لیکرت ۵ امتیاز محسوب می شود (به ترتیب صعودی از نمرات) به شدت موافقت می کند، موافق، موافق یا مخالف نیست، مخالف است، به شدت مخالف است.

Conclusion

Result

Methods

Introduction

در بخش های باز، از پاسخ دهندگان خواسته شد تا سه عامل اصلی را که قوی ترین نفوذ در روند سیاست گذاری در کشورهای یا سازمان های مربوطه را به نمایش گذاشتند، فهرست نماید.

از آنها نیز خواسته شد تا نمونه هایی را در مورد این موارد ارائه دهند: (i) تشکیل یک سیاست که در آن شواهد موجود بود و نقش مهمی داشت؛ (ii) جایی که شواهد موجود بود اما مورد استفاده قرار نگرفت و (iii) جایی که شواهد موجود نبود اما مورد نیاز بود.

علاوه بر این، از پاسخ دهندگان نیز خواسته شده است که حداقل سه موانع عمده و تسهیل کننده برای استفاده از شواهد در سیاست گذاری و سه پیشنهاد مهم برای بهبود استفاده از شواهد در سیاست گذاری ارائه دهند. سرانجام، از آنها خواسته شد تا نیازهای اصلی آموزش را فهرست نمایند.

این مطالعه با مرکزیت دانشگاه آمریکایی بیروت (AUB) انجام گرفت.

Conclusion

Result

Methods

Introduction

در مجموع ۴۲۱ نفر از سیاستگذاران برای تکمیل نظرسنجی خواسته شده بودند، از این تعداد، ۲۳۷ پاسخ (میزان پاسخ ۵۶.۳٪) انجام گرفت.

به طور کلی، ۵۱.۷ درصد از پاسخ دهندگان مدرک کارشناسی ارشد داشتند.

بسیاری از پاسخ دهندگان (۶۸/۹ درصد) به عنوان سیاست گذاران وزارت بهداشت مشغول به کار بودند، در حالی که ۱۵.۸ درصد در سازمان های غیر دولتی، ۸.۱ درصد در انجمن های حرفه ای و ۸ درصد در سازمان های کمک کننده بودند (جدول ۱).

در مجموع ۶۲.۶ درصد از پاسخ دهندگان نشان دادند که آنها در زمینه سیاست های بهداشتی آموزش دیده اند (جدول ۱)

Conclusion

Result

Methods

Introduction

✓ جدول ۱. خصوصیات پاسخ دهندگان (۲۳۷ نفر)

Country where respondents work as policymakers	N (%)	Questionnaires Sent	Response Rate
Pakistan	(%۱۷,۲) ۴۲	۵۰	%۸۴,۰
Sudan	(%۱۲,۲) ۲۹	۳۷	%۷۸,۴
Palestine	(%۱۱,۸) ۲۸	۳۷	%۷۵,۷
Jordan	(%۱۱,۴) ۲۷	۳۴	%۷۹,۴
Yemen	(%۱۱,۴) ۲۷	۳۶	%۷۵,۰
Oman	(%۹,۷) ۲۳	۴۹	%۴۶,۹
Algeria	(%۹,۳) ۲۲	۴۹	%۴۴,۹
Lebanon	(%۸,۴) ۲۰	۲۴	%۸۳,۳
Bahrain	(%۴,۲) ۱۰	۵۵	%۱۸,۲
Tunisia	(%۳,۸) ۹	۵۰	%۱۸,۰
Total	۲۳۷	۴۲۱	%۵۶,۳
Respondents degrees (they were allowed to indicate more than 1 degree)			
MS/MA/MBA/MPH/Med MSc		(%۵۱,۷) ۱۲۲	
MD or similar		(%۴۱,۸) ۹۹	
BS/BA/BSN		(%۲۱,۹) ۵۲	
PhD or DPH		(%۱۶,۹) ۴۰	
other degree		(%۴,۶) ۱۱	
Respondents' main domain of work			
MOH		(%۶۸,۸) ۱۶۱	
NGOs		(%۱۵,۸) ۳۷	
Professional associations		(%۸,۱) ۱۹	
Donor agencies		(%۸,۱) ۱۹	
Respondents received training in health policy			
Yes		(%۶۲,۶) ۱۴۴	
No		(%۳۷,۴) ۸۶	

Conclusion

Result

Methods

Introduction

عوامل موثر بر سیاست گذاری سلامت

اکثر سیاست گذاران (۷۴.۹٪) گزارش دادند که **عدم هماهنگی در میان وزارتخانه های مختلف و بین دولت و ارائه دهندگان خدمات سلامت مانع از سیاست گذاری سلامت های سلامت شده است.**

به طور کلی، ۷۹.۲ درصد از پاسخ دهندگان گزارش دادند که **بودجه دولتی محدود** برای بخش بهداشت و برنامه های سازمان های کمک کننده (۷۲.۵ درصد)، **ارزش های احزاب حاکم** (۵۳.۹ درصد) و **تحقیقات محدود** در مورد مشکلات مربوط به مراقبت های بهداشتی یا سیستم های بهداشتی (۴۵.۵ درصد)، در فرایند سیاست گذاری تأثیر گذاشته است. (جدول ۲)

پاسخ دهندگان سیاستمدار به یک سوال باز به طور کامل تأیید می کنند که **منابع مالی، احزاب سیاسی حاکم و منافع سیاسی سیاست گذاران، و سازمان های کمک کننده و سازمان های بین المللی مثل (WHO و UNICEF)** و نیز دسترسی به منابع ملی و تحقیقات **بین المللی** عامل اصلی تأثیر گذار بر فرایندهای سیاست گذاری سلامت در منطقه است.

Conclusion

Result

Methods

Introduction

دیدگاه های سیاست گذاران و شیوه های استفاده از شواهد

اکثر پاسخ دهندگان (۸۸,۵٪) به دنبال یافتن یا درخواست شواهد علمی برای حمایت از شکل گیری و اجرای سیاست های بهداشتی بودند. تقریباً نیمی از پاسخ دهندگان (۵۳٪) دریافت آموزش برای بدست آوردن شواهد علمی، ارزیابی کیفیت و قابلیت کاربرد محلی خود و اعمال آن در سیاست گذاری سلامت را گزارش کردند. کمتر از نیمی از آنها (۴۳/۱ درصد) گزارش دادند که ارتباطات و روابط همکاری بین محققین و سیاست گذاران بهداشت در سازمان های مربوطه وجود دارد. اکثر پاسخ دهندگان (۷۸,۷٪) نشان دادند که آنها از طریق اتصال به اینترنت در سازمان های مربوطه به تحقیقات بهداشتی دسترسی دارند. کمتر از نیمی از پاسخ دهندگان (۴۷/۹٪) گزارش دادند که مکان های به وضوح مشخص شده برای پیدا کردن یا تقاضای مدارک علمی وجود دارد و ۴۱,۶٪ اعلام کرده اند که مقدار کافی تحقیقات بهداشتی وجود دارد و اطلاعات کافی درباره تأثیرات و هزینه های سیاست ها (۳۹,۱٪).

Conclusion

Result

Methods

Introduction

- ❖ تقریباً نیمی از پاسخ دهندگان (۵۲,۱٪) با استفاده از شواهد هر زمان که در دسترس هستند و به آنها عرضه می شود، ۴۸,۵٪ از آنها به طور خاص برای روند سیاست گذاری درخواست داده اند.
- ❖ بیش از نیمی از پاسخ دهندگان (۵۵,۳٪) نشان دادند که حمایت از سیاست های اطلاع رسانی مدارک در کشورهای یا سازمان های مربوطه آنها به دلیل عدم بودجه صریح برای سیاست گذاری سیاست های بهداشتی و عدم وجود یک ساختار اداری (۵۲,۶٪) محدود شده است.
- ❖ افزون بر این، ۳۵,۹ درصد از پاسخ دهندگان گزارش دادند که ارزش محدودی به شواهد توسط بازیگران سیاسی داده می شود (جدول ۲).

Conclusion

Result

Methods

Introduction

عوامل موثر بر روند سیاستگذاری (مقایسه دیدگاه سیاست گذاران در کشور های مختلف)

در مقایسه با سایر کشورها، **یمن** با عوامل متعددی مواجه است که بر روند سیاستگذاری سلامت تأثیر می گذارد.

یکی از چالش ها این بود که **کمبود هماهنگی در روابط دولت / روابط میان وزارتخانه های مختلف** وجود داشت.

علاوه بر این، **پزشکان، پرستاران و دیگر انجمن ها** به نظر نمی رسد که تأثیر قابل توجهی در روند سیاست گذاری سلامت در مقایسه

با سایر کشورها داشته باشد.

تأثیر ارائه دهندگان خصوصی و بیمه گران در فرایند سیاست گذاری نیز حداقل بود (جدول ۳).

اردن، **چالش عدم هماهنگی در روابط ارائه دهنده خدمات دولتی / بهداشتی** بیشتر بود. در حالیکه انجمن های پرستاری همچنین

تأثیر ضعیفی بر روند فرایند سیاست گذاری در اردن داشتند، در مقایسه با میانگین کلی و همچنین به سایر کشورها نیز بهتر بود.

Conclusion

Result

Methods

Introduction

عمان

کمبود هماهنگی در روابط دولت و روابط با وزرا و صاحب نظران در مقایسه با سایر کشورها، چالشی جدی برای آن ها نیست.

به نظر می رسد نفوذ ارائه دهندگان خصوصی و ارزش های حاکم بر احزاب به عنوان یک چالش برای عمان در مقایسه با سایر کشورها به نظر نمی رسد.

با این حال، **تأثیر تحقیقات** در مورد مسائل مربوط به مراقبت های بهداشتی، **تأثیر بیشتری بر روند سیاست گذاری سلامت** در عمان در مقایسه با میانگین کلی و سایر کشورها نیز داشت (جدول ۳).

Conclusion

Result

Methods

Introduction

استفاده از شواهد در روند سیاست گذاری سلامت

یمن نیز به عنوان کشوری که با چالش استفاده از شواهد در فرایند سیاستگذاری مواجه شده است. به طور خاص و در مقایسه با سایر کشورها، سیاستگذاران در یمن، ارتباطات و همکاری کمتر میان محققان و سیاستگذاران بهداشت را گزارش کرده اند. علاوه بر این، در یمن مدارک علمی در زمان مناسب تحویل داده نمیشود و اطلاعاتی در مورد کیفیت و قابلیت کاربرد محلی ندارد.

مورد **بحرین** کاملاً مخالف با یمن است. به عنوان مثال، بحرین زمانی که ارتباط برقرار کرد و روابط همکاری بین سیاست گذاران و محققان را به دست آورد، بالاترین میزان را در مقایسه با سایر کشورها به دست آورد. گزارش شده است که در بحرین، در زمان مناسب، شواهد علمی تایید شده است. در حقیقت، بحرین بالاترین امتیاز را کسب کرد که سیاستمداران خواستار شواهد علمی برای فرایند سیاست گذاری بودند.

در مقایسه با سایر کشورها، **تونس** نیز نسبت به استفاده از شواهد در سیاستگذاری بهتر است. اگر ما تونس را با کشورهای دیگر مقایسه کنیم، بالاترین نمره میانگین در دسترسی به تحقیقات بهداشتی از طریق اتصال به اینترنت بود. تونس نیز با توجه به داشتن بازیگران سیاسی که ارزش استفاده از شواهد علمی در روند سیاست گذاری را دارند، بهتر از سایر کشورها است (جدول ۳).

Conclusion

Result

Methods

Introduction

مقایسه پاسخ های سیاستگذاران با توجه به وابستگی شان به مراکز دولتی یا غیر دولتی

پاسخ دهندگان به دو گروه وابسته به دولت تقسیم شدند (یعنی کسانی که در وزارت بهداشت) و سیاست گذاران وابسته به غیر دولتی (یعنی سازمان های غیردولتی، انجمن های حرفه ای و سازمان های کمک کننده).

تفاوت های قابل توجهی در پاسخ به عوامل موثر بر شکل گیری سیاست های بهداشتی بین پاسخ دهندگان در مناطق مختلف وجود دارد. نتایج نشان داد که پاسخ دهندگان کار در **سازمان های وابسته به غیر دولتی** نمرات توافق قابل ملاحظه ای نسبت به پاسخ دهندگان در وزارت بهداشت در مورد **عدم هماهنگی در میان وزارتخانه ها و ارائه دهندگان خدمات بهداشتی** داشتند.

از سوی دیگر، به نظر می رسد که **افکار عمومی** تأثیر بیشتری بر فرایند سیاست گذاری سلامت توسط پاسخ دهندگان در وزارت بهداشت در مقایسه با پاسخ دهندگان از سازمان های غیر دولتی (جدول ۴).

نمرات توافق قابل ملاحظه ای نیز برای پاسخ دهندگان سازمان های غیردولتی نسبت به کسانی که از سازمان های کمک کننده در رابطه با **تأثیر بودجه محدود شده** در روند سیاست گذاری سلامت (جدول ۴) دیده می شود.

Conclusion

Result

Methods

Introduction

تفاوت معنی داری بین پاسخ دهندگان در رابطه با استفاده از شواهد در سیاست گذاری های بهداشتی مشاهده شده است.

پاسخ دهندگان در سازمان های غیردولتی به طور معنی داری از میزان ارتباط و همکاری میان محققان و سیاست گذاران به میزان قابل توجهی بالاتر بودند. از سوی دیگر، پاسخ دهندگان در انجمن های حرفه ای، نمرات توافق بالاتر را در مورد این که سیاست گذاران درخواست شواهد علمی برای فرایند سیاست گذاری را نسبت به کسانی که در سازمان های اهدا می شوند، اعلام کردند (جدول ۴).

آژانس های کمک کننده به طور قابل توجهی کمتر از نمرات کنگره نسبت به انجمن های حرفه ای گزارش دادند که آیا شواهد موجود حاوی اطلاعات کافی برای سیاست های زود هنگام (جدول ۴). علاوه بر این، پاسخ دهندگان سازمان های وابسته به غیر دولتی به طور قابل ملاحظه ای از امتیازات در انجمن های حرفه ای کمتری داشتند، زمانی که خواسته شد که آیا مقدار کافی تحقیقات بهداشتی برای اطلاع رسانی به سیاست گذاری وجود دارد. پاسخ دهندگان سازمان های غیردولتی به طور قابل توجهی از نمرات پایین تر می پرسند که آیا سیاست گذاران از شواهد استفاده می کردند در حالی که در فرایند سیاست گذاری برای آنها در دسترس بود. وقتی که پرسیدم که آیا بازیگران سیاسی ارزش استفاده از شواهد علمی را دارند، پاسخ دهندگان وزارت بهداشت در مقایسه با همتایانشان نسبت به همتایانشان بسیار بالاتر بودند (جدول ۴).

Conclusion

Result

Methods

Introduction

موانع مواجهه در اغلب کشورها عبارتند از:

نیروهای سیاسی، فساد و ساختار ضعیف اداری سیاست گذاری، و همچنین فقدان سیاست گذاران آموزش دیده برای دسترسی و استفاده از شواهد (جدول ۶).

تسهیل کنندگان گزارش شده در منطقه شامل:

دسترسی به تحقیقات مربوط به سلامت و مربوط به سیاست (۱۵٪)، دسترسی آسان به اطلاعات (۱۱٪)، دسترسی منابع تحقیقاتی (۹٪)، حمایت از سازمان های غیر دولتی و سازمان های بین المللی (۹٪) دیگر تسهیل کنندگان اغلب ذکر شده در دسترس بودن مراکز تحقیقاتی، اعتقادات سیاست گذاران به اهمیت شواهد سیستم های بهداشتی، در دسترس بودن محققین واجد شرایط سیستم بهداشتی، ارتباط و شبکه سازی بین سیاست گذاران و محققان، انتشار گسترده تحقیقات و سیاست گذاران واجد شرایط (جدول ۶) هستند.

Conclusion

Result

Methods

Introduction

نیازمندی های آموزشی سیاست گذاران

سیاست گذاران اغلب نیاز به آموزش در مورد **چگونگی ایجاد سیاست های بهداشتی و استفاده از شواهد در سیاست گذاری را ذکر کرده اند**. مناطق آموزش اضافی شامل؛ آموزش در زمینه تجزیه و تحلیل سیاست، اقتصاد سلامت، تعیین اولویت های تحقیقاتی مربوط به سیاست، برنامه ریزی استراتژیک، تحقیق در مورد سیستم های عملیاتی، بودجه بندی و مدیریت مالی، مدیریت عمومی و رهبران

Conclusion

Result

Methods

Introduction

نتیجه

سیاستگذاران بهداشت در چندین کشور خاورمیانه اهمیت استفاده از شواهد سیستم های بهداشتی در سیاست گذاری های بهداشتی را می شناسند.

یافته های ما نشان می دهد که **نگرش های عمیق توسط سیاست گذاران نسبت به شواهد تحقیق**، استفاده از آن و مزایا در روند سیاست گذاری وجود ندارد.

تقویت سیاست گذاری های بهداشتی با **استفاده از راهبردهای موثر KT** نیازمند تلاش های جدی از سوی سیاست گذاران و محققان است. این مطالعه موانع و تسهیل کننده هایی را برای استفاده از شواهد سیستم های بهداشتی در سیاست گذاری ها شناسایی کرد و امیدوار بود که یافته های آنها سیاستمداران و محققان را برای آغاز گفت و گو و روابط همکاری فراهم سازد.

تحقیق ما نشان می دهد که **پرورش سیاست گذاری مبتنی بر شواهد مستلزم درک روشنی از زمینه های ملی** است که در آن تصمیم گیری های سیاسی صورت می گیرد.

Evidence- based Policy and Decision-Making among Health Managers: A Case of Shiraz University of Medical Sciences

سیاست گذاری و تصمیم گیری مبتنی بر شواهد در مدیران بهداشت: یک مورد دانشگاه علوم پزشکی شیراز

Peivand Bastani 1, Zahra Kavosi 1, Somayeh Alipoori 2 , Mohammad Hasan Imani-Nasab
Accepted 2016-12-06 – Galen Medical Journal

مرکز تحقیقات منابع انسانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

Conclusion

Result

Methods

Introduction

استفاده از شواهد جهانی به طور فزاینده ای به عنوان بخش مهمی از فرآیند تصمیم گیری در نظر گرفته شده است و سیاست هایی که با شواهد پژوهش پذیرفته شده بیشتر احتمال دارد که به اهداف بهداشتی دست یابند (۱).

سیاست گذاری مبتنی بر شواهد در کشورهای در حال توسعه می تواند تأثیرات قابل توجهی داشته باشد، مانند کمک به صرفه جویی در زندگی افراد؛ کاهش فقر و بهبود عملکرد [۵،۶].

در صورت وجود دسترسی محدود و محدودیت منابع، آگاهی سیاست گذاران از شواهد تحقیقاتی در تضمین استفاده آگاهانه از منابع محدود اهمیت بیشتری دارد [۷].

کشورهایی که سطح درآمد کم و متوسط دارند معمولاً دارای اختیارات کمتری برای رویارویی با مشکلات موجود در سیستم های بهداشتی هستند و نیاز به شواهد با کیفیت بالا برای استفاده کارآمد از منابع کمیاب دارند [۸].

در این رابطه، روابط بین شواهد نشان می دهد که نگرش ها، هنجار ذهنی و کنترل رفتاری درک شده می تواند بر اهداف و رفتار فرد تأثیر گذار باشد [۹-۱۱]. تا آنجا که بررسی های سیستماتیک نشان داده اند که چنین متغیرهایی می توانند در حدود ۳۹ درصد از تغییرات در اندیشه افراد و حدود ۲۷ درصد رفتار آنها را تشکیل دهند [۱۲].

Conclusion

Result

Methods

Introduction

این مطالعه مقطعی در سال ۲۰۱۶ انجام شد. جامعه آماری شامل تمام خطوط و مدیران اداره کار در هر یک از بیمارستان ها، درمانگاه ها و شبکه های بهداشت، کالج ها و واحد مدیریت در بخش های مرکزی دانشگاه علوم پزشکی شیراز می باشد. همه این ۱۴۱ مدیر به عنوان شرکت کننده در مطالعه از طریق سرشماری گرفته شد.

در میان شرکت کنندگان مورد مطالعه، ۴۷ نفر به عنوان مدیران بهداشت، ۴۵ نفر از مدیران اداره، ۱۸ نفر به عنوان مدیران کار و ۳۱ نفر به کار در زمینه های آموزشی و آموزشی مشغول بودند.

پرسشنامه ای با دو بخش برای داده های به دست آمده استفاده شد. قسمت اول مربوط به مشخصات جمعیت شناسی نمونه بود و بخش دوم شامل ۵۰ سوال در مورد پنج ساختار نگرش (۹)، هنجارهای ذهنی (۱۳)، کنترل رفتار درک شده (۲۲)، قصد (۳) و رفتار (۳). در داخل نگرش، هنجارهای ذهنی و سازه های کنترل رفتار درک شده، پرسش ها بر اساس تصویب یک رویکرد مستقیم و غیرمستقیم ارزیابی شدند. سوالات براساس مقیاس ۵ امتیاز لیکرت در دو مجموعه برآورد شده و نمرات از سوالات زیر از ۱ تا ۵ متغیر بودند.

Conclusion

Result

Methods

Introduction

روایی محتوای پرسشنامه به ترتیب ۰,۸۳ و اعتبار چهره برابر با ۰,۶۷ اندازه گیری شد و با برگزاری جلسه پنل نخبگان بهبود یافت. علاوه بر این، روش هماهنگی داخلی با روش آلفای کرونباخ برای ارزیابی اعتبار سؤالات مستقیم و آزمونهای انسجام خارجی همراه با روش آزمون مجدد برای ارزیابی اعتبارات غیرمستقیم از طریق استفاده از محاسبات همبستگی در داخل کلاس، مورد استفاده قرار گرفت. آزمون اعتبار مستقل آزمون نشان داد که همبستگی درونی کلاس پرسشنامه، ۰,۸۹۴، در سطح قابل قبول است.

Conclusion

Result

Methods

Introduction

جدول ۱: توزیع شرکت کنندگان با توجه به مشخصات دموگرافی آنها

Variables	Items	Number	%
Sex	Male	۱۲۰	۸۵,۱
	Female	۲۱	۱۴,۹
Age group	۳۰-۲۰	۱۲	۸,۵
	۴۰-۳۱	۶۲	۴۴
	۵۰-۴۱	۶۰	۴۲,۶
	۶۰-۵۱	۷	۵
Work experience	Under 5 years	۱۴	۹,۹
	۱۵-۵	۶۲	۴۴
	۱۶-۲۵ ش	۵۴	۳۸
	۳۰-۲۶	۱۱	۷,۸
Level of education	BSc	۲۱	۱۴,۹
	MSc	۳۴	۲۴,۱
	PhD/MD PhD	۴۳	۳۰,۵
	GP/PharmD	۴۳	۳۰,۵
Educational major	Clinical	۵۶	۳۹,۷
	Paraclinical	۱۹	۱۳,۵
	Health Sciences	۲۰	۱۴,۲
	Pharmaceutical Sciences	۷	۵
	Others	۳۹	۲۷,۷

Conclusion

Result

Methods

Introduction

یافته های تحقیق نشان می دهد که بیشترین تعداد (۸۵.۱۷٪) پاسخ دهندگان متعلق به مردان است. علاوه بر این، اکثر پاسخ دهندگان در محدوده سنی ۳۰ تا ۴۰ سال بودند. همانطور که در مورد تاریخ کار بیشترین فراوانی (۴۴٪) متعلق به ۵-۱۵ سال بود. با توجه به سطح تحصیلات، بیشترین فراوانی (۳۰.۵٪) به تحصیلات تخصصی و حرفه ای رسیده است. درجه، و در مورد حوزه مطالعه، بالاترین فراوانی (۳۹.۷٪) مربوط به حوزه بالینی مطالعات (جدول ۱).

جدول ۲ نشان دهنده میانگین و نمره استاندارد انحراف در مورد متغیرهای مورد مطالعه در تحقیق حاضر است. همان طور که مشاهده شد، **بالاترین میانگین نمره مربوط به نگرش غیر مستقیم بود (۸.۱۷) و کمترین نمره میانگین برای ادراک غیر مستقیم (۱.۲۱) بدست آمد.**

نتایج به دست آمده از آزمون ANOVA نشان داد که بین نمرات کل به دست آمده برای کنترل مستقیم رفتار درک شده و کنترل رفتار غیر مستقیم درک شده با توجه به سطح تحصیلات شرکت کنندگان، ارتباط آماری معنی دار وجود دارد.

Conclusion

Result

Methods

Introduction

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد برای ساختارهای مورد مطالعه

Constructs	Number	Minimum	Maximum	Mean \pm SD
Indirect attitude	۱۴۰	۲,۳۳	۱۲,۶۷	۱,۹۶ \pm ۸,۱۷
Direct attitude	۱۳۳	۲,۳۳	۵	۰,۴۰ \pm ۳,۵۷
Direct norms	۱۳۹	۱	۵	۰,۶۷ \pm ۳,۴۴
Indirect Norms	۱۳۳	۶-	۱۰	۳,۳۱ \pm ۴,۱۳
Direct perception	۱۲۸	۱,۵	۵	۰,۶۸ \pm ۳,۳۳
Indirect perception	۱۳۰	۲,۲۲-	۶,۷۸	۱,۲۱ \pm ۱,۶۶
Intention	۱۱۴	۱	۵	۰,۸۵ \pm ۳,۷۶
Behavior	۱۴۰	۱	۵	۰,۷۲ \pm ۴,۳۱

Conclusion

Result

Methods

Introduction

و همچنین بین سطح تحصیلات کارشناسی ارشد و دکتری تخصصی درجه ($P = 0.02$) در کنترل رفتار مستقیم درک شده است. علاوه بر این، رابطه معنی داری بین تحصیلات تکمیلی و کارشناسی ارشد داشت. درجه ($P = 0.015$) و بین دکترای حرفه ای مدرک Ph.D. درجه ($P = 0.029$) در کنترل رفتار غیر مستقیم درک شده است.

یافته های باقی مانده نشان می دهد که بین رشته تحصیلی و میانگین نمره به دست آمده برای کنترل مستقیم رفتار درک شده ارتباط معنی داری وجود دارد ($P = 0.044$).

علاوه بر این، ارتباط معنی داری بین سن و نمره متوسط به دست آمده برای هنجار غیر مستقیم ذهنی ($P = 0.023$) وجود دارد و همچنین بین سن و رفتار رابطه معنی داری وجود دارد ($P = 0.021$). در این راستا نتایج آزمون نشان داد که بین گروه سنی ۵۰-۶۰ سال و گروه سنی ۲۰-۳۰ ساله در عادت غیر مستقیم ذهنی ($P = 0.010$) رابطه معنی داری وجود دارد. همچنین ارتباط معنی داری بین گروه سنی ۳۰-۴۰ سال و گروه سنی ۴۰-۵۰ سال ($P = 0.003$) وجود داشت. همچنین متغیر رفتاری بین گروه سنی ۲۰-۳۰ سال و گروه سنی ۳۰-۴۰ سال ($P = 0.007$ ، Table-3) مشاهده شد.

Conclusion

Result

Methods

Introduction

علاوه بر این، رابطه معناداری بین صفات مختلف مدیران و ادراک غیر مستقیم مشاهده شد. آزمون پیوسته تکی نشان داد که بین میانگین نمره ادراک غیر مستقیم برای مدیران سلامت و نمره ی مشابه برای مدرسان و مدیران ستاد تفاوت معنی داری وجود دارد.

نتایج همبستگی پیرسون نشان می دهد که بین اهداف مدیران برای تصمیم گیری مبتنی بر شواهد با متغیرهای دیگر رابطه مستقیم و مثبت وجود دارد.

ارتباط معناداری مستقیم و مثبت بین رفتار مدیران با تصمیم گیری مبتنی بر شواهد با چهار متغیر نگرش مستقیم، ادراک مستقیم، ادراک غیر مستقیم و قصد مشاهده شد.

Conclusion

Result

Methods

Introduction

جدول ۳. تحلیل عاملی از متغیرهای مورد مطالعه با توجه به مشخصات دموگرافی

Education Level (I)	Education Level (J)	Mean Difference (I-J)	P-value		
Indirect perception	BSc	MSc	۰,۳۷۸-	۰,۴۳۳	
		GP	۰,۳۲۷-	۰,۴۸۲	
		PhD	۱,۱۳-	۰,۰۱۵	
	GP	BSc	۰,۳۲۷	۰,۴۸۲	
		MSc	۰,۰۵۰-	۰,۸۹۶	
		PhD	۰,۸۰۷-	۰,۰۲۹	
	Manager type (I)	Educational managers (J)	Mean difference (I-J)	P-value	
	Educational managers	Health managers	۱,۲۴	۰,۰۰۲	
		Instructional	۰,۷۸	۰,۰۴۷	
Headquarters		۰,۶۵	۰,۱۸۵		
Direct perception	MSc	BSc	۰,۲۹۵	۰,۱۲۱	
		GP	۰,۶۱۵	۰,۰۰۱	
		PhD	۰,۳۲۷	۰,۰۲۰	
	Education Major(I)	Education Major(j)	Mean difference (I-J)	P-value	
	Clinical sciences	Paraclinic	۰,۳۸۳-	۰,۰۴۹	
		Health Sciences	۰,۳۸۹-	۰,۰۳۰	
Pharmacologic Sciences		۰,۶۴۳-	۰,۰۲۸		
Indirect Norms	Age (I)	Age (J)	Mean difference (I-J)	P-value	
	۶۰-۵۰	۳۰-۲۰	۳,۹۹-	۰,۰۱	
		۴۰-۳۰	۲,۹۵-	۰,۰۲۴	

Conclusion

Result

Methods

Introduction

به نظر می رسد وضعیت فعلی تصمیم گیری مبتنی بر شواهد برای مدیران دانشگاه مناسب نیست. این مشکل در میان پزشکانی که به عنوان مدیران عمل می کنند جدی تر است. در این راستا، برنامه ریزی دوره های عملی ترجمه دانش، سیاست گذاری مبتنی بر شواهد و جستجو پیشرفته همراه با نظارت بر نتایج تصمیم گیری مدیران می تواند نقش مهمی در بهبود تصمیم گیری و کاربرد شواهد داشته باشد.



Reference

- Sadeghi M, Khanjani N, Motamedi F. Knowledge, attitude and application of evidence based medicine (EBM) among residents of Kerman Medical Sciences University. *Iranian J of Epidemiol.* 2011;7(3):6-20.
- Zare V. Evidence-based medicine approach among clinical faculty members. *Med J of Tabriz Univ of Med Sci.* 2006;28(1):56-66
- Gholami J, Ahghari Sh, Motevalian A, Yousefinejad V, Moradi Gh, Keshtkar AA. Knowledge translation in Iranian universities: need for serious interventions. *Health Res Policy Syst.* 2013; 11:43-51
- Dickersin K, Straus SE, Bero LA. Evidence based medicine: increasing, not dictating, choice. *BMJ.* 2007;334(1):10.
- Karimiyan Z, Kojori J, Saqib MM. Analysis of the realm of evidence-based medicine based on two factors: The nature and circumstances of decision-making. *Quarterly Magazine of E-learning (MEDIA).* 2015;6(2):69-75.
- Barati O, Sadeghi A, Khammarnia M, Siavashi E, Oskrochi Gh, A Qualitative Study to Identify Skills and Competency Required for Hospital Managers. *Electron Physician.* 2016; 8(6): 2458–65.
- Majdzadeh R, Yazdizadeh B, Nedjat S, Gholami J, Ahghari S. Strengthening evidence-based decision-making: is it possible without improving health system stewardship? *Health Policy Plan.* 2012;27(6):499-504.
- Milne S, Sheeran P, Orbell S. Prediction and intervention in health-related behavior: A meta-analytic review of protection motivation theory. *J Appl Soc Psychol.* 2000;30(1):106-43.
- Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. *Health behavior and health education: theory, research, and practice:* John Wiley & Sons;2008

با تشکر از حسن توجه شما

