

طراحی مدل خطمشی گذاری مبتنی بر شواهد در نظام سلامت ایران (پژوهشی کیفی)

دکتر سید عباس ابراهیمی*

دکتر حسن دانایی فرد**

دکتر عادل آذر***

دکتر لطف الله فروزنده****

چکیده

همه حکومت‌ها برای حل مسائل فراروی جامعه خود، بهبود شرایط و بهره‌گیری از فرصت‌ها، به سازوکارهایی به نام خطمشی‌های عمومی متوسل می‌شوند. برای ارتقا کیفیت چنین خطمشی‌هایی مدل-های متعددی پیشنهاد شده است، یکی از جدیدترین این مدلها، خطمشی گذاری مبتنی بر شواهد است. خطمشی گذاری مبتنی بر شواهد در بخش سلامت کشورهای مختلف مورد استقبال واقع شده است. هدف این پژوهش طراحی مدلی برای نهادی شدن خطمشی گذاری مبتنی بر شواهد در بخش سلامت کشور است. با توسل به پژوهش کیفی (مصاحبه با خطمشی‌گذاران و کارشناسان ارشد خطمشی‌گذاری نظام سلامت کشور و تحلیل داده بنیاد متن مصاحبه‌ها) و احصا مضامین کلیدی، مدل نهادی شدن خطمشی‌گذاری مبتنی بر شواهد طراحی شده است. در نهایت راهکارهای پیشنهادی برای رفع موانع موجود در راه بکارگیری خطمشی‌گذاری مبتنی بر شواهد در نظام سلامت کشور ارائه شده است.

واژه‌های کلیدی: خطمشی‌گذاری عمومی، شواهد، خطمشی‌گذاری مبتنی بر شواهد، خطمشی عمومی سلامت

* نویسنده مسئول عضو هیات علمی دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه سمنان a.ebrahimi@modares.ac.ir

** دانشیار گروه مدیریت دولتی دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه تربیت مدرس

*** استاد گروه مدیریت صنعتی دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه تربیت مدرس

**** دانشیار گروه مدیریت دولتی دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه تربیت مدرس

بیان مساله

خط‌مشی‌گذاری یکی از کارکردهای تولید نظام سلامت است و شاید چالش‌برانگیزترین کارکرد برای مطالعه، اندیشیدن، استدلال، خلاقیت و نوآوری به منظور ایجاد تحول و ارتقای کل یا بخشی از نظام سلامت می‌باشد. امروزه فرایند خط‌مشی‌گذاری با رشد سریع علم و فناوری اطلاعاتی و ارتباطی دستخوش تغییرات چشمگیری قرار گرفته و از طیف خرد فردی، سلیقه‌ای، تجربه نشده، به سمت خرد جمعی، برخوردار از تجارب دیگران و با تاکید بر پیش‌بینی و ارزیابی مزایا و معایب احتمالی در حال جابه‌جا شدن است. خط‌مشی‌گذاری مبتنی بر شواهد یکی از رویکردها و اصولی برای حرکت از طیف صرفاً شهودی و ناخودآگاه به طیف برخوردار شدن از منطق علمی و با در نظر گرفتن تمامی جنبه‌های اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی جامعه و ظرفیتهای سازمانی می‌باشد که به خصوص در دو دهه اخیر مورد توجه و استفاده، قانونگذاران، خط‌مشی‌گذاران، مدیران و کارشناسان قرار گرفته است. در چند دهه اخیر، نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران شاهد تحول بنیادین و تغییرات تدریجی گسترده‌ای بوده است. از دستاوردهای عمده این تحول و تغییرات به وجود آمده می‌توان، بهتر شدن دسترسی فیزیکی و مالی مردم به خدمات سلامت، افزایش امید زندگی، ارتقای شاخصهای بهداشتی، کنترل رشد جمعیت، کنترل بیماریهای مسری، تربیت نیروی انسانی و توسعه منابع فیزیکی مورد نیاز که قسمتی ریشه در خط‌مشی‌گذاری‌های مناسب دارد را یادآوری نمود. اما در کنار این موفقیت‌های عظیم و بعضاً پایدار، نارساییها، مشکلات و ناکارآمدی‌های متعددی وجود دارد که قسمت زیادی از آن به عدم خط‌مشی‌گذاری مناسب یا خط‌مشی‌گذاری‌های نامناسب یا اجراء و پایش ناکافی خط‌مشی‌های درست مربوط می‌شود. بیش از یک دهه است که بسیاری از مدیران و کارشناسان با پذیرش بعضی از اشتباهات موجود، اقدامات اساسی به منظور اصلاح فرایند خط‌مشی‌گذاری انجام دادند و با بازنگری ساختار شورای سیاست‌گذاری و توسعه اختیارات آن در تلاش هستند تا فرایند خط‌مشی‌گذاری در چارچوب منطقی، علمی و با استفاده از شواهد ارتقا یابد. گرچه در این مسیر نسبتاً جدید، قدم‌های زیادی برداشته شده است ولی راه‌های پیموده نشده و موضوعات بسیاری با اولویت بالا و قابل طرح وجود دارد که به شدت نیازمند به خط‌مشی‌گذاری مبتنی بر شواهد و اعمال اصلاحات در بخشهای مختلف نظام سلامت می‌باشد. در تحقیق حاضر تلاش شده است این رویکرد نوین به خط‌مشی‌گذاری در نظام سلامت کشور پیاده‌سازی شود و مدلی فرایند محور ترسیم شود که بر طبق آن

خط‌مشی‌هایی که از دل نظام سلامت کشور خارج می‌شود، خط‌مشی‌هایی مبتنی بر شواهد باشد.

سوالات پژوهش

باتوجه به بیانیه مساله پژوهش، سوال های اصلی پژوهش به صورت زیر است:

- چگونه می‌توان خط‌مشی گذاری مبتنی بر شواهد را در نظام خط مشی گذاری سلامت کشور نهادی کرد؟
- مدلی که بتواند خط مشی گذاری در پرتو شواهد را در نظام خط مشی گذاری سلامت کشور کشور تبیین کند، چگونه است؟
- مدل خط‌مشی گذاری مبتنی بر شواهد در نظام خط‌مشی گذاری سلامت کشور، چه ابعاد و مولفه‌هایی دارد؟
- وضعیت فعلی خط‌مشی گذاری مبتنی بر شواهد در نظام خط‌مشی گذاری سلامت کشور چگونه است؟
- موانع و راهکارهای بکارگیری رویکرد خط‌مشی گذاری مبتنی بر شواهد در نظام سلامت کشور کدامند؟

ضرورت و اهمیت پژوهش

در ایران دولت در امور مختلف جامعه حضور پررنگ و بی‌رقیبی دارد و عمده تصمیم‌گیری‌ها در مواجهه با مسایل عمومی در سازمانهای دولتی انجام می‌گیرد. این یک واقعیت است که با توجه به عملکرد دولت بسیاری از خط‌مشی‌ها و خط‌مشی‌های عمومی در ایران رضایت بخش و مناسب نیست. به نظر می‌رسد خط‌مشی گذاری عمومی در ایران گاه بسیار سیاست زده، پرشتاب و موقتی، بدون تعمق کافی و بدون ریشه‌یابی مسائل به صورت علمی انجام می‌گیرد. در کشور هر ساله سخن از تدوین خط‌مشی‌هایی برای حل برخی مسائل عمومی می‌شود اما آن مسائل حل نشده باقی می‌مانند. نداشتن کارکرد حل مسئله می‌تواند به ضعف در شناخت و ریشه‌یابی و یا سایر مراحل فرایند خط‌مشی گذاری باز گردد، اما مهم‌ترین چیز به علمی بودن خط‌مشی‌ها برمی‌گردد، خط‌مشی گذاری باید دانش محور بوده و در عین حال، تفکیک داده، اطلاعات، دانش و خرد در آن به خوبی انجام شود و از ابزارهای تحلیلی مناسب استفاده کند. یکی از این روشها خط‌مشی گذاری مبتنی بر شواهد است.

خط‌مشی‌گذاری مبتنی بر شواهد روش علمی و محققانه پژوهش در امر خط‌مشی‌گذاری است، این روش می‌تواند با ژرف‌نگری، توصیه‌های علمی مناسبی به خط‌مشی‌گذاران ارائه نماید اما متأسفانه هنوز این رویکرد در ایران از تأثیرگذاری لازم در فضای خط‌مشی‌گذاری برخوردار نیست. بسیاری از توصیه‌های خط‌مشی‌های عمومی که مطرح می‌شود، به نتایج مطلوب نمی‌انجامد و حتی ممکن است بهترین توصیه‌ها نیز تصویب نشده و یا به خط‌مشی منجر نشود و همین مسئله سبب شکل‌گیری خط‌مشی‌هایی شده است که به طور عمده ناکارآمد و بی‌اثر هستند و در حل مشکلات عمومی ناتوانند. اگر یک مجموعه شواهد، معیارها و شاخص‌های کلی وجود داشته باشد که خط‌مشی‌گذار بتواند بر اساس آن خط-مشی‌های خود را مورد ارزیابی قرار دهد می‌تواند پیشنهاد سیاستی مناسبی را ارائه دهد که هم با موفقیت تدوین شود و هم بازخورد و پیامدهای مناسبی داشته باشد. با این تفاسیر یکی از بزرگترین نیازهای خط‌مشی‌گذاری عمومی در نظام سلامت ایران شناخت عمیق و علمی مسائل عمومی، ایده‌پردازی، طرح مسائل نوین، ارزیابی نقادانه خط‌مشی‌ها، تبدیل ایده‌های کلی به خط‌مشی‌ها و برنامه‌های دقیق و قابل اجرا، مطالعات تطبیقی، توضیح و تفسیر خط‌مشی‌ها برای رسانه‌ها و افکار عمومی و... است. همه این موارد جزو وظایف خط-مشی‌گذاران این حوزه بوده که در صورت ایفای نقش صحیح در تمامی این زمینه‌ها کارکردهای مثبتی خواهند داشت.

مبانی نظری خط‌مشی‌گذاری مبتنی بر شواهد

استفاده از شواهد در خط‌مشی‌گذاری، که برخی نیز آن را خط‌مشی‌گذاری مبتنی بر شواهد می‌نامند، به روش‌های مختلفی تفسیر می‌شود. این روش به درک و ملاحظه شواهد در مراحل تنظیم برنامه‌ها، تعریف مسائل، شناسایی فرصت‌ها، انتخاب اقدامات، ارائه و مشاهده تأثیر و نتیجه آن‌ها (Solesbury, 2001) اشاره دارد. تغییر از روش قدیمی خط-مشی‌گذاری با منشأ ایدئولوژیک به خط‌مشی‌گذاری با تأکید بر شواهد در اثر پیشرفت‌های بسیار مهمی ایجاد شده است. یکی از این پیشرفت‌ها، رشد جمعیت تحصیل کرده و آگاهی است که به طرز فعال در پی پرسش از تأثیر اقدامات اقتصادی و اجتماعی دولت هستند (Davies, Nutley and Smith, 2000; Mulgan, 2003). مخصوصاً، رشد هزینه‌های عمومی موجب می‌شود تا مالیات‌دهندگان در مورد مشکلات اجتماعی و تأثیرشان بر سرمایه‌های عمومی تحقیق کنند (Sanderson, 2002). پیش فرض اصلی خط‌مشی‌گذاری

مبتنی بر شواهد این است که اگر بتوان در مورد موضوع و مساله اطلاعات گسترده و با کیفیتی جمع آوری کرده و آنرا به دانش معنادار تبدیل شود و در بین ذینفع‌های مختلف که قدرت عمل دارند، منتشر شود، می‌توان در مورد مسائل عمومی تصمیمات بهتری اتخاذ شود. به عبارت دیگر، انجام مطالعات علمی که بر طبق برنامه‌ها و عملیات ویژه‌ای انجام می‌شود منجر به اتخاذ خط‌مشی‌های بهتری می‌شود (Clarence, 2002). منظور از شواهد، نتایج تحقیقات نظام‌مند و همه‌جانبه جهت افزایش دانش است و خط‌مشی‌گذاری مبتنی بر شواهد رویکردی است که به افراد کمک می‌کند در تصمیم‌گیری‌های خود، با اطلاعات بیشتری اقدام نمایند و از بهترین شواهدی که در دسترس قرار دارد در جهت استقرار، اجرا و توسعه خط‌مشی‌ها استفاده نمایند (Devies, 2004). خط‌مشی‌گذاری مبتنی بر شواهد یک دهه پیش در چندین کشور پیشرفته مطرح شد، به خصوص در انگلستان که دولت کارگری در سال ۱۹۹۷ انتخاب شد و فلسفه «چیزی که کار می‌کند مهم است»^۱ را به عنوان بخشی از برنامه دولت در حال مدرن شدن^۲، به همراه آورد (Bulmer, Coates and Dominican, 2007; Davies, Nutley and Smith, 2000). در ایالات متحده نیز فرهنگ استفاده از شواهد در خط‌مشی‌گذاری با ظرافت نهادینه شده است، به خصوص در استفاده از مدل‌های پیچیده و ابزار تحلیلی در کمک به فرایند خط‌مشی‌گذاری (Jewell and Bero, 2008). گرایش‌های مشابهی نیز در کشورهای دیگر از جمله استرالیا و کشورهای منطقه اسکاندیناوی شکل گرفته است (Banks, 2009; Nutley, Morton, Jung and Boaz, 2010). خط مشی گذاری بر مبنای شواهد در حقیقت کارمندان دولت، به خصوص افراد مشغول در طراحی و اجرای خط‌مشی‌ها، را ملزم می‌کند تا قابلیت و ظرفیت خود را برای لحاظ نمودن شواهد در تصمیم‌گیری‌ها و فعالیت‌هایشان ارتقا دهند (Pawson, 2006).

استفاده از شواهد در عمل به صورت عملیاتی در بخش‌های مختلف دولتی متفاوت است، و برخی از شواهد یافته شده حتی از خط‌مشی‌های روز دولت‌ها نیز حمایت نمی‌کنند (Duncan, 2005; Bulmer, Coates and Dominican, 2007). بنابراین برخی به این نتیجه می‌رسند که در حالت تعادل، موجه‌تر این خواهد بود که این پدیده را در خط-

1 -What matters is what works

2 -Modernizing Government

مشی‌گذاری با عنوان «خطمشی‌گذاری مطلع از شواهد»^۱ توصیف کنیم و نه «خطمشی-گذاری مبتنی بر شواهد» (Simons, 2003). همانطور که انتظار می‌رود درک گسترده و متفاوتی از خطمشی مبتنی بر شواهد در بین کارشناسان و خطمشی‌گذاران وجود دارد اما اکثر خطمشی‌گذاران معتقدند: شواهد، خطمشی‌گذاران را قادر می‌سازد که بنیاد و خرد مایه‌ی برای تصمیمات خود ارائه دهند، فهم درستی از ماهیت مساله و میزان گستردگی آن بدست آورند، راه‌حلهای مختلفی برای مسائل پیشنهاد دهند، بینشی در زمینه تأثیرات آتی خطمشی‌ها کسب کنند و اراده و انگیزه‌ای برای اجرای خطمشی‌ها به وجود آورند. در واقع شواهد به منظور فهم بهتر مسائل عمومی، تأثیرگذاری بر تفکرات خطمشی‌گذاران و ارزیابی و دفاع از تصمیمات اتخاذ شده بکار گرفته می‌شود. (Campbell Et al, 2007; Hammersley, 2005).

برخی از صاحب‌نظران (Young et al, 2002; Nutley, & Davies, 2000) عبارت «متأثر از شواهد» یا «آگاه از شواهد» را ترجیح می‌دهند تا دید واقع بینانه‌تری از موفقیت-هایی که شواهد می‌توانند کسب کنند، ارائه دهند. به طور کلی ادبیاتی غنی در مورد استفاده از شواهد در خطمشی‌گذاری عمومی موجود است. مباحث در این زمینه در دهه ۱۹۷۰ ظهور یافت، زمانی که سودمندی تحقیقات علوم اجتماعی مؤثر بر خطمشی اهمیت داشت (Weiss, 1979; Duncan, 2005). این بحث در کنار دولت جدید کارگری انگلستان که از مباحثه کلی «استفاده از شواهد در خطمشی‌گذاری» حمایت می‌کرد، در دهه اخیر شدت یافت. استفاده از شواهد در خطمشی‌گذاری طیف وسیعی از مسائل متنوع و در عین حال به هم مرتبطی را در بر می‌گیرد. از جمله این مسائل می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: دامنه و ماهیت شاهد، نحوه به کارگیری شواهد، مدل به کارگیری آن در فرایند خطمشی، انتشار و تبادل شواهد، گردآوری و حفظ یک پایگاه شواهد، نتیجه و تأثیرگذاری این اقدام، و ظرفیت تحقیقاتی برای حمایت از این نوآوری (Nutley, & Davies, 2000; Wells, 2007). با این حال، بحث‌ها در مورد کاربردهای عملی شواهد به طور کلی کمتر به صورت مبسوط در ادبیات مکتوب مطرح شده‌اند و در ادبیات داخلی نیز تقریباً هیچ بحثی در مورد ایران و دیگر کشورهای آسیایی و در حال توسعه در این منابع وجود ندارد. به نظر می‌رسد استفاده از شواهد به تدریج در ایران نیز مورد تأکید و توجه قرار می‌گیرد. هدف این

1- Evidence-informed policy

2- Evidence-based policy

پژوهش، بررسی استفاده از شواهد در فرایند خط‌مشی‌گذاری در نظام سلامت ایران و شناسایی موانع و ارائه راهکارهای مناسب است.

روش شناسی تحقیق

در پژوهش حاضر که با رویکرد کیفی انجام شده است، برای تجزیه و تحلیل داده‌های بدست آمده از مصاحبه‌ها، از تکنیک تحلیل تئوری داده بنیاد استفاده شده است. ابزار اصلی گردآوری اطلاعات در پژوهش حاضر انجام مصاحبه نیمه ساختار یافته است. افراد مشارکت‌کننده در پژوهش شامل بیست و پنج نفر از خط‌مشی‌گذاران حوزه نظام سلامت کشور، کارشناسان ارشد حوزه خط‌مشی‌گذاری سلامت عمومی وزارت بهداشت، کارشناسان ارشد مراکز و موسسات تحقیقاتی سیاست‌گذاری سلامت وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور بوده که در تدوین برنامه‌ها و خط‌مشی‌های حوزه سلامت کشور نقش داشته‌اند.

یافته‌های پژوهش

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات حاصل از مصاحبه‌های تحقیق کنونی از روش تحلیل تئوری داده بنیاد استفاده شده است. پس از انجام مصاحبه کلیه کدهای مستخرج از مصاحبه‌ها در چهار محور اصلی زیردسته بندی شده است. اصلی‌ترین تم‌های استخراج شده از تحقیق کنونی در این چهار محور طبقه‌بندی شد که در ادامه هر یک از این محورها مورد بحث قرار می‌گیرند.

محورالف) بکارگیری شواهد در مرحله تعیین موضوع، تدوین و تصویب خط مشی های حوزه سلامت

حیطه اول: نقش شواهد در تعیین موضوع
 برخی از مشارکت‌کنندگان معتقدند که "بسیاری از موضوعات مربوط به سلامت به صورت ناگهانی و یکباره از بیرون به خط‌مشی‌گذار تحمیل می‌شود و خود خط‌مشی‌گذار در تهیه اون موضوع و شناسایی آن موضوع نقشی ایفا نمی‌کند". عده‌ای دیگر معتقدند که "برخی از گزارشها، رسانه‌ها، نظر مردم و خبرگان منجر به مطرح شدن موضوعات خط مشی می‌شود". بر طبق اظهارات مشارکت‌کنندگان می‌توان نتیجه گرفت که برای تهیه موضوعاتی که در دستورکار سیاست‌گذاری سلامت قرار می‌گیرند به دو روش فعال و غیرفعال عمل می‌شود: در شکل فعال، «دبیرخانه» از ظرفیت خود برای ارزیابی و تحلیل دوره‌ای، هر سه تا

پنج سال یک بار، وضعیت سلامت و عملکرد بخش سلامت و تحلیل گزارش‌های کارشناسان و مدیریت‌ها به صورت سالانه استفاده می‌کند. در شکل غیرفعال، گزارش‌های رسیده از ذینفعان، اعلام نظر مردم یا رسانه‌ها، نتیجه طرح‌های تحقیقاتی یا نظر ارائه‌کنندگان خدمات و ...، مبنای مطرح شدن موضوعات خط مشی قرار می‌گیرد.

با این حال می‌توان گفت که در هر دو حالت "شواهد پژوهشی خوب ما را قادر به شناسایی مسائلی مانند مرگ و میر نوزادان، بروز بیماری‌های فراگیر، آلودگی هوا، بیکاری فارغ‌التحصیلان پزشکی و ... می‌کند". به عنوان مثال، چگونه می‌توانیم خطمشی‌گذاران را در مورد عوارض عدم تغذیه با شیر مادر، آگاه کنیم؟ باید گفت که "صرفاً از طریق انجام پژوهش‌های دانشگاهی و انجام مطالعات مروری" می‌توانیم این موضوع را برای تصمیم‌گیری مطرح کنیم. داشتن اطلاعات آماری جامع نیز می‌تواند در شناسایی مسائل مربوط به حوزه سلامت کمک کند. برای مثال "مشکل بیکاری فارغ‌التحصیلان پزشکی موضوع جدیدی نیست اما دقت و صحت آماری که در پژوهش‌های مختلف مطرح می‌شود می‌تواند ذهن خطمشی‌گذاران را به این موضوع جلب کند". برای اینکه مهمترین مسائل حوزه سلامت در کشور شناسایی شوند وزارت بهداشت نیاز به "دیده بانی سلامت" دارد. دیده‌بانی سلامت در واقع "رصد نظام‌مند و مستمر شرایط و مسایل مربوط به سلامت همه مردم و علوم مرتبط با سلامت در پهنه جغرافیایی ایران و منطقه چشم‌انداز به طوری که از نتایج آن در سیاست، برنامه، تصمیم‌گیری و اجرای «کارآمد و مبتنی بر شواهد» استفاده شود". برای این منظور بهتر است وزارت بهداشت به عنوان متولی امر سلامت در کشور با استفاده از رویکرد فعال و همچنین رویکرد غیرفعال اقدام به "توجه بیشتر به پژوهش‌های انجام شده در مراکز تحقیقاتی وابسته و همچنین راه‌اندازی بهتر شبکه تحقیقاتی خود" کند. به نظر می‌رسد یکی از راه‌های شناسایی مسائل و مشکلات با رویکردی کاملاً شواهد محور "تشکیل تیم‌های تخصصی در شورای سیاست‌گذاری سلامت کشور باشد". یکی از مهمترین کارهایی که در دبیرخانه شورای سیاست‌گذاری سلامت در حال انجام است تهیه سیاست نامه برای بحث در شورای سیاست‌گذاری است. در واقع "سیاست نامه مشابه خط مشی نامه^۱ است که در کمیسیون‌های تخصصی کمیسیون دائمی شورای عالی سلامت با مشارکت ذینفعان تدوین می‌شود تا پس از ممیزی در کمیسیون دائمی در شورای عالی سلامت مطرح شود". این سیاست‌نامه حاوی عنوان مساله، سابقه مساله، تحلیل سیاست، تحلیل مداخلات،

نتیجه‌گیری و توصیه‌ها و در آخر منابع است. در تهیه این سیاست نامه " تلاش می‌شود در نحوه انتخاب موضوع و شناسایی مساله از شواهد پژوهشی موجود بهره بگیریم" و دبیر خانه شورای سیاست‌گذاری سلامت باید "موضوع های طرح شده برای سیاست‌گذاری را بررسی، دسته‌بندی و اولویت‌بندی اولیه می‌کند و اقدام مناسب برای هر موضوع را اعلام می‌دارد، مانند: تدوین گزارش و کسب نظر از شورای سیاست‌گذاری بخش سلامت، ارجاع به سطوح دیگر، رد موضوع طرح شده و اعلام بازخورد به مخاطب". همه این مراحل بهتر است با شواهد پژوهشی موجود در کشور یا تجربیات سایر کشورها تطبیق داده شود. در ایران عمده وظیفه تولید شواهد و گردآوری شواهد مربوط به سلامت بر عهده موسسات تحقیقاتی زیر مجموعه وزارت بهداشت است. شورای سیاست‌گذاری وظیفه مدیریت این شواهد را بر عهده دارد. در واقع برای شناسایی مسائل و مشکلات حوزه بهداشت و سلامت عمومی کشور بهتر است "مدیریت و برون سپاری پژوهش‌های مورد نیاز سیاست‌گذاری سلامت از طریق موسسه ملی تحقیقات سلامت و اجرای پژوهش‌های سریع مورد نیاز سیاست‌گذاری سلامت در موارد ضروری" بر عهده این دبیرخانه قرار گیرد.

حیطه دوم: نقش شواهد در تدوین و تصویب خط مشی سلامت

می‌توان گفت " مهمترین نقش شواهد در تهیه، تدوین، شکل بندی و تصویب خط مشی را در مرحله تهیه خط مشی نامه می‌توان مشاهده کرد" که در آن "جنبه های مختلف سیاست انتخاب شده به زبان غیر فنی و قابل استفاده توسط سیاستگذاران مکتوب می‌شود. در سند مربوط به این مرحله علاوه بر تعریف ساده‌ای از سیاست انتخاب شده و خلاصه‌ای از مراحل انتخاب آن، عملکردهای اصلی مطروحه در سیاست، سازمانهای موجود که در اجرای این سیاست نقش ایفا می‌کنند، سازمانهای جدیدی که باید ایجاد شوند و وظایف هر یک به همراه جریان کاری پیش‌بینی‌شده، قانونهای مورد نیاز و ... ذکر می‌شود". خط مشی نامه تدوین شده باید بر اساس گروههای هدف مختلف بازنویسی شود تا علائق هر یک در آن نشان داده شود. بنابراین باید نسخه‌های ویژه سازی شده خط‌مشی برای گروههای هدف متفاوت تدوین شود. در این مرحله "پیش نویس خط‌مشی‌نامه در قالب میزگردها و جلسات رسمی توسط متخصصین مورد موشکافی و نقد و بررسی قرار می‌گیرد". در ادبیات مربوط به خط‌مشی‌گذاری عمومی این مرحله با عنوان گفتمان خط مشی^۱ شناخته می‌شود. در "گفتمان خط‌مشی به شکل متعارف آن در وزارت خانه تشکیل

نمی‌شود یا برای برخی موضوعات تشکیل می‌شود". معمولاً در وزارت بهداشت "نظر خواهی از گروه متخصصان موضوعی توسط تدوین کننده سند سیاستی انجام می‌شود". اما بهتر است وزارت بهداشت در شورای سیاستگذاری گفتمان خط مشی را برای هر موضوع بکار گیرد. " پس از آماده شدن خط‌مشی نامه و مطرح شدن آن در گفتمان خط مشی " گزینه‌های سیاستی مطرح شده در سیاست نامه در نشست شورای سیاستگذاری برای تلفیق این گزینه‌ها و آماده کردن سند نهایی آنها مطرح می‌شود". در این نشست "باید گزینه‌های سیاستی و سناریوهای مختلف مطرح شوند و پابرجایی آنها با توجه به ویژگی‌های هر یک از سناریوها محک بخورد". در نهایت " کانون سیاست گذار، پس از بررسی پیش‌نویس سیاست نامه و ابلاغیه ارائه شده، نظر خود را به صورت تصویب، رد، یا اصلاح اعلام می‌دارد."

محور ب) بکارگیری شواهد در اجرا و پایش خط مشی های حوزه سلامت

پس از تصویب خط‌مشی و تصویب سیاست نامه در شورای سیاست گذاری و تایید وزیر، نوبت به اجرای خط مشی می‌رسد. برای این منظور "واحد فنی وزارتخانه که خط-مشی وضع شده مربوط به آن واحد بوده، برنامه زمان بندی شده برای اجرای سیاست نامه را در قالب نظام برنامه‌ریزی عملیاتی تنظیم می‌کند و پس از تایید شورای مدیران همان حوزه و تصویب شورای معاونان وزارت بهداشت، به «دبیرخانه» ارسال می‌دارد". واحد فنی بر طبق شواهد موجود، "راهنمای عملیاتی و بسته آموزشی اجرای سیاست نامه مصوب را تدوین می‌کند و به «دبیرخانه» ارسال می‌دارد". البته در برخی موارد " حوزه فنی، در صورت لزوم با همکاری «دبیرخانه»، مجریان ملی / استانی سیاست نامه مصوب را برای اجرای صحیح آن آموزش می‌دهند".

با توجه به اینکه پایش در سطوح مختلف ستاد و صف انجام می‌شود «دبیرخانه شورای سیاستگذاری» در پایش اجرای سیاست نامه، مسئولیت پایش "سبد برنامه های مندرج در یک سیاست نامه" را برعهده دارد. " «دبیرخانه» حداقل هر شش ماه یک بار باید گزارش پیشرفت اجرای هر سیاست نامه مصوب را از واحد فنی مربوط دریافت و براساس آن مراتب را به کانون سیاست‌گذار گزارش کند". مشارکت کنندگان معتقدند "هریک از نهادهای فنی وزارتخانه و همچنین معاونت‌های مربوطه، ضمن تقویت نظام‌های ملی پایش و ارزیابی موجود، مسئول و پاسخگوی پایش و ارزیابی خروجی‌های برنامه مربوط به خود بوده و در

نتایج آن سهیم است. پایش عمدتاً بر شواهد مرتبط با وضعیت و زمینه جمعیت هدف و پیشرفت در نتایج متمرکز است. لازم است که فرایند پایش از اجرا فراتر رفته و در مورد "میزان توفیق برنامه در رسیدن به نتایج"، شواهدی عرضه کند. پایش مبتنی بر شواهد شامل "شناختی منظم و نظام مند بر پایه مشارکت، بازتاب، بازخورد، گردآوری اطلاعات، تحلیل عملکرد واقعی با استفاده از شاخص ها، و گزارش دهی منظم" است.

محورج) بکارگیری شواهد در ارزشیابی خط مشی های حوزه سلامت

برای انجام ارزشیابی، غالباً از شاخص ها به عنوان بخشی از این فرایند استفاده می شود.^۱ به عبارت دیگر "شاخص کمک می کند که عملکرد را ارزیابی نمائیم". یک شاخص ممکن است یک مقدار ساده از یک واقعه باشد "مثلاً تعداد موارد واکسیناسیون انجام شده در طی دوره زمانی مشخص" یا مقادیری که بر اساس منابع اطلاعاتی متعدد به دست آمده است "مثلاً نسبت کودکانی که قبل از سن یک سالگی به طور کامل واکسینه شده اند". تشخیص تغییرات منتج از یک خط مشی نیازمند "مقایسه افراد یا گروه هایی است که در معرض آن خط مشی بوده اند با آنهایی که در معرض آن نبوده اند". این امر از طریق مطالعات تصادفی^۱ قابل انجام است. اما گاهی مطالعات تصادفی امکانپذیر نیست در این صورت "از راه های دیگری مانند مقایسه تغییرات قبل و بعد انجام برنامه^۲ و مشاهده تغییرات در خلال دوره زمانی مشابه در مناطقی که این برنامه یا خط مشی را دریافت نکرده بودند" و یا از طریق "سری مطالعات منقطع زمانی^۳ که در آن داده ها از نقاط زمانی متعدد، قبل از اجرا، در طی اجرای خط مشی و بعد از اجرای خط مشی جمع آوری می شوند"، می توان استفاده کرد. در وزارت بهداشت اصولاً باید «دبیرخانه شورای سیاست گذاری» در مقاطعی که در خط مشی نامه مصوب، تعیین شده است، "نتیجه ای ارزشیابی دستاورد سیاست های مصوب را، بر پایه گزارش پژوهشی که واحد فنی آن سیاست نامه، توسط موسسه ملی تحقیقات سلامت درباره فرایندها و برون داد و پیامدها تهیه می کند، به کانون سیاست گذار اعلام کند تا تکلیف از نظر تداوم سیاست یا تنقیح و تغییر آن روشن شود".

1 -Randomised Trials

2 -Before-After Evaluation

3 -Interrupted Time- Series

محور د) شناسایی عوامل و موانع موجود در بکارگیری خط مشی گذاری مبتنی بر شواهد کدهای که از مصاحبه‌های انجام شده استخراج شد به همراه عوامل و موانعی که در ادبیات موجود در زمینه موانع پژوهش در خط‌مشی گذاری (مجد زاده و همکاران، ۲۰۱۲؛ دمازی و همکاران، ۱۳۸۹؛ یزدی زاده و همکاران، ۱۳۸۸) استخراج گردید نشان می‌دهد که موانع و مشکلات موجود بر سر راه بکارگیری خط‌مشی مبتنی بر شواهد در نظام سلامت کشور را می‌توان به تفکیک تولیدکنندگان و استفاده‌کنندگان شواهد علمی و رابطان بین تولیدکنندگان شواهد با استفاده‌کنندگان از شواهد، بررسی و گزارش کرد.

حیطه اول: عوامل و موانع مربوط به تولید کنندگان شواهد

نتیجه کدگذاری مصاحبه‌های انجام شده و همچنین مرور ادبیات تحقیق نشان می‌دهد که در نظام سلامت کشور موسسات و پژوهشکده‌هایی که وظیفه تولید شواهد را برای خط‌مشی‌گذاران بر عهده دارند با موانع و محدودیت‌های زیادی مواجه هستند (جدول ۱).

جدول ۱: موانع شناسایی شده در بخش تولید شواهد علمی

موانع شناسایی شده	نمونه کدهای مربوطه
فرهنگ ضدیت با دانش عقلایی	" فرهنگ گرایش به مخالفت با نخبگان و ضدیت با دانش عقلایی در فضای خط مشی گذاری ما حاکم است."
منابع مالی نا کافی	"تسهیلات کافی به منظور تولید شواهد علمی با کیفیت در اختیار نداریم."
عدم وجود وقت کافی برای انتشار و انتقال دانش حاصل از پژوهش	ادبیات تحقیق (صدیقی و همکاران، ۱۳۸۶)
دانش ناکافی تولید کنندگان شواهد	"پژوهشگران ما هم مهارت کافی در امر پژوهش ندارند"، "پژوهشگر با معیارهای نقد علمی پژوهش آشنا نیست"
کاربردی نبودن تحقیقات	"اغلب مطالعات ما کاربردی نیست"، "عدم شناخت مخاطبین پژوهش"
معیارهای ارتقا پژوهشگران	"نحوه رتبه بندی پژوهشگران در وزارت بهداشت مناسب نیست"
ضعف مدیریتی شبکه‌های تولید کننده شواهد	"اولویت های پژوهشی در شبکه های تحقیقاتی وزارت بهداشت نامشخص و غیر منطقی است."
ارتباط ضعیف بین تولید کنندگان دانش و خط مشی‌گذاران	"در همه کشورها هر خط‌مشی‌گذار از راهنمایی‌های چندین پژوهشگر بهره می‌گیرد اما در اینجا ارتباط خیلی ضعیفی بین جامعه پژوهش و خط مشی‌گذاران سلامت وجود دارد"
کمبود آگاهی در مورد ترجمان دانش و انتقال دانش	ادبیات تحقیق (مجدزاده و همکاران، ۲۰۱۲؛ یزدی زاده و همکاران، ۱۳۸۸)
عدم همکاری میان پژوهشگران	"پژوهشگر های وزارتخانه و موسسات پژوهشی به هم اعتماد ندارند."
روش سفارش تولید شواهد علمی	"ارتباط بین تولیدکنندگان شواهد با سفارش‌دهندگان بسیار فردی و شخصی است."

عدم انتظار در جهت ایجاد تغییر در مخاطبان هدف در اثر پژوهش	ادبیات تحقیق (مجدزاده و همکاران، ۲۰۱۲؛ یزدی زاده و همکاران، ۱۳۸۸)
بازخورد ضعیف	"پژوهشگران نسبت به میزان کاربردی بودن پژوهش خود آگاهی ندارند"
انگیزه پایین تولید کنندگان شواهد	"محققان ما انگیزه تولید شواهد با کیفیت را ندارند"
ضعف پژوهش در کشور	"اغلب پژوهش های ما یا ترجمه است یا توصیفی و اغلب تکراری هستند"

حیطه دوم: عوامل و موانع مربوط به استفاده کنندگان از شواهد

نتیجه کدگذاری مصاحبه‌های انجام شده و همچنین مرور ادبیات تحقیق نشان می‌دهد که در نظام سلامت کشور خط‌مشی‌گذاران که وظیفه تهیه خط‌مشی‌های مبتنی بر شواهد را برعهده دارند با موانع و محدودیت‌های زیادی مواجه هستند. جدول زیر به صورت خلاصه این موانع شناسایی شده را نشان می‌دهد.

جدول ۲: موانع شناسایی شده در بخش استفاده کنندگان خط مشی

موانع شناسایی شده	نمونه کدهای مربوطه
فقدان رهبری در تهیه و تدوین دستور کار در بخش سلامت	"واحدهای مختلفی چه در داخل وزارتخانه و چه در بیرون از وزارتخانه در تهیه و تدوین دستور کار و ارائه سیاست‌های سلامت نقش دارند"
دانش محدود خط مشی‌گذاران	"مدیران و تصمیم‌گیرندگان ما آگاهی و دانش محدودی در زمینه شیوه‌های بکارگیری شواهد در تصمیم‌گیری دارند"
خود باوری و خود کارآمدی ضعیف بین خط مشی‌گذاران	"مدیران و سیاست‌گذاران به توانایی‌های متخصصان داخلی اعتماد ندارند"
محدودیت زمانی	"اغلب تصمیمات در وزارت بهداشت، تصمیماتی فوری و آنی است و لذا وقت خواندن مقالات و حتی چکیده‌های تهیه شده نداریم"
افق دید کوتاه مدت	افق دید مدیران ما کوتاه است و بلند مدت فکر نمی‌کنند"
بار کاری بسیار زیاد خط مشی‌گذاران	"حجم کاری خط مشی‌گذاران حوزه سلامت بسیار بالاست"
فقدان نگرش مثبت به خط مشی گذاری مبتنی بر شواهد	"تصمیم‌گیرندگان ما درخصوص اهمیت خط مشی گذاری مبتنی بر شواهد نگرش مثبتی ندارند و اصولاً اعتقادی به این موضوع ندارند"
فرهنگ سازمانی نامناسب	"خط مشی گذاری مبتنی بر شواهد هنوز به عنوان یک ارزش در سازمانهای ما مد نظر قرار نگرفته است"
محیط خط مشی گذاری	"اگر تصمیمی در سازمان گرفته شود که مبتنی بر شواهد باشد و یا فاقد هرگونه شواهد باشد هیچ کدام تشویق یا تنبیه نمی‌شوند"
ضعف منابع انسانی	"هم مدیران و هم کارشناسان ما از لحاظ علمی سطح خوبی ندارند"
مشکلات تولید	"مسئول خط مشی گذاری در نظام سلامت مشخص نیست"
عدم انتظار در جهت ایجاد تغییر در	ادبیات تحقیق (مجدزاده و همکاران، ۲۰۱۲؛ یزدی زاده و همکاران،

مخاطبان هدف در اثر پژوهش	(۱۳۸۸)
فرآیند های ناهماهنگ	"در وزارت بهداشت، اقدامات فوری بر فعالیت های راهبردی مقدم است و پاداشی به برنامه ریزی های آینده داده نمی شود".
مدیریت سرمایه انسانی	"وجود معیارهای نامناسب در انتخاب و انتصاب مدیران"
تصمیمات فردی	"عدم استفاده از مشاورین یا اتاق های فکر".

حیطه سوم: عوامل و موانع مربوط به واسطه گری

موانع ذکر شده در این قسمت در جدول (۳) خلاصه شده است که شامل عوامل و موانعی است که به طور خاص بر واسطه‌های شواهد تاکید می‌کند.

جدول ۳: موانع شناسایی شده در بخش واسطه گری

موانع شناسایی شده	نمونه کدهای مربوطه
واسطه گری تحلیل فردی در واسطه گری	"ما در وزارتخانه اصولا همچین افرادی با این عنوان نداریم و معمولا اگر قرار بر سفارش پژوهش از جانب وزارت خانه باشد افرادی که آشنا هستند و قبلا با آنها کار شده است انتخاب می شوند". "اینگونه افراد در نظام سلامت تربیت نشده اند و آموزش ندیده‌اند"
واسطه گری گروهی در واسطه‌های سطح	"در دنیا معمولا گروه ها و جوامعی برای حمایت از متخصصان موضوعی تشکیل می شوند و از طرق مختلف مانند شبکه های مجازی دانش را در بین مراکز تحقیقاتی تولید و نشر می‌دهند"
در واسطه گری سطح سازمانی واسطه‌های	"تلاش زیادی شده است تا دانشگاه های علوم پزشکی در سطح ملی و استانی به عنوان واسطه سازمانی عمل کنند اما مهمترین مشکل بودجه پژوهشی این نهاد ها و اولویت بندی نا مناسب آنها است".

طراحی مدل

نتیجه تجزیه و تحلیل کدهای استخراج شده از متن مصاحبه ها منجر به شکل گیری مدل فرایندی شده است که در چهار سطح اصلی زیر نمایان می‌شود.
در سطح اول، اصول قانون اساسی، سیاست‌ها و خط‌مشی‌های کلی نظام جمهوری اسلامی ایران، اسناد بالادستی، برنامه‌های پنج ساله توسعه، سند چشم‌انداز بیست ساله، منویات

رهبری نظام، به همراه ملاحظات اخلاقی، مذهبی، سیاسی، فرهنگی، اجتماعی و ورزشی قرار می‌گیرد که به عنوان عوامل بیرونی مهم نظام خط‌مشی‌گذاری مبتنی بر شواهد را در تولید شواهد، بکارگیری شواهد تحت تأثیر قرار می‌دهد.

در سطح دوم، عوامل تأثیرگذار و موانع موجود تأثیرگذار بر تولید و بکارگیری شواهد شناسایی شده است. این موانع در سه دسته کلی طبقه‌بندی شده است که شامل موانع موجود در مقابل تولیدکنندگان شواهد، موانع موجود در مقابل استفاده‌کنندگان از شواهد و موانع موجود در مقابل واسطه‌گرها است.

در سطح سوم، انواع شواهد مختلف که در خط‌مشی‌گذاری مبتنی بر شواهد مورد استفاده قرار می‌گیرد شناسایی شده است. مهمترین و اصلی‌ترین این شواهد، شواهد علمی و پژوهشی است که در بطن خود شواهد اقتصادی، شواهد آماری، شواهد اخلاقی، مذهبی، شواهد اجتماعی، فرهنگی و شواهد بین‌المللی را جای می‌دهد.

در سطح چهارم، مدل فرایندی بکارگیری شواهد در چرخه خط‌مشی‌گذاری سلامت از مرحله شناسایی مشکل، تهیه و تدوین خط مشی، تصویب خط‌مشی، اجرا و پایش خط‌مشی و ارزشیابی خط‌مشی به تفصیل طراحی شده است. در این سطح، نحوه استفاده از شواهد در چرخه خط‌مشی‌گذاری سلامت کشور تشریح شده است و برای نهادی شدن استفاده از شواهد در تمام مراحل این چرخه مدل فرآیندی ترسیم شده است. (پیوست یک)

بحث و نتیجه گیری

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نیابت از دولت، تولید بخش سلامت را بر عهده دارد. تولید در خط‌مشی‌گذاری (تعیین خط‌مشی و جهت‌گیری کلان نظام سلامت)، تجلی می‌یابد. در این مطالعه تلاش شده است خط‌مشی‌گذاری مبتنی بر شواهد به عنوان رویکردی که کمک می‌کند تصمیم‌گیری آگاهانه در مورد خط‌مشی‌ها، برنامه‌ها و پروژه‌ها (با قرار دادن بهترین شواهد و مدارک موجود از تحقیقات در قلب توسعه و اجرای خط‌مشی)، اتخاذ شود، تحلیل و بررسی شود و نحوه بکارگیری این رویکرد در خط‌مشی‌گذاری سلامت کشور مد نظر قرار داده شود. در نقش‌حیاتی شواهد در تصمیم‌گیری‌ها نمی‌توان مناقشه کرد؛ از شواهد زمینه گرفته تا شواهد فنی و عملیاتی. با این وجود، در خط‌مشی‌گذاری‌ها و تصمیم‌گیری‌ها همیشه از شواهد و مستندات استفاده نمی‌شود. در تدوین خط‌مشی‌ها، عوامل زیادی می‌توانند موجب بی‌اعتنایی به اطلاعات و تحلیل آنها شده و نتایج

فاجعه باری در اجرای طرح‌ها و برنامه‌ها بار آورند. هدف این مطالعه تعریف شواهد، تمایز بین انواع آن و روشن ساختن این مساله است که چگونه می‌توان شواهد تجربی را در زنجیره برنامه‌ریزی و خط‌مشی‌گذاری تلفیق کرد. انجام مصاحبه با خط‌مشی‌گذاران عالی سلامت، کارشناسان ارشد وزارت بهداشت، مشاورین وزیر، کارشناسان ارشد شورای سیاست‌گذاری سلامت و دبیرخانه این شورا، روسا و مدیران ارشد مراکز تحقیقاتی وابسته به وزارت بهداشت منجر به طراحی مدلی برای نهادی سازی استفاده از شواهد در نظام خط-مشی‌گذاری سلامت گردید. یافته‌های حاصل از این پژوهش به خط‌مشی‌گذاران این حوزه کمک می‌کند روندی را که می‌توان بر طبق آن خط‌مشی‌هایی تولید کرد که مبتنی بر بهترین و معتبرترین شواهد علمی باشد، شناسایی کنند و در تدوین خط‌مشی‌ها، پایش و اجرای خط‌مشی‌ها و ارزشیابی خط‌مشی‌ها مورد استفاده قرار دهند. در مطالعه حاضر محدودیت‌ها و موانع موجود بر سر راه بکارگیری شواهد در خط‌مشی‌گذاری نظام سلامت مورد بحث قرار گرفت. این محدودیت‌ها در سه شکل خود را نشان می‌دهند: محدودیت‌های موجود برای تولیدکنندگان شواهد؛ محدودیت‌های موجود برای استفاده‌کنندگان شواهد و محدودیت‌های موجود برای واسطه‌گری دانشی. با توجه به محدودیت‌ها و موانع موجود و همچنین بر طبق مباحث مطرح شده با مشارکت‌کنندگان این پژوهش و کدگذاری متن مصاحبه‌های انجام شده راهکارهای زیر برای هر یک از گروه‌های فوق پیشنهاد می‌شود.

جدول ۴: راهکارهای ارائه شده برای موانع و مشکلات موجود در خط‌مشی‌گذاری مبتنی بر شواهد در سلامت

راه کارهای پیشنهادی	
تهیه بانک‌های اطلاعاتی از مشخصات پژوهشگران و توانمندی‌های آنها بر حسب واحد‌های سازمانی	تولید کنندگان شواهد
برگزاری جلسات منظم با حضور نمایندگان معاونت‌ها و سازمانهای اجرایی وابسته به وزارت بهداشت برای شناسایی و تدوین اولویت‌های پژوهشی در موسسات تحقیقاتی وزارت بهداشت	
بودجه کافی برای موسسات تحقیقاتی وزارت بهداشت به گونه‌ای که محققان به انجام پژوهش ترغیب شوند	
در اولویت قرار دادن مطالعات مروری نظام مند و مطالعاتی که منجر به تولید شواهد با کیفیت می‌شوند در موسسات تحقیقاتی وزارت بهداشت	
آموزش مهارت‌های مورد نیاز پژوهشگران سلامت از طریق برگزاری کارگاه‌های آموزشی یا تهیه بسته‌های آموزشی	
شایسته‌سالاری و جذب پژوهشگران کارآمد و بکارگیری متخصصین رشته‌های مرتبط با چرخه خط‌مشی‌گذاری سلامت و توانمندسازی مستمر کارشناسان شوراهای خط‌مشی‌گذاری	
اولویت دادن به پژوهش‌هایی که به صورت مشترک با مدیران اجرایی وزارتخانه به منظور حل یک مشکل طراحی شده باشد	
تعیین موضوع رساله‌ها و پایان‌نامه‌های دانشجویی بر اساس نیازها و اولویت‌های پژوهشی و حمایت از موضوعات مرتبط با خط‌مشی‌گذاری مبتنی بر شواهد در نظام سلامت	
شایسته‌سالاری در انتخاب خط‌مشی‌گذاران حوزه سلامت کشور و انتخاب مدیران با تجربه پژوهشی مناسب	استفاده کنندگان شواهد
ارتقا دانش تصمیم‌گیرندگان نسبت به شیوه‌های استفاده از دانش	
تشویق و ترغیب مدیران و خط‌مشی‌گذاران به داشتن نگاه بلندمدت و پیروی از برنامه‌های کلان کشور	
تغییرات اندک در ترکیب شوراهای سیاستگذاری وزارت بهداشت و عضویت بلندمدت اعضا	
برقراری نظام تشویق و تنبیه بر اساس میزان استفاده از شواهد در تصمیم‌گیری‌ها	
تلاش وزارت بهداشت در زمینه مقابله با سلیقه‌ای و فردی بودن مدیریت‌ها و وابسته بودن برنامه‌ها و تصمیمات به افراد	
درگیر کردن مدیران و خط‌مشی‌گذاران در تمامی مراحل تحقیق	اعمال واسطه‌گری دانشی
شناسایی و مشخص نمودن نیازها و اولویت‌های تولید شواهد از طرف خط‌مشی‌گذاران	
تعیین متولی فعالیت‌های واسطه‌گری و اطلاع‌رسانی و انتشار نتایج پژوهش‌ها با ایجاد یک ساختار مناسب	
طراحی ساختارهایی برای سهولت دسترسی به تولید کنندگان شواهد و ایجاد پل ارتباطی بین آنها	
تشویق و ترغیب پژوهشگران برای انجام پژوهش‌ها با مشارکت تولیدکننده و مصرف‌کننده شواهد	
راه‌اندازی واحد دیده‌بانی سلامت و به‌کارگیری کلیه مراکز تحقیقاتی سلامت کشور در مبادله شواهد	

منابع و مأخذ

- ۱- صدیقی ژایلا؛ مجدزاده سید رضا؛ نجات سحرناز؛ فتوحی اکبر؛ شهیدزاده علی؛ غلامی ژاله؛ یونسین مسعود؛ رشیدیان آرش؛ مسگر پور بیتا؛ اعتمادی آرش؛ یزدانی کامران (۱۳۸۶)، طراحی مدل ترجمه دانش جهت بهره‌گیری از نتایج پژوهش، فصلنامه پایش، شماره هفتم، صص ۳۵-۴۷.
- ۲- دماری، بهزاد؛ وثوق مقدم، عباس؛ منظم، کامبیز؛ سالاریان زاده، حسین (۱۳۸۹)، کجا و چگونه برای سلامت سیاست خردمندان طراحی کنیم؟ ویژگی‌های سامانه سیاست گذاری سلامت در جمهوری اسلامی ایران؛ مجله پژوهشی حکیم، دوره سیزدهم، شماره چهارم، صص ۲۱۰-۲۱۸.
- ۳- نجات، سحرناز؛ آشورخانی، مهناز؛ غلامی، ژاله؛ مجدزاده، سید رضا (۱۳۸۸). آیا پژوهشگران تصور درستی از میزان فعالیت‌های ترجمه دانش خود دارند، فصلنامه پایش، سال هشتم، شماره چهارم، صص ۳۹۵-۴۰۰.
- ۴- یزدی‌زاده، بهاره؛ نجات، سحرناز؛ غلامی، ژاله؛ چنگیزی، نسرين؛ یار احمدی، شهین؛ ناصحی، مهشید؛ مجدزاده، سیدرضا (۱۳۸۸)، بهره‌برداری از پژوهش‌ها برای تصمیم‌گیری‌های نظام سلامت؛ مجله پژوهشی حکیم، دوره دوازدهم، شماره دوم، صص ۱-۱۰.
- 5-Banks, G. AO (2009). Challenges of evidence-based policy-making. Canberra: Commonwealth of Australia.
- 6-Bulmer M., Coates, E. & Dominian L. (2007). Evidence-based policy making. In H. Bochel & S. Duncan (Ed.), Making policy in theory and practice (pp. 87-103). Bristol: Policy.
- 7-Campbell, S., Benita, S., Coates, E., Davies, P., & Penn, G. (2007). Analysis for policy: evidence-based policy in practice. Government Social Research Unit, HM Treasury.
- 8-Clarence, E. (2002). Technocracy reinvented: The new evidence based policy movement. Public Policy and Administration, 17(1), 1-11
- 9-Davies (2004) Is evidence-based government possible? Jerry Lee Lecture, presented at the 4th Annual Campbell Collaboration Colloquium, Washington DC
- 10-Davies, H. T. O., Nutley, S. M. & Smith P. C. (2000). What works? Evidence-based policy and practice in public services. Bristol: The Policy Press.
- 11-Duncan, S. (2005). Towards evidence-inspired policymaking. Social Sciences, 61, 10-11

- 12-Hammersley, M. (2005). The myth of research-based practice: the critical case of education inquiry. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(4), 317-330.
- 13-Jewell, C. J. & Bero, L. A. (2008). "Developing good taste in evidence": Facilitators of and hindrances to evidence-informed health policymaking in State Government. *The Milbank Quarterly*, 86(2), 177-208.
- 14-Majdzade, R., Yazdizadeh, B., Nedjat, S., Gholami, J., Ahghari, S., (2012). Strengthening evidence-based decision-making: is it possible without improving health system stewardship? *Health Policy and Planning*, 27:499-504.
- 15-Mulgan, G. (2003). Government, knowledge and the business of policy-making. Background paper: Facing the Future Conference, Canberra, 23-24 April. Retrieved June 20, 2010, from http://www.odi.org.uk/rapid/Bibliographies/Research_Policy/Documents/Mulgan_2003.pdf
- 16-Nutley, S., & Davies, H. T. O. (2000). Making a reality of evidence-based practice: Some lessons from the diffusion of innovations. *Public Money & Management*, 20(4), 35-42.
- 17-Nutley, S., Morton, S., Jung, T. & Boaz, A. (2010). Evidence and policy in six European countries: Diverse approaches and common challenges. *Evidence & Policy*, 6(2), 131-144.
- 18-Pawson, R. (2006). Evidence-based policy: A realist perspective. London: SAGE Performance and Innovation Unit (2000). Adding it up: improving analysis and modelling in Central Government. London: Performance and Innovation Unit.
- 19-Sanderson, I. (2002). Evaluation, policy learning and evidence-based policy making. *Public Administration*, 80(1), 1-22.
- 20-Simons, H. (2003). Evidence-based practice: panacea or over promise? *Research Papers in Education*, 18(4), 303-311.
- 21-Solesbury, W. (2001). Evidence based policy: whence it came and where it's going. ESRC UK Centre for Evidence Based Policy and Practice: Working Paper 1
- 22-Weiss, C. H. (1979). The many meanings of research utilization. *Public Administration Review*, 39(5), 426-431.
- Wells, P. (2007). New Labour and evidence based policy making: 1997-2007. *People, Place & Policy Online*, 1, 22-29.
- 23-Young, K., Ashby, D., Boaz, A. & Grayson, L. (2002). Social science and the evidence-based policy movement. *Social Policy & Society*, 1(3), 215-224.

