



# Applying Interpretive- Structural Modelling to Review Priorities of Health Reform Plan: Evidence-based policy making

Seyed Abbas Ebrahimi<sup>1</sup>, Seyed Mohammad Mehdi Baki Hashemi<sup>2</sup>

## Abstract

**Introduction:** Considering the fact that the health reform plan has been implemented for five years, it is necessary to re-evaluate the plan and adapt it to the needs and macro policies of our society. Therefore, the current study aimed to use health-related scientific evidences together with the experiences, opinion, and expertise of field professionals to achieve priorities for health reform plan and adapt them to future needs of the country.

**Methods:** This qualitative study was conducted in 2018. At first, scientific evidences were gathered through review of literature, and then a semi-structured interview was developed to collect data from 15 health professionals and experts chosen through a snowball sampling method. Data were analyzed using content analysis method.

**Results:** The results demonstrated the existence of 12 policies which were then prioritized by using Interpretive- Structural Modelling.

**Conclusion.** Evidence-based policymaking should be used as the main approach in health system, and careful attention should be paid to policies for the old, for preventing diseases and promoting mental health, for accident and incident, for modifying internal processes, such as electronic health records, and for developing health guidelines, referral system and family doctors.

**Keyword:** Policy making, Health system, Interpretive-Structural Model, Evidence-based policy

• Received: 06/Feb/2019 • Modified: 11/Aug/2019 • Accepted: 21/Aug/2019

DOI:

1. Assistant Professor, Faculty Management, Economics & Management and Administrative Department, Semnan University, semnan, Iran. a.ebrahimi@semnan.ac.ir  
2. Ph.D. student governmental management, Public Policy, Semnan University, semnan, Iran. m.baki@semnan.ac.ir



# کاربست مدل تحلیل تفسیری \_ ساختاری در بازنگری اولویت‌های طرح تحول سلامت: سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد

سید عباس ابراهیمی\*<sup>1</sup>، سیدمحمد مهدی باکی هاشمی<sup>2</sup>

چکیده

**مقدمه:** با توجه به گذشت پنج سال از اجرای طرح تحول نظام سلامت، لزوم ارزیابی مجدد برنامه و انطباق این برنامه‌ها با نیازها و سیاست‌های کلان جامعه ضروری به نظر می‌رسد. هدف پژوهش حاضر، استفاده از شواهد علمی مرتبط با حوزه سلامت و تلفیق این شواهد با تجربیات، قضاوت و تخصص خبرگان این حوزه جهت دستیابی به اولویت‌های بازنگری در طرح تحول نظام سلامت به منظور انطباق این طرح با نیازهای آینده کشور است.

**روش‌ها:** مطالعه حاضر پژوهشی کیفی است. در ابتدا با استفاده از مطالعات کتابخانه‌ای به جمع‌آوری شواهد علمی در رشته‌های مرتبط با حوزه سلامت در سال ۱۳۹۷ پرداخته شد. سپس مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته‌ای با ۱۵ نفر از خبرگان و کارشناسان حوزه سلامت که با روش نمونه‌گیری گلوله برفی انتخاب شده بودند، انجام شد.

**یافته‌ها:** تعداد ۱۲ خط‌مشی حاصل از مطالعات کتابخانه‌ای و مصاحبه‌ها با روش تحلیل تم استخراج و با استفاده از روش تحلیل تفسیری - ساختاری اولویت‌بندی گردید

**نتیجه‌گیری:** سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد باید به عنوان رویکرد اصلی در نظام سلامت مورد استفاده قرار گیرد. در راستای این رویکرد می‌باید بر چهار حوزه پیونددهنده و محرک در نظام سلامت یعنی سیاست‌های مرتبط با سالمندی، سیاست‌های پیشگیری از بیماری‌ها و سلامت روان، سیاست‌های مرتبط با حوادث و سوانح و سرانجام سیاست‌های مرتبط با توسعه و اصلاح فرآیندهای درونی مانند پرونده الکترونیک، تدوین خطوط راهنمای درمانی و نظام ارجاع و پزشک خانواده، توجه شود.

**واژه‌های کلیدی:** سیاست‌گذاری، سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد، نظام سلامت، مدل تفسیری-ساختاری، طرح تحول

• وصول مقاله: ۹۷/۱۱/۱۷ اصلاح نهایی: ۹۸/۰۵/۲۰ پذیرش نهایی: ۹۸/۰۵/۳۰

DOI:

۱. استادیار، گروه مدیریت دولتی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اداری دانشگاه سمنان، سمنان، ایران: (نویسنده مسئول) a.ebrahimi@semnan.ac.ir
۲. دانشجوی دکتری مدیریت دولتی، گرایش تصمیم‌گیری و خط‌مشی‌گذاری عمومی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اداری دانشگاه سمنان، سمنان، ایران m.baki@semnan.ac.ir

است. پژوهش حاضر با تکیه بر رویکرد سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد، مطالعات عمده انجام شده در حوزه سیاست‌گذاری سلامت را بررسی نموده و در صدد است ضمن مرور این شواهد و سایر شواهدی که پس از گذشت پنج سال از اجرای طرح تحول نظام سلامت ارائه شده است و با استفاده از نظرات خبرگان که از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته انجام شده، به این سوال که اولویت‌های بازنگری در طرح تحول نظام سلامت چیست؟ پاسخ دهد و با کاربست روش تحلیل تفسیری \_ساختاری که یک فرآیند یادگیری تعاملی است و در آن مجموعه‌هایی از عناصر مختلف و مرتبط در یک مدل نظام‌مند و جامع ساختاردهی می‌شوند، پیشنهاداتی در خصوص آینده طرح تحول نظام سلامت را ارائه نماید.

سیاست مبتنی بر شواهد به عنوان رویکردی که کمک می‌کند تا تصمیم‌گیری آگاهانه در مورد سیاست‌ها، برنامه‌ها و پروژه‌ها (با قرار دادن بهترین شواهد و مدارک موجود از پژوهش‌ها در قلب تدوین و اجرای سیاست) اتخاذ شود، تعریف می‌شود. این رویکرد در مقابل رویکرد سیاست‌گذاری مبتنی بر نظرات و افکار قرار می‌گیرد. [۶] نظرات خبرگان، قضاوت‌ها، ارزش‌ها، علایق و منافع ذینفعان، منابع و سنت‌ها نیز باید همواره در تصمیم‌گیری‌ها لحاظ شود. [۷] سیاست‌گذاران از طیف وسیعی از انواع منابع برای به دست آوردن اطلاعات استفاده می‌کنند. [۸] سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد از روش‌هایی است که از حوزه علم پزشکی به عاریت گرفته شده است. [۹] مراقبت‌های بهداشتی مبتنی بر شواهد، پزشکان را به انتخاب موثرترین مراقبت‌ها بر اساس بهترین شواهد موجود یاری می‌دهد. [۱۰] بنابراین استفاده از شواهد برای شکل‌گیری سیاست‌های سلامت به منظور دستیابی به بهترین نتایج بهداشتی و سلامتی لازم و ضروری است. تمرکز بر روی سیاست‌های مبتنی بر شواهد با استفاده از منابع مختلف تحقیقاتی، نقش مهمی را در پروسه تصمیم‌گیری ایفا می‌کند و دارای منافع مستقیم و غیرمستقیم زیادی می‌باشد. [۱۱] پژوهشگران در مطالعات مختلف به اهمیت استفاده از تحقیقات توسط سیاست‌گذاران تاکید دارند و اذعان می‌کنند که برای تصمیم‌گیری طیف وسیعی از شواهد

## مقدمه

نظام سلامت هر کشوری برای پاسخگویی به نیازهای در حال تغییر جامعه و افزایش کارایی، اثربخشی، کیفیت و ایجاد عدالت همواره با سیاست‌سازی و سیاست‌گذاری جدید یا اصلاح سیاست‌های قبلی، اصلاحاتی را در سطح ملی و منطقه‌ای اعمال می‌نماید. مدیران، کارگزاران و نمایندگان سیاسی بخش سلامت که نقش اساسی در اتخاذ یک سیاست جدید یا اصلاح یک سیاست قبلی دارند، نیازمند به اطلاعات جامع و در عین حال دقیق هستند. [۱] مطالعات نشان می‌دهد سیاست‌گذاری نظام سلامت ایران آن‌چنان که باید، از شواهد بهره‌برداري نمی‌کند. یکی از تاثیرگذارترین تلاش‌ها برای کاهش فاصله بین دانش و سیاست، می‌تواند توسط نهادهای سیاست‌گذار انجام شود. مطالعات مشابه [۲-۴]، نشان می‌دهد موفقیت در اجرای استراتژی‌های کاهش فاصله تبدیل دانش به عمل، وابستگی شدید به شناسایی موانع و تسهیل‌کننده‌های آن در هر محیط خاص دارد. توقع از سیاست‌گذاران برای اینکه خود به جستجو و ارزیابی شواهد بپردازند و انطباق سیاست‌ها با شرایط محلی را بر عهده بگیرند، غیر واقع‌بینانه است. [۵] با توجه به سند چشم‌انداز ۱۴۰۴ و جایگاه علمی ایران در میان کشورهای خاورمیانه، در سال‌های اخیر رویکرد ویژه‌ای به انجام تحقیقات علمی و تولید علم به طور گسترده، مورد توجه جامعه دانشگاهیان و مراکز پشتیبان تصمیم‌گیری قرار گرفته است. اما آنچه که برای سیاست‌گذاری اهمیت می‌یابد تعهد مدیران ارشد سیاست‌گذار به پایبندی استفاده از تولیدات علمی بر اساس شرایط کشور و توجه به تاثیر عوامل محیطی است. در سال ۱۳۹۳ وزارت بهداشت با اجرای طرح تحول نظام سلامت گامی بلند در جهت اصلاح شرایط نظام سلامت کشور برداشت و کوشش نمود اقدامات موثری در چند فاز و بسته خدمتی ارائه نماید. مطابقت فازها و بسته‌های خدمتی ارائه شده با پژوهش‌ها و شواهد علمی، روند کنترل و توسعه بیماری‌ها، تغییرات آینده جمعیتی، گزارشات سازمان‌های جهانی، شرایط محیط داخلی و خارجی کشور و عدم تک بعدنگری و توجه میان‌رشته‌ای حائز اهمیت

وجود موانع همزمان برای اعمال شواهد و کنترل زنجیره پیاده-سازی برای اطمینان از انطباق با جهت و اساس شواهد می باشد. [۲۲،۲۱]

در ساختار سیاست گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعدادی از مراکز و واحدها مسئولیت تولید، ثبت و عرضه شواهد را به عهده دارند که باید به نیازهای اطلاعاتی واحدهای بالادست پاسخگو باشند. تعدادی از دبیرخانه‌های تخصصی بر اساس مسئولیت‌های سازمانی با بهره‌مندی از شواهد تولید شده موجود و بررسی کارشناسانه آن، بر حسب نیاز در حیطه‌های مختلف سیاست سازی می نمایند. سیاست‌های پیشنهادی در نهایت زیر نظر مقام وزارت یا عالی‌ترین شورای سلامت بررسی و در صورت لزوم به تصویب می‌رسد. [۱] نظام سلامت ایران متشکل از ذینفعان مختلفی است که به صورت موردی، موقت و یا به صورت دائمی در تهیه و تدوین دستورکار و فرموله نمودن سیاست‌های نظام سلامت بر اساس اسناد بالادستی به منظور تحقق بخشیدن به اهداف برنامه‌ها و سیاست‌های کلان کشور نقش بازی می‌نمایند که از آن جمله می‌توان به نمایندگان و اعضای کمیسیون بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجلس شورای اسلامی، شورای عالی بیمه، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور، نظام پزشکی و نظام پرستاری و انجمن‌های حرفه‌ای مانند انجمن پزشکان طب اورژانس، بیهوشی و داروسازان، انجمن‌های تولیدکنندگان، واردکنندگان و صادرکنندگان دارو و تجهیزات پزشکی، پژوهشکده‌های حوزه سلامت، انجمن‌های دانشجویی، مراکز درمانی خصوصی و غیر دولتی، پزشکان شاغل و پرنفوذ وزارت بهداشت، سازمان‌های مردم نهاد و رسانه‌ها را می‌توان اشاره نمود. جدول شماره یک ارتباط فرآیندی بین مراکز تولید کننده شواهد تا نهادهای تصویب کننده خط‌مشی را در نظام سلامت ایران نشان می‌دهد.

لازم است. [۱۵-۱۲] شکاف بین استفاده از شواهد تحقیقاتی با سیاست‌ها به طور مکرر گزارش شده و به نظر می‌رسد که شواهد تحقیقاتی تنها نوع قابل قبول و پایدار در سیاست گذاری در رقابت با انواع دیگر شواهد مانند اینترنت باشند. [۱۶] در بسیاری از گفتمان‌های اولیه در خصوص سیاست‌های مبتنی بر شواهد فرض بر این است که شواهد بی‌طرف و آزاد از وابستگی‌ها هستند. با این حال نباید نقش عوامل سیاسی را در تحقیقات نادیده گرفت. همچنین، به علت تامین مالی تحقیقات مرتبط با شواهد توسط دولت‌ها، نتایج می‌تواند وابسته به اولویت‌های دولت و تامین کنندگان مالی خصوصی نیز باشد. [۱۷] سیاست مبتنی بر شواهد ممکن است باعث محدود کردن مشارکت استفاده کنندگان، در تنظیم سیاست‌ها شود. علاوه بر آن، سیاست گذاری تنها تحت تاثیر احساسات عمومی جامعه یا استفاده کنندگان آن، باعث محدودیت در سیاست‌های عمومی می‌شود که ممکن است منجر به حل مشکل نگردد. [۱۸] شواهد می‌تواند منتج از انواع پژوهش‌ها، دانش‌ها و اطلاعات حاصل از فرآیند مشاوره با شبکه‌ها یا گروه‌ها، گفتگوی اینترنتی، اسناد منتشر شده، گزارش‌ها و اطلاعات مشتق شده از محتوای سیاسی و اقتصادی باشد. [۱۹] موانعی برای استفاده از شواهد وجود دارد که شامل کمبود اطلاعات مرتبط با پژوهش‌ها برای سیاست‌گذاران، مشخص نکردن سوالات مرتبط با خط‌مشی، کمبود تجربه در مشارکت بین دانشگاهیان و سیاست‌گذاران و بخش‌های اجتماعی، کمبود موافقت‌نامه‌ها و فقدان ارزیابی سیاست‌های اجرا شده است. [۲۰] مهارت‌ها، تجربه‌ها و شبکه‌های حامی سیاست، ممکن است در تعیین مسیری که شواهد در آن قرار می‌گیرند نقش داشته باشند. برخی از شرایط لازم برای تحقیق شامل وجود اظهارات جامع و معتبر بر اساس نتایج شواهد تحقیقاتی، سودمندی چنین اظهاراتی برای هدایت مستقیم به تصمیم‌گیری در شرایط خاص، دانش و پذیرش چنین اظهاراتی توسط همه بازیگران، منابع مناسب و کافی برای اعمال اظهارات شواهد، انگیزه‌های مناسب و کافی برای اعمال شواهد، عدم

جدول ۱: مراکز تولید کننده شواهد، سیاست‌سازی مبتنی بر شواهد و نهادهای تصویب کننده سیاست در نظام سلامت ایران

تولید، ثبت و عرضه شواهد	کاربست شواهد سیاست‌سازی مبتنی بر شواهد	تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد
- دبیرخانه شورای هماهنگی تحقیقات کاربردی	۱) واحد سیاست‌گذاری و اصلاح نظام سلامت	وزیر بهداشت، درمان
- دبیرخانه شورای هماهنگی تحقیقات	- دبیرخانه شورای سیاست‌گذاری	شورای سیاست‌گذاری
راهبردی سلامت	- دبیرخانه مدیریت و نظارت بر برنامه‌های توسعه	شورای معاونین
- مؤسسه ملی تحقیقات سلامت	- دبیرخانه هماهنگی برنامه‌های بین‌المللی	
	۲) دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی	
	۳) دبیرخانه هیت‌های امانا	
- مرکز مدیریت آمار و فن‌آوری اطلاعات	۴) دبیرخانه اجلاس روسای دانشگاه‌های علوم پزشکی	
	گروه اقتصاد و فن‌آوری سلامت (معاونت درمان)	
	۵) دبیرخانه عوامل اجتماعی موثر بر سلامت (معاونت بهداشتی)	

صعب‌العلاج، خاص و نیازمند و سرانجام راه‌اندازی اورژانس هوایی آغاز شد. [۲۵] اجرای این طرح در طول پنج سال گذشته مزایایی را به همراه داشته است که از آن جمله می‌توان به کاهش فرانشیز از ۳۷ درصد به ۵/۴ درصد، تحت پوشش قرار دادن بیش از ده میلیون نفر از افراد فاقد بیمه، کاهش ۱۸ درصدی هزینه‌های پرداختی از جیب مردم، افزایش تعداد پزشکان تمام وقت در مناطق محروم به صد درصد، تغییر نسبت سزارین به زایمان طبیعی به میزان پنج درصد، راه‌اندازی ۱۵ پایگاه اورژانس هوایی و بازسازی دو میلیون و صد هزار متر مربع از فضای فیزیکی بیمارستان‌ها اشاره نمود. "طریقت منفرد و همکاران" در کتاب اصول و مبانی سیاست ملی سلامت اظهار نمودند که به موجب اصل بیست و نهم قانون اساسی، برخورداری از تامین اجتماعی شامل بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه، حقی همگانی بوده و دولت موظف است از محل درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های یاد شده را برای آحاد جامعه تامین نماید اما بخش قابل توجهی از توان دولت در این زمینه صرف تامین و ارائه خدمات شده و بخش سیاست‌گذاری، نظارت و ارزشیابی در آن کم‌رنگ جلوه می‌نماید. همچنین "نصراله‌پور شیروانی و موعودی" در کتابی با عنوان سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در

فرآیند تنظیم سیاست ملی سلامت مستلزم بررسی و در صورت لزوم، تغییر در سیاست‌های موجود نظام سلامت بوده و از شش مرحله شامل تعریف مسئله، تشخیص علل پدید آمدن آن، تدوین سیاست، تصمیم‌گیری سیاست در مورد برنامه‌های ابتکاری یا اصلاحات، اجرای برنامه‌ها برای انجام اصلاحات و ارزشیابی پیامدهای آن تشکیل شده است. با شکل‌گیری مسائل جدید که سیاست‌گذاران باید به آن‌ها پردازند چرخه یاد شده دوباره فعالیت خود را آغاز می‌کند. [۲۳] سیاست‌های مرتبط با سلامت، یکی از ابعاد سیاست‌های اقتصادی - اجتماعی است که به عنوان یکی از وظایف دولت‌ها در نظر گرفته می‌شود. دامنه مداخله دولت در بازار سلامت بسیار وسیع است. به طوری که از خرید خدمات تا ارائه خدمات را در بر می‌گیرد. [۲۴] با روی کار آمدن دولت یازدهم، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طرح تحول نظام سلامت را به منظور رفع مشکلات و نارسایی‌های بهداشت و درمان کشور در دستور کار خود قرار داد. این طرح در ابتدای سال ۱۳۹۳ و پس از ابلاغ سیاست‌های کلی نظام سلامت با اهداف کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های دولتی، حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم، حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های دولتی، ارتقاء کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های دولتی، ارتقاء کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان‌های دولتی، برنامه ترویج زایمان طبیعی، برنامه حفاظت مالی از بیماران

حاضر استفاده از نگاه میان‌رشته‌ای و بکارگیری شواهد به دست آمده در سایر حوزه‌های مرتبط و تاثیرگذار بر بهداشت و درمان مانند اپیدمیولوژی، جمعیت‌شناسی، سیاست‌گذاری سلامت و آینده‌پژوهی است تا به بررسی اولویت‌های مورد نیاز برای بازنگری در بسته‌های طرح تحول نظام سلامت ایران به جهت انطباق با نیازهای آتی کشور پرداخته شود. در جدول شماره دو به تعدادی از مطالعات انجام شده در حوزه سیاست‌گذاری نظام سلامت اشاره شده است.

نظام سلامت و دستاوردها و چالش‌های آن در ایران بیان نمودند که در نظام سلامت ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که به عنوان متولی سلامت جامعه و به نیابت از دولت نسبت به تبیین جهت‌گیری‌ها، سیاست‌ها و راهبردها به منظور تاثیرگذاری بر رفتار نقش آفرینان درون و بیرون بخش سلامت اقدام می‌نماید. چند سالی است که وزارت بهداشت با تشکیل واحد سیاست‌گذاری، بهره‌مندی از سیاست‌گذاری بر اساس شواهد را تاکید می‌نماید و در این راستا تجارب و دستاوردهای چشم‌گیری ایجاد شده است. هدف از پژوهش

### جدول ۲: برخی از مطالعات انجام شده در مورد سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در نظام سلامت ایران

نویسنده	سال	عنوان	نتیجه‌گیری
مودب	۱۳۹۶	مقاله: طرح تحول نظام سلامت؛ نگاهی نو به ارائه خدمات سلامت: چالش‌های فراروی آن	بی تردید توجه به پیش‌نیازها و پایش مستمر طرح می‌تواند نقش به‌سزایی در اجرای هر چه بهتر آن ایفا نماید.
طیعی	۱۳۹۶	مقاله: تعیین اولویت مداخله دولت در نظام سلامت ایران بر اساس نظرسنجی از خبرگان	بر اساس نظر خبرگان ترتیب هزینه‌های دولت در نظام سلامت به ترتیب هزینه‌های بهداشتی با رویکرد پیشگیری شامل بهداشت محیط و نظارت بر مواد غذایی، دارو و کالاهای پزشکی، هزینه‌های تحقیق و توسعه، مراقبت‌های سرپایی و آموزش پزشکی، خدمات درمانی، خدمات پرستاری بلندمدت و احداث تاسیسات می‌باشد.
جهرمی	۱۳۹۶	مقاله: مدیریت مبتنی بر شواهد: پلی بر شکاف علم مدیریت و عمل‌مدیر	هدف این پژوهش معرفی مدیریت مبتنی بر شواهد و ارائه راهکاری است تا مدیریت‌ها بیش از پیش نتیجه‌محور و مبتنی بر شواهد باشند. و در نهایت مدلی ۵ مرحله‌ای ارائه می‌دهد.
دشمنگیر	۱۳۹۵	مقاله: مروری بر ابزار پشتیبان برای سیاست‌گذاری متأثر از شواهد در نظام سلامت	رویکرد سیاست‌گذاری متأثر از شواهد، سیاست‌گذاران، سیاست‌سازان و تحلیلگران سیاستی را قادر می‌سازد ارتباط مؤثرتری با پژوهشگران برقرار و با استفاده از بهترین شواهد موجود، تصمیم‌های آگاهانه‌تر و با اثربخشی بیشتر تدوین و اجرا کنند که در نهایت ارتقای عملکرد و تقویت نظام سلامت کشور را موجب گردد.
فروغی	۱۳۹۴	مقاله: ارتباط تولیدات علمی علوم پزشکی کشور در پایگاه اسکوپوس با بار بیماری‌های ایران	تولیدات علمی محققان و پژوهشگران ایرانی در پایگاه اسکوپوس در راستای بار بیماری‌های کشور نبوده است ولی در راستای بیماری‌هایی که مورتالیتی بالایی دارند، بود.
سیدین	۱۳۹۴	مقاله: عوامل مؤثر بر تولید اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد در ستاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش	سه مضمون باورهای رفتاری، باورهای هنجاری و باورهای کنترلی و ۱۸ زیرمضمون شناسایی شد
وثوق مقدم	۱۳۹۴	مقاله: وزارت بهداشت چگونه منافع عمومی را حفظ می‌کند؟	به دلیل تاثیر تولید بر سه کارکرد دیگر نظام سلامت، عدم توجه به آن دستیابی به اهداف سلامت را دشوار کرده و منابع محدود بخش سلامت را تلف خواهد کرد. به طور سنتی وزرای بهداشت ماموریت‌های حوزه تامین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات پیدا می‌کنند اما کمترین زمان انرژی برای بهبود نظام تولید صرف شده است. با کاربرد نتایج، نظام تولیدی منطبق بر شواهد علمی پایه‌گذاری کنند.

جدول ۲: (۱۵امه)

نویسنده	سال	عنوان	نتیجه گیری
دماری	۱۳۹۴	مقاله: چالش‌ها و راهکارهای توسعه حوزه بهداشت کشور: از دیدگاه معاونان بهداشت دانشگاه‌های علوم پزشکی و روسای مراکز بهداشت استان	با توجه به تعدد مشکلات مطرح شده و تمرکز آنها در حیطه تولید، چالش‌های موجود و مانع از استقرار مواد قانونی برنامه پنجم توسعه در بخش بهداشت خواهد بود. برای دستیابی به شاخص‌های برتر سلامت از نوع عادلانه به حداقل ده اقدام ملی نیاز دارند.
مجدزاده	۱۳۹۴	مقاله: چهارچوب نظری پایگاه‌های تحقیقات جمعیت: بستری برای اجرای برنامه‌های ارتقا سلامت	رویکرد برنامه ریزی شده به سلامت جامعه از ۵ مرحله اجرایی تشکیل شده است: بسیج جامعه، ساماندهی اطلاعات و نیازسنجی، اولویت بندی مشکلات، طراحی برنامه جامع مداخله، ارزشیابی
ابراهیمی	۱۳۹۳	مقاله: طراحی مدل خط‌مشی گذاری مبتنی بر شواهد در نظام سلامت ایران (پژوهشی کیفی)	مدل نهادهی شدن خط‌مشی گذاری مبتنی بر شواهد طراحی شده است. در نهایت راهکارهای پیشنهادی برای رفع موانع موجود در راه بکارگیری خط‌مشی گذاری مبتنی بر شواهد در نظام سلامت کشور ارائه شده است
نصراله پور شیروانی	۱۳۹۲	کتاب: سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در نظام سلامت و دستاوردها و چالش‌های آن در ایران	در این کتاب به نظام سلامت و کارکردهای آن، سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد، دستاوردهای سیاست‌گذاری در نظام سلامت ایران، چالش‌های سیاست‌گذاری در نظام سلامت به بررسی موضوع پرداخت
رشیدیان	۱۳۹۲	مقاله: چالش‌های سیاست‌گذاری و ضرورت ایجاد ساختارهای منسجم برای کمک به تصمیم‌گیری آگاه از شواهد در نظام سلامت	این چالش‌ها شامل: تاثیر عوامل متعدد اجتماعی و محیطی بر سلامت، گسترش نامتوازن نظام سلامت، ناکافی بودن همکاری بین بخش، ناکافی بودن همکاری درون بخش، نیاز به پژوهش‌های کمک‌کننده به سیاست‌گذاری و در نهایت تضاد منافع می‌باشد.
شریعی	۱۳۸۹	مقاله: اصلاحات نظام سلامت چرا؟ و چگونه؟	تغییرات دموگرافیک به همراه افزایش امید زندگی و طول عمر منجر به افزایش بروز و شیوع بیماری‌های مزمن شده که در این شرایط نیاز به خدمات و مراقبت‌های بهداشتی افزایش می‌یابد، از طرف دیگر با افزایش سواد، دانش و آگاهی مردم، توقعات و نیازهای بیان شده آنان افزایش یافته و این افزایش تقاضا در کنار بیماری‌های نوپدید و بازپدید مصرف خدمات سلامتی به خصوص در زمینه داروها و فناوری‌های جدید تشخیصی و درمانی گران قیمت را افزایش داده است.
ذهبیون	۱۳۸۹	مقاله: سازمان یادگیرنده را همکاری برای ارتقای کیفی نظام سلامت	سازمان یادگیرنده به عنوان الگویی مناسب در عصر اطلاعات، نیازمند مطالعه و بررسی در نحوه بهره‌گیری از آن سیستم‌های بهداشتی است که غزم جدی پژوهشگران، مسئولان و سیاست‌گذاران آموزش پزشکی را می‌طلبد.
دماری	۱۳۸۹	مقاله: کجا و چگونه برای سلامت، سیاست خردمندانه طراحی کنیم؟ ویژگی‌های سامانه سیاست‌گذاری سلامت	ویژگی‌های یک سامانه سیاست‌گذاری سلامت در هفت اصل جلب مشارکت ذینفعان، پاسخگویی اجتماعی، ضمانت اجرا، شایسته‌سالاری، جایگاه با ثبات، استناد به شواهد علمی، توانایی همکاری و هماهنگی جمع‌بندی شده است.
نجات	۱۳۸۸	مقاله: آیا پژوهشگران تصور درستی از میزان فعالیت‌های ترجمه دانش خود دارند؟	پژوهشگران میزان فعالیت‌های ترجمه دانش خود را بیش از آن چه که واقعا انجام می‌دهند، ارزیابی می‌کنند؛ از این رو، آموزش و آشنا نمودن محققان با تمامی جنبه‌های انتقال دانش و روش‌های ارزیابی این فعالیت‌ها می‌تواند در کاربردی کردن پژوهش‌ها و استفاده از نتایج آنها مؤثر باشد. یافته‌های این طرح می‌تواند توسط مدیران پژوهش مورد توجه واقع گردند

روش‌ها

بازنگری در طرح تحول نظام سلامت با توجه به گذشت چهار سال از آغاز طرح چیست، پاسخ داده‌اند.

برای حصول اطمینان از روایی پژوهش یا به عبارتی دقیق بودن یافته‌ها از منظر پژوهشگر و مشارکت کنندگان یا خوانندگان گزارش پژوهش، ابتدا مشارکت کنندگان، مرحله کدگذاری را بازبینی و نظر خود را در ارتباط با آن ابراز کردند و دیدگاه‌های ایشان در مرحله کدگذاری اعمال شد. سپس، سه نفر از اساتید مدیریت به بررسی یافته‌ها و اظهار نظر درباره مرحله کدگذاری پرداختند و به طور همزمان از مشارکت کنندگان در تحلیل و تفسیر داده کمک گرفته شد.

همچنین، برای حصول اطمینان از پایایی پژوهش نیز از دو روش یادداشت برداری مفصل و دقیق و کدگذاری ناشناس به کمک فرد کدگذاری که جزء تیم پژوهش نیست استفاده شد.

اسناد، مطالعات کتابخانه‌ای و مصاحبه‌ها با استفاده از روش تحلیل تم تحلیل شد. در مرحله اول ۸۰ کد اولیه حاصل از مطالعات کتابخانه‌ای و مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختاریافته تعیین و در مرحله دوم، تعداد ۲۵ مفهوم از بین آنها بدست آمد.

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی است. جهت انجام این پژوهش از رویکرد تحلیل کیفی و "استراتژی تفسیری- ساختاری" Interpretive Structural Modelling (ISM) استفاده شده است. [۳۷] به منظور شناسایی عوامل موثر در تغییر سیاست‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همچنین، بازنگری در سیاست طرح تحول نظام سلامت در آینده، ضمن مرور مستندات قانونی مانند قانون برنامه پنج ساله توسعه، سند چشم انداز، نقشه تحول نظام سلامت و مستندات سازمانی همچون گزارشات، صورتجلسات، مقالات حوزه تخصصی بهداشت و درمان با ۱۵ نفر از کارشناسان و خبرگان که در حوزه‌های سیاست‌گذاری و اجرای سیاست‌های نظام سلامت فعال بوده‌اند (به عنوان معیار انتخاب ورود به مطالعه) مصاحبه‌های نیمه‌ساختار یافته در سال ۱۳۹۷ انجام شد. مشارکت کنندگان در این مصاحبه‌ها با استفاده از استراتژی نمونه‌گیری کیفی انتخاب شده و به سوال تحقیق "اولویت‌های

جدول ۳: مفاهیم حاصل از مطالعات کتابخانه‌ای و مصاحبه‌ها در خصوص اولویت‌های بازنگری در طرح تحول نظام سلامت (مرحله دوم داده‌های کیفی)

۱	توسعه طب مکمل
۲	توجه به کنترل بیماری‌های واگیر
۳	توجه به کنترل بیماری‌های غیرواگیر
۴	توجه به گسترش پیوند اعضا
۵	توجه به حوزه مرتبط با سالمندی
۶	توجه به بیماران روانی و سلامت روان
۷	توجه به حوزه تعاملات بین سازمانی
۸	توجه به مصدومین حوادث و سوانح
۹	اصلاح و اجرای سیاست نظام ارجاع
۱۰	پایبندی به سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد
۱۱	توجه به حوزه مرتبط با آموزش نیروی انسانی
۱۲	توجه به حوزه مرتبط با پیشگیری- بهداشت
۱۳	توجه به حوزه مرتبط با مراقبت‌های درمانی
۱۴	اصلاح و اجرای سیاست پزشک خانواده
۱۵	اجرا و توسعه پرونده الکترونیک سلامت
۱۶	توسعه همکاری و ارائه خدمات غیر دولتی و نیمه دولتی



جدول ۳: (۱۵امه)

۱۷	آمایش سرزمینی تجهیزات و امکانات تشخیصی و درمانی
۱۸	توجه به باز توزیع نیروی انسانی متخصص و کارشناس
۱۹	توجه به واکسیناسیون و مراقبت های بارداری و نوزادی
۲۰	سیاست مرابط با توسعه مراکز درمانی پاراکلینیک و درمانگاهی
۲۱	توسعه و تسریع تدوین گایدلاین های حوزه پزشکی و مراقبتی
۲۲	توجه به ساماندهی اعزام ها و مشاوره های بین بیمارستانی، استانی، ملی
۲۳	توجه به نظام مند شدن و گسترش سلامت در بحران و بلایا و پدافند غیر عامل
۲۴	توجه به خدمات و مراقبت های پیش بیمارستانی و بیمارستانی منطبق با نیازهای روز
۲۵	اخذ گواهینامه های بین المللی بهبود کیفیت مستمر در حوزه های زیرمجموعه وزارتی

در مرحله سوم با توجه به همپوشانی و ارتباط نزدیک برخی ساختاری استخراج گردید که در جدول شماره چهار نشان داده مفاهیم با یکدیگر، ۱۲ مقوله به عنوان متغیرهای اساسی حاصل شده است. از داده های کیفی برای استفاده در روش تحلیل تفسیری-

جدول ۴: مقوله های حاصل از مطالعات کتابخانه ای و مصاحبه ها در خصوص اولویت های بازنگری در طرح تحول نظام سلامت (مرحله سوم داده های کیفی)

۱	توجه به حوزه مرتبط با سالمندی
۲	پابندی به سیاست گذاری مبتنی بر شواهد
۳	-توجه به مصدومین حوادث و سوانح
۴	توسعه تعاملات، همکاری ها و توافقنامه های
۵	توجه به حوزه مرتبط با مراقبت های درمانی
۶	توجه به حوزه مرتبط با آموزش نیروی انسانی
۷	روان توسعه همکاری و ارائه خدمات غیر دولتی و نیمه دولتی
۸	آمایش سرزمینی تجهیزات و امکانات تشخیصی و درمانی
۹	سازمانی توجه به حوزه مرتبط با پیشگیری بیماری ها و بهداشت
۱۰	سیاست های مرتبط با توسعه مراکز درمانی و پاراکلینیک و درمانگاهی
۱۱	توجه به خدمات و مراقبت های پیش بیمارستانی و بیمارستانی منطبق با نیازهای روز
۱۲	توسعه و اصلاح فرایندهای درونی (تدوین گایدلاین، نظام ارجاع، پزشک خانواده، اعزام بیمار...)

لذا سوال مطرح در پرسش نامه بدین صورت مطرح شده است: چه رابطه ای بین سیاست او سیاست ز وجود دارد؟ در مرحله دوم، ماتریس ساختاری روابط درونی متغیرها بدست آمد. خبرگان شرکت کننده در فرآیند ISM در پاسخ به پرسش فوق برای تعیین روابط بین سیاست ها، در هر مقایسه زوجی یکی از نشانه های زیر را به کار گرفته اند. V: عامل سطر (i) بر عامل ستون (j) تاثیر می گذارد. A: عامل ستون (j) بر عامل سطر (i) تاثیر می گذارد.

سپس مفاهیم به دست آمده از داده های کیفی، طی پنج مرحله که شامل تهیه ماتریس دسترسی اولیه، ماتریس دسترسی نهایی، مجموعه متقدم - متاخر، سطح بندی معیارها و سرانجام خوشه بندی معیارها می باشد، تحلیل شد.

ابتدا، نوع رابطه محتوایی بین عوامل تعیین شد. رابطه زمینه ای بین عوامل ممکن است از نوع تقدم و تأخر و یا تأثیر گذاری باشد. هر یک از سیاست های شناسایی شده ممکن است بر احتمال وقوع و یا شدت اثر دیگر سیاست ها تأثیر گذار باشند.

X: هر دو سطر (i) و ستون (j) بر یکدیگر تاثیر می گذارند. خود تعاملی به تاثیر متقابل هر عامل بر روی خود و دیگر عوامل  
 O: بین عنصر سطر و عنصر ستون ارتباطی وجود ندارد. اطلاق می گردد.

جدول ۵: ماتریس خود تعاملی ساختاری اولویت های آینده سیاست گذاری طرح تحول سلامت

ردیف	۱۲C	۱۱C	۱۰C	۹C	۸C	۷C	۶C	۵C	۴C	۳C	۲C	۱C	شرح
۱C	v	V	X	X	V	x	x	x	x	x	x	۱	سالمندی
۲C	x	X	X	X	X	X	V	V	V	X	۱		پیشگیری و بهداشت روان
۳C	v	X	X	V	V	A	X	X	V	۱			توسعه و اصلاح فرایندها (توزیع نیرو، نظام ارجاع،...)
۴C	x	X	X	X	X	A	O	X	۱				تعاملات بین سازمانی
۵C	v	X	A	X	X	A	V	۱					مراقبت های درمانی
۶C	O	A	A	O	A	A	۱						آموزش نیروی انسانی
۷C	V	A	A	V	V	۱							سیاست گذاری مبتنی بر شواهد
۸C	V	X	X	X	۱								توسعه مراکز درمانی، پاراکلینیک و درمانگاهی
۹C	X	V	A	۱									توسعه خدمات غیردولتی و نیمه دولتی
۱۰C	V	X	۱										حوادث و سوانح
۱۱C	X	۱											اورژانس پیش بیمارستانی و بیمارستانی
۱۲C	۱												توسعه تجهیزات و امکانات تشخیصی و پاراکلینیک

ب: اگر نماد خانه (ij) معادل A بود ارزش آن خانه صفر و ارزش خانه قرینه ۱ می باشد.  
 ج: اگر نماد خانه (ij) معادل X بود ارزش آن خانه و خانه قرینه ۱ خواهد بود.  
 د: اگر نماد خانه (ij) معادل O بود ارزش آن خانه و خانه قرینه صفر خواهد بود.

گام سوم، بدست آوردن ماتریس دستیابی بود. با تبدیل نمادهای روابط ماتریس اعداد صفر و یک بر حسب قواعد زیر ماتریس دستیابی بدست می آید. قابل ذکر است که نمادها به جهت تسهیل روش تحقیق به صورت قراردادی انتخاب شده است:  
 الف: اگر نماد خانه (ij) معادل V بود ارزش آن خانه معادل ۱ و خانه قرینه صفر می باشد.

جدول ۶: ماتریس دستیابی اولیه جهت تبدیل روابط بین نمادها به اعداد قابل تفسیر

ردیف	۱۲C	۱۱C	۱۰C	۹C	۸C	۷C	۶C	۵C	۴C	۳C	۲C	۱C	شرح
۱C	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	سالمندی
۲C	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	پیشگیری و بهداشت روان
۳C	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	توسعه و اصلاح فرایندها
۴C	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۰	۱	۱	۰	۰	۱	تعاملات بین سازمانی
۵C	۱	۱	۰	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۰	۱	مراقبت های درمانی

جدول ۶: (ادامه)

ردیف	۱C	۲C	۳C	۴C	۵C	۶C	۷C	۸C	۹C	۱۰C	۱۱C	۱۲C	تکرار تعداد
۶C	۱	۰	۱	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳
۷C	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۰	۱	۱۰
۸C	۰	۱	۰	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۹
۹C	۱	۱	۰	۱	۱	۰	۰	۱	۱	۰	۱	۱	۸
۱۰C	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱۲
۱۱C	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱۰
۱۲C	۰	۱	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۱	۰	۱	۱	۵
	۹	۹	۸	۱۱	۱۰	۹	۵	۱۰	۱۰	۷	۱۱	۱۱	

گام چهارم، سازگار کردن ماتریس دستیابی بود. ماتریس عامل الف منجر به عامل ب شود و عامل ب هم منجر به عامل ج شود، باید عامل الف نیز منجر به عامل ج شود. دستیابی اولیه باید دارای سازگاری درونی باشد. یعنی اگر

جدول ۷: نتایج تکرار مرحله اول روش ism به منظور سطح بندی اولویت های بازنگری سیاست ها در طرح تحول نظام سلامت

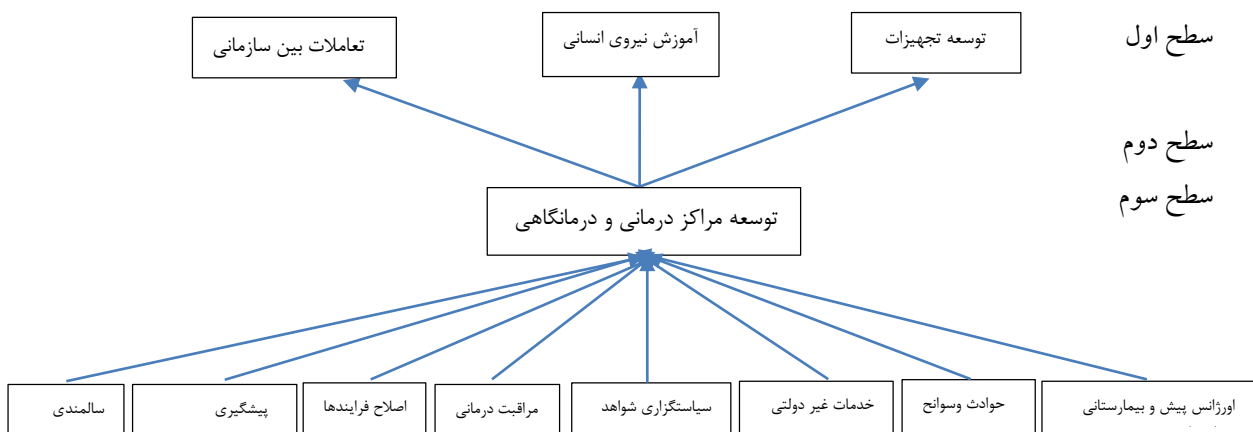
ردیف اولویت	مجموعه دسترسی	مجموعه مقدم	اشتراک	سطح
۱	۱۲و۳و۴و۵و۶و۷و۸و۹و۱۰و۱۱و۱۲	۱۰و۳و۴و۵و۶و۷و۹و۱۰	۱و۲و۳و۴و۵و۶و۷و۹و۱۰	۳
۲	۱۲و۳و۴و۵و۶و۷و۸و۹و۱۰و۱۱و۱۲	۱۲و۳و۴و۵و۶و۷و۸و۹و۱۰و۱۱و۱۲	۱و۲و۳و۴و۵و۶و۷و۸و۹و۱۰و۱۱و۱۲	۳
۳	۱۲و۳و۴و۵و۶و۷و۸و۹و۱۰و۱۱و۱۲	۱۱و۲و۳و۴و۵و۶و۷و۹و۱۰	۱و۲و۳و۴و۵و۶و۷و۹و۱۰و۱۱و۱۲	۳
۴	۱۲و۳و۴و۵و۶و۷و۸و۹و۱۰و۱۱و۱۲	۱۲و۳و۴و۵و۶و۷و۸و۹و۱۰و۱۱و۱۲	۱و۲و۳و۴و۵و۶و۷و۸و۹و۱۰و۱۱و۱۲	۱
۵	۱۲و۳و۴و۵و۶و۷و۸و۹و۱۰و۱۱و۱۲	۱۱و۲و۳و۴و۵و۶و۷و۸و۹و۱۰	۱و۲و۳و۴و۵و۶و۷و۸و۹و۱۰و۱۱و۱۲	۳
۶	۱و۳و۶	۱۱و۲و۳و۴و۵و۶و۷و۹و۱۰	۱و۳و۶	۱
۷	۱۲و۳و۴و۵و۶و۷و۸و۹و۱۰و۱۱و۱۲	۱۱و۲و۳و۴و۵و۶و۷و۹و۱۰	۱و۲و۳و۴و۵و۶و۷و۹و۱۰	۳
۸	۱۲و۳و۴و۵و۶و۷و۸و۹و۱۰و۱۱و۱۲	۱۱و۲و۳و۴و۵و۶و۷و۸و۹و۱۰و۱۱و۱۲	۱و۲و۳و۴و۵و۶و۷و۸و۹و۱۰و۱۱و۱۲	۲
۹	۱۲و۳و۴و۵و۶و۷و۸و۹و۱۰و۱۱و۱۲	۱۲و۳و۴و۵و۶و۷و۸و۹و۱۰و۱۱و۱۲	۱و۲و۳و۴و۵و۶و۷و۸و۹و۱۰و۱۱و۱۲	۳
۱۰	۱۲و۳و۴و۵و۶و۷و۸و۹و۱۰و۱۱و۱۲	۱۱و۲و۳و۴و۵و۶و۷و۹و۱۰	۱و۲و۳و۴و۵و۶و۷و۹و۱۰و۱۱و۱۲	۳
۱۱	۱۲و۳و۴و۵و۶و۷و۸و۹و۱۰و۱۱و۱۲	۱۲و۳و۴و۵و۶و۷و۸و۹و۱۰و۱۱و۱۲	۱و۲و۳و۴و۵و۶و۷و۸و۹و۱۰و۱۱و۱۲	۳
۱۲	۱۲و۳و۴و۵و۶و۷و۸و۹و۱۰و۱۱و۱۲	۱۲و۳و۴و۵و۶و۷و۸و۹و۱۰و۱۱و۱۲	۱و۲و۳و۴و۵و۶و۷و۹و۱۰و۱۱و۱۲	۱

در گام پنجم، تعیین سطح و اولویت بندی متغیرها انجام شد. متغیر می توان به آنها رسید و مجموعه مقدم هر متغیر یعنی مجموعه دسترسی هر متغیر یعنی متغیرهایی که از طریق این متغیرهایی که از طریق آنها به این متغیر می توان رسید، تعیین

کار رفته در جدول بالا نشان دهنده شماره مقوله‌های به دست آمده از جدول پنج در مراحل قبلی می باشد. به طور مثال عدد یک نشان دهنده مقوله سالمندی و عدد دو نشان دهنده مقوله پیشگیری و بهداشت روان است. در مرحله ششم، شبکه تعاملات ترسیم شد. با مشخص شدن سطح عوامل می توان مدل نهایی موسوم به دیاگرام را بر اساس ماتریس دستیابی سازگار شده ترسیم نمود.

### یافته ها

می شود. پس از آن برای هر متغیر عناصر مشترک در مجموعه دسترسی و مقدم شناسایی شده و پس از تعیین عناصر مشترک، اقدام به تعیین سطح متغیرها می شود. در اولین جدول، متغیری دارای بالاترین سطح خواهد بود که مجموعه دسترسی و عناصر مشترک آن کاملاً یکسان باشد. پس از تعیین این متغیر یا متغیرها، آنها را از جدول حذف رده و با متغیرهای باقیمانده جدول بعدی تشکیل می شود. در این پژوهش پس از سه بار تکرار همه عناصر تعیین سطح شدند که نتایج سطح بندی در جدول هفت آمده است. بنا به محدودیت از درج تکرارهای بعدی خودداری شده است. همچنین لازم به ذکر است اعداد به



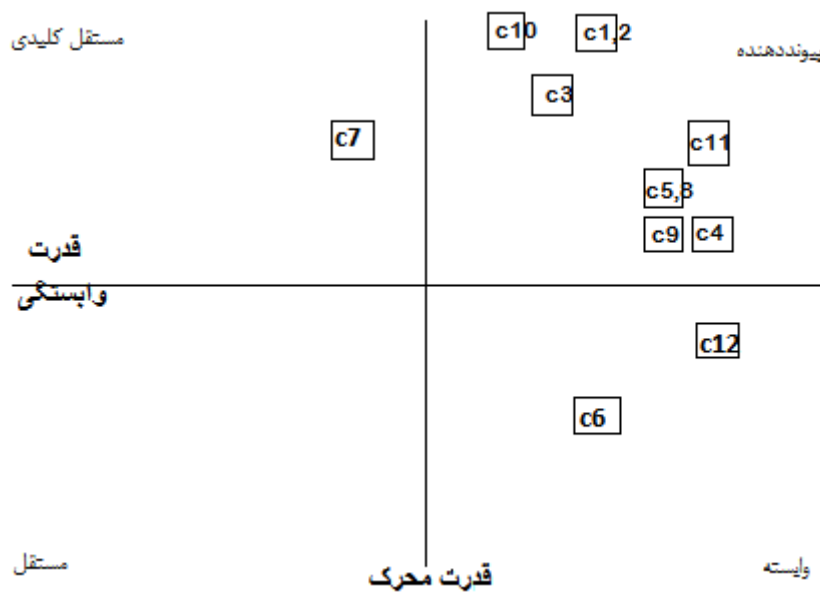
شکل ۱: مدل ISM سطح بندی متغیرهای دخیل در اولویت های بازنگری خطمشی طرح تحول نظام سلامت

تحت تاثیر هشت عامل دیگر قرار دارد. بدین معنی که برای توسعه مراکز درمانی باید به این عوامل و متغیرها توجه نمود. پس از تعیین قدرت محرک یا اثرگذاری و قدرت وابستگی سیاست‌ها، می توان تمامی متغیرها را در یکی از خوشه‌های چهارگانه به روش ماتریس اثر ضرب ارجاع متقابل کاربردی، قرار داد که تحت عنوان تحلیل (میک مک) معرفی می گردد. بر روی ماتریس اثر ضرب ارجاع متقابل کاربردی، نقاط مرزی معمولاً یک واحد بزرگتر از میانگین تعداد عوامل می باشند. به عبارت دیگر، برای مثال در این تحقیق با توجه به اینکه تعداد متغیرها برابر با ۱۲ می باشد، نقاط مرزی روی ماتریس اثر ضرب ارجاع متقابل کاربردی برابر هفت در نظر گرفته می شود. با این حال، با توجه به شرایط تحقیق می توان نقاط مرزی

دیاگرام نهایی سطح بندی متغیرهای تاثیرگذار در بازنگری اولویت های طرح تحول نظام سلامت به صورت شکل یک می باشد. یافته های پژوهش شامل عوامل و متغیرهای مهم برنامه ریزی در نظام سلامت است که در سه سطح قرار گرفته اند و لازم است در هنگام بازنگری در اولویت های طرح تحول نظام سلامت مورد توجه سیاست گذاران در این حوزه قرار گیرد. توسعه مراکز درمانی و درمانگاهی به عنوان تعیین کننده سیاست های توسعه تجهیزات و امکانات، آموزش نیروی انسانی متخصص و تعاملات بین بیمارستانی است. می توان اینگونه نتیجه گیری نمود که ساخت و بهره برداری از مراکز درمانی و درمانگاهی در هر نقطه از کشور بر سه عامل مذکور تاثیر گذار است. از طرف دیگر توسعه مراکز درمانی و درمانگاهی خود

متغیرها سبب می‌شود که قابلیت بالایی برای برهم زدن ناپایداری سیستم داشته باشند. (۲)، متغیرهای با کمترین وابستگی و بیشترین تاثیر (گوشه سمت چپ بالا) پیشران‌های اثرگذار یک سیستم هستند. (۳)، متغیرهایی با کمترین تاثیرگذاری و بیشترین وابستگی یا تاثیرپذیری (گوشه سمت راست پایین) آنهایی هستند که بیشترین تاثیر را از تغییر در شرایط یک سیستم می‌پذیرند. به این متغیرها متغیر وابسته می‌گویند. تغییر در این متغیرها گاه در نتیجه تاثیر متغیرهای پیشران است و گاهی این تاثیرپذیری در واقع تاثیر غیرمستقیم اثر پیشران‌ها بر متغیرهای اعتماد (گوشه سمت راست بالا) است. (۴)، متغیرهایی که در سمت چپ پایین نمودار قرار می‌گیرند. هم تاثیرگذاری کمی دارند و هم وابستگی کمی به دیگر متغیرها دارند. این دسته از متغیرها کمترین اهمیت را در یک سیستم دارند و می‌توان آنها را حذف کرد. [۳۸]

متفاوتی را منظور نمود. نقاط مرزی باید به گونه‌ای باشد که به خوبی عوامل مختلف را در خوشه‌های مورد نظر تفکیک نماید. بسته به اینکه جمع مقادیر ماتریسی در کدام ناحیه نمودار قرار می‌گیرد می‌توان چهار دسته متغیر را شناسایی نمود. این نقشه را می‌توان برای ماتریس اثرات مستقیم، اثرات غیر مستقیم و اثرات احتمالی با همین رویکرد ترسیم نمود که در نگاره شماره دو نشان داده شده است. (۱)، متغیرهایی که در گوشه سمت راست بالای نمودار قرار می‌گیرند بیشترین تاثیرپذیری یا وابستگی به دیگر متغیرها و نیز بیشترین تاثیرگذاری را بر متغیرهای دیگر دارند که به این متغیرها، متغیرهای اعتماد گفته می‌شود. این متغیرها در واقع شاخص ناپایداری در یک سیستم هستند. زیرا به دلیل وابستگی به متغیرهای دیگر به سرعت تاثیرات را جذب می‌کنند و به دلیل تاثیرگذاری، به سرعت تاثیرات را انتقال می‌دهند. به بیان دیگر سرعت تاثیرگذاری و تاثیرپذیری این



شکل ۲: خوشه بندی اولویت‌های بازنگری سیاست طرح تحول سلامت با استفاده از روش (MICMAC)

کلیدی در نظام سلامت باید در نظر گرفته شود و بر چهار اولویت محرک در آینده طرح تحول نظام سلامت تمرکز نماید. این چهار اولویت محرک شامل توسعه سیاست‌های مرتبط با سالمندی (۱C)، توسعه سیاست‌های مرتبط با پیشگیری از بیماری‌ها و بهداشت روان (۲C)، توسعه سیاست‌های مرتبط

### بحث

نتایج پژوهش حاضر که برای تعیین اولویت‌های بازنگری در سیاست طرح تحول نظام سلامت انجام شد، مشخص نمود که سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد (۷C) به عنوان یک سیاست

بسیاری از بیماری‌های غیرواگیر می‌توانند با کنترل عوامل خطر ساز همچون مصرف دخانیات، مصرف الکل، عدم فعالیت جسمی کافی و رژیم غذایی نامناسب پیشگیری و کنترل شوند. بیماری‌های مزمن و غیرواگیر تنها به عوامل فوق‌الذکر محدود نشده و می‌توانند موارد دیگری همچون سوانح و حوادث و اختلال روحی و روانی را نیز شامل می‌شود. در سال ۱۳۹۰ از ۳۸۰ هزار مرگ ثبت شده تعداد ۲۱۶ هزار فوت در اثر سکته قلبی، سکته مغزی، حوادث و سوانح و سرطان‌ها بوده است. [۴۰] علاوه بر آن، بر اساس گزارش بار بیماری‌های جهانی در سال ۲۰۱۶ در ایران بیماری‌های قلبی، سکته‌های مغزی، حوادث ترافیکی، پرفشاری خون، الزایمر، دیابت، بیماری‌های انسدادی ریوی، بیماری‌های مزمن کلیوی، سرطان معده به ترتیب بیشترین علل مرگ ایرانیان بوده است. مهم‌ترین عوامل خطر مرگ در سال ۱۳۹۵، پرفشاری خون، تغذیه ناسالم، بالا بودن قند خون، اضافه وزن و چاقی، کلسترول بالا، مصرف سیگار، آلودگی هوا، کم‌کاری کلیوی، فعالیت بدنی ناکافی، مرگ-ومیر مادر و کودک تعیین شده است [۴۱] که با متغیرها و اولویت‌های به دست آمده در این پژوهش یعنی سیاست‌های سالمندی، حوادث و سوانح و همچنین پیشگیری از بیماری‌ها و بهداشت روان مطابقت دارد. وثوق مقدم در مقاله‌ای با عنوان ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری و نظام ارجاع در استان های فارس و مازندران: پیشینه، دستاوردها، چالش‌ها و راه حل-ها، اظهار نمود که یافته‌های حاصل از مرور متون و مصاحبه‌ها حاکی از این امر است که برنامه پزشک خانواده شهری و نظام ارجاع با چالش‌های متعددی در اهداف حوزه‌های تولید، نحوه ارائه خدمات و تامین منابع مالی، انسانی و اطلاعاتی روبرو بوده است. هرچند که اجرای طرح در دو استان با دستاوردهایی در زمینه افزایش دسترسی به خدمات، بهبود هماهنگی سازمان‌های بیمه‌گر پایه و دانشگاه‌ها و ساماندهی پرونده‌های سلامت همراه بوده است، بهتر است از توسعه برنامه به استان‌های دیگر پیش از باز طراحی آن جلوگیری کرد تا ارزش این کار بزرگ حفظ شده و اطمینان، تعهد و ضمانت کافی برای همه ذینفعان به وجود آید. ضروری است در مورد اهداف کلی و اختصاصی

با حوادث و سوانح (۱۰C) و سیاست مرتبط با اصلاح فرآیندهای درونی می‌باشد. (۳C) با توجه به اینکه پژوهشگران پژوهش حاضر در مطالعات خود، پژوهشی را که در داخل کشور به دنبال پاسخ به چنین مسأله‌ای در طرح تحول نظام سلامت باشد مشاهده نموده‌اند به ناچار نتایج حاصل را با شواهد میان رشته‌ای مرتبط با حوزه سلامت مقایسه نمودند. بنابراین، مشخص گردید که نتایج پژوهش حاضر، با دیگر شواهد پژوهشی که در مورد وضعیت جمعیتی کشور در گذشته و آینده انجام شده است و همچنین با روند بیماری‌ها و رشد عوامل خطر ساز در گسترش یا محدودیت سلامت جامعه، مطابقت دارد. سیدین و همکاران در مقاله‌ای تحت عنوان عوامل مؤثر بر تولید اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد در ستاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش نظام سلامت کشور، عنوان نمودند که شواهد پژوهشی در سازوکارهای مختلف سیاست‌گذاری سلامت یعنی ساز و کارهای ارائه خدمت، ساز و کارهای تأمین مالی، ساز و کارهای حاکمیت و استراتژی‌های استقرار مورد استفاده قرار می‌گیرد اما تلاش‌های آن نظام‌مند و جامع نبوده و به خوبی نهادینه نشده‌اند [۵] که با یافته این مطالعه در خصوص اهمیت دادن به سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در نظام سلامت کشور مطابقت دارد. طاووسی در پژوهشی با عنوان وضعیت سلامت روان جمعیت شهری کشور: یک مطالعه ملی اظهار نمود که ۲۹/۸ درصد از پاسخ‌گویان مطالعه، مشکوک به درجاتی از اختلال در سلامت روان هستند [۳۹] که با یافته‌های این پژوهش در خصوص اهمیت دادن به موضوع سلامت روان در بازنگری اولویت‌های آینده طرح تحول نظام سلامت همخوانی دارد. با توجه به مسائل و مشکلات اقتصادی، بیکاری افراد تحصیلکرده و استرس‌های زندگی روزمره اجتماعی باید سیاست‌های مناسب سلامت روان طرح‌ریزی شود. کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر در سال ۱۳۹۴ در گزارش خود عنوان نمود که بیماری‌های مزمن و غیرواگیر اصلی‌ترین عامل مرگ‌ومیر و ناتوانی در دنیای امروز به شمار می‌روند. عمده این بیماری‌ها شامل سرطان‌ها، بیماری‌های قلبی و عروقی، دیابت و بیماری‌های مزمن دستگاه تنفسی می‌باشد.

نتایج پژوهش حاضر و تطابق آن با سایر شواهد و پژوهش‌های میان رشته‌ای، بر اهمیت بازنگری در سیاست طرح تحول نظام سلامت تاکید می‌نماید و گنجاندن سیاست‌های مرتبط با سالمندی، پیشگیری از بیماری‌ها و بهداشت روان، حوادث و سوانح، اصلاح فرآیندهای درونی مانند پرونده الکترونیک، نظام ارجاع و پزشک خانواده را به عنوان اولویت‌های بازنگری در طرح تحول نظام سلامت پیشنهاد می‌دهد. بنابراین لزوم بازنگری در طرح تحول نظام سلامت و اصلاح اولویت‌ها، موجب تطابق بین نیازهای واقعی کشور و برنامه‌های اجرایی در راستای تحقق اهداف کلان و حل مسائل عمومی خواهد شد.

### ملاحظات اخلاقی

**رعایت دستورالعمل‌های اخلاقی:** در مطالعه حاضر تمامی ملاحظات اخلاقی از جمله شرط امانت و صداقت مورد توجه قرار گرفته است.

**حمایت مالی:** این مقاله حاصل تحقیق مستقل و بدون حمایت مالی و سازمانی انجام شده است.

**تضاد منافع:** نویسندگان اظهار داشتند که تضاد منافی وجود ندارد.

**تشکر و قدردانی:** نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند که از همکاری تمام اساتید و بزرگوارانی که در تهیه این مقاله ما را یاری نموده‌اند تشکر و قدردانی نمایند.

برنامه در یک دوره پنج ساله بین ذینفعان توافق شود و برای هر هدف اختصاصی برنامه عملیاتی مشخص تدوین و به اجرا درآید. [۴۲] نتیجه پژوهش فوق با متغیر اصلاح فرآیندهای درونی حاصل از این پژوهش سازگار می‌باشد و شایسته است سیاست‌گذاران نظام سلامت به اصلاح فرآیندهای درونی مانند پرونده الکترونیک، نظام ارجاع و پزشک خانواده، تدوین گایدلاین‌ها، اعتباربخشی بیمارستانی و توزیع نیروی انسانی متخصص و کارشناس توجه ویژه نمایند. رحمانی در پژوهشی با عنوان مروری بر وضعیت حوادث رانندگی در ایران در مقایسه با سایر کشورها نتیجه گرفت که نسبت مرگ ناشی از حوادث ترافیکی به تعداد اتومبیل در کشورمان به مراتب از سایر کشورها بیشتر است. در ایران نسبت مرگ عابرین و موتورسواران تقریباً بیشتر از کشورهای همسایه هم چون ترکیه و یا کشورهای توسعه یافته می‌باشد. [۴۳] همچنین، وفایی و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان بررسی وضعیت اپیدمیولوژیک حوادث ترافیکی منجر به جرح در جاده تهران - آبدلی در سال ۱۳۸۷ به گزارش پلیس راه بیان نمود که سوانح ترافیکی در ایران با میزان بروز سالیان ۳۲ مورد در صد هزار نفر، دومین علت مرگ و میر و اولین علت سال‌های از دست رفته عمر به دلیل مرگ زودرس و شایع ترین علت مصدومیت است. [۴۴] علاوه بر آن حسین‌زاده در پژوهشی با عنوان برآورد بار ناشی از سوانح و حوادث ترافیکی اظهار نمود که در ایران ۱۵ درصد مصدومین حوادث ترافیکی جان خود را از دست می‌دهند در حالی که این میزان در کشورهای توسعه یافته حدود دو درصد می‌باشد. محاسبه بار ناشی از سوانح حوادث ترافیکی می‌تواند شواهدی عینی را جهت تعیین اطلاعات پایه برای تصمیم‌گیری‌های مورد نیاز در زمینه سیاست‌گذاری، طراحی و مدیریت برنامه‌های مداخلاتی مناسب فراهم نماید. [۴۵] نتایج مطالعات فوق با متغیر سیاست توجه به حوادث و سوانح حاصل از این مطالعه مطابقت دارد. میزان بالای حوادث و سوانح در افراد جوان و فعال کشور، موجب اتلاف سرمایه‌های مالی و بروز نتایج نامطلوب اجتماعی خواهد شد که توجه ویژه به این متغیر را توسط سیاست‌گذاران نظام سلامت طلب می‌نماید.

## References

1. Nasrolla poor Shirvani D, Moodi S. Evidence -based policy-making in the health system and its achievements and challenges in Iran. Publications of Babol University of Medical Sciences .2013; p:87. [In Persian]
2. Pelsmacker P. Digital marketing strategies, online reviews and hotel performance. International Journal of Hospitality Management. <https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2018.01.003>.
3. Savic M. Making multiple 'online counsellings' through policy and practice: an evidence-making intervention approach. International Journal of Drug Policy. 2018; 53: 73–82. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.12.008>.
4. Oberg G. On the limitation of evidence-based policy: Regulatory narratives and land application of biosolids/sewage sludge in BC, Canada and Sweden. Environmental Science and Policy. 2018; 84: 88–96. <https://doi.org/10.1016/j.envsci.2018.03.006>.
5. Imani-Nasab MH, Seyedin H, Majdzadeh R, Yazdizadeh B, Salehi M. Factors Affecting the Development of Evidence-Based Health Policy Papers at the Ministry of Health Care and Medical Education. health Management. 2014; 18(60):105-117.[In Persian]
6. Ebrahimi SA, Danayee fard H. Evidence -based policy-making in the health system. Semnan, Iran: Semnan University Press; 2017.p:14. [In Persian]
7. Doshmangir L, Ravaghi H. A review of support tools for evidence-informed health policymaking. Journal of Clinical Excellence. 2015; 4(2). [In Persian]
8. Kathryn A. Oliver, Frank de Vocht. Defining 'evidence' in public health: a survey of policymakers uses and preferences .European Journal of Public Health. 2017; 27(2): 112–117.
9. Shearman AD, Shearman CP, Evidence-based surgery. Surgery. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2018.07.010>.
10. C.-Y. Chen et al. Journal of the Chinese Medical Association. Evidence-based health care: A roadmap for knowledge translation. 2017; 80. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcma.2017.04.010>.
11. van de Goor et al. Determinants of evidence use in public health policy making .Health Policy. 2017 Mar;121(3):273-281. doi: 10.1016/j.healthpol.2017.01.003 .
12. Marchionni C & Reijula S. What is mechanistic evidence, and why do we need it for evidence-based policy? Studies in History and Philosophy of Science. doi 10.1016/j.shpsa.2018.08.003.
13. Andrea Saltelli, Mario Giampietro. What is wrong with evidence based policy, and how can it be improved? Futures.<http://dx.doi.org/10.1016/j.futures.2016.11.012>.
14. Yanfen H. Who drives the formation and adoption of the "increasing versus decreasing Balance policy"? Evidence from a policy process analysis. Land Use Policy. 2019; 80: 175–184.



14. Kathryn A. et al. Identifying public health policymakers' sources of Information: comparing survey and network analyses. *European Journal of Public Health*. 2017; 27(2): 118–123. doi:10.1093/eurpub/ckv083.
15. Hämäläinen et al. Exploring the use of research evidence in health enhancing physical activity policies. *Health Research Policy and Systems*. 2015; 13(43). DOI 10.1186/s12961-015-0047-2.
16. Pazhohesh Jahromi A. Evidence-based management based on the gaps in managerial management and practice. *Technology Development Quarterly*. 2017; 4(21). [In Persian]
17. Lancaster, K., Seear, K., Treloar, C., Ritter, A., The productive techniques and Constitutive effects of 'evidence-based policy' and 'consumer participation' discourses in health policy processes. *Social Science & Medicine*. 2017. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.01.031
18. van der Putten IM, et al. Evidence-informed vaccine decision making: The introduction of Human Papilloma Virus (HPV) vaccination in the Netherlands. *Health Policy* 2018. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.09.001>.
19. Arja R. Aro ET AL. Integrating research evidence and physical activity policy making REPOPA. project *Health Promotion International*. 2016;31:430–439 .doi: 10.1093/heapro/dav002.
20. Jana Sisnowski and Jackie M Street. Evidence Informed Public Health Policy. This article is an updated version of the previous edition article by Vivian Lin. Elsevier Inc 2008; 2. pp. 527–536.
21. Frank C, Detterbeck ET AL. Extending the Reach of Evidence-Based MedicineA Proposed Categorization of Lower-Level Evidence. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2017.09.006>.
22. Tarighat Monfared MH, Akhavan Behbahani A, Hasanzade A. Principles of National Health Policy (Comparative study). Tehran: The Islamic Consultative Assembly Research Center The Office of Social Studies; 2008.p:7. [In Persian]
23. Taybi M, Davoodi A. Determining the Priority of Intervention in the Health System Based on a Survey of Experts. *Quarterly Journal of Financial and Economic Policy*. 2017; 5(19):105-138. [In Persian]
24. Hagh shenas M J. A Comparison of Program Objectives and Challenges to the Development of the Health System in the Islamic Republic of Iran, Turkey and the United States. *Journal of Assessment Knowledge*. 2017; 9(31):7-37. [In Persian]
25. Ghanbari A, Moaddab F, Jafaraghaee F, Heydarzade A, Barari F. Health System Evolution Plan; a New Approach to Health Care Delivery: The Challenge Ahead. *Hakim Health Sys Res*. 2017; 20(1):1-8. [In Persian]
26. Foroughi Z, Siamian H. The Relation between Iranian Medical Science Research in Scopus Database and Burden of Disease in Iran. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2015; 25(132): 177-185. [In Persian]

27. Damari B, Vosoogh-Moghaddam A, Delavari A. How Does the Ministry of Health and Medical Education of Iran Protect the Public Benefits? Analysis of Stewardship Function and the Way forward. *Hakim Health Sys Res.* 2015; 18(2): 94- 104. [In Persian]
28. Damari B. Challenges and directions of public health development in Iran from the viewpoint of provincial health deputies and health center. *Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research.* 2015; 13(1): 1-16. [In Persian]
29. Majdzade SR, et al. A framework for urban population research bases for implementing health promotion programs. *Payesh.* 2005; 4(2): 81-89. [In Persian]
30. Ebrahimi A, Danayifard H, Azar A, Forozande L. Designing evidence-based policy-making model in health system Iran. *Public Management Research.* 2014; 7(24): 5-24. [In Persian]
31. Rashidian A. Policy Making Challenges, and the Need for Introducing Formal Structures for Evidence Informed Decision Making in the Health System. *Hakim Research Journal.* 2014; 16(3): 258-261. [In Persian]
32. Shariati M. Why health system reform? The Sixth Iranian Epidemiology Congress. *Shahroud University of Medical Sciences and Health Services.* 2010; 21-22. [In Persian]
33. Yousefy A, Zahabioun Sh. Learning Organization The Strategy For Qualitative Development Of Health System. *Iranian Journal of Medical Education (Special Education Development).* 2010; 10(5): 1033-1044. [In Persian]
34. Damari B, Vosoogh Moghaddam A, Monazzam K, Salarianzadeh H. Where and How to Make Wise Policies for Health? A Qualitative Study on the Characteristics of Health Policy System in the Islamic Republic of Iran. *Hakim Research Journal.* 2011; 13(4): 210- 218. [In Persian]
35. Nejat S, Ashorkhani M, Gholami zh, Majdzade SR. Do researchers have a proper idea of how well their translation activities are?. *Payesh Quarterly.* 2009; 8(4):395-400. [In Persian]
36. Firuzjaeyan1 AA, Firuzjaeyan M, Hashemi Petroodi SH, Gholamrezazadeh F. Applying Techniques of Interpretive Structural Modeling (ISM) in Tourism Studies (A Pathological Approach). *Journal of Planning and Development.* 2013; 2(6): 129-159. [In Persian]
37. Molayi MM. Future Studies of Iran Issues with Structural Analysis Method. *Majles and Strategic Quarterly.* 2016; 23(86). [In Persian]
38. Tavousi M, Haeri Mehrizi AA, Hashemi A, Naghizadeh F, Montazeri A. Mental health in Iran: a nationwide cross sectional study. *Payesh.* 2016; 3: 233-239. [In Persian]
39. The Convention on the Prevention and control of non-communicable diseases and related risk factors in the Islamic Republic of Iran 1394-1404. National Committee for the Prevention and Control of Non-Denominational Diseases. 2015;3-10.[In Persian]
40. WHO. Institute of Health Metrics and Evaluation. Global burden of diseases study 2016 [news.research.ac.ir/content/529/2016](http://news.research.ac.ir/content/529/2016) .



41. Damari B, Vosough Moghaddam A, Rostami-Gooran N, Kabir MJ. Evaluation of the Urban Family Physician and Referral System Program in Fars and Mazandran Provinces: History, Achievements, Challenges and Solutions. Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2016; 4(2): 17-38. [In Persian]
42. Moradi A, Rahmani KH, Hoshmandi Shoja M, Rahimi Sepehr H, Khorshidi A. An Over view of the Situation of Traffic Accidents in Iran in Comparison with Other Countries. Iranian Journal of Forensic Medicine. 2016; 22(1): 45-53. [In Persian]
43. Hatam-Abadi HR, Soori H, Vafay R, Hadadi M, Eyni E, Asna-ashari HR. Epidemiologic Model of Traumatic Traffic Roads of Tehran Abalei: A Futurist Study. Payesh. 2011; 11(1): 29-37. [In Persian]
44. Hossein Zadeh k, Sadegh R, Daliri S. Estimation of Burden and caused by traffic accidents. Journal of Safety promotion and injury prevention. 2016; 4(4): 253-60. [In Persian]