

سیاست‌گذاری آگاه از شواهد در اپیدمی بیماری‌های عفونی: تلویحاتی برای کووید ۱۹

وحید یزدی فیض‌آبادی^۱، مصطفی امینی رارانی^۲

بیان دیدگاه

تاریخ انتشار: ۱۳۹۹/۱/۱۵

پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۱/۱۰

دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۱/۴

ارجاع: یزدی فیض‌آبادی وحید، امینی رارانی مصطفی. سیاست‌گذاری آگاه از شواهد در اپیدمی بیماری‌های عفونی: تلویحاتی برای کووید ۱۹. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۹؛ ۱۷ (۱): ۳۹-۴۲

مقدمه

از سال ۲۰۰۰ انواعی از طغیان بیماری‌های جدید، حاد و یا بیماری‌های واگیر نوپدید رخ داده‌اند. این طغیان‌ها از جمله سندرم تنفسی خاورمیانه (مرس)، اپیدمی سارس، زیکا، ابولا و آنفلوآنزاهای H1N1 و H5N1، به عنوان تهدید سلامت جهانی، پتانسیل گسترش در سطح دنیا را داشته‌اند (۱). در اواخر دسامبر سال ۲۰۱۹، نوعی پنومونی ناشی از یک کرونا ویروس ناشناخته (که توسط سازمان جهانی بهداشت کووید ۱۹ نامگذاری شد) در ووهان چین شیوع پیدا کرد (۲) و پس از مدت زمان کوتاهی (حدود چهار ماه)، در ۱۱ مارس سال ۲۰۲۰، سازمان جهانی بهداشت پاندمی کووید ۱۹ در سطح جهان را اعلام نمود (۳). ضرورت مدیریت این پاندمی و استفاده از ظرفیت‌های ملی و بین‌المللی برای آن اجتناب‌ناپذیر است و کشورهای درگیر این بیماری تلاش دارند تا با مدیریت اپیدمی کووید ۱۹، موج شیوع این بیماری را کنترل نمایند. این مدیریت مستلزم بهره‌گیری از ظرفیت‌های علمی و شواهد مطالعاتی برگرفته از تجربیات مختلف بین‌المللی و مطالعات به‌هنگام بیماری است.

شرح دیدگاه

در چند دهه اخیر، به تولید، ترجمان و استفاده از شواهد متنوع برای سیاست‌گذاری و اقدام عملیاتی مناسب، توجه بسیاری شده است (۴). سیاست‌گذاری آگاه از شواهد در سلامت، مستلزم دسترسی به نتایج مطالعاتی است که نشان دهد چه عواملی در رابطه با مشکل سلامتی درست، نادرست یا آسیب‌رسان هستند. در واقع، هدف سیاست‌گذاری آگاه از شواهد، تأمین شواهد مناسب در فرایند سیاست‌گذاری می‌باشد؛ به نحوی که فرایند سیاست‌گذاری یک رویکرد منطقی، موثق و نظام‌مندی را طی کند. در سیاست‌گذاری آگاه از شواهد، ۱- مشکل یا موضوع سلامت به طور واضح تعریف می‌شود، ۲- بهترین شواهد موجود به طور اثربخش جستجو می‌گردد، ۳- شواهد جمع‌آوری شده به طور نقادانه ارزیابی می‌شوند، ۴- توصیه‌ها و پیشنهادهای ارائه شده برای سیاست‌گذاری یا اقدام عملیاتی ترکیب می‌شوند، ۵- اطلاعات به دست آمده مبتنی بر بافتار محیط و اقتضائات بومی تطبیق داده می‌شوند، ۶- شواهد تطبیق یافته در سیاست‌گذاری یا اقدام عملیاتی به کار گرفته می‌شود و در نهایت، ۷- اثربخشی اقدامات اجرا شده ارزیابی می‌گردد. طبق تعریف کمیته مشورتی

اروپایی سازمان جهانی بهداشت، شواهد شامل یافته‌های تحقیقاتی و اطلاعات مبتنی بر بافتار می‌باشند که می‌توانند به عنوان منبع مفیدی در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با سلامت عمومی استفاده شوند (۵). به طور مشخص، این شواهد صحیح، عینی، معتبر، مرتبط و در دسترس هستند. سیاست‌گذاری آگاه از شواهد، مستلزم یک ساختار مشورتی (Deliberative) است که مهم‌ترین ویژگی آن، بین‌رشته‌ای و چند تخصصی بودن است. سیاست‌گذاری آگاه از شواهد در مقایسه با سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد که تمرکز اصلی آن بر یافته‌های تحقیقاتی می‌باشد، نسبت به ماهیت شواهد دیدگاه انعطاف‌پذیرتری دارد و یافته‌های تحقیقاتی را با تجربیات شخصی، ارزش‌ها، شرایط و بافتار موجود ادغام می‌کند (۶).

مختصات سیاست‌گذاری در شرایط فوریت و بحران در مقایسه با سیاست‌گذاری در شرایط معمول و عادی متفاوت است؛ به طوری که تنگناهای زمانی، خطر بالا، عدم قطعیت در پیامدهای مورد انتظار، عدم وجود شواهد موثق، محدودیت دسترسی و عدم اطمینان بیشتر در فراخوانی منابع مختلف مورد نیاز از یک سو و ضرورت فراهم آوردن به‌هنگام شواهد جهت سیاست‌گذاری و تبعات پرهزینه در صورت سیاست‌گذاری نادرست از سوی دیگر، شرایط این نوع سیاست‌گذاری‌ها را با سیاست‌گذاری در موقعیت‌های معمول متمایز می‌کند. در واقع، در فوریت‌های سلامت عمومی، سیاست‌گذاران با مشکلات بدخیم (Wicked Problems) مواجه هستند. مشکل بدخیم، مشکلی چند وجهی و چند علتی می‌باشد که به خوبی تعریف نشده است و همیشه بیشتر از یک توضیح و راه‌حل برای آن وجود دارد. علاوه بر این، مشکل بدخیم از نظر اجتماعی پیچیده و با عوامل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی در هم تنیده شده است. بنابراین، تولید و انتشار شواهد متقن و ترجمان آن در سیاست‌گذاری، مستلزم به کارگیری ساز و

مقاله حاصل تحقیق مستقل بدون حمایت مالی و سازمانی است.

۱- استادیار، سیاست‌گذاری سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت ارایه خدمات سلامت،

پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۲- استادیار، سیاست‌گذاری سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه

علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده طرف مکاتبه: مصطفی امینی رارانی؛ استادیار، سیاست‌گذاری سلامت، مرکز

تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: m.amini@mng.mui.ac.ir

میزان‌های سرایت‌پذیری، عفونت‌زایی، کشندگی کرونا و تأثیرات گرم شدن هوا بر آن، بر اساس تحلیل‌های سارس و آنفلوانزا انجام گرفت. به طور مثال در ایران چنین قیاس‌هایی در رسانه‌های جمعی و شبکه‌های مجازی از زبان مسؤولان بهداشتی، دولتمردان و مجریان رادیو و تلویزیون منتشر شد. اگرچه از بعضی جهات، اپیدمی کووید ۱۹ دلایل قانع‌کننده‌ای به منظور پاسخ به این که چرا دیدگاه تاریخی مسأله‌آفرین است، ارائه می‌دهد، اما مسأله اصلی این است که دیدگاه‌های قیاسی و گذشته‌نگر، توانایی ما را در درک متغیرهای پیچیده مکان و زمان که باعث به وجود آمدن اپیدمی کرونا شده‌اند، بازمی‌دارد. رویکرد تاریخی به اپیدمی‌ها، ناتوانی آموخته شده (Trained Incapacity) ایجاد می‌کند. ناتوانی آموخته شده به حالتی گفته می‌شود که در آن فرد بسیار توانمندی در انجام امور، عملکردی شبیه به یک فرد نابینا دارد. شیوه‌های تفکر همیشگی و عادی شده می‌تواند منجر به کاهش توانایی و ظرفیت ما برای توجه به ارتباطات غیر خطی و جانبی شود. به عبارت دیگر، قیاس‌ها نقاط کور را خلق می‌کنند و تمرکز بر شیء «الف»، باعث غفلت از شیء «ب» می‌شود. وقتی که اپیدمی کرونا از زاویه و لنز اپیدمی‌های قبلی دیده می‌شود، سیاست‌گذاران اغلب بر شباهت‌ها تمرکز می‌کنند و تفاوت‌های عمده را نادیده می‌گیرند. این تفاوت‌ها (همچون تفاوت در احزاب حاکم، نظام سیاسی، وضعیت دیپلماسی، شرایط اقتصادی، تورم، تحریم‌ها، سرمایه اجتماعی، وضعیت اقلیمی و... در زمان اپیدمی) می‌توانند سیاست‌گذاری آگاه از شواهد را متأثر گردانند.

نتیجه‌گیری

عدم قطعیت‌های کرونایی، می‌تواند از طریق راه‌اندازی یک نظام یکپارچه ثبت موارد مرگ و تخمین میزان کشندگی، پایش ویژگی‌های کلیدی (مانند سن، جنسیت، شغل، محل زندگی و سابقه بیماری) بیماران فوت شده در اثر کرونا و بیماران بستری در بخش‌های ICU (Intensive Care Unit) به منظور شناسایی جمعیت در معرض خطر و برآورد نیازهای خدماتی و تسهیلاتی، انجام تحقیقات بیشتر به منظور تعیین شیوع و مشخصات عفونت کرونا در سرتاسر جمعیت، تخمین بهتر میزان‌های مرگ و پیشرفت هم‌زمان و مستمر متناسب با جنبه‌های علمی شناخته شده کاهش یابد. بدین منظور، همکاری قوی و مداوم در کلیه سطوح و در سرتاسر کشور به منظور بهینه‌سازی دسترسی به داده‌های واقعی، معتبر و به‌هنگام مورد نیاز است. همچنین، به منظور کاهش آسیب‌های مربوط به سیاست‌گذاری ناهمگون، تبیین، تفسیر و به کارگیری راهبردهای کلان سازمان جهانی بهداشت متناسب با اقتضات بومی کشور به جای عدم پذیرش و رد کلی آن‌ها، تسهیل‌کننده خواهد بود. در این راستا، به منظور استفاده درست از سابقه تاریخی اپیدمی‌ها در سیاست‌گذاری کووید ۱۹، باید تجارب مربوط به اپیدمی‌های گذشته به درستی تبیین و به طور منطقی تفسیر شود و متناسب‌سازی با شرایط زمانی- مکانی، محیطی و سیاسی اپیدمی کووید ۱۹ به کار گرفته شوند. در ادامه، پیشنهادهایی به منظور برون‌رفت از چالش‌های سیاست‌گذاری آگاه از شواهد در موقعیت بحرانی کووید ۱۹ ارائه می‌شود.

برای استفاده از ساز و کارهای پاسخگویی سریع، لازم است شبکه ساختارمندی از واحدهای پاسخ سریع راه‌اندازی شود. این شبکه با تکیه بر ظرفیت‌های بین‌رشته‌ای، ضمن پیوند ساختاری از سطح ملی تا سطوح استانی و محلی در هنگام مواجهه با بحران سلامت به صورت به‌هنگام از طریق فراخوانی ظرفیت‌ها فعال می‌شود. این ظرفیت باید دربرگیرنده تمامی بخش‌های

کارهای بهینه و البته متکی بر پایه‌های علمی است که بتواند پاسخگوی نیازهای فوری سیاست‌گذاران در شرایط بحرانی مانند طغیان‌ها، اپیدمی‌ها و پاندمی‌های ناشی از بیماری‌های نوپدید عفونی باشد. تصمیم‌گیری مؤثر در شرایط عدم اطمینان و بحران‌ها، تابعی از شناخت کافی از جنبه‌های یک مشکل مجهول است که ابهامات زیادی دارد. همین ویژگی، این نوع تصمیم‌گیری را در مقابل سایر تصمیم‌گیری‌های معمول متمایز می‌کند. اثربخشی تصمیم اتخاذ شده در این شرایط، به توانایی تشخیص خطر، اولویت‌بندی مسایل، تدوین راهبردهای عملیاتی برای اقدام و هماهنگی مؤثر با ذی‌ربطان در تلاش برای مهار و کنترل سریع مسأله وابسته می‌باشد.

به طور کلی، آسیب‌شناسی سیاست‌گذاری آگاه از شواهد در رابطه با کووید ۱۹ را می‌توان در سه دسته شامل عدم قطعیت‌ها (Uncertainties)، سیاست‌گذاری ناهمگون (Heterogenic Policymaking) و محدودیت دیدگاه تاریخی خلاصه کرد که در ادامه به تفصیل آمده است.

عدم قطعیت‌ها: تجربه کشورهای مختلف در رابطه با سیاست‌گذاری کووید ۱۹ نشان می‌دهد که یکی از عوامل مهم ناتوانی در سیاست‌گذاری آگاه از شواهد، وجود عدم قطعیت‌ها است (۷). عدم قطعیت‌ها می‌تواند شامل تردید نسبت به قرنطینه و انتخاب سطوح و انواع قرنطینه، تعطیلی مراسم و مراکز پرازدحام (دانشگاه‌ها، مدارس، مساجد، اماکن مذهبی، اماکن گردشگری و تفریحی، کسب و کارها، رویدادهای ورزشی و پروازها)، تخمین‌ها و آمارهای مربوط به مرگ و ابتلای کووید ۱۹، میزان کشندگی کرونا، پیامدهای اقتصادی، اجتماعی و روانی کووید ۱۹، راه‌های انتقال ویروس، شیوه‌های درمانی و داروهای مناسب برای درمان مبتلایان باشد. همچنین، در مورد کووید ۱۹ با توجه به ناشناخته بودن جنبه‌های مختلف بیماری کرونا به دلیل جدید بودن آن و رفتار متفاوت نسبت به اپیدمی‌های قبلی، عدم قطعیت‌ها افزایش می‌یابد.

سیاست‌گذاری ناهمگون: نکته قابل توجه دیگر در مورد سیاست‌های کلی و راهبردهای کلان مرتبط با کووید ۱۹ که سیاست‌گذاری آگاه از شواهد را با دشواری مواجه ساخته است، به کارگیری راهبردهای متفاوت و در بعضی موارد متضاد در کشورهای مختلف جهان، بر خلاف توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت می‌باشد. نمونه بارز آن، اجرای قرنطینه و سطوح مختلف آن [ایزوله کردن (Isolation)، قرنطینه (Quarantine)، فاصله‌گذاری اجتماعی (Social distancing) و قرنطینه کامل (Lockdown)] جهت مهار بیماری می‌باشد؛ به طوری که کره جنوبی راهبرد تشخیص و تست انبوه، ردگیری تماس‌ها و فاصله‌گذاری اجتماعی را از ابتدای شیوع کرونا به کار گرفت، اما مهم‌ترین اقدام در انگلستان، فرانسه و ایتالیا، قرنطینه کامل بود که البته با تأخیر انجام شد (۸). در ابتدای شیوع کرونا در ایران، دولتمردان و مسؤولان نظام سلامت، نسبت به قرنطینه و محدودیت رفت و آمدهای درون و برون‌شهری تردید داشتند و به تدریج راهبردهای قرنطینه‌خانگی، فاصله‌گذاری فیزیکی، فاصله‌گذاری اجتماعی و فاصله‌گذاری اجتماعی هوشمند را به کار گرفتند.

محدودیت دیدگاه تاریخی: با توجه به رویکرد تاریخی و درس‌های آموخته شده، فرض بر این است که اپیدمی‌ها از نظر ساختاری، هر کجا و هر زمان اتفاق بیفتند، وقایع قابل مقایسه‌ای هستند. اپیدمی کرونا، یک احساس تجربه پسینی (این که ما چنین اپیدمی‌هایی را پیش‌تر دیده‌ایم) برای سیاست‌گذاران در قیاس با تجربه اپیدمی سارس در سال ۲۰۰۳ یا آنفلوانزای H1N1 در سال‌های ۲۰۱۸-۲۰۱۹ به وجود آورد (۹)؛ به طوری که تخمین‌های اولیه مربوط به

هدفمند دنبال می‌کند. علاوه بر این، نظام مراقبت اطلاعات، راه‌اندازی و به‌روزرسانی بسترهای (Platform) اطلاع‌رسان و آگاهی‌بخش به صورت متمرکز، سازنده و مبتنی بر آخرین شواهد پژوهشی و متناسب‌سازی آن برای گروه‌های مختلف مخاطب همچون سالمندان، مادران، کودکان، کارخانه‌ها، صنایع و معادل، مشاغل و اصناف با خطرپذیری‌های مختلف، کارکنان و مستخدم کشوری را می‌تواند در دستور کار خود قرار دهد. همچنین، اطلاع‌رسانی در این بسترها باید جامع باشد و به طور متوازن تمامی ابعاد و پیامدهای مرتبط با کرونا شامل ابعاد پزشکی، بالینی و همچنین، غیر پزشکی مانند موضوعات کمتر توجه شده مربوط به آسیب‌های اجتماعی و روانی (همچون افزایش رشد مصرف الکل و تولید الکل تقلبی، خودکشی‌ها، اقدام به خودکشی، خشونت‌های خانگی، خشونت علیه کودکان، زنان و سالمندان، اختلال در روابط زناشویی، اضطراب و افسردگی) را پوشش دهد. این بسترها باید با هدایت و تکیه بر مرجع بین‌المللی سازمان جهانی بهداشت و با تالیف وزارت بهداشت در سطح ملی کشورها باشد. همچنین، این بسترها باید قابلیت گسترش به فضای مجازی و شبکه‌های تحت پوشش آن را داشته باشد تا اطلاع‌رسانی جامع و متمرکز، رصد مستمر پست‌ها، اخبار و رویدادها و انتشار تکذیبیه‌های به‌هنگام در رابطه با مغالطه‌های علمی میسر گردد. به عنوان مثال، تکذیب کردن طب شارلاتان‌گری (Quack Medicine) که فاقد شواهد متقن علمی مورد تأیید طب ایرانی است و با سوء استفاده از تدابیر طب ایرانی ارایه می‌شود. در راستای تسهیل تحقق موارد پیش‌گفت، استفاده از رویکرد بین‌رشته‌ای و تخصص‌های مختلف متناسب با مختصات بحران، توجه هم‌زمان به پیامدهای اقتصادی، اجتماعی، روانی و سیاسی مرتبط با کرونا، راه‌اندازی نظام مراقبت فعال برای آسیب‌های اجتماعی (پسا) کرونا، تسهیل ارتباط و همکاری سیاست‌گذاران با محققان و بدنه آکادمیک و اولویت‌بندی نظام‌مند منابع محدود (مالی، انسانی و تجهیزاتی) می‌تواند کمک‌کننده باشد.

تضاد منافع

در انجام پژوهش حاضر، نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشته‌اند.

تصمیم‌گیر در سطوح هیأت دولت، وزارتی، دولت‌های استانی و محلی، مراجع عالی رتبه قانون‌گذاری، سازمان‌ها و تشکیلات مرتبط با سلامت، سازمان‌های مردم‌نهاد و فعالان بخش خصوصی باشد. این شبکه با به کارگیری ساز و کارها و روش‌های فنی استخراج سریع شواهد و راهبردهای ترجمان دانش، در تماس منظم، مستقیم (به صورت حضوری) یا غیر مستقیم (به صورت تلفنی، ایمیل و شبکه‌های مجازی) با ساختار مرکزی تصمیم‌گیر برای مقابله با بحران، پاسخگوی تصمیمات آنی چند ساعته تا چند روزه می‌باشد.

در بحران‌ها، گسترش مفهوم شواهد با بسترسازی برای تولید دامنه متنوعی از شواهد و انتشار به‌موقع آن‌ها اهمیت دارد. اصل انعطاف‌پذیری در انواع شواهد تولیدی مانند مرور سریع ادبیات موضوع، نشست‌های حضوری و غیر حضوری خبرگان، مطالعات تطبیقی سریع، انجام پیمایش‌های کوتاه و سریع به صورت افکارسنجی‌ها و نظرسنجی‌های تلفنی و مجازی کاربرپسند باید پذیرفته شود. نکته قابل توجه دیگر این است که فراهم کردن شواهد نباید لزوماً یک رویکرد صفر و یک را در تصمیم‌گیری در برگیرد، بلکه متناسب با امکان‌سنجی‌ها و شرایط بافتاری، گزینه‌های قابل انعطاف را پیش روی سیاست‌گذار قرار دهد. این شواهد می‌تواند به سرعت توسط متخصصان برجسته حوزه مطالعاتی نقد شود و سپس با به کارگیری راهبردهای ترجمان دانش، متناسب با فوریت و بافتار تصمیم و با تمرکز بر مختصات آموزنده بودن، سادگی، وضوح و اختصار منتشر گردد. فرمت‌های انتشار می‌تواند در قالب‌های گزاره برگ‌های بصری، اطلاع‌نگاشت (اینفوگرافی)، موشن‌گرافی‌ها، پیام‌های کلیدی متنی و داشبوردهای اطلاعاتی پویا باشد. توجه اکید به شواهد بافتاری محلی در کنار شواهد ملی و بین‌المللی برای بومی و متناسب‌سازی آن‌ها به منظور ارتقای اثربخشی و مقبولیت هرچه بیشتر تصمیمات و اجرای آن‌ها اهمیت دارد. در این راستا، توجه به مقتضیات سیاسی، اجتماعی، مردم‌شناسی، فرهنگی و اقتصادی ضرورت تام دارد.

مدیریت شایعات و مغالطه‌های علمی اشتباه و گمراه‌کننده و همچنین، مقابله با پدیده اینفودمیک (سونامی اطلاعات) ضروری است (۱۰). لازم است که یک نظام مراقبت اطلاعات در بحران با تکیه بر تعیین تیم‌های مدیریت ارتباطات و اطلاعات طراحی شود. این نظام نه تنها به دنبال آگاهی‌بخشی می‌باشد، بلکه اقدام و رفتار درست مبتنی بر آگاهی‌های کسب شده را به طور

References

- Smith J. Overcoming the 'tyranny of the urgent': Integrating gender into disease outbreak preparedness and response. *Gen Dev* 2019; 27(2): 355-69.
- Wu YC, Chen CS, Chan YJ. The outbreak of COVID-19: An overview. *J Chin Med Assoc* 2020; 83(3): 217-20.
- Zhang W, Qian BY. Making decisions to mitigate COVID-19 with limited knowledge. *Lancet Infect Dis* 2020.
- Poulos RG, Zwi AB, Lord SR. Towards enhancing national capacity for evidence informed policy and practice in falls management: A role for a "Translation Task Group"? *Aust New Zealand Health Policy* 2007; 4: 6.
- Banta HD. Considerations in defining evidence for public health: The European Advisory Committee on Health Research World Health Organization Regional Office for Europe. *Int J Technol Assess Health Care* 2003; 19(3): 559-72.
- Woodbury MG, Bscpt, Msc J, Kuhnke J. Evidence-based practice vs. evidence-informed practice: What's the difference? *Wound Care Canada* 2014; 12(1): 18-21.
- Lazzerini M, Putoto G. COVID-19 in Italy: Momentous decisions and many uncertainties. *Lancet Glob Health* 2020; 8(5): e641-e642.
- Moatti JP. The French response to COVID-19: Intrinsic difficulties at the interface of science, public health, and policy. *Lancet Public Health* 2020. [Epub ahead of print].
- Peckham R. COVID-19 and the anti-lessons of history. *Lancet* 2020; 395(10227): 850-2.
- Zarocostas J. How to fight an infodemic. *Lancet* 2020; 395(10225): 676.

Evidence Informed Policymaking in Infectious Disease Epidemics: Implications for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)

Vahid Yazdi-Feyzabadi¹, Mostafa Amini-Rarani²

Commentary

Abstract

The outbreak of emerging and acute infectious diseases is one of the threats to global health. Another such event is the latest global pandemic, coronavirus disease 2019 (COVID-19). The right policymaking and management of this pandemic require the use of scientific capabilities and evidence obtained from different experiences. However, as far as COVID-19 is a wicked problem, informed decision making for COVID-19 differs from policymaking in normal circumstances and faces difficulties. In general, we grouped these difficulties into three categories, including uncertainties, heterogeneous policymaking, and weaknesses of the history approach. Uncertainties of coronavirus can be resolved by the development of an integrated system for tracking deaths and mortality estimates, monitoring of the key characteristics of dead coronavirus patients and patients admitted to intensive care unit (ICU), as well as more work to assess the incidence and characteristics of coronavirus infections across the population. In order to minimize the harm caused by heterogeneous policies, it would be easier to clarify, interpret, and apply the macro-strategies of the World Health Organization (WHO) consistent with the local requirements of the country instead of not embracing and refusing them altogether. Furthermore, in order to make good use of the history-as lessons- approach of the epidemics in COVID-19 policy, the experiences of previous epidemics must be adequately clarified and logically interpreted and implemented in accordance with the temporal, environmental, and political circumstances of the COVID-19 epidemic.

Received: 23 Mar., 2020

Accepted: 29 Mar., 2020

Published: 03 Apr., 2020

Citation: Yazdi-Feyzabadi V, Amini-Rarani M. **Evidence Informed Policymaking in Infectious Disease Epidemics: Implications for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19).** Health Inf Manage 2020; 17(1): 39-42.

Article resulted from an independent research without financial support.

1- Assistant Professor, Health Policy, Health Services Management Research Center, Institute of Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2- Assistant Professor, Health Policy, Health Management and Economics Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Address for correspondence: Mostafa Amini-Rarani; Assistant Professor, Health Policy, Health Management and Economics Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: m.amini@mng.mui.ac.ir