

ابزارهای پشتیبان برای
سیاست گذاری سلامت
آگاه (مطلع) از شواهد

**SUPPORT Tools for
evidence-informed
health Policymaking
(STP)**

مترجم : دکتر فرشید علاءالدینی



فهرست

صفحه	عنوان	بخش
1		مقدمه
10	سیاست گذاری آگاه از شواهد چیست؟	1
20	حمایت سازمانتان را از استفاده از شواهد تحقیقاتی برای سیاست گذاری آگاهانه بهبود دهید	2
33	اولویت بندی حمایت از سیاست گذاری آگاه از شواهد	3
46	استفاده از شواهد تحقیقاتی برای شفاف سازی مسئله	4
61	استفاده از شواهد تحقیقاتی برای ایجاد سیاست های رسیدگی به مسئله	5
73	استفاده از شواهد تحقیقاتی برای پرداختن به نحوه اجرای سیاست	6
87	یافتن بررسی های نظام مند	7
100	تصمیم گیری در مورد میزان اطمینان به بررسی نظام مند	8
120	ارزیابی کاربردپذیری یافته های بررسی نظام مند	9
133	در نظر گرفتن مقوله ای عدالت هنگام ارزیابی یافته های بررسی نظام مند	10
144	یافتن شواهد در مورد شرایط محلی و استفاده از آن	11
166	یافتن و استفاده از شواهد پژوهشی در مورد استفاده از منابع و هزینه ها	12
180	آماده سازی خلاصه های سیاستی و استفاده از آن برای حمایت از سیاست گذاری آگاه از شواهد	13
193	سازماندهی و استفاده از گفتمان های سیاستی برای حمایت از سیاست گذاری آگاه از شواهد	14
206	مشارکت دهی عموم در سیاست گذاری مبتنی بر شواهد	15
218	استفاده از شواهد تحقیقاتی برای ایجاد تعادل بین مزایا و معایب سیاست ها	16
232	پرداختن به شواهد تحقیقاتی ناکافی	17
242	برنامه ریزی پایش و ارزشیابی سیاست ها	18

سیاست‌گذاران و حامیان‌شان اغلب در شرایطی قرار می‌گیرند که متوجه می‌شوند شناخت بهتر روش‌های یافتن و استفاده از شواهد پژوهشی به آنها کمک می‌کند تا تصمیمات سیاستی را کارآمدتر و موثرتر اتخاذ کنند. در این کتاب توضیح می‌دهیم که چگونه فرایندهای نظام‌مندتر را می‌توان برای پشتیبانی از سیاست‌گذاری آگاه از شواهد، شناسایی نیازها به شواهد تحقیقاتی، یافتن و ارزیابی شواهد برای رفع این نیازها و تصمیم‌گیری براساس آن شواهد استفاده کرد.

مخاطبان هدف ابزارهای پشتیبان

ابزارهای پشتیبان مطرح شده در این کتاب عمدتاً برای سیاست‌گذاران و حامیان‌شان تدوین شده است. سیاست‌گذاران گروه متنوعی متشکل از اعضای کابینه (مثلاً، وزیر بهداشت یا دارایی)، مقامات منتخب (مثلاً، روسای کمیته‌های قانون‌گذاری)، مقامات ارشد دولت (مثلاً، مدیران برنامه‌ی مراقبت بهداشتی اولیه) و منصوبان سیاسی رده‌بالا (مثلاً، روسای سازمان‌های دولتی) هستند. سیاست‌گذاران عمدتاً براساس اختیارات یا نقش‌شان در سیستم‌های سیاسی مختلف متفاوت هستند، اما اختیار تصمیم‌گیری یا تاثیرگذاری مستقیم بر تصمیمات وجه اشتراک همه‌ی آنهاست. در برخی کشورها، اعضای کابینه با رای‌گیری انتخاب می‌شوند، درحالی‌که مقامات دولتی ارشدی که به آنها مشاوره می‌دهند می‌توانند مشاوران بی‌طرف بدون وابستگی به حزب حاکم باشند. در کشورهای دیگر، همه‌ی مقاماتی که قدرت تصمیم‌گیری دارند از سوی حزب حاکم منصوب می‌شوند. سیاست‌گذاران برحسب بخش (مثلاً، سلامت یا اقتصاد) یا سطح عملیاتی (مثلاً، محلی یا ملی) تفاوت دارند.

حامیان سیاست‌گذاران به یک اندازه متنوع هستند. افرادی که داخل خود دولت کار می‌کنند (مثلاً، مقامات دولتی رده پایین نظیر تحلیل‌گران سیاست یا کارکنان سیاسی مقام منتخب یا گماشته‌ی سیاسی رده‌بالا) و همچنین افرادی که داخل واحدهای مستقل کار می‌کنند و حامی استفاده از شواهد پژوهشی در سیاست‌گذاری هستند، از جمله حامیان سیاست‌گذاران محسوب می‌شوند. اما همه‌ی این حامیان نقش مشترکی در تاثیرگذاری بر تصمیمات اتخاذشده توسط سیاست‌گذاران دارند. آنها از حیث سطح استقلال‌شان از سیاست‌گذاران (مثلاً، سازمان دولتی نیمه مستقل یا واحد تحقیقات سیستم‌های سلامت که مستقل از

دولت است اما استفاده از شواهد پژوهشی را در سیاست‌گذاری حمایت می‌کند) و وابستگی‌شان با موسسات دیگر (مثلا، سازمان‌های غیردولتی و دانشگاه‌ها) متفاوت هستند.

ابزارهای پشتیبان نیز به ذینفعان سیستم سلامت مربوط می‌شوند. این گروه می‌تواند شامل سازمان‌های غیردولتی و گروه‌های جامعه‌ی مدنی شود که نقش‌های متنوعی را ایفا می‌کنند. مثلا، آنها ممکن است به دنبال تاثیرگذاری بر تصمیمات سیاست‌گذاران باشند. یا اینکه در مناطقی کار می‌کنند که معمولا سیاست‌گذاران به آنها توجه نمی‌کنند یا در مناطقی هستند که خود سیاست‌گذاران به آنها اختیاراتی داده‌اند. هر چند برخی از مثال‌ها و زبان مورد استفاده در این کتاب بیشتر به دل سیاست‌گذاران و حامیان‌شان می‌نشیند.

ابزارهای پشتیبان برای کشورهای کم‌درآمد، درآمد متوسط و کشورهای پردرآمد نوشته شده است. در صورت امکان، مثال‌هایی از محیط‌های مختلف استخراج شده است. همانطور که در قسمت زیر بحث می‌شود، بسیاری از مسائل و فرصت‌هایی که در حمایت از سیاست‌گذاری آگاه از شواهد پدیدار می‌شود به‌طور چشمگیری در محیط‌های مختلف یکسان است.

هر بخش با یک تا سه سناریوی معمول شروع می‌شود. هدف از این سناریوها این است که خوانندگان به استفاده از ابزارهای توصیف‌شده تشویق شوند و در مورد میزان جزئیات مورد نیازشان تصمیم بگیرند. برخی از سناریوها مقامات دولتی ارشدی را توصیف می‌کنند که باید درک کلی از انتظاراتشان از کارکنانشان پیدا کنند. آنها با مرور کلی بخش می‌توانند این اطلاعات را بدست آورند. مثلا، سناریوهای دیگر به تحلیلگران رده پایین‌تر سیاست و مدیران واحدهای تحقیقات کاربردی سیستم‌های سلامت مربوط می‌شوند. آنها نیازمند راهنمایی دقیق‌تری در مورد نحوه‌ی انجام فعالیت‌های جدید هستند. در نتیجه، وقتی از آنها خواسته می‌شود این اقدامات را انجام دهند باید بخش مربوطه را دقیقتر مطالعه کنند. بخش به‌عنوان مرجع برایشان مفید خواهد بود.

ابزارهای پشتیبان و چگونگی استفاده از آنها

در هر بخش از کتاب، ابزاری را پیشنهاد می‌دهیم که افراد مسئول یافتن و استفاده از شواهد تحقیقاتی برای حمایت از سیاست‌گذاری سلامت آگاه از شواهد می‌توانند استفاده کنند. کتاب چهار حوزه‌ی گسترده مدنظر و مرتبط با سیاست‌گذاری

را خطاب قرار می‌دهند: 1. حمایت از سیاست‌گذاری آگاه از شواهد (بخش 1 تا 3)، 2. شناسایی نیازها به شواهد تحقیقاتی در رابطه با سه مرحله‌ی فرایند سیاست‌گذاری، یعنی شفاف‌سازی مسائل، چارچوب‌بندی گزینه‌های سیاستی و برنامه‌ریزی اجرای سیاست‌ها (بخش 4 تا 6)، 3. یافتن و ارزیابی شواهد برای تسهیل اجرای هر کدام از این مراحل، (بخش 7 تا 10) بر بررسی‌های نظام‌مند تمرکز دارد و بخش‌های 11 و 12 بر انواع دیگر شواهد تمرکز دارد، 4. گذر از مرحله‌ی یافتن شواهد تحقیقاتی به استفاده از آن در تصمیم‌گیری (بخش 13 تا 15) بر مشارکت‌دهی ذینفعان در سیاست‌گذاری آگاه از شواهد تمرکز دارد و بخش‌های 16 تا 18 به نحوه‌ی استفاده از شواهد تحقیقاتی در تصمیم‌گیری‌ها می‌پردازند. در شکل 1، مروری بر بخش‌ها انجام شده است. اعداد نشان داده شده به بخش مربوطه اشاره دارد.

در بخش‌های مربوط به حمایت از سیاست‌گذاری آگاه از شواهد (اولین مورد از چهار حوزه‌ی کلیدی که در این کتاب بررسی شده است)، تمرکز اصلی هر بخش، مجموعه سوالاتیست که نحوه‌ی حمایت از سیاست‌گذاری آگاه از شواهد را مشخص می‌کند. سیاست‌گذاران و حامیان‌شان شاید بخواهند اطلاعات بیشتری در مورد تعریف سیاست‌گذاری آگاه از شواهد (بخش 1)، نحوه‌ی بهبود حمایت سازمان‌شان از سیاست‌گذاری آگاه از شواهد (بخش 2) یا نحوه‌ی تعیین اولویت‌ها برای حمایت از سیاست‌گذاری آگاه از شواهد (بخش 3) کسب کنند. این بخش‌ها آنهایی را که تلاش می‌کنند بستر را برای سیاست‌گذاری آگاه از شواهد درک کنند و به آن شکل دهند، راهنمایی می‌کند.

در سه حوزه‌ی گسترده‌ی دیگر (شکل 1)، هر بخش بر مجموعه‌ای از سوالات تمرکز دارد. این سوالات مشخص می‌کند فعالیت‌های حمایت از سیاست‌گذاری آگاه از شواهد را چطور می‌توان انجام داد. فعالیت‌های این چنینی به شرح زیر است: استفاده از شواهد تحقیقات برای شفاف‌سازی مسئله (بخش 4)، ارزیابی کاربردپذیری یافته‌های بررسی نظام‌مند در مورد اثرات سیاست یا برنامه برای حل مسئله (بخش 9)، ساماندهی و استفاده از گفتگوهای سیاستی برای حمایت از سیاست‌گذاری آگاه از شواهد (بخش 14) و برنامه‌ریزی پایش و ارزیابی سیاست‌ها (بخش 18).

شکل 1 : مروری بر بخشهای کتاب



آنهایی که مایلند انواع مختلف شواهد پژوهشی لازم در فرایندهای سیاست‌گذاری را بشناسند، باید با بخشهای 4 تا 6 شروع کنند. این سه بخش، به سه مرحله‌ی روند سیاست‌گذاری یعنی شفاف‌سازی مسئله، چارچوب‌بندی گزینه‌ی سیاستی و برنامه‌ریزی اجرای سیاست می‌پردازند. این بخشها کمک می‌کنند نیازها به شواهد پژوهشی در رابطه با هر کدام از سه مرحله شناخته شود. فرایندهای سیاست‌گذاری به‌ندرت شامل ترتیب واضحی از مراحل می‌شود. اما حتی فرایندهای بسیار پویا می‌توانند از روش نظام‌مند شفاف‌سازی مسئله، چارچوب‌بندی گزینه‌های سیاستی برای پرداختن به مسئله و تعریف نحوه‌ی

اجرای سیاست بهره‌مند شوند. بخش 13 که در قسمت زیر به آن می‌پردازیم، توضیح می‌دهد چطور می‌توان این مراحل را در خلاصه‌های سیاستی کنار هم قرار داد و با استفاده از این خلاصه‌های سیاستی از شواهد تحقیقاتی در سیاست‌گذاری حمایت کرد. آنهایی که با نحوه‌ی شناسایی نیازها به شواهد پژوهشی در رابطه با هر مرحله از پروسه‌ی سیاست‌گذاری آشنا هستند و آنهایی که باید فعالیت متمرکزتری برای یافتن و ارزیابی شواهد انجام دهند شاید بخواهند مستقیماً به سراغ یک یا چند مورد از بخشهای 7 تا 12 بروند. در این بخشها، دو زیرمجموعه وجود دارد. زیرمجموعه‌ی اول مسائل زیر را در رابطه با بررسی نظام‌مند خطاب قرار می‌دهد:

- چگونه بررسی‌های نظام‌مند را بیابیم (بخش 7). سیاست‌گذاران و حامیان‌شان باید بدانند چرا اول باید به بررسی‌های نظام‌مند رجوع کنند و چطور باید به‌طور کارآمد آنها را بیابند.

- چقدر می‌توان به بررسی نظام‌مند اطمینان داشت (بخش 8). مانند هر نوع تحقیقاتی، بررسی نظام‌مند را می‌توان به‌صورت قوی یا ضعیف اجرا کرد و گزارش داد. سیاست‌گذاران می‌خواهند از پایایی بررسی نظام‌ندی که سیاست‌مدان‌شان را حمایت می‌کند، آگاه باشند.

- نحوه‌ی ارزیابی کاربردپذیری یافته‌های بررسی نظام‌مند (بخش 9). حامیان سیاست‌گذاران باید ارزیابی کنند آیا یافته‌های بررسی مطالعاتی که در محیط‌های مختلف انجام شده است، واقعا در محیط خودشان کاربرد دارد یا خیر.

- چگونه هنگام ارزیابی یافته‌های بررسی نظام‌مند، به عدالت توجه کنند (بخش 10). بسیاری از سیاست‌گذاران مایلند تاثیر بالقوه‌ی سیاستی خاص را بر گروه‌ها یا محیط‌های محروم در نظر بگیرند.

بخش 7 بر مزایای بررسی‌های نظام‌مند تاکید دارد. اما سه بخش بعدی به چالش‌های استفاده از بررسی‌های نظام‌مند در سیاست‌گذاری می‌پردازند. بخشهای 11 و 12 با هم زیرمجموعه‌ی دوم در مورد یافتن و کاربرد شواهد پژوهشی در مورد شرایط محلی (بخش 11) و استفاده از منابع و هزینه‌های آن (بخش 12) کامل می‌کنند.

به محض یافتن شواهد تحقیقاتی و ارزیابی‌شان، هنگام گذر از مرحله‌ی یافتن شواهد به استفاده از آن در تصمیم‌گیری، طیف وسیعی از فرصت‌ها و مسائل پدیدار می‌شود. بخشهای 13 تا 18 به این مسئله می‌پردازند. این بخشها شامل دو زیرمجموعه‌ی

دیگر می‌شود. زیرمجموعه‌ی اول روش‌های مشارکت‌دهی ذینفعان را برای حمایت از سیاست‌گذاری آگاه از شواهد بررسی می‌کند.

- خلاصه‌های سیاستی که شواهد تحقیقاتی را دسته‌بندی می‌کند تا مشورت آگاهانه را میان سیاست‌گذاران و ذینفعان تسهیل کند (بخش 13)

- گفتگوهای سیاستی که کمک می‌کند شواهد تحقیقاتی به همراه دیدگاه‌ها، تجارب و دانش ضمنی مشارکت‌کنندگان در سیاست‌گذاری یا افرادی که تصمیمات آتی در مورد مسئله‌ی با اولویت برآنها تاثیر می‌گذارد، مدنظر قرار گیرد (بخش 14)

شواهد تحقیقاتی تنها یکی از عوامل تاثیرگذار بر پروسه‌ی سیاست‌گذاری است. گفتگوهای سیاستی فرصتی برای بحث در مورد شواهد تحقیقاتی و سایر عوامل تاثیرگذار فراهم می‌کند. بخش 15 به نحوه‌ی مشارکت‌دهی عموم در سیاست‌گذاری آگاه از شواهد می‌پردازد.

زیرمجموعه‌ی دوم و آخر به مسائل مربوط به استفاده از شواهد تحقیقاتی در تصمیم‌گیری می‌پردازد. این مسائل عبارتند از:

- استفاده از شواهد تحقیقاتی در ایجاد توازن بین مزایا و معایب سیاست‌ها (بخش 16)

- رسیدگی به شواهد تحقیقاتی ناکافی (بخش 17) و

- برنامه‌ریزی پایش و ارزیابی سیاست‌ها (بخش 18)

آخرین بخش را می‌توان همراه با بخشهای در مورد شفاف‌سازی مسئله (بخش 4)، چارچوب‌بندی گزینه‌های سیاستی (بخش 5) و برنامه‌ریزی اجرای سیاست (بخش 6) مطالعه کرد. پایش و ارزیابی برنامه‌ریزی بی‌شک گام چهارم فرایندهای سیاست‌گذاری است.

برخی مسائل نظیر عدالت مضمون تکرارشونده‌ی بسیاری از بخشهاست، حتی اگر تمرکز اصلی تنها یکی از بخشها باشد (بخش 10).

ابزارهای پشتیبان با هدف توجه به ویژگی‌های دیگر پروسه‌ی سیاست‌گذاری تدوین شده‌اند. مثلاً، بخش 4 در مورد استفاده از شواهد تحقیقاتی برای شفاف‌سازی مسئله بر اهمیت یافتن فرصتی که به دلیل رویدادهای سیاسی رخ می‌دهد، تاکید دارد. تغییرات در توازن نیروهای سیاسی سازمان‌یافته یا انتصاب وزیر بهداشت جدید برخی از این رویدادهای سیاسی است. بخش 9 نحوه‌ی ارزیابی کاربردپذیری یافته‌های بررسی نظام‌مند را بررسی می‌کند. همچنین، این بخش تاکید می‌کند که باید ارزیابی کرد آیا مطالعات گنجانده‌شده در بررسی نظام‌مند در محیط‌ها با چشم‌اندازهای عمدتاً مشابه و نفوذ سیاسی میان ذینفعان سیستم سلامت انجام شده است یا خیر (در مقایسه با محیط‌هایی که تصمیمات سیاستی در موردشان اتخاذ شده است).

با این حال، ابزارهای پشتیبان به تلاش‌ها برای حمایت از سیاست‌گذاری سلامت در کل نمی‌پردازد. همانطور که از عنوان ابزار پشتیبان پیداست، هر ابزار بر حمایت استفاده از شواهد تحقیقاتی در سیاست‌گذاری سلامت تمرکز دارد. این بدان معنا نیست که اشکال دیگر حمایت نمی‌تواند مکمل این ابزارها باشد. مثلاً، سیاست‌گذاران باید از نحوه‌ی ارزیابی روابط و مناسبات ذینفعان و تاثیرگذاری بر آن مطلع باشند (مستقل از نتایج روابط و مناسبات این چینی برای کاربردپذیری یافته‌های بررسی نظام‌مند). روابط و مناسبات این چینی نظیر روابط قدرت میان ذینفعان و منافع این گروه‌های مختلف عامل کلیدی تاثیرگذار بر فرایند سیاست‌گذاری است. ارزش‌ها حوزه‌ی دیگریست که ابزارهای پشتیبان می‌تواند توجه صریح و نظام‌مندی به آنها در سیاست‌گذاری سلامت داشته باشد و توجه صریح به آنها می‌تواند برای سیاست‌گذاران و حامیان‌شان مفید باشد.

ابزارهای پشتیبان بر نحوه‌ی حمایت از استفاده از شواهد تحقیقاتی در سیاست‌گذاری سلامت تمرکز دارد. همچنین، هدف از ابزارهای پشتیبان این است که استفاده از بهترین شواهد تحقیقاتی در دسترس را در زمان نیاز و در بازه‌ی زمانی موجود برای گردآوری شواهد این چینی تسهیل کند. شواهد تحقیقاتی ممکن است ناکافی، ناقص و حتی ضدونقیض باشد. اما سیاست‌گذاران همچنان باید با وجود این شواهد تصمیم‌گیری کنند. بسیاری از ذینفعان تصمیم‌گیری سیاست‌گذاران را براساس شواهد تحقیقاتی موجود، با آگاهی از نقاط قوت و محدودیت‌هایشان، اقدامی مناسب و سازنده محسوب می‌کنند. پایش نحوه‌ی

اجرای سیاست‌ها، ارزیابی اثراشان و ایجاد تغییرات بعدی در صورت در دسترس قرار گرفتن شواهد تحقیقاتی بهتر، این برداشت دینفعان را تقویت می‌کند.

توسعه‌ی بیشتر ابزارهای پشتیبان

برخی از فعالیت‌ها و تلاش‌های گسترده‌تر برای حمایت از سیاست‌گذاری آگاه از شواهد که در ابزارهای پشتیبان بررسی می‌شود، بسیار مورد توجه تحقیقات قرار گرفته است. مثلا، ابزار پشتیبانی که برای یافتن و استفاده از شواهد تحقیقاتی در مورد استفاده از منابع و هزینه‌های آن استفاده می‌شود (بخش 12) از جنبه‌های مربوطه‌ی تحقیقات ارزیابی اقتصادی استفاده می‌کند. همچنین، برخی از ابزارهای پشتیبان در حال حاضر به‌طور گسترده‌ای در این حوزه استفاده شده‌اند و مکررا براساس این تجارب تطبیق یافته‌اند. مثلا، نسخه‌های تکرار متوالی ابزار پشتیبان که در مورد استفاده از شواهد تحقیقات برای ایجاد سیاست‌های رسیدگی به مسئله‌ای خاص (بخش 5) است در کارگاه‌های آموزشی برای سیاست‌گذاران، دینفعان و محققان استفاده شده است. این آزمایش میدانی این واقعیت را تایید می‌کند که بسیاری از مسائل و فرصت‌های پیش‌آمده در حمایت از سیاست‌گذاری آگاه از شواهد به‌طور چشمگیری در محیط‌های مختلف یکسان است.

سایر فعالیت‌ها و تلاش‌های حمایتی چندان مورد توجه قرار نگرفته است. مثلا، آن دسته از ابزارهای پشتیبان که به نحوه‌ی بهبود حمایت سازمان از سیاست‌گذاری آگاه از شواهد (بخش 2)، نحوه‌ای که سازمان حمایت از سیاست‌گذاری آگاه از شواهد را اولویت‌بندی می‌کند (بخش 3)، نحوه‌ی آماده‌سازی و استفاده از خلاصه‌های سیاستی (بخش 13) و نحوه‌ی ساماندهی و استفاده از گفتگوهای سیاستی می‌پردازد، از ایجاد پایگاه شواهد دقیقتر بهره خواهند برد. تاکنون، آزمایش میدانی چندان بر روی این ابزارها انجام نشده است.

جمع‌بندی

ابزارهای پشتیبان به سیاست‌گذاران و حامیان‌شان کمک می‌کند یکی از جنبه‌های کارشان را بهتر و کارآمدتر انجام دهند. یافتن شواهد تحقیقاتی و استفاده از آن برای حمایت از سیاست‌گذاری سلامت این جنبه‌ی مهم است. این ابزارها برای دینفعان سیستم سلامت نظیر سازمان‌های غیردولتی و گروه‌های جامعه‌ی مدنی مناسب هستند. خوانندگان مختلف این ابزارها را به

طرق مختلف استفاده خواهند کرد. سیاست‌گذاران برای آگاهی از نحوه‌ی تنظیم انتظاراتشان از کارکنان و حامیان سیاست‌گذاران تصمیم می‌گیرند بخشی را بخوانند که به آنها در انجام فعالیت جدید کمک می‌کند. سپس، از آن به‌عنوان راهنمای مرجع یا راهنما برای اصلاح مهارت‌هایشان استفاده می‌کنند.

بخش اول : سیاست گذاری آگاه از شواهد چیست؟

پیش زمینه

این بخش به سیاست گذاران ارشد و سایر مشارکت کنندگان در سناریوهایی که در مقدمه ذکر شد، کمک می کند شناخت بهتری از تعریف «شواهد»، نقش شواهد در سیاست گذاری سلامت، تعریف «سیاست گذاری آگاه از شواهد در حوزه ی سلامت» و دلیل اهمیت آن پیدا کنند.

به احتمال زیاد از طریق اقدامات و سیاست های سلامت آگاهانه می توان دسترسی جهانی و برابر به خدمات درمانی فراهم کرد و اهداف توسعه ی هزاره مرتبط با سلامت و سایر اهداف سلامت را محقق کرد. متأسفانه، واقعیت این است که شواهد تحقیقاتی اطلاعات خوبی برای ایجاد سیاست های سلامت به ارمغان نمی آورد. تصمیم گیری نه چندان آگاهانه یکی از دلایلی است که خدمات درمانی گاهی در اختیار افرادی که بیش از همه به آنها نیاز دارند، قرار نمی گیرد، یکی از دلایلی است که شاخص های سلامت از هدف دور می شود و یکی از دلایلی است که بسیاری از کشورها بعید است بتوانند به اهداف توسعه ی هزاره مرتبط با سلامت دست یابند. تصمیم گیری نه چندان آگاهانه موجب مشکلاتی در رابطه با اثربخشی، کارایی (یعنی، پشتوانه ی مالی) و عدالت در سیستم های سلامت می شود.

کشورهای جنوب صحرای آفریقا به طور متوسط تقریباً 80 یورو برای هر نفر تحت مراقبت های بهداشتی صرف می کنند. در مقابل، کشورهای آسیایی 190 یورو برای هر نفر تحت مراقبت های بهداشتی و کشورهای پردرآمد عضو سازمان همکاری و توسعه ی اقتصادی 2 هزار و 700 یورو برای هر نفر تحت مراقبت های بهداشتی خرج می کنند. با توجه به منابع محدود و مسئولیت سنگین خدمات درمانی، حیاتیست که کشورهای کم درآمد و کشورهای با درآمد متوسط بودجه ی درمانی شان را عاقلانه صرف کنند. همچنین، کشورهای پردرآمد به دلیل هزینه ها و تقاضاهای روبه رشد خدمات درمانی، با محدودیت های منابع مواجهند.

دسترسی به خدمات درمانی اغلب عادلانه نیست و سیستم های سلامت ناکارآمد این بی عدالتی را تشدید می کنند. به محض اینکه افراد به خدمات درمانی دسترسی پیدا کنند، خدمات درمانی زیر حد استاندارد یا گران خواهد بود. مداخلات موثر و

ارزان نظیر سولفات منیزیم برای اکلامپسیا و پری-اکلامپسیا گاهی استفاده نمی‌شوند یا صرفاً در دسترس نیستند. مداخلات پرهزینه‌ی غیر ضروری یا بی‌اثر (نظیر تزریق مایعات درون‌وریدی به جای محلول‌های آبرسانی مجدد خوراکی برای اسهال در کودکان) گاهی هنوز استفاده می‌شود. همانطور که در مثال جدول 1 نشان داده شده است، استفاده‌ی بهتر از شواهد تحقیقاتی برای انتخاب و ارتقا مداخلات و برای تصمیم‌گیری در مورد تمهیدات راهبری، مالی و ارائه‌ی درمان در حمایت از این مداخلات می‌تواند این مسائل را کاهش دهد.

رویکرد آگاه از شواهد به سیاست‌گذاران امکان می‌دهد استفاده‌ی شخصی‌شان را از شواهد تحقیقاتی بهتر مدیریت کنند. همچنین، رویکرد آگاه از شواهد به آنها امکان می‌دهد سوءاستفاده‌ی لابی‌گران را از شواهد تحقیقاتی بهتر مدیریت کنند. لابی‌گران محققانی هستند که به‌عنوان حامی مواضع سیاستی خاصی عمل می‌کنند. رویکردهای آگاه از شواهد به سیاست‌گذاران امکان می‌دهد:

- سوالات انتقادی در مورد شواهد تحقیقاتی در دسترس برای پشتیبانی از سیاست‌های حمایت‌شده پرسند
- نشان دهند که اطلاعات خوبی را به‌عنوان مبنای تصمیماتشان استفاده می‌کنند و
- اطمینان دهند که ارزیابی ابتکاراتشان درست است و نتایج اندازه‌گیری‌شده واقع‌بینانه است و از قبل در موردشان به توافق رسیده‌اند.

همچنین، رویکرد آگاه از شواهد برای سیاست‌گذاری به سیاست‌گذاران امکان می‌دهد تایید کنند سیاست‌ها ممکن است تحت تاثیر اطلاعات ناقص قرار داشته باشند. این شناخت ریسک سیاسی را کاهش می‌دهد، زیرا در صورتی که سیاست‌ها طبق انتظار پیش نروند، روش‌هایی را برای تغییر شرایط ایجاد می‌کنند. وقتی سیاست‌ها بدون اشاره به محدودیت‌های شواهد موجود حمایت می‌شود و وقتی صرف‌نظر از نتایج، سیاست‌ها عملی می‌شود، ریسک سیاسی بیشتر می‌شود. این بی‌توجهی موجب می‌شود، سیاست‌گذاران به خاطر عدم موفقیت‌های مرتبط یا بی‌ارتباط با خود سیاست به باد انتقاد گرفته شوند.

جدول 1: مثال‌هایی از استفاده از شواهد تحقیقاتی در سیاست‌گذاری

سولفات منیزیم برای درمان اکلامپسی و پره‌اکلامپسی - مثالی از تمهیدات ناکافی سیستم سلامت برای حمایت از مداخله‌ی موثر و ارزان شواهد باکیفیت نشان می‌دهد که سولفات منیزیم، داروی ارزان، برای درمان اکلامپسی و پره‌اکلامپسی موثر است. با این حال، داروها، مانند بسیاری از درمان‌های موثر دیگر در کشورهای کم‌درآمد و کشورهای با درآمد متوسط، هنوز به‌طور گسترده در دسترس نیست. عدم موفقیت در مکانیسم‌های ثبت، تهیه و توزیع سولفات منیزیم موجب دسترس‌پذیری ضعیف آن در کشورهای نظیر موزامبیک و زیمبابوه شده است. در کشورهای دیگر، مشکلاتی نظیر فقدان دستورالعمل‌ها برای استفاده از سولفات منیزیم، عدم درج آن در فهرست داروهای ضروری، عدم اجرای دستورالعمل‌های فعلی و محدودیت‌ها بر مراکز درمان و کادر درمان که مجوز استفاده از این دارو را دارند، وجود دارد. اکلامپسی و پره‌اکلامپسی شدید بر تعداد کمی از زنان تاثیر می‌گذارد و تعداد آنها کمتر از افرادیست که تحت تاثیر سایر بیماری‌ها قرار می‌گیرند. اما تقریباً 63 هزار زن در سراسر جهان هر سال بر اثر این بیماری فوت می‌کنند. این بیماری‌ها نیز با مرگ نوزادان مرتبط است.

در این کتاب، هدف ما این است که از طریق استفاده‌ی بهتر از شواهد تحقیقاتی برای اتخاذ تصمیمات، موجب بهبود اثربخشی، کارایی و عدالت در سیاست‌های سلامت شویم. تمرکز ما بر تصمیمات در مورد بهترین شیوه‌ی سازماندهی سیستم‌های سلامت از جمله تمهیدات برای تحویل، تامین مالی و اداره‌ی خدمات بهداشتی و راهبردهایی برای ایجاد تغییر است. در این کتاب، با استفاده از این نوع تصمیمات به‌عنوان مثال، نحوه‌ی تصمیم‌گیری آگاهانه را براساس شواهد تحقیقاتی نشان می‌دهیم. رویکردهای مشابه را می‌توان برای اتخاذ تصمیمات آگاهانه در مورد برنامه‌ها، خدمات یا درمان‌هایی که باید ارائه شود، استفاده کرد.

شواهد چیست؟

بحث در مورد شیوه‌ی مبتنی بر شواهد و سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد می‌تواند گفتگوهای در مورد تعریف دقیقی از «شواهد» ایجاد کند. این شناخت مشترک وجود دارد که «شواهد به واقعیاتی مربوط می‌شود (ادعاشده یا واقعی) که قرار است در حمایت از نتیجه‌گیری خاص استفاده شود». واقعیت به نوبه‌ی خود چیز است که از طریق تجربه یا مشاهده شناخته می‌شود. نتیجه‌ی مهم این شناخت این است که شواهد را می‌توان برای حمایت از نتیجه‌گیری استفاده کرد، اما با خود نتیجه‌گیری یکی نیست. شواهد به‌تنهایی تصمیم‌گیرنده نیست.

شناخت اینکه چه شواهدی وجود دارد نتایج متعددی در پی دارد. نخست، نظر کارشناسی چیزی فراتر از شواهد صرف است. نظر کارشناسی ترکیبی از واقعیات، تفسیر آن واقعیات و نتیجه‌گیری‌هاست. شواهد همیشه به نظرات کارشناسی کمک می‌کند.

استفاده‌ی مناسب از آن شواهد مستلزم شناسایی آن واقعیاتی است (تجربه یا مشاهدات) که مبنای نظرات را تشکیل می‌دهد و مشخص می‌کند واقعیات تا چه اندازه از نتیجه‌گیری‌ها حمایت می‌کند.

دوم، همه‌ی شواهد به یک اندازه متقاعدکننده نیست. میزان متقاعدکنندگی شواهد به نوع مشاهدات ما و کیفیتشان بستگی دارد. شواهد تحقیقاتی معمولاً متقاعدکننده‌تر از مشاهدات تصادفیست، زیرا روش‌های ترکیبی را برای جمع‌آوری و تحلیل مشاهدات استفاده می‌کند. به همین ترتیب، تحقیقات به‌خوبی طراحی و اجرا شده متقاعدکننده‌تر از تحقیقات با طراحی و اجرای ضعیف است.

سوم، می‌توانیم به‌طور ضمنی یا صریح در مورد میزان اطمینانمان به انواع مختلف شواهد (به عبارت دیگر، «کیفیت» شواهد) تصمیم‌گیری کنیم. برای جلوگیری از خطاها، حل اختلافات، تسهیل ارزیابی انتقادی و انتقال اطلاعات، بهتر است این قضاوت‌ها به‌طور نظام‌مند و صریح انجام شود. این امر به نوبه‌ی خود مستلزم تصمیمات صریح در مورد انواع واقعی شواهدیست که باید مدنظر قرار گیرد.

چهارم، با توجه به اینکه همه‌ی مشاهدات اختصاص به زمینه‌ی (context) مشخص دارند، همه‌ی شواهد حساس به زمینه (context) هستند. بنابراین، همیشه باید قضاوت‌هایی در مورد کاربردپذیری شواهد فراتر از محیط یا زمینه اصلی‌اش صورت گیرد. بهتر است قضاوت‌های صریح و نظام‌مندی در مورد کاربردپذیری این شواهد انجام شود، به همان دلیل که بهتر است قضاوت‌های نظام‌مند و صریحی در مورد کیفیت شواهد انجام شود.

پنجم، «شواهد جهانی» - یعنی، بهترین شواهدی که از سراسر جهان در دسترس است، بهترین نقطه‌شروع برای قضاوت در مورد تاثیر سیاست‌ها و برنامه‌هاست. همه‌ی شواهد حساس به زمینه است، اما تصمیم‌گیری براساس زیرمجموعه‌ای از مشاهدات که تصور می‌شود ارتباط بیشتری با زمینه‌ی خاص دارد (نظیر مشاهداتی که در کشوری خاص یا گروه جمعیتی خاص انجام می‌شود) می‌تواند گمراه‌کننده باشد. اگر قضاوت در زمینه همه‌ی شواهد مربوطه انجام شود، آگاهانه‌تر می‌توان تصمیم‌گرفت نتیجه‌گیری براساس زیرمجموعه‌ای از مشاهدات باشد یا خیر.

در آخر، لازم است شواهد محلی (از محیطی خاص که در آن تصمیمات و اقدامات انجام می‌شود) به قضاوت‌های دیگر در مورد مسائل، گزینه‌ها برای رسیدگی به مسائل و راهبردهای اجرا کمک کند. این شواهد شامل شواهد مبنی بر حضور عوامل تعدیل‌کننده در محیط‌های خاص، میزان نیاز (مثلاً، شیوع بیماری یا عوامل خطر یا مشکلات در تمهیدات راهبری، مالی و تحویل)، ارزش‌ها، هزینه‌ها و دسترس‌پذیری منابع می‌شود.

شواهد تحقیقاتی چه نقشی در اتخاذ تصمیمات آگاهانه در حوزه‌ی سیاست سلامت دارد؟

برای تصمیم‌گیری آگاهانه در مورد مسائلی نظیر "چگونه دسترسی جهانی و عادلانه به خدمات درمانی فراهم شود؟"، سیاست‌گذاران باید به شواهد استوار دسترسی داشته باشند. شواهد برای شفاف‌سازی خدمات و برنامه‌هایی که باید ارائه یا پوشش داد، نحوه‌ی ارائه‌ی آن خدمات، تمهیدات مالی، تمهیدات راهبری و نحوه‌ی پیاده‌سازی تغییر لازم است. بررسی‌های نظام‌مند را می‌توان برای اتخاذ تصمیمات آگاهانه برای مقوله‌های کلیدی در هر یک از این حوزه‌ها استفاده کرد. توضیحی در مورد بررسی‌های نظام‌مند در جدول 2 ارائه شده است. شکل 1 نقش شواهد حاصل از بررسی‌های نظام‌مند را به همراه شواهد محلی برای اتخاذ تصمیمات آگاهانه در حوزه‌ی سیاست سلامت نشان می‌دهد.

تصمیمات سیاستی همیشه تحت تاثیر عواملی غیر از شواهد قرار دارد. این عوامل شامل محدودیت‌های سازمانی، منافع، ایده‌ها (از جمله ارزش‌ها) و عوامل خارجی مانند رکود اقتصادی می‌شود. همچنین، شواهد تحقیقاتی تنها نوع اطلاعات لازم برای قضاوت آگاهانه که لازمه‌ی تصمیم‌گیری سیاستی است، نیست. باوجوداین، تقویت استفاده از شواهد تحقیقاتی و توانایی سیاست‌گذاران برای تصمیم‌گیری مناسب در مورد اهمیت و کیفیت آن، چالش مهمیست که به تحقق دستاوردهای سلامتی چشمگیر و استفاده‌ی بهتر از منابع کمک می‌کند.

جدول 2: توضیحی در مورد بررسی‌های نظام‌مند

بررسی‌های نظام‌مند خلاصه‌ای از شواهد تحقیقاتی است. این بررسی‌ها با استفاده از روش‌های صریح و نظام‌مند برای شناسایی، انتخاب و ارزیابی انتقادی تحقیقات مربوطه و جمع‌آوری و تحلیل داده‌های مطالعات گنجانده شده در بررسی نظام‌مند، به سوال به‌خوبی تدوین شده می‌پردازد. روش‌های آماری (فراتحلیل‌ها) می‌تواند برای تحلیل و خلاصه‌سازی نتایج مطالعات استفاده شود یا نشود.

سیاست گذاری آگاه از شواهد چیست؟

برای اینکه تصمیم گیری در حوزه سیاست سلامت آگاه از شواهد باشد، باید با استفاده از فرایندهای نظام مندتر و شفاف تر شواهد تحقیقاتی پیدا و ارزیابی شود. سیاست گذاری سلامت آگاه از شواهد رویکردی برای اتخاذ تصمیمات سیاستی است. هدف از سیاست گذاری آگاه از شواهد این است که مطمئن شویم تصمیم گیری بر مبنای بهترین شواهد تحقیقاتی در دسترس انجام می شود. نحوه انجام سیاست گذاری آگاه از شواهد متفاوت است و به نوع تصمیمات اتخاذ شده و بسترشان بستگی خواهد داشت. مشخصه سیاست گذاری آگاه از شواهد این واقعیت است که دسترسی به شواهد و ارزیابی آن مولفه اصلی پروسه سیاست گذاری نظام مند و شفاف است. این بدان معنا نیست که پروسه کلی سیاست گذاری، نظام مند و شفاف خواهد بود. با این حال، در پروسه کلی سیاست گذاری، با استفاده از فرایندهای نظام مند می توان مطمئن شد که تحقیقات مربوطه به درستی شناسایی، ارزیابی و استفاده می شود. این فرایندها شفاف است، به طوری که دیگران می توانند شواهد تحقیقاتی لازم را برای اتخاذ تصمیمات سیاستی آگاهانه مشخص کنند و همچنین قضاوت ها را در مورد شواهد و نتایجشان استفاده کنند. در این کتاب، توضیح می دهیم چگونه سیاست گذاری سلامت آگاه از شواهد می تواند از طریق فرایندهای نظام مندتر و شفاف تر به مسائل متداول سیاست گذاری بپردازد، اتخاذ تصمیمات آگاهانه تر را تسهیل کند، شواهد مورد نیاز را مشخص کند، شواهد را بیابد و ارزیابی کند و با استفاده از شواهد، تصمیم گیری کند (شکل 2). مزایای فرایندهای نظام مند و شفاف نظیر مواردی که در این کتاب توصیف کردیم (برخلاف فرایندهای غیر شفاف و غیر نظام مند) مزایایی هستند که به محافظت در برابر خطاها و سوگیری ها کمک می کنند. بررسی های نظام مند، که نمونه هایی از آن در جدول 2 نشان داده شده است و ریسک گمراهی به وسیله شانس یا انتخاب و ارزیابی مغرضانه شواهد را کاهش می دهد، گویای این مزایاست.

انواع مختلف شواهد به سوالات مختلف مربوط می شود و اختلاف نظرهای مشروعی در مورد تعریف «بهترین شواهد در دسترس» برای سوالات خاص وجود دارد. با این حال، هدف از سیاست گذاری سلامت آگاه از شواهد این است که اطمینان حاصل شود شواهد مربوطه شناسایی می شود و اینکه قضاوت های نظام مند و شفافی در مورد مسائلی نظیر شواهد مناسب، پایایی و کاربردپذیری شواهد شناسایی شده انجام می شود. هدف از سیاست گذاری سلامت آگاه از شواهد این است که اطمینان

حاصل شود تضاد منافع بر قضاوت‌های این چینی یا تحقیقات جدیدی که در حمایت از سیاست‌گذاری انجام می‌شود، تاثیر نمی‌گذارد.

یکی دیگر از ویژگی‌های اساسی سیاست‌گذاری آگاه از شواهد این است که سیاست‌گذاران فرایندهای نظام‌مند را درک کنند، زیرا با استفاده از فرایندهای نظام‌مند می‌توانند مطمئن شوند تحقیقات مربوطه به‌درستی شناسایی، ارزیابی و استفاده می‌شود. همچنین، کاربردهای بالقوه‌ی فرایندهای این چینی مشخص می‌شود. این کتاب با هدف کمک به سیاست‌گذاران در کسب این شناخت تهیه شده است.

از ابتدای دهه‌ی 1990، گرایش به سمت پزشکی مبتنی بر شواهد (EBM) وجود داشته است. پزشکی مبتنی بر شواهد در ابتدا بر تصمیم‌گیری پزشکان تمرکز داشت. این انگیزه به سایر متخصصان سلامت و مصرف‌کنندگان خدمات درمانی گسترش یافته است و برای اینکه دامنه‌ی گسترده‌اش نمایش داده شود، «خدمات درمانی مبتنی بر شواهد» یا «شیوه‌ی مبتنی بر شواهد» نامیده می‌شود. در بستر مدیریت و سیاست‌گذاری، این رویکرد «سیاست مبتنی بر شواهد» نامیده می‌شود. در همه‌ی این عرصه‌ها، بحث و گفت‌وگو عمدتاً بر تعریف رویکرد مبتنی بر شواهد، نحوه‌ی تفاوتش با رویکردهای معمول و همچنین مزایا و ریسک‌های نسبی آن متمرکز بوده است. هم پزشکی مبتنی بر شواهد و هم سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد به باد انتقاد گرفته شده‌اند، چون فرض می‌کنند که شواهد تحقیقاتی عمدتاً بر تصمیمات سیاستی یا انتخاب شیوه‌ها تاثیر می‌گذارند. این انتقاد عمدتاً سوءبرداشت از اقدامات حمایت‌شده است. نه تصمیمات در مورد تک‌تک بیماران و نه تصمیمات سیاستی صرفاً براساس شواهد اتخاذ نمی‌شوند. قضاوت‌ها، ارزش‌ها و عوامل دیگر همیشه در تصمیم‌گیری نقش دارند.

اصطلاحات «مبتنی بر شواهد» و «آگاه از شواهد» را می‌توان به جای هم استفاده کرد، اما تصمیم‌گرفتم اصطلاح «آگاه از شواهد» را استفاده کنیم، چون نقش شواهد در سیاست‌گذاری و تمایل به بهبود تصمیمات مبتنی بر شواهد تحقیقاتی را بهتر توصیف می‌کند.

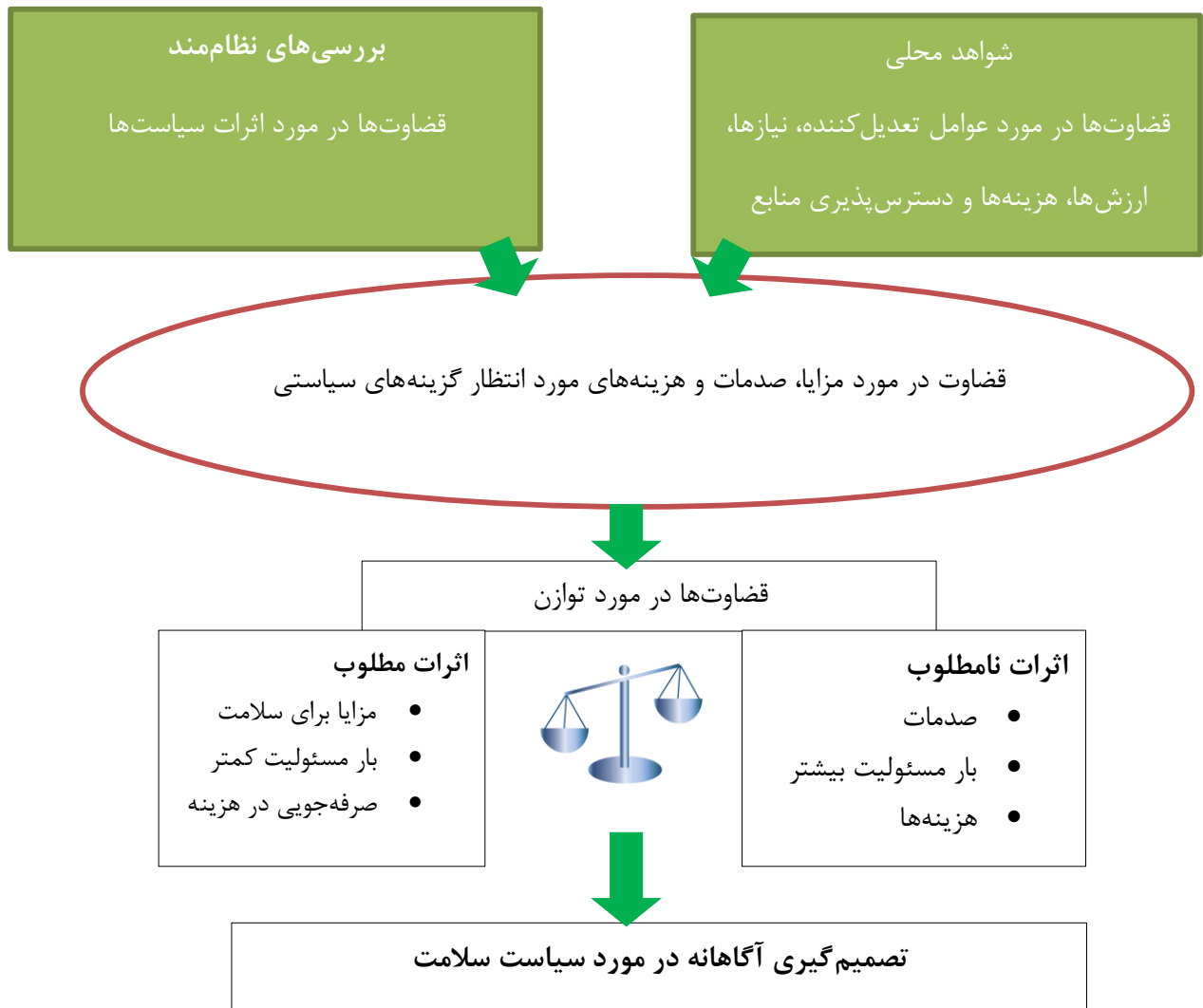
سیاست گذاری آگاه از شواهد چه چیزی نیست

مانند هر ابزار دیگری، ابزارها برای حمایت از استفاده از شواهد برای تصمیم گیری آگاهانه را می‌توان "بد" استفاده کرد. اثرات نامطلوب استفاده نامناسب از شواهد عبارت است از: فرایندهای بوروکراتیک ناکارآمد، بازداری یا تاخیر نامناسب در برنامه‌های آینه‌دار، چارچوب‌بندی گمراه‌کننده‌ی مسائل، دستکاری افکار عمومی و تحریف دستورکار تحقیقات. استفاده‌ی گزینشی از شواهد، سرکوب استفاده‌ی مناسب از شواهد و ایجاد برداشت جعلی از عدم قطعیت برخی از شیوه‌های سوءاستفاده از شواهد است. همانطور که در بخش‌های بعدی شرح می‌دهیم، استفاده از فرایندهای نظام‌مند و شفاف بهترین روش کشف و پیشگیری از استفاده‌ی نامناسب از شواهد است.

نتیجه گیری

در سراسر جهان، گرایش رو به رشدی به استفاده‌ی بهتر از شواهد تحقیقات در تصمیمات سلامتی وجود دارد. مثلاً، در سال 2004، سازمان بهداشت جهانی گزارش جهانی در مورد دانش برای سلامت بهتر را تهیه کرد. فصلی از این گزارش به پیوند دادن تحقیقات به اقدام اختصاص یافته است. اجلاس وزیران در مورد تحقیقات سلامت همان سال در مکزیکوسیتی برگزار شد و بیانیه‌ای در مورد اهمیت تحقیقات برای سلامت بهتر و تقویت نظام‌های سلامت صادر کرد. همچنین، در ماه مه سال 2005، پنجاه و هشتمین مجمع جهانی بهداشت قطعنامه‌ای تصویب کرد و بیانیه‌ی مکزیکی را در مورد تحقیقات بهداشتی تایید کرد و کشورهای عضو را ترغیب کرد «سازوکارهایی برای انتقال دانش در حمایت از سلامت عمومی مبتنی بر شواهد و سیستم‌های ارائه‌ی خدمات درمانی و سیاست‌های مبتنی بر شواهد در حوزه‌ی سلامت ایجاد یا تقویت کنند». بیانیه‌ی باماگو (2008) که وزرای بهداشت، وزرای علوم و فناوری، وزرای آموزش و پرورش و سایر نمایندگان وزرای 53 کشور صادر کردند لزوم ادامه‌ی پیشرفت‌های صورت گرفته از بعد برگزاری اجلاس وزرا در مکزیکی را منعکس کرد. اطمینان از اینکه سیاست‌گذاران و محققان درک مشترکی از تعریف شواهد تحقیقاتی و نقش شواهد تحقیقاتی در اتخاذ تصمیمات سیاستی آگاهانه دارند، اولین گام کلیدی برای رسیدن به این هدف است.

شکل 1 : نمونه‌ای از نقش شواهد در سیاست گذاری سلامت



شکل 2 : چگونه سیاست گذاری سلامت آگاه از شواهد به مسائل معمول سیاست گذاری می پردازد

در صورتی که سیاست گذاری سلامت آگاه از شواهد نظام مندتر و شفاف تر باشد می تواند به این مسائل پردازد

مسائل متداول سیاست گذاری

عناصر سیاست گذاری آگاه از شواهد



بخش دوم : حمایت سازمانتان را از استفاده از شواهد تحقیقاتی برای سیاست گذاری آگاهانه بهبود دهید

پیش زمینه

در این بخش، پنج سوال مطرح می کنیم که سیاست گذاران و حامیانشان می توانند برای بهبود نحوه ی حمایتشان از به کارگیری شواهد تحقیقاتی در سیاست گذاری آگاهانه در حوزه ی سلامت بپرسند. مثلا، تمام افراد دخیل در سناریوی شرح داده شده می توانند سوالات این چینی را بپرسند.

چند نظریه برای توضیح نقش شواهد تحقیقاتی در سیاست گذاری پیشنهاد شده است. همچنین، نظر جمعی زیادی در مورد نحوه ی بهبود استفاده ی مناسب از شواهد تحقیقاتی وجود دارد. با این حال، به سختی می توان شواهدی در حمایت از ایده های این چینی یافت. تعداد روزافزونی از مطالعات در کشورهای کم درآمد و کشورهای با درآمد متوسط انجام می شود، اما بیشتر شواهد همچنان از مطالعات مبتنی بر مصاحبه در کشورهای پردرآمد ارائه می شود. بررسی های نظام مند این مطالعات نشان می دهد که :

- تعامل بین محققان و سیاست گذاران احتمال استفاده ی سیاست گذاران از این تحقیقات را افزایش می دهد.
- زمان بندی مناسب و تحقیقات به موقع احتمال استفاده ی سیاست گذاران از این تحقیقات را افزایش می دهد (و زمان بندی ضعیف یا به موقع نبودن احتمال آن را کاهش می دهد)
- وقتی سیاست گذاران نگرش های منفی در مورد شواهد تحقیقاتی دارند، احتمال استفاده ی آنها از تحقیقات کاهش می یابد

- وقتی سیاست گذاران فاقد تخصص و مهارت های مربوطه باشند، احتمال استفاده ی آنها از تحقیقات کاهش می یابد
- شبکه های سیاستی و اعتماد به محققان احتمال استفاده ی سیاست گذاران از این تحقیقات را افزایش می دهد و
- فقدان اهمیت ادراک شده، استفاده از زبان صنفی و تولید مقالات صرفا برای محققان همه عواملی هستند که احتمال استفاده ی سیاست گذاران از این تحقیقات را کاهش می دهد

به طرق مختلف، به فعالیت‌های متمرکز بر بهبود استفاده از شواهد تحقیقاتی برای سیاست‌گذاری آگاهانه اشاره شده است. این اصطلاحات عبارت است از: ترجمه‌ی دانش، انتقال دانش، تبادل دانش، استفاده از تحقیقات، اجرا، انتشار. سردرگمی و سوءتفاهم چشمگیری حول تعریف و دامنه‌ی این مفاهیم وجود دارد و ادبیات موضوعی مرتبط با این مسائل متنوع و بسیار گسترده است. چندین چارچوب برای سازماندهی این رویکردها و بهبود استفاده‌ی سیاست‌گذاران از این شواهد تحقیقاتی پیشنهاد شده است. مفاهیم و اهداف این چارچوب‌ها همپوشانی دارند.

یکی از این چارچوب‌ها بر ارزیابی اقدامات صورت گرفته در سطح کشور برای عملی کردن تحقیقات تمرکز دارد. این چارچوب فهرستی از طیف وسیعی از فعالیت‌ها فراهم می‌کند. هنگام ایجاد تمهیدات سازمانی برای حمایت از استفاده از شواهد تحقیقاتی برای سیاست‌گذاری در حوزه‌ی سلامت می‌توان این فعالیت‌ها را مدنظر قرار داد. این چارچوب شامل چهار عنصر می‌شود: جو کلی برای استفاده از تحقیقات، تولید تحقیقاتی که هم به سیاست‌گذاران مربوط می‌شود و هم ترکیب مناسبی برای سیاست‌گذاران دارد، ترکیب تلاش‌ها برای عملی کردن تحقیقات و ارزیابی تلاش‌ها برای عملی کردن تحقیقات. در این چارچوب، تلاش‌ها برای عملی کردن تحقیقات در چهار دسته فعالیت طبقه‌بندی می‌شود. این چهار دسته عبارت است از: تلاش‌های فشاری (تلاش‌ها برای ابلاغ یافته‌های تحقیقات که مستلزم این است محققان پیام‌ها را با نیازهای سیاست‌گذار تطبیق دهند)، تلاش‌ها برای تسهیل جذب کاربر (نظیر واحدهای پاسخ سریع برای رفع نیازهای سیاست‌گذار به شواهد تحقیقات)، کشش کاربر (تلاش‌ها برای تسهیل استفاده از تحقیقات نظیر تلاش برای تعلیم سیاست‌گذاران در خصوص نحوه‌ی دسترسی به شواهد تحقیقات) و تلاش‌های مبادله‌ای (همکاری بین محققان و سیاست‌گذاران که طی آن سوالات مربوطه مشترکا پرسیده و پاسخ داده می‌شود).

اطلاعات محدودی در مورد نحوه‌ی ساماندهی طیف وسیع از فعالیت‌ها وجود دارد و تا همین اواخر، تعداد نسبتاً کمی از سازمان‌ها مسئول حمایت از استفاده از شواهد تحقیقاتی در سیاست‌گذاری سلامت بودند. سوالاتی که در این بخش مطرح می‌کنیم بر نکات آموخته‌شده از تجربه‌ی سازمان‌هایی متمرکز دارد که از سیاست‌گذاری سلامت آگاه از شواهد حمایت می‌کنند.

شواهدی که این نکات از آنها استخراج شد از نظرسنجی از 176 سازمان، به دنبال مصاحبه‌ی تلفنی با 25 مورد آنها و بازدید میدانی از هشت سازمان جمع‌آوری شد. این نکات به شرح زیر است:

- پیوندهای قوی بین سیاست‌گذاران و محققان ایجاد کنید و ذینفعان را در اقدامات انجام شده مشارکت دهید
- مستقل باشید و تضاد منافع آنهایی را که در اقدامات مشارکت دارند، مدیریت کنید
- روش‌های مناسبی را استفاده کنید و در کارتان شفاف باشید
- با سازمان‌های دیگر همکاری کنید.
- با گام‌های کوچک شروع کنید، مخاطبان و دامنه‌ی فعالیت مشخصی داشته باشید و به سوالات مهم پردازید
- ظرفیت کارکنان سازمان را برای استفاده از شواهد تحقیقاتی افزایش دهید
- به مقوله‌های اجرا توجه کنید، حتی اگر اجرا وظیفه‌ی شغلی نیست

سوالاتی که باید در نظر بگیرید

با استفاده از نکات بالا، پنج سوال مطرح می‌کنیم که هنگام ارزیابی نحوه‌ی بهبود حمایت از شواهد تحقیقات در سیاست‌گذاری سلامت می‌توان پرسید. این سوالات به یک سری راهبردهای کلیدی می‌پردازد. همانطور که در شکل 1 نشان داده شده است، این راهبردها بر بهبود نحوه‌ی ساماندهی حمایت از سیاست‌گذاری آگاه از شواهد در حوزه‌ی سلامت تمرکز دارد. این سوالات به مقوله‌های گسترده‌تر در مورد فرایندهای سیاست‌گذاری دولت و نحوه‌ی طراحی آنها برای ارتقا استفاده از شواهد نمی‌پردازد. این سوالات عبارت است از:

1. سازمانتان چه ظرفیتی برای استفاده از شواهد تحقیقاتی برای تصمیم‌گیری آگاهانه دارد؟

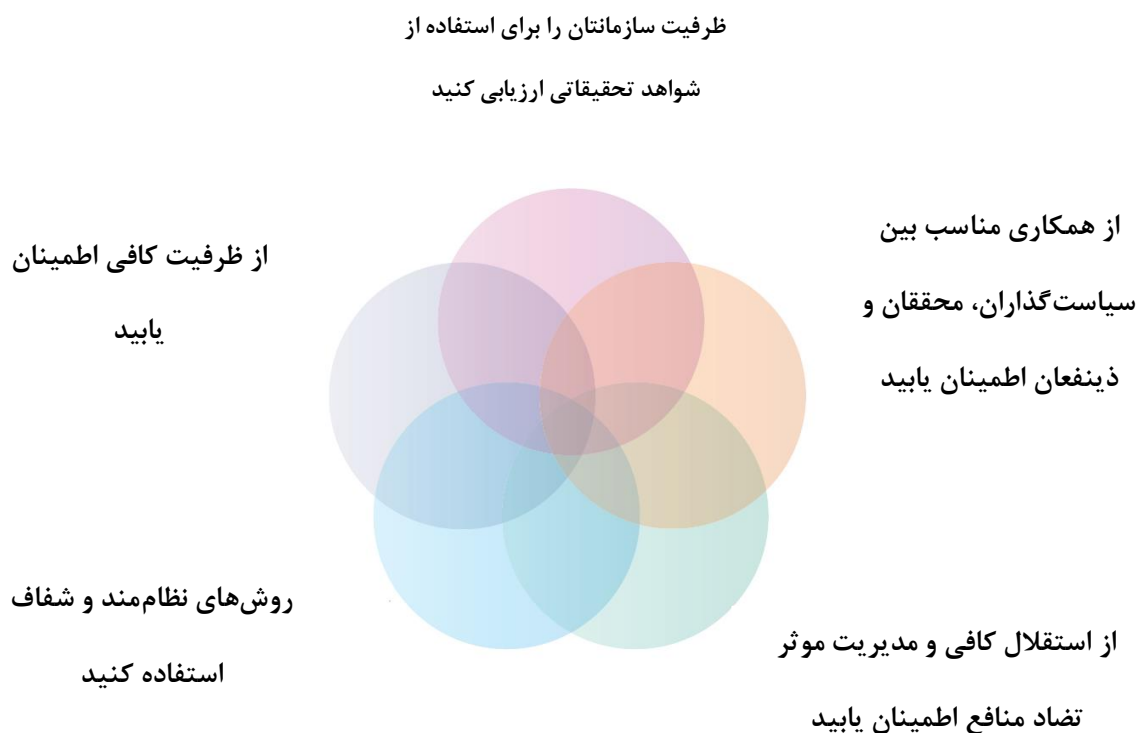
2. چه راهبردهایی را باید برای اطمینان از همکاری بین سیاست‌گذاران، محققان و ذینفعان استفاده کرد؟

3. چه راهبردهایی را باید برای اطمینان از استقلال و مدیریت موثر تضاد منافع استفاده کرد؟

4. با چه راهبردهایی می‌توان مطمئن شد روش‌های نظام‌مند و شفاف برای دسترسی، ارزیابی و استفاده از شواهد تحقیقاتی استفاده می‌شود؟

5. با چه راهبردهایی می‌توان از وجود ظرفیت کافی برای استفاده از این روش‌ها مطمئن شد؟

شکل 1 : راهبردها برای بهبود نحوه‌ی سازماندهی حمایت از سیاست‌گذاری آگاه از شواهد در حوزه‌ی سلامت



1. سازمان‌تان چه ظرفیتی برای استفاده از شواهد تحقیقاتی برای تصمیم‌گیری آگاهانه دارد؟

برای اینکه سازمان‌ها میزان تاثیر شواهد پژوهشی را بر تصمیماتشان بهبود دهند، باید ظرفیت کافی برای شناسایی لزوم شواهد تحقیقاتی داشته باشند. این شناخت برای دستیابی به تحقیقات در صورت نیاز، ارزیابی انتقادی آن، استفاده از آن برای تصمیم‌گیری و سنجش تاثیر سیاست‌ها و برنامه‌های اجرا شده ضروریست. ظرفیت‌ها در این حوزه‌های مختلف هم در سازمان‌های دولتی و هم غیردولتی بسیار متفاوت است. ارزیابی ظرفیت فعلی سازمان، اولین گام در پروسه‌ی بهبود ظرفیت سازمانی است.

شماری ابزار تایید شده برای اندازه‌گیری شایستگی افراد در انجام پزشکی مبتنی بر شواهد وجود دارد. با این حال، در این بخش، تمرکز ما بر ظرفیت سازمانی نه شایستگی افراد است. بنیاد تحقیقات خدمات درمانی کانادا (CHSRF) ابزار خودارزیابی برای سازمان‌های خدمات درمانی ایجاد کرده است. هدف این است که سازمان‌ها با کمک این ابزار روش‌های جمع‌آوری و استفاده از تحقیقات و همچنین نحوه‌ی بهبود این روش‌ها را شناسایی کنند. این ابزار چهار حوزه‌ی کلیدی را برای ارزیابی استفاده از تحقیقات شامل می‌شود: فراگیری، ارزیابی، انطباق و استفاده از شواهد. لایس و همکاران چارچوبی برای ارزیابی تلاش‌های صورت گرفته در سطح کشور برای عملی کردن تحقیقات پیشنهاد کرده‌اند. چارچوب آنها حوزه‌هایی را دربرمی‌گیرد که ابزار CHSRF پوشش نداده است. این حوزه‌ها عبارت است از: میزان حمایت محیط عمومی از عملی کردن تحقیقات، تولید تحقیقات، تلاش‌ها برای اطلاع‌رسانی یافته‌های تحقیقات (به اصطلاح راهبردهای فشار) و تلاش‌ها برای تسهیل استفاده از یافته‌های تحقیقات (به اصطلاح عوامل «جذب یا کشش کاربر»).

2. چه راهبردهایی را می‌توان برای اطمینان از همکاری بین سیاست‌گذاران، محققان و ذینفعان استفاده کرد؟

بسیاری از سازمان‌های حامی استفاده از شواهد تحقیقاتی در سیاست‌گذاری معمولاً سیاست‌گذاران را در انتخاب موضوعات و خدمات ارائه شده مشارکت می‌دهند. هم سیاست‌گذاران و هم آنهایی که حامی استفاده‌ی سیاست‌گذاران از شواهد تحقیقاتی هستند، ارتباط شخصی بین سیاست‌گذاران و محققان را مهم می‌دانند. سازمان‌های حامی سیاست‌گذاری آگاه از شواهد ارتباط

نزدیکشان با سیاست گذاران را نقطه قوت می بینند. با این حال، این نقطه قوت با چالشی همراه است: لزوم مدیریت تضاد منافع می تواند در هر رابطه‌ی صمیمانه بین محققان و سیاست گذاران پدیدار شود.

راهبردهایی که می تواند همکاری بین سیاست گذاران و محققان را تضمین کند، عبارت است از:

- آنهایی که حامی استفاده‌ی سیاست گذاران از تحقیقات هستند (با دسترسی به شواهد، ارزیابی و خلاصه‌سازی آن) باید در سازمان‌های مسئول سیاست گذاری یا در نزدیکی آنها قرار داده شوند
- حضور سیاست گذاران در هیئت مشورتی یا کمیته‌ی رهبری در مواردی که سازمان‌ها خارج از دولت یا سازمان‌های سیاست گذار قرار دارند
- توافقات رسمی که سازمان‌های دانشگاهی را به سازمان‌های سیاست گذار پیوند می دهد
- استفاده از افراد مورد اعتماد به عنوان «کارگزاران دانش» برای ایجاد روابط میان محققان و سیاست گذاران
- مشارکت‌دهی سیاست گذاران در فرایندهای تحقیقاتی نظیر آماده‌سازی خلاصه‌های سیاستی
- مشارکت‌دهی محققان در فرایندهای تاثیرگذار بر سیاست نظیر گفتگوها در مورد سیاست
- برنامه‌های توسعه‌ی مهارت برای سیاست گذاران و محققان، از جمله تبادلاتی که در آن محققان به سازمان سیاست گذار و سیاست گذاران به سازمان تحقیقاتی اعزام می شوند.

مثالی از لزوم مدیریت تنش‌های بالقوه بین سیاست گذاران و محققانی که با هم کار می کنند، در جدول 1 ارائه شده است.

جدول 1: مطالعه‌ی موردی لزوم مدیریت تنش‌ها بین سیاست گذاران و محققان در همکاری بلندمدت

از اوایل دهه‌ی 1990، سیاست گذاران در دولت استانی ایالت آزاد در آفریقای جنوبی همکاری نزدیکی با محققان در مورد موضوعات سلامت و سیاست سلامت از جمله پایش و ارزیابی اجرای درمان ضد ویروسی داشته‌اند. شواهد این مطالعات نقایص عمده را در اجرای درمان ضد ویروسی نشان داده است. ابراز نگرانی شده است که اگر یافته‌های تحقیقات بیش از حد بحرانی شود، ممکن است دسترسی محققان به داده‌های ممتاز و همکاری در زمینه‌ی ارزیابی‌ها خاتمه یابد. این قضیه موجب تنش‌هایی در روابط بین محققان و وزارت بهداشت استانی شده است و هر دو طرف به صراحت این نگرانی‌ها را ابراز کرده‌اند. هم سیاست گذاران و هم محققان ضمن تایید چالش برانگیز بودن مدیریت تنش‌ها، به یادگیری نحوه‌ی مدیریت این نوع اختلاف متعهد شده‌اند. از چشم‌انداز وزارت بهداشت، مدیریت این اختلاف برای ارزیابی و بهبود خدمات ارائه‌شده از سوی دولت استانی ضروریست. از چشم‌انداز محققان، اعتقاد به اینکه تحقیقاتی انجام می‌دهید که هم واقعا مهم است و هم به نیازهای واقعی می‌پردازد، به جای اینکه صرفا مقالاتی منتشر کنید، به شما انگیزه می‌دهد.

سازمان‌های حامی استفاد از شواهد تحقیقاتی در سیاست‌گذاری اغلب مشارکت ذینفعان را نقطه‌قوت کلیدی می‌دانند. مثلا، سازمان‌های ذینفع شامل انجمن‌های بیماران، گروه‌های جمعیتی، ائتلاف‌ها، گروه‌های ذی‌نفوذ، سازمان‌های مذهبی، موسسات خیریه یا سازمان‌های داوطلبانه، انجمن‌های حرفه‌ای، اتحادیه‌های کارگری و انجمن‌های تجاری می‌شوند.

با این حال، مدیریت مشارکت ذینفعان می‌تواند هم چالش‌برانگیز و هم طاقت‌فرسا باشد. شواهد اندکی روش‌های جایگزین مشارکت ذینفعان در سیاست‌گذاری یا فرایندهای تحقیقاتی که شامل موارد زیر می‌شود، را مقایسه می‌کند :

- سطح مشارکت (مشورت یا همکاری)

- محافل ارتباطی مختلف (مثلا، عضویت در کمیته، هیئت‌های دائمی، جلسات شهری، مصاحبه‌ها، مشورت کتبی)

- روش‌های مختلف جذب ذینفعان (مثلا، دعوت‌های شخصی هدفمند، تبلیغات یا استفاده از رسانه‌های جمعی)

- روش‌های مختلف آموزش و حمایت از مصرف‌کنندگان یا ذینفعان دیگر برای اطمینان از مشارکت موثر

- سطوح مختلف حمایت مالی برای تسهیل مشارکت مصرف‌کنندگان یا ذینفعان دیگر

طیف وسیعی از انواع مختلف همکاری وجود دارد که می‌تواند برای ذینفعان مختلف مفید باشد. برای برخی از گروه‌ها، تعامل مستمر مفیدتر از مشارکت‌دهی مستقیم آنها در سیاست‌گذاریست (مثلا، گروه‌هایی که به یک جنبه از سیاست نظیر مسائل نظارتی حرفه‌ای علاقه دارند). از دید برخی از گروه‌های دیگر، حفظ فاصله مطلوب‌تر است (مثلا، شرکت‌های دارویی با منافع مقرر در تصمیم‌گیری سیاستی). برخی دیگر از گروه‌ها معتقدند که حذف کاملشان از مشورت‌ها توجیه‌پذیرتر است (مثلا، شرکت‌های تولید دخانیات که نتایج تحقیقات را در مورد اثرات مضر تنباکو جعل کرده‌اند).

راهبردهایی که می‌تواند موجب اطمینان از مشارکت مناسب ذینفعان شود شبیه به راهبردهای است که در بالا برای اطمینان از همکاری بین سیاست‌گذاران و محققان تایید شد. مثلا، این راهبردها شامل مشارکت ذینفعان در هیئت مشورتی یا کمیته‌ی رهبری، در فرایندهای تحقیقاتی و در فرایندهای سیاست‌گذاری می‌شود. همچنین، این راهبردها می‌تواند شامل مشورت با گروه‌های ذینفعان، استفاده از برنامه‌های توسعه‌ی مهارت برای ذینفعان و ابلاغ شواهد به عموم مردم از طریق رسانه‌های جمعی شود.

مثالی از استفاده‌ی سازمان دولتی از راهبردهای گسترده برای مشارکت ذینفعان در جدول 2 ارائه شده است.

جدول 2: مثالی از مشارکت ذینفعان در تصمیمات درمانی: موسسه‌ی ملی سلامت و تعالی بالینی (ان‌آی‌سی‌ای)

تعداد اندکی از سازمان‌ها تلاش کرده‌اند کامل‌تر از موسسه‌ی ملی سلامت و تعالی بالینی در انگلیس و ولز، ذینفعان را در پروسه‌ی تصمیم‌گیری مشارکت دهند (خصوصاً بیماران و مراقبان‌شان). موسسه‌ی ملی سلامت و تعالی بالینی راهبردهای موثری را برای مشارکت گروه‌های ذینفعان ایجاد کرده است. برخی از این راهبردها به شرح زیر است:

- برنامه‌ای در موسسه با کارکنان اختصاصی مسئول مشارکت‌دهی بیماران و عموم
- شناسایی و جذب ذینفعان از جمله افراد عامه در کمیته‌های مشورتی مستقل موسسه‌ی ملی سلامت و تعالی بالینی
- ارائه‌ی آموزش و حمایت از افراد عامه در کمیته‌های موسسه‌ی ملی سلامت و تعالی بالینی
- ثبت‌نام گروه‌های ذینفعان که به صورت روتین از طریق جلسات و به صورت الکترونیکی با آنها مشورت می‌شود
- مشارکت‌دهی ذینفعان در سراسر پروسه‌ی تدوین رهنمودها و تصمیم‌گیری از انتخاب موضوع تا بررسی پیش‌نویس رهنمود تا مشاوره و مشارکت فعال در کمیته‌ها
- پاسخ‌های نظام‌مند و شفاف به نظرات ذینفعان در پیش‌نویس‌ها
- تدوین و انتشار نسخه‌های غیر تخصصی رهنمود موسسه‌ی ملی سلامت و تعالی بالینی، نسخه‌هایی برای گروه‌های ذینفع کلیدی و جلسات توجیهی
- رسانه‌های جمعی و همچنین نسخه‌هایی برای متخصصان بالینی و مدیران و
- مشارکت ذینفعان در اجرای رهنمود

تجربه‌ی موسسه‌ی ملی سلامت و تعالی بالینی نشان می‌دهد که مشارکت ذینفعان در اتخاذ تصمیمات خدمات درمانی امکان‌پذیر است و می‌تواند موثر باشد، اما مستلزم تمهیدات خاص و تعهد قویست. همچنین، این مشارکت می‌تواند پرهزینه باشد. سرمایه‌گذاری موسسه‌ی ملی سلامت و تعالی بالینی در مشارکت ذینفعان بسیار ارزشمند است، اما مشخص نیست آیا ذینفعان مناسبی هم از حیث گروه‌های ذینفعانی که در فرایند شرکت می‌کنند و هم از حیث اینکه آیا افراد مشارکت‌کننده نماینده‌ی مناسبی از ذینفعان مختلف هستند، انتخاب شده‌اند یا خیر. همچنین، مشخص نیست آیا راهبردهایی که استفاده می‌کنند به اندازه‌ی کافی کارآمد است یا خیر - به عبارت دیگر، آیا منابع سرمایه‌گذاری شده در این فرایندها ارزش هزینه کردن دارد یا خیر. همچنین، دغدغه‌هایی در مورد مسئولیت روزافزون مدیریت درون‌داد ذینفعان وجود دارد. تعداد درون‌دادهای ارسالی ذینفعان روبه‌افزایش است، اما مشارکت در سطح فردی در سازمان‌های ذینفعان کمتر از حد مطلوب است.

3. چه راهبردهایی باید برای اطمینان از استقلال و مدیریت موثر تضاد منافع استفاده شود؟

استقلال یکی از نقاط قوت سازمان‌های حامی استفاده از شواهد تحقیقاتی در سیاست‌گذاری است که به کرات ذکر شده است. از طرف دیگر، تضاد منافع نقطه‌ضعف کلیدی محسوب می‌شود. استقلال مالی و فکری و آزادی عمل مستقل از نفوذ دولت و صنعت نقاط قوت اصلی سازمان‌های این چنینی محسوب می‌شود. اما باید بین این نقاط قوت و مطلوبیت تمهیداتی که می‌توانند همکاری بین سیاست‌گذاران و محققان را تضمین کنند، توازن ایجاد کرد. البته، استقلال نسبی است. هیچ سازمانی کاملاً مستقل نیست.

فرایندها و روش‌های متقابلا مورد توافق برای مدیریت تنش‌های رقابتی احتمالی که از الزامات همکاری و استقلال ناشی می‌شود، ضروریست. همچنین، این فرایندها و روش‌ها برای اطمینان از دسترسی نظام‌مند و شفاف و ارزیابی شواهد به‌عنوان درون‌داد فرایند سیاست‌گذاری اهمیت دارد.

تضاد منافع اغلب زیربنای تنش‌ها بین سیاست‌گذاران و ذینفعان دیگر است. شواهد تجربی اندکی برای هدایت تمهیدات مدیریت تضاد منافع وجود دارد، اما گزینه‌های کلیدی که باید مدنظر قرار گیرد، به شرح زیر است :

- فرم‌های افشای منافع مشخص، دقیق و ساختاریافته که حتی‌الامکان اطلاعات زیادی را در مورد ماهیت و میزان منافع رقابتی بیرون می‌کشد

- معیارهای صریح برای تصمیم‌گیری راحت‌تر در مورد اینکه آیا منافع افشاشده موجب تضاد منافع می‌شود یا خیر

- طیف وسیعی از راهبردهای مدیریت برای پرداختن به تضاد منافع افشاشده وجود دارد. این راهبردها افشای علنی اختلافات مربوط به هر جلسه به‌عنوان حداقل پیش‌نیاز تا رفع صلاحیت افراد دارای تضاد منافع به‌عنوان شدیدترین اقدام را بردرمی‌گیرد

- سیاست استنادردی که مستلزم علنی شدن همه‌ی روابط مالیست (مثلا، اینکه در صورت جلسه ثبت شود) می‌تواند تعداد موارد مشکل‌ساز را کاهش دهد

- وجود کمیته‌ی دائمی برای بازبینی همه‌ی بیانیه‌های افشای مالی قبل از شروع جلسات یا دادرسی‌های کمیته، برای ارائه‌ی توصیه‌های مدیریت در صورت لزوم و اطمینان از اینکه سیاست‌های تضاد منافع اجرا شده است

تمهیدات سازمانی باید پاسخگویی به نیازهای اطلاعاتی سیاست‌گذاران را تضمین کند. در عین حال، باید از استقلال در استفاده از روش‌های دسترسی به شواهد تحقیقاتی و ارزیابی و خلاصه‌سازی آنها اطمینان حاصل شود. تمهیدات برای اطمینان از حفظ استقلال به شرح زیر است:

- تمهیدات مالی که ریسک نفوذ نامناسب را برای شواهدی که باید خلاصه شود یا نحوه‌ی خلاصه‌سازی آن، به حداقل می‌رساند

- سازوکارهایی برای مدیریت اختلافات مانند داوران مستقل یا فرایندهای استیناف، خصوصا برای صنعت و سازمان‌های دولتی که بودجه‌ی اقدامات را تامین می‌کنند

- اطمینان از اینکه تصمیم‌گیری از حیث نحوه‌ی دسترسی به شواهد، ارزیابی، خلاصه‌سازی و گزارش علنی آن شفاف است

4. با چه راهبردهایی می‌توان اطمینان یافت که روش‌های شفاف و نظام‌مند برای دسترسی، ارزیابی و استفاده از شواهد تحقیقاتی استفاده می‌شود؟

اکثر سازمان‌های حامی استفاده از شواهد تحقیقاتی در سیاست‌گذاری از بررسی‌های نظام‌مند استفاده می‌کنند. سازمان‌های این چنینی علاوه بر استقلالشان، معمولا بیان می‌کنند که استفاده از روش‌های نظام‌مند و شفاف (گاهی «مبتنی بر شواهد» نامیده می‌شوند) یکی از نقاط قوت کلیدی‌شان است. با این حال، سازمان‌های حامی دولت‌ها در استفاده از شواهد تحقیقاتی در تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت بعید است رهنمودهایی برای توصیف روش‌های مورد استفاده‌شان داشته باشند. همچنین، بعید است آنها بررسی‌های نظام‌مندی در رابطه با سازمان‌هایی که ارزیابی فناوری سلامت یا رهنمودهای روش بالینی را تولید می‌کنند، انجام دهند یا استفاده کنند. علاوه بر این، ماهیت وقت‌گیر استفاده از روش‌های دقیقتر، چالش استفاده از روش‌های نظام‌مند و شفاف است. در نتیجه، بسیاری از سازمان‌ها، خصوصا سازمان‌های ارزیابی فناوری سلامت تلاش کرده‌اند روش‌های سریع‌تری تدوین کنند که «سریع اما به‌اندازه‌ی کافی شفاف هستند».

سیاست‌گذاری سلامت آگاه از شواهد مستلزم این است که روش‌های نظام‌مند و شفافی برای دسترسی به شواهد و ارزیابی آن به‌عنوان درون‌داد پروسه‌ی تصمیم‌گیری استفاده شود. به این ترتیب، استفاده از روش‌های مورد توافق برای تصمیم‌گیری در مورد حمایت سازمانی از سیاست‌گذاری آگاه از شواهد ضروریست. روش‌های این چنینی باید با اسناد به‌راحتی دسترس‌پذیر توصیف شود. همچنین، تمهیدات سازمانی احتمالا به‌طور گسترده‌ای متفاوت است، اما وجه اشتراک زیادی در روش‌های مورد استفاده وجود دارد. همین قضیه در مورد رهنمودهای روش بالینی صدق می‌کند. بنابراین، کتابچه‌های راهنما دسترس‌پذیر که

این روش‌ها را توصیف می‌کنند علاوه بر اینکه استفاده از روش‌های مورد توافق را تضمین می‌کنند، می‌توانند برای سازمان‌های دیگر با منافع مشابه مفید باشند.

دینفعانی که احساس می‌کنند در نتیجه‌ی تصمیم خاصی شکست خورده‌اند، همچنان احتمال دارد روش‌های مورد استفاده را به چالش بکشند، خصوصا اگر صرف نظر از دقت و شفافیت اعمال شده، هنوز ریسک‌های زیادی وجود داشته باشد. با وجود این، استفاده از روش‌های مورد توافق که به شکل به‌سهولت دسترس‌پذیر توصیف می‌شوند پاسخی به چالش‌های این چنینی را تسهیل می‌کنند.

نمونه‌ای از تلاش‌ها برای تضمین استفاده از روش‌های نظام‌مند و شفاف برای ایجاد توصیه‌ها و سیاست‌ها در جدول 3 ارائه شده است.

جدول 3: مثالی از حصول اطمینان از به کارگیری روش‌های نظام‌مند و شفاف در یک سازمان بین‌المللی

سازمان بهداشت جهانی رهنمودهایی برای استفاده از رهنمودها از سال 2003 داشته است. این رهنمودها بر استفاده از بررسی‌های نظام‌مند برای شواهد اثرات، فرایندهایی که امکان استفاده‌ی صریح از انواع دیگر اطلاعات (از جمله مقادیر) را می‌دهد و راهبردهای انتشار و اجرای آگاه از شواهد تاکید دارد. با این حال، تا سال 2007، بررسی‌های نظام‌مند به‌ندرت برای ایجاد توصیه‌ها استفاده می‌شد. در مقابل، فرایندها معمولا به‌شدت به کارشناسان در تخصص خاص متکی بود، نه کارشناسان در حوزه‌های روش‌شناختی خاص یا نمایندگان آنهایی که باید با تبعات آن توصیه‌ها کنار می‌آمدند. برای رسیدگی به این مسائل و اطمینان از به کارگیری روش‌های نظام‌مند و شفاف، سازمان جهانی بهداشت اقداماتی براساس بررسی اقدامات خود و روش‌های مورد استفاده‌ی دیگران اتخاذ کرده است. این اقدامات به شرح زیر است:

- بازبینی و به‌روزرسانی کتابچه راهنمایی که روش‌های مورد استفاده را شرح می‌دهد. این کتابچه براساس تجربه‌ی سازمان جهانی بهداشت و تحولات جدید به‌روزرسانی و اصلاح می‌شود
- ایجاد کمیته‌ای با مأموریت بررسی و تصویب برنامه‌هایی برای ایجاد توصیه‌ها قبل از شروع کار و توصیه‌هایی قبل از انتشارشان
- ایجاد چک‌لیست‌هایی برای ارزیابی توصیه‌ها و برنامه‌ها برای تدوین توصیه‌ها براساس دفترچه راهنما
- ایجاد دبیرخانه و شبکه‌ای برای ارائه‌ی آموزش و پشتیبانی از اجرای روش‌های توصیف‌شده در دفترچه راهنما و
- پایش و ارزیابی تاثیر این تمهیدات برای اطمینان از به کارگیری روش‌های نظام‌مند و شفاف

5. چه راهبردهایی باید برای اطمینان از وجود ظرفیت کافی برای استفاده از این روش‌ها اتخاذ شود؟

کمبود منابع مالی و انسانی رایج‌ترین نقطه‌ضعف سازمان‌های حامی استفاده از شواهد تحقیقاتی در سیاست‌گذاری است. چالش اصلی این است که چطور می‌توان از بودجه‌ی کافی برای حمایت از به کارگیری شواهد تحقیقاتی خصوصا در کشورهای کم درآمد و کشورهای با درآمد متوسط اطمینان یافت. تاحدودی، دلایل این است که این اقدام مانند چوب دو سر طلاست -

معمولا نه حامیان مالی تحقیقات و نه علاقه‌مندان به تقویت سیاست‌گذاری بودجه‌ی آن را تامین نمی‌کنند. شناسایی منابع مناسب تامین بودجه برای ایجاد و حفظ ظرفیت کافی برای حمایت از سیاست‌گذاری سلامت آگاه از شواهد ضروریست.

سه مورد از پیام‌های کلیدی که از بررسی این سازمان‌ها پدیدار شده است به تضمین ظرفیت کافی مربوط می‌شود:

- همکاری رسمی و غیررسمی با سازمان‌های دیگر برای درس گرفتن از تجربه‌شان و اجتناب از تکرار غیرضروری

تلاش‌ها، برای استفاده از ظرفیتشان و برای کمک به ظرفیت‌سازی

- ایجاد ظرفیت کارکنان سازمان از طریق آموزش، استفاده‌ی مطلوب از کارکنان در دسترس (تعدادشان اغلب محدود

است) و اقدامات متمرکز بر حفظ کارکنان ماهر و

- با گام‌های کوچک شروع کنید، دامنه‌ی تلاش‌هایتان را مشخص کنید و برای اطمینان از اینکه منابع در دسترس بر

حوزه‌های مورد نیاز متمرکز است، به سوالات مهم بپردازید.

همانطور که در بالا ذکر شد، استفاده از روش‌های سریع‌تر و دقیق‌تر اما کمتر منبع‌بر (خصوصا روش‌هایی که موجب کاهش

زمان مورد نیاز کارکنان ماهر می‌شود) راهبرد دیگریست که بسیاری از سازمان‌ها شناسایی کردند.

نتیجه‌گیری

روش‌های مختلفی را می‌توان برای ارزیابی ظرفیت سازمان در حمایت از به کارگیری شواهد تحقیقاتی استفاده کرد که می‌تواند

مبنای مفیدی برای بحث و ایجاد توافق در مورد نقاط قوت، نقاط ضعف، اولویت‌ها و راهبردهای ضروری سازمان برای پیشرفت

باشد. کارکنان سازمان اغلب دیدگاه‌های متفاوتی در مورد کیفیت عملکرد سازمان دارند، اما شناسایی این اختلاف‌نظرها و بحث

در موردشان می‌تواند به ایجاد چشم‌انداز و برنامه‌ی اقدام مشترک کمک کند. با اشتراک اطلاعات داخل یا میان بخش‌ها یا

سطوح مختلف سازمان، شفاف‌سازی اقداماتی که بخش‌های مختلف سازمان می‌توانند و باید انجام دهند، رسیدگی به

سوءتفاهم‌ها، رفع مشکلات ارتباطی یا شناسایی اطلاعات لازم برای رفع اختلافات، می‌توان چشم‌انداز مشترک را ایجاد کرد.

شواهد محدودی در مورد اثرات راهبردهای مختلف برای بهبود نحوه‌ی ساماندهی حمایت از سیاست‌گذاری سلامت آگاه از

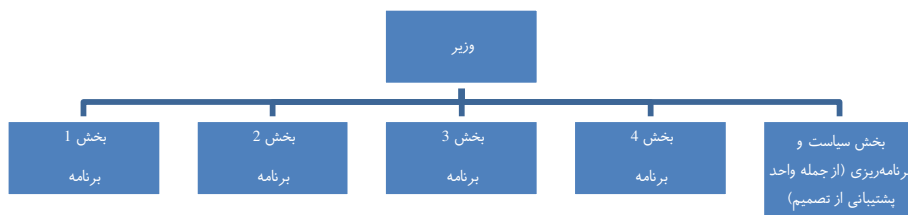
شواهد وجود دارد. تمهیدات سازمانی باید از لحاظ منطقی برای رسیدگی به اهداف و شرایط خاص طراحی شود. با وجود این،

نکات مختلفی را می‌توان از تجربه‌ی سازمان‌ها در سراسر جهان آموخت. تامل در مورد سوالات بحث‌شده در این بخش به سیاست‌گذاران و حامیان‌شان کمک می‌کند تمهیدات سازمانی را در حمایت از به‌کارگیری شواهد تحقیقاتی در اتخاذ تصمیمات سیاستی شواهدمحور بهبود دهند.

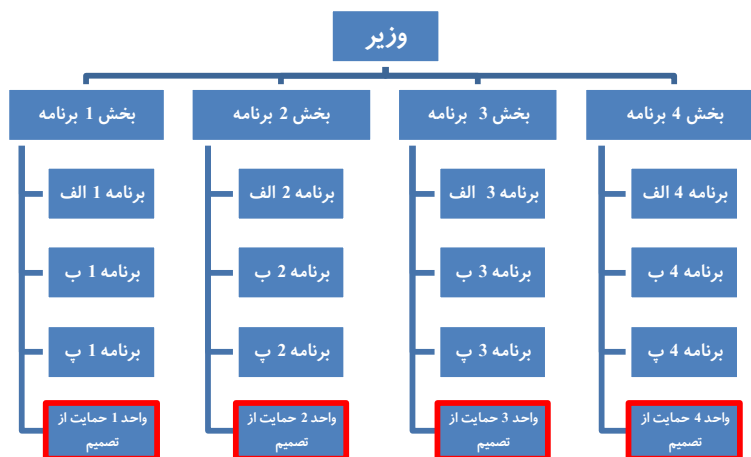
سیاست‌گذاران و ذینفعان منابع محدودی برای ایجاد یا حمایت از ایجاد سیاست‌ها و برنامه‌های آگاه از شواهد دارند. وقت کارکنان از جمله محدودیت‌های منابع است. اما محدودیت‌هایی هم برحسب ظرفیت‌های آنهاست که قادر به حمایت از سیاست‌گذاران هستند، وجود دارد. این بدان معناست که بخش کمی از وقت کارکنان ماهر را می‌توان به یافتن و استفاده از شواهد تحقیقاتی برای شفاف‌سازی مسئله، ایجاد سیاست‌هایی برای رسیدگی به مسئله و نحوه‌ی اجرای آن سیاست (ابزارهای پشتیبان که در بخش‌های 4 تا 6 بحث شده‌اند، بر این مسائل تمرکز دارند) یا تلاش‌های دیگر برای حمایت از سیاست‌گذاری آگاه از شواهد اختصاص داد. بخش اعظم وقت کارکنان ماهر باید به اجرای برنامه‌های فعلی و پاسخدهی به مسائل نوظهور به طرق دیگر اختصاص یابد. محدودیت‌های منابع می‌تواند نیازهای زیرساختی کارکنان (نظیر دسترسی به کتابخانه یا خرید مقاله از مجلات) و رشد حرفه‌ای مستمرشان را هم شامل شود.

سیاست‌گذاران و سایر ذینفعانی که با محدودیت‌های منابع این چنینی کار می‌کنند تصمیم می‌گیرند کارکنان حامی سیاست‌گذاری آگاه از شواهد را گروه‌بندی کنند یا آنها را به ابعاد مختلف برنامه اختصاص دهند. شکل 1 توضیح بصری از رویکرد متمرکز و غیرمتمرکز برای حمایت از سیاست‌گذاری آگاه از شواهد ارائه می‌کند. رویکرد متمرکز می‌تواند ایجاد رویکرد مشترک را برای اولویت‌بندی و رویه‌های متداول تسهیل کند، اما مستلزم ارتباط قوی با کارکنانی است که مسائل و محیط را به‌خوبی می‌شناسند (از طریق استفاده از گروه‌های ناظر برای پایش ارزیابی‌های خاص شواهد تحقیقاتی در دسترس می‌توان به این هدف رسید). رویکرد غیرمتمرکز می‌تواند ایجاد فرهنگ سیاست‌گذاری آگاه از شواهد را در هر برنامه تسهیل کند، اما نیازمند پیوندهای قوی بین کارکنان حامی تصمیم‌گیری است که وظایف مشابهی را در برنامه‌های دیگر ایفا می‌کنند.

شکل 1



حمایت از تصمیم با رویکرد متمرکز



حمایت از تصمیم با رویکرد غیرمتمرکز

سیاست‌گذاران و ذینفعان می‌توانند برخی یا همه‌ی کار را به واحدهای مستقل با کارکنان ماهر و زیرساخت مناسب برون‌سپاری کنند. اما منابع مالی در دسترس گزینه‌های این چینی را محدود می‌کند، مانند رویکرد «داخلی» متمرکز. قراردادهای خارجی مستلزم ارتباطات قوی با سیاست‌گذاران و ذینفعان است که مسائل و بستر را می‌شناسند و سازوکارهای ممکن نظیر گروه‌های ناظر با محدودیت زمانی را استفاده می‌کنند.

خواه حمایت از سیاست‌گذاری آگاه از شواهد داخل سازمان انجام شود یا به واحدهای مستقل برون‌سپاری شود یا خواه حمایت متمرکز یا غیرمتمرکز باشد، برای به حداکثر رساندن تاثیر منابع، همیشه باید آنها را عاقلانه استفاده کرد. ارزیابی جامع شواهد تحقیقاتی را تنها برای تعداد بسیار محدودی از مسائل می‌توان انجام داد. همچنین، لازم به ذکر است که هنگام تصمیم‌گیری

در مورد برنامه یا سیاستی که باید دنبال شود یا راهبرد اجرا که باید عملی شود، محدودیت‌های منابع نیز مطرح می‌شود (این مسائل موضوع بخش های 5 و 6 است). استفاده‌ی عاقلانه از منابع برای یافتن و استفاده از شواهد تحقیقاتی در حمایت از سیاست‌گذاری آگاه از شواهد هدف این بخش است.

در شکل 2، ستون دوم نمونه‌هایی از شیوه‌های نامطلوب را نشان می‌دهد که ممکن است در رویکرد اولویت‌بندی استفاده شود. مثلاً، اگر جداول زمانی برای حمایت از سیاست‌گذاری آگاه از شواهد به صورت مورد به مورد بحث و مذاکره شود، سیاست‌گذاران نمی‌توانند محدودیت‌های زمانی پیش‌رو (مثلاً، نصف روز، پنج روزه یا دوره‌ی دو ماهه) را با حمایتی که دریافت می‌کنند، انطباق دهند (جستجوی هدفمند بررسی نظام‌مند یا ارزیابی جامع شواهد تحقیقاتی در دسترس). وقتی معیارهای ضمنی برای اولویت‌بندی استفاده می‌شود یا پروسه‌ی اولویت‌بندی موقت است، سیاست‌گذارانی که شواهد تحقیقاتی مورد نیازشان را بدست نمی‌آورند به دلیل بی‌توجهی به برنامه‌شان دلسرد می‌شوند یا به‌وسیله‌ی لفاظی‌های سیاست‌گذاری آگاه از شواهد مایوس می‌شوند. بدون برنامه‌ی ارتباطی یا برنامه‌ی پایش و ارزیابی، سیاست‌گذاران نخواهند فهمید چرا شواهد مورد نیازشان را دریافت نمی‌کنند و نخواهند فهمید آیا و چگونه رویکردهای فعلی‌شان را می‌توانند بهبود دهند.

سیاست‌گذاران و ذینفعان مسئول ایجاد رویکرد اولویت‌بندی برای حمایت از سیاست‌گذاری آگاه از شواهد با چالش‌های سختی روبه‌رو هستند.

- آنها باید رویکرد کنشگر برای اولویت‌بندی (مثلاً، در برنامه‌ی راهبردی ملی برای بخش سلامت، مسئله چقدر باید در اولویت قرار گیرد؟) را با رویکرد منفعلی که می‌تواند به مسائل اضطراری روز بپردازد (مثلاً، وقتی مسئله‌ای در صفحه‌ی نخست روزنامه پدیدار می‌شود یا در قوه‌ی مقننه در موردش بحث می‌شود، چقدر باید در اولویت قرار گیرد؟)، تلفیق کنند. رویکرد اولویت‌بندی باید به طرح‌های آینده کمک کند، ضمن آنکه پاسخگوی شرایط فعلی و به‌طور بالقوه دشوار باشد.
- سیاست‌گذاران باید بین بیماری‌گرایی‌شان (مثلاً، چه اولویتی باید به بیماری ایدز یا دیابت داده شود؟)، جهت‌گیری‌شان به برنامه، خدمات و داروها (مثلاً، چه اولویتی باید به برنامه‌ی غربالگری، خدمات مشاوره یا دسته‌ی

جدید داروها داده شود؟) و گرایششان به تمهیدات نظام سلامت (مثلا، تغییرات نظارتی در دامنه‌ی فعالیت پرستاران یا تغییر تمهیدات مالی که نحوه‌ی پرداخت حقوق پزشکان را تعیین می‌کند یا تغییر در تمهیدات تحویل دارو که مشخص می‌کند آیا برخی اشکال مراقبت فقط در مراکز با حجم بالای بیمار ارائه می‌شود یا خیر باید چقدر در اولویت قرار گیرد) تعادل ایجاد کنند. رویکرد اولویت‌بندی باید همزمان چند جهت‌گیری (اغلب تعاملی) داشته باشد.

- آنها باید بین مسائل محرمانگی کوتاه مدت‌تر و تعهدات بلندمدتشان به شفافیت و پاسخگویی عمومی تعادل برقرار کنند. این قضیه خصوصا در مورد سیاست‌گذارانی صدق می‌کند که معمولا به شدت به کارکنان دولت برای ارزیابی مسائل این‌چنینی وابسته‌اند. مقررات جدی محرمانگی اغلب تضمین می‌کند که قبل از اینکه سیاست‌گذاران مسائل را بررسی کنند، کسی در موردشان بحث و گفتگو نکند. با توجه به اینکه سیاست‌گذاران برای تصمیماتی که اتخاذ می‌کنند در قبال عموم پاسخگو هستند (از طریق انتخابات دوره‌ای)، پایبندی به این قوانین مهم است. رویکرد اولویت‌بندی (حداقل رویکرد اولویت‌بندی دولت) باید با ترکیبی از مقررات محرمانگی و شفافیت هماهنگ باشد.
- برخی از شیوه‌های مطلوبی که در رویکرد اولویت‌بندی سیاست‌گذاری آگاه از شواهد استفاده می‌شود از ابزارها و منابع مورد استفاده برای اولویت‌بندی در حوزه‌های دیگر بدست می‌آید. این ابزارها و منابع را می‌توان به سه نوع اصلی تفکیک کرد:
- بسیاری از ابزارها و منابع به نحوه‌ی اولویت‌بندی بیماری‌ها و جراحات می‌پردازند. این ابزارها بر استفاده از داده‌های موجود در مورد شیوع یا بروز بیماری و جراحی تمرکز دارد.
- بیشتر ابزارها و منابع بر نحوه‌ی اولویت‌بندی برنامه‌ها، خدمات و داروها برای بیماری‌ها و جراحات یا بیماری به‌طور کلی تمرکز دارند. بسیاری از این ابزارها و منابع داده‌ها را بر شیوع یا بروز بیماری‌ها و بر شواهد تحقیقاتی در مورد اثربخشی یا مقرون‌به‌صرفگی پیشگیری و درمان متمرکز می‌کنند. تعداد کمی از این ابزارها و منابع با مجموعه‌ی وسیع‌تری از معیارها سروکار دارند یا رویکرد جامع‌تری برای اولویت‌بندی اتخاذ می‌کنند.

• تقریباً هیچ ابزار و منبعی به مقوله‌ی نحوه‌ی اولویت‌بندی تمهیدات نظام سلامت (یا تغییرات در تمهیدات نظام سلامت) که از تامین خدمات، داروها و برنامه‌های مقرون‌به‌صرفه حمایت می‌کند یا نحوه‌ی اولویت‌بندی اقداماتی که به عوامل تعیین‌کننده سلامت می‌پردازد، توجه ندارد.

همچنین، ابزارها و منابعی برای حمایت از اولویت‌بندی تحقیقات اولیه و بررسی‌های نظام‌مند در بخش تحقیقات و توصیه‌ها برای بخش سلامت (مثلاً، رهنمودهای شیوه‌ی بالینی) در دسترس هستند.

اجزای ابزارها و منابعی که در بالا بحث شد را می‌توان برای تعریف رویکرد اولویت‌بندی مسائلی که موضوع سیاست‌گذاری آگاه از شواهد است، استفاده کرد. مثلاً، داده‌های بار بیماری را می‌توان برای ارزیابی تاثیر بیماری خاص بر بار کلی ناخوشی استفاده کرد. شواهد پژوهشی در مورد اثربخشی برنامه‌ها، خدمات و نیازهای دارویی می‌تواند به ارزیابی روش درمان ناخوشی کمک کند. به همین ترتیب، رویکردهای اولویت‌بندی تحقیقات اساسی (که افق زمانی 5 تا 25 سال را اتخاذ می‌کند)، تحقیقات اولیه‌ی کاربردی (که افق زمانی 2 تا 5 سال را استفاده می‌کند) و رویکردها برای بررسی‌های نظام‌مند (که افق زمانی 6 تا 18 ماه را استفاده می‌کند) می‌تواند بینشی در مورد اولویت‌بندی خلاصه‌های سیاستی که در افق زمانی 1 تا 6 ماهه تولید می‌شود، فراهم کند. (بخش 13 به آماده‌سازی و استفاده از خلاصه‌های سیاستی با جزئیات بیشتر می‌پردازد). رویکردهای اولویت‌بندی توصیه‌ها می‌تواند اولویت‌ها را برای یافتن و استفاده از شواهد پژوهشی در حمایت از سیاست‌گذاری آگاه از شواهد مشخص کند. با این حال، بررسی اخیر اولویت‌بندی توصیه‌ها نتیجه گرفت که «شواهد تجربی اندکی برای انتخاب معیارها و فرایندهای اولویت‌بندی وجود دارد».

سوالاتی که باید در نظر گرفت

سوالات زیر می‌تواند به اولویت‌بندی یافتن شواهد پژوهشی و استفاده از آن برای حمایت از سیاست‌گذاری آگاه از شواهد کمک کند:

1. آیا رویکرد اولویت‌بندی جداول زمانی ایجاد شده برای حل مسائل در اولویت به طرق مختلف را شفاف‌سازی می‌کند؟

2. آیا رویکرد اولویت‌بندی معیارهای صریحی را برای تعیین اولویت‌ها استفاده می‌کند؟

3. آیا رویکرد اولویت‌بندی پروسه‌ی صریحی را برای تعیین اولویت‌ها استفاده می‌کند؟

4. آیا رویکرد اولویت‌بندی راهبرد ارتباطی و برنامه‌ی پایش و ارزیابی را اتخاذ می‌کند؟

1. آیا رویکرد اولویت‌بندی جدول زمانی واضحی برای رسیدگی به مسائل در اولویت به طرق مختلف دارد؟

فرایندهای سیاست‌گذاری ممکن است چند روز، چند هفته یا چند سال زمان ببرد. فرایندهای اولویت‌بندی نظام‌مند و صریح معمولاً برای جداول زمانی بسیار کوتاه مناسب نیستند (یعنی، چند ساعت و چند روز)، زیرا فرایند اولویت‌بندی می‌تواند بیش از زمانی که باید تصمیم‌گیری شود، طول بکشد. با این حال، معیارهای صریح همچنان به تصمیم‌گیری در مورد اینکه کدام مسائل مستلزم رویکرد همکاری گروهی برای یافتن و استفاده از شواهد پژوهشی است، کمک می‌کند (مثلاً، برای زمانی که وزیر می‌گوید «اکنون به آن نیاز داریم!»). از سوی دیگر، معیارهای صریح به شناسایی مسائلی که باید در بازه‌ی زمانی طولانی‌تر رسیدگی شوند یا باید کاملاً کنار گذاشته شوند و تعیین اینکه کدام مسائل به بازه‌ی زمانی کمتری نیاز دارند، کمک می‌کند. برای فرایندهای سیاست‌گذاری که چند هفته یا چند ماه طول می‌کشند، معیارهای صریح اولویت‌بندی و فرایندهای صریح اولویت‌بندی می‌تواند ارزشمند باشد. این قضیه خصوصاً زمانی صدق می‌کند که سیاست‌گذاران و ذینفعان مایلند ارزیابی مستقلی بر روی شواهد پژوهشی انجام دهند (نظیر خلاصه‌ی سیاستی) (برای بحث بیشتر در مورد آماده‌سازی و استفاده از خلاصه‌های سیاستی برای حمایت از سیاست‌گذاری آگاه از شواهد به بخش 13 رجوع شود) یا مایلند از طریق گفتگو در مورد سیاست اطلاعات مبتنی بر شواهد از ذینفعان دریافت کنند (بخش 14 توضیح می‌دهد چگونه گفتگوهای سیاستی را برای حمایت از سیاست‌گذاری آگاه از شواهد ساماندهی و استفاده کنیم). فرایند اولویت‌بندی این چینی باید پویا باشد. اگر قرار باشد توازن هدفمندی بین رویکردهای کنشگر و منفعل ایجاد شود، فرایند اولویت‌بندی باید هر چند هفته یا چند ماه یک بار اصلاح شود.

برای مسائل سیاستی همیشگی و فرایندهای سیاست‌گذاری که چند ماه یا حتی چند سال طول می‌کشند، سیاست‌گذاران و ذینفعان دیگر باید رویکرد راهبردی‌تری را برای اولویت‌بندی اتخاذ کنند. این اقدام مستلزم این است که محققان بررسی

نظام‌مندی بر روی سیاست یا برنامه‌ی خاص انجام دهند یا تاثیر سیاست یا برنامه را ارزیابی کنند (این موضوع هدف بخش 18 است).

رویکرد اولویت‌بندی در حالت ایده‌آل جداول زمانی ایجاد شده برای رسیدگی به مسائل در اولویت به طرق مختلف را شفاف‌سازی می‌کند. سیاست‌گذاران و ذینفعان می‌توانند محدودیت زمانی که تحت آن کار می‌کنند (نیم روزه، پنج روزه یا دو ماهه) را با نوع حمایتی که دریافت می‌کنند، تطبیق دهند، نظیر:

- جستجوی بررسی‌های نظام‌مندی که به مسئله‌ای خاص می‌پردازند
- خلاصه‌ی پیام‌های کلیدی که از بررسی‌های نظام‌مند کیفیت‌سنجی شده بدست می‌آید و به بسیاری از جوانب یک مسئله‌ی خاص می‌پردازد یا
- ارزیابی جامع شواهد پژوهشی موجود که مسئله را شفاف‌سازی می‌کند، گزینه‌ها برای رسیدگی به آن را چارچوب‌بندی می‌کند و نحوه‌ی اجرای گزینه را بررسی می‌کند (یعنی، خلاصه‌ی سیاستی که در بخش 13 توصیف شده است)

ستون آخر شکل 2 شیوه‌های مطلوبی را نشان می‌دهد که می‌توان در رویکرد اولویت‌بندی استفاده کرد. شیوه‌های مطلوب شامل استفاده از هنجارها در مورد انواع مختلف پشتیبانی می‌شود. شیوه‌های دیگری که در این شکل مطرح شده است موضوع سوالات 2 تا 4 زیر است. جدول 2 مثالی از جداول زمانی را برای انواع مختلف حمایت و همچنین کاربرد بینش‌های بدست آمده از سوالات 2 تا 4 را برای رویکرد اولویت‌بندی وزارت بهداشت ارائه می‌کند.

شکل 2

عناصر رویکرد اولویت‌بندی	ویژگی‌های نامطلوب	ویژگی‌های مطلوب
جدول زمانی	مورد به مورد مذاکره‌شده	هنجارها برای هر سطح از حمایت
معیارها	ضمنی	صریح
فرایند	موقتی	نظام‌مند و صریح
ارتباطات/پایش و ارزیابی	غایب	برنامه‌ریزی شده

جدول 2: مثالی از رویکرد اولویت‌بندی

واحد پشتیبانی از تصمیم در وزارت بهداشت طیف وسیعی از حمایت‌ها را برای سایر کارکنان وزارت فراهم می‌کند:

1. جستجوی بررسی‌های نظام‌مندی که به مسئله‌ای خاص رسیدگی می‌کند (جدول زمانی: 1 روزه؛ تعداد بررسی‌هایی که می‌توان در هر سه ماه فراهم کرد: 24)

2. خلاصه‌ای از پیام‌های کلیدی که از بررسی‌های نظام‌مند کیفیت‌سنجی شده بدست می‌آید و به بسیاری از جنبه‌های یک مسئله می‌پردازد (جدول زمانی: 1 هفته‌ای؛ تعداد پیام‌های کلیدی که می‌توان در هر سه ماه فراهم کرد: 12) و

3. ارزیابی جامع شواهد پژوهشی در دسترس برای شفاف‌سازی مسئله، تدوین گزینه‌ها برای پرداختن به مسئله و پرداختن به نحوه‌ی اجرای یک گزینه (جدول زمانی: 1 ماهه؛ تعداد گزینه‌هایی که می‌توان در هر سه ماه فراهم کرد: 3)

واحد فهرستی از درخواست‌ها تهیه می‌کند که در آن امتیازی بین 0 تا 56 به هر درخواست اختصاص داده می‌شود. هنگام دریافت درخواست‌ها، دو نفر از کارکنان واحد با اعطای امتیاز بین 1 تا 7 (که در آن 1 نشان دهنده‌ی «به شدت مخالف» تا 7 «به شدت موافق» است) به هر کدام از سه معیار، درخواست را بررسی می‌کنند:

- اگر به‌درستی به مشکلات زیربنایی رسیدگی شود، می‌تواند موجب بهبود وضعیت سلامتی، بهبود عدالت در خدمات درمانی یا سایر اثرات مثبت در زمان حال یا در آینده شود.
- اگر گزینه‌های مناسب به‌درستی اجرا شود، می‌تواند بر مسائل زیربنایی تاثیر گذارد و موجب بهبود وضعیت سلامتی، بهبود عدالت در دریافت خدمات درمانی یا سایر اثرات مثبت شود یا می‌تواند موجب کاهش صدمات، صرفه‌جویی در هزینه یا افزایش ارزش پولی (مطلوبیت حاصل از خرج پول) شود
- رویدادهای سیاسی می‌تواند فرصتی برای تغییرات ایجاد کند یا ممکن است در حال حاضر فرصتی ایجاد کرده باشد

نمرات فردی به معیار سوم دو برابر می‌شود، زیرا دو برابر مهمتر از دو معیار اول است (راهی برای اطمینان از اینکه توجه کافی به اولویت‌های وزیر می‌شود). حداکثر 14 امتیاز می‌توان به معیار 1، 14 امتیاز به معیار 2 و 28 امتیاز به معیار 3 داد. یکی از دو نفر از کارکنان واحد به ماهیت حمایت درخواست‌شده توجه خواهد کرد (نوع پشتیبانی 1، 2 یا 3 در بالا). شرح درخواست و توجیه ارائه‌شده از سوی سایر کارکنان وزیر مبنای این ارزیابی‌هاست (بعد از تایید مدیر بخش مربوطه). درخواست باید با استفاده از داده‌ها و شواهد در دسترس (وقتی در دسترس قرار گرفت) و بحث در مورد کاربرد معیارهای صریح، به هر کدام از سه معیار برای مسائلی که باید اولویت‌بندی شود، بپردازد.

ابتدای هر هفته، مدیر واحد، همراه با همه‌ی مدیران بخش، فهرست رتبه‌بندی‌شده‌ی اولویت‌ها را برای پشتیبانی نوع 1، 2 و 3 بررسی می‌کند. آنها جمعا تایید می‌کنند که به دو درخواست برتر برای پشتیبانی نوع 1 در آن هفته و همینطور به درخواست برتر برای پشتیبانی نوع 2 رسیدگی خواهد شد. آنها همچنین تایید می‌کنند که درخواست برتر برای پشتیبانی نوع 3 در حال پردازش است و به محض اتمام ارزیابی، تمهیداتی برای شروع ارزیابی جدید برای درخواست رده دوم نوع 3 شروع می‌شود. مدیر واحد (که در زمینه‌ی تحقیقات سیاست سلامت آموزش دیده است) جلسه را برگزار می‌کند، هرگونه توجیه منطقی را برای تغییر رتبه‌بندی را جمع‌آوری می‌کند و اطمینان حاصل می‌کند که هرگونه درخواست برای ارزیابی جامع از حیث شفاف‌سازی موقت مسئله، تدوین گزینه‌ها و دلایل اجرای گزینه را سنجیده است. سپس، مدیر واحد تصمیمات و رتبه‌بندی‌ها را در اینترنت وزارتخانه پست می‌کند و از کارکنان وزارتخانه که به درخواستشان طی یک ماه از تحویل درخواست رسیدگی نشده است می‌خواهد درخواست به‌روزی ارائه دهند.

ماهی یک بار، مدیر واحد داده‌های پایش واحد را با مدیران بخش مرور می‌کند. داده‌های پایش شامل تعداد درخواست‌های ارائه‌شده‌ی کارکنان وزارتخانه و راه‌حلشان است. سالی یک بار، واحد مقیاس بازده‌های خود را دوباره ارزیابی می‌کند تا ببیند آیا می‌تواند حمایت بیشتری طی بازه‌ی زمانی کوتاه‌تر فراهم کند. هر سه سال یک بار، واحد دستور ارزیابی اثرات سیاست را بر پروسه‌ی سیاست‌گذاری صادر می‌کند.

2. آیا این فرایند معیارهای صریحی را برای تعیین اولویت‌ها استفاده می‌کند؟

معیارهای صریح می‌تواند راهنمای مشارکت‌کنندگان در پروسه‌ی اولویت‌بندی باشد. همچنین، اگر محدودیت‌های محرمانگی امکان دهد، معیارهای صریح کمک می‌کند دلایل منطقی اولویت‌بندی انجام‌شده به سایر ذینفعان و سیاست‌گذاران ابلاغ شود. سه معیار احتمالی برای اولویت‌بندی مسئله‌ی مشخص عبارت است از:

- اگر به‌درستی به مسائل زیربنایی رسیدگی شود، می‌تواند موجب مزایای سلامتی، بهبود عدالت در ارائه‌ی خدمات درمانی یا سایر اثرات مثبت، چه در حال حاضر چه در آینده شود
- اگر گزینه‌های مناسب به‌درستی اجرا شود، می‌تواند بر مسائل زیربنایی تاثیر گذارد و موجب مزایای سلامتی، بهبود عدالت در ارائه‌ی خدمات درمانی یا سایر اثرات مثبت شود یا می‌تواند موجب کاهش صدمات، صرفه‌جویی در هزینه یا افزایش ارزش پولی (مطلوبیت حاصل از صرف هزینه) شود و
- رویدادهای سیاسی می‌تواند (یا رویدادهای سیاسی ممکن است از قبل) فرصت‌های تغییر ایجاد کند. مثلا، در سال 1993، رئیس‌جمهور تایوان لایحه‌ی بیمه‌ی ملی سلامت را به مجلس تحویل داد تا از ایجاد چالش توسط حزب مخالف جلوگیری کند. چالش حل‌نشده فرصت چشمگیری برای ایجاد تغییر و یافتن شواهد پژوهشی برای حمایت از سیاست‌گذاری در مورد بیمه‌ی ملی سلامت ایجاد کرد.

استفاده از این اولویت‌ها نیازمند داده‌ها و شواهد پژوهشی به‌سهولت در دسترس و همچنین قضاوت جمعی (براساس این ملاحظات و ملاحظات دیگر) در مورد این است که آیا مسئله‌ای باید اولویت‌بندی شود یا خیر. ارزیابی جامع تنها برای طیف محدودی از مسائلی که اولویت بالاتری دارند، لازم خواهد بود.

معیار اولی که در بالا ذکر شد تا حدودی به دغدغه‌هایی نظیر بار بیماری و شدت احتمالی بیماری‌های جدید یا نوظهور مربوط می‌شود. همچنین، معیار اول به قضاوت‌ها در مورد میزان احتمال رسیدگی به مسائل احتمالی مربوط می‌شود. دامنه‌ی مسائل زیربنایی متفاوت است. دامنه‌ی تمرکز مسائل شامل توجه محدود به ویژگی‌های خاص بیماری‌ها و جراحات خاص، توجه به برنامه‌ها، خدمات و داروهای مورد استفاده برای پیشگیری یا درمان این بیماری‌ها و جراحات و یا تمهیدات نظام سلامت

می‌شود که حامی ارائه‌ی خدمات، برنامه‌ها یا داروهاست. با توجه به اینکه داده‌ها و شواهد پژوهشی در مورد مسائل زیربنایی به راحتی در دسترس نیست یا ممکن است کلاً هیچ شواهدی وجود نداشته باشد، ملاحظات دیگری باید معرفی شود. (بخش 4 مروری بر فرایندهای دخیل در استفاده از شواهد پژوهشی برای شفاف‌سازی مسائل ارائه می‌کند).

معیار دوم مستلزم این است که در مورد میزان احتمال اینکه گزینه‌ها هزینه‌های مقبول و نتایج مطلوب داشته باشند، تصمیم‌گیری شود (یعنی، چقدر محتمل است که گزینه‌ها مناسب و عملی محسوب شود). برای تدوین گزینه‌های مناسب برای رسیدگی به مسئله‌ای خاص (هدف بخش 5)، بررسی نظام‌مند مطالعات برای ارزیابی مزایا و مضرات آن گزینه‌ها و همچنین بررسی داده‌ها و شواهد پژوهشی در مورد هزینه‌ها و مقرون‌به‌صرفگی گزینه‌ها لازم است. رشد پایگاه داده‌های حاوی بررسی‌های نظام‌مند و دسترس‌پذیری روبه‌رشد خلاصه‌ی بررسی‌های نظام‌مندی که طرفدار سیاست‌گذار است و می‌توان از این پایگاه داده‌ها به آنها لینک داد (که موضوع بخش 7 است) دو تحول اخیر است. این تحولات ارزیابی‌های مقدماتی این چنینی را به شدت امکان‌پذیر کرده است. با این حال، وقتی شواهد تحقیقاتی در مورد اثربخشی گزینه‌ها راحت در دسترس نیست، ملاحظات دیگری باید مطرح شود.

معیار سوم مستلزم قضاوت در مورد وجود داشتن یا نداشتن فرصت اقدام است. همانطور که در بخش 4 بیشتر بررسی می‌کنیم، فرصت‌های این چنینی می‌تواند به دلیل توجهی که به مسئله در زمان خاصی داده شده است، پدیدار شود. مثلاً، پوشش رسانه‌ای چشمگیر به موارد مستندی از خلاءهای چشمگیر در کیفیت و دسترسی به خدمات درمانی سرطان اختصاص یافته است. با این حال، این فرصت‌ها می‌تواند به همان اندازه سریع از بین برود، زیرا توجه رسانه‌ها اغلب سریع تغییر می‌کند. رویدادهای سیاسی نظیر ایجاد ائتلاف ذینفعانی که تصمیم گرفته‌اند برای رسیدگی به مسئله‌ی خاصی وارد عمل شوند یا وقتی سیاست‌مداری با علاقه‌ی شخصی به مسئله وزیر بهداشت می‌شود، می‌تواند زمینه‌ساز فرصت باشند. برخی از رویدادهای مربوط به مسائل یا سیاست نظیر انتشار گزارش‌های دوره‌ای از سوی سازمان‌های ملی آمار، ایجاد برنامه‌ی راهبردی بخش سلامت ملی و تعیین بودجه‌ی سالانه و همچنین انتخابات را می‌توان پیش‌بینی کرد. اما اغلب، ماهیت خاص فرصت را نمی‌توان پیش‌بینی کرد.

3. آیا پروسه‌ی سیاست‌گذاری فرایند صریحی را برای تعیین اولویت‌ها استفاده می‌کند؟

افراد، نه معیارهای صریح، تصمیم‌گیرنده هستند. پروسه‌ی نظام‌مند و صریح می‌تواند به آنها در تصمیم‌گیری توجیه‌پذیر کمک کند. چهار ویژگی مطلوب پروسه‌ی اولویت‌بندی شامل موارد زیر است:

- خلاصه‌ی از قبل ایجادشده از داده‌ها و شواهد در دسترس و بحث در مورد استفاده از معیارهای صریح برای مسائلی که باید اولویت‌بندی شود به پروسه‌ی اولویت‌بندی کمک می‌کند.
 - پروسه‌ی اولویت‌بندی از بازنمایی عادلانه‌ی افراد دخیل یا تحت تاثیر تصمیمات آتی در مورد مسائلی که باید اولویت‌بندی شود، اطمینان حاصل می‌کند
 - تسهیل‌کننده‌ای مشارکت می‌کند و سوالات خوش‌ساختی را برای اطلاع از دیدگاه‌ها در مورد اولویت‌بندی مسائل و همچنین دلیل منطقی اولویت‌بندی‌شان استفاده می‌کند و
 - تیم باتجربه‌ای از سیاست‌گذاران و محققان مشارکت می‌کنند تا مسائل در اولویت را به مسائل به‌وضوح تعریف‌شده و گزینه‌های مناسبی که موضوع ارزیابی‌های دقیق‌تر خواهد بود، تبدیل کنند
- آماده‌سازی خلاصه‌ی پیش‌تولیدشده از داده‌ها و شواهد موجود در مورد مسائل در اولویت روش بسیار کارآمدی برای آماده‌سازی شرکت‌کننده‌ها برای پروسه‌ی اولویت‌بندیست. توصیف خلاء در داده‌ها و شواهد پژوهشی به‌اندازه‌ی توصیف داده‌های موجود مهم است. خلاصه‌های این چنینی می‌تواند موجب اتفاق نظر برای بحث و گفتگوها شود.
- پروسه‌ی اولویت‌بندی به‌طور ایده‌آل بسیاری از طرف‌های مشارکت‌کننده در تصمیم‌گیری یا افراد متأثر از تصمیمات آتی در مورد مسائلی که باید اولویت‌بندی شوند را کنار هم قرار می‌دهد. انجام این کار مستلزم ترسیم دقیق طیف کاملی از ذینفعان و سپس انتخاب افراد مناسب از گروه‌های مختلف ذینفع است. مقررات محرمانگی می‌تواند در این پروسه چالش‌برانگیز باشد، خصوصا اگر مانع مشارکت افرادی شود که تحت تاثیر تصمیمات آتی در مورد مسائل مربوطه قرار می‌گیرند. کارکنان دولت و خصوصا سیاست‌مداران باید از جانب آنها در پروسه‌ی اولویت‌بندی شرکت کنند.

تسهیل‌کننده‌ی ماهر، آگاه و بی‌طرف برای اطمینان از عملکرد خوب پروسه‌ی اولویت‌بندی لازم است. در بخش 14، دلیل منطقی برای این ترکیب ویژگی‌ها را شرح می‌دهیم. برای پروسه‌ی اولویت‌بندی که کاملاً داخل دولت انجام می‌شود، بهتر است تسهیل‌کننده از واحد پشتیبانی از تصمیم، نه از بخش‌های مسئول حوزه‌های سیاست خاص (یعنی، سیاست منابع انسانی) یا برنامه‌های خاص (مثلاً، مراقبت از دیابت) انتخاب شود.

تیمی از سیاست‌گذاران و محققان مجرب لازم است تا مسائل در اولویت را به‌خوبی تعریف کند و همچنین گزینه‌های مناسبی را که موضوع ارزیابی‌های دقیقتر است، مشخص کند. این تیم در حالت ایده‌آل جداول زمانی واضحی برای هر مسئله‌ای که باید حل و فصل شود، ایجاد می‌کند. همچنین، این تیم رهنمودی در مورد مسائلی که باید داخل سازمان خطاب قرار گیرد و مسائلی که باید برون‌سپاری شود، ارائه می‌کند. اگر مسائل خاصی محرمانه محسوب شود، می‌توان داخل سازمان به آن مسائل رسیدگی کرد یا با درج بندهای محرمانگی مشخص در قراردادهای کاری، می‌توان رسیدگی به آن مسائل را برون‌سپاری کرد. این فرایند ممکن است پیچیده به نظر برسد، اما همانطور که در جدول 2 توصیف شد، می‌توان آن را به‌صورت کاملاً عملی در محیطی معین اجرا کرد.

4. آیا پروسه‌ی اولویت‌بندی راهبرد ارتباطی و طرح پایش و ارزیابی را استفاده می‌کند؟

راهبرد ارتباطی لازم است، چون اطمینان می‌دهد که سیاست‌گذاران و ذینفعان از مسائل در اولویت مطلع هستند و می‌توانند درون‌دادهایی برای شفاف‌سازی بیشتر مسائل، تدوین گزینه‌ها و رسیدگی به نحوه‌ی اجرای گزینه‌ها آماده کنند. در حالت ایده‌آل، طیف وسیعی از مطالبی که برای ذینفعان مختلف تنظیم شده است به‌عنوان بخشی از راهبرد ارتباطی تولید خواهد شد. با این حال، در برخی موقعیت‌ها یا برای برخی مسائل، مقررات محرمانگی امکان ارتباط با برخی ذینفعان را نمی‌دهد. حتی بهترین راهبرد ارتباطی برای همه کاربرد ندارد و ممکن است تعهد مطلوب را برای رسیدگی به مسائل در اولویت ایجاد نکند. طرح پایش می‌تواند با شناسایی مسائل در اولویتی که در چارچوب زمانی تعیین شده خطاب قرار نگرفته است، به رسیدگی به این مسائل کمک کند. با استفاده از طرح ارزیابی همراه می‌توان مسائل خاص نظیر تاثیر پروسه‌ی اولویت‌بندی بر پروسه‌ی سیاست‌گذاری و چگونگی و دلیل پاسخگویی ذینفعان به اولویت‌های شناسایی‌شده را نظام‌مندتر ارزیابی کرد.

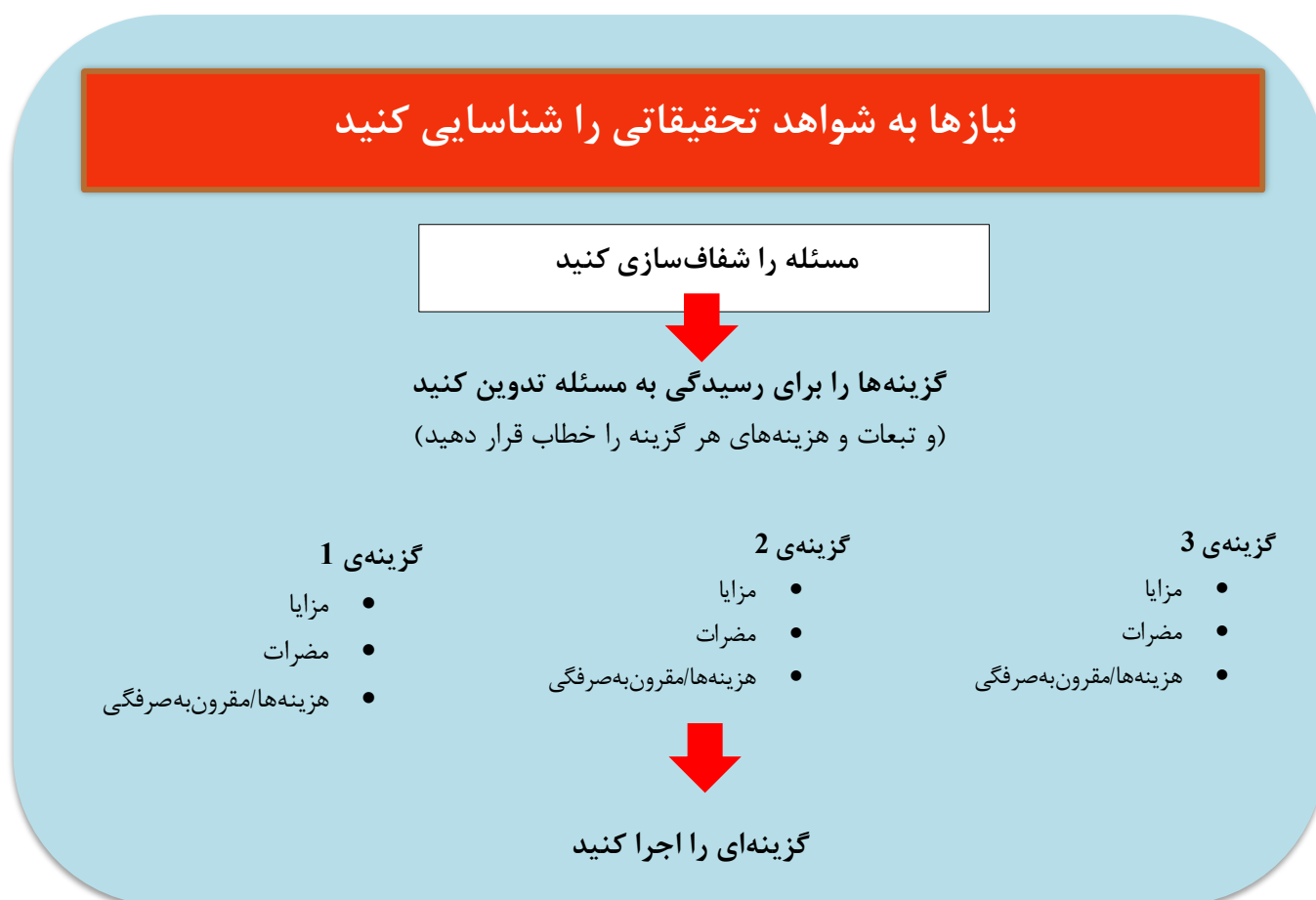
اولویت بندی یافتن و استفاده از شواهد تحقیقاتی برای حمایت از سیاست گذاری آگاه از شواهد را می توان خیلی راحت کاملاً حذف کرد یا به طور سرسری یا به طور پیش پا افتاده انجام داد. همچنین، رویکرد انتخاب شده برای اولویت بندی ممکن است اصلاً یا به طور کامل اجرا نشود. با توجه به اینکه فرصت در بازه‌ی زمانی خاص پدیدار می شود و از بین می رود، ممکن است امکان تکرار دوره‌ای رویکردی خاص وجود نداشته باشد. ناکامی در اولویت بندی به این معناست که فرصت‌های چشمگیر برای حمایت از سیاست گذاری آگاه از شواهد از دست رفته است و اینکه فرهنگ سیاست گذاری آگاه از شواهد تضعیف شده است. بنابراین، باید توجه داشت آیا جداول زمانی برای رسیدگی به مسائل در اولویت به طرق مختلف واقع بینانه و عملیست. همچنین، باید بررسی کرد آیا معیارها و فرایند انتخاب شده برای تعیین اولویت‌ها واقع بینانه است و استفاده شده است یا خیر و آیا راهبرد ارتباطی و برنامه‌ی پایش و ارزیابی تدوین و اجرا شده است یا خیر. حتی در محیط‌های با منابع به شدت محدود، با تمرکز بر مسائل این چنینی می توان مطمئن شد منابع موجودی که به حمایت از سیاست گذاری آگاه از شواهد اختصاص یافته بیشترین تاثیر را دارد.

بخش چهارم : استفاده از شواهد تحقیقاتی برای شفاف‌سازی مسئله

پیش‌زمینه

این بخش سوالاتی را مطرح می‌کند که سیاست‌گذاران (سناریوی 1) از کارکنانشان می‌خواهند هنگام آماده‌سازی یادداشت مختصر در مورد مسئله‌ای خاص این سوالات را مدنظر قرار دهند. این بخش سوالاتی را برای حامیان سیاست‌گذاران (سناریوی 2 و 3) مطرح می‌کند تا آنها با استفاده از این سوالات و براساس بهترین شواهد محلی و جهانی در دسترس مسائل را شفاف‌سازی کنند. این بخش مورد اول از سه بخش در مورد شفاف‌سازی نیازها به شواهد است (به بخش 5 و 6 رجوع شود). شکل 1 فرایندهای دخیل در شفاف‌سازی این نیازها را ترسیم می‌کند.

شکل 1



سیاست‌گذاران و حامیان‌شان اغلب در شرایطی قرار می‌گیرند که باید در مورد نحوه‌ی تعریف مسئله به بهترین وجه تصمیم بگیرند. آنها ممکن است:

- مسئله را از طریق پروسه‌ی اولویت‌بندی صریح شناسایی کرده باشند (موضوع بخش 3)
- در گزارش سازمان ملی آمار یا از محقق مستقل در مورد مسئله خوانده یا شنیده باشند
- مقامات قوه‌ی مقننه یا یکی از اعضای حوزه‌ی انتخاباتی‌شان سوال سختی در مورد مسئله از آنها پرسیده باشد
- مسئله‌ای را در صفحه‌ی نخست روزنامه‌ی یومیه مشاهده کرده باشند
- مسئله‌ای را از طریق تجربه‌ی شخصی‌شان از نظام سلامت شناسایی کرده باشند

برخی از شرایط این چنینی مستلزم ارزیابی کنشگر مسئله یا مشکل یا چالش پیش‌آمده هستند. اما معمولاً این شرایط سیاست‌گذاران را در حالت واکنشی قرار می‌دهند.

یکی از موارد زیر می‌تواند بر انگیزه‌ی سیاست‌گذاران برای شفاف‌سازی مسئله تاثیر گذارد:

- آیا توجه جدی به مسئله‌ای خاص که دیگران بر اهمیتش تاکید دارند، نشان می‌دهند
- چه عواملی موجب بروز مسئله می‌شود
- چطور بزرگی و اهمیت مسئله را اندازه‌گیری کنند (آیا بهتر یا بدتر می‌شود و آیا به سیاست‌ها یا برنامه‌های خاص پاسخ می‌دهد)
- چطور دیگران را متقاعد کنند اهمیت مسئله را بپذیرند (یا آنها را متقاعد کنند روش مطلوب برای رسیدگی به مسئله با توجه به نحوه‌ی رسیدگی به مسئله‌ی خاص، روش بهینه است) یا
- چطور به سوءبرداشت‌ها رسیدگی کنند یا انتظارات افرادی (به اشتباه، از دید سیاست‌گذاران) که مسئله را مهم می‌بینند، مدیریت کنند

بحث‌ها و کشمکش‌ها در مورد نحوه‌ی تعریف مسئله‌ای خاص بخش بسیار مهم پروسه‌ی سیاست‌گذاری است. نتیجه‌ی این

بحث‌ها و کشمکش‌ها بر تصمیم سیاست‌گذاران به رسیدگی به مسئله و تاحدودی نحوه‌ی رسیدگی به آن تاثیر خواهد گذاشت.

مسائل از طریق موارد زیر آشکار می‌شود:

- رویداد جلب‌توجه‌کننده
- تغییر در شاخص یا
- بازخوردی از اجرای سیاست یا برنامه‌ی فعلی

رویدادهای جلب‌توجه‌کننده در بخش سلامت بسیار معمول هستند، زیرا تصمیم‌گیری ضعیف می‌تواند موجب رویدادهای شدید و اغلب مهمی نظیر بیماری و مرگ شوند. پوشش خبری گسترده‌ی تهیه‌ی داروهای تجویزی تقلبی و مرگ و میر ناشی از مصرف آنها طی چند روز متوالی نمونه‌ای از رویداد جلب‌توجه‌کننده است. تغییر شاخص اهمیت کمتری دارد، اما می‌تواند مسئله‌ای را مورد توجه قرار دهد، خصوصاً اگر تغییر بزرگ است یا توجه چشمگیری در گزارش یا بیانیه‌ی مطبوعاتی دریافت کرده باشد. مثلاً، سازمان ملی آمار ممکن است گزارشی منتشر کند که نشان می‌دهد دستمزد پرستاران در سراسر کشور بسیار ناهمگون است و موجب کمبود پرستاران در استان‌های خاص شده است. یا ممکن است مسئله‌ای از طریق بازخوردهای حاصل از اجرای سیاست یا برنامه‌ی فعلی پدیدار شود. مثلاً، بازخورد غیررسمی مدیر برنامه‌ای که مسئول طرح استانی کاهش زمان انتظار است، بر این واقعیت تأکید دارد که برنامه به دلیل محدودیت‌های منابع نمی‌تواند به هدفش برای کاهش زمان انتظار دست یابد.

با این حال، همه‌ی مسائلی که مورد توجه قرار می‌گیرند ارزش اقدام از سوی دولت ندارند. با اقدامات زیر می‌توان مسئله را ضامن اقدام دولت برشمرد:

- مقایسه‌ی شرایط فعلی با ارزش شرایط «ایده‌آل‌تر»
 - مقایسه‌ی عملکرد با سایر کشورها و
 - توصیف سوژه به شیوه‌ای متفاوت (مثلاً، توصیف مسئله به عنوان مانعی برای رسیدن به اولویت ملی)
- سیاست‌مداران از احزاب سیاسی مختلف ارزش‌ها و تفاسیر متفاوتی را در مورد شرایط «ایده‌آل‌تر» ارائه خواهند کرد. وزیر بهداشت ممکن است عملکرد نظام سلامت کشور خودش را نسبت به عملکرد نظام سلامت کشور همسایه مطلوب برشمرد.

اما وقتی وزیر بهداشت عملکرد نظام سلامت کشورش را با عملکرد بسیار مطلوب نظام سلامت سایر کشورها مقایسه می‌کند، ممکن است نظام سلامت کشورش را چندان مطلوب نبیند. به همین ترتیب، اگر مسئله این باشد که بیمار در گزینش ارائه‌دهندگان خدمات درمانی اش حق انتخاب ندارد، کابینه می‌تواند تصمیم بگیرد وارد عمل شود (با توجه به اینکه این امر می‌تواند به‌طور بالقوه‌ای منبع ناامیدی برای رای‌دهندگان باشد). اما اگر مسئله این باشد که پزشکان علاقه‌ای به پیوستن به کلینیک‌هایی ندارند که مدل‌های مشارکتی درمان را استفاده می‌کنند، کابینه تصمیم نمی‌گیرد وارد عمل شود (آنها ممکن است تصور کنند این مسئله ربطی به رای‌دهندگان ندارد).

تلاش‌ها برای شفاف‌سازی مسائل به احتمال زیاد موجب اقدام می‌شود، اگر:

- مسائل، آگاهی از تحولات هم‌زمان در گزینه‌های سیاستی و برنامه‌ای را نشان دهند (مثلاً، انتشار گزارشی که اثربخشی گزینه‌ی سیاستی خاص را نشان می‌دهد) و
- مسائل تحت تاثیر رویدادهای سیاسی هم‌زمان قرار گیرند (نظیر انتصاب وزیر جدید بهداشت که علاقه‌ی شخصی به مسئله‌ای خاص دارد)

اگر مسئله‌ای متناسب با گزینه‌های سیاستی مناسب تعریف نشود یا اگر با رویدادهای سیاسی گسترده‌تر همخوان نباشد، بعید است در دستورکار تصمیم‌گیری قرار گیرد. اگر گزینه‌ی سیاستی از نظر فنی امکان‌پذیر باشد، با ارزش‌های غالب و حال و هوای فعلی عموم همخوان باشد و هم از حیث کارایی بودجه و هم حمایت یا مخالفت سیاسی احتمالی قابل قبول باشد، راه‌حل ارزشمندی تلقی می‌شود. رویدادهای سیاسی مربوطه می‌تواند شامل تغییر در حال و هوای مردم، تغییر در سطح حمایت یا مخالفت گروه‌های ذینفع و تغییرات در حزب حاکم یا ائتلاف قانون‌گذاری فعلی شود.

سوالاتی که باید در نظر گرفت

سوالات زیر می‌تواند نحوه‌ی شناسایی مسئله و ویژگی‌هایش را مشخص کند:

1. مسئله چیست؟
2. مسئله چطور مورد توجه قرار گرفت و آیا این روند بر چشم‌انداز رسیدگی به آن تاثیر گذارد؟

3. چه شاخص‌هایی را می‌توان برای تعیین اهمیت مسئله و اندازه‌گیری پیشرفت در رسیدگی به آن استفاده یا جمع‌آوری کرد؟
4. برای تعیین اهمیت مسئله و اندازه‌گیری پیشرفت در رسیدگی به آن، چه مقایسه‌هایی می‌توان انجام داد؟
5. چطور می‌توان مسئله را به‌گونه‌ای مطرح کرد که گروه‌های مختلف را با انگیزه کند؟

1. مسئله چیست؟

مسئله می‌تواند به یک یا چند مورد زیر مربوط شود:

- عامل خطر، بیماری یا عارضه
 - برنامه‌ها، خدمات یا داروهایی که در حال حاضر برای رسیدگی به عامل خطر یا بیماری یا عارضه‌ای خاص استفاده می‌شود
 - تمهیدات فعلی نظام سلامت که در آن خدمات و داروها تامین می‌شود یا
 - سطح فعلی اجرای راه‌کار مورد توافق (مثلا، سیاست یا رهنمود)
- شیوع عامل خطر یا بار بیماری یا عارضه در استان یا کشوری خاص (مثلا، میزان بروز، میزان شیوع، میزان مرگ و میر) مسئله محسوب می‌شود. اما اغلب، مسائل این چنینی تظاهر مسئله هستند: علتشان مسئله‌ی واقعیت است که باید خطاب قرار گیرد. ممکن است برنامه یا خدمات مسئله باشد یا ممکن است مسئله مشخصا به مناسب بودن دارو برای درمان بیماری یا عارضه یا عامل خطر مربوط شود. مثلا، داروها، خدمات یا برنامه‌های بی‌اثر ممکن است برای پیشگیری یا درمان بیماری، عارضه یا عامل خطر استفاده شوند.
- از طرف دیگر، تمهیدات فعلی نظام سلامت که برنامه‌ها، خدمات و داروها در آن فراهم می‌شود ممکن است مسئله داشته باشند. ممکن است ساختارها/تمهیدات حاکمیتی مسئله داشته باشند. این موارد می‌تواند به شرح زیر باشد:
- چه کسی اختیار سازمانی، حرفه‌ای، تجاری و سیاست‌گذاری (مثلا، نظارتی) و پاسخگویی در قبال برنامه‌های خاص دارد
 - خدمات و داروها یا بخش‌هایی از نظام سلامت که برنامه‌ها در آن قرار دارند

- خدمات و داروهای ارائه شده
- چگونه مقام صاحب اختیار عزل می شود و
- چگونه افراد صاحب اختیار پاسخگو برشمرده می شوند

مسئله بالقوه می تواند ریشه در تمهیدات مالی داشته باشد. تمهیدات مالی می تواند بر افرادی که بودجه‌ی برنامه‌ها، خدمات و داروهای خاص را تامین می کنند و بخش‌هایی از نظام سلامت که در آن این خدمات ارائه می شود یا نحوه‌ی تامین بودجه‌ی سلامت برای ارائه‌ی آن خدمات، تاثیر گذارد. همچنین، این مسائل می تواند به موارد زیر مربوط شود: نحوه‌ای که متخصصان برای ارائه‌ی برنامه‌ها، خدمات یا داروها دستمزد دریافت می کنند، آیا بیماران/مصرف کنندگان مشوق‌های مالی برای آن خدمات دریافت می کنند و چگونه منابع به آنها اختصاص می یابد. همچنین، مسئله می تواند به تمهیدات فعلی تحویل خدمات مربوط شود. تمهیدات تحویل خدمات شامل موارد زیر است: چه کسی هدف برنامه‌ها، خدمات و داروهای خاص است، چه کسی به آنها دسترسی دارد، چه کسی آنها را تامین می کند و چگونه، از کجا تامین می شوند، چه فناوری اطلاعات و ارتباطات برای ارائه‌ی آنها استفاده می شود و چه سیستم‌های ایمنی و کیفیتی ارائه می شود. طبقه‌بندی تمهیدات حاکمیتی، مالی و تحویل دارو در بخش 7 بیشتر بحث و بررسی می شود.

در آخر، مسئله می تواند در میزان اجرای راه کار مورد توافق در مورد برنامه، خدمات یا دارو یا در غیر اینصورت در راه کار مورد توافق در مورد تمهیدات نظام سلامت که در آن خدمات ارائه می شود، ریشه داشته باشد. مثلا، مسئله می تواند در حال حاضر تعریف شده باشد و سیاستی برای رسیدگی به آن معرفی شده باشد. اما ممکن است سیاست هنوز عملی نشده باشد. در این مورد، شناسایی موانع بالقوه برای اجرای سیاست در یک یا چند مورد از چهار سطح زیر یکی از رویکردهای شناسایی مسئله است:

1. موانع در سطح دریافت کنندگان خدمات درمانی و شهروندان (مثلا، شهروندان نمی دانند که می توانند به برنامه، خدمات یا داروی رایگان دسترسی داشته باشند)

2. موانع در سطح ارائه دهنده‌ی خدمات درمانی (مثلا، کادر درمان کاملا به رهنمودها و سیاست‌های ملی پایبند نیستند)

3. موانع در سطح سازمانی (مثلا، سازمان‌ها عملکرد کارکنانشان را مدیریت نمی‌کنند)

4. موانع در سطح سیستم (مثلا، سیاست‌ها اجرا نمی‌شود)

شناسایی موانع اجرای سیاست موضوع بخش 6 است.

سیاست‌گذاران و حامیان‌شان باید علل مسئله را مشخص کنند. این مسائل می‌تواند به یکی از موارد زیر مربوط شود: یک یا چند عامل ریسک؛ بیماری یا عارضه؛ برنامه‌ها؛ خدمات یا داروهایی که در حال حاضر استفاده می‌شود؛ تمهیدات فعلی نظام سلامت؛ یا سطح فعلی اجرای راه کار مورد توافق. شناسایی علل بروز مسئله می‌تواند فرایند تکراری باشد. آنچه در نگاه اول مسئله‌ای بی‌ربط به نظر می‌رسد نظیر بی‌انگیزگی برای مدیریت کنشگرانه‌ی بیماری مزمن در مرکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه واقعا می‌تواند مسئله‌ی نیازمند توجه باشد. جدول 1 نشان می‌دهد چطور این چارچوب ساده را می‌توان مثلا برای شفاف‌سازی مسئله با استفاده از درمان مالاریا در کشورهای جنوب صحرای آفریقا استفاده کرد.

سیاست‌گذاران و حامیان‌شان می‌توانند اطلاعات بیشتری در مورد این مولفه‌ی شفاف‌سازی مسئله از منظر نظریه‌ی پیچیدگی، سیستم‌های انطباقی پیچیده و روش‌شناسی سیستم‌های نرم بدست آورند.

جدول 1: شفاف‌سازی مسئله‌ای که زیربنای عدم‌استفاده‌ی گسترده از درمان توصیه‌شده برای مالاریاست

<p>اعضای شبکه‌های سیاست آگاه از شواهد در ده کشور جنوب صحرای آفریقا مسئله‌ی عدم‌استفاده‌ی گسترده از درمان ترکیبی توصیه‌شده حاوی آرتیمیسین (ای‌سی‌تی) را برای درمان مالاریا در کشورهای مربوطه‌شان شناسایی کردند. چارچوب زیر که متشکل از چهار سوال (و منابع مربوطه‌ی داده‌ها و شواهد تحقیقاتی) است برای شفاف‌سازی این مسئله استفاده شد:</p> <ul style="list-style-type: none">• آیا این مسئله به عامل ریسک، بیماری یا عارضه مربوط می‌شود؟❖ بروز (و میزان مرگ و میر از) مالاریای فالسیپاروم خفیف برحسب سن (به طور جداگانه برای نوزادان)، جنسیت (به طور جداگانه برای زنان باردار و زنان شیرده)، وضعیت ابتلا به اچ‌آی‌وی، وضعیت سوء‌تغذیه و وضعیت اجتماعی-اقتصادی• آیا مسئله به برنامه، خدمات یا دارویی که در حال حاضر برای رسیدگی به عامل خطر، بیماری یا عارضه استفاده می‌شود، مربوط می‌شود؟❖ نرخ درمان برای ای‌سی‌تی و سایر داروهای ضد مالاریا و مقاومت دارویی به آن (یا کاهش حساسیت دارویی) و همچنین اثرات جانبی و هزینه‌های داروها❖ دیدگاه‌ها و تجارب بیماران در مورد داروهای خاص ضد مالاریا• آیا مسئله به تمهیدات فعلی نظام سلامت که برنامه‌ها، خدمات و داروها در آن ارائه می‌شود، مربوط می‌شود؟❖ تمهیدات راهبری <p>- قوانینی در مورد اینکه کدام ای‌سی‌تی و داروهای ضد مالاریا (یعنی، داروها، میزان دوز مصرفی و بسته‌بندی) را می‌توان ثبت کرد یا مجوز فروشش را صادر کرد، چگونه با داروهای غیراستاندارد و تقلبی مقابله می‌شود، چگونه حق امتیاز برای تولید داروها و سود حاصل از آنها مدیریت می‌شود، چگونه آنها را به بازار عرضه کرد، چه کسی و چگونه می‌تواند آنها را تجویز کند و چه کسی و چگونه می‌تواند آنها را بفروشد یا توزیع کند.</p>
--

- رهنمودهای ملی درمان و یا سیاست ملی کنترل مالاریا در مورد مرحله‌ی اول (و مرحله‌ی دوم) دارودرمانی توصیه‌شده برای مالاریای فالسیپاروم خفیف و همچنین میزان دوز مصرفی/بسته‌بندی، هدف‌گیری جمعیت‌های خاص و هدف‌گیری مناطق با ویژگی‌های خاص

- فهرست ملی داروهای ضروری، خصوصاً فهرست داروهای ضد مالاریا

❖ تمهیدات مالی

- هزینه‌های دارو و توزیع برای مرحله‌ی اول دارودرمانی (و برای ای‌سی‌تی اگر جزء مرحله‌ی اول درمان نیست) برای مالاریای فالسیپاروم خفیف که شامل هرگونه یارانه برای جمعیت‌های خاص، تمهیدات پرداخت برای کادر درمان که ای‌سی‌تی را تجویز و توزیع می‌کند، می‌شود

- دیدگاه‌ها و تجارب بیماران در مورد هزینه‌ها و یارانه‌ها و در مورد مشوق‌های مالی برای ارتقا پایبندی به درمان

❖ تمهیدات تحویل دارو

- میزان دسترسی به مرحله‌ی اول دارودرمانی (و برای ای‌سی‌تی اگر جزء اولین مرحله‌ی درمان نیست) برای مالاریای فالسیپاروم خفیف (یعنی، افرادی که به شخصی که می‌تواند دارودرمانی را انجام دهد، دسترسی دارند)

- میزان پوشش مرحله‌ی اول دارودرمانی (و برای ای‌سی‌تی، اگر مرحله‌ی اول دارودرمانی نیست) برای مالاریای فالسیپاروم خفیف (یعنی، چه کسی چه دارویی برایش تجویز می‌شود)

- الگوهای درمان مالاریای فالسیپاروم خفیف (یعنی، چه کسی چه چیزی را، چه موقع، کجا و چگونه توزیع می‌کند و اینکه آیا درمان بخشی از مدیریت یکپارچه‌ی بیماری دوران کودکی یا سایر برنامه‌های «افقی» است یا خیر)

- الگوهای پایبندی به درمان مالاریای فالسیپاروم خفیف (یعنی، چه کسی چه دارویی را، چه موقع، کجا و چگونه مصرف می‌کند)

- تمهیدات برای نظارت، مراقبت دارویی و تشخیص و درمان موارد غیرمعمول

- دیدگاه‌ها و تجارب بیماران در مورد ارائه‌دهندگان خاص درمان (یا تمهیدات تحویل دارو در کل)

• آیا مسئله به سطح فعلی اجرای راه‌کار مورد توافق مربوط می‌شود؟

❖ مثلاً، مقررات تنها در صورتی می‌تواند به رسیدگی به مسئله کمک کند که در سراسر نظام سلامت رعایت شود. قوانین و مقرراتی

در مورد ثبت/صدور مجوز، بازاریابی، تجویز و توزیع ای‌سی‌تی و سایر داروهای ضد مالاریا وجود دارد. با این حال، اگر مقررات اجرا نشود، داروهای غیراستاندارد یا تقلبی زیادی به فروش خواهد رسید، توصیه‌های غلطی در تبلیغات داروها ارائه خواهد شد و افراد غیرمتخصص ای‌سی‌تی را تجویز یا توزیع می‌کنند

تیم‌های بررسی نتیجه گرفته‌اند که مسئله به عامل خطر، بیماری یا عارضه، برنامه‌ها، خدمات یا داروهایی که در حال حاضر مصرف می‌شود، تمهیدات فعلی نظام سلامت و در برخی موارد، میزان فعلی اجرای راه‌کار مورد توافق مربوط می‌شود. این نتیجه‌گیری نتایج مهمی برای سیاست‌های مناسب برای رسیدگی به این مشکل چندوجهی داشته است.

2. چگونه مسئله مورد توجه قرار گرفت و آیا این فرایند بر چشم‌انداز رسیدگی به آن تاثیر گذاشت؟

شناسایی مسئله اغلب فقط شروع پروسه‌ی رسیدگی به آن است. معمولاً، تلاش‌ها برای شفاف‌سازی مسئله باید به گونه‌ای

انجام شود که تایید کند آیا رسیدگی به مسئله لازم است یا خیر. اگر رسیدگی به مسئله لازم باشد، ایجاد حمایت برای رسیدگی

به آن ضروری خواهد بود. شناخت اینکه ابتدا چطور مسئله توجه‌ها را به خود جلب کرد می‌تواند گام اولیه‌ی مهمی در پروسه‌ی

شفاف‌سازی باشد. همانطور که در پیش‌زمینه این بخش عنوان شد، مسائل از طریق موارد زیر آشکار می‌شود:

• رویداد جلب توجه کننده

• تغییر در شاخص یا

• بازخورد از اجرای سیاست‌ها و برنامه‌های فعلی

سیاست گذاران کلیدی ممکن است موافق باشند یا نباشند که مسئله در مراحل اولیه‌ی پروسه‌ی شناسایی نیازمند توجه است.

جدول 2 نشان می‌دهد چگونه سوال بحث شده در این بخش فرعی (همراه با سه سوال اضافی) را می‌توان به محض ارتباط با

یک یا چند مورد از موارد زیر برای شفاف‌سازی مسئله استفاده کرد: عامل خطر، بیماری یا عارضه؛ برنامه‌ها، خدمات یا

داروهایی که در حال حاضر مصرف می‌شود؛ تمهیدات فعلی نظام سلامت یا سطح فعلی اجرای راه کار مورد توافق.

جدول 2: شفاف‌سازی مسئله‌ی زیربنای میزان بالای خطا در استفاده از دارو

اگر سوالات 2 تا 5 که قبلاً در این بخش بررسی شد به یک یا چند مورد از موارد زیر مربوط شود، می‌توان آنها را برای شفاف‌سازی مسئله استفاده کرد: عامل خطر، بیماری یا عارضه، برنامه‌ها، خدمات یا داروهایی که در حال حاضر مصرف می‌شود، تمهیدات فعلی نظام سلامت و سطح فعلی اجرای رویکرد مورد توافق. مثال زیر را از مسئله‌ی میزان بالای خطا در استفاده از دارو را در نظر بگیرید:

• مسئله‌ی چگونه مورد توجه قرار گرفت و آیا این فرایند بر چشم‌انداز رسیدگی به آن تاثیر گذاشته است؟

❖ مسئله‌ی خطای پزشکی از طریق رویداد جلب توجه کننده (مثلاً، کودکی فوت می‌کند چون پزشک دوز اشتباه دارو را تجویز می‌کند)، تغییر در شاخص (مثلاً، افزایش چشمگیری در تعداد خطاهای گزارش شده در یک ماه وجود دارد) یا بازخورد از اجرای برنامه‌ها و سیاست‌های فعلی (مثلاً، گزارش ارزیابی بیش از آنچه به‌طور روتین اندازه‌گیری می‌شود، خطا در استفاده از دارو را شناسایی می‌کند) توجه‌ها را به خود جلب کرد

❖ گزارش ارزیابی ممکن است نشان دهد که فقدان حد و مرزهای واضح در خصوص دامنه‌ی عملکرد پزشکان، پرستاران و داروسازان عامل احتمالیست که می‌تواند مسئله‌ساز باشد و مسئولیت‌پذیری در قبال تجویز، توزیع، مصرف و ثبت نمودار را مبهم می‌سازد

❖ همان گزارش ممکن است پیشنهاد دهد که مسئله به بیانیه‌ی هدف تبدیل شود. در نتیجه، می‌توان آن را برای مشارکت‌دهی طیف متنوعی از ذینفعان استفاده کرد. مثلاً، سیاست‌گذاران ترجیح می‌دهند در مورد اینکه کشورشان در ایمنی بیمار حرف اول را می‌زند نه مسائل فعلی ایمنی بیمار صحبت کنند.

• کدام شاخص‌ها را می‌توان برای تعیین اهمیت مسئله و سنجش میزان پیشرفت در رسیدگی به آن استفاده یا جمع‌آوری کرد؟

❖ سیاست‌گذاران ممکن است متوجه شوند که در حال حاضر هیچ شاخصی به‌طور دقیق در سطح ملی اندازه‌گیری نمی‌شود، اما مایلند هم تعداد گزارش‌ها را مبنی بر اشتباه در مصرف دارو در هر فصل و هم تعداد اشتباهاتی که می‌توانست در مصرف دارو در هر فصل رخ دهد، دقیق اندازه‌گیری کنند. جمع‌آوری داده‌های این چنینی به آنها امکان می‌دهد سطح هدف را برای شاخص تعیین کنند.

• برای تعیین اهمیت مسئله و سنجش میزان پیشرفت در رسیدگی به آن، چه مقایسه‌هایی می‌توان انجام داد؟

❖ سیاست‌گذاران ممکن است متوجه شوند که مایلند چهار نوع مقایسه انجام دهند:

- مقایسه در طول زمان داخل کشور
- مقایسه با سایر کشورهای مقایسه‌گر مناسب
- مقایسه با هدفی که باید بخشی از راهبرد ملی امنیت بیمار شود
- مقایسه با هدفی که انجمن ملی مصرف‌کنندگان اعلام کرده است

- ❖ در حالت ایده‌آل، سیاست‌گذاران می‌توانند با جستجوی مطالعات در مورد پایگاه‌داده اداری یا نظرسنجی‌ها از جمعیت حداقل برخی از شواهد تحقیقاتی موجود را شناسایی کنند و مقایسه‌های فوری انجام دهند
- چگونه می‌توان مسئله را طوری تعریف کرد که گروه‌های مختلف را باانگیزه کند؟
- ❖ سیاست‌گذاران ممکن است دریابند که:
 - داروسازان به زبان مورد استفاده برای توصیف اشتباه در مصرف دارو پاسخ می‌دهند
 - گروه‌های مصرف‌کنندگان به هدف بیان‌شده‌ی دستیابی به کاهش 50 درصدی اشتباه در مصرف دارو پاسخ می‌دهند
 - وقتی فقدان حدودمرزهای واضح بین دامنه‌ی عملکرد ارائه‌دهندگان خدمات به‌عنوان ویژگی مهم مسئله بررسی می‌شود، تنظیم‌کنندگان مداخله می‌کنند
 - وقتی کادر بیمارستان در مورد طرح جمع‌آوری شاخص مطلع می‌شوند که گزارش‌های ضعیف را جمع‌آوری می‌کند و واحدها یا دپارتمان‌های حامی افشای کامل اطلاعات را مجازات نمی‌کند، به‌طور مثبت پاسخ می‌دهند
 - وقتی مراکز درمانی مقایسه می‌شوند، مدیران بیمارستان بیشترین مشارکت را خواهند داشت
- ❖ در حالت ایده‌آل، جستجوی مطالعات کیفی به سیاست‌گذاران امکان می‌دهد برداشت متفاوت گروه‌های مختلف از مسئله را درک کنند

اگر سیاست‌گذاران کلیدی موافق باشند که مسئله‌ای نیازمند توجه است و ادعا کنند با رسیدگی به مسئله به چه هدفی می‌خواهند دست یابند (مثلاً، از طریق ارزیابی هدف)، زمان کمی برای شفاف‌سازی دقیق مسئله وجود خواهد داشت. پیش از اینکه دیر شود، تمرکز بر جزئیات نحوه‌ی تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های رسیدگی به مسئله ضروریست.

هر چند امکان دارد با بررسی دقیق‌تر مشخص شود رویداد جلب‌توجه‌کننده به جای اینکه بیانگر مسئله‌ای گسترده باشد، ما را از مسئله‌ی اصلی منحرف می‌کند. به همین ترتیب، ممکن است مشخص شود شاخص به‌طور ضعیف اندازه‌گیری شده است یا با تغییرات فصلی انطباق یافته است. یا ممکن است وقتی گزارش داخلی در مورد اجرای سیاست‌ها و برنامه‌های فعلی دقیق‌تر مطالعه می‌شود، حاوی خطای قابل‌توجهی در تفسیر آن باشد. همچنین، ممکن است سیاست‌گذاران به اشتباه مسئله را به برنامه، خدمات یا داروهای در حال حاضر مورد استفاده ربط بدهند، اما در واقعیت، مسئله‌ی واقعی چیز دیگری باشد. از طرف دیگر، سیاست‌گذاران کلیدی ممکن است به‌سرعت تصمیم بگیرند که مسئله نیازمند توجه نیست. آنها ممکن است بر رسیدگی به سوءبرداشت‌ها یا مدیریت انتظارات افرادی که اولین بار مسئله را مطرح کرده‌اند، تمرکز کنند.

در این میان، حامیان این سیاست‌گذاران ممکن است بررسی مقدماتی انجام دهند و نتیجه بگیرند که مسئله شایان توجه است. در این مورد، سیاست‌گذاران کلیدی با وظیفه‌ی سخت استدلال در مورد طرح‌مجدد مسئله‌ای که پرونده‌اش بسته شده است، مواجه خواهند شد (احتمال به‌صورت کاملاً آشکار).

3. چه شاخص‌هایی را می‌توان برای تعیین اهمیت مسئله و اندازه‌گیری پیشرفت در رسیدگی به آن استفاده یا

جمع‌آوری کرد؟

بسته به اینکه چگونه مسئله برای اولین بار مورد توجه قرار می‌گیرد، شاید بررسی دقیق اینکه کدام شاخص به مسئله‌ی در حال حاضر اندازه‌گیری شده (یا می‌تواند و باید اندازه‌گیری شود) مربوط می‌شود، لازم باشد یا نباشد. مثلاً، اگر مسئله‌ای از طریق رویداد جلب توجه کننده مورد توجه قرار گیرد، تلاش بیشتری لازم است. در موارد این چنینی:

- نظرسنجی از اعضای انجمن‌ها و ثبت وقایع حیاتی نمونه‌هایی از منابع خوب شاخص‌ها در مورد عامل خطر، بیماری یا عارضه است

- داده‌های روتین خدمات درمانی (یا آنچه گاهی سیستم‌های اطلاعات مدیریت سلامت نامیده می‌شود)، داده‌های ارزیابی و پایش، نظرسنجی از انجمن‌ها و نظرسنجی از ارائه‌دهندگان خدمات درمانی می‌تواند منابع خوب شاخص‌ها در مورد برنامه‌ها، خدمات و داروهایی باشد که در حال حاضر مصرف می‌شود

- قوانین، مقررات، سیاست‌ها، فرمول‌های دارویی و نظرسنجی‌ها از سیاست‌گذاران می‌تواند منبع خوبی از شاخص‌ها در مورد تمهیدات راهبری باشد

- نظرسنجی‌ها در مورد هزینه‌های درمانی و نظرسنجی‌ها از ارائه‌دهندگان خدمات درمانی می‌تواند منبع خوبی از شاخص‌ها در مورد تمهیدات مالی باشد

- داده‌های روتین خدمات درمانی می‌تواند منبع خوبی از شاخص‌ها در مورد تمهیدات تحویل دارو باشد

- نظرسنجی‌ها از انجمن‌ها و نظرسنجی از ارائه‌دهندگان خدمات درمانی و همچنین داده‌های روتین می‌تواند منبع خوب شاخص‌ها در مورد سطح فعلی اجرای راه‌کار مورد توافق باشد

داده‌های تفکیک‌شده نظیر داده‌ها برحسب قومیت/فرهنگ، جنسیت یا وضعیت اجتماعی-اقتصادی اغلب می‌تواند مشخص کند آیا مسئله‌ای گسترده یا در برخی گروه‌ها برجسته‌تر است. بخش 11 به نحوه‌ی یافتن و استفاده از شواهد محلی می‌پردازد

و بخش 10 طرح طبقه‌بندی گروه‌ها را توصیف می‌کند. می‌توان این طرح طبقه‌بندی را هنگام اتخاذ رویکردهای عدالت‌محور در پروسه‌ی شفاف‌سازی مسئله استفاده کرد.

4. برای تعیین اهمیت مسئله و اندازه‌گیری میزان پیشرفت در رسیدگی به آن، چه مقایسه‌هایی می‌توان انجام داد؟

شاخص‌ها به سیاست‌گذاران کمک می‌کند میزان اهمیت مسئله‌ای خاص را درک کنند، اما مقایسه‌های ضمنی یا صریح مشخص می‌کند آیا مسئله‌ای بزرگ یا کوچک است، آیا بهتر یا بدتر می‌شود یا آیا تغییرپذیر است یا خیر.

حداقل چهار نوع مقایسه می‌توان انجام داد:

- مقایسه در طول زمان داخل کشور: این نوع مقایسه مشخص می‌کند آیا مسئله‌ای بهتر یا بدتر می‌شود. اگر اقدامات

اصلاحی انجام شده باشد، مقایسه‌های این چنینی مشخص می‌کند آیا مسئله‌ای تغییرپذیر به نظر می‌رسد یا خیر.

- مقایسه بین کشورها و سایر مقایسه‌کننده‌ی مناسب (که در آن داده‌ها قابل مقایسه است): این نوع مقایسه مشخص

می‌کند آیا مسئله‌ای بزرگ یا کوچک است و چه اهدافی قابل دستیابی است و کمک می‌کند حمایت‌ها برای رسیدگی

به مسئله بسیج شود.

- مقایسه با برنامه‌ها: (مثلا، اهداف ملی و اهداف توسعه‌ی هزاره) می‌تواند به تجهیز حمایت‌ها برای رسیدگی به مسئله

کمک کند و

- مقایسه با آنچه سیاست‌گذاران و یا ذینفعان پیش‌بینی کرده یا خواسته‌اند: می‌تواند حمایت‌ها را از تحقق اهداف بسیج

کند

شفاف‌سازی مسئله عمدتاً به داده‌های محلی بستگی دارد. اما شواهد تحقیقاتی اغلب می‌تواند مقایسه‌هایی ارائه دهد که

به صورت نظام‌مند و شفاف انجام شده‌اند. مطالعات در مورد پایگاه داده‌های روتین خدمات درمانی و نظرسنجی‌ها از انجمن‌ها

که اغلب در ادبیات موضوعی پژوهشی منتشر می‌شود به شفاف‌سازی مسئله و اهداف مناسب و بسیج حمایت‌ها کمک می‌کند.

مطالعات این چنینی می‌تواند به سیاست‌گذاران کمک کند به سوءبرداشت‌ها یا مدیریت انتظارات رسیدگی کنند. همچنین،

این مطالعات را می‌توان برای تدوین یا اصلاح بیانیه‌ی هدف استفاده کرد. مثلاً، سیاست‌گذاران ممکن است بخواهند مسیر

شاخص موجود را تغییر دهند یا شاخص جدیدی را به نحوی که امکان مقایسه می‌دهد، اندازه‌گیری کنند. بخش 11 رویکردهایی را برای یافتن و استفاده از شواهد محلی فراهم می‌کند. جدول 3 نکاتی برای یافتن مطالعات در مورد پایگاه داده روتین خدمات درمانی و نظرسنجی‌ها از انجمن‌ها فراهم می‌کند.

5. چگونه می‌توان مسئله را به نحوی چارچوب‌بندی یا توصیف کرد که گروه‌های مختلف را با انگیزه کند؟

نحوه‌ی دسته‌بندی مسئله‌ای خاص می‌تواند بر نحوه‌ی پاسخدهی گروه‌ها تأثیر گذارد. توصیف مسئله به شیوه‌ای جدید و جایگزین احتمالاً موجب مسائلی می‌شود که به طرق مختلف با گروه‌های مختلف سازگار است. مثلاً، کانادا با اشاره به سلامت «جمعیت»، حوزه‌ی مطالعه مربوط به عوامل تعیین‌کننده اجتماعی سلامت را به‌طور کامل‌بی‌طرفانه توصیف کرده است. در مقابل، همین حوزه در آمریکا «ناهمخوانی در سلامت - disparities in health» نامیده می‌شود. این اصطلاح به وجود تفاوت‌ها، اما نه لزوماً بی‌عدالتی اشاره دارد. در انگلیس، اصطلاح «ناابرابری در سلامت - inequalities in health» معمولاً استفاده می‌شود. این اصطلاح ظاهراً به‌صراحت بی‌عدالتی را نشان می‌دهد و وقتی حزب حاکم جدید در دهه‌ی 1990 با هدف کاهش بی‌عدالتی در حوزه‌ی سلامت و بخش‌های دیگر انتخاب شد، این اصطلاح جذابیت سیاسی بدست آورد. برخی از گروه‌ها ممکن است فعالانه‌تر به مسئله‌ای که به‌طور منفی توصیف شده است، پاسخ دهند (مثلاً، «کشور ما بالاترین نرخ مرگ و میر نوزادان را در منطقه دارد»)، درحالی‌که دیگران به‌طور مثبت هدف را بیان می‌کنند (مثلاً، «کشور ما طی پنج سال به اهداف ملی سلامت در رابطه با میزان مرگ و میر نوزادان دست خواهد یافت»).

برخی از گروه‌ها برای رسیدگی به بیماری یا عارضه‌ی خاصی گرد هم می‌آیند (مثلاً، افزایش سریع میزان بیماری قلبی عروقی). سایر گروه‌ها به یک یا چند عامل خطر می‌پردازند (مثلاً، سیگار کشیدن، رژیم غذایی، ورزش یا مسکن و شرایط کار). حتی گروه‌ها با هدف یکسان جذب شاخص‌های مختلف مربوط به همان مسئله می‌شوند. برخی از گروه‌ها از شاخص‌های «سخت» نظیر مرگ و میر انگیزه می‌گیرند. اما برخی دیگر از شاخص‌های «نرم» نظیر وضعیت سلامتی خودسنجی‌شده انگیزه می‌گیرند. گروه‌های خاص تنها از شاخص‌های بخش سلامت نظیر کیفیت سلامت‌محور زندگی انگیزه می‌گیرند. در مقابل، گروه‌های دیگر از شاخص بخش‌هایی غیر از سلامت نظیر وضعیت اشتغال که می‌تواند بر سلامتی و خدمات درمانی تأثیر گذارد، انگیزه

می‌گیرند. اهمیت مقایسه‌ها می‌تواند برحسب گروه متفاوت باشد. برخی گروه‌ها بیشتر به گروهی از همکاران که ویژگی‌های کلیدی و مشترک زیادی دارند، علاقه‌مند می‌شوند (نظیر بیمارستان‌های آموزشی بزرگ وابسته به دانشگاه) و سایرین بیشتر به طیف کاملی از سازمان‌هایی که انواع مشابهی از خدمات درمانی فراهم می‌کنند (نظیر همه‌ی بیمارستان‌ها)، علاقه‌مند می‌شوند. تحقیقات کیفی می‌تواند معانی که افراد یا گروه‌ها به مسئله‌ی خاصی می‌دهند، شاخص‌های مورد استفاده برای اندازه‌گیری آن و مقایسه‌های انجام‌شده برای تعیین اهمیت آن را روشن کند. جدول 3 نکاتی برای یافتن این نوع تحقیقات ارائه می‌دهد. سیاست‌گذاران می‌توانند با گفتگو با گروه‌های مختلف و با استفاده از تحقیقات کیفی مشخص کنند کدام تعریف مسئله یا هدف می‌تواند به بهترین وجه حمایت گروه‌های مختلف را برای رسیدگی به مسئله‌ای خاص جلب کند. با این حال، چالش اصلی اطمینان از این است که تعاریف جایگزین در نظر گرفته‌شده با مسئله سازگار باشد، همانطور که از طریق نوع تحلیل نظام‌مند توصیف‌شده در بالا مشخص می‌شود.

جدول 3: یافتن شواهد پژوهشی در مورد مسئله

بخش عمده‌ی پروسه‌ی شفاف‌سازی مسئله مستلزم یافتن و استفاده از شواهد محلی است (موضوع بخش 11)، اما مطالعات منتشرشده در مورد پایگاه‌داده‌های روتین و نظرسنجی‌ها از انجمن‌ها می‌تواند اطلاعاتی در مورد مقایسه‌ها فراهم کند. مطالعات کیفی می‌تواند اطلاعاتی در مورد تعاریف جایگزین از مسئله‌ای خاص فراهم کند.

مجموعه مراحل اول که در یافتن مطالعات این چنینی دخیل است، عبارت است از:

- تهیه فهرستی از کلمات یا عباراتی که مسئله را نشان می‌دهد (مثلاً، خطا در نام دارو، دامنه‌ی عملکرد)، مترادف‌ها برای هر مسئله و عامل (مثلاً، دارویی که ممکن است اشتباهی تجویز شود، قوانین و مقررات حرفه‌ای) و املا‌ی جایگزین برای هر مترادف (مثلاً دارو، داروها).
- تصمیم‌گیری در مورد اینکه آیا بررسی‌های نظام‌مند (موضوع بخش 7) یا مطالعات پژوهشی واحد موضوع تحقیقات هستند یا خیر؟ و
- ارائه‌ی جزئیات اضافی که تحقیقات را محدود می‌کند (مثلاً، کودکان، بزرگسالان)

مجموعه مراحل دوم شامل موارد زیر می‌شود:

- انتخاب آن کلمات و عباراتی که باید برای شناسایی مقاله وجود داشته باشند (مثلاً، خطای دارویی، بررسی نظام‌مند و کودکان)، متصل کردن آنها با کلمه‌ی ربط «و» و قرار دادنشان در گروه و
- انتخاب کلمات و عباراتی که برای آن تنها یک کلمه باید وجود داشته باشد (مثلاً، خطای پزشکی و مترادف‌هایش)، متصل کردن آنها با حرف «یا» و قرار دادنشان در گروه و
- متصل کردن هر دو مجموعه از گروه‌ها با استفاده از حرف ربط «و»

مجموعه‌ی سوم از مراحل شامل موارد زیر است:

- استفاده از اینترنت برای دسترسی به پایگاه‌داده‌ی سلامت، پاب‌مد. این پایگاه‌داده حاوی hedge (یعنی، راهبرد معتبر جستجو یا فیلتر) برای انواع مطالعات مدنظر است
- کلیک کردن روی «جستارهای خاص»
- کلیک کردن روی جستارهای «تحقیقات در زمینه‌ی خدمات درمانی»
- وارد کردن کلمات و عبارات و عملگرهای ارتباطی (و/یا) در قسمت جستجو و

- کلیک کردن روی عبارت «ارزیابی فرایند» یا «ارزیابی نتایج» برای مطالعات پایگاه داده‌ی روتین و «تحقیقات کیفی» برای مطالعات کیفی این رویکرد این احتمال را افزایش می‌دهد که ارجاعات برگشتی یکی از انواع مطالعات مناسب باشد، هر چند بسیاری از انواع دیگر مطالعات را هم می‌توان بازیابی کرد.

نتیجه‌گیری

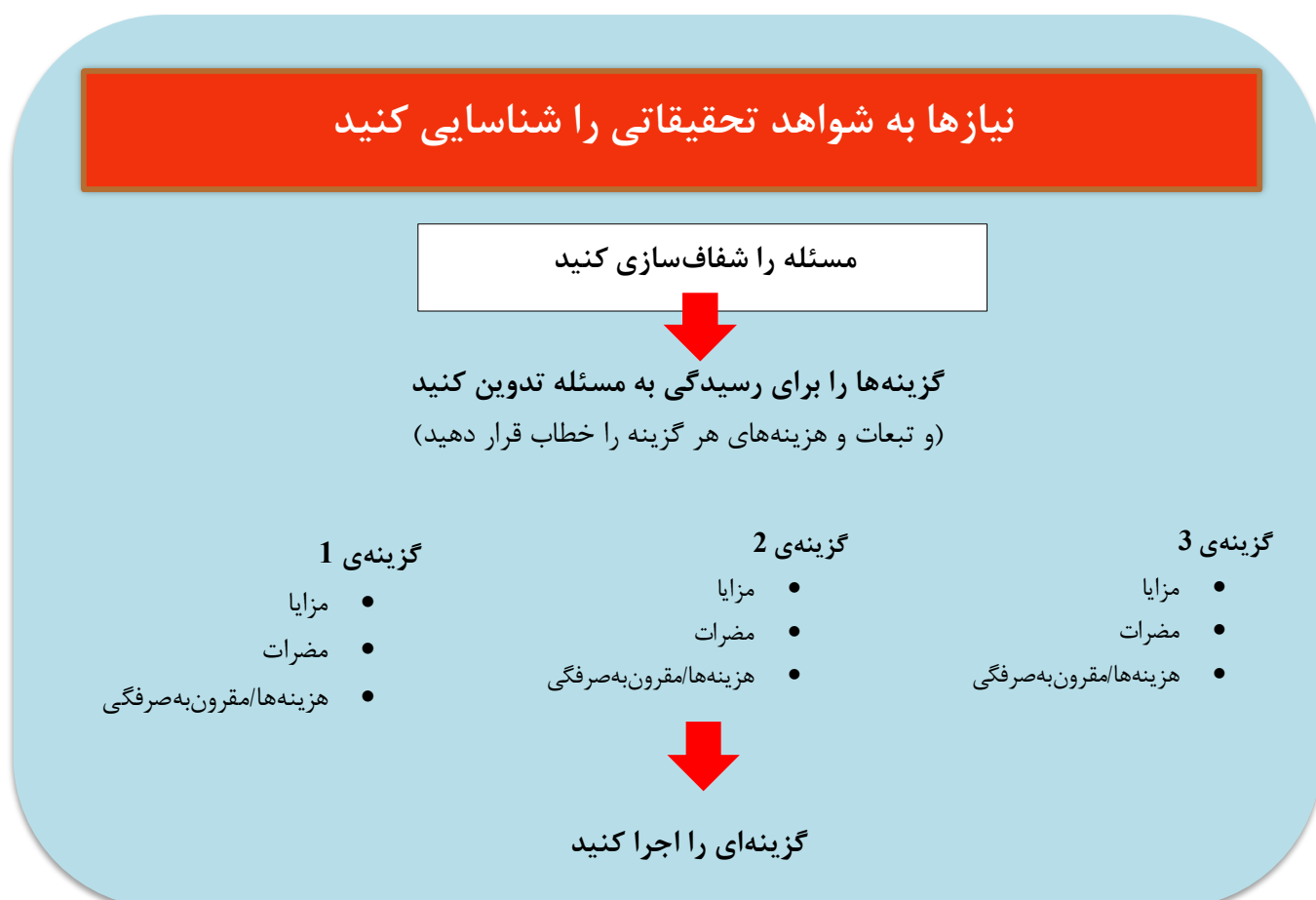
ممکن است خیلی راحت کلا از شفاف‌سازی مسئله صرف‌نظر شود یا شفاف‌سازی مسئله بیش از حد سریع یا سرسری انجام شود. وقتی داده‌های اضافی و شواهد تحقیقاتی در مورد شاخص‌ها و مقایسه‌ها یافت می‌شود یا وقتی سیاست‌ها و برنامه‌ها با چالش مواجه می‌شوند یا نمی‌توانند نتیجه داشته باشند، شفاف‌سازی مسئله به‌طور مکرر انجام نمی‌شود. قصور این چینی در شفاف‌سازی مسئله به این معناست که سرمایه‌گذاری‌های آتی در منابع براساس تصورات فعلی از مسئله منحرف خواهد شد. بنابراین، برای اطمینان از اینکه تصمیمات آگاهانه‌ای در مورد توجه به مسئله‌ای خاص گرفته شده است، باید به شاخص‌ها، مقایسه‌ها و تعاریف جایگزین توجه زیادی داشت. پروسه‌ی شفاف‌سازی مسئله براساس نحوه‌ی رسیدگی به مسائل، بر انتخاب سیاست یا برنامه‌ی مناسب برای پرداختن به آن تاثیر خواهد گذاشت.

بخش پنجم : استفاده از شواهد تحقیقاتی برای ایجاد سیاست‌های رسیدگی به مسئله

پیش‌زمینه

این بخش سوالاتی را به سیاست‌گذاران (سناریوی 1) پیشنهاد می‌دهد. سیاست‌گذاران می‌توانند از کارکنانشان بخواهند این سوالات را هنگام آماده‌سازی گزارش مختصر در مورد سیاست‌های رسیدگی به مسائل مد نظر قرار دهند. این بخش سوالاتی را برای حامیان سیاست‌گذاران مطرح می‌کند (سناریوی 2 و 3) که به شناسایی گزینه‌های سیاستی و تعیین هزینه‌ها و نتایج هر گزینه کمک می‌کند. این بخش دومین مورد از سه بخش در مورد شناسایی نیازها به شواهد است (بخش‌های 4 و 6). شکل 1 فرایندهای دخیل در شناسایی این نیازها به شواهد را ترسیم می‌کند.

شکل 1



سیاست گذاران و حامیانشان ممکن است در یک یا چند مورد از شرایط زیر قرار گیرند که آنها را ملزم به توصیف هزینه‌ها و نتایج سیاست‌های رسیدگی به مسائل می‌کند. نخست، در حال حاضر ممکن است مسئله به شیوه‌ای خاص تنظیم شده باشد، سیاستی خاص برای رسیدگی به مسئله انتخاب شده باشد و حوزه‌ی انتخاباتی سیاسی برای حمایت از تصمیم‌گیری‌های این چنینی بسیج شده باشد. (یکی از انواع این وضعیت‌ها این است که ابتدا سیاستی انتخاب می‌شود. سپس، مسئله‌ای به‌عنوان انگیزه‌ای برای اتخاذ آن سیاست شناسایی می‌شود). در این شرایط، بهترین گزینه برای حامیان سیاست گذاران این است که به سیاست گذاران در شناسایی نحوه‌ی به حداکثر رساندن مزایای سیاست، نحوه‌ی به حداقل رساندن مضرات آن و نحوه‌ی بهینه‌سازی تاثیر هزینه‌ی صرف شده کمک کنند. همچنین، اگر ابهام جدی در مورد هزینه‌ها و تبعات احتمالی گزینه‌ی سیاستی وجود داشته باشد، برنامه‌ی پایش و ارزیابی را می‌توان طوری طراحی کرد که سیاست گذاران با تکیه بر آن، اطلاعات درستی در آینده در اختیار داشته باشند. سیاست گذاران با داشتن این اطلاعات تصمیم می‌گیرند آیا سیاست باید بدون تغییر باشد یا اصلاح یا تکرار شود (یا اینکه آیا برنامه را باید ادامه داد، اصلاح کرد یا متوقف کرد). بخش 18 نحوه‌ی تدوین طرح پایش و ارزیابی را توصیف می‌کند.

دوم، سیاست گذاران ممکن است در سناریویی قرار گیرند که در آن فعالانه در پروسه‌ی سیاست گذاری شرکت می‌کنند. این بدان معناست که سیاست گذاران باید در رویدادهایی شرکت کنند که در آن فعالانه در مورد گزینه‌ها بحث می‌شود، با «کارآفرینان سیاست» ملاقات کنند که آنها را به تایید سیاستی خاص ترغیب می‌کنند و به بازخوردها در مورد اجرای سیاست یا برنامه‌ی فعلی پاسخ دهند. در این سناریوی دوم، سیاست گذاران باید گزینه‌های ارائه‌شده، میزان توجه معطوف شده به مسئله‌ای که سیاست پیشنهادی قرار است به آن رسیدگی کند و هر رویداد سیاستی که فرصتی برای اتخاذ اقدامات خاص مهیا می‌کند را ارزیابی کنند.

سوم، سیاست گذاران ممکن است در شرایطی قرار گیرند که فرصت‌های بازتر و راهبردی‌تری برای تعریف مسئله، شناسایی گزینه‌های سیاستی، شناسایی هزینه‌های گزینه‌ها و تبعاتشان و جستجوی فرصت‌های اتخاذ اقدامات مرجح خواهند داشت. فرصت‌های این چنینی نادر است و محاسبات در مورد زمان اقدام باید راهبردی باشد.

اگر سیاست یا برنامه از نظر فنی امکان‌پذیر باشد، با ارزش‌های غالب و حال و هوای ملی/استانی فعلی متناسب باشد و از حیث کارآیی بودجه و میزان احتمالی حمایت یا مخالفت سیاسی قابل قبول باشد، راه‌حلی مناسب تلقی می‌شود. شواهد تحقیقاتی می‌تواند به طرق مختلف بخشی از این ترکیب باشد و به تعیین جزئیات زیر در مورد سیاست انتخاب‌شده کمک کند:

- مثلاً، آیا از نظر فنی امکان دارد مزایای سیاست پیشنهادی چشمگیر و مضراتش به‌طور قابل قبولی کم باشد. از طرف دیگر، ممکن است نشان داده شده باشد که عناصر کلیدی برنامه یا سیاست پیشنهادی با عناصر مهم برای موفقیت سیاست در محیط‌های دیگر همخوانی دارد.

- آیا سیاست پیشنهادی با ارزش‌های غالب و حال و هوای ملی همخوانی دارد و از حیث حمایت یا مخالفت سیاسی احتمالی قابل قبول است. مثلاً، مصاحبه با ذینفعان نشان می‌دهد آیا آن سیاست قابل قبول ادراک می‌شود یا خیر و آیا از حیث تأثیرش بر بودجه قابل قبول است یا خیر (و آیا ارزش پولی‌اش نشان داده شده است یا خیر)

مصاحبه با سیاست‌گذاران تأیید کرده است که آنها ارزش زیادی برای شواهد تحقیقاتی در مورد مزایا، مضرات و هزینه‌های گزینه‌های سیاستی قائل هستند.

سوالاتی که باید در نظر گرفت

سوالات زیر می‌تواند به شناسایی گزینه‌های سیاستی و تعیین هزینه‌ها و تبعات آنها کمک کند:

1. آیا مجموعه گزینه‌های مناسبی برای رسیدگی به مسئله شناسایی شده است یا خیر؟
2. چه مزایایی برای افراد متأثر از سیاست‌ها مهم است و کدام مزایا احتمالاً با هر سیاست پیشنهادی بدست خواهد آمد؟
3. چه مضراتی برای افراد متأثر از سیاست‌ها مهم است و چه مضراتی احتمالاً با هر سیاست پیشنهادی رخ خواهد داد؟
4. هزینه‌های محلی هر سیاست پیشنهادی چقدر است و آیا شواهد محلی در مورد مقرون‌به‌صرفگی آن وجود دارد؟
5. چه اصلاحاتی در سیاست پیشنهادی ممکن است ایجاد شود و آیا این اصلاحات می‌تواند مزایا، مضرات و هزینه‌های آن را تغییر دهد؟

6. کدام دیدگاه‌ها و تجارب ذینفعان می‌تواند بر مقبولیت سیاست پیشنهادی و مزایا، مضرات و هزینه‌های آن تأثیر گذارد؟

1. آیا مجموعه سیاست‌های مناسبی برای رسیدگی به مسئله شناسایی شده است؟

تلاش‌های اولیه باید به‌طور گسترده بر سیاست‌هایی که می‌تواند بر مسئله‌ی شناسایی‌شده تأثیر گذارد، متمرکز باشد. با شناسایی سیاست‌هایی که بر یک یا هر دو مورد زیر تأثیر می‌گذارد می‌توان تفکر خلاق را در مورد این موضوع ترغیب کرد:

- ارائه‌ی داروها، خدمات یا برنامه‌های مقرون‌به‌صرفه و
- تمهیدات نظام سلامت که تعیین می‌کند آیا داروها، خدمات و برنامه‌های مقرون‌به‌صرفه برای نیازمندان فراهم می‌شود یا خیر

سیاست‌گذاران و ذینفعان دیگر با سابقه‌ی کار در کلینیک‌های بالینی اغلب عمدتاً بر مسائل مربوط به برنامه‌ها، خدمات یا داروها تمرکز می‌کنند. اما در عین حال، مایلند دغدغه‌های مربوط به تمهیدات نظام سلامت که برای اطمینان از پوشش بالای برنامه‌ها، خدمات یا داروهایی که هم برای آنها و هم مصرف‌کنندگان مهم است، نادیده بگیرند. این تمهیدات نظام سلامت می‌تواند شامل موارد زیر شود:

- تمهیدات تحویل: مثلاً، چه کسی هدف برنامه، خدمات یا داروها است؛ چه کسی این خدمات را تامین می‌کند؛ خدمات درمانی در کجا ارائه می‌شود و چه فناوری اطلاعات و ارتباطات برای تامین آن استفاده می‌شود و چه سیستم‌های کیفی و ایمنی استفاده می‌شود.
- تمهیدات مالی: مثلاً چه کسی بخش‌های مربوطه‌ی سیستم، برنامه، خدمات یا داروها را تامین مالی می‌کند؛ چگونه بودجه‌ی سازمان‌ها برای ارائه‌ی برنامه‌ها، خدمات یا داروها تامین می‌شود؛ چگونه متخصصان برای ارائه‌ی این خدمات دستمزد می‌گیرند؛ چگونه بیماران/مصرف‌کنندگان مشوق‌هایی را برای استفاده از این خدمات یا داروها دریافت می‌کنند و چگونه منابع به آنها تخصیص داده می‌شود و
- تمهیدات راهبری: مثلاً چه کسی اختیار سیاسی، سازمانی، تجاری و حرفه‌ای و مسئولیت‌پذیری در قبال آن بخش‌های نظام سلامت که در رسیدگی به مسئله ایفای نقش می‌کند، دارد.

گام بعدی کلیدی بررسی این است که آیا این عناصر می‌توانند به‌تنهایی گزینه باشند یا اینکه می‌توان آنها را کنار هم قرار داد و گزینه‌های جدیدی متناسب با بسترهای محلی خاص ایجاد کرد.

سیاست‌گذاران ممکن است بتوانند چارچوب‌های فعلی را شناسایی کنند که شناسایی سیاست‌ها و برنامه‌ها را امکان‌پذیر می‌سازد. این چارچوب‌ها می‌تواند به‌تنهایی موضوع گزارش‌ها باشد. مثلا، مدل مراقبت مزمن (Chronic Care Model) با ارائه‌ی چارچوبی کمک می‌کند بفهمیم چطور می‌توان از طریق حمایت خودمدیریتی، حمایت از تصمیمات، طراحی سیستم تحویل، سیستم‌های اطلاعات بالینی، نظام سلامت و جمعیتی در کل به مدل موثر مراقبت کمک کرد. از طرف دیگر، چارچوب‌ها را می‌توان در بررسی‌های نظام‌مند یا مرور بررسی‌های نظام‌مند نهادینه کرد، خصوصا اگر برای ساختاربندهی جستجوی شواهد پژوهشی و ارائه‌ی آنها استفاده شوند. مثلا، مرور کلی بررسی‌های نظام‌مند چارچوبی برای رسیدگی به چالش‌های مربوط به کادر درمان فراهم می‌کند. یکی از ابعاد این چارچوب به سازوکارهای آموزشی، نظارتی و مالی (یعنی، گزینه‌های سیاستی و برنامه‌ای) پرداخته است که می‌توان استفاده کرد. بعد دوم به تامین، توزیع، استفاده‌ی کارآمد و عملکرد ارائه‌دهندگان خدمات درمانی (یعنی، تبعات بالقوه‌ی سیاست‌ها) می‌پردازد. باین‌حال، چند چارچوب رقابتی می‌تواند وجود داشته باشد. همچنین، اغلب هیچ شواهد تحقیقاتی برای تایید و در اولویت قرار دادن یک چارچوب نسبت به چارچوب دیگر وجود ندارد. همچنین، چارچوب‌ها مانند گزینه‌های سیاستی که هدفشان شناسایی بهتر خدمات است، دو به دو ناسازگار نیستند.

مثال ارائه‌شده در در جدول 1، نشان می‌دهد چطور حمایت تیم‌ها از استفاده‌ی گسترده از درمان ترکیبی آرتمیسین در آفریقا سیاست‌های مناسب را شناسایی کرد و سپس هزینه‌ها و تبعات آنها را با استفاده از سوالات 2 تا 6 زیر مشخص کرد.

جدول 1: حمایت از استفاده‌ی گسترده از درمان ترکیبی آرتمیسین برای درمان مالاریا

شبکه‌های سیاستی آگاه از شواهد در ده کشور جنوب صحرای آفریقا هزینه‌ها و تبعات سه سیاست را توصیف کردند. این سه سیاست برای حمایت از استفاده‌ی گسترده از درمان ترکیبی مبتنی بر آرتمیسین برای درمان مالاریا در این کشورها مناسب دیده شد. رهنمودهای سازمان بهداشت جهانی در سال 2006 در مورد درمان مالاریا که درمان ترکیبی مبتنی بر آرتمیسین را برای درمان مالاریای فالسیپاروم خفیف تایید می‌کرد، انگیزه‌ی این فعالیت‌ها شد. برای حمایت از استفاده‌ی گسترده از آرتمیسین، دولت‌های ملی در مناطق با مالاریای فصلی یا بومی باید موارد زیر را تایید می‌کردند یا تغییر می‌دادند:

- تمهیدات تحویل دارو: از جمله چه کسی باید آرتمیسین را توزیع کند (چه موقع، کجا و چگونه) و چه کسی باید در پایش، مراقبت دارویی و تشخیص و درمان موارد غیرمعمول مالاریا شرکت کند
- تمهیدات مالی برای بیماران (مثلا، یارانه‌ی دارو) و برای تجویزکنندگان دارو و

- تمهیدات راهبری: از جمله اینکه کدام آرتمیسیسین و سایر داروهای ضد مالاریا باید ثبت شود و مجوز فروش دریافت کند (یعنی، کدام داروها، چه میزان دوزی برای مصرف و بسته بندی لازم)، چطور می توان این داروها را به بازار عرضه کرد، چه کسی می تواند آنها را تجویز کند (و چگونه)، چه کسی می تواند آنها را بفروشد یا توزیع کند (و چگونه) و چه پادمان هایی باید برای محافظت از بیماران در برابر داروهای تقلبی یا غیراستاندارد استفاده شود.
- تیم های شبکه های سیاستی آگاه از شواهد از هر کشور مشارکت کننده سیاست هایی را متشکل از «بسته های» مختلف تمهیدات نظام سلامت در نظر گرفتند. مثلا، یکی از کشورها موارد زیر را در نظر گرفت:
 - استفاده از کادر درمان برای درمان احتمالی مالاریای خفیف با آرتمیسیسین (تمهیدات تحویل دارو)
 - معرفی یارانه های آرتمیسیسین در بخش خصوصی برای حمایت از مصرفشان (تمهیدات مالی) و نظارت بر پایبندی به سیاست یارانه (تمهیدات راهبری) و
 - ارائه مشوق ها به تجویزکنندگان دارو (خصوصا پرستاران و پزشکان) برای دوره ی زمانی محدود جهت تشویق گذر به رویکرد درمانی جدید (تمهیدات مالی)
- تیم هایی متشکل از افرادی که در سناریوهای دوم و سوم قبلا ذکر شده شرکت کردند با استفاده از سوالات انگیزشی 2 تا 6 هزینه ها و تبعات هر سیاست را توصیف کردند.

نمونه هایی از ماهیت شواهد تحقیقاتی که در مورد هر سیاست جستجو می شود	نوع اطلاعات در مورد هر سیاست
<ul style="list-style-type: none"> • مردم: همه به جز گروه های سنی زیر 5 سال (که با برنامه ی جداگانه ای درمان شدند) و زنان باردار (که موارد ابتلایشان به مالاریا پیچیده تلقی شد و در نتیجه خارج از محدوده ی این مولفه ی رهنمود سازمان بهداشت جهانی قرار گرفت) • گزینه: بالا را ببینید • مقایسه: وضع فعلی • نتایج: هم شاخص های فرایند (مثلا، میزان پوشش) و هم شاخص های نتیجه (مثلا، نجات جان بیماران) 	مزایا
<ul style="list-style-type: none"> • مانند موارد بالا، به جز نتایجی که در آن شاخص های فرایندی مدنظر شامل پایبندی کادر درمان به رهنمودهای عدم وجود مالاریا می شد. دلیلش ترس از این بود که آرتمیسیسین موجب کاهش بودجه ی درمان سایر بیماری های مهم شود 	مضرات بالقوه
<ul style="list-style-type: none"> • هزینه های جمع آوری شده در محیط شخصی شان • ارزیابی اقتصادی با استفاده از دیدگاه اجتماعی انجام شد، با توجه به اینکه سیاست گذاران نقششان را به عنوان مباشر نظام سلامت کل و نه فقط پرداخت کنندگان هزینه ی برنامه ها، خدمات و داروهای با بودجه دولت ایفا می کردند 	هزینه ها و مقرون به صرفگی
<ul style="list-style-type: none"> • سیاست گذاران قبلا سرمایه گذاری سنگینی در کادر درمان کامیونیتی انجام داده بودند و می خواستند بدانند آیا ویژگی های مشترک کادر درمان کامیونیتی و کارکنان بهداشتی غیرمتخصص به اندازه ایست که به آنها امکان دهد انتظار مزایای مشابه فقط از کارکنان بهداشتی غیرمتخصص داشته باشند 	عناصر کلیدی سیاست پیشنهادی (چه عملکردی دارد و چرا موثر است)
<ul style="list-style-type: none"> • سیاست گذاران می دانستند که فروشندگان دارو نه متخصصان درمان یا کارکنان بهداشتی غیرمتخصص بخش قابل توجهی از داروهای مالاریا را توزیع می کنند. بنابراین، می خواستند اطلاعات بیشتری در مورد دیدگاه ها و تجارب این فروشندگان کسب کنند. 	دیدگاه ها و تجارب ذینفعان

2. چه مزایایی برای آنهایی که تحت تاثیر سیاست‌ها قرار می‌گیرند، مهم است و کدام مزایا احتمالا با انتخاب هر

سیاست بدست می‌آید؟

شناسایی هزینه‌ها و تبعات سیاست‌ها مرحله‌ی دوم تدوین سیاست‌ها است. گام اول در این مرحله‌ی دوم تعیین مزایای احتمالی (یا اثرات مثبت) هر سیاست است. سیاست‌گذاران باید تصمیم بگیرند کدام مزایا احتمالا برای افرادی که تحت تاثیر تصمیمات اتخاذشده قرار می‌گیرند، مهم است. مثلا، برخی از مطالعات ممکن است بر مسائل مربوط به نجات جان بیماران تمرکز کنند، درحالی که سایر مطالعات به کیفیت سلامت محور زندگی می‌پردازند. سایر مطالعات ممکن است بر نتایج متوسط نظیر میزان پوشش درمان موثر تمرکز کنند. سیاست‌گذاران باید تصمیم بگیرند آیا به گروه‌های خاصی از افراد (مثلا، کودکان، بزرگسالان یا سالمندان) و مقایسه‌های خاص (مثلا، مقایسه‌ی گزینه‌ی عدم انجام اقدام خاص با گزینه‌ی ارائه‌ی مراقبت استاندارد) علاقه‌مند هستند.

کلمه‌ی اختصاری «POCO» به چهار عنصر کلیدی مربوط می‌شود که باید برای شناسایی شواهد تحقیقاتی در مورد مزایای گزینه‌های خاص و اطمینان از استفاده‌ی موثر از شواهد این چنینی استفاده شوند:

- افراد (مثلا، بیماران سالمند با چند عارضه‌ی مزمن)

- گزینه (مثلا، مدیریت و هماهنگی همه‌ی خدمات و امکانات لازم برای مراقبت از بیمار)

- مقایسه (مثلا، مراقبت معمول) و

- نتیجه (مثلا، کیفیت سلامت محور زندگی)

جستجوی شواهد برای شناسایی آن ویژگی‌های سیاست که برای سیاست‌گذاران و ذینفعان دیگر بسیار مهم است، باید حتی‌الامکان دقیق باشد. سیاست‌گذاران باید ارزیابی کنند شواهد تا چه اندازه به سوالاتی که مطرح می‌کنند، مربوط می‌شود. کارآزمایی‌های کنترل‌شده‌ی تصادفی، سری‌های زمانی منقطع و مطالعات کنترل‌شده قبل/بعد مطالعات مناسبی برای پاسخ به سوالات در مورد مزایا هستند. دقت لازم برای به حداقل رساندن این احتمال که تاثیر اندازه‌گیری‌شده‌ی سیاست به عامل دیگری که هنوز اندازه‌گیری نشده ربط داده شود، ویژگی همه‌ی این مطالعات است (برای مرور اطلاعات لازم در مورد گزینه‌ی

سیاستی و نوع مطالعه‌ی مربوطه به جدول 2 رجوع شود). اغلب، سیاست‌گذاران می‌توانند بررسی‌های نظام‌مند این نوع مطالعات را بیابند و این امر موجب صرفه‌جویی چشمگیر در وقتشان می‌شود. در بخش 7، در مورد نحوه‌ی یافتن بررسی‌های نظام‌مند بحث می‌کنیم. به محض اینکه بررسی‌های نظام‌مند این چنینی یافت شود، سیاست‌گذاران باید کیفیتشان را ارزیابی کنند و یافته‌ها را برحسب کاربرد محلی و استفاده‌ی عادلانه‌ی از آنها بررسی کنند (جدول 3).

جدول 2: انواع طراحی‌های مطالعه که برای ارائه‌ی انواع اطلاعات در مورد گزینه‌های سیاستی مناسب هستند

تعریف	طراحی‌های مطالعه که برای ارائه‌ی اطلاعات مناسب است	نوع اطلاعات در مورد گزینه‌ی سیاستی
<ul style="list-style-type: none"> مطالعه‌ی تجربی که در آن افراد به‌طور تصادفی به برنامه‌ها و سیاست‌های خاص اختصاص می‌یابند (مثلا، استفاده از شیر یا خط یا فهرستی از اعداد تصادفی ایجادشده توسط کامپیوتر) 	کارآزمایی‌های کنترل‌شده تصادفی	مزایا (مثلا، اثرات مثبت)
<ul style="list-style-type: none"> مطالعه مشاهدات را در نقاط زمانی متعدد قبل و بعد از معرفی سیاست یا برنامه استفاده می‌کند (این مورد وقفه نامیده می‌شود). طراحی تلاش می‌کند بفهمد آیا سیاست یا برنامه تأثیری چشمگیرتر از روند زیربنایی در طول زمان دارد یا خیر 	سری‌های زمانی منقطع Interrupted time series	
<ul style="list-style-type: none"> مطالعه‌ای که در آن مشاهدات قبل و بعد از اجرای سیاست یا برنامه، هم در گروهی که در معرض سیاست یا برنامه قرار گرفته است و هم در گروه کنترلی که برنامه برایش اجرا نشده است، ثبت می‌شود. جمع‌آوری داده همزمان در دو گروه انجام می‌شود 	مطالعات قبل/بعد کنترل‌شده*	
<ul style="list-style-type: none"> مطالعه‌ای که در آن مشاهدات در مورد افراد در معرض برنامه یا سیاست ثبت می‌شود. داده‌ها را می‌توان از پایگاه داده‌های روتین، نظرسنجی از جمعیت یا منابع دیگر استخراج کرد 	مطالعات موثر (بالا را ببینید) مطالعات مشاهده‌ای	صدمات بالقوه (یعنی، اثرات منفی)
<ul style="list-style-type: none"> مطالعاتی که در آن هزینه‌های نسبی (هزینه‌ها) و نتایج (اثرات) دو یا چند راهکار مقایسه می‌شود 	مطالعات درمورد مقرون به صرفگی	هزینه‌ها و مقرون به صرفگی
<ul style="list-style-type: none"> مطالعه در محیط طبیعی انجام می‌شود و معمولا بر تفسیر پدیده‌ها برحسب برداشت افراد از آنها تمرکز دارد. معمولا، داده‌های روایی از افراد یا گروه‌های «مطلع» (از طریق مصاحبه، گروه‌های کانونی، مشاهده‌ی شرکت‌کننده‌ها) یا از اسناد جمع‌آوری می‌شود. سپس، محققان آنها را تفسیر می‌کنند. 	مطالعات کیفی در کنار مطالعه‌ی اثرات انجام شده (یعنی، ارزیابی فرایند)	عناصر کلیدی گزینه‌ی سیاستی (چگونه و چرا موثر است)
<ul style="list-style-type: none"> بالا را ببینید بالا را ببینید 	مطالعات کیفی مطالعات مشاهده‌ای	دیدگاه‌ها و تجارب ذینفعان

* یافتن این مطالعات می‌تواند بسیار وقت‌گیر باشد و اطلاعات اندکی فراهم کند. دلیلش می‌تواند این باشد که افراد در معرض برنامه و افرادی که در معرض برنامه نبوده‌اند از جهات مهمی با هم تفاوت دارند. بنابراین، اثرات را می‌توان به تفاوت بین گروه‌ها نه تفاوت در مواجهه با برنامه ربط داد.

جدول 3: مسائلی که باید هنگام ارزیابی شواهد تحقیقاتی در مورد مزایا، مضرات و هزینه‌های گزینه‌ها در نظر گرفت

مسئله	چرا توجه به مسئله مهم است	منبع اطلاعات اضافی
کیفیت	شواهد تحقیقاتی بی کیفیت (یعنی، معتبر، قابل اطمینان یا دقیق نیست) می‌تواند برداشت غلطی از هزینه‌ها و تبعات احتمالی سیاست به سیاست‌گذاران دهد	بخش 8 این مجموعه مقالات نحوه‌ی ارزیابی کیفیت بررسی‌های نظام‌مند را خطاب قرار می‌دهد. بخش 16 نحوه‌ی استفاده از ترازنامه را برای ارزیابی کیفیت شواهد بررسی می‌کند.
کاربردپذیری	شواهد تحقیقاتی که در کشورهای دیگر تولید شده می‌تواند ارزشمند باشد. اما سیاست‌گذاران باید بررسی کنند احتمال متفاوت بودن هزینه‌ها و تبعات سیاست در کشور خودشان چقدر است.	بخش 9 نحوه‌ی ارزیابی کاربردپذیری یافته‌های بررسی‌های نظام‌مند را برای محیط خاصی بررسی می‌کند.
عدالت	شواهد تحقیقاتی متمرکز بر اثرات کلی یا اثرات میان گروه‌های برخوردار از امکانات می‌تواند ارزشمند باشد. با این حال، سیاست‌گذاران باید در نظر بگیرند چقدر احتمال متفاوت بودن هزینه‌ها و تبعات گزینه در گروه‌های محروم وجود دارد	بخش 10 بررسی می‌کند که هنگام ارزیابی یافته‌های بررسی نظام‌مند، چگونه باید عدالت را مدنظر قرار داد.

3. برای آنهایی که تحت تاثیر برنامه‌ها یا سیاست‌ها قرار دارند، چه مضراتی مهم است و چه مضراتی با اجرای هر

سیاست محتمل می‌شود؟

در این مرحله‌ی، مضرات احتمالی (اثرات منفی) هر سیاست یا برنامه مشخص می‌شود. مجدداً، سیاست‌گذاران باید تصمیم بگیرند کدام مضرات برای افراد تحت تاثیر تصمیماتشان مهم خواهد بود. برخی مطالعات به نتایج نادری نظیر مرگ و میر می‌پردازند. مطالعات دیگر ممکن است به نتایج مکررتری نظیر اثرات جانبی خفیف دارو بپردازند یا بر نتایج «متوسط» تمرکز داشته باشند (مثلاً کادر درمان غیرتخصصی که از آنها خواسته شده وظیفه‌ی جدیدی را برعهده گیرند، وظایف معمولشان را ترک می‌کنند). کلمه‌ی اختصاری «POCO» که قبلاً به آن اشاره کردیم برای ساختار بندی جستجوی شواهد صدمات استفاده می‌شود.

مطالعات بسیار متنوعی برای پاسخ به سوالات در مورد مضرات وجود دارد. اطلاعات در مورد مضرات را گاهی می‌توان از مطالعات اثربخشی بدست آورد. اما اغلب، اطلاعات را می‌توان در مطالعات مشاهده‌ای بدست آورد که افراد در معرض سیاست یا برنامه را ردیابی می‌کند و مهم نیست مواجهه با سیاست یا برنامه بخشی از آزمایش خاص آن سیاست بوده است یا خیر (مثلاً، سیستم نظارت بر دارو در مقیاس بزرگ). مزایا و معایب این منابع داده‌ای متفاوت در جای دیگری عنوان شده

است. سیاست‌گذاران گاهی می‌توانند بررسی‌های نظام‌مند این نوع مطالعات را بیابند و باید کیفیت و کاربردپذیری و همچنین مقوله‌ی عدالت را ارزیابی کنند (برای اطلاعات بیشتر در مورد یافتن بررسی‌های نظام‌مند به بخش 7 رجوع شود). همچنین، سیاست‌گذاران می‌توانند شواهد محلی را در مورد مضرات بیابند و این مسئله در بخش 11 بحث و بررسی می‌شود. به محض شناسایی مضرات بالقوه، شناسایی اینکه چه اقداماتی می‌توان برای کاهش این مضرات انجام داد، گام بعدیست.

4. هزینه‌های محلی هر گزینه‌ی سیاستی چیست و آیا شواهد محلی در مورد مقرون‌به‌صرفگی‌شان وجود دارد؟

تعیین هزینه‌های هر گزینه‌ی سیاستی و در صورت امکان، مقرون‌به‌صرفگی نسبی آن، گام بعدی در تعیین هزینه‌ها و تبعات گزینه‌های سیاستی است. دو گزینه ممکن است موثر باشد، اما یکی از آنها با هزینه‌ی معین نتایج بهتری ارائه می‌دهد یا با هزینه‌ی کمتری به همان نتایج دست می‌یابد. بخش 12 این مجموعه بررسی می‌کند که چطور شواهد تحقیقاتی در مورد استفاده از منابع و هزینه‌ها را می‌توان برای ارزیابی گزینه‌ها استفاده کرد. در بخش 12، در مورد نحوه‌ی جمع‌آوری داده‌ها در مورد هزینه‌ها در محیطی که گزینه‌های سیاستی اجرا می‌شود، بحث می‌کنیم. همچنین، بحث می‌کنیم چطور عدم‌دقت در برآورد اثرات، چالش‌ها در تفسیر ارزش‌گذاری منابع مورد استفاده و ماهیت «جعبه سیاه» مدل‌سازی اغلب شواهد تحقیقاتی را در مورد مقرون‌به‌صرفگی محدود می‌کند.

ارزیابی‌های اقتصادی اغلب می‌تواند چارچوب مفیدی برای بررسی مسائل مقرون‌به‌صرفگی فراهم کند - حتی اگر لازم باشد مانند انواع دیگر مطالعات، سیاست‌گذاران می‌توانند نتایج ارزیابی اقتصادی را محتاطانه در نظر بگیرند. نباید فراموش کرد که ارزیابی‌های اقتصادی همیشه از چشم‌انداز خاص ارائه‌دهنده، پرداخت‌کننده یا جامعه‌ی بزرگتر انجام می‌شود. سیاست‌گذاران و سایر ذینفعان باید از دیدگاه خاصی که برای هر تحلیل اقتصادی اتخاذ می‌کنند، آگاه باشند.

5. چه تغییراتی می‌توان در هر سیاست یا برنامه‌ی خاص ایجاد کرد و آیا این تغییرات می‌تواند مزایا، مضرات و

هزینه‌های آن را تغییر دهد؟

تعیین اینکه آیا گرایش یا فشار زیاد برای انطباق سیاست یا برنامه‌ی قبلا امتحان شده در مناطق دیگر وجود دارد یا خیر مرحله‌ی یکی مانده به آخر در تعیین هزینه‌ها و تبعات سیاست یا برنامه است. در این مورد، سیاست‌گذاران باید مطالعات کیفی (گاهی ارزیابی‌های فرایند نامیده می‌شود) را که به همراه مطالعه‌ی اثرات انجام شده است، جستجو کنند. مطالعات این چنینی می‌تواند به شناسایی چگونگی و علت تاثیرگذاری سیاست یا برنامه کمک کند. با استفاده از این ارزیابی‌ها می‌توان آگاهانه تصمیم گرفت آیا عناصر خاصی از سیاست یا برنامه بسیار مهم است (و باید حفظ شود) و کدام عناصر سیاست یا برنامه مهم نیست (و بنابراین می‌تواند حذف یا اصلاح شود). بخش 4 نکاتی برای یافتن مطالعات کیفی ارائه می‌کند.

6. کدام دیدگاه‌ها و تجارب ذینفعان می‌تواند بر مقبولیت سیاست یا برنامه و مزایا، مضرات و هزینه‌هایش تاثیر گذارد؟

تعیین اینکه آیا دیدگاه‌ها و تجارب ذینفعان می‌تواند بر مقبولیت و تاثیر سیاست‌ها تاثیر گذارد یا خیر، گام آخر در تعیین هزینه‌ها و تبعات سیاست‌هاست. شهروندان و دریافت‌کنندگان خدمات درمانی، ارائه‌دهندگان خدمات درمانی، مدیران فعال در سازمان‌های درمانی و سیاست‌گذاران ذینفعان محسوب می‌شوند. اگر احتمال تاثیرگذاری دیدگاه‌ها و تجارب ذینفعان وجود داشته باشد، سیاست‌گذاران و حامیان‌شان باید به دنبال مطالعات کیفی باشند که مشخصا دیدگاه‌ها و تجارب این ذینفعان را بررسی می‌کند. جدول 4 رهنمودی در مورد شناسایی انواع مختلف شواهد تحقیقاتی ارائه می‌کند.

نتیجه‌گیری

مجموعه‌ی مناسبی از سیاست‌ها و برنامه‌ها برای محیط محلی خاص را می‌توان با تلفیق تفکر خلاق با طبقه‌بندی‌های عمومی یا چارچوب‌های خاص یک مسئله یا حوزه‌ی خاص یا دسته‌بندی این ترکیب‌ها با هم شناسایی کرد. هر گزینه‌ی سیاستی را می‌توان برحسب مزایا، مضرات و هزینه‌ها یا مقرون‌به‌صرفگی احتمالی آن و برحسب اینکه آیا هر گونه تغییر می‌تواند این مزایا، مضرات و هزینه‌ها و دیدگاه‌ها و تجارب ذینفعان مربوطه را تغییر دهد یا خیر، ارزیابی کرد. سیاست‌گذاران باید هنگام استفاده از بررسی‌های نظام‌مند برای پاسخگویی به سوالات در مورد مضرات، مزایا و هزینه‌های سیاست‌ها، کیفیت و کاربردی‌پذیری محلی یافته‌هایشان را در نظر بگیرند. همچنین، آنها باید ملاحظات کلیدی عدالت و برابری را در نظر بگیرند. این ملاحظات

موضوع بخشهای زیر است: بخش 8 (در مورد ارزیابی کیفیت بررسی نظاممند)، بخش 9 (در مورد ارزیابی کاربردپذیری محلی یافته‌های بررسی نظاممند) و بخش 10 (در مورد نظر گرفتن عدالت هنگام ارزیابی یافته‌های بررسی نظاممند). همچنین، سیاست‌گذاران باید بدانند در ارزیابی ارزش نسبی مزایا، مضرات و هزینه‌ها و در ایجاد توازن بین آنها با چالش عملی مواجهند. بخش 16 درباره‌ی همین موضوع است و در مورد استفاده از شواهد تحقیقاتی در ایجاد توازن بین مزایا و معایب سیاست‌ها و برنامه‌های مختلف بحث می‌کند.

جدول 4: یافتن شواهد تحقیقاتی در مورد سیاست‌ها و برنامه‌های پیشنهادی

توصیف هزینه‌ها و تبعات سیاست‌ها و برنامه‌های پیشنهادی مستلزم یافتن و استفاده از انواع مختلف شواهد تحقیقاتی است. در صورت موجود بودن، بررسی‌های نظام‌مند (موضوع بخش 7) به توصیف مزایا، مضرات و ویژگی‌های کلیدی سیاست‌ها و برنامه‌های پیشنهادی و همچنین دیدگاه‌ها و تجارب ذینفعان کمک می‌کند. در غیاب بررسی‌های نظام‌مند، مطالعات واحدی را می‌توان یافت. ارزیابی‌های اقتصادی می‌تواند به توصیف مقرون‌به‌صرفگی سیاست‌ها و برنامه‌های پیشنهادی کمک کند. مجموعه‌ی اول از مراحل دخیل در یافتن بررسی‌ها و مطالعات این چنینی شامل موارد زیر می‌شود:

- تهیه‌ی فهرستی از کلمات یا عباراتی که شامل سیاست یا برنامه‌ی پیشنهادی است (مثلاً، جایگزین کردن عبارت «متخصصان درمانی که در حال حاضر داروی ضد مالاریا را تجویز می‌کنند» با عبارت «کارکنان درمانی غیرمتخصص»)، یافتن مترادف‌ها برای هر سیاست یا برنامه‌ی پیشنهادی (مثلاً، جایگزینی) و یافتن املاهای جایگزین برای هر سیاست یا برنامه‌ی پیشنهادی (مثلاً، دکتر، دکترها، پزشک، پزشکان، پزشکی، طب)
 - تصمیم‌گیری در مورد اینکه آیا بررسی‌های نظام‌مند یا مطالعات پژوهشی واحد موضوع تحقیقات است یا خیر و
 - ارائه‌ی هرگونه جزئیات اضافی که جستجو را محدود می‌کند (مثلاً، کودکان، بزرگسالان)
- مجموعه‌ی دوم از مراحل به شرح زیر است:

- کلمات و عباراتی را انتخاب کنید که برای شناسایی مقاله لازم هستند (مثلاً، جایگزینی، کادر درمان غیرمتخصص و بررسی نظاممند)، آن کلمات و عبارات را با «و» به هم وصل کنید و هر اصطلاح را داخل کروشه قرار دهید
 - کلمات و عباراتی را انتخاب کنید که برای آن فقط یک کلمه نیاز است (مثلاً، پزشک و مترادف آن) و آنها را با «یا» به هم وصل کنید و آنها را داخل کروشه قرار دهید و
 - مجموعه کروشه‌ها را با استفاده از «و» به هم وصل کنید
- مجموعه‌ی سوم مراحل به شرح زیر است:
- پایگاه‌داده‌ی مربوطه را در مرورگر اینترنت باز کنید
 - کلمات و عبارات و عملگرهای ارتباطی «و»/«یا» را در فیلد جستجو وارد کنید و
 - روی آیکون مناسب برای شروع جستجو کلیک کنید

بخش ششم : استفاده از شواهد تحقیقاتی برای پرداختن به نحوه‌ی اجرای سیاست

پیش‌زمینه

این بخش سوالاتی را برای سیاست‌گذاران (سناریوی 1) مطرح می‌کند. سیاست‌گذاران باید از کارکنانشان بخواهند هنگام اجرای سیاست جدید برنامه‌ریزی شده به این سوالات پاسخ دهند.

این بخش سوالاتی را برای حامیان سیاست‌گذاران (سناریوهای 2 و 3) مطرح می‌کند که هنگام بحث در مورد اجرای برنامه و رویکردهای به‌طور بالقوه مفید باید مدنظر قرار دهند.

پروژه‌ی اجرای سیاست می‌تواند چالش‌برانگیز باشد و اغلب به‌صورت غیرنظام‌مند انجام می‌شود. با برنامه‌ریزی دقیق می‌توان از مختل شدن سیاست‌های خوب به دلیل اجرای ضعیف جلوگیری کرد. اما فرایند اجرای سیاست همیشه ساده نیست: ممکن است شامل مجموعه‌ی پیچیده‌ای از اقدامات در سطوح مختلف در نظام سلامت و داخل کامیونیتی‌ها شود.

مسئولان اجرای سیاست باید دو مقوله‌ی کلیدی را در نظر داشته باشند: چطور می‌توان فعالیت‌های مربوط به سیاست را برای تولید تغییرات میدانی واقعی اجرا کرد؟ و کدام راهبردها برای تسهیل اجرای موثر سیاست در دسترس است؟

هنگام برنامه‌ریزی اجرای سیاست، تعدادی از نقاط ورودی را می‌توان استفاده کرد. رویکرد پیشنهادی ما ابتدا مستلزم شناسایی موانع اجرا و سپس انطباق راهبردهای اجرا برای رفع موانع و پرداختن به تسهیل‌کننده‌هاست.

این بخش مورد سوم از سه بخش در مورد شفاف‌سازی نیاز به شواهد است (بخش‌های 4 و 5) (شکل 1 فرایندهای دخیل در شفاف‌سازی این نیازها را مشخص می‌کند).

سوالاتی که باید در نظر گرفت

1. موانع بالقوه‌ی اجرای موفق سیاست جدید چیست؟

2. چه راهبردهایی را باید در برنامه‌ریزی اجرای سیاست جدید برای تسهیل تغییرات رفتاری ضروری میان دریافت‌کنندگان

خدمات درمانی و شهروندان در نظر گرفت؟

3. چه راهبردهایی را باید در برنامه‌ریزی اجرای سیاست جدید برای تسهیل تغییرات رفتاری ضروری در متخصصان درمانی در نظر گرفت؟

4. چه راهبردهایی را باید در برنامه‌ریزی اجرای سیاست جدید برای تسهیل تغییرات سازمانی ضروری در نظر گرفت؟

5. چه راهبردهایی را باید در برنامه‌ریزی اجرای سیاست جدید برای تسهیل تغییرات ضروری در سیستم‌ها در نظر گرفت؟

شکل 1 شفاف‌سازی نیازها به شواهد

نیازها به شواهد تحقیقاتی را شناسایی کنید

مسئله را شفاف‌سازی کنید

گزینه‌ها را برای رسیدگی به مسئله تدوین کنید
(و تبعات و هزینه‌های هر گزینه را خطاب قرار دهید)

گزینه‌ی 1	گزینه‌ی 2	گزینه‌ی 3
<ul style="list-style-type: none">مزایامضراتهزینه‌ها/مقرون‌به‌صرفگی	<ul style="list-style-type: none">مزایامضراتهزینه‌ها/مقرون‌به‌صرفگی	<ul style="list-style-type: none">مزایامضراتهزینه‌ها/مقرون‌به‌صرفگی

گزینه‌ای را اجرا کنید

1. موانع بالقوه‌ی اجرای موفق سیاست جدید چیست؟

شناسایی موانع احتمالی تغییر نقطه‌شروع مفیدی برای آنهاست که خواهان ایجاد تغییرات هستند. لازم است در طول فرایند برنامه‌ریزی مشخص کنیم موانع اصلی تأثیرگذار بر اجرای موفق سیاست چه هستند و کجا قرار دارند. این چالش‌ها اغلب از

سیاستی به سیاست دیگر و بین موقعیت‌های مختلف متفاوت خواهد بود. هم یافته‌های پژوهشی در مورد موانع اجرای سیاست در محیط‌های دیگر و هم نکات آموخته از تجارب قبلی می‌تواند آموزنده باشد، اما ممکن است کافی نباشد.

هیچ رویکرد استاندارد برای شناسایی موانع تغییر وجود ندارد. این فرایند اغلب به‌طور غیررسمی و با در نظر گرفتن موانع ادراک‌شده به‌طور ضمنی و غیرنظام‌مند انجام می‌شود. رویکرد ساختاریافته‌تری را برای شناسایی موانع پیشنهاد می‌کنیم. افراد متأثر از سیاست، ذینفعان، احتمالاً بهترین موقعیت را برای پیش‌بینی موانع احتمالی اجرای سیاست دارند. روش‌های مختلفی را می‌توان برای کاوش دیدگاه‌های ذینفعان در مورد سیاست‌های جدید از جمله «رویکرد روش‌های ترکیبی» برای انجام به‌اصطلاح «تحلیل تشخیصی» استفاده کرد. این رویکرد می‌تواند شامل طوفان فکری، بحث میان گروه‌های کانونی، مصاحبه و سایر روش‌های کیفی یا ترکیبی از اینها شود. فعالیت‌های این چنینی می‌تواند بینش‌های جدیدی را در مورد برداشت‌های ذینفعان فراهم کند و هم موانع و تسهیل‌کننده‌های اجرای سیاست را شناسایی کند. نظرسنجی‌ها هم می‌تواند مفید باشد. مثلاً، می‌توان از پاسخ‌دهنده‌ها خواست مشخص کنند فهرست موانع بالقوه تا چه حد واقعاً بیانگر موانع تغییر است. نمونه‌های عملی از فرایندهای این چنینی در جدول 1 ارائه شده است.

جدول 1: نمونه‌هایی از نحوه‌ی شناسایی موانع اجرای سیاست

دسترسی به درمان ضدویروسی (ای آر تی) در تانزانیا

درمان ضدویروسی به‌صورت رایگان در بیمارستان‌های مرجع منتخب در تانزانیا از سال 2005 در دسترس بوده است. این درمان به‌عنوان بخشی از سیاست دولت ملی برای ارائه‌ی دسترسی گسترده‌تر به درمان ضدویروسی ارائه شد. با این حال، در دسترس قرار دادن داروها به‌طور خودکار توانایی افراد را برای دسترسی به آنها افزایش نمی‌دهد. برای شناسایی موانع دسترسی به درمان ضدویروسی در محیط خاصی که در آن داروها در دسترس قرار گرفت، تیمی از محققان بحث‌های گروه کانونی را با اعضای کامیونیتی و مصاحبه‌های ژرف را با متقاضیان درمان انجام دادند. محققان دریافتند که «هزینه‌های رفت و آمد و مواد غذایی مکمل، شهرت بیمارستان مرجع برای رفتار غیردوستانه و گیج‌کننده و مشکلات در حفظ درمان بلندمدت دسترسی‌پذیری درمان ضدویروسی را محدود می‌کند». آنها همچنین اذعان کردند که «ترس از انگ» موجب نگرانی بیماران شد، چالش‌هایی را برای تماس با ارجاع‌دهندگان که نمی‌خواستند موقعیتشان فاش شود یا تمایلی به شناسایی «همراه بیمار» نداشتند (که برنامه وجود همراه را الزامی بر شمرده بود)، ایجاد کرد.

غربالگری کلاسترول در آمریکا

محققان آمریکایی موانع مشارکت در غربالگری کلاسترول را هم در بزرگسالان و هم کودکان در ویرجینیای غربی در آمریکا بررسی کردند. محققان نظریه‌ی «رفتار برنامه‌ریزی‌شده» را به‌عنوان چارچوب مفهومی برای ارائه‌ی مدلی برای درک تصمیم‌گیری در فرهنگ‌ها و سیستم‌های اعتقادی خاص استفاده کردند. آنها به تکیه بر این نظریه اذعان کردند که نیت فرد برای اقدام عامل اصلی است که مشخص می‌کند که آیا فرد آن اقدام را انجام خواهد داد یا خیر. محققان مصاحبه‌های نیمه‌ساختاری با استفاده از راهنمای مصاحبه انجام دادند. راهنمای مصاحبه برای استنتاج اطلاعات مربوط به سازه‌های کلیدی نظریه‌ی رفتار برنامه‌ریزی‌شده طراحی شد. یافته‌های آنها نشان می‌دهد که موانع زیست‌محیطی، مالی و نگرشی بر سطوح مشارکت در این غربالگری سلامت تأثیر گذاشت. این موانع شامل نگرانی در مورد نتایج آزمایش، استفاده از سوزن، حفظ حریم خصوصی، ناآگاهی در کامیونیتی و باورهای فرهنگی سنتی و محلی می‌شود.

چندین چارچوب و چک‌لیست برای شناسایی موانع بالقوه‌ی اجرای مداخلات درمانی ایجاد شده است. این چارچوب‌ها اغلب براساس ترکیبی از نظریات رفتاری، داده‌های تجربی و عقل سلیم است و ابزارهای مفیدی برای هدایت پروسه‌ی شناسایی موانع هستند. برخی از چارچوب‌ها طیف وسیعی از موانع بالقوه را در بخش‌های مختلف نظام سلامت پوشش می‌دهند. مثلا، در یک چارچوب، موانع طبق سطح محدودیت‌ها دسته‌بندی می‌شود. این سطوح عبارتند از: خانواده و کامیونیتی، ارائه‌ی خدمات درمانی، سیاست بخش سلامت و مدیریت راهبردی، کاهش سیاست‌های عمومی در بخش‌های مختلف و ویژگی‌های محیطی و موقعیتی. نمونه‌هایی از موانع شناسایی شده در هر کدام از این سطوح در جدول 2 نشان داده شده است.

با تمرکز بر محدودیت‌های اجرای سیاست در سه سطح در نظام سلامت، رویکرد مشابهی را اتخاذ کرده‌ایم:

- میان شهروندان و دریافت‌کنندگان خدمات درمانی

- میان متخصصان درمانی

- در سطح سازمانی

به محض شناسایی موانع احتمالی اجرای سیاست، گام بعدی شناسایی راهبردها یا مداخلات اجرای سیاست است که می‌تواند به این موانع بپردازد (جدول 3 مثال‌هایی از پیوند احتمالی بین موانع و مداخلات میان شهروندان و دریافت‌کنندگان خدمات درمانی نشان داده می‌شود). شواهد موجود در مورد اثربخشی و هزینه‌های راهبردها و همچنین دیدگاه‌های ذینفعان باید به انتخاب راهبردها کمک کند. مقوله‌ی چگونگی یافتن شواهد و ارزیابی آنها در بخش‌های دیگر بررسی خواهد شد.

جدول 2: محدودیت‌های بهبود دسترسی به مداخلات درمانی در اولویت برحسب سطح

سطح محدودیت	انواع محدودیت
1. سطح کامیونیتی و خانواده	<ul style="list-style-type: none"> • عدم تقاضا برای مداخلات موثر • موانع استفاده از مداخلات موثر (فیزیکی، مالی، اجتماعی)
2. سطح ارائه‌ی خدمات درمانی	<ul style="list-style-type: none"> • کمبود و توزیع کارکنان واجد شرایط • مدیریت و نظارت بر برنامه و راهنمایی فنی ضعیف • داروها و منابع پزشکی ناکافی • کمبود تجهیزات و زیرساخت از جمله دسترسی‌پذیری ضعیف خدمات درمانی
3. سطح مدیریت راهبردی و سیاست بخش سلامت	<ul style="list-style-type: none"> • سیستم‌های ضعیف و بیش از حد متمرکز برای برنامه‌ریزی و مدیریت • سیستم تامین و سیاست‌های دارویی ضعیف

<ul style="list-style-type: none"> • مقررات ناکافی بخش‌های دارویی و خصوصی و شیوه‌های نامناسب صنعت • فقدان اقدام بین‌بخشی و مشارکت برای سلامت بین جامعه‌ی مدنی و دولت • مشوق‌های ضعیف برای استفاده‌ی کارآمد از درون‌دادها و پاسخ‌گویی ضعیف به اولویت‌ها و نیازهای کاربران • اتکا به بودجه‌ی ختیران که انعطاف‌پذیری و مالکیت را کاهش می‌دهد • شیوه‌های ختیران که به سیاست‌های کشور صدمه می‌زند 	
<ul style="list-style-type: none"> • بوروکراسی دولت (قوانین خدمات اجتماعی در خصوص پرداخت، سیستم‌های مدیریت متمرکز، اصلاحات خدمات اجتماعی) • دسترس‌پذیری ضعیف زیرساخت ارتباطی و حمل و نقل 	<p>4. سیاست‌های عمومی که بخش‌های مختلف را تحت تاثیر قرار می‌دهد</p>
<ul style="list-style-type: none"> • چارچوب کلی سیاست و راهبری <ul style="list-style-type: none"> - فساد، دولت ضعیف، حاکمیت ضعیف قانون و قابلیت‌اجرای قراردادها - بی‌ثباتی و ناامنی سیاسی - اولویت‌دهی پایین به بخش‌های اجتماعی - ساختارهای ضعیف برای پاسخگویی عمومی - فقدان مطبوعات آزاد • محیط فیزیکی <ul style="list-style-type: none"> - آسیب‌پذیری اقلیمی و جغرافیایی در برابر بیماری - محیط فیزیکی نامساعد برای ارائه‌ی خدمات 	<p>5. ویژگی‌های محیطی و موقعیتی</p>

2. چه راهبردهایی را باید در برنامه‌ریزی اجرای سیاست جدید برای تسهیل تغییرات رفتاری ضروری میان

دریافت‌کنندگان خدمات درمانی و شهروندان در نظر گرفت؟

رفتار شهروندان و دریافت‌کنندگان خدمات درمانی، خصوصاً در رابطه با استفاده از خدمات درمانی (مثلاً، استفاده‌ی ضعیف، عدم پایبندی به تغییرات توصیه‌شده در سبک زندگی یا برنامه‌های درمانی و غیره) مانع به‌طور بالقوه مهمی برای اجرای موفق سیاست است. باید درک کرد چرا دریافت‌کنندگان خدمات درمانی به شیوه‌ای خاص رفتار می‌کنند، زیرا رفتار آنها بر انتخابشان در استفاده از خدمات درمانی تاثیر خواهد گذاشت. مطالعات کیفی به‌خوبی انجام شده می‌تواند اطلاعاتی را در مورد رفتار دریافت‌کنندگان خدمات درمانی فراهم کند.

کارگروه سازمان جهانی بهداشت چارچوبی را در مورد پایداری به درمان‌های بلندمدت پیشنهاد کرده است. این چارچوب را می‌توان برای شناسایی عوامل تاثیرگذار بر رفتار دریافت‌کنندگان خدمات درمانی و شهروندان استفاده کرد. این کارگروه پنج بعد را پیشنهاد کرده است :

- عوامل اجتماعی-اقتصادی
- عوامل مربوط به خدمات درمانی و نظام سلامت
- عوامل مربوط به درمان
- عوامل مربوط به وضعیت خاص سلامتی بیماران
- عوامل مربوط به بیمار

از آنجاکه این عوامل به‌طور مشخص‌تری به مداخلات بالینی مربوط می‌شود، هنگام بررسی موانع ارائه‌ی تمهیدات درمانی مفید هستند. مثلاً، برخی از عوامل اجتماعی-اقتصادی تاثیرگذار بر پایداری مبتلایان به سل به درمان عبارت است از: فقدان شبکه‌های پشتیبانی اجتماعی موثر و شرایط ناپایدار زندگی، باورهای فرهنگی و عام، قومیت، جنسیت، سن، هزینه‌ی بالای دارو و حمل و نقل و نقش عدالت کیفی.

جدول 3: مثال‌هایی از پیوندهای احتمالی بین موانع و مداخلات میان شهروندان و دریافت‌کنندگان خدمات درمانی

مداخلات احتمالی برای مقابله با موانع شناسایی شده	مانع شناسایی شده برای اجرای سیاست
<ul style="list-style-type: none"> • بررسی اجزای برنامه‌های در حال انجام و شواهد نظرسنجی‌های نظام‌مند در مورد سایر گزینه‌های احتمالی برای شواهد اثربخشی • انجام ارزیابی دقیق برنامه‌ها 	برنامه‌های فعلی بی‌اثر هستند یا اثربخشی‌شان نامعلوم است
<ul style="list-style-type: none"> • بهبود راهبردهای مبتنی بر شواهد برای بهبود کیفیت درمان ارائه‌شده 	رضایت ضعیف از درمان
<ul style="list-style-type: none"> • ایجاد خدمات جدید • استخدام پرسنل جدید • توزیع مجدد منابع 	خدمات مناسب از نظر فیزیکی در دسترس برخی از بیماران/شهروندان نیازمند آنها نیست
<ul style="list-style-type: none"> • آموزش و برنامه‌های آگاهی به کامیونیتی 	انکار شدت بیماری‌شان
<ul style="list-style-type: none"> • تامین وسایل نقلیه برای رفت و آمد یا حمایت مالی برای حمل و نقل 	هزینه‌های رفت و آمد

گروه بررسی ارتباطات و مصرف‌کنندگان کارکنان به‌طور گسترده‌ای تاثیر مداخلات را در بهبود تعامل بین مصرف‌کنندگان و سیستم‌ها و ارائه‌دهندگان خدمات درمانی ثبت کرده است. همچنین، این گروه طبقه‌بندی از مداخلات متمرکز بر شهروندان

و دریافت کنندگان خدمات درمانی ایجاد کرده است. این طبقه‌بندی هنگام تعریف و بررسی انواع مداخلاتی که باید استفاده کرد، مفید خواهد بود. این طبقه‌بندی عبارت است از:

- ارائه‌ی آموزش یا اطلاعات
- حمایت از تغییر رفتار
- حمایت از توسعه‌ی مهارت‌ها و شایستگی‌ها
- حمایت شخصی
- تسهیل ارتباطات و تصمیم‌گیری و
- مشارکت در سیستم

چندین مطالعه و بررسی نظام‌مند اثرات مداخلاتی را ارزیابی کرده‌اند که محدودیت‌های ارائه‌ی موثر خدمات درمانی به شهروندان و دریافت کنندگان خدمات درمانی را بررسی می‌کنند. در یکی از بررسی‌ها، محققان متوجه شدند که مشارکت اعضای کامیونیتی تاثیر مثبتی در غلبه بر محدودیت‌های این چنینی دارد. در این مورد، مشارکت کامیونیتی با استفاده از انواع رویکردهای مداخله‌ای جلب می‌شود. برخی از این رویکردها عبارت است از: آموزش بهداشت (مثلا، جلسات، آموزش‌های گروهی)، تشویق رویکرد مشارکتی (بسیج رهبران و ذینفعان برای درک و پذیرش مداخلات)، استفاده از راهبرد کمک‌رسانی (هدف قرار دادن خانواده‌ها و گروه‌های پرخطر) و آموزش و پایش ارائه‌دهندگان خدمات درمانی (مثلا، پرستارها/مادران). این مداخلات موجب افزایش دانش کامیونیتی در مورد مباحث بهداشتی و توانمندسازی‌شان و همچنین بهبود گستره‌ی واکسیناسیون و اقدامات بهداشتی شد.

اگر موانع اجتماعی-اقتصادی تاثیرگذار محسوب شود، مشوق‌های مالی نظیر کمک‌های مالی مشروط ارزشمند خواهد بود. دلیلش این است که شواهد، خصوصا از کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط، نشان می‌دهد مشوق‌های مالی بر استفاده از خدمات درمانی تاثیر می‌گذارد (برای مشاهده‌ی جزئیات بیشتر به جدول 4 رجوع شود). شواهد شفاف‌تر در مورد تاثیر مشوق‌های مالی در جدول 5 ارائه شده است.

جدول 4: خلاصه‌ای از یافته‌های بررسی نظام‌مند در مورد برنامه‌های کمک مالی مشروط در کشورهای کم درآمد و کشورهای با

درآمد متوسط

- در کل، شواهد نشان می‌دهد برنامه‌های کمک مالی مشروط استفاده از خدمات پیشگیرانه را برای کودکان و زنان افزایش می‌دهد و گاهی وضعیت سلامتی‌شان را بهبود می‌دهد
- تنها یکی از مطالعات تاثیر ارائه‌ی وجوه نقدی مختلف (از 1 تا 3 دلار) را ارزیابی کرد. کمک مالی نسبت افرادی که برای دریافت نتایج آزمایش اچ‌آی‌وی‌شان بازگشتند را دو برابر کرد (72 درصد افراد مشوق مالی دریافت کردند و 39 درصد مشوق مالی دریافت نکردند)
- گردش وجوه لازم برای برنامه‌های سی‌سی‌تی ممکن است چشمگیر باشد، اما بودجه‌ی واقعا انتقال‌یافته تنها بین 4 تا 28 درصد از بودجه‌ی کلی برنامه را شامل می‌شود
- مقرون‌به‌صرفگی برنامه‌های سی‌سی‌تی در مقایسه با مداخلات کلاسیک در سمت عرضه (مثلا، بهبود کمیت و کیفیت زیرساخت و خدمات) بررسی نشده است، زیرا بیشتر برنامه‌های سی‌سی‌تی در محیط‌هایی اجرا شده است که زیرساخت بهداشتی نسبتا کافی داشته‌اند
- اثرات منفی غیرمنتظره می‌تواند رخ دهد. مثلا، یکی از برنامه‌ها افزایش غیرمنتظره‌ی نرخ بارداری را بعد از استفاده از سی‌سی‌تی گزارش کرد، احتمالا به این دلیل که فقط زنان باردار واجد شرایط دریافت کمک مالی بودند

جدول 5: نمونه‌ای از شواهدی که بر طراحی راهبرد اجرای سیاست برای شهروندان و دریافت‌کنندگان خدمات درمانی تاثیر

می‌گذارد

پاداش‌های نقدی برای آگاهی از وضعیت اچ‌آی‌وی در مالاوی

هزینه‌های پولی برای صرف وقت و رفت و آمد و هزینه‌های روانی (مثلا، استرس، نگرانی و ترس یا تجربه‌ی انگ اجتماعی) از جمله موانع بالقوه‌ی دریافت نتایج آزمایش اچ‌آی‌وی هستند. مشوق‌های مالی می‌تواند مستقیما هزینه‌های رفت و آمد و وقت صرف‌شده و هرگونه هزینه‌ی روانی متحمل‌شده را جبران کند. در آزمایش میدانی در منطقه‌ی روستایی مالاوی، مشوق‌های مالی به‌طور تصادفی به افراد داده شد تا از نتایج آزمایش اچ‌آی‌وی‌شان مطلع شوند. وقتی هیچ مشوق مالی ارائه نشد، تنها یک سوم افرادی که تست اچ‌آی‌وی داده بودند برای دریافت نتایجشان بازگشتند. در مقابل، وقتی مشوق‌های مالی جزیی ارائه شد، دو سوم افراد برای دریافت نتیجه‌ی آزمایش اچ‌آی‌وی بازگشتند.

اگر عاملی نظیر ناآگاهی بیمار مانع مهمی برای اجرای سیاست تلقی شود، مداخلات برای آگاهی‌بخشی بیماران ارزشمند خواهد بود. بررسی نظام‌مند نشان داده است که مداخلات رسانه‌های جمعی می‌تواند مشوق افراد برای استفاده از خدمات درمانی باشد. اما این یافته را باید با احتیاط در نظر گرفت، زیرا این مطالعه تقریبا منحصر در کشورهای پردرآمد انجام شد و در نتیجه ممکن است برای سایر کشورها کاربرد نداشته باشد.

3. چه راهبردهایی را باید در برنامه‌ریزی اجرای سیاست جدید و تسهیل تغییرات رفتاری متخصصان سلامت در نظر

گرفت؟

اجرای سیاست یا برنامه اغلب مستلزم تغییر رفتار متخصصان مسئول اجرای میدانی سیاست درمانی است. تغییر رفتار متخصصان همیشه لزوماً به‌طور خودکار رخ نمی‌دهد. رویکردهای فعال و هدایت‌شده برای تغییر رفتار متخصصان لازم خواهد بود. شناسایی موانع تغییر یا عوامل تاثیرگذار بر ارائه‌ی خدمات درمانی به طراحی مداخلات اجرای سیاست کمک می‌کند. کابانا و همکاران تحقیقاتی که موانع پایبندی پزشکان به رهنمودها را خطاب قرار دادند، به‌طور نظام‌مند بررسی کردند. بررسی نظام‌مند آنها هفت دسته‌ی اصلی از موانع را شناسایی کرد. این دسته‌بندی‌ها را می‌توان چارچوبی برای شناسایی موانع اجرای سیاست میان پزشکان محسوب کرد:

- ناآگاهی
- ناآشنایی
- اختلاف نظر
- فقدان خودکارآمدی
- فقدان انتظار نتیجه
- عدم تغییر شیوه‌های قبلی
- موانع خارجی

جدول 6 با ارائه‌ی مثال‌هایی نشان می‌دهد چطور شناسایی موانع می‌تواند به اجرای سیاست کمک کند.

گروه بررسی اقدام موثر و سازماندهی مراقبت (ای‌پی‌اوسی - The Effective Practice and Organisation of Care) در بنیاد همکاری کاکرین طبقه‌بندی از مداخلات متمرکز بر ارائه‌دهنده‌ی خدمات درمانی ایجاد کرده است. همچنین، این گروه انواع مداخلاتی را بررسی می‌کند که قرار است اجرا شوند. این مداخلات عبارت است از:

- مطالب آموزشی
- جلسات آموزشی
- ملاقات‌های حضوری آموزشی

- رهبران فکری محلی
- فرایندهای اجماع محلی
- داوری همتا
- ممیزی و بازخورد
- یادآورها و اعلانها
- مداخلات انطباق یافته
- مداخلات با کمک بیمار
- مداخلات چندوجهی

جدول 6: مثالهایی از ارتباط احتمالی بین موانع و مداخلات میان متخصصان درمانی

مداخلات احتمالی برای رفع موانع شناسایی شده	موانع شناسایی شده برای اجرای سیاست
• روش‌های ارائه‌ی اطلاعات (کمک‌رسانی آموزشی، آموزش)	ناآگاهی
• شناسایی رهبران فکری که می‌توانند حامی سیاست جدید باشند	مخالفت با سیاست
• ارائه‌ی غرامت اقتصادی	وقت‌گیر بودن

چندین راهبرد با هدف تغییر رفتار متخصصان درمانی با دقت ارزیابی شده است. معمولاً، این ارزیابی‌ها به شکل ارزیابی راهبردهای اجرای رهنمود متمرکز بر متخصصان درمانی انجام شده است. بیشتر این ارزیابی‌ها، نه همه‌ی آنها، در کشورهای پردرآمد انجام شده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که بسیاری از مداخلات می‌تواند تا حد متوسطی تاثیر موثری بر رفتار حرفه‌ای داشته باشد. اما مداخلات منفعل نظیر توزیع رهنمودها یا برگزاری جلسات آموزشی تاثیرات کمتری داشته‌اند. ملاقات‌های حضوری آموزشی و مداخلات چندوجهی که مشخصاً موانع شناسایی شده برای تغییر را هدف می‌گیرند نویدبخش‌ترین رویکردها هستند.

مشوق‌های مالی ابزاری برای تاثیرگذاری بر رفتار حرفه‌ای محسوب می‌شوند. اما تاثیر مشوق‌های مالی تقریباً کاملاً در کشورهای پردرآمد ارزیابی شده است. وقتی اهداف رفتاری ساده و به‌خوبی تعریف شده نظیر افزایش ارائه‌ی واکسیناسیون (حداقل در کوتاه‌مدت) برآورده می‌شود، این مشوق‌ها می‌تواند تاثیر بسیار خوبی بر رفتار متخصصان درمانی داشته باشد. با این حال، چند پیامد به‌طور بالقوه منفی برنامه‌های این‌چنینی شناسایی شده است و استفاده از مشوق‌های مالی ممکن است لزوماً مقرون به‌صرفه نباشد.

اقدامات نظارتی ابزارهای کم‌هزینه و موثری برای تغییر رفتار حرفه‌ای هستند، اما گروه‌های حرفه‌ای توجه چندانی به آنها نشان نمی‌دهند. تاثیر مقررات فی‌نفسه به‌عنوان ابزاری برای تغییر رفتار متخصصان درمانی به‌طور نظام‌مند بررسی نشده است، بنابراین دانش محدودی در مورد اثربخشی‌شان وجود دارد. جدول 7 نمونه شواهد گویاتری در مورد تاثیر مداخلات بر تغییر رفتار متخصصان درمانی فراهم می‌کند.

جدول 7: نمونه شواهدی که به طراحی راهبردهای اجرای مداخلات تغییر رفتار متخصصان درمانی کمک می‌کند

<p>ارائه‌ی مشوق‌های مالی به کادر درمان برای افزایش ارائه‌ی خدمات درمانی در هند در سال 2005، دولت هند برنامه‌ی جانانی سوراکشا یوجانا (جی‌اس‌وای) را با هدف کاهش مرگ و میر مادران در حین زایمان و نوزادان از طریق افزایش زایمان‌های بیمارستانی معرفی کرد. ارائه‌ی مشوق‌های مالی به کادر درمان کامیونیتی برای زایمان بیمارستانی زنان تحت مراقبتشان یکی از اجزای کلیدی برنامه بود. از زمان معرفی این برنامه، بسیاری از ایالات هند شاهد افزایش زایمان بیمارستانی بوده‌اند. با این حال، ارزیابی برنامه‌ی این‌چنینی نشان می‌دهد که مشوق‌های مالی برای کادر درمان احتمالاً تاثیر چندانی ندارد.</p> <p>ملاقات‌های حضوری آموزشی برای بهبود درمان آسم در آفریقای جنوبی</p> <p>محققان آفریقای جنوبی دریافته‌اند که دو ملاقات حضوری آموزشی 30 دقیقه‌ای داروساز آموزش‌دیده با پزشکان عمومی موجب پیشرفت بالینی چشمگیری در علائم کودکان مبتلا به آسم شد.</p>
--

4. چه راهبردهایی را باید در برنامه‌ریزی اجرای سیاست جدید برای تسهیل تغییرات سازمانی ضروری در نظر گرفت؟

بسیاری از راهبردها، اقدامات تغییرات سازمانی ضروری را مرحله‌ای از فرایندی در نظر می‌گیرند که موجب تغییر می‌شود. تعریف علت لزوم تغییر و شناسایی موانع تغییر از جمله وظایفی است که در این فرایند باید انجام شود.

پکستون فهرستی از رایج‌ترین موانع تغییرات سازمانی را تهیه کرده است. این فهرست را می‌توان به‌عنوان چارچوبی برای شناسایی موانع استفاده کرد:

- خودخشنودی فرهنگی (مخالفت یا بدبینی)

- عدم ارتباط
- فقدان همسویی و پاسخگویی
- رهبری منفعل یا غایب
- مدیریت خُرد
- نیروی کار با حجم کاری بالا
- سیستم‌ها و ساختارهای نامناسب

روش‌های پرداختن به هر کدام از این موانع در جدول 8 ارائه شده است.

نمونه‌هایی از ابزارها و رویکردهای اغلب توصیه‌شده به سازمان‌های ارزیابی‌کننده‌ی تدارکات برای تغییر عبارتند از:

- مدل‌های تحلیلی برای درک پیچیدگی، وابستگی متقابل و عدم یکپارچگی (نظیر مدل سازمانی شش باکسی ویزورد، مدل 7 اس (S) و مدل‌های فرایندی)

- ابزارهایی برای ارزیابی علت نیاز به تغییرات نظیر تحلیل SWOT

- ابزارهایی برای تعیین اینکه چه کسی و چه چیزی می‌تواند تغییر کند، نظیر تحلیل میدان نیرو و مدیریت کیفی جامع

- ابزارهایی برای ایجاد تغییرات نظیر توسعه‌ی سازمانی، اقدام‌پژوهی و مدیریت پروژه

جدول 8: فهرست پیشنهادی موانع سازمانی رایج برای تغییر

موانع	راهبردهایی برای مقابله با موانع
خودخشنودی فرهنگی (مقاوم یا بدبینی)	• ارائه‌ی چند «بُرد سنجش‌پذیر - measurable wins» سریع برای نشان دادن علت ضرورت تغییر
عدم ارتباط	• ایجاد راهبرد ارتباطی متمرکز بر موانع ارتباطی شناسایی‌شده در سازمان
فقدان همسویی و پاسخگویی	• نهادینه کردن ساختارهای مناسب مدیریت
رهبری منفعل یا غایب	• مشارکت‌دهی رهبران در تغییرات پیشنهادی
مدیریت خُرد	• توانمندسازی تیم و ارائه‌ی چشم‌اندازی به آنها برای سازمان
نیروی کار با حجم بالای کاری	• نشان دادن مزایای تجدیدنظر در گردش کار به اعضای تیم و استفاده از فرایندها یا فناوری‌های جدید برای کاهش اقدامات بدون ارزش افزوده
سیستم‌ها و ساختارهای نامناسب	• ایجاد ساختارها و سیستم‌های مناسب برای حمایت از ابتکار
فقدان برنامه‌های کنترل برای اندازه‌گیری و حفظ نتایج	• ایجاد سازوکارهایی برای ارزیابی پیشرفت و حفظ نتایج مثبت بدست‌آمده

رایج‌ترین راهبردها برای ایجاد تغییرات سازمانی کاملاً مبتنی بر نظریه یا نظرات و کاربردهای یک‌باره هستند. گاهی این راهبردها با روایات یا مطالعات موردی، عمدتاً از کشورهای پردرآمد تکمیل می‌شوند. دستیابی به شواهد در مورد اثربخشی این راهبردها دشوار است و در نتیجه به‌سختی می‌توان پیش‌بینی کرد آیا روش خاصی احتمالاً موجب تغییرات سازمانی مطلوب خواهد شد یا خیر.

تأثیرات راهبردهای این چنینی مدیریت تغییر نامعلوم است، اما همچنان فرایندهای مفیدی هستند که امکان تفکر کنشگر را در مورد نحوه‌ی تسهیل تغییر در سازمان می‌دهند.

5. چه راهبردهایی را باید در برنامه‌ریزی اجرای سیاست جدید برای تسهیل تغییرات ضروری در سیستم در نظر

گرفت؟

وقتی قرار است سیاستی اجرا شود، تغییرات در کل نظام سلامت لازم خواهد بود. این تغییرات شامل تغییر در تمهیدات راهبری، تمهیدات مالی و تمهیدات تحویل می‌شود. مثلاً، هنگام بررسی تامین مالی سیاستی خاص، آیا دولت باید همه‌ی هزینه‌ها را متقبل شود یا منابع اضافی تامین بودجه لازم است؟ آیا سیستم فعلی می‌تواند با حجم کاری لجستیک یا بوروکراتیک اضافی کنار بیاید یا سازوکار جدیدی برای ارائه‌ی خدمات لازم است؟ شواهد اندکی در مورد نحوه‌ی اجرای تغییرات این چنینی وجود دارد: تصمیم‌گیران معمولاً باید مطالعات موردی و تجارب مناطق دیگر را استفاده کنند. برای مسائل اجرای سیاست خاص، بررسی‌های نظام‌مند می‌تواند مفید واقع شود، مثلاً بررسی‌های نظام‌مندی که به هزینه‌ی گسترش مداخلات مربوط می‌شود یا عواملی که بر پایداری برنامه‌های سلامت تأثیر می‌گذارد. در مرور کلی اخیر، محققان شواهد نظرسنجی‌های نظام‌مند را در مورد تأثیر تمهیدات راهبری، مالی و ارائه‌ی خدمات خلاصه کرده‌اند. همچنین، خلاصه‌ای از راهبردهای اجرا را ارائه کرده‌اند که پتانسیل بهبود ارائه‌ی مداخلات مقرون‌به‌صرفه را در مراقبت‌های بهداشتی اولیه دارند.

هنگام شناسایی لزوم تغییرات سیستم، بررسی اجرای نظام سلامت و شناسایی تغییرات لازم مفید است. چارچوب ارائه‌شده در جدول 9 می‌تواند نقطه‌شروعی برای تحلیل‌های این چنینی باشد.

جنبه‌های اجرای سیاست که در این بخش شرح داده شد باید به سیاست‌گذاران و حامیان‌شان امکان استفاده از رویکرد ساختاریافته‌ای را بدهد که شواهد پژوهشی را در طراحی راهبردهای اجرا استفاده می‌کند. در حال حاضر، برنامه‌های اجرای سیاست اغلب به صورت موردی تدوین می‌شوند و به ندرت آگاه از شواهد موجود هستند. از آنجاکه رویکرد مطرح در این بخش به طور گسترده‌ای استفاده نمی‌شود، اشتراک تجارب را در این حوزه از اجرای سیاست آگاه از شواهد تشویق می‌کنیم.

جدول 9: اجزای مختلف نظام سلامت

تمهیدات راهبری	تمهیدات مالی	تمهیدات تحویل
<ul style="list-style-type: none"> • مقام سیاست‌گذار - چه کسی تصمیمات سیاستی را اتخاذ می‌کند (مثلا آیا تصمیمات این چنینی متمرکز یا غیرمتمرکز هستند)؟ 	<ul style="list-style-type: none"> • تامین مالی - مثلا، چگونه هزینه‌ی برنامه‌ها و خدمات تامین می‌شود (مثلا از طریق طرح‌های بیمه‌ی مبتنی بر کامیونیتی) 	<ul style="list-style-type: none"> • خدمات درمانی به چه کسانی ارائه می‌شود و چه تلاشی برای ارائه‌ی این خدمات صورت می‌گیرد (نظیر مداخلات برای اطمینان از شیوه درمانی که از نظر فرهنگی مناسب است)
<ul style="list-style-type: none"> • مقام سازمانی - مثلا، چه کسی مالک و مدیر کلینیک است (مثلا، آیا کلینیک‌های خصوصی و انتفاعی وجود دارد) 	<ul style="list-style-type: none"> • تامین بودجه - مثلا چگونه کلینیک‌ها برای برنامه‌ها و خدماتی که ارائه می‌دهند، بودجه دریافت می‌کنند (مثلا، از طریق بودجه‌های جهانی) 	<ul style="list-style-type: none"> • چه کسی خدمات درمانی را ارائه می‌کند (مثلا ارائه‌دهندگانی که مستقل کار می‌کنند و ارائه‌دهندگانی که به عنوان بخشی از تیم‌های چندرشته‌ای فعالیت دارند)
<ul style="list-style-type: none"> • مقام تجاری - مثلا، چه کسی داروها را می‌فروشد و توزیع می‌کند و چگونه نحوه‌ی فروششان تنظیم می‌شود 	<ul style="list-style-type: none"> • پرداخت دستمزد - مثلا، چگونه دستمزد ارائه‌دهندگان خدمات پرداخت می‌شود (مثلا، از طریق مالیات بر هر فرد) 	<ul style="list-style-type: none"> • محلی که خدمات در آن ارائه می‌شود - مثلا، آیا خدمات درمانی در خانه یا در مراکز درمانی کامیونیتی ارائه می‌شود
<ul style="list-style-type: none"> • مقام حرفه‌ای - مثلا، چه کسی مجوز ارائه‌ی خدمات درمانی را دارد، چگونه دامنه‌ی طبابتشان مشخص می‌شود و چگونه رسماً به رسمیت شناخته می‌شوند 	<ul style="list-style-type: none"> • مشوق‌های مالی - مثلا، آیا بیماران پولی برای پایبندی به برنامه‌های درمان دریافت می‌کنند 	<ul style="list-style-type: none"> • خدمات درمانی با چه فناوری اطلاعات و ارتباطات ارائه می‌شود - مثلا، آیا سیستم‌های ثبت برای تداوم درمان مناسب هستند
<ul style="list-style-type: none"> • مشارکت مصرف‌کننده و ذینفعان - از چه کسی دعوت می‌شود در فرایند سیاست‌گذاری از خارج از دولت شرکت کند و چطور دیدگاه‌هایشان لحاظ می‌شود 	<ul style="list-style-type: none"> • تخصیص منابع - مثلا، آیا با استفاده از فرمول‌های دارویی مشخص می‌کنند بیماران کدام داروها را رایگان دریافت کنند 	<ul style="list-style-type: none"> • چگونه کیفیت و ایمنی خدمات درمانی پایش می‌شود - مثلا، آیا سیستم‌های پایش کیفی وجود دارد یا خیر

بخش هفتم : یافتن بررسی‌های نظام‌مند

پیش‌زمینه

این بخش سولاتی را برای سیاست‌گذاران مطرح می‌کند (سناریو 1). سیاست‌گذاران باید از کارکنانشان بخواهند هنگام تهیه‌ی گزارش مختصر در مورد شواهد مسئله‌ی دراولویت، گزینه‌های سیاستی برای رفع آن مسئله و ملاحظات اجرای آن سیاست به این سولات پاسخ دهند. این بخش سولاتی را به حامیان سیاست‌گذاران (سناریوی 2 و 3) ارائه می‌دهد که در جستجوی بررسی‌های نظام‌مند، خصوصاً بررسی‌ها در مورد تأثیرات گزینه‌های مدنظر یاری‌شان خواهد کرد. این بخش مورد اول از چهار بخش در این متن است که بر یافتن و ارزیابی بررسی‌های نظام‌مند برای بهبود سیاست‌گذاری تمرکز دارد (بخشهای 8 تا 10). در شکل 1، مراحل دخیل در یافتن و ارزیابی بررسی‌های نظام‌مند برای بهبود سیاست‌گذاری ارائه شده است.

شکل 1. یافتن و ارزیابی بررسی‌های نظام‌مند برای بهبود سیاست‌گذاری



بررسی‌های نظام‌مند به‌طور فزاینده‌ای منبع کلیدی اطلاعات برای سیاست‌گذاران محسوب می‌شود. خصوصاً، بررسی‌های نظام‌مند به تدوین گزینه‌های سیاستی و توصیف تأثیراتشان کمک می‌کند. بررسی‌های نظام‌مند چهار مزیت کلیدی نسبت به مطالعات تکی در توصیف تأثیرات گزینه‌ی سیاستی دارند:

1. بررسی‌های نظام‌مند احتمال اینکه تحقیقات سیاست‌گذاران را گمراه کند، کاهش خواهند داد (زیرا در شناسایی، گزینش، ارزیابی و تلفیق مطالعات، نظام‌مندتر و شفاف‌تر هستند)
 2. بررسی‌های نظام‌مند اطمینان سیاست‌گذاران را به آنچه می‌توانند از گزینه‌ی سیاستی انتظار داشته باشند، افزایش می‌دهد (با افزایش تعداد واحدهای مطالعه)
 3. بررسی‌های نظام‌مند به سیاست‌گذاران امکان می‌دهد بر ارزیابی کاربردپذیری یافته‌های بررسی‌های نظام‌مند برای محیط خودشان تمرکز کنند (به جای اینکه مجبور شوند شواهد تحقیقاتی موجود در مورد محیط‌شان را بیابند و تلفیق کنند). همچنین، بررسی‌های نظام‌مند به سیاست‌گذاران امکان می‌دهد بر جمع‌آوری و تلفیق انواع دیگر شواهد تمرکز کنند. این شواهد عبارتند از: شواهد محلی در مورد امکان‌سنجی فنی، انطباق با ارزش‌های غالب و حال و هوای ملی/استانی فعلی و مقبولیت گزینه‌های سیاستی بالقوه از حیث کارآیی بودجه و میزان حمایت یا مخالفت سیاسی‌شان و
 4. آنها به ذینفعان از جمله گروه‌های حامی مصالح عمومی و گروه‌های جامعه‌ی مدنی امکان می‌دهند شواهد تحقیقاتی را به‌طور سازنده‌ای به چالش بکشند، زیرا شواهد به‌طور شفاف‌تر و نظام‌مندتری در بررسی‌ها گنجانده شده‌اند.
- دو مزیت نخست که در بالا ذکر شد، یعنی، کاهش سوگیری و افزایش دقت (برای استفاده از واژگان فنی محققان) تنها برای بررسی‌های نظام‌مند تأثیرات صدق می‌کند، که برخی از آنها شامل ترکیب آماری یافته‌ها به‌عنوان گام آخر می‌شود. در این موارد، بررسی‌ها «متا‌آنالیز» نامیده می‌شوند.
- بررسی‌های نظام‌مند موضوع اصلی این بخش نیستند، اما به‌طور فزاینده‌ای به‌عنوان منبع کلیدی اطلاعات برای شفاف‌سازی مسائل و ارائه‌ی دیدگاه‌های مکمل در مورد گزینه‌های سیاستی استفاده می‌شوند. همچنین، بررسی‌های نظام‌مند را می‌توان برای موارد زیر انجام داد:

- مطالعات پایگاه‌داده‌های اداری و نظرسنجی‌ها از کامیونیتی که کمک می‌کند مسائل به‌طور تطبیقی در نظر گرفته شوند
- مطالعات مشاهده‌ای که به توصیف مضرات احتمالی گزینه‌ی سیاستی کمک می‌کنند و

• مطالعات کیفی که به درک تفسیر افراد یا گروه‌ها از مسئله، چگونگی و چرایی موثر بودن گزینه‌ها و تجارب و دیدگاه‌های

ذینفعان در مورد گزینه‌های خاص کمک می‌کند

این مسائل در بخش 4 (که بر پروسه‌ی شفاف‌سازی مسئله تمرکز دارد) و بخش 5 (که بر تدوین گزینه‌های سیاستی برای پرداختن به مسئله تمرکز دارد) بحث و بررسی شده است. رویکردهای روش‌شناختی زیادی وجود دارد که می‌توان در بررسی نظام‌مند شواهد تحقیقات کیفی (یا در بررسی‌های نظام‌مند شواهد تحقیقات کمی و کیفی در همان بررسی) استفاده کرد. این رویکردهای روش‌شناختی عبارتند از: خلاصه‌ی روایی، تحلیل موضوعی، نظریه‌ی داده‌بنیاد، فراقوم‌نگاری، فرامطالعه، ترکیب واقع‌گرایانه، تکنیک‌های میان‌موردی، تحلیل محتوا، نظرسنجی موردی، تحلیل تطبیقی کیفی و فراتحلیل بیزی.

چندین محدودیت استفاده‌ی گسترده از بررسی‌های نظام‌مند را در سیاست‌گذاری مختل کرده است. آگاهی محدود از ارزش بررسی‌های نظام‌مند اولین محدودیت کلیدی است. سیاست‌گذارانی که نیازمند بررسی‌های نظام‌مند و شواهد پژوهشی ترکیبی هستند می‌توانند این شواهد را به صورت شفاف و نظام‌مند فراهم کنند. بسیاری از سیاست‌گذاران و محققان صاحب نفوذ در نظام سلامت ابتدا معتقد بودند که بررسی‌های نظام‌مند تنها می‌تواند شامل کارآزمایی‌های کنترل‌شده تصادفی شود و نیازمند نوعی ترکیب آماری است. از نظر آنها، این بررسی‌ها فقط در ارزیابی اثربخشی مداخلات درمانی ارزشمند هستند. باورهای غلط زیربنای این باور بود. بازیابی‌پذیری دومین محدودیت کلیدی است. سیاست‌گذاران نیازمند دسترسی به موقع به بررسی‌های نظام‌مند با کیفیتی هستند که با استفاده از واژگان فنی سیاست‌گذاران بازیابی‌پذیر است. بررسی نظام‌مند عوامل تاثیرگذار بر استفاده از شواهد تحقیقاتی در سیاست‌گذاری نشان داد که زمان‌بندی/به‌موقع بودن احتمال استفاده‌ی سیاست‌گذاران را از تحقیقات افزایش داد. در گذشته، سیاست‌گذاران نمی‌توانستند پایگاه‌داده‌ها را با استفاده از اصطلاحاتی که برایشان آشناست، جستجو کنند. اما همانطور که اکنون توضیح می‌دهیم، شرایط تغییر کرده است.

میزان سهولت در درک و تفسیر بررسی‌های نظام‌مند سومین محدودیت کلیدی است. سیاست‌گذاران نیازمند دسترسی به خلاصه‌های کاربرپسند از بررسی‌های نظام‌مندی هستند که مسئله را برایشان شفاف‌سازی می‌کند یا هزینه‌ها و تبعات گزینه‌ها را برای رسیدگی به مسئله توصیف می‌کند. در گذشته، حتی اگر جستجوها موفقیت‌آمیز بود، چکیده‌های ساختاریافته و

بررسی‌های کاملی را بازیابی می‌کردند که انواع اطلاعات مورد نیاز سیاست‌گذاران را مشخص نمی‌کردند. مجدداً، همانطور که در ادامه توضیح می‌دهیم، این وضعیت هم تغییر کرده است.

سوالاتی که باید در نظر گرفت

سوالات زیر سیاست‌گذاران را در پروسه‌ی یافتن بررسی‌های نظام‌مند برای سیاست‌گذاری راهنمایی می‌کند:

1. آیا بررسی نظام‌مند واقعا نیاز است؟

2. کدام پایگاه‌داده‌ها و راهبردهای جستجو را می‌توان برای یافتن بررسی نظام‌مند مربوطه استفاده کرد؟

3. وقتی هیچ بررسی مربوطه‌ای را نمی‌توان یافت، چه جایگزین‌هایی در دسترس است؟

1. آیا بررسی نظام‌مند واقعا همان چیز است که نیاز است؟

قبل از جستجوی بررسی‌های نظام‌مند، اول باید مشخص کرد آیا بررسی نظام‌مند واقعا همان چیز است که نیاز است. مثلا، اگر سوال سیاستی که مطرح می‌شود تمهیدات خاص نظام سلامت یا برنامه، خدمات یا داروی خاصی را خطاب قرار می‌دهد، بررسی‌های نظام‌مند مناسب خواهد بود. همچنین، بررسی‌های نظام‌مند برای راهبردهای خاص اجرای سیاست متمرکز بر مصرف‌کنندگان (مثلا، شهروندان و دریافت‌کنندگان خدمات درمانی) یا ارائه‌دهندگان خدمات درمانی (با یا بدون مشخصات افراد، مقایسه‌ها و نتایج مدنظر) مفید خواهد بود. بخش 5 نحوه‌ی ساختار بندی سوالات مربوط به تاثیرات گزینه‌های سیاستی را بررسی کرده است.

اگر سوال مدنظر به دسته‌بندی وسیعی (یا چند دسته‌بندی وسیع) از تمهیدات، برنامه‌ها، خدمات نظام سلامت یا داروها یا راهبردهای اجرا مربوط شود، مرور کلی بررسی‌های نظام‌مند می‌تواند اطلاعات مفیدی را فراهم کند. مثلا، بسیاری از سیاست‌گذاران مرور کلی بررسی‌های نظام‌مند را مفید در نظر گرفتند، زیرا تاثیرات طیف کاملی از گزینه‌های سیاستی را بررسی کرد که می‌توان برای بهبود تامین، توزیع، استفاده‌ی کارآمد و عملکرد ارائه‌دهندگان خدمات درمانی استفاده کرد. خلاصه‌ی سیاستی که طیف وسیعی از بررسی‌های نظام‌مند را استفاده می‌کند، مفید خواهد بود. اگر سوال مطرح‌شده از سوی سیاست‌گذاران طیف وسیعی از دغدغه‌ها از جمله شفاف‌سازی مسئله، تدوین گزینه‌های سیاستی و شرح هزینه‌ها و تبعاتشان

و همچنین ملاحظات کلیدی اجرا را خطاب قرار دهد، این خلاصه‌ی سیاستی مفید خواهد بود. خلاصه‌های سیاستی به تفصیل در بخش 13 شرح داده می‌شود.

اگر سوال مطروح به شواهد محلی در مورد واقعیات و محدودیت‌های میدانی، ارزش‌ها و باورهای شهروندان، روابط و مناسبات قدرت گروه ذینفع، محدودیت‌های نهادی و جریان کمک‌های مالی خیران مربوط شود، بررسی‌های نظام‌مند احتمالاً مفید نخواهد بود. بخش 11 به نکات مربوط به یافتن و استفاده از شواهد محلی برای سیاست‌گذاری می‌پردازد.

2. کدام پایگاه‌داده‌ها و راهبردهای جستجو را می‌توان برای یافتن بررسی‌های نظام‌مند مربوطه استفاده کرد؟

وقتی لزوم بررسی نظام‌مند تشخیص داده می‌شود و وقتی سوالی که بررسی نظام‌مند باید خطاب قرار دهد به تاثیرات (یا اطلاعات موجود) تمهیدات نظام سلامت مربوط می‌شود، پایگاه‌داده‌ی Cochrane for Policymakers را می‌توان ابزار جستجوی در اولویت محسوب کرد. دلیلش این است که این پایگاه داده به‌طور رایگان در دسترس است، تمرکز ویژه‌ای بر تمهیدات نظام سلامت دارد و لینک‌هایی را به خلاصه‌های کاربرپسند فراهم می‌کند (و در غیابشان، چکیده‌های علمی) (برای مشاهده‌ی توضیحات آن و سایر پایگاه‌داده‌ها به جدول 1 رجوع شود). این پایگاه‌داده هم بررسی‌های نظام‌مند مربوط به سوالات در مورد تاثیرات و هم بررسی‌های نظام‌مند در مورد انواع دیگر سوالات را ثبت می‌کند.

با این حال، اگر سوالی که بررسی نظام‌مند باید پاسخ دهد به توصیف تاثیرات برنامه‌ها، خدمات یا داروها یا راهبردهای اجرای سیاست برای مصرف‌کنندگان و ارائه‌دهندگان خدمات درمانی مربوط شود، در آن صورت سیاست‌گذاران می‌توانند به دو پایگاه‌داده‌ی دسترسی داشته باشند که ارائه‌دهندگان خدمات درمانی معمولاً استفاده می‌کنند. کتابخانه‌ی کارکین و خصوصاً پایگاه‌داده‌ی بررسی‌های نظام‌مند و پایگاه‌داده‌ی کارکین در مورد بررسی‌های اثرات فقط بررسی‌های نظام‌ندی را ثبت می‌کند که سوالات مربوط به تاثیرات را بررسی می‌کند (جدول 1). پاب‌مد بررسی‌های نظام‌ندی را ثبت می‌کند که به بسیاری از انواع سوالات می‌پردازد. Hedges (یعنی، راهبردهای جستجوی معتبر) به یافتن بررسی‌های نظام‌مند در پاب‌مد کمک می‌کند. همچنین، Hedges برای یافتن بررسی‌های نظام‌مند در سه پایگاه‌داده‌ی دیگر استفاده می‌شود: CINAHL، EMBASE و

PsycINFO

باید به دو نکته‌ی مهم دیگر توجه داشت. نخست، در هر پایگاه داده‌ای، سیاست‌گذاران علاقه‌مند به توصیف تأثیرات با توجه به کمبود وقت، بررسی‌های نظام‌مند بنیاد همکاری کارکنان را اولویت‌بندی کنند (که بررسی‌های کارکنان هم شناخته می‌شود). مشخص شد که این بررسی‌ها کیفیت بالاتری دارند و مکررتر از بررسی‌های گروه‌های دیگر به‌روزرسانی می‌شوند. دوم، ارزیابی‌های فناوری سلامت (یا اچ‌تی‌ای) معمولاً باید طیف وسیعی از ملاحظات اقتصادی، اجتماعی، اخلاقی و حقوقی و همچنین بررسی شواهد تحقیقاتی در مورد اثربخشی فناوری را دربرگیرند. اما برخی از گزارش‌های اچ‌تی‌ای حاوی بررسی نظام‌مندی هستند که می‌توان آن را در محیطی غیر از بستری که گزارش برای آن تولید شده است، استفاده کرد.

جدول 2 با ارائه‌ی مثالی نشان می‌دهد چطور گروه‌هایی از سیاست‌گذاران و حامیان‌شان می‌توانند برای یافتن بررسی‌های نظام‌مند برای پرداختن به مسئله‌ی در اولویت با هم همکاری کنند.

3. وقتی هیچ بررسی مربوطه‌ای را نمی‌توان یافت، چه جایگزین‌هایی در دسترس است؟

به‌رغم اینکه سیاست‌گذاران راحت‌تر می‌توانند بررسی‌های نظام‌مند را در پایگاه داده‌های موجود جستجو کنند و بیابند، گاهی نمی‌توانند هیچ بررسی نظام‌مندی را بیابند. اگر سیاست‌گذاران بتوانند بین 6 تا 18 ماه منتظر بمانند (بسته به پیچیدگی سوال پرسیده‌شده) و منابع ضروری را داشته باشند، یکی از گزینه‌هایشان این است که انجام بررسی نظام‌مند را به گروه تحقیقاتی باتجربه محول کنند. با این حال، اگر جدول زمانی موجود کوتاه‌تر از 6 تا 18 ماه باشد یا منابع محدود باشد، سیاست‌گذاران می‌توانند به جای آن مطالعات تکی را جستجو کنند. در انجام این کار، اساساً خودشان بررسی را حتی نظام‌مندتر انجام می‌دهند. در موقعیت‌های این چنینی، سیاست‌گذاران مقوله‌ی کیفی بررسی‌ها را مدنظر قرار می‌دهند. ابزار مبتنی بر وب برای حمایت از «ارزیابی‌های سریع شواهد» بعداً در این بخش بررسی می‌شود. همچنین، توضیحات بیشتری در مورد کیفیت بررسی‌ها در بخش 8 ارائه شده است.

هنگام جستجوی مطالعات تکی، پایگاه داده‌های خاصی را می‌توان در اولویت قرار داد. پاب‌مد که حاوی بیش از 20 میلیون بررسی نظام‌مند است، اغلب نقطه‌شروع خوبیست. هنگام جستجوی پاب‌مد، Hedges را می‌توان برای محدود کردن جستجوها به انواع مطالعات مربوط به نوع خاصی از سوال استفاده کرد. Hedges برای سایر پایگاه داده‌ها در دسترس است.

جدول 1: پایگاه داده‌هایی که برای یافتن بررسی‌های نظام‌مند جستجو می‌شود

نظرات	پایگاه داده
<p>ویژگی‌ها</p> <ul style="list-style-type: none"> • بدون هیچ هزینه‌ای به صورت آنلاین در دسترس است • منحصرًا بر تمهیدات راهبری، مالی و ارائه‌ی خدمات در نظام‌های سلامت متمرکز است • شامل بررسی‌های کارکنان در مورد تاثیرات، سایر بررسی‌های تاثیرات و بررسی‌هایی که انواع دیگر سوالات را خطاب قرار می‌دهد (مثلا، بررسی مطالعات کیفی) و مرور کلی بر بررسی‌های نظام‌مند و خلاصه‌ی سیاستی می‌شود • لینک‌هایی را به خلاصه‌های کاربرپسند (در صورت وجود) و به چکیده‌های علمی فراهم می‌کند <p>چه محتوایی دارد؟</p> <ul style="list-style-type: none"> • بررسی‌های نظام‌مندی که هر نوع سوال را در مورد تمهیدات راهبری، مالی و ارائه‌ی خدمات در نظام سلامت خطاب قرار می‌دهد • مرور کلی که بسیاری از بررسی‌های نظام‌مندی را شناسایی و تلفیق می‌کند که به چالش یا مسئله‌ی خاص نظام سلامت می‌پردازد <p>چطور می‌توان آن را جستجو کرد؟</p> <ul style="list-style-type: none"> • نوع تمهیدات راهبری، مالی و ارائه‌ی خدمات (با کلیک روی دسته‌بندی مربوطه) • نوع بررسی نظام‌مند، یعنی بررسی تاثیرات، بررسی کارکنان در مورد تاثیرات و بررسی که نوع دیگری از سوال را خطاب قرار می‌دهد • نوع مرور کلی، یعنی خلاصه‌ی سیاستی که عمدتاً برای سیاست‌گذاران نگارش شده است و مرور کلی بر بررسی‌های نظام‌مندی که عمدتاً برای محققان تهیه شده است <p>چه منابعی برای نتایج جستجو فراهم می‌شود؟</p> <ul style="list-style-type: none"> • لینک‌هایی به خلاصه‌ی کاربرپسند که بر اطلاعات مربوط به تصمیم تاکید دارد (در صورت وجود) - ابتکار هماهنگ‌کننده‌ی سیاست مرکز استرالیایی کارکنان (عمدتاً برای سیاست‌گذاران در استرالیا) - پایگاه داده‌ی چکیده‌های بررسی اثرات (عمدتاً برای ارائه‌دهندگان خدمات درمانی اما فی‌نفسه بدون محدودیت) - کنسرسیوم برنامه‌ی تحقیقاتی خدمات درمانی موثر (عمدتاً برای ارائه‌دهندگان خدمات درمانی و سیاست‌گذاران در کشورهای کم‌درآمد و کشورهای با درآمد متوسط) - شواهد سلامتی. (عمدتاً برای سیاست‌گذاران و متخصصان بهداشت عمومی) - کتابخانه‌ی بهداشت باروری (عمدتاً برای سیاست‌گذاران و متخصصان بهداشت باروری) - آرایکس برای تغییر (عمدتاً برای سیاست‌گذاران علاقه‌مند به تاثیرگذاری بر رفتار تجویز یا رفتار ارائه‌دهنده‌ی خدمات درمانی در کل) - ساپورت (عمدتاً برای سیاست‌گذاران در کشورهای کم‌درآمد و کشورهای با درآمد متوسط) • لینک‌هایی به چکیده‌ی علمی (در صورت وجود) • لینک‌هایی به کل متن (که مستلزم پرداخت حق اشتراک یا پرداخت هزینه‌ی دسترسی است) 	<p>Cochrane for Policymakers</p>
<p>ویژگی‌ها</p> <ul style="list-style-type: none"> • ورژن آنلاین (بدون بررسی کل متن) که بدون هزینه در دسترس است 	<p>کتابخانه‌ی کارکنان</p>

<ul style="list-style-type: none"> • حاوی بررسی‌های نظام‌مند کاکرین در مورد تاثیرات متمرکز بر سلامت (پایگاه‌داده‌ی بررسی‌های نظام‌مند کاکرین) و سایر بررسی‌های مربوط به تاثیرات (پایگاه‌داده‌ی چکیده‌ی بررسی‌های اثرات و پایگاه‌داده‌ی ارزیابی فناوری سلامت) • پایگاه‌داده‌ی بررسی‌های نظام‌مند کاکرین دسترسی به چکیده‌های علمی و خلاصه‌های کاربرپسند را فراهم می‌کند (متمرکز بر مردم عادی). لینک‌هایی را به خلاصه‌های کاربرپسند فراهم می‌کند. پایگاه‌داده‌های ارزیابی فناوری سلامت دسترسی به چکیده‌های علمی ساختاریافته را فراهم می‌کند <p>چه محتوایی دارد؟</p> <ul style="list-style-type: none"> • بررسی‌های نظام‌مندی که سوالات در مورد تاثیرات نظام/خدمات سلامت و بالینی و مداخلات درمانی جمعیت عمومی و همچنین ارزیابی‌های فناوری سلامت را خطاب قرار می‌دهد (بسیاری از آنها حاوی بررسی نظام‌مند خواهند بود) <p>چطور می‌توان آن را جستجو کرد؟</p> <ul style="list-style-type: none"> • کل کتابخانه‌ی کاکرین یا (به‌طور جداگانه) یکی از سه پایگاه‌داده‌ی سازنده‌ی بسیار مرتبط را جستجو کنید - پایگاه‌داده‌ی بررسی‌های نظام‌مند کاکرین (بررسی‌های نظام‌مند در مورد تاثیرات که اعضای بنیاد همکاری کاکرین طبق استاندارد تعریف‌شده تولید کرده‌اند) - DARE (بررسی نظام‌مند تاثیرات بدون محدودیت در خصوص تولیدکننده‌ی آن): توجه کنید که به‌روزترین ورژن این پایگاه‌داده را می‌توان جداگانه جستجو کرد و اینکه بیشتر بررسی‌ها خلاصه‌ی کاربرپسندی دارند که مرکز بررسی و انتشار آماده کرده است - پایگاه‌داده‌ی ارزیابی فناوری سلامت (ارزیابی‌های فناوری سلامت که حاوی بررسی نظام‌مند است): توجه کنید که به‌روزترین ورژن این پایگاه‌داده را می‌توانید جداگانه سرچ کنید و اینکه بیشتر بررسی‌ها خلاصه‌ای از هدف HTA دارند که مرکز بررسی‌ها و انتشار آماده کرده است و لینکی را به متن کامل ارائه می‌کند (که معمولاً نیازی به خرید اشتراک یا پرداخت هزینه‌ی دسترسی ندارد) <p>چه منابعی برای نتایج جستجو فراهم می‌شود؟</p> <ul style="list-style-type: none"> • خلاصه‌ی کاربرپسندی که بر اطلاعات مربوط به تصمیم برای همه‌ی بررسی‌ها در DARE تاکید (با کمی تاخیر بسته به حجم کاری کارکنان) • خلاصه‌ی کلی برای همه‌ی بررسی‌های کاکرین • چکیده‌ی علمی برای همه‌ی بررسی‌های کاکرین • لینک‌هایی به متن کامل برای همه‌ی بررسی‌های کاکرین (نیازمند پرداخت حق اشتراک یا هزینه‌ی دسترسی است) 	
<p>ویژگی‌ها</p> <ul style="list-style-type: none"> • به‌صورت آنلاین بدون هیچ هزینه‌ای در دسترس است • حاوی بسیاری از انواع مطالعات سلامت‌محور نه صرفاً بررسی‌های نظام‌مند است. Hedge برای یافتن بررسی‌های نظام‌مند در دسترس است (از جمله بررسی‌های کاکرین) • فقط حاوی مقالاتی است که داوری هم‌تا شده است (یعنی، هیچ ادبیات خاکستری وجود ندارد) • لینک‌هایی را فقط به چکیده‌های علمی فراهم می‌کند <p>چه محتوایی دارد؟</p> <ul style="list-style-type: none"> • هم مطالعات و هم بررسی‌های نظام‌مندی که به سوالات در حوزه‌ی بیوپزشکی، بالینی، نظام/خدمات سلامت و ادبیات موضوعی سلامت عمومی می‌پردازد <p>چطور می‌توان آن را جستجو کرد؟</p>	<p>پاب‌مد/مدلاین</p>

<ul style="list-style-type: none"> • اصطلاحات محتوا و اصطلاحاتی که بررسی‌های نظام‌مند را مشخص می‌کند با اصطلاحات انتخاب‌شده در اینجا که برای ایجاد توازن بین حساسیت و دقت جستجو طراحی شده است، ترکیب کنید (دقت به حساسیت ترجیح داده می‌شود) - بررسی نظام‌مند پایگاه‌داده‌ی کاربین [TA] یا جستجوی [عنوان/چکیده] یا فراتحلیل [نوع نشریه] یا مدلاین [عنوان/چکیده] یا ([عنوان/چکیده] نظام‌مند و بررسی [عنوان/چکیده]) • احتمالاً با عباراتی ترکیب می‌شود که بررسی‌های نظام‌مند و مطالعات متمرکز بر منطقه‌ای خاص را شناسایی خواهد کرد (مثلاً، کشورهای کم‌درآمد و کشورهای با درآمد متوسط) <p style="text-align: center;">چه منابعی برای نتایج جستجو فراهم می‌شود؟</p> <ul style="list-style-type: none"> • چکیده‌ی علمی (در صورت وجود) • لینک‌هایی به متن کامل (که مستلزم حق اشتراک یا پرداخت هزینه‌ی دسترسی است) <p style="text-align: center;">نکات</p> <ul style="list-style-type: none"> • ورژن‌هایی از مدلاین وجود دارد که نیازمند حق اشتراک است (مثلاً، اووید/مدلاین) • پاب‌مد حاوی انواع مختلفی از مطالعات سلامت‌محور نه فقط مطالعات تأثیرات است و Hedges برای انواع مختلف مطالعات در دسترس است 	
--	--

برخی از سیاست‌گذاران اگر به پایگاه‌داده‌های نیازمند حق اشتراک دسترسی داشته باشند و بتوانند بر تخصص کتابداران تکیه کنند، فقط نیازمند این سطح اولیه از جزئیات مربوط به یافتن بررسی‌های نظام‌مند یا مطالعات واحد هستند. این اطلاعات در سازمان خودشان یا از طریق همکاران در دانشگاه‌ها و محیط‌های دیگر فراهم می‌شود. جزئیات بیشتری را در مورد پایگاه‌داده‌های دارای اولویت ارائه کرده‌ایم. در این پایگاه‌داده‌ها، می‌توانید بررسی‌های نظام‌مند از جمله محتوایشان، چگونگی جستجو در آنها و نوع اطلاعاتی که از نتایج جستجو بدست می‌آورد را بیابید (جدول 1). این جزئیات برای سیاست‌گذارانی مفید است که می‌خواهند به اطلاعات اضافی دسترسی داشته باشند و انتظارات واضحی را در حامیان‌شان و سیاست‌گذاران و کتاب‌دارانی که خودشان جستجوها را انجام می‌دهند، ایجاد کنند.

دو نکته‌ی دیگر شایان توجه است. نخست، تعداد گروه‌ها و سازمان‌هایی که خلاصه‌های کاربرپسندی را فراهم می‌کنند و بر اطلاعات مندرج در بررسی‌های نظام‌مند مربوط به تصمیم‌گیری‌ها تأکید دارند، رشد مستمری داشته است. خلاصه‌های این چنینی معمولاً نقطه‌شروع بسیار خوبی برای سیاست‌گذاران است (بخش 13 جزئیات بیشتری را در مورد این خلاصه‌ها فراهم می‌کند). دوم اینکه، اصطلاحاتی برای پایگاه‌داده‌ی پاب‌مد شناسایی شده است که به شناسایی بررسی‌های نظام‌مند و مطالعات

متمرکز بر کشورهای کم درآمد و کشورهای با درآمد متوسط کمک می کند. این اصطلاحات خصوصا برای سیاست گذاران در این کشورها مفید است.

بسیاری از پایگاه داده های اولویت بندی شده در بالا دسترسی آنلاین رایگان را امکان پذیر می کنند. دسترسی آنلاین رایگان کل متن بررسی های نظام مند را شامل نمی شود. در موارد این چنینی، سیاست گذاران و حامیان شان (و کتاب داران) باید سازوکارهایی را استفاده کنند که امکان بازیابی رایگان یا کم هزینه ی متن کامل بررسی های نظام مندی را می دهد که از طریق جستجوی پایگاه داده شان شناسایی شده است (فهرستی از این سازوکارها در جدول 3 ارائه شده است).

سه راه حل کلیدی در دسترس است:

1. ابتکار دسترسی بین شبکه ای سلامت به تحقیقات (HINARI) که به کشورهای کم درآمد امکان دسترسی به بسیاری از مطالعات و نشریات را می دهد

2. کتابخانه ی کاکرین که دسترسی رایگان کشورهای کم درآمد و کشورهای با حق اشتراک ملی را به بررسی های کاکرین فراهم می کند

3. مجلاتی که محتوایشان را به صورت رایگان به محض انتشار یا بعد از بازه ی زمانی مشخصی (مثلا، یک سال) در دسترس قرار می دهند

سه روش دیگر شایان ذکر است. شناسایی موسسه ای که نویسندگان بررسی ها در آنها حضور دارند، ارزشمند است، زیرا بررسی هایشان را به صورت رایگان در وبسایت موسسه در دسترس قرار می دهند. همچنین، می توان از طریق ایمیل مستقیما با نویسندگان ارتباط برقرار کرد. در آخر، اگر متن بررسی در دسترس عموم باشد و سایتیشن آن به درستی انجام شده باشد، گوگل اسکولار را می توان برای ردیابی متن کامل بررسی استفاده کرد.

جدول 2: یافتن بررسی‌های نظام‌مند در حمایت از استفاده‌ی گسترده از درمان ترکیبی حاوی آرتیمیسینین برای درمان مالاریا

تیم‌های شبکه‌ی سیاستی آگاه از شواهد متشکل از سیاست‌گذاران و محققان از هفت کشور آفریقایی می‌خواستند سریعاً دسته‌بندی‌های گسترده‌ی تمهیدات نظام سلامت را شناسایی کنند که می‌توان برای حمایت از استفاده‌ی گسترده از درمان ترکیبی حاوی آرتیمیسینین استفاده کرد. جستجوی آنها سه مرور کلی بر بررسی‌های نظام‌مند را شناسایی کرد. مرور کلی اول همچنان در حال انجام بود و بر تأثیرات تمهیدات راهبری خاص مربوط به داروهای تجویزی نظیر ای‌سی‌تی تمرکز داشت. مرور کلی دوم بر تأثیرات تمهیدات مالی جایگزین در نظام‌های سلامت به‌طور کلی‌تر تمرکز داشت. سومین مرور کلی تکمیل‌شده بر تأثیرات منابع انسانی جایگزین برای تمهیدات سلامت تمرکز داشت. همچنین، جستجوی آنها مرور کلی بر بررسی‌های نظام‌مند تأثیرات راهبردهای ارائه‌دهندگان خدمات درمانی برای ارائه‌ی درمان را شناسایی کرد.

به محض اینکه تیم‌های سیاست‌گذاران و محققان مرور کلی بر بررسی‌های نظام‌مند را مطالعه کردند، بررسی‌های نظام‌مند را در حوزه‌هایی جستجو کردند که مرور کلی آنها را پوشش ن داده بود. آنها موارد زیر را پیدا کردند:

1. دو بررسی نظام‌مند در مورد تمهیدات راهبری. یکی از بررسی‌ها به تأثیرات مشارکت مصرف‌کننده در تصمیم‌گیری پرداخته بود. بررسی دوم به تمهیدات راهبری مربوط به بخش عمومی پرداخته بود (باین‌حال، بررسی نظام‌مند دوم فی‌نفسه بررسی تأثیرات نیست).

2. شش بررسی نظام‌مند در مورد تأثیرات تمهیدات مالی خاص که شامل موارد زیر می‌شد: مشوق‌های مالی برای بیماران (یعنی، کمک‌های مالی مشروط)، مشوق‌های مالی برای تجویزکنندگان دارو، تمهیدات پرداخت دستمزد به پزشکان به‌طور کلی، تماس با بخش انتفاعی برای بهبود ارائه‌ی خدمات درمانی، قیمت‌گذاری مرجع و سایر سیاست‌های قیمت‌گذاری و خرید و یک بررسی نظام‌مند در مورد اطلاعات موجود در مورد تمهیدات مالی در بخش خصوصی (مجدداً، این مطالعه‌ی دوم بررسی تأثیرات این چنینی نبود) و

3. پنج بررسی نظام‌مند در مورد تأثیرات تمهیدات خاص اچ‌آر‌آچ که عبارت بود از: مدیریت خانگی، کادر درمان غیرمتخصص و گسترش نقش داروسازان سیار و یا پرستاران یا متخصصان پرستاری به جای پزشکان. همچنین، یک بررسی نظام‌مند در مورد فعالیت‌های فروشندگان دارو و نحوه‌ی بهبود عملکردشان یافت شد (این مورد هم بررسی واقعی تأثیرات نبود).

با توجه به اینکه رهنمود سازمان جهانی بهداشت برای درمان مالاریا در سال 2006 بر جستجوی جامع بررسی‌های نظام‌مند در مورد تأثیرات داروهای ضد مالاریا متمرکز بود، تیم‌ها توانستند جستجوهای بیشترشان را به بازه‌ی زمانی بعدی محدود کنند. شش بررسی نظام‌مند در مورد داروهای ضد مالاریا (که در سال 2006 یا 2007 منتشر شد) و یک بررسی نظام‌مند در مورد داروهای ضد مالاریا در بسته‌بندی‌های دوز تکی یافت شد.

جستجوهای تیم‌ها به آنها امکان داد مرور کلی بر بررسی‌های نظام‌مند در مورد تأثیرات راهبردهای اجرا را با هفت بررسی نظام‌مند دیگر در مورد تأثیرات راهبردهای مختلف برای دستیابی به نتایج مطلوب تکمیل کنند. این نتایج عبارت بود از: انتشار و اجرای رهنمودها، اجرای رهنمودها میان متخصصان سلامت متحد، تأثیرگذاری بر تجویز و توزیع، تغییر استفاده از دارو، بهبود تجویز داروهای آنتی‌بیوتیک در مراقبت‌های سرپایی و در بیمارستان‌ها و افزایش پایبندی به مصرف داروی تجویزی. هفت بررسی نظام‌مند در مورد تأثیرات راهبردهای خاص برای ایجاد تغییرات انجام شد، از جمله: ممیزی و بازخورد، پشتیبانی کامپیوتری برای تعیین دوز دارو، جلسات آموزشی مداوم، ملاقات‌های حضوری آموزشی، رهبران فکری محلی، کمپین‌های رسانه‌های جمعی و تلاش‌های مناسب برای شناسایی موانع تغییر.

تیم‌ها هیچ بررسی نظام‌مندی را در مورد مطالعاتی که امکان‌سنجی و مقبولیت ای‌سی‌تی را برای مدیریت خانگی مالاریا بررسی کرده باشد، پیدا نکردند. بنابراین، آنها مطالعات تکی انجام‌شده در مورد این موضوع را جستجو کردند. یکی از مطالعات در چهار منطقه‌ی آفریقایی انجام شده بود و در مجله‌ی مالاریا چاپ شده بود.

نتیجه‌گیری

بررسی‌های نظام‌مند به‌طور فزاینده‌ای منبع کلیدی اطلاعات برای سیاست‌گذاری (خصوصاً تدوین گزینه‌های سیاستی و توصیف تأثیراتشان) محسوب می‌شوند. همچنین، بررسی‌های نظام‌مند برای پرداختن به طیف وسیعی از سوالات در مورد

مسئله، گزینه‌ها برای رسیدگی به مسئله و ملاحظات اجرای سیاست استفاده می‌شوند. پایگاه‌داده‌ی کاکرین منبع خوبی برای یافتن بررسی‌های نظام‌مندی است که به طیف وسیعی از سوالات در مورد تمهیدات نظام سلامت و مرور کلی بررسی‌های نظام‌مند و خلاصه‌های سیاستی می‌پردازد. کتابخانه‌ی کاکرین (خصوصاً پایگاه‌داده‌ی کاکرین در مورد بررسی‌های نظام‌مند و پایگاه‌داده‌ی بررسی اثرات) و پایگاه‌های منابع خوبی از بررسی‌های نظام‌مندی هستند که به سوالات در مورد تأثیرات برنامه‌ها، خدمات و داروها می‌پردازند. وقتی امکان یافتن بررسی‌های نظام‌مند وجود ندارد و جدول زمانی و منابع امکان انجام بررسی نظام‌مند را می‌دهد، سیاست‌گذاران می‌توانند انجام بررسی نظام‌مند را به دیگران محول کنند یا خودشان ارزیابی سریع شواهد را انجام دهند.

جدول 3: سازوکارهایی که از طریق آن می‌توان متن کامل بررسی‌های نظام‌مند را به محض شناسایی از طریق جستجوی پایگاه‌داده،

به صورت رایگان یا با هزینه‌ی اندک بازیابی کرد

سازوکار	نظرات
HINARI	<p>چه کسی واجد شرایط استفاده از آن است؟</p> <ul style="list-style-type: none"> • موسسات در کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط منتخب حق دسترسی رایگان یا دسترسی با هزینه‌ی اندک را دارند. برای بررسی اینکه آیا موسسه‌ای در حال حاضر ثبت‌نام کرده است یا اینکه آیا در کشور واجد شرایط دسترسی رایگان یا دسترسی با هزینه‌ی اندک واقع شده است، به HINARI رجوع کنید <p>چطور می‌توان به آن دسترسی پیدا کرد؟</p> <ul style="list-style-type: none"> • موسسه باید ثبت‌نام کند. سپس، همه‌ی کارکنان دسترسی نامحدود خواهند داشت • اگر کامپیوتری واقع در کشور واجد شرایط یافت شود، کاربران می‌توانند به دسترسی رایگان‌های وایر برای کشورهای در حال توسعه دسترسی داشته باشند (که شامل HINARI و سایر منابع منتخب می‌شود) <p>چه منابعی برای نتایج جستجو فراهم می‌شود؟</p> <ul style="list-style-type: none"> • چکیده‌ی علمی و متن کامل مقاله برای همه‌ی مجلات مشمول
کتابخانه‌ی کاکرین	<p>چه کسی واجد شرایط استفاده از آن است؟</p> <ul style="list-style-type: none"> • موسسات در کشورهای منتخب دسترسی رایگان دارند- برای اطلاع از اینکه آیا کشور یا منطقه‌ای تحت پوشش برنامه برای کشورهای کم‌درآمد قرار دارد یا باید حق اشتراک بپردازد، به کتابخانه‌ی کاکرین رجوع کنید <p>چطور می‌توان به آن دسترسی پیدا کرد؟</p> <ul style="list-style-type: none"> • جزئیات دسترسی خاص منطقه یا کشور در همان سایت در دسترس است <p>چه منابعی برای نتایج جستجو در نظر گرفته می‌شود؟</p> <ul style="list-style-type: none"> • چکیده‌ی علمی، خلاصه‌ی کلی و بررسی کل متن برای همه‌ی بررسی‌های کاکرین و خلاصه‌ای برای سه مورد از مهم‌ترین پایگاه‌داده‌های اصلی در جدول 1 ارائه شده است

<p>نکته</p> <ul style="list-style-type: none"> • همچنین، می‌توان از طریق HINARI به کتابخانه‌ی کارکنین دسترسی پیدا کرد 	
<p>چه کسی واجد شرایط استفاده از آنهاست؟</p> <ul style="list-style-type: none"> • همه <p>چطور می‌توان به آنها دسترسی پیدا کرد؟</p> <ul style="list-style-type: none"> • وبسایت‌های ناشران مجله‌ی دسترسی آزاد <ul style="list-style-type: none"> - بیومد سنترال (مجلاتی که با BMC شروع می‌شوند و چند مجله‌ی گلچین دیگر) - اوپن ژورنالز پابلیشینگ (بسیاری از مجلاتی که با عبارت «آفریقای جنوبی شروع می‌شوند و چند مجله‌ی دیگر) - کتابخانه‌ی عمومی علوم (مجلاتی که با PLOS شروع می‌شود) - SciELO (کتابخانه‌ی الکترونیک علمی آنلاین) (بسیاری از مجلات از آمریکای لاتین و منطقه‌ی کارائیب) • دایرکتوری‌های مجلات رایگان و یا دسترسی آزاد <ul style="list-style-type: none"> - دایرکتوری مجلات دسترسی آزاد/رایگان - مجلات پزشکی رایگان - اوپن جی-گیت • منابعی که ناشران مجله، مقالات را از طریق آنها در دسترس قرار می‌دهند (اغلب بعد از بازه‌ی زمانی مشخص) <ul style="list-style-type: none"> - پابمدل سنترال - بیولاین اینترنشنال (مجلاتی از برزیل، کوبا، هند، اندونزی، کنیا، آفریقای جنوبی، اوگاندا، زیمباوه) <p>چه منابعی برای نتایج پژوهشی فراهم می‌شود؟</p> <ul style="list-style-type: none"> • چکیده‌ی علمی و متن کامل مقاله برای همه‌ی مجلات دربرگرفته‌شده 	<p>مجلات</p>

بخش هشتم : تصمیم‌گیری در مورد میزان اطمینان به بررسی نظام‌مند

پیش‌زمینه

این بخش سؤالاتی را برای تصمیم‌گیران مطرح می‌کند (سناریوی 1). تصمیم‌گیران باید از کارکنانشان بخواهند هنگام تصمیم‌گیری در مورد میزان اطمینان به بررسی نظام‌مند اثرات مداخلات درمانی، به این سؤالات پاسخ دهند.

این بخش سؤالاتی را برای حامیان سیاست‌گذاران (سناریوی 2 و 3) مطرح می‌کند. این سؤالات می‌تواند هنگام ارزیابی انتقادی بررسی‌های نظام‌مند اثرات به‌عنوان راهنما استفاده شود.

اعتقاد بر این است که بررسی نظام‌مند کارآزمایی‌های کنترل‌شده‌ی تصادفی معتبرترین شواهد را در مورد اثرات مداخلات درمانی ارائه می‌دهد. رویکرد نظام‌مند و صریح برای شناسایی، انتخاب و ارزیابی تحقیقات مربوطه و جمع‌آوری و آنالیز داده‌های مطالعات گنجانده‌شده در بررسی‌ها از خصوصیات بررسی‌های نظام‌مند است. به‌طور روزافزون، بررسی‌های نظام‌مند برای شناسایی، ارزیابی و تلفیق شواهد در مورد تبعات اقتصادی مداخلات نظیر مقرون‌به‌صرفه بودن افزایش تغذیه‌ی نوزادان از شیر مادر در بخش مراقبت از نوزادان یا ارزیابی هزینه‌های راهبردهای انتشار و اجرای رهنمودها استفاده می‌شود. همچنین، بررسی‌های نظام‌مند برای ارائه‌ی خلاصه‌ای از شواهد مطالعات کیفی نظیر دیدگاه‌های مصرف‌کنندگان یا ارائه‌دهندگان مداخلات درمانی استفاده می‌شود. در این بخش، بر بررسی نظام‌مند اثرات برنامه‌ها یا سیاست‌های درمانی تمرکز می‌کنیم.

این بررسی‌های نظام‌مند بررسی تمهیدات ارائه‌ی درمان نظیر اثرات جایگزینی پزشکان با پرستاران در بخش مراقبت‌های اولیه و تاثیر راهبردهای ایجاد تغییرات نظیر اثرات ادامه‌ی جلسات آموزشی برای متخصصان سلامت را شامل می‌شود.

هدف از رویکرد نظام‌مند و صریحی که در بررسی نظام‌مند استفاده می‌شود کاهش ریسک سوگیری و خطاهایی است که برحسب اتفاق رخ می‌دهد. همچنین، هدف تسهیل ارزیابی انتقادی این ترکیب از رویکردهاست. با این حال، بررسی‌های نظام‌مند با دقت یکسانی انجام نمی‌شوند. بنابراین، بررسی‌های نظام‌مند به یک اندازه قابل اطمینان نیستند - یعنی، نمی‌توان به یک اندازه به یافته‌های بررسی‌های نظام‌مند مطمئن بود. هنگام استفاده از یافته‌های بررسی نظام‌مند برای سیاست‌گذاری، صرفاً نمی‌توان به این واقعیت تکیه کرد که ارزیابی «بررسی نظام‌مند» (یا متاآنالیز) نامیده می‌شود.

سیاست‌گذاران و سایرین هنگام استفاده از بررسی نظام‌مند اثرات برای سیاست‌گذاری، باید قضاوت کنند چقدر می‌توانند به این شواهد مطمئن باشند. استفاده از فرایند شفاف و نظام‌مند به جلوگیری از خطاها و سوگیری در قضاوت‌هایشان کمک می‌کند. فرایند شفاف و نظام‌مند به سایر ذینفعان از جمله عموم امکان درک و ارزیابی این قضاوت‌ها را می‌دهد. وقتی ارزیابی‌های این چنینی بر توصیه‌ها یا تصمیمات مربوط به مداخلات یا خدمات بالینی یا تصمیمات برای اجرا یا متوقف کردن برنامه‌ها یا سیاست‌ها تأثیر می‌گذارد، قضاوت بسیار مهم می‌شود. شکل 1 مراحل دخیل در یافتن و ارزیابی بررسی‌های نظام‌مند را برای سیاست‌گذاری نشان می‌دهد.

اطمینان به یافته‌های بررسی نظام‌مند به دلایلی می‌تواند محدود شود، از جمله ناکامی در:

- مشخص کردن سوال و روش‌های بررسی قبل از انجام بررسی مثلا در پروتکل منتشرشده‌ی بررسی نظام‌مند
 - مشخص کردن معیارهای واضح برای شمول یا حذف مطالعه
 - توصیف کافی مطالعات دربرگرفته‌شده در بررسی نظام‌مند
 - ارزیابی ریسک سوگیری برای مطالعات در بررسی نظام‌مند
 - ارزیابی ریسک سوگیری انتشار، یعنی احتمال انتشار برخی از مطالعات، معمولا مطالعات با نتایج مثبت (از نظر آماری معنادار) نسبت به سایر مطالعات بیشتر است و در نتیجه در بررسی نظام‌مند گنجانده می‌شوند
 - استفاده از روش‌های مناسب برای تلفیق نتایج مطالعات گنجانده‌شده (در متاآنالیز)، در صورت لزوم
 - بررسی کافی تفاوت در یافته‌های مطالعاتی که در بررسی نظام‌مند گنجانده شده است (یعنی، «ناهمگونی» یافته‌ها)
 - نتیجه‌گیری بررسی نظام‌مند براساس داده‌های واردشده
- تضاد منافع (که می‌تواند بر قابلیت اطمینان بررسی نظام‌مند طبق هر یک از روش‌های ذکر شده در بالا تأثیر گذارد) و منسوخ شدن بررسی‌ها سایر محدودیت‌های بالقوه‌ی بررسی‌های نظام‌مند محسوب می‌شوند.



مثلا، یکی از مطالعاتی که متدولوژی و اجزای گزارش‌دهی بررسی‌های کارکن را با بررسی‌های منتشرشده در مجلات کاغذی مقایسه می‌کرد، تفاوت در قابلیت اطمینان را ذکر کرد. این مطالعه نشان داد که بررسی‌های کارکن حاوی مولفه‌هایی است که آنها را کمتر مستعد سوگیری می‌سازد. مشخص شد که ریسک سوگیری در بررسی‌های کارکن به دلیل توصیف واضح‌شان از معیارهای شمول و حذف و ارزیابی رسمی ریسک سوگیری مطالعات گنجانده‌شده در هر بررسی، کاهش یافته است. به همین ترتیب، مطالعه‌ی دیگری کیفیت روش‌شناختی و نتیجه‌گیری‌ها در بررسی‌های کارکن از کارآزمایی‌های دارویی را با کیفیت نتیجه‌گیری بررسی‌ها از همان داروها که با حمایت صنعت دارویی انجام شده بود، مقایسه کرد. این مطالعه نشان داد که بررسی‌های کارکن از نظر ارزیابی کیفی امتیاز بالاتری بدست آوردند. دلیلش این بود که بررسی‌های کارکن پتانسیل سوگیری را بیش از بررسی‌های تحت حمایت صنعت در نظر می‌گیرد. بررسی‌های تحت حمایت صنعت به احتمال بیشتر داروهای مدنظر را بدون قید و شرط توصیه می‌کند. تعدادی از مطالعات دیگری که در مورد بررسی‌های نظام‌مند انجام شد تفاوت در کیفیت و نتیجه‌گیری‌ها را گزارش کرد.

ابزارهایی برای ارزیابی کیفی بررسی‌های نظام‌مند طراحی شده است، از جمله: AMSTAR (ابزار اندازه‌گیری برای ارزیابی بررسی‌ها)، CASP (برنامه‌های مهارت‌های ارزیابی انتقادی) و ابزاری که آکسمن و گویات ایجاد کردند، اما همه حاوی معیارهای مشابه هستند). (ابزار AMSTAR در جدول 1 توصیف شده است). چندین ابزار مقیاس‌های رتبه‌بندی را برای امتیازدهی به سطح اطمینان به بررسی نظام‌مند در برمی‌گیرند. در حال حاضر، تعداد روزافزونی از بررسی‌های نظام‌مند شامل ارزیابی‌های این چنینی می‌شود. در کل، رتبه‌های بالا نشان می‌دهد که بیشتر می‌توان به یافته‌های بررسی‌های نظام‌مند مطمئن بود. در مقابل، رتبه‌بندی‌های پایین نشان می‌دهد که کمتر می‌توان به یافته‌های بررسی نظام‌مند مطمئن بود و اینکه برای شناسایی محدودیت‌های کلیدی بررسی‌ها، باید با دقت آنها را ارزیابی کرد. با این حال، باید سه نکته را مطرح کرد: نخست، امتیاز یا رتبه‌ی کلی لزوماً نشان نمی‌دهد کدام جنبه‌ی خاص بررسی نظام‌مند به‌طور قابل اطمینان انجام شده است - برخی از جنبه‌ها ممکن است قابل اطمینان‌تر از سایرین انجام شده باشند. دوم، خود فرایند امتیازدهی مستلزم ارزش‌گذاری برای گویه‌های مختلف در ابزار ارزیابی است. توجیه اینکه کدام گویه‌ها باید ارزش بیشتری دریافت کند، دشوار است. در آخر، ابزارهای رتبه‌بندی می‌توانند تنها پایایی آنچه گزارش شده را ارزیابی کنند.

جدول 1: AMSTAR - ابزار اندازه‌گیری برای ارزیابی بررسی‌ها

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	بله خیر نمی‌توان پاسخ داد قابل اجرا نیست	1. آیا طرح «پیشینی» ارائه شد؟ معیارهای شمول و سوال پژوهشی را باید قبل از انجام بررسی ایجاد کرد.
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	بله خیر نمی‌توان پاسخ داد قابل اجرا نیست	2. آیا استخراج داده‌ها و انتخاب مطالعه‌ی تکراری وجود داشت؟ باید حداقل دو استخراج‌کننده‌ی مستقل داده و یک رویه‌ی اجماع برای اختلاف‌نظرها وجود داشته باشد.
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	بله خیر نمی‌توان پاسخ داد قابل اجرا نیست	3. آیا جستجوی جامع ادبیات موضوعی انجام شد؟ حداقل دو منبع الکترونیک باید جستجو شود. گزارش باید شامل سال‌ها و پایگاه‌داده‌های مورد استفاده شود (مثلاً، سنترال، ام‌پیس و مدلاین). کلمات کلیدی و/یا اصطلاحات MESH باید بیان شود و در صورت امکان، راهبرد جستجو باید فراهم شود. همه‌ی جستجوها را باید طی مشاوره در مورد محتوای فعلی، بررسی‌ها، کتاب‌های درسی، بایگانی‌های تخصصی یا متخصصان در حوزه‌ی مطالعاتی خاص و با بررسی منابع موجود در مطالعات یافت‌شده تکمیل کرد.
<input type="checkbox"/>	بله	4. آیا وضعیت انتشار (مثلاً، ادبیات خاکستری) به‌عنوان معیار شمول استفاده شد؟

<input type="checkbox"/>	خیر	نویسندگان باید اذعان کنند که گزارش‌ها را صرف‌نظر از نوع انتشارشان جستجو کردند. نویسندگان باید مشخص کنند آیا گزارش خاصی را از بررسی نظام‌مند براساس وضعیت انتشار، زبان یا غیره حذف کرده‌اند یا خیر.
<input type="checkbox"/>	بله	5. آیا فهرستی از مطالعات (شامل شده و حذف شده) ارائه شد؟ فهرستی از مطالعات شامل یا حذف شده باید ارائه شود.
<input type="checkbox"/>	خیر	
<input type="checkbox"/>	نمی‌توان پاسخ داد	
<input type="checkbox"/>	قابل اجرا نیست	
<input type="checkbox"/>	بله	6. آیا ویژگی‌های مطالعات شامل شده ارائه شد؟ در فرم جمعی نظیر جدول، داده‌هایی از مطالعات اصلی باید در مورد شرکت‌کنندگان، مداخلات و نتایج ارائه شود. دامنه‌ی ویژگی‌ها در همه‌ی مطالعات آنالیز شده نظیر سن، نژاد، جنسیت، داده‌های اجتماعی اقتصادی مربوطه، وضعیت بیماری، مدت، شدت یا بیماری‌های دیگر باید گزارش شود.
<input type="checkbox"/>	خیر	
<input type="checkbox"/>	نمی‌توان پاسخ داد	
<input type="checkbox"/>	قابل اجرا نیست	
<input type="checkbox"/>	بله	7. آیا کیفیت علمی مطالعات شامل شده ارزیابی و ثبت شد؟ روش‌های پیشینی ارزیابی را باید فراهم کرد (مثلاً، برای مطالعات اثربخشی، اگر محققان تصمیم بگیرند فقط مطالعات کنترل‌شده‌ی تصادفی، دوسرکور و صوری یا پنهان‌سازی تخصیص رابه‌عنوان معیارهای شمول در نظر بگیرند). برای انواع دیگر مطالعات، گویه‌های جایگزین مناسب خواهد بود.
<input type="checkbox"/>	خیر	
<input type="checkbox"/>	نمی‌توان پاسخ داد	
<input type="checkbox"/>	قابل اجرا نیست	
<input type="checkbox"/>	بله	8. آیا کیفیت علمی مطالعات گنجانده شده به‌درستی برای نتیجه‌گیری استفاده شد؟ دقت روش‌شناختی و کیفیت علمی مطالعات را باید در تحلیل و نتیجه‌گیری‌های بررسی در نظر گرفت و هنگام تدوین توصیه‌ها، به‌صراحت بیان کرد.
<input type="checkbox"/>	خیر	
<input type="checkbox"/>	نمی‌توان پاسخ داد	
<input type="checkbox"/>	قابل اجرا نیست	
<input type="checkbox"/>	بله	9. آیا روش‌های مورد استفاده برای تلفیق یافته‌های مطالعات مناسب بود؟ برای نتایج تلفیقی، باید آزمایشی انجام داد تا مطمئن شد مطالعات تلفیق‌پذیر است و باید همگنی آنها ارزیابی شود (یعنی، آزمون مربع‌کای دو برای همگنی). اگر ناهمگنی وجود داشته باشد، مدل اثرات تصادفی را باید استفاده کرد و یا مناسب بودن بالینی تلفیق را باید در نظر گرفت.
<input type="checkbox"/>	خیر	
<input type="checkbox"/>	نمی‌توان پاسخ داد	
<input type="checkbox"/>	قابل اجرا نیست	
<input type="checkbox"/>	بله	10. آیا احتمال سوگیری انتشار ارزیابی شد؟ ارزیابی سوگیری انتشار باید شامل تلفیقی از کمک‌های گرافیکی (مثلاً، funnel plot، سایر آزمون‌های موجود) و یا آزمون‌های آماری شود (مثلاً، آزمون رگرسیون Egger).
<input type="checkbox"/>	خیر	
<input type="checkbox"/>	نمی‌توان پاسخ داد	
<input type="checkbox"/>	قابل اجرا نیست	
<input type="checkbox"/>	بله	11. آیا تضاد منافع بیان شد؟ منابع بالقوه‌ی پشتیبانی را باید هم در بررسی نظام‌مند و هم مطالعات مشمول ذکر کرد.
<input type="checkbox"/>	خیر	
<input type="checkbox"/>	نمی‌توان پاسخ داد	
<input type="checkbox"/>	قابل اجرا نیست	

وقتی اطلاعات کلیدی در مورد روش‌های مورد استفاده در بررسی نظام‌مند گزارش نمی‌شود، مشخص نیست چه چیزی یا چه

میزان از چه اقدامی، محدودیت مهم را ایجاد کرده است.

ارزیابی میزان اطمینان به یافته‌های بررسی نظام‌مند را باید از درک نتایج خود بررسی نظام‌مند متمایز کرد. در جدول 2، نشان داده شده است که چه چیزی را باید در نتایج بررسی اثرات جستجو کرد. رهنمودهایی برای ارزیابی میزان اطمینان به یافته‌های بررسی نظام‌مند مطالعات کیفی و بررسی‌های مطالعات اقتصادی در جدول 3 ارائه شده است.

جدول 2: تفسیر نتایج حاصل از بررسی‌های نظام‌مند اثرات

<p>سوالات زیر به سیاست‌گذاران کمک می‌کند یافته‌های بدست آمده از بررسی نظام‌مند اثرات را تفسیر کنند * :</p> <ul style="list-style-type: none"> • چه برآوردی از تاثیر ارائه می‌شود؟ بسیاری از بررسی‌های نظام‌مند میانگین برآورد از تاثیر را میان مطالعات در بررسی نظام‌مند ارائه می‌کنند. این برآورد اغلب در قالب نسبت ریسک، نسبت شانس یا تفاضل میانگین‌های استانداردسازی شده ارائه می‌شود. • آیا میانگین برآورد تاثیر در سراسر مطالعات مناسب است؟ بررسی‌های نظام‌مند روش‌های آماری را برای خلاصه‌سازی و ترکیب داده‌های نتیجه از مطالعات دربرگرفته شده در نظرسنجی استفاده می‌کنند. برای اطمینان از اینکه تلفیق داده‌های نتیجه مناسب است، بهتر است بررسی کنیم آیا مطالعات دربرگرفته شده از نظر جمعیت، مداخله، مقایسه و نتایج اندازه‌گیری شده به اندازه‌ی کافی شبیه هستند یا خیر. وقتی میانگین برآورد تاثیر امکان‌پذیر نیست، بررسی‌های نظام‌مند بررسی روایتی از داده‌های موجود را ارائه می‌دهند. • آیا حدود اطمینان برای برآورد تاثیر ارائه می‌شود؟ بررسی نظام‌مند باید فواصل اطمینان را حول میانگین برآورد تاثیر ارائه کند. هر چه فاصله‌ی اطمینان بیشتر باشد، کمتر می‌توانیم در مورد اندازه‌ی واقعی تاثیر مطمئن باشیم. • اگر نتایج تحلیل‌های زیرگروه گزارش شود، آیا این تحلیل‌ها مناسب است؟ بررسی نظام‌مند ممکن است یافته‌ها را برای زیرگروه خاصی از شرکت‌کننده‌ها در سراسر همه‌ی کارآزمایی‌ها یا برای زیرگروهی از مطالعات ارائه کند. مثلا، بررسی مداخلات برای کاهش بیماری اسهال در کودکان زیر 5 سال ممکن است اثرات مداخلات بر کودکان زیر یک سال را هم در نظر بگیرد. به همین ترتیب، بررسی نظام‌مند ممکن است تحلیل زیرگروه مطالعاتی را در نظر بگیرد که اعلام شده ریسک پایین سوگیری دارد. تحلیل زیرگروه باید در رابطه با سوال کلی بررسی نظام‌مند و دانش قبلی از عوامل تاثیرگذار بر اثرات مداخله منطقی باشد. مثلا، ممکن است پیش‌بینی شود که مداخله‌ی شدیدتر می‌تواند اثرات بزرگتری داشته باشد. تحلیل زیرگروه‌ها را باید قبل از انجام بررسی نظام‌مند برنامه‌ریزی کرد و باید اطمینان کمتری به این نتایج خاص داشت. دلیلش این است که این تحلیل‌ها کمتر از تحلیل‌های مبتنی بر همه‌ی کارآزمایی‌های مشمول قابل اطمینان است و هم اینکه تحلیل‌های آماری متعدد ممکن است صرفا برحسب شانس نتایج مثبتی را تولید کند. • اگر جمله‌ی «هیچ شواهدی دال بر تاثیر وجود ندارد» ارائه شود، آیا محققان سعی می‌کنند احتیاط کنند و آن را «شواهد عدم تاثیر» تفسیر نکنند؟ جمله‌ی «هیچ شواهدی دال بر تاثیر وجود ندارد» با جمله‌ی «شواهد عدم تاثیر» یکی نیست. جمله‌ی هیچ شواهدی دال بر تاثیر وجود ندارد نشان می‌دهد که شواهد ناکافی برای نتیجه‌گیری در مورد اثرات مداخله‌ی مدنظر وجود دارد. اما عبارت «شواهد عدم تاثیر» به این معناست که شواهد واضحی از مطالعات مشمول نشان می‌دهد که مداخله اثرات پیش‌بینی شده را نداشته است. • آیا نتیجه‌گیری‌ها و توصیه‌ها از سوال اصلی بررسی نظام‌مند و شواهد ارائه شده در بررسی نظام‌مند حاصل می‌شود؟ باید بررسی کرد آیا نتیجه‌گیری‌هایی که محققان بررسی نظام‌مند ارائه کرده‌اند مستقیما از داده‌های گردآوری شده از بررسی پدیدار می‌شود و از این شواهد فراتر نمی‌رود. • آیا شواهد برای سوال سیاستی مدنظر قابل استفاده است؟ تفاوت در نظام‌های سلامت بدان معناست که برنامه یا مداخله‌ای که در یک محیط موثر است ممکن است همان تاثیر را در محیط دیگر نداشته باشد. سیاست‌گذاران باید ارزیابی کنند آیا شواهد تحقیقاتی بررسی نظام‌مند برای محیط خودشان کاربرد دارد یا خیر. رهنمودها در این مورد در بخش 9 ارائه شده است. <p>*همپوشانی بین سوالات فهرست شده در اینجا و سوالاتی که برای ارزیابی پایایی بررسی‌های نظام‌مند در نظر گرفته شده است، وجود دارد. دلیلش این است که پایایی عنصر مهمی در ارزیابی و درک نتایج بررسی نظام‌مند است.</p>

اقتصادی اطمینان داشت

بررسی‌های نظام‌مند روزافزونی در مورد مطالعات کیفی در حال انجام است. این بررسی‌ها طیف وسیعی از رویکردها از جمله ترکیب روایی، فراقوم‌نگاری و بررسی واقع‌گرایانه را استفاده می‌کنند. بررسی مطالعات کیفی علاوه بر اینکه اطلاعات مهمی به خودی خود فراهم می‌کند، می‌تواند مکمل بررسی‌های نظام‌مند در مورد اثرات باشد. با این حال، خواننده باید پایایی این بررسی‌ها را ارزیابی کند. تاکنون، تعدادی ابزار برای این هدف خاص طراحی شده است. بسیاری از سوالاتی که برای راهنمایی سیاست‌گذاران در ارزیابی پایایی بررسی‌های نظام‌مند اثرات استفاده می‌شود برای بررسی مطالعات کیفی هم مفید است. این سوالات عبارت است از:

1. آیا بررسی نظام‌مند به سوال مدیریتی یا سیاستی مناسب پرداخته است؟ سوال بررسی باید به گونه‌ای باشد که بتوان با استفاده از داده‌های کیفی آن را خطاب قرار داد و باید به سیاست‌گذاری مربوط شود. بررسی مطالعات کیفی می‌تواند بینش‌هایی را در مورد دیدگاه‌ها و تجارب ذینفعان در مورد سلامت و خدمات درمانی فراهم کند و در نتیجه مسئله را شفاف‌سازی می‌کند. بررسی‌های نظام‌مند مطالعات کیفی می‌تواند اطلاعاتی را در مورد چگونگی یا چرایی تاثیرگذاری گزینه‌های سیاستی (مثلاً، از طریق بررسی ارزیابی‌های فرایندی که در کنار اجرای سیاست یا برنامه انجام شده است) و در مورد دیدگاه‌های ذینفعان درباره‌ی گزینه‌ها و تجارب مربوطه‌شان فراهم کند.

2. آیا معیارهای مورد استفاده برای انتخاب مطالعات مناسب بود؟ توضیح چگونگی انتخاب مطالعات باید به سوال تحقیقاتی مربوط شود.

3. آیا توضیح واضح و مناسبی برای رویکرد مورد استفاده برای جستجو ارائه شد؟ برخی از بررسی‌های مطالعات کیفی ادبیات موضوعی را به‌طور جامعی جستجو می‌کنند، درحالی‌که سایر بررسی‌ها رویکردهای نمونه‌گیری را استفاده می‌کنند. رویکرد انتخابی را باید به‌طور واضح توصیف و توجیه کرد.

4. آیا رویکرد مناسبی برای ارزیابی پایایی مطالعات گنجانده‌شده در بررسی‌ها استفاده شد؟ بررسی‌ها باید توضیح دهند پایایی مطالعات گنجانده‌شده چگونه در نظر گرفته شد.

5. آیا رویکرد مناسبی برای آنالیز یافته‌های مطالعات گنجانده‌شده در بررسی‌ها استفاده شد؟ بررسی نظام‌مند باید رویکرد مورد قبولی را برای ترکیب استفاده کند و باید دلیل منطقی برای رویکرد انتخابی ارائه کند.

سوالاتی که باید هنگام ارزیابی پایایی بررسی‌های نظام‌مند در مورد مطالعات اقتصادی در نظر گرفت :

1. آیا بعید است مطالعات مهم و مربوطه‌ای از قلم افتاده باشد؟

2. آیا معیارهای شمول مناسبی برای انتخاب مقالات استفاده شد؟

3. آیا ارزیابی مطالعات تکرارپذیر بود؟

4. آیا طراحی و/یا روش و/یا موضوع مطالعات گنجانده‌شده به‌طور گسترده‌ای قیاس‌پذیر بود؟

5. نتایج چقدر تکرارپذیر هستند؟

6. آیا نتایج به تخصیص منابع در حوزه‌ی خدمات درمانی کمک می‌کند؟

ارزیابی میزان اطمینان به یافته‌های بررسی نظام‌مند باید از ارزیابی اهمیت سوالات سیاستی خاص متمایز باشد. سوالات در مورد اینکه آیا بررسی نظام‌مند شواهدی از اثرات گزینه‌های سیاستی مختلف مدنظر فراهم می‌کند و آیا یافته‌های بررسی نظام‌مند برای محیطی که سیاست در آن اجرا می‌شود، اجرا خواهد شد یا خیر از جمله ملاحظات هستند که باید در نظر گرفته شوند. فرایند ارزیابی کاربردپذیری یافته‌های بررسی‌های نظام‌مند در بخش 9 بیشتر بحث و بررسی خواهد شد.

در این بخش، 5 سوالی را مطرح می‌کنیم که هنگام تصمیم‌گیری در مورد میزان اطمینان به یافته‌های بررسی نظام‌مند اثرات گزینه‌ی سیاستی در نظر می‌گیریم.

سوالاتی که باید در نظر گرفت

سوالات زیر به سیاست‌گذاران کمک می‌کند در مورد میزان اطمینان‌شان به یافته‌های بررسی نظام‌مند در مورد اثرات یک سیاست خاص تصمیم بگیرند:

1. آیا بررسی نظام‌مند به‌طور صریح سوال سیاستی یا مدیریتی مناسب را خطاب قرار داد؟
2. آیا هنگام بررسی مطالعات مشمول در بررسی نظام‌مند، معیارهای مناسبی اتخاذ شد؟
3. آیا جستجوی مطالعات مربوطه دقیق و به‌طور معقولی جامع بود؟
4. آیا ارزیابی اهمیت مطالعات برای موضوع بررسی و ریسک سوگیری تکرارپذیر بود؟
5. آیا نتایج یک مطالعه با مطالعه‌ی دیگر مشابه بود؟

1. آیا بررسی نظام‌مند به‌طور صریح به سوال مدیریتی یا سیاستی مناسب پرداخت؟

بررسی سوالی که خطاب قرار گرفته است اولین گام کلیدی در ارزیابی میزان اطمینان به یافته‌های بررسی نظام‌مند است. طراحی فنی و انجام بررسی نظام‌مند ممکن است عالی باشد. اما اگر بررسی نظام‌مند به‌صراحت سوال مدیریتی یا سیاستی که منطقی، مناسب و مرتبط با مسئله‌ی مدنظر سیاست‌گذار است را خطاب قرار ندهد، بعید است یافته‌های آن مفید باشد.

سوال مدیریتی یا سیاستی مناسب باید:

- صریح باشد: به عبارت دیگر، به تفصیل بیان شده و نباید به‌طور ضمنی در مطالب درج شده باشد. اگر سوال بررسی نظام‌مند به‌صراحت بیان نشده باشد یا به‌طور واضح تدوین نشده باشد، ارزیابی درست نحوه‌ی انجام بررسی نظام‌مند دشوار خواهد بود. دلیلش این است که عملکرد بررسی باید حداقل تا حدودی در رابطه با خود سوال در نظر گرفته شود. مثلاً، اینکه آیا معیارهای مناسبی برای انتخاب مطالعات مدنظر بررسی نظام‌مند استفاده شد یا خیر، باید در

رابطه با خود سوال بررسی نظام مند که قرار است مطالعات به آن پاسخ دهند، ارزیابی شود. سوال واضح به خوانندگان کمک می کند ارزیابی کنند آیا بررسی نظام مند به کارشان مربوط می شود یا خیر.

- از قبل ایجاد شده باشد: به عبارت دیگر، قبل از انجام بررسی نظام مند صورت گرفته باشد. لازم است سوال بررسی نظام مند قبل از انجام بررسی، ترجیحا در برنامه یا پروتکل بررسی مشخص شده باشد. مثلا، قبل از همه ی بررسی های کاکرین، پروتکل بررسی منتشر می شود و نمونه هایی از آن در کتابخانه ی کاکرین موجود است. اگر سوال بررسی قبل از انجام آن مشخص نشود، این خطر وجود دارد که سوال برای مطابقت با شواهد بدست آمده تغییر داده شود و در نتیجه اطمینان به یافته ها کاهش می یابد.

- به مقوله ی اهمیت برای سیاست گذاری یا مدیریت پردازد. این مورد را باید در بستر خاص، براساس طیفی از موضوعاتی که در آن منطقه کشوری در آن زمان خاص اهمیت دارد، ارزیابی کرد. سوال بررسی نظام مند مناسب نخواهد بود، اگر:

- بیش از حد محدود باشد: مثلا، بررسی نظام مند ممکن است اثرات برنامه را بر گروه سنی خاصی از شرکت کننده ها، که در محیط خاصی واقع شده اند یا برای طیف محدودی از نتایج در نظر بگیرد. در این مورد، تعمیم نتایج به جمعیت، محیط یا نتایج دیگر امکان پذیر نیست.

- بیش از حد گسترده باشد: مثلا، بررسی نظام مند ممکن است برنامه را دربردارنده ی طیف بسیار وسیعی از شیوه ها تعریف کند و ممکن است همه ی این شیوه ها به حوزه ی خاص مربوط نشود. یا بررسی نظام مند ممکن است سوال بسیار گسترده ای را مطرح کند که از چشم انداز تصمیم گیری مفید نیست. مثلا، این سوال که آیا پرستاران می توانند به طور موثر برنامه های ارتقا سلامت را ارائه دهند یا خیر برای تصمیم گیری در مورد اینکه آیا کادر پرستاران نظیر پرستاران دارای پروانه ی رسمی می توانند به طور موثر برنامه ی ارتقا سلامت را برای مسئله ی بهداشتی خاص نظیر پیشگیری از اچ آی وی/ایدز ارائه دهند یا خیر، مناسب نیست.

○ گروه مقایسه‌ای مناسب را مشخص نکند: مثلا، اگر برنامه‌ای با سناریوی «بدون برنامه» نه بهترین درمان فعلی برای بیماری خاص مقایسه شود.

سوال به‌خوبی تدوین‌یافته‌ی بررسی نظام‌مند باید همه‌ی موارد زیر را مشخص کند: انواع جمعیت و محیطی که بررسی نظام‌مند پوشش خواهد داد (مثلا، کودکان بین یک ماه تا شش سال ساکن منطقه‌ای که مالاریا در آن همه‌گیر است): انواع برنامه‌ها و مقایسه‌های در نظر گرفته‌شده (مثلا، داروهای ضد مالاریا در فواصل زمانی منظمی داده می‌شوند (مداخله) در مقایسه با دارونما یا هیچ دارویی (گروه مقایسه)); و انواع نتایج مدنظر (مثلا، مالاریای بالینی و کم‌خونی شدید). گاهی کلمه‌ی اختصاری PICO (جمعیت، مداخله، مقایسه، نتایج) برای خلاصه کردن این چهار مولفه‌ی کلیدی سوال بررسی نظام‌مند استفاده می‌شود. نیاز به سوال به‌خوبی تدوین‌یافته‌ی بررسی نظام‌مند ممکن است بدیهی به نظر برسد، اما بسیاری از بررسی‌های روایی نمی‌توانند سوال این چنینی را فراهم کنند. مروری بر نمونه‌ای از بررسی‌های این چنینی در مجلات پزشکی نشان داد که 20 درصد بررسی‌های نظام‌مند نمی‌توانند هدفشان را به‌وضوح بیان کنند.

2. آیا معیارهای مناسبی برای مدنظر قرار دادن مطالعات برای بررسی نظام‌مند استفاده شد؟

فهرست دقیقی از انواع جمعیت، مداخلات، مقایسه‌ها و نتایجی که بررسی نظام‌مند در نظر خواهد گرفت معیارهای شمول و حذف برای بررسی نظام‌مند است. این معیارها که در پروتکل بررسی نظام‌مند مشخص می‌شود، تعیین می‌کند کدام مطالعات در بررسی گنجانده خواهد شد. بنابراین، معیارها به‌شدت بر یافته‌های بررسی نظام‌مند تاثیر خواهند گذاشت. مهم است که این معیارها در رابطه با سوال بررسی نظام‌مند مناسب باشند.

هنگام بررسی اینکه آیا این معیارها برای شمول مطالعات در بررسی نظام‌مند مناسب هستند یا خیر، سوالات زیر را باید بررسی کرد:

- آیا بررسی نظام‌مند معیارهای واضح شمول و حذف را مشخص می‌کند؟ این معیارها روش مهمی برای جلوگیری از سوگیری در رابطه با گنجاندن مطالعات در بررسی نظام‌مند هستند. مثلا، ارزیابی اخیر کیفیت روش‌شناختی بررسی‌های نظام‌مند در جراحی عمومی نشان داد که تنها 70 درصد از این بررسی‌ها معیارهای مورد استفاده را برای تعیین مطالعاتی که باید در بررسی گنجانده شود گزارش کردند.

• آیا معیارهای شمول و حذف در رابطه با موارد زیر صریح است: انواع جمعیت در نظر گرفته شد انواع مداخلات و مقایسه‌های در نظر گرفته شد و انواع نتایج در نظر گرفته شد؟

• آیا معیارهای شمول و حذف با سوال بررسی نظام‌مند مطابقت دارد؟. مثلا، اگر بررسی نظام‌مند بخواهد طب پیشگیری و درمان متناوب با داروهای ضد مالاریا را برای پیشگیری از مالاریا در خردسالان ساکن مناطق مالاریاخیز ارزیابی کند، آیا معیارها نشان می‌دهد که باید مطالعات در مورد کودکان از محیط‌های مناسب گنجانده شود و آیا معیارها اشکال طب پیشگیری و درمان را مشخص خواهد کرد؟. به همین ترتیب، اگر هدف از بررسی نظام‌مند بررسی تاثیر مداخلات برای افزایش نسبت متخصصان سلامت در مناطق روستایی و سایر نواحی محروم باشد، آیا معیارها طیف متخصصان سلامت که دربرگرفته خواهند شد و انواع مداخلات آموزشی یا مالی که در نظر گرفته خواهد شد را نشان می‌دهد؟

3. آیا جستجوی مطالعات مربوطه دقیق و جامع بود؟

جستجوی جامع و تکرارپذیر ادبیات موضوعی برای مطالعاتی که معیارهای مشمولیت بررسی نظام‌مند را برآورده می‌کند یکی از جنبه‌های کلیدی بررسی نظام‌مند است. این رویکرد یکی از عناصریست که بررسی‌های نظام‌مند را از بررسی‌های روایی متمایز می‌کند. جستجوی نظام‌مند با اطمینان از اینکه همه‌ی شواهد مربوطه در نظر گرفته می‌شود، سوگیری را به حداقل می‌رساند. بنابراین، جستجوی نظام‌مند کمک می‌کند برآوردهای پایایی از اثرات سیاست یا برنامه‌ی بررسی‌شده حاصل شود. سوگیری انتشار، یعنی چاپ گزینشی مطالعات براساس موضوع و قدرت نتایجشان، یکی از راه‌های ورود سوگیری به بررسی‌هاست. بررسی نظام‌مند اخیر بررسی کرد تا چه حد پیدا شدن نتایج مثبت و اهمیت ادراک‌شده‌ی یافته‌های کارآزمایی بر میزان انتشار کارآزمایی‌های تصادفی تاثیر گذاشت. این بررسی نشان داد که احتمال انتشار کارآزمایی‌ها با نتایج مثبت بسیار بیشتر از کارآزمایی‌ها با یافته‌های منفی است. این بررسی و سایر تحقیقات نشان داد که کارآزمایی‌هایی که یافته‌های مثبت را گزارش می‌کنند زودتر از سایر کارآزمایی‌ها منتشر می‌شوند. در نتیجه، بررسی‌ها ممکن است در اثرات مثبت برنامه‌ها اغراق کنند، مگر اینکه تلاش‌هایی برای شناسایی هم مطالعات منتشرشده و هم مطالعات منتشرنشده صورت بگیرد.

بررسی‌های نظام‌مند از حیث اینکه چه اندازه جستجوی جامع را دربرمی‌گیرند، متفاوت هستند. مثلاً، مروری بر گزارش‌دهی بررسی‌های منتشرشده در مورد درمان آسم نشان داد که تنها 52 درصد از 33 بررسی نظام‌مند ارزیابی‌شده جستجوی جامع را برای شواهد اثرات انجام دادند. بنابراین، باید بررسی کرد چگونه جستجوی مطالعات مربوطه انجام می‌شود.

هنگام بررسی اینکه آیا جستجوی مطالعات مربوطه دقیق و جامع است، سوالات زیر را باید بررسی کرد :

- آیا بررسی نظام‌مند راهبرد مورد استفاده را برای جستجوی مطالعات مربوطه به تفصیل شرح می‌دهد؟ این گزارش‌دهی باید شامل موارد زیر شود: 1. فهرست منابع جستجو شده، 2. کلمات کلیدی مورد استفاده برای جستجوی این منابع (در صورت امکان) و 3. سال‌هایی که طی آن منابع جستجو شد. در جدول 4، مثال‌هایی از طیف منابع جستجو شده در بررسی‌های منتشرشده در کتابخانه‌ی کاکرین ارائه شده است.
- آیا راهبرد جستجو پایگاه‌داده‌های الکترونیک مطالعات منتشرشده را در برگرفت؟ طیف وسیعی از پایگاه‌داده‌های الکترونیک مطالعات منتشرشده در دسترس است و چند مورد از آنها را می‌توان بدون هزینه یا با هزینه‌ی اندک جستجو کرد. پایگاه‌داده‌های کلیدی شامل پاب‌مد/مدلاین (گردآوری‌شده توسط کتابخانه‌ی ملی پزشکی، آمریکا)، دفتر ثبت مرکزی کارآزمایی‌های کنترل‌شده‌ی کاکرین (سنترال- گردآوری‌شده توسط بنیاد همکاری کاکرین) و پایگاه‌داده‌های منطقه‌ای نظیر لیلاکس (علوم بهداشت آمریکا لاتین و منطقه‌ی کارائیب). در بخش 4 و 5 اطلاعات بیشتری در مورد یافتن ادبیات موضوعی تحقیقات مربوطه ارائه شده است.
- آیا جستجوی پایگاه‌داده‌های الکترونیک با جستجوی اضافی تکمیل شد؟ این مورد شامل بررسی فهرست مرجع مطالعات مربوطه، تماس با نویسندگان و کارشناسان در این حوزه و مشاوره در مورد مراکز ثبت تخصصی مطالعات مربوط به حوزه‌ی موضوعی بررسی نظام‌مند می‌شود. این جستجوی اضافی به شناسایی مطالعات منتشرشده و مطالعات منتشرنشده کمک می‌کند (که ممکن است شامل مطالعات موجود در «ادبیات خاکستری» شود، یعنی در منابعی از ادبیات موضوعی غیر از مجلات نمایه‌بندی‌شده و داوری‌همتا شده).

- آیا جستجوها به روز هستند؟ آیا بررسی نظام مند دوره‌ی زمانی تحت پوشش جستجوها را مشخص می‌کند و آیا جستجوها مربوط به زمان حال هستند؟ بررسی نظام مند منتشرشده ضمن آنکه به سوال سیاستی مربوط می‌شود، ممکن است جستجوهای را استفاده کند که چند سال قدمت دارند. بنابراین، امکان دارد بررسی نظام مند همه‌ی شواهد اخیر و مرتبط را دربرگیرد و ممکن است برآورد غیرپایایی را از اثرات سیاست یا برنامه‌ی مدنظر ارائه دهد.

جدول 4: نمونه‌هایی از منابع جستجو شده در بررسی‌های نظام مند

منابع جستجو شده	بررسی نظام مند
<p>1. پایگاه داده‌های الکترونیک مطالعات منتشرشده:</p> <ul style="list-style-type: none"> • MEDLINE • دفتر ثبت مرکزی کارآزمایی‌های کنترل‌شده‌ی کارکین (سنترال) و مرکز ثبت تخصصی کارکین (EPOC) و گروه‌های بررسی ارتباطات و مصرف کنندگان) • EMBASE • CINAHL (شاخص جمعی برای ادبیات موضوعی سلامت و پرستاری) • Healthstar • AMED (پایگاه داده‌ی پزشکی مکمل و متحد) • پایگاه داده‌ی اثربخشی آموزش بهداشت لیدز <p>2. فهرست مطالعات ارزیابی‌شده برای شمول در بررسی</p> <p>3. از همه‌ی نویسندگانی که با آنها تماس گرفته شد، درخواست شد جزئیات مطالعات اضافی را ارائه کنند</p>	<p>بررسی نظام‌های سلامت</p> <p>مثال: بررسی نظام مند مداخلات کادر درمان غیرمتخصص در مراقبت‌های بهداشتی اولیه و ارائه‌ی خدمات درمانی به کامیونیتی</p>
<p>1. پایگاه داده‌ی الکترونیک مطالعات منتشرشده:</p> <ul style="list-style-type: none"> • MEDLINE • EMBASE • دفتر ثبت مرکزی کارآزمایی‌های کنترل‌شده‌ی کارکین (سنترال) <p>2. پایگاه داده‌های الکترونیک چکیده‌های کنفرانس:</p> <ul style="list-style-type: none"> • پایگاه داده‌های کنفرانس AIDSearch <p>3. پایگاه داده‌های الکترونیک کارآزمایی‌های در حال انجام:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ClinicalTrials.gov • کارآزمایی‌های کنترل‌شده‌ی فعلی <p>4. محققانی که با آنها تماس گرفته شد و سازمان‌های مربوطه در این حوزه</p> <p>5. فهرست مرجع بررسی‌شده از همه‌ی مطالعاتی که با روش‌های بالا شناسایی شدند و هرگونه بررسی نظام مند، فراتحلیل بررسی‌شده یا رهنمودهای پیشگیری که در طول فرایند جستجو شناسایی شدند</p>	<p>بررسی بهداشت عمومی</p> <p>مثال: بررسی نظام مند ختنه‌ی مردان برای پیشگیری از ابتلای مردان دگرجنس‌گرا به اچ‌آی‌وی</p>
<p>1. پایگاه داده‌های الکترونیک:</p> <ul style="list-style-type: none"> • مرکز ثبت تخصصی دمانس و اختلال شناختی کارکین • گروه بهبود 	<p>بررسی بالینی</p> <p>مثال: بررسی نظام مند استاتین‌ها برای پیشگیری از دمانس</p>

<ul style="list-style-type: none"> • مرکز ثبت مرکزی کارآزمایی‌های کنترل‌شده‌ی کاکرین • MEDLINE • EMBASE • PsycINFO (پایگاه‌داده‌ای از ادبیات موضوعی روانشناسی) • CINAHL • SIGLE (ادبیات خاکستری در اروپا) • LILACS (ادبیات موضوعی علوم سلامت آمریکای لاتین و کارائیب) <p>2. پایگاه‌داده‌های الکترونیک از چکیده‌های کنفرانس:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ISTP (نمایه مقالات علمی و فنی) • INSIDE (پایگاه‌داده‌ی مجلات و مقالات کنفرانس کتابخانه‌ی انگلیس) <p>3. پایگاه‌داده‌های الکترونیک پایان‌نامه‌ها:</p> <ul style="list-style-type: none"> • نمایه‌ی پایان‌نامه‌ها (ASLIB سابق) (پایان‌نامه‌های انگلیس و ایرلند) • برنام‌ه‌ی پایان‌نامه‌های دیجیتال استرالیا • پایان‌نامه‌ها و رساله‌های کانادایی • DATAD - پایگاه‌داده‌ی پایان‌نامه‌ها و رساله‌های آفریقایی • چکیده‌ی پایان‌نامه‌های آنلاین (آمریکا) <p>4. پایگاه‌داده‌های الکترونیک از کارآزمایی‌های در حال انجام: طیف وسیعی از پایگاه‌داده‌های این چنینی جستجو شد</p>	
---	--

4. آیا ارزیابی ربط مطالعات به موضوع بررسی نظام‌مند و ریسک سوگیری‌شان تکرارپذیر بود؟

محققان بررسی‌های نظام‌مند باید دو ارزیابی مهم در مورد هر مطالعه‌ی اصلی که در بررسی نظام‌مند گنجانده خواهد شد، انجام دهند. نخست، آیا مطالعه معیارهای شمول در بررسی نظام‌مندان را برآورده می‌کند - به عبارت دیگر، آیا به موضوع بررسی مربوط می‌شود؟ دوم، ریسک سوگیری در نتایج مطالعه چیست؟ ریسک سوگیری به ریسک «خطای نظام‌مند یا انحراف از حقیقت در نتایج یا استنتاج‌ها» مربوط می‌شود. همچنین، ریسک سوگیری به این سوال مربوط می‌شود که آیا نتایج مطالعه را می‌توان دقیق فرض کرد یا خیر. از آنجاکه این قضاوت‌ها بر یافته‌های بررسی نظام‌مند تاثیر می‌گذارد، باید به صورت شفاف و تکرارپذیر ارائه شوند. سایرین باید بتوانند چگونگی انجام این قضاوت‌ها را درک کنند و این ارزیابی‌ها را تکرار کنند. همانطور که در بالا توضیح داده شد، بررسی‌های نظام‌مند باید معیارهای واضح شمول و حذف را برای جلوگیری از سوگیری در فرایند انتخاب مطالعات برای شمول مشخص کنند. این معیارها و قضاوت‌ها با تاثیرگذاری بر مطالعات انتخاب‌شده برای شمول لزوماً بر یافته‌های بررسی نظام‌مند تاثیر می‌گذارند. سوگیری یا خطا در این قضاوت‌ها را می‌توان به طرق زیر به حداقل

رساند: نخست، دو داور باید به طور مستقیم تصمیم بگیرند کدام مطالعات را در بررسی بگنجانند. گفتگوی بیشتر با سایر داوران را می‌توان برای حل اختلافات مربوط به شمول مطالعه‌ای خاص استفاده کرد. دوم، دلایل شمول مطالعه (و حذف مطالعه‌ای که مناسب به نظر می‌رسد) را باید در بررسی منتشرشده ثبت کرد. به این ترتیب، خوانندگان می‌توانند قضاوت‌های شخصی‌شان را برای تصمیم‌گیری در مورد مشمولیت انجام دهند. همچنین، «رد ممیزی» شفاف‌تری برای بررسی فراهم می‌شود و اطمینان می‌دهد که فرایند تکرارپذیر است.

توانایی بررسی نظام‌مند برای نتیجه‌گیری در مورد اثرات سیاست یا برنامه به اعتبار داده‌های حاصل از هر مطالعه‌ی مشمول بستگی دارد. اگر اعتبار تک‌تک مطالعات گنجانده‌شده در بررسی پایین باشد، ادغام نتایج مطالعات یا ایجاد خلاصه‌ای از آنها در بررسی نظام‌مند ممکن است نتیجه‌ای گمراه‌کننده را ارائه دهد. ارزیابی ریسک سوگیری در نتایج مطالعات گنجانده‌شده عنصر مهمی از بررسی نظام‌مند است. ارزیابی‌های این چنینی را باید در تفسیر و نتیجه‌گیری‌های بررسی نظام‌مند وارد کرد. رویکردهای مختلفی برای ارزیابی کیفیت یا ریسک سوگیری برای کارآزمایی‌های تصادفی ایجاد شده است. اینجا در مورد این رویکردهای مختلف بحث نمی‌کنیم، اما شایان توجه است که بررسی‌ها باید رویکردهای مورد استفاده را به صراحت مشخص کنند و آنها را به طور منسجمی استفاده کنند.

هنگام ارزیابی اهمیت مطالعات مشمول برای موضوع بررسی نظام‌مند و ریسک بالقوه‌ی سوگیری، سوالات زیر را باید در نظر گرفت:

- آیا رویکرد صریح و شفاف برای ارزیابی اهمیت مطالعات برای موضوع بررسی استفاده شد؟ بررسی باید مشخص کند اهمیت چطور ارزیابی شد و فهرستی از مطالعات مشمول و حذف‌شده فراهم کند.
- آیا رویکرد شفاف و صریحی برای ارزیابی ریسک سوگیری در مطالعات مشمول استفاده شد؟ بررسی نظام‌مند باید ابزار مورد استفاده برای ارزیابی ریسک سوگیری، نحوه‌ی انجام ارزیابی و نتایج ارزیابی را گزارش کند.
- آیا نتایج ارزیابی ریسک سوگیری در تفسیر نتایج بررسی نظام‌مند در نظر گرفته شد؟ مثلاً، وقتی ریسک سوگیری در مطالعات مشمول بالاست، اطمینان کمتری به یافته‌های بررسی نظام‌مند خواهیم داشت.

5. آیا نتایج یک مطالعه با مطالعه دیگری مشابه بود؟

یافته‌های مطالعات مشمول در بررسی نظام‌مند ممکن است از حیث اثرات برنامه بر نتیجه‌ی خاص بسیار شبیه یا متفاوت باشند. این تنوع میان مطالعات مشمول در بررسی نظام‌مند معمولاً «ناهمگونی» نامیده می‌شود. تغییرپذیری میان مطالعات مشمول در بررسی تاحدی به دامنه‌ی بررسی بستگی دارد. وقتی دامنه‌ی بررسی گسترده است، می‌توان انتظار داشت طیف و تغییرپذیری مطالعات مشمول گسترده باشد. در مقابل، وقتی دامنه‌ی بررسی محدود است، مطالعات مشمول احتمالاً شباهت بیشتری با یکدیگر دارند.

اگر شرکت‌کنندگان، مداخلات یا نتایج مطالعات مشمول در بررسی بسیار متفاوت باشند، این امر موجب تنوع یا ناهمگونی می‌شود، خصوصاً اگر این عوامل بر تاثیر مداخله تاثیر گذارد. از آنجاکه تاثیر واقعی مداخله در این مطالعات متفاوت است، در این موارد میانگین تاثیر میان مطالعات مفید نخواهد بود.

بسته به سطح تغییرپذیری، بررسی‌ها ممکن است رویکردهای متفاوتی را برای خلاصه‌سازی اطلاعات از مطالعات مشمول استفاده کنند، مثلاً:

- محاسبه‌ی میانگین تاثیر (یا تاثیر جمعی) میان مطالعات: وقتی تغییرپذیری میان مطالعات پایین است، این رویکرد مفید خواهد بود. مثلاً، بررسی نظام‌مند برنامه‌های «ترخیص زود هنگام از بیمارستان با فراهم کردن امکانات بیمارستانی در منزل» (یعنی، برنامه‌هایی که در آن ارائه‌دهندگان خدمات درمانی در منزل بیمار برای وی مهیا می‌کنند که در غیر این صورت، بیمار باید در بیمارستان بستری شود) نشان داد که مطالعات مشمول به اندازه‌ای شبیه بودند که می‌شد میانگین تاثیر برنامه را برآورد کرد. بررسی نظام‌مند شواهد ناکافی را از مزایای اقتصادی یا سلامتی برنامه‌های «ترخیص زود هنگام از بیمارستان و ارائه‌ی امکانات بیمارستانی در منزل» نشان داد.
- محاسبه‌ی میانگین تاثیر برای زیرگروه‌های مطالعات مشمول در بررسی نظام‌مند: این مورد وقتی مفید است که تغییرپذیری کلی مطالعات مشمول در بررسی نظام‌مند بالاست (و در نتیجه محاسبه‌ی میانگین تاثیر مفید نیست)، اما تغییرپذیری میان زیرگروه‌های مطالعات پایین است. مثلاً، بررسی نظام‌مند مداخلات کادر درمان غیرمتخصص

در مراقبت بهداشتی اولیه و خدمات درمانی برای کامیونیتی، مطالعات را طبق مسائل بهداشتی که کادر درمان غیرمتخصص خطاب قرار داده بودند، گروه‌بندی کرد. برای برخی از گروه‌ها نظیر کادر درمان غیرمتخصص، محاسبه‌ی میانگین تاثیر در سراسر مطالعات مربوطه برای هدف ارتقا واکسیناسیون و تغذیه نوزادان از شیر مادر، امکان‌پذیر بود. شواهد بررسی نظام‌مند نشان داد که کادر درمان غیرمتخصص می‌توانند واکسیناسیون و تغذیه‌ی نوزادان از شیر مادر را بهبود دهند.

- توصیف دامنه‌ی اندازه‌ی تاثیر: وقتی مطالعات به‌اندازه‌ای شبیه نیستند که محاسبه‌ی میانگین تاثیر مفید شود، همچنان توصیف دامنه‌ی اثرات یافت‌شده در مطالعات امکان‌پذیر خواهد بود. مثلا، بررسی اثرات ممیزی و بازخورد در مورد عملکرد ارائه‌دهندگان خدمات درمانی نشان داد که پایبندی به شیوه‌ی مطلوب از کاهش 16 درصدی تا افزایش 70 درصدی با متوسط 5 درصد متغیر است. این بررسی نشان داد که ممیزی و بازخورد می‌تواند شیوه را موثرتر سازد، اما اثرات معمولا کوچک تا متوسط است.

- تهیه‌ی فهرستی از انواع مداخلات برای پرداختن به مسئله‌ای خاص: دامنه‌ی وسیع برخی از بررسی‌ها و در نتیجه تغییرپذیری مطالعات در آنها به این معناست که تلاش برای ترکیب کمی یافته‌های مطالعات مشمول یا حتی توصیف دامنه‌ی اندازه‌ی تاثیر منطقی نیست. در این موارد، بررسی روایی می‌توان انجام داد. مثلا، یک سری مطالعات برنامه‌هایی را ارزیابی کردند که برای کاهش نابرابری در سلامت طراحی شده بودند و این برنامه‌ها را می‌شد در نظام سلامت به‌تنهایی یا طی همکاری با سایر سازمان‌ها اجرا کرد. این مطالعات در بررسی نظام‌مند در مورد اثربخشی مداخلات درمانی برای کاهش نابرابری در ارائه‌ی خدمات درمانی گنجانده شدند. دامنه‌ی مطالعات مشمول بزرگ بود و برنامه‌ها برای بهبود کنترل فشار خون تا مداخلات ارتقا سلامت را شامل می‌شد. هیچ‌گونه ادغام آماری صورت نگرفت.

وقتی نتایج مطالعه‌ای با مطالعه‌ی دیگر فرق دارد، سوالات زیر را باید در نظر گرفت:

- آیا توضیح قانع‌کننده‌ای برای تفاوت‌های یافت‌شده وجود دارد؟ این توضیح می‌تواند شامل تفاوت در شرکت‌کننده‌ها، مداخلات، گروه‌های مقایسه، نتایج، محیط‌ها یا دوره‌های زمانی در سراسر مطالعات گنجانده‌شده در بررسی نظام‌مند شود. مثلاً، برخی از مطالعات شرکت‌کنندگانی را دربرگرفته‌اند که محدوده‌ی سنی وسیع‌تر یا بیماری‌های از پیش‌موجود متفاوتی داشتند.

- اگر برآورد جمعی انجام شود، آیا احتمالاً معنادار است؟ اگر مطالعات مشمول در بررسی نظام‌مند متنوع باشند، برآورد جمعی معنادار نخواهد بود. کاوش بیشتر داده‌ها را از طریق تحلیل زیرگروه می‌توان انجام داد، اما نتایج تحلیل‌های اکتشافی این چنینی قابل اطمینان نخواهد بود.

همانطور که تعداد بررسی‌های نظام‌مند موجود افزایش می‌یابد، یافتن بیش از یک بررسی نظام‌مند برای سوال سیاستی خاص متداول‌تر می‌شود. گاهی اوقات، نتایج یا نتیجه‌گیری‌های این بررسی‌ها ممکن است متفاوت باشد. در جدول 5، رهنمودی را در مورد نحوه‌ی برخورد سیاست‌گذاران با موقعیت‌های این چنینی ارائه می‌کند.

جدول 5: وقتی بررسی‌های نظام‌مند متفاوتی که به یک سوال خاص می‌پردازند نتایج متفاوتی دارند، سیاست‌گذاران چه باید بکنند؟

هنگام جستجوی شواهد برای اتخاذ تصمیم سیاستی خاص، شناسایی بیش از یک بررسی نظام‌مند مناسب بعید نیست. گاهی، نتایج این بررسی‌ها ممکن است متفاوت باشد و موجب می‌شود نویسندگان بررسی نظام‌مند نتیجه‌گیری‌های متفاوتی در مورد اثرات یک مداخله بدست آورند. این سناریو متفاوت از سناریویی است که در آن یافته‌های دو یا چند بررسی همخوانی دارند، اما محققان یا سایرین در مورد تفسیر این یافته‌ها با هم مخالف هستند. نتایج بررسی‌های نظام‌مند مختلف به دلایل مختلف متفاوت است. این دلایل می‌تواند شامل تفاوت در موارد زیر شود: سوالاتی که بررسی‌های نظام‌مند خطاب قرار می‌دهد، معیارهای شمول و حذف، داده‌هایی که از مطالعات استخراج می‌شود، نحوه‌ی ارزیابی کیفی مطالعات و تصمیمات (و روش‌ها) در مورد تحلیل آماری داده‌ها. جداد و همکاران مجموعه سوالات زیر را طراحی کرده‌اند. این سوالات را می‌توان برای کمک به شناسایی و پرداختن به علل ناهمخوانی استفاده کرد:

- آیا بررسی‌ها به یک سوال مشابه می‌پردازند؟ اگر نه، بررسی انتخاب‌شده باید به نزدیک‌ترین سوال به سوال سیاستی پردازد که شواهد باید برای آن جمع‌آوری شود. از طرف دیگر، بررسی باید نتایجی که بیشترین ارتباط را با سوال سیاستی دارد، ارزیابی کند.
- اگر بررسی‌ها به یک سوال یکسان پردازند، آیا کارآزمایی‌ها یا مطالعات اولیه‌ی مشابهی را دربرمی‌گیرند؟ اگر کارآزمایی‌های یکسانی را دربرنگیرند، بررسی نظام‌مندی که مطالعات مرتبط با سوال سیاستی مدنظر را دربرمی‌گیرد، باید انتخاب شود.
- اگر بررسی‌ها شامل همان مطالعات شود، آیا بررسی‌ها همان کیفیت را دارد؟ اگر نه، وقتی هر دو بررسی مرتبط هستند، بررسی باکیفیت‌تر باید استفاده شود. مثلاً، وقتی به جنبه‌های متفاوتی از همان سوال می‌پردازند، استخراج شواهد از هر دو می‌تواند مفید واقع شود.

دقت انجام بررسی‌های نظام‌مند در مورد اثرات متغیر است. بنابراین، ارزیابی پایایی بررسی‌های مورد استفاده برای تصمیمات سیاستی مفید است، زیرا با استفاده از آن می‌توان در مورد میزان اطمینان به این شواهد قضاوت کرد. رویکرد شفاف و نظام‌مند را باید برای ارزیابی‌های این‌چنینی استفاده کرد. ابزارهایی برای این منظور ایجاد شده است. با این حال، این ابزارها را فقط می‌توان برای ارزیابی اطلاعات گزارش شده استفاده کرد. به همین دلیل، ارزیابی‌های انجام شده با استفاده از این ابزارها را باید با دقت و متفکرانه انجام داد. وقتی پایایی بررسی نظام‌مند ضعیف است، سیاست‌گذاران باید اطمینان کمتری به یافته‌ها داشته باشند و هنگام استفاده از آنها برای اتخاذ تصمیمات سیاستی باید محتاط باشند (همانطور که در شکل 2 خلاصه شده است). هنگام اتخاذ تصمیمات آگاه از شواهد ارائه شده در بررسی نظام‌مند، سیاست‌گذاران باید ارزیابی پایایی بررسی را در کنار اطلاعات دیگری نظیر سودمندی بررسی در رابطه با سوال سیاستی و شواهد در مورد بستر محلی در نظر بگیرند.

شکل 2 بررسی‌ها به چه شکل ممکن است گمراه‌کننده و غیرقابل اطمینان باشد

دلایل اطمینان کمتر به بررسی	سوالات
<p>بررسی‌هایی که سوالات غیرواضح را خطاب قرار می‌دهند... احتمالاً پاسخ‌های غیرواضحی را فراهم می‌کند - بررسی نظام‌مندی که سوالی متفاوت از سوال سیاستی یا مدیریتی که می‌پرسید را خطاب قرار می‌دهد... ممکن است گمراه‌کننده باشد</p>	<p>آیا بررسی به‌صراحت به سوال مدیریت یا سیاست مناسب پرداخت؟</p>
<p>- معیارهای ضمنی... ممکن است موجب انتخاب مغرضانه‌ی مطالعات برای شمول شود - معیارهای نامتجانس با سوالی که بررسی خطاب قرار می‌دهد... احتمالاً موجب شمول مطالعاتی می‌شود که برای پاسخ به سوال مناسب نیستند</p>	<p>آیا هنگام در نظر گرفتن مطالعات برای بررسی، معیارهای مناسب استفاده شد؟</p>
<p>- جستجوهایی که به‌خوبی طراحی نشده‌اند (و توصیف نشده‌اند)... در معرض خطر نیافتن شواهد مهم و مربوطه قرار دارند - جستجوهایی که به‌طور منطقی جامع نیستند... ممکن است مطالعاتی را با نتایج مثبت بیابند) و ممکن است شواهد مهم مربوطه را نیابند</p>	<p>آیا جستجوی مطالعات مربوطه دقیق و به‌طور منطقی جامع بود؟</p>
<p>- اگر معیارهای صریحی استفاده نشود یا فقط یک شخص همه‌ی قضاوت‌های لازم در بررسی را انجام دهد... آن قضاوت‌هایی که تکرارپذیر نیستند ممکن است مغرضانه باشد</p>	<p>آیا ارزیابی اهمیت مطالعات برای موضوع بررسی و ریسک سوگیری‌شان تکرارپذیر بود؟</p>
<p>- اگر تفاوت‌های مهمی در نتایج مطالعات مختلف وجود دارد و توضیح قانع‌کننده‌ای برای آن تفاوت‌ها وجود ندارد... به‌سختی می‌توان فهمید اگر سیاستی شبیه به سیاست‌های ارزیابی‌شده را اجرا کنید، نتایج واقعی چه هستند یا چه نتیجه‌ای را می‌توان انتظار داشت</p>	<p>آیا نتایج مطالعه با مطالعه‌ی دیگر مشابه بود؟</p>

بخش نهم : ارزیابی کاربردپذیری یافته‌های بررسی نظام‌مند

پیش‌زمینه

این بخش سوالاتی را برای سیاست‌گذاران (سناریوی 1) مطرح می‌کند که می‌توانند از کارکنانشان بخواهند هنگام آماده‌سازی گزارش مختصر در مورد بررسی نظام‌مند آنها را مدنظر قرار دهند، زیرا بررسی نظام‌مند مبنایی برای انتخاب گزینه‌ی سیاستی و اطلاع‌رسانی در مورد علت انتخاب سیاست ایجاد می‌کند. این بخش سوالاتی را برای حامیان سیاست‌گذاران (سناریوهای 2 و 3) فراهم می‌کند. این بخش تعدادی سوال برای کمک به ارزیابی کاربردپذیری یافته‌های بررسی نظام‌مند برای محیطی خاص مطرح می‌کند. این بخش سومین مورد از چهار بخش در مورد یافتن و ارزیابی بررسی‌های نظام‌مند برای سیاست‌گذاری است (به بخش 7، 8 و 10 رجوع کنید). در شکل 1، مراحل دخیل در یافتن و ارزیابی بررسی‌های نظام‌مند برای کمک به سیاست‌گذاری نشان داده می‌شود.

شکل 1 یافتن و ارزیابی بررسی‌های نظام‌مند برای کمک به سیاست‌گذاری



وجه اشتراکات در بیولوژی انسان به این معناست که دارو یا رویه‌ی بالینی اغلب تاثیر یکسانی بر بیماران مختلف دارد. با این حال، این قضیه همیشه صدق نمی‌کند. سوالاتی برای کمک به ارائه‌دهندگان خدمات درمانی در ارزیابی کاربرپذیری شواهد تحقیقاتی برای بیمارانشان تدوین شده است. تفاوت‌ها بین نظام‌های سلامت اغلب بدان معناست که سیاست یا برنامه‌ی خاصی که در یک محیط استفاده می‌شود ممکن است در محیط دیگر امکان‌پذیر یا قابل قبول نباشد. این تفاوت‌ها بدان معناست که سیاست یا برنامه‌ی خاص ممکن است همان تاثیر را در محیط دیگر نداشته باشد یا ممکن است تاثیرات متفاوتی در محیطی دیگر داشته باشد. مثلا، اجرای برنامه‌ی سهم هزینه‌ای مصرف‌کننده در بسیاری از کشورهای جنوب صحرای آفریقا در مقایسه با کشورها در مناطق دیگر، نتوانست تاثیرات مثبت و منسجمی را بدست آورد. تاحدودی، برخی از ملاحظات موقعیتی نظیر ناآشنایی مردم با پرداخت هزینه برای خدمات درمانی علت آن بود. تعیین اینکه آیا شواهد تحقیقاتی در مورد تاثیرات گزینه‌ی سیاستی برای محیط دیگری هم قابل اجراست یا خیر چالش کلیدیست که سیاست‌گذاران و حامیانشان باید با آن مواجه شوند.

بررسی‌های نظام‌مند با ارائه‌ی خلاصه‌ای از مطالعات از محیط‌های مختلف این کار را راحت‌تر می‌کند. کلمه‌ی «محیط» در این مورد به حوزه‌های حقوقی سیاسی/کشور مربوط می‌شود (مثلا، کانادا یا کامرون یا استان‌هایشان). درعین حال، محیط می‌تواند شامل بخش‌ها (مثلا، بخش مراقبت اولیه یا مراقبت بیمارستانی) و مناطق (مثلا، شهری یا روستایی) شود. همچنین، بررسی‌های نظام‌مند می‌تواند به تصمیم‌گیری در مورد کارایی شواهد برای محیط خاص کمک کند، زیرا چارچوب و در صورت امکان شواهد تحقیقاتی فراهم می‌کند که می‌توان برای شناسایی عوامل ضروری عملکرد سیاست یا اصلاح تاثیرات آن سیاست استفاده کرد. مثلا، بررسی نظام‌مند سیاست‌های دارویی (یعنی، قیمت‌گذاری مرجع، سایر سیاست‌های قیمت‌گذاری و خرید داروها) خلاصه‌ای از عواملی را ارائه کرد که می‌تواند بر اثرات قیمت‌گذاری مرجع و توجیه منطقی هر عامل تاثیر گذارد. این عوامل شامل معادل دارو، مشوق‌ها، معافیت‌ها، دسترس‌پذیری دارو، سطوح قیمت و سامانه‌ی اطلاعات الکترونیک می‌شود. متأسفانه، بسیاری از بررسی‌های نظام‌مند موارد زیر را انجام نمی‌دهند:

- بر ویژگی‌های محیطی که مطالعات در آن انجام شده، تاکید نمی‌کنند، خصوصاً آن ویژگی‌هایی که تأثیرات یک گزینه را اصلاح می‌کند.

- چارچوبی برای شناسایی عوامل اصلاح‌کننده‌ی بالقوه فراهم نمی‌کند یا

- شواهد تحقیقاتی در مورد عوامل اصلاح‌کننده فراهم نمی‌کند

در این موارد، مقالات تحلیلی سیاست یا بررسی‌های روایی چارچوب‌های مفیدتری را فراهم می‌کند که می‌توان برای تصمیم‌گیری در مورد کارآیی شواهد در بررسی نظام‌مند استفاده کرد.

چارچوبی برای درک فساد در بخش سلامت و عوامل تعیین‌کننده آن مشخص می‌کند چگونه تمهیدات نظام سلامت (مثلاً، تمهیدات راهبردی که مونوپولی‌ها را محدود می‌کند، نیازمند شفافیت است و از اجرا حمایت می‌کند) و عوامل دیگر بر فرصت‌ها و فشار برای سوءاستفاده و دلیل سوءاستفاده تأثیر گذاشت و همه‌ی اینها چطور به نوبه‌ی خود بر سوءاستفاده از قدرت در جهت منافع خصوصی تأثیر گذاشت. اما در حالت ایده‌آل، بررسی نظام‌مند در مورد اثرات اقدامات ضدفساد تمهیدات مربوطه‌ی نظام سلامت را در محیط‌هایی توصیف کرده است که مطالعات در آنها انجام شده است. ویژگی‌های تأثیرگذار بر فرصت‌ها و فشار برای سوءاستفاده و توجیه منطقی این رفتار اهمیت خاصی دارد، زیرا به خواننده امکان می‌دهد عوامل تعیین‌کننده شناسایی‌شده با این چارچوب را با یافته‌های ارائه‌شده در بررسی نظام‌مند پیوند دهد.

ملاحظات کاربرپذیری به یک اندازه برای انواع دیگر بررسی‌های نظام‌مند مهم است. بررسی مطالعات پایگاه‌داده‌ی اداری و نظرسنجی‌ها از کامیونیتی کمک می‌کند مسائل از چشم‌انداز مقایسه‌ای بررسی شود و بررسی‌های مطالعات مشاهده‌ای به توصیف مضرات احتمالی گزینه‌ی سیاستی کمک می‌کند. بررسی مطالعات کیفی می‌تواند به درک معانی که افراد یا گروه‌ها به مسائل خاص می‌دهند، چگونگی و چرایی عملکرد گزینه‌ای خاص و دیدگاه‌های ذینفعان در مورد تجاربشان از سیاست‌ها و برنامه‌های خاص کمک کند. با این حال، ادامه‌ی این بخش بر بررسی‌های نظام‌مند در مورد تأثیرات گزینه‌ی سیاستی خاص تمرکز می‌کند. اعتقاد بر این است که بررسی نظام‌مند کمک می‌کند کارآیی محلی یافته‌های بدست آمده از بررسی مطالعات

مشاهده‌ای در مورد مضرات بهتر ارزیابی شود، بررسی‌ها در مورد چگونگی و چرایی عملکرد گزینه‌های سیاستی خاص آن را حمایت می‌کند و بینشی در مورد نحوه‌ی ارزیابی کارآیی محلی انواع دیگر بررسی‌ها فراهم می‌کند.

سوالاتی که باید در نظر گرفت

با پنج سوال زیر می‌توان ارزیابی کرد آیا یافته‌های بررسی نظام‌مند برای محیطی خاص کاربرد دارد یا خیر.

1. آیا مطالعات گنجانده‌شده در بررسی نظام‌مند در همان محیط انجام شده بود یا آیا یافته‌ها در سراسر محیط‌ها یا بازه‌های زمانی منسجم بود؟

2. آیا تفاوت‌های مهمی در واقعیات و محدودیت‌های میدانی که اساساً امکان‌سنجی و مقبولیت گزینه‌ی سیاستی را تغییر می‌دهد، وجود دارد؟

3. آیا تفاوت‌های مهمی در تمهیدات نظام سلامت وجود دارد و به این معناست که آن سیاست نمی‌تواند به همان شکل عمل کند؟

4. آیا تفاوت‌های مهمی در شرایط اولیه وجود دارد و موجب می‌شود اثرات مطلق متفاوتی حاصل شود، حتی اگر اثربخشی نسبی یکسان باشد؟

5. چه بینش‌هایی را می‌توان در مورد گزینه‌ها، اجرا و پایش و ارزیابی بدست آورد؟

1. آیا مطالعات مشمول در بررسی نظام‌مند در همان محیط انجام شد یا آیا یافته‌ها در سراسر محیط‌ها یا دوره‌های زمانی منسجم بود؟

اگر مطالعات مشمول در بررسی نظام‌مند در همان محیط سیاست‌گذاران یا در محیط‌های بسیار مشابه دیگر انجام شده باشد، نگرانی چندانی در مورد کارآیی یافته‌ها وجود نخواهد داشت. به همین ترتیب، اگر یافته‌ها در محیط‌ها یا بازه‌های زمانی مختلف منسجم نشان داده شده باشد، می‌توان انتظار تأثیرات مشابه را داشت. واقعیات و محدودیت‌های میدانی، تمهیدات نظام سلامت و شرایط پایه احتمالاً در محیط‌های مختلف متفاوت است و در طول زمان تغییر می‌کند. بنابراین، یافته‌های منسجم

در این شرایط احتمالاً بدان معناست که یافته‌ها به‌طور گسترده‌ای کارآیی دارد. (این سه مسئله موضوع سه سوال بعدیست که در ادامه‌ی این بخش بررسی می‌شود).

سیاست‌گذاران می‌توانند اطلاعات زیر را در بررسی‌های نظام‌مند برای تصمیم‌گیری در مورد مسائل این چنینی استفاده کنند:

- اطلاعات در مورد محیط مطالعات و مشخصات در مورد دوره‌های زمانی که مطالعات در آنها انجام شده است. این اطلاعات را می‌توان در بخش بررسی تحت عنوان «ویژگی‌های مطالعات مشمول» (یا مشابه این عبارت) پیدا کرد.
- اطلاعات در مورد انسجام یافته‌ها را معمولاً می‌توان در چکیده‌ی بررسی یا در بخش «نتایج» مشاهده کرد.

وقتی اطلاعات در مورد محیط و بازه‌ی زمانی در بررسی نظام‌مند از قلم افتاده باشد، سیاست‌گذاران و حامیان‌شان می‌توانند با نویسندگان بررسی نظام‌مند تماس بگیرند و این اطلاعات اضافی را درخواست کنند و نکات کلیدی مربوط به کارآیی محلی را شناسایی کنند. اگر این تماس اطلاعات اندکی را برایشان فراهم کند، سپس می‌توانند مطالعات اصلی را برای موقعیت‌یابی این اطلاعات بازیابی کنند، البته در صورتی که مسئله اولویت بالایی داشته باشد و اگر منابع و زمان امکان بدهد. یکی از مزایای بالقوه‌ی تماس مستقیم با نویسندگان بررسی نظام‌مند این است که آنها را تشویق می‌کند به اطلاعات لازم برای ارزیابی کارآیی محلی و ملاحظات در بررسی‌های آتی توجه نشان دهند.

تحقیقاتی که نرخ مرگ و میر در بیمارستان‌های غیرانتفاعی را با نرخ مرگ و میر در بیمارستان‌های انتفاعی مقایسه می‌کند مثال خوبی از نحوه‌ی استفاده از داده‌های این چنینی ارائه می‌کند. این تحقیقات طی چند دهه در آمریکا انجام شده است که در طول آن نظام سلامت به‌طور چشمگیری تغییر کرد. تحقیقات ثبات چشمگیری را در طول زمان در نرخ زنده ماندن بعد از درمان در بیمارستان‌های غیرانتفاعی نشان داد. براساس این یافته‌ها، یکی از سیاست‌گذاران از کانادا نتیجه گرفت که یافته‌ی منسجم مشابه در محیط کانادا دیده می‌شود. این نتیجه‌گیری موجب می‌شود از ورود بیمارستان‌های انتفاعی در نظام کنونی سلامت که فقط شامل بیمارستان‌های غیرانتفاعی می‌شود، اجتناب شود (یا حداقل از استفاده از مزایای سلامت به‌عنوان توجیهی برای انجام این کار اجتناب شود).

2. آیا تفاوت‌های مهمی در محدودیت‌ها و واقعیات میدانی وجود دارد که اساساً امکان‌سنجی و مقبولیت گزینه‌ی

سیاستی را تغییر می‌دهد؟

اگر مطالعات مشمول در بررسی نظام‌مند در محیط‌هایی انجام شده باشد که منابع و محدودیت‌های ظرفیتی مشابه با محیطی که یافته‌ها در آن اعمال می‌شود، داشته باشد و همچنین دیدگاه‌ها و نفوذ سیاسی بسیار مشابهی میان ذینفعان نظام سلامت وجود داشته باشد، سیاست‌گذاران به‌طور منطقی انتظار دارند گزینه‌ی سیاستی در محیط خودشان هم امکان‌پذیر و هم مقبول باشد. باین‌حال، سیاست‌گذاران به‌ندرت می‌توانند اطلاعاتی را در مورد محدودیت‌های ظرفیتی و منابع و نفوذ ذینفعان در بررسی نظام‌مند بیابند. در مقابل، آنها توضیحی از سیاست مورد مطالعه پیدا خواهند کرد. معمولاً، آشنایی کافی با منابع، ظرفیت و نفوذ ذینفعان در محیط خودشان دارند. این آشنایی به آنها امکان می‌دهد در مورد امکان‌سنجی و مقبولیت سیاست قضاوت کنند.

سیاست‌گذاران در محیطی با محدودیت‌های منابع و ظرفیت باید به تمام جوانب امکان‌سنجی گزینه‌ی سیاستی بیندیشند. مثلاً، برخی محیط‌ها با کمبود پرستار مواجهند و هر سیاستی که نیازمند نقش برجسته‌ی پرستاران است در کوتاه‌مدت امکان‌پذیر نخواهد بود. به همین ترتیب، برخی از محیط‌ها منابع مالی‌شان به‌قدری محدود است که اجرای سیاست بسیار موثر نظیر درمان‌های ترکیبی حاوی آرتمیسیسین برای درمان مالاریا در مقیاس گسترده بدون حمایت قابل‌توجه خیران امکان‌پذیر نیست. برخی از نظام‌های سلامت ممکن است برای انطباق با افزایش تقاضا که با معرفی کمک‌های مالی مشروط همراه می‌شود، به‌شدت تحت فشار قرار گیرند (یعنی، ارائه‌ی پول به خانواده‌ها به شرط اینکه با رفتارهای بهداشتی و سلامت‌جویی خاصی مطابقت داشته باشند). یا در برخی از محیط‌ها، دولت، مدیران، ارائه‌دهندگان خدمات درمانی و مصرف‌کنندگان (یعنی، شهروندان و دریافت‌کنندگان خدمات درمانی) ممکن است ظرفیت حمایت از استفاده‌ی گسترده از سیاستی خاص را نداشته باشند. در محیط‌هایی که داده‌های به‌طور روتین گردآوری‌شده پایا نیست، ممیزی و بازخورد (یعنی، ارائه‌ی داده‌های عملکردی به ارائه‌دهندگان خدمات) شاید امکان‌پذیر نباشد.

در محیطی که در آن ذینفعان مخالف سیاستی خاص هستند و نفوذ چشمگیری بر عمل و سیاست دارند، سیاست گذاران مجبور می‌شوند مقبولیت احتمالی سیاست را با دقت خاصی ارزیابی کنند. اگر انجمن‌های ارائه‌دهندگان خدمات درمانی نظیر انجمن‌های پرستاری احساس کنند معرفی یا گسترش برنامه‌ی کادر درمان غیرمتخصص بر درآمد یا وضعیت پرستاران تاثیر می‌گذارد، ممکن است با آن برنامه مخالفت کنند. سازمان‌های جامعه‌ی مدنی ممکن است فعالانه با تغییراتی مخالفت کنند که استفاده از داروهای تجویزی را میان مصرف‌کنندگان، خصوصا برای داروهای حیاتی و داروهای مهم برای درمان بیماری‌های مزمن کاهش می‌دهد. تغییرات این چنینی می‌تواند شامل معرفی سقف بازپرداخت (یعنی، مصرف‌کنندگان تا سقف تعداد مشخصی از داروهای تجویزی، هزینه‌ی داروها را دریافت می‌کنند)، بیمه‌ی مشترک (یعنی، مصرف‌کنندگان درصدی از هزینه‌ی داروی تجویزی را می‌پردازند) و پرداختی‌های مشترک (یعنی، مصرف‌کنندگان مبلغ ثابتی را به ازای هر داروی تجویزی می‌پردازند) باشد.

به‌طور چشمگیری، بسیاری از محدودیت‌ها و واقعیات میدانی را می‌توان در طول زمان خطاب قرار داد. مثلا، برنامه‌های آموزش پرستاران را می‌توان گسترش داد و خیران می‌توانند کمک هزینه‌ی داروی گرانی را بپردازند. به همین ترتیب، دولت‌ها می‌توانند کیفیت داده‌های به‌طور روتین گردآوری‌شده را بهبود دهند و انجمن‌های ارائه‌دهندگان خدمات درمانی و سازمان‌های جامعه‌ی مدنی می‌توانند در مجموعه‌ای از مذاکرات یا گفت‌وگوها مشارکت کنند.

3. آیا تفاوت‌های مهمی در تمهیدات نظام سلامت وجود دارد و بدان معناست که سیاست خاص در همه‌ی محیط‌ها

تاثیر یکسانی ندارد؟

اگر مطالعات مشمول در بررسی نظام‌مند در محیطی انجام شود که تمهیدات نظام سلامت بسیار شبیه به تمهیدات محیطی است که در آن یافته‌ها اعمال می‌شود، خصوصا یافته‌هایی که به‌طور چشمگیری تاثیرات بالقوه‌ی سیاست خاص را تغییر می‌دهند، سیاست‌گذاران می‌توانند به‌طور منطقی انتظار اثربخشی نسبتا مشابهی را در محیط خودشان داشته باشند. تصمیم‌گیری در مورد اینکه آیا تمهیدات نظام سلامت می‌تواند اثرات گزینه‌ی سیاستی خاص را تغییر دهد یا خیر مستلزم آگاهی از چگونگی و چرایی عملکرد آن سیاست خاص است. در بررسی نظام‌مند، سیاست‌گذاران ممکن است هم چارچوب و

هم شواهد تحقیقاتی را بیابند که عوامل ضروری برای عملکرد سیاست خاص را شناسایی خواهد کرد یا ممکن است تاثیراتش را اصلاح کند. سیاست‌گذاران ممکن است خلاصه‌ای از ویژگی‌های محیطی را بیابند که در آن مطالعات انجام شده است و می‌تواند تاثیرات سیاست را تغییر دهد.

اگر بررسی نظام‌مند اطلاعات لازم را فراهم و مشخص نکند آیا تمهیدات نظام سلامت موجب می‌شود سیاست مدنظر همان تاثیر را نداشته باشد، سیاست‌گذاران می‌توانند به دنبال موارد زیر باشند:

- مقالات تحلیلی سیاست یا بررسی‌های روایی که چارچوب‌های مفیدی را اتخاذ می‌کنند و با استفاده از آنها می‌توان عوامل اصلاح‌کننده‌ی تاثیرات سیاست خاص را شناسایی کرد و

- توضیحات دقیق از تمهیدات نظام سلامت، خصوصاً آن تمهیداتی که اساساً تاثیرات بالقوه‌ی گزینه‌ی سیاستی را در محیطی که مطالعات در آنها انجام شده است، تغییر می‌دهد

رصدخانه‌ی اروپایی سیاست‌ها و نظام‌های سلامت نمایه‌هایی از نظام‌های سلامت تعداد زیادی از کشورهای با درآمد متوسط و پردرآمد را منتشر و به‌طور دوره‌ای به‌روزرسانی می‌کند. این نمایه‌های «سلامت در حال گذار» (HiT) را می‌توان به‌صورت آنلاین مشاهده و به‌صورت رایگان دانلود کرد. بنیاد پیش سیاست سلامت پایگاه‌داده‌های قابل جستجوی آنلاینی را از ویژگی‌های کلیدی نظام سلامت در برخی از همان کشورها فراهم می‌کند. بسیاری از دفاتر منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی نمایه‌هایی از نظام سلامت کشورها در منطقه‌شان ارائه می‌کند.

سیاست‌گذاران در محیطی که تمهیدات نظام سلامت بسیار متفاوت است (خصوصاً تمهیداتی که مشخص می‌کنند آیا گزینه‌ی سیاستی همان تاثیر را خواهد داشت یا خیر) نباید مطمئن باشند که اثربخشی نسبی قیاس‌پذیر را می‌توان بدست آورد. مثلاً، در بررسی قیمت‌گذاری دارویی مرجع، شش مورد از ده مطالعه میان مستمری‌بگیران/افراد مسن در بریتیش کلمبیا، کانادا انجام شد. سیاست‌گذاران در محیط‌های دیگر ممکن است نتیجه بگیرند که اگر هر یک از مسائل زیر را در تمهیدات نظام سلامتشان داشته باشند، قادر نخواهند بود تاثیراتی مشابه با مورد استان کانادایی بدست آورند:

- مشوق‌های ناکافی برای مصرف‌کنندگان، ارائه‌دهندگان خدمات درمانی، داروسازان و شرکت‌هایی دارویی برای انطباق با سیستم قیمت‌گذاری مرجع برای داروها و

- سامانه‌ی پردازش الکترونیک که فاقد ظرفیت تشخیص هزینه‌های پایین اداری مرتبط با شناسایی، تجویز و توزیع داروهای مرجع و با معافیت‌های مدیریتی است

به همین ترتیب، سایر سیاست‌های قیمت‌گذاری که در بازارهای دارویی رقابتی بررسی شده است اثربخشی نسبی متفاوتی در بازارها با مونوپولی خواهد داشت.

برخلاف امکان تغییرات مربوطه در واقعیات میدانی که قبل‌تر در سوال 2 بحث شد، احتمال تغییر تمهیدات نظام سلامت کمتر است. تغییر تمهیدات نظام سلامت دشوار است و معمولاً توجیه منطقی برای تغییر باید قانع‌کننده‌تر از این احتمال باشد که تاثیر گزینه‌ی سیاستی خاص را افزایش می‌دهد.

جدول 1: ارزیابی کاربرپذیری محلی بررسی نظام‌مند در مورد مراقبت در منزل (از چشم‌انداز سیاست‌گذاران کانادایی)

سیاست‌گذاران ارزیابی‌کننده‌ی کاربرپذیری بررسی نظام‌مندی که در سال 2005 در مورد مراقبت در منزل انجام شد، مجموعه‌ای از سوالات زیر را بحث و بررسی کردند :
<p>1. آیا مطالعات مشمول در بررسی نظام‌مند در همان محیط انجام شدند یا اینکه آیا یافته‌ها در سراسر محیط‌ها یا در طول زمان باثبات بود؟</p> <ul style="list-style-type: none"> • 22 مطالعه در بررسی گنجانده شد <ul style="list-style-type: none"> ○ 9 مطالعه از انگلیس ○ 3 مطالعه از استرالیا ○ 1 مطالعه از ایتالیا، 1 مطالعه از نروژ و 1 مطالعه از آمریکا ○ 7 مطالعه طوری توصیف نشدند که کشوری که مطالعه در آن صورت گرفته را مشخص کنند • یافته‌ها در سراسر محیط‌ها منسجم نبود • دو مطالعه در سال 1978 منتشر شد و بقیه‌ی مطالعات از سال 1992 به بعد منتشر شدند. بسیاری از مطالعات دوره‌ی زمانی‌شان را مشخص کردند و حمایت از این ادعا که یافته‌ها در طول دوره‌های زمانی باثبات است را دشوار ساختند.
<p>2. آیا تفاوت‌های مهمی در محدودیت‌ها و واقعیات میدانی که اساساً امکان‌سنجی و مقبولیت گزینه‌ی سیاستی را تغییر می‌دهد، وجود دارد؟</p> <ul style="list-style-type: none"> • در کانادا، پرستاران به‌شدت مورد نیاز هستند (خصوصاً در بیمارستان‌ها) و بسیاری از آنها برای فعالیت‌های درمانی مراقبت خانگی استفاده نمی‌شوند. این بدان معناست که بسیاری از پرستاران فرصت‌های شغلی در فضای مراقبت خانگی را اتخاذ نمی‌کنند. • در کانادا، برخلاف انگلیس که 9 مورد از 13 مطالعه در آنجا انجام شده بود، شهروندان از حیث برخورداری از پوشش تکمیلی که امکان مراقبت ویژه در منزل را می‌دهد، تفاوت دارند. این بدان معناست که نسبتاً افراد ثروتمندتر بیشتر به مراقبت در منزل دسترسی دارند.

<ul style="list-style-type: none"> • در کانادا، برخلاف انگلیس، دریافت کنندگان مراقبت خانگی و خانواده‌هایشان در صورتی که خواهان مراقبت جدی تر باشند، باید مسافت بسیار طولانی را سفر کنند. بنابراین، برخی از آنها ترخیصشان را از بیمارستان به تاخیر می‌اندازند؛ در صورتی که انتقال به بیمارستان دشوار باشد، سایرین متحمل درد و رنج خواهند شد. • در کانادا، اگر پرستاران از بیمارستان به مراقبت خانگی روی آورند، دستمزدشان کاهش می‌یابد. بنابراین، بسیاری از آنها فعالانه مخالف گذر از انجام مراقبت بیمارستانی به مراقبت در منزل هستند. • در کانادا، بیش از انگلیس شکاف بین خدمات اجتماعی و خدمات درمانی وجود دارد (حداقل، خارج از استان کبک). این بدان معناست که مراقبان با بار مسئولیت بیشتری مواجه می‌شوند که موسسه‌ی خدمات اجتماعی پوشش نمی‌دهد.
<p>3. آیا تفاوت‌های مهمی در تمهیدات نظام سلامت وجود دارد و بدان معناست که گزینه‌ی سیاستی نمی‌تواند تاثیر یکسانی داشته باشد؟</p> <ul style="list-style-type: none"> • همانطور که قبلاً اذعان شد، در کانادا، دریافت کنندگان مراقبت خانگی و خانواده‌هایشان نمی‌توانند به همان وسعت خدماتی که در انگلیس در دسترس خانواده‌هاست، تکیه کنند (حداقل خارج از استان کبک). • در کانادا، برخلاف انگلیس، دولت متعهد است هزینه‌های مراقبت بیمارستانی و خدمات درمانی که پزشک ارائه می‌دهد را پردازد اما هزینه‌ی مراقبت خانگی را نمی‌پردازد. این بدان معناست که کانادایی‌های دریافت کننده‌ی مراقبت خانگی و خانواده‌هایشان با موانع مالی چشمگیری برای دسترسی به مراقبت خانگی مواجهند. • در کانادا، برخلاف انگلیس، بیشتر کانادایی‌ها به رویه‌ی مراقبت بهداشتی اولیه چندتخصصی وصل نیستند و برخی از کانادایی‌های دریافت کننده‌ی مراقبت خانگی حتی ارائه‌دهنده‌ی مراقبت بهداشتی اولیه معمول ندارند.
<p>4. آیا تفاوت‌های مهمی در شرایط پایه وجود دارد و موجب اثرات کاملاً متفاوتی می‌شود- حتی اگر اثربخشی نسبی یکسان باشد؟</p> <ul style="list-style-type: none"> • در کانادا، مراقبت خانگی برای بیشتر انواع درمان‌ها به‌خوبی جاقفاده است. این بدان معناست که مزایا حداقل برای آنهایی که مشکلات مالی ندارند، می‌تواند به‌صورت مطلق کم باشد.
<p>5. چه بینشی می‌توان در مورد سیاست‌ها، اجرای آنها و پایش و ارزیابی‌شان بدست آورد؟</p> <ul style="list-style-type: none"> • در کانادا، طرح‌های اجتناب از پذیرش بیمار در مقایسه با طرح‌های به‌خوبی جاقفاده نظیر ترخیص زود هنگام بیماران سالمند یا ترخیص بیماران بعد از جراحی یا مراقبت از مبتلایان به بیماری‌های لاعلاج گزینه‌ی نسبتاً ناشناخته‌ایست. <p>این بررسی اکنون به‌روزرسانی شده است و به دو بررسی مجزا تفکیک شده است. یک بخش مشخصاً با طرح‌های اجتناب از پذیرش بیمار سروکار دارد و کاملاً با شرایط کانادا همخوانی دارد.</p>

جدول 2: ارزیابی کاربردپذیری محلی بررسی نظام مند در مورد مداخلات کادر درمان غیرمتخصص (از چشم‌انداز سیاست‌گذار اهل

آفریقای جنوبی)

<p>سیاست‌گذارانی که کاربردپذیری بررسی نظام مند سال 2006 را در مورد مداخلات کادر درمان غیرمتخصص برای سلامت مادر و کودک در مراقبت بهداشتی اولیه و مراقبت خانگی ارزیابی می‌کنند، می‌توانند مجموعه سوالات زیر را بپرسند :</p>
<p>1. آیا مطالعات گنجانده شده در بررسی نظام مند در همان محیط انجام شد یا آیا یافته‌ها در همه‌ی محیط‌ها یا دوره‌های زمانی ثابت بود؟</p> <ul style="list-style-type: none"> • 48 مطالعه در بررسی نظام مند گنجانده شد <ul style="list-style-type: none"> ○ 25 مطالعه از آمریکا ○ سه مطالعه از انگلیس ○ 2 مطالعه از برزیل، 2 مطالعه از آفریقای جنوبی و دو مطالعه از تانزانیا ○ یک مطالعه از بنگلادش، یک مطالعه از کانادا، یک مطالعه از ایتوبی، یک مطالعه از غنا، یک مطالعه از هند و یک مطالعه از ایرلند، یک مطالعه از مکزیک، یک مطالعه از نپال، یک مطالعه از نیوزلند، یک مطالعه از پاکستان، یک مطالعه از فیلیپین، یک مطالعه از تایلند، یک مطالعه از ترکیه و یک مطالعه از ویتنام

<ul style="list-style-type: none"> • یافته‌ها همیشه در سراسر محیط‌های مختلف ثابت نبوده است • بیشتر مطالعات از سال 1995 به بعد منتشر شدند. اما یکی از مطالعات در سال 1980 منتشر شد. از بررسی نظام‌مند مشخص نیست آیا یافته‌ها در طول دوره‌های زمانی مختلف ثابت بوده است یا خیر.
<p>2. آیا تفاوت‌های مهمی در محدودیت‌ها و واقعیات میدانی وجود دارد که اساساً امکان‌سنجی و مقبولیت گزینه‌ی سیاستی را تغییر دهد؟</p> <ul style="list-style-type: none"> • در آفریقای جنوبی، نگرانی‌هایی در مورد ظرفیت نظام سلامت و سازمان‌های غیردولتی برای حمایت بالینی و مدیریتی از مقیاس وسیع برنامه‌های ال‌اچ‌دبلیو خصوصاً در مناطقی که کمبود منابع دارند، مطرح شده است. ظرفیت این مناطق با محیط‌های پردرآمدی نظیر آمریکا و انگلیس که بسیاری از مطالعات در آنجا صورت گرفته است، تفاوت دارد. • در آفریقای جنوبی، پرستاران و انجمن‌های حرفه‌ای پرستاری با گسترش دامنه‌ی اقدامات ال‌اچ‌دبلیوها مخالفت کرده‌اند. این مخالفت می‌تواند دامنه‌ی وظایف ال‌اچ‌دبلیوها را محدود کند. مقبولیت ال‌اچ‌دبلیوها برای مصرف‌کنندگان منطقی به نظر می‌رسد، اما براساس مشاهدات از برنامه‌های موجود، احتمال دارد میزان مقبولیت در مناطق مختلفی از کشور و برای اهداف مختلف متفاوت باشد (مثلاً، واکسیناسیون، ارتقا تغذیه‌ی نوزاد از شیر مادر). • در آفریقای جنوبی، بیشتر ال‌اچ‌دبلیوها در حال حاضر در ارائه‌ی مراقبت خانگی برای مبتلایان به اچ‌آی‌وی/ایدز و حمایت درمانی از این گروه و مبتلایان به سل فعال هستند. مشخص نیست گسترش نقش‌هایشان به مناطقی که در بررسی نظام‌مند (ارتقا واکسیناسیون، درمان عفونت‌های دوران کودکی، ارتقا تغذیه‌ی نوزادان از شیر مادر) موثر نشان داده است، چقدر امکان‌پذیر است. همچنین، مداخلات ال‌اچ‌دبلیو که در بررسی نظام‌مند موثر نشان داده شده است بر مسائل بهداشتی خاص نظیر ارتقا تغذیه‌ی نوزادان از شیر مادر یا واکسیناسیون تمرکز داشت. شواهد اندکی در مورد اثربخشی ال‌اچ‌دبلیوهای «عمومی‌تر» وجود دارد که مسئولیت ارائه‌ی طیف وسیعی از مداخلات مراقبت بهداشتی اولیه به آنها محول می‌شود. • در آفریقای جنوبی، هنجارها و سنت‌های مربوط به تغذیه‌ی نوزاد با شیر مادر و سطوح پایه و متفاوت تغذیه‌ی نوزاد با شیر مادر و نرخ بالای اچ‌آی‌وی/ایدز میان مادران کاربردپذیری یافته‌های بررسی نظام‌مند را در مورد ال‌اچ‌دبلیوها برای ارتقا تغذیه‌ی نوزاد از شیر مادر تغییر می‌دهد.
<p>3. آیا تفاوت‌های مهمی در تمهیدات نظام سلامت وجود دارد و به این معناست که گزینه‌ی سیاستی تأثیر یکسانی ندارد؟</p> <ul style="list-style-type: none"> • در آفریقای جنوبی، ال‌اچ‌دبلیوها مجوز توزیع آنتی‌بیوتیک را برای درمان عفونت‌های حاد تنفسی در کودکان یا توزیع داروهای ضد مالاریا ندارند. بنابراین، در کوتاه‌مدت تا میان‌مدت گسترش دامنه‌ی عملکردشان به این شکل دشوار است، حتی اگر در بررسی نظام‌مند موثر نشان داده شده باشد. • در آفریقای جنوبی، سازمان‌های غیردولتی ال‌اچ‌دبلیوها را استخدام می‌کنند. این سازمان‌ها از دولت بودجه می‌گیرند تا حقوق ال‌اچ‌دبلیوها را بپردازند. مشخص نیست این سازوکار تامین بودجه چقدر قابل اطمینان است.
<p>4. آیا تفاوت‌های مهمی در شرایط پایه که تأثیرات مطلق و متفاوتی تولید می‌کند وجود دارد-حتی اگر اثربخشی نسبی‌شان یکسان باشد؟</p> <ul style="list-style-type: none"> • نرخ واکسیناسیون پایه در آفریقای جنوبی پایین‌تر از برخی از محیط‌هایی است که مطالعات در مورد ال‌اچ‌دبلیوها برای ایمن‌سازی در آنها انجام می‌شود (ایرلند، آمریکا). بنابراین، می‌توان انتظار اثرات مطلق بالاتر را در آفریقای جنوبی پیش‌بینی کرد.
<p>5. چه بینش‌هایی را می‌توان در مورد گزینه‌ها، اجرا و پایش و ارزیابی‌شان بدست آورد؟</p> <p>بیشتر مداخلات ال‌اچ‌دبلیو که موثر نشان داده است بر اقدامات تکی تمرکز داشته است. اثربخشی ال‌اچ‌دبلیوهای «عمومی» که طیف وسیعی مداخلات مراقبت‌های بهداشتی اولیه را ارائه می‌کند نیازمند ارزیابی است.</p>

4. آیا تفاوت‌های مهمی در شرایط پایه که تأثیرات مطلق متفاوتی را تولید می‌کند، وجود دارد، حتی اگر اثربخشی

نسبی یکسان باشد؟

اگر مطالعات مشمول در بررسی نظام مند در محیطی انجام شده باشد که شرایط پایه آن مشابه محیطی است که یافته‌ها برای آن اعمال می‌شود (مثلا از نظیر پوشش جمعیت در سیاست یا برنامه)، سیاست‌گذاران ممکن است انتظار تاثیرات مطلق مشابهی را در محیط‌شان داشته باشند (مشروط بر اینکه پاسخی که به سوال 3 در بالا می‌دهند موجب شود انتظار اثربخشی نسبی مشابهی را داشته باشند). سیاست‌گذاران اغلب می‌توانند اطلاعاتی را در مورد شرایط پایه در بررسی‌های نظام مند در بخشی تحت عنوان «ویژگی‌های مطالعات مشمول» بیابند. به همین ترتیب، آنها شاید مجبور شوند مطالعات اصلی مشمول در بررسی را بازیابی کنند با این امید که شرایط پایه در آنها بهتر توصیف شود. سیاست‌گذاران معمولا می‌توانند شواهد محلی را در مورد شرایط پایه در محیط شخصی‌شان بیابند (بخش 11 به چگونگی یافتن و استفاده از شواهد محلی می‌پردازد).

سیاست‌گذاران در محیط با شرایط پایه متفاوت می‌توانند انتظار تاثیرات مطلق متفاوتی را داشته باشند. ممیزی و بازخورد، در مواردی که پایبندی پایه به شیوه‌ی درمانی توصیه‌شده پایین است، احتمالا موثر است. به همین ترتیب، تاثیر مطلق ابتکار پرداخت در ازای عملکرد در کشورهای کم درآمد و کشورهای با درآمد متوسط (که در آنها مشوق‌های مالی اندک می‌تواند بیش از دستمزد باشد) می‌تواند بیش از کشورهای پردرآمد باشد.

این سوال که بر پیوند بین شرایط پایه و اثرات مطلق تاکید دارد مانند سوال در محیط‌های بالینی است، که اثربخشی نسبی مداخله‌ی بالینی اغلب میان بیماران یکسان است، اما ریسک اولیه‌ی بیماران به‌طور چشمگیری متفاوت است. این سوال همچنین در محیط‌های درمانی عمومی بسیار مهم است که در آن برنامه‌های واکسیناسیون ممکن است در کشورها با شرایط پایه بسیار متفاوت معرفی شود. بخش 16 به استفاده از ترانزنامه‌ها برای خلاصه‌سازی تاثیرات مهم می‌پردازد و جزئیات بیشتری را در مورد اثربخشی نسبی و تاثیرات مطلق فراهم می‌کند.

5. چه بینش‌هایی را می‌توان در مورد گزینه‌های سیاستی، اجرا و پایش و ارزیابی بدست آورد؟

حتی اگر یافته‌های بررسی‌های نظام مند مستقیما برای محیط خاصی کاربرد نداشته باشد، نکات مهمی را می‌توان آموخت. سیاست‌گذاران ممکن است ایده‌ای برای گزینه‌ی سیاستی بدست آورند که در غیراینصورت ممکن است مدنظر قرار نگیرد. آنها همچنین ممکن است بینشی در مورد چگونگی اجرای گزینه‌های سیاستی در محیط‌های دیگر بدست آورند. همچنین، آنها

ممکن است بتوانند مستقیماً خود نظرسنجی نظام‌مند را در تدوین برنامه‌ی پایش و ارزیابی استفاده کنند. مثلاً، سیاست‌گذاران ممکن است در مورد رویکرد جدید برای حمایت از مراقبت تیمی، اهمیت مشارکت‌دهی هم مدیران میانی و هم پرستاران خط مقدم در اجرای گزینه‌ی سیاستی را یاد بگیرند. همچنین، آنها ممکن است اطلاعاتی در مورد انواع خروجی و نتایجی که باید در حین پایش و ارزیابی اجرای سیاست انتخاب‌شده ردیابی کنند، بدست آورند.

در جدول 1 و 2، مثال‌هایی از ارزیابی کاربردپذیری بررسی نظام‌مند ارائه می‌شود.

نتیجه‌گیری

ارزیابی درست کاربردپذیری یافته‌های بررسی نظام‌مند زمان زیادی می‌برد. با این حال، وقتی گزینه‌ی سیاستی براساس بررسی نظام‌مند باکیفیت و مرتبط پیشنهاد می‌شود، ارزیابی‌های این چنینی مهم هستند. سیاست‌گذاران و سایر ذینفعان باید بدانند آیا می‌توانند انتظار یافته‌های مشابهی را در محیط خودشان داشته باشند. برخلاف ارزیابی کیفی بررسی نظام‌مند که اغلب می‌توان به محققان محول کرد، افرادی که شناخت بسیار خوبی از محدودیت‌ها و واقعیات میدانی، تمهیدات نظام سلامت و شرایط پایه در محیط خاص دارند باید ارزیابی کارآیی محلی را انجام دهند. ارزیابی کارآیی محلی حوزه‌ایست که سیاست‌گذاران و حامیان‌شان باید فعالانه در آن مشارکت کنند.

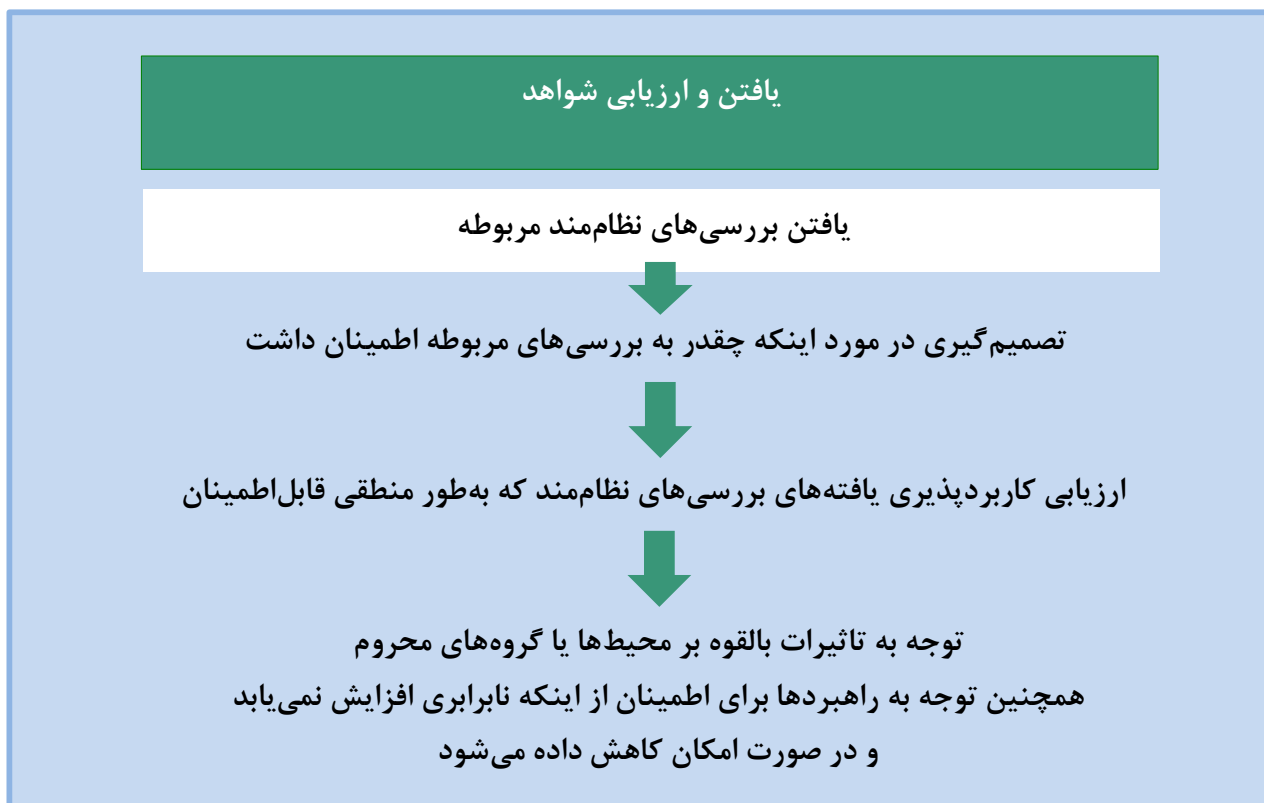
بخش دهم : در نظر گرفتن مقوله‌ی عدالت هنگام ارزیابی یافته‌های بررسی نظام‌مند

پیش‌زمینه

این بخش چهارمین بخش از این متن است که به استفاده از بررسی‌های نظام‌مند برای سیاست‌گذاری می‌پردازد (شکل 1). در این بخش، چهار سوالی را مطرح می‌کنیم که سیاست‌گذاران می‌توانند در ارزیابی تأثیرات بالقوه‌ی سیاست یا برنامه بر افشار محروم و بر عدالت مدنظر قرار دهند. سوالات این چینی را می‌توان در سناریویی که در بالا مطرح شد، استفاده کرد. این بخش سوالاتی را برای سیاست‌گذارانی نظیر وزیر بهداشت یا اعضای ارشد وزارت بهداشت مطرح می‌کند. آنها می‌توانند از کارکنانشان بخواهند هنگام آماده‌سازی خلاصه‌ی سیاستی در مورد تأثیرات بر بی‌عدالتی، به این سوالات پاسخ دهند. این بخش سوالاتی را برای حامیان سیاست‌گذاران نظیر آنهایی که وظیفه‌ی آماده‌سازی خلاصه‌های سیاستی را برعهده دارند، مطرح می‌کند. آنها می‌توانند این سوالات را هنگام استفاده از شواهد تحقیقاتی در مورد تأثیرات بر بی‌عدالتی، خصوصاً هنگام استفاده از شواهد بررسی‌های نظام‌مند، در نظر بگیرند.

راهنمایی‌هایی را برای پرداختن به مقوله‌ی نابرابری که باید در رابطه با محیط‌ها و سیاست‌های خاص در نظر گرفته شود، ارائه نخواهیم کرد. در مقابل، رویکرد ساختاریافته‌ای را برای در نظر گرفتن تأثیرات سیاست و برنامه‌ی انتخابی بر نابرابری، تصمیم‌گیری در مورد گزینه‌هایی که باید اجرا کرد و چگونگی اجرایشان ارائه خواهیم کرد.

بریومن و گراسکین برابری را «نبود نابرابری در خدمات درمانی که به‌طور نظام‌مندی با مزیت یا محرومیت اجتماعی مرتبط است» توصیف می‌کنند. مارگارت وایتهد با تعریف نابرابری به‌عنوان «تفاوت در ارائه‌ی خدمات درمانی که نه تنها غیرضروری و اجتناب‌پذیر است، بلکه ناعادلانه و غیرمنصفانه محسوب می‌شود» به‌طور واضح‌تری بر عناصر محرومیت تأکید می‌کند.



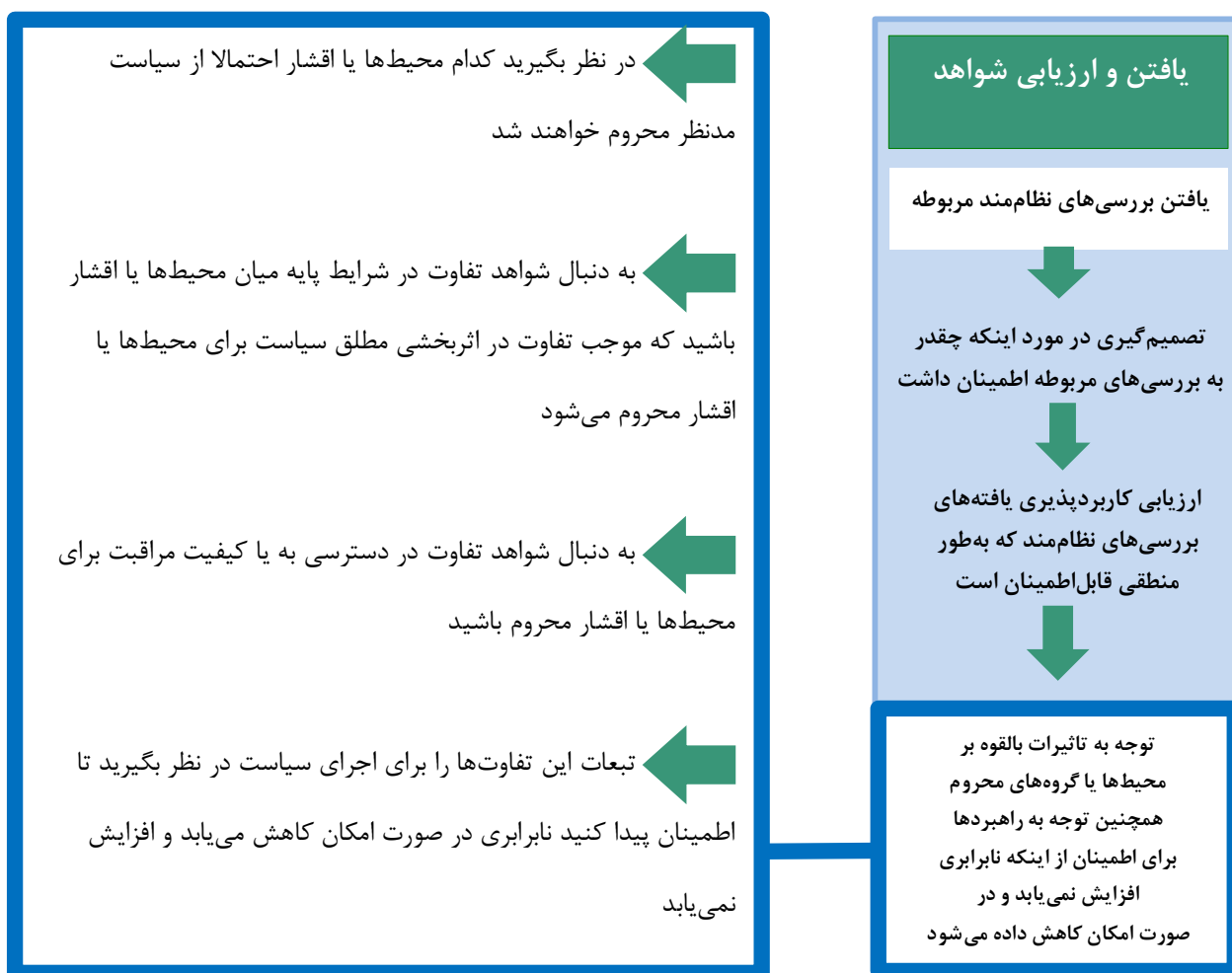
نابرابری در سلامت و خدمات درمانی در رابطه با طیف وسیعی از ویژگی های اجتماعی و اقتصادی به خوبی ثبت شده است. افزایش محروم تقریباً همیشه وضعیت سلامتی ضعیف تر، دسترسی ضعیف تر به خدمات درمانی دارند و خدمات درمانی بی کیفیت تری را دریافت می کنند. سیاست ها یا برنامه های موثر می توانند سلامت کلی جمعیت را بهبود دهند. با این حال، تاثیرشان بر نابرابری می تواند متفاوت باشد: سیاست ها یا برنامه ها ممکن است هیچ تاثیری بر نابرابری نداشته باشند، ممکن است نابرابری را کاهش دهند یا ممکن است نابرابری را صرف نظر از تاثیر کلی شان بر سلامت جمعیت تشدید کنند. بنابراین، فقط کافی نیست که سیاست گذاران بدانند سیاست یا برنامه ای موثر است. آنها باید نحوه ی تاثیرگذاری سیاست یا برنامه را بر نابرابری ها در نظر بگیرند. اگر احتمال داشته باشد که این سیاست یا برنامه نابرابری را تشدید کند، آنها باید بررسی کنند چطور می توان اثرات این چنینی را اصلاح کرد. مثلاً، اقشار مرفه تر بسیاری از مداخلات موثر برای کاهش سیگار کشیدن را راحت تر می پذیرند. بنابراین، اگر اقدامات خاصی برای رسیدگی به این مسئله اتخاذ نشود، موجب گسترش تفاوتها در نرخ سیگار کشیدن و نابرابری در وضعیت سلامتی می شود.

سوالاتی که باید در نظر گرفت

سوالات زیر می‌تواند به ارزیابی تاثیرات بالقوه‌ی سیاست یا برنامه بر اقشار محروم و برابری کمک کند:

1. کدام گروه‌ها یا محیط‌ها احتمالاً در رابطه با گزینه‌ی سیاستی در نظر گرفته‌شده محروم هستند؟
 2. آیا دلایل قابل‌قبولی برای پیش‌بینی تفاوت‌ها در اثربخشی نسبی سیاست برای اقشار یا محیط‌های محروم وجود دارد؟
 3. آیا احتمالاً شرایط پایه متفاوتی میان گروه‌ها یا محیط‌ها وجود دارد، به‌طوری‌که اثربخشی مطلق سیاست متفاوت خواهد بود و مسئله برای اقشار یا محیط‌های محروم کم و بیش مهم می‌شود؟
 4. آیا ملاحظات مهمی وجود دارد که باید در اجرای سیاست برای اطمینان از کاهش نابرابری و عدم‌افزایش آن در نظر گرفت؟
- منطق پشت این سوالات در شکل 2 نشان داده شده است.

شکل 2: چهار مرحله برای شناسایی و در نظر گرفتن ملاحظات برابری هنگام ارزیابی یافته‌های بررسی نظام‌مند



1. کدام گروه‌ها یا محیط‌ها احتمالاً در رابطه با گزینه‌ی سیاستی در نظر گرفته شده محروم هستند؟

محرومیت می‌تواند به وضعیت اقتصادی، اشتغال یا حرفه، تحصیلات، محل سکونت، جنسیت، قومیت یا ترکیبی از این ویژگی‌ها مربوط شود. جوامع مختلف به دلیل شرایط تاریخی توجه یکسانی به عوامل خاص نشان نمی‌دهند. مثلاً، در آمریکا، اغلب تمرکز بیشتری بر مسئله‌ی نژاد وجود دارد، اما در انگلیس طبقه‌ی اجتماعی جلب توجه می‌کند. کشورهای دیگر ممکن است بر گروه‌های قومی خاصی تمرکز کنند.

اهمیت این ویژگی‌ها می‌تواند بسته به سیاست یا برنامه‌ی مدنظر متفاوت باشد. دلایل خوبی برای اولویت‌بندی گروه‌ها یا محیط‌های خاص در کل وجود دارد، اما برای برخی از سیاست‌ها یا برنامه‌ها مهم است که نابرابری در رابطه با طیف وسیعی از گروه‌ها یا محیط‌های به‌طور بالقوه محروم در نظر گرفته شود. توجه خاصی باید به آن گروه‌ها یا محیط‌هایی معطوف شود که دلیلی برای پیش‌بینی اثرات متفاوت برای آنها وجود دارد.

در کل، هر زمان رابطه‌ای بین سازوکار اجرای سیاست یا برنامه و ویژگی‌های خاص وجود دارد، محققان و سیاست‌گذاران باید نگران اثرات افتراقی باشند. مثلاً:

- وضعیت اقتصادی: جمعیت‌های کم‌درآمد به احتمال زیاد به تغییرات در قیمت کالاها و خدمات توجه نشان می‌دهند. از آنجاکه درآمد خالص کمتری دارند، افزایش مالیات بر دخانیات می‌تواند احتمال ترک سیگار را در اقشار این چینی افزایش دهد. اگر آنها سیگار کشیدن را ترک نکنند، در نتیجه‌ی پرداخت هزینه‌ی بیشتر برای خرید دخانیات، بیشتر آسیب‌پذیر می‌شوند.
- اشتغال یا حرفه: طرح بیمه با سرمایه‌ی کارفرما می‌تواند موجب تفاوت در پوشش بیمه شود، به‌طوری‌که پوشش بیمه‌ای برای افراد بیکار، خویش‌فرما یا شاغل در شرکت‌های کوچک کمتر می‌شود.
- آموزش و پرورش: انتظار می‌رود برنامه‌های تحصیلی تأثیر متفاوتی بر آنهایی که به مدرسه می‌روند و آنهایی که به مدرسه نمی‌روند، داشته باشد. کمپین‌های اطلاعاتی متکی بر مطالب چاپی برای بهبود استفاده از خدمات سلامت تأثیر متفاوتی بر اقشار بی‌سواد یا کم‌سواد خواهد داشت.

- محل سکونت: دسترسی به خدمات درمانی معمولاً در مناطق روستایی دشوارتر است. بنابراین، هر راهبردی که لزوم بهبود ارائه‌ی مداخلات بهداشت عمومی یا مداخلات بالینی موثر را در نظر نمی‌گیرد احتمالاً در مناطق روستایی کمتر موثر است.

- جنسیت: راهبردها برای مشارکت‌دهی ذینفعان در اولویت‌گذاری می‌تواند تاثیر متفاوتی بر زنان و مردان داشته باشد و موجب اولویت‌هایی شود که تاثیرات متفاوتی بر زنان و مردان دارد.

- قومیت: گروه‌های قومی (مثلاً، آن گروه‌هایی که از دید خودشان یا دیگران ویژگی‌های مشترکی دارند و این ویژگی‌ها آنها را از سایر گروه‌های جامعه متمایز می‌کند) می‌توانند باورها و نگرش‌هایی مربوط به مقبولیت سیاست یا برنامه‌ی خاص داشته باشند. راهبردهای ارائه‌ی خدمات درمانی که این دیدگاه‌ها را در نظر نمی‌گیرند میان گروه‌های قومی تاثیر کمتری دارند (ممکن است درغیراینصورت، برنامه یا سیاست موثر برای این گروه‌ها به راحتی در دسترس نباشد).

2. آیا دلایل قابل‌قبولی برای پیش‌بینی تفاوت‌ها در اثربخشی نسبی گزینه‌ی سیاستی برای محیط‌ها یا اقشار محروم

وجود دارد؟

در جدول 1، نمونه سناریویی را مطرح می‌کنیم که در آن می‌توان تفاوت‌ها در اثربخشی نسبی سیاست یا برنامه را پیش‌بینی کرد. همانطور که در جدول 1 توصیف شده است، دلایل قابل‌قبولی برای پیش‌بینی تفاوت در اثرات نسبی درخواست هزینه‌ی دارو یا سایر خدمات درمانی از جمعیت‌های محروم (نظیر فقرا) در مقایسه با اقشار متمول‌تر وجود دارد. برای کاهش تفاوت در شرایط این چنینی، سیاست‌گذاران باید به دنبال شواهد تاثیرات سیاست‌های مدنظر بر جمعیت‌های محروم مربوطه باشند. هنگام تصمیم‌گیری در مورد اقدامی که باید انجام داد، این شواهد را باید در نظر گرفت. مثلاً، آیا اصلاً باید سهم هزینه‌ای مصرف‌کننده استفاده شود؟ اگر این پرداختی‌ها استفاده شود، چطور می‌توان آنها را برای به حداقل رساندن اثرات نامطلوب بر فقرا طراحی و اجرا کرد؟

شواهد اثرات سیاست‌ها یا برنامه‌ها بر نابرابری یکپارچه نیست. یافتن شواهد این چنینی دشوار است و سوگیری انتشار می‌تواند مشکل اضافی باشد، با توجه به اینکه مطالعات شناسایی‌کننده‌ی تفاوت‌های آماری معنادار در اصل احتمال انتشارشان بیشتر

است. مثلا، تسیکاتا و همکاران دریافتند که تنها 10 درصد از کارآزمایی‌های کنترل‌شده کارآیی سیاست یا برنامه را میان زیرگروه‌های اجتماعی-اقتصادی ارزیابی کرد. به همین ترتیب، اوگیلوی و همکاران دریافتند که بررسی‌های کاکرین در مورد مطالعات کنترل دخانیات به ندرت تاثیر سیاست یا برنامه را از حیث عوامل اجتماعی-اقتصادی، هم در بررسی‌های واقعی و هم مطالعات اصلی در آن بررسی‌ها ارزیابی کرده‌اند. در کل، بررسی‌های نظام‌مند شواهدی را در مورد اثربخشی افتراقی ارائه نمی‌کنند. شواهد این چینی برای تایید یا رد فرضیات قابل قبول در مورد اثرات افتراقی یا اثرات سیاست‌ها یا برنامه‌ها بر کاهش نابرابری لازم است.

وقتی برای کاوش اثرات افتراقی تحلیل‌های زیرگروه در بررسی‌های نظام‌مند انجام می‌شود، سیاست‌گذاران باید آگاه باشند که این تحلیل‌ها می‌تواند گمراه‌کننده باشد. دلیلش این است که مطالعات ممکن است به قدری کوچک باشد که نتوان با اطمینان تفاوت در اثرات را کشف کرد و همین امر موجب نتیجه‌گیری‌های منفی غلط می‌شود. همچنین، آزمایش مفروضات متعدد در مورد عوامل تعدیل‌کننده‌ی اثربخشی سیاست می‌تواند موجب نتیجه‌گیری‌های مثبت غلط شود. مثلا، نتایج مشاهده‌شده در زیرگروه‌ها برحسب اتفاق با تاثیر کلی مشاهده‌شده در مطالعات فرق خواهد داشت. به طور متناقض، بهترین برآورد از نتیجه‌ی سیاست یا برنامه در زیرگروه نتایج کلی (میان زیرگروه‌های مختلف) نه نتایج خاص برای زیرگروه مدنظر خواهد بود. هر زمان تحلیل‌های زیرگروه از جمله تحلیل‌های زیرگروه براساس عوامل اجتماعی-اقتصادی در نظر گرفته می‌شود، رهنمودهای کلی برای تفسیر تحلیل‌های زیرگروه (جدول 2) را باید با شک و تردید سالم استفاده کرد.

جدول 1: نمونه‌ای از دلیل قابل قبول برای پیش‌بینی تفاوت‌ها در اثربخشی نسبی

سهم هزینه‌ی مصرف‌کننده به‌طور گسترده به‌عنوان بخشی از ابتکار باماگو در کشورهای جنوب صحرای آفریقا معرفی شد. وزیر بهداشت منطقه‌ی آفریقایی WHO این ابتکار را در سال 1988 اتخاذ کردند. این ابتکار از فروش داروها با بهره به مصرف‌کنندگان حمایت کرد؛ هدف این بود این بهره به همراه هزینه‌ی مشاوره با مصرف‌کنندگان برای بهبود کیفی خدمات درمانی استفاده شود. نظرات متفاوتی در مورد تاثیر معرفی سهم هزینه‌ی مصرف‌کننده برای دسترس‌پذیری خدمات، خصوصا بر اقشار بسیار فقیر وجود دارد. برای بیش از 15 سال، این ابتکار موضوع بحث‌های زیادی بوده است. اما شکی نیست که سهم هزینه‌ی مصرف‌کننده مانع مالی برای فقرایی است که نیازمند داروها یا سایر خدمات درمانی هستند.

در موارد دیگری که شخص ثالث هزینه‌ی همه‌ی داروها را می‌پردازد، بیماران به‌طور بالقوه‌ای نرخ مصرف بالا و نامتناسبی خواهند داشت. سیاست‌های مستقیم تقسیم هزینه بخشی از بار مالی را از شرکت‌های بیمه به بیماران منتقل می‌کند و در نتیجه مسئولیت مالی بیماران را برای داروهای تجویزی افزایش می‌دهد. هدف از این سیاست‌ها این است که مشوقی برای کاهش موارد زیر باشد: استفاده‌ی بیش از حد از داروها؛ مصرف داروها با کارآیی محدود یا مصرف داروها برای بیماری‌هایی که درمان‌های دیگر و مقرون‌به‌صرفه‌تر برایشان دردسترس است؛ و پرداخت هزینه توسط شخص ثالث. انتظار می‌رود بیماران با کاهش مصرف دارو، روی آوردن به داروهای ارزان‌تر یا پرداختن هزینه‌های بیشتر از جیب خودشان به پرداخت مستقیم پاسخ دهند. با کاهش بار مالی برای

پرداخت کنندگان شخص ثالث و تسهیل مصرف منطقی داروها، سطح کلی سلامت را می‌توان با صرفه‌جویی در منابع و بازتخصیص آنها به سایر خدمات درمانی ارتقا داد.

باین حال، بیمه‌نامه‌های دارویی بیش از حد محدودکننده می‌تواند تبعات ناخواسته‌ای داشته باشد. مثلا، انتقال مسئولیت پرداخت هزینه از دوش بیمه‌گر به مصرف‌کننده می‌تواند موجب قطع مصرف داروهای ضروری توسط بیماران شود. به نوبه‌ی خود، این امر موجب وخامت وضعیت سلامتی و افزایش استفاده از خدمات درمانی و افزایش هزینه‌ها هم برای بیماران و هم شرکت‌های بیمه می‌شود. این تأثیر ناخواسته احتمالا تأثیر بزرگتری میان اقشار کم‌درآمد یا اقشار آسیب‌پذیر دارد، زیرا هزینه‌های این چینی احتمالا بیانگر نسبت قابل توجه‌تری از کل درآمد هستند. طرح‌هایی که شامل پرداخت مستقیم هزینه دارو توسط بیماران می‌شود بحث برانگیز هستند، زیرا تقسیم هزینه‌ی داروها مانع مالی برای فقرا و سایر گروه‌های محروم ایجاد می‌کند. شواهد حاکیست از اینکه تعیین سقف برای بازپرداخت داروهای تجویزی با کاهش مصرف داروهای ضروری میان زیرگروه‌های آسیب‌پذیر هم بیماران سالمند و هم بیماران به شدت معلول و افزایش بستری شدن در بیمارستان و پذیرش در آسایشگاه مرتبط است.

جدول 2: رهنمودهایی برای تفسیر تحلیل‌های زیرگروه

با پاسخ به سوالات زیر می‌توان تصمیم گرفت آیا تصمیم باید براساس تحلیل زیرگروه یا نتایج کلی باشد؟

آیا اندازه‌ی تفاوت مهم است؟

اگر اندازه‌ی تفاوت بین زیرگروه‌ها موجب تصمیمات متفاوت برای زیرگروه‌های متفاوت نشود، در آن صورت نتایج کلی را می‌توان استفاده کرد.

آیا تفاوت‌های بین زیرگروه‌ها از نظر آماری معنادار است؟

برای تعیین اینکه آیا سیاست یا برنامه تأثیر متفاوتی در موقعیت‌های مختلف دارد یا خیر، اندازه‌ی اثرات در زیرگروه‌های مختلف را باید مستقیما با هم مقایسه کرد. اهمیت آماری نتایج در تحلیل‌های جداگانه‌ی زیرگروه را نباید مقایسه کرد، زیرا احتمالا گمراه‌کننده است. مثلا، اگر تحلیل زیرگروه نشان دهد که تأثیر سیاست یا برنامه از نظر آماری برای زنان معنادار نیست اما از نظر آماری برای مردان معنادار است، احتمالا دلیلش این است که تعداد اندکی از زنان در مطالعات گنجانده شدند. این تحلیل به این سوال پاسخ نمی‌دهد که اگر تفاوت بین اندازه‌ی تأثیر در زنان و مردان برحسب اتفاق رخ داده باشد، آیا بیانگر این است که تفاوت بیش از حد انتظار است. اگر تفاوت مهمی در اثرات وجود داشته باشد و این تفاوت از نظر آماری معنادار باشد (یعنی، بعید است برحسب اتفاق رخ داده باشد)، در آن صورت باید تصمیم بر مبنای تحلیل زیرگروه نه تحلیل کلی باشد.

آیا شواهد غیرمستقیم در حمایت از یافته‌ها وجود دارد؟

شواهد غیرمستقیم تحقیقاتی است که مستقیما گزینه‌های سیاستی را در جمعیت‌های مدنظر مقایسه نکرده است یا نتایج مهم مدنظرمان را اندازه‌گیری نمی‌کند. برای اینکه تفاوت‌ها بین زیرگروه‌ها متقاعدکننده باشد، باید قابل قبول باشد و شواهد غیرمستقیم یا خارجی آنها را تایید کند. مثلا، تحقیقاتی که نتایج میانی را اندازه‌گیری کرده است (نه نتایجی که مدنظرمان است)، می‌تواند شواهدی از سازوکار قابل قبول را برای اثرات افتراقی فراهم کند. برای انجام تحلیل‌های زیرگروه برای اقشار محروم، باید دلیل قابل قبول مشابهی برای پیش‌بینی اثرات افتراقی وجود داشته باشد که شواهد غیرمستقیم هم آن را تایید کرده باشد.

آیا تحلیل از قبل مشخص شده یا تعقیبی است؟

محققان باید بیان کنند آیا تحلیل‌های زیرگروه از قبل مشخص شده است یا بعد از گردآوری نتایج مطالعات انجام شده است. در صورتی که تحلیل زیرگروه بخشی از تعداد اندکی از تحلیل‌های از پیش مشخص شده را تشکیل دهد، می‌توان بیشتر به آن تکیه کرد. انجام تحلیل‌های متعدد زیرگروه تعقیبی را می‌توان صید داده در نظر گرفت. صید داده فرایندی ذاتا غیرقابل اطمینان است. دلیلش این است که هنگام در نظر گرفتن بسیاری از ویژگی‌های مختلف، معمولا امکان دارد توضیح مشهود اما غلطی برای تفاوت در اثرات یافت شود.

آیا تحلیل‌ها روابط درون‌مطالعه یا بین‌مطالعه را بررسی می‌کند؟

تفاوت در زیرگروه‌ها که داخل مطالعات مشاهده می‌شود قابل اطمینان‌تر از تحلیل زیرمجموعه‌های مطالعات است. اگر این روابط درون‌مطالعه‌ای در سراسر مطالعات تکرار شود، اطمینان را به یافته‌ها افزایش خواهد داد.

به همین ترتیب، اغلب شواهد مستقیم مربوط به اقشار محروم در دسترس نیست، زیرا ممکن است واقعا در مطالعات گنجانده نشده باشند. در این شرایط، سیاست‌گذاران باید کاربردپذیری شواهد در دسترس را که در بخش 9 بحث شده است، در نظر بگیرند.

3. آیا احتمالاً شرایط پایه متفاوتی میان گروه‌ها یا محیط‌ها وجود دارد، به طوری که اثربخشی مطلق سیاست متفاوت

شود و مسئله کم و بیش برای محیط‌ها یا اقلشار محروم مهم شود؟

اگر اثربخشی نسبی سیاست یا برنامه در محیط‌های محروم مشابه باشد، همچنان ممکن است تفاوت‌های مهمی در تاثیر مطلق به دلیل تفاوت در شرایط پایه وجود داشته باشد (برای مشاهده‌ی تصویر به شکل 3، برای مشاهده‌ی مثال به جدول 3 و برای توضیحی از اثرات نسبی و مطلق به جدول 4 رجوع شود). معمولاً، ریسک‌های پایه در اقلشار محروم بیشتر است و می‌توان انتظار تاثیر مطلق بزرگتر را داشت. اگر تاثیر نسبی بهبود ارائه‌ی درمان ترکیبی حاوی آرتمیسینین بر نرخ مرگ و میر ناشی از مالاریا برای کودکان محروم و سایر کودکان یکسان باشد، تاثیر مطلق در اقلشار محرومی که نرخ مرگ و میر بالاتری دارند، بیشتر خواهد بود. ریسک‌ها ممکن است گهگاهی در جمعیت‌های محروم پایین‌تر باشد و در این موارد، تاثیر مطلق متعاقباً کمتر خواهد بود. ریسک پایه برای بیماری عروق کرونر میان فیلیپینی‌ها حدوداً یک پنجم ریسک پایه در آمریکاست. بنابراین، تعداد افرادی که باید برای پیشگیری از یک مورد ابتلا به بیماری عروق کرونر درمان شوند (و هزینه‌ی مربوطه) میان فیلیپینی‌ها پنج برابر بیشتر است.

4. آیا هنگام اجرای سیاست برای اطمینان از کاهش نابرابری‌ها در صورت امکان و جلوگیری از افزایششان، ملاحظات

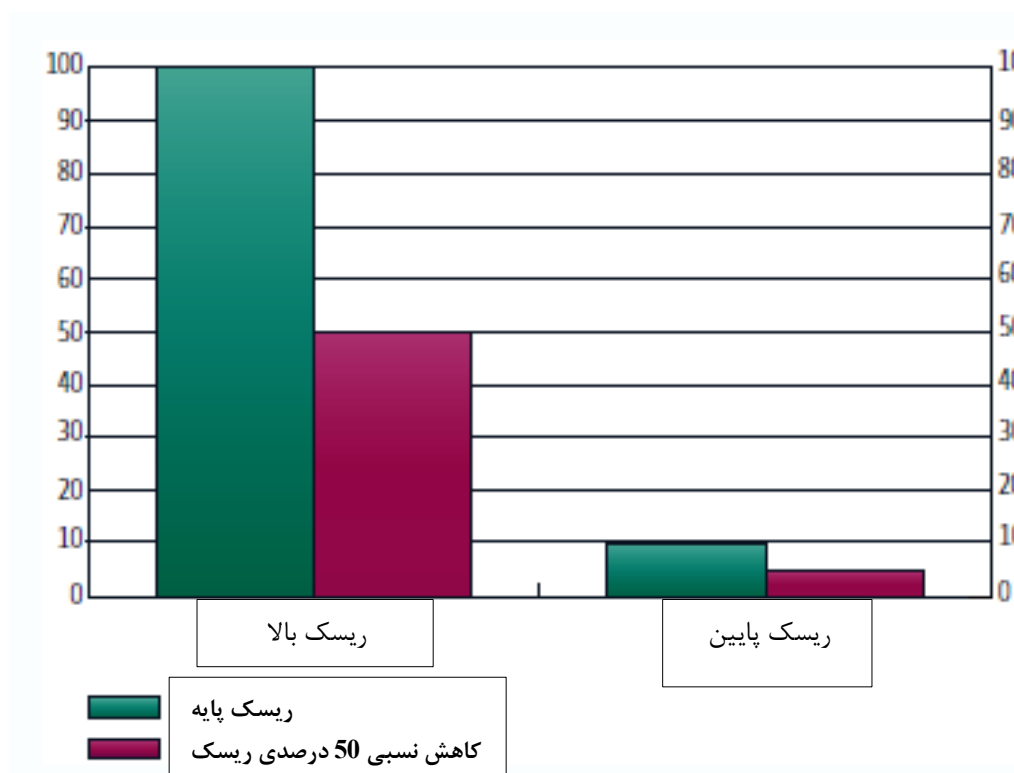
مهمی را باید در نظر گرفت؟

جمعیت‌های محروم معمولاً دسترسی ضعیف‌تری به درمان دارند و اغلب درمان بی‌کیفیت‌تری را دریافت می‌کنند. این قضیه در مورد جمعیت‌هایی دور از دسترس نظیر مهاجران غیرقانونی صدق می‌کند. متعاقباً، برنامه‌های بهبود دسترسی به خدمات درمانی و بهبود کیفیت آن اغلب مستلزم آن دسته از راهبردهای اجراست که عوامل محدودکننده‌ی دسترسی یا کیفیت را در محیط‌ها یا اقلشار محروم خطاب قرار می‌دهد (مثلاً، جدول 5). روش‌های این چنینی شامل راهبردهای مختلف راهبری، مالی و ارائه‌ی درمان یا سرمایه‌گذاری در منابع اضافی می‌شود. همچنین، این روش‌ها می‌تواند شامل حمایت فنی اضافی برای اجرای راهبردهای متناسب‌نشده برای گروه‌های این چنینی شود.

جدول 3: نمونه‌ای از تفاوت در شرایط پایه که موجب تفاوت در اثربخشی مطلق می‌شود

زایمان در مراکز درمانی به کاهش نرخ مرگ و میر مادران کمک می‌کند، خصوصاً اگر این مراکز درمانی تجهیزات مناسبی داشته باشند و کادر درمان ماهری در آنها مشغول باشند که می‌توانند مداخلات موثر را برای کاهش مرگ و میر ناشی از علل شایع مرگ مادران نظیر خونریزی و اکلامپسی پیاده کنند. معمولاً، نسبت زایمان در مراکز درمانی در نواحی روستایی به دلیل تغییر در دسترس‌پذیری کمتر از مناطق شهری است. پرداخت هزینه‌های رفت و آمد برای بهبود دسترسی به مراکز درمانی می‌تواند نابرابری‌ها را کاهش دهد. دلیلش این است که پرداخت‌ها می‌تواند در نواحی روستایی که در آن هزینه‌های رفت و آمد مانع محسوب می‌شود، موثرتر باشد. همچنین، دلیلش نسبت پایین‌تر زایمان در مراکز درمانی در نواحی روستایی است (که در نتیجه تاثیر مطلق را افزایش می‌دهد).

شکل 3: کاهش مطلق در مقابل کاهش نسبی ریسک



جدول 4: اثرات نسبی و اثرات مطلق

اثرات نسبی نسبت هستند. مثلاً، نسبت ریسک (RR) نسبت بین ریسک در گروه مداخله و ریسک در گروه کنترل است. اگر ریسک در گروه مداخله 2 درصد باشد (یعنی، 20 نفر در هر هزار نفر) و ریسک در گروه کنترل 2.4 درصد باشد (یعنی، 24 نفر در هر هزار نفر)، نسبت ریسک (یا ریسک نسبی) $20/24$ یا 83 درصد خواهد بود. «کاهش نسبی ریسک» روش دیگری برای بیان اثرات نسبی است. این کاهش درصدی یا نسبی در ریسک و برابر با $RR-1$ است که در این مورد 17 درصد است $(0.17 = 0.83 - 1)$.

اگر مقدار RR دقیقاً 1.0 باشد، این بدان معناست که هیچ تفاوتی بین وقوع نتیجه در گروه مداخله و گروه کنترل وجود ندارد. اما معناداری این مقدار بالاتر یا پایین‌تر از 1.0 بستگی دارد به اینکه آیا نتیجه اندازه‌گیری شده خوب یا بد محسوب می‌شود. اگر مقدار RR بیش از 1.0 باشد، مداخله ریسک نتیجه را افزایش می‌دهد. اگر نتیجه‌ی مطلوب خوب در نظر گرفته شود (مثلاً، تولد نوزاد سالم)، RR بزرگتر از 1.0 تاثیر مطلوب مداخله را نشان می‌دهد. از طرف دیگر، اگر نتیجه بد باشد (مثلاً، مرگ نوزاد)، مقدار RR بیش از 1.0 تاثیر نامطلوب را نشان خواهد داد. اگر مقدار RR کمتر از 1.0 باشد، مداخله ریسک

نتیجه را کاهش می‌دهد. پس اگر نتیجه بد باشد، تاثیر مطلوب را نشان می‌دهد (مثلا، مرگ) و اگر نتیجه خوب باشد (مثلا، تولد نوزاد سالم)، تاثیر نامطلوب را نشان می‌دهد.

تفاوت‌ها اثرات مطلق هستند. مثلا، کاهش ریسک مطلق (ARR) تفاوت بین ریسک با مداخله و ریسک بدون مداخله است. در این مثال، ARR 2.0 درصد (20 نفر در هر هزار نفر) منهای 2.4 درصد (24 نفر در هر هزار نفر) یعنی 0.4 درصد (4 نفر در هر هزار نفر) مرگ و میر کمتر ناشی از سرطان روده است. معمولا، تاثیر مطلق برای گروه‌های پرریسک (نظیر گروه‌های محروم) و گروه‌های کم‌ریسک متفاوت است، درحالی‌که تاثیر نسبی اغلب یکسان است. در صورت مقتضی، باید توجه کرد آیا گروه‌های مختلف سطوح مختلفی از ریسک دارند. این مورد در شکل 3 نشان داده شده است. در این شکل، کاهش نسبی 50 درصدی ریسک موجب کاهش مطلق 50 رویداد در هر هزار مورد در گروه پرریسک (از 100 به 50) و کاهش مطلق تنها 5 مورد در هر هزار نفر در گروه کم‌ریسک می‌شود (از 10 به 5).

جدول 5: نمونه‌ای از ملاحظات مهم مربوط به اجرا

<p>احتمال بیشتری وجود دارد که کودکان محروم در مقایسه با کودکان متمول‌تر در معرض خطرات بیشتر سلامتی قرار گیرند، مقاومت کمتری در برابر بیماری داشته باشند و در نتیجه نرخ مرگ و میرشان بالاتر باشد. کاهش دسترسی به خدمات درمانی این نابرابری‌ها را تشدید می‌کند. حتی یارانه‌های دولتی برای خدمات درمانی اغلب بیشتر به نفع ثروتمندان تا فقراست. اجرای مداخلات برای کاهش مرگ و میر کودکان لزوماً این نابرابری‌ها را کاهش نمی‌دهد و حتی در برخی موارد موجب افزایش آنها می‌شود. بنابراین، باید به راهبردهایی که برای کاهش نابرابری‌ها طراحی شده است نظیر تامین خدمات درمانی مقرون‌به‌صرفه‌تر و در دسترس‌تر توجه کرد. این راهبردها می‌تواند فقرا را هدف بگیرد یا می‌توان آنها را در سراسر جهان اجرا کرد. موقعیت‌هایی که در آن هدف‌گیری یا پوشش جهانی می‌تواند مناسب باشد عبارت است از:</p>	
<p>هدف‌گیری احتمالا مناسب‌تر است</p> <ul style="list-style-type: none"> • شناسایی گروه‌های پرخطر آسان‌تر است • فقط کودکان در معرض خطر نیازمند مداخله هستند • مداخله فقط از دریافت کنندگانش حمایت می‌کند • مداخله به‌طور گسترده از طریق بخش عمومی ارائه می‌شود • تقاضای خودجوش برای مداخله کم است • خدمات درمانی نمی‌تواند کل جمعیت را پوشش دهد 	<p>پوشش جهانی احتمالا بیشتر مناسب است</p> <ul style="list-style-type: none"> • شناسایی گروه‌های پرریسک سخت است • همه به مداخله نیاز دارند • مداخله تاثیر سرریز دارد • مداخله به‌طور گسترده از طریق بخش خصوصی تامین می‌شود • تقاضای خودجوش برای مداخله بالاست • خدمات درمانی می‌تواند کل جمعیت را پوشش دهد
<p>پوشش جهانی راهبرد مناسب‌تری برای واکسیناسیون است که مورد نیاز همه است و اثر سرریز دارد (ریسک عفونت را هم برای افراد واکسینه‌شده و هم برای دیگران کاهش می‌دهد). با این حال، برای کاهش نابرابری در پوشش درمان، راهبردهای هدفمند بیشتری نیاز است، مثلا راهبردهایی که به مشکلات مربوط به تفاوت در دسترس‌پذیری خدمات یا عدم تقاضا برای واکسیناسیون در اقشار محروم بپردازد.</p>	

نتیجه‌گیری

سیاست‌گذاران می‌توانند انتظار شواهد محدودی را در خصوص تاثیرات بیشتر سیاست‌های درمانی بر نابرابری داشته باشند.

وقتی تحلیل‌های زیرگروه که وجود تاثیرات متفاوت را بر محیط‌ها یا اقشار محروم کاوش می‌کند در اختیار سیاست‌گذاران قرار

می‌گیرد، سیاست‌گذاران باید تشخیص دهند که این تحلیل‌ها می‌تواند گمراه‌کننده باشد. بسیاری از سیاست‌ها یا برنامه‌ها در واقع ممکن است تأثیرات نسبی مشابهی در محیط‌های محروم و مناطق دیگر داشته باشد. با وجود این، تفاوت در اثرات مطلق (به دلیل تفاوت در ریسک‌ها یا نیازهای پایه) و تفاوت در موانع اجرای آنها احتمالاً معمول هستند. شواهد برای تفاوت‌های این‌چنینی را باید هنگام سیاست‌گذاری در نظر گرفت. از آنجا که اغلب شواهد محدودی وجود دارد، باید اطمینان یافت که پایش و ارزیابی تأثیرات بر برابری حتی‌الامکان دقیق است و اطمینان می‌دهد که اثرات مدنظر محقق می‌شود و از اثرات منفی ناخواسته اجتناب می‌شود.

برای پایش یا ارزیابی میزان تأثیرگذاری افتراقی اجرای سیاست‌ها یا برنامه‌ها بر اقشار محروم، سیاست‌گذاران باید اطمینان یابند که شاخص‌های مناسبی از گرادیان اجتماعی و سنج‌های تغییر استفاده می‌شود. وقتی کاهش نابرابری اولویت سیاست‌گذاران است، آنها باید از ملاحظات مربوط به تأثیرات تمهیدات نظام سلامت بر اقشار محروم فراتر روند. آنها ممکن است بخواهند راهبردهای بالقوه را برای پرداختن به عوامل تعیین‌کننده اجتماعی سلامت و شواهد حامی آن راهبردها را در نظر بگیرند.

این بخش سوالاتی را مطرح می کند که تصمیم گیران (سناریو 1) باید از کارکنانشان بپرسند. کارکنان باید با پاسخ به این سوالات، شواهد را در مورد شرایط محلی تاثیرگذار بر انتخاب سیاست ها یا برنامه های سلامت بیابند و استفاده کنند. همچنین، این بخش سوالاتی را پیشنهاد می دهد که حامیان تصمیم گیران (سناریوهای 2 و 3) باید هنگام شناسایی و ارزیابی شواهد محلی تاثیرگذار بر تصمیماتشان در انتخاب سیاست یا برنامه ی خاص سلامت و همچنین هنگام استفاده از آن شواهد در سیاست گذاری سلامت در نظر بگیرند.

شواهد در مورد شرایط محلی (که از این پس شواهد محلی نامیده شود) و اشکال دیگر شواهد همیشه باید بر انتخاب سیاست ها یا برنامه ی سلامت تاثیر گذارد. شواهد جهانی، بهترین شواهد از سراسر جهان، نقطه شروع بسیار خوبی برای قضاوت در مورد اثرات سیاست ها یا برنامه های انتخابی و عواملی است که آن اثرات را اصلاح می کند. همچنین، شواهد جهانی بهترین شواهد برای آگاهی از راه حل های مسئله است. با استفاده از شواهد محلی باید قضاوت کرد چه تصمیمات و اقداماتی باید اتخاذ شود. شواهد محلی از محیط خاصی بدست می آید که باید در آن در مورد سیاست یا برنامه ای خاص تصمیم گیری شود. واژه ی «محلی» در این مورد بسته به ماهیت مسئله ی سیاستی مدنظر می تواند به سطوح منطقه ای یا ملی مربوط شود. شواهد این چنینی حاوی اطلاعات در مورد عواملی است (عوامل اصلاح کننده) که تاثیر سیاست را اصلاح می کند. عوامل اصلاح کننده ی این چنینی به شرح زیر است: ویژگی های یک منطقه و افرادی که در آن منطقه زندگی یا کار می کنند؛ نیاز به خدمات (رواج، وضعیت یا ریسک پایه)؛ دیدگاه ها و تجارب؛ هزینه ها؛ سنت های سیاسی؛ ظرفیت نهادی؛ و دسترس پذیری منابعی نظیر کارکنان، تجهیزات و داروها.

شواهد محلی را می توان از طیف وسیعی از منابع زیر بدست آورد: داده های روتین (مثلا، در مورد شیوع بیماری ها، استفاده از خدمات درمانی یا هزینه های خدمات)؛ داده های نظرسنجی (مثلا، در مورد شرایط خانوار، سلامتی و اطلاعات دموگرافیک)؛ و داده ها از مطالعات یک باره (مثلا، کارآزمایی های محلی، مطالعات در مورد دیدگاه های مصرف کننده ها در مورد بیماری خاص و

ارزیابی‌های مقرون به صرفگی). با این حال، شواهد محلی اغلب صرفاً به صورت غیررسمی نه بخشی از فرایندهای سیاست‌گذاری ارزیابی می‌شود. در برخی از محیط‌ها، موقعیت‌یابی اطلاعات این چنینی دشوار است یا این اطلاعات ممکن است کیفیت پایینی داشته باشد. این بخش رویکرد نظام‌مندی را برای یافتن، ارزیابی و استفاده از شواهد محلی در سیاست‌گذاری فراهم می‌کند. شواهد محلی می‌تواند به طرق مختلف مفید باشد (برای مشاهده‌ی فهرستی از این روش‌ها به جدول 1 رجوع کنید). مثلاً، سیاست‌گذاران نیازمند شواهد محلی در مورد شیوع یا میزان بیماری هستند تا بتوانند شواهد بدست‌آمده از بررسی‌ها یا مطالعات جهانی را با بستر مدنظرشان تطبیق دهند (و آن را متناسب سازند). (برای مشاهده‌ی این مبحث در رابطه با درمان مالاریا در تانزانیا و برزیل به جدول 2 رجوع شود). شواهد براساس اطلاعات بدست آمده از سطوح جهانی، منطقه‌ای یا ملی به اندازه‌ی کافی موقعیت محلی را توصیف نمی‌کند. شواهد محلی می‌تواند به عنوان بخشی از پروسه‌ی اولویت‌بندی برای تدوین سیاست یا برنامه‌های آگاه از شواهد مفید باشد. اطلاعات در مورد ارائه‌ی محلی خدمات درمانی، تمهیدات مالی یا راهبری برای خدمات درمانی برای تصمیم‌گیری‌های این چنینی ضروری است. دیدگاه‌ها و تجارب ذینفعان محلی نظیر مصرف‌کنندگان یا متخصصان خدمات درمانی در مورد سیاست یا برنامه‌ای خاص شکل دیگری از شواهد محلی را ایجاد می‌کند. (در جدول 3، مثال‌هایی از چگونگی استفاده از شواهد محلی در استرالیا برای ارزیابی لزوم رویه‌ی عام ارائه شده است. همچنین، مثال‌هایی از دیدگاه‌ها در مورد استفاده از پشه‌بند‌های آغشته به حشره‌کش در آفریقای جنوبی و موزامبیک ارائه شده است). در آخر، باید با استفاده از اطلاعات در مورد هزینه‌های محلی سیاست و دسترس‌پذیری منابع، در مورد اجرای آن سیاست و برنامه‌ریزی در مورد ارائه‌ی گزینه‌ها تصمیم‌گیری کرد. (برای مشاهده‌ی نمونه مثال‌های مربوط به این مسئله در آفریقای جنوبی، شیلی و آمریکا به جداول 4 و 5 رجوع شود).

شواهد محلی بر همه‌ی مراحل فرایند سیاست‌گذاری تاثیر می‌گذارد. مثلاً، شواهد محلی می‌تواند مسئله‌ای را در دستورکار سیاست‌گذاری قرار دهد و به تعیین اهداف سیاستی کمک کند. ذینفعان مختلف و گروه‌های مختلف ذینفعان شواهد محلی را برای لابی‌گری برای اتخاذ سیاست یا برنامه‌ای خاص استفاده می‌کنند. مثلاً، فدراسیون کلبه‌نشینان نامیبیا از انجمن‌های محلی کلبه‌نشین در جمع‌آوری اطلاعات در مورد وضعیت اقتصادی-اجتماعی اعضایشان و سایر ساکنان و همچنین در جمع‌آوری

اطلاعات در مورد دسترس پذیری خدمات ضروری محلی حمایت می‌کند. با استفاده از این اطلاعات نیازهای محلی شناسایی می‌شود و همچنین به گروه‌های محلی حق اظهار نظر در بحث‌های سیاستی دولت داده می‌شود. همچنین، گروه‌های محلی می‌توانند این اطلاعات را برای لابی‌گری مقامات شهرداری و سیاستمداران استفاده کنند و کیفیت تامین خدمات را در مناطقی که بهبود دهند و اراضی بیشتری را برای مسکن‌سازی مهیا کنند.

جدول 1: کاربردهای شواهد محلی برای تصمیم‌گیری در مورد سیاست‌ها یا برنامه‌های درمانی

<p>شواهد محلی را می‌توان برای اقدامات زیر استفاده کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • برآورد بزرگی مسئله‌ای که سیاست قصد دارد به آن بپردازد • تشخیص علل احتمالی مسئله • انطباق شواهد بررسی‌های جهانی اثرات مداخلات درمانی با بستر محلی و متناسب‌سازی آنها (مثلاً، با ارائه‌ی اطلاعات تطبیقی در مورد دامنه و نتایج مداخلاتی که در سطح محلی اجرا شده است) • کمک به انتخاب اولویت‌ها برای ایجاد سیاست‌ها و برنامه‌های آگاه از شواهد • توصیف تحویل محلی خدمات، تمهیدات مالی یا راهبری برای خدمات درمانی • کمک به ارزیابی‌های اثرات اجتماعی سیاست‌ها یا برنامه‌ها (یعنی، به دلیل وجود عوامل اصلاح‌کننده) • کمک به قضاوت‌ها در مورد ارزش‌ها و اولویت‌های مربوط به گزینه‌های سیاستی (یعنی، اهمیت نسبی که افراد متأثر از سیاست‌ها برای اثرات احتمالی آن سیاست‌ها قائل هستند) و دیدگاه‌ها در مورد این سیاست‌ها • برآورد هزینه‌های (و صرفه‌جویی در هزینه‌های) سیاست‌ها • ارزیابی دسترس‌پذیری منابع (از جمله منابع انسانی، ظرفیت فنی، زیرساخت، تجهیزات) که برای پیاده‌سازی مداخله‌ی درمانی نیاز است • شناسایی موانع پیاده‌سازی سیاست‌ها • پایش پایداری اثرات برنامه در طول زمان • بررسی اثرات سیاست خاص بر گروه‌های محلی خاص • بررسی عادلانه بودن تاثیر برنامه بعد از اجرا
--

جدول 2: استفاده از شواهد محلی برای برآورد بزرگی مسئله‌ای که سیاست می‌خواهد به آن رسیدگی کند

<p>تعدادی از کشورها سیاست‌های درمان مالاریا را اصلاح کرده‌اند تا سولفادوکسین/پیریمتامین را به‌عنوان داروی اصلی درمان مالاریا جایگزین کلروکین کنند، که علت آن سطح روبه‌رشد مقاومت انگل‌ها در برابر کلروکین است. در تانزانیا، شواهد نرخ درمان تقریباً 40 درصدی با کلروکین را در مقایسه با نرخ درمان 85 تا 90 درصدی با سولفادوکسین/پیریمتامین نشان می‌دهد. این شواهد تاحدودی محرک اصلاح سیاست‌های درمانی بود. این شواهد محلی در مورد بزرگی مسئله از سایت‌های شاخص در سراسر کشور بدست آمده بود و افزایش نرخ بیماری و مرگ و میر ناشی از مالاریا را که در کشور مشاهده شده بود، نشان می‌داد.</p> <p>در برخی از کشورهای آمریکای لاتین، نگرانی‌هایی در مورد اینکه واکسن پنوموکوک تا چه حد حاوی سروتیپ‌های رایج در منطقه است، مطرح شده است. برای برآورد اندازه‌ی این مسئله بالقوه، اطلاعات بدست آمده از سایت‌های شاخص برای ارزیابی تطابق بین سروتیپ‌های گنجانده‌شده در واکسن و سروتیپ‌های رایج در منطقه استفاده شد. مثلاً، در برزیل برآورد شد که 67.5 درصد از موارد بیماری تهاجمی در کودکان زیر 5 سال ناشی از سروتیپ‌های وارد شده در هفت واکسن کونژوگه پنوموکوک بود.</p>
--

شواهد محلی مستقیماً بر تصمیم‌گیری در مورد گزینه‌های سیاستی تأثیر می‌گذارد. همچنین با استفاده از شواهد محلی می‌توان اثرات برنامه یا سیاست را در طول زمان پایش و ارزیابی کرد، آیا اثرات پیش‌بینی‌شده همچنان ادامه دارد یا خیر. (برای بحث در مورد استفاده از شواهد محلی در پایش و ارزیابی درمان ضدویروسی در آفریقای جنوبی به جدول 6 رجوع شود). وقتی داده‌ها به‌طور روتین جمع‌آوری شود، سطحی از تحلیل گذشته‌نگر امکان‌پذیر می‌شود و این تحلیل می‌تواند مبنایی برای ارزیابی برنامه‌های جدید ایجاد کند. با استفاده از شواهد محلی می‌توان اثرات برنامه را در سراسر مناطق جغرافیایی کوچک نظیر محلات و مناطق نشان داد و بر تفاوت‌ها در اجرای برنامه تأکید کرد. همچنین، سیاست‌گذاران با اثرات برنامه بر گروه‌های خاص نظیر جمعیت‌های آسیب‌پذیر یا گروه‌های در اقلیت سروکار دارند. با استفاده از شواهد محلی می‌توان بررسی کرد آیا منابع برنامه به‌طور عادلانه توزیع شده است یا اینکه آیا برنامه به‌صورت عادلانه پیاده می‌شود یا خیر.

سیاست‌گذاران باید در استفاده‌ی صرف از شواهد محلی برای ارزیابی اثرات احتمالی سیاست یا برنامه‌های انتخابی محتاطانه رفتار کنند. شواهد محلی ممکن است مناسب‌تر از مطالعاتی باشد که در سایر نقاط انجام شده است. اما به دلیل محدودیت‌های مهم در مطالعات محلی، شواهد محلی کمتر قابل‌اطمینان است. همچنین، حتی وقتی ارزیابی‌های محلی قابل‌اطمینان در دسترس است، به دلیل خطاهای تصادفی می‌تواند گمراه‌کننده باشد. وقتی می‌خواهیم تصمیم بگیریم آیا نتیجه‌گیری بر اساس زیرمجموعه‌ای از ارزیابی‌های مربوطه (که به‌صورت محلی انجام می‌شود) یا براساس شواهد جهانی باشد (مطالعات مربوطه‌ای که در سایر نقاط جهان انجام شده است)، بهتر است با تکیه بر بررسی نظام‌مند همه‌ی ارزیابی‌های مربوطه تصمیم‌گیری کنیم.

وقتی بررسی نظام‌مند در دسترس نیست و انجام بررسی نظام‌مند یا محول کردن آن امکان‌پذیر نیست، می‌توان شواهد محلی را به‌تنهایی برای تصمیم‌گیری در مورد انتخاب سیاست‌ها یا برنامه‌ها استفاده کرد. در این شرایط، سیاست‌گذاران باید از ریسک استفاده از شواهد محلی مطلع باشند، خصوصاً اگر ارزیابی محلی محدودیت‌های مهمی داشته باشد (ریسک یا سوگیری) یا کوچک باشد (بنابراین، نتایج غیردقیق می‌شود). با این حال، در شرایطی که ارزیابی‌های محلی دقیق، مستقیماً مرتبط و گسترده در مورد تأثیر سیاست‌ها در دسترس است، شواهد این چنینی برای کمک به تصمیم‌گیری مطلوب خواهد بود.

جدول 3: استفاده از شواهد محلی برای قضاوت در مورد ارزش‌ها و دیدگاه‌ها در خصوص انتخاب سیاست‌ها و برنامه‌ها

اهمیت مشارکت‌دهی مصرف‌کنندگان و کامیونیتی‌ها در تصمیم‌گیری راجع به خدمات درمانی به‌طور گسترده‌ای شناخته شده است. در استرالیا، انجمن سلامت مصرف‌کنندگان با مصرف‌کنندگان و سازمان‌های حمایت از مصرف‌کنندگان مشورت می‌کند تا نیازها و انتظاراتشان را از رویه‌ی عام درمان کاوش کند. این شواهد برای سیاست‌گذاری در مورد ارائه‌ی خدمات پزشکی عمومی و بهبود روابط بین ذینفعان کلیدی جمع‌آوری شد. این شواهد در شماری از فرایندهای سیاست‌گذاری استرالیا از جمله راهبرد اصلاح پزشکی عمومی دولت، بررسی راهبرد پزشکی عمومی و توسعه‌ی خدمات درمانی هماهنگ که شورای دولت‌های استرالیا پیشنهاد داده بود، گنجانده شد.

مقبولیت محلی مداخلات کنترل مالاریا در کامیونیتی مثال دیگری از مشارکت مصرف‌کننده و کامیونیتی فراهم می‌کند. سمپاشی داخل ساختمان (آی‌آراس) و پشه‌بندهای آغشته به حشره‌کش، دو راهبرد اصلی برای پیشگیری از مالاریا از نظر هزینه و کارایی است. مقبولیت این مداخلات در محیط‌های مختلف متفاوت است. در آفریقای جنوبی، هم تحقیقات و هم پایش روتین برنامه بر نارضایتی کامیونیتی از سمپاشی‌های داخل ساختمان، دی‌کلرو دی‌فنیل تری‌کلرواتان یا ددت تاکید کرده است. دلیل این نارضایتی بقایایی است که ددت بر دیوارهای خانه‌ها به جا می‌گذارد، زیرا حشرات مزاحمی نظیر ساس را تحریک می‌کند. در مناطق خاصی از موزامبیک، نگرانی‌هایی وجود دارد که عادات خواب خاص، مثلاً مردم به دلیل گرما بیرون از خانه می‌خوابند، می‌تواند تاثیر منفی بر استفاده از پشه‌بندها داشته باشد.

مانند سایر اشکال شواهد، پایایی شواهد محلی باید ارزیابی شود. با استفاده از 5 سوالی که در این بخش مطرح می‌کنیم، می‌توانید شواهد محلی لازم را برای تصمیم‌گیری در مورد انتخاب سیاست‌ها و برنامه‌ها شناسایی و ارزیابی کنید.

سوالاتی که باید در نظر گرفت

پنج سوال زیر را می‌توان برای هدایت سیاست‌گذاران و سایرین در شناسایی سیاست‌ها و برنامه‌های انتخابی بالقوه و یافتن شواهد مربوطه استفاده کرد. رابطه‌ی بین این سوالات در شکل 1 نشان داده شده است:

1. کدام شواهد محلی برای کمک به تصمیم‌گیری در مورد انتخاب سیاست‌ها یا برنامه‌ها لازم است؟

2. چگونه می‌توان شواهد محلی ضروری را پیدا کرد؟

3. کیفیت شواهد محلی در دسترس را چگونه باید ارزیابی کرد؟

4. آیا این تغییرات مهم در دسترس‌پذیری، کیفیت یا نتایج شواهد محلی مهم است؟

5. شواهد محلی را چگونه باید با اطلاعات دیگر ادغام کرد؟

1. کدام شواهد محلی در تصمیم‌گیری در مورد انتخاب سیاست‌ها یا برنامه‌ها لازم است؟

طیف وسیعی از شواهد محلی در تصمیم‌گیری در مورد انتخاب سیاست‌ها یا برنامه‌ها لازم است (برای مشاهده‌ی نمونه‌هایی از کاربرد شواهد محلی در مراحل مختلف پروسه‌ی سیاست‌گذاری به جداول 1 تا 8 رجوع کنید). شواهد لازم به ماهیت گزینه یا سوال مدنظر، بستر و دسترس‌پذیری اشکال مختلف شواهد محلی بستگی دارد.

2. چطور می‌توان شواهد محلی ضروری را پیدا کرد؟

شواهد محلی را می‌توان از سامانه‌های اطلاعات سلامت روتین از نظرسنجی‌ها یا مطالعات بزرگتری بدست آورد که می‌توان آنها را تفکیک کرد یا از مطالعاتی بدست آورد که داده‌ها را در سطح محلی جمع‌آوری یا آنالیز کرده است. هر کدام از این موارد را با جزئیات بیشتر در ادامه بررسی می‌کنیم.

جدول 4 : استفاده از شواهد محلی برای برآورد هزینه‌های (و صرفه‌جویی در هزینه‌ها) سیاست‌ها یا برنامه‌های انتخابی

سیاست سازمان جهانی بهداشت استفاده از مشاهده‌ی مستقیم درمان را برای درمان سل توصیه می‌کند. مشاهده‌ی مستقیم درمان را می‌توان به طرق مختلف از جمله از طریق کلینیک‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه و در کامیونیتی انجام داد: سیاست جایگزین برای مبتلایان به سل این است که خودشان پروسه‌ی درمانشان را پیش کنند. مطالعه‌ای در کیپ‌تاون آفریقای جنوبی برای ارزیابی هزینه‌های مربوط به کلینیک، کامیونیتی و سیاست خودنظارتی درمان انجام شد. با استفاده از داده‌های محلی، منابع مورد نیاز این سه سیاست جایگزین طی دوره‌ی شش ماهه‌ی درمان ارزیابی شد. سپس، داده‌ها برای برآورد هزینه‌ی هر بیمار درمان‌شده با هر کدام از سه رویکرد نظارتی استفاده شد. نتایج نشان داد که هزینه‌ی (برحسب Rands پول رایج آفریقای جنوبی) نظارت از سوی کلینیک به ازای هر بیمار 3600 Rands، هزینه‌ی خودنظارتی 1080 Rands و هزینه‌ی نظارت از سوی کامیونیتی 720 Rands است. محققان نتیجه گرفتند که دی‌اوتی مبتنی بر کامیونیتی که سلامت‌یاریار غیرمتخصص داوطلبانه آن را انجام می‌دهد نسبت به نظارت مبتنی بر کلینیک یا خودنظارتی برای خدمات درمانی کم هزینه‌تر است. این اطلاعات هزینه‌ای بر تصمیم شهر به گسترش ارائه‌ی دی‌اوتی با استفاده از سلامت‌یارهای غیرمتخصص در کامیونیتی تأثیر گذاشت.

سیاست‌گذاران در یکی از کشورهای آمریکای لاتین نیازمند اطلاعاتی در مورد هزینه‌های کاشت حلزون گوش بودند تا با استفاده از آن هزینه‌ها و صرفه‌جویی در هزینه‌های بالقوه‌ی مداخلات درمانی ناشنوایی را ارزیابی کنند. جستجوی تحقیقات محلی با استفاده از گوگل گزارشی از وزارت بهداشت شیلی را نشان داد. این گزارش هزینه‌ها را برای جایگزینی اجزای مختلف لازم برای کاشت حلزون گوش مشخص کرد. این داده‌ها برای برآورد هزینه‌ی کل احتمالی کاشت حلزون گوش در محیط محلی استفاده شد.

جدول 5: استفاده از شواهد محلی برای ارزیابی دسترس‌پذیری منابع برای تصمیم‌گیری در مورد سیاست‌ها یا برنامه‌های انتخابی

تعداد روزافزونی از کشورها واکسن‌های جدید ویروس پایلوم انسانی (اچ‌پی‌وی) را به برنامه‌های واکسیناسیون اضافه کرده‌اند یا قصد دارند آن را به برنامه‌هایشان اضافه کنند. این واکسن به‌شدت در برابر سویه‌های ویروسی که عامل تقریباً 70 درصد از موارد سرطان‌های دهانه‌ی رحم است، موثر است و برای واکسیناسیون روتین در دختران نوجوان در آمریکا توصیه شده است.

بالین‌حال، تصور می‌شد این برنامه در سراسر کشور یکسان اجرا نشود. مطالعه‌ای در یکی از مناطق کارولینای شمالی انجام شد که نرخ بالای ابتلا به سرطان رحم را داشت. این مطالعه موانع انجام واکسن را از دید ارائه‌دهندگان خدمات درمانی کاوش کرد. مراکز درمانی شماری از دغدغه‌های کلیدی را ذکر کردند، از جمله: بازپرداخت ناکافی هزینه‌های واکسیناسیون از سوی شرکت‌های بیمه، هزینه‌ی بالا واکسن (با توجه به اینکه بسیاری از مصرف‌کنندگان نیازمند واکسن بیمه‌ی درمانی کافی نداشتند)، زحمت مرکز پزشکی برای اطمینان از دسترس‌پذیری پوشش بیمه‌ای برای هر بیمار (با توجه به سیاست‌های مختلف شرکت‌های مختلف بیمه) و هزینه‌ی اولیه که پیشاپیش باید به مرکز درمانی برای خرید و ذخیره‌سازی واکسن پرداخت شود. محققان این مطالعه اذعان کردند که دغدغه‌های مربوط به منابع مانعی برای اجرای سیاست ملی واکسیناسیون است.

مانند فرایندهای مربوط به شواهد جهانی در مورد اثرات، فرایندهای جستجوی شواهد محلی و قضاوت در مورد شمول و ارزیابی باید نظام‌مند باشد (یعنی، فرایندهای نظام‌مند را باید برای اطمینان از شناسایی، ارزیابی و استفاده‌ی مناسب از تحقیقات مربوطه استفاده کرد) و باید به‌طور شفاف گزارش شود. از استفاده‌ی گزینشی از شواهد محلی (که گاهی «گلچین کردن» نامیده می‌شود) برای نشان دادن سودمندی سیاستی خاص باید اجتناب کرد، زیرا موجب می‌شود داده‌ها یا اطلاعات مهم در طول پروسه‌ی تصمیم‌گیری حذف یا نادیده گرفته شود. مثلاً، دربرگرفتن صرفاً بزرگترین برآوردها از اندازه‌ی مسئله نظیر نسبت کودکانی که برنامه‌ی واکسیناسیونشان را کامل نمی‌کنند، موجب درک ضعیفی از مسئله‌ای نظیر واکسیناسیون ناقص می‌شود. همچنین، توجه صرف به بزرگترین برآوردها از اندازه‌ی مسئله موجب می‌شود منابع به مداخلاتی تخصیص داده شود که لازم نیستند، پاسخگوی نیازهای محلی نیستند یا در حدی که ارائه می‌شوند، نیاز نیستند. انتخاب سیاست‌ها یا برنامه‌های مناسب براساس استفاده از بزرگ‌ترین برآوردها از نسبت کودکانی که برنامه‌ی واکسیناسیونشان را کامل نمی‌کنند موجب می‌شود منابعی بیش از آنچه نیاز است، به برنامه‌ی واکسیناسیون تخصیص داده شود. به همین ترتیب، تکیه‌ی صرف بر میانگین پوشش واکسیناسیون در جمعیت بزرگ برای سیاست‌گذاری ممکن است ناکافی باشد. شواهد این چنینی نابرابری‌های گسترده در پوشش واکسیناسیون را در سراسر منطقه یا گروهی خاص پنهان می‌کند.

طیف وسیعی از منابع شواهد محلی ممکن است در دسترس باشد، اما این شواهد در قالبی که به سیاست مدنظر بپردازد، در دسترس نیست. مثلاً، داده‌های نظرسنجی در مورد دسترسی خانوارها به اشکال مختلف سرویس بهداشتی نظیر توال

سیفون دار یا توالت گودالی ممکن است در دسترس باشد. با این حال، این داده‌ها ممکن است در سطح جمعی نظیر منطقه‌ی بهداشتی خاص آنالیز نشده باشد و ممکن است مشخص نکند آیا امکانات بهداشتی عملیاتی بوده است یا خیر. بنابراین، تحلیل بیشتر داده‌های در دسترس یا طرح مفروضاتی در مورد کاربردپذیری داده‌ها برای سیاستی خاص ضروری است. این مبحث را در سوالات 4 و 5 در قسمت زیر بررسی خواهیم کرد.

داده‌های محلی بدست آمده از سامانه‌ی اطلاعات سلامت روتین

مقامات بهداشتی ملی، منطقه‌ای یا محلی (یا سایر سازمان‌ها در نظام سلامت) اغلب داده‌ها را به‌طور روتین در مورد طیف وسیعی از مسائل جمع‌آوری می‌کنند، نظیر:

- عوامل خطر: نظیر تغذیه و فشار خون
- مرگ و میر و بار بیماری: این مورد شامل نتایج سلامتی مانند مرگ و میر کودکان، نتایج درمان سل، مرگ و میر قبل از عمل جراحی، بیماری عفونی و هشدارهای سرطان می‌شود
- پوشش خدمات درمانی:

○ پوشش مداخلات بالینی یا خدماتی نظیر واکسیناسیون دوران کودکی یا نرخ غربال‌گری دهانه‌ی رحم

○ اطلاعات استفاده از خدمات درمانی نظیر طول بستری شدن در بیمارستان، تعداد ویزیت‌های سرپایی برای

بیماری‌های خاص و داروهای تجویزی توزیع شده

○ نظرسنجی‌های روتین در مورد رضایت بیمار از درمان

• منابع نظام‌های سلامت

○ هزینه‌های خدمات درمانی طبق برنامه‌ها و مراکز مختلف هزینه‌زا

○ داده‌های منابع انسانی نظیر تعداد و امتیازات کارکنان در برنامه‌ها و مراکز مختلف، برنامه‌های توسعه کارکنان

که ارائه شده است و غیبت از کار کارکنان

○ داده‌های عملکرد بالینی نظیر نرخ عفونت پس از جراحی، فاصله‌ی زمانی بین تشخیص اولیه تا درمان

مبتلایان به آنفارکتوس میوکارد

○ رهنمودهای مورد استفاده برای ارائه‌ی درمان

○ پایبندی به رهنمودهای ارائه‌ی خدمات درمانی

● نابرابری در نتایج سلامت و خدمات درمانی

جدول 6 : استفاده از شواهد محلی برای پایش و ارزیابی سیاست‌ها

برنامه‌ی ملی گسترش درمان جامع اچ‌آی‌وی و ایدز از جمله درمان ضدویروسی در آفریقای جنوبی اجرا شده است. انجمن مشترک پایش جامعه‌ی مدنی انجمن محلی است که شماری از موسسات پژوهشی سازمان‌های غیردولتی و سایر ذینفعان را دربرمی‌گیرد. این انجمن برای کمک به دولت در اجرای موثر و کارآمد این برنامه ایجاد شد. سند توجیهی که نکات آموخته از این فرایند را تشریح می‌کند، اذعان می‌کند: «دموکراسی را می‌توان با توانایی عموم برای کمک و تاثیرگذاری بر برنامه‌ها و تصمیمات دولت ترسیم کرد. با توجه به گسترش درمان ضدویروسی، گزارش شده است که دسترسی به اطلاعات چالش بزرگی بوده است. بنا به گزارش‌ها، اینطور نیست که همه‌ی استان‌ها مایل به ارائه‌ی اطلاعات در این زمینه باشند. این بی‌میلی پایش و توسعه‌ی راه‌حل‌های مناسب را دشوار ساخته است». همچنین، این گزارش بر سختی‌ها در کسب داده‌های تفکیک‌شده در مورد هزینه‌های درمان اچ‌آی‌وی و ایدز تاکید دارد. این گزارش اذعان می‌کند چطور این سختی‌ها به‌نوبه‌ی خود مشکلاتی را در پایش نحوه‌ی صرف بودجه‌ی جهانی اچ‌آی‌وی/ایدز، خصوصاً با توجه به هزینه‌های نسبی درمان در مقابل پیشگیری، مراقبت و حمایت ایجاد می‌کند. این مثال بر لزوم شواهد محلی برای پایش موثر اجرای برنامه‌ی کلیدی درمان تاکید دارد.

شکل 1. یافتن و استفاده از شواهد محلی برای تصمیم‌گیری در مورد سیاست‌ها یا برنامه‌های انتخابی



برای برخی از این منابع، تفکیک داده‌ها برحسب گروه‌های خاص و بر مبنای جنسیت یا سن یا تفکیک برحسب منطقه‌ی محلی خاص نظیر محله یا شهرستان امکان‌پذیر است. داده‌های سامانه‌های اطلاعات بیمارستانی ممکن است به‌طور نظام‌مند آنالیز نشود. بنابراین، منابع قابل توجهی برای انجام تحلیل این چنینی لازم است.

واحد اطلاعات سلامت وزارت بهداشت، ادارات ملی آمار و مقامات محلی بهداشت نقاط شروع خوبی برای شناسایی منابع محلی داده‌های روتین هستند. به‌طور فزاینده‌ای، این دپارتمان‌ها فهرستی از داده‌های وسیعی که از اینترنت جمع‌آوری و آنالیز می‌کنند را منتشر می‌کنند. همچنین، بسیاری از آنها به‌طور منظم خلاصه‌ای از آمارها را تولید می‌کنند. مثلاً، اداره‌ی بهداشت شهرستان کپ‌تاون در آفریقای جنوبی اطلاعاتی را در وبسایتش برحسب ناحیه‌ی فرعی برای طیف کوچکی از شاخص‌های سلامت نظیر تعداد نوزادان زنده متولدشده، تعداد مرگ و میر نوزادان، نرخ مرگ و میر نوزادان، تعداد مراجعین مبتلا به سل و نتایج درمان منتشر می‌کند. انجمن رصدخانه‌های بهداشت عمومی داده‌هایی را در مورد شاخص‌های کلیدی سلامت برای هر کدام از مقامات محلی در انگلیس فراهم می‌کند. موسسات تحقیقات محلی، سازمان‌های غیردولتی فعال در حوزه‌ی بهداشت یا دفاتر آژانس‌های یک‌جانبه یا چندجانبه نظیر دفاتر سازمان جهانی بهداشت در کشور ممکن است بتوانند در مورد منابع محلی داده‌های به‌طور روتین جمع‌آوری شده مشاوره دهد. برخی از پایگاه‌داده‌های تجاری شامل شواهد محلی مفید مرتبط با قیمت محلی داروها، دسترس‌پذیری‌شان و استفاده از فناوری‌های دیگر می‌شود. در کل، مقامات محلی بهداشت باید منابع محلی داده‌های محلی را بررسی کنند. سیاست‌گذاران باید بخواهند با این منابع آشنا شوند.

جدول 7: استفاده از شواهد محلی برای تشخیص علل احتمالی مسئله‌ی بهداشتی (بیماری)

مطالعه‌ای که در استرالیا در مورد عوامل تاثیرگذار بر فعالیت جسمی تفریحی انجام شد، نشان داد ساکنان مناطق محروم به‌اندازه‌ی ساکنان مناطق ثروتمندتر به فضای باز عمومی دسترسی دارند، اما تجهیزات و فضای موجود در مناطق محروم کیفیت پایین‌تری دارد. این مطالعه نشان داد که این تفاوت دلیل سطوح پایین‌تر استفاده از این فضاها در مناطق محروم است. یکی از استان‌های آرژانتین افزایش مرگ و میر مادران را در حین زایمان نشان داد. هنگام جستجوی دلایل این اتفاق، مطالعه‌ی محلی اخیر شناسایی شد که علل مرگ و میر مادران در حین زایمان را ارزیابی کرده بود. همچنین، این گزارش آن جنبه‌هایی از خدمات درمانی را ارزیابی کرد که باید برای کاهش نرخ مرگ و میر اصلاح می‌شدند. این مطالعه‌ی محلی نشان داد که سقط جنین شایع‌ترین علت مرگ و میر مادران است.

جدول 8: استفاده از شواهد محلی برای ارزیابی اثرات احتمالی سیاست‌ها یا برنامه‌های انتخابی (یعنی، وجود عوامل تغییردهنده) و

شناسایی موانع اجرای سیاست‌ها

در آرژانتین، مقررات مربوط به پرداخت هزینه‌های درمان چاقی نظیر جراحی bariatric ارزیابی شد. نظرسنجی ملی در مورد عوامل ریسک ابتلا به بیماری قلبی انجام شد تا مشخص شود چاقی تا چه اندازه مشکل ملی محسوب می‌شود. این نظرسنجی داده‌هایی را در مورد نسبت افرادی که چاق هستند یا اضافه وزن دارند، ارائه کرد. سپس، این داده‌ها برای ارزیابی اثرات احتمالی در دسترس قرار دادن اشکال مختلف درمان چاقی استفاده شد. ذینفعان کانادایی مشارکت‌کننده در گفتگوی مشورتی در مورد نحوه بهبود دسترسی به خدمات درمانی اولیه طیف وسیعی از گزینه‌ها را در نظر گرفتند. همه‌ی این گزینه‌ها شامل گذر از درمان توسط پزشک به درمان تیمی می‌شد. خلاصه‌ای از شواهد با استفاده از شواهد محلی برای کمک به این گفتگوها آماده شد. این گفتگوها چهار مانع بالقوه را برای اجرای سیاست‌ها یا برنامه‌های انتخابی شناسایی کرد:

1. احتیاط اولیه‌ی برخی از بیماران در خصوص اختلال بالقوه در رابطه‌شان با پزشک مراقبت‌های اولیه‌شان.
2. احتیاط پزشکان در مورد نقض بالقوه‌ی استقلال حرفه‌ای و تجاری‌شان در رابطه با تمهیدات «ارائه‌ی خصوصی درمان/پرداخت هزینه‌ها از سوی دولت»
3. عدم امکان بالقوه‌ی اثربخشی از حیث مقیاس سازمانی در بسیاری از کامیونیتی‌های روستایی و دورافتاده و
4. تمایل دولت به گسترش پرداخت هزینه‌ها به سایر تیم‌ها و ارائه‌دهندگان خدمات درمانی، درعین‌حال حفظ برنامه‌ی پرداخت هزینه‌ها به پزشکان به‌عنوان بخشی از تمهیدات «ارائه‌ی درمان خصوصی/پرداخت هزینه‌ها از سوی دولت». این مورد نگرانی خاصی در طول بحران اقتصادی محسوب شد.

داده‌های بدست آمده از نظرسنجی‌ها یا مطالعات بزرگتری که می‌توان به سطح محلی تفکیک کرد

مطالعات یا نظرسنجی‌های بزرگی نظیر سرشماری ملی، نظرسنجی‌های منطقه‌ای در مورد دسترسی به امکانات اولیه و نظرسنجی‌های دموگرافیک و سلامت ملی منابع داده‌ای مهم محسوب می‌شود. تفکیک برخی از این منابع به سطح شهر یا استان امکان‌پذیر است یا حتی ممکن است تفکیک از قبل انجام شده باشد. مثلاً، سایت دفتر آمار ملی انگلیس به کاربران امکان می‌دهد آمار منطقه‌ای خاص را با وارد کردن نام یا کدپستی آن منطقه پیدا کنند. داده‌ها در مورد طیف وسیعی از موضوعات از جمله دسترسی به خدمات، جرم و جنایت و ایمنی، بهداشت عمومی و بارداری نوجوانان در دسترس است. به همین ترتیب، سایت آمار آفریقای جنوبی شامل اطلاعاتی در مورد طیف وسیعی از موضوعات می‌شود که به سطح استانی تفکیک شده است. مثلاً، این آمار شامل اطلاعاتی، براساس داده‌های بدست آمده از نظرسنجی ملی از خانوارها، در مورد پوشش بیمه‌ی سلامت و مشاوره‌ی خدمات درمانی برحسب استان می‌شود.

برای سایر مجموعه داده‌ها، تحلیل در سطح محلی مناسب ممکن است به‌طور روتین انجام نشود. اگر داده‌ها براساس منطقه‌ی جغرافیایی برچسب گذاری شده باشد، این تحلیل روتین امکان‌پذیر است. سازمانی که نظرسنجی را انجام می‌دهد یا سازمانی که این داده‌ها را در اختیار دارد باید مشخص کند آیا امکان تفکیک بیشتر برحسب سطح محلی امکان‌پذیر است یا خیر. فرایند

تحلیل بیشتر پیچیده‌تر است و حمایت آماری به‌طور کلی توصیه می‌شود. برخی از داده‌های سلامت نظیر استفاده از خدمات درمانی برای بیماری‌های آمیزشی و اچ‌آی‌وی/ایدز ممکن است ماهیت حساسی داشته باشند. اگر سازمان دارنده‌ی این داده‌ها لازم بدارد که هویت افراد از اطلاعات درج‌شده در دامین عمومی شناسایی نشود، امکان دستیابی به داده‌های تفکیک‌شده در سطح محلی وجود ندارد.

مطالعات خاصی که داده‌ها را در مورد منطقه‌ی محلی جمع‌آوری و آنالیز کرده است

تعداد زیادی از مطالعات پژوهشی داده‌های متمرکز بر منطقه‌ی محلی نظیر استان یک کشور یا یک شهر خاص را جمع‌آوری، آنالیز و گزارش می‌کنند. این مطالعات می‌تواند طیف وسیعی از روش‌های جمع‌آوری و آنالیز داده‌ها را استفاده کند. مطالعاتی که داده‌هایی را در مورد منطقه‌ی محلی ارائه می‌کنند می‌توان به چند روش پیدا کرد:

- با جستجوی (به‌طور ایده‌آل با کمک متخصص اطلاعات) پایگاه‌داده‌های جهانی مقالات پژوهشی منتشر شده نظیر پاب‌مد، کتابخانه‌ی کاکرین یا پایگاه‌داده‌ی منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت با استفاده از اصطلاحات جغرافیایی. پاب‌مد شامل راهبرد جستجوی معتبر یا hedge می‌شود که به کاربران امکان می‌دهد مطالعات پایگاه‌داده‌های اداری، نظرسنجی‌ها از کامیونیتی و مطالعات کیفی را جستجو کنند (این جستجوها در ارائه‌ی اطلاعات در مورد الگوهای استفاده و همچنین در مورد دیدگاه‌ها و تجارب مفید است).
- با جستجوی (به‌طور ایده‌آل با کمک متخصص اطلاعات) منابع ادبیات «خاکستری» یا منتشرنشده نظیر گوگل اسکولار، سامانه‌ی اطلاعاتی کتابخانه‌ی سازمان جهانی بهداشت. بسیاری از مطالعات محلی نظیر تحقیقات عملیاتی در مورد خدمات درمانی در قالب گزارش در سایت منتشر می‌شود، اما ممکن است در مجلات پژوهشی منتشر نشود. بنابراین، ادبیات خاکستری منبع خوبی برای شواهد این چینی است.
- با تماس با محققان محلی در دانشگاه‌ها، موسسات تحقیقاتی یا دپارتمان‌های سلامت یا شبکه‌های تحقیقات محلی برای دریافت اطلاعات مربوطه نظیر گزارش‌های مطالعاتی منتشرنشده

• با تماس یا جستجوی منابع رصدخانه‌های سلامت نظیر رصدخانه‌ی سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی اروپا،

رصدخانه‌ی بین‌المللی سیستم‌های سلامت روان یا رصدخانه‌ی کارگروه سلامت آفریقا.

جدول 9: سوالات برای کمک به ارزیابی کیفیت شواهد محلی

نمونه‌ای از ارزیابی کیفی شواهد محلی: داده‌های جمع‌آوری شده به‌طور روتین در مورد نتایج درمان سل از مراکز ثبت بیماری سل	سوالات فرعی	معیارهای اصلی کیفی
دفتر ثبت بیماری سل باید به‌طور روتین اطلاعات را در مورد هر بیمار مبتلا به سل ثبت کند. اطلاعات براساس نمونه‌ای از جمعیت مدنظر نیست. این اطلاعات باید نماینده‌ی دموگرافیک و نتایج درمان مبتلایان به سل در منطقه‌ای خاص باشد، مشروط به اینکه اطلاعات برای هر فرد مبتلا به سل ثبت شود	<ul style="list-style-type: none"> • آیا شرح واضحی از منبع شواهد وجود دارد؟ • اگر شواهد از نمونه‌ای از جمعیت مدنظر بدست آید، آیا شرح واضحی از نحوه‌ی انجام نمونه‌گیری وجود دارد؟ • آیا رویکرد نمونه‌گیری مناسب بود (در صورت لزوم)؟ • آیا توضیحی در مورد نحوه‌ی استنتاج یا تعمیم برای جمعیت گسترده‌تر وجود دارد؟ 	آیا شواهد گویا است؟
بیشتر مقامات بهداشتی دفترچه راهنما، براساس رهنمود سازمان جهانی بهداشت، برای کامل کردن بایگانی بیماری سل فراهم کردند. این دفترچه راهنما در کل مشخص می‌کند چه کسی چه اطلاعاتی را باید جمع‌آوری کند. هنگام استفاده از این داده‌ها، سیاست‌گذاران باید بررسی کنند آیا رهنمود واضحی در مورد تکمیل بایگانی وجود دارد، آیا کارکنان برنامه‌ی ثبت سل در مورد کاربرد آن آموزش دیده‌اند، آیا سازوکاری برای بررسی کیفی داده‌ها در کلینیک و منطقه در دسترس است و آیا گردآوری داده‌ها به‌درستی انجام شد یا خیر	<ul style="list-style-type: none"> • آیا توضیح واضحی در مورد اینکه چه کسی داده‌ها را جمع‌آوری کرده است وجود دارد؟ • آیا گردآورندگان داده‌ها به‌طور مناسب آموزش دیده و حمایت شده‌اند؟ • چه ابزاری برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد؟ • آیا ابزارهای مناسبی استفاده شد؟ • چه موقع داده‌ها جمع‌آوری شد؟ • آیا کیفیت داده‌های گردآوری‌شده پایش شد و آیا کیفیت نشان داده‌شده مناسب بود؟ • داده‌ها چطور آنالیز شد؟ • آیا روش آنالیز به‌طور واضحی گزارش شد؟ • آیا در مورد محدودیت‌های داده‌ای بحث شد؟ 	آیا شواهد دقیق است؟
طیف استانداردی از سنجه‌ها در دفتر ثبت بیماری سل براساس رهنمود سازمان جهانی بهداشت گنجانده شد. این سنجه‌ها برای ارزیابی عملکرد برنامه‌ی سل طراحی شده است. با این حال، داده‌ها به‌طور کلی سنجه‌های مستقیمی از مسائل نظیر رضایت بیمار از درمان ارائه‌شده توسط کادر درمان بیماری سل فراهم نمی‌کند.	<ul style="list-style-type: none"> • آیا توصیف واضحی از نتایج اندازه‌گیری‌شده وجود دارد؟ • آیا سنجه‌ی نتیجه پایاست؟ • آیا این نتایج به‌درستی اندازه‌گیری شد؟ • آیا این نتایج ارزیابی منطقی از مسئله‌ی سلامت فراهم می‌کند؟ 	نتایج مناسب گزارش می‌شود؟

3. کیفیت شواهد محلی در دسترس چگونه باید ارزیابی شود؟

مانند سایر اشکال شواهد، کیفیت شواهد محلی باید ارزیابی شود. وقتی کیفیت داده‌ها ضعیف است، تفسیر دشوار می‌شود و این خطر وجود دارد که نتیجه‌گیری‌های اشتباه استنتاج شود. هنگام در نظر گرفتن شواهد محلی، ایجاد تمایز بین داده‌ها (یعنی، محصول خام اندازه‌گیری‌ها یا مشاهدات) و اطلاعات (یعنی، داده‌هایی که در رابطه با سوال یا مسئله‌ای خاص آنالیز یا سازمان‌دهی می‌شود و در نتیجه برای تصمیم‌گیری مفیدتر است) مفید است. داده‌ها (مثلاً، روش‌های اندازه‌گیری) یکی از مسائل بالقوه مربوط به شواهد محلی است. سایر مسائل به نحوه‌ای تبدیل این داده‌ها به اطلاعات مربوط می‌شود (مثلاً، به‌عنوان بخشی از فرایند تحلیل).

تعدادی از عوامل کیفیت داده‌های محلی که به‌طور روتین جمع‌آوری می‌شود را به خطر می‌اندازد. کادر درمان که داده‌ها را جمع‌آوری و وارد می‌کنند ممکن است آموزش‌های ضعیفی در خصوص نحوه‌ی انجام این وظیفه دیده باشند. به همین ترتیب، اگر بازخورد به‌موقعی دریافت نکنند، سودمندی داده‌ها را برای کمک به ارائه‌ی بهتر خدمات درک نمی‌کنند. ثبت داده‌ها ممکن است با تعداد زیادی از سایر وظایف درمانی در کلینیک‌ها یا بیمارستان‌ها در رقابت باشد و کنترل کیفی مرکزی ممکن است کافی نباشد. به محض جمع‌آوری داده‌ها، رفع مسائل کیفی داده‌ها دشوار می‌شود. در مقابل، رفع نقصان اطلاعات با انجام دوباره‌ی تحلیل آسان‌تر می‌شود. سیستم‌های جمع‌آوری داده‌های محلی باید به‌گونه‌ای طراحی شود که بازخورد مفید و به‌موقع اطلاعات را برای گردآورندگان داده‌های این چنینی فراهم کند.

بیشتر شواهد محلی که برای تصمیم‌گیری در مورد گزینه‌های سیاستی استفاده می‌شود، توصیفی (یعنی، شامل خلاصه‌های ساده‌ای از نمونه و سنجه‌ها یا نتایج درج‌شده در داده‌ها می‌شود) نه تطبیقی (یعنی، براساس مقایسه‌ی مجموعه‌ای از داده‌ها با مجموعه‌ی دیگر برحسب ناحیه در طول زمان است) است. استثنائاتی وجود دارد، مثلاً، شواهد در مورد نابرابری‌ها به مقایسه‌ها متکی است.

ماهیت توصیفی بیشتر شواهد محلی تبعاتی برای ارزیابی کیفی آن دارد. در مورد مطالعات تطبیقی، ارزیابی کیفی عمدتاً بر ریسک سوگیری تمرکز دارد (یعنی، ریسک «خطای نظام‌مند یا انحراف از حقیقت در نتایج یا استنباط‌ها»). سوالات کلیدی در

ارزیابی کیفی شواهد محلی شامل موارد زیر می‌شود (برای مشاهده‌ی خلاصه‌ای از سوالاتی که می‌توان برای ارزیابی کیفی شواهد محلی استفاده کرد، به جدول 9 رجوع شود):

- آیا شواهد گویاست؟ هدف از این سوال این است که آیا شواهد به درستی بیانگر جمعیت گسترده‌تری است که از آن استخراج شده است یا یافته‌ها به آن تعمیم یافته است. این سوال چند جزء دارد: نخست، آیا توضیح واضحی از منبع شواهد وجود دارد؟ دوم، آیا شواهد از نمونه‌ای از جمعیت مدنظر بدست آمده است، آیا توضیح واضحی از نحوه‌ی انجام نمونه‌گیری وجود دارد و آیا رویکرد نمونه‌گیری مورد استفاده مناسب بود؟ سوم، آیا توضیح واضحی از اینکه چگونه هر گونه استنتاج یا تعمیم به جمعیت گسترده‌تر صورت گرفته است، وجود دارد؟
- آیا شواهد دقیق است؟ این سوال مربوط می‌شود به اینکه آیا داده‌های در دسترس با ارزش واقعی نتیجه‌ی اندازه‌گیری شده مطابقت دارد یا احتمال دارد مطابقت داشته باشد. هنگام پرداختن به این سوال، کاربر ممکن است پرسد آیا توضیح واضحی از فرایندهای جمع‌آوری داده‌ها وجود دارد. مسائلی که باید مدنظر قرار گیرد، عبارت است از: چه کسی داده‌ها را جمع‌آوری کرد و آیا گردآورندگان داده‌ها به درستی آموزش دیده و حمایت شدند، چه ابزارهایی برای جمع‌آوری داده استفاده شد، داده‌ها چه موقع جمع‌آوری شد، آیا کیفیت داده‌های گردآوری شده پایش شد، تحلیل چطور انجام شد (آیا روش تحلیل به وضوح گزارش شد) و آیا در مورد محدودیت داده‌ها بحث شد.
- آیا نتایج مناسب گزارش شد؟ تمرکز این سوال است که آیا سنجه‌های گزارش شده در داده‌ها (نظیر نتایج درمان یا سنجه‌های استفاده از خدمات درمانی) برای پاسخ به سوالی که داده‌ها برای آن استفاده خواهد شد، مناسب است. هنگام پرداختن به این سوال، کاربر می‌خواهد مشخص کند آیا توضیح واضحی از نتیجه یا نتایج اندازه‌گیری شده وجود دارد، آیا قابل اطمینان هستند و آیا این نتایج ارزیابی منطقی از بیماری فراهم خواهند کرد یا خیر. مثلا، اگر سیاست‌گذاران به چگونگی بهبود کیفیت درمان مبتلایان به سل بپردازند، نتایج درمان سل که به‌طور روتین گزارش می‌شود سنجه‌ی مفیدی خواهد بود. دلیلش این است که تکمیل درمان سل احتمالا با کیفیت خدمات درمانی ارائه‌شده به بیماران مرتبط است.

4. آیا تغییرات مهمی در دسترس‌پذیری، کیفیت یا نتایج شواهد محلی وجود دارد؟

هنگام ارزیابی و استفاده از شواهد محلی، باید از تغییرات در دسترس‌پذیری، کیفیت یا نتایج آگاه بود. هر کدام از این مسائل در قسمت زیر بحث و بررسی خواهد شد.

دسترس‌پذیری

تغییرات بزرگ همیشه در دامنه یا عمق شواهد محلی در دسترس در سراسر مناطق جغرافیایی، تقسیم‌بندی‌های کشوری یا گروه‌های جمعیتی رخ می‌دهد. در بسیاری از موارد، این تغییر ممکن است نشان‌دهنده تفاوت در سیاست‌ها یا ظرفیت مقامات درمانی یا سایر سازمان‌ها در سراسر نواحی یا تقسیم‌بندی‌های کشوری باشد. با این حال، در برخی موارد، تغییرات در دسترس‌پذیری شواهد محلی در سراسر گروه‌ها یا نواحی نابرابری‌های اساسی دیگری را نشان می‌دهد. این نابرابری‌ها عبارت است از: دسترسی ضعیف برخی گروه‌ها به امکانات درمانی یا ننگ‌جاندن گروه‌های «به‌سختی قابل دسترسی» در نظرسنجی نظیر جمعیت‌های مهاجر، افرادی که به زبانی غیر از زبان بومی صحبت می‌کنند یا افرادی که در نواحی دورافتاده یا نواحی زندگی می‌کنند که کمتر از حد معمول خدمات دریافت می‌کنند. مثلاً، گروه‌هایی که براساس قومیت یا گرایش جنسی‌شان بدنام می‌شوند یا چون به‌عنوان مهاجر غیرقانونی دیده می‌شوند ممکن است خود را متعلق به این گروه‌ها برای اهداف جمع‌آوری داده محسوب نکنند. بنابراین، ممکن است شواهد محلی اندکی در رابطه با این گروه‌ها در دسترس باشد و جمع‌آوری داده‌های این چنینی ممکن است بسیار چالش‌برانگیز باشد. آنهایی که داده‌های محلی را استفاده می‌کنند باید دلایل دسترس‌پذیری متفاوت آن را بررسی کنند و عوامل این چنینی را در پروسه‌ی تصمیم‌گیری‌شان در نظر بگیرند.

دسترس‌پذیری ممکن است به طرق دیگر محدود شود. نخست، شواهد ممکن است از تنها یک منبع در دسترس باشد و بررسی متقابل پایایی اطلاعات را دشوار سازد. دوم، اطلاعات ممکن است برای منطقه‌ی بزرگی در دسترس باشد که ناحیه‌ی مدنظر سیاست را دربرمی‌گیرد. اما ممکن است در قالبی ارائه شود که امکان تفکیک اطلاعات ناحیه‌ی محلی را از پایگاه‌داده‌ی بزرگتر ندهد. سوم، سیاست‌گذاران ممکن است به داده‌های با کیفیت از ناحیه‌ی مجاور دسترسی داشته باشند و سپس مجبور شوند میزان قابلیت تعمیم‌دهی این داده‌ها را به ناحیه‌ی مدنظر ارزیابی کنند. در آخر، شواهد محلی ممکن است تنها برای

شاخصی در دسترس باشد که بیماری مربوطه را ارزیابی می‌کند. مثلاً، سیاست‌گذاران در کلمبیا نیازمند داده‌هایی در مورد تعداد بیمارانی بودند که به دلیل مننژیت در بیمارستان بستری شده بودند، اما این اطلاعات به‌طور روتین در دسترس نبود. با این حال، تعداد مرگ و میرهای ناشی از مننژیت در کلمبیا از سامانه‌ی اطلاعاتی WHO در دسترس بود. همچنین، داده‌ها در مورد نرخ مرگ و میر ناشی از مننژیت از منبع محلی در دسترس بود. از این دو مجموعه داده، می‌توان تعداد کل موارد ابتلا به مننژیت را در کشور برآورد کرد.

کیفیت و نتایج

منابع مختلف شواهد محلی کیفیت متفاوتی دارند. همچنین، کیفیت شواهد محلی با کیفیت اشکال دیگر شواهد که در تصمیم‌گیری استفاده می‌شود، فرق دارد. مثلاً، مطالعه‌ی داده‌های روتین در مورد مالاریا در موزامبیک سوابق منطقه‌ای و ثبت کاغذی موارد ابتلای بزرگسالان به مالاریا که بستری شده بودند و نرخ مرگ و میر ناشی از آن را با داده‌های دیجیتال ثبت شده در سطح استانی مقایسه کرد. تفاوت‌های زیادی بین این منابع داده‌ای شناسایی شد (تفاوت 62 درصدی برای موارد ابتلا و تفاوت 48 درصدی برای مرگ و میر). محققان اذعان کردند که این تغییرات به دلیل خطا در فرایند ثبت داده در سطح استان بود. تفاوت‌های این چنینی در کیفیت داده‌ها باید به‌طور صریح در پروسه‌ی تصمیم‌گیری در نظر گرفته شود. تفاوت‌های این چنینی در کیفیت داده‌ها را باید به‌صراحت در پروسه‌ی تصمیم‌گیری در نظر گرفت.

گوناگونی نتایج شواهد محلی در مورد بیماری خاص میان منابع شواهد محلی به دلایل مختلفی رخ می‌دهد، از جمله:

- تفاوت در نحوه‌ی تعریف و اندازه‌گیری مسئله میان منابع مختلف
- تفاوت‌های بین افراد، گروه‌ها یا سایر نهادهایی که داده‌ها در موردشان از منابع مختلف جمع‌آوری شد
- تفاوت در مقایسه‌کننده‌های مورد استفاده
- تفاوت‌ها (در صورت لزوم) در مداخلات انجام‌شده
- تفاوت‌ها در روش‌های جمع‌آوری و آنالیز داده‌ها در منابع مختلف

هنگام در نظر گرفتن تغییرات این چنینی، کاربران این داده‌ها باید سوالات زیر را کاوش کنند:

- آیا تغییر به طور بالقوه از چشم انداز بالینی یا سیاست مهم است؟
 - اگر تغییر مهم است، آیا توضیح منطقی روشنی از منابع داده‌ای وجود دارد یا اینکه آیا می‌توان توضیح منطقی را فرض کرد (مثلاً، تفاوت در تعریف، اندازه‌گیری، تحلیل و غیره)؟
 - آیا منابع اطلاعاتی دیگری وجود دارد که شواهد محلی را بتوان با آنها مقایسه کرد؟
- کاربران داده‌ها باید هر تصمیمی را که در مورد تفسیر شواهد اتخاذ می‌کنند، ثبت کنند و باید هرگونه ابهام را ذکر کنند. همانطور که در قسمت زیر بحث شده است.

5. شواهد محلی را چگونه باید با اطلاعات دیگر ادغام کرد؟

- تصمیمات سیاستی مستلزم ترکیبی از شواهد جهانی (بهترین شواهد در دسترس از سراسر جهان)، از نظرسنجی‌های نظام‌مند و انواع مختلف شواهد محلی، مفروضات و قضاوت‌هاست. وقتی شواهد محلی کلید تصمیم‌گیری است (یعنی، ممکن است به نوعی بر تصمیم‌گیری تأثیر گذارد)، مهم است که:
- رویکرد شناسایی شواهد محلی را توصیف کنید. در حالت ایده‌آل، رویکرد نظام‌مند باید برای دستیابی به این شواهد استفاده شود.
 - رویکرد ارزیابی شواهد محلی را توصیف کنید. همانطور که قبلاً ذکر شد، رویکرد نظام‌مند برای ارزیابی شواهد توصیف می‌شود. وقتی میانبرها ضروری باشد یا لازم باشد مفروضاتی انجام شود یا مشاهدات غیررسمی استفاده شود، این موارد باید شفاف‌سازی شود.
 - به طور واضح توضیح دهید چه شواهد محلی استفاده می‌شود و این شواهد از کجا بدست می‌آید. این شواهد باید شامل جزئیات مربوط به گروه‌ها یا کامیونیتی‌های خاصی باشد که شواهد از آنها بدست می‌آید. حتی الامکان، اسناد و منابع دیگر باید ذکر شود و به افرادی که در پروسه‌ی تصمیم‌گیری شرکت می‌کنند، ارائه شود.

- هر خلاء یا ابهام مهمی که در شواهد به دلیل فقدان اطلاعات محلی یا کیفیت ضعیف آن وجود دارد را شرح دهید. مطالعه‌ی استفاده از داده‌های دردسترس از مرکز ثبت واکسیناسیون دوران کودکی استرالیا نشان داد که چالش‌هایی در استفاده از بایگانی برای اندازه‌گیری کافی نرخ واکسیناسیون و نتایج در جمعیت‌های خاص نظیر گروه‌های بومی دورافتاده وجود دارد. همچنین، ممکن است ابهاماتی در شواهد به دلیل یافته‌های متناقض بین مجموعه‌های مختلف از شواهد محلی وجود داشته باشد. مثلاً، نرخ مرگ و میر بیمارستانی، نرخ عوارض یا مدت بستری شدن در بخش مراقبت‌های ویژه برای ارزیابی کیفیت مراقبت‌های جراحی استفاده می‌شود. مطالعات همبستگی ضعیفی را بین این شاخص‌های مختلف نشان داده است. متعاقباً، به‌سختی می‌توان تصمیم گرفت کدام مجموعه داده‌ها به بهترین شکل کیفیت واقعی خدمات جراحی را در بیمارستان یا منطقه نشان می‌دهد و در نتیجه کدام مجموعه داده را باید برای سیاست‌گذاری استفاده کرد. کاربرد شواهد محلی برای زیرگروه‌های جمعیتی خاص ممکن است نامعلوم باشد. مثلاً، شواهد محلی در مورد نرخ بارداری دختران نوجوان برای جمعیت عمومی دردسترس است، اما برحسب زیرگروه‌های جمعیتی دردسترس نیست (مثلاً، برحسب قومیت یا زبان).

- در آخر، شناسایی و بحث در مورد تفاوت بین یافته‌های بدست آمده از شواهد جهانی و تفاوت‌های بدست آمده از شواهد محلی مهم است. مثلاً، شواهد جهانی نشان می‌دهد که کادر درمان غیرمتخصص می‌توانند در بهبود استفاده از واکسیناسیون در کودکان موثر باشند. با این حال، اگر دیدگاه‌های محلی قوی نشان دهد که افراد غیرمتخصص به‌اندازه‌ی کافی واجد شرایط ارائه‌ی مشاوره‌ی درمانی نیستند، شواهد محلی با شواهد جهانی در تضاد خواهد بود. در این مورد، ترفیع کادر درمان از نظر محلی چندان موثر نیست. شواهد محلی این چنینی ممکن است موجب اطمینان کمتر در رابطه با کاربردپذیری شواهد جهانی در مورد کادر درمان غیرمتخصص برای استفاده از واکسن شود، هرچند بررسی‌های جهانی همچنان بهترین برآورد موجود را از اثربخشی کادر درمان غیرمتخصص فراهم می‌کند. همچنین، باید در استفاده از شواهد اقتصادی از محیط‌های دیگر برای منطقه‌ای خاص احتیاط کرد، زیرا هزینه‌های نسبی برخی

از شواهد در محیط‌های مختلف می‌تواند بسیار متفاوت باشد. مثلا، هزینه‌های منابع انسانی از نظر محلی متفاوت است، درحالی‌که هزینه‌های دارویی در محیط‌های مختلف یکسان است.

شناخت درست شرایط و بستر محلی در تفسیر هم شواهد محلی و هم شواهد جهانی مفید است. عناصر کلیدی بستری که باید در نظر گرفته شود، عبارت است از: بستر فیزیکی (نظیر امکانات بهداشتی، زنجیره‌های تامین، سیستم‌های بانکداری و غیره)، منابع انسانی، دانش (از جمله مهارت‌های اجرای سیاست یا مداخله)، بستر اجتماعی-فرهنگی (از جمله مسائلی نظیر سیستم‌های اعتقادی، ارزش‌ها، فساد و غیره) و بستر سیاسی. ابزارهایی نظیر نقشه‌برداری سیاسی برای شناخت بهتر بستر سیاسی مفید است.

رویکردهایی نظیر ارزیابی سریع را می‌توان برای گردآوری طیف وسیعی از داده‌های مختلف موجود در سطوح محلی و جهانی برای پاسخ به سوال سیاستی خاص استفاده کرد. مثلا، این رویکرد برای گرد هم آوردن داده‌های مربوط به مدیریت درمان دیابت در گرجستان و قرقیزستان استفاده شده است. شواهد محلی همراه با ارزیابی قابلیت اطمینان آن را می‌توان در خلاصه‌های سیاستی و طیف وسیعی از اسناد دیگری وارد کرد که برای پروسه‌ی سیاست‌گذاری مفید است. در جای دیگری در مورد خلاصه‌های سیاستی با جزئیات بیشتر بحث می‌کنیم.

نتیجه‌گیری

شواهد محلی می‌تواند به همه‌ی مراحل فرایندهای سیاست‌گذاری از تاثیرگذاری بر دستورکار سیاستی تا ایجاد گزینه‌های برنامه و پایش پایداری برنامه کمک کند (برای مشاهده‌ی نمونه‌هایی از انواع شواهد محلی مرتبط با سوالات سیاستی خاص به جدول 10 رجوع شود). شواهد این‌چنینی را می‌توان از سامانه‌های اطلاعات سلامت روتین، از نظرسنجی‌ها یا مطالعاتی که قابل تفکیک هستند یا از مطالعاتی بدست آورد که در آن داده‌ها در سطح محلی جمع‌آوری یا آنالیز شده است. هر دو نوع شواهد لازم است و شواهد در دسترس به ماهیت سوال سیاستی مدنظر و بستر بستگی خواهد داشت.

در بسیاری از محیط‌ها، اقداماتی برای بهبود کیفیت و استفاده از داده‌ها در مورد شواهد محلی لازم است. این اقدامات مستلزم انگیزه‌بخشی به گردآوردندگان داده‌هاست. بنابراین، باید به آنها اطمینان داد اطلاعات این‌چنینی مفید است و باید بازخورد

به موقع به آنها داده شود. همچنین، باید اطمینان یافت که سیاست گذاران و حامیانشان از منابع داده‌ها در مورد شرایط محلی آگاه هستند. مانند سایر اشکال شواهد، کیفیت شواهد محلی را باید ارزیابی کرد. سیاست گذاران باید در استفاده‌ی صرف از شواهد محلی برای ارزیابی اثرات احتمالی سیاست‌ها یا برنامه‌های انتخابی محتاط باشند. شواهد محلی مناسب‌تر از مطالعاتی هستند که در سایر نقاط انجام شده است. اما شواهد این چینی به دلیل محدودیت‌های مهم مطالعاتی که به صورت محلی انجام می‌شود، کمتر قابل اطمینان است.

جدول 10: انواع شواهد محلی برای پرداختن به سوالات در مورد سیاست یا برنامه‌ی خاص

مرحله‌ی چرخه‌ی سیاست	استفاده از شواهد محلی	انواع شواهد محلی که می‌تواند مناسب باشد
تشخیص مسئله یا هدف	برآورد بزرگی مسئله یا مشکلی که سیاست قصد دارد خطاب قرار دهد و دیدگاه‌های ذینفعان در مورد آن	<ul style="list-style-type: none"> داده‌های آمار حیاتی از منابع روتین، نظرسنجی‌هایی نظیر DHS ملی داده‌ها در مورد بیماری از منابع روتین در سطح ملی، ملی فرعی یا نهادی (مثلا، بیمارستانی) مطالعات محلی در مورد تجارب و دیدگاه‌های ذینفعان
	تشخیص علل احتمالی مسئله	<ul style="list-style-type: none"> مطالعات محلی در مورد دیدگاه‌ها و تجارب ذینفعان داده‌ها در مورد عوامل ریسک از نظرسنجی‌ها
ارزیابی گزینه‌های سیاستی	توصیف محلی ارائه درمان، تمهیدات مالی یا راهبری برای خدمات درمانی	<ul style="list-style-type: none"> سیاست‌ها، رهنمودها و پرونده‌های ثبت شده وزارت بهداشت و وزارت دارایی مقررات سازمان‌های حرفه‌ای
	در بستر قرار دادن شواهد بررسی‌های جهانی اثرات مداخلات و مرتبط ساختن این شواهد	<ul style="list-style-type: none"> داده‌های سازمان‌های محلی ارائه‌دهنده‌ی خدمات درمانی در مورد طیف مداخلاتی که در حال حاضر انجام می‌شود (برای بیماری خاص) و نتایجشان که می‌توان با برنامه‌های ارزیابی شده در بررسی‌های جهانی مقایسه کرد داده‌های سازمان‌های ارائه‌دهنده‌ی خدمات درمانی محلی در مورد پوشش محلی این مداخلات
	کمک به ارزیابی اثرات احتمالی گزینه‌های سیاستی (مثلا، به دلیل وجود عوامل اصلاح کننده)	<ul style="list-style-type: none"> مطالعات محلی در مورد برنامه‌های مشابه

<ul style="list-style-type: none"> • مطالعات محلی در مورد دیدگاه‌های ذینفعان • اطلاعات بدست آمده از سازمان‌های ذینفع نظیر سازمان‌های نماینده‌ی عموم و گروه‌های خاص مصرف‌کننده نظیر آنهایی که بیماری‌های خاص دارند • اطلاعات از مصاحبه‌های هدفمند با ذینفعان 	<p>کمک به قضاوت‌ها در مورد ارزش‌ها و اولویت‌ها در خصوص گزینه‌های سیاستی (یعنی، اهمیت نسبی که افراد متأثر از سیاست‌ها برای اثرات احتمالی آن سیاست‌ها قائل هستند) و دیدگاه‌ها در مورد این گزینه‌ها</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • مطالعات محلی در مورد هزینه‌های برنامه و صرفه‌جویی در هزینه‌ها • داده‌های جمع‌آوری‌شده توسط دیپارتمان‌ها یا برنامه‌های سلامت یا توسط سازمان‌های غیردولتی ارائه‌دهنده‌ی خدمات درمانی 	<p>برآورد هزینه‌های (و صرفه‌جویی در هزینه‌ها) گزینه‌های سیاستی</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • جمع‌آوری روتین داده‌های برنامه • مطالعات محلی متمرکز بر گروه‌های ذینفع 	<p>بررسی اثرات گزینه‌ی سیاستی بر گروه‌های محلی خاص</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • داده‌های منابع که در اختیار برنامه‌ها یا دیپارتمان‌های سلامت یا سازمان‌های غیردولتی ارائه‌دهنده‌ی خدمات درمانی قرار دارد • مطالعات محلی در مورد استفاده‌ی برنامه‌های مشابه از برنامه‌ها 	<p>ارزیابی دسترس‌پذیری منابع (از جمله منابع انسانی، ظرفیت فنی، زیرساخت و تجهیزات)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • مطالعات محلی در مورد دیدگاه‌های ذینفعان • اطلاعات بدست آمده از سازمان‌های ذینفعان. مثلا سازمان‌های نماینده عموم یا گروه‌های خاصی از مصرف‌کنندگان نظیر آنهایی که بیماری‌های خاص دارند • اطلاعات بدست آمده از مصاحبه‌های هدفمند با ذینفعان • مطالعات در مورد موانع محلی 	<p>شناسایی موانع اجرای گزینه‌های سیاستی</p>	<p>کاوش راهبردهای اجرا برای گزینه‌ی سیاستی خاص</p>
<ul style="list-style-type: none"> • داده‌های برنامه که به‌طور روتین جمع‌آوری می‌شود • داده‌هایی که می‌توان برحسب جنسیت، سن، محل سکونت و غیره تفکیک کرد 	<p>پایش پایداری اثرات برنامه در طول زمان بررسی اثرات عادلانه‌ی برنامه بعد از اجرا</p>	<p>پایش اثرات گزینه‌ی سیاستی</p>

پیش‌زمینه

در این بخش، چهار سوالی را ارائه می‌کنیم که سیاست‌گذاران و حامیان‌شان می‌توانند هنگام ارزیابی هزینه‌های سیاست یا برنامه‌ی انتخابی بپرسند. مثلا، سوالات این چنینی را می‌توان در سناریوی مطروح در بالا استفاده کرد. هدف ما یافتن و به کارگیری شواهد استفاده از منابع و هزینه‌های سیاست یا برنامه‌ی انتخابی نه تحلیل مقرون به صرفگی یا انواع دیگر تحلیل‌های اقتصادی است.

سیاست‌گذاران می‌خواهند اطمینان یابند که سیاست‌ها و همچنین افراد متأثر از آن سیاست‌ها بیانگر ارزش پولی خوب هستند. برای این منظور، باید هزینه‌های گزینه‌های سیاستی و همچنین تاثیرشان بر سلامتی و سایر اثرات دیگر را در نظر گرفت. هزینه‌های سیاست‌ها یا برنامه‌ها از چند منظر کلیدی با هزینه‌های اثرات دیگر متفاوت است :

- هزینه‌های خدمات درمانی معمولا تقسیم می‌شود: برای بیشتر اثرات غیر از هزینه‌ها، معمولا مشخص است چه کسی نفع خواهد برد و چه کسی محروم خواهد بود، هر چند این قضیه در مورد همه‌ی نتایج صدق نمی‌کند. کل کامیونیتی از برنامه‌ی واکسیناسیون به خاطر تاثیر جمعی نفع خواهد برد (کاهش انتقال بیماری به محض اینکه بیشتر اعضای آن کامیونیتی واکسینه شوند). به همین ترتیب، در رابطه با استفاده‌ی گسترده از آنتی‌بیوتیک‌ها برای درمان عفونت‌های فردی، تبعات منفی و آتی مقاومت دارویی برای کامیونیتی گسترده‌تر رخ می‌دهد. اینها استثنائاتی برای نتایج سلامتی است. از طرف دیگر، هزینه‌های خدمات درمانی معمولا میان دولت، شرکت‌های بیمه خصوصی، کارفرمایان و بیماران به اشتراک گذاشته می‌شود. همچنین، درون جامعه، نحوه‌ی اشتراک هزینه‌ها بسته به سن بیمار (آیا زیر 65 سال یا بالای 65 هستند) یا شرایط (مثلا، آیا بیمار مساعدت اجتماعی دریافت می‌کند یا خیر) ممکن است متفاوت باشد.

- بهای واحد اغلب به طور گسترده در مناطق مختلف متفاوت است. مثلا، هزینه‌ی هر واحد دارو به هزینه‌های واقعی تولید ارتباطی ندارد، اما در عوض ارتباط تنگاتنگی با تصمیمات بازاریابی و سیاست‌های ملی دارد. بنابراین، مثلا، اکثر

داروها با حق ثبت اختراع در آمریکا اساساً گران‌تر از کانادا هستند. همچنین، هزینه‌ها حتی داخل تقسیم‌بندی‌های کشوری می‌تواند به‌طور گسترده‌ای متفاوت باشد. بیمارستان‌ها یا سازمان‌های حافظ سلامت ممکن است بتوانند در مورد تمهیدات خاص با شرکت‌های دارویی مذاکره کنند و هزینه‌ی داروها را به‌طور قابل‌توجهی نسبت به سایر داروهای در دسترس بیماران یا تامین‌کنندگان خدمات درمانی پایین آورند. همچنین، بهای واحد در طول زمان به دلیل تورم و همچنین به دلیل عوامل مرتبط با تقاضا (مثلاً، وقتی دارو قرار است برای طیف وسیعی از اهداف بالینی استفاده شود) و عرضه (مثلاً، وقتی دارو از ثبت اختراع خارج می‌شود) متغیر خواهد بود.

- استفاده از منابع احتمالاً در حوزه‌های کشوری مختلف متفاوت خواهد بود. علاوه بر بهای واحد، میزان منابع مورد استفاده می‌تواند متفاوت باشد. طیف وسیعی از عوامل از جمله شیوه‌های حرفه‌ای (مثلاً، میزانی که متخصصان بالینی آزمایش تشخیصی را برای بیماری خاصی درخواست می‌کنند)، محیط خدمات (مثلاً، توازن بین مراقبت اولیه و ثانویه)، سطوح پایبندی بیمار و سیاست‌های بازپرداخت هزینه‌ها دلیل آن است.

- نتایج استفاده از منابع در حوزه‌های کشوری مختلف متفاوت است. حتی وقتی استفاده از منابع ثابت است، نتایج استفاده می‌تواند در حوزه‌های کشوری مختلف متفاوت باشد. تامین داروی بسیار گران برای یک سال ممکن است معادل حقوق یک پرستار در آمریکا، حقوق شش پرستار در اروپای شرقی و حقوق 30 پرستار در آفریقا باشد. در صورت چشم‌پوشی از خرید دارو، واکسن یا روش درمانی خاص، آنچه می‌توان با منابع ذخیره‌شده خریداری کرد و مزایای سلامتی قابل‌دستیابی با آن مخارج می‌تواند به‌طور قابل‌توجهی متفاوت باشد.

- ذینفعان دیدگاه‌های متفاوتی در رابطه با دسته‌بندی بودجه‌ای که در آن نتایج منابع را در نظر می‌گیرند، دارند. تک‌تک بیماران ممکن است به صرف هزینه‌هایی که از جیب خودشان خرج نخواهد شد، علاقه‌مند باشند یا ممکن است دیدگاه‌های متفاوتی در مورد اشتراک‌گذاری ریسک یا اینکه چه کسی باید هزینه‌های خدمات درمانی را متقبل شود، داشته باشند. مدیران منطقه یا بیمارستانی که طبق بودجه‌ی ثابت عمل می‌کنند ممکن است هزینه‌ی سیاست یا برنامه‌ی خاص را در رابطه با سایر کاربردهای احتمالی همان پول در نظر بگیرند. یا اینکه ممکن است فرصت‌های

موجود را برای تغییر استفاده از منابع بررسی کنند. به همین ترتیب، وزیر بهداشت ممکن است عمدتاً به هزینه‌های خدمات درمانی و بودجه‌ی خدمات درمانی توجه داشته باشد. سیاست‌گذاران دیگری نظیر وزارت دارایی ممکن است چشم‌انداز وسیع‌تری را اتخاذ کنند و بودجه‌ی کلی دولت از جمله هزینه‌های غیردرمانی و افزایش یا کاهش مالیات را هم در نظر بگیرند.

- منافع متعارض مربوط به هزینه‌ها امری طبیعی است. مثلاً، منافع اقتصادی متخصصان سلامت یا مدیران صنعت (که معمولاً می‌خواهند حتی‌الامکان درآمد بالایی کسب کنند) اغلب با منافع جامعه یا دولت در تضاد است (که معمولاً می‌خواهند حتی‌الامکان با کمترین هزینه بیشتر بهره را ببرند).

به‌رغم این تفاوت‌ها، ملاحظات هزینه از بسیاری جهات با ملاحظات تبعات دیگر یکسان است. دلیلش این است که سیاست‌گذاران و کارکنانشان باید اثرات مهم بر استفاده از منابع را شناسایی کنند و بهترین شواهد در دسترس را در مورد آن تبعات بدست آورند تا مطمئن شوند تبعات منابع به‌درستی ارزش‌گذاری شده است. به دلیل تفاوت‌های بین هزینه‌ها و تبعات دیگر، توجه به هزینه‌ها چالش‌های دیگری را ایجاد می‌کند. شکل 1 چهار مرحله‌ای را نشان می‌دهد که برای شناسایی شواهد استفاده از منابع و همچنین توجه به هزینه‌ها هنگام ارزیابی سیاست‌ها یا برنامه‌های انتخابی ضروری است.

شکل 1: چهار گام ضروری برای شناسایی شواهد هزینه‌های سیاست‌ها یا برنامه‌های انتخابی و استفاده از آن شواهد



سوالات زیر را می‌توان برای ارزیابی بهتر هزینه‌های گزینه‌های سیاستی بالقوه استفاده کرد:

1. مهمترین اثرات بر استفاده از منابع چیست؟
2. چه شواهدی در مورد اثرات مهم بر مصرف منابع وجود دارد؟
3. چقدر می‌توان به شواهد در مورد تاثیر بر استفاده از منابع اطمینان داشت؟
4. آیا تاثیر بر استفاده از منابع از حیث هزینه‌ی واقعی‌شان به درستی ارزش گذاری شد؟

جدول 1: مثال: شناسایی تبعات بالقوه و مهم منابع برای برنامه‌ی ملی ملاقات حضوری برای بهبود تجویز دارو برای پرفشاری خون

بررسی‌های نظام‌مند نشان داده است که دیدار حضوری آموزشی (یعنی، دیدارهای شخصی ویزیتور آموزش دیده با متخصصان خدمات درمانی در محیط خودشان) تاثیر کوچک و نسبتاً باثبات اما ارزشمندی بر تجویز دارو دارد. در کارآزمایی تصادفی در نروژ، این ملاقات‌ها استفاده از تیاژیدها را طی پابندی به رهنمودهای طب بالینی، از 11 تا 17 درصد میان بیمارانی که پرفشاری خون تازه‌گی در آنها تشخیص داده شده است، افزایش داد. برای تعیین اینکه آیا این پیشرفت ارزشمند بود یا خیر (در رابطه با هزینه‌ی برنامه‌ی کمک‌رسانی ملی)، کاربردهای زیر منابع در نظر گرفته شد:

- توسعه‌ی نرم‌افزار (که برای بررسی سوابق پزشکی استفاده می‌شود و بازخوردهایی را برای پزشکان فراهم می‌کند)
- آموزش به ویزیتورها (داروسازان)
- مطالب چاپی
- سفر برای داروسازانی که ملاقات‌های حضوری را انجام می‌دهند
- وقت داروسازان
- زمان اداری (مثلاً، تعیین قرار ملاقات برای ملاقات‌های حضوری)
- وقت پزشکان (برای ملاقات‌های حضوری)
- حمایت فنی
- هزینه‌ی داروها
- ویزیت بیمارارن
- تست‌های آزمایشگاهی

جدول 2: مثال‌هایی از تبعات به‌طور بالقوه مهم منابع

<p>1. تغییرات در استفاده از منابع خدمات درمانی</p>
<ul style="list-style-type: none"> • اجرای سیاست یا برنامه - وقت/منابع انسانی - لوازم مصرفی - زمین، ساختمان‌ها، تجهیزات • بستری شدن برای مدت طولانی‌تر (یا کمتر)، ویزیت‌های سرپایی یا ویزیت در منزل • استفاده‌ی بیشتر یا کمتر از تست‌های آزمایشگاهی یا معاینه‌ها • حمل و نقل (مثلاً، حمل و نقل اضطراری)
<p>2. تغییرات در استفاده از منابع غیردرمانی</p>
<ul style="list-style-type: none"> • حمل و نقل به مراکز درمانی • رژیم‌های غذایی خاص • خدمات اجتماعی (مثلاً، مسکن، کمک در منزل، آموزش شغلی) • سازگاری در خانه • جرم (نظیر دزدی، تقلب، خشونت، تحقیقات پلیس، هزینه‌های دادگاه)، مثلاً در رابطه با سیاست‌های متمرکز بر سوءمصرف مواد مخدر یا الکل
<p>3. تغییرات در استفاده از وقت بیمار و مراقب غیررسمی</p>
<ul style="list-style-type: none"> • ویزیت‌های سرپایی • پذیرش در بیمارستان • وقت خانواده یا سایر مراقبان غیررسمی
<p>4. تغییرات در بهره‌وری</p>
<p>معتقدیم که تغییرات در بهره‌وری و ارزش ذاتی تغییرات در وضعیت سلامتی را می‌توان از حیث ارزش یا اهمیت نتایج سلامت ثبت کرد و نباید به‌عنوان تبعات منابع محسوب کرد</p>

جدول 3: مثال: یافتن شواهد برای تبعات استفاده از منابع. منابع داده‌ای زیر برای برآورد تفاوت‌ها در استفاده از منابع بین برنامه‌ی

دیدارهای حضوری (متمرکز بر همه‌ی پزشکان عمومی در نروژ) و فقدان برنامه (وضعیت فعلی) استفاده شد. برنامه در جدول 1

بیشتر شرح داده شده است.

منابع داده‌ای	منابع
فاکتورها، برآورد زمان صرف‌شده	توسعه‌ی نرم‌افزار
برآورد زمان صرف‌شده؛ فاکتورها	آموزش ویزیتورهای حضوری
فاکتور	مطالب چاپی
ثبت روزهای سفر، برآورد مسافت سفر	سفر
ثبت تعداد ویزیت‌ها و روزهای صرف‌شده برای ویزیت	وقت داروسازان
سوابق و برآوردهای زمان صرف‌شده	وقت اداری
ثبت مدت ویزیت حضوری و تعداد پزشکان حاضر	وقت پزشک
صورت فاکتورها	حمایت فنی
سوابق پزشکی	هزینه‌های داروها
سوابق پزشکی	ویزیت بیماران
سوابق پزشکی	تست‌های آزمایشگاهی

از آنجا که داده‌ها تنها برای یک سال و از 139 حرفه‌ی پزشکی (501 پزشک، نیمی از آنها ملاقات حضوری دریافت کردند و نیمی از آنها دریافت نکردند) جمع‌آوری شد، تعمیم استفاده از منابع بیش از یک سال و به بقیه‌ی کشور ضروری است.

1. مهمترین تاثیر بر استفاده از منابع چیست؟

برنامه‌ها و سیاست‌ها در حوزه‌ی سلامت مستلزم استفاده از منابع، خصوصاً منابع انسانی از جمله وقت آنهاست. هنگام بررسی

اینکه کدام تاثیرات بالقوه بر استفاده از منابع مهم است، سیاست‌گذاران ابتدا باید بر استفاده از منابع نه هزینه‌ها تمرکز کنند

(مثلاً، جدول 1). نمونه‌هایی از تبعات منابع که به‌طور بالقوه مهم است عبارت است از: تغییرات در استفاده از منابع خدمات

درمانی، منابع غیردرمانی و وقت بیمار و وقت مراقب غیررسمی (این مثال‌ها و مثال‌های دیگر در جدول 2 ارائه شده است).

برای بررسی اینکه کدام تاثیر بر استفاده از منابع مهم است، باید هم منابع مورد استفاده برای اجرای سیاست (یعنی، منابع

ورودی نظیر داروها، تجهیزات و مراقبت) و هم استفاده‌ی بعدی از منابع ناشی از تاثیر سیاست‌ها بر نتایج سلامتی یا نتایج دیگر

(مثلاً، افزایش یا کاهش استفاده از خدمات درمانی به دلیل تاثیر سیاست‌ها) در نظر گرفته شود. مثلاً، مشوق‌های افزایش

پایبندی بیماران به درمان سل مستلزم استفاده از منابع اساسی است. اگر درمان ناموفق کاهش یابد و بیماری کمتر شیوع یابد (و در نتیجه منابع کمتر برای درمان مجدد و درمان سایر افراد آلوده شده استفاده شود)، صرفه‌جویی‌های بعدی در هزینه جبران هزینه‌های قبلی خواهد بود.

تغییر در بهره‌وری بیماران نیز می‌تواند مهم باشد. مثلاً، مبتلایان به ایدز ممکن است ارزش بالایی برای توانایی کار کردن و کسب درآمد قائل باشند، اما فرایند اندازه‌گیری و ارزش‌گذاری تغییرات واقعی در بهره‌وری بحث‌برانگیز خواهد بود. مانند سایر محققان، معتقدیم که تغییرات این‌چنینی در بهره‌وری را باید اجزای ارزش ذاتی تغییرات در وضعیت سلامت نه پیامد منابع در نظر گرفت.

از طرف دیگر، برخی از نتایج نظیر بستری شدن یا روزهای اقامت در بیمارستان را می‌توان به‌خودی‌خود مهم و یکی از اجزای استفاده از منابع در نظر گرفت.

هنگام تصمیم‌گیری در مورد اینکه کدام پیامدهای منابع به‌طور بالقوه مهم است، باید چشم‌اندازی که از آن توصیه‌ها ارائه می‌شود را مشخص کرد. یکی از گزینه‌ها اتخاذ چشم‌انداز اجتماعی است. چشم‌انداز اجتماعی دیدگاه گسترده‌ای است که همه‌ی منابع مهم درمانی و غیردرمانی را در برمی‌گیرد. این گزینه اطمینان می‌دهد که این موضوع که چه کسی هزینه را می‌پردازد مشخص نمی‌کند آیا استفاده از منابع در نظر گرفته می‌شود یا خیر.

سیاست‌گذاران گاهی وظیفه دارند در مورد استفاده از منابع در سیستم خدمات درمانی تصمیم‌گیری کنند. در موارد این‌چنینی، هزینه‌ها یا صرفه‌جویی در هزینه‌ها خارج از سیستم خدمات درمانی نباید دربرگرفته شود. حذف این موارد مانع در نظر گرفتن اثرات سیاست بر مسائلی نظیر خدمات اجتماعی یا جرم و جنایت علاوه بر نتایج سلامتی نمی‌شود. اما هرگونه هزینه یا صرفه‌جویی در هزینه مرتبط با آن اثرات به بودجه‌ی خدمات درمانی مربوط نمی‌شود، مگر اینکه انتقال بودجه صورت گیرد (مثلاً، از عدالت کیفری به سلامت).

همچنین، تعیین افق زمانی برای تصمیم‌گیری سیاستی خاص ضروری است (یعنی، دوره‌ی زمانی استفاده از منابع و نتایج سلامت و اثرات دیگر در نظر گرفته خواهد شد).

2. چه شواهدی برای اثرات مهم بر استفاده از منابع وجود دارد؟

شواهدی را می‌توان برای تبعات به‌طور بالقوه مهم منابع یافت. همچنین، از یک طرف، تفاوت در استفاده از منابع بین اجرای سیاست یا برنامه و مقایسه‌گر از طرف دیگر (معمولا وضع فعلی) را باید برآورد کرد (برای مشاهده‌ی نمونه‌هایی از منابع و داده‌های مورد استفاده در یافتن شواهد تبعات منابع به جدول 3 رجوع شود). مانند نتایج سلامتی و سایر اثرات، انجام مقایسه به‌طور صریح یا ضمنی لازم است. مثلا، وقتی گزینه‌ی افزایش استفاده از درمان ترکیبی حاوی آرتیمیسینین برای مالاریای فالسیپاروم بدون عارضه در نظر گرفته می‌شود، افزایش هزینه‌های مربوط به درمان ترکیبی حاوی آرتیمیسینین (و تغییرات مربوطه در استفاده از سایر داروهای ضد مالاریا) باید با هزینه‌های فعلی درمان ترکیبی حاوی آرتیمیسینین و سایر داروهای ضد مالاریا مقایسه شود (وضع فعلی). تبعات دیگر افزایش استفاده از ای‌سی‌تی نظیر آموزش یا ارائه‌ی مشوق به کادر درمان کامیونیتی برای ارائه‌ی ای‌سی‌تی باید با وضع فعلی مقایسه شود (که ممکن است از محیطی به محیط دیگر متفاوت باشد). به همین ترتیب، هرگونه صرفه‌جویی بعدی در هزینه ناشی از افزایش استفاده از ای‌سی‌تی (مثلا، بستری شدن کمتر در بیمارستان) باید با وضع فعلی مقایسه شود. اگر گزینه‌های رقیب برای افزایش استفاده از ای‌سی‌تی در نظر گرفته شود، مقایسه‌ی تبعات منابع هر دوی اینها باید با یکدیگر مقایسه شود (یا به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم).

بررسی‌های نظام‌مند، کارآزمایی‌های تصادفی و مطالعات مشاهده‌ای شواهدی از تاثیر گزینه‌های سیاستی بر استفاده از منابع فراهم می‌کند. شواهد این‌چنینی را می‌توان در مطالعات بالینی یا ارزیابی‌های تاثیر یا جدا از آنها منتشر کرد. استفاده از منابع در محیط‌های خاص را می‌توان از پایگاه داده‌های ملی یا محلی نظیر پایگاه داده نسخه برای مصرف دارو و پایگاه داده‌های بیمارستانی برای اطلاعات مربوط به بستری شدن ارزیابی کرد.

شواهد استفاده از منابع را می‌توان از منابعی غیر از منابع مورد استفاده برای کسب شواهد مزایای درمانی بدست آورد. دلیلش این است که:

- کارآزمایی‌ها یا ارزیابی‌های تاثیر (و بررسی‌های نظام‌مند اینها) به‌طور کامل استفاده از منابع را گزارش نمی‌کند

- کارآزمایی‌ها و ارزیابی‌های تاثیر ممکن است به طور کامل شرایط و در نتیجه استفاده از منابع را در محیطی که در آن تصمیم‌گیری می‌شود، نشان ندهد و

- استفاده از منابع مربوطه می‌تواند فراتر از مدت کارآزمایی یا ارزیابی تاثیر گسترش یابد

شواهد استفاده از منابع باید در واحدهای طبیعی نظیر ویزیت‌ها، بستری شدن‌ها یا تعداد دوزهای ای‌سی‌تی جمع‌آوری شود. دو دلیل برای جمع‌آوری شواهد در محیط طبیعی وجود دارد. نخست، وقتی فقط کل هزینه‌ها گزارش می‌شود (یعنی، تعداد واحدهای منبع که در بهای واحد منبع ضرب می‌شود)، استفاده از منابع را نمی‌توان از بهای واحد جدا کرد که می‌تواند به طور قابل توجهی بین محیط‌های مختلف و در طول زمان متفاوت باشد. دوم، بدون اطلاعات در مورد استفاده از منابع، قضاوت در مورد روایی و کاربردپذیری شواهد دشوار است.

متأسفانه، مطالعات گاهی هزینه‌ها را گزارش می‌کنند، اما سطوح زیربنایی استفاده از منابع را گزارش نمی‌کنند. این مورد در ارزیابی اقتصادی سولفات منیزیم برای پره‌اکلامپسی مشهود بود، زیرا هزینه‌ی کل نه استفاده از منابع برای سولفات منیزیم یا استفاده از منابع برای تجویز سولفات منیزیم یا سایر منابع بیمارستانی را گزارش کرد. تفاوت در هزینه‌ها می‌تواند به دلیل تفاوت در سطوح اساسی استفاده از منابع، تفاوت در بهای واحد یا هر دو باشد.

اغلب، نمی‌توان شواهد مربوط به اجزای استفاده از منابع مهم برای سیاست‌گذاری را پیدا کرد. مثلاً، سازمان جهانی بهداشت پنل راهنما را برای ارائه‌ی توصیه‌هایی برای پیشگیری از خونریزی پس از زایمان راه‌اندازی کرده است. این پنل شواهد بسیار محدودی از استفاده از منابع برای میزوپرستول خوراکی در مقایسه با اکسی‌توسین درون‌عضلانی پیدا کرد. این پنل بستری شدن، وقت پرسنل و داروها را تبعات به طور بالقوه مهم منابع محسوب کرد، اما هیچ شواهدی از دو نوع اول منابع پیدا نکرد. تبعات منابع این دو سیاست برای پیشگیری از خونریزی پس از زایمان بسیار نامعلوم بود.

جدول 4: مثال: ارزیابی کیفی شواهد برای تبعات استفاده از منابع. کیفیت شواهد برای برآورد تفاوت‌ها در استفاده از منابع بین برنامه‌ی ویزیت حضوری (که کل پزشکان عمومی را در نروژ هدف گرفت) و عدم وجود برنامه (وضع فعلی) متفاوت بود. (همچنین به جدول 1 و 3 رجوع شود).

منابع داده‌ای	منابع
کیفیت بالا	توسعه‌ی نرم‌افزار
کیفیت بالا	آموزش ویزیتورهای حضوری
کیفیت بالا	مطالب چاپی
کیفیت متوسط*	سفر
کیفیت متوسط*	وقت داروسازان
کیفیت بالا	وقت اداری
کیفیت متوسط*	وقت پزشک
کیفیت بالا	حمایت فنی
کیفیت متوسط تا پایین†	هزینه‌ی دارو
کیفیت متوسط تا پایین†	ویزیت بیماران
کیفیت متوسط تا پایین†	تست آزمایشگاهی (پتاسیم)

* شواهد برای سفر، وقت داروسازان و وقت پزشک کیفیت متوسطی داشت. دلیلش ابهام در مورد تعمیم داده‌های شیوه‌های درمان در کارآزمایی به بقیه‌ی کشور بود. † شواهد برای هزینه‌های دارو، ویزیت بیماران و تست‌های آزمایشگاهی کیفیت متوسط تا پایینی داشت. ابهام در مورد تعمیم داده‌های کارآزمایی به بقیه‌ی کشور و همچنین تعمیم فراتر از یک سال (مدت کارآزمایی) برای برآورد تبعات منابع طی چند سال برای برنامه‌ای که همه‌ی پزشکان عمومی را در کشور هدف گرفته بود، دلیل کیفیت پایین شواهد بود.

3. چقدر می‌توان به شواهد در مورد تاثیر بر استفاده از منابع مطمئن بود؟

کیفیت شواهد برای استفاده از منابع را باید برای هر نتیجه‌ی مهم منابع ارزیابی کرد (جدول 4). دلیلش این است که شواهد باکیفیت می‌تواند برای برخی نتایج (مثلاً، مصرف دارو) موجود باشد، اما برای تبعات دیگر (مثلاً، وقت پرسنل) شواهد باکیفیت موجود نباشد. معیارهای ارزیابی کیفی شواهد استفاده از منابع عمدتاً مانند معیارهای ارزیابی نتایج سلامتی است. این معیارها شامل موارد زیر می‌شود: ارزیابی طراحی مطالعه و سایر محدودیت‌های مطالعه (یعنی، ریسک سوگیری)، دقت برآورد، ثبات نتایج، صراحت شواهد و ریسک تورش انتشار. عواملی که کیفیت شواهد منابع (یعنی، آنهایی که موجب اطمینان کمتر به برآورد تبعات منابع می‌شود) را اغلب پایین می‌آورد، عبارت است از:

- دسترس‌ناپذیری داده‌ها به دلیل استفاده از منابع که اندازه‌گیری یا گزارش نشده است یا فقط به‌عنوان برآورد هزینه

گزارش شده است (به عبارت دیگر، بدون داده‌هایی که برآوردها بر آن استوار باشد)

- طراحی ضعیف مطالعه (مشاهده‌ای)

- ناراستی شواهد به دلیل عدم اطمینان در مورد انتقال‌پذیری شواهد منابع از یک محیط به محیط دیگر و

- ناراستی شواهد به دلیل دوره‌های تکمیلی ناکافی. همین امر موجب می‌شود تعمیم فراتر از طول مطالعات موجود برای

برآورد تبعات منابع ضروری شود.

معمولا، هنگام برآورد مقرون‌به‌صرفگی سیاست یا برنامه، مفروضات زیادی باید مطرح شود. مدل‌های اقتصادی مورد استفاده

برای برآورد مقرون‌به‌صرفگی ارزشمند هستند، با توجه به اینکه به شفاف‌سازی مفروضات این چینی کمک می‌کنند. همچنین،

این مدل‌ها تحلیل حساسیت را امکان‌پذیر می‌کنند. تحلیل حساسیت بررسی می‌کند چطور برآوردهای دقیق مقرون‌به‌صرفگی

با آن مفروضات مرتبط است. با این حال، لازم به ذکر است که چک‌لیست‌های مختلفی که برای ارزیابی کیفی تحلیل‌های

اقتصادی در ادبیات موضوعی خدمات درمانی استفاده می‌شود برای ارزیابی کیفی شواهد زیربنای تحلیل‌ها استفاده نمی‌شود.

در مقابل، این چک‌لیست‌ها اغلب بر کیفیت گزارش‌دهی تمرکز دارد.

همچنین، تحلیل‌های مقرون‌به‌صرفگی منتشر شده می‌تواند خصوصا برای تدوین مدل مفید واقع شود. اما اگر این تحلیل‌ها از

محیط خود سیاست‌گذار انجام نشده باشد، اغلب ارزش محدودی دارد. نمی‌توان مفروضات انجام شده و بهای واحد مورد

استفاده از محیطی که در آن تحلیل انجام می‌شود را به محیطی که در آن تصمیم‌گیری می‌شود، انتقال داد. همچنین، مانند

بسیاری از تحقیقات، تحلیل‌های مقرون‌به‌صرفگی می‌تواند ناقص باشد. بدون آگاهی از مدل کامل، قضاوت‌های آگاهانه در

مورد کیفیت شواهد یا کاربردپذیری آن دشوار می‌شود.

جدول 5: مثال: در نظر گرفتن ارزش پولی تبعات منابع. منابع داده‌ای زیر برای برآورد ارزش پولی تفاوت‌ها در استفاده از منابع بین

برنامه‌ی ملاقات حضوری (که همه‌ی پزشکان عمومی را در نروژ هدف گرفته بود) و هیچ برنامه‌ای (وضع فعلی) استفاده شد (به

جدوال 1، 3 و 4 رجوع شود).

منابع داده‌ای برای ارزش پولی	متغیر
فاکتورها، پرداخت حقوق	توسعه‌ی نرم‌افزار
پرداخت حقوق	آموزش ویزیتورهای حضوری
فاکتور	مطالب چاپی
فاکتور سفر	سفر
پرداخت حقوق	وقت داروسازان
پرداخت حقوق، برآوردهای استاندارد برای هزینه‌های سربار، هزینه‌ی اجاره‌ی دفتر	وقت اداری
تعرفه‌ی استاندارد برای جلسات بین‌رشته‌ای	وقت پزشک
فاکتورها	حمایت فنی
فهرست داروها و قیمت‌ها در نروژ	هزینه‌ی داروها
تعرفه‌ی استاندارد برای مشاوره	ویزیت بیماران
تعرفه‌ی استاندارد	تست آزمایشگاهی (پتاسیم)

4. آیا تاثیرات بر استفاده از منابع به درستی از حیث هزینه‌های واقعی‌شان ارزش‌گذاری شده است؟

در نظر گرفتن ارزش پولی مناسب برای استفاده از منابع به سیاست‌گذاران کمک می‌کند استفاده از منابع را به درستی و به‌طور منسجم ارزش‌گذاری کنند (برای مشاهده‌ی نمونه‌هایی از منابع داده‌ای مربوطه به جدول 5 رجوع شود). در اصل، این ارزش‌ها باید هزینه‌های فرصت از دست‌رفته را نشان دهند (یعنی مزایایی که با منحرف کردن منابع از بهترین استفاده‌ی جایگزین بعدی نادیده گرفته می‌شود).

محاسبه‌ی هزینه براساس منابع داده‌ای یا پایگاه‌داده‌های قابل اطمینان در همان منطقه قابل اطمینان‌ترین منبع داده برای بهای واحد است. داده‌های بستری که در آن سیاست‌گذاری باید با استفاده از بهای واحد شفاف و محلی انجام شود برای ارزش‌گذاری پولی استفاده از منبع استفاده می‌شود. اگر ارزش‌گذاری پولی این چنینی امکان‌پذیر نباشد، برابری قدرت خرید (PPP)، نرخ تبدیل و عوامل تورم را می‌توان برای تفسیر ارزش‌گذاری پولی از محیط‌ها یا زمان‌های دیگر استفاده کرد. در مطالعه‌ای که هزینه‌ی غربال‌گری سرطان دهانه‌ی رحم را در پنج کشور در حال توسعه برآورد می‌کرد، داده‌های بهای واحد بیش از یک سال

گردآوری شد. بنابراین، شاخص‌های تعدیل‌کننده‌ی خاص آن کشور برای انطباق کل هزینه‌ها با همان سال مالی استفاده شد. همچنین، برای کمک به قیاس‌پذیری بین کشورها، نرخ تسعیر برابری قدرت خرید برای تبدیل هزینه‌های بیان‌شده در واحد ارزی محلی به دلار استفاده شد. هر دو هزینه طبق ارزش پولی مربوطه در سال مالی 2000 اندازه‌گیری شد.

در ارزیابی‌های اقتصادی، تنزیل برای تطبیق اولویت‌های فردی و اجتماعی برحسب زمان‌بندی هزینه‌ها و مزایای سلامتی استفاده می‌شود. این بدان معناست که ارزش کمتری برای هزینه‌ها یا مزایایی که در آینده اتفاق می‌افتد نه هزینه‌ها یا مزایای مورد انتظار قریب‌الوقوع قائل می‌شوند. نرخ تنزیل توصیه‌شده بین کشورها متفاوت است و اغلب در تحلیل‌های حساسیت تغییر می‌کند.

هزینه‌ها را باید با استفاده از نرخ تنزیل مناسب برای محیطی که در آن سیاست‌گذاری انجام می‌شود، گزارش کرد. داده‌های مورد استفاده برای محاسبه‌ی هزینه‌ی تنزیل‌یافته از جمله کمیت همه‌ی اقلام منابع و همچنین نرخ تنزیل باید شفاف‌سازی شود، به طوری که ارزیابی روایی و کاربردپذیری یا اقتضاء هر مولفه امکان‌پذیر شود.

شکل 2: ایجاد توازن بین مزایا و معایب سیاست‌گذاری در حوزه‌ی سلامت از جمله تبعات منابع.

هنگام قضاوت در مورد توازن بین مزایا و معایب سیاست‌گذاری در حوزه‌ی سلامت، تبعات منابع (صرفه‌جویی در هزینه یا هزینه‌های سیاست یا برنامه در مقایسه با وضع فعلی یا جایگزین‌های دیگر) باید در نظر گرفته شود.



تبعات مطلوب	تبعات نامطلوب
<ul style="list-style-type: none"> • مزایای سلامتی • سایر اثرات مفید • صرفه‌جویی در هزینه 	<ul style="list-style-type: none"> • اثرات منفی بر سلامتی • سایر اثرات مضر • هزینه‌ها

سیاست گذاران و حامیان‌شان با تعیین ارزش پولی سروکار دارند. به عبارت دیگر، آنها می‌خواهند از مقرون‌به‌صرفگی (کارآمدی) سیاست‌گذاری در حوزه‌ی سلامت اطمینان یابند. شواهد استفاده از منابع و هزینه‌ها برای تصمیم‌گیری مناسب در مورد مقرون‌به‌صرفگی ضروری است. در بخش دیگری، در مورد قضاوت درباره‌ی توازن بین مزایا و معایب (از جمله هزینه‌ها و صرفه‌جویی در هزینه‌ها) سیاست‌ها و برنامه‌ها (که در شکل 2 نشان داده شده است) بحث می‌کنیم.

شواهد استفاده از منابع و هزینه‌های آن برای قضاوت در مورد رعایت اصل عدالت ضروری است. علاوه بر در نظر گرفتن هزینه‌های کلی (و مقرون‌به‌صرفگی) سیاست‌ها و برنامه‌ها، سیاست‌گذاران باید مشخص کنند چه کسی هزینه‌های خاص و تاثیرشان بر نابرابری‌ها را متحمل خواهد شد.

باید اطمینان یافت همه‌ی تبعات منابع از حیث کارایی و برابری که به‌طور بالقوه مهم است، شناسایی می‌شود. همچنین، باید بهترین شواهد در دسترس استفاده شود و ابهامات مهم در مورد تبعات منابع (و سایر تبعات) شناسایی و برطرف شود.

بخش سیزدهم : آماده‌سازی خلاصه‌های سیاستی و استفاده از آن برای حمایت از سیاست‌گذاری آگاه از شواهد

پیش‌زمینه

این بخش سوالاتی را برای سیاست‌گذاران (سناریو 1) مطرح می‌کند که باید هنگام ارزیابی خلاصه‌ی سیاستی از خودشان یا کارکنانشان بپرسند. این بخش سوالاتی را هم برای حامیان سیاست‌گذاران مطرح می‌کند (سناریوهای 2 و 3). این سوالات به ارزیابی خلاصه‌ی سیاستی یا آماده‌سازی خلاصه‌ی سیاستی کمک می‌کند.

اخیراً سه تغییر اصلی در بسیاری از اقدامات برای دسته‌بندی شواهد پژوهشی برای سیاست‌گذاران رخ داده است. نخست، به جای دسته‌بندی مطالعات واحد، بررسی‌های نظام‌مند مطالعاتی که به سوالات معمول سیاست‌گذاری می‌پردازند، دسته‌بندی شده‌اند. تعدادی از گروه‌های تحقیقاتی از جمله بنیاد همکاری ساپورت (support collaboration)، در حال تولید خلاصه‌های سیاست‌گذارپسند از بررسی‌های نظام‌مند هستند. این خلاصه‌ها همیشه بر پیام‌های کلیدی بررسی نظام‌مند تاکید دارند. اما برخی از آنها نظیر خلاصه‌های ساپورت، به نکات مربوط به کیفیت، کاربردپذیری محلی و برابری می‌پردازند. این تغییر رویه به سیاست‌گذاران امکان داده است پیکره‌های گسترده‌ای از شواهد تحقیقاتی را بررسی کنند. همچنین، به آنها امکان داده است شواهد مورد نیازشان را راحت‌تر از بررسی‌های نظام‌مند خاصی بدست آورند که مستقیماً به ویژگی‌های کلیدی هر مسئله‌ی سیاستی خاص می‌پردازد.

دوم، اقدامات تکمیلی جدیدتری برای دسته‌بندی بررسی‌های نظام‌مند (همراه با شواهد تحقیقاتی محلی) در قالب محصول جدید، خلاصه‌ی سیاستی، انجام شده است. خلاصه‌ی سیاستی بهترین شواهد تحقیقاتی در دسترس را در مورد مسائل در اولویت فراهم می‌کند. مسئله‌ی شواهد تحقیقاتی مربوطه‌ای که تولید یا شناسایی شده نقطه‌شروعی برای خلاصه‌های سیاستی است. به محض اولویت‌بندی مسئله، طیف کاملی از شواهد تحقیقاتی بسیج می‌شود که ویژگی‌های مختلف مسئله‌ی مدنظر را خطاب قرار می‌دهد. این ویژگی‌ها شامل مسئله‌ی زیربنایی، گزینه‌ها برای رسیدگی به مسئله و نکات کلیدی اجرای آن گزینه‌ها می‌شود. استفاده از بررسی‌های نظام‌مند موجود فرایند بسیج شواهد را امکان‌پذیر می‌کند. اما اگر تک‌تک مطالعات برای همه‌ی ویژگی‌های مسئله شناسایی و ترکیب شود، بسیج شواهد امکان‌پذیر نمی‌شود. در این بخش، استفاده‌مان از اصطلاح «خلاصه‌ی

سیاستی» را به آن محصولاتی محدود کرده‌ایم که دقیقا با این توصیف مطابقت دارند. اما اصطلاح خلاصه‌ی سیاستی در جاهای دیگر برای انواع دیگر محصولاتی به کار برده می‌شود که حامیان سیاست‌گذاران آماده کرده‌اند. استفاده‌ی تولیدکنندگان و حامیان شواهد تحقیقاتی از اصطلاح خلاصه‌ی سیاستی توجه روزافزونشان را به نیازها و بستر سیاست‌گذاران نشان می‌دهد. یافته‌های بررسی‌های نظام‌مند در مورد عوامل تاثیرگذار بر استفاده از شواهد تحقیقاتی در سیاست‌گذاری زمینه‌ساز سازوکارهای دسته‌بندی شواهد و خصوصا خلاصه‌ی سیاستی شده‌اند. خصوصا سه عامل حائز اهمیت است: 1. زمان‌بندی یا به‌موقع بودن، 2. انطباق بین شواهد تحقیقاتی و باورها، ارزش‌ها، علایق یا اهداف سیاسی و راهبردهای سیاست‌گذاران و ذینفعان و 3. تعاملات بین محققان و سیاست‌گذاران.

دسترسی به خلاصه‌های بررسی‌های نظام‌مند و خلاصه‌های سیاستی نیاز سیاست‌گذاران را به اطلاعات به‌موقع برای فرایندهای سیاست‌گذاری برآورده می‌کند. خلاصه‌های بررسی‌های نظام‌مند و خلاصه‌های سیاستی را معمولا می‌توان طی چند روز و چند هفته، نه چند ماه یا چند سال تولید کرد. معمولا، آماده‌سازی بررسی‌های نظام‌مند از ابتدا چند ماه یا چند سال زمان می‌برد. انجام تحقیقات اولیه (یعنی، مطالعات اصلی) می‌تواند به همان اندازه و حتی بیشتر وقت‌گیر باشد. سیاست‌گذاران و سایر ذینفعان می‌توانند با استفاده از سازوکارهای دسته‌بندی شواهد و خصوصا خلاصه‌های سیاستی مشخص کنند آیا و چگونه شواهد تحقیقاتی در دسترس با باورها، ارزش‌ها، علایق یا اهداف و راهبردهای سیاسی‌شان انطباق دارد. با شفاف‌سازی مسئله، شناسایی اطلاعات موجود و ناموجود در مورد گزینه‌های سیاستی به‌وضوح توصیف شده و شفاف‌سازی نکات کلیدی اجرا، سیاست‌گذاران راحت‌تر می‌توانند روش‌های مناسب را برای پیشروی شناسایی کنند.

سوم، تغییراتی در اهداف دسته‌بندی شواهد تحقیقاتی رخ داده است. خلاصه‌های سیاستی به‌طور فزاینده‌ای به‌عنوان اطلاعات ورودی در گفتگوهای سیاستی استفاده می‌شود. برخی از افراد دخیل در تصمیم‌گیری در مورد مسئله‌ای خاص یا افراد متأثر از آن تصمیمات در گفتگوهای سیاستی شرکت می‌کنند. این گفتگوها فرصتی برای تعامل بیشتر بین محققان و سیاست‌گذاران فراهم می‌کنند. گفتگوهایی که در آنها شواهد تحقیقاتی فقط بخشی از اطلاعات ورودی در گفتگوی سیاستی است موضوع بخش 14 است.

مطالعات تجربی موجود در مورد اولویت‌های سیاست‌گذاران سلامت برای انواع مختلف سازوکارها (نه کاربرد یا اثرتشان که معمولا ارزیابی نشده است) فرمت‌های دسته‌بندی شواهد را مشخص کرده‌اند. این مطالعات نیاز سیاست‌گذاران را به فرمت‌هایی نشان داده است که امکان دسترسی تدریجی را به جزئیات کامل بررسی نظام‌مند می‌دهد و ارزیابی اطلاعات مربوط به تصمیم را تسهیل می‌کند. فرمت با ورودی مدرج که شامل یک صفحه از پیام‌های کلیدی، خلاصه‌ی اجرایی سه صفحه‌ای که کل گزارش را خلاصه می‌کند و گزارش 25 صفحه‌ای می‌شود (یعنی، فرم 25:3:1) بسیار مناسب نشان داده است. احتمالا، خلاصه‌ی یک یا سه صفحه‌ای باید از فرمت ساختاریافته تبعیت کند. چکیده‌های ساختاریافته بر نتایج میانی نظیر قابلیت جستجو، خوانایی و یادآوری میان ارائه‌دهندگان خدمات درمانی تاثیرگذار است. باین حال، هیچ مطالعه‌ای کل متن را با چکیده‌های ساختاریافته مقایسه نکرده است و هیچ مطالعه‌ای تاثیر ویژگی‌های فرمت را بر سیاست‌گذاران بررسی نکرده است. اطلاعات مربوط به تصمیمات سیاست‌گذاری می‌تواند شامل اثرات مهم (هم مزایا و هم مضرات) و هزینه‌های (یعنی، منابع مورد استفاده) سیاست و برنامه‌ی انتخابی و همچنین مقوله‌ی کاربردپذیری محلی و عدالت شود.

سوالاتی که باید در نظر گرفت

با استفاده از سوالات زیر می‌توان خلاصه‌های سیاستی را در حمایت از سیاست‌گذاری آگاه از شواهد آماده و استفاده کرد:

1. آیا خلاصه‌ی سیاستی مسئله‌ی در اولویت را خطاب قرار می‌دهد و بستر مربوطه‌ی مسئله‌ی مورد بررسی را توصیف می‌کند؟
2. آیا خلاصه‌ی سیاستی مسئله، هزینه‌ها و تبعات سیاست‌ها یا برنامه‌ها را برای رسیدگی به مسئله و نکات کلیدی اجرا شرح می‌دهد؟
3. آیا خلاصه‌ی سیاستی روش‌های نظام‌مند و شفاف را برای شناسایی، انتخاب و ارزیابی شواهد پژوهشی ترکیبی استفاده می‌کند؟
4. آیا خلاصه‌ی سیاستی مقوله‌ی کیفیت، کاربردپذیری محلی و عدالت را هنگام بحث در مورد شواهد تحقیقاتی در نظر می‌گیرد؟
5. آیا خلاصه‌ی سیاستی فرمت اطلاعات ورودی مدرج را اتخاذ می‌کند؟
6. آیا خلاصه‌ی سیاستی هم از نظر کیفیت علمی و هم ارتباط و اهمیتش برای سیستم بررسی شده است؟

1. آیا خلاصه‌ی سیاستی مسئله‌ی دراولویت را خطاب قرار می‌دهد و بستر مربوطه‌ی مسئله‌ی مورد بررسی را شرح

می‌دهد؟

خلاصه‌های سیاستی به‌طور کاملاً واضح از سایر خلاصه‌های شواهد دسته‌بندی‌شده متمایز هستند، زیرا با توصیف صریح مسئله‌ی در اولویت شروع می‌شوند. در مواردی که مسئله‌ای برای مدتی در دستورکار ذینفعان کلیدی قرار داشته است، خلاصه‌های سیاستی می‌تواند محرک پیشرفت باشد. این مورد در مثال جدول 1 در رابطه با نرخ پایین پوشش درمان‌های ترکیبی حاوی آرتیمیسینین برای درمان مالاریای فالسیپاروم بدون عارضه در کشورهای جنوب صحرای آفریقا نشان داده شده است. از سوی دیگر، اگر مسئله نسبتاً جدید باشد، خلاصه‌ی سیاستی نقش دستورکارگذار را ایفا می‌کند. در هر صورت، بسیار مهم است که حداقل برخی از ذینفعان کلیدی مسئله را دراولویت محسوب کنند. در حالت ایده‌آل، فرایند اولویت‌بندی باید شفاف و نظام‌مند باشد و بخش 3 رویکردی را برای شفاف و نظام‌مند ساختن آن نشان داده است.

دومین ویژگی کلیدی خلاصه‌های سیاستی این است که معمولاً موقعیتی هستند. توصیف ویژگی‌های کلیدی موقعیت در خلاصه‌ی سیاستی روش مهمی برای ایجاد شرایط برابر میان خوانندگان خلاصه‌ی سیاستی است. جدول 2 مسائل مربوط به دسترسی محدود یا نابرابر به مراقبت‌های بهداشتی اولیه پایدار و باکیفیت در کانادا را نشان می‌دهد. همانطور که خلاصه‌ی سیاستی توضیح می‌دهد، مسئله را تنها می‌توان در بستر ویژگی‌های خاص مراقبت‌های بهداشتی اولیه کانادا و وجود تمهیدات «ارائه‌ی خدمات درمانی خصوصی/پرداخت هزینه توسط دولت» با پزشکان درک کرد. اینها در این بستر خاص مهم هستند، زیرا از نظر تاریخی به این معناست که بیشتر مراقبت‌های بهداشتی اولیه در کانادا را پزشکانی ارائه می‌دهند که در مطب خصوصی کار می‌کنند و حق الزحمه را از دولت بر مبنای خدماتی که ارائه می‌دهند، دریافت می‌کنند. بهبود دسترسی خلاقانه از جمله استفاده از مدل‌های طبابت مشارکتی مستلزم شناخت موارد زیر است: (1) پزشکان در مورد نقض احتمالی استقلال حرفه‌ای و تجاری‌شان بسیار محتاط هستند؛ (2) هیچ ارائه‌دهنده‌ی خدمات درمانی دیگری در حال حاضر نمی‌تواند حق الزحمه‌ای از دولت برای عملکرد مستقل به‌عنوان ارائه‌دهنده‌ی مراقبت‌های بهداشتی اولیه در مقیاس مناسب دریافت کند و (3) بسیاری از اشکال خدمات درمانی (از جمله داروهای تجویزی و خدمات مراقبت در منزل) همچنان تحت پوشش نیستند.

جدول 1: نمای کلی از خلاصه‌ی سیاستی در مورد حمایت از استفاده‌ی گسترده از درمان جدید و کاملاً موثر برای مالاریا در یکی از

کشورهای آفریقایی

چه مسئله‌ای شناسایی شده است؟

- نرخ پایین پوشش درمان‌های ترکیبی حاوی آرتیمیسینین (ای‌سی‌تی) برای درمان مالاریای فالسیپاروم بدون عارضه در جنوب صحرای آفریقا مشکل اساسی است. ویژگی‌های کلیدی مسئله عبارت است از:
 - نرخ بالای شیوع مالاریا و مرگ و میر ناشی از آن
 - درمان‌های موجود نرخ درمان بسیار پایین‌تری نسبت به ای‌سی‌تی دارند. باین‌حال، بیماران اغلب به خاطر تجارب گذشته‌شان و هزینه‌ی بالاتر ای‌سی‌تی، درمان‌های فعلی را ترجیح می‌دهند
 - سیاست ملی کنترل مالاریا، رهنمودهای درمان و فرمول دارویی در بسیاری از کشورها از تجویز، توزیع و مصرف ای‌سی‌تی حمایت نمی‌کند
 - تمهیدات ارائه‌ی درمان ای‌سی‌تی اغلب عمدتاً به پزشکان متکی است، اما اینطور نیست که همه دسترسی منظمی به آنها داشته باشند و خیلی‌ها ترجیح می‌دهند خدمات درمانی را از کادر درمان کامیونیتی دریافت کنند. تمهیدات مالی درمان‌های فعلی را به ای‌سی‌تی (که بسیار گران‌تر است) ترجیح می‌دهند، باین‌حال برخی از بیماران در مورد داروها با یارانه‌ی سنگین تردید دارند. تمهیدات حاکمیتی اغلب به کارکنان بهداشتی کامیونیتی امکان تجویز ای‌سی‌تی را نمی‌دهد و با داروهای غیراستاندارد یا تقلبی مقابله نمی‌کند.

بررسی‌های نظام‌مند چه اطلاعاتی را در مورد سه گزینه‌ی سیاستی مناسب برای رفع مسئله فراهم می‌کنند؟

- هر کدام از سه گزینه‌ی سیاستی زیر از حیث مزایای احتمالی، مضرات، هزینه‌ها (مقرون‌به‌صرفگی)، عناصر کلیدی گزینه‌ی سیاستی در صورتی که در منطقه‌ای دیگر امتحان شده باشد و دیدگاه‌ها و تجارب ذینفعان مربوطه ارزیابی شد
 - گسترش دامنه‌ی فعالیت کادر درمان کامیونیتی برای اینکه وظایفی نظیر تشخیص مالاریا و تجویز ای‌سی‌تی (تمهیدات حاکمیتی) را انجام دهند، پرداخت هزینه‌های هدف را برای دستیابی به نرخ پوشش تعریف‌شده برای درمان ای‌سی‌تی (تمهیدات مالی) مشخص کنند و آموزش و نظارت را برای استفاده از تست‌های تشخیصی سریع و تجویز دارو (تمهیدات تحویل) دریافت کنند
 - ارائه‌ی یارانه‌های جزئی برای هم تست‌های تشخیصی سریع و هم ای‌سی‌تی در بخش خصوصی که در آن خدمات درمانی در مناطق شهری ارائه می‌شود (تمهیدات مالی)
 - محدود کردن انواع داروهای ضد مالاریا که می‌توان به کشور وارد کرد و در نظر گرفتن مجازات برای آنهایی که داروهای تقلبی یا غیراستاندارد توزیع می‌کنند (تمهیدات حاکمیتی) و ایجاد تغییرات در سیاست ملی کنترل مالاریا و فرمول دارویی برای اطمینان از اینکه ای‌سی‌تی به‌عنوان درمان اصلی توصیه می‌شود
 - ابهامات مهم در مورد مزایا و مضرات بالقوه‌ی هر گزینه‌ی سیاستی مشخص شد تا به‌عنوان بخشی از برنامه‌ی پایش و ارزیابی مد نظر قرار گیرد
- چه نکات اجرایی مهمی را باید در نظر داشت؟

- شماری از موانع برای اجرای گزینه‌ی سیاستی شناسایی شد. آشنایی برخی از بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات درمانی با گزینه‌های فعلی درمان و مخالفتشان با تغییر رویه‌ی درمان یکی از این موانع بود. بررسی‌های نظام‌مند در مورد اثرات کمپین‌های رسانه‌های جمعی، اثرات راهبردها برای تغییر رفتار ارائه‌دهنده‌ی خدمات درمانی و تاثیرگذاری بر تجویز و توزیع به تصمیم‌گیری در مورد نحوه‌ی مقابله با این موانع کمک کرد.
- نکاتی در مورد پایگاه شواهد پشتیبان:

- شش بررسی نظام‌مند در مورد داروهای ضد مالاریا از زمان انتشار رهنمودهای سازمان بهداشت جهانی در سال 2006 منتشر شده است که همه‌ی آنها ای‌سی‌تی را به‌عنوان درمان اصلی توصیه‌شده تایید می‌کنند
- از میان بررسی‌های نظام‌مند شناسایی‌شده: دو مورد تمهیدات حاکمیتی را خطاب قرار داد، شش مورد به تمهیدات مالی پرداخت، پنج مورد پیکربندی خاص منابع انسانی را برای ارائه‌ی خدمات درمانی خطاب قرار داد و پانزده مورد به راهبردهای اجرا رسیدگی کرد که مطالعات محلی مکمل بسیاری از آنها بود

2. آیا خلاصه‌ی سیاستی مسئله، هزینه‌ها و تبعات گزینه‌های سیاستی را برای رسیدگی به مسئله و همچنین نکات

کلیدی اجرای سیاست‌ها را شرح می‌دهد؟

خلاصه‌ی سیاستی در حالت ایده‌آل ویژگی‌های مختلف مسئله، اطلاعات موجود یا ناموجود در مورد هزینه‌ها و تبعات سیاست‌های رسیدگی به مسئله و نکات کلیدی اجرای سیاست‌های انتخابی را شرح می‌دهد. همانطور که در بخش 4 شرح داده شد، مسئله را می‌توان برحسب یکی از موارد زیر شناسایی کرد :

1. ماهیت و معضلات ناشی از بیماری‌ها و جراحات شایع واقعی که سیستم بهداشت و درمان باید از بروزشان پیشگیری یا آنها را درمان کند

2. برنامه‌ها، خدمات و داروهای مقرون‌به‌صرفه‌ای که برای پیشگیری و درمان ضروری است

3. تمهیدات گسترده‌تر نظام سلامت که دسترسی به و استفاده از برنامه‌ها، خدمات و داروهای مقرون‌به‌صرفه را تعیین می‌کند (مثلاً چگونه بر گروه‌های خاص تاثیر می‌گذارند)

خلاصه‌ی سیاستی با تشخیص مسئله از طریق یکی از شرایط زیر به شفاف‌سازی آن کمک می‌کند.

در حالت ایده‌آل، تعداد سیاست‌های مطروح در خلاصه‌ی سیاستی که باید به سیاست‌گذاران ارشد ارائه شود منطبق با توافقنامه‌های سند محلی خواهد بود. مثلاً، بسیاری از سیاست‌گذاران با مدل‌های سه گزینه‌ای آشنا هستند. اما صرف‌نظر از

تعداد گزینه‌های سیاستی انتخابی، هر سیاست در خلاصه‌ی سیاستی را می‌توان برحسب موارد زیر مشخص کرد:

- مزایای هر گزینه‌ی سیاستی
- مضرات هر گزینه‌ی سیاستی
- هزینه‌های هر گزینه‌ی سیاستی یا مقرون‌به‌صرفگی نسبی‌شان (در صورت امکان)
- میزان ابهام مربوط به این هزینه‌ها و تبعات (به‌طوری‌که پایش و ارزیابی بتواند بر بخش‌های خاصی از ابهام تمرکز کند، البته اگر سیاست خاصی دنبال شود)
- عناصر کلیدی سیاست انتخابی، اگر در جای دیگری امتحان شده باشد و انطباق آنها با هم در نظر گرفته می‌شود و
- دیدگاه‌های ذینفعان در مورد سیاست انتخابی و تجربه‌شان در استفاده از آن

جدول 2: نمای کلی از خلاصه‌ی سیاستی در مورد بهبود دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی اولیه با کیفیت در کانادا

چه مسئله‌ای شناسایی شده است؟

- مسئله دسترسی محدود یا نابرابر به مراقبت‌های بهداشتی اولیه پایدار و باکیفیت مبتنی بر کامیونیتی در نظام سلامت فدرال، استانی و منطقه‌ای با بودجه‌ی دولت در کانادا است. ویژگی‌های کلیدی مسئله عبارت است از:

- بیماری مزمن بیانگر سهم قابل توجهی از بیماری‌های شایعی است که سیستم بهداشت و درمان اولیه باید از آن پیشگیری کند یا باید آن را درمان کند
- دسترسی به برنامه‌ها، خدمات و داروهای مقرون‌به‌صرفه در کانادا ایده‌آل نیست. این موضوع زمانی مشخص می‌شود که کانادایی‌ها نیازهای درمانی شخصی‌شان را شناسایی می‌کنند (ارائه‌دهندگان خدمات درمانی به‌طور کنشگرانه‌تری آنها را شناسایی می‌کنند) و وقتی نشانه یا نیاز به پیشگیری یا درمان دارند (خصوصاً پیشگیری یا درمان بیماری مزمن)
- تمهیدات نظام سلامت همیشه ارائه‌ی برنامه‌ها، خدمات و داروهای مقرون‌به‌صرفه را حمایت نکرده است بسیاری از کانادایی‌ها:

1. پزشک یا مرکزی برای درمان منظم ندارند

2. خدمات مدیریت موثر بیماری مزمن را دریافت نمی‌کنند یا

3. خدمات درمانی از مرکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه که پرونده‌ی الکترونیکی سلامت را استفاده می‌کند، مشوق مالی برای کیفیت دریافت می‌کند یا خدمات پرستاری ارائه می‌کند، دریافت نمی‌کنند

تعیین موارد زیر دشوار است: نسبت پزشکانی که دوره‌های پیشرفت حرفه‌ای مستمر و موثر برای مدیریت بیماری مزمن دریافت می‌کنند و نسبت مراکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه‌ای که:

1. به‌طور دوره‌ای عملکردشان در زمینه‌ی مدیریت بیماری مزمن بررسی می‌شود

2. مدل‌های طبابت مشارکتی یا تحت رهبری پزشک را استفاده می‌کنند

3. به ویژگی‌های کلیدی مدل جامع مراقبت‌های بهداشتی اولیه (مدل مراقبت مزمن) پایبند هستند

بررسی‌های نظام‌مند چه اطلاعاتی را در مورد سه گزینه‌ی سیاستی مناسب برای رسیدگی به مسئله فراهم می‌کنند؟

- هر کدام از سه گزینه‌ی سیاستی از حیث مزایا، مضرات، هزینه‌های احتمالی (مقرون‌به‌صرفگی)، عناصر کلیدی‌شان در صورتی که در جای دیگری امتحان شده باشند و دیدگاه‌ها و تجارب ذینفعان از آن ارزیابی شدند:

○ حمایت از گسترش مدیریت بیماری مزمن در درمان توسط پزشک از طریق ترکیبی از پرونده‌های الکترونیک سلامت، پرداخت‌های هدف، پیشرفت حرفه‌ای مستمر و بررسی شیوه‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه‌شان

○ حمایت از گسترش هدفمند مراقبت بهداشتی اولیه‌ی چندتخصصی و مشارکتی

○ حمایت از استفاده از مدل مراقبت از بیماری‌های مزمن در مراکز مراقبت بهداشتی اولیه. این مدل شامل ترکیبی از حمایت خودمدیریتی، حمایت از تصمیم، طراحی سیستم تحویل، سامانه‌های اطلاعات بالینی، نظام سلامت و کامیونیتی می‌شود

- ابهامات مهم در مورد مزایا و مضرات بالقوه‌ی هر گزینه‌ی سیاستی مشخص شد. شناسایی ابهامات برای توجه ویژه به این مسائل در هرگونه برنامه‌ی پایش و ارزیابی انجام شد

چه نکات مهمی را باید در مورد اجرای سیاست به خاطر داشت؟

- شواهد پژوهشی تجربی اندکی را می‌توان در مورد راهبردها و موانع اجرای سیاست شناسایی کرد. چهار مورد از موانع شناسایی شده برای اجرای سیاست عبارت بود از:

1. احتیاط اولیه‌ی برخی از بیماران از اختلال بالقوه در رابطه‌شان با پزشک مراقبت بهداشتی اولیه‌شان

2. احتیاط پزشکان (خصوصاً پزشکان مسن‌تر) در مورد نقض احتمالی استقلال حرفه‌ای و تجاری‌شان

3. مقیاس سازمانی لازم برای برخی از گزینه‌های سیاستی در بسیاری از کامیونیتی‌های روستایی و دورافتاده امکان‌پذیر نیست و

4. تردید دولت‌ها در مورد گسترش وسعت و عمق پرداخت‌های دولتی برای مراقبت بهداشتی اولیه، خصوصاً در طول رکود اقتصادی

نکاتی در مورد پایگاه شواهد پشتیبان:

- ده‌ها بررسی نظام‌مند مهم شناسایی شد، که برخی از آنها مستقیماً به گزینه‌ی سیاستی پرداخته‌اند و برخی دیگر عناصر یک یا چند گزینه‌ی سیاستی را خطاب قرار داده‌اند

خلاصه‌ی سیاستی توازن در ترجیح یک گزینه‌ی سیاستی نسبت به سایر گزینه‌ها را شفاف‌سازی می‌کند. اگر گزینه‌های سیاستی دوجه‌دوناسازگار نباشند، خلاصه‌ی سیاستی مزایای تلفیق عناصر خاص گزینه‌های سیاستی مختلف را شفاف‌سازی می‌کند و مشخص می‌کند کدام ترکیب از سیاست‌های انتخابی موجب هم‌افزایی مثبت می‌شود. از طرف دیگر، عناصر یک یا چند سیاست انتخابی را می‌توان ابتدا ارائه کرد. سپس، می‌توان «دسته‌ای» از سیاست‌ها که عناصر مختلف را به طرق مختلف تلفیق می‌کند، ایجاد کرد.

موانع اجرای سیاست (که به تفصیل در بخش 6 توضیح داده شده است) در سطوح مختلفی قرار دارد. این موانع مصرف‌کننده (شهروندان یا دریافت‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی) و ارائه‌دهندگان مراقبت بهداشتی، سازمان‌ها و سیستم‌های گسترده‌تر را دربرمی‌گیرد. با استفاده از خلاصه‌های سیاستی می‌توان این موانع را شناسایی کرد و مشخص کرد با اتخاذ راهبردهای جایگزین اجرای سیاست برای رفع این موانع، چه نتیجه‌ای را می‌توان انتظار داشت. همچنین، خلاصه‌ی سیاستی ملاحظات مربوط به آماده‌سازی برنامه‌ی پایش و ارزیابی را شناسایی می‌کند. جدول 3 طرح کلی احتمالی را برای خلاصه‌ی سیاستی فراهم می‌کند.

3. آیا خلاصه‌ی سیاستی روش‌های نظام‌مند و شفاف‌ی را برای شناسایی، انتخاب و ارزیابی شواهد تحقیقاتی ترکیبی

اتخاذ می‌کند؟

سیاست‌گذاران و طیف وسیعی از ذینفعان دخیل در تصمیم‌گیری یا متأثر از تصمیم‌گیری، مخاطبان اصلی خلاصه‌ی سیاستی هستند. بنابراین، زبان تحقیقات باید حتی‌الامکان ساده باشد، زیرا بیشتر مردم با آن ناآشنا هستند. با وجود این، خلاصه‌ی سیاستی همچنان باید به‌طور ایده‌آل توضیح دهد چگونه شواهد تحقیقاتی به روش قابل‌درکی شناسایی، انتخاب و ارزیابی می‌شود. با استفاده از تکنیک‌هایی نظیر «باکس‌های» توضیحی در خلاصه‌ی سیاستی یا از طریق افزودن ضمیمه‌های اضافی، می‌توان به این هدف دست یافت و مفاهیم خاص را شفاف‌سازی کرد. همچنین، روش‌ها باید ماهیت نظام‌مندی داشته باشد و به‌صورت شفاف و در عین حال قابل‌درکی گزارش شود. مثلاً، می‌توان به کاربران توضیح داد چگونه بررسی‌های نظام‌مندی که مزایا و مضرات تمهیدات خاص نظام سلامت را خطاب قرار می‌دهند از طریق جستجوی پایگاه‌داده‌های به‌روز حاوی بررسی‌ها در حوزه‌های خاص شناسایی شدند. با این اقدام می‌توان به خوانندگان اطمینان خاطر داد که بیشتر، نه همه‌ی، بررسی‌های نظام‌مند پیدا شده است و تعداد اندکی از بررسی‌های کلیدی در دسترس نیست.

جدول 3: نمای کلی از خلاصه‌ی سیاستی

<p>عنوان (احتمالاً در قالب سوال جذاب) پیام‌های کلیدی (احتمالاً به صورت بولت پوینت)</p> <ul style="list-style-type: none"> • مسئله چیست؟ • چه چیزی در مورد سیاست‌های مناسب برای رسیدگی به مسئله می‌دانیم (و نمی‌دانیم)؟ • چه نکاتی را باید در مورد اجرای سیاست به یاد داشته باشیم؟ <p>گزارش</p> <ul style="list-style-type: none"> • مقدمه‌ای که مسئله و بستری که در آن مسئله خطاب قرار می‌گیرد را توصیف می‌کند • تعریف مسئله به گونه‌ای که ویژگی‌های آن را بتوان به چند روش زیر درک کرد: <ul style="list-style-type: none"> 1. ماهیت و بار مسئولیت بیماری‌ها و جراحات شایعی که سیستم مراقبت بهداشتی باید از آن پیشگیری کند یا باید آن را درمان کند 2. برنامه‌ها، خدمات و داروهای مقرون‌به‌صرفه‌ای که برای پیشگیری و درمان لازم هستند و 3. تمهیدات نظام سلامت که دسترسی به و استفاده از برنامه‌ها، خدمات و داروهای مقرون‌به‌صرفه از جمله نحوه‌ی تاثیرگذاری‌شان را بر گروه‌های خاص تعیین می‌کند • گزینه‌های سیاستی برای رسیدگی به مسئله که هر کدام در یک جدول ارزیابی می‌شود (مثالی از آن در قسمت زیر نشان داده شده است) 			
دسته‌بندی یافته‌ها		ماهیت یافته‌های حاصل از بررسی‌های نظام‌مند و سایر شواهد پژوهشی موجود	
<p>مزایا مضرات هزینه‌ها و صرفه‌جویی در هزینه ابهام در مورد مزایا و مضرات بالقوه عناصر کلیدی گزینه‌ی سیاستی (چگونه و چرا موثر است) دیدگاه‌ها و تجارب ذینفعان</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • ملاحظات اجرای سیاست، با موانع بالقوه برای اجرای گزینه‌های سیاستی ارزیابی‌شده در جدول (مثال زیر را ببینید)، هر راهبرد مناسب برای اجرای سیاست در جدول ارزیابی شد (مثال بالا را ببینید) و پیشنهادهای برای برنامه‌ی پیش و ارزیابی ارائه شد 			
سطوح	گزینه 1	گزینه 2	گزینه 3
<p>مصرف‌کننده ارائه‌دهنده‌ی مراقبت بهداشتی سازمان سیستم محتوای اضافی که می‌تواند در صفحه‌ی اصلی یا در ضمیمه پدیدار شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> • فهرستی از نویسندگان و محل خدمتشان • فهرستی از افراد مسئول تعیین شرایط ارجاع برای خلاصه‌ی سیاستی و محل خدمتشان • فهرستی از مطلعین کلیدی که دیدگاه‌هایشان در مورد مسئله و برای شناسایی داده‌ها و شواهد تحقیقاتی مربوطه و محل خدمتشان دریافت شد • فهرستی از تامین‌کنندگان مالی (برای سازمان تولیدکننده‌ی خلاصه‌ی سیاستی و برای خود خلاصه‌ی سیاستی) • بیانیه‌ای در مورد تضاد منافع میان نویسندگان <p>محتوای اضافی که می‌تواند در باکس‌ها یا در ضمیمه درج شود</p> <ul style="list-style-type: none"> • روش‌های مورد استفاده برای شناسایی، انتخاب و ارزیابی شواهد تحقیقاتی ترکیبی (از جمله ارزیابی‌های کیفی، کاربردپذیری محلی و ملاحظات مربوط به عدالت) • فرایند بررسی که برای اطمینان از کیفیت علمی و اهمیت خلاصه‌ی سیاستی برای سیستم استفاده شد 			

4. آیا خلاصه‌ی سیاستی کیفیت، کاربردپذیری محلی و مقوله‌ی عدالت را در مبحث شواهد تحقیقاتی در نظر

می‌گیرد؟

بررسی‌های نظام‌مند ممکن است کیفیت بالا یا پایینی داشته باشند، یافته‌هایشان ممکن است به شدت برای محیط سیاست‌گذار خاصی کاربرد داشته باشد یا ممکن است کاربردپذیری بسیار محدودی داشته باشد. همچنین، بررسی‌های نظام‌مند ممکن است به تاثیر گزینه‌ی سیاستی بر گروه‌های محروم و بر عدالت در محیطی خاص توجه نداشته باشند. در حالت ایده‌آل، خلاصه‌ی سیاستی تغییرات این چینی را برای سیاست‌گذاران و سایر خوانندگان مشخص می‌کند. همانطور که در بخش 8 توضیح داده شد، معیارهای صریحی برای ارزیابی‌های کیفی در دسترس هستند. مهمتر از همه، برخی از پایگاه‌داده‌های بررسی‌های نظام‌مند نظیر rxforchange.ca می‌تواند رتبه‌بندی‌های کیفی را برای بررسی‌های موجود در پایگاه‌داده فراهم کند. در صورت امکان، خلاصه‌ی سیاستی بررسی کیفی را برای همه‌ی بررسی‌های نظام‌مندی که پیام‌های کلیدی از آن استخراج شده است، فراهم می‌کند. همچنین، معیارهای صریحی برای ارزیابی کاربردپذیری محلی در دسترس است و این معیارها به تفصیل در بخش 9 شرح داده شده است. با توجه به اینکه خلاصه‌های سیاستی معمولاً موقعیتی هستند، خلاصه‌ی سیاستی در حالت ایده‌آل در مورد کاربردپذیری محلی یافته‌های هر بررسی نظام‌مند اظهارنظر می‌کند که برای درک اثرات سیاست‌ها یا برنامه‌های انتخابی ضروری است. همچنین، با استفاده از معیارهای صریح می‌توان به مقوله‌ی عدالت پرداخت (بخش 10). همچنین، خلاصه‌ی سیاستی باید در مقدمه‌اش مشخص کند آیا گروه خاصی در این خلاصه مورد توجه قرار گرفته است یا خیر. پیام‌های کلیدی خاص گروه را می‌توان به پیام‌های کلیدی کلی در هر بخش اضافه کرد.

5. آیا خلاصه‌ی سیاستی فرمت مدخل مدرج را استفاده می‌کند؟

در حالت ایده‌آل، خلاصه‌ی سیاستی به سیاست‌گذاران پرمشغله و سایر خوانندگان امکان می‌دهد پیام‌های کلیدی را به سرعت بررسی کنند تا بفهمند آیا متن به مسئله و بستر مدنظرشان مربوط می‌شود و خواندن کل متن ارزش دارد یا خیر. فرمت مدخل مدرج می‌تواند در اشکال مختلف وجود داشته باشد. مثلاً، فرمت 25:3:1، یعنی یک صفحه از پیام‌های کلیدی، خلاصه‌ی اجرایی سه صفحه‌ای و گزارش 25 صفحه‌ای. یا خلاصه‌ی سیاستی می‌تواند در فرمت 1:12 وجود داشته باشد، یک صفحه

پیام کلیدی با گزارش 12 صفحه‌ای. هر فرمتی که انتخاب شود، خلاصه‌ی سیاستی باید حداقل حاوی فهرستی از پیام‌های کلیدی، متن گزارش و فهرست مرجع برای آنهایی باشد که می‌خواهند مطالب بیشتری بخوانند. پیام‌های کلیدی می‌تواند شامل شناسایی مسئله تا اطلاعات موجود در مورد گزینه‌های سیاستی و ملاحظات کلیدی برای اجرای سیاست باشد.

ویژگی دیگر خلاصه‌ی سیاستی این است که می‌تواند خوانندگان بالقوه را درگیر کند و با کمک آن می‌توان ارزیابی کرد چه کسی در آماده‌سازی، اطلاع‌رسانی و تامین مالی آن نقش دارد. عنوان خلاصه‌ی سیاستی را می‌توان طوری بیان کرد که سیاست‌گذاران و سایر ذینفعان را درگیر کند. مثلاً، با استفاده از سوال جذاب در عنوان خلاصه‌ی سیاستی می‌توان سیاست‌گذاران و سایر ذینفعان را درگیر کرد. بخش تقدیر و تشکر و یا صفحه‌ی نخست خلاصه‌ی سیاستی می‌تواند فهرستی از نویسندگان و محل خدمتشان را ارائه کند. فهرستی از افراد دخیل در ایجاد شرایط مرجع خلاصه‌ی سیاستی، فهرستی از مطلعین کلیدی که برای دریافت دیدگاه‌هایشان در مورد مسئله و شناسایی داده‌ها و شواهد پژوهشی مربوطه و همچنین محل خدمتشان با آنان تماس گرفته شده است، می‌تواند در بخش تقدیر و تشکر وارد کرد. فهرستی از سرمایه‌گذاران هم برای سازمان تولیدکننده‌ی خلاصه‌ی سیاستی و هم خود خلاصه‌ی سیاستی و بیانیه‌ای در مورد تضاد منافع میان نویسندگان می‌تواند بخشی از سند خلاصه‌ی سیاستی را تشکیل دهد.

6. آیا خلاصه‌ی سیاستی هم از حیث کیفیت علمی و هم اهمیت سیستم بررسی شد؟

خلاصه‌های سیاستی باید دو استاندارد را برآورده کنند: کیفیت علمی و اهمیت سیستم. برای اطمینان از تحقق این هدف، فرایند بررسی می‌تواند حداقل یک سیاست‌گذار، یک ذینفع دیگر و حداقل یک محقق را دربرگیرد. این به اصطلاح فرایند بررسی شایستگی با فرایندهای بررسی همتای معمول که معمولاً فقط محققان را در فرایند بررسی شرکت می‌دهد و عمدتاً بر کیفیت علمی تمرکز دارد، فرق دارد. با مشارکت‌دهی سیاست‌گذاران و سایر ذینفعان می‌توان از اهمیت خلاصه‌ی سیاستی برای نظام سلامت اطمینان یافت.

خلاصه‌های سیاستی رویکرد جدیدی برای حمایت از سیاست‌گذاری آگاه از شواهد هستند. آماده‌سازی خلاصه‌های سیاستی و استفاده از آنها از طریق تجربه‌ی عملی بهبود می‌یابد. با ارزیابی این رویکرد جدید می‌فهمیم کدام ویژگی‌های خاص طراحی برای انواع خاص مسائل و خصوصاً موقعیت‌های مختلف مورد توجه قرار گرفته است. توصیف ویژگی‌های مختلف مسئله را می‌توان برای موضوعات بسیار سیاسی‌شده‌ای مهم تلقی کرد که در آن ماهیت مسئله بحث‌برانگیز است. آن دسته از نظام‌های سیاسی که از قدیم یا همه‌ی گروه‌های قومی فرهنگی اصلی را در اسناد سیاستی‌شان خطاب قرار می‌دهند یا بر هیچ گروه خاصی تمرکز ندارند، تمرکز صرف بر گروهی خاص را نامناسب و بی‌عدالتی تلقی می‌کنند. همچنین، ارزیابی‌ها کمک می‌کنند بفهمیم آیا و چگونه خلاصه‌های سیاستی بر سیاست‌گذاری تاثیر می‌گذارند. در جدول 4، یکی از رویکردها برای ارزیابی تکوینی خلاصه‌ی سیاستی ارائه شده است.

جدول 4: نمونه رویکردی برای ارزیابی تکوینی مجموعه‌ای از خلاصه‌های سیاستی

- انجمن سلامت مک‌مستر از آنهایی که خلاصه‌ی سیاستی را برایشان ارسال می‌کند، نظرسنجی می‌کند. هدف از نظرسنجی این است که مشخص کند کدام ویژگی‌های طراحی برای انواع خاصی از مسائل و در کدام بستر نظام سلامت بهتر است. مشارکت داوطلبانه است، محرمانگی و ناشناس بودن تضمین می‌شود.
- دوازده ویژگی مجموعه خلاصه‌ی سیاستی موضوع سوالات در نظرسنجی ارزیابی تکوینی است:
 - بستر مسئله‌ای که خطاب قرار می‌گیرد را توضیح می‌دهد
 - ویژگی‌های مختلف مسئله از جمله چگونگی تاثیرگذاری‌اش را بر گروه‌های خاص شرح می‌دهد
 - سه گزینه را برای رسیدگی به مسئله توصیف می‌کند
 - هر گونه ملاحظه‌ی کلیدی را در مورد اجرای سیاست توضیح می‌دهد
 - روش‌های نظام‌مند و شفاف را برای شناسایی، انتخاب و ارزیابی شواهد پژوهشی ترکیبی استفاده می‌کند
 - هنگام بحث در مورد شواهد تحقیقاتی ملاحظات کلیدی را مدنظر قرار می‌دهد
 - هنگام بحث در مورد شواهد تحقیقاتی، ملاحظات کاربردپذیری محلی را در نظر می‌گیرد
 - هنگام بحث در مورد شواهد تحقیقاتی، مقوله‌ی عدالت را در نظر می‌گیرد
 - با توصیه‌های خاصی نتیجه‌گیری نمی‌کند

○ فرمت مدخل مدرج را استفاده می‌کند (یعنی، فهرستی از پیام‌های کلیدی و گزارش کامل)

○ فهرست مرجع را برای آنهایی که می‌خواهند مطالب بیشتری در مورد مطالعه‌ی تحقیقاتی یا بررسی نظام‌مند خاص بخوانند، درج می‌کند و

○ حداقل یک سیاست‌گذار، حداقل یک ذینفع و حداقل یک محقق آن خلاصه‌ی سیاستی را بررسی می‌کنند این فرایند بررسی شایستگی نامیده می‌شود

و متمایز از بررسی همتای استاندارد است که معمولاً فقط محققان را در فرایند بررسی مشارکت می‌دهد

● برای هر ویژگی طراحی، نظرسنجی می‌پرسد:

○ این رویکرد را چقدر مفید دیدند (در مقیاسی از 1 = بی‌ارزش تا 7 = مفید)؟

○ آیا توصیه‌ها یا نظرات بیشتری برای بهبود وجود دارد؟

● همچنین، نظرسنجی می‌پرسد:

○ خلاصه‌ی سیاستی چقدر به هدفش، یعنی ارائه‌ی شواهد پژوهشی موجود در مورد مسئله‌ی دراولویت برای سیاست‌گذاری که طی آن شواهد

پژوهشی فقط یک درون‌داد برای بحث محسوب می‌شود، دست یافته است (در مقیاسی از 1 = ناموفق تا 7 = موفق)؟

○ کدام ویژگی‌های خلاصه‌ی سیاستی را باید در آینده حفظ کرد؟

○ کدام ویژگی‌های خلاصه‌ی سیاستی را باید در آینده تغییر داد؟

○ ذینفعان کلیدی برای رسیدگی به مسئله‌ی دراولویت چه کاری را می‌توانند بهتر یا متفاوت خطاب قرار دهند و چه کاری را می‌توانند شخصا بهتر یا

متفاوت انجام دهند؟

○ نقششان و پیش‌زمینه

(به طوری که انجمن سلامت مک‌مستر بفهمد آیا گروه‌های مختلف دیدگاه‌ها و تجارب متفاوتی در مورد خلاصه‌های سیاستی دارند)

بخش چهاردهم : سازماندهی و استفاده از گفتمان‌های سیاستی برای حمایت از سیاست‌گذاری آگاه از شواهد

پیش‌زمینه

این بخش سولاتی را برای سیاست‌گذاران (سناریو 1) مطرح می‌کند. سیاست‌گذاران باید از کارکنانشان بخواهند هنگام تصمیم‌گیری برای شرکت در گفتگوی سیاستی یا تصمیم‌گیری در مورد نحوه‌ی به حداکثر رساندن ارزش گفتگوی سیاستی که حامی‌اش هستند، به این سولات پاسخ دهند. این بخش سولاتی را برای حامیان سیاست‌گذاران مطرح می‌کند (سناریوهای 2 و 3) که در ارزیابی برنامه‌شان برای گفتگوی سیاستی یا سازماندهی گفتگوی سیاستی مفید خواهد بود.

گرایش روبه‌رشدی به شناسایی سازوکارهای تبادل دانش تعاملی وجود دارد، زیرا با این سازوکارها می‌توان شواهد تحقیقاتی را با دیدگاه‌ها، تجارب و دانش ضمنی مشارکت‌کنندگان در تصمیم‌گیری‌های آتی در مورد مسائل دراولویت و هم‌افراد متأثر از این تصمیم‌گیری‌ها تلفیق کرد. شماری از تحولات محرک این گرایش بوده است:

1. شناخت نیاز به حمایت محلی از تصمیمات سیاست‌گذاران و سایر ذینفعان

2. این شناخت که شواهد تحقیقاتی تنها یکی از درون‌دادهای فرایندهای تصمیم‌گیری سیاست‌گذاران و ذینفعان دیگر است

3. این شناخت که بسیاری از ذینفعان می‌توانند ارزش چشمگیری به این فرایندها بیفزایند و

4. این شناخت که بسیاری از ذینفعان، نه صرفاً سیاست‌گذاران، می‌توانند برای حل این مسائل دراولویت وارد عمل شوند

گفتگوهای سیاستی «سازوکار تبادل دانش تعاملی» مطلوبی را ایجاد می‌کند. یافته‌های دو بررسی نظام‌مند در مورد عوامل

تاثیرگذار بر استفاده از شواهد تحقیقاتی در سیاست‌گذاری تاحدودی محرک این گفتگوها بوده است. بررسی‌ها نشان داد که

تحقیقات در این حوزه گسترده، دقیق یا منسجم نیست، اما تعداد کمی از عوامل به‌طور مستمر پدیدار شد:

• سطوح بالاتر تعامل بین محققان و سیاست‌گذاران احتمال استفاده از شواهد تحقیقاتی را افزایش داد (خصوصاً وقتی

تعاملات بر روابط غیررسمی مبتنی بود). از طرف دیگر، فقدان تعامل احتمال استفاده از شواهد تحقیقاتی را کاهش

داد.

• به موقع بودن احتمال استفاده از شواهد تحقیقاتی را در سیاست گذاری افزایش داد، درحالی که به موقع نبودن این احتمال را کاهش داد

• وقتی شواهد تحقیقاتی در دسترس با باورها، ارزش‌ها، علایق یا اهداف سیاسی و راهبردهای سیاست گذاران، کارکنان دولت و ذینفعان منطبق بود، احتمال استفاده از شواهد تحقیقاتی در سیاست گذاری افزایش یافت (یا وقتی مواضع سیاسی خاصی هنوز اتخاذ نشده بود). در مقابل، عدم توافق احتمال استفاده از شواهد تحقیقاتی را کاهش داد.

گفتگوهای سیاستی با ایجاد عوامل ذکر شده در بالا پتانسیل بهبود استفاده از تحقیقات را دارند. این پتانسیل را می‌توان از طریق حمایت از موارد زیر بالفعل کرد:

1. تعامل بین محققان و سیاست گذاران (و میان طیف وسیع تری از ذینفعانی که می‌توانند وارد عمل شوند)

2. شناسایی به موقع و تفسیر شواهد تحقیقاتی در دسترس (وقتی گفتگوی سیاستی فوراً برای رسیدگی به مسئله‌ی در اولویت سازماندهی می‌شود) و

3. شناسایی «آنی» هماهنگی بین شواهد تحقیقاتی و باورها، ارزش‌ها، علایق یا اهداف سیاستی و راهبردهای سیاست گذاران و ذینفعان

جدول 1 چارچوب ساده‌ای برای ایجاد تمایز بین «گفتگو» و «مباحثه» فراهم می‌کند. گفتگو هدف گفتگوهای سیاستی است، اما مباحثه معمولاً فرصت مناسبی برای حمایت از تعامل سازنده و شناسایی وجه اشتراک ایجاد نمی‌کند. این بدان معنا نیست که مباحثه نقش مهم و مکمل در سیاست گذاری ندارد. در واقع، انجمن‌ها برای مهیا کردن زمینه‌ای برای بیان مواضع ارزشی متضاد لازم هستند. در انجمن‌ها، میزان و کیفیت شواهد تحقیقاتی حامی تعاریف جایگزین مسئله، گزینه‌های سیاستی و راهبردهای اجرای سیاست‌ها (که مواضع ارزشی بسیار متفاوت از آنها حمایت می‌کنند) را می‌توان به صورت علنی ارائه و بحث کرد.

مدل‌های گفتگوهای سیاستی را می‌توان از سه جهت برحسب موارد زیر هم از یکدیگر و هم از سایر فرایندهای تعامل ذینفعان تفکیک کرد:

- اهداف - که می‌تواند شامل تبادل اطلاعات، شبکه‌سازی، بحث، ایجاد بیانیه‌ی اجماع و برنامه‌ریزی اقدام در مورد اهداف و یا فرایندهای مرتبط شود

- ترکیب گروه و

- فرایندهای گروهی - که می‌تواند شامل مطالب از پیش‌منتشرشده یا پسامنتشرشده و فرمت شود (مثلا، مذاکرات همزمان در چند گروه یا بحث‌های متوالی در یک گروه و قوانین)

توجه چشمگیری به این تمایزات (و تبعاتشان) در ابتکارات مشارکت عمومی و در تدوین رهنمود روش بالینی معطوف شده است. مثلا، محققان پایگاه شواهد را برای تصمیم‌گیری در مورد طراحی فرایندهای تدوین رهنمود ایجاد کرده‌اند. این پایگاه شامل رویکردهایی برای ترکیب پائل، فرمت خلاصه‌ی شواهد از پیش‌منتشرشده و قوانین اجماع می‌شود.

توجه بسیار کمتری به مزایا، مضرات و هزینه‌ی رویکردهای جایگزین برای گفتگوهای سیاستی معطوف شده است که به دنبال حمایت از سیاست‌گذاری آگاه از شواهد یا حمایت از انواع دیگر اقدامات آگاه از شواهد مربوط به نظام‌های سلامت هستند. بررسی نظام‌مند هیچ ارزیابی دقیقی از اثرات گفتگوهای سیاستی پیدا نکرده است. با این حال، این بررسی نظام‌مند انواع مختلفی از ویژگی‌های گفتگوی سیاستی را شناسایی کرد که مطلوب به نظر می‌رسند. این ویژگی‌ها عبارتند از: مشاوره با همه‌ی طرف‌های متأثر از نتیجه، حضور عادلانه‌ی نمایندگان دانشمندان و ذینفعان، ترکیب باکیفیتی از شواهد علمی و رهبری ماهرانه. ارزیابی تکوینی ما از گفتگوی سیاستی شامل سیاست‌گذاران، گروه‌ها و محققان جامعه‌ی مدنی از 20 کشور کم‌درآمد و کشورهای با درآمد متوسط می‌شد. این ارزیابی نشان داد که خلاصه‌ی شواهد از پیش‌منتشرشده، تسهیل‌گری ماهرانه، استفاده از قاعده‌ی چاتم‌هاوس (منع انتساب نظرات خاص) و عدم تأکید بر دستیابی به اجماع از جمله ویژگی‌های بسیار ارزشمند طراحی بود.

سوالاتی که باید در نظر گرفت

سوالات زیر نحوه‌ی سازمان‌دهی و استفاده از گفتگوهای سیاستی را برای حمایت از سیاست‌گذاری آگاه از شواهد مشخص می‌کند:

1. آیا گفتگو به مسئله‌ی در اولویت می‌پردازد؟

2. آیا گفتگو فرصت‌هایی برای بحث در مورد مسئله، گزینه‌های سیاستی برای رسیدگی به مسئله و ملاحظات کلیدی اجرای سیاست را ایجاد می‌کند؟

3. آیا خلاصه‌ی سیاستی از پیش منتشرشده و همچنین بحث در مورد طیف کامل عوامل تاثیرگذار بر فرایند سیاست‌گذاری بر گفتگوی سیاستی تاثیر می‌گذارد؟

4. آیا گفتگو حضور عادلانه‌ی نمایندگان از افراد مشارکت‌کننده در تصمیمات آتی در مورد مسئله یا متاثر از آن تصمیمات را تضمین می‌کند؟

5. آیا گفتگو تسهیل‌کننده را مشارکت می‌دهد، قانون عدم‌انتساب نظرات به افراد و عدم‌تمرکز بر اجماع را رعایت می‌کند؟

6. آیا بازده تولید می‌شود و فعالیت‌های تکمیلی برای حمایت از اقدام انجام می‌شود؟

جدول 1: تفاوت‌های بین گفتگو و مباحثه

مباحثه	گفتگو
مقابله‌جویانه	مشارکتی
بر اساس برد است	وجه اشتراک
دیدگاه‌ها را تایید می‌کند	گسترش دیدگاه‌ها
به دنبال تفاوت‌هاست	تلاش برای رسیدن به توافق
موجب انتقاد می‌شود	موجب درون‌نگری می‌شود
به دنبال نقاط ضعف است	به دنبال نقاط قوت است
از مفروضات دفاع می‌کند	مفروضات را باز ارزیابی می‌کند
افراد برای مخالفت کردن گوش می‌دهند	افراد برای معنابخشی گوش می‌دهند
به‌طور ضمنی نتیجه‌گیری می‌کند	پایانی باز دارد

1.1 آیا گفتگو به مسئله‌ی در اولویت می‌پردازد؟

در حالت ایده‌آل، گفتگوهای سیاستی باید به مسئله‌ای بپردازند که برخی یا همه‌ی ذینفعان آن را در اولویت محسوب می‌کنند. اگر مسئله‌ای خاص برای مدتی در دستورکار ذینفعان کلیدی قرار گرفته باشد، در آن صورت گفتگوهای سیاستی، مانند خلاصه‌های سیاستی (که بیشتر در بخش 13 بحث شده است) به‌عنوان راهی برای برانگیختن اقدام عمل می‌کند. شبکه‌ی سیاستی آگاه از شواهد هم در بورکینافاسو و هم کامرون گفتگوی سیاست ملی را برای پرداختن به چالش بلندمدت نرخ پوشش

پایین برای درمان‌های ترکیبی حاوی آرتمیسینین برای درمان مالاریای فالسیپاروم بی‌عارضه برگزار کردند. اگر مسئله‌ای در خلاصه‌ی سیاستی نسبتاً تازه باشد، در آن صورت گفتگوی سیاستی مربوطه به‌طور بالقوه نقش ایجادکننده‌ی دستورکار را ایفا خواهد کرد. اما صرف‌نظر از اینکه گفتگوی سیاستی این نقش را ایفا می‌کند یا خیر، تمرکز اصلی گفتگوی سیاستی همیشه بر مسئله‌ای خواهد بود که حداقل برخی از ذینفعان کلیدی آن را در اولویت می‌دانند.

فرایند رسیدن به اجماع در مورد انتخاب مسئله‌ی در اولویت برای گفتگوی سیاستی موجب می‌شود سازمان‌دهنده‌ها تابع سیاست‌گذاران و ذینفعانی شوند که از وضع فعلی حمایت می‌کنند یا به دنبال اجتناب از تغییر هستند. مسائل مربوط به رسیدن به اجماع در مورد نحوه‌ی شفاف‌سازی مسئله یا چارچوب‌بندی گزینه‌ها به بهترین شکل ممکن به آنهایی امتیاز ویژه می‌دهد که از تغییر اجتناب می‌کنند. همچنین، انتخاب مدعویین یا تسهیل‌کننده‌ی گفتگو و تصمیمات مربوط به فعالیت‌های تکمیلی برای حمایت از اقدام به نفع گروه‌های این چنینی خواهد بود (این دغدغه‌ها موضوع سوالات 2 تا 6 است).

گفتگوهای سیاستی که با مشارکت فعال رژیم‌های سیاسی فعلی سازمان یافته‌اند، تمرکز اصلی ما در این بخش هستند، اما سناریوهای دیگر گفتگوی سیاستی هم امکان‌پذیر است. همچنین، همکاری‌کنندگان با رهبران اپوزیسیون، وزرای بهداشت احتمالی و آنهایی که با ارتدکسی رایج در مورد مسئله‌ی در اولویت یا مجموعه‌ی احتمالی از رویکردها برای پرداختن به آن مسئله موافق نیستند، می‌توانند گفتگوهای سیاستی را سازمان‌دهی می‌کنند.

به دلیل نحوه‌ی تغییر اولویت‌ها، زمان‌بندی گفتگوهای سیاستی اغلب بسیار حیاتی است. برای رسیدگی به مسائلی که در اولویت تلقی می‌شوند و وقتی فرصت‌های تغییر مشهود است، سازمان‌دهی سریع گفتگوهای سیاستی ضروری می‌شود.

2. آیا گفتگو فرصت‌هایی را برای بحث در مورد مسئله، گزینه‌هایی را برای رسیدگی به مسئله و ملاحظات کلیدی

اجرای سیاست را فراهم می‌کند؟

گفتگوهای سیاستی، مانند خلاصه‌های سیاستی، بر موارد زیر تمرکز دارند:

1. ویژگی‌های مختلف مسئله از جمله نحوه‌ی تاثیرگذاری اش بر گروه‌های خاص

2. گزینه‌های سیاستی برای رسیدگی به مسئله و

3. ملاحظات کلیدی اجرای سیاست

در طول گفتگوهای سیاستی، شرکت‌کنندگان ممکن است نتیجه بگیرند که هیچ یک از گزینه‌های سیاستی مطلوب نیست. در این موارد، آنها ممکن است از «اقتباس» ویژگی‌های اضافی سایر گزینه‌های سیاستی برای ایجاد سیاست ترکیبی جدید حمایت کنند. همچنین، گفتگوها را می‌توان در مراحل مختلف پروسه‌ی سیاست‌گذاری انجام داد و توجه بیشتری به تعریف مسئله در ابتدای فرایند و اجرای بعدتر آن نشان داد.

خلاصه‌های سیاستی بهترین شواهد تحقیقاتی ترکیبی در دسترس را ارائه می‌کنند. اما (همانطور که در بخش 13 توصیف شد) به‌صراحت به اقدامات بالقوه بر اساس آن شواهد نمی‌پردازند. اما گفتگوهای سیاستی می‌توانند به این اقدامات بپردازند. در این موارد، تمرکز بر این است که چه اقداماتی را می‌توان به‌صورت فردی (مثلاً، توسط سیاست‌گذار) و به‌صورت جمعی (مثلاً، ائتلافی از انجمن‌های حرفه‌ای سلامت) انجام داد. با این حال، این واقعیت که این اقدامات را می‌توان به‌صورت جمعی انجام داد بدان معنا نیست که همه در آن مشارکت خواهند داشت. در مقابل، این بدان معناست که فقط چند مورد از گروه‌هایی که اعضایشان در گفتگوی سیاستی مشارکت می‌کنند به‌طور جمعی پیش خواهند رفت. همانطور که در قسمت زیر بحث می‌کنیم، معمولاً فعالانه تلاش نمی‌شود در مورد نوع اقدام جمعی انتخاب‌شده اجماع حاصل شود.

3. آیا گفتگو متاثر از خلاصه‌ی سیاستی از پیش منتشرشده و متاثر از بحث در مورد طیف کامل عواملیست که

می‌تواند بر فرایند سیاست‌گذاری تاثیر گذارد؟

همانطور که در بخش 13 توضیح داده شد، خلاصه‌ی سیاستی روش بسیار کارآمدی از معرفی شواهد جهانی و محلی در مورد مسئله است. همچنین، خلاصه‌ی سیاستی گزینه‌هایی را برای رسیدگی به مسئله فراهم می‌کند و نکات کلیدی اجرای سیاست را برای مشارکت‌کنندگان در گفتگو معرفی می‌کند. هدف از گفتگوی سیاستی این است که از بحث کامل در مورد نکات مهم (از جمله شواهد پژوهشی) در مورد مسئله‌ی در اولویت برای بهبود سیاست‌گذاری و انواع دیگر اقدامات حمایت کند. گفتگوها ابزاری برای استفاده از انواع مختلف اطلاعات فراهم می‌کند و دانش محلی را ایجاد می‌کند که می‌تواند به دانش سیاست‌گذاران بیفزاید و محرک انواع دیگر اقدامات باشد.

برای اطمینان از اینکه شواهد تحقیقاتی مربوطه در نظر گرفته می‌شود، خلاصه‌های سیاستی باید از قبل منتشر شود. همچنین، انتشار خلاصه‌های سیاستی از قبل مهم است، زیرا خلاصه‌ی سیاستی وجه اشتراکی را فراهم می‌کند که از طریق آن می‌توان در مورد مسائل بحث کرد. در شروع هر مجموعه از رایزنی‌ها (در مورد مسئله، گزینه‌ها و ملاحظات اجرای گزینه‌ها)، نکات برجسته از بخش مربوطه‌ی خلاصه‌ی سیاستی به‌طور غیررسمی مطرح می‌شود. در حالت ایده‌آل، این نکات برجسته‌ی نهایی به‌طور غیررسمی ارائه و بحث می‌شود. روش غیررسمی ارائه‌ی نکات این باور را در برخی از شرکت‌کننده‌ها ایجاد می‌کند که شواهد تحقیقاتی تمرکز اصلی گفتگوهاست یا نسبت به سایر ملاحظات ارجحیت دارد. هیچ بخش مکتوبی از خلاصه‌ی سیاستی به دور نهایی گفتگوها در مورد اینکه چه کسی می‌تواند از اجرای اقدامات احتمالی حمایت کند، اختصاص نمی‌یابد.

شواهد تحقیقاتی را می‌توان در قالب خلاصه‌ی سیاستی تدوین کرد، اما دیدگاه‌ها، تجارب و دانش ضمنی مشارکت‌کنندگان در تصمیمات آتی در مورد مسئله‌ی در اولویت یا دیدگاه‌های افراد متأثر از آن تصمیمات می‌تواند به بهترین شکل به‌طور خودجوش در جریان گفتگوی سیاستی پدیدار شود. در حالت ایده‌آل، از مشارکت‌کنندگان در گفتگو دعوت می‌شود برداشت شخصی‌شان را در مورد عواملی که باید در نظر گرفته شود، مطرح کنند. این برداشت‌ها شامل موارد زیر می‌شود: واقعیات و محدودیت‌های میدانی، ارزش‌ها و باورهای شهروندان و کامیونیتی‌ها، روابط و مناسبات قدرت میان گروه‌های ذینفع، محدودیت‌های نهادی و ملاحظات مربوط به عوامل خارجی (نظیر اقتصاد گسترده‌تر یا در مورد کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط، اولویت‌های راهبردی خیران). شناخت این عوامل خصوصا بسیار مهم است، با توجه به اینکه به رویکردهای شرکت‌کنندگان برای حل مسئله، گزینه‌هایشان برای رسیدگی به مسئله، اجرای گزینه‌ها و تصمیمات آتی مربوط به اینکه چه کسی باید اقدامات خاص را اتخاذ کند، شکل می‌دهند.

4. آیا گفتگو از حضور عادلانه‌ی نمایندگان افراد میان‌انگاری که در تصمیم‌گیری آتی در مورد مسئله شرکت خواهند

کرد یا متأثر از آن تصمیم‌گیری خواهند بود، اطمینان حاصل می‌کند؟

در حالت ایده‌آل، گفتگوی سیاستی بسیاری از افرادی که در تصمیمات آتی مربوط به مسئله‌ی در اولویت شرکت خواهند کرد یا متأثر از آن تصمیمات خواهند بود را گرد هم می‌آورد، تا اطمینان یابد نمایندگان همه‌ی آنها حضور دارند. گام نخست تعیین

دقیق طیف کامل ذینفعان مرتبط با موضوع مدنظر است. با ایجاد فهرستی از نقش‌های خاص هر مسئله می‌توان ذینفعان را مشخص کرد. ذینفعان می‌توانند افراد زیر باشند:

- سیاست‌گذاران (از جمله مقامات منتخب، کارکنان سیاسی یا کارکنان دولت) در دولت ملی و یا در دولت‌های محلی، البته در صورتی که مقامات سیاست‌گذاری عمومی مستقل در رابطه با مسئله‌ی فعلی در سطح محلی وجود داشته باشند. این سیاست‌گذاران ممکن است از بسیاری از دپارتمان‌های مختلف و نه صرفاً وزارت دارایی یا بهداشت باشند.
- مدیران در مناطق/نواحی، موسسات خدمات درمانی (مثلاً، بیمارستان‌ها) و سازمان‌های غیردولتی و سایر انواع سازمان‌های مربوطه

- کارکنان یا اعضای گروه‌های جامعه‌ی مدنی که شامل گروه‌های مصرف‌کننده، انجمن‌های حرفه‌ای سلامت و انجمن‌های صنعتی می‌شوند و

- محققان در موسسات تحقیقاتی ملی، دانشگاه‌ها و سایر مراکز

در برخی از کشورها، افراد ممکن است همزمان چند مورد از این نقش‌ها را ایفا کنند (یا به‌طور متوالی ایفا کرده باشند). به‌عنوان گام دوم، افراد باید بادقت از دسته‌بندی نقش‌های بالا انتخاب شوند. دو معیار در انتخاب افراد مفید خواهد بود:

1. توانایی افراد برای بیان دیدگاه‌ها و تجارب حوزه‌ی انتخابیه‌ی خاص در مورد مسئله، ضمن مشارکت سازنده با شرکت‌کنندگان از سایر مناطق و یادگیری از آنها و

2. توانایی افراد برای پشتیبانی از اقداماتی که مسائل را در حوزه‌ی انتخابیه‌شان خطاب قرار خواهد داد

نظام‌های سیاسی مختلف سنت‌های مختلفی خواهند داشت که افراد مرتبط با آنها به جلساتی برای بحث در مورد موضوعات در اولویت دعوت خواهند شد. انطباق سنت خاص برای گفتگوی سیاستی خاص ممکن است امکان‌پذیر یا مطلوب باشد یا نباشد. هنگام تعیین تعداد مدعوین، حضور عادلانه‌ی نمایندگان از همه‌ی حوزه‌های انتخابیه‌ی کلیدی از یک طرف و فرصت مشارکت همه‌ی افراد از طرف دیگر نکته‌ی کلیدی است. در مجموع، بین پانزده تا بیست شرکت‌کننده برای برخی از مسائل و در برخی از موقعیت‌ها توازن را برقرار می‌کند. گروه دو برابر این اندازه برای مسائل دیگر و در موقعیت‌های دیگر ضروری

است. مثلا، در برخی از کشورهای آفریقایی فرانسوی زبان، تیم‌های برگزار کننده گفتگوهای سیاستی، گروه‌های حتی بزرگتر را سازمان‌دهی کرده‌اند (این مورد در جدول 2 بیشتر بحث خواهد شد). برای اینکه همه‌ی افراد بتوانند در این شرایط مفید واقع شوند، سازمان‌دهنده‌های محلی گفتگوهای همزمان و مکرر را میان گروه‌ها برگزار می‌کنند.

دعوت‌نامه‌ی حضور در گفتگوهای سیاستی می‌تواند برای مشارکت‌دهی افراد حیاتی باشد. عنوان گفتگوی سیاستی باید به‌گونه‌ای بیان شود که همه‌ی سیاست‌گذاران و ذینفعان مدعو را مشارکت دهد و مثلا باید در قالب سوال بسیار جذاب بیان شود. در حالت ایده‌آل، دعوت‌نامه فهرستی از مشارکت‌کنندگان در برنامه‌ریزی گفتگو و فهرستی از تامین‌کنندگان مالی (سازمان برگزارکننده‌ی گفتگو و خود گفتگو) و همچنین محل خدمتشان را ارائه خواهد کرد.

جدول 2: گفتگوی سیاستی در مورد بهبود درمان مالاریا

دو تیم، یکی در بوركینافاسو و دیگری در کامرون، گفتگوهای سیاستی ملی را در حمایت از بحث کامل در مورد ملاحظات مربوط (از جمله شواهد تحقیقاتی) به نحوه‌ی حمایت از استفاده‌ی گسترده از درمان ترکیبی حاوی آرتیمیسینین برای درمان مالاریای فالسیپاروم بی‌عارضه برگزار کردند. گفتگو در بوركینافاسو 38 ذینفع را در ماه مه سال 2008 برای بحث در مورد این مسئله گرد هم آورد، سه سیاست انتخابی برای رسیدگی به آن و ملاحظات کلیدی در مورد اجرای سیاست‌ها را مطرح کرد. بینش‌های بدست آمده از گفتگوی سیاستی مستقیما زمینه را برای آماده‌سازی درخواست موفقیت‌آمیز دولت بوركینافاسو به صندوق جهانی برای مبارزه با ایدز، سل و مالاریا مهیا کرد. این گفتگو که در ژانویه‌ی سال 2009 در کامرون برگزار شد تقریبا دو برابر ذینفعان مشارکت‌کننده در گفتگوی بوركینافاسو را مشارکت داد. در این گفتگو، ذینفعان روی ویژگی‌های خاص همان مسئله‌ی درمان مالاریا در کامرون، سه گزینه‌ی سیاستی متناسب با مسئله و ملاحظات مربوط به اجرای سیاست‌ها کار کردند. این گروه به چهار کارگروه کوچک‌تر برای هر مجموعه از رایزنی‌ها تقسیم شد. رسانه‌ها به‌شدت به این گفتگو توجه نشان دادند و احتمال اقدام هدفمند را در ماه‌های بعد افزایش داد.

5. آیا گفتگو تسهیل‌کننده را مشارکت داد، قانون عدم‌انتساب نظرات به افراد را رعایت کرد و به دنبال رسیدن به

اجماع نبود؟

تسهیل‌کننده‌ی ماهر، بصیر و بی‌طرف برای اطمینان از اجرای درست گفتگوی سیاستی لازم است. برای اطمینان از تمرکز رایزنی‌ها بر مسئله‌ی فعلی، اطمینان از اینکه همه‌ی شرکت‌کنندگان در گفتگو حق اظهارنظر در رایزنی‌ها را دارند و برای به چالش کشیدن سازنده‌ی سوءتعبیرهای احتمالی مسئله‌ی مورد بحث و شواهد عوامل دیگر تاثیرگذار بر تصمیم، مهارت کافی لازم است. همچنین، تسهیل‌کننده باید مراقب باشد برداشت‌ها در مورد جایگاه نسبی شرکت‌کننده‌ها (خواه براساس موقعیتشان در سازمان، تحصیلاتشان یا عوامل دیگر) یا ملاحظات دیگری نظیر موانع زبانی، برخی از شرکت‌کنندگان در گفتگو

را نسبت به سایر شرکت‌کنندگان ارجحیت ندهد. سطح متوسطی از دانش در مورد مسئله‌ی فعلی و بستر محلی برای تفسیر نقش خلاصه‌های سیاستی و مدیریت روابط و مناسبات در طول رایزنی‌ها لازم است. همچنین، تسهیل‌کننده باید بی‌طرف باشد تا اطمینان دهد همه‌ی شرکت‌کننده‌ها گفتگو را «پناهگاه امنی» برای رایزنی نه ابزاری برای هدایت رایزنی‌ها در مسیر مدنظر تسهیل‌کننده محسوب می‌کنند.

ایجاد فضای امن این چینی برای رایزنی مستلزم قوانین مشترک مورد توافق است تا افراد اطمینان یابند صادقانه و بدون ترس از تبعات نظراتشان در رسانه‌ها یا هر جای دیگری صحبت می‌کنند. بسیاری از گفتگوهای سیاستی قاعده‌ی Chatham House را رعایت می‌کنند: «شرکت‌کننده‌ها مختار هستند اطلاعات دریافتی در طول جلسه را استفاده کنند، اما نه هویت، نه وابستگی (محل خدمت) گوینده و نه اسامی هیچ یک از شرکت‌کنندگان دیگر فاش نمی‌شود». این قانون اطمینان می‌دهد که شرکت‌کنندگان در گفتگو احساس می‌کنند قادر به عمل بر اساس آموخته‌هایشان هستند، ضمن آنکه می‌دانند نظراتشان برای صدمه زدن به آنها در آینده استفاده نخواهد شد.

عدم تمرکز بر رسیدن به اجماع ابتدا متناقض به نظر می‌رسد. اما مقررهی مهمی برای بسیاری از سیاست‌گذاران و ذینفعان است. سیاست‌گذاران در نهایت مسئول سیاست‌گذاری هستند. بنابراین، سیاست‌گذاری واقعی معمولاً از طریق مجموعه‌ی پیچیده‌ای از تعاملات میان مقامات دولتی و ذینفعان رخ می‌دهد. اما بیشتر سیاست‌گذاران تردید دارند آیا بعد از فقط یک گفتگو یا بدون فرصت مشورت با سیاست‌گذاران در سایر بخش‌های دولت یا با ذینفعان دیگر، خودشان را به رویکردی خاص متعهد کنند یا خیر. به همین ترتیب، برخی از ذینفعان برای تصمیم‌گیری در مورد اقداماتی که گروه‌ها یا سازمان‌ها باید اتخاذ کنند، باید به گروه‌ها یا سازمان‌های خودشان رجوع کنند. با این حال، تلاش برای رسیدن به اجماع هدف مناسبی در بیشتر موقعیت‌ها نیست، اما اگر اجماع به‌طور خودبه‌خودی ایجاد شد، می‌تواند و احتمالاً باید اتخاذ شود.

6. آیا خروجی تولید می‌شود و فعالیت‌های تکمیلی برای حمایت از اقدام انجام می‌شود؟

اقدام برای بهبود سلامت نتیجه‌ی مرجح گفتگوهای سیاستی است و در نتیجه سازوکارهایی برای تجهیز شرکت‌کنندگان در گفتگو و سایرین با ابزارهایی برای حمایت از اقدامات این چینی لازم است. حداقل، هم خلاصه‌ی سیاستی و هم خلاصه‌ی

سطح بالا از گفتگوی سیاستی (یعنی، خلاصه‌ای از نکات کلیدی نه گزارش مفصل) باید فعالانه منتشر شود. خلاصه‌ی گفتگوی سیاستی باید به قاعده‌ی Chatham House پایبند باشد. این قانون لازم می‌دارد که نظرات به افراد شناسایی‌شده یا به افراد با محل خدمت شناسایی‌شده نسبت داده نشود. طبق همین قانون، خلاصه‌ی گفتگو شامل فهرستی از شرکت‌کنندگان در گفتگو نمی‌شود.

اقدامات بیشتری را می‌توان در حمایت از هر اقدام لازم انجام داد. مثلاً، انجمن سلامت مک‌مستر، برگزارکننده‌ی گفتگوهای سیاستی واقع در دانشگاه:

1. به شرکت‌کنندگان در گفتگوی سیاستی فرصت شرکت در مصاحبه‌ی ویدیویی کوتاهی را می‌دهد که در آن می‌توانند بینش‌های بدست آمده از گفتگو یا اقداماتی را که برای پرداختن به موضوع در اولویت مهم می‌بینند، شرح دهند. درعین‌حال، برای آنها روشن است که انتخاب شخصی‌شان برای عدم پایبندی به قاعده‌ی Chatham House، در نحوه‌ی اعمال این قاعده برای دیگران تغییری ایجاد نمی‌کند.

2. جلسه‌ی توجیهی شخصی در مورد تبعات گفتگوی سیاستی برای گروه‌های ذینفع کلیدی برگزار می‌کند تا شناختشان را از معنا و مفهوم خلاصه‌ی سیاستی و خلاصه‌ی گفتگو افزایش دهد و

3. خدمات یک ساله برای ارائه‌ی شواهد ارائه می‌دهد تا توجه را به بررسی‌های نظام‌مند تازه شناسایی‌شده یا تازه منتشرشده جلب کند. این خدمات شتاب بیشتری به اقدامات پیشنهادی یا لزوم تغییرات می‌دهد. مصاحبه‌های ویدیویی و خدمات ارائه‌ی شواهد همه در وبسایت انجمن برای الهام‌بخشی و اطلاع‌رسانی به دیگران منتشر می‌شود.

مانند همه‌ی تلاش‌ها در این حوزه نوپا، فعالیت‌های تکمیلی این چنینی مستلزم ارزیابی بیشتر است.

با گذشت زمان، می‌توان به نحوه‌ی انطباق گفتگوهای سیاستی با بقیه‌ی پروسه‌ی سیاست‌گذاری آگاه از شواهد و اینکه آیا برای مسائل مهم هنجار می‌شود یا خیر، توجه کرد.

گفتگوی سیاستی نشان‌دهنده‌ی رویکرد جدید و در حال تکاملی برای حمایت از سیاست‌گذاری آگاه از شواهد است. گفتگوی سیاستی یکی از بسیاری از اشکال تعامل سیاسی است که می‌تواند به‌طور مفیدی بیشتر آگاه از شواهد باشد. سازمان‌دهی و استفاده از گفتگوهای سیاستی از طریق تجربه‌ی عملی تکامل می‌یابد. با ارزیابی این رویکرد بهتر متوجه می‌شویم از کدام ویژگی‌های طراحی و فعالیت‌های تکمیلی برای انواع خاصی از مسائل و انواع خاصی از موقعیت‌ها به‌خوبی استقبال شده است. مثلاً، قاعده‌ی Chatham House برای موضوعات به‌شدت سیاسی مهم ادراک می‌شود. به همین ترتیب، نظام‌های سیاسی که سنت دیرینه‌ی مشارکت جامعه‌ی مدنی را در سیاست‌گذاری دارند، هدف عدم‌تمرکز بر رسیدن به اجماع را نامناسب ادراک می‌کنند. ارزیابی‌ها درک‌مان را از اینکه آیا و چگونه گفتگوهای سیاستی و فعالیت‌های تکمیلی مربوطه از سیاست‌گذاری آگاه از شواهد حمایت می‌کند، بهبود می‌دهد. در جدول 3، رویکردی برای ارزیابی تکوینی گفتگوهای سیاستی شرح داده شده است.

جدول 3: نمونه رویکردی برای ارزیابی تکوینی گفتگوهای سیاستی

<ul style="list-style-type: none"> • انجمن سلامت مک‌مستر از شرکت‌کنندگان در همه‌ی گفتگوهای سیاستی که برگزار می‌کند، نظرسنجی می‌کند و هدف بلندمدتش این است که مشخص کند کدام ویژگی‌های خاص طراحی برای کدام انواع خاص از مسائل و در کدام بستر نظام سلامت بهتر هستند. مشارکت داوطلبانه است، محرمانگی و ناشناس بودن محفوظ است. • گفتگوها دوازده ویژگی مشخص دارند. این ویژگی‌ها تمرکز سوالات در نظرسنجی ارزیابی تکوینی هستند. گفتگو: <ul style="list-style-type: none"> ○ به مسئله‌ی در اولویت می‌پردازد ○ فرصتی برای بحث در مورد ویژگی‌های مختلف مسئله از جمله نحوه‌ی تاثیرگذاری اش بر گروه‌های خاص فراهم می‌کند ○ فرصتی برای بحث در مورد سه گزینه‌ی سیاستی برای پرداختن به مقوله‌ی سیاستی فراهم می‌کند ○ فرصتی برای بحث در مورد ملاحظات کلیدی اجرای سیاست فراهم می‌کند ○ فرصتی برای بحث در مورد اینکه چه کسی چه اقدامی انجام دهد، فراهم می‌کند ○ متاثر از خلاصه‌ی شواهد از پیش منتشرشده است که شواهد تحقیقاتی جهانی و محلی را در مورد مسئله، سه گزینه‌ی سیاستی برای پرداختن به مسئله و ملاحظات کلیدی اجرای سیاست را تدارک می‌دهد ○ متاثر از بحث در مورد طیف کامل از عواملی است که نحوه‌ی پرداختن به مسئله، گزینه‌ها برای رسیدگی به مسئله و اجرای این گزینه‌ها را مشخص می‌کند ○ بسیاری از افرادی را گرد هم می‌آورد که در تصمیمات آتی مربوط به مسئله شرکت می‌کنند یا متاثر از آن تصمیم هستند ○ از حضور عادلانه‌ی نمایندگان میان سیاست‌گذاران، ذینفعان و محققان اطمینان حاصل می‌کند ○ تسهیل‌کننده‌ای را برای کمک به رایزنی‌ها مشارکت می‌دهد ○ امکان رایزنی‌های محرمانه و صادقانه را با رعایت قاعده‌ی Chatham House می‌دهد: «شرکت‌کنندگان در استفاده از اطلاعات دریافتی در طول جلسه مختار هستند، اما نه هویت و نه محل خدمت گوینده نه اسامی هیچ یک از شرکت‌کنندگان دیگر فاش نمی‌شود» و رسیدن به اجماع هدف نیست

- برای هر کدام از ویژگی‌های طراحی، نظرسنجی زیر انجام می‌شود:
 - این رویکرد را در مقیاسی از 1 (بی‌ارزش) تا 7 (مفید) چقدر مفید می‌بینند؟
 - چه نظرات و پیشنهاداتی برای بهبود دارند؟
- همچنین، در این نظرسنجی پرسیده می‌شود:
 - گفتگوی سیاستی چقدر به هدفش، یعنی حمایت از بحث کامل در مورد ملاحظات مربوط (از جمله شواهد تحقیقاتی) به مسئله‌ی در اولویت دست یافته است و می‌تواند موفقیت اقدام را روی مقیاس 1 (شکست‌خورده) تا 7 (محقق‌شده) مشخص کند؟
 - کدام یک از ویژگی‌های گفتگو را باید در آینده حفظ کرد؟
 - کدام یک از ویژگی‌های گفتگو را باید در آینده تغییر داد؟
 - دیگران برای رسیدگی به مسئله‌ی در اولویت چه کاری را می‌توانند بهتر یا متفاوت انجام دهند و چه کاری را شخصاً می‌توانند بهتر یا متفاوت انجام دهند؟
 - نقش و پیشینه‌شان
 - (به طوری که انجمن سلامت مک‌مستر بتواند مشخص کند آیا گروه‌های مختلف دیدگاه‌ها و تجارب مختلفی از گفتگوها دارند یا خیر)
- همچنین، انجمن سلامت مک‌مستر قصد دارد نظرسنجی تکمیلی مختصری را شش ماه بعد از برگزاری گفتگو انجام دهد تا مشخص کند چه تاثیری حاصل شده است. مجدداً، مشارکت داوطلبانه است، محرمانگی و ناشناس بودن تضمین می‌شود
- شبکه‌های سیاستی آگاه از شواهد (EVIPNet) فعال در آفریقا، آسیا و آمریکا قصد دارند رویکرد مشابهی را در ارزیابی تکوینی گفتگوهای سیاستی‌شان استفاده کنند

بخش پانزدهم : مشارکت‌دهی عموم در سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد

پیش‌زمینه

در این بخش، سه سوال مهم را مطرح می‌کنیم. سیاست‌گذاران و حامیان‌شان می‌توانند هنگام ارزیابی راهبردهای اطلاع‌رسانی و مشارکت‌دهی عموم در تدوین و اجرای سیاست مبتنی بر شواهد (مانند آنچه در سناریوی بالا شرح داده شد)، این سوالات را بپرسند.

بسیاری از اصطلاحات مورد استفاده برای توصیف افرادی که با نظام‌های سلامت در ارتباط هستند، مشکل‌ساز است. واژگانی نظیر «بیمار»، «درمانجو»، «مصرف‌کننده» و «کاربر» معمولاً برای توصیف این افراد استفاده می‌شود. اما این اصطلاحات می‌تواند گمراه‌کننده باشد یا آنهایی که این اصطلاحات به آن اطلاق می‌شود، ممکن است آنها را قبول نداشته باشند. مثلاً، برخی از این اصطلاحات به‌طور ضمنی وجود رابطه‌ی مبتنی بر بازار را نشان می‌دهد و برخی افراد استفاده از این اصطلاحات را ناشایست می‌بینند. با وجود این، رویکردهایی که افراد را در تصمیمات درمانی مشارکت می‌دهد، اصطلاح «مصرف‌کننده» را برای کاربران استفاده می‌کنند.

«مصرف‌کنندگان» خدمات درمانی عبارتند از: بیماران، مراقبان بدون دستمزد، والدین یا سرپرستان بیماران، کاربران خدمات درمانی، معلولین، دریافت‌کنندگان بالقوه‌ی برنامه‌های بهداشت عمومی یا ارتقای سلامت، افرادی که معتقدند در معرض خدمات یا محصولات به‌طور بالقوه مضر قرار گرفته‌اند، افرادی که معتقدند دسترسی‌شان به محصولات یا خدمات مفید منع شده است و همچنین افرادی که هزینه‌ی خدمات درمانی را می‌پردازند (مثلاً، به‌عنوان مالیات‌دهندگان).

بسته به موقعیت، افراد را می‌توان «افراد عامه»، «غیرکارشناس»، «کاربران خدمات»، «اعضای جامعه‌ی عمومی» یا «شهروندان» تلقی کرد. در این بخش، اصطلاح «عموم» را برای افراد در هر کدام از این نقش‌های مختلف استفاده می‌کنیم و اصطلاح «مصرف‌کننده» به افراد در هر کدام از این نقش‌ها اطلاق می‌شود.

اهمیت مشارکت‌دهی عموم در همه‌ی سطوح نظام‌های سلامت کاملاً مشخص است. مشارکت‌دهی عموم مهم است، چون دریافت‌کنندگان نهایی اثرات سیاست سلامت، خواسته و ناخواسته، هستند و بسیاری از دولت‌ها و سازمان‌ها بر ارزش

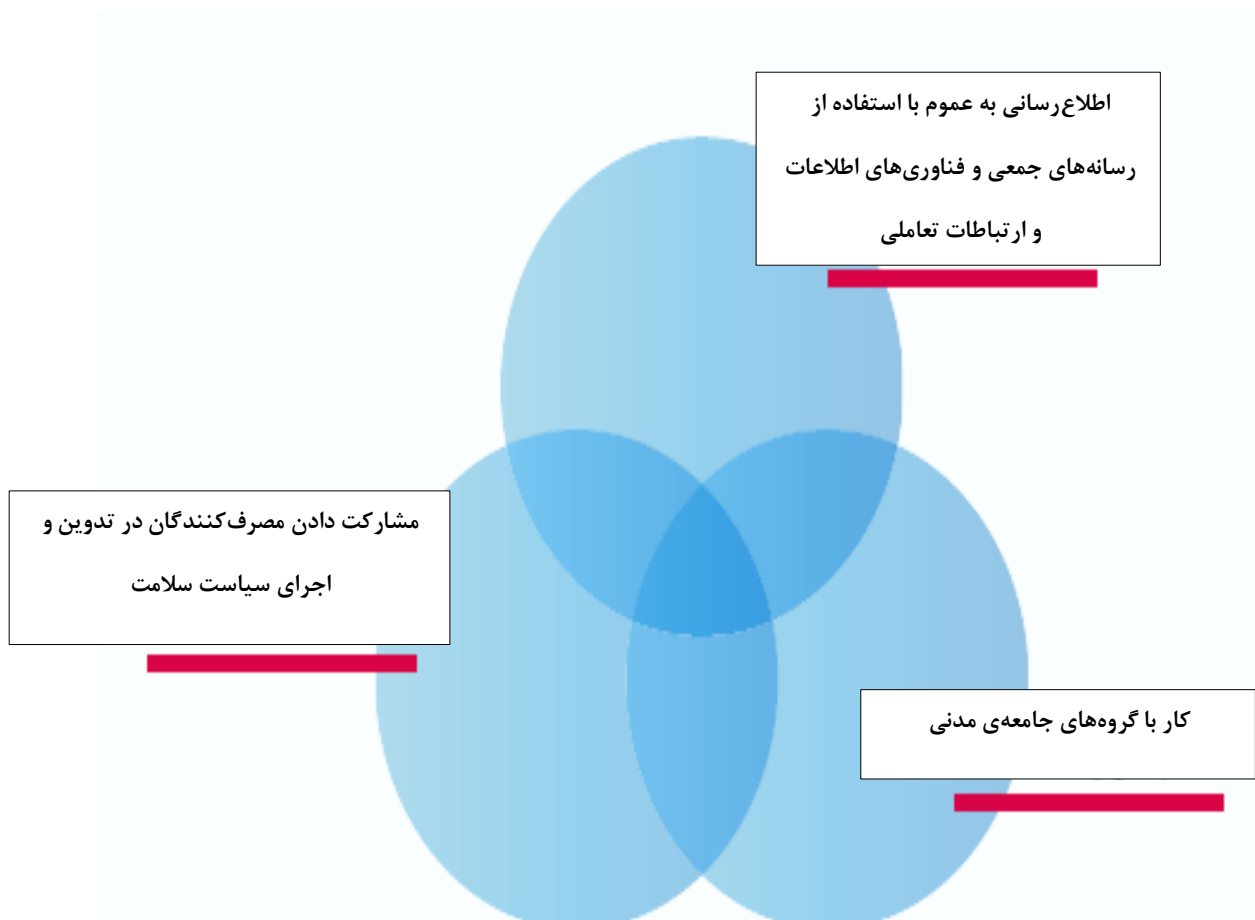
مشارکت‌دهی عموم در تدوین سیاست سلامت تاکید کرده‌اند. تدوین سیاست‌هایی که ایده‌های عموم را مدنظر قرار دهد یا به دغدغه‌هایشان، بهبود اجرای سیاست سلامت، خدمات درمانی بهتر و نتایج درمانی بهتر پردازد برخی از مزایای بالقوه‌ی مشارکت در سیاست‌گذاری سلامت است.

مشارکت عمومی را می‌توان به‌خودی‌خود هدف محسوب کرد، زیرا دموکراسی مشارکتی، پاسخگویی عمومی و شفافیت را ترغیب می‌کند. اعلامیه‌ی آما آنا سازمان بهداشت جهانی بیان می‌دارد «...افراد حق و وظیفه‌ی مشارکت فردی و جمعی در برنامه‌ریزی و اجرای خدمات درمانی‌شان دارند».

با این حال، شواهد ناچیزی در مورد تاثیر مشارکت‌دهی عموم در سیاست‌گذاری سلامت وجود دارد. از 42 مقاله‌ای که بررسی نظام‌مند مشارکت عموم را در برنامه‌ریزی و تدوین سیاست سلامت انجام داده‌اند، 31 مقاله (74 درصد) مطالعات موردی بودند. اغلب، این مقالات مشارکت عموم در سیاست‌گذاری سلامت را عامل تغییرات در خدمات درمانی از جمله تلاش برای دسترس‌پذیری بیشتر این خدمات دانسته‌اند. تغییراتی در نگرش‌های سازمان‌ها در مورد مشارکت عموم در سیاست‌گذاری سلامت و پاسخ‌های مثبت مصرف‌کنندگان مشارکت‌کننده در ابتکارات درمانی گزارش شد. این شواهد نشان داد که مشارکت عموم در سیاست‌گذاری سلامت موجب تغییراتی در ارائه‌ی خدمات درمانی شده است، اما این شواهد محدود بود و تقریباً کاملاً از کشورهای پردرآمد ارائه شده بود.

در بررسی راهبردها برای اطلاع‌رسانی و مشارکت عموم در تدوین و اجرای سیاست سلامت، توجه به سه دسته راهبرد گسترده می‌تواند مفید واقع شود: راهبردها برای کار با رسانه‌های جمعی (از جمله استفاده از فناوری‌های اطلاعات و ارتباطات تعاملی)، راهبردها برای کار با گروه‌های جامعه‌ی مدنی (سازمان‌های نماینده‌ی منافع مختلف) و راهبردهای مربوط به مشارکت مصرف‌کنندگان در سیاست‌گذاری سلامت. همانطور که در شکل 1 نشان داده شد، مشارکت موثر عموم در سیاست‌گذاری سلامت مبتنی بر شواهد احتمالاً مستلزم تلفیقی از این راهبردهای دارای وجه اشتراک است.

شکل 1. راهبردها برای مشارکت عموم در سیاست گذاری سلامت مبتنی بر شواهد



سوالاتی که باید در نظر گرفت

سوالات زیر را می توان در تدوین و اجرای سیاست های سلامت در نظر گرفت:

1. با چه راهبردهایی می توان با رسانه های جمعی همکاری کرد و در مورد تدوین و اجرای سیاست سلامت به عموم اطلاع رسانی

کرد؟

2. با چه راهبردهایی می توان به گروه های جامعه ی مدنی در مورد تدوین و اجرای سیاست سلامت اطلاع رسانی کرد و آنها را

در سیاست گذاری سلامت مشارکت داد؟

3. با چه روش هایی می توان مصرف کنندگان را در تدوین و اجرای سیاست سلامت مشارکت دارد؟

1. با چه راهبردهایی می‌توان با رسانه‌های جمعی همکاری کرد و عموم را از تدوین و اجرای سیاست سلامت مطلع

کرد؟

استفاده از گزارش‌ها در رسانه‌های جمعی یکی از روش‌های اطلاع‌رسانی (و به‌طور بالقوه مشارکت دادنشان) به عموم در مورد سیاست‌گذاری سلامت مبتنی بر شواهد است. این گزارش‌ها می‌توانند پوشش خبری گسترده‌ای دریافت کنند و منبع مهم اطلاعات برای عموم، متخصصان خدمات درمانی و سیاست‌گذاران هستند. سنجش میزان تاثیر گزارش‌دهی خدمات درمانی دشوار است. اما رسانه‌های جمعی می‌توانند بر رفتارهای سلامت‌محور افراد، سطوح استفاده از مراقبت‌های بهداشتی، شیوه‌های مراقبت‌های بهداشتی و سیاست سلامت تاثیر گذارند. باوجوداین، تاکنون، سازمان‌های ارزیابی‌کننده‌ی فناوری سلامت، تدوین‌کنندگان رهنمودهای روش بالینی و واحدهای پشتیبان استفاده از شواهد پژوهشی در سیاست‌گذاری سلامت چندان تلاش نکرده‌اند شواهد را از طریق رسانه‌های جمعی به عموم اطلاع دهند.

به احتمال زیاد، روزنامه‌نگاران موافق هستند که گزارش‌دهی دقیق تحقیقات سیاست سلامت مهم است. بااین‌حال، بسیاری از روزنامه‌نگاران با محدودیت‌هایی مواجهند که توانایی‌شان را برای گزارش‌دهی دقیق محدود می‌کند. این موانع عبارتند از: کمبود وقت، فضای قابل‌نشر (یا زمان پخش) و دانش؛ رقابت برای جذب مخاطبان؛ مشکل در درک و انتقال اصطلاحات خاص؛ مشکل در یافتن منابع و استفاده از آن؛ مشکل با ویراستاران (که به‌ندرت آموزش تحقیقاتی دیده‌اند و احتمالاً توانایی گزارش دقیق تحقیقات را مختل می‌کنند)؛ و فشارهای تجاری (نیاز به روزنامه‌نگارانی برای فروش داستان‌هایشان). در نتیجه، بخش عمده‌ی گزارش‌دهی سلامت غیردقیق یا ناقص است.

بنابراین، محققان و روزنامه‌نگاران باید تلاش‌های متقابلی برای مقابله با این محدودیت‌ها انجام دهند. این تلاش‌ها مستلزم استفاده از طیف وسیعی از راهبردها از جمله آموزش یا نوآوری‌هایی نظیر پرس ریلیز ساختاریافته است. با پرس ریلیز خوش‌ساخت می‌توان با کمبود وقت، فضا و دانش در رسانه‌های جمعی و مشکلات روزنامه‌نگاران در درک اصطلاحات تخصصی مقابله کرد. بااین‌حال، مشخص نیست آیا راهبردهای این‌چنینی می‌تواند به پوشش بیشتر بیماری‌ها در رسانه‌های جمعی کمک کند یا خیر. درک محدودیت‌های روزنامه‌نگاران می‌تواند به طراحی راهبردهای ارتباطی موثرتر کمک کند. مثلاً، شناخت

فشارهای رقابتی فضای نشر و مخاطبان و مشکلات یافتن منابع و استفاده از آنها یا مشکلات مربوط به کنترل سرمقالات ضروری است. بعید است تلاش‌هایی که محدودیت‌های این چنینی را در رسانه‌های جمعی تشخیص نمی‌دهد، موثر باشد. راهبردهای احتمالی برای همکاری با رسانه‌ها برای اطلاع‌رسانی به عموم در مورد سیاست‌گذاری سلامت مبتنی بر شواهد عبارت است از:

- پرس ریلیز ساختاریافته: پرس ریلیزهای تحقیقاتی به‌طور روتین محدودیت‌های مطالعه را نشان نمی‌دهد و داده‌ها اغلب با فرمتی ارائه می‌شود که در اهمیت ادراک‌شده‌ی یافته‌ها اغراق می‌کند. با استفاده از سخنرانی‌ها با فرمت چکیده‌های ساختاریافته که در بسیاری از مجلات استفاده می‌شود (که بخشی به توصیف متنی نتایج، بخشی به محدودیت‌ها و بیانیه‌ای در مورد تضاد منافع احتمالی اختصاص می‌یابد) می‌توان اطمینان یافت که روزنامه‌نگاران اطلاعات کلیدی را در مورد ارزیابی‌های تأثیر سیاست سلامت یا سایر تحقیقات سیاست سلامت دریافت می‌کنند و به احتمال زیاد این اطلاعات را گزارش می‌کنند. پرس ریلیزها برای بررسی‌های نظام‌مند سیاست سلامت کمک می‌کند تحقیقات را در بستری خاص قرار دهیم و به جای گزارش جدیدترین مطالعه‌ی واحد (که اغلب گمراه‌کننده است)، درک گسترده‌تری از تحقیقات ارزشمند در مورد تصمیمات مهم سیاستی پیدا کنیم. همچنین، ساختارهایی شبیه به ساختارهای ارائه‌شده در خلاصه‌ی بررسی‌های نظام‌مند را می‌توان استفاده کرد. این ساختارها پیام‌های کلیدی، خلاصه‌ای از یافته‌های کلیدی و توضیحی در مورد مبنای اطلاعات مورد استفاده را شامل می‌شود. به همین ترتیب، پرس ریلیزها برای خلاصه‌های سیاستی ساختاری را استفاده می‌کنند که محتوای خلاصه‌ی سیاستی را نشان دهد و بخش‌های ساختاریافته با اطلاعاتی در مورد نحوه‌ی تعریف مسئله، گزینه‌های سیاستی مربوطه و راهبردهای اجرای سیاست و خلاصه‌ای از پیام‌های کلیدی در مورد شواهد اساسی را شامل شود.

- فکت باکس‌ها: اغلب، اطلاعاتی در مورد مزایا و معایب مداخلات بالینی و گزینه‌های سیاستی گزارش نمی‌شود یا اگر اطلاعاتی گزارش شود، فاقد محتوای مفید یا گمراه‌کننده است. جداول استاندارد شبیه به خلاصه‌ی جداول یافته‌ها را می‌توانیم برای شناخت بهتر مزایا، مضرات و هزینه‌های سیاست‌های مختلف سلامت و سنجش سطح اطمینان‌مان به

آن نتایج استفاده کنیم. این جداول احتمال وقوع نتایج را همراه با درمان‌های مختلف یا سیاست‌های مختلف سلامت تعیین می‌کنند.

- کنفرانس‌های مطبوعاتی: باید به روزنامه‌نگاران فرصت داد سوالاتی از مشارکت‌کنندگان در سیاست‌گذاری سلامت بپرسند. اثربخشی کنفرانس‌های مطبوعاتی را می‌توان با اقدامات زیر به حداکثر رساند: برنامه‌ریزی از قبل (دو تا سه هفته در صورت امکان)، زمان‌بندی درست کنفرانس برای دستیابی به حداکثر پوشش خبری (مثلاً، برگزاری آن در صبح برای بازه‌ی زمانی مناسب، اطمینان از اینکه کنفرانس با رویدادهای دیگر تداخل ندارد)، ارسال دعوت‌نامه‌هایی که از قبل همه‌ی واقعیات مربوطه را نشان دهد، اطمینان از دسترسی راحت به کنفرانس مطبوعاتی، آماده‌سازی کیت مطبوعاتی (از جمله پرس ریلیز ساختاریافته، فکت باکس‌ها، مطالب زمینه‌ای مربوطه و تصاویر مناسب) و اطمینان از اینکه سخنرانی‌ها ساده و مناسب هستند و پیام‌های واضحی دارند.

- ارائه‌ی داستان‌ها: روزنامه‌نگاران باید بتوانند داستانی بیان کنند که هم برای مخاطبان جذاب، هم قابل‌درک و هم آموزنده است. اگر روایات مناسبی در اختیار روزنامه‌نگاران قرار گیرد، آنها راحت‌تر می‌توانند داستانشان را بیان کنند. این داستان‌ها نقش مکمل در تحقیقات دارند و می‌توانند استفاده از شواهد پژوهشی را در تصمیمات درمانی تسهیل کنند. همچنین، روایات مانند ابزار نیست که ارائه‌ی نتایج پژوهشی را به سیاست‌گذاران و متخصصان درمانی و همچنین عموم تسهیل می‌کند. با این حال، باید اطمینان یافت که روایات به‌درستی برای شخصی‌سازی و نمایش یافته‌های پژوهشی و ارائه‌ی هدفمندتر اطلاعات استفاده می‌شود. از طرف دیگر، باید مطمئن شد که روایات با شواهد موجود در تضاد نیست.

- اجتناب از زبان صنفی: برای بهبود ارتباط با روزنامه‌نگاران و عموم، نباید زبان صنفی غیرضروری را استفاده کرد. در شرایطی که استفاده از زبان صنفی لازم یا مفید است، با درج واژه‌نامه یا فکت باکس‌ها می‌توان اصطلاحات اساسی را توضیح داد و در نتیجه بهتر می‌توان مسائل مهم سیاست سلامت را گزارش کرد. راهبرد دیگر این است که اول با زبان ساده مسائل را توضیح دهید. سپس اصطلاحات فنی مربوطه را معرفی کنید. با این اقدام خوانندگان قبل از

مشاهده‌ی جزئیات فنی پیچیده، مفاهیم فنی را واضح‌تر درک می‌کنند. اگر ابتدا اصطلاحات فنی استفاده شود و بعداً تعاریفی از آنها ارائه شود، درک فوری اصطلاحات فنی و جریان خوانش و ادغام ایده‌ها مختل می‌شود.

- تسهیل دسترسی به کارشناسان: برای اینکه مسائل مهم سیاست سلامت به‌خوبی پوشش داده شود، باید کارشناسان مربوطه نظیر محققان آشنا با تحقیقات مدنظر، سیاست‌گذاران، ذینفعان و افراد با شناخت خوب از تحقیقات مربوطه یا روش‌های تدوین سیاست سلامت شناسایی شوند. با کمک کارشناسان نشست (اطلاع‌رسان) که با رسانه‌ها آشنا هستند و می‌توانند ارتباط با رسانه‌ها را تسهیل کنند، می‌توان مطمئن شد که اطلاعات کلیدی به‌صورت قابل‌فهمی ارائه می‌شود.

- تیپ‌شیت‌ها: اگر روزنامه‌نگاران هنگام مصاحبه با متخصصان یا انجام تحقیقات یا داستان‌نویسی سوالات ساده‌ای برای بحث و گفتگو در اختیار داشته باشند، اطمینان می‌دهند که سوالات کلیدی در مورد مسائل و سیاست‌های مختلف سلامت پرسیده می‌شود و پاسخ‌ها گزارش می‌شود.

- آموزش: برگزاری کارگاه‌ها برای روزنامه‌نگاران یا ارائه‌ی انواع دیگر آموزش‌ها به آنها کمک می‌کند درک بهتری از سیاست‌گذاری سلامت مبتنی بر شواهد پیدا کنند و مهارت‌هایی کسب کنند که به بهبود کیفیت گزارش سیاست سلامت کمک می‌کند. در نتیجه، می‌توان سطح آگاهی‌بخشی به عموم و توانایی‌شان را برای مشارکت در تدوین و اجرای سیاست‌های سلامت ارتقا داد.

علاوه بر کار با رسانه‌های جمعی سنتی، باید به استفاده از فناوری‌های ارتباطات و اطلاعات تعاملی جدید از جمله وبسایت‌ها، وبلاگ‌ها و سایت‌های رسانه‌های اجتماعی توجه داشت که روز به روز اهمیتشان بیشتر می‌شود. با این حال، عدم دسترسی به اینترنت در برخی کامیونیتی‌ها، خصوصاً در کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط، دسترسی به پلت‌فرم‌های عمومی را برای تعامل آنلاین محدود می‌کند. بسترهای زیرساختی و فرهنگی متفاوت است و مستلزم اتخاذ رویکردها و مدل‌های مختلفی است. علاوه بر این، با وجود اینکه اینترنت منبع مهم و محبوب اطلاعات است، سیاست‌گذاران با چالش (شبیبه به چالش دخیل در اشکال دیگر رسانه‌های جمعی) رقابت با مقادیر بالای اطلاعات سلامتی مواجهند. برخی از این اطلاعات دقیق و کامل

نیست. برای استفاده از پتانسیل کامل از فناوری‌های ارتباطات و اطلاعات برای مشارکت دادن عموم در سیاست‌گذاری سلامت مبتنی بر شواهد، باید تلفیقی از فناوری‌های جدید و قدیمی را استفاده کرد و برنامه‌ریزی سنجیده انجام داد.

گزارش سازمان همکاری و توسعه‌ی اقتصادی در مورد چالش‌های تعامل شهروندان در اینترنت، ده راهبرد زیر را برای مشاوره‌ی آنلاین پیشنهاد می‌دهد:

1. برنامه‌ریزی را زود شروع کنید.
2. تعهدتان را به مشاوره‌ی آنلاین نشان دهید و به‌طور واضح در موردش اطلاع‌رسانی کنید.
3. حفاظت از اطلاعات شخصی را تضمین کنید.
4. رویکردتان را متناسب با گروه هدف‌تان ایجاد کنید.
5. مشاوره‌ی آنلاین را با روش‌های سنتی ادغام کنید.
6. ابزارها را آزمایش کنید و تطبیق دهید (مثلا، نرم‌افزار، پرسشنامه‌ها).
7. مشاوره‌ی آنلاین‌تان را تبلیغ کنید.
8. اطمینان یابید که تخصص، منابع و زمان کافی برای تحلیل جامع اطلاعات دریافت‌شده در طول مشاوره‌ی آنلاین وجود دارد.
9. نتایج مشاوره‌ی آنلاین را در اسرع وقت منتشر کنید و در مورد مراحل بعدی پروسه‌ی سیاست‌گذاری به شرکت‌کنندگان اطلاع دهید. حتما شرکت‌کنندگان را از نحوه‌ی استفاده از نتایج در سیاست‌گذاری سلامت مطلع کنید.
10. پروسه‌ی مشاوره و تاثیراتش را ارزیابی کنید.

2. **با چه راهبردهایی می‌توان به گروه‌های جامعه‌ی مدنی در مورد تدوین و اجرای سیاست سلامت اطلاع‌رسانی کرد و آنها را در سیاست‌گذاری سلامت مشارکت داد؟**

جامعه‌ی مدنی را می‌توان به طرق مختلف تعریف کرد. در این کتاب، اصطلاح جامعه‌ی مدنی به طیف وسیعی از سازمان‌های خارج از دولت اشاره دارد. انجمن‌های بیماران، گروه‌های اجتماعی، ائتلاف‌ها، گروه‌های ذی‌نفوذ، سازمان‌های مذهبی، خیریه‌ها یا سازمان‌های داوطلبانه، انجمن‌های حرفه‌ای، اتحادیه‌های کارگری و انجمن‌های تجاری جامعه‌ی مدنی را تشکیل می‌دهند.

از طرق مختلف می‌توان به سازمان‌های بالقوه‌ی ذینفع هشدار داد تا منافعشان را اعلام کنند. این هشدارها عبارتند از: انتشار پرس ریلیزها، فهرست کردن موضوعات در وبسایت‌هایشان با جزئیات نحوه‌ی ثبت، تماس با سازمان‌هایی که برای دریافت رهنمود قبلی و دریافت هشدار در مورد موضوعات جدید ثبت‌نام کرده‌اند و نوشتن نامه به سایر سازمان‌های بیماران، مراقبان و متخصصان ذینفع. سپس، باید با ذینفعان تماس گرفت و آنها را تشویق کرد در تدوین مراحل مختلف رهنمود این چنینی شرکت کنند. این مراحل شامل تعیین دامنه‌ی راهنمایی، ارائه‌ی شواهد و مدارک، اظهارنظر در مورد طرح اولیه‌ی راهنمایی و بررسی اصلاحات صورت گرفته در رهنمود قبل از انتشار می‌شود.

این ادعا که گروه‌های خاص نماینده‌ی بیماران مربوطه یا عموم مردم هستند، یکی از چالش‌هاست. همه‌ی گروه‌های این چنینی به‌طور کافی به نمایندگی از مردم عمل نمی‌کنند. بسیاری از گروه‌های بیماران عمدتاً گروه‌های ذی‌نفوذ هستند. این گروه‌ها بر کسب منابع مدنظرشان یا ارائه‌ی حمایت از طرف افرادی که تجربه‌ی مشابه دارند، تمرکز دارند (به جای اینکه در مسائل گسترده‌تر مربوط به سیاست سلامت شرکت کنند). همچنین، صنعت بودجه‌ی بسیاری از سازمان‌های بیماران را تامین می‌کند. همچنین، سازمان‌های حرفه‌ای تضاد منافع مشابهی دارند. مثلاً، برخی از آنها ممکن است بودجه از صنعت دریافت کنند و عمدتاً به تأثیر سیاست‌ها بر اعضای خودشان نه سلامت یا سیستم خدمات درمانی وسیع‌تر توجه کنند.

3. چه روش‌هایی را می‌توان برای مشارکت دادن مصرف‌کنندگان در تدوین و اجرای سیاست استفاده کرد؟

چارچوب‌های مفیدی برای توصیف و بررسی روش‌های مشارکت دادن مصرف‌کنندگان در سیاست‌گذاری سلامت تدوین شده است. چارچوب اولیور و همکاران یکی از این چارچوب‌هاست. به همین ترتیب، تلفورد و همکاران مجموعه‌ای از اصول و نشانگرها را برای مشارکت عموم در سیاست‌گذاری سلامت تدوین کرده‌اند. با وجود اینکه هر دوی این رویکردها بر مشارکت

مصرف کنندگان در تحقیقات تمرکز دارد، اما چارچوب‌های مفیدی برای بررسی مشارکت عموم در تدوین و اجرای سیاست فراهم می‌کنند.

چارچوبی که اولیور و همکاران (جدول 1) تدوین کردند روش‌های متنوعی را برای مشارکت دادن مصرف‌کنندگان در سیاست‌گذاری سلامت نشان می‌دهد. این روش‌ها براساس میزان مشارکت، گردهمایی ارتباطی، مشارکت در تصمیم‌گیری، مشارکت نمایندگان، آموزش و حمایت مالی است.

در چارچوب اولیور و همکاران، میزان مشارکت به سه روش نظیر مشاوره، همکاری و کنترل مصرف‌کنندگان طبقه‌بندی می‌شود. در پروسه‌ی مشاوره، دیدگاه‌های مصرف‌کنندگان درخواست می‌شود و در تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری سلامت استفاده می‌شود. مثلاً، سیاست‌گذاران یا محققان می‌توانند جلسات یک‌باره‌ای با مصرف‌کنندگان برای اطلاع از اولویت‌هایشان برگزار کنند یا ممکن است با استفاده از واژگان مناسب طی نامه‌ای نظرات مصرف‌کنندگان را جویا شوند. در موارد این چنینی، نظرات مصرف‌کنندگان لزوماً اتخاذ نمی‌شود، هر چند ممکن است در تصمیمات اتخاذ شده لحاظ شود.

جدول 1: چارچوبی برای توصیف و بررسی رویکردها برای مشارکت مصرف‌کنندگان

مثال‌ها	ویژگی‌های رویکردهای مختلف
<ul style="list-style-type: none"> • مشاوره • همکاری • کنترل مصرف‌کننده 	میزان مشارکت مصرف‌کنندگان
<ul style="list-style-type: none"> • مشاوره‌ی مکتوب • مصاحبه • گروه‌های تمرکز • پنل‌های مصرف‌کننده • عضویت در کمیته 	گردهمایی برای برقراری ارتباط
<ul style="list-style-type: none"> • عدم مشارکت • مشارکت ضمنی • مشارکت صریح 	مشارکت در تصمیم‌گیری
<ul style="list-style-type: none"> • دعوت‌نامه‌های شخصی و هدفمند • تبلیغات گسترده • استفاده از رسانه‌های جمعی • تماس از طریق تلفن، ایمیل یا پست 	مشارکت

آموزش و پشتیبانی	<ul style="list-style-type: none"> • آموزش (مثلا، کارگاه‌ها) • مشاوره • مربی‌گری • روزهای معارفه
حمایت مالی	<ul style="list-style-type: none"> • عدم حمایت مالی • جبران هزینه‌ها • حق‌الزحمه یا حق‌الزحمه‌ی افتخاری

همکاری مستلزم مشارکت فعال و مستمر با مصرف‌کنندگان است. مثلا، مصرف‌کنندگان می‌توانند اعضای کمیته (مثلا، در هیئت‌مدیره‌ی سازمان‌های خدمات بهداشتی یا کمیته‌های نظارتی) باشند یا شاید همکاری نه چندان رسمی داشته باشند. مجددا، هیچ تضمینی نیست که دیدگاه‌های مصرف‌کنندگان بر تصمیمات تاثیر خواهد گذاشت. اما همکاری بیش از مشاوره به شنیده شدن نظرات مصرف‌کنندگان کمک می‌کند. روش‌های رسمی تصمیم‌گیری اطمینان می‌دهد اشکال مناسبی از همکاری استفاده می‌شود. بدون این روش‌ها، به‌سختی می‌توان فهمید آیا مشارکت عمومی اصلا تاثیری داشته است یا خیر.

کنترل مصرف‌کنندگان، نوع سوم مشارکت مصرف‌کنندگان در چارچوب، مستلزم این است که مصرف‌کنندگان خودشان سیاست‌های سلامت را تدوین، حمایت یا اجرا کنند. نقش متخصصان فقط این است که از مصرف‌کنندگان دعوت به همکاری کنند. در بستر سیستم‌های سلامت عمومی، کنترل مصرف‌کنندگان مستلزم مشارکت سیاست‌مدارانی است که به‌عنوان نمایندگان حوزه‌ی انتخاباتی‌شان برگزیده شده‌اند.

در این چارچوب، روش‌ها برحسب توصیف گردهمایی ارتباطی (نظیر مصاحبه‌های یک به یک، گروه‌های کانونی، هیئت داوران از میان شهروندان، جلسات شهر، جلسات کمیته و کارگروه‌ها) و روش‌ها برای تصمیم‌گیری (نظیر رای‌گیری یا اجماع کمیته‌ی غیررسمی) تفکیک می‌شوند. وجود یا عدم وجود توضیحات شفاف روش‌های تصمیم‌گیری مشارکت ضمنی در تصمیم‌گیری (نظیر شرکت در جلسات کمیته) را از مشارکت صریح در تصمیم‌گیری متمایز می‌کند. بدون تصمیم‌گیری شفاف، احتمال دارد مشارکت مصرف‌کنندگان نمونه‌کاری محسوب شود.

تلفورد و همکاران پروسه‌ی اجماع را برای شناسایی اصول و نشانگرهای مشارکت موفق مصرف‌کنندگان استفاده کردند. هر کدام از هشت اصلی که آنها شناسایی کردند را می‌توان حداقل برحسب یک شاخص واضح اندازه‌گیری کرد (جدول 2). این

اصول مشخصا برای بررسی مشارکت مصرف کنندگان در تحقیقات تدوین شده است. اما این اصول و نشانگرها به مشارکت عموم در تدوین و اجرای سیاست سلامت هم مربوط می‌شود.

نتیجه گیری

سیاست گذاران و حامیانشان باید طبق بستر، سیاست‌ها و گروه‌های هدف کلیدی، راهبردهایی برای مشارکت عموم در سیاست گذاری مبتنی بر شواهد تنظیم کنند. مثلا، در کشورهای فقیر، رادیو مهمترین رسانه‌ی جمعی است. اینترنت فرصت‌های جدیدی برای مشارکت تعاملی گروه بزرگی از مصرف کنندگان در تصمیم گیری و سیاست گذاری سلامت و روش‌های جدیدی برای اطلاع رسانی به عموم ارائه می‌دهد. با این حال، عموم دسترسی یکسانی به اینترنت ندارند. بنابراین، برای اجتناب از تشدید نابرابری در مشارکت عموم در سیاست گذاری سلامت، باید راهبردهای دیگری در کنار اینترنت به عنوان ابزار مشارکت استفاده شود.

سیاست گذاران و حامیانشان باید با دقت راهبردهای خود را برنامه ریزی و ارزیابی کنند تا عموم مشارکت موثری در سیاست گذاری مبتنی بر شواهد داشته باشند و از اتهام مشارکت و مشاوره‌ی سطحی اجتناب شود.

جدول 2: اصول و نشانگرهای مشارکت موفق مصرف کنندگان

اصول	نشانگرها
نقش‌های مصرف کنندگان مورد توافق است	<ul style="list-style-type: none"> • نقش‌های مصرف کنندگان ثبت شده بود
بودجه‌ای برای هزینه‌ی مشارکت مصرف کنندگان تعیین می‌شود	<ul style="list-style-type: none"> • هزینه‌ی سفر مصرف کنندگان پرداخت شد • هزینه‌های غیرمستقیم مصرف کنندگان بازپرداخت شد (مثلا، هزینه‌های مراقب)
سیاست گذاران به مهارت‌ها، دانش و تجربه‌ی متفاوت مصرف کنندگان احترام می‌گذارند	<ul style="list-style-type: none"> • مشارکت مصرف کنندگان گزارش شد
برای تسهیل مشارکت مصرف کنندگان، آموزش و حمایت شخصی به آنها ارائه می‌شود.	<ul style="list-style-type: none"> • آموزش‌هایی به مصرف کنندگان داده شد تا مشارکت فعالشان ترغیب شود
سیاست گذاران اطمینان می‌یابند که مهارت‌های لازم را برای مشارکت موثر مصرف کنندگان دارند	<ul style="list-style-type: none"> • سیاست گذاران آموزش‌های لازم را دریافت کردند تا بتوانند مشارکت موثر مصرف کنندگان را ایجاد کنند
مصرف کنندگان در تصمیم گیری مشارکت دارند	<ul style="list-style-type: none"> • توصیه‌های مصرف کنندگان ثبت شد • نقش‌های مصرف کنندگان در تصمیم گیری ثبت شد
مشارکت مصرف کنندگان در خلاصه‌ی سیاستی توصیف شده است خلاصه‌های سیاستی با فرمت و زبانی ارائه می‌شود که برای مصرف کنندگان قابل درک باشد.	<ul style="list-style-type: none"> • مشارکت‌های مصرف کنندگان در خلاصه‌های سیاستی توصیف و تایید شد • خلاصه‌ی سیاستی در فرمت‌های مناسب در اختیار مصرف کنندگان قرار گرفت

بخش شانزدهم : استفاده از شواهد تحقیقاتی برای ایجاد تعادل بین مزایا و معایب سیاست‌ها

پیش‌زمینه

در این بخش، پنج سوال مطرح می‌کنیم. سیاست‌گذاران و حامیان‌شان می‌توانند هنگام ارزیابی نحوه‌ی اطمینان از شواهد محور بودن قضاوت‌ها در مورد مزایا و معایب برنامه‌ها و سیاست‌های سلامت، این پنج سوال را بپرسند. سوالات این چنینی را می‌توان مثلا در سناریوهایی مانند آنچه در بالا توصیف شد، پرسید.

تحقیقات به‌تنهایی تصمیم‌گیرنده نیست. قضاوت‌ها از جمله قضاوت در مورد اینکه چه شواهدی را باید استفاده کرد، شواهد را چطور باید تفسیر کرد و میزان اطمینان‌مان به شواهد همیشه لازم است. مهمتر از همه، برای تصمیم‌گیری در مورد انتخاب سیاستی خاص، اول باید ارزیابی کرد آیا نتایج مطلوب پیش‌بینی شده بیش از نتایج نامطلوب است یا خیر (شکل 1). در فرایند تصمیم‌گیری، علاوه بر قضاوت در مورد میزان اثرات احتمالی، باید در مورد میزان اهمیت اثرات، منابع لازم برای اجرای سیاست خاص و میزان در اولویت بودن آن سیاست نسبت به سایر سیاست‌هایی که منابع را استفاده می‌کند، قضاوت کرد. راحت نمی‌توان تصمیم گرفت آیا سیاست خاص مزایای زیادی با معایب و هزینه‌ی اندک دارد، آیا در مورد شواهد و اهمیت مزایا مطمئن هستیم و آیا آن سیاست اولویت واضحی است یا خیر. متأسفانه، قضاوت به‌ندرت ساده است. اغلب، اثرات و هزینه‌های مورد انتظار نامعلوم است و قضاوت‌های پیچیده و دشواری باید انجام داد.

سوالاتی که در این بخش پیشنهاد می‌دهیم لزوم قضاوت‌ها را کاهش نمی‌دهد. با این حال، ملاحظات نظام‌مندتر و بحث در مورد این سوالات اطمینان می‌دهد ملاحظات مهم نادیده گرفته نمی‌شود و قضاوت‌ها آگاهانه انجام می‌شود. این ملاحظات می‌توانند اختلاف نظر را برطرف کند یا حداقل به ارائه‌ی توضیحات روشن‌گر کمک کند. اگر این قضاوت‌ها به‌صورت شفاف انجام شود، دیگران بهتر می‌توانند علت انتخاب سیاست سلامت خاص را درک کنند.

شکل 1. ایجاد تعادل بین مزایا و معایب برنامه‌ها و سیاست‌های سلامت. هنگام تصمیم‌گیری برای انتخاب برنامه یا سیاست سلامت، باید

ارزیابی کنیم آیا نتایج مطلوب انتخاب آن برنامه ارزش تبعات نامطلوب آن را دارد یا خیر.



نتایج مطلوب، از جمله:	تبعات نامطلوب از جمله:
<ul style="list-style-type: none"> • بهبود سلامتی • بهبود دسترسی به خدمات درمانی • استفاده‌ی مناسب‌تر از خدمات درمانی • صرفه‌جویی در هزینه‌ها • کاهش نابرابری‌ها • نتایج اخلاقی نظیر افزایش استقلال 	<ul style="list-style-type: none"> • تأثیرات ناخواسته بر سلامتی (مضرات) • کاهش دسترسی به خدمات درمانی • استفاده‌ی نه‌چندان مناسب از خدمات درمانی • هزینه‌ها • افزایش نابرابری‌ها • تبعات اخلاقی نظیر کاهش استقلال

آماده‌سازی ترازنامه و استفاده از آن (همانطور که در جدول 1 توضیح داده شد و در چهار سوال اول در بخش زیر بحث و بررسی می‌شود) می‌تواند تصمیم‌گیری آگاهانه را تسهیل کند. گاهی اوقات، استفاده از مدل اقتصادی رسمی نظیر تحلیل مقرون‌به‌صرفگی می‌تواند مفید باشد. مقوله‌ی مقرون‌به‌صرفگی در سوال پنجمی که در این بخش مطرح می‌شود، بررسی می‌شود. ملاحظاتی که در این بخش مطرح می‌کنیم براساس مطالعه‌ی کارگروه گرید است. تمرکز گروه عمدتاً بر رهنمودهای روش بالینی است، اما رویکردشان برای تصمیم‌گیری در مورد مداخلات بالینی را می‌توان برای سیاست‌ها و برنامه‌ها استفاده کرد.

سوالاتی که باید در نظر گرفت

با پاسخ به پنج سوال زیر می‌توان شواهد را برای قضاوت آگاهانه در مورد مزایا و معایب انتخاب برنامه‌ها و سیاست‌های سلامت استفاده کرد:

1. چه سیاست‌هایی مقایسه می‌شود؟

2. مهمترین نتایج بالقوه‌ی سیاست‌های مقایسه‌شده چیست؟

3. بهترین برآورد تاثیر سیاست‌های مقایسه‌شده برای هر نتیجه‌ی مهم چیست؟

4. سیاست‌گذاران و سایرین چقدر می‌توانند به تاثیرات برآوردشده مطمئن باشند؟

5. آیا احتمال دارد مدل اقتصادی رسمی تصمیم‌گیری را تسهیل کند؟

چهار سوال اول نحوه‌ی استفاده از ترازنامه‌ها را در تصمیم‌گیری در مورد سیاست مشخص می‌کنند. با پاسخ به سوال آخر می‌توان اطمینان یافت منابع کمیابی که در تحلیل‌های اقتصادی کامل استفاده می‌شود، برای اقدامات بسیار ضروری استفاده خواهند شد.

در حالت ایده‌آل، محققان یا کارکنان پشتیبانی فنی همراه با سیاست‌گذاران باید ترازنامه‌ها (و مدل‌های اقتصادی) را ایجاد کنند. همچنین، به دلایل مشابهی که بر اهمیت بررسی‌های نظام‌مند در کل تاکید دارند و در جای دیگری مطرح شدند، ترازنامه‌ها باید براساس بررسی‌های نظام‌مند باشد. قضاوت‌های دقیقی که باید هنگام ایجاد ترازنامه انجام شود را بررسی خواهیم کرد، زیرا در بخشی دیگری به این مقوله پرداخته‌ایم. وقتی لازم است سیاست‌گذاران قضاوت کنند، به‌ندرت در جایگاه انجام این قضاوت‌ها قرار دارند. با این حال، حتی در مواردی که حمایت فنی شایسته برای آماده‌سازی ترازنامه وجود دارد، سیاست‌گذاران باید بدانند به دنبال چه باشند و چه سوالاتی را باید پرسند. به این ترتیب می‌توان مطمئن شد که ترازنامه‌ها به‌طور منطقی برای تصمیماتی که سیاست‌گذاران باید اتخاذ کنند، استفاده می‌شود.

جدول 1: مزایا و معایب ترازنامه‌ها

ترازنامه روش ساده اما قدرتمندی برای ارائه‌ی مزایا و معایب گزینه‌های مختلف از جمله انتخاب سیاست‌هاست. در این بخش، شواهد و قضاوت‌های لازم را برای آماده‌سازی و استفاده از ترازنامه نظیر ترازنامه‌ای که در جدول 2 نشان داده شده است، توصیف می‌کنیم. همچنین، مزایای استفاده از ترازنامه را در مقایسه با استفاده از قضاوت‌های غیرنظام‌مند و غیرشفاف کارشناسان توصیف می‌کنیم. هدف از ترازنامه این است که تصمیم‌گیران بتوانند درک دقیقی از تبعات مهم گزینه‌های مورد مقایسه پیدا کنند. ترازنامه‌ها به طرق مختلف به تصمیم‌گیران کمک می‌کنند. نخست، مهمترین اطلاعات را متمرکز می‌کنند و امکان بررسی کارآمد آنها را می‌دهند. دوم، ترازنامه‌ها توجه را به مهمترین نتایج معطوف می‌کنند. در نتیجه، به احتمال زیاد تصمیم‌گیران برداشت دقیقی از اثرات گزینه‌های مدنظر و نتایج مهمشان پیدا می‌کنند. سوم، ایجاد ترازنامه مکانیسم مفیدی برای ساماندهی تفکر، ساختاربندی تحلیل شواهد و متمرکز کردن بحث و گفتگوها است. چهارم، ترازنامه‌ها به ایجاد قضاوت‌های صریح‌تر در مورد مهمترین نتایج انتخاب سیاست‌های مختلف، شواهد اساسی و قضاوت‌های بعدی در مورد تعادل بین مزایا و معایب سیاست‌های مختلف کمک می‌کند. در آخر، ترازنامه‌ها می‌توانند «اطلاعات خام» را در اختیار تصمیم‌گیرندگان دیگر قرار دهند و در نتیجه به آنها کمک می‌کنند قضاوت‌های شخصی‌شان را در مورد توازن بین نتایج مطلوب و نامطلوب استفاده کنند.

اما، هنگام استفاده از ترازنامه‌ها در تصمیم‌گیری، باید به دو محدودیت مهم توجه داشت. نخست، وقتی توازن پیچیده‌ای بین نتایج مختلف وجود دارد، سیاست‌گذاران باید ابتدا سطح بالایی از اطلاعات را پردازش و سپس قضاوت کنند. دوم، هنگام سبک و سنگین کردن نتایج مختلف، قضاوت سیاست‌گذاران در مورد ارزش نتایج ضمنی خواهد بود. مدل‌سازی اقتصادی رسمی با شفاف‌تر کردن مفروضات اساسی (از جمله ارزش‌گذاری‌های شخصی)، کمک می‌کند به این محدودیت‌ها بهتر پرداخته شود. وقتی بهتر بتوان به محدودیت‌ها پرداخت، می‌توان تحلیل‌های حساسیت را برای بررسی تاثیر مفروضات مختلف و ابهامات بر نتایج استفاده کرد.

1. چه گزینه‌هایی مقایسه می‌شود؟

هنگام استفاده از ترازنامه مانند آنچه در جدول 2 نشان داده شد، اولین نکته‌ی مهم این است که گزینه‌های مقایسه‌ای باید شناسایی شود. اغلب شناسایی گزینه‌ها آنطور که به نظر می‌رسد، ساده نیست (مثلاً، به جدول 3 رجوع شود). آنهایی که ترازنامه آماده می‌کنند باید هم در مورد گزینه‌ای که مدنظر قرار می‌گیرد و هم گزینه‌ی مقایسه‌ای تصمیم‌گیری کنند. معمولاً، وضع موجود گزینه‌ی مقایسه‌ای محسوب می‌شود. باین‌حال، وضع موجود به احتمال زیاد از محیطی به محیط دیگر متفاوت است. بنابراین، باید تصمیماتی در مورد ویژگی‌های وضع موجود اتخاذ شود:

- حیاتی - به‌گونه‌ای که تحقیقات با گزینه‌ی مقایسه‌ای بدون همان ویژگی‌ها حذف خواهد شد.
- مهم اما نه حیاتی - به‌طوری‌که تحقیقات با گزینه‌ی مقایسه‌ای بدون همان ویژگی‌ها حذف نمی‌شود، اما اطمینان به اینکه نتایج در محیط منتخب یکسان خواهد بود، کاهش می‌یابد و
- بی‌اهمیت - به‌طوری‌که مطمئن هستیم نتایج احتمالاً در محیط انتخاب‌شده یکی است.

همین قضاوت‌ها را باید در مورد گزینه‌های مدنظر انجام داد: کدامیک از ویژگی‌هایشان از نظر تاثیرگذاری بر اثرات احتمالی حیاتی، مهم یا بی‌اهمیت است؟

2. مهمترین نتایج بالقوه‌ی گزینه‌های مورد مقایسه چیست؟

سیاست‌گذاران در کل مایلند به افرادی که نماینده‌شان هستند، خدمت‌رسانی کنند و همین تمایل به آنها انگیزه می‌دهد. همچنین، سیاست‌گذاران باید عمدتاً به تاثیر سیاست‌ها و برنامه‌های انتخابی بر نتایجی که برای افراد تحت‌تاثیر آن سیاست‌ها و برنامه‌ها مهم است، توجه داشته باشند (مثلاً، به جدول 4 رجوع شود). این اثرات شامل پیامدهای سلامتی، دسترسی به خدمات درمانی یا استفاده از آنها، اثرات ناخواسته (مضرات) و استفاده از منابع (هزینه‌ها یا صرفه‌جویی در هزینه‌ها) می‌شود

(شکل 1). توزیع و برابری مزایا و هزینه‌ها و اثرات سرریز به بخش‌های دیگر برخی دیگر از تبعات مهم هستند. تبعات اخلاقی نظیر کاهش استقلال افراد مهم است.

اگر نتایج مهم را به‌طور صریح مشخص کنیم، می‌توانیم اطمینان یابیم که نتایج مهم سیاست انتخابی نادیده گرفته نمی‌شود. همچنین، می‌توان اطمینان یافت نتایج بی‌اهمیت، توجه بی‌جا دریافت نمی‌کند. این قضیه خصوصاً در مورد نتایج جان‌نشین صدق می‌کند. نتایج جان‌نشین نتایجی است که به‌خودی‌خود مهم نیست. نتایج جان‌نشین مهم تلقی می‌شود، زیرا اعتقاد بر این است که بیانگر نتایج مهم است. مثلاً، مردم معمولاً فشار خونشان را دغدغه‌ی مهمی تلقی نمی‌کنند. ارتباط فشار خون با سکتته‌ی مغزی، حملات قلبی و مرگ (که همه‌شان برای مردم بسیار مهمند) مقوله‌ی فشار خون را بااهمیت می‌کند. بنابراین، وقتی سیاست‌گذاران می‌خواهند سیاست‌هایی برای کاهش فشار خون بالا ایجاد کنند، (یا سایر عوامل ریسک قلبی-عروقی)، تصمیماتشان باید براساس تاثیر این سیاست‌ها بر نتایج مهم برای سلامتی باشد (بیماری قلبی-عروقی). شواهدی که فقط تاثیر سیاست سلامت را بر فشار خون نشان می‌دهد تنها شکلی از شواهد غیرمستقیم تاثیر سیاست سلامت بر بیماری قلبی-عروقی است.

3. بهترین برآورد از تاثیر سیاست‌های سلامت که برای هر نتیجه‌ی مهم مقایسه می‌شود، چیست؟

برای تصمیم‌گیری در مورد اینکه آیا اثرات مطلوب یک سیاست خاص ارزش به جان خریدن اثرات نامطلوبش را دارد یا خیر، باید بزرگی و اندازه‌ی این اثرات مختلف برآورد شود (و نتایج اقتصادی‌شان). در حالت ایده‌آل، نتیجه‌ی مهم و مورد انتظار اجرای سیاستی خاص و پیامد مورد انتظار عدم‌اجرای آن سیاست یا نتیجه‌ی مورد انتظار اتخاذ سیاستی دیگر باید با هم مقایسه شود (مثلاً، به جدول 5 رجوع شود). همچنین، بهتر است بفهمیم هر برآورد چقدر دقیق است. یا به عبارت دیگر، فاصله‌ی اطمینان برای هر برآورد چقدر است (این مقوله در جدول 6 بیشتر توضیح داده می‌شود).

جدول 2: آیا صدور مجوز برای خرده‌فروشان دخانیات باید مشروط به نفروختن دخانیات به خردسالان باشد؟

جمعیت: خردسالان (طبق تعریف محدودیت سن قانونی)	
محیط: اروپا	
مداخلات: صدور مجوز به خرده‌فروشان دخانیات + ارزیابی رعایت قانون مربوط به محل و زمان فروش نوشیدنی‌های الکلی*	
مقایسه: عدم صدور مجوز یا ارزیابی رعایت قانون مربوط به محل و زمان فروش نوشیدنی‌های الکلی	

کیفیت شواهد (گرید) #	تعداد مطالعات	خوش‌بینانه	تاثیر بهترین گمانه‌زنی	بدبینانه	
بسیار پایین #	4	1.650 نفر در کشور (جمعیت 4.5 میلیون نفر)	?	0	کاهش تعداد سیگاری‌ها در هر سال
بسیار پایین S	4	9.240 نفر در کشور (جمعیت 4.5 میلیون نفر)	?	0	تعداد سال‌هایی که در طول عمر سیگار کشیده نمی‌شود
بسیار پایین **	0	7.2 میلیون یورو (1 کنترل در هر سال + کنترل درونی)	?	10.5 میلیون یورو (سه کنترل در هر سال)	هزینه در هر سال

* قانون مربوط به محل و زمان فروش نوشیدنی‌های الکلی در کشور اروپایی مدنظر، خرده‌فروشان دخانیات را ملزم به در اختیار داشتن مجوز فروش دخانیات می‌کند. گزینه‌های سیاستی مدنظر شامل سه بار ارزیابی رعایت قانون در سال و یک بار ارزیابی در هر سال به همراه کنترل درونی می‌شد. ارزیابی رعایت قانون (توسط نوجوانی که اقدام به خرید دخانیات می‌کند) برای اطمینان از عدم فروش دخانیات به خردسالان انجام می‌شود. از دست دادن مجوز خرده‌فروشی مجازات عدم رعایت این قانون است. کنترل درونی خرده‌فروشان را ملزم می‌کند روال‌هایی برای کنترل فروش دخانیات به خردسالان داشته باشند.

† به جدول 8 رجوع شود.

بررسی نظام‌مند به‌عنوان مبنایی برای این خلاصه استفاده شد. بررسی نظام‌مند شامل یک کارآزمایی تصادفی مناسب و سه مطالعه‌ی قبل و بعد کنترل‌شده با محدودیت‌های مهم می‌شد. ریسک بالای سوگیری برای تاثیرات برآوردشده بر رواج سیگار کشیدن وجود دارد. ناهماهنگی‌های مهم در نتایج فاقد توضیحی قانع‌کننده بود. مطالعات مورد بررسی در آمریکا (2)، انگلیس (1) و استرالیا انجام شد. تفاوت‌هایی در مداخلات و همچنین این ابهام وجود داشت که آیا نتایج مشابه در کشوری که در آن سیاست در نظر گرفته شده بود، وجود دارد یا خیر. دو مطالعه تاثیر را در گروه‌های سنی پایینتر پیدا کردند که در یکی از مطالعات پایدار نبود؛ دو مطالعه تغییری در رفتار سیگار کشیدن مشاهده نکردند. براساس این مطالعات، برآورد تاثیر صدور مجوز به خرده‌فروشان دخانیات و آزمون‌های رعایت قانون بر تعداد افرادی که سیگار می‌کشند، سخت است. برآورد پایینی این است که این مداخله هیچ تاثیری نداشت. برآورد بالایی از گزارش یکی از متخصصان استنتاج شد (جدول 3 و 5).

S برآورد بالایی از میزان افزایش عمر فرد، که از همان گزارش کارشناسی گرفته شد، همان محدودیت‌های برآورد تاثیر بر رفتار سیگار کشیدن را دارد، زیرا براساس همان برآورد است. همچنین، این برآورد براساس مفروضاتی است که نشان می‌دهد مدت‌های طولانی بعد از ارزیابی تاثیر سیاست بر سیگار کشیدن، چه پیش می‌آید. همچنین، این برآورد بر اساس مفروضات در مورد تاثیر تغییر رفتار سیگار کشیدن بر نرخ مرگ و میر است.

** با استفاده از گزارش تخصصی، هزینه‌ی سیاست برآورد شد (که در جداول بعدی این مقاله شرح داده می‌شود). این برآوردها براساس برآورد تعداد خرده‌فروشان دخانیات، مفروضات در مورد هزینه‌ی پردازش هر مجوز و گمانه‌زنی در مورد هزینه‌های هر آزمون رعایت قانون است.

جدول 3: چه مواردی مقایسه می‌شود؟ مثال موردی: صدور مجوز به خرده‌فروشان دخانیات

کاهش نرخ سیگار کشیدن نوجوانان اولویت وزیر بهداشت یکی از کشورهای اروپایی بود. دولت آن کشور دستور داد گزارشی در مورد سیاست‌های مختلف برای رسیدن به این هدف تهیه شود و متخصصان سلامت عمومی گزارشی در این رابطه تهیه کردند. صدور مجوز به خرده‌فروشان دخانیات یکی از سیاست‌های مدنظر در این گزارش بود. از دست دادن این مجوز به‌عنوان جریمه‌ی فروش غیرقانونی دخانیات به خردسالان پیشنهاد شد. سیاست عنوان‌شده در این گزارش با وضع موجود مقایسه شد. عدم وجود مجوز برای خرده‌فروشان دخانیات وضع موجود بود. متخصصان سلامت عمومی بررسی نظام‌مندی انجام ندادند یا استفاده نکردند. همچنین، آنها مشخص نکردند کدام ویژگی‌های گزینه‌ی سیاستی (یا مقایسه‌کننده) مهم یا حیاتی است. در این گزارش به برخی مسائل مهم توجه نشد. مثلا، وضع موجود در مناطقی که سیاست‌گذاران قصد داشتند سیاست را در آنها اجرا کنند با وضع موجود در مناطقی که مطالعات در آنها انجام شد، تفاوت داشت. همچنین، باید به سایر سیاست‌های فعلی برای کاهش فروش دخانیات به خردسالان توجه می‌شد. این احتمال وجود دارد که قوانین فعلی فروش دخانیات را به خردسالان غیرقانونی برشمرده باشد یا احتمال دارد روش‌های دیگری برای اجرای این قانون وجود داشته باشد (مثلا، از طریق جریمه یا مجازات‌های دیگر برای فروش غیرقانونی دخانیات، آموزش حضوری خرده‌فروشان مانند اطلاع‌رسانی به آنها در مورد الزامات قانونی). یا ممکن است کمپین‌های رسانه‌ای (برای افزایش آگاهی جامعه) راه انداخته شده باشد. همچنین، ممکن است تفاوت‌هایی در سهولت و نحوه‌ی دسترسی خردسالان به دخانیات از طریق منابع دیگر وجود داشته باشد (مثلا، از والدین و دوستان یا از طریق دزدی).

کارشناسان به‌صراحت دو سیاست را برای صدور مجوز به خرده‌فروشان دخانیات در نظر گرفتند. یکی از این دو سیاست این است که سه بار در سال آزمون رعایت قانون منع فروش دخانیات به خردسالان (توسط نوجوانی که اقدام به خرید دخانیات می‌کند) انجام شود تا از عدم فروش دخانیات را به خردسالان اطمینان حاصل شود. آزمون رعایت قانون منع فروش دخانیات به خردسالان یک بار در سال همراه با کنترل درونی، سیاست دیگر است (مستلزم این است که خود خرده‌فروشان عدم فروش دخانیات را به خردسالان کنترل کنند). از بین رفتن مجوز فروش دخانیات مجازات عدم رعایت قانون در هر دو مورد بود. روش‌های دیگری برای اجرای قانون صدور مجوز امکان‌پذیر است. برخی از آن روش‌ها در مطالعات دیگر ارزیابی شده است. کارشناسان تهیه‌کننده‌ی این گزارش به‌صراحت بررسی نکردند که آیا احتمال دارد تفاوت در رویکردهای اجرای صدور مجوز موجب تفاوت‌های مهمی در اثربخشی سیاست شود یا خیر.

جدول 4: مهمترین نتایج چیست؟ مثال موردی: صدور مجوز فروش دخانیات به خرده‌فروشان

رواج سیگار کشیدن نتیجه‌ی اولیه‌ای بود که گزارش کارشناسی (که دولت دستور تهیه‌ی آن را صادر کرد) مدنظر قرار داد. رواج سیگار کشیدن نتیجه‌ی جانشین تبعات سیگار کشیدن محسوب شد. تاثیر سیگار کشیدن بر افزایش طول عمر براساس تاثیر برآوردشده بر رواج سیگار کشیدن و براساس داده‌های اپیدمیولوژیک که سیگار کشیدن را به مرگ و میر ربط می‌دهد، تخمین زده شد. هزینه‌های اداری، مقبولیت سیاسی و مقبولیت عمومی تاثیرات دیگری بود که کارشناسان به‌صراحت در نظر گرفتند. گزارش کارشناسی می‌توانست نتایج دیگری را هم در نظر بگیرد، از جمله:

- هزینه‌های نفروختن سیگار به خردسالان برای خرده‌فروشان و صدمات احتمالی (مثلا، افزایش دزدی یا خرید فرامرزی دخانیات)
- چه کسی هزینه‌های اداری طرح‌های این چنینی را پرداخت می‌کند
- تفاوت‌های بالقوه در تاثیر سیاست بر جمعیت‌های مختلف (مثلا، خردسالان از نظر اقتصادی-اجتماعی محروم یا خردسالانی که نزدیک مرزهای کشور زندگی می‌کنند و به‌طور بالقوه‌ای می‌توانند برای خرید دخانیات وارد کشور همسایه شوند)
- تبعات اخلاقی (مثلا، تبعات مربوط به استفاده از خردسال یا فردی که برای آزمون رعایت قانون تظاهر می‌کند خردسال است یا مطلوبیت سیاست در رابطه با تاثیرات به‌طور بالقوه متفاوت بر گروه‌های مختلف خردسالان و خرده‌فروشان مختلف)

تصمیم‌گیران باید به تفاوت بین برآورد تأثیری که اثرات نسبی تلقی می‌شود و تأثیراتی که اثرات مطلق محسوب می‌شود، پی

ببرند. بیماران، متخصصان سلامت و تصمیم‌گیران در مورد برنامه‌ها و سیاست‌های سلامت به احتمال زیاد مداخله‌ای را

انتخاب می‌کنند که تأثیرش به‌عنوان تأثیر نسبی نه مطلق گزارش می‌شود. مثلا، مطالعه‌ای گزارش کرد که 61 درصد از

نمونه‌ای از متخصصان سلامت در استرالیا موافقت که برنامه‌ی غربال‌گری سرطان روده‌ی بزرگ را اجرا کنند که میزان مرگ و

میر ناشی از سرطان روده را تا 17 درصد کاهش می‌دهد (کاهش نسبی ریسک). در مقابل، فقط 24 درصد از متخصصان سلامت پذیرفتند برنامه‌ای را اجرا کنند که موجب کاهش مطلق 0.4 درصدی در میزان مرگ و میر ناشی از سرطان روده می‌شود (کاهش مطلق ریسک). در واقع، هر دو برآورد از یک برنامه انجام شد (برای توضیح تفاوت بین اثرات نسبی و مطلق به جدول 4 در بخش 10 رجوع شود).

4. سیاست‌گذاران و دیگران چقدر می‌توانند به تاثیرات برآوردشده مطمئن باشند؟

شش عامل می‌تواند اطمینانمان را به برآورد تاثیر سیاست یا برنامه‌ای خاص کاهش دهد:

- طراحی ضعیف مطالعه
- سایر محدودیت‌های مطالعه
- عدم دقت
- نتایج متناقض
- غیرمستقیم بودن شواهد
- سوگیری انتشار

ارزیابی این عوامل ناگزیر فعالیتی فنی است. لازم نیست سیاست‌گذاران درک دقیقی از این عوامل یا چگونگی ارزیابی‌شان داشته باشند. اما هم سیاست‌گذاران و هم کارکنان پشتیبانی فنی‌شان همچنان می‌توانند از شناخت دلیل اهمیت این عوامل مهم بهره ببرند.

مطالعاتی که در آنها برنامه‌ای تصادفاً انتخاب می‌شود ریسک تفاوت‌های ناشناخته یا اندازه‌گیری نشده را بین گروه‌های مورد مقایسه کاهش می‌دهد. انتخاب تصادفی اطمینان می‌دهد که اثرات سیاست به برنامه و نه برخی از عوامل دیگر ربط داده می‌شود. مطالعاتی که انتخاب تصادفی را استفاده می‌کنند فقط می‌توانند به تفاوت‌های اندازه‌گیری شده بپردازند. مثلاً، مطالعه‌ای که در آن کامیونیتی‌ها تصادفاً به برنامه یا سیاست خاصی نظیر صدور مجوز به خرده‌فروشان دخانیات تخصیص می‌یابند، شواهد قانع‌کننده‌تری از اثرات آن سیاست ارائه می‌کنند، نه مطالعه‌ای که کامیونیتی‌هایی را مقایسه می‌کند که

خودشان تصمیم گرفته‌اند سیاست خاصی را اجرا کنند یا خیر. دلیلش این است که کامیونیتی‌هایی که تصمیم به اجرای سیاست خاصی می‌گیرند احتمالاً، متفاوت از کامیونیتی‌هایی هستند که این تصمیم را نگرفتند، چون این تصمیم می‌تواند بر نتایج مدنظر تاثیر گذارد (در این مورد، رواج سیگار کشیدن). بنابراین، نمی‌توان فهمید آیا تفاوت در نتایج ناشی از سیاست یا برنامه یا به دلیل تفاوت‌های دیگر بین کامیونیتی‌هاست.

جدول 5: بهترین برآوردها از اثرات چیست؟ مثال موردی: صدور مجوز به خرده‌فروشان دخانیات

گزارش کارشناسی (به دستور دولت) در مورد سیاست‌های کاهش سیگار کشیدن نوجوانان برآورد کرد که صدور مجوز به خرده‌فروشان دخانیات موجب کاهش نسبی 10 درصدی تعداد سیگاری‌ها می‌شود. با استفاده از رواج فعلی سیگاری‌ها به‌عنوان مرجع، کاهش 1.650 سیگاری در سال تاثیر مطلق سیاست کاهش سیگار کشیدن نوجوانان برآورد شد. براساس مدل‌های اپیدمیولوژیک افزایش خطر مرگ و میر ناشی از سیگار کشیدن، کارشناسان برآورد کردند که سیاست کاهش سیگار کشیدن نوجوانان در سال جان نه هزار و دویست و چهل نفر را نجات می‌دهد. هیچ فاصله‌ی اطمینانی ارائه نشد، هر چند اذعان شد که تاثیر واقعی بسیار نامعلوم است و طیف وسیعی از برآوردها برای محاسبه‌ی مقرون‌به‌صرفگی صدور مجوز به خرده‌فروشان دخانیات استفاده شد. هزینه‌های اداری براساس برآورد تعداد خرده‌فروشان دخانیات، گمانه‌زنی در مورد هزینه‌ی پردازش هر مجوز و گمانه‌زنی در مورد هزینه‌ی هر بازرسی (برای چک کردن رعایت قانون با الزام به عدم فروش دخانیات به خردسالان) تخمین زده شد. با استفاده از این مفروضات مختلف، کل هزینه‌ی برآوردشده بین 7.2 میلیون تا 10.5 میلیون (n) برآورد شد.

جدول 6: فواصل اطمینان

فاصله‌ی اطمینان (IC) محدوده‌ی حول برآورد است و میزان دقت آن برآورد را نشان می‌دهد. فاصله‌ی اطمینان به‌عنوان راهنما نشان می‌دهد چقدر می‌توان در مورد کثیت مدنظر مطمئن بود (مثلاً، تاثیر سیاستی خاص بر نتیجه‌ی مدنظر). هر چه دامنه‌ی بین اعداد بالایی و پایینی فاصله‌ی اطمینان کمتر باشد، برآورد دقیقتر است و در مورد مقدار واقعی می‌توان مطمئن‌تر بود. هر چه دامنه وسیع‌تر باشد، احتمال قطعیت آن کمتر می‌شود. پهنا یا دامنه‌ی فاصله‌ی اطمینان میزان دخیل بودن شانس را در برآورد مشاهده‌شده مشخص می‌کند (فواصل وسیع‌تر احتمال عامل بودن شانس را افزایش می‌دهد). فاصله‌ی اطمینان 95 درصدی به این معناست که می‌توانیم 95 درصد مطمئن باشیم اندازه‌ی واقعی تاثیر بین حد اطمینان بالایی و پایینی است. از طرف دیگر، 5 درصد احتمال دارد که تاثیر واقعی خارج از این محدوده باشد.

محدودیت‌های دیگر مطالعه می‌تواند بر ارزیابی‌های تصادفی و غیرتصادفی تاثیر، اثر گذارد. داده‌های ناقص یا اندازه‌گیری غیرقابل اطمینان نتایج خطر برآورد مغرضانه را افزایش می‌دهد و در نتیجه اطمینان به برآوردهای بدست‌آمده کمتر خواهد بود.

عدم دقت (فاصله‌ی اطمینان گسترده) موجب می‌شود با اطمینان کمتری شانس را به‌عنوان عامل تاثیرگذار بر تفاوت نتایج بین گروه‌های مقایسه‌ای حذف کنیم. در نتیجه، اطمینانمان به تاثیر برآوردشده کاهش می‌یابد (جدول 6 مفهوم فواصل اطمینان را با جزئیات بیشتری توضیح می‌دهد).

اگر مطالعات مختلف در مورد سیاست یا برنامه‌ی مشابه نتایج متناقضی داشته باشند و هیچ توضیح قانع‌کننده‌ای برای این تفاوت‌ها وجود نداشته باشد، نمی‌توان چندان مطمئن بود اثرات مورد انتظار ناشی از اجرای سیاست یا برنامه‌ی مدنظر باشد. مطالعات ممکن است از بسیاری جهات رابطه‌ی مستقیمی با سوال خاصی نداشته باشند. در نتیجه، اطمینان به نتایج آن مطالعه کمتر می‌شود. همانطور که در بالا ذکر شد، اگر نتیجه‌ی به‌طور غیرمستقیم مرتبط (نظیر فشار خون) به جای نتیجه‌ی مهمی نظیر بیماری قلبی-عروقی اندازه‌گیری شود، اطمینانمان به تاثیر سیاست بر نتیجه‌ی مهم کاهش می‌یابد (که برای آن نتیجه‌ی غیرمستقیم جانشین محسوب می‌شود). اگر فقط مقایسه‌های غیرمستقیم ارائه شود، اطمینان کمتر خواهد بود. مطالعاتی که مقایسه‌ی سر به سر بین گزینه‌ی مقایسه‌ای با شاهد (بدون مداخله) انجام نمی‌دهند و مطالعاتی که گزینه‌ی متفاوتی را با شاهد مقایسه می‌کنند، چندان قابل اطمینان نیستند. تفاوت‌ها بین مطالعه و محیط مدنظر موجب غیرمستقیم شدن شواهد می‌شود. این تفاوت‌ها عبارت است از:

- ویژگی‌های جمعیت
- گزینه‌ی مدنظر یا
- وضع فعلی یا گزینه‌ی مقایسه‌ای

احتمال انتشار مطالعاتی که اثرات آماری معناداری می‌یابند اغلب بیش از مطالعاتی است که تاثیرات این چنینی را پیدا نمی‌کنند. وقتی «یکسونگری انتشار» محتمل به نظر می‌رسد، اطمینان به برآوردهایی که فقط ناشی از مطالعات منتشرشده است، کاهش می‌یابد. یکسونگری انتشار را باید در مواردی در نظر گرفت که اندازه‌ی مطالعات کوچک است، خصوصاً اگر این مطالعات مورد حمایت مالی صنعت باشد یا اگر محققان تضاد منافع مشابه دیگری داشته باشند.

به طور خلاصه، ارزیابی «کیفیت» یا استواری شواهد و اطمینان به برآوردهای اثرات احتمالی گزینه‌ها مستلزم این است که همه‌ی عوامل ذکر شده در بالا مدنظر قرار گیرد. هیچ قانون ثابتی برای ارزیابی این عوامل وجود ندارد. اما قضاوت‌ها در مورد کیفیت شواهد که به صراحت به هر عامل می‌پردازد احتمال نادیده گرفته شدن عوامل مهم را کاهش می‌دهد. همچنین، این قضاوت‌ها احتمال ارزیابی‌های مغرضانه‌ی شواهد را کاهش می‌دهد (مثلاً، جدول 7). استفاده از رویکرد شفاف و نظام‌مند نظیر رویکرد گرید (جدول 8) بررسی قضاوت‌های انجام شده را آسان‌تر می‌کند.

جدول 7: چقدر به اثرات برآورد شده اطمینان داریم؟ مثال موردی: صدور مجوز برای خرده‌فروشان دخانیات

گزارش کارشناسی که دولت مربوطه درخواست کرد، نتیجه گرفت که مبنای تجربی استواری برای صدور مجوز به خرده‌فروشان دخانیات وجود دارد، اما مبنای این قضاوت نامشخص است. کارشناسان بررسی نظام‌مندی که در جدول 3 عنوان شده یا هر بررسی نظام‌مند دیگری را به عنوان مبنای برآوردهایشان انجام ندادند یا ذکر نکردند، هرچند بررسی نظام‌مند در دسترس بود. برخلاف قضاوت بدون توضیح کارشناسان، با استفاده از رویکرد گرید شواهد خلاصه‌شده در بررسی نظام‌مند ارزیابی شد. این ارزیابی نشان داد که کیفیت شواهد برای همه‌ی نتایج مهم بسیار پایین است. (برای اطلاعات بیشتر مربوط به سیستم ارزیابی گرید، به جدول 8 رجوع شود). در جدول 1، خلاصه‌ای از یافته‌های گزارش کارشناسان در قالب ترازنامه برای این تصمیم‌گیری ارائه شده است. همچنین، در جدول 1، با استفاده از رویکرد گرید کیفیت شواهد برای سه برآورد ارزیابی می‌شود.

نویسندگان بررسی نظام‌مند (که شامل طیف وسیع‌تری از مداخلات و طرح‌های مطالعه می‌شد) نتیجه گرفتند که انجام مداخلات با خرده‌فروشان می‌تواند موجب کاهش چشمگیر تعداد مراکز فروش دخانیات به نوجوانان شود. با این حال، تعداد محدودی از کامیونیتی‌های مورد مطالعه در این بررسی به سطوح پایدار رعایت بالای قانون منع فروش دخانیات به خردسالان دست یافتند. همین امر تعداد پایین شواهد را برای تاثیر مداخلات بر برداشت نوجوانان از سهولت دسترسی به دخانیات و بر رفتار سیگار کشیدن نشان می‌دهد. برآوردهای «بدبینانه‌ی» مزایا در جدول 1 منطبق با یافته‌های بررسی نظام‌مند است و در گزارش کارشناسی در نظر گرفته نشد.

جدول 8: سیستم گرید برای ارزیابی کیفیت شواهد

ارزیابی کیفیت شواهد مستلزم تصمیم‌گیری در مورد میزان اطمینان از صحت برآورد تاثیر است. گرید رویکرد نظام‌مند و شفافی برای انجام این قضاوت‌ها در مورد هر یک از نتایج مهم برای تصمیم‌گیری می‌کند. قضاوت‌ها براساس نوع طراحی مطالعه (کارآزمایی‌های تصادفی در مقابل مطالعات مشاهده‌ای)، ریسک سوگیری (محدودیت‌های مطالعه)، همسانی نتایج مطالعات و دقت برآورد کلی در مطالعات هستند. براساس این ملاحظات برای هر نتیجه، کیفیت شواهد با استفاده از تعاریف زیر، بالا، متوسط، پایین یا بسیار پایین رتبه‌بندی می‌شود:

بالا	مطمئن به اینکه تاثیر واقعی نزدیک به برآورد تاثیر است
متوسط	تاثیر واقعی احتمالاً نزدیک به برآورد تاثیر است، اما احتمالی وجود دارد که اساساً متفاوت است
پایین	تاثیر واقعی می‌تواند اساساً متفاوت از برآورد تاثیر باشد
بسیار پایین	بسیار نامطمئن در مورد برآورد

5. آیا احتمال دارد مدل اقتصادی رسمی تصمیم‌گیری را تسهیل کند؟

مدل‌های اقتصادی رسمی نظیر تحلیل‌های مقرون‌به‌صرفگی و تحلیل‌های هزینه-کارایی به تصمیم‌گیری در مورد تعادل بین تبعات مطلوب و نامطلوب یک گزینه‌ی سیاستی کمک می‌کنند. مدل‌های اقتصادی می‌توانند برای تصمیم‌گیری پیچیده و برای ارزیابی میزان حساسیت تصمیم به برآوردها یا مفروضات کلیدی ارزشمند باشند. هرچند، یک مدل فقط به اندازه‌ی داده‌هایی که به آن وابسته است، خوب است. وقتی مزایا، مضرات یا استفاده از منابع براساس شواهد بی کیفیت ارزیابی می‌شود، نتایج لزوماً به شدت حدسی خواهد بود (مثالی که در جدول 9 ارائه شده است).

در صورت وجود موارد زیر، مدل اقتصادی کامل به احتمال زیاد به تصمیم‌گیری کمک می‌کند:

- تفاوت زیاد در منابع مصرف‌شده بین گزینه‌های مورد مقایسه
- سرمایه‌گذاری‌های ثابت کلان نظیر ساخت تاسیسات جدید لازم باشد
- ابهام در مورد اینکه آیا مزایای خالص ارزش هزینه‌های تفاضلی را دارد یا خیر
- شواهد باکیفیت در مورد مصرف منابع

همچنین، با کاوش حساسیت تحلیل به طیفی از برآوردهای پذیرفتنی، مدل اقتصادی را می‌توان برای شفاف‌سازی اطلاعات ضروری استفاده کرد.

متأسفانه، احتمال ناقص یا مغرضانه بودن تحلیل‌های مقرون‌به‌صرفگی منتشر شده وجود دارد (خصوصاً تحلیل‌هایی که برای داروها انجام می‌شود). همچنین، این تحلیل‌ها مختص محیط خاصی هستند که از جهات مهمی با محیط مدنظر تفاوت دارد. بنابراین، سیاست‌گذاران ممکن است به دنبال ایجاد مدل‌های اقتصادی رسمی خودشان باشند. برای این منظور، آنها باید تخصص و منابع لازم را داشته باشند.

نتیجه‌گیری

ارزیابی توازن بین مزایا و معایب گزینه‌های سیاستی بر اتخاذ تصمیمات سیاستی تأثیر می‌گذارند. همانطور که توصیه کرده‌ایم، این ارزیابی‌ها را باید به‌طور نظام‌مند و شفاف انجام داد. وقتی مزیت خالص (یعنی، تفاوت بین نتایج مطلوب و نامطلوب) بیش

از هزینه‌ها باشد، در مورد اتخاذ آن تصمیم مطمئن‌تر می‌شویم. وقتی مزیت خالص کمتر از هزینه‌ها باشد، اطمینان‌مان کم می‌شود.

در کل، هر چه اطمینانمان به اثرات احتمالی سیاست خاصی کم باشد، هنگام تصمیم‌گیری برای اجرای آن اطمینان کمتری خواهیم داشت. استثنائاتی در این مورد وجود دارد: نخست، ممکن است به‌قدری اطمینانمان به تاثیر سیاست خاص کم باشد که راحت تصمیم بگیریم آن سیاست را اجرا نکنیم.

دوم، حتی اگر اطمینان کمی به مزایای سیاست خاص داشته باشیم، تصمیم به انجام آن می‌تواند راحت باشد، صرفاً به این خاطر که احتمال زیان کم است یا هیچ ریسکی وجود ندارد، هزینه‌ی بالایی ندارد و ممکن است مزایایی هم داشته باشد. بسیاری از انواع اطلاعات سلامت را می‌توان به این صورت طبقه‌بندی کرد. هر چند سیاست‌گذاران باید در مورد این فرض که سیاست‌ها و برنامه‌های ظاهراً بی‌ضرر نمی‌توانند مضر باشند، محتاط باشند. حتی اقدامی به‌سادگی ارائه‌ی اطلاعات سلامتی می‌تواند در واقع مرگبار باشد. مثلاً، تقریباً به مدت 50 سال به مادران توصیه می‌شد نوزادانشان را باید رو به شکم بخوابانند. این توصیه‌ی ظاهراً بی‌خطر موجب ده‌ها هزار مرگ و میر ناشی از سندروم مرگ ناگهانی نوزادان شد.

در آخر، به‌رغم ابهامات جدی در مورد تاثیرات احتمالی سیاست یا برنامه‌ای خاص، به‌راحتی می‌توان نتیجه گرفت که اقدام مطمئن فقط باید در بستر ارزیابی خوش‌ساخت اثرات آن انجام شود.

حتی وقتی در مورد تاثیر سیاست یا برنامه‌ای خاص مطمئن هستیم، اجرای آن می‌تواند در اولویت نباشد. میزان اطمینان ما عامل مهمی برای تصمیم‌گیری در مورد انجام اقدامی خاص و میزان در اولویت بودن انجام آن است. سایر عوامل نظیر مواردی که در جدول 10 شرح داده شده است مشخص می‌کند آیا اجرای سیاست یا برنامه‌ای خاص اولویت است یا خیر.

جدول 9: آیا احتمال دارد مدل اقتصادی رسمی مفید باشد؟ مثال موردی: صدور مجوز به خرده‌فروشان دخانیات

گزارش کارشناسی به دستور دولت مربوطه شامل تحلیل اقتصادی می‌شد. این گزارش نتیجه گرفت که هزینه‌ی هر سال افزایش عمر با صدور مجوز به خرده‌فروشان دخانیات و انجام آزمون پایبندی به قانون منع فروش دخانیات به خردسالان بین تقریباً 900n و 2000n9 و بهترین برآورد 8000n بود. محققان اذعان کردند که ابهام قابل توجهی در مورد برآوردهایشان وجود دارد. آنها تمرکز بر طیف وسیعی از برآوردها نه بهترین برآوردها را پیشنهاد کردند. باوجوداین، آنها برآوردهای دقیقی را گزارش کردند (براساس مفروضاتی که انجام دادند) و نتیجه گرفتند که مبنای تجربی قوی برای توصیه‌ی صدور مجوز برای خرده‌فروشان دخانیات وجود دارد. در نتیجه، سیاست‌گذارانی که نتوانستند دید انتقادی در مورد این گزارش داشته باشند، نتیجه گرفتند (به نظر ما به غلط) که این گزارش شواهد باکیفیتی ارائه کرده است. این شواهد نشان می‌دهد صدور مجوز برای خرده‌فروشان دخانیات به اندازه‌ی طیف وسیع خدمات پیشگیرانه‌ی بالینی با بودجه‌ی دولت، مقرون به صرفه است (یا حتی مقرون به صرفه‌تر). بررسی نظام‌مندتر شواهد اساسی و خلاصه‌ای از یافته‌ها که شامل قضاوت‌های نظام‌مندتر و شفاف در مورد کیفیت شواهد می‌شد (جدول 1) مبنای بهتری برای تصمیم‌گیری فراهم کرد.

جدول 10: عوامل تعیین‌کننده‌ی اهمیت اجرای برنامه‌ها و سیاست‌های سلامت

عوامل زیر را می‌توان گاهی به‌طور مستقل (یا به‌صورت ترکیبی) معیاری برای اولویت‌بندی اجرای برنامه‌ها و سیاست‌های سلامت در نظر گرفت:

- مسئله چقدر جدیست - هر چه مسئله جدی‌تر باشد، به احتمال زیاد سیاست یا برنامه‌ای که به مسئله رسیدگی می‌کند، در اولویت خواهد بود.
- تعداد افرادی که تحت تاثیر مسئله قرار می‌گیرند - هر چه افراد بیشتری تحت تاثیر مسئله قرار گیرند، سیاست یا برنامه‌ای که به مسئله رسیدگی می‌کند، به احتمال زیاد در اولویت خواهد بود.
- مزایا - هر چه مزیت بیشتر باشد، احتمال در اولویت بودن سیاست یا برنامه‌ی رسیدگی‌کننده به آن مسئله بیشتر می‌شود.
- عوارض جانبی - هر چه ریسک اثرات نامطلوب بیشتر باشد، احتمال در اولویت قرار گرفتن سیاست یا برنامه کاهش می‌یابد.
- استفاده از منابع (هزینه‌ها) - هر چه هزینه بیشتر باشد، احتمال در اولویت قرار گرفتن سیاست یا برنامه کاهش می‌یابد.
- مقرون به صرفگی - هر چه هزینه در هر واحد مزیت کمتر باشد، احتمال در اولویت قرار گرفتن سیاست یا برنامه بیشتر می‌شود.
- تاثیرات بر برابری - سیاست‌ها یا برنامه‌هایی که نابرابری‌ها را کاهش می‌دهند، بیش از سایر برنامه‌ها یا سیاست‌ها (یا سیاست‌ها یا برنامه‌هایی که نابرابری‌ها را افزایش می‌دهند) در اولویت خواهند بود.

تصمیم‌گیری در مورد اولویت‌ها باید به استدلال یا معیارهای اشتراکی نظیر ایده‌های ذکر شده در بالا متکی باشد. همچنین، اولویت‌ها باید بررسی شوند و از حیث ملاحظات که ذینفعان مطرح می‌کنند، جذابیت داشته باشند. قوانین و مقررات باید اطمینان دهد که این سه شرط برآورده می‌شود. وقتی معیارهایی نظیر موارد بالا به‌طور ضمنی نه صریح استفاده می‌شود، قضاوت در مورد مناسب بودن معیارها یا تصمیمات دشوار می‌شود.

بخش هفدهم : پرداختن به شواهد تحقیقاتی ناکافی

پیش زمینه

در این بخش، پنج سوالی را مطرح می کنیم که سیاست گذاران و حامیانشان می توانند در سناریوهای حاوی شواهد ناکافی برای قضاوت در مورد تاثیر سیاست ها و برنامه های مختلف بپرسند.

این تصور که می توان اثرات برنامه یا سیاست سلامت را با قطعیت پیش بینی کرد، غیرواقع بینانه است. بسیاری از تمهیدات راهبری، مالی و تحویل داروها با دقت ارزیابی نشده اند. همچنین، بسیاری از این برنامه ها، خدمات و داروهایی که این تمهیدات پشتیبانی می کنند، با دقت ارزیابی نشده اند. اما، همچنان سیاست گذاران باید صرف نظر از دسترس پذیری (یا کمبود) شواهد برای اتخاذ تصمیمات آگاهانه، تصمیماتی اتخاذ کنند.

در این بخش، تصمیمات اتخاذ شده در موقعیت هایی را بررسی می کنیم که شواهد کافی نشان نمی دهد آن تصمیم تاثیر مدنظر یا تاثیرات ناخواسته (و نامطلوب) را دارد یا خیر. اشتباهات رایجی که در صورت وجود شواهد ناکافی صورت می گیرد، عبارت است از: ایجاد مفروضات در مورد شواهد بدون بررسی نظام مند، اشتباه گرفتن فقدان شواهد با شواهد مبنی بر عدم تاثیر، این فرض که شواهد ناکافی لزوما حاکی از عدم اطمینان در مورد تصمیم است و این فرض که اطمینان حاصل کردن تمارضی، مصلحت سیاسی است. در این بخش، چهار سوالی که به اجتناب از این اشتباهات رایج کمک می کند، ارائه می کنیم.

سوالاتی که باید در نظر گرفت:

اگر شواهد کافی برای اطمینان از اثرات اجرای سیاست یا برنامه ای خاص در دسترس نیست، سوالات زیر را باید در نظر گرفت:

1. آیا بررسی نظام مندی در مورد اثرات گزینه ی سیاستی وجود دارد؟
2. آیا شواهد غیرقطعی به اشتباه به عنوان شواهد عدم تاثیر تفسیر شده است؟
3. آیا می توان به رغم فقدان شواهد، در مورد تصمیمی مطمئن بود؟
4. آیا گزینه ی سیاستی به طور بالقوه مضر یا بی اثر است یا ارزش هزینه کردن ندارد؟

1. آیا بررسی نظام مندی در مورد اثرات گزینه ی سیاستی انجام شده است؟

دانستن اینکه چه شواهدی در دسترس است، اولین گام در رسیدگی به فقدان ادراک شده‌ی شواهد است. ایجاد مفروضات در مورد دسترس‌پذیری شواهد بدون مراجعه به بررسی‌های نظام‌مند خطرناک است. ملاحظات مربوط به یافتن بررسی‌های نظام‌مند و ارزیابی انتقادی آنها در بخش‌های 5 و 6 بررسی شده‌اند.

برای بسیاری از سوالات مربوط به نظام‌های سلامت، امکان یافتن بررسی‌های نظام‌مند به‌روز و مرتبط وجود ندارد. مثلاً، این شناخت گسترده وجود دارد که کادر درمان برای دستیابی به اهداف توسعه‌ی هزاره و سایر اهداف بهداشتی ضروری‌اند. با این حال، با وجود این که مرور کلی بر بررسی‌های نظام‌مند سیاست‌های سلامت متمرکز بر کادر درمان انجام شده است، مرور کلی انجام‌شده تعداد محدودی شواهد تحقیقاتی باکیفیت و تلفیقی در مورد اثرات چند سیاست بر بهبود کادر درمان (نیروی انسانی در حوزه‌ی سلامت) پیدا کرد. سایر مرورهای کلی انجام‌شده بر بررسی‌های نظام‌مند خلاءهای مشابهی را یافته‌اند. فقدان بررسی‌های نظام‌مند لزوماً بیانگر فقدان شواهد نیست. اما تحت شرایط این چنینی، سیاست‌گذاران به‌سختی متوجه می‌شوند چه شواهدی موجود است (جدول 1).

در صورت محدودیت منابع یا وقت، ارزیابی‌های سریعی باید انجام شود. این ارزیابی‌ها باید روش‌های مورد استفاده و هرگونه محدودیت روش‌شناختی یا ابهام مربوطه را به‌وضوح نشان دهد. همچنین، این ارزیابی‌ها باید به‌لزوم و فوریت انجام بررسی نظام‌مند و کامل در آینده بپردازد. هر زمان بررسی نظام‌مند مناسب و به‌روز و باکیفیتی در دسترس نباشد، باید دستور انجام بررسی جدید صادر شود. فرایندهای مناسب باید استفاده شود و بررسی‌های نظام‌مند باید اولویت‌بندی شود. با ایجاد و تقویت همکاری‌های بین‌المللی نظیر همکاری کوکران <http://www.cochrane.org> می‌توان از تکرار غیرضروری تلاش‌ها برای تولید بررسی‌های نظام‌مند اجتناب کرد و از دسترس‌پذیری بررسی‌های به‌روز اطمینان یافت.

2. آیا شواهد غیرقطعی به اشتباه به‌عنوان شواهد عدم‌تأثیر تفسیر می‌شود؟

اشتباه گرفتن «فقدان شواهد مبنی بر تأثیر» با «شواهد عدم‌تأثیر» یکی دیگر از اشتباهات رایجی است که در صورت غیرقطعی بودن شواهد صورت می‌گیرد. این ادعا غلط است که شواهد غیرقطعی نشان می‌دهد سیاست یا برنامه‌ی خاص هیچ تأثیری ندارد. معناداری آماری را نباید با اهمیت اشتباه گرفت.

وقتی نتایج از نظر آماری معنادار نیست، نمی‌توان فرض کرد گزینه‌ی سیاستی هیچ تأثیری ندارد. معمولاً، برش (کاهش) 5 درصدی برای نشان دادن معناداری آماری استفاده می‌شود. این بدان معناست که اگر تحلیل نشان دهد انتظار می‌رود تفاوت‌هایی به بزرگی تفاوت مشاهده‌شده (یا بزرگتر) به‌طور تصادفی از هر بیست بار، یک بار اتفاق بیفتند ($p \geq 0.05$)، نتایج از نظر آماری غیرمعنادار تلقی می‌شود. با این حال، این فرض دو مشکل دارد. نخست، نقطه‌برش 5 درصدی اختیاری است. دوم، نتایج از نظر آماری غیرمعنادار (که اغلب به اشتباه برچسب منفی به آن زده می‌شود) ممکن است غیرقطعی باشد یا نباشد. در جدول 2، این نکته بیشتر بحث و بررسی شده است و شکل 1 نشان می‌دهد چگونه استفاده از اصطلاح «از نظر آماری غیرمعنادار» یا «منفی» می‌تواند گمراه‌کننده باشد.

روندهایی که مثبت (یعنی، به نفع گزینه‌ی سیاستی خاص) است اما از نظر آماری معنادار نیست، اغلب «نویدبخش» توصیف می‌شود و این برداشت می‌تواند گمراه‌کننده باشد. در مقابل، روندهای «منفی» با همان بزرگی معمولاً «علائم هشداردهنده» توصیف نمی‌شود.

سیاست‌گذاران باید آگاه باشند که محققان معمولاً مرتکب این اشتباهات می‌شوند. برای اجتناب از گمراه شدن، سیاست‌گذاران باید مراقب سوءتعبیرها از معناداری آماری باشند.

جدول 1: بررسی مستقل نابرابری‌ها در حوزه‌ی سلامت - مثالی از لزوم بررسی‌های نظام‌مند به‌روز برای آگاهی از شواهد موجود

در سال 1997، حزب کارگر منتخب انگلیس مشتاق بود نابرابری‌ها را در حوزه‌ی سلامت کاهش دهد. برای این منظور، حزب کارگر تصمیم گرفت از جامعه‌ی بهداشت عمومی در مورد چگونگی کاهش نابرابری‌ها مشورت بگیرد. اما حزب کارگر محدودیت‌های واضحی در مورد اینکه چه توصیه‌هایی پذیرفتنی است، ایجاد کرد. دولت می‌خواست این توصیه را سریعاً دریافت کند، اما تصریح کرد که توصیه باید همراه با شواهد باشد. دولت به صراحت اعلام کرد سیاست عمومی باید مبتنی بر شواهد باشد. کامیونیتی سلامت عمومی و سایر کامیونیتی‌ها مشتاقانه به این درخواست پاسخ دادند. مطالب قابل توجهی با انجام تحقیقات تولید شد و توصیه‌های زیادی ارائه شد.

با این حال، بررسی‌های بعدی که بر روی توصیه‌ها صورت گرفت شواهد محدودی در مورد اثربخشی احتمالی یا واقعی بسیاری از توصیه‌ها ارائه کرد. جستجوهای کافی برای یافتن شواهد مربوطه یا تلاش کافی برای اجتناب از سوگیری در نحوه‌ی شناسایی، ارزیابی و استفاده از اطلاعات صورت نگرفته بود. این بدان معنا نیست که دولت‌ها نمی‌توانند سیاست‌هایی بدون پشتوانه‌ی شواهد بی‌چون و چرا ایجاد یا اجرا کنند. با این حال، فقدان شواهد مستدل موجب می‌شود دولت‌ها نتوانند به راحتی در مورد اولویت‌ها تصمیم بگیرند. آمادگی محققان برای توصیه‌ی سیاست‌ها، ضمن آگاهی محدود از اثربخشی احتمالی آن سیاست‌ها، ایجاد سیاست‌ها را دشوارتر می‌سازد.

اگر بررسی‌های نظام‌مند و به‌روزی در دسترس بود، تصمیم‌گیری در مورد اولویت‌بندی سیاست‌ها در انگلیس به مراتب راحت‌تر می‌شد. همچنین، اگر سیستمی وجود داشته باشد که همزمان با ظهور اطلاعات و شواهد جدید از بررسی‌های نظام‌مند به‌روز، توصیه‌های مبتنی بر تحقیقات را مرتباً بازبینی کند، می‌توان اطمینان یافت که اعمال تغییرات در سیاست‌ها امکان‌پذیر است. وجود سیستم این چنینی موجب می‌شود وقتی تحقیقات مشابهی انجام می‌شود یا سیاست‌های مشابهی در کشورهای دیگر اتخاذ می‌شود، از سختی‌های آتی و مشابه اجتناب شود. شبکه‌های بین‌المللی نظیر بنیاد همکاری کوکران

<http://www.campbellcollaboration.org> (که بر آموزش، جرم و جنایت و عدالت و رفاه اجتماعی تمرکز دارد) و بنیاد همکاری کمپبل <http://www.cochrane.org> (که بر خدمات درمانی تمرکز دارد) و بنیاد همکاری کمپبل <http://www.campbellcollaboration.org> (که بر آموزش، جرم و جنایت و عدالت و رفاه اجتماعی تمرکز دارد) سازوکارهایی برای آماده‌سازی و به‌روز نگاه داشتن بررسی‌های نظام‌مند دارند. این سازوکارها می‌توانند استفاده‌ی موثرتر از شواهد را تسهیل کنند.

منابع عمومی چشمگیری به تحقیقات اولیه تخصیص یافته است و همچنان این سرمایه‌گذاری قابل‌توجه است. اما بازده این سرمایه‌گذاری‌ها بسیار کمتر از انتظار است و نتایج پراکنده است. اگر بررسی‌های نظام‌مند و به‌روز راحت‌تر در دسترس باشد، افرادی که با همان وظایف و چارچوب‌های زمانی محققان در انگلیس مواجهند، از این بررسی‌ها بهره‌مند خواهند شد. در رابطه با ایجاد سیاست‌ها و برنامه‌ها، هیچ پاسخ روشنی به سوال «چه رویکردی موثر است؟» داده نشده است. بررسی نظام‌مند بهترین نقطه‌شروع برای پی بردن به رویکردهای موثر است.

3. آیا می‌توان به‌رغم فقدان شواهد تصمیمی را با اطمینان اتخاذ کرد؟

برخی از سیاست‌گذاران با چارلی براون موافقت می‌کنند. وی اذعان کرد «همیشه مطمئن هستیم که اطمینان داشتن یا نداشتن در مورد تصمیمی به سلیقه‌ی شخصی فرد برمی‌گردد». اما خیلی‌ها موافقت می‌کنند که شواهد باکیفیت مبنای بهتری برای اطمینان از تصمیمات اتخاذشده مهیا می‌کند. باوجوداین، حتی وقتی با کمبود شواهد مواجهیم، دلایل خوبی برای اطمینان داشتن در مورد تصمیمی وجود دارد. مثلاً، شواهد بسیار بی‌کیفیت نشان می‌دهد که دادن آسپیرین به کودکان مبتلا به آنفولانزا یا آبله مرغان موجب سندرم ری می‌شود (سندرم ری بیماری نادر اما مرگباری است). به‌رغم محدودیت‌های این شواهد، در آمریکا با اطمینان عدم‌استفاده از آسپیرین را در این شرایط توصیه کرده‌اند. دلیلش این است که پاراستامول (استامینوفن) جایگزینی ارزان برای آسپیرین است و به همان اندازه هم موثر است و خطری برای کودکان ندارد، هر چند در مورد سطح واقعی ریسک استامینوفن اطمینان کاملی وجود ندارد. بالعکس، منطقی است که سیاست‌ها یا برنامه‌هایی که هزینه‌های بالا و اثرات جانبی به‌طور بالقوه جدی دارند را نباید بدون ارزیابی دقیق تاثیرشان حذف کنیم.

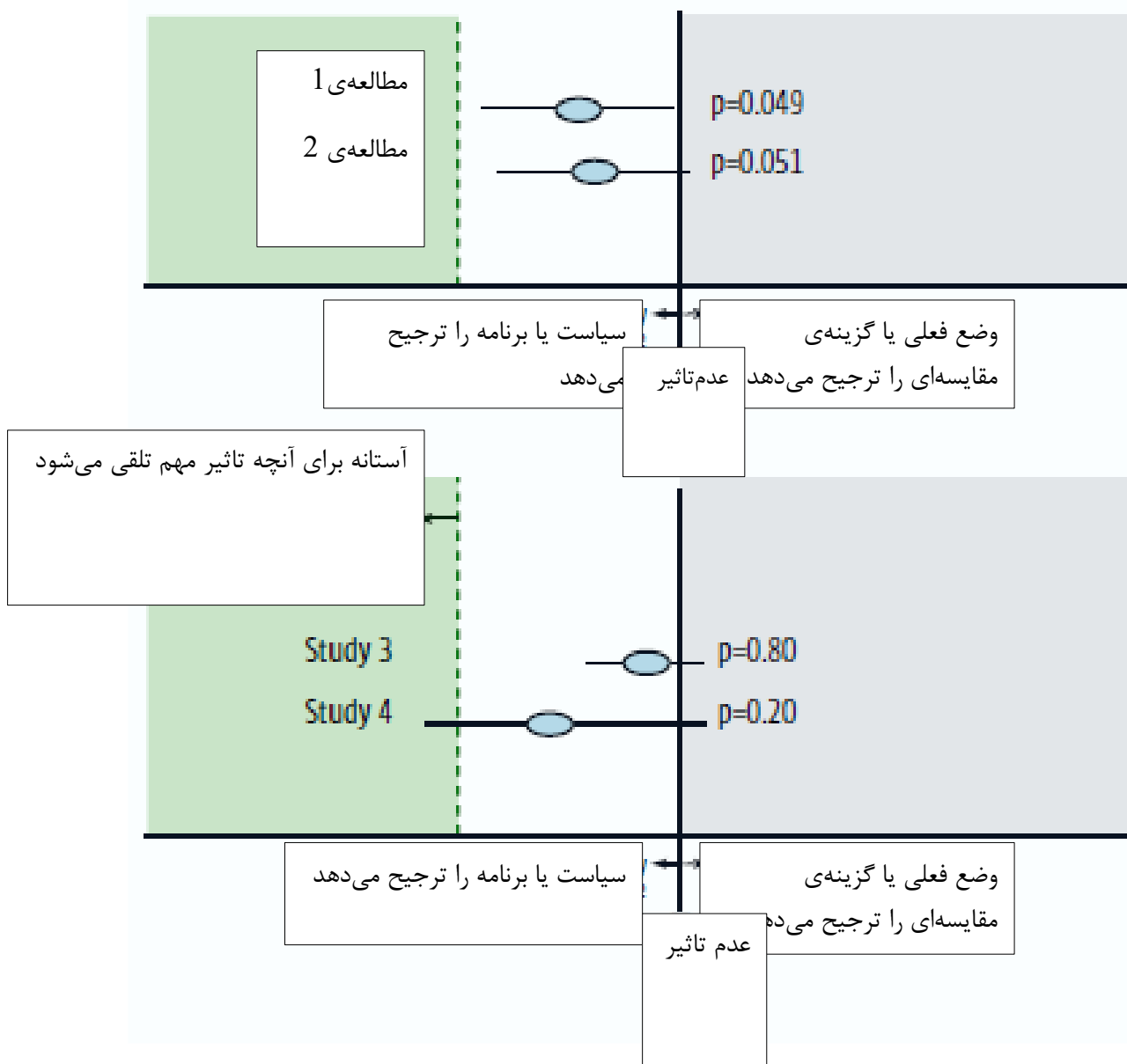
4. آیا گزینه‌ی سیاستی به‌طور بالقوه مضر یا بی‌اثر است یا ارزش هزینه کردن ندارد؟

«نیات خوب حرفه‌ای و نظریات پذیرفتنی برای انتخاب سیاست‌ها و شیوه‌های حفاظت، ارتقا و احیای سلامت کافی نیست. عدم‌اطمینان و عدم‌قاطعیت پیش‌شرط‌هایی برای ارزیابی بی‌طرفانه‌ی تاثیر نسخه‌هایی که سیاست‌گذاران و متخصصان برای دیگران تجویز می‌کنند یا منع می‌کنند، هستند. وقتی تحقیقات برای کاهش احتمال گمراه شدن و تاثیرپذیری ما از سوگیری و شانس و احتمال به مولفه‌ی پیش‌بینی‌پذیر، نه گزینه‌ی اختیاری تصمیم‌گیری سیاستی و حرفه‌ای تبدیل می‌شود، می‌توانیم مسئولانه‌تر و اخلاقی‌تر به عموم خدمت کنیم (آیین چالمرز، ویراستار، کتابخانه‌ی جیمز لیند، سخنرانی در وزارت سلامت و رفاه اجتماعی نوژ، 1 سپتامبر سال 2003).

جدول 2: «عدم معناداری آماری»

شکل 1 نشان می‌دهد وقتی نتایج به دو دسته‌ی «فاقد معناداری آماری» یا «منفی» طبقه‌بندی می‌شود، دو مسئله پدیدار می‌شود. 1. طبقه‌بندی براساس قطع (کاهش) اختیاری است. مثلا، نتایج مطالعه‌ی یک تفاوت جزئی با نتایج مطالعه‌ی دو دارد. اما با استفاده از قطع (کاهش) متعارف $P < 0.05$ ، نتایج مطالعه‌ی یک «از نظر آماری معنادار» و نتایج مطالعه‌ی دو «فاقد معناداری آماری» رتبه‌بندی می‌شوند. 2. نتایج «فاقد معناداری آماری» ممکن است غیرقطعی باشد یا نباشد. اگر خط عمودی سبز و کوتاه در شکل زیر کوچک‌ترین تأثیری را که مهم تلقی می‌شود، نشان دهد، نتایج مطالعه‌ی سه قطعی خواهد بود، زیرا تأثیر مهم بسیار غیرمحتمل است. نتایج مطالعه‌ی 4 «غیرقطعی» طبقه‌بندی می‌شود، زیرا بعید نیست تأثیر مهمی وجود داشته باشد (95 درصد از فاصله‌ی اطمینان از آستانه‌ی آنچه تأثیر مهم تلقی می‌شود، فراتر می‌رود). باین حال، هر دو نتیجه را می‌توان «از نظر آماری غیرمعنادار» یا «منفی» تلقی کرد.

شکل 1: دو مشکل در طبقه‌بندی نتایج به‌عنوان «فاقد معناداری آماری» یا «منفی». نقاط آبی در شکل بالا تأثیر برآوردشده‌ی هر مطالعه را نشان می‌دهد و خطوط افقی فواصل اطمینان 95 درصدی را نشان می‌دهد. فاصله‌ی اطمینان 95 درصدی به این معناست که 95 درصد می‌توانیم مطمئن باشیم که اندازه‌ی واقعی تأثیر بین حد اطمینان بالایی و پایینی قرار دارد (دو سر خط افقی). از طرف دیگر، 5 درصد احتمال دارد تأثیر واقعی خارج از این محدوده باشد.



تایید نکردن عدم قطعیت به خاطر مصلحت سیاسی واقعا خطرناک است. همانطور که در بخش یک اشاره شد، تایید اینکه اطلاعات ناقصی برای اتخاذ سیاست‌ها وجود دارد، می‌تواند ریسک سیاسی را کاهش دهد، زیرا به سیاست‌گذاران امکان می‌دهد در صورت عدم موفقیت سیاست‌ها طبق انتظار، روش‌هایی برای تغییر شرایط ایجاد کنند.

طبق نقل قول بالا، هنگام انتخاب سیاست‌ها و شیوه‌ها، نیت خوب و نظریات پذیرفتنی ناکافیست. این قضیه در مورد سیستم‌های سلامت و مداخلات بالینی صدق می‌کند. در ذیل، نمونه‌هایی از مداخلات بالینی ارائه شده است که بعد از اعتقاد به سودمندی و کاربرد رایج‌شان، نسبتاً بی‌اثر یا مضر دیده شده‌اند:

- محلول‌های آب‌رسان مجدد با اسمولار پایین برای کودکان مبتلا به اسهال

- دیازپام یا فنی‌توئین به جای سولفات منیزیم برای زنان مبتلا به اکلامپسی

- شش جلسه‌ی درمانی قبل از زایمان یا بیشتر به جای چهار جلسه

- کورتیکواستروئیدها برای مبتلایان به ضربه‌ی شدید به سر

- آلبومین به جای آب نمک برای احیا در بیماران به شدت بیمار

- درمان جایگزینی هورمون برای کاهش ریسک بیماری قلبی کرونر و سکته‌ی مغزی در زنان

- حشره‌کش‌های الکترونیک برای پیشگیری از گزش پشه‌ها و عفونت مالاریا

همه‌ی مداخلات بالا براساس نظریات زیربنایی، شواهد غیرمستقیم، نتایج جانشین و مطالعات مشاهده‌ای بوده است. بعداً،

کارآزمایی‌های تصادفی همه‌ی مفروضات اساسی را رد کرد. این قضیه این ادعا را تایید می‌کند که با ارزیابی‌های دقیق انتظارات،

نه گزینه‌ها برای تصمیم‌گیری در مورد انجام مداخلات بالینی، می‌توان مسئولانه‌تر و اخلاقی‌تر به عموم خدمت کرد.

همین دغدغه‌ها در مورد سیستم‌های سلامت و مداخلات سلامت عمومی صدق می‌کند. نمونه‌هایی از سیستم‌های سلامت و

مداخلات سلامت عمومی که به‌طور گسترده‌ای استفاده و حمایت شده است، اما بی‌اثر و مضر است، شامل موارد زیر می‌شود:

- مداخلات آموزشی و اجتماعی برای کاهش ریسک بارداری نوجوانان

- درمان با نظارت مستقیم برای سل
- مالیات برای داروهای ضروری
- بیمارستان‌های خصوصی انتفاعی به جای بیمارستان‌های غیرانتفاعی
- کاهش توزیع ناعادلانه پزشکان با ملزم کردن آنها به صرف حداقل تعداد سال‌ها در مناطق محروم قبل از گرفتن تخصص‌شان

- برخی از اشکال تامین مالی مبتنی بر نتایج یا پرداخت بر مبنای عملکرد
- انعقاد قرارداد با بخش خصوصی برای ارائه‌ی خدمات درمانی

جدول 3: تبعات پاسخ «مثبت» یا «منفی» به جای «فقط در بستر ارزیابی»

همه‌ی کشورها با محدودیت‌های منابع مواجه هستند. به همین دلیل، مثلاً در انگلیس، موسسه‌ی ملی سلامت و تعالی بالینی رسماً این اصل را تایید می‌کند که وقتی عدم قطعیت جدی در مورد اثرات مداخله‌ای وجود دارد، توصیه می‌شود این مداخلات فقط برای انجام تحقیقات استفاده شود. شانزده مورد (تقریباً 4 درصد) از توصیه‌های این موسسه برای ارزیابی فناوری که بین سال‌های 1999 تا اوایل 2007 منتشر شد، استفاده از فناوری را فقط برای انجام تحقیقات توصیه کرد. تبعات اتخاذ تصمیمات غلط با دادن پاسخ مثبت یا منفی به فناوری بدون انجام آن، در زیر خلاصه شده است.

تبعات پاسخ «منفی» دادن به جای «فقط استفاده در تحقیقات»:

- دسترسی بیماران به فناوری‌های نویدبخش و به‌طور بالقوه موثر منع می‌شود
- تاخیرهایی در ایجاد پایگاه شواهد در حوزه‌های کلیدی وجود دارد و تاثیر کلی منفی بر نتایج سلامتی وجود دارد.

تبعات پاسخ «مثبت» به جای «فقط استفاده در تحقیقات»

- دسترسی به مداخلات تاییدنشده و به‌طور بالقوه مضر یا بی‌اثر افزایش می‌یابد
- هر گونه تحقیقات میدانی در جریان یا آتی به‌شدت مختل می‌شود
- منابع محدود هدر می‌رود
- وارونه کردن تصمیم «مثبت» با توجه به هر گونه شواهد آتی، اعتبار را به خطر می‌اندازد و اجرای آن دشوار است.

قبل از تخصیص منابع کمیاب به گزینه‌های سیاستی یا برنامه‌ای که مستلزم سرمایه‌گذاری‌های چشمگیر بازایی ناپذیر است، باید به‌شدت جانب احتیاط را رعایت کرد. اگر عدم قطعیت جدی در مورد تاثیرات گزینه‌های سیاستی وجود داشته باشد، ارزیابی دقیق (نظیر مطالعه‌ی مقدماتی) می‌تواند از احتمال اتلاف منابع جلوگیری کند. اقدامات این چنینی ظاهراً تاخیرهای

غیر ضروری ایجاد می‌کند، اما جولیو فرنک، وزیر سابق بهداشت مکزیک اذعان کرده است: «هم از لحاظ سیاسی، از حیث مسئولیت‌پذیری در قبال آنهایی که بودجه‌ی سیستم را تامین می‌کنند و هم از نظر اخلاقی، از حیث اطمینان از اینکه بهترین بهره‌ی ممکن را از منابع دردسترس می‌برید، ارزیابی قطعاً مهم است». در صورت وجود شواهد ناکافی، تصمیم‌گیری در حمایت از گزینه‌ی سیاستی و مخالفت با گزینه‌ی سیاستی احتمالاً به یک اندازه تبعات نامطلوبی دارد (برای مثال و توضیح بیشتر، به جدول 3 رجوع شود). سیاست‌گذاری آگاهانه با ارزیابی خوش‌ساخت تاثیر سیاست پیشنهادی، رویکرد بهتری را ارائه می‌دهد. وقتی براساس نظریات، نتایج جانشین، مطالعات مشاهده‌ای محدود، ارزیابی ناکافی تاثیر، قیاس یا تجربه‌ی روایتی در مورد اثرات سیاست‌ها تصمیم‌گیری می‌شود، سیاست‌گذاران باید در اجرای آن سیاست‌ها محتاط عمل کنند (به مثال جدول 4 رجوع شود).

حتی اگر ابهام ناچیزی در مورد مزایای گزینه‌ی سیاستی وجود داشته باشد، همچنان ابهام جدی می‌تواند در مورد سایر تبعات احتمالی مهم از جمله اثرات ناخواسته (مضرات) و هزینه‌ها (جدول 5) وجود داشته باشد. سیاست‌ها یا برنامه‌ها با دلایل قانع‌کننده در واقع می‌توانند مضر باشند.

گزینه‌ی سیاستی که آتیه‌دار است، اما شواهد کافی وجود ندارد که ما را در خصوص زیان‌آوری یا عدم‌تاثیر یا سرمایه‌گذاری روی آن مطمئن کند، باید ارزیابی خوش‌ساختی برای بررسی تاثیر آن سیاست انجام شود. ارزیابی را می‌توان قبل از اجرای سیاست یا برنامه انجام داد یا می‌توان ارزیابی را به‌عنوان بخشی از پروسه‌ی پیاده‌سازی سیاست انجام داد. در بخش 18، به ملاحظات بیشتر در مورد پایش و ارزیابی پرداخته‌ایم.

جدول 4: نمونه‌ای از مداخله‌ی به‌طور بالقوه بی‌اثر یا مضر که براساس شواهد ناکافی به‌طور گسترده‌ای تبلیغ شده است

داروهای موثر برای درمان سل از دهه‌ی 1940 دردسترس بوده است. با وجود این، دو میلیون نفر در سال، خصوصاً در کشورهای کم‌درآمد، بر اثر ابتلا به سل فوت می‌کنند. مبتلایان به سل نیازمند طول درمان بین شش تا هشت ماه هستند. اتمام دوره‌ی درمان برای بسیاری از بیماران سخت است و همین امر محدودیت اصلی برای درمان بیماری سل است. پایداری ضعیف به طول درمان می‌تواند موجب عفونت طولانی، مقاومت دارویی، عود بیماری یا حتی مرگ شود. درمان ناقص ریسک جدی هم برای فرد و هم کامیونیتی‌ها در کل دارد.

درمان با پایش مستقیم (DOT) کادر درمان، اعضای خانواده‌ی بیمار یا اعضای جامعه را ملزم می‌کند نظارت مستقیمی بر بیماران حین مصرف داروهای ضدسل داشته باشند تا پایداری بیماران به طول درمان سل بهبود یابد. درمان با پایش مستقیم به‌طور بالقوه‌ای مفید است، چون وقتی بیماران تحت پایش

دقیقی قرار گیرند و پروسه‌ی اجتماعی شامل فشار وجود داشته باشد، پایبندی به طول درمان را می‌توان بهبود داد. از جمله معایب بالقوه‌ی درمان با پایش مستقیم این است که این شیوه‌ی درمان به جای استفاده از مدل‌های ارتباطی پایبندی به درمان به رویکرد پزشکی سنتی روی می‌آورد که در آن بیمار دریافت‌کننده‌ی منفعل درمان است. در مدل‌های ارتباطی پایبندی به درمان، تاکید بر همکاری بین بیمار و ارائه‌دهنده‌ی خدمات درمانی است. همچنین، کمبود منابع برای اجرای سیاست این چنینی خصوصا در کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط معضل است، چون تعداد بیماران در این مناطق زیاد است. اگر درمان با پایش مستقیم به‌طور سختگیرانه‌ای در محیط مستبدانه انجام شود یا بیماران مجبور باشند مسافت طولانی را برای پایش طول درمانشان سفر کنند، درمان با پایش مستقیم پایبندی به درمان را مختل می‌کند.

سازمان بهداشت جهانی و سازمان‌های دیگر فعالانه از دهه‌ی 1980، درمان با پایش مستقیم را به‌عنوان بخشی از برنامه‌ی جامع مدیریت سل ارتقا داده‌اند. برنامه‌ی جامع مدیریت سل راهبرد پنج بخشی برای کنترل سل است. این راهبرد در کل مناسب به نظر می‌رسد، اما ابهام زیادی در مورد درمان با پایش مستقیم به‌عنوان جزء کلیدی برنامه‌ی جامع مدیریت سل وجود دارد. وقتی برنامه‌ی جامع مدیریت سل در ابتدا راه‌اندازی شد، شواهد اثربخشی درمان با پایش مستقیم کاملا از مطالعات مشاهده‌ای بدست آمد و هیچگونه ارزیابی در مورد تاثیر تصادفی درمان با پایش مستقیم انجام نشد. متعاقبا، 11 کارآزمایی تصادفی درمان با پایش مستقیم را با خودنظارتی مقایسه کرده‌اند و دریافته‌اند که درمان با پایش مستقیم با وجود منابع اساسی مورد نیاز و سایر معایبش، پایبندی به درمان را بهبود نداد.

جدول 5: نمونه‌ای از ابهامات مهم در مورد مضرات به‌طور بالقوه مهم

شکی نیست اگر مشوق‌های مالی به‌اندازه‌ی کافی بزرگ باشد، می‌تواند رفتارها را تغییر دهد و حتی موجب رفتارهای ناخواسته شود. هزینه‌های مشوق‌های مالی و هم اجرایی آنان می‌تواند قابل‌توجه باشد. اثرات ناخواسته‌ی پرداخت هزینه‌های عملکرد (پرداخت هزینه‌ی رسیدن به نتایج مشخص) پایش‌شده به شرح است:

- رفتارهای ناخواسته: انتقال مشروط وجه نقد موجب شد برخی مادران برای اینکه واجد شرایط دریافت وجوه باشند، فرزندانشان را دچار سوءتغذیه کنند. افزایش باروری 2 تا 4 درصدی که در مطالعه‌ی دیگری ذکر شد، به این دلیل است که فقط زنان باردار واجد شرایط دریافت یارانه‌ی انتقال مشروط وجه نقد بودند
- تحریف‌ها: مشوق‌های مالی می‌تواند موجب شود دریافت‌کنندگان وجوه سایر وظایف مهم را نادیده بگیرند.
- تقلب: مشوق‌های مالی می‌تواند موجب دغل‌کاری شود (تغییرات در گزارش‌دهی به جای تغییرات مطلوب در عملکرد)
- فساد: اگر مشوق‌های مالی به‌درستی مدیریت نشود، ممکن است دزدیده شود یا بد استفاده شود.
- استفاده‌ی گزینشی: مشوق‌های عملکردی برای تامین‌کنندگان خدمات درمانی می‌تواند با تغییر تمایل سازمان‌ها یا کادر درمان به مراقبت از بیماران با وضعیت سلامت بدتر، جمعیت‌های محروم‌تر یا بیماران بدقلق‌تر، بر نحوه‌ی دسترسی بیماران به خدمات درمانی تاثیر گذارد.
- افزایش شکاف بین فقرا و ثروتمندان: مشوق‌های عملکردی برای تامین‌کنندگان خدمات درمانی خلاء منبع بین سازمان‌های خدمت‌رسان به بیماران محروم و سازمان‌هایی که این خدمات را ارائه نمی‌دهند، افزایش می‌دهد.
- وابستگی به مشوق‌های مالی: تکیه به مشوق‌ها وابستگی به آنها را بیشتر می‌کند. اگر رفتارهای ارائه‌دهندگان خدمات درمانی نهادینه‌شده نباشد، در صورت پایان مشوق‌ها یا معرفی مشوق‌های جدید، آن رفتار کاهش می‌یابد یا از بین می‌رود.
- بی‌اخلاقی: اگر متخصصان طی قراردادهای کوتاه‌مدت مشوق‌های مالی بیشتری نسبت به متخصصان با قراردادهای بلندمدت‌تر دریافت کنند یا وقتی احساس می‌شود پارتی‌بازی شده است، مشوق‌های مالی می‌تواند موجب احساس بی‌عدالتی و بی‌اخلاقی شود.
- دیوانسالاری: طرح‌های تامین مالی مبتنی بر نتایج هزینه‌های اداری قابل‌توجهی در ارتباط با پایش عملکرد و مدیریت پرداخت مشوق‌های مالی دارند.

بیشتر برنامه‌ها و سیاست‌های سلامت پیچیده‌اند و احتمالاً اثرات متعددی دارند. برخی شواهد که براساس تجربه‌ی همان سیاست‌ها یا برنامه‌ها در محیط‌های دیگر است، تقریباً همیشه در دسترس است. باین‌حال، همان‌طور که در بخش‌های 8 و 9 عنوان شد، سیاست‌گذاران باید توجه کنند چقدر به شواهد این چنینی اطمینان کنند و کارآیی یافته‌ها را برای شرایط خودشان ارزیابی کنند. معمولاً، ابهاماتی در مورد تاثیر سیاست‌ها و برنامه‌ها بر نتایج مهم وجود خواهد داشت. وقتی ابهامات چشمگیری وجود دارد، از اشتباهات متداول عنوان‌شده در این بخش باید اجتناب کرد.

این بخش سوالاتی را برای سیاست‌گذاران (سناریوی 1)، مطرح می‌کند که می‌توانند هنگام برنامه‌ریزی پایش و ارزشیابی سیاستی جدید، از کارکنانشان پرسند.

این بخش سوالاتی را برای حامیان سیاست‌گذاران (سناریوی دو و سه) مطرح می‌کند که هنگام برنامه‌ریزی نحوه‌ی پایش اجرای سیاست‌ها و برنامه‌ها و ارزشیابی اثراشان باید مدنظر قرار دهند.

سیاست‌گذاران و سایر ذینفعان اغلب باید بدانند آیا برنامه یا سیاست جدید طبق انتظاراتشان اجرا شده است یا خیر. آیا طرح اجرا شده طبق برنامه پیش می‌رود؟ آیا اهدافشان محقق شده است و آیا بودجه‌ی تخصیص‌یافته به‌درستی صرف شده است؟ پایش، اصطلاحی است که معمولاً برای توصیف پروسه‌ی جمع‌آوری نظام‌مند داده‌ها برای پاسخ به سوالات این‌چنینی استفاده می‌شود. اغلب وقتی هدف اصلی ارزشیابی این است که بفهمیم «پروژه، برنامه یا سیاست چقدر خوب برحسب نتایج مورد انتظار اجرا شده است»، اصطلاح پایش عملکرد استفاده می‌شود.

شاخص‌ها اغلب به‌عنوان بخشی از پروسه‌ی پایش استفاده می‌شود. شاخص «متغیر، عامل کمی یا کیفی است که ابزارهای ساده و معتبری را برای سنجش دستاورد، نشان دادن تغییرات مرتبط با مداخله یا تسهیل ارزشیابی عملکرد فراهم می‌آورد». شاخص می‌تواند شمارش ساده‌ی رویدادها، مثلاً تعداد واکسن‌های تزریق‌شده در بازه‌ی زمانی معین یا سازه‌ای براساس منابع داده‌ای مختلف باشد، مثلاً نسبت همه‌ی کودکانی که کاملاً قبل از تولد یک سالگی‌شان واکسینه شده‌اند.

اصطلاح ارزشیابی گاهی به جای پایش استفاده می‌شود، اما ارزشیابی معمولاً تمرکز قوی‌تری بر تحقق نتایج دارد. این اصطلاحات به‌طور منسجمی استفاده نمی‌شوند و معانی متفاوتی برای افراد مختلف دارند. وقتی می‌خواهیم ارزشیابی کنیم آیا تغییرات مشاهده‌شده در نتایج (یا تاثیرات) را می‌توان به سیاست یا برنامه‌ای خاص ربط داد یا خیر، اصطلاح ارزشیابی تاثیر استفاده می‌شود.

سوالاتی که باید در نظر گرفت

1. آیا پایش ضروری است؟
2. چه سازه‌ای باید اندازه‌گیری شود؟
3. آیا ارزشیابی تاثیر باید انجام شود؟
4. ارزشیابی تاثیر را چگونه باید انجام داد؟

1. آیا پایش ضروری است؟

اهمیت پایش بستگی دارد به اینکه آیا دینفعان، آگاهی در مورد اتفاقات در حال وقوع را لازم می‌بینند یا خیر. تشخیص اینکه آیا سیستمی باید برای پایش سیاست یا برنامه ایجاد شود یا خیر به چند عامل زیر بستگی دارد:

- آیا در حال حاضر سیستم پایش وجود دارد که شاخص‌های مطلوب را دربرگیرد یا آیا مجموعه‌ی جدیدی از شاخص‌ها لازم است یا خیر.

- هزینه‌های احتمالی ایجاد سیستم مورد نیاز. مثلا، آیا آیت‌های جدیدی را می‌توان به پروسه‌ی جمع‌آوری داده‌ها افزود یا آیا انجام نظرسنجی‌های گسترده از خانواده‌ها یا ایجاد ابزار کاملا جدیدی لازم است یا خیر.

- آیا احتمال دارد یافته‌ها مفید باشد. اگر پایش نشان دهد که اقدامات طبق برنامه پیش نمی‌رود، چه اقدامی باید انجام داد؟

اگر داده‌ها استفاده نشود، پایش ارزشی ندارد. اگر در صورت وجود خلاء بین نتایج واقعی و نتایج مورد انتظار اقدام تصحیحی انجام شود، داده‌ها مفید خواهد بود. یافته‌های این چنینی می‌تواند موجب بازنگری در انتظارات شود. بازنگری در قالب ارزشیابی بررسی می‌کند آیا برنامه‌های اولیه بیش از حد جاه‌طلبانه بوده است یا خیر یا آیا سیاست جدید نتوانسته است طبق انتظار موثر واقع شود.

در جدول 1، دو مثال گویا از وجود سیستم‌های پایش در سیستم‌های سلامت ارائه شده است.

جدول 1: نمونه‌هایی از وجود سیستم‌های پایش در سیستم خدمات درمانی

افزایش تامین داروهای ضدویروسی در مالاوی

وقتی مقامات بهداشت مالاوی تصمیم گرفتند داروهای ضدویروسی را در دسترس تعداد زیادی از جمعیت آج‌آی‌وی مثبت قرار دهند، سیستمی برای پایش اجرای این سیاست جدید ایجاد شد. اصول سیستم براساس رویکرد سازمان جهانی بهداشت برای پایش برنامه‌های ملی سل است. کارت شناسایی با شماره شناسایی منحصر به فردی به هر بیماری که مصرف داروهای ضدویروسی را شروع می‌کند، داده می‌شود و این شماره‌ها در کلینیک ثبت می‌شود. اطلاعات جمع‌آوری شده برای بیماران جدید شامل نام، آدرس، سن، قد، نام سرپرست و دلیل شروع مصرف داروهای ضدویروسی می‌شود. از بیماران خواسته می‌شود هر ماه برای جمع‌آوری داروهایشان در محل حاضر شوند. در طول ملاقات، وزنشان ثبت می‌شود و از آنها در مورد وضعیت سلامت عمومی، وضعیت سرپا بودن و تحرک، کار و هر گونه اثرات جانبی دارو پرسیده می‌شود. شمارش قرص‌ها انجام می‌شود و تعداد آن برای اطمینان از پابندی به مصرف دارو ثبت می‌شود. همچنین، نتایج ماهانه‌ی استاندارد شده‌ی زیر با استفاده از دسته‌بندی‌های زیر ثبت می‌شود:

- زنده: بیمار زنده است و تعداد داروهای را که باید طی سی روز مصرف کند، جمع‌آوری کرده است.
- مرده: بیمار حین مصرف داروهای ضدویروسی فوت کرده است.
- غفلت کرده: بیمار به مدت سه ماه به مرکز مراجعه نکرده است.
- متوقف کرده: بیمار درمان را کاملاً به دلیل اثرات جانبی یا دلایل دیگر قطع کرده است.
- انتقال به خارج: بیمار به‌طور دائم به درمان دیگری ارجاع داده شده است.

داده‌هایی که به‌عنوان بخشی از سیستم پایش درمان با داروهای ضدویروسی در مالاوی جمع‌آوری شد، به طرق مختلف آنالیز و استفاده می‌شود. نتایج درمان برای بیماران انتخاب شده در زمان‌های مختلف را می‌توان با هم مقایسه کرد. مثلاً، اگر نرخ گذر از دوره‌ی اول به دوره‌ی دوم درمان افزایش یابد یا نرخ مرگ و میر افزایش یابد، افزایش مقاومت دارویی به رژیم اول می‌تواند علت آن باشد. اگر نرخ مرگ و میر یا تعداد غفلت‌کنندگان از درمان کاهش یابد، این نرخ می‌تواند نشان دهد که مدیریت برنامه‌ی درمان ای‌آرتی رو به بهبود است. اگر نتایج در مناطق جغرافیایی یا کلینیک‌های خاصی ضعیف باشد، اقداماتی باید برای رسیدگی به این مسئله اتخاذ شود.

جراحی سرطان ریه در دانمارک

مقامات دانمارک رهنمودهای شیوه‌ی بالینی ملی را برای مدیریت سرطان ریه ایجاد کرده‌اند. نتایج ضعیف برای بیماران تحت جراحی سرطان ریه انگیزه‌ی تهیه‌ی این رهنمودها بود. برای پایش اجرای این رهنمودها، ثبت نام مبتلایان به سرطان ریه انجام شد و اطلاعات خاصی در مورد بیماران تحت جراحی سرطان ریه ثبت شد. شاخص‌هایی که پایگاه داده‌ی ثبت سرطان ریه‌ی دانمارک انتخاب کرد، عبارت است از: میزان یا مرحله‌ی پیشروی سرطان در بدن، روش جراحی مورد استفاده، هرگونه عارضه‌ی رخ داده و نتیجه‌ی جراحی اعم از نجات جان بیمار یا فوت وی. با استفاده از داده‌های بدست آمده از پایگاه داده‌ی ثبت سرطان ریه دانمارک ارزیابی شد آیا توصیه‌های ملی برای جراحی سرطان ریه دنبال می‌شود یا خیر. بررسی‌های محلی، ملی و منطقه‌ای با هدف شناسایی مسائل یا موانع مغل پابندی به رهنمودهای ملی انجام می‌شود. براساس این یافته‌ها، راهبردهای خاصی برای بهبود کیفیت برنامه پیشنهاد شده است.

2. چه چیزی باید اندازه‌گیری شود؟

شاخص‌هایی که بر بخش‌های مختلف «زنجیره‌ی نتایج» (یعنی، درون‌دادها، فعالیت‌ها، بازده، نتایج یا تاثیرات (شکل 1)) متمرکز هستند، معمولاً برای پایش اجرای برنامه یا سیاست سلامت استفاده می‌شوند. در برخی شرایط، پایش درون‌دادها کافی نیست (یعنی، تامین منابعی نظیر پرسنل و تجهیزات). در شرایط دیگر، پایش فعالیت‌های برنامه یا نتایج آن مهم است (نظیر تعداد کودکانی که کاملاً واکسینه شده‌اند).

هنگام انتخاب شاخص‌های مورد استفاده، عوامل متعددی باید در نظر گرفته شود:

- روایی: میزان دقت شاخص در اندازه‌گیری سوژه‌ای که باید اندازه‌گیری شود
- مقبولیت: میزان مقبولیت شاخص برای افراد تحت ارزیابی و ارزیاب‌ها
- امکان‌سنجی: میزان دسترس‌پذیری داده‌های معتبر، قابل اطمینان و باثباتی که باید جمع‌آوری شود
- پایایی: میزان حداقل خطای اندازه‌گیری یا میزان تکرارپذیری یافته‌ها در صورتی که لازم باشد سازمان دیگری یافته‌ها را دوباره جمع‌آوری کند

- حساسیت به تغییرات: میزان توانایی شاخص در کشف تغییرات در واحد اندازه‌گیری

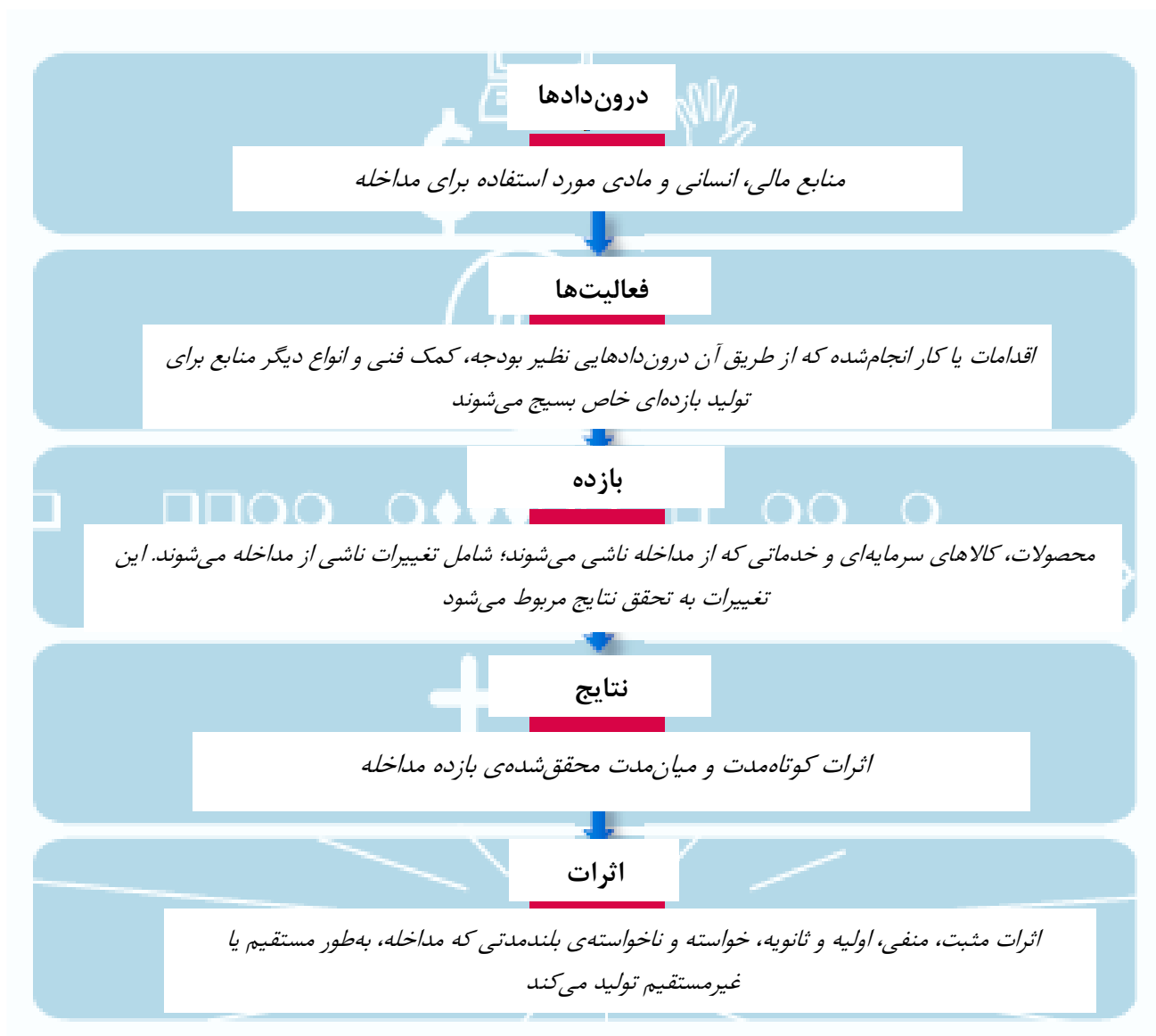
- روایی پیش‌بین: میزان توانایی شاخص برای پیش‌بینی دقیق نتایج مربوطه

هزینه‌های مربوط به جمع‌آوری داده‌ها و ظرفیت تحلیل و ارائه‌ی بازخورد داده‌ها به مدیران و تامین‌کنندگان می‌تواند انتخاب شاخص‌ها را محدود کند. در محیط‌هایی که منابع تحلیلی کمیاب است، شاخص ساده به شاخصی که نیازمند دستکاری آماری است ترجیح داده می‌شود، حتی اگر بهترین روایی پیش‌بین را نداشته باشد.

اغلب، توازن بین تمایل به استفاده از شاخص‌های مطلوب و بهینه و لزوم استفاده از شاخص‌های مبتنی بر داده‌های فعلی وجود دارد. دلایل خوبی برای عدم انتخاب شاخص‌هایی بیش از آنچه کاملاً نیاز است، وجود دارد. لزوم محدود کردن بار مسئولیت جمع‌آوری داده‌ها در نظام سلامت، اجتناب از جمع‌آوری داده‌هایی که استفاده نمی‌شود و تمرکز بر جمع‌آوری داده‌های باکیفیت‌تر برخی از این دلایل است، حتی اگر این اقدام به معنای جمع‌آوری داده‌های کمتری باشد.

اطلاعاتی که به طور روتین از نظام‌های سلامت جمع‌آوری می‌شود داده‌های ارزشمندی فراهم می‌کند. این داده‌های ارزشمند را می‌توان به عنوان منبع داده‌ای برای پایش اهداف استفاده کرد. داده‌ها را می‌توان مشخصاً برای پایش، مثلاً از طریق نظرسنجی‌ها یا مصاحبه‌ها جمع‌آوری کرد. باید به سطح انگیزه‌ی جمع‌آوری‌کنندگان داده‌ها توجه شود. در بسیاری از موارد، کادر درمان باید جمع‌آوری داده را در برنامه‌ی روزانه‌ی شلوغشان ادغام کنند. بنابراین، اگر اطلاعات جمع‌آوری شده هیچ ارزشی یا ارزش محلی ناچیزی برایشان داشته باشد، انگیزه‌شان برای جمع‌آوری داده‌ها کاهش می‌یابد. به همین ترتیب، اگر مشوق‌ها یا مجازات‌ها با یافته‌های پروسه‌ی پایش مرتبط باشد (مثلاً، وقتی پرداخت هزینه به ارائه‌دهندگان با شاخص‌های عملکرد مرتبط است)، ریسک دستکاری داده‌ها یا دغل کاری در سیستم باید مدنظر قرار گیرد.

شکل 1 مدل زنجیره‌ی نتایج

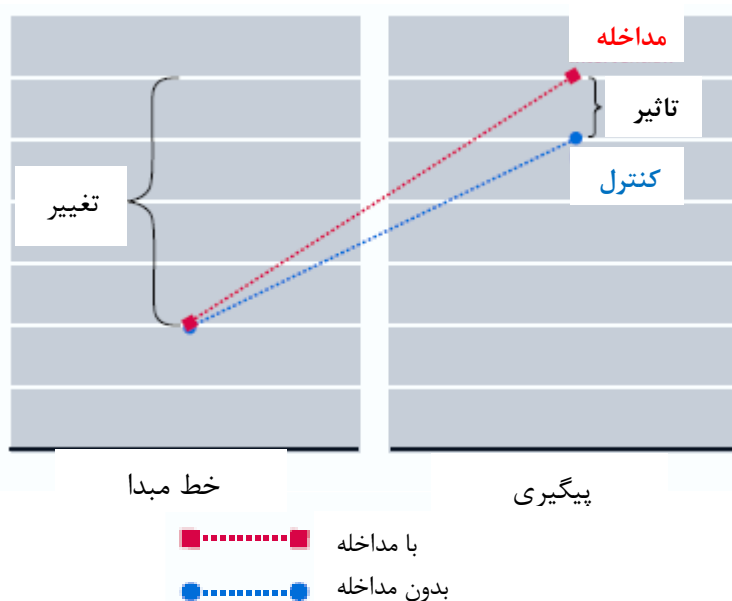


3. آیا ارزشیابی تاثیر باید انجام شود؟

همانطور که در بالا توضیح دادیم، یکی از محدودیت‌های پایش فعالیت‌ها این است که فعالیت‌های این چینی لزوماً نشان نمی‌دهد آیا سیاست یا برنامه تأثیری بر شاخص‌های اندازه‌گیری شده داشته است یا خیر. دلیلش این است که شاخص‌های مورد استفاده برای پایش تقریباً همیشه تحت تأثیر عواملی غیر از عوامل مربوط به مداخلات خاص قرار می‌گیرد. به همین دلیل به سختی می‌توان مشخص کرد کدام عوامل به تغییرات مشاهده شده، منجر شده است. اگر پایش نشان دهد که عملکرد رو به بهبود است، لزوماً به این معنا نیست که مداخله (فقط) عامل علی است. می‌توان تصور کرد که شاخص‌ها حتی در غیاب مداخله، بهبود پیدا کرده‌اند (شکل 2).

شکل 2 مقایسه‌ی تغییرات عملکرد در دو زمینه: یکی با مداخله و دیگری بدون مداخله.

شکل 2 نشان می‌دهد که نسبت دادن تغییر از «نقطه‌ی مبدا» به «نقطه‌ی پیگیری» به عنوان پاسخی به مداخله احتمالاً گمراه‌کننده است. دلیلش این است که در این مورد، وضعیت «کنترل» بهبود می‌یابد. حتی در مورد «کنترل»، مشخص نیست آیا می‌توان تفاوت بین «مداخله» و «کنترل» (یعنی، تاثیر) را به برنامه یا مداخله نسبت داد یا خیر. تفاوت‌های دیگری بین «مداخله» و «کنترل» وجود دارد که موجب تفاوت مشاهده شده در شاخص اندازه‌گیری شده می‌شود.



ایجاد رابطه‌ی علی بین برنامه یا سیاست و تغییر نتایج، هدف اصلی ارزشیابی تاثیر است. طبق گزارش بانک جهانی، سوال محوری ارزشیابی تاثیر این است که اگر دریافت‌کنندگان مداخله در واقع آن را دریافت نکرده باشند، چه اتفاقی برایشان می‌افتد، است.

براساس مستندات محکم از ارزشیابی‌های قبلی، دلایل قوی برای انتظار نتایج مثبت وجود دارد. با این حال، اغلب شواهد این چنینی وجود ندارد. یا شواهد موجود برای محیط فعلی کارایی ندارد. بنابراین، ریسک واقعی این است که برنامه‌ی جدید بی‌اثر باشد یا حتی بدتر، بیشتر مضر نه مفید باشد. سیاست‌گذاران باید هنگام اجرای برنامه‌های جدید، به میزان تاثیر آن توجه داشته باشند. همچنین، به دلیل مزیت این دانش برای سیاست‌گذاری سلامت در آینده هم در بستر برنامه و هم کشورهای دیگر باید به این ریسک توجه داشت.

ارزشیابی تاثیر می‌تواند پرهزینه باشد. با مقایسه‌ی تبعات ارزشیابی و تبعات عدم ارزشیابی، می‌توان مشخص کرد آیا مطالعات این چنینی ارزش هزینه کردن دارند یا خیر. مثلا، اگر نتایج منفی نشان داده شود، آیا احتمال توقف یا اصلاح برنامه وجود دارد یا خیر؟ اگر پاسخ «منفی» باشد، ارزشیابی تاثیر به وضوح ارزش محدودی دارد.

وقتی نتایج را بتوان بعد از انجام مداخله بدست آورد، ارزشیابی تاثیر به احتمال زیاد بیانگر این است که ارزش هزینه کردن دارد. در شرایط این چنینی، فرصت بهبود یا توقف انجام مداخله براساس نتایج ارزشیابی تاثیر در مراحل اولیه‌ی اجرای مداخله وجود دارد. در دو صورت می‌توان گفت ارزشیابی تاثیر ارزش هزینه کردن دارد: اول، وقتی مطالعه‌ی مقدماتی امکان‌پذیر نیست و دوم، وقتی اصلاح یا توقف مداخله (در صورت لزوم) براساس نتایج امکان‌پذیر است.

طرح بیمه‌ی سلامت دولت مکزیک، نمونه‌ای از نهادینه‌سازی ارزشیابی تاثیر در اجرای برنامه است. هدف از این طرح که در سال 2001 اجرا شد، گسترش پوشش بیمه‌ی سلامت به تقریباً 50 میلیون مکزیک بود که هنوز تحت پوشش برنامه‌های فعلی سلامت قرار نگرفته بودند. دولت با استفاده از جدول زمانی اجرای تدریجی برنامه، پروسه‌ی ارزشیابی ایجاد کرد که نتایج را برای کامیونیتی‌های تحت پوشش طرح و کامیونیتی‌هایی که هنوز تحت پوشش آن قرار نگرفته بودند، مقایسه می‌کرد. پروسه‌ی ارزشیابی علاوه بر ارزشیابی اینکه آیا اصلاحات به نتایج مدنظر دست یافت و اثرات جانبی ناخواسته نداشت، یادگیری اشتراکی را امکان‌پذیر ساخت.

همچنین، ارزشیابی تاثیر می‌تواند بعد از اجرای کامل برنامه مفید واقع شود، مثلا وقتی ابهاماتی در مورد ادامه‌ی برنامه وجود دارد. طرح پروگرسا، برنامه‌ی کمک‌های مالی مشروط (که بعداً Oportunidades شناخته شد) در اواسط دهه‌ی 1990 معرفی

شد. این طرح در صورتی به خانواده‌ها کمک مالی می‌کند که خانواده‌ها عناصر خاصی از مسئولیت‌پذیری را انجام دهند، مثلا فرزندان‌شان را به جای کار به مدرسه بفرستند، مکمل‌های غذایی با فرمولاسیون خاص به فرزندان‌شان بدهند و برای دریافت بسته‌ی اختصاصی مداخلات برای ارتقا سلامت و پیشگیری از بیماری به کلینیک مراجعه کنند. برای ارزشیابی تاثیر این طرح، 506 کامیونیتی به‌طور تصادفی فوراً یا دو سال بعد برای برنامه انتخاب شدند. یافته‌های ارزشیابی تاثیر مستقیم بر تصمیمات سیاست‌گذاری در مکزیک تاثیر گذاشت و دولت را ترغیب کرد «نه تنها این برنامه را ادامه دهد، بلکه آن را گسترش دهد».

4. ارزشیابی تاثیر را چگونه باید انجام داد؟

ربط دادن تغییر مشاهده‌شده به برنامه یا سیاست خاص مستلزم این است که افراد یا گروه‌های در معرض آن برنامه با افراد و گروه‌های محروم از آن مقایسه شوند. برای رد تاثیر عواملی غیر از خود برنامه، باید گروه‌هایی که بیشترین شباهت را به هم دارند، مقایسه شوند. مقایسه را می‌توان به‌طور موثر با انتخاب تصادفی افراد یا گروه‌ها برای دریافت یا عدم‌دریافت برنامه (مثلا، در مناطق جغرافیایی) انجام داد. این روش کارآزمایی تصادفی نامیده می‌شود. معمولا، این کارآزمایی‌ها به‌عنوان پروژه‌های مقدماتی قبل از معرفی برنامه در سطح ملی انجام می‌شوند. اما، همانطور که مورد مکزیک نشان می‌دهد، این کارآزمایی‌ها را می‌توان در کنار اجرای تمام‌عیار برنامه انجام داد.

با این حال، کارآزمایی‌های تصادفی همیشه امکان‌پذیر نیست. رویکردهای جایگزین شامل مقایسه‌ی تغییرات قبل و بعد از اجرای برنامه و همچنین توجه به تغییرات مشاهده‌شده در همان دوره‌ی زمانی که برنامه اجرا نشده است (مثلا، در کشورها یا مناطق همسایه) می‌شود. این اقدام ارزیابی قبل-بعد کنترل‌شده نامیده می‌شود. از سوی دیگر، سری‌های زمانی منقطع استفاده می‌شود که در آن داده‌ها از چند نقطه‌ی زمانی قبل، در طول و بعد از اجرای برنامه جمع‌آوری می‌شود.

صرفاً مقایسه‌ی مقدار شاخص قبل و بعد از اجرای برنامه معمولا توصیه نمی‌شود، زیرا ریسک یافته‌های گمراه‌کننده بالاست. تغییرات مشاهده‌شده مثلا شیوع اچ‌آی‌وی می‌تواند ناشی از عوامل شناخته‌شده یا شناخته‌نشده‌ای غیر از عوامل مربوط به خود برنامه باشد (شکل 2).

ارزشیابی تاثیر را باید قبل از اجرای برنامه در ارتباط با ذینفعان مربوطه از جمله سیاست‌گذاران انجام داد. بعد از اجرای گسترده‌ی برنامه، دیگر وقت اندازه‌گیری‌های اولیه یا ایجاد گروه‌های مقایسه‌ای مناسب نیست. مثلا، بعد از اینکه برنامه در سطح ملی اجرا شد، نمی‌توان با استفاده از انتخاب تصادفی تصمیم گرفت آیا کامیونیتی‌ها در برنامه گنجانده خواهند شد یا خیر. ارزشیابی‌های تاثیر که از ابتدا در برنامه ادغام می‌شوند بیش از ارزشیابی‌هایی که بعد از شروع برنامه انجام می‌شوند، یافته‌های معتبری ارائه خواهند کرد. همچنین، اگر ارزشیابی تاثیر جزء لاینفک اجرای برنامه محسوب شود، سیاست‌گذاران و سایرین بیشتر متعهد می‌شوند به یافته‌ها توجه کنند.

تعداد افراد یا کامیونیتی‌های لازم برای ارزشیابی تاثیر باید در مرحله‌ی اولیه برآورد شود. این برآورد اطمینان می‌دهد که اندازه‌ی نمونه برای نتیجه‌گیری معنادار از یافته‌های ارزشیابی مناسب است.

در حوزه‌ی خدمات درمانی، مانند سایر حوزه‌ها، برنامه‌ها باید هم موثر و هم مقرون‌به‌صرفه باشند. برای ارزشیابی ابعاد اقتصادی برنامه، استفاده از منابع و هزینه‌ها باید ترجیحا براساس داده‌های جمع‌آوری‌شده از اجرای برنامه در زندگی واقعی برآورد شوند. باید در مراحل اولیه و قبل از شروع ارزشیابی، در مورد داده‌های اقتصادی که باید جمع‌آوری شود، تصمیم گرفت. اگر ارزشیابی در روند اجرای برنامه گنجانده شود، ارزشیابی تاثیر به احتمال زیاد حاوی اطلاعات مفیدی خواهد بود. ارزشیابی پروسه بررسی می‌کند آیا برنامه یا سیاست سلامت طبق انتظار ارائه شده است یا خیر. همچنین، پروسه‌ی ارزشیابی فرایندهای اجرا و تغییر را بررسی می‌کند، پاسخ‌ها به برنامه و دلایل یافته‌های ارزشیابی را شناسایی می‌کند. برای مشاهده‌ی نمونه‌هایی از ارزشیابی‌های تاثیر به جدول 2 رجوع شود.

جدول 2: نمونه‌هایی از ارزیابی تاثیر

درمان با داروهای ضدویروسی در خانه (ای آر تی) در اوگاندا

کمبود کادر درمان و مشکلات دسترسی به خدمات درمانی ناشی از هزینه‌های رفت و آمد، موانع مهمی برای افزایش تحویل داروهای ضدویروسی در کشورهای در حال توسعه است. یکی از راه‌حل‌های پیشنهادی مراقبت از مبتلایان به اچ‌آی‌وی در منزل است که طی آن تحویل دارو، پایش وضعیت سلامت و حمایت از بیماران در منزل بیمار و توسط کادر غیربالینی واجد شرایط انجام می‌شود. با این حال، کاملا نامعلوم است آیا این راهبرد می‌تواند مراقبت با کیفیتی از جمله ارجاع به‌موقع به خدمات درمانی فراهم کند یا اینکه این سیستم مقرون‌به‌صرفه است یا خیر. بنابراین، قبل از اجرای گسترده‌ی برنامه‌های مراقبت در منزل، مقرون‌به‌صرفگی‌شان حتما باید ارزیابی شود.

برای اطمینان از مقایسه‌ی منصفانه‌ی ای آر تی در منزل و ای آر تی در مراکز درمان، محققان در اوگاندا کارآزمایی تصادفی انجام دادند. حوزه‌ی مطالعه به 44 زیرمنطقه‌ی جغرافیایی مجزا تقسیم شد. در برخی از این مناطق، مراقبت در منزل اجرا شد، در حالی که در سایر مناطق درمان متعارف در مراکز درمانی انجام شد. انتخاب و تخصیص مناطق برای دریافت و عدم دریافت مراقبت در منزل به‌طور تصادفی انجام شد. انتخاب تصادفی احتمال تفاوت‌های مهم را بین گروه‌های مقایسه‌ای که می‌توانست بر مطالعه تاثیر گذارد، کاهش داد. عواملی که می‌توانست بر مطالعه تاثیر گذارد این بود که آیا مناطق خودشان تصمیم گرفتند مراقبت در منزل را اجرا کنند یا آیا تصمیماتشان براساس آمادگی فعلی برای اجرای مراقبت در منزل بود یا خیر. سیستم تخصیص تصادفی مورد استفاده عادلانه‌ترین روش برای تصمیم‌گیری در مورد شروع مراقبت در منزل بود، زیرا هر منطقه شانس برابری برای انتخاب شدن داشت. محققان دریافتند که مدل مراقبت در منزل با استفاده از کارکنان غیرمتخصص آموزش دیده به اندازه‌ی مراقبت در کلینیک توسط پرستار یا پزشک موثر است.

استفاده‌ی اجباری از تیازیدها برای فشار خون بالا در نروژ

سیاست‌گذاران در نروژ تصمیم گرفتند تیازید را به‌عنوان اقدام مقرون‌به‌صرفه و به‌عنوان داروی ضدفشار خون بالا به جای داروهای گران‌تر تجویز کنند (در آن موارد، هزینه‌ی دارو پرداخت شد). این سیاست در سطح ملی چند ماه بعد از تصمیم اتخاذ شده اجرا شد. از آنجا که منتقدان همواره معتقدند که سیاست جدید بعید است موجب نتایج مورد انتظار شود، وزارت بهداشت بودجه‌ی مطالعه را برای ارزشیابی تاثیر سیاست اجرا شده تامین کرد. تجویز اجباری تیازیدها برای درمان فشار خون بالا در سراسر نروژ انجام شد. فوریت این مطالعه ارزشیابی دقیق و برنامه‌ریزی‌شده‌ی تاثیر را غیرممکن ساخت. با این حال، با دسترسی به پرونده‌های پزشکی الکترونیک 61 کلینیک در مرحله‌ی بعدی، محققان داده‌های نسخه‌ی تجویزی را از یک سال قبل تا یک سال بعد از معرفی سیاست جدید استخراج کردند. آنها داده‌ها را با استفاده از سری‌های زمانی منقطع تحلیل کردند. نرخ ماهانه‌ی تجویز تیازید و نتایج دیگر مدنظر طی زمان آنالیز شد تا مشخص شود آیا تغییرات معنادار را می‌توان به سیاست اجرایی ربط داد یا خیر. تحلیل نشان داد مصرف تیازید به‌شدت افزایش یافت (از 10 تا 25 درصد طی دوره‌ی انتقالی سه ماهه از قبل تعیین‌شده) که بعد از آن دوره میزان مصرف تیازید ثابت ماند.

محدودیت‌های بودجه، وقت یا داده مانع اجرای دقیق ارزشیابی می‌شود. محدودیت‌های این چنینی می‌تواند به طرق مختلف بر پایایی ارزشیابی تاثیر، تاثیر گذارد:

- با به خطر انداختن روایی کلی نتایج، مثلاً به دلیل برنامه‌ریزی یا پیگیری ناکافی یا کمبود داده‌های اولیه، اتکا به منابع داده‌ای ناکافی یا انتخاب گروه‌های مقایسه‌ای نامناسب.
- از طریق استفاده از نمونه‌های ناکافی، مثلاً به دلیل انتخاب نمونه‌هایی که برای نمونه‌گیری راحت هستند اما نماینده‌ی کل جمعیت نیستند. دلیل ناکافی بودن این نمونه‌ها این است که اندازه‌ی نمونه بسیار کوچک است یا توجه کافی به عوامل موقعیتی نمی‌شود.

اگر پروسه‌ی برنامه‌ریزی زود شروع شود یا راهی برای کاهش هزینه‌های جمع‌آوری داده‌ها پیدا شود، می‌توان محدودیت‌های این چنینی را برطرف کرد. با این حال، باید اطمینان یافت خطرات احتمالی برای کاهش روایی نتایج و محدودیت‌های نمونه به گونه‌ای نیست که نتایج ارزشیابی نتواند اطلاعات پایا فراهم کند. قبل از انجام ارزشیابی، باید بررسی کرد آیا ارزشیابی کافی

امکان‌پذیر است یا خیر. اگر ارزشیابی کافی شدنی نیست، باید بررسی کرد آیا در صورت مواجهه با ابهام در مورد تأثیرات بالقوه‌ی برنامه، آن را باید بدون ارزشیابی قبلی انجام داد یا خیر.

اگر یافته‌ها استفاده نشود، ارزشیابی تأثیر ارزشی ندارد. نتایج را باید برای تصمیم‌گیری در مورد ادامه، تغییر یا توقف برنامه‌های فعلی استفاده کرد. واضح است که منافع دیگری را باید مدنظر قرار داد. مثلاً، وقتی یافته‌های این چنینی با سایر منافع مهم در تضاد است، تصمیم‌گیران ترجیح می‌دهند به یافته‌های خاص از ارزشیابی‌های خاص توجه نکنند. با این حال، باید از حذف یافته‌های ارزشیابی‌های تأثیر، مثلاً به دلایل سیاسی اجتناب کرد. عدم استفاده از یافته‌های ارزشیابی مغایر با یکی از اهداف اصلی انجام ارزشیابی‌های این چنینی است. درس گرفتن از تجربه و اشتراک دانش تولید شده از جمله اهداف ارزشیابی است. استفاده از گروه‌های مستقل برای انجام ارزشیابی تأثیر ریسک دستکاری یافته‌ها یا پنهان کردنشان از دید عموم را کاهش می‌دهد.

نتیجه‌گیری

برخی از ابعاد پایش و ارزشیابی در این بخش بررسی شد. در حال حاضر، بسیاری از اقدامات برای پایش و ارزشیابی برنامه‌ها معمولاً با استفاده از روش‌هایی انجام می‌شود که ارزیابی معتبری از اجرای سیاست یا برنامه یا برآورد معتبری از تأثیرات آن ارائه نمی‌کند. گاهی، ارزیابی‌های این چنینی اصلاً انجام نمی‌شود. با در نظر گرفتن مسائل مطرح‌شده در این بخش، سیاست‌گذاران و حامیان‌شان باید برنامه‌هایی تدوین کنند که دانش جدید و مستقیماً مفیدی تولید خواهد کرد.

هدف از این متن این است که مسئولان تصمیم‌گیری

اطمینان یابند بهترین شواهد پژوهشی در دسترس،

پشتوانه‌ی تصمیماتشان است.