

چکیده

مقدمه

موفقیت در استقرار استراتژی‌های کاهش شکاف دانش به عمل، به شناسایی موانع و تسهیل‌کننده‌های خاص محیط سیاستگذاری مرتبط است. هدف این مطالعه تبیین فرایند بهره‌برداری از شواهد پژوهشی برای پشتیبانی از چرخه عمومی سیاستگذاری‌های سلامت در ستاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شناسایی عوامل مرتبط با تولید اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد، طراحی و معتبرسازی ابزار سنجش آن و آزمون الگوی استقرار کارشناسی مبتنی بر شواهد بر مبنای تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بود.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع مطالعات کاربردی است که با رویکرد ترکیبی (کیفی و کمی) به صورت مقطعی طراحی و اجرا شد. جامعه پژوهش دفاتر و ادارات فنی و شاغلین آنها در پنج معاونت بهداشت، درمان، غذا و دارو، طب سنتی و پرستاری ستاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بودند. روش نمونه‌گیری در رویکرد کیفی، هدفمند با حداکثر تنوع و گلوله‌برفی بود. شرکت‌کنندگان در رویکرد کیفی ۴۸ تولیدکننده اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد با حداقل پنج سال سابقه تولید اسناد سیاستی بودند. روش جمع‌آوری داده‌های کیفی مصاحبه نیمه‌ساختارمند چهره‌به‌چهره بود. برای هدایت مصاحبه‌ها، از راهنمای مصاحبه مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، چرخه عمومی سیاستگذاری سلامت و فرایند بهره‌برداری از شواهد استفاده شد. داده‌های کیفی به روش تحلیل چارچوب و با کمک نرم‌افزار MAXQDA10 تحلیل شدند. برای احراز قابلیت اطمینان رویکرد کیفی، استراتژی‌های اعتبارپذیری، انتقال‌پذیری، تاییدپذیری و اعتمادپذیری به کار گرفته شدند. برای احراز روایی و پایایی ابزار طراحی شده، روایی‌های محتوایی و صوری با مشارکت افراد واجد شرایط آزمون و بهبود یافت. پایایی ابزار نیز به روش آزمون-بازآزمون ارزیابی و احراز گردید. برای احراز پایایی سازه از تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی و نرم‌افزارهای مربوطه SPSS-20 و LISREL 8.8 استفاده شد. در رویکرد کمی با توجه به قرار گرفتن تعداد واجدین شرایط در دامنه توصیه‌شده حجم نمونه، همه آنها به تعداد ۳۷۳ نفر وارد مطالعه شدند که تعداد ۳۴۶ نفر آنان در مطالعه شرکت کردند. برای آزمون روابط ساختاری بین متغیرهای مورد مطالعه از الگوسازی معادلات ساختاری و نرم‌افزار مربوطه LISREL 8.8 استفاده شد. قبل از اجرای مطالعه، مجوز کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی ایران اخذ شد و همه شرکت‌کنندگان با رضایت آگاهانه در مطالعه شرکت کردند.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان اغلب شواهد را براساس نوع آنها جستجو نمی‌کنند؛ برای ارزیابی کیفیت شواهد پژوهشی از ابزارهای نقد استاندارد استفاده نمی‌کنند؛ برای انطباق شواهد و مداخلات از نظرات و تجارب همه ذینفعان بهره نمی‌گیرند و در تهیه اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد به پنجره فرصت، پرهیز از اصطلاحات تخصصی، خلاصه‌های کاربرپسند و آرایه گزینه‌های سیاستی جایگزین توجه کافی ندارند.

عوامل موثر بر بهره برداری از شواهد پژوهشی در تولید اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد به تفکیک مضامین اصلی عبارتند بودند از: باورهای رفتاری: جلوگیری از ائتلاف منابع، توسعه دانش و خلاقیت، بهبود کیفیت تصمیمات، زمانبری و سوگیری؛ باورهای هنجاری: مدیران و سیاستگذاران، مراجع سیاستگذاری، مجریان سیاستها، همکاران و ذینفعان بیرونی و باورهای کنترلی: گزینش مدیران و کارشناسان، مدیریت عملکرد، وقت کافی، توانمندسازی، ثبات مدیریت و سیاستگذاری، محیط فیزیکی، دسترسی به شواهد، فرایند سیاستگذاری و عوامل رقیب.

شاخص روایی محتوایی ابزار ۰/۸۳ و شاخص روایی صوری آن ۰/۶۷ بود. آزمون پایایی سوالات غیرمستقیم نشان داد همبستگی درون گروهی کل ابزار ۰/۸۹۴ و قابل قبول بود. دامنه آلفای کرونباخ برای آزمون همسانی درونی سوالات مستقیم ۰/۷۳۳-۰/۹۱۲ بوده و تایید گردید. روایی واگرایی متغیرهای آشکار در رویکرد مستقیم بدون تغییر تایید، ولی در رویکرد غیرمستقیم با حذف ۷ متغیر احراز گردید. رواییهای همگرا و افتراقی نیز آزمون و تایید شد. نتایج تحلیل عاملی تاییدی نشان دهنده برازش قابل قبول الگوهای اندازه گیری و احراز روایی و پایایی سازه بود. در هر دو رویکرد مستقیم و غیرمستقیم روابط بین سازه‌های «نگرش به رفتار و قصد»، «هنجار ذهنی و قصد»، «کنترل رفتاری درک شده و قصد» و «قصد و رفتار» معنادار بود. شاخص‌های برازش الگوهای اندازه گیری و ساختاری در هر دو رویکرد مستقیم و غیرمستقیم نیز نشان دهنده برازش قابل قبول الگوها بود. سازه‌های پیش‌گوی قصد در رویکردهای مستقیم و غیرمستقیم قادر بودند به ترتیب ۲۷٪ و ۳۱٪ تغییرات قصد را تبیین کنند و سازه قصد توانست ۲۱٪ رفتار را تبیین کند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد فرایند بهره‌برداری از شواهد پژوهشی برای پشتیبانی از سیاستگذاری‌های سلامت در ستاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با فرایند توصیه‌شده سازمان بهداشت جهانی (سپورت) تطابق نداشته و فرصت‌های قابل توجهی برای بهبود این فرایند پیش روی وزارت بهداشت قرار دارد. بیشترین موانع ذکر شده در این مطالعه، باورهای کنترلی بودند. یافته‌های کمی نیز این یافته را تایید کردند، زیرا بیشترین فضای تغییر مربوط به سازه کنترل رفتاری درک شده بود.

مطالعه حاضر نشان داد تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده قابلیت تبیین رفتار در سطوح مدیریت و سیاستگذاری را نیز داراست، اما این قابلیت نسبت به قابلیت آن در سطح ارائه خدمت کمتر است. این موضوع می‌تواند به پیچیدگی بیشتر محیط سیاستگذاری و تاثیر عوامل ناشناخته که تئوری قادر به تبیین آنها نیست، نسبت داده شود.

کلیدواژه‌ها: سیاستگذاری سلامت، سیاستگذاری سلامت مبتنی بر شواهد، موانع و تسهیل‌کننده‌های بهره‌برداری از شواهد پژوهشی، الگوسازی معادلات ساختاری، ایران.