



عوامل مؤثر بر تولید اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد در ستاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

محمدحسن ایمانی نسب^۱ / سیدحسام سیدین^۲ / سیدرضا مجدزاده^۳ / بهاره یزدی زاده^۴ / مسعود صالحی^۵

چکیده

مقدمه: کاهش موفقیت آمیز شکاف دانش تا عمل، به شناسایی عوامل مؤثر بر آن بستگی دارد. مطالعه حاضر موانع و تسهیل‌کننده‌های تولید اسناد سیاستی سلامت مبتنی بر شواهد را از دیدگاه تولیدکنندگان آن‌ها در ستاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مورد مطالعه قرار داده است.

روش کار: مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل چارچوب مورد استفاده قرار گرفت. گردآوری داده‌ها با مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته و استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند با تکنیک گلوله برفی انجام شد. برای تحلیل داده‌ها، از نرم‌افزار MAXQDA10 استفاده شد. نتایج مطالعه حاضر با مطالعات اکتشافی درباره عوامل مؤثر بر سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد مقایسه شد.

یافته‌ها: سه مضمون باورهای رفتاری، باورهای هنجاری و باورهای کنترلی و ۱۸ زیرمضمون زیر شناسایی شدند. باورهای رفتاری: کیفیت سیاست، مصرف منابع، دانش و خلاقیت، زمان‌بری و بومی‌سازی؛ باورهای هنجاری: مراجع سیاست‌گذاری، سیاست‌گذاران، مجریان سیاست‌ها و همکاران؛ باورهای کنترلی: سیاست استخدامی، مدیریت عملکرد، توانمندسازی، ثبات مدیریت و سیاست‌گذاری، محیط فیزیکی، دسترسی به شواهد، فرایند سیاست‌گذاری و اثر عوامل رقیب. نتیجه‌گیری: اکثر موانع ذکر شده به باورهای کنترلی مربوط بودند. این یافته یادآور قانون ۱۵/۸۵ رویکرد مدیریت کیفیت فراگیر است. مطالعه حاضر، عوامل مؤثر بر تولید اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد را در همه سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده شناسایی کرد؛ اما عوامل شناسایی شده در مطالعات اکتشافی درباره استفاده سیاست‌گذاران سلامت از شواهد، به یکی از سازه‌های تئوری مربوط هستند. یافته فوق می‌تواند نشان‌دهنده ترجیح رویکرد تئوریک بر رویکرد اکتشافی برای شناسایی عوامل مؤثر بر یک رفتار باشد.

کلیدواژه‌ها: بهره‌برداری از پژوهش، اسناد سیاستی، سیاست‌گذاری سلامت، تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، ایران

• وصول مقاله: ۹۳/۰۷/۳۰ • اصلاح نهایی: ۹۳/۱۰/۱۷ • پذیرش نهایی: ۹۳/۱۱/۲۶

۱. استادیار گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران
۲. دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران؛ نویسنده مسئول (h.seyedin@iums.ac.ir)
۳. استاد گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۴. استادیار مرکز تحقیقات بهره‌برداری از دانش سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۵. استادیار گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

مقدمه

شواهد حقایق تجربه یا مشاهده شده‌ای هستند که برای حمایت از یک استنتاج مورد استفاده قرار می‌گیرند. شواهد پژوهشی متقاعدکننده‌ترین نوع شواهد هستند. شواهد می‌توانند در هر مرحله از فرایند سیاست‌گذاری نقش مهمی ایفا کنند؛ از تعیین دستور کار و طراحی سیاست گرفته تا استقرار و ارزشیابی آن‌ها [۱]. رویکرد سیاست‌گذاری سلامت مبتنی بر شواهد، منبعث از تسری رویکرد پزشکی مبتنی بر شواهد به سایر حوزه‌های علوم پزشکی در دهه ۱۹۹۰ بود [۲]. این رویکرد به‌زودی به ارائه تئوری‌ها، چارچوب‌ها، ابزارها و فرایندهای متعدد در حوزه سیاست‌گذاری سلامت منجر شد [۳-۵].

انتشار گزارش سالیانه سازمان بهداشت جهانی، ۵۸ مین مجمع جهانی بهداشت و بیانیه باماکو به ترتیب در سال‌های ۲۰۰۴، ۲۰۰۵ و ۲۰۰۸، نظام‌های سلامت را به استفاده از شواهد در فرایند سیاست‌گذاری‌های سلامت تشویق کرد [۶-۸]. مهم‌ترین پیامدها در نظام سلامت ایران، تأسیس موسسه ملی تحقیقات سلامت، اداره ارزیابی فناوری‌های سلامت و تشکیل شورای سیاست‌گذاری سلامت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بود. همزمان با این تغییرات، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، به‌عنوان بالاترین مرجع سیاست‌گذاری سلامت در دولت، اعلام کرد فقط اسناد سیاست مبتنی بر شواهد را در دستور جلسات خود می‌پذیرد [۹-۱۲].

نظام سلامت کشور، شواهد پژوهشی را در سازوکارهای مختلف سیاست‌گذاری سلامت یعنی سازوکارهای ارائه خدمت، سازوکارهای تأمین مالی، سازوکارهای حاکمیت و استراتژی‌های استقرار مورد استفاده قرار می‌دهد؛ اما تلاش‌های آن نظام‌مند و جامع نبوده و به‌خوبی نهادینه نشده‌اند. برای مثال افزودن خدمات جدید به نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی مستلزم ارائه شواهد کافی است؛ اما در سطح بیمارستان چنین تعهدی وجود ندارد. برای ورود تجهیزات پزشکی عمده به کشور، پروژه‌های ارزیابی فناوری سلامت سفارش داده

می‌شود. تولید یا ورود داروهای جدید نیز مستلزم ارائه شواهد کافی است، اما این تلاش‌ها برای همه داروها و تجهیزات عمده پزشکی انجام نشده‌اند [۱۳].

یکپارچگی خدمات سلامت و آموزش پزشکی در نظام سلامت ایران برای کاهش فاصله دانش به عمل فرصت منحصربه‌فردی فراهم کرده است [۱۴]. برای مثال، از دیرباز کمیته‌های علمی مرکب از پژوهشگران و گاهی خبرگان اجرایی برای حمایت علمی از سیاست‌های سلامت در ادارات فنی وزارت بهداشت ایران وجود داشته است [۱۳]. نظام سیاست‌گذاری سلامت کشور مانند اکثر کشورهای درحال توسعه متمرکز است. وزارت بهداشت، مرجع اصلی سیاست‌گذاری سلامت است. برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور (۲۰۰۹-۲۰۱۴) همه اجزاء نظام سلامت را به تبعیت از نقش تولیتی وزارت بهداشت موظف کرده است. دانشگاه‌های علوم پزشکی به‌عنوان بازوهای اجرایی وزارت بهداشت عمل می‌کنند. اخیراً تلاش‌هایی برای تمرکززدایی سیاست‌گذاری سلامت انجام شده است؛ مثال آن، تشکیل هیئت اماناء در دانشگاه‌های علوم پزشکی است [۱۵، ۱۶].

مطالعات متعددی درباره عوامل مؤثر بر بهره‌برداری سیاست‌گذاران سلامت از شواهد انجام شده‌اند. در این مطالعات عدم دسترسی به‌هنگام به شواهد مرتبط، استفاده از زبان تخصصی در شواهد، محدودیت زمان سیاست‌گذاران، مهارت ناکافی جستجو، ارزیابی نقادانه و بومی‌سازی و عدم ارتباط با پژوهشگران به‌عنوان موانع بهره‌برداری از شواهد شناخته شدند [۱۷، ۱۴، ۴-۲۳]. استراتژی‌هایی نیز برای مواجهه با این موانع پیشنهاد شده‌اند، از جمله: دسترسی به پایگاه‌های استنادی که مرورهای نظام‌مند را منتشر می‌کنند، ارائه شواهد در قالب ۱-۳-۲۵ و خلاصه سیاستی، برگزاری دوره‌های آموزشی توانمندسازی و تکنیک‌هایی برای بومی‌سازی از جمله گفت‌وگو سیاست [۲۷-۲۴].

شواهد نشان می‌دهد نظام‌های سلامت آن‌چنان‌که باید از شواهد بهره‌برداری نمی‌کنند [۲۵، ۲۸-۳۰]. یکی از تلاش‌ها برای کاهش فاصله بین دانش و سیاست می‌تواند توسط

مبتنی بر تئوری انجام شود [۳۵]. در مطالعه حاضر، تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده به‌عنوان چارچوب شناسایی موانع و تسهیل‌کننده‌های تولید اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد مورد استفاده قرار گرفت. تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده یکی از مشهورترین تئوری‌ها برای تبیین رفتار است [۳۶]. این تئوری شامل سه سازه نگرش به رفتار، هنجاری ذهنی و کنترل رفتاری درک‌شده است که به قصد افراد شکل می‌دهد و پیشگویی‌کننده قوی برای رفتار آینده محسوب می‌شود [۳۷]. تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده در پیش‌گویی رفتار در حوزه‌های مختلف از جمله مراقبت‌های سلامت توان خود را اثبات کرده است [۳۸]. این تئوری به شناسایی عوامل اصلی مؤثر بر یک رفتار کمک می‌کند، درحالی‌که رویکرد اکتشافی ممکن است موجب غفلت از برخی از عوامل مؤثر بر رفتار موردنظر شود.

قبل از انجام مطالعه، مجوز کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران به شماره ۹۳/د/۱۰۵/۳۵۲ اخذ شد. برای جمع‌آوری داده‌های مطالعه، مصاحبه‌های نیمه‌ساختارمندی با نمونه هدفمندی از تولیدکنندگان اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد، شامل مدیران کل، روسا و کارشناسان ارشد ادارات فنی وزارت بهداشت انجام شد. افرادی مصاحبه شدند که دارای حداقل پنج سال سابقه طراحی سیاست در سطح ملی بودند. برای شناسایی مطلعین کلیدی از نمونه‌گیری گلوله برفی نیز استفاده شد. ستاد وزارت بهداشت شامل ده معاونت است، هر معاونت مرکب از دفاتر یا مراکز است و هر دفتر/مرکز مشتمل بر چند اداره فنی است [۳۹]. معمولاً ادارات فنی نقطه شروع تولید اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد در ستاد وزارت بهداشت هستند.

راهنمای مصاحبه‌ای با الهام از تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده طراحی شد. راهنمای مصاحبه شامل سؤالاتی درباره منافع و مضرات تولید اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد، گروه‌ها و سازمان‌های حامی یا مخالف تولید اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد و همچنین شرایطی که تولید اسناد سیاستی را مبتنی بر شواهد را تسهیل یا دشوار می‌کنند، بود. راهنمای مصاحبه در ۵ مصاحبه آزمون شده و بهبود یافت. ارتباط قبلی بین

سازمان‌های سیاست‌گذار انجام شود (تلاش‌های جلب) [۳۱]. مرور متون نشان می‌دهد موفقیت در اجرای استراتژی‌های کاهش دانش به عمل به شناسایی موانع و تسهیل‌کننده‌های آن در هر محیط خاص وابستگی فراوانی دارد [۳۴-۳۲]. توقع از سیاست‌گذاران برای اینکه خود به جستجو و ارزیابی شواهد بپردازند و انطباق سیاست‌ها با شرایط محلی را بر عهده گیرند، غیرواقع‌بینانه است. در حقیقت، سیاست‌گذاران کاربران نهایی شواهد ترکیب‌شده توسط مشاوران یا ادارات فنی‌شان هستند. ترویج اسناد سیاستی مبتنی بر شواهدی که توسط دفاتر و ادارات فنی وزارت بهداشت به‌خوبی تدوین شوند و به‌موقع در دسترس باشند، می‌تواند موانع بهره‌برداری از شواهد توسط سیاست‌گذاران سلامت را به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای کاهش دهد. مطالعات منتشرشده تاکنون عوامل مؤثر بر استفاده شواهد در سیاست‌گذاری سلامت را مورد مطالعه قرار داده‌اند. ما در طراحی این مطالعه از ایده سیاست‌گذاری مطلع از شواهد الگو گرفتیم. این رویکرد تأکید می‌کند شواهد علمی فقط یکی از ورودی‌های فرایند سیاست‌گذاری است. تأکید این رویکرد به‌جای سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد، بر سیاست‌گذاری مطلع از شواهد است. لذا در این مطالعه به‌جای آنکه بر فرایند سیاست‌گذاری که بیشتر ذهنی است، متمرکز شود، بر یک محصول عینی، یعنی سند سیاست، متمرکز شده است. این پژوهش برای مطالعه موانع و تسهیل‌کننده‌های تولید اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد از دیدگاه تولیدکنندگان آن‌ها در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طراحی و اجرا گردید تا مبنای طراحی برنامه‌های بهبود تولید اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد در ستاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گیرد.

روش کار

برای جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل چارچوب مورد استفاده قرار گرفت. مطالعه موانع و تسهیل‌کننده‌های یک پدیده می‌تواند به دو صورت اکتشافی یا

مصاحبه‌کننده و شرکت‌کنندگان در مطالعه وجود نداشت. همه مصاحبه‌ها در دفتر شخصی مصاحبه‌شوندگان یا اتاق جلسه بدون حضور افراد دیگر انجام شد. مصاحبه‌ها بین ۳۲ تا ۷۸ دقیقه طول کشید (میانگین: ۵۳ دقیقه). برای ضبط مصاحبه رضایت آگاهانه شفاهی از شرکت‌کنندگان اخذ شد. مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. همه مصاحبه‌های ضبط‌شده بازنویسی شده و بر اساس تحلیل چارچوب ارائه‌شده توسط ریچه کدگذاری و تحلیل شدند. پنج مرحله اصلی تحلیل چارچوب عبارت‌اند از: آشناسازی، شناسایی یک چارچوب موضوعی، نمایه‌سازی، نگاره‌سازی، نگاشت و تفسیر [۴۰]. بر اساس اهداف مطالعه و آشناسازی، ۱۸ زیرمضمون و سه مضمون اصلی باورهای رفتاری، باورهای هنجاری و باورهای کنترلی شناسایی شدند. برای احراز پایایی بین کدگذاران، دو عضو تیم پژوهش دو متن مصاحبه را کدگذاری نمودند، مغایرت‌ها را به بحث گذاشتند و آن‌ها را

حل و فصل کردند [۴۱]. به منظور اخذ بازخورد از شرکت‌کنندگان درباره تفسیر داده‌ها و حصول اطمینان از اینکه مفاهیم و دیدگاه‌های آنان به‌درستی ارائه شده‌اند، یافته‌های پژوهش برای شرکت‌کنندگان در مطالعه ارسال شد و بازخورد دریافتی برای بهبود تفسیر داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت [۴۲]. برای کدگذاری و مدیریت داده‌ها، از نرم‌افزار تحلیل کیفی MAXQDA10 استفاده شد [۴۳].

یافته‌ها

با ۲۳ تولیدکننده اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد در ستاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصاحبه شد. جدول یک مشخصات شرکت‌کنندگان در مطالعه را نشان می‌دهد. در شکل یک یافته‌های مطالعه در چارچوب سه سازه تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده به تصویر کشیده شده است.

جدول ۱: مشخصات شرکت‌کنندگان در مطالعه

سابقه مدیریت	مدرک تحصیلی	وضعیت استخدامی	زمینه تخصصی	سابقه کار (سال)	تعداد
دارد / ندارد	دکترای تخصصی / دکترای حرفه‌ای	عضو هیئت علمی / کارشناس ارشد	بالینی / غیر بالینی / کارشناس	۱۰-۱۶ / ۵-۱۰	۱۳
۱۰	۸	۷	۸	۴	۱۹
۱۳					۱۱
					۱۲
					۱۰

«من فکر می‌کنم بهترین راه برای اولویت‌بندی درست نیازهای سلامتی جامعه، مراجعه به شواهد است.» برخی از مدیران و اکثر کارشناسان بر این باور بودند که استفاده بهینه از منابع، در هر دو طرف عرضه و تقاضای شواهد، پیامد مثبت تدوین اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد است. آن‌ها اظهار کردند پول زیادی صرف پژوهش می‌شود، بنابراین اگر نتایج آن‌ها مورد استفاده قرار نگیرد، منابع مالی صرف‌شده به هدر خواهد رفت. مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند استفاده از شواهد توسط سازمان‌های سیاست‌گذار موجب استفاده بهینه از منابع مالی در نظام سلامت می‌شود؛ به خصوص در کشورهای در حال توسعه که با محدودیت شدید منابع مواجه‌اند.

باورهای رفتاری: باورهای رفتاری، درک شرکت‌کنندگان از پیامدهای رفتار مورد مطالعه است. ارزیابی مثبت یا منفی باورهای رفتاری، نگرش نسبت به رفتار را تعیین می‌کند. اکثر شرکت‌کنندگان معتقد بودند تولید اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد، کیفیت سیاست‌های پیشنهادی آنان را بهبود می‌بخشد. مصاحبه‌شوندگان بر این باور بودند شواهد می‌تواند برای آگاهی‌بخشی به همه مراحل فرایند سیاست‌گذاری مورد استفاده قرار گیرد. آن‌ها معتقد بودند استفاده از شواهد معتبر منجر به شناسایی درست مسائل سیاستی، اتخاذ اثربخش‌ترین گزینه‌های سیاستی، انتخاب بهترین استراتژی استقرار و در نهایت ارزشیابی درست اثرات سیاست می‌شود.

عوامل بیرونی نباشن، سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد رو ترجیح می‌دن.»

اکثر مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند مراجع سیاست‌گذاری مانند مجلس شورای اسلامی، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و معاونت راهبردی ریاست جمهوری حامی اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد هستند؛ اما گاهی علایق منطقه‌ای برخی نمایندگان مجلس موجب می‌شود در برابر شواهدی مقاومت کنند که از علایق ملی حمایت می‌کند. گاهی برخی از سازمان‌های غیردولتی مانند انجمن‌های بیماران و نهادهای حرفه‌ای مانند نظام پزشکی، به خاطر منافع اعضایشان با اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد مخالفت می‌کنند. اکثر شرکت‌کنندگان بر این باور بودند انجمن‌های علمی اغلب از اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد حمایت می‌کنند.

اکثر مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند مجریان سیاست‌ها اغلب در برابر تغییر مقاومت می‌کنند. آن‌ها اظهار داشتند استفاده از شواهد برای حمایت از سیاست‌های سلامت، می‌تواند مقاومت مجریان سیاست را کاهش دهد. شرکت‌کنندگان بر این باور بودند آن تعداد از همکارانشان که مهارت تدوین اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد را دارند از این رفتار حمایت می‌کنند و بالعکس.

باورهای کنترلی: باورهای کنترلی درک افراد درباره کنترل‌شان روی رفتار مورد مطالعه است. درک افراد در مورد قدرت باورهای کنترلی در تسهیل یا جلوگیری از یک رفتار، کنترل رفتاری درک شده غالب را تعیین می‌کند.

همه مصاحبه‌شوندگان ضعف در نظام اندازه‌گیری عملکرد و رابطه ضعیف بین جبران خدمت و عملکرد را خاطر نشان کردند. «در سیستم ما فرایندی برای تشویق این رفتار وجود ندارد؛ فرایند درستی برای ارزیابی عملکرد کارشناسان و ادارات فنی وجود ندارد؛ سیستم ما خدمات خوب کارکنانش رو به خوبی جبران نمی‌کند.»

برخی از مصاحبه‌شوندگان بر این باور بودند انتصاب سیاست‌گذاران و وزارت بهداشت از بین اعضای هیئت‌علمی دانشگاه‌ها، استفاده از شواهد در اسناد سیاستی را تسهیل می‌کند. برخی از شرکت‌کنندگان اظهار داشتند مهارت در

برخی از کارشناسان اظهار داشتند اغلب اوقات نگران زیان‌های مالی ناشی از گزینه‌های سیاستی پیشنهادی‌شان به نظام سلامت و جامعه هستند. «اگر ما مبتنی بر شواهد کارشناسی نکنیم و برنامه پیشنهادی مون بره تصویب هم بشه، اجرا هم بشه، اگر جواب نداد چی؟ منابع زیادی صرف اون شده که می‌تونست برا برنامه‌ای که جواب می‌ده هزینه بشه، اون وقت من منابع کشورم رو هدر دادم.» آن‌ها همچنین معتقد بودند اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد، هزینه فرصت منابع مالی در نظام سلامت را بهبود می‌بخشد. «استفاده از شواهد به اتخاذ سیاست درست کمک می‌کنه؛ در این صورت به اجرای آزمایشی نیاز داریم.»

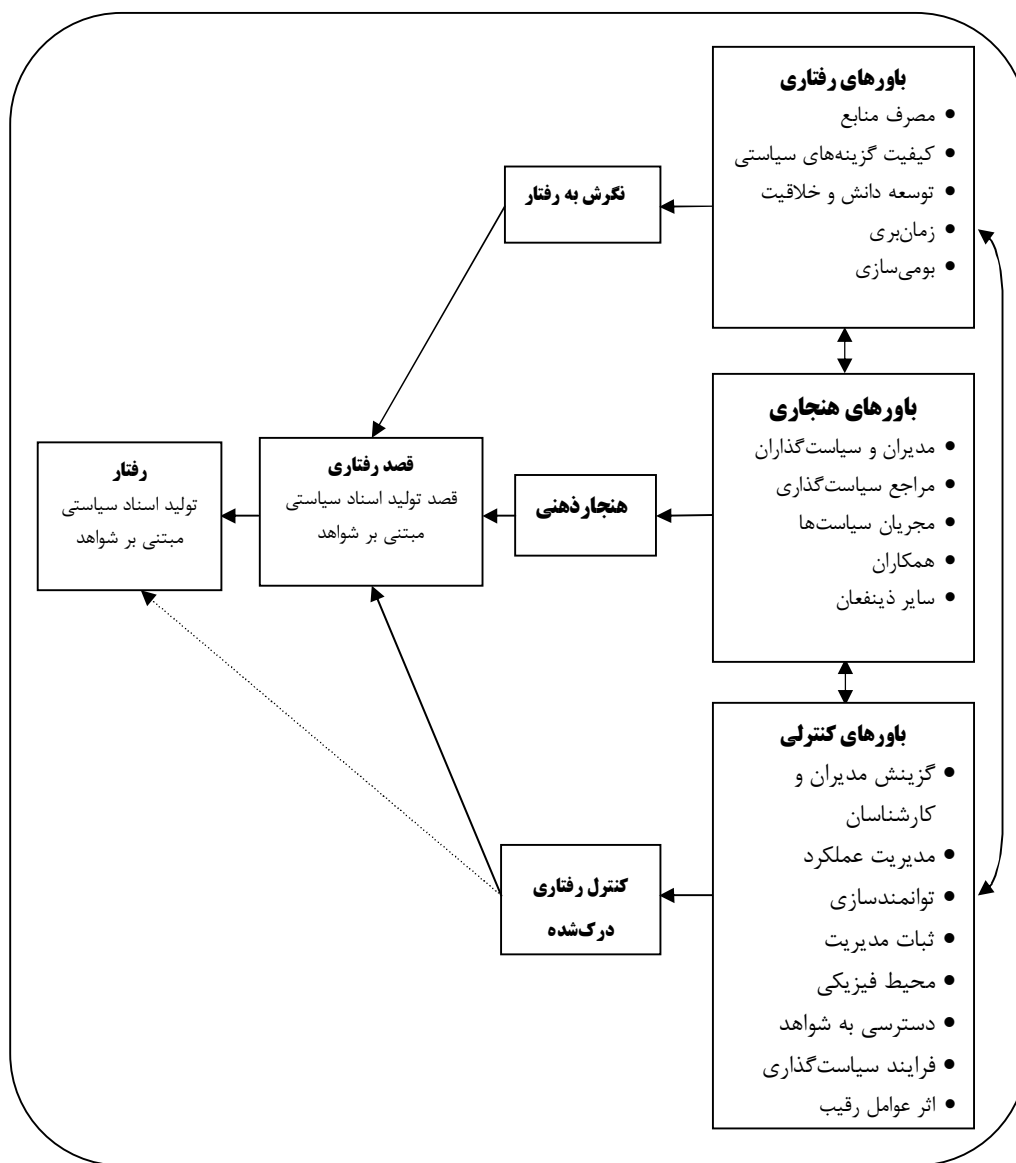
کارشناسان اظهار کردند تهیه اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد منجر به توسعه دانش و خلاقیت آن‌ها می‌شود. آن‌ها تدوین اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد را یک تجربه رضایت‌بخش و برانگیزاننده دانستند. مصاحبه‌شوندگان بر این باور بودند یادگیری مطالب جدید، حداقل فایده مرور شواهد است، فارغ از اینکه از آن‌ها در فرایند سیاست‌گذاری استفاده بشود یا نشود.

اکثر شرکت‌کنندگان تدوین اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد را یک فرایند زمان‌بر دانستند. تصور آن‌ها این بود که این کار ممکن است موجب از دست رفتن فرصت پاسخ به موقع به مشکلات شود. «تهیه اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد اغلب اونقدر کنده که گاهی احساس می‌کنیم، فرصت‌ها داره از دست میره». یکی از مدیران و برخی از کارشناسان معتقد بودند تدوین اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد، موجب تمایل به سمت سیاست‌هایی می‌شود که مورد حمایت شواهد بین‌المللی هستند، اما ممکن است با شرایط خاص کشورمان تطابق نداشته باشند.

باورهای هنجاری: باورهای هنجاری درک افراد مورد مطالعه درباره فشار اطرافیان برای انجام یا عدم انجام یک رفتار است. قضاوت مثبت یا منفی درباره باورهای هنجاری، هنجار ذهنی غالب را رقم می‌زند. «موضع سیاست‌گذاران نسبت به شواهد، به مقدار سیاسی بودن مسئله بستگی داره؛ یعنی اگر تحت فشار

بر شواهد توسط مراجع کلان سیاست گذاری، تسهیل کننده تولید اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد است؛ اما آن را استراتژی مشترک همه مراجع سیاست گذاری در ستاد وزارت بهداشت ندانستند. اکثر شرکت کنندگان برگزاری دوره‌ها و کارگاه‌های توانمندسازی تولید اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد برای مدیران و کارشناسان را ضروری دانستند. «چند کارگاه سیاست گذاری آگاه از شواهد برگزار شد، اما کاربردی و مفید نبودن.» همچنین اکثر کارشناسان شلوغی محیط کار خود را مانعی برای تولید اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد ذکر کردند.

تولید اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد، معیار استخدام در وزارت بهداشت نیست. شرکت کنندگان عدم ثبات مدیریت و سیاست گذاری را مانعی برای تولید اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد دانستند. «الآن سیاست گذاران از این رفتار حمایت می‌کنن، هیچ تضمینی وجود نداره سیاست گذاران بعدی هم چنین نگرشی داشته باشن» اکثر مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند رد اسناد سیاستی غیر مبتنی



شکل ۱: عوامل مؤثر بر تولید اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد در ستاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دسترسی ناکافی به داده‌های جاری نظام سلامت به خصوص قیمت تمام‌شده خدمات را یکی از موانع تولید اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد دانستند. «برای محاسبه هزینه-اثربخشی یک مداخله، اثربخشی اون می‌تونه به آسونی در شواهد منتشرشده پیدا بشه، اما متأسفانه داده‌های معتبری برای برآورد هزینه مداخلات وجود نداره.» جدول دو عوامل اختصاصی مؤثر بر تولید اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد و بهره‌برداری سیاست‌گذاران سلامت از شواهد را نشان می‌دهد.

دسترسی به شواهد در سه مقوله دیدگاه ذینفعان، داده‌های جاری سازمانی و شواهد پژوهشی مورد ارزیابی قرار گرفت. فقدان تسهیلاتی مانند تله کنفرانس و پایگاه داده‌ای برای شناسایی پژوهشگران موجب استفاده ناکافی از دیدگاه‌های ذینفعان و پژوهشگران می‌شود. «در استقرار سیاست پزشکی خانواده ما از دیدگاه ارائه‌کنندگان و دریافت‌کنندگان خدمت استفاده نکردیم، بنابراین نتوانستیم موانع استقرار این سیاست رو به‌خوبی رو شناسایی کنیم.» مانع دیگر فقدان دسترسی به متن کامل برخی مقالات دانسته شد. برخی از مدیران و کارشناسان

جدول ۲: تفاوت بین عوامل مؤثر بر تولید اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد و عوامل مؤثر بر بهره‌برداری از شواهد توسط سیاست‌گذاران

عوامل اختصاصی مؤثر بر استفاده از شواهد توسط سیاست‌گذاران سلامت	عوامل اختصاصی مؤثر بر استفاده از شواهد توسط تولیدکنندگان اسناد سیاستی
استفاده از زبان تخصصی	توسعه دانش و خلاقیت
ساختار شواهد	مدیریت عملکرد
محدودیت زمان	محیط فیزیکی
بهنگام و مرتبط بودن شواهد	استخدام کارشناسان
ساختار اجرایی برای حمایت از سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد	همکاران
منابع محدود برای حمایت از سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد	

مطالعات درباره عوامل مؤثر بر استفاده سیاست‌گذاران از شواهد مقایسه شدند. در مطالعه حاضر، کیفیت گزینه‌های سیاستی، جلوگیری از ائتلاف منابع و توسعه دانش و خلاقیت به‌عنوان باورهای رفتاری مثبت و زمان‌بری و عدم انطباق‌پذیری به‌عنوان باورهای رفتاری منفی شناخته شدند. نگرش مثبت سیاست‌گذاران سلامت نسبت به بهره‌برداری از شواهد در سیاست‌گذاری در برخی مطالعات گزارش شده است [۱۹،۴۴،۴۵]؛ اما سیاست‌گذاران درباره اعتبار شواهد نگرانی‌هایی ذکر کرده بودند [۴،۲۱،۴۴]. اگرچه ممکن است سیاست‌گذاران نگرش مثبتی نسبت به شواهد داشته باشند، اما در عمل در موارد بسیاری عوامل دیگر مانند گروه‌های فشار را بر شواهد ترجیح داده‌اند [۴۶،۲۲،۴]. به نظر می‌رسد اصرار تولیدکنندگان اسناد سیاستی برای بهره‌برداری از شواهد، ناشی از عدم اثر عوامل رقیب بر آنان باشد. عدم نگرانی درباره محبوبیت سیاسی

عوامل شناسایی‌شده در مطالعات بهره‌برداری از شواهد توسط سیاست‌گذاران در گروه باورهای کنترلی قرار گرفتند. این یافته می‌تواند فرضیات زیر را مطرح کند: عوامل مربوط به دیگر سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده روی استفاده سیاست‌گذاران از شواهد اثرگذار نیستند، عدم استفاده از تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده در مطالعات مربوط به استفاده سیاست‌گذاران منجر به غفلت از عوامل مربوط به سازه‌ها شده است، یا مهم‌ترین عوامل مؤثر بر استفاده سیاست‌گذاران از شواهد و تولید اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد به باورهای کنترلی مربوط هستند.

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه درباره عوامل مؤثر بر تولید اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد در ستاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی درک عمیقی را فراهم کرد. یافته‌های مطالعه حاضر با نتایج

می تواند در این خصوص نقش مهمی ایفا کند. برخی مطالعات نیز زمان‌بری و بومی‌سازی سیاست‌ها را از چالش‌های سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد از دیدگاه سیاست‌گذاران سلامت ذکر کرده‌اند [۱،۱۷،۱۸].

اکثر مصاحبه‌شوندگان بر این باور بودند مراجع سیاست‌گذاری و انجمن‌های علمی حامی اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد هستند؛ درحالی‌که مجریان سیاست‌ها، انجمن‌های بیماری و نهادهای صنفی در برابر استفاده از شواهد در اسناد سیاستی مقاومت می‌کنند. موضع همکاران و نیز سیاست‌گذاران بستگی به شرایط دارد. برخی مطالعات گزارش کردند بازیگران سیاسی از جمله نهادهای حرفه‌ای ارزش کمی برای شواهد قائل‌اند. مقاومت مجریان در برابر سیاست‌های جدید نیز در برخی مطالعات ذکر شده است [۱۹،۴۶،۴۷].

در خصوص باورهای کنترلی، فقط انتصاب سیاست‌گذاران از بین اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها به‌عنوان تسهیل‌کننده شناسایی شد. مطالعات دیگری از این یافته حمایت می‌کنند، آن‌چنان‌که پیشنهاد کردند تجربه در استفاده از شواهد در سیاست‌گذاری به‌عنوان معیاری برای انتصاب سیاست‌گذاران در نظر گرفته شود [۴،۱۴].

فقدان سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد، جابجایی سریع سیاست‌گذاران، دانش و مهارت اندک سیاست‌گذاران در استفاده از شواهد و دسترسی محدود به شواهد موردنیاز، در مطالعات مربوط به استفاده سیاست‌گذاران از شواهد نیز گزارش شده‌اند [۴۸-۴۶،۴۶،۲۰-۱۴،۴۶].

یکی از مشهورترین چارچوب‌ها برای شناسایی موانع استقرار یک مداخله جدید، چارچوب هانسن و همکارانش است. در

این چارچوب موانع یک تغییر جدید در چهار سطح ارائه‌کنندگان و دریافت‌کنندگان خدمات، سازمان و نظام سلامت شناسایی می‌شوند [۴۹]. یافته‌های مطالعه ما بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده، همه اجزاء این چارچوب را پوشش داد. درحالی‌که موانع شناسایی‌شده در مطالعات سیاست‌گذاران عمدتاً به سطوح سازمان و نظام سلامت و در موارد اندکی به سطوح ارائه‌کنندگان و دریافت‌کنندگان خدمات مربوط بودند [۱۹،۲۱،۲۱،۴۱۸]. این یافته این فرضیه را مطرح می‌کند که استفاده از تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده به‌عنوان چارچوب جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، می‌تواند به شناسایی موانع یک رفتار خاص در همه سطوح نظام سلامت کمک کند.

مطالعات منتشرشده درباره عوامل مؤثر بر استفاده سیاست‌گذاران از شواهد، عمدتاً از رویکرد اکتشافی استفاده کردند. این مطالعات از تئوری‌های شناخت اجتماعی به‌عنوان چارچوب جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها استفاده نکردند. در این مطالعات، به‌ندرت عواملی که بتوان آن‌ها را تحت عنوان باور رفتاری یا هنجاری گروه‌بندی کرد، گزارش شده‌اند. به‌عبارت‌دیگر، اکثر عوامل شناسایی‌شده در این مطالعات از نوع باورهای کنترلی بودند.

ما دریافتیم اکثر موانع ذکرشده برای تولید اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد، باورهای کنترلی بودند. نتایج برخی مطالعات نیز از این یافته حمایت می‌کنند؛ این مطالعات نیز مهم‌ترین چالش‌های بهره‌برداری از شواهد در سیاست‌گذاری سلامت را موانع ساختاری/محیطی/سیستمی و در سطح تولید نظام سلامت گزارش کردند [۱۹،۱۴].

جدول ۳: عوامل مؤثر بر تولید اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد در چارچوب هانسن و همکاران

اجزاء چارچوب	یافته‌های مطالعه ما
ارائه‌کنندگان خدمات	نگرش و مهارت تولیدکنندگان اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد (باورهای نگرشی + مهارت)
دریافت‌کنندگان خدمات	نگرش ذینفعان سیاست‌های سلامت (باورهای هنجاری)
سازمان	مدیریت عملکرد، توانمندسازی، محیط فیزیکی و استخدام کارشناسان (باورهای کنترلی)
نظام سلامت	ثبات مدیریت، دسترسی به شواهد، انتصاب سیاست‌گذاران و سایر عوامل (باورهای کنترلی)

References

1. Dobrow MJ, Goel V, Upshur R. Evidence-based health policy: context and utilisation. *Social science & medicine* 2004;58(1):207-17.
2. Claridge JA, Fabian TC. History and development of evidence-based medicine. *World journal of surgery* 2005;29(5):547-53.
3. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 1. What is evidence-informed policymaking? *Health Research Policy and Systems* 2009; 7 (suppl 1): 1-7.
4. Orem JN, Mafigiri DK, Marchal B, Ssengooba F, Macq J, Criel B. Research, evidence and policymaking: the perspectives of policy actors on improving uptake of evidence in health policy development and implementation in Uganda. *BMC Public Health* 2012;12(1):109.
5. Packwood A. Evidence-based policy: rhetoric and reality. *Social Policy and Society*. 2002;1(3):267-72.
6. World Health Organization. World report on knowledge for better health 2004. [cited 2014 July 12]. Available from: URL: <http://www.who.int/rpc/wr2004>
7. World Health Assembly. Resolution on health research 2005. [cited 2014 July 12]. Available from: URL: http://www.who.int/rpc/meetings/58th_WHA_resolution.pdf
8. World Health Organization. The Bamako call to action on research for health 2008. [cited 2014 July 12]. Available from: URL:

یافته‌های مطالعه حاضر به دلیل نوع مطالعه نمی‌توانند به سایر محیط‌ها تعمیم داده شوند. اگرچه عدم تعمیم‌پذیری یافته‌ها، محدودیت اصلی مطالعات کیفی است؛ اما این مطالعات می‌توانند از طریق مصاحبه‌های عمیق با مطلعین کلیدی، داده‌های غنی برای درک عوامل مؤثر بر یک پدیده به دست دهند [۵۰].

اگرچه شرکت کنندگان نگرانی‌هایی درباره زمان‌بری فرایند و بومی‌سازی سیاست‌ها داشتند، اما نگرش آن‌ها نسبت به تولید اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد مثبت بود. همه ذینفعان سیاست‌های سلامت حامی اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد نیستند. عمده موانع تولید اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد به باورهای کنترلی مربوط بودند (موانع مربوط به سطوح سازمان و نظام سلامت در چارچوب هانسن). این یافته یادآور قانون ۱۵/۸۵ رویکرد مدیریت کیفیت فراگیر است؛ این قانون ۸۵ درصد مشکلات کیفیت را به فرایندها و سیستم‌ها و ۱۵ درصد آن‌ها را به کارکنان نسبت می‌دهد [۵۱]. درحالی‌که مطالعه حاضر، عوامل مؤثر بر تولید اسناد سیاستی مبتنی بر شواهد را در همه سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده شناسایی کرد، عوامل شناسایی‌شده در مطالعات اکتشافی درباره استفاده سیاست‌گذاران سلامت از شواهد، عمدتاً به یکی از سازه‌های این تئوری مربوط هستند. این یافته می‌تواند نشان‌دهنده ترجیح رویکرد تنوریک بر رویکرد اکتشافی برای شناسایی عوامل مؤثر بر یک رفتار باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان‌نامه تحت عنوان بهره‌برداری از شواهد پژوهشی برای پشتیبانی از سیاستگذاری‌های سلامت در مقطع دکترای تخصصی سیاستگذاری سلامت در سال ۱۳۹۳ کد ۳۴۲ می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی ایران اجرا شده است.

http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_12Add2-en.pdf

9. Iran's National Institute of Health Research. Introduction. [cited 2014 July 12]. Available from: URL: <http://nihr.tums.ac.ir/Index.aspx>

10. Majdzadeh R, Nedjat S, Fotouhi A, Malekafzali H. Iran's approach to knowledge translation. Iranian Journal of Public Health 2009;38(Suppl. 1): 57-62.

11. Larijani B, Delavari A, Damari B, Moghadam A, Majdzadeh R. Health policy making system in Islamic Republic of Iran: Review an experience. Iranian Journal of Public Health 2009;38(Suppl. 1): 1-3.

12. Iran's Supreme Council of Health, and Food Security. Format of health policy document. [cited 2014 July 12]. Available from: URL: <http://hamahangi.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=126&pageid=973>

13. Imani-Nasab MH, Seyedin H, Majdzadeh R, Yazdizadeh B, Salehi M. Development of evidence-based health policy documents in developing countries: a case of Iran. Glob J Health Sci 2014;6(3):27-36.

14. Majdzadeh R, Yazdizadeh B, Nedjat S, Gholami J, Ahghari S. Strengthening evidence-based decision-making: is it possible without improving health system stewardship? Health policy and planning 2012;27(6):499-504.

15. Iran's Islamic Parliament. Law of the fifth Economic, Social and Cultural Development Plan of the Islamic Republic of Iran. [cited 2014 July 12]. Available from: URL: <http://www.divan-edalat.ir/show.php?page=5country>

16. Iran's Islamic Parliament. Law of formation of the boards of trustees in universities and higher education and research institutions. [cited 2014 July 12]. Available from: URL: http://vpb.um.ac.ir/index.php?option=com_content&view=article&id=2437:ghanoon-tashkil&catid=147:ghavanin&Itemid=756

17. Campbell DM, Redman S, Jorm L, Cooke M, Zwi AB, Rychetnik L. Increasing the use of evidence in health policy: practice and views of policy makers and researchers. Australia and New Zealand Health Policy 2009;6(1): 1-11.

18. Albert M, Fretheim A, Maïga D. Factors influencing the utilization of research findings by health policy-makers in a developing country: the selection of Mali's essential medicines. Health Research Policy and Systems 2007;5(1): 1-8.

19. Bowen S, Erickson T, Martens PJ, Crockett S. More than "using research": the real challenges in promoting evidence-informed decision-making. Healthcare Policy 2009;4(3):69-84.

20. Ellen ME, Léon G, Bouchard G, Lavis JN, Ouimet M, Grimshaw JM. What supports do health system organizations have in place to facilitate evidence-informed decision-making? a qualitative study. Implementation Science 2013;8(1): 1-19.

21. Hennink M, Stephenson R. Using research to inform health policy: barriers and strategies in developing countries. Journal of health communication 2005;10(2):163-80.

22. Hyder AA, Corluka A, Winch PJ, El-Shinnawy A, Ghassany H, Malekafzali H, et al. National policy-makers speak out: are researchers giving

- them what they need? Health policy and planning 2011;26(1):73-82.
23. Jewell CJ, Bero LA. "Developing Good Taste in Evidence": Facilitators of and Hindrances to Evidence-Informed Health Policymaking in State Government. *Milbank Quarterly*. 2008;86(2):177-208.
24. The Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF): Communication Notes: Reader-Friendly Writing - 1:3:25. [cited 2014 July 12]. Available from: URL: http://www.chsrf.ca/knowledge_transfer/pdf/cn-1325_e.pdf
25. Lavis J, Davies H, Oxman A, Denis J-L, Golden-Biddle K, Ferlie E. Towards systematic reviews that inform health care management and policy-making. *Journal of Health Services Research & Policy* 2005;10(suppl 1):35-48.
26. Lavis JN, Boyko JA, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 14: Organising and using policy dialogues to support evidence-informed policymaking. *Health Research Policy and Systems* 2009;7(Suppl 1): 1-8.
27. Ward M, Mowat D. Creating an organizational culture for evidence-informed decision making. *Healthcare Management Forum* 2012; 25(3): 146-150.
28. Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A. Use of evidence in WHO recommendations. *The Lancet* 2007;369(9576):1883-9.
29. Hanney SR, Gonzalez-Block MA, Buxton MJ, Kogan M. The utilisation of health research in policy-making: concepts, examples and methods of assessment. *Health Research Policy and Systems* 2003;1(1): 1-28.
30. Innvær S, Vist G, Trommald M, Oxman A. Health policy-makers' perceptions of their use of evidence: a systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy* 2002;7(4):239-44.
31. Ellen ME, Lavis JN, Ouimet M, Grimshaw J, Bédard P-O. Determining research knowledge infrastructure for healthcare systems: a qualitative study. *Implement Sci* 2011;6(1): 1-5.
32. Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, et al. Lost in knowledge translation: time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 2006;26(1):13-24.
33. Graham ID, Tetroe J. Some theoretical underpinnings of knowledge translation. *Academic Emergency Medicine* 2007;14(11):936-41.
34. Lavis JN. Research, public policymaking, and knowledge-translation processes: Canadian efforts to build bridges. *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 2006;26(1):37-45.
35. Straus SE, Tetroe J, Graham ID. Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice: Oxford, UK: John Wiley & Sons; 2013.
36. Duan W, JIANG G-R. A Review of the Theory of Planned Behavior. *Advances in Psychological Science* 2008; 16: 315-320.
37. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes* 1991;50(2):179-211.

38. Eccles MP, Hrisos S, Francis J, Kaner EF, Dickinson HO, Beyer F, et al. Do self-reported intentions predict clinicians' behaviour: a systematic review. *Implement Sci* 2006;1(1):28.
39. Iran's Ministry of Health. Organizational chart of Iran's Ministry of Health and Medical Education. [cited 2014 July 12]. Available from: URL: <http://www.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=1&siteid=1&siteid=1&pageid=1224>
40. Ritchie J, Spencer L. *Qualitative data analysis for applied policy research*: Sage Publications Inc. Thousand Oaks, CA; 2002.
41. Carey JW, Morgan M, Oxtoby MJ. Intercoder agreement in analysis of responses to open-ended interview questions: Examples from tuberculosis research. *Field Methods* 1996;8(3):1-5.
42. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, Calif.: Sage Publications; 1985.
43. VERBI Software. Reference Manual for the Text Analysis Software MAX QualitativeDataAnalysis 10. [cited 2014 July 12]. Available from: URL: http://www.maxqda.com/download/manuals/MAX10_intro_eng.pdf
44. Jönsson K, Tomson G, Jönsson C, Kounnavong S, Wahlström R. Health systems research in Lao PDR: capacity development for getting research into policy and practice. *Health Research Policy and Systems* 2007;5: 1-10.
45. Peirson L, Ciliska D, Dobbins M, Mowat D. Building capacity for evidence informed decision making in public health: a case study of organizational change. *BMC Public Health* 2012;12(1):1-13.
46. El-Jardali F, Lavis J, Ataya N, Jamal D, Ammar W, Raouf S. Use of health systems evidence by policymakers in eastern mediterranean countries: views, practices, and contextual influences. *BMC Health Services Research* 2012;12(1): 1-20.
47. Dobbins M, Rosenbaum P, Plews N, Law M, Fysh A. Information transfer: what do decision makers want and need from researchers. *Implementation Science* 2007;2(20): 1-12.
48. Koehlmoos T, Rashid M, Rahman Z, Cravioto A, Hanney S. Understanding the Role of Evidence in Policy Making in Bangladesh Report 1: An Analysis of Interviews with Health Sector Decision Makers. [cited 2014 July 12]. Available from: URL: http://www.who.int/alliance-hpsr/projects/alliancehpsr_snpreport1bang09
49. Hanson K, Ranson MK, Oliveira-Cruz V, Mills A. Expanding access to priority health interventions: a framework for understanding the constraints to scaling-up. *Journal of International Development* 2003;15(1):1-14.
50. Holloway I. *Qualitative research in health care*: McGraw-Hill International; 2005.
51. Deming W. *Out of crisis: Quality, productivity, and competitive position*. Cambridge, Cambridge University Press: 1992.



Factors Affecting the Development of Evidence-Based Health Policy Papers at the Ministry of Health Care and Medical Education

Imani-Nasab MH¹/ Seyedin H²/ Majdzadeh R³/ Yazdizadeh B⁴/ Salehi M⁵

Abstract

Introduction: Successful reduction in the gap between applied knowledge and pure knowledge, depends on the identification of factors affecting it. The objective of the study was to identify the barriers and facilitators to the development of evidence-based papers from the perspective of their producers at the Ministry of Health Care and Medical Education headquarter office.

Methods: Qualitative approach and framework analysis were used in this study. Semi-structured interviews were conducted with a purposive sample of producers of evidence-based policy papers. MAXQDA10 Software was used to applying the codes and managing the data.

Results: Three themes of behavioral beliefs, normative beliefs and control beliefs and 18 subthemes were identified. Behavioral beliefs included: knowledge and innovation, quality of policy papers, use of resources, contextualization and time-consuming; normative beliefs consisted of policymakers, policy authorities, policy administrators, and co-workers; and control beliefs involved: access to evidence, recruitment policy, management and policy stability, performance management, empowerment, policy making process, physical environment, and competing factors.

Conclusion: Most of the barriers were related to control beliefs. This finding corresponds to 85/15 rule in TQM (Total Quality Management). This theory-based study identified the factors influencing the development of evidence-based policy papers in terms of all the components of theory of planned behavior, but the factors identified in the exploratory studies were related to one component of the theory. This finding advocates the theoretical approach to identify affecting factors on a behavior.

Keywords: health policy, research utilization, theory of planned behavior, Iran

• Received: 15/Feb/2015 • Modified: 7/Jan/2015 • Accepted: 17/Nov/2014

1. Assistant Professor of Public Health Department, School of Health and Nutrition, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran
2. Associate Professor of Health Services Management Department, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Corresponding Author (h.seyedin@iums.ac.ir)
3. Professor of Epidemiology and Biostatistics Department, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Assistant Professor of Knowledge Utilization Research Center, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
5. Assistant Professor of Biostatistics Department, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

