

خلاصه‌های شواهد برای سیاست‌گذاری: گونه‌شناسی، کارکرد و شیوه تدوین

حانیه‌سادات سجادی^۱، سیدرضا مجدزاده^{۲،۳}، بهاره یزدی‌زاده^۲

۱- استاد، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات بهره‌برداری از دانش سلامت، مرکز تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲- استاد اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات بهره‌برداری از دانش سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳- استاد سلامت جهانی و اپیدمیولوژی، دانشکده مراقبت‌های سلامت و اجتماعی، دانشگاه اسکس، کولچستر، بریتانیا

DOI: [10.18502/ijre.v22i2.22729](https://doi.org/10.18502/ijre.v22i2.22729)

اطلاعات مقاله	چکیده
تاریخ دریافت ۱۴۰۴/۰۸/۱۸	امروزه بهره‌گیری از خلاصه‌های شواهد برای پشتیبانی از سیاست‌گذاری سلامت اهمیت فزاینده‌ای یافته است، زیرا تصمیم‌گیری آگاه از شواهد می‌تواند به بهبود پیامدهای سلامت، تخصیص بهینه منابع و ارتقای پاسخگویی منجر شود. با وجود این اهمیت، بسیاری از تولیدکنندگان شواهد با تنوع، کارکرد و جایگاه انواع مختلف خلاصه‌های شواهد در چرخه سیاست‌گذاری آشنا نیستند و این امر از اثربخشی استفاده از آن‌ها می‌کاهد. هدف این مقاله، معرفی چهار نوع خلاصه شواهد شامل خلاصه مشکل، خلاصه گزینه‌ها، خلاصه برای استقرار و خلاصه تأثیر سیاستی، تبیین نقش هر کدام در مراحل مختلف تصمیم‌سازی و ارائه راهنمای عملی برای تدوین آن‌ها است. این ابزارها با فراهم کردن ترکیب شواهد معتبر، به شناسایی مشکل‌ها، پیشنهاد راهکارهای سیاستی، برنامه‌ریزی برای اجرای مؤثر و ارزیابی پیامدهای سیاست‌ها کمک می‌کنند. افزایش آگاهی درباره کاربرد این چهار نوع خلاصه می‌تواند فرایند ترجمان دانش را تقویت کند و به انتقال مؤثر شواهد از محیط‌های تولید شواهد به عرصه سیاست کمک کند.
تاریخ پذیرش ۱۴۰۵/۰۴/۲۷	
نویسنده رابط بهاره یزدی‌زاده	
ایمیل نویسنده رابط baharchyazdizadeh@yahoo.com	
نشانی نویسنده رابط تهران، خیابان کارگر شمالی، ساختمان گل، طبقه هفتم	
واژگان کلیدی: خلاصه شواهد، سیاست‌گذاری سلامت، ترجمان دانش، استفاده از شواهد، سیاست‌گذاری آگاه از شواهد، تأثیر پژوهش	

خلاصه شواهد برای سیاست‌گذاری چیست؟

محصولات دانشی (Knowledge Products) یا شواهد (Evidence Products) در نظام سلامت، شکل پالایش‌شده‌ای از ترکیب شواهد پژوهشی و نظرهای کارشناسی‌دی‌نقشان است که با رویکردی نظام‌مند توسعه می‌یابد و از مداخله‌های ترجمان دانش محسوب می‌شوند. این محصولات در شکل‌های مختصر و کاربرپسند متناسب با نیازهای اطلاعاتی کاربران نهایی ارائه می‌شوند و می‌توانند به تقویت رویکرد سیاست‌گذاری آگاه از شواهد

(Evidence-Informed Policy-Making) و ترویج مراقبت

سلامت مبتنی بر شواهد (Evidence-Based Health Care) کمک کنند (۱). این محصولات همچنین امکان استفاده عملی از یافته‌های علمی را فراهم می‌کنند و بدین ترتیب نقش مهمی در افزایش اثرهای فرادانشگاهی (Beyond Academia) پژوهش دارند (۲-۴). سازمان جهانی سلامت چهار محصول دانشی پرکاربرد را معرفی کرده است که براساس مخاطب کلیدی هر یک می‌توان آنها را در سه سطح طبقه‌بندی کرد: (۱) سیاست‌گذاری، شامل انواع خلاصه‌های شواهد برای سیاست‌گذاری

(Evidence Briefs for Policy) و گزارش‌های ارزیابی‌های فناوری‌های سلامت (Health Technology Assessment)؛ (۲) ارائه خدمات سلامت، شامل راهنماهای بالینی (Clinical Practice Guidelines) و ابزارهای تصمیم‌یار (Decision Support Tools)؛ و (۳) بیماران و جامعه، شامل کمک تصمیم‌گیر بیماران (Patients Decision Aid) (۵).

تمرکز این مقاله بر خلاصه‌های شواهد برای سیاست‌گذاری است. برای آشنایی بیشتر خوانندگان با این محصولات دانشی، در این مقاله ابتدا ضرورت استفاده از این خلاصه‌ها بیان خواهد شد و سپس ضمن معرفی متداول‌ترین خلاصه‌ها، نحوه تدوین هر یک توضیح داده خواهد شد. تلاش می‌شود در معرفی این خلاصه‌ها، نشان دهیم هر یک در کدام مرحله از سیاست‌گذاری کاربرد دارند. همچنین به‌منظور آشنایی بیشتر خوانندگان با این خلاصه‌ها، نمونه‌هایی از این خلاصه‌ها ارائه می‌شود.

این مقاله با رویکرد آموزشی و راهنمای کاربردی تدوین شده است و مبتنی بر مرور روایتی منابع کلیدی بین‌المللی، از جمله راهنماهای سازمان جهانی سلامت، EVIPNet، ابزارهای SUPPORT، راهنمای مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های آمریکا و تجربه نویسندگان در تدوین و به‌کارگیری خلاصه‌های شواهد است. این مقاله آموزشی، مرور نظام‌مند نیست و با هدف ارائه داده تجربی جدید تدوین نشده است، بلکه هدف آن تبیین گونه‌ها، کارکردها و شیوه عملی تدوین خلاصه‌های شواهد برای سیاست‌گذاری سلامت است. ارزش افزوده این مقاله در آن است که انواع مختلف خلاصه‌های شواهد را با مراحل چرخه سیاست‌گذاری سلامت متناظر می‌کند، برای هر نوع خلاصه هدف، محتوای پیشنهادی، روش تولید شواهد و ساختار نگارشی ارائه می‌دهد، و تفاوت خلاصه‌های سیاستی را با خلاصه‌های اطلاع‌رسانی روشن می‌سازد.

موانع سیاست‌گذاری آگاه از شواهد در ایران

بخش مهمی از سیاست‌های اجتماعی را سیاست‌های سلامت آن تشکیل می‌دهد. این سیاست‌ها مشتمل بر

مجموعه‌ای از تصمیم‌ها، تعهدها و برنامه‌هایی هستند که در واکنش به رویدادها و مسائل سلامت و به منظور تحقق اهداف سلامتی طراحی و اجرا می‌گردند. سیاست‌های سلامت، محصول ملموس فرایند سیاست‌گذاری سلامت می‌باشند. فرایندی که با (۱) شناسایی مشکل شروع می‌شود، با (۲) انتخاب گزینه‌ها و راهکار/هایی برای حل مشکل ادامه پیدا می‌کند و سرانجام با (۳) اجرا، (۴) پایش و ارزشیابی مداخله‌های اجرا شده ادامه می‌یابد. براین اساس، یک فرایند چهار مرحله‌ای متناظر با مراحل فرایند ذکر شده، شامل (۱) شناسایی مشکل و دستورکارگذاری، (۲) تدوین و تصویب سیاست، (۳) استقرار سیاست و (۴) ارزشیابی سیاست را می‌توان برای سیاست‌گذاری سلامت در نظر گرفت (۶).

امروزه به سبب رشد سریع علم و تولید شواهد پژوهشی معتبر، رویکرد سیاست‌گذاری سلامت از طیف استفاده از خرد فردی، سلیقه‌ای و تجربه نشده، به سمت خرد جمعی، برخورداری از تجارب دیگران و ارزیابی علمی مزایا و معایب، تغییر پیدا کرده است. به همین دلیل بر نهادهای سازای این رویکرد سیاست‌گذاری آگاه از شواهد در بخش سلامت، به‌ویژه بعد از تجربه دنیاگیری کووید-۱۹ تاکید زیادی می‌شود (۷). سیاست‌گذاری آگاه از شواهد به فراهم آوردن، درک و درنظر گرفتن شواهد مناسب در زمان مناسب و به زبان مناسب در مراحل مختلف سیاست‌گذاری اشاره دارد. باید توجه داشت منظور از شواهد هر دو گروه شواهد تصریحی و شواهد ضمنی است. شواهد تصریحی (Explicit knowledge) شامل داده‌ها و نتایج پژوهش‌های نظام‌مند است که قابلیت ثبت، کدگذاری و انتقال رسمی دارند. در مقابل، دانش ضمنی (Tacit knowledge) از تجربه‌های فردی و جمعی، مشاهده‌ها و تعاملات اجتماعی ناشی می‌شود و عمدتاً از طریق آموزش عملی و اشتراک (به اصطلاح سینه به سینه) تجربه منتقل می‌گردد؛ این نوع دانش به سیاست‌گذاران کمک می‌کند تصمیم‌های خود را با شرایط محلی و واقعیت‌های میدانی هماهنگ کنند. ترکیب شواهد علمی و

دانش ضمنی امکان اتخاذ تصمیماتی را فراهم می‌کند که هم از نظر علمی معتبر و هم از نظر عملی قابل اجرا باشند (۵).

موانع زیادی برای استفاده از رویکرد سیاست‌گذاری آگاه از شواهد در بخش سلامت کشور وجود دارد. یافته‌های مطالعه‌ای که به‌تازگی در ایران انجام شد (۸) نشان داد در بخش تولید شواهد مهم‌ترین موانع مربوط به سیستم انگیزشی پژوهشگران، تولید شواهد و ساختارها و فرایندهای پشتیبان آن، ثبت، جمع‌آوری، تحلیل و انتشار داده‌های نظام مراقبت و سایر داده‌های روتین نظام سلامت است. در بخش استفاده از شواهد موانع مربوط به محیط و فرایند تصمیم‌گیری کشور، ساختارها و فرایندهای سازمانی پشتیبان برای استفاده از شواهد و سیستم انگیزشی استفاده‌کنندگان از شواهد کلیدی‌ترین موانع شناسایی شدند. در بخش تعامل میان تولیدکنندگان و استفاده‌کنندگان از شواهد نیز موانع مربوط به فرایند انتقال شواهد، نظام ارتباطات و نظام اطلاعات فرایند انتقال شواهد و فرایندهای پشتیبان انتقال شواهد مانع‌های مهم بودند. از میان این موانع، شکاف ارتباطی میان تولیدکنندگان و استفاده‌کنندگان از شواهد، جایگاه ویژه‌ای دارد. زیرا حتی در صورت تولید شواهد معتبر، نبود سازوکار مناسب برای انتقال، تفسیر و به‌کارگیری آن می‌تواند مانع اثرگذاری شواهد بر تصمیم‌گیری شود.

برای رفع چالش‌های پیشگفت، مداخله‌هایی با استفاده از شواهد جهانی و ویژگی‌های بافتاری ایران شناسایی شده است (۹). اجرای مداخله‌هایی مانند اصلاح محتوای آموزشی، ارتقای روش‌های یادگیری، توسعه آموزش‌های عملی و بین‌بخشی، و تقویت مهارت‌های فردی و تیمی، با هدف تقویت نظام یادگیری (۱۰)، و مداخله‌هایی مانند اصلاح نظام‌های ارزیابی و ارتقای حرفه‌ای، تغییر رویکرد ارزیابی پژوهش از خروجی‌محوری به اثرگذاری‌محوری و اصلاح نظام حمایت مالی و اولویت‌دهی به پژوهش‌های کاربردی با هدف تقویت نظام‌های انگیزشی (۱۱) در سازمان‌های تولیدکننده و استفاده‌کننده از شواهد

مداخله‌هایی هستند که می‌تواند به نهادینه‌سازی فرهنگ استفاده از شواهد در سیاست‌گذاری سلامت کمک کند. با توجه به نقش تاثیرگذار شکاف ارتباطی بین تولیدکنندگان و استفاده‌کنندگان از شواهد، مهم‌ترین راهکار برای تقویت استفاده از شواهد در ایران، تقویت تعامل میان تولیدکنندگان و استفاده‌کنندگان از شواهد است که مستلزم اجرای مداخله‌هایی برای اصلاح ساختار و فرایندهای مرتبط با تبادل شواهد میان این دو ذی‌نقش می‌باشد (۹).

ضرورت استفاده از خلاصه‌های شواهد برای سیاست‌گذاری

با توجه به لزوم کاهش شکاف میان تولیدکنندگان و استفاده‌کنندگان از شواهد، بهره‌گیری از ابزارهایی که بتوانند نتایج پژوهش‌های علمی را به شکل مناسب در اختیار سیاست‌گذاران قرار دهند اهمیت زیادی دارد (۱۲)، (۱۳). یکی از این ابزارها، خلاصه‌های شواهد برای سیاست‌گذاری است (۱۴-۱۶). این خلاصه‌ها مستنداتی هستند که با توجه به شواهد و با هدف ارائه اطلاعات، تحلیل‌ها و راهنمایی‌های لازم برای سیاست‌گذاران تهیه می‌شوند و می‌توانند در هر مرحله یا بیش از یک مرحله از فرآیند سیاست‌گذاری مورد استفاده قرار گیرند (۵). با کمک این ابزارها می‌توان شواهد را بر اساس محتوا و روش‌شناسی، و با ساختاری مناسب، در اختیار سیاست‌گذاران و مدیران قرار داد. از این طریق، بخشی از شکاف میان تولید شواهد و استفاده از آن را از طریق پالایش، ساختاردهی، خلاصه‌سازی و ارائه هدفمند شواهد به زبان سیاست‌گذاری کاهش داد.

البته باید توجه داشت که خلاصه‌های شواهد به‌تنهایی قادر به رفع همه موانع استفاده از شواهد نیستند. زیرا استفاده از شواهد در سیاست‌گذاری سلامت تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل نهادی، سازمانی و سیاسی قرار دارد که بر تولید، ترجمان، تبادل و به‌کارگیری شواهد در فرایندهای تصمیم‌گیری اثر می‌گذارند. افزون بر این، مطالعات ارزیابی تدوین خلاصه‌های شواهد نشان داده‌اند

انواع خلاصه‌های شواهد برای سیاست‌گذاری

با توجه به چهار مرحله فرایند سیاست‌گذاری که پیش‌تر توضیح داده شد، مهم‌ترین و کاربردی‌ترین خلاصه‌های شواهد برای سیاست‌گذاری سلامت عبارتند از:

۱) خلاصه مشکل (Issue Brief): ترکیب (Synthesis)

شواهد موجود در مورد یک مشکل سلامت و بزرگی آن، عوامل موثر بر شکل‌گیری یا تداوم مشکل (برای شناسایی نقاط نیازمند مداخله)، پیامدهای مشکل (برای حمایت‌طلبی) و بررسی سیاست‌ها، برنامه‌ها و مداخله‌های قبلی در حال اجرا یا متوقف‌شده برای رفع مشکل (برای تصمیم‌گیری در مورد اصلاح پیاده‌سازی مداخله‌های قبلی یا پیشنهاد مداخله‌های جدید) است. این نوع خلاصه شواهد بیشتر برای حمایت‌طلبی و قرار گرفتن مسائل مهم سلامت در دستورکار سیاست‌گذاری استفاده می‌شود.

۲) خلاصه گزینه‌ها (Policy Options Brief): با فرض

شفاف بودن مشکل، این نوع خلاصه‌ها، راهکارها یا گزینه‌های سیاستی مبتنی بر ترکیب شواهد موجود برای حل یک مشکل سلامت را ارائه می‌دهند.

۳) خلاصه برای استقرار (Implementation Brief):

این خلاصه برای تبیین برنامه اجرایی استقرار گزینه/گزینه‌های سیاستی (Planning for Implementation) تهیه می‌شود و دربردارنده ترکیب شواهد مورد نیاز برای شناسایی موانع و راهکارهای استقرار موفق گزینه/گزینه‌های سیاستی است.

۴) خلاصه تاثیر سیاستی (Policy Impact Brief):

ترکیب شواهد درباره تأثیرات سلامتی، اقتصادی یا بودجه‌ای یک یا چند گزینه سیاستی استقرار یافته یا در حال استقرار را ارائه می‌دهد (شکل ۱).

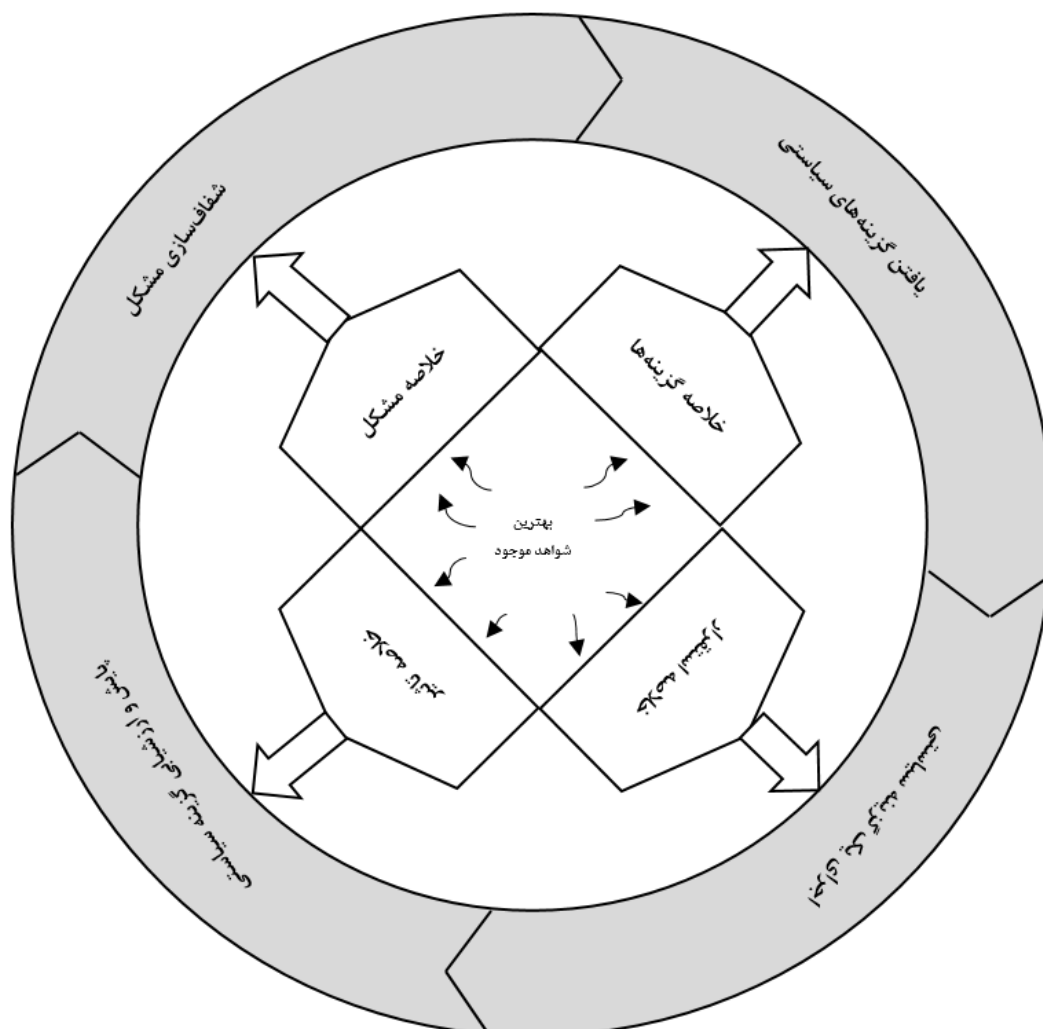
همانطور که شکل ۱ نشان می‌دهد هر یک از این چهار نوع خلاصه با یکی از مراحل فرایند سیاست‌گذاری متناظر هستند. اما همانند فرایند سیاست‌گذاری که در عمل همیشه یک فرایند خطی نیست، ارتباط میان این چهار نوع خلاصه الزاماً خطی نیست. یک خلاصه مشکل می‌تواند

که عواملی نظیر مشارکت زودهنگام سیاست‌گذاران و ذی‌نشان، وجود رهبری مؤثر، تعریف روشن نقش اعضای تیم، حمایت فنی و پذیرش فرهنگی رویکرد سیاست‌گذاری آگاه از شواهد، نقش تعیین‌کننده‌ای در موفقیت تولید و استفاده از این ابزارها دارند (۱۷). از این‌رو، اگرچه خلاصه‌های شواهد می‌توانند دسترسی به شواهد مرتبط و قابل استفاده را تسهیل کنند، اما به‌تنهایی قادر به رفع موانع ساختاری و زمینه‌ای نیستند. اثربخشی این ابزارها وابسته به وجود پیش‌نیازهایی مانند سازوکارهای سازمانی برای تقاضای شواهد، تعامل مستمر و نهادینه‌شده میان تولیدکنندگان و استفاده‌کنندگان شواهد، ظرفیت کافی تصمیم‌گیران برای تفسیر شواهد و تعهد نهادی به تصمیم‌گیری شفاف و پاسخگو است. بنابراین، خلاصه‌های شواهد باید به‌عنوان بخشی از مداخلات گسترده‌تر ترجمان دانش و تقویت ظرفیت نهادی، و نه به‌عنوان راه‌حلی مستقل و کافی، در نظر گرفته شوند.

در مرور ادبیات مربوط به خلاصه‌های شواهد برای سیاست‌گذاری، تنوع قابل توجهی در نام‌گذاری، ساختار و کاربرد این محصولات مشاهده می‌شود و سازمان‌های مختلف هر یک به شیوه‌ای متفاوت با آن‌ها برخورد کرده‌اند. با اتکا به مراحل مختلف سیاست‌گذاری، شواهد موجود درباره به کارگیری شواهد در این مراحل (۲۳-۱۸)، راهنماهای سازمان جهانی سلامت (۲۴)، مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های آمریکا (۲۵) و نیز تجربه نویسندگان در تدوین خلاصه‌های شواهد، با هدف تقویت سیاست‌گذاری آگاه از شواهد، می‌توان خلاصه‌ها را به گونه‌ای طراحی کرد که با مراحل مختلف سیاست‌گذاری و با هدف پاسخ به نیازهای سیاست‌گذاران متناسب باشند و تفاوت‌های بین آن‌ها مشخص شود. انتظار می‌رود استفاده از چنین طبقه‌بندی‌ای بتواند راهنمای مناسبی برای تهیه انواع خلاصه‌ها متناسب با نیاز سیاست‌گذاران فراهم کند.

سیاست می‌تواند به بازنگری در تعریف مشکل، اصلاح گزینه‌های سیاستی یا تغییر برنامه استقرار منجر شود. از این رو، این خلاصه‌ها را باید در چارچوب یک چرخه بازخوردی و تکرارشونده سیاست‌گذاری نیز در نظر گرفت.

مبنای خوبی برای تدوین یک خلاصه گزینه یا خلاصه برای استقرار فراهم نماید. خلاصه گزینه می‌تواند برای نگارش یک خلاصه تأثیر سیاستی مورد استفاده قرار گیرد. یافته‌های یک خلاصه تأثیر سیاستی یا تجربه اجرای



شکل شماره ۱- انواع خلاصه شواهد برای سیاست‌گذاری سلامت

خلاصه‌ای قرار است تهیه کنیم و در اختیار سیاست‌گذار قرار دهیم. آیا هدف این است که درباره یک موضوع یا مشکل سلامت، مجموعه‌ای از بهترین شواهد به صورت فراگیر در اختیار سیاست‌گذار قرار گیرد و حمایت و توجه وی برای پرداختن به مساله جلب شود؟ ممکن است هدف فراتر از جلب توجه سیاست‌گذار به مساله سلامت باشد و قصد داشته باشیم به وی در پیدا کردن راه‌حل مساله کمک کنیم. هدف حتی ممکن است کمک به سیاست‌گذار

نگارش انواع خلاصه‌های شواهد برای سیاست‌گذاری سلامت

برای تدوین و تهیه خلاصه‌های شواهد برای سیاست‌گذاری سلامت، بهتر است پرسش‌های زیر را مطرح کنیم و برای هر یک پاسخ روشن و درستی داشته باشیم:

(۱) هدف از تهیه این ابزار چیست یا به بیانی دیگر این ابزار در کدام بخش فرایند سیاست‌گذاری قرار است استفاده شود؟ پاسخ به این پرسش مشخص می‌کند ما چه

برای اجرای یک مداخله یا راهکار سیاستی باشد و یا اینکه بخواهیم به صورت مستند و علمی در مورد تاثیرات اجرای راهکارهای سیاستی شواهدی ارائه دهیم. مهم است با توجه به هدفی که برای تاثیرگذاری در سیاست‌گذاری دنبال می‌کنیم خلاصه مربوط به همان را تهیه و در اختیار کاربران قرار دهیم.

(۲) با توجه به هدف ما از تهیه خلاصه، چه مواردی باید در هر نوع خلاصه پوشش داده شود؟ پاسخ به این پرسش

جدول شماره ۱- پرسش‌های کلیدی فرایند سیاست‌گذاری سلامت (۲۶)

فرایند سیاست‌گذاری	پرسش مربوطه
شفاف‌سازی مشکل	توصیف یک مشکل و بزرگی آن یا روند زمانی آن یافتن رویکردهای مفهومی برای درک یک مشکل ادراک ذی‌نشان از مشکل شناسایی و اولویت‌بندی عوامل موثر بر ایجاد و پایداری مشکل اقدام‌ها و مداخله‌های قبلی برای حل مشکل و آسیب‌شناسی آنها شناسایی و اولویت‌بندی پیامدهای یک مشکل
یافتن گزینه‌ها/راهکارهای سیاستی	شناسایی و توصیف فهرستی از گزینه‌های سیاستی بالقوه ارزیابی امکان‌پذیری اجرای گزینه(ها) ارزیابی فواید گزینه(ها) ارزیابی مضرات و خطرات درازمدت گزینه(ها) ارزیابی هزینه‌ها و منابع موردنیاز اجرای گزینه(ها) ارزیابی کارایی منابع برای اجرای گزینه(ها) شناسایی پیامدهای عدالتی، اخلاقی، اجتماعی و حقوق بشری گزینه(ها) ارزیابی مقبولیت/پذیرش گزینه(ها) یافتن جمعیت‌ها، محیط‌ها و زمینه‌هایی که هدف گزینه(های) سیاستی هستند اولویت‌بندی گزینه‌های سیاستی
اجرای یک گزینه سیاستی	شناسایی موانع و راهبردهای اجرایی برای مقابله با آنها تشخیص اینکه چه کسی برای اجرای یک گزینه باید چه کاری انجام دهد شناسایی بافتاری که در آن گزینه سیاستی می‌تواند اجرا شود
پایش و ارزشیابی یک گزینه سیاستی	شناسایی ابزارهای پایش و ارزشیابی نتایج اندازه‌گیری میزان پیاده‌سازی گزینه سیاستی و سنجش تاثیر اجرای آن در ابعاد مختلف

محتوای خلاصه‌ها را مشخص می‌کند. برای تهیه این محتوا توجه به پرسش‌های مهم هر مرحله از سیاست‌گذاری ضروری است. پرسش‌های مهم مراحل مختلف سیاست‌گذاری در جدول ۱ خلاصه شده است. این پرسش‌ها راهنمای خوبی برای تهیه محتوای هر خلاصه هستند.

(۳) شیوه تهیه محتوای خلاصه چگونه باشد؟ خلاصه‌ها باید با یک روش علمی و نظام‌مند تهیه شوند تا بتوان ادعا کرد در صورت استفاده از آنها در سیاست‌گذاری، توانسته‌ایم رویکرد استفاده از شواهد را به‌کار بندیم. شیوه بهتر و توصیه‌شده برای تهیه خلاصه‌ها، استفاده از یافته‌های پژوهش‌های ثانویه (جستجو برای شناسایی یا

انجام آن) است. شناخته‌شده‌ترین پژوهش‌های ثانویه، مطالعه‌های مروری منتج از ترکیب یافته‌های پژوهش‌های اولیه است. مطالعه‌های مروری طیفی از رویکردهای روش‌شناختی را در برمی‌گیرند که انتخاب هر یک، به هدف پژوهش، ماهیت پرسش و نوع شواهد در دسترس بستگی دارد. رایج‌ترین مرورها شامل مرور نظام‌مند است

که با استفاده از پروتکل از پیش‌ثبت‌شده، جست‌وجوی نظام‌مند، معیارهای ورود و خروج شفاف و ارزیابی نقادانه مطالعات برای پاسخ به یک پرسش مشخص انجام می‌شود و در صورت همگنی مطالعات، با استفاده از فراتحلیل، برآوردهای کمی را به صورت آماری تجمیع می‌کند. مرور دامنه‌ای با هدف ترسیم گستره مفاهیم، انواع شواهد و شکاف‌های دانشی به کار می‌رود و معمولاً برای حوزه‌های نوظهور یا پیچیده مناسب است. مرور روایتی با رویکردی تفسیری به ترکیب ادبیات می‌پردازد و بیشتر برای بسط چارچوب‌های نظری یا تحلیل مفهومی استفاده می‌شود. مرور سریع با ساده‌سازی یا تسریع برخی مراحل روش‌شناسی، پاسخ‌های به موقع برای تصمیم‌گیری سیاستی فراهم می‌کند. مرور واقع‌گرایانه یک روش مرور نظام‌مند و نظریه‌محور است که تلاش می‌کند توضیح دهد یک مداخله یا برنامه چگونه، چرا، برای چه کسانی و در چه شرایطی مؤثر یا غیرمؤثر است. نوع دیگر مرور، مرور روش‌های آمیخته است که برای ترکیب و یکپارچه‌سازی یافته‌های پژوهش‌های کمی و کیفی در یک مرور واحد استفاده می‌شود تا درک جامع‌تری از موضوع ایجاد شود. همچنین مرور مرورها با تجمیع یافته‌های مرورهای موجود، تصویری کلان از شواهد فراهم می‌کند. ترکیب شواهد کیفی و متاسنتز نیز برای پاسخ به پرسش‌های «چگونه» و «چرا»، با ادغام تفسیری مطالعات کیفی، به

تولید مفاهیم و چارچوب‌های نظری جدید کمک می‌کنند (۲۷، ۲۸). از دیگر نمونه‌های پژوهش‌های ثانویه می‌توان به مطالعه‌های مدل‌سازی و بار بیماری‌ها اشاره کرد (۵). در نبود یافته‌های پژوهش‌های ثانویه اعم از فقدان مرورهای موردنیاز یا محدودیت در کیفیت یا دسترسی به آنها، فراهم کردن شواهد از طریق جست‌وجو یا طراحی مطالعات اولیه انجام می‌شود. یافته‌های مطالعه‌های اولیه بر مبنای جمع‌آوری و تحلیل داده‌های اصلی انجام می‌شوند. مطالعه‌های کمی مشاهده‌ای و تجربی، مطالعه‌های کیفی، پژوهش‌های نظام‌های مراقبت، پیمایش‌های ملی، تحلیل داده‌های نظام مراقبت بیماری‌ها و سایر نظام‌های داده‌های روتین نمونه‌هایی از شواهد اولیه هستند. برای فراهم کردن شواهد مناسب در پاسخ به پرسش سیاست‌گذاران، مهم است که مشخص شود کدام طرح‌های پژوهشی برای پاسخ به پرسش‌های هر خلاصه سیاستی مناسب‌تر هستند. به عنوان راهنما، در جدول ۲ نشان داده شده است که برای هر یک از پرسش‌های سیاست‌گذاری، چه طرح‌های مطالعاتی تناسب بیشتری دارند (۲۶). بدیهی است این طرح‌ها جنبه پیشنهادی دارند و انتخاب نهایی باید با توجه به ماهیت مسئله، سطح پرسش (توصیفی، تبیینی، ارزشیابی اثر)، ظرفیت‌های اجرایی، منابع در دسترس و کیفیت داده‌های موجود انجام شود.

جدول شماره ۲- طرح‌های پیشنهادی انجام مطالعه‌های اولیه برای پاسخ به پرسش‌های سیاست‌گذاری (۲۶)

فرایند سیاست‌گذاری	پرسش مربوطه	طرح‌های مطالعاتی پیشنهادی
شفاف‌سازی مشکل	شناسایی نتایج برای مشخص کردن یک مشکل	مطالعه مقطعی تجربه افراد، مطالعه مقطعی نظر خبرگان
	اولویت بندی نتایج برای مشخص کردن یک مشکل	مطالعه دلفی، مطالعه مقطعی، تحلیل‌های تطبیقی
	توصیف یک مشکل در یک دوره زمانی	مطالعه کوهورت، مطالعه مقطعی، مطالعه دلفی
	یافتن رویکردهای مفهومی برای درک یک مشکل	مطالعه کیفی
یافتن گزینه‌ها/راهکارهای سیاستی	ادراک ذی‌نقشان از مشکل	مطالعه کیفی، مطالعه مقطعی
	شناسایی پیامدهای یک مشکل	مطالعه کنترل‌شده قبل و بعد، مطالعه کوهورت
	اولویت‌بندی مهم‌ترین پیامدهای یک مشکل	مطالعه دلفی، مطالعه کوهورت
	شناسایی و طبقه‌بندی فهرستی از گزینه‌های سیاستی بالقوه	مطالعه تطبیقی، مطالعه مقطعی، مطالعه اکولوژیک
اجرای یک گزینه سیاستی	ارزیابی امکان‌پذیری اجرای یک گزینه	مطالعه دلفی، مطالعه تطبیقی، مطالعه مدل‌سازی
	ارزیابی فواید یک گزینه	مطالعه کارآزمایی بالینی، مطالعه کنترل‌شده قبل و بعد، تحلیل‌های سری زمانی، مطالعه کوهورت
	ارزیابی مضرات و خطرات درازمدت یک گزینه	مطالعه کوهورت، مطالعه کارآزمایی بالینی، مطالعه مورد-شاهدی
	ارزیابی هزینه‌ها و منابع موردنیاز اجرای یک گزینه	مطالعه مدل‌سازی، مطالعه تطبیقی، گزارش مورد/موارد، مطالعه مقطعی
ارزیابی کارایی در استفاده از منابع برای هر گزینه	شناسایی پیامدهای برابری، اخلاقی، اجتماعی و حقوق بشری یک گزینه	مطالعه دلفی، مطالعه مقطعی، مطالعه کیفی
	ارزیابی مقبولیت/پذیرش یک گزینه	مطالعه کیفی، مطالعه مقطعی
	یافتن جمعیت‌ها، محیط‌ها و زمینه‌هایی که قانون توجه گزینه‌های سیاستی هستند	مطالعه مورد-شاهدی، مطالعه کنترل‌شده قبل و بعد، مطالعه کارآزمایی بالینی
	اولویت‌بندی گزینه‌های سیاستی	مطالعه ارزیابی‌های اقتصادی، مطالعه دلفی
شناسایی و درک موانع و راهبردهای اجرایی برای مقابله با آنها	تشخیص اینکه چه کسی برای اجرای یک گزینه باید چه کاری انجام دهد	مطالعه مقطعی، مطالعه کیفی، مطالعه کنترل‌شده قبل و بعد، مطالعه کارآزمایی بالینی
	شناسایی زمینه‌ای که در آن گزینه می‌تواند اجرا شود	مطالعه تطبیقی، مطالعه کیفی، مطالعه مقطعی، مطالعه دلفی
	توصیف اینکه آیا اجرای یک گزینه در حال انجام است و در چه سطحی	مطالعه مقطعی، مطالعه توصیفی کمی، مطالعه کیفی
	شناسایی ابزارهای پایش و ارزشیابی نتایج اندازه‌گیری تاثیر یک گزینه یا راهبرد اجرا	مطالعه تطبیقی، مطالعه کمی توصیفی موردی، مطالعه مقطعی
پایش و ارزشیابی یک گزینه سیاستی	نکته مهم دیگر آن است که برای افزایش اعتبار، مقبولیت و احتمال به‌کارگیری خلاصه‌های شواهد، ضروری است	مطالعه کارآزمایی بالینی، مطالعه کنترل‌شده قبل و بعد، مطالعه سری‌های زمانی، مطالعه رگرسیون
	دانش بومی و زمینه‌مند نیز در محتوای آن‌ها لحاظ شود. ازاین‌رو، در کنار ترکیب شواهد علمی، بومی‌سازی	

(Contextualization) با بهره‌گیری از دانش ضمنی و تجربیات ذی‌نقشان اهمیت ویژه‌ای دارد. باید توجه داشت استفاده از دانش بومی (Local Evidence) معمولاً در همان مراحل جستجو و ترکیب شواهد شروع می‌شود، اما اضافه نمودن تجربه و دانش ضمنی ذی‌نقشان به دانش تصریحی تولید شده از ترکیب شواهد ضروری می‌باشد. در این میان، روش‌های پژوهش کیفی به دلیل توانایی در استخراج، تبیین و تحلیل تجربه‌ها و دانش زمینه‌ای، مناسب‌تر هستند. همچنین برگزاری نشست‌های گفتمان ذی‌نقشان یا سیاستی از دیگر روش‌های شناسایی دانش ضمنی است (۲۲، ۲۹، ۳۰) که بر تعامل گروهی، تبادل دیدگاه‌ها، و یادگیری جمعی تأکید دارند.

۴) ساختار خلاصه چگونه باشد؟ با پاسخ به پرسش‌های پیشگفت، همه آنچه برای تهیه خلاصه موردنیاز است را فراهم می‌کنیم. اگرچه شیوه و روش مشخص و استاندارد برای این کار وجود ندارد، ولی رعایت اصول انتقال پیام به شیوه ساده در زمان کوتاه به زبان سیاست‌گذاری ضروری است. شیوه نگارش انواع خلاصه‌های شواهد برای سیاست‌گذاری با محور قرار دادن این ۴ پرسش (یعنی ارتباط با مراحل مختلف سیاست‌گذاری، محتوا، روش‌شناسی و ساختار) در جدول ۳ آورده شده است. با توجه به جدول، شیوه نوشتن هر یک از خلاصه‌ها در ادامه توضیح داده می‌شود.

جدول شماره ۳- معرفی انواع خلاصه‌های شواهد برای سیاست‌گذاری و ویژگی‌های آن‌ها

نوع	استفاده در سیاست‌گذاری	محتوا	روش‌شناسی تولید شواهد	ساختار پیشنهادی
خلاصه	شفاف‌سازی	خلاصه‌ای که در آن مشکل سلامت تبیین شده است و موارد زیر در آن مشخص است:	روش‌شناسی مناسب برای پاسخ به پرسش‌های	عنوان، چکیده، بیان مساله و مشکل، منابع و
مشکل	مشکل	(۱) بزرگی مشکل (بزرگی، تغییرات و پراکندگی مشکل، مقایسه با استاندارد) و پیامدهای آن (در زمان حال و یا آینده)	مندرج در ستون محتوا عبارتند از:	بخش‌های تکمیلی شامل فهرست تهیه‌کنندگان و سفارش‌دهندگان، و جداول یا نمودار، حداکثر در سه صفحه.
		(۲) درک مشکل از دیدگاه ذی‌نقشان	گام اول: جستجو و ترکیب شواهد	
		(۳) عوامل موثر بر ایجاد یا بقای مشکل	یافتن و استفاده از یافته‌های پژوهش‌های ثانویه، به ویژه انواع مطالعه‌های مروری در اولویت است. در صورت عدم وجود پژوهش‌های ثانویه، جستجو برای یافتن پژوهش‌های اولیه و ترکیب یافته‌های آنها (انجام پژوهش ثانویه) انجام می‌شود. در صورت عدم وجود پژوهش‌های اولیه یا غیرقابل استفاده بودن آن‌ها، طراحی و انجام پژوهش‌های اولیه باید صورت می‌گیرد.	
		(۴) بررسی علل عدم موفقیت مداخله‌هایی که در گذشته برای رفع مشکل اجرا شده‌اند. لازم است چیدمان نظام سلامت شامل حکمرانی، تأمین مالی و ارائه خدمات، به‌عنوان زمینه‌های مؤثر بر شکل‌گیری یا تداوم مشکل بررسی گردند.	گام دوم: بومی‌سازی	
			با برگزاری جلسه گفت‌وگو با ذی‌نقشان یا روش‌های مشابه، تجربه و دیدگاه ذی‌نقشان به شواهد بازایی‌شده و ترکیب‌شده گام اول (دانش تصریحی)، اضافه می‌شود.	
خلاصه	یافتن	خلاصه‌ای که در آن گزینه‌های سیاستی با جزییات لازم به شرح زیر در آن نشان داده شده است.	روش‌شناسی مناسب برای پاسخ به پرسش‌های	عنوان، چکیده، بیان مساله، گزینه‌ها همراه با مزایا،
راهکارها یا خلاصه	گزینه‌های سیاستی	(۱) گزینه‌های سیاستی برای رفع مشکل با توجه به عوامل موثر بر ایجاد یا بقای مشکل (۳ تا ۵ گزینه)	مندرج در ستون محتوا عبارتند از:	معایب، هزینه‌آبربخشی، هزینه اجرا، ملاحظات اجرایی و عدالتی مداخله، منابع و بخش‌های تکمیلی شامل
سیاستی		(۲) مزایای هر یک از گزینه‌های سیاستی	گام اول: جستجو و ترکیب شواهد	فهرست تهیه‌کنندگان، سفارش‌دهندگان،
		(۳) معایب هر یک از گزینه‌های سیاستی	یافتن و استفاده از یافته‌های پژوهش‌های ثانویه، به ویژه انواع مطالعه‌های مروری، مطالعات بار بیماری و مطالعات روند در اولویت است. در صورت عدم وجود پژوهش‌های ثانویه، جستجو برای یافتن پژوهش‌های	مشارکت‌کنندگان در نظرخواهی‌ها و جداول یا نمودار، حداکثر در چهار صفحه.
		(۴) هزینه‌آبربخشی هر یک از گزینه‌های سیاستی و هزینه‌های اجرای هر گزینه		
		(۵) ملاحظات اجرایی و عدالتی گزینه‌ها و شناسایی تغییرات موردنیاز در هر گزینه برای قابل		

نوع	استفاده در سیاست‌گذاری	محتوا	روش‌شناسی تولید شواهد	ساختار پیشنهادی
اجرا شدن در محیط موردنظر (۶) اولویت‌بندی گزینه‌ها	اولیه و ترکیب یافته‌های آنها (انجام پژوهش ثانویه) انجام می‌شود. در صورت عدم وجود پژوهش‌های اولیه یا غیرقابل استفاده بودن آن‌ها، طراحی و انجام پژوهش‌های اولیه باید صورت می‌گیرد. گام دوم: بومی‌سازی با برگزاری جلسه گفتمان ذی‌نقشان یا روش‌های مشابه، تجربه و دیدگاه ذی‌نقشان به شواهد بازیابی‌شده و ترکیب‌شده گام اول (دانش تصریحی)، اضافه می‌شود.	خلاصه‌ای که در آن برای گزینه سیاستی منتخب سیاست‌گذار، برنامه استقرار پیشنهاد می‌شود و موارد زیر در آن نشان داده شده است: (۱) موانع اجرای گزینه سیاستی در محیط موردنظر به تفکیک سطوح گیرندگان خدمت، ارائه‌دهندگان خدمت، سازمانی و سیستم (۲) راهبردهای پیشنهادی برای رفع هر یک از موانع شناسایی شده در سطوح مختلف و تسهیل اجرای گزینه سیاستی (۳) برنامه مشخص استقرار	روش‌شناسی مناسب برای پاسخ به پرسش‌های مندرج در ستون محتوا عبارتند از: گام اول: جستجو و ترکیب شواهد یافتن و استفاده از یافته‌های پژوهش‌های ثانویه، به ویژه انواع مطالعه‌های مروری درباره اجرای مداخله‌ها، مطالعات کیفی، مطالعات زمینه‌ای، تحلیل موانع و تسهیل‌گرهای اجرا، مطالعات مربوط به علم اجرا و تجربه ذی‌نقشان از اجرای مداخله در اولویت است. در صورت عدم وجود پژوهش‌های ثانویه، جستجو برای یافتن پژوهش‌های اولیه و ترکیب یافته‌های آنها (انجام پژوهش ثانویه) انجام می‌شود. در صورت عدم وجود پژوهش‌های اولیه یا غیرقابل استفاده بودن آن‌ها، طراحی و انجام پژوهش‌های اولیه برای شناسایی موانع زمینه‌ای و راهبردهای مناسب استقرار باید صورت می‌گیرد. گام دوم: بومی‌سازی	عنوان، چکیده، بیان مساله، بیان برنامه اجرایی، منابع و بخش‌های تکمیلی شامل فهرست تهیه‌کنندگان، سفارش‌دهندگان، مشارکت‌کنندگان در نظرخواهی‌ها و جداول یا نمودار، حداکثر در چهار صفحه.

نوع	استفاده در سیاست‌گذاری	محتوا	روش‌شناسی تولید شواهد	ساختار پیشنهادی
			با برگزاری جلسه گفتمان ذی‌نقشان یا روش‌های مشابه، تجربه و دیدگاه ذی‌نقشان به شواهد بازیابی‌شده و ترکیب‌شده گام اول (دانش تصریحی)، اضافه می‌شود.	
خلاصه تاثیر	پایش	و خلاصه‌ای که در آن انتساب پیامدها و تغییرات ایجاد شده به گزینه سیاستی را مقدور می‌سازد و باید	روش‌شناسی مناسب برای پاسخ به پرسش‌های مندرج در ستون محتوا عبارتند از:	عنوان، چکیده، بیان مساله، تشریح پیامدها، یافته‌های ارزشیابی، تفسیر یافته‌ها، جمع‌بندی سیاستی، منابع و بخش‌های تکمیلی شامل فهرست تهیه‌کنندگان، سفارش‌دهندگان، مشارکت‌کنندگان در نظرخواهی‌ها و جداول یا نمودار، حداکثر در چهار صفحه.
سیاستی	ارزشیابی گزینه سیاستی	موارد زیر در آن نشان داده شده باشد: (۱) مشارکت ذی‌نقشان در ارزشیابی (۲) توصیف سیاست (۳) شیوه ارزشیابی (۴) فرایند جمع‌آوری داده‌ها (۵) یافته‌ها و تفسیر آن‌ها (۶) اطلاع‌رسانی نتایج ارزشیابی به ذی‌نقشان	گام اول: جستجو و ترکیب شواهد یافتن و استفاده از یافته‌های پژوهش‌های ثانویه درباره ارزشیابی مداخله‌ها و برنامه‌ها و سیاست‌ها در اولویت است. در صورت عدم وجود پژوهش‌های ثانویه، جستجو برای یافتن پژوهش‌های اولیه ارزشیابی، مطالعات قبل و بعد، سری‌های زمانی، مطالعات کنترل‌شده، داده‌های نظام مراقبت (یا سایر داده‌های روتین نظام سلامت)، داده‌های پایش برنامه، تحلیل‌های اقتصادی و ترکیب یافته‌های آن‌ها (انجام پژوهش ثانویه) انجام می‌شود. در صورت عدم وجود پژوهش‌های اولیه یا غیرقابل استفاده بودن آن‌ها، طراحی و انجام پژوهش‌های اولیه برای ارزشیابی سیاست باید صورت می‌گیرد.	
			گام دوم: بومی‌سازی با برگزاری جلسه گفتمان ذی‌نقشان یا روش‌های مشابه، تجربه و دیدگاه ذی‌نقشان به شواهد بازیابی‌شده و ترکیب‌شده گام اول (دانش تصریحی)، اضافه می‌شود.	

الف: خلاصه مشکل

الف ۱: هدف از تهیه این دسته از خلاصه‌ها، شفاف کردن یک مشکل برای سیاست‌گذار و تصمیم‌گیر است. این خلاصه می‌تواند همه ابعاد یک مشکل سلامت یا نظام سلامت را با استفاده از شواهد تبیین نماید. این خلاصه می‌تواند همه پرسش‌های مرحله اول سیاست‌گذاری (شفاف‌سازی مشکل) را پاسخ دهد. این دسته از خلاصه‌ها در صورت پاسخ دادن به پرسش‌های شفاف‌سازی مشکل نقش مهمی در ترغیب سیاست‌گذار برای در دستور کار گذاری مشکل خواهد داشت و از طرف دیگر به شناسایی راهکار/های مناسب برای رفع مشکل کمک می‌کند.

الف ۲: محتوای این خلاصه با پاسخ دادن پرسش‌های مهم شفاف‌سازی مشکل فراهم می‌شود که عبارتند از: (۱) مشکل چیست؟ شدت و بزرگی مشکل چقدر است (تغییرات و پراکندگی مشکل، مقایسه با استاندارد)، پیامدهای مشکل (در زمان حال یا آینده) کدام است؟ (۲) مشکل از دیدگاه ذی‌نقشان مختلف چگونه درک می‌شود؟ (۳) عوامل موثر بر شکل‌گیری یا تداوم مشکل چه هستند؟ (۴) سیاست‌ها، برنامه‌ها و مداخله‌های قبلی برای رفع مشکل چه بوده است و علل عدم موفقیت مداخله‌هایی که در گذشته برای رفع مشکل اجرا شده‌اند، کدام است. شناسایی این علل با توجه به تحلیل نظام سلامت انجام می‌شود و ریشه اصلی ایجاد یا بقای مشکل با توجه به چیدمان‌های سه‌گانه نظام سلامت (حکمرانی، تامین مالی و ارائه خدمات) مشخص می‌شود.

الف ۳: روش برتر برای پاسخ دادن به پرسش‌های این نوع خلاصه، ترکیب بهترین شواهد موجود است. در صورت عدم دسترسی یا امکان ترکیب شواهد، انجام پژوهش‌های اولیه برای پاسخ به پرسش‌های پیشگفت پیشنهاد می‌شود. به‌علاوه لحاظ نمودن دانش ضمنی و تجربه ذی‌نقشان، به یکی از راه‌هایی که بالاتر به آن اشاره شد، برای تهیه محتوا لازم می‌باشد.

الف ۴: از نظر ساختار یک خلاصه مشکل، شامل بخش‌های عنوان، چکیده، بیان مشکل (پاسخ به پرسش‌های مرحله شفاف‌سازی مشکل)، منابع، فهرست تهیه‌کنندگان و سفارش‌دهندگان است. از جداول یا نمودار نیز می‌توان برای تهیه این نوع خلاصه استفاده کرد و تعداد صفحه‌های پیشنهادی آن، حداکثر سه صفحه می‌باشد.

به منظور آشنایی با نحوه جستجو برای یافتن مطالعه‌های مناسب هر یک از پرسش‌های فرایند سیاست‌گذاری، در کادر ۱ یک نمونه از نحوه جستجو برای یافتن شواهد مرتبط با پرسش‌های مرحله شفاف‌سازی مشکل ارائه شده است. در کادر ۲ نمونه‌ای فرضی و آموزشی با هدف نمایش قالب، منطق تدوین و نوع محتوای قابل ارائه در خلاصه شواهد برای مشکل آورده شده است. بنابراین، ارقام، گزاره‌ها و جمع‌بندی‌های آن‌ها نباید به‌عنوان یافته‌ها مورد استفاده قرار گیرند.

کادر ۱: جستجوی شواهد برای پاسخ به پرسش‌های خلاصه شواهد برای شفاف‌سازی مشکل

عنوان مشکل: چاقی و اضافه وزن در کودکان و نوجوانان در ایران

برای پاسخ به هر یک از پرسش‌های شفاف‌سازی مشکل، جستجو برای یافتن شواهد مرتبط با هر پرسش انجام شده است و شواهد به شرح زیر بازبینی شده است. با وجود این شواهد، برای تهیه خلاصه شواهد برای سیاست‌گذاری، ترکیب شواهد از طریق مطالعه‌های ثانویه باید انجام گیرد.

(۱) توصیف بزرگی مشکل یا روند زمانی آن

- ✓ Bahreynian, M., et al., Weight disorders and anthropometric indices according to socioeconomic status of living place in Iranian children and adolescents: The CASPIAN-IV study. *J Res Med Sci*, 2015. 20(5): p. 440–53.
- ✓ Esmaili, H., et al., Prevalence of General and Abdominal Obesity in a Nationally Representative Sample of Iranian Children and Adolescents: The CASPIAN-IV Study. *Iran J Pediatr*, 2015. 25(3): p. e401.
- ✓ Tabesh, H., et al., Prevalence and trend of overweight and obesity among schoolchildren in Ahvaz, Southwest of Iran. *Glob J Health Sci*, 2013. 6(2): p. 35–41.
- ✓ Shafiee, G., et al., Socioeconomic inequality in cardio-metabolic risk factors in a nationally representative sample of Iranian adolescents using an Oaxaca-Blinder decomposition method: the CASPIAN-III study. *J Diabetes Metab Disord*, 2019. 18(1): p. 145–153.
- ✓ Toorang, F., et al., Worse becomes the worst: obesity inequality, its determinants and policy options in Iran. *Front Public Health*, 2024. 12: p. 1225260.

(۲) یافتن رویکردهای مفهومی برای درک یک مشکل و ادراک ذی‌نقشان از مشکل

- ✓ Honarvar, B., et al., Overweight and obesity and its determinants in primary school students: a population-based study from Iran. *Sci Rep*, 2025. 15(1): p. 21010.
- ✓ Toorang, F., et al., Addressing childhood obesity in Iran: exploring a multifaceted conceptual model in a low/middle income country through stakeholder lens. *BMC Public Health*, 2025. 25(1): p. 772.
- ✓ Mohammadpour-Ahranjani, B., et al., Contributors to childhood obesity in Iran: the views of parents and school staff. *Public Health*, 2014. 128(1): p. 83–90.

(۳) شناسایی و اولویت‌بندی عوامل موثر بر ایجاد و پایداری مشکل و اقدام‌ها و مداخله‌های قبلی برای حل مشکل و آسیب‌شناسی آن‌ها

- ✓ Sayyari, A.A., et al., Methodology of the Comprehensive Program on Prevention and Control of Overweight and Obesity in Iranian Children and Adolescents: The IRAN-Ending Childhood Obesity (IRAN-ECHO) Program. *Int J Prev Med*, 2017. 8: p. 107.
- ✓ Ezzeddin, N., et al., WHO Ending Childhood Obesity and Iran-Ending Childhood Obesity Programs Based on Urban Health Equity Indicators: A Qualitative Content Analysis. *Arch Iran Med*, 2019. 22(11): p. 646–652.
- ✓ Sadeghian-Sharif, S., et al., Benchmarking Public Sector Food Environment Policies in Iran: A Cross-Sectional Expert Assessment Study to Address Implementation Gaps. *Health Sci Rep*, 2025. 8(9): p. e71246.

(۴) شناسایی پیامدهای یک مشکل

- ✓ Taghizadeh, S., et al., Trend Impact Analysis (TIA) of community-based futures study for pediatric obesity in Iran. *BMC Pediatr*, 2023. 23(1): p. 66.
- ✓ Sharif, F.V., et al., Estimation of direct and indirect costs associated with obesity treatment interventions among adult populations in Iran. *BMC Health Serv Res*, 2026. 26.
- ✓ Hassanzadeh, J., et al., Estimation of the regional burden of non-communicable diseases due to obesity and overweight in Markazi province, Iran, 2006–2007. *J Cardiovasc Dis Res*, 2012. 3(1): p. 26–31.

کادر ۲: نمونه فرضی خلاصه شواهد برای شفاف‌سازی مشکل

عنوان: افزایش بار بیماری‌های غیرواگیر در ایران: هشدار برای سیاست‌گذاران نظام سلامت چکیده: بیماری‌های غیرواگیر به‌عنوان علت اصلی مرگ‌ومیر و ناتوانی در ایران، سهمی بیش از ۸۰ درصد از کل مرگ‌ها را به خود اختصاص داده‌اند و روند آن‌ها در دهه‌های اخیر افزایشی بوده است. این خلاصه مشکل با هدف شفاف‌سازی ابعاد مختلف این چالش برای سیاست‌گذاران، بر پایه ترکیب شواهد حاصل از گزارش‌های ملی و بین‌المللی و نیز یافته‌های حاصل از برگزاری جلسات گفتمان ذی‌نقشان کلیدی تهیه شده است. نتایج نشان می‌دهد که با وجود تدوین و اجرای سیاست‌ها و برنامه‌های متعدد، چالش‌هایی در حوزه حکمرانی، تأمین مالی و ارائه خدمات سلامت، مانع از کنترل مؤثر این بیماری‌ها شده است. تبیین مشکل: بیماری‌های غیرواگیر در حال حاضر مهم‌ترین چالش سلامت در ایران محسوب می‌شوند و بار عمده‌ای از مرگ‌ومیر زودرس و سال‌های از دست‌رفته عمر سالم را به خود اختصاص داده‌اند. ترکیب شواهد موجود، شامل گزارش‌های وزارت بهداشت، مطالعات بار بیماری‌ها و اسناد بین‌المللی، نشان می‌دهد که روند افزایشی شیوع عوامل خطر اصلی نظیر چاقی، دیابت و فشار خون بالا، به تشدید این وضعیت انجامیده است. این وضعیت در مقایسه با اهداف و تعهدات بین‌المللی، از جمله اهداف کنترل بیماری‌های غیرواگیر، بیانگر فاصله قابل توجهی در دستیابی به شاخص‌های مطلوب است. افزون بر این، توزیع این بیماری‌ها در سطح جمعیت ناهمگون بوده و گروه‌های با وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین و ساکنان مناطق شهری بیش از سایرین تحت تأثیر قرار گرفته‌اند. پیامدهای این روند فراتر از حوزه سلامت بوده و با افزایش هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم، فشار قابل توجهی بر نظام سلامت، نظام بیمه‌ای و اقتصاد خانوارها وارد کرده است. یافته‌های حاصل از جلسات گفتمان ذی‌نقشان، که با مشارکت سیاست‌گذاران، مدیران نظام سلامت، ارائه‌دهندگان خدمات، نمایندگان بیمه‌ها و برخی از صاحب‌نظران دانشگاهی برگزار شده است، نشان می‌دهد که ادراک این مسئله در میان ذی‌نقشان متفاوت اما مکمل است. سیاست‌گذاران بر ضرورت کنترل بار مالی و مدیریت تقاضا تأکید دارند، در حالی که ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، چالش‌های مربوط به افزایش بار کاری، کمبود منابع انسانی و محدودیت زیرساخت‌ها را برجسته می‌سازند. از سوی دیگر، نمایندگان بیمه‌ها به ناپایداری منابع مالی و رشد هزینه‌های درمان بیماری‌های مزمن اشاره می‌کنند و متخصصان حوزه سلامت عمومی بر ضعف در مداخله‌های پیشگیرانه و ارتقای سلامت تأکید دارند. همچنین، شواهد نشان می‌دهد که آگاهی و ادراک عمومی از عوامل خطر این بیماری‌ها همچنان محدود است و این امر به تأخیر در مراجعه و تمرکز بر درمان به‌جای پیشگیری منجر شده است. تحلیل عوامل مؤثر بر شکل‌گیری و تداوم این مشکل، حاکی از آن است که مجموعه‌ای از عوامل رفتاری، اجتماعی و ساختاری در این زمینه نقش دارند. از یک سو، الگوهای نامطلوب تغذیه، کم‌تحرکی و مصرف دخانیات به‌عنوان عوامل خطر کلیدی مطرح هستند و از سوی دیگر، روندهای کلان همچون شهرنشینی و نابرابری‌های اجتماعی به تشدید این عوامل کمک کرده‌اند. در سطح نظام سلامت، شواهد نشان می‌دهد که تمرکز ناکافی بر پیشگیری، ضعف در مراقبت‌های اولیه و عدم یکپارچگی خدمات، از موانع اصلی کنترل مؤثر بیماری‌های غیرواگیر است. در حوزه حکمرانی، نبود هماهنگی مؤثر بین‌بخشی برای کنترل عوامل خطر، در حوزه تأمین مالی، تخصیص ناکافی منابع به اقدامات پیشگیرانه، و در حوزه ارائه خدمات، محدودیت در پوشش و کیفیت خدمات پیشگیرانه و مدیریت بیماری‌های مزمن، به‌عنوان چالش‌های اساسی شناسایی شده‌اند. بررسی سیاست‌ها و مداخله‌های پیشین نیز نشان می‌دهد که اگرچه برنامه‌هایی نظیر پزشک خانواده، نظام ارجاع و برنامه‌های ملی کنترل فشار خون و دیابت طراحی و اجرا شده‌اند، اما اثربخشی آن‌ها محدود بوده است. ترکیب شواهد و تحلیل دیدگاه‌های ذی‌نقشان نشان می‌دهد که اجرای ناقص و ناپیوسته برنامه‌ها، فقدان منابع مالی پایدار، ضعف در نظام پایش و ارزیابی، و مشارکت ناکافی سایر بخش‌ها از جمله عوامل اصلی عدم موفقیت این مداخله‌ها بوده‌اند. علاوه بر این، عدم تحقق تغییرات پایدار در رفتارهای سلامت در سطح جمعیت، به‌عنوان یکی از موانع کلیدی در دستیابی به نتایج مورد انتظار مطرح شده است. جمع‌بندی: بر اساس ترکیب شواهد موجود و یافته‌های حاصل از گفتمان ذی‌نقشان، بار بیماری‌های غیرواگیر در ایران یک چالش چندبعدی و فزاینده است که ریشه در عوامل رفتاری، اجتماعی و ساختاری دارد. علی‌رغم وجود سیاست‌ها و برنامه‌های متعدد، ضعف در اجرای مؤثر، ناهماهنگی بین‌بخشی و تأکید ناکافی بر پیشگیری، موجب تداوم این وضعیت شده است. تبیین روشن این ابعاد می‌تواند نقش مهمی در جلب توجه سیاست‌گذاران و تسهیل فرایند دستورکارگذاری این مسئله در نظام سیاست‌گذاری سلامت ایفا نماید. منابع: گزارش‌های ملی وزارت بهداشت، مطالعات بار بیماری‌ها در ایران، گزارش‌های سازمان جهانی سلامت و یافته‌های حاصل از جلسات گفتمان ذی‌نقشان. تهیه‌کنندگان: گروه سیاست‌گذاری سلامت/مرکز تحقیقات سفارش‌دهنده: معاونت بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مشارکت‌کنندگان در گفتمان ذی‌نقشان: سیاست‌گذاران، مدیران نظام سلامت، ارائه‌دهندگان خدمات، نمایندگان بیمه‌ها و متخصصان دانشگاهی	ب: خلاصه گزینه‌های سیاستی ب ۱: هدف اصلی از تهیه این خلاصه، که شناخته‌شده‌ترین و پرکاربردترین انواع خلاصه‌های شواهد است، ارائه راهکارها یا گزینه‌های سیاستی منتج از شواهد برای حل یک مشکل سلامتی یا نظام سلامت می‌باشد. ممکن است یک خلاصه مشکل پیش‌درآمد تهیه این خلاصه باشد ولی در صورت عدم دسترسی به این خلاصه مشکل، به منظور ارائه راهکارهای درست برای حل
---	--

مشکل، باید مرحله شفاف‌سازی مشکل براساس آنچه پیشتر گفته شد دنبال شود. ارائه راهکار یا گزینه سیاستی بدون مشخص بودن ابعاد مشکل، اثربخش نمی‌باشد و ممکن است به جای پرداختن به علت اصلی، دیگر علت‌ها مبنای حل مشکل قرار گیرند و همین مساله در پایداری مشکل تاثیرگذار است.

ب ۲: با فرض اینکه مشکل مدنظر به خوبی شفاف شده است، محتوای یک خلاصه سیاستی با پاسخ دادن همه

ب ۱: هدف اصلی از تهیه این خلاصه، که شناخته‌شده‌ترین و پرکاربردترین انواع خلاصه‌های شواهد است، ارائه راهکارها یا گزینه‌های سیاستی منتج از شواهد برای حل یک مشکل سلامتی یا نظام سلامت می‌باشد. ممکن است یک خلاصه مشکل پیش‌درآمد تهیه این خلاصه باشد ولی در صورت عدم دسترسی به این خلاصه مشکل، به منظور ارائه راهکارهای درست برای حل

پرسش‌های مرحله دوم سیاست‌گذاری (یافتن گزینه‌های سیاستی) فراهم می‌شود. این پرسش‌ها عبارتند از: ۱) گزینه‌های سیاستی برای رفع مشکل با توجه به عوامل موثر بر ایجاد یا بقای مشکل چه هستند؟ ۲) مزایا (مانند ایمنی و اثربخشی) و معایب (مانند عوارض ناخواسته) هر یک از گزینه‌های سیاستی چه می‌باشد؟ ۳) شواهد هزینه‌اثربخشی هر یک از گزینه‌های سیاستی و هزینه‌های اجرای هر گزینه چه می‌باشد؟ ۴) امکان‌پذیری یا سهولت اجرای هر گزینه، مانند بودجه موردنیاز، امکان تامین مالی و مقبولیت سیاسی و یا اجتماعی آن چگونه است؟ ۵) ملاحظه‌هایی اجرایی و عدالتی هر گزینه چیست و برای قابل اجرا شدن در محیط موردنظر چه تغییراتی لازم است و آیا این تغییرات اثربخشی و هزینه‌های مداخله را تغییر می‌دهد؟ در عمل ممکن است برای حل یک مشکل سلامتی یا نظام سلامت گزینه‌های سیاستی زیادی به دست آید. در این صورت با توجه به اینکه پیشنهاد ۳ تا ۵ گزینه به سیاست‌گذار کافی است، بهتر است اولویت‌بندی گزینه‌ها با توجه به معیارهای منتخب برای اثربخشی و امکان‌پذیری انجام گیرد و گزینه‌های اولویت‌دار در خلاصه آورده شود.

ب ۳: مشابه روشی که برای خلاصه مشکل پیش گرفته می‌شود، برای پاسخ به پرسش‌های این خلاصه، پیشنهاد

قوی بر شناسایی یا انجام پژوهش‌های ثانویه می‌باشد. در صورت عدم وجود یا امکان انجام پژوهش‌های ثانویه، انجام پژوهش‌های اولیه توصیه می‌شود. ضروری است دانش ضمنی و تجربه ذی‌نشان نیز لحاظ شود.

ب ۴: خلاصه گزینه‌های سیاستی شامل بخش‌های عنوان، چکیده، بیان مساله، گزینه‌ها همراه با مزایا، معایب، شواهد هزینه‌اثربخشی، هزینه اجرا، ملاحظه‌های اجرایی و عدالتی مداخله، منابع، فهرست تهیه‌کنندگان، سفارش‌دهندگان و مشارکت‌کنندگان در نظرخواهی‌ها می‌باشد. استفاده از جداول یا نمودار برای انتقال بهتر پیام توصیه می‌شود و حجم این خلاصه بهتر است حداکثر چهار صفحه باشد. معمولاً این دسته از خلاصه‌ها دارای پیوست‌هایی هستند که جزییات شواهد به‌کار رفته در تهیه خلاصه را نشان می‌دهد.

یک نمونه از خلاصه گزینه‌های سیاستی چاپ شده در کشور را می‌توانید در مطالعه شکری‌افرا و همکاران (۳۱)، مطالعه مونسان و همکاران (۳۲)، مطالعه افشاری و همکاران (۳۳) ملاحظه کنید. در کادر ۳ نیز نمونه‌ی فرضی از خلاصه شواهد برای گزینه‌های سیاستی آورده شده است.

کادر ۳: نمونه فرضی خلاصه شواهد برای گزینه‌های سیاستی

عنوان: گزینه‌های سیاستی برای کنترل بیماری‌های غیرواگیر در ایران چکیده: در پی شفاف‌سازی بار فزاینده بیماری‌های غیرواگیر در ایران، این خلاصه با هدف ارائه گزینه‌های سیاستی مبتنی بر شواهد برای سیاست‌گذاران تهیه شده است. محتوای این سند بر پایه ترکیب مطالعات ثانویه (گزارش‌های ملی، مرورهای نظام‌مند و شواهد بین‌المللی) و نیز یافته‌های حاصل از جلسات گفتمان ذی‌نقشان کلیدی شکل گرفته است. بر اساس تحلیل‌ها، سه گزینه سیاستی اولویت‌دار شامل تقویت مداخله‌های پیشگیری جمعیتی، بازطراحی نظام ارائه خدمات با محوریت مراقبت‌های اولیه، و اصلاح سازوکارهای تأمین مالی و انگیزشی شناسایی شده‌اند. هر یک از این گزینه‌ها از نظر مزایا، معایب، هزینه‌اثربخشی، امکان‌پذیری و ملاحظات اجرایی و عدالتی بررسی شده‌اند. بیان مشکل: بیماری‌های غیرواگیر به‌عنوان مهم‌ترین عامل مرگ‌ومیر در ایران، نیازمند مداخله‌های چندبعدی و هماهنگ هستند. شواهد نشان می‌دهد که تمرکز غالب نظام سلامت بر درمان، ضعف در پیشگیری، ناهماهنگی بین‌بخشی و محدودیت منابع مالی پایدار، از عوامل کلیدی تداوم این مشکل به شمار می‌روند. در چنین شرایطی، انتخاب و اجرای گزینه‌های سیاستی مؤثر و امکان‌پذیر، مستلزم توجه هم‌زمان به شواهد علمی و دیدگاه‌های ذی‌نقشان است. گزینه‌های سیاستی: گزینه اول: تقویت مداخله‌های پیشگیری جمعیتی و بین‌بخشی: این گزینه بر اجرای سیاست‌های کلان برای کاهش عوامل خطر مانند مصرف دخانیات، تغذیه ناسالم و کم‌ترکی از طریق مداخله‌های بین‌بخشی (مانند مالیات بر محصولات مضر، پرچسب‌گذاری مواد غذایی، و طراحی شهری سلامت‌محور) تأکید دارد. شواهد ترکیب‌شده نشان می‌دهد که این مداخله‌ها از نظر هزینه‌اثربخشی در سطح بسیار مطلوب قرار دارند و می‌توانند در بلندمدت بار بیماری را به‌طور قابل توجهی کاهش دهند. با این حال، اجرای آن‌ها با چالش‌هایی نظیر مقاومت ذی‌نفعان صنعتی و نیاز به هماهنگی بین‌بخشی مواجه است. یافته‌های گفتمان ذی‌نقشان نیز حاکی از آن است که مقبولیت سیاسی این اقدامات در صورت همراهی با اطلاع‌رسانی عمومی و شفافیت در تخصیص منابع، قابل افزایش است. از منظر عدالت، این گزینه می‌تواند به کاهش نابرابری‌های سلامت کمک کند، مشروط بر آنکه آثار اقتصادی آن بر گروه‌های کم‌درآمد مدیریت شود. گزینه دوم: بازطراحی نظام ارائه خدمات با محوریت مراقبت‌های اولیه و مدیریت بیماری‌های مزمن: این گزینه بر تقویت نظام مراقبت‌های اولیه سلامت، استقرار کامل نظام ارجاع و بهبود مدیریت بیماری‌های مزمن از طریق تیم‌های سلامت تأکید دارد. شواهد نشان می‌دهد که نظام‌های مبتنی بر مراقبت‌های اولیه قوی، نتایج بهتری در کنترل بیماری‌های غیرواگیر و کاهش هزینه‌ها دارند. این گزینه از نظر هزینه‌اثربخشی در میان‌مدت مطلوب ارزیابی می‌شود، اما نیازمند سرمایه‌گذاری اولیه برای تقویت زیرساخت‌ها و منابع انسانی است. از منظر ذی‌نقشان، این گزینه با استقبال نسبی ارائه‌دهندگان خدمات همراه است، اما نگرانی‌هایی درباره بار کاری و نظام پرداخت وجود دارد. اجرای موفق این گزینه مستلزم اصلاحات هم‌زمان در نظام پرداخت و آموزش نیروی انسانی است. از منظر عدالت، این گزینه می‌تواند دسترسی گروه‌های محروم به خدمات ضروری را بهبود بخشد. گزینه سوم: اصلاح سازوکارهای تأمین مالی و ایجاد مشوق‌های اقتصادی برای پیشگیری و کنترل بیماری‌ها: این گزینه شامل بازنگری در نحوه تخصیص منابع، افزایش سهم پیشگیری در بودجه سلامت، و طراحی مشوق‌های مالی برای ارائه‌دهندگان و بیمه‌ها جهت ارتقای خدمات پیشگیرانه است. ترکیب شواهد نشان می‌دهد که هم‌راستاسازی مشوق‌های مالی با اهداف سلامت، می‌تواند رفتار ارائه‌دهندگان و بیماران را به سمت پیشگیری و مدیریت بهتر بیماری‌ها سوق دهد. این گزینه از نظر هزینه‌اثربخشی در صورت طراحی مناسب، بسیار قابل توجه است، اما اجرای آن نیازمند اصلاحات ساختاری در نظام بیمه و بودجه‌ریزی است. در جلسات گفتمان، این گزینه از سوی سیاست‌گذاران و بیمه‌ها به‌عنوان یک ضرورت مطرح شد، هرچند نگرانی‌هایی درباره پایداری منابع مالی وجود دارد. از منظر اجرایی، این گزینه پیچیدگی بالاتری نسبت به سایر گزینه‌ها دارد و نیازمند اجماع سیاسی است. با این حال، در صورت اجرای صحیح، می‌تواند به بهبود کارایی و عدالت در نظام سلامت منجر شود. جمع‌بندی و ملاحظات سیاستی: بر اساس ترکیب شواهد و تحلیل دیدگاه‌های ذی‌نقشان، هیچ‌یک از گزینه‌های سیاستی به‌تنهایی قادر به حل کامل مسئله نیست و ترکیبی از این گزینه‌ها می‌تواند بیشترین اثربخشی را داشته باشد. در عین حال، اولویت‌بندی اقدامات باید بر اساس معیارهایی نظیر هزینه‌اثربخشی، امکان‌پذیری اجرایی و مقبولیت سیاسی انجام شود. به‌نظر می‌رسد که آغاز با مداخله‌های پیشگیری جمعیتی به‌عنوان گزینه‌ای با اثربخشی بالا و هزینه پایین، همراه با تقویت تدریجی مراقبت‌های اولیه، می‌تواند یک مسیر عملی و پایدار برای سیاست‌گذاران فراهم سازد. منابع: گزارش‌های ملی وزارت بهداشت، مطالعات بار بیماری‌ها در ایران، گزارش‌های سازمان جهانی سلامت و یافته‌های حاصل از جلسات گفتمان ذی‌نقشان. تهیه‌کنندگان: گروه سیاست‌گذاری سلامت مرکز تحقیقات سفارش‌دهنده: معاونت بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مشارکت‌کنندگان در گفتمان ذی‌نقشان: سیاست‌گذاران، مدیران نظام سلامت، ارائه‌دهندگان خدمات، نمایندگان بیمه‌ها و متخصصان دانشگاهی	ج: خلاصه برای استقرار ج ۱: اگرچه برنامه‌ریزی‌ها معمولاً با هدف استقرار یک یا چند مداخله یا برنامه انجام می‌شوند، در عمل کمتر به راهبردهای استقرار به‌صورت شفاف و صریح پرداخته می‌شود. به همین دلیل، خلاصه‌های مربوط به استقرار در ادبیات این حوزه کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند و در بسیاری از موارد، به ذکر ملاحظات اجرایی در خلاصه گزینه‌های سیاستی اکتفا می‌شود، در حالی که این
--	---

ملاحظات معمولاً برای هدایت اجرای واقعی سیاست کافی

نیستند. بخشی از شکاف بین تدوین سیاست و اجرای مؤثر آن، ناشی از توجه ناکافی به موانع، تسهیل‌گرها و راهبردهای استقرار در زمینه واقعی اجرا است. اهمیت این موضوع در توسعه دانش اجرایی‌سازی (Implementation Science) نیز برجسته شده است. از همین رو نویسندگان پیشنهاد دارند که این نوع خلاصه‌ها در مرحله اجرا و پیاده‌سازی مداخله‌ها و برنامه‌ها تهیه و ترویج شوند. در

ج ۱: اگرچه برنامه‌ریزی‌ها معمولاً با هدف استقرار یک یا چند مداخله یا برنامه انجام می‌شوند، در عمل کمتر به راهبردهای استقرار به‌صورت شفاف و صریح پرداخته می‌شود. به همین دلیل، خلاصه‌های مربوط به استقرار در ادبیات این حوزه کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند و در بسیاری از موارد، به ذکر ملاحظات اجرایی در خلاصه گزینه‌های سیاستی اکتفا می‌شود، در حالی که این

چه کسی، در چه سطحی، چه کاری باید انجام دهد و چه بافتاری باید برای اجرای موفق گزینه فراهم شود.

ج ۳: در تهیه این خلاصه نیز اولویت با ترکیب شواهد و استفاده از یافته‌های پژوهش‌های ثانویه می‌باشد. در صورت عدم وجود پژوهش‌های ثانویه یا امکان انجام آن، انجام پژوهش‌های اولیه توصیه می‌شود. با توجه به اهمیت در نظر گرفتن شرایط زمینه برای اجرای هر تغییر، استفاده از روش‌های مناسب برای کسب دانش ضمنی و تجربه ذی‌نشان در نهایی کردن این دسته از خلاصه ضرورت زیادی دارد.

ج ۴: خلاصه برنامه‌ریزی استقرار شامل بخش‌های عنوان، چکیده، بیان مساله، بیان برنامه اجرایی، منابع، فهرست تهیه‌کنندگان، سفارش‌دهندگان، و مشارکت‌کنندگان در نظرخواهی‌ها است. این خلاصه‌ها حداکثر در چهار صفحه تهیه می‌شود. کادر ۴ مثالی از جستجو برای یافتن شواهد مرتبط با پرسش‌های خلاصه شواهد برای استقرار را نشان می‌دهد. نمونه‌ی فرضی از خلاصه استقرار نیز در کادر ۵ آمده است.

صورتی‌که سیاست‌گذار پس از شفاف‌سازی مشکل و شناسایی گزینه‌های سیاستی، راهکار یا مجموعه‌ای از راهکار را برای پیاده‌سازی انتخاب نمود، این خلاصه‌ها می‌تواند به وی در شناسایی روش اجرا راهنمایی دهد. بنابراین هدف کلیدی از تهیه این خلاصه کمک به سیاست‌گذار برای تدوین برنامه اجرای مداخله یا تغییر و اجرای بهتر و آگاه از شواهد آن و افزایش احتمال پیاده‌سازی موفق راهکار/گزینه سیاستی است.

ج ۲: محتوای این خلاصه با مدنظر قرار دادن پرسش‌های کلیدی مرحله سوم سیاست‌گذاری (اجرا و استقرار سیاست) آماده خواهد شد. در تهیه محتوای این خلاصه باید با روش علمی دو پرسش پاسخ داده شود: (۱) موانع اجرای گزینه یا راهکار سیاستی در محیط موردنظر را به تفکیک گروه‌های مختلف گیرندگان خدمت، ارائه‌دهندگان خدمت، سازمان و سیستم کدامند و راهکارهای موثر برای مدیریت موانع شناسایی‌شده کدام هستند؛ (۲) برنامه مشخص برای اجرای گزینه، شامل اینکه

کادر ۴: جستجوی شواهد برای پاسخ به پرسش‌های خلاصه شواهد برای استقرار گزینه سیاستی

عنوان گزینه سیاستی: استقرار سیاست‌های جلوگیری از چاقی کودکان

برای پاسخ به هر یک از پرسش‌های شفاف‌سازی مشکل، جستجو برای یافتن شواهد مرتبط با هر پرسش انجام شده است و شواهد به شرح زیر بازیابی شده است. با وجود این شواهد، برای تهیه خلاصه شواهد برای سیاست‌گذاری، ترکیب شواهد از طریق مطالعه‌های ثانویه باید انجام گیرد.

(۱) موانع و تسهیل‌کننده‌های استقرار سیاست‌های جلوگیری از چاقی کودکان

- ✓ Taghizadeh, S., M.A. Farhangi, and R. Khodayari-Zarnaq, Stakeholders perspectives of barriers and facilitators of childhood obesity prevention policies in Iran: A Delphi method study. BMC Public Health, 2021. 21(1): p. 2260.
- ✓ Taghizadeh, S., R. Khodayari-Zarnaq, and M.A. Farhangi, Childhood obesity prevention policies in Iran: a policy analysis of agenda-setting using Kingdon's multiple streams. BMC Pediatr, 2021. 21(1): p. 250.

(۲) بررسی ملاحظه‌های اجرایی استقرار راهکار/گزینه سیاستی

- ✓ Haemer MA, Tong S, Steen EJ, Osborn B, Bradley M, Boles RE. Pragmatic Pilot Study of the Healthy Living Program: An Obesity Prevention and Treatment Program for Low-Income Hispanic Families Delivered Through Clinic-Community Partnership. Child Obes. 2026 Mar;22(2):69-79.
- ✓ Skinner AC, Neshteruk C, Gaskin K, Jones J, Frerichs L, Story M, Granados I, Heeren F, Howard J, D'Agostino E, Scherr KA, Alexander E, Fleming R, Armstrong SC. Assessing Implementation of Clinic-Community Partnerships Treating Pediatric Obesity. Child Obes. 2026 Apr 8:21532176261436192.

کادر ۵: نمونه فرضی خلاصه شواهد برای استقرار گزینه سیاستی

عنوان: استقرار بازطراحی نظام ارائه خدمات سلامت با محوریت مراقبت‌های اولیه برای کنترل بیماری‌های غیرواگیر در ایران

چکیده: با توجه به بار فزاینده بیماری‌های غیرواگیر در ایران و انتخاب گزینه تقویت مراقبت‌های اولیه به‌عنوان یکی از راهکارهای کلیدی، این خلاصه با هدف حمایت از استقرار مؤثر این سیاست تهیه شده است. محتوای این سند مبتنی بر ترکیب شواهد علمی و تجارب بین‌المللی، به‌همراه یافته‌های حاصل از گفت‌وگوهای ذی‌نقشان در سطوح مختلف نظام سلامت است. این خلاصه به شناسایی موانع اجرای این گزینه در سطوح گیرندگان خدمت، ارائه‌دهندگان، سازمان و سیستم پرداخته و راهکارهای مبتنی بر شواهد برای مدیریت این موانع ارائه می‌دهد. همچنین، یک چارچوب عملیاتی برای اجرای مرحله‌بندی‌شده این سیاست پیشنهاد شده است.

بیان مشکل: علی‌رغم وجود زیرساخت‌های اولیه برای ارائه خدمات سلامت در ایران، از جمله شبکه بهداشتی-درمانی، شواهد نشان می‌دهد که این نظام در پاسخگویی مؤثر به نیازهای ناشی از بیماری‌های غیرواگیر با چالش‌هایی مواجه است. تمرکز بر خدمات درمانی، ضعف در پیگیری طولانی‌مدت بیماران، و عدم استقرار کامل نظام ارجاع، موجب کاهش اثربخشی خدمات شده است. ترکیب شواهد و دیدگاه‌های ذی‌نقشان نشان می‌دهد که بازطراحی نظام ارائه خدمات با محوریت مراقبت‌های اولیه، در صورت اجرای مناسب، می‌تواند به بهبود پیامدهای سلامت و افزایش کارایی نظام منجر شود. با این حال، اجرای این گزینه با موانع متعددی در سطوح مختلف همراه است که نیازمند برنامه‌ریزی دقیق برای استقرار می‌باشد.

موانع اجرا و راهکارهای پیشنهادی: شواهد و یافته‌های گفت‌وگوهای ذی‌نقشان نشان می‌دهد که موانع اجرای این سیاست در چهار سطح قابل دسته‌بندی است. در سطح گیرندگان خدمت، آگاهی محدود نسبت به نقش مراقبت‌های اولیه و ترجیح مراجعه مستقیم به متخصصان، از موانع اصلی به شمار می‌رود. برای مدیریت این مانع، مداخله‌های اطلاع‌رسانی هدفمند، ارتقای سواد سلامت و ایجاد مشوق‌های مالی برای استفاده از مسیر ارجاع توصیه می‌شود. در سطح ارائه‌دهندگان خدمت، چالش‌هایی نظیر بار کاری بالا، کمبود نیروی انسانی آموزش‌دیده در مدیریت بیماری‌های مزمن، و نارضایتی از نظام پرداخت مطرح است. شواهد نشان می‌دهد که اصلاح نظام پرداخت به سمت پرداخت مبتنی بر عملکرد و کیفیت، به‌همراه آموزش‌های مستمر و تقویت تیم‌های سلامت، می‌تواند این موانع را کاهش دهد.

در سطح سازمانی، ضعف در زیرساخت‌های اطلاعات سلامت، عدم یکپارچگی خدمات و محدودیت در نظام ارجاع مؤثر از جمله چالش‌ها هستند. راهکارهای پیشنهادی شامل توسعه پرونده الکترونیک سلامت، تقویت نظام ارجاع و ایجاد هماهنگی بین سطوح مختلف ارائه خدمات است. در سطح سیستم، مسائلی مانند ناهماهنگی سیاستی، محدودیت منابع مالی پایدار و مقاومت برخی ذی‌نفعان وجود دارد. شواهد و تجارب بین‌المللی نشان می‌دهد که ایجاد تعهد سیاسی در سطح بالا، تأمین منابع پایدار و جلب مشارکت ذی‌نفعان از طریق گفت‌وگوهای مستمر، از عوامل کلیدی موفقیت در استقرار این نوع اصلاحات است.

برنامه اجرایی پیشنهادی: بر اساس ترکیب شواهد و تجارب بومی، اجرای این سیاست نیازمند یک رویکرد مرحله‌بندی‌شده و تطبیقی است. در مرحله اول، باید اجماع سیاستی در سطح کلان ایجاد شده و چارچوب قانونی و مالی لازم برای تقویت مراقبت‌های اولیه فراهم شود. در این مرحله، وزارت بهداشت با همکاری سازمان‌های بیمه‌گر و نهادهای مرتبط، مسئول تدوین دستورالعمل‌ها و تأمین منابع اولیه خواهد بود. در مرحله دوم، اجرای پایلوت در مناطق منتخب با ویژگی‌های متفاوت جمعیتی و ساختاری پیشنهاد می‌شود. در این مرحله، دانشگاه‌های علوم پزشکی و شبکه‌های بهداشتی مسئول اجرای برنامه، آموزش نیروی انسانی و پایش اولیه خواهند بود. در مرحله سوم، با استفاده از نتایج پایلوت، اصلاحات لازم اعمال شده و برنامه به‌صورت تدریجی در سطح ملی گسترش می‌یابد. در این مرحله، توسعه زیرساخت‌های اطلاعاتی، استقرار کامل نظام ارجاع و اصلاح نظام پرداخت باید در اولویت قرار گیرد. در تمام مراحل، ایجاد نظام پایش و ارزیابی مستمر، با استفاده از شاخص‌های مشخص (مانند کنترل فشار خون، دیابت و میزان ارجاع)، ضروری است. همچنین، تداوم گفت‌وگوهای ذی‌نقشان برای شناسایی چالش‌ها و انطباق برنامه با شرایط زمینه‌ای، نقش مهمی در موفقیت اجرای این سیاست خواهد داشت.

جمع‌بندی: استقرار موفق بازطراحی نظام ارائه خدمات با محوریت مراقبت‌های اولیه، مستلزم توجه هم‌زمان به موانع چندسطحی و طراحی یک برنامه اجرایی واقع‌بینانه و مبتنی بر شواهد است. ترکیب شواهد و تجارب ذی‌نقشان نشان می‌دهد که ترکیب اصلاحات ساختاری، مداخله‌های رفتاری و تقویت زیرساخت‌ها، می‌تواند مسیر اجرای موفق این سیاست را هموار سازد.

منابع: گزارش‌های ملی وزارت بهداشت، مطالعات بار بیماری‌ها در ایران، گزارش‌های سازمان جهانی سلامت و یافته‌های حاصل از جلسات گفت‌وگوهای ذی‌نقشان.

تهیه‌کنندگان: گروه سیاست‌گذاری سلامت/مرکز تحقیقات

سفارش‌دهنده: معاونت بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

مشارکت‌کنندگان در گفت‌وگوهای ذی‌نقشان: سیاست‌گذاران، مدیران نظام سلامت، ارائه‌دهندگان خدمات، نمایندگان بیمه‌ها و متخصصان دانشگاهی

د: خلاصه تاثیر سیاستی

اجرای مداخله‌ها و برنامه‌ها برای ایجاد اصلاحات لازم

موردنیاز است و می‌تواند برای شفاف‌سازی مشکل پایدار

در سلامت و نظام سلامت به‌کار رود.

د ۱: این خلاصه‌ها با هدف آگاه کردن سیاست‌گذار و

تصمیم‌گیرنده از تاثیرات و تغییرات منتسب به مداخله یا

تغییر اجرا شده در سیستم تهیه می‌شود. اطلاع از نتایج

د ۲: برای تهیه محتوای این دسته از خلاصه‌ها پاسخ دادن به پرسش‌های مربوط به پیامدهای موردانتظار، شیوه ارزشیابی و نتایج ارزشیابی یا به عبارتی پوشش پرسش‌های مرحله چهارم سیاست‌گذاری (مرحله پایش و ارزشیابی) ضروری می‌باشد. مهم‌ترین این پرسش‌ها عبارتند از: ۱) ابزارها و روش‌های مناسب برای پایش وضعیت پیاده‌سازی راهکارها و ارزشیابی پیامدهای موردانتظار و تغییرات ناشی از اجرای گزینه یا راهکار سیاستی چیست؟؛ ۲) یافته‌های مربوط به اندازه‌گیری تاثیر اجرای گزینه یا سیاست چیست، چگونه باید تفسیر می‌شود و چگونه می‌تواند به منظور اصلاح مورد استفاده قرار بگیرد؟.

د ۳: برای پاسخ به پرسش‌های این نوع خلاصه، استفاده از یافته‌های مطالعات ارزشیابی، داده‌های پایش برنامه،

داده‌های نظام مراقبت و یا سایر داده‌های روتین نظام سلامت و، در صورت امکان، ترکیب یافته‌های پژوهش‌های اولیه مناسب‌تر است. اما در صورت نبود شواهد کافی، انجام مطالعه‌های اولیه اجتناب‌ناپذیر است. در این دسته از خلاصه‌ها نیز بهره گرفتن از دانش ضمنی و تجربه ذی‌نقشان اهمیت زیادی دارد.

د ۴: خلاصه تاثیرها شامل بخش‌های عنوان، چکیده، بیان مساله، تشریح پیامدها، منابع، فهرست تهیه‌کنندگان، سفارش‌دهندگان، و مشارکت‌کنندگان در نظرخواهی‌ها است. در این دسته از خلاصه‌ها استفاده از جداول یا نمودار معمولاً ضروری است و بهتر است این خلاصه‌ها، حداکثر چهار صفحه باشد. کادر ۶ نمونه فرضی از خلاصه تاثیر سیاستی را نشان می‌دهد.

کادر ۶: نمونه فرضی خلاصه شواهد برای تاثیر سیاستی

عنوان: ارزشیابی تاثیر بازطراحی نظام ارائه خدمات با محوریت مراقبت‌های اولیه بر کنترل بیماری‌های غیرواگیر در ایران

چکیده: با توجه به اجرای تدریجی اصلاحات در نظام ارائه خدمات سلامت با محوریت مراقبت‌های اولیه، این خلاصه با هدف اطلاع‌رسانی به سیاست‌گذاران درباره میزان تحقق پیامدهای مورد انتظار تهیه شده است. محتوای این سند مبتنی بر ترکیب یافته‌های مطالعات ارزشیابی داخلی، شواهد بین‌المللی و داده‌های پایش برنامه، به همراه تحلیل دیدگاه‌های ذی‌نقشان است. نتایج نشان می‌دهد که این مداخله در بهبود برخی شاخص‌های دسترسی، کنترل بیماری‌های مزمن و کاهش مراجعات غیرضروری به سطوح تخصصی مؤثر بوده است، اما در برخی حوزه‌ها از جمله پایداری مالی و استقرار کامل نظام ارجاع با چالش‌هایی مواجه است.

بیان مشکل: در پاسخ به بار فزاینده بیماری‌های غیرواگیر، بازطراحی نظام ارائه خدمات با تأکید بر مراقبت‌های اولیه به‌عنوان یکی از اصلاحات کلیدی در نظام سلامت ایران مورد توجه قرار گرفته است. با گذشت چند سال از اجرای پایلوت‌ها و گسترش نسبی این برنامه، نیاز به ارزشیابی نظام‌مند پیامدهای آن برای اصلاح و بهبود سیاست‌ها بیش از پیش اهمیت یافته است. این خلاصه با تمرکز بر سنجش میزان تحقق اهداف و تحلیل تغییرات منتسب به این مداخله تهیه شده است.

تشریح پیامدها و یافته‌های ارزشیابی: بر اساس چارچوب‌های رایج ارزشیابی (شامل شاخص‌های ساختار، فرآیند و پیامد)، مجموعه‌ای از ابزارها و روش‌ها برای پایش این مداخله به‌کار گرفته شده است. این ابزارها شامل تحلیل داده‌های پرونده الکترونیک سلامت، پیمایش‌های جمعیتی، مطالعات کوهورت در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، و تحلیل داده‌های بیمه‌ای بوده‌اند. همچنین، در برخی موارد از روش‌های کیفی مانند مصاحبه با ذی‌نقشان برای درک بهتر تغییرات استفاده شده است. یافته‌های ترکیب‌شده نشان می‌دهد که در حوزه دسترسی به خدمات مراقبت‌های اولیه، بهبود قابل توجهی رخ داده است، به‌ویژه در مناطق تحت پوشش برنامه‌های تقویت‌شده. میزان مراجعه به پزشک خانواده افزایش یافته و پیگیری بیماران مزمن منظم‌تر شده است. در حوزه پیامدهای سلامت، شواهد حاکی از بهبود نسبی در کنترل فشار خون و قند خون در جمعیت تحت پوشش است، هرچند این بهبود در همه مناطق یکسان نبوده است. در زمینه کارایی نظام سلامت، کاهش نسبی مراجعات غیرضروری به سطوح تخصصی و بیمارستانی گزارش شده است که نشان‌دهنده عملکرد بهتر نظام ارجاع در برخی مناطق است. با این حال، شواهد نشان می‌دهد که این نظام هنوز به‌طور کامل و یکنواخت در کشور مستقر نشده است. در حوزه هزینه‌ها و پایداری مالی، نتایج متناقض‌تری مشاهده می‌شود. برخی مطالعات نشان‌دهنده کاهش هزینه‌های غیرضروری در بلندمدت هستند، اما در کوتاه‌مدت افزایش هزینه‌ها به‌دلیل سرمایه‌گذاری در زیرساخت‌ها و منابع انسانی گزارش شده است. از دیدگاه ذی‌نقشان، نگرانی‌هایی درباره پایداری منابع مالی و نحوه پرداخت به ارائه‌دهندگان وجود دارد. از منظر عدالت در سلامت، شواهد اولیه نشان می‌دهد که دسترسی گروه‌های محروم به خدمات پایه بهبود یافته است، اما همچنان شکاف‌هایی در کیفیت خدمات بین مناطق مختلف وجود دارد.

تفسیر یافته‌ها: یافته‌های ارزشیابی نشان می‌دهد که بازطراحی نظام ارائه خدمات با محوریت مراقبت‌های اولیه، در مجموع در جهت دستیابی به اهداف خود حرکت کرده است، اما میزان موفقیت آن به‌شدت به کیفیت اجرا و شرایط زمینه‌ای وابسته بوده است. بهبود در شاخص‌های دسترسی و برخی پیامدهای سلامت، نشان‌دهنده اثربخشی بالقوه این مداخله است، در حالی که چالش‌های موجود در استقرار کامل نظام ارجاع، پایداری مالی و یکنواختی اجرا، بیانگر نیاز به اصلاحات تکمیلی است.

جمع‌بندی سیاستی: ارزشیابی شواهد نشان می‌دهد که ادامه و گسترش این سیاست می‌تواند منافع قابل توجهی برای نظام سلامت به همراه داشته باشد، مشروط

بر آنکه اصلاحات لازم در حوزه تأمین مالی، تقویت زیرساخت‌ها و بهبود هماهنگی بین سطوح خدمات انجام شود. همچنین، تقویت نظام پایش و استفاده مستمر از بازخورد ذی‌نشان، برای بهبود اجرای این سیاست ضروری است.

منابع: گزارش‌های ملی وزارت بهداشت، مطالعات بار بیماری‌ها در ایران، گزارش‌های سازمان جهانی سلامت و یافته‌های حاصل از جلسات گفتمان ذی‌نشان.

تهیه‌کنندگان: گروه سیاست‌گذاری سلامت/مرکز تحقیقات

سفارش‌دهنده: معاونت بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

مشارکت‌کنندگان در گفتمان ذی‌نشان: سیاست‌گذاران، مدیران نظام سلامت، ارائه‌دهندگان خدمات، نمایندگان بیمه‌ها و متخصصان دانشگاهی

محصول مرتبط اما متفاوت: خلاصه اطلاع‌رسانی

نوع دیگری از محصولات خلاصه‌شده نیز وجود دارد که در آن‌ها پیام‌های منتج از یک پژوهش یا گزارش مشخص، به زبان سیاست‌گذار یا تصمیم‌گیر و به صورت مختصر ارائه می‌شود. به عنوان نمونه، نتایج یک پیمایش ملی در مورد شیوع اختلالات روان می‌تواند، علاوه بر گزارش نهایی یا مقاله‌های علمی، به صورت یک خلاصه کوتاه در اختیار سیاست‌گذار قرار گیرد. این محصولات با عنوان خلاصه‌های اطلاع‌رسانی (Information Brief) شناخته می‌شوند و هدف اصلی آن‌ها انتشار فعال یافته‌های پژوهش است. خلاصه اطلاع‌رسانی نقش اطلاع‌رسانی دارد. بنابراین بر خلاف خلاصه‌های شواهد برای سیاست‌گذاری، انتظار اقدام یا عمل از سوی سیاست‌گذار در واکنش به این خلاصه وجود ندارد، هر چند می‌تواند نوعی حمایت‌طلبی را همراه داشته باشد. برای تهیه محتوای این خلاصه، پاسخ دادن به پرسش‌های زیر می‌تواند کمک‌کننده باشد: (۱) پرسش پژوهش یا سوال سیاست‌گذار؛ (۲) روش‌شناسی پژوهش؛ (۳) یافته‌های اصلی پژوهش؛ (۴) پیام‌ها و کاربردهای یافته‌ها. پاسخ به این پرسش‌ها با کمک یافته‌های یک پژوهش اولیه یا ثانویه انجام می‌شود. تأکید می‌شود این دسته از خلاصه‌ها، به دلیل آن که بر ترکیب شواهد متکی نیستند و اغلب به یافته‌های یک پژوهش مشخص محدود می‌شوند، نباید به عنوان نوع پنجم خلاصه شواهد برای سیاست‌گذاری تلقی شوند. خلاصه‌های اطلاع‌رسانی در قالب انواع گزاره‌برگ‌ها (Fact Sheet) یا خلاصه‌های ۲۵-۳-۱ و مشابه آن‌ها تهیه می‌شوند. در تهیه خلاصه‌ها می‌توان از جداول یا نمودار استفاده کرد. این خلاصه‌ها حداکثر در دو صفحه تهیه می‌شود.

سخن پایانی

خلاصه‌های شواهد در سیاست‌گذاری سلامت جزو محصولات دانشی هستند که می‌توانند نقش کلیدی در پر کردن شکاف میان پژوهش و تصمیم‌گیری ایفا می‌کنند (۱۵). مرور ادبیات و تجربیات موجود نشان می‌دهد که این ابزارها، در صورت تدوین اصولی و متناسب با نیاز سیاست‌گذاران، می‌توانند در ارتقاء شفافیت، تسهیل تصمیم‌گیری آگاه از شواهد، و افزایش پاسخ‌گویی نظام سلامت کمک کنند (۳۴). همان‌گونه که در این مقاله گفته شد، شکل واحد و استاندارد برای تدوین خلاصه‌های شواهد وجود ندارد، اما مجموعه‌ای از الگوهای عملی و تجارب بین‌المللی می‌توانند مبنایی برای توسعه و بومی‌سازی این محصولات در کشورها باشند.

با این حال، دو چالش اساسی همچنان باقی است: نخست، نبود نظام‌مندسازی در کیفیت‌سنجی و ارزیابی این خلاصه‌ها که ضرورت توسعه شاخص‌ها و معیارهای سنجش کیفیت را دوجندان می‌کند (۱۷، ۳۵)؛ و دوم، پرسش بنیادین در خصوص میزان استفاده واقعی سیاست‌گذاران از این ابزارها و اثرگذاری آن‌ها در تغییر سیاست‌ها و اقدامات اجرایی. شواهد موجود بیانگر آن است که صرف تولید خلاصه‌های شواهد به تنهایی کفایت نمی‌کند، بلکه باید سازوکارهایی برای اطمینان از دسترسی، درک، و به‌کارگیری آن توسط ذی‌نشان فراهم شود (۱۵، ۳۴). بنابراین، توسعه خلاصه‌های شواهد برای سیاست‌گذاری باید هم‌زمان با تقویت ظرفیت نهادی برای تقاضا، ارزیابی و استفاده از شواهد در فرایند تصمیم‌گیری دنبال شود.

در این میان، کشورهایی مانند ایران که ظرفیت بالایی در تولید شواهد پژوهشی دارند، می‌توانند با سرمایه‌گذاری در

شواهد، به بررسی میزان اثربخشی و کاربرد واقعی آنها در بسترهای مختلف سیاستی نیز پردازند. چنین شواهدی می‌تواند مسیر را برای طراحی چارچوب‌های بومی، ارتقای کیفیت، و افزایش کارآمدی این محصولات در نظام سلامت هموار سازد.

ترجمه و بسته‌بندی شواهد برای سیاست‌گذاران، گامی اساسی در تقویت تصمیم‌گیری آگاه از شواهد بردارند. بدیهی است که تحقق این هدف نیازمند همکاری نزدیک میان پژوهشگران، نهادهای سیاست‌گذار، و مراکز تولید دانش است. در نهایت، توصیه می‌شود پژوهش‌های آینده علاوه بر تمرکز بر شیوه‌های بهینه تدوین خلاصه‌های

References

1. World Health Organization. Evidence-informed policy-making: a glossary of key terms. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2025. 2025, 29 p. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Wolfenden L, Mooney K, Gonzalez S, Hall A, Hodder R, Nathan N, Yoong S, Ditton E, Sutherland R, Lecathelinais C, McCrabb S. Increased use of knowledge translation strategies is associated with greater research impact on public health policy and practice: an analysis of trials of nutrition, physical activity, sexual health, tobacco, alcohol and substance use interventions. *Health Research Policy and Systems*. 2022 Jan 31;20(1):15:1-10.
3. Cao Z, Zhang L, Wang Z, Li C, Sivertsen G. How does scientific research generate impact beyond academia? Cross-disciplinary comparison based on REF impact cases. *Humanities and Social Sciences Communications*. 2025 Nov 27;12(1):1856.
4. Lavis JN, Robertson D, Woodside JM, McLeod CB, Abelson J. How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers? *Milbank Q*. 2003;81(2):221-48.
5. Haby M, Sieber S, World Health Organization. Evidence, policy, impact: WHO guide for evidence-informed decision-making. In: Evidence, policy, impact: WHO guide for evidence-informed decision-making 2021 (pp. 92-92).
6. Sajadi HS, Doshmangir L, Majdzadeh R. Formulation and development of health policies. *Health Policymaking in Iran*. Tehran: Ayanded, 2021. 167-170 p. [in Persian].
7. Sajadi, H.S., Safikhani, H., Olyaeemanesh, A. et al. Challenges in institutionalizing evidence-informed priority setting for health service packages: a qualitative document and interview analysis from Iran. *Health Res Policy Sys* 22, 110 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12961-024-01207-6>.
8. Yazdizadeh B, Sajadi HS, Mohtasham F, Mohseni M, Majdzadeh R. Systematic review and policy dialogue to determine challenges in evidence-informed health policy-making: findings of the SASHA study. *Health Research Policy and Systems*. 2021 May 4;19(1):73:1-13.
9. Majdzadeh R, Sajadi HS, Yazdizadeh B, Doshmangir L, Ehsani-Chimeh E, Mahdavi M, Mehrdad N, Lavis J, Nikooee S, Mohtasham F, Mohseni M. Policy options for strengthening evidence-informed health policy-making in Iran: overall SASHA project findings. *Health research policy and systems*. 2022 Jan 15;20(1):10:1-13.
10. Doshmangir L, Mostafavi H, Behzadifar M, Yazdizadeh B, Sajadi HS, Hasanpoor E, Mahdavi M, Majdzadeh R. Individual and institutional capacity-building for evidence-informed health policy-making in Iran: a mix of local and global evidence. *Health Research Policy and Systems*. 2022 Feb 12;20(1):18:1-27.
11. Sajadi HS, Majdzadeh R, Ehsani-Chimeh E, Yazdizadeh B, Nikooee S, Pourabbasi A, Lavis J. Policy options to increase motivation for improving evidence-informed health policy-making in Iran. *Health Research Policy and Systems*. 2021 Jun 7;19(1):91:1-15.
12. Langlois, E.V., Becerril Montekio, V., Young, T. et al. Enhancing evidence informed policymaking in complex health systems: lessons from multi-site collaborative approaches. *Health Res Policy Sys* 14, 20 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12961-016-0089-0>
13. Subahe, A.H., Baker, P. & Polman, R. Facilitating collaboration between public health researchers and policymakers: a scoping review of global practices, barriers and facilitators. *Health Res Policy Sys* (2026). <https://doi.org/10.1186/s12961-026-01443-y>
14. Dodson EA, Parks RG, Jacob RR, An R, Eyler AA, Lee N, Morshed AB, Politi MC, Tabak RG, Yan Y, Brownson RC. Effectively communicating with local policymakers: a randomized trial of policy brief dissemination to address obesity. *Front Public Health*. 2024 Mar 8; 12:1246897. doi: 10.3389/fpubh.2024.1246897. PMID: 38525334; PMCID: PMC10957535.
15. Arnautu D, Dagenais C. Use and effectiveness of policy briefs as a knowledge transfer tool: a scoping review. *Handbook of Policy Advice*. 2025 Sep 16:353-65.
16. Song X, Li R, Luo Q, Reveiz L, Reinap M, Chapman E, Mahlanza-Langer L, Boeira L, Li X, Li X, Chen Y. Components and methodology of evidence briefs for policy: the need for evaluation tools. *Health Research Policy and Systems*. 2026 Feb 26;24(1):21:1-10.
17. Murphy A, Šubelj M, Babarczy B, Köhler K, Chapman E, Truden-Dobrin P, Oliver K, Nahrgang S, Reinap M, Kuchenmüller T. An evaluation of the evidence brief for policy development process in WHO EVIPNet Europe countries. *Health research policy and systems*. 2022 May 7;20(1):54.
18. Lavis, J.N., Wilson, M.G., Oxman, A.D. et al. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 4: Using research evidence to clarify a problem. *Health Res Policy Sys* 7 (Suppl 1), S4 (2009). <https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-S1-S4>
19. Lavis, J.N., Wilson, M.G., Oxman, A.D. et al. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 5:

Using research evidence to frame options to address a problem. *Health Res Policy Sys* 7 (Suppl 1), S5 (2009). <https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-S1-S5>

20. Fretheim, A., Munabi-Babigumira, S., Oxman, A.D. et al. SUPPORT Tools for Evidence-informed Policymaking in health 6: Using research evidence to address how an option will be implemented. *Health Res Policy Sys* 7 (Suppl 1), S6 (2009). <https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-S1-S6>

21. Lavis, J.N., Permanand, G., Oxman, A.D. et al. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 13: Preparing and using policy briefs to support evidence-informed policymaking. *Health Res Policy Sys* 7 (Suppl 1), S13 (2009). <https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-S1-S13>

22. Lavis, J.N., Boyko, J.A., Oxman, A.D. et al. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 14: Organising and using policy dialogues to support evidence-informed policymaking. *Health Res Policy Sys* 7 (Suppl 1), S14 (2009). <https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-S1-S14>

23. Fretheim, A., Oxman, A.D., Lavis, J.N. et al. SUPPORT Tools for Evidence-informed Policymaking in health 18: Planning monitoring and evaluation of policies. *Health Res Policy Sys* 7 (Suppl 1), S18 (2009). <https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-S1-S18>

24. Evidence Briefs for Policy. Using the Integrated Knowledge Translation Approach. Guiding Manual. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020 . 40-115p.

25. <https://www.cdc.gov/polaris/php/policy-resources-trainings/writing-briefs.html>

26. Mansilla C, Guyatt G, Sweetman A, Lavis JN. Matching the right study design to decision-maker questions: Results from a Delphi study. *PLOS Global Public Health*. 2024 Feb 29;4(2):e0002752.

27. Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Info Libr J*. 2009 Jun;26(2):91-108.

28. Walsh D, Downe S. Meta-synthesis method for qualitative research: a literature review. *Journal of advanced nursing*. 2005 Apr;50(2):204-11.

29. World Health Organization. Policy dialogue preparation and facilitation checklist: EVIPNet Europe. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2016 Dec 31.28p.

30. Oliver S, Langer L, Nduku P, Umayam H, Conroy K, Maugham C, Bradley T, Bangpan M, Kneale D, Roche C. Engaging stakeholders with evidence and uncertainty: developing a toolkit. Centre of Excellence for Development Impact and Learning (CEDIL), 2021, 8-9 p.

31. Shokri-Afra H, Ebrahimi M, Ebrahimi Shahabi R, Taghvaei T, Oladi Z, Raeisi A. Challenges to Manage Non-alcoholic Fatty Liver Disease, an Invisible Epidemic in Iran's Health Care System: A Policy Brief. *Mazandaran Univ Med Sci* 2023; 33 (Supple 2): 444-452 (Persian).

32. Mounesan L, Sepidarkish M., Hosseini H., Ahmadi A., Ardalan G., Kelishadi R., Majdzadeh R. Policy Brief for Promoting Physical Activity among Iranian Adolescents. *JIMS*, 2013; 31(233): 510-520 (Persian).

33. Afshari M, Najafi Z, Foroughi Z, Abdi K. Strengthen of Stewardship of Rehabilitation Services in Iran: A Policy Brief. *jrehab* 2026; 26 (4) :510-527.

34. Petkovic, J., Welch, V., Jacob, M.H. et al. The effectiveness of evidence summaries on health policymakers and health system managers use of evidence from systematic reviews: a systematic review. *Implementation Sci* 11, 162 (2016). <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0530-3>.

35. Yu, X., Wang, Q., Moat, K. et al. Development of a Standard reporting guideline for Evidence briefs for Policy (STEP): context and study protocol. *Health Res Policy Sys* 20, 82 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12961-022-00884-5>.

Educational Article

Evidence Briefs for Policy: Typology, Functions, and Practical Guidance for Development

Haniye Sadat Sajadi¹, Reza Majdzadeh^{2,3}, Bahareh Yazdizadeh²

- 1- Professor, Health Service Management, Knowledge Utilization Research Center, University Research and Development Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
- 2- Professor, Epidemiology, Knowledge Utilization Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
- 3- Professor, Global Public Health and Epidemiology, School of Health and Social Care, University of Essex, Colchester, UK

DOI: [10.18502/ijre.v22i2.22729](https://doi.org/10.18502/ijre.v22i2.22729)

Article Information

Received

09 November 2025

Accepted

18 July 2026

Corresponding author

Bahareh Yazdizadeh

Corresponding author E-mail

baharehyazdizadeh@yahoo.com

Keywords:

Evidence briefs, Health policy, Knowledge translation, Evidence uptake, Evidence-informed policymaking, Impact

Abstract

The use of evidence briefs to support health policymaking has become increasingly important, as evidence-informed decisions can enhance health outcomes, improve resource allocation, and strengthen accountability. However, many evidence producers remain unfamiliar with the diversity, purpose, and appropriate application of different types of evidence briefs within the policy cycle, limiting their effectiveness. This article introduces four key types of evidence briefs—issue briefs, options briefs, implementation briefs, and policy impact briefs, and explains their functions, content, and practical development considerations across different stages of the decision-making and policymaking process. By synthesizing credible evidence, these tools support problem identification, formulation of policy options, planning for effective implementation, and assessment of policy impacts. Strengthening awareness and promoting the appropriate use of these briefs can enhance knowledge translation and facilitate the transfer of evidence into policy.

Copyright © 2026 The Authors. Published by Tehran University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.