

تبیین مدل فرایند سیاست‌گذاری در پیشگیری از رتینوپاتی دیابتی

عباس نرگیان^۱

استادیار گروه مدیریت دولتی دانشگاه تهران- پردیس بین‌المللی کیش، کیش، ایران

ابوعلی ودادهیر

دانشیار گروه مدیریت دولتی دانشگاه تهران- پردیس بین‌المللی کیش، کیش، ایران

فرزان کیان ارثی

استاد گروه چشم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

مجید جعفری هرندی

دانشجوی دکتری مدیریت دولتی تصمیم‌گیری و خط‌مشی‌گذاری عمومی دانشگاه تهران - پردیس بین‌المللی کیش، کیش،

ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۱۰/۰۷ تاریخ صدور پذیرش: ۱۳۹۹/۰۱/۲۸

چکیده

اثرات مادی و ماهوی اجتناب‌ناپذیر کم‌بینایی و نابینایی در جوامع روبه‌توسعه و حتی توسعه‌یافته، کاهش بار قابل‌پیشگیری و قابل‌اجتناب ابتلا و ناتوانی ناشی از آن انجام تحقیقات گسترده را ضروری ساخته است. مطالعه حاضر نیز با هدف تبیین مدل سیاست‌گذاری در حوزه پیشگیری از رتینوپاتی دیابتی انجام شده است. در این راستا نمونه‌ای متشکل از ۳۲ نفر از خبرگان و صاحب‌نظران ارشد بخش نظام سلامت در انتخابی هدفمند انتخاب و مورد مصاحبه نیمه ساختاریافته و قرار گرفته. داده‌ها بر اساس نظریه داده‌بنیاد دسته‌بندی شده‌اند. یافته‌های این مقاله را در چارچوب مدل پارادایمی شامل: شرایط علی (آموزش همگانی، هدایت صحیح بیمار)، پدیده محوری (سیاست‌گذاری پیشگیرانه)، راهبردها (کاهش میزان ابتلا به چاقی و جلوگیری از افزایش وزن و دیابت، کاهش درصد لیزرهای چشمی، کاهش میزان تزریقات داخل چشمی، افزایش داوطلبانه افراد برای پیگیری‌های پیشگیرانه)، زمینه‌ها (نقش رسانه، نقش بخش غیر دولتی، ضمانت اجرائی قوانین)، شرایط مداخله‌گر (شرایط اقتصادی، فرهنگی، منافع ذی‌نفعان)، نگرش درمان‌محور دولت (و پیامدها) توسعه پایدار مبتنی بر انسان سالم، نظام سلامت توسعه‌گرا و همه‌جانبه‌نگر، نظام سلامت به روز و مبتنی بر دانش، نظام سلامت هدفمند، تحلیل کرده است. هر برنامه‌ای در زمینه پیشگیری از رتینوپاتی دوسری ملاک ارزیابی دارد. ملاک کارایی و ملاک اثربخشی. پژوهش حاضر نشان می‌دهد که در شاخه اثربخشی و نتیجه‌گیری بد عمل کرده‌ایم. به نظر من در تدوین و اجرا باید جایگاه‌ها مشخص شوند

کلمات کلیدی: رتینوپاتی دیابتی، نظام سلامت، نظریه داده‌بنیاد.

مقدمه

وجود بحران‌های امروزی که بر جوامع حاکم شده‌اند، لزوم جامعه‌ای سالم که نیروی کار آن دارای بهره‌وری بالایی باشد و بتواند شرایط رابه نفع جامعه و اقتصاد آن هدایت کند آنقدر بدیهی است که وجود نابینایی‌ها و کم‌بینایی‌هایی که بخصوص به واسطه دیابت پدید می‌آیند، در حیطه سلامت جامعه بسیار نگران‌کننده می‌باشد با وجود نیم قرن تلاش برنامه‌ریزی شده برای کنترل نابینایی و عوامل آن، میزان نابینایان جهان در اثر افزایش و پیر شدن جمعیت و عوامل محیطی همچون بیماری، جنگ، سیل، زلزله، تصادفات و سوانح افزایش یافته است، به طوری که آمار جهانی از نابینایی حدود ۵۰ میلیون انسان در سراسر جهان خبر می‌دهند و براساس پیش‌بینی‌ها، این تعداد تا سال ۲۰۲۰ میلادی به ۹۰ میلیون نفر می‌رسد. گفته می‌شود ۵۰ درصد از افراد مبتلا به اختلالات بینایی، پیش از تولد و ۵۰ درصد پس از تولد به این عارضه دچار می‌شوند. در این میان متخصصان معتقدند حدود ۶۰ درصد اختلالات بینایی قابل درمان، ۲۰ درصد قابل پیشگیری و تنها ۲۰ درصد در حال حاضر غیرقابل درمان و پیشگیری هستند (۱). توجه به این نکته که حدود ۷۰ درصد عوامل بروز دیابت از نوع غیر ژنتیکی محسوب می‌گردد و بروز عوارض ناشی از آن بین ۱۲ الی ۱۵ سال پس از شروع دیابت برچشم ظاهر می‌شود و با توجه به اینکه حدود ۴۷ میلیون ایرانی (با توجه به آمار رسمی) از تغذیه ناسالم برخوردارند و از این تعداد بیش از ۵ میلیون بیمار دیابتی ثبت رسمی گردیده‌اند، حاکی از شدت وحدت تاثیر پذیری جامعه، فرهنگ، اقتصاد، سیاست و... از بروز عوارض چشمی ناشی از این بیماری می‌باشد. به طور متوسط هر بیمار دیابتی که عوارض چشمی آن شروع به فعالیت نموده باشد سالیانه بالغ بر ۴۰۰ میلیون ریال بار اقتصادی اطلاعی ندارند و هزینه مازاد بر جامعه قرار می‌دهد (۲).

در طی دهه اخیر جامعه علمی جهان بالاخص اندیشمندان حوزه سیاستگذاری با ورود به رشته‌های مرتبط با سیاستگذاری و تصمیم‌گیری و با استفاده از ارتباطات میان رشته‌ای در جهت هدایت، تدوین و اجرا و نهایتاً ارزشیابی راه‌حل‌ها در مسیر حل مشکلات برآمدند. در حیطه سلامت و بهداشت و درمان خلا و کمبود مدل و الگویی جهت تدوین و دستور گذاری و اجرای سیاست‌هایی که بتواند با توجه به وضعیت ایران مشکلات عدیده حیطه سلامت را در زمینه پیشگیری از عوارض ناخواسته دیابت در حیطه چشم پزشکی را برطرف سازد و بتواند چراغ راهی در مسیر اعتلای سلامت جامعه و نیروی کار مفید آن و در راستای ایجاد حکمرانی خوب باشد، به خوبی قابل لمس است. همه حکومت‌ها برای حل مسائل فراروی جامعه خود، بهبود شرایط و بهره‌گیری از فرصت‌ها، به سازوکارهایی به نام سیاستگذاری عمومی متوسل می‌شوند. از این جهت لزوم بازنگری بنیادین در تدوین برنامه‌ها و مراحل اجرای آن‌ها در راستای تحقق الگوی جامعی برای اصلاح و بازنگری مستمر در ساختار پیشگیری (شامل آموزش در تمام سطوح و تمام سنین) و ساختار تشخیص اولیه و نهایتاً درمان، آن قدر احساس می‌شود که وجود شواهد قطعی مبنی بر هجوم زمینه‌های متعدد ایجاد دیابت و نتیجتاً عوارض غیر قابل جبران آن بخصوص در زمینه رتینوپاتی شبکیه بخش سلامت را در پیشبرد و ارتقای حکمرانی خوب به چالش کشیده است.

تحت الشعاع قرار گرفتن بخش‌های گوناگون جامعه اعم از اقتصادی، سیاسی، اجتماعی، فرهنگی و... از وجود آمار روبه افزایش کم‌بینایی و نابینایی ناشی از بروز عوارض دیابت و همچنین فقدان یک مدل عملیاتی برای دستگاه‌های گوناگون حکومتی؛ علاوه بر وزارت بهداشت و درمان؛ در جهت ارتقای سطح سلامت و کاهش دادن میزان روبه

افزایش افراد مبتلا و یا افراد دارای زمینه‌های گوناگون ابتلا به دیابت، ما را برآن داشت که در سطح ملی، با ارائه الگوی سیاست‌گذاری سلامت، به طور اخص در کاهش کم بینایی و نابینایی ناشی عوارض دیابت؛ که پر هزینه ترین بخش سلامت جامعه را نشانه گرفته است؛ گامی برداریم که نه تنها در سطح ملی بلکه در سطح بین المللی نیز بتوان با ارائه این الگو حرکتی روبه جلو فراتر از معیارهای اقتصادی، فرهنگی، سیاسی، اجتماعی و... مربوط به حکمرانی خوب انجام داده باشیم.

-روش بررسی:

تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی

جهت تبیین مدل فرایند سیاست‌گذاری در جهت پیشگیری از کم بینایی و نابینایی ناشی از دیابت، از نظریه داده بنیاد با رهیافت کوربین و استراوس (۲۰۱۵) (نمودار ۱) (۳) استفاده شده است. در این راستا نمونه ای متشکل از خبرگان و صاحب نظران ارشد بخش نظام سلامت (جدول ۱) در انتخابی هدفمند انتخاب و مورد مصاحبه نیم ساختاریافته قرار گرفته و تا رسیدن به زمان اشباع (۳۲ تن)، یعنی مرحله ای که همه مصاحبه شونده‌ها در مفاهیم، مباحث و موضوعات تم‌های یکسانی را بیان می‌کردند ادامه یافت. داده‌ها بر اساس نظریه داده بنیاد بعد از تبدیل به کد، مفهوم و مقولات در قالب عوامل علی، محوری، زمینه ای، واسطه ای، الزامات راهبردی و پیامدها، دسته بندی شده اند. اندازه نمونه در پژوهش به این بستگی دارد که پژوهشگر می‌خواهد چه چیزی را دریابد، نتایج چگونه مورد استفاده قرار خواهد گرفت و پژوهشگر چه منابعی برای مطالعه در اختیار داشته است. در این تحقیق برای اطمینان از مقبولیت از نوشتن متن‌های بلند تفصیلی استفاده شد تا امکان بازبینی متن نوشته شده مصاحبه‌ها به وسیله مشارکت‌کنندگان فراهم شود و از اعتبار آن‌ها اطمینان حاصل شود. نظر مشارکت‌کنندگان در مورد گزارش نهایی در تحلیل نهایی مورد استفاده قرار گرفت.

-کدگذاری داده‌ها (احصاء کد از متن):

در کدگذاری باز بر اساس روش مرسوم در نظریه داده بنیاد، به هریک از اجزاء عنوان و برجستگی داده می‌شود. این عنوان که اصطلاحاً به آن کد گفته میشود، باید گویای محتوای داده باشد، به طوری که محقق و خواننده، با مشاهده این عنوان و تیترا، تا حدود زیادی به مفهوم جملات پی ببرند (۴).



نمودار (۱) ویژگی‌های نظریه‌پردازی داده بنیاد

جدول (۱) سمت و تعداد مصاحبه شونده‌ها (شایان ذکر است که مصاحبه‌های صورت گرفته از تاریخ ۲۰ خردادماه ۱۳۹۸ تا ۱۷ تیر ۱۳۹۸ به صورت رو در رو در محل کار مصاحبه شونده‌ها صورت گرفته است).

ردیف	سمت مصاحبه شونده	پست یا عنوان	مدت فعالیت
۱	عضو انجمن چشم پزشکی ایران	متخصص چشم پزشکی (شبکیه)، هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان	۲۵
۲	رئیس بخش چشم پزشکی ایران	متخصص جراحی چشم، ریاست انجمن ایران	۴۰
۳	رئیس انجمن چشم پزشکی اصفهان	جراح متخصص قرتیه‌ریاست انجمن اصفهان	۲۸
۴	رئیس انجمن دیابت	متخصص غدد - ریاست مرکز غدد ایران	۲۵
۵	مدیر انجمن دیابت	متخصص داخلی - مدیر مرکز تحقیقات غدد	۲۰
۶	عضو انجمن دیابت تهران	متخصص داخلی و غدد درون ریز	۲۸
۷	متخصص غدد درون ریز	هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی	۲۵
۸	متخصص غدد درون ریز	هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی	۴۰
۹	متخصص غدد درون ریز	هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی	۴۰
۱۰	متخصص غدد درون ریز	هیئت علمی و بازنشسته دانشگاه علوم پزشکی	۴۰
۱۱	متخصص داخلی	هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی	۲۸
۱۲	متخصص داخلی	مدیر مرکز دیابت	۴۰
۱۳	متخصص شبکیه چشم	هیئت علمی و عضو انجمن چشم پزشکی ایران	۴۰ سال
۱۴	متخصص شبکیه چشم	هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و عضو انجمن چشم پزشکی	۴۰ سال
۱۵	متخصص شبکیه چشم	هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و عضو انجمن چشم پزشکی	۲۵ سال
۱۶	متخصص شبکیه چشم	هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و عضو انجمن چشم پزشکی	۲۵ سال

۱۷	متخصص تیکه چشم	هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و عضو انجمن چشم پزشکی	۲۱ سال
۱۸	متخصص تیکه چشم	هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی	۲۰ سال
۱۹	متخصص تیکه چشم	هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و عضو انجمن چشم پزشکی	۲۸ سال
۲۰	پزتک عمومی	استخدام دانشگاه علوم پزشکی - درمانگاه دیابت	۲۵ سال
۲۱	پزتک عمومی	استخدام دانشگاه علوم پزشکی - درمانگاه دیابت	۲۰ سال
۲۲	پزتک عمومی	درمانگاه دیابت - خیریه دیابت	۱۵ سال
۲۳	کارتناس بیماری های غیرواگیر	معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی	۲۵ سال
۲۴	کارتناس بیماری های غیرواگیر	معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی	۲۵ سال
۲۵	چشم پزشکی	عضو کمیسیون وزارت بهداشت مجلس شورای اسلامی	۳۰ سال
۲۶	متخصص داخلی	عضو کمیسیون وزارت بهداشت مجلس شورای اسلامی	۲۵ سال
۲۷	متخصص داخلی	مدیر شبکه بهداشت و درمان دانشگاه علوم پزشکی	۲۳ سال
۲۸	پزتک عمومی	مدیر شبکه بهداشت و درمان دانشگاه علوم پزشکی	۲۳ سال
۲۹	Phd متخصص پزشکی اجتماعی	اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی	۱۷ سال
۳۰	Phd مدیریت سیاست گذاری	استاد دانشکده مدیریت سلامت دانشگاه علوم پزشکی	۱۵ سال
۳۱	Phd مدیریت	استاد دانشکده مدیریت سلامت دانشگاه علوم پزشکی	۱۲ سال
۳۲	سیاست گذاری سلامت phd	استاد سیاست گذاری حوزه سلامت دانشگاه علوم پزشکی	۴ سال

-کدگذاری باز

در کدگذاری باز، نخست بر روی واحدهای معنادار داده‌ها با استفاده از یک نام مفهومی برچسب زده می‌شود و سپس با استفاده از نام‌هایی انتزاعی‌تر، مفاهیم به دست آمده طبقه‌بندی می‌شوند که نام این دسته‌ها را مقوله می‌گویند.

پس از بررسی داده‌ها، برچسب زنی به رویدادها و وقایع و استخراج مفاهیم، هر یک از این مفاهیم با یکدیگر مقایسه شده تا شباهت‌ها و تفاوت‌هایشان مشخص شود. این کار به منظور تشکیل مقوله‌ها صورت پذیرفته است. به‌عنوان مثال با مقایسه مفاهیم مختلف، محقق متوجه شده است که مفاهیم «آموزش در سطح ملی» و «آگاهی رسانی» و «اهمیت نقش» اشاره به یک چیز دارند؛ این که تبیین سیاست‌گذاری نیازمند ساز و کارها و رویه‌هایی مشخصی می‌باشد. با توجه به این مطلب محقق از هر ۳ مفهوم فوق مقوله «آموزش همگانی» را استخراج نموده است. این مفهوم در سطح بالاتری از مفاهیم فوق بوده، انتزاعی‌تر است و هر ۳ مفهوم قبلی را پوشش می‌دهد. دیگر مقوله‌ها نیز به همین صورت استخراج شده‌اند. در مجموع ۱۶ مقوله و ۳۵ مفهوم شناسایی و استخراج شده‌اند که در جدول زیر قابل ملاحظه‌اند.

نوع مقوله‌ها	مقوله‌ها	تبیین نکات کلیدی مصاحبه‌ها
آموزش همگانی	آموزش همگانی	- دیابت یک بیماری کنترل شدنی است و نیاز به آموزش دارد. مردم اگر بدانند چرا دچار دیابت می‌شوند خیلی از مسائل بعد از آن مانند رتینوپاتی، حل می‌شود. صدا و سیما در زمینه آموزش عمومی پیشگیری و کنترل نقش کلیدی دارد. نقش متخصصین تغذیه و تغییر سبک زندگی روز مره و نقش ورزش مهم است. استفاده صحیح و به موقع از داروهای کنترل دیابت در پیشگیری از رتینوپاتی موثر است. تاکنون در سطح ملی فقط آموزش‌های مدون برای پزشکان بصورت دوره ای انجام می‌شده است و آموزش عمومی ومدون ومدام برای عموم مردم وجود نداشته است.
شرایط علی	- هدایت صحیح بیمار	- ارجاع بیماران توسط پزشکان سطح یک و متخصصین به سطوح بالاتر (متخصصین شبکیه) به عنوان یک تکلیف بسیار حیاتی است. -در حال حاضر وجود مراکز خاص برای دیابت و وجود بیمارستان‌های دیابت و رتینوپاتی مهم هستند. -انجام مطالعه از کل بار بیماری باید انجام شود. بحث مالی عارضه چشمی دیابت باید بیشتر بزرگنمایی شود. بحث تاثیر آن بر معیشت مردم باید انجام شود. تخصیص منابع بیشتر را باید الزام آور کنیم. وضع قوانین صحیح در مورد کاهش بروز بیماری دیابت باید انجام گیرد.
شرایط زمینه‌ای	- نقش رسانه	- آگاهی دادن به افشار مختلف مردم در زمینه تغییر سبک زندگی و عواقب چشمی ناشی از عدم پیشگیری از عوارض دیابت، ما را در اجرای هرچه بهتر فرایند کمک می‌کند. - در جهت ارزیابی فرایند مورد نظر، مجدداً نیاز به غربالگری هدفمند از بین بیماران مبتلا به رتینوپاتی و بیماران غیر مبتلا داریم. همچنین رسانه‌های عمومی در این جهت می‌توانند با تبیین اهداف مورد نظر ما، روند انجام شده و نتایج حاصله را اطلاع رسانی کرده و در روند تغییر و اصلاح و کنترل و ارزیابی نقش آفرینی کنند. -بخش خصوصی و سازمان‌های مردم نهاد و خیریه‌ها را نباید در این فرایند فراموش کرد. حتی در حال حاضر بیشترین متولی ثبت پرونده‌های بیماران، ارجاع و پیگیری بیماران دیابتی، بیشتر از مراکز بهداشتی دولتی، همین مراکز ذکر شده هستند. - بیماران و دست اندر کاران فرایند سلامت، در جهت تغییر و اصلاح فرایند مورد نظر ما موثر هستند، که البته این خود به همکاری لازم بین عوامل یاد شده نیاز دارد.
نقش بخش غیر دولتی	ضمانت اجرائی قوانین	- اینکه یک برنامه در دستور کار دولت قرارگیرد معمولاً به دودلیل است؛ در بخش شواهد آماری و دیگر بحث رویدادهای خاص از طریق آمار و اطلاعات مربوط به شواهد و بحث مربوط به اتفاقات و حتی بزرگنمایی مسائل می‌توان عمل کرد.
پدیده محوری	سیاست گذاری پیشگیرانه	شناسایی آگاهی رسانه‌ای تغییر نگرش
شرایط مداخله‌گر	شرایط اقتصادی اجتماعی و فرهنگی	-عدم آگاهی مردم و وضعیت بد اقتصادی مردم، کمبود پزشکان متخصص در جامعه به طور عادلانه، توزیع امکانات تجهیزاتی و رفاهی برای همه سطوح جامعه، از چالش‌های پیش روی اجرای فرایند مورد نظر ما می‌باشند. - اکثر متخصصین تمایلی به معاینه بیماران رتینوپاتی ندارند. ولی اگر انگیزه ای برای معاینه پیدا شود، در جهت پیشگیری موثر است (مثلاً ایجاد طرح تشویقی جهت پزشکان سطح یک). باید پروتوکل واحدی برای ارجاع وجود داشته باشد. - در تدوین مجدد بحث تعارض منافع مهم است. مثلاً در تعرفه گذاری خدمات بهداشتی همیشه تعارض منافع داشته ایم. تامین مالی و تعهدات بیمه ای چالش بعدی است.
عوامل راهبردی	آگاهی سازی	تعارض منافع ذی نفعان
نظام سلامت نظام مند و جامع نگر	ارتقاء اقدامات بالینی	-تعارض در منافع در وزارت بهداشت بیشتر مشهود است. چیزی که در نظر گرفته نمی‌شود منافع بیمار است. البته در سطوح اجرایی خود وزارتخانه از حیث رفاه، پرداخت‌ها، مکان خدمت و... هم تبعیض وجود دارد و هم تعارض. این عوامل مانع اجرای پروتوکل‌ها می‌شود
ارتقاء آگاهی عمومی	ارتقاء آگاهی عمومی	- آگاهی دادن به افشار مختلف مردم در زمینه تغییر سبک زندگی و عواقب چشمی ناشی از عدم پیشگیری از عوارض دیابت، ما را در اجرای هرچه بهتر فرایند کمک می‌کند. -ارتقاء قابلیت‌ها، ظرفیتها و توانمندیهای نظام سلامت و ارتقاء دانش و عملکرد مردم در جهت کاهش رتینوپاتی دیابتی - بهره مندی از استانداردها در اجرای برنامه‌ها و فرآیندهای پیشگیری از دیابت - کاهش درصد لیزرهای چشمی، کاهش میزان تزریقات داخل چشمی، افزایش داوطلبانه افراد برای پیگیری‌های پیشگیرانه -کاهش میزان ابتلا به چاقی و جلوگیری از افزایش وزن و دیابت به این معناست که در آیند میزان رتینوپاتی کمتری داریم.
پایمدها	- ارتقاء آگاهی عمومی - توسعه پایدار مبتنی بر انسان سالم - تامین امنیت اجتماعی - نظام سلامت توسعه گرا و همه جانبه نگر - نظام سلامت به روز و مبتنی بر دانش، هدفمند، شهودمند، خدمت گذار	

یافته‌ها

شرایط علی: نتایج تحلیل محتوای پاسخ و نظرات وجود ۲ مقوله در خصوص مقوله محوری برای ایجاد پدیده مورد مطالعه است در واقع این مقوله‌ها عوامل اصلی تأثیرگذار بر ارائه سیاست‌گذاری در پیشگیری از بیماری‌های چشمی ناشی از دیابت هستند. در تحلیل مصاحبه‌های انجام شده شرایطی که تدوین برنامه‌های مناسب برای پیشگیری از بیماری‌های چشمی ناشی از زینوپاتی دیابتی را ضروری ساخته عبارتند از: آموزش همگانی (مردم و پزشکان و چشم‌پزشکان) و هدایت صحیح بیمار شامل فرایند ارجاع و غربالگری و تامین امکانات ساختاری مانند بیمارستان‌های مجهز جز شرایط علی پیشگیری هستند.

عامل محوری: پدیده محوری حادثه یا اتفاق اصلی است که یک سلسله کنشها/کنشهای متقابل برای کنترل یا اداره کردن آن وجود دارد و به آن مربوط میشود. تجربه مشارکت کنندگان پژوهش نشان داد که محور اصلی پیشگیری از بیماری رتینوپاتی دیابت، خط مشی گذاری پیشگیرانه میباشد اصل پیشگیری در بحث غالب اکثریت غالب مشارکت کنندگان در پژوهش بود. در این راستا آنها نیاز به تدوین برنامه‌ی منسجم، همراه با تشویق و تخصیص منابع را با همکاری مسئولان دولتی را از مهمترین اولویتهای فرآیند پیشگیری از رتینوپاتی دیابتی برشمرده اند. پدیده محوری در این تحقیق شامل ۱ مقوله میباشد که در جدول شماره (۲) آمده است.

عوامل زمینه‌ای: این عوامل که به مقوله‌های محیطی نیز معروف اند، نشانگر یک سلسله شرایط خاصی است که خط مشی‌های نظام سلامت در پیشگیری از رتینوپاتی دیابتی را تحت تأثیر قرار میدهند. شرایط زمینه‌ای در این تحقیق شامل ۳ مقوله می باشد که در جدول شماره (۲) آمده است. نقش رسانه‌ها، ضمانت اجرائی قوانین و نقش یخس غیردولتی.

عوامل مداخله‌گر: این مقوله‌ها که به مقوله‌های بازدارنده هم معروف است، نشانگر برخی شرایط خاصی است که راهبرد را تحت تأثیر قرار می دهد.

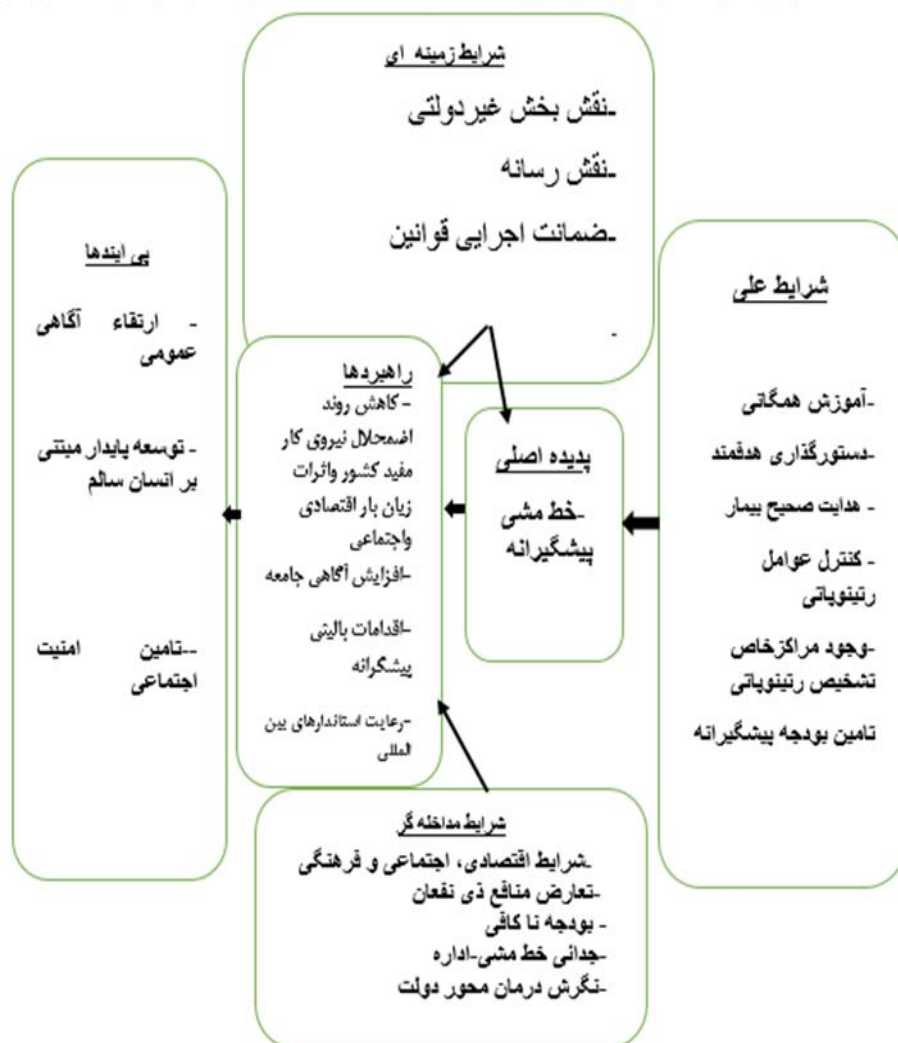
تحلیل کیفی یافته‌های پژوهش نشان می دهد میتوان مقوله‌های گوناگون شرایط مداخله‌گر را بطور کلی در سه دسته کلی شامل شرایط اقتصادی اجتماعی و فرهنگی، جدایی خط مشی-اداره، تعارض منافع ذی نفعان، می‌باشد. مسلماً با وجود عوامل بازدارنده ذکر شده، کیفیت و اثربخشی لازم اقدامات جهت پیشگیری از رتینوپاتی دیابتی کاهش خواهد یافت.

عوامل راهبردی: این مقوله‌ها راهبردهایی برای کنترل، اداره و برخورد با پدیده محوری را ارائه میکند. راهبردهای موردنظر در نظریه داده بنیاد به ارائه راه حل‌هایی برای مواجهه با پدیده مورد مطالعه اشاره دارد که هدف آن اداره کردن پدیده است. راهبردها یا کنشها، اقدامات هدفمندی هستند که راه‌حلهایی برای پدیده مورد نظر فراهم می سازند و منجر به ایجاد پیامدها و نتایجی می شوند. با توجه به یافته‌ها و داده‌های حاصل از پژوهش، مجموعه اقدامات ارتقاء قابلیتها، ظرفیتها و توانمندیهای نظام سلامت و دانش و عملکرد مردم در جهت کاهش رتینوپاتی دیابتی، ارائه برنامه‌هایی با اولویت پیشگیری از رتینوپاتی دیابتی، بهره‌مندی از استانداردها در اجرای برنامه‌ها و فرآیندهای پیشگیری از دیابت شناسایی شده اند.

-مقوله‌های پی آیندی: مقوله‌های پی آیندی، نتیجه و حاصل راهبردها در مقابله با پدیده یا برای اداره و کنترل پدیده اند (۳). پیامدهای حاصل از اجرای برنامه‌های پیشگیری از رتینوپاتی دیابتی می‌توان در دسته طبقه بندی نمود، شاید نخستین پیامد آشکار اجرای برنامه‌های پیشگیری از رتینوپاتی، ارتقاء آگاهی‌های عمومی، خدمت‌گذار حاکمیت روحیه مسئولیت‌پذیری و مشارکت‌جویی مردم، پرورش و ترویج تفکر همکاری و تعامل و کار تیمی، باشد. از پیامدهای اجرای برنامه‌های پیشگیری از رتینوپاتی دیابتی، به روز شدن و مبتنی بر دانش شدن نظام سلامت اشاره داشت. از پیامدهای دیگر اجرای برنامه‌های پیشگیری از رتینوپاتی دیابتی می‌توان به توسعه پایدار مبتنی بر انسان سالم نظام سلامت توسعه‌گرا و همه‌جانبه‌نگر و تامین امنیت اجتماعی اشاره کرد. در جدول ۲ پی‌آیندهای مربوط به پیشگیری از رتینوپاتی دیابتی ذکر شده است.

الگوی پارادایمی تحقیق: با در نظر گرفتن مقوله‌های چندگانه و روابط بین پدیده‌های مطرح در مصاحبه، الگوی پارادایمی تبیین سیاست‌گذاری در پیشگیری از بیماری‌های چشمی (کم‌بینایی و نابینایی) ناشی از دیابت حاصل از اجرای روش‌شناسی نظریه داده‌بنیاد کوربین و اشتروس در نمودار شماره ۱ حاصل آمده است.

نمودار شماره ۱- الگوی پارادایمی در ارائه خط‌مشی‌های نظام سلامت در پیشگیری از بیماری‌های چشمی ناشی از دیابتی



بحث

تا زمان اجرای این پژوهش، مطالعات اندکی در زمینه تبیین کلی مدل سیاست‌گذاری در پیشگیری از رتینوپاتی دیابتی، منتشر نشده بود. مطالعات مختلفی به طور کلی کلیت نظام سلامت و سیاست‌گذاری‌های آن را مد نظر قرار داده‌اند با این وجود همچنان تحقیقات جزئی تری درباره پیشگیری از بیماری‌های غیر واگیر چون رتینوپاتی دیابتی صورت نگرفته است.

دکتر سید عباس ابراهیمی و همکاران براساس خط مشی گذاری به عنوان یکی از کارکردهای نظام سلامت به منظور اصلاح فرایند خط مشی گذاری و بازنگری ساختار شورای سیاست گذاری و توسعه اختیارات آن و در تلاش در جهت انجام فرایند خط مشی گذاری در چارچوب منطقی، علمی و با استفاده از شواهد تصمیم‌گیری آگاهانه در مورد خط مشیها، برنامه‌ها و پروژه‌ها با قرار دادن بهترین شواهد و مدارک موجود از تحقیقات در قلب توسعه و اجرای خط مشی، بکارگرفته شود (۵).

در مطالعه دیگری حانیه سادات سجادی و همکاران به تحلیل سیاست‌گذاری طرح تحول نظام سلامت در حوزه درمان جمهوری اسلامی ایران را شامل پنج گروه عوامل قانونی، سیاسی، اقتصادی-اجتماعی، بین‌المللی، و مشکلات حوزه سلامت عوامل زمینه‌ای سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان بودند. مشکلات حوزه درمان، اجرای مرحله دوم هدفمندی یارانه‌ها و تغییر دولت، پنجره فرصت سیاست‌گذاری طرح را گشود. استفاده از شواهد، توجه به اسناد بالادستی، تحلیل موقعیت، جلب نظر مدیران ارشد سیاسی، نگاه همزمان به تنظیم برنامه‌های حوزه‌های مختلف ارائه دهنده خدمات سلامت، و اولویت‌مدیریت بحران در خدمات درمانی دولتی قوت‌ها، و استفاده از رویکرد بالا به پایین در برنامه‌ریزی، نادیده گرفتن برخی ذینفعان، و عدم توجه به هماهنگی حوزه‌های بهداشت و درمان نقاط قابل اصلاح فرایند سیاست‌گذاری طرح را تشکیل دادند. بیشتر مداخلات طرح با هدف حفاظت مالی انجام شد (۶).

در تبیین مستخرج از این تحقیق به مانند تحقیقات دیگر حوزه نظام سلامت، تأثیرگذاری شرایط زمینه‌ای بر سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه رتینوپاتی دیابتی است. عوامل متفاوتی را در بعد زمینه‌ای معرفی کرده‌اند که میتواند خط مشی گذاری سلامت در حوزه بیماری‌های چشمی ناشی از دیابت را متاثر سازد. در مطالعه حاضر دو دسته عوامل کلان و خرد به عنوان عوامل تأثیرگذار در تبیین مدل خط مشی گذاری طرح تحول سلامت در حوزه پیشگیری از بیماری‌های چشمی ناشی از دیابت شناسایی شدند. در گروه عوامل کلان، محیط قانونی یکی از عوامل شناسایی شده است که تأثیر آن بر خط مشی گذاری پیشگیری از بیماری‌های چشمی دو جنبه دارد. جنبه اول بر بستر قانونی لازم برای در حوزه پیشگیری از رتینوپاتی دیابتی اشاره دارد. با توجه به محتوای قوانین بالادستی کشور که نشان می‌دهد مساله پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر مانند رتینوپاتی به صورت پررنگ در مواد و لوایح قانونی منعکس شده اما به نظر میرسد در موقع اجرائی و عملیاتی شدن قوانین مذکور تحت تأثیر عواملی که در این تحقیق بعنوان عوامل مداخله‌گر شناسایی شده‌اند، بد عمل شده است (۷).

جنبه دوم عدم اثربخشی محیط قانونی بر خط مشی گذاری در حوزه پیشگیری رتینوپاتی دیابتی است که عدم انجام تکالیف قانونی برای تغییر نگاه و نگرش دولتمردان از درمان محوری به پیشگیری محوری در گزارشهای تحلیلی اجرای طرح تحول نظام سلامت، حکایت از آن دارد (۸).

عوامل سیاسی از دیگر عوامل زمینه‌ای است که گویای تاثیرگذاری فضای سیاسی حاکم بر کشور و نیز خواست و استقبال رهبران و مدیران سیاسی کشور پیرامون سیاست گذاری در حوزه پیشگیری از نابینایی و کم بینایی ناشی از دیابت میباشد. به نظر میرسد این گروه از عوامل یکی از اصلی ترین عواملی باشند که بتوانند به تنهایی بر تدوین و اجرای سیاستهای سلامت حوزه پیشگیری رتینوپاتی دیابتی تاثیر گذاشته و پایداری و استمرار آنها را تحت الشعاع قرار دهند (۹).

عوامل اقتصادی و اجتماعی سومین دسته از عوامل شناسایی شده است. بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، از آنجا که پیشگیری به طور عام و پیشگیری رتینوپاتی دیابتی به طور خاص تنها یک موضوع مرتبط با نظام سلامت نیست و متغیرهای مختلف اجتماعی-اقتصادی جامعه نیز بر آن تاثیر دارند، سیاستگذاری در حوزه پیشگیری از رتینوپاتی دیابتی همچنان متأثر از شرایط اجتماعی-اقتصادی کشور است؛ به نحوی که با بروز نابسامانی در شرایط اقتصادی-اجتماعی کشور، ارائه خدمات مرتبط با پیشگیری، به ویژه در بخش هزینه‌های مربوط به پیشگیری، به شدت دچار اختلال شده و به نوعی این عوامل زمینه‌ای در پیشگیری از بیماری بالاحص رتینوپاتی به عوامل بازدارنده تبدیل شده‌اند. اما در عین حال، با بهتر شدن اوضاع و شرایط اقتصادی-اجتماعی، تدوین و اجرای طرحی برای تغییر نظام سلامت مخصوصاً در حوزه پیشگیری در دستورکار قرار میگیرد. تاثیرگذاری شرایط اقتصادی-اجتماعی بر خط مشی گذاری تحولات سلامت در بعد پیشگیری در بسیاری از مصاحبه‌های منتشره مستند شده است. اکثر غالب مصاحبه‌ها نشان میدهد تغییرات اقتصادی و به دنبال آن اجتماعی ایران، به طور معنی داری حکایت از آن دارد که عوامل و شرایط مذکور جنبه بازدارنده به خود گرفته‌اند (۱۰).

در گروه عوامل خرد موثر بر سیاست گذاری طرح تحول سلامت در پیشگیری از رتینوپاتی دیابتی، یافته‌های مطالعه حاضر نشان از تاثیرگذاری مجموعه‌ای از عوامل با عنوان عوامل فردی را داشت که در شکلگیری قوتها و ضعفهای نظام سلامت در این حوزه، نقش پیشبرنده و یا بازدارنده داشتند. توجه به تاثیر این پیشبرنده‌ها و بازدارنده‌ها در سلامت در حوزه پیشگیری از کم بینایی و نابینایی مربوط به دیابت، متداولترین توصیه‌ای است که سیاستگذاران و برنامه ریزان سلامت برای تدوین موفق یک سیاست و یا برنامه کلان اصلاحی به آن اشاره می‌کنند (۱۱).

نتیجه گیری

محقق شدن یک الگوی راهبردی مدون و کاربردی به مجموعه عواملی بستگی دارد که هر یک میبایست به تفکیک موردتوجه قرار گیرد، به همان میزان که تدوین و طراحی الگوی راهبردی از اهمیت برخوردار است دقت در نحوه‌ی طراحی و انعطاف پذیر بودن آنها هم مهم تلقی می‌شود. در این تحقیق مصاحبه با ۳۲ تن از مدیران و صاحب‌نظران حوزه‌ی نظام سلامت کشور در سطح کلان ملی و راهبردی که شناخت کافی از این عرصه را دارا بوده، و در سطوح کلان مدیریتی، مسئولیت پیاده سازی و اجرای سیاستهای کلی نظام سلامت را در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی را به عهده داشته، صورت پذیرفت. مطالعات مربوط به تبیین سیاست گذاری طرح تحول نظام سلامت با تاکید بر پیشگیری از رتینوپاتی دیابتی، از جمله مطالعاتی است که نوین بوده است. این تحقیق دارای دو ویژگی برجسته و خاص است. اولاً به تبیین مدل راهبردی نظام سلامت در پیشگیری از کم بینایی و نابینایی مرتبط با دیابت می‌پردازد و تانیا با استفاده از تجربیات و نظرات کارشناسان و اهل فن در پیشگیری از رتینوپاتی دیابتی به

روشی علمی با ارائه راهبردهای پیش برنده به اصلاح مدل راهبردی نظام سلامت ایران در پیشگیری از رتینوپاتی دیابتی می‌پردازد. استخراج اهداف و سیاستهای راهبردی این کار تاکنون در ایران انجام نشده است و این تحقیق اولین کار علمی در این موضوع و در این سطح محسوب میشود. در این پژوهش با استفاده از روش داده بنیاد که روش مناسبی جهت تبیین مدل‌ها و الگوهای موجود از طریق داده‌های کیفی است، کدهای برگرفته از گزاره‌های متنی، تبدیل به مفاهیم و متعاقب آن، بر اساس قرابت معنایی و محتوایی بین مفاهیم، مقوله‌ها شناسایی شده و بر این اساس مقوله‌های چندگانه حول محور پدیده اصلی قرار گرفته و در نهایت الگوی پارادایمی تحقیق پدیدار گشت. پدیده محوری در تبیین داده بنیاد تحقیق حاضر، سیاست گذاری پیشگیرانه به عنوان مسیر تحقق اداره امور نظام سلامت جهت کاهش کم بینایی و نابینایی است.

با همه این‌ها به طور کلی با توجه به بحث‌های ارائه شده می‌توان اذعان داشت (همانطور که اکثر مصاحبه شونده‌گان از جمله دکتر مهشید احمدیان و مسعود فردوسی) تاکید داشتند که "هر برنامه‌ای در زمینه پیشگیری از رتینوپاتی دوسری ملاک ارزیابی دارد؛ ملاک کارایی و ملاک اثربخشی، ما معمولاً در شاخه اثربخشی و نتیجه‌گیری بد عمل کرده ایم". به نظر می‌رسد در تدوین و اجرا باید تحولات نظام سلامت رو دو بخش فوق‌ترکز بیشتری داشته باشد.

پیشنهادات

- تهیه بانک‌های اطلاعاتی از مشخصات پژوهشگران و توانمندی‌های آنها بر حسب واحدهای سازمانی.
- اختصاص بودجه کافی برای موسسات تحقیقاتی جهت شناخت و پیشگیری از رتینوپاتی دیابتی به گونه‌ای که محققان به انجام پژوهش ترغیب شوند.
- آموزش مهارتهای مورد نیاز عمومی و اختصاصی از طریق برگزاری کارگاه‌های آموزشی یا تهیه بسته‌های آموزشی
- راه اندازی واحد دیده بان سلامت با محوریت پیشگیری و به کارگیری کلیه مراکز تحقیقاتی سلامت کشور در مبادله اطلاعات
- ارتقا دانش تصمیم‌گیرندگان نسبت به عواقب و هزینه‌های ناشی از رتینوپاتی دیابتی

تشکر و قدردانی

مقاله‌ی حاضر برگرفته از رساله دکتری مصوب دانشگاه تهران واحد پردیس کیش می‌باشد. بدین وسیله از تمامی کارشناسان و اهالی فن که بنده را در تهیه اثر اخیر یاری نمودند نهایت سپاسگزاری را دارم.

منابع

- A set of basic interventions for non communicable diseases in the care system Iran "Irapen" Primary Health Care, Ministry of Health and Medical Education Deputy of Health, Office of Management of Non-Communicable Diseases: 2015. (In persian)
- Walt G. Health policy: an introduction to process and power. Witwatersrand University Press Johannesburg; 1994.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). Basics of Qualitative Research: Techniques, and Procedures for Developing Grounded Theory (3rd ed.). Thousand Oaks: CA: Sage.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2015). Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publication.

- Seyed Abbas Ebrahimi, Designing an Evidence-Based Policy Model in the Health System Iran (Qualitative Research), Public Administration Research Seventh, No. Twenty-Fourth, Summer 2014 - Page 24(in persian)
- Haniya Sadat Sajjadi et al., Policy Analysis of Health System Development Plan in the Islamic Republic of Iran, Hakim Health Research Journal, 2016 pp71-88(in persian)
- George A, Scott K, Garimella S, Mondal S, Ved R, Sheikh K. Anchoring contextual analysis in health policy and systems research: A narrative review of contextual factors influencing health committees in low and middle income countries. *Social Science & Medicine* 2015; 133:159-67.
- Akhavan Behbahani A. A review of health policies of Iran in the development plans. *Scientific Journal of Medical Organization* 2013; 31(2):105-112. (In Persian)
- Savedoff WD, de Ferranti D, Smith AL, Fan V. Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. *The Lancet* 2012;380(9845):924-32.
- Green A. An introduction to health planning for developing health systems: Oxford university press; 2007: 1-23.
- Reich MR, Harris J, Ikegami N, Maeda A, Cashin C, Araujo EC, et al. Moving towards universal health coverage: lessons from 11 country studies. *The Lancet*. 2016;387(10020):811-816.