

تحلیل نظام‌مند پژوهش‌های حوزه خط‌مشی‌گذاری سلامت در

کشورهای در حال توسعه: رهنمودهایی برای پژوهشگران

رحمت‌اله قلی‌پور سوته*

استاد گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت دانشگاه تهران، تهران، ایران.

شیوا مافی مرادی

دانشجوی دکتری مدیریت دولتی، مؤسسه عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه‌ریزی، تهران، ایران.

فرج‌اله رهنورد آهن

دانشیار گروه مدیریت دولتی، مؤسسه عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه‌ریزی، تهران، ایران.

محمد ابویی اردکان

دانشیار گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت دانشگاه تهران، تهران، ایران.

دریافت: ۱۳۹۷/۱۱/۱۰

پذیرش: ۱۳۹۸/۰۳/۱۰



چکیده: علی‌رغم توسعه مبانی نظری تحلیل از سیاست‌گذاری عمومی در حوزه سلامت کشورهای توسعه‌یافته و استفاده فراگیر از آن، کاربست این مبانی در کشورهای در حال توسعه در مرحله ابتدایی به سر می‌برد. در این مقاله بر مبنای مرور روایتی مقالات منتشر شده در حوزه تحلیل از سیاست‌گذاری سلامت در این کشورها بین سال‌های ۱۹۹۴ تا ۲۰۱۷، گستره موضوعی، رویکرد روش‌شناسانه و رویکرد تحلیلی مورد استفاده پژوهشگران بررسی و تحلیل شده‌اند. هدف از تدوین این مقاله آن است که از طریق نشان دادن نقاط ضعف روش‌شناختی و رویکرد تحلیلی مقالات و تشویق پژوهشگران حوزه سیاست‌گذاری سلامت کشور به انجام پژوهش‌های بیشتر در این زمینه، به توسعه این حوزه نظری کمک کند. برای این کار مقالات بر اساس ۵ اولویت جستجو شناسایی و موارد منطبق با معیارهای ورود، شامل مجموعاً ۱۵ پژوهش انتخاب، مطالعه و تحلیل شدند. مقالات به لحاظ تعداد کم و به لحاظ گستره موضوعی متنوع بودند. اکثر مطالعات فارغ از بررسی چرایی تغییر سیاست‌ها به توصیف روایت‌وار رویدادها، ایجاد نظم مفهومی میان عوامل تأثیرگذار و یا آزمون مجموعه‌ای از فرضیات بسنده کرده بودند. به لحاظ روش‌شناسی نیز عمده پژوهش‌ها در قالب مطالعه موردی و بر روی یک سیاست خاص انجام شده و طرح پژوهش دارای نواقص زیادی بود. به لحاظ رویکرد تحلیلی نیز اکثر مطالعات از نوع توصیفی-تحلیلی بوده و به جای تبیین فرایند عمدتاً بر توصیف رویدادهای تاریخی و آزمون فرضیات تمرکز کرده بودند. این در حالی است که درک عمیق موقعیت‌ها و چگونگی شکل‌گیری سیاست‌ها و پیامدهای حاصل از آن به واسطه تبیین پدیده تغییر سیاست می‌تواند به تقویت تدوین و اجرای سیاست‌ها کمک کند. بررسی این مطالعات نشان داد که تلاش‌های صورت‌گرفته تاکنون به لحاظ روش‌شناسی و رویکرد تحلیلی برای تبیین تغییرات سیاست در حوزه سلامت این کشورها بسیار محدود بوده است؛ به گونه‌ای که درک پدیده سیاست‌گذاری در این کشورها به طرح‌ریزی پژوهش‌های عمیق کیفی برای توسعه نظریه‌های موجود یا ارائه نظریه‌های جدید یا قدرت تبیین‌کنندگی بالا نیاز دارد. نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش پژوهشگران را به مطالعه سیاست‌گذاری به عنوان یک پدیده بسیط با بهره‌گیری حداکثری از رویکردهای پژوهش استقرایی برای حرکت به سمت توسعه مدل‌های نظری جدیدتر با قدرت تبیین‌کنندگی بالاتر یا تلاش برای بومی‌سازی نظریه‌های موجود برای تبیین دقیق‌تر تغییرات سیاست سلامت در کشور رهنمون می‌سازد.

واژگان کلیدی: تحلیل سیاسی، خط‌مشی‌گذاری سلامت، کشورهای در حال توسعه.

* نویسنده مسئول: rgholipor@ut.ac.ir

مقدمه

علی‌رغم توسعه مبانی نظری و رویکردهای روش‌شناختی^۱ تحلیل از سیاست‌گذاری^۲ به‌ویژه سیاست‌های^۳ حوزه سلامت در کشورهای توسعه‌یافته و استفاده فراگیر از آن در این کشورها، بالأخص از دهه ۹۰ میلادی تاکنون، توسعه و کاربست این مبانی و رویکردها در سیاست‌گذاری سلامت کشورهای در حال توسعه^۴ در مرحله ابتدایی به سر می‌برد (Agyepong & Adjei, 1994, Walt & Gilson, 2015., Odochet al., 2008.). به طوری که عمده مقالات منتشرشده در حوزه سیاست‌گذاری سلامت در این کشورها ناظر بر تحلیل برای سیاست^۵ بوده (تحلیل محتوا) و تعداد کمی هم تمرکز خود را بر شناسایی عوامل غیرفنی^۶ و سیاسی تأثیرگذار بر آن از طریق کاربست تئوری‌ها و مدل‌های مفهومی شکل‌گرفته در کشورهای توسعه‌یافته و آزمودن آن‌ها روی سیاست‌های سلامت در قالب مطالعات موردی قرار داده‌اند (Odochet et al., 2015., Seddoh & Akor, 2012).

اینکه ایجاد تحولات آگاهانه در نظام سلامت این کشورها مستلزم ایجاد چه تغییراتی است؛ اینکه این تغییرات چگونه و از چه مسیری به وقوع می‌پیوندد؛ اینکه چگونه می‌توان از شواهد علمی پشتیبان به صورت حداکثری در تصمیم‌گیری‌ها بهره برد؛ اینکه چه بازیگرانی در این مسیر به ایفای نقش خواهند پرداخت؛ و اینکه چه عواملی در موفقیت (تحقق تغییرات مطلوب) یا شکست (ایجاد تغییرات ناخواسته) سیاست مؤثر خواهند بود مستلزم شناخت کافی از نحوه سیاست‌گذاری سلامت (به لحاظ سیاسی) و عوامل تأثیرگذار بر آن است (Agyepong & Adjei, 2008., Gilson et al. 2003., Odochet et al. 2015). «تحلیل از سیاست‌گذاری سلامت»^۷ حلقه مفقوده‌ای است که می‌تواند پژوهشگران این حوزه را در درک پیچیدگی سیاست‌گذاری و ماهیت آن یاری داده و به واسطه فراهم کردن امکان مداخله اثربخش بازیگران در آن، زمینه تدوین سیاست‌های اثربخش‌تر و اجرای موفق‌تر را ایجاد کند (El-Jardali et al., 2014). به‌علاوه آنکه تبیین این پدیده می‌تواند در درک این موارد کمک کند: ایده تغییرات از کجا می‌آیند؛ چرا و چگونه سیاست‌گذاران اهداف سیاست موردنظر را تعیین می‌کنند؛ چگونه روی اولویت‌های سلامتی تصمیم‌گیری می‌شود؛ چه اقداماتی، چگونه و توسط چه کسانی صورت

1. Methodological approaches

۲. Analysis of policy making؛ منظور از سیاست‌گذاری (policy making) در این مقاله فرایند ساخت مفهومی سیاست‌های عمومی است.

3. Policies

4. Developing countries

5. Analysis for policy

6. Non-technical

7. Analysis of health policy process

می‌گیرد؛ و چگونه وضعیت‌های خرد^۱ (معانی ادراک‌شده از رویدادهای به وقوع پیوسته توسط بازیگران) و کلان^۲ (سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی) بر سیاست‌گذاری و پیامدهای رفتاری بازیگران تأثیر می‌گذارد (دشمنگیر، ۱۳۹۳). این نوع تحلیل در ساده‌ترین تعریف عبارت است از مطالعه چگونگی و چرایی انتخاب اقدام یا عدم اقدام درباره برخی موضوعات اولویت‌دار از سوی دولت در حوزه سلامت (Ryder, 1996) و کشف عوامل تعیین‌کننده آن (Buse et al., 2012) که معمولاً با هدف توسعه دانش بهتر از سیاست‌گذاری با رویکردی گذشته‌نگر^۳ صورت می‌گیرد (Knoepfel et al., 2007). در راستای تبیین این پدیده، نظریه‌های بسیار متعددی در حوزه سیاست‌گذاری^۴ در کشورهای توسعه‌یافته ارائه و به تدریج برای توصیف و تبیین تغییرات سیاست‌های کلان سلامت کشورهای در حال توسعه به کار گرفته شده‌اند. اما از آنجایی که سیاست‌گذاری سلامت در این کشورها با سیاست‌گذاری در کشورهای توسعه‌یافته به لحاظ ساختارهای نهادی، بازیگران و زمینه سیاست‌گذاری تفاوت فراوانی دارند، مدل‌ها و نظریه‌های موجود نمی‌توانند به طور کامل تبیین‌کننده تغییرات سیاست در نظام سلامت این کشورها باشند. از این رو این کشورها کماکان برای توسعه این رویکرد تحلیلی از سیاست‌گذاری و تبیین تغییرات پیچیده این حوزه، به تولید و تدوین تئوری‌ها و مدل‌هایی قوی متناسب با شرایط حاکم بر فضای سیاست‌گذاری سلامت خاص خود نیاز دارند (de la Jara & Bossert, 1995., Mushtaq Khan, 2006)؛ نظریه‌ها و مدل‌هایی که برآمده از داده‌های زمینه‌ای^۵ بخش سلامت این کشورها بوده و بتواند با رویکردی حداکثری تغییرات سیاست را تبیین کند. با توسعه چنین نظریه‌هایی طیف گسترده‌ای از ذی‌نفعان (شامل تحلیلگران سیاست، سیاست‌گذاران، سیاستمداران، مدیران و حتی کارشناسان محیطی) می‌توانند نسبت به طراحی مداخلاتی برای تأثیرگذاری بر کنش‌ها و کنش‌های متقابل^۶ یا حتی تأثیرگذاری بر وضعیت‌های خرد و کلان محرک تعاملات و در نتیجه پیامدهای سیاست تأثیرگذار بوده و در بهترین حالت ممکن آن را تحت کنترل درآورند.

با توجه به اهمیت و جایگاه قابل توجه این رویکرد تحلیلی و نقش بالقوه آن در رمزگشایی از جعبه سیاه سیاست‌گذاری سلامت، سؤال حائز اهمیتی که می‌توان مطرح کرد این است که به چه میزان و با چه کیفیتی از این رویکرد برای تبیین سیاست‌گذاری سلامت در کشورهای در حال توسعه استفاده شده است؟ در واقع این سؤال مبنای اصلی اجرای این مطالعه واقع شد. این

1. Micro conditions
2. Macro conditions
3. Retrospective approach
4. Public policy
5. Contextual data
6. Action-interactions

مطالعه به عنوان بخشی از رساله دکتری با عنوان طراحی مدلی برای تحلیل از سیاست‌گذاری سلامت در جمهوری اسلامی ایران به اجرا درآمد. هدف از تدوین این مقاله آن است که از طریق نشان دادن نقاط ضعف روش‌شناختی و تحلیلی مقالات و تشویق پژوهشگران حوزه سیاست‌گذاری سلامت کشور به انجام پژوهش‌های بیشتر در این زمینه به توسعه این حوزه نظری کمک کند.

هدف اصلی از ارائه نتایج این مطالعه شناسایی و نمایاندن خلأهای نظری و روش‌شناختی ادبیات این حوزه نظری و نه الزاماً مرور نظام‌مند محتوای سیاست‌ها و نتایج تحلیل آن‌ها به پژوهشگران حوزه سیاست‌گذاری سلامت کشور و تشویق آن‌ها به پر کردن این خلأها از طریق توسعه مدل‌ها و نظریه‌های کنونی یا توسعه نظریه‌های جدید از سیاست‌گذاری مبتنی بر تحلیل داده‌های برآمده از زمینه حوزه سلامت کشور است. بنابراین مقالات پژوهشی با این هدف مرور شدند. در ادامه پس از مروری گذرا بر ادبیات نظری این مطالعه، مراحل اصلی مطالعه به صورت کامل تشریح شده، یافته‌های حاصل از بررسی مطالعات منتخب آورده شده و در پایان بحث و نتیجه‌گیری حاصل از یافته‌های به‌دست‌آمده ارائه شده‌اند.

ادبیات نظری

تحلیل سیاست^۱ یکی از سه حوزه مهم و اصلی در دانش سیاست‌گذاری است (قلی‌پور و فقیه‌ی، ۱۳۹۳) که از سه مکتب فکری تغذیه می‌کند. جریان نظری اول نشأت گرفته از مکتب فکری است که ریشه در پیوند میان تحلیل سیاست و نظریه حکومت^۲ دارد. جریان دوم ریشه در تبیین و چگونگی کارکرد اقدامات عمومی^۳ داشته و در نهایت جریان سوم روی ارزیابی نتایج^۴ و اثرات اقدامات عمومی تمرکز دارد (Knoepfel et al., 2007). با توجه به تمرکز مبانی نظری مطالعه حاضر بر جریان فکری دوم، از پرداختن به دو جریان دیگر در اینجا خودداری می‌شود. هدف از جریان فکری دوم، توضیح چرایی کارکرد اقدام عمومی و نه الزاماً تشریح کارکرد سیاسی است. این مکتب فکری خود مشتمل بر دو رویکرد اصلی است: یکی رویکرد عقلانیت‌گرایان^۵ (سیاست‌گذاری به مثابه حل مسأله) با عنوان «تحلیل برای سیاست» که عمدتاً تجویزی و آینده‌نگر^۶ بوده و بیشتر ناظر بر پیش‌بینی رویدادی (پیامدهای محتمل و واکنش بازیگران

1. Policy analysis
2. Theory of state
3. Public actions
4. Results evaluation
5. Rationalist
6. Prospective

مختلف) است که در صورت اتخاذ یک سیاست خاص به وقوع خواهد پیوست و هدف از آن بهبود کیفیت سیاست‌ها در مرحله تدوین است (قلی‌پور و همکاران، ۱۳۸۹؛ دانائی‌فرد و همکاران، ۱۳۹۰) و دیگری رویکرد رفتارگرایان^۱ (سیاست‌گذاری به مثابه فرایند سیاسی) با عنوان «تحلیل از سیاست» است که عمدتاً توصیفی-تحلیلی^۲ و گذشته‌نگر بوده و طیف متنوعی از تحلیل‌ها از جمله تحلیل از سیاست‌گذاری را در بر می‌گیرد و هدف از آن درک سیاست از طریق کشف عوامل تعیین‌کننده آن است (Buse et al. 2012., Hill, 2005). در تبیین پدیده تغییر که همانا سؤال کلیدی این رویکرد تحلیلی است، صاحب‌نظران مختلف رهیافت‌های مختلفی ارائه داده‌اند که در جدول زیر هر یک از این رهیافت‌ها و برخی از مصادیق نظری مهم آن‌ها آورده شده‌اند (جدول ۱).

جدول ۱. رهیافت‌های نظری در تبیین سیاست‌گذاری و سیاست

سیاست‌گذاری به مثابه	نوع نگاه به سیاست	نوع نگاه به سیاست‌گذاری	بستر نهادی	نظریه‌ها/ چارچوب‌های نظری متناسب
فرایند تصمیم‌گیری عقلایی	تصمیمات هوشمندانه و عقلایی بر مبنای اطلاعات فراگیر؛	ظهور و بروز در قالب گام‌ها، مراحل یا چرخه‌های منطقی	بسته، تک‌کانونه، سلسله‌مراتبی و اقتدارگرایانه	رویکرد مرحله‌ای چارچوب نظری تحلیل خط‌مشی عمومی ناپفل و همکاران
بازی سیاسی (بین ذی‌نفعان به هم وابسته- سیاست بوروکراتیک)	مصالحه‌های سیاسی بین ذی‌نفعان خودمختار اما وابسته؛	بازی قدرت یا بازی چانه‌زنی بین ذی‌نفعان؛	عرصه‌ای بین سازمانی، نخیه-سالارانه، چندکانونه با دسترسی محدود	چارچوب تعادل گسسته (نقطه‌ای) بوم‌گارتنر و جونز
گفتمان	معانی مشترک و ساخت‌یافته در یک مناظره سیاست؛	فرایند یادگیری تعاملی (نوعی مبادله حجیت‌ها و معانی)	شماری از ائتلاف‌های مدافع (جوامع یا محفل‌های سیاست با نظام‌های باور یا پارادایم‌های مختلف)	چارچوب ائتلاف مدافع ساباتیر چارچوب روایتی خط‌مشی جونز و شاناهان

1. Behaviorist
2. Descriptive-analytical

سیاست‌گذاری به مثابه	نوع نگاه به سیاست	نوع نگاه به سیاست‌گذاری	بستر نهادی	نظریه‌ها/ چارچوب‌های نظری منتسب
سطل زبانه	به هم پیوند خوردن مسائل، راه‌حل‌ها، سیاست/ مشارکت‌کنندگان در لحظه مناسب (پنجره فرصت)	غیرقابل پیش‌بینی و سیال (به طور متناوب و پراکنده فراز و فرود می‌کند)	پاره‌پاره با شبکه‌های ویژه کار- موقت و بازیگران متعدد با پایداری کم (نوعی هرج و مرج سازمان‌یافته)	چارچوب جریانات چندگانه کینگدون
فرایند نهادی	بازتولیداتی از راه‌حل‌های پیشین، شکل داده‌شده و محدودشده به وسیله هنجارها، فرهنگ‌ها، قواعد و غیره	تعاملات تکراری مبتنی بر هنجارها، معرفت‌ها، فرهنگ‌ها و روال‌های نهادی	مجموعه‌ای از قواعد رسمی و غیررسمی با سطوح متغیری از پایداری در سطح فرهنگ، نظام، شبکه و سازمانی (که درون یکدیگر جای داده شده‌اند)	چارچوب توسعه و تحلیل نهادی خطمشی استروم

این رهیافت‌ها رقیب هم نبوده و هر یک نگرش متفاوتی به زندگی سیاسی دارند (ماکویی، ۱۳۸۷). لاسول^۱ (۱۹۵۶)، جونز^۲ (۱۹۷۰) و اندرسون^۳ (۱۹۷۵) سیاست‌گذاری را به درون مجموعه‌ای از گام‌ها (دستورگذاری، تدوین سیاست، اتخاذ سیاست، اجرای سیاست، ارزیابی سیاست، تطبیق سیاست، جانشینی سیاست و انقضای سیاست) تقسیم کرده و برخی عوامل مؤثر بر فرایند درون هر یک از گام‌ها را به طور جداگانه مورد بحث قرار داده‌اند؛ اگرچه این رویکرد ابتکاری-اکتشافی^۴ از اواخر دهه ۱۹۸۰ میلادی به دلایلی چون نداشتن ویژگی‌های یک نظریه علی، ناصحیح بودن توالی پیشنهادی مراحل از حیث توصیفی، داشتن نگاه بالا به پایین، قائل شدن به وجود یک چرخه سیاست واحد مورد انتقادات بسیار تندی قرار گرفت (Dunn, 2014). ناپفل^۵ و همکارانش (۲۰۰۷) نیز برای فرایند سیاست قائل به وجود مراحل چهارگانه (دستورگذاری، برنامه‌نویسی، اجرا و ارزشیابی) شده و ادعا می‌کنند که نتایج حقیقی^۶ و نهادی^۷ هر

1. Lasswell
2. Jones
3. Anderson
4. Heuristic
5. Knoepfel
6. Substantive
7. Institutional

مرحله از سیاست‌گذاری به طور مستقیم بر محتوای تولیدشده در مراحل بعدی تأثیر می‌گذارد. به‌علاوه آنکه در هر مرحله بازیگران دست‌اندرکار ممکن است از قوانین نهادی^۱ و منابع در اختیار برای تأثیرگذاری بر محتوای آن مرحله استفاده کنند (Knoepfel et al., 2007). از نگاه بوم گارتنر^۲ و جونز (۱۹۹۴) سیاست‌ها تا زمانی ثابت می‌مانند که در انحصار بازیگران خاص (سطح خرده‌سیستم‌های سیاست) باشند و وارد دستور کار افراد سیاسی و مقامات با نفوذ (سطح سیاست کلان) نشود. اما ارائه تصاویر ذهنی جدید از سیاست‌های موجود (بدنامی یا نمایش اثرات منفی سیاست‌ها، معرفی راهکارهای جدید) و نیز دوره‌گردی بازیگران اقلیت (در راستای جلب نظر افراد سیاسی به تصاویر ذهنی جدید، کشاندن تضاد به جاهای دیگر و یارکشی علیه انحصارگران سیاست)، به تغییر بزرگ‌مقیاس سیاست^۳ منتهی می‌شود (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۹۳؛ شهائی و دانائی‌فرد، ۱۳۹۵). ساباتیئر^۴ و اسمیت^۵ (۱۹۹۳) نیز در تبیین تغییر سیاست دو عامل «یادگیری سیاست‌محور»^۶ (تغییر باورهای هسته^۷ سیاست در پاسخ به اطلاعات جدید در طول یک دوره زمانی بلندمدت) و «تلاطم‌های بیرونی»^۸ (تغییر عمده درون یک سیاست درون یک خرده‌سیستم خرده‌سیستم در پاسخ به تغییر در شرایط اجتماعی - اقتصادی، تغییر رژیم و ستاده‌ها از دیگر خرده‌سیستم‌ها یا فاجعه‌ای است که می‌تواند منجر به جایگزینی ائتلاف^۹ غالب یا تغییر عناصر غالب در باورهای هسته‌ای آن شود) را مؤثر دانسته‌اند (عباسی و دانائی‌فرد، ۱۳۹۳). جونز و شاناهان^{۱۰} (۲۰۰۴) نیز از تأثیر روایت‌های سیاست^{۱۱} در دو سطح خرد (به واسطه تغییر در نگرش افراد درباره یک عقیده عمومی و سیاست خاص و در نهایت شکل‌گیری عقیده عمومی جامعه) و میانه (به واسطه تغییر و ایجاد ائتلاف‌ها) بر تغییرات سیاست سخن می‌گویند (Jones & Shanahan et al. 2011, McBeth, 2010., McBeth et al., 2007.). به اعتقاد کینگدون^{۱۲} (۱۹۹۵) در نقاط بسیار حساس زمانی با تلاقی جریان‌های سه‌گانه مسائل^{۱۳}، گزینه‌های سیاستی^{۱۴}

1. Institutional rules
2. Baumgartner
3. Policy punctuation
4. Sabatier
5. Smith
6. policy-oriented learning
7. Core beliefs
8. External events
9. Coalition
10. Shanahan
11. Policy narratives
12. Kingdon
13. Problems
14. Policies

و سیاست^۱ به وسیله کارآفرینان سیاست^۲ به واسطه دستکاری‌های سیاسی، پنجره‌های سیاست شکل می‌گیرند. پیوند هر سه جریان در یک بسته واحد به طور چشمگیری شانس اتخاذ یک سیاست خاص به وسیله سیاست‌گذاران را تقویت می‌کند (عباسی و دانائی‌فرد، ۱۳۹۳). استروم^۳ (۱۹۷۰) نیز فرایند سیاست را به سان عرصه کنشی^۴ توصیف می‌کنند که بازیگران در درون آن در موقعیت‌های مختلف کنش، تحت تأثیر سه عامل شرایط فیزیکی / مادی^۵، ویژگی‌های جامعه محلی^۶ و قواعد مورد استفاده در عمل^۷ رفتار خود را شکل داده و در الگوهای تعاملی مختلف درگیر می‌شوند و متعاقباً رهاوردهای حاصل از این الگوها به صورت چرخه‌های بازخوردی به عرصه کنش و عوامل سه‌گانه بازمی‌گردد (McGinnis, 2011). والت^۸ و گیلسون^۹ (۱۹۹۴) نیز با تمرکز بر بخش سلامت با ارائه مثلث تحلیل سیاست^{۱۰} بر ضرورت توجه توأمان به نقش بازیگران، زمینه سیاست^{۱۱}، محتوای سیاست و فرایند سیاست تأکید کرده و درک تعاملات متقابل این عوامل را برای تبیین تغییرات سیاست الزامی دانسته‌اند (Buse et al. 2009., Walt et al. 2008).

تمامی این نظریه‌پردازان ذیل یکی از رهیافت‌های مندرج در جدول ۱، به نوعی با مدل‌سازی فرایند سیاست یا برشمردن دسته‌های مفهومی عامل تغییر، سعی کرده‌اند تا پاسخ مناسبی برای چرایی و چگونگی تغییرات سیاست ارائه کنند. جدول ۲ توزیع عوامل تأثیرگذار بر تغییر، ذیل گروه‌بندی سه‌گانه شیرر^{۱۲} و همکارانش (۲۰۱۶) را نشان می‌دهد.

1. Politics
2. Policy entrepreneur
3. Ostrom
4. Action area
5. Biophysical characteristic
6. Attributes of the community
7. Rules-in-use
8. Walt
9. Gilson
10. Policy analysis triangle
11. Policy context
12. Shearer

جدول ۲. خلاصه عوامل تأثیرگذار بر تغییر سیاست برگرفته از ادبیات نظری

متغیر تیبینی	تعریف	عوامل محرک تغییر در سیاست‌ها
نهاده‌ها	منظور فرایندهای حاصل از کنش و کنش متقابل میان بازیگران و زمینه خرد و کلانی است که در شکل‌گیری الگوهای تعاملات میان بازیگران تأثیر می‌گذارند.	عرصه کنش / خرده سیستم‌های سیاست / محافل تدوین‌کننده سیاست عمومی / نهادهای سیاسی / زمینه نهادی عمومی قواعد مورد استفاده مشارک‌کنندگان در عمل شرایط فیزیکی یا مادی / پارامترهای ثابت بیرونی / ویژگی‌های جامعه محلی / ساختارهای فرصت ائتلاف رخدادهای خارج از سیستم
ترجیحات	منظور بازیگران و منابع قدرت مختلف در اختیار آن‌ها است.	بازیگران / مشارکت‌کنندگان کارآفرینان خط‌مشی ائتلاف مدافع
ایده‌ها	منظور محتوای سیاست‌ها است که توسط مجموعه‌ای از شواهد و ارزش‌های تدوین‌کنندگان آن‌ها پشتیبانی می‌شوند.	باورهای هسته‌ای عمیق باورهای هسته‌ای سیاست باورهای ثانویه تصاویر ذهنی مسائل سیاست‌ها

روش‌شناسی پژوهش

در این مطالعه از روش مرور روایتی برای شناسایی خلأهای نظری و روش‌شناختی با تمرکز بر مقالات انگلیسی‌زبان منتشرشده در بازه زمانی ۱۹۹۴-۲۰۱۷ استفاده شد. علت محدود کردن بازه شروع به سال ۱۹۹۴، انتشار اولین مقاله از والت و گیلسون در سال ۱۹۹۴ بود که در قالب فراخوان برای انتشار مقالات بیشتر با رویکرد تحلیل از سیاست‌گذاری سلامت در کشورهای در حال توسعه نوشته شده بود. تنها مقالاتی در این مطالعه وارد شدند که محور توجه آن‌ها صرفاً فرایند سیاست‌فارغ از محدود کردن آن به خرده مراحل دستورگذاری، تدوین، اجرا و ارزشیابی بود. این مطالعه در چهار مرحله به اجرا درآمد.

مرور مطالعات و شناسایی مقالات منتخب

در این مرحله برای مشخص و محدود کردن دامنه جستجو، نسبت به تعیین پنج اولویت اقدام شد

(جدول ۳). سپس برای هر یک از اولویت‌های تعیین‌شده کلیدواژه‌هایی برای جستجو در پایگاه‌های داده‌ای PubMed، Science direct، Emerald، Wiley، Springer، Oxford و Jstor تعریف شد. نهایتاً ۱۷۴ مقاله شناسایی و وارد نرم‌افزار آندنوت شدند.

جدول ۳. دامنه جستجوی منابع

ردیف	اولویت
۱	مطالعاتی که در پی تبیین و درک سیاست‌گذاری سلامت، فارغ از پرداختن به یک مورد خاص از تغییر سیاست، به ارائه مدل مفهومی یا چارچوب نظری پرداخته باشند.
۲	مطالعاتی که صرفاً با هدف تبیین و درک سیاست‌گذاری سلامت، فارغ از پرداختن به یک مورد خاص انجام گرفته باشند.
۳	مطالعاتی که در پی تبیین و درک یکی از اجزاء/ مراحل سیاست‌گذاری سلامت، فارغ از پرداختن به یک مورد خاص انجام گرفته باشند.
۴	مطالعاتی که در پی تبیین و درک سیاست‌گذاری سلامت (با یا بدون استفاده از نظریه‌ها یا چارچوب‌های نظری از پیش تعیین‌شده) به تحلیل فرایند یک سیاست خاص (در قالب تجربه) پرداخته باشند.
۵	مطالعاتی که در پی تبیین و درک یکی از اجزاء/ مراحل سیاست‌گذاری سلامت، (با یا بدون استفاده از نظریه‌ها یا چارچوب‌های نظری از پیش تعیین‌شده) به تحلیل یک سیاست خاص (در قالب تجربه) پرداخته باشند.

مطالعه مقالات بازیابی‌شده بر اساس معیارهای ورود

در این مرحله مقالات بازیابی‌شده بر اساس معیارهای ورود از پیش تعیین‌شده (متمرکز بر حوزه سلامت به لحاظ خرده‌سیستم سیاست‌گذاری و متمرکز بر کشورهای در حال توسعه به لحاظ گستره جغرافیایی) از طریق خوانش عنوان و چکیده مقاله مورد ارزیابی قرار گرفتند. به طوری که در نهایت ۱۳۵ مقاله به دلیل عدم تناسب با اولویت‌های پنج‌گانه از پیش تعیین‌شده از مطالعه خارج و ۳۹ مقاله (۲ مقاله منطبق با اولویت اول، ۲۳ مقاله منطبق با اولویت دوم و ۱۴ مقاله منطبق با اولویت سوم) باقی ماندند. از این میان نیز پس از مطالعه متن کامل این مقالات نهایتاً ۱۵ مقاله که با معیارهای ورود سازگاری کامل داشتند انتخاب شدند.

ارزیابی و تحلیل مقالات منتخب

در این مرحله مقالات منتخب بر اساس یک فرمت استخراج داده از پیش تعیین‌شده، به لحاظ گستره موضوعی، رویکرد تحلیلی^۱ و قوت روش‌شناختی^۲ مورد ارزیابی و تحلیل قرار گرفتند.

1. Analytical approach
2. Methodological rigor

محدودیت‌های مطالعه

مهم‌ترین محدودیت این مطالعه محدود شدن منابع مورد جستجو به مقالات انگلیسی‌زبان منتشرشده در پایگاه‌های اطلاعاتی نام‌برده بود؛ به طوری که طیف گسترده‌ای از منابع بالقوه شامل مقالات غیرانگلیسی‌زبان، رساله‌های دکتری و نیز منابع خاکستری از گستره این مطالعه خارج شدند. بنابراین توصیه می‌شود در برنامه‌ریزی برای مطالعات آتی این منابع به‌ویژه منابع غیرانگلیسی‌زبان در بررسی وارد شوند.

یافته‌ها

گستره موضوعی مطالعات

مطالعات بررسی شده به لحاظ تعداد کم و به لحاظ گستره موضوعی متنوع بودند (جدول ۴). شناسایی ۱۳۵ مقاله در یک بازه زمانی ۲۳ ساله (به طور متوسط ۶ مقاله در سال) در مقایسه با مقالات منتشرشده در حوزه‌های موضوعی دیگر نسبتاً کم است و این خود نشان‌دهنده جدید بودن این رویکرد تحلیلی و عدم رسیدن آن به مرحله بلوغ کامل در حوزه سلامت است. دو موضوع اصلاحات نظام سلامت و بیمه سلامت بیشترین مقالات را به خود اختصاص داده بودند (۴۷٪). چهار مورد از مطالعات به طور خاص بر روی دستورگذاری و تدوین (۲۷٪)، یک مورد بر روی اجرا (۶٪) و مابقی بر روی فرایند سیاست به عنوان یک پدیده مستقل و فارغ از تفکیک آن به مراحل جدا از هم (۶۷٪) تمرکز کرده بودند.

جدول ۴. پراکندگی مقالات به لحاظ موضوعی

موضوع	فراوانی
سلامت کودک و مادر باردار	۲
مالاریا	۱
ایدز	۳
بیمه سلامت	۴
اصلاحات نظام سلامت	۴
مواد مخدر	۱
سلامت دهان	۱
منابع انسانی	۱

در میان مطالعات بررسی شده، هیچ مطالعه‌ای که با رویکرد پژوهشی نظریه‌پردازی^۱ یا به عبارتی با هدف درک عمیق چگونگی واقع شدن سیاست‌گذاری با اتکا به داده‌های برآمده از محیط یا دنیای واقعی تحت مطالعه به اجرا درآمده باشد یافت نشد. تنها یک مطالعه با هدف توسعه یک چارچوب مفهومی تلفیقی برای تبیین تغییر سیاست در مرحله دستورگذاری و تدوین به اجرا درآمده بود؛ به طوری که متغیرهای چارچوب اولیه برآمده از ادبیات تحلیل سیاست‌گذاری و مفروضات حاکم بر چارچوب‌های موجود تغییر سیاست بودند. به‌علاوه آنکه پژوهشگران از روش قیاسی^۲ برای استدلال‌آوری و توجیه شواهد تجربی استفاده کرده بودند (Shearer et al., 2016).

به‌جز سه مطالعه که سیاست‌گذاری سلامت در سطح کلان (اصلاحات) را مورد توجه قرار داده بودند (de la Jara & Bossert, 1995., Shearer et al. 2016., Tarin et al. 2009)، یافته‌های حاصل از سایر مطالعات برآمده از تحلیل فرایند یک سیاست خاص و منحصر به فرد بود؛ در حالی که در این سه مطالعه نتایج، برآمده از تحلیل تطبیقی^۳ چندین سیاست است. به‌علاوه آنکه در دو مطالعه فرایند شکل‌گیری یک سیاست خاص در دو کشور/ منطقه مختلف مورد بررسی و مقایسه قرار گرفته بودند (Gilson et al. 2003., Smith, 2014).

نکته قابل توجه در میان تمامی مطالعات بررسی شده این بود که هیچ‌یک از آن‌ها به تبیین شکل‌گیری سیاست‌ها و شناسایی مکانیزم‌ها یا موقعیت‌های تغییر سیاست نپرداخته بودند؛ به طوری که با نگاهی نسبتاً کلیشه‌ای به سیاست‌گذاری و با اتکا به دسته‌بندی‌های تحلیلی متداول از عوامل تأثیرگذار بر آن (که عمدتاً برخاسته از چارچوب مثلث تحلیل سیاست‌والت و گیلسون بودند)، به توصیف روایت‌وار و بدیهی فرایند سیاست و نهایتاً تولید یک نظم مفهومی^۴ کلی بسنده کرده بودند. بدون آنکه با تعمق در لایه‌های پنهان و پیچیده پدیده سیاست‌گذاری در زمینه بومی سیاست به شناسایی مفاهیم و مقولات تبیین‌کننده تغییر و توضیح روابط میان آن‌ها پرداخته باشند.

روش‌شناسی مطالعات

نکته قابل توجه و مشترک در همه مطالعات مورد بررسی استفاده آن‌ها از روش کیفی و انتخاب استراتژی مطالعه موردی^۵ (طرح ساده^۱ یا چندگانه^۲) به عنوان استراتژی غالب پژوهش بود. به

1. Theorizing approach
2. Deductive
3. Comparative analysis
4. Conceptual ordering
5. Case study strategy

طوری که جملگی در تبیین انتخاب این استراتژی به کارایی این استراتژی در درک عمیق فرایند سیاست، قابلیت این استراتژی در تبیین یک پدیده پیچیده و فراهم شدن امکان تعمق در آن به منظور پاسخ به چرایی و چگونگی شکل‌گیری آن پدیده اذعان کرده بودند. تنها یک مطالعه از استراتژی قوم‌نگاری سازمانی^۳ استفاده کرده بود (Ratliff et al., 2016). با وجود این، الزامات روش‌شناختی اجرای مطالعه موردی، به‌ویژه در سه مطالعه‌ای که از نوع چندگانه آن استفاده کرده بودند، به‌خوبی رعایت نشده بود.

علی‌رغم شفاف بودن سؤالات پژوهش در اکثر مطالعات، طرح پژوهش برای پاسخ به سؤالات مناسب نبود. علی‌رغم تمرکز اکثر سؤالات بر تبیین شکل‌گیری فرایند سیاست و عوامل تأثیرگذار بر آن و نقش هر یک از این عوامل بر ایجاد تغییرات حادث‌شده، طرح پژوهش عمدتاً بر توصیف روایت‌وار و غالباً تاریخی فرایند سیاست در قسمت یافته‌ها و آزمون فرضیه‌ها یا تحلیل روایت در محدوده چارچوب مفهومی منتخب پژوهش محدود شده بود.

به لحاظ روش‌های گردآوری اطلاعات، تقریباً همه مطالعات از دو روش عمده مصاحبه عمیق با خبرگان یا مطلعین کلیدی و مرور مستندات و اسناد سیاستی استفاده کرده بودند. پنج مطالعه علاوه بر این دو روش از روش مشاهده مستقیم (Chimhutu et al. 2015., Morgan et al. 2013., Ratliff et al. 2016., Smith, 2014., Zulu et al. 2013) مشاهده مشارکتی^۴ مستقیم در فرایند، در کنار مرور مستندات پشتیبان فرایند (Agyepong & Seddoh & Akor, 2012, de la Jara & Bossert, 1995., Adjei, 2008.) و یک مطالعه از داده‌های ثانویه (Odoch et al., 2015) استفاده کرده بودند. یکی از نقاط ضعف مهمی که در اکثر قریب به اتفاق مطالعات وجود داشت، شفاف نبودن روش تحلیل داده‌های به‌دست‌آمده از مطالعه بود. در شش مطالعه از تکنیک تحلیل تم (de la Jara & Bossert, 1995., El-)، در دو مطالعه از تکنیک تحلیل محتوای هدایت‌شده^۵ (Zulu et al. 2013)، در دو مطالعه از تکنیک تحلیل چارچوب^۶ (Etiaba et al. 2016, Shearer et al. 2015.)، در دو مطالعه به ترتیب از روش‌های تحلیل گراندد^۷ (Gilson et al. 2003) و تحلیل تطبیقی (Tarin et al. 2009) استفاده شده بود. در سه مطالعه باقی‌مانده

1. Simple-case design
2. Multiple-case design
3. Organizational anthropology
4. Participatory observation
5. Directive content analysis
6. Framework analysis
7. Grounded analysis

نیز تکنیک تحلیل داده‌ها نامشخص بود (Agyepong & Adjei, 2008., Ratliff et al. 2016., Seddoh & Akor, 2012).

تحلیل زمینه سیاست و توجه به عوامل تعیین کننده و برخاسته از محیط پژوهش (موقعیت‌های خرد و کلان) به عنوان یکی از عوامل احتمالی مؤثر بر فرایند سیاست در اکثر مطالعات به خوبی و به طور عمیق توصیف نشده بودند؛ به طوری که در برخی مطالعات صرفاً بر بازیگران و تبیین روابط قدرت میان آن‌ها در تبیین تغییرات سیاست بسنده شده بود (Ratliff et al. 2016).

رویکرد تحلیلی

در میان مطالعات بررسی شده، تمامی مطالعات به جز یک مورد که از نوع تبیینی^۱ بود (Morgan et al. 2013)، مابقی از نوع توصیفی - تحلیلی^۲ بودند. پنج مطالعه دارای بیش از یک مورد مطالعه بودند و مابقی تنها به تحلیل یک مورد خاص بسنده کرده بودند. تمامی مطالعات بدون استثنا دارای چارچوب یا یک رویکرد نظری مینا به عنوان مبنای تحلیلی یافته‌های پژوهش بودند. در هفت مطالعه فرضیه‌هایی مطرح شده بود که در قسمت بحث به آزمون آن‌ها بر اساس یافته‌های مطالعه پرداخته شده بود (de la Jara & Bossert, 1995., Gilson et al. 2003., Onoka et al. 2014., Ratliff et al. 2016., Shearer et al. 2016., Smith, 2014., Zulu et al. 2013)؛ به طوری که در یکی از این هفت مطالعه مبنای نظری فرضیه‌ها مشخص نبود (de la Jara & Bossert, 1995). نکته دیگر آنکه تمرکز تحلیل در ده مطالعه بر کل فرایند سیاست (El-Agyepong & Adjei, 2008., de la Jara & Bossert, 1995., Jardali et al. 2014., Gilson et al. 2003., Odoch et al. 2015., Onoka et al. 2013., Ratliff et al. 2016., Smith, 2014., Tarin et al. 2009., Zulu et al. 2013) و مابقی بر روی دستورگذاری^۳ و تدوین بود.

از میان مطالعاتی که به تحلیل از سیاست‌گذاری پرداخته بودند، به جز یک مطالعه (Seddoh & Akor, 2012) سایر مطالعات از یک چارچوب نظری یا تلفیقی از چندین چارچوب به عنوان چارچوب نظری مبنای پژوهش استفاده کرده بودند. به عبارتی دیگر می‌توان این گونه استنباط کرد که تقریباً همه مطالعات با اتخاذ رویکرد پژوهشی نظریه‌آزمایی^۴ در پی آزمون فرضیه‌های برآمده از چارچوب مبنای پژوهش و شناسایی و توصیف تغییرات سیاست موضوع مطالعه در

1. Explanatory
2. Descriptive-analytical
3. Agenda setting
4. Theory testing

محدوده چارچوب مطالعه بوده‌اند. تنها یک مطالعه در تبیین علل تغییر سیاست به ضرورت توجه به دو عامل زمینه تاریخی^۱ و ساختارهای اجتماعی و حاکمیتی^۲ نظام سلامت خارج از چارچوب مبنای پژوهش و تنها در حد شناسایی عوامل اشاره کرده بودند (Zulu et al. 2013).

بحث

هدف از بررسی مطالعات منتخب در این مقاله، شناسایی و تحلیل نظام‌مند مطالعاتی بود که با هدف درک سیاست‌گذاری یا به عبارتی تبیین شکل‌گیری و تغییر سیاست‌ها در حوزه سلامت کشورهای در حال توسعه به اجرا درآمده بودند.

نتایج به‌دست‌آمده از بررسی مطالعات به لحاظ ابعاد مختلف موضوعی، روش‌شناسی و رویکرد تحلیلی آن‌ها نشان داد مطالعاتی که با رویکرد استقرایی^۳ و عمیق به واکاوی ابعاد مختلف پدیده سیاست‌گذاری پرداخته و بر شناسایی عوامل تعیین‌کننده فرایند و مکانیزم‌های تغییر سیاست‌ها تمرکز کرده باشند، صورت‌پذیرفته است. تمامی مطالعات بررسی‌شده بدون استثنا دارای رویکرد قیاسی بوده و در نگاه حداکثری به تحلیل هدایت‌شده داستان سیاست در قالب عوامل تحلیلی گروه‌بندی‌شده ذیل چارچوب‌های نظری منتخب بسنده کرده بودند. اکثر مطالعات یافت‌شده منطبق با اولویت چهارم و پنجم جستجو بودند. بدان معنا که تلاش‌های صورت‌گرفته برای ارائه مدل‌های بومی تبیین‌کننده تغییرات در این فاصله زمانی بسیار محدود بوده است. در تأیید این ادعا والت و گیلسون نیز در مطالعه خود در پاسخ به این سؤال که آیا چارچوب‌های نظری موجود می‌توانند به دانش ما در حوزه فرایند سیاست سلامت بیفزایند یا نه، بر محدود بودن رویکردهای نظری و مفهومی برای تحلیل سیاست‌گذاری سلامت در کشورهای در حال توسعه صحنه می‌گذارد (Walt & Gilson, 2014). حال آنکه سازمان جهانی بهداشت نیز با اذعان به همین نکته بر ضرورت مذاقه در فهم سیاست‌گذاری سلامت در کشورهای در حال توسعه تأکید کرده است (Onoka et al. 2014).

با وجود این، همه پژوهشگران به پیچیده بودن فرایند سیاست و گسترده بودن طیف عوامل دست‌اندرکار در شکل‌دهی به فرایند سیاست اذعان کرده و به اشکال مختلف و با بهره‌گیری از چارچوب‌ها، نظریه‌ها، مدل‌ها و رویکردهای نظری مختلف به نوعی به تحلیل تأثیر چند مورد از این عوامل پرداخته بودند. به‌علاوه آنکه نشان دادند یکی از مهم‌ترین علل شکست یا موفقیت سیاست‌ها ریشه در درک فرایند سیاست و شناسایی سهم و نقش هر یک از عوامل دست‌اندرکار

1. Historical context
2. Governing and social structures
3. Inductive

و در نهایت تلاش برای ایجاد موازنه میان این عوامل به‌ویژه در رابطه با قدرت چند دسته از بازیگران اصلی دارد؛ به طوری که ناکام ماندن دستاوردهای برخی از سیاست‌ها را می‌توان به نادیده انگاشتن برخی از عوامل مؤثر در مرحله تحلیل برای تدوین سیاست نسبت داد. نکته دیگر آنکه مطالعات مورد بررسی نشان دادند سیاست‌ها نهایتاً حاصل برهم‌کنش مجموعه عواملی هستند که به صورت آثار خواسته^۱ یا ناخواسته^۲ خود را نشان می‌دهند. دیگر آنکه سیاست تنها به واسطه بررسی ابعاد یک مسأله از نظر دانش فنی و تکنیکی بروز نمی‌کند، بلکه عوامل بی‌شمار دیگری در ایجاد تغییرات و تعیین جهت‌گیری‌های آن دست‌اندرکار هستند.

به دلایلی متعددی که در اینجا برشمرده می‌شود می‌توان این‌گونه استنباط کرد که تحلیل از سیاست‌گذاری سلامت در کشورهای در حال توسعه هنوز به‌درستی به اجرا درنیامده و نتوانسته به دانش موجود درباره سیاست‌گذاری سلامت در این کشورها دانش جدیدی بیفزاید. این دلایل عبارتند از:

ضعف رویکرد تحلیلی؛ به طوری که رویکرد عمده مطالعات بررسی‌شده توصیفی-تحلیلی بوده و پژوهشگران با نگاهی کلیشه‌ای به فرایند سیاست به شناسایی سطحی عوامل مؤثر در تغییر سیاست بسنده کرده‌اند.

ضعف در تبیین آنچه که اتفاق افتاده است؛ اکثر مطالعات به توصیف رویدادها و در نگاه حداکثری به تحلیل آن‌ها در محدوده چارچوب‌های نظری هدایت‌کننده بسنده کرده و به چرایی آنچه که اتفاق افتاده نپرداخته‌اند. در این خصوص اکثر مطالعات تمرکز خود را بر یک سیاست خاص در یک کشور خاص معطوف کرده و تنها تعداد معدودی به بررسی چند سیاست در چند کشور، یا چند سیاست در یک کشور و یا یک سیاست در چند کشور یا محیط پژوهش پرداخته‌اند. بنابراین نتایج به‌دست‌آمده از این مطالعات به لحاظ بار دانشی قابل اتکا نیستند.

ضعف در نظریه‌پردازی^۳ یا بومی کردن چارچوب‌های نظری موجود؛ تمامی مطالعات بررسی‌شده بدون تلاش برای واکاوی عمیق در زمینه سیاست‌های مختلف در محیط پژوهش با هدف تولید تئوری برخاسته از محیط مطالعه، به آزمون نظریه‌های موجود با فرضیه‌های برآمده از دل آن‌ها اکتفا کرده‌اند؛ به طوری که رد پایی مبنی بر تلاش برای شناسایی ابعاد و مفاهیم تبیین‌کننده جدید و توسعه آن‌ها با استفاده از داده‌های به‌دست‌آمده از منابع متعددی اطلاعاتی در این مطالعات وجود ندارد.

در مقایسه با نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل نظام‌مند مقالات پژوهشی بررسی‌شده، مرور مقالات

1. Expected
2. Unexpected
3. Theory building

پژوهشی مرتبط منتشر شده در حوزه سلامت کشور که در عمده موارد به مطالعه یک سیاست خاص محدود می‌شود، از دو منظر قابل بررسی است: اول، نوع رویکرد تحلیلی مورد استفاده از سوی پژوهشگران که عمدتاً حاکی از هژمونی جریان فکری ارزیابی نتایج و اثرات سیاست‌ها و بعد از آن تحلیل محتوای سیاست‌ها است و کمتر و محدودتر روی تحلیل سیاست‌گذاری و فرایند شکل‌گیری آن‌ها و تلاش برای توسعه دانش جدید از فرایند سیاست تمرکز شده است. دوم، نوع رویکرد پژوهشی مورد استفاده از سوی پژوهشگران است که عمدتاً از نوع قیاسی بوده و به توصیف روایت‌وار پدیده تغییر ذیل هر یک از اجزای مثلث تحلیل سیاست، به عنوان تنها چارچوب معرفی شده در حوزه سلامت محدود می‌شود. به طوری که تعداد کمتری از مطالعات برای تبیین تغییر سیاست‌های سلامت از سایر چارچوب‌ها و نظریه‌های فرایند سیاست بهره برده‌اند. این موضوع می‌تواند حاکی از نوپا بودن این حوزه نظری در مطالعات تحلیل سیاست‌های سلامت و ضریب نفوذ پایین آن در میان پژوهشگران باشد.

بنابراین با توجه به نتایج به دست آمده از بررسی مطالعات منتخب و کم سابقه بودن بهره‌مندی از این رویکرد نظری در میان پژوهشگران حوزه سلامت کشور، به نظر می‌رسد همواره جای خالی پژوهش‌های کیفی با روش‌شناسی قوی برای درک هرچه بهتر پدیده سیاست‌گذاری سلامت در کشورهای در حال توسعه و به‌ویژه ایران احساس می‌شود؛ به طوری که با تفحص و تعمق در لایه‌های درونی تجربه سیاست‌گذاری سلامت، ضمن شناسایی عوامل تبیین‌کننده تغییر سهم، وزن، جایگاه اثر و نسبت موقعیتی هر یک از آن‌ها نسبت به یکدیگر، بتوان به ایجاد شناخت نسبی از این پدیده نائل آمد.

نتیجه‌گیری

بررسی مقالات پژوهشی در حوزه تحلیل سیاست‌گذاری به وضوح نشان می‌دهد که خلاً قابل توجهی در توسعه دانش برآمده از متن واقعی سیاست‌گذاری در کشورهای در حال توسعه وجود دارد. والت و گیلسون (۲۰۰۳) نیز در تأیید این خلاً این‌گونه بیان می‌کنند که علی‌رغم طراحی طیفی از اصلاحات مشترک در این کشورها از دهه ۹۰ میلادی، دانش تولیدشده درباره تجربه اجرای اصلاحات یا درباره عوامل تبیین‌کننده عدم تحقق اهداف اولیه یا انحراف از آن‌ها اندک است (Gilson et al., 2003).

به لحاظ رویکرد تحلیلی عمده مطالعات در حد توصیف (به معنای انتقال ایده‌هایی درباره اجسام، افراد و مکان‌ها، آنچه که در حال وقوع است، آنچه که افراد انجام داده یا بیان می‌کنند) یا نهایتاً ایجاد نظم مفهومی (به معنای سامان‌دهی داده‌ها ذیل دسته‌های مفهومی کلی و استفاده از توصیف برای شفاف‌سازی هر یک از دسته‌ها) متوقف شده‌اند. مطالعه‌ای که با بهره‌گیری از

رویکرد پژوهشی استقرایی به شناخت پدیده سیاست‌گذاری در این کشورها پرداخته باشد یافت نشد. اینکه اصولاً پدیده سیاست‌گذاری دربرگیرنده چه کنش‌ها و واکنش‌هایی است؛ این کنش‌ها- واکنش‌ها در پاسخ به چه موقعیت‌هایی و تحت تأثیر چه عوامل زمینه‌ای کلان و خردی ایجاد شده؛ و نهایتاً به چه پیامدهای احتمالی می‌انجامد در هیچ‌یک از مطالعات بررسی شده مورد توجه نبوده است.

بنابراین با قطعیتی نسبی می‌توان اذعان کرد که سیاست‌گذاری سلامت در این کشورها هنوز به طور کامل شناخته شده نیست. در واقع این خلأ ریشه در عدم تمرکز مطالعات موجود روی شناسایی روابط میان مفاهیم و متغیرهای شناسایی شده در پاسخ به چگونگی و چرایی تغییرات سیاستی دارد. به طوری که هیچ‌یک از آن‌ها علی‌رغم تلاش برای پاسخ به سؤالات، نتوانسته‌اند روایت تبیینی مناسب و یکپارچه‌ای از تغییرات ارائه دهند. بنابراین برای کمک به توسعه این حوزه نظری و تولید دانش جدید از فرایند سیاست سلامت در کشور، به پژوهشگران توصیه می‌شود در طراحی مطالعات آتی این حوزه، موارد زیر را مورد توجه قرار دهند:

۱. تمرکز تحلیل روی تبیین سیاست‌گذاری سلامت کشور به عنوان یک پدیده بسیط به جای اتخاذ رویکرد مرحله‌ای به فرایند سیاست و محدود کردن تبیین واقعیت سیاست‌گذاری به این مراحل؛
۲. اتخاذ رویکرد استقرایی با استناد به داده‌های به‌دست‌آمده از زمینه واقعی سیاست‌گذاری کشور در تبیین تغییرات سیاست به جای توصیف روایت‌وار رویدادها در محدوده چارچوب‌های نظری از پیش تعیین شده؛
۳. توجه به متغیرهای زمینه‌ای خرد و کلان خاص کشور در تبیین تغییرات سیاست به جای تمرکز صرف و تک‌بعدی‌نگر روی برخی متغیرهای خاص مثل رفتار بازیگران؛
۴. تلاش برای حرکت به سمت توسعه تئوری‌های برخاسته از داده‌های واقعی محیط پژوهش به جای آزمون تئوری‌های از پیش توسعه یافته، در زمینه سیاسی خاص کشور؛
۵. هدایت پژوهش به سمت شناسایی مفاهیم و متغیرهای شکل‌دهنده سیاست‌گذاری در زمینه خاص کشور و تبیین تغییر به واسطه کشف روابط میان آن‌ها در قالب یک نظریه جدید یا تلاش برای بومی‌سازی نظریه‌های موجود؛

نتایج به‌دست‌آمده از این مطالعه علاوه بر قرار دادن رویکردهای پژوهشی نوین پیش روی پژوهشگران و محققین نظام سلامت کشور از طریق نمایاندن خلأهای نظری و روش‌شناسی پژوهشی، راهگشای سایر ذی‌نفعان نیز خواهد بود. شناخت از چگونگی شکل‌گیری فرایند سیاست، به سیاست‌گذاران نظام سلامت در درک بهتر گزارش‌های سیاستی و به رسانه‌های ملی در درک درست فرایند و انتقال درست مفاهیم به گروه‌های مختلف مخاطبین کمک می‌کند.

همچنین امکان درک پیچیدگی‌های فرایند سیاست و زمان‌بر بودن آن را برای مدیران و متخصصین نظام سلامت بیش از پیش فراهم می‌کند. دانشجویان حوزه سلامت نیز ضمن یادگیری مفاهیم و مبانی پایه سیاست‌گذاری، با اهمیت، نقش و وزن این حوزه مطالعاتی آشنا می‌شوند.

مآخذ

- ابراهیمی، سید عباس، دانائی‌فرد، حسن، آذر، عادل، فروزنده، لطفاله (۱۳۹۳). طراحی مدل خط‌مشی‌گذاری مبتنی بر شواهد در نظام سلامت ایران. *پژوهش‌های مدیریت عمومی*. سال ۷. شماره ۲۴. ۵-۲۴.
- دانائی‌فرد، حسن، شول، حسین، آذر، عادل (۱۳۹۰). طراحی چارچوبی برای پیشنهادیه خط‌مشی عمومی: پژوهشی ترکیبی. *مجلس و راهبرد*. سال ۱۸. شماره ۶۸. ۳۲-۸.
- دشمنگیر، لیلا (۱۳۹۳). چگونه سیاستی را تحلیل کنیم؟ نگاهی بر رویکردها و اسلوب تحلیل سیاست در بخش سلامت. *تحقیقات نظام سلامت حکیم*، سال ۱۷. شماره ۲. ۱۵۳-۱۳۸.
- شهبایی، بهنام، دانائی‌فرد، حسن (۱۳۹۵). تحلیلی بر دانش‌پژوهی فرایند خط‌مشی عمومی در ایران. *پژوهش‌های مدیریت منابع سازمانی*. سال ۶. شماره ۱. ۱۶۱-۱۳۳.
- عباسی، طیبه، دانائی‌فرد، حسن (۱۳۹۳). چارچوب ائتلاف مدافع و تبیین تغییر خط‌مشی. *سیاست علم و فناوری*، سال ۶. شماره ۳. ۱۶-۱.
- قلی‌پور، رحمت‌اله، پورسید، بهزاد، حمیدی‌زاده، علی، امیری، عبدالرضا (۱۳۸۹). بررسی تأثیر سیاست‌پژوهی در فضای سیاست‌گذاری: مطالعه موردی در مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. *مدیریت دولتی*. سال ۲. شماره ۴. ۱۴۴-۱۲۷.
- قلی‌پور، رحمت‌اله، فقیهی، مهدی (۱۳۹۳). *سیاست‌گذاری و تحلیل سیاست‌های عمومی*. تهران: مهکامه.
- ماکویی، سویل (۱۳۸۷). مدل‌های تحلیل سیاست‌گذاری عمومی. *مطالعات راهبردی*، سال ۱۱. شماره ۱. ۷۴-۴۳.
- Agyepong, I. A., & Adjei, S. (2008). Public social policy development and implementation: A case study of the Ghana national health insurance scheme. *Health Policy and Planning*, 23(2), 150-160.
- Buse, K., Dickinson, C., Gilson, L., & Murray, S. F. (2009). How can the analysis of power and process in policy-making improve health outcomes? *The Official Journal of the International Hospital Federation*, 45(1), 14.

- Buse, K., Mays, N., & Walt, G. (2012). *Making health policy*. London: McGraw-Hill Education (UK).
- Chimhutu, V., Tjomslund, M., Songstad, N. G., Mrisho, M., & Moland, K. M. (2015). Introducing payment for performance in the health sector of Tanzania-the policy process. *Globalization and Health*, 11(1), 38.
- De La Jara, J. J., & Bossert, T. (1995). Chile's health sector reform: Lessons from four reform periods. *Health Policy*, 32(1-3), 155-166.
- Dunn, W. N. (2014). *Public policy analysis*, London: Routledge.
- El-Jardali, F., Bou-Karroum, L., Ataya, N., El-Ghali, H. A., & Hammoud, R. (2014). A retrospective health policy analysis of the development and implementation of the voluntary health insurance system in Lebanon: Learning from failure. *Social Science & Medicine*, 123(4), 45-54.
- Etiaba, E., Uguru, N., Ebenso, B., Russo, G., Ezumah, N., Uzochukwu, B., & Onwujekwe, O. (2015). Development of oral health policy in Nigeria: An analysis of the role of context, actors and policy process. *BMC Oral Health*, 15(1), 56.
- Gilson, L., Doherty, J., Lake, S., McIntyre, D., Mwikisa, C., & Thomas, S. (2003). The SAZA study: Implementing health financing reform in South Africa and Zambia. *Health Policy and Planning*, 18(1), 31-46.
- Hill, M. (2005). *The Public policy process* (4th ed.). Harlow: Pearson Education Limited.
- Jones, M. D., & McBeth, M. K. (2010). A narrative policy framework: Clear enough to be wrong? *Policy Studies Journal*, 38(2), 329-353.
- Knoepfel, P., Larrue, C., Varone, F., & Hill, M. (2007). *Public policy analysis*. Bristol: Policy Press.
- McBeth, M. K., Shanahan, E. A., Arnell, R. J., & Hathaway, P. L. (2007). The intersection of narrative policy analysis and policy change theory. *Policy Studies Journal*, 35(1), 87-108.
- McGinnis, M. D. (2011). An introduction to IAD and the language of the Ostrom workshop: A simple guide to a complex framework. *Policy Studies Journal*, 39(1), 169-183.
- Morgan, R., Green, A., & Boesten, J. (2013). Aligning faith-based and national HIV/AIDS prevention responses? Factors influencing the HIV/AIDS prevention policy process and response of faith-based NGOs in Tanzania. *Health Policy and Planning*, 29(3), 313-322.
- Mushtaq Khan, M. (2006). *Health policy analysis: The case of Pakistan*. Maastricht: Maastricht University.
- Odoch, W. D., Kabali, K., Ankunda, R., Zulu, J. M., & Tetui, M. (2015). Introduction of male circumcision for HIV prevention in Uganda: Analysis of the policy process. *Health Research Policy and Systems*, 13(1), 31.

- Onoka, C. A., Hanson, K., & Hanefeld, J. (2014). Towards universal coverage: A policy analysis of the development of the national health insurance scheme in Nigeria. *Health Policy and Planning*, 30(9), 1105-1117.
- Ratliff, E. A., Kaduri, P., Masao, F., Mbwambo, J. K., & McCurdy, S. A. (2016). Harm reduction as a complex adaptive system: A dynamic framework for analyzing Tanzanian policies concerning heroin use. *International Journal of Drug Policy*, 30(1), 7-16.
- Ryder, D. (1996). The analysis of policy: Understanding the process of policy development. *Addiction*, 91(9), 1265-1270.
- Seddoh, A., & Akor, S. A. (2012). Policy initiation and political levers in health policy: Lessons from Ghana's health insurance. *BMC Public Health*, 12(1), 10.
- Shanahan, E. A., Jones, M. D., & McBeth, M. K. (2011). Policy narratives and policy processes. *Policy Studies Journal*, 39(3), 535-561.
- Shearer, J. C., Abelson, J., Kouyaté, B., Lavis, J. N., & Walt, G. (2016). Why do policies change? Institutions, interests, ideas and networks in three cases of policy reform. *Health Policy and Planning*, 31(9), 1200-1211.
- Smith, S. L. (2014). Political contexts and maternal health policy: Insights from a comparison of south Indian states. *Social Science & Medicine*, 100(4), 46-53.
- Tarin, E., Green, A., Omar, M., & Shaw, J. (2009). Policy process for health sector reforms: A case study of Punjab province (Pakistan). *The International Journal of Health Planning and Management*, 24(4), 306-325.
- Walt, G., & Gilson, L. (1994). Reforming the health sector in developing countries: The central role of policy analysis. *Health Policy and Planning*, 9(4), 353-370.
- Walt, G., & Gilson, L. (2014). Can frameworks inform knowledge about health policy processes? Reviewing health policy papers on agenda setting and testing them against a specific priority-setting framework. *Health Policy and Planning*, 29(3), 6-22.
- Walt, G., Shiffman, J., Schneider, H., Murray, S. F., Brugha, R., & Gilson, L. (2008). Doing health policy analysis: Methodological and conceptual reflections and challenges. *Health Policy and Planning*, 23(5), 308-317.
- Zulu, J. M., Kinsman, J., Michelo, C., & Hurtig, A. K. (2013). Developing the national community health assistant strategy in Zambia: A policy analysis. *Health Research Policy and Systems*, 11(1), 24.