

The Intervening Factors of Evidence-Based Educational Policy in the Education and Promotion of Students' Health and Their Evaluation from the Point of View of Experts: A Mixed Study

Parisa Mohammadi¹ , Behnam Talebi^{1*} , Mahasti Alizadeh² 

¹ Department of Educational Administration, Educational Sciences Faculty, Islamic Azad University, Tabriz Branch, Tabriz, Iran

² Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

ARTICLE INFO

Article Type:

Original Article

Article History:

Received: 1 Sep 2024

Accepted: 8 Sep 2024

ePublished: 18 Nov 2024

Keywords:

Evidence-Based,
Health Education,
Policy,
Policymaking

Abstract

Background. The use of evidence-based policymaking in education policy and student health promotion can enhance the precision and reliability of policies. The current study aimed to identify the intervening factors of evidence-based educational policy and the possibility of improving them in the education and promotion of students' health.

Methods. The current study employed a mixed-methods design, combining qualitative and quantitative approaches, utilizing thematic analysis and survey methods. In 2022, the study began by exploring the perceptions of experts and policymakers through semi-structured interviews with 18 participants. In the next step, a questionnaire was administered to 366 school principals to assess the extent to which intervening factors in the education system can be addressed. The qualitative phase employed a purposeful sampling method, while the quantitative phase utilized proportional random sampling. In order to ensure the accuracy of information in the qualitative phase, triangulation method was used, and in the quantitative phase, data model fit evaluation was conducted using first-order and second-order confirmatory factor analyses. Qualitative data analysis was done using Esterberg's thematic analysis method, and quantitative data was done using a one-sample t-test.

Results. Based on the themes extracted from the research, the obstacles of evidence-based educational policymaking in the education and health promotion of students included a lack of dynamism of research policy and evidence collection, a lack of political decision-making, resource limitations, the evidence-policy gap, a lack of science uptake, and the possibility of paying attention to each of them in the educational system, which is regarded above average.

Conclusion. The effective application of evidence-based educational policy requires attitudinal changes at the higher and macro levels of the educational system and health education.

Mohammadi P, Talebi B, Alizadeh M. The Intervening Factors of Evidence-Based Educational Policy in the Education and Promotion of Students' Health and Their Evaluation from the Point of View of Experts: A Mixed Study. *Depiction of Health*. 2024; 15(4): xxx-xxx. doi: 10.34172/doh.2024.32. (Persian)

* Corresponding author; Behnam Talebi, E-mail: btalebi1972@gmail.com



Extended Abstract

Background

Health education, as a central component of health services and health promotion, has gained great importance by increasing awareness of the social determinants of health or by promoting activities that correct these factors. The health of children, adolescents, and young people is completely related to their healthy behaviors in life, which are primarily shaped by schools. Thus, health education is an important issue in schools due to its lasting effect on students. Based on educational policies, schools pursue health education and promotion using different methods. In this regard, schools can achieve their goals in the field of students' health by designing and using appropriate policies. Researchers believe that there is a growing consensus that the existing arrangements for policymaking in education are far from optimal. One of the policy-making approaches that can be said to have a great impact on the health education of students is the use of evidence-based policymaking, which follows the belief and understanding of how evidence may affect the direction of a policy. It can lead to direct and indirect benefits such as access to optimal information, increasing the effectiveness of prevention programs and policies, greater productivity of the workforce, and more systematic use of public and private resources. The knowledge-policy gap in public health is widely known and the importance of using all types of evidence for the development of health promotion has been emphasized. On the other hand, there is limited research focused on planning to enhance health literacy and awareness through school health programs. Considering the failure of educational policies of schools, the neglect of the evidence-based policy approach, and the lack of research related to the barriers to the application of evidence-based policies in promoting the health of students, this study sought to answer the question of which factors in evidence-based policymaking interfere in the education and promotion of students' health, and to what extent is it possible to pay attention to these factors and eliminate them?

Methods

This mixed exploratory research was conducted in 2022 using a sequential qualitative-quantitative approach. The qualitative method employed was thematic analysis, while the quantitative method used was a survey. The qualitative phase of the study included participants who were experts and policymakers in the field of education and health. The quantitative phase aimed to assess the feasibility of paying attention to the intervening factors in the real environment and in practice. The statistical population included principals of

primary, lower secondary, and upper secondary schools in the education districts of Tabriz, totaling 2,590 principals. The sampling method at this stage was the relative stratified random method based on the district, and each district had a share in the sample equal to its share in the society. A total of 366 people were selected for the purpose of the study. To collect data, the elements and concepts of the model extracted from the qualitative phase were organized into dimensions and items, which were then included in a questionnaire distributed to the research sample. In quantitative data analysis, first-order and second-order confirmatory factor analyses were conducted using PLS software to evaluate the fit of the data model. Upon confirming the fit of the model, a one-sample t-test was run in SPSS software.

Results

According to the demographic findings of the qualitative phase of the research, 14 of the participants were university faculty members, and four of them were non-academic faculty members. Four participants had previous experience of high management within the health and educational systems at the provincial level. Two participants held high political positions, four were experts in educational sciences, and 14 were health experts. Thirty sub-themes were extracted from the coding of the interview texts using the thematic analysis of five themes. The themes extracted from the thematic analysis included a lack of dynamism of research policy and evidence collection, a lack of political decision, resource limitation, the evidence-policy gap, and a lack of science uptake.

Conclusion

Based on the findings of this study, it can be stated that the common term "evidence-based policymaking" is still vague and incomprehensible for policymakers, managers, and those who directly deal with it. This ambiguity is mostly due to the lack of provision of evidence-based policymaking requirements. It depends on the evidence as well as the obstacles of this type of policy in the field of education and health promotion of students. The lack of specific approaches and relying on long-term plans, as well as the lack of continuous attention to the institutionalization of regular and systematic collection of evidence, along with the lack of stability of managers and the lack of transparency, can significantly hinder the formation of a suitable context for evidence-based policy in education and promotion of the health of students. Based on the findings, it is suggested that in order to improve evidence-based policymaking in education and promotion of the health

of students, infrastructure barriers in the areas of financial, material, human, and informational resources should be taken into consideration. Additionally, efforts

should be made to reduce the evidence-policy gap by fostering partnerships and mutual trust between policymakers and researchers.

Proof

عوامل مداخله‌گر سیاست‌گذاری آموزشی مبتنی بر شواهد در آموزش و ارتقا بهداشت دانش‌آموزان و ارزیابی آنها از دیدگاه متخصصین: یک مطالعه ترکیبی

پریسا محمدی^۱، بهنام طالبی^{۱*}، مهستی علیزاده^۲

^۱ گروه مدیریت آموزشی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، تبریز، ایران

^۲ گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

چکیده

زمینه. استفاده از سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در سیاست‌گذاری آموزش و ارتقای بهداشت دانش‌آموزان می‌تواند صحت و دقت سیاست‌ها را ارتقا دهد. پژوهش حاضر، عوامل مداخله‌گر سیاست‌گذاری آموزشی مبتنی بر شواهد در آموزش و ارتقا بهداشت دانش‌آموزان را شناسایی و آنها را از دیدگاه متخصصین مورد ارزیابی قرار داده است.

روش کار. مطالعه حاضر ترکیبی با رویکرد متوالی کیفی-کمی با روش تحلیل مضمون و پیمایشی می‌باشد. در سال ۱۴۰۱، ابتدا برای مطالعه دیدگاه خبرگان و سیاست‌گذاران حوزه آموزش و سلامت، دیدگاه ۱۸ نفر با استفاده از مصاحبه نیمه ساختاریافته بررسی شد. در مرحله بعدی، میزان امکان بهبود عوامل مداخله‌گر در نظام آموزشی با مطالعه دیدگاه ۳۶۶ نفر مدیر مدرسه با استفاده از پرسش‌نامه بررسی شده است. روش نمونه‌گیری بخش کیفی پژوهش، هدفمند و در بخش کمی تصادفی طبقه‌ای نسبی بود. به‌منظور احراز صحت اطلاعات در بخش کیفی پژوهش از روش مثلث‌سازی و در بخش کمی از ارزیابی برازش مدل داده‌ها با تحلیل عاملی تاییدی مرتبه اول و دوم استفاده شد. تحلیل داده‌های کیفی با روش تحلیل تماتیک استربرگ (Esterberg's Thematic Analysis) و داده‌های کمی با آزمون T تک نمونه‌ای صورت پذیرفت.

یافته‌ها. بر اساس مضامین مستخرج از پژوهش، عوامل مداخله‌گر در مضامین: عدم یویایی سیاست تحقیق و گردآوری شواهد، فقدان اراده سیاسی، محدودیت منابع، شکاف شواهد-سیاست و عدم جذب علم قابل دستهبندی بوده و امکان توجه به هر یک از آنها در نظام آموزشی در حد بالاتر از متوسط می‌باشد.

نتیجه‌گیری. کاربست اثربخش سیاست‌گذاری آموزشی مبتنی بر شواهد، تغییرات نگرشی در سطوح عالی و کلان نظام آموزشی و آموزش بهداشت را می‌طلبد.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۰۶/۱۱

پذیرش: ۱۴۰۳/۰۶/۱۸

انتشار برخط: ۱۴۰۳/۰۸/۲۸

کلیدواژه‌ها:

مبتنی بر شواهد،

آموزش بهداشت،

سیاست،

سیاست‌گذاری

مقدمه

سیاست‌ها، می‌توانند اهداف خود در حوزه سلامت دانش‌آموزان را تحقق بخشند.^۱ پژوهشگران معتقدند ترتیبات موجود برای سیاست‌گذاری در آموزش و پرورش از بهینه فاصله دارد.^۲ یکی از رویکردهای سیاست‌گذاری که تأثیر زیادی در آموزش سلامت دانش‌آموزان دارد، استفاده از سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد است. این رویکرد سیاست‌گذاری آموزشی به دنبال باور و درک این‌که چگونه شواهد ممکن است بر جهت یک سیاست تأثیر بگذارد، اتفاق می‌افتد^۳ و می‌تواند مزایای مستقیم و غیرمستقیم مانند: دسترسی به اطلاعات بهینه، افزایش ثمربخشی

آموزش سلامت به عنوان عنصر کلیدی خدمات بهداشتی و ارتقاء سلامت، با افزایش آگاهی نسبت به عوامل تعیین‌کننده اجتماعی سلامت و یا از طریق ارتقاء فعالیت‌های اصلاح‌کننده این عوامل، اهمیت بالایی دارد. سلامت کودکان، نوجوانان و جوانان کاملاً به رفتارهای بهداشتی آنها مرتبط است و مدارس به‌عنوان منشا اصلی شکل‌گیری رفتارهای بهداشتی با امر مهم آموزش بهداشت سر و کار دارند.^۱ مدارس بر اساس سیاست‌های آموزشی، با شیوه‌های مختلف، آموزش و ارتقاء بهداشت را دنبال می‌نمایند. در این راستا مدارس با طراحی و کاربرد مناسب

* پدیدآور رابط: بهنام طالبی، آدرس ایمیل: btalebi1972@gmail.com



برنامه‌ها و سیاست‌های پیشگیری، بهره‌وری بیشتر نیروی کار و استفاده سیستماتیک‌تر از منابع عمومی و خصوصی را به دنبال داشته باشد.

سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد رویکردی است که در آن شواهد علمی، ویژگی برجسته سیاست‌ها هستند و استفاده از شواهد در سیاست‌گذاری، فرآیندهای تصمیم‌گیری را به دنبال دارد که حول تحلیل‌های پیش‌بینی‌کننده متمرکز می‌شوند.^۵ پژوهشگران سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد را ابزار کلیدی در راستای تامین سلامت و بهداشت عمومی و ارتقا آن در سطحی بالاتر از فقدان بیماری یا سطح خوب سلامتی در ابعاد جسمانی و روانی برای همه گروه‌های سنی می‌دانند.^۶ سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در حوزه سلامت، اطمینان از دستیابی به بهترین و به‌روزترین شواهد پژوهشی و قضاوت درباره پایایی و کاربرد شواهد به‌صورت نظام‌مند و شفاف است. اقدامات سیاستی مبتنی بر شواهد، سلامت جمعیت را برای چندین دهه بهبود بخشیده است. سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد به تصمیم‌گیری در مورد پروژه‌ها و برنامه‌ها در هر مرحله با استفاده از شواهد برای اطلاع‌رسانی به فرآیند سیاست‌گذاری، به جای هدف قرار دادن مستقیم اهداف سیاست، کمک می‌کند و جنبه‌های سیاست عمومی در سلامت و سلامت در همه سیاست‌ها را در برمی‌گیرد.^۷ این رویکرد سیاست‌گذاری، بهترین شواهد موجود در مورد نتایج برنامه را برای هدایت تصمیم‌گیری‌ها در تمام مراحل فرآیند سیاست‌گذاری فراهم می‌کند و اهمیت استفاده از آن در تصمیمات بر اساس محدودیت منابع آشکارتر می‌شود.^۸

پژوهشگران استفاده از رویکرد سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد را با موانع متعددی مواجه می‌دانند، آنچنان‌که در کل، عدم استفاده از شواهد در دستور کار سیاست‌های آموزش و ارتقا سلامت، غالب است.^۹ و استفاده از شواهد، هنوز به‌عنوان یک نقطه تمرکز ظاهر نشده است.^{۱۰} و این امر متأثر از اختلاف در زمینه‌های سیاسی و دانشگاهی است. این اختلاف به‌عنوان "شکاف کاربست" بین شواهد و سیاست‌گذاری یا شکاف بین پژوهشگران و سیاست‌گذاران، مطرح شده است.^{۱۱} و بسیاری از کشورهای در حال توسعه در حوزه سیاست‌های آموزش بهداشت یا بهداشت مدارس، برنامه‌های جامع یا قانونی مشخصی ندارند.^{۱۲} تبادل پژوهش و سیاست دشوار است و اغلب به دلایلی مانند انگ، فقدان

اراده سیاسی یا ظرفیت‌سازی ناکافی دانش شکست می‌خورد. علاوه بر این، منابع انسانی و مالی، هم برای خدمات سلامت و هم برای ظرفیت پژوهشی، بسیار محدود هستند، اغلب، منابع به مسائل مهم سیاست توزیع می‌شوند و تحت تأثیر اولویت‌بندی سیاست کمک‌های خارجی قرار می‌گیرند.^{۱۳}

در ایران نیز، نتایج برخی پژوهش‌ها غفلت از آموزش بهداشت در مدارس را نشان داده است. توجه به مقوله‌هایی همچون سلامت، تغذیه و سبک زندگی در مدارس در پایین‌ترین حد نسبت به سایر مقوله‌ها قرار دارد.^{۱۴} برنامه درسی از نظر آموزش بهداشت روان وضعیت مناسبی ندارد.^{۱۵} امیدی و همکاران نیز ضرورت آموزش خودمراقبتی در مدارس را گزارش نموده‌اند.^{۱۶} جعفری و همکاران غفلت مدارس از بهداشت بلوغ را گزارش نموده‌اند.^{۱۷} همچنین تحقیقات نشان داده است هنوز شکاف بزرگی بین بخش‌های بهداشت و آموزش وجود دارد.^{۱۸} و علی‌رغم باور اساسی به نقش کلیدی نظام آموزشی در آموزش و ارتقا بهداشت، این باور به‌طور عملی در سازمان‌دهی نظام‌های آموزشی دیده نمی‌شود.^{۱۹} و کشور ایران نیز از این وضعیت مستثنی نمی‌باشد. همچنین شکاف دانش - سیاست در بهداشت عمومی به‌طور گسترده‌ای شناخته شده است و اهمیت استفاده از انواع شواهد برای توسعه ارتقای سلامت نیز، مورد تأکید قرار گرفته است.^{۲۰} از طرفی دیگر تحقیقات در حوزه برنامه‌ریزی برای ارتقا سواد سلامت و آگاهی‌های بهداشتی از طریق برنامه‌های بهداشتی در مدرسه حداقل است.^{۲۱}

با توجه به ناموفق بودن سیاست‌های آموزشی مدارس، غفلت از رویکرد سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد و خلاء پژوهشی مرتبط با بازدارنده‌های کاربست سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در ارتقا سلامت دانش‌آموزان؛ این پژوهش به دنبال پاسخ به این سوال می‌باشد که عوامل مداخله‌گر در سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در آموزش و ارتقا سلامت دانش‌آموزان کدامند و امکان توجه به این عوامل و برطرف کردن آنها در چه حدی می‌باشد؟

روش کار

این پژوهش ترکیبی با رویکرد متوالی کیفی - کمی در سال ۱۴۰۱ انجام شد. روش مورد استفاده در بخش کیفی عبارت از روش تحلیل مضمون و روش تحقیق مورد

تعدادی از کدهای باز مشابه، بارها تکرار می‌شدند که در موارد این‌چنینی یک کد مناسب برای ادغام آن‌ها در نظر گرفته شد. کدهایی نیز ظاهر می‌شدند که هر چند امکان ادغام آن‌ها نبود، تعلق آن‌ها به یک دسته بارز بود و در یک دسته طبقه‌بندی شدند. ۵- کدگذاری متمرکز: در این مرحله، سطر به سطر با تمرکز بر کدهایی که در مرحله کدبندی باز به دست آمده بودند، مرور شد. کدهای مشابه در یک برگه زیر هم نوشته شدند تا نهایتاً به یک کد متمرکز تبدیل شوند و به این ترتیب مضمون‌های اصلی و زیرمضمون‌ها تعیین شدند.^{۲۱} به‌منظور احراز اعتبار تحقیق از معیار اعتمادپذیری بر اساس معیارهای لینکلن و گوبا (Lincoln & Guba) شامل: قابل قبول بودن، انتقال‌پذیری، قابلیت اطمینان و تاییدپذیری استفاده شده است.^{۲۲} در این مرحله با استفاده از مثلث‌سازی، از بازبینی ۱۰ نفر از مشارکت‌کنندگان، ۴ نفر از خبرگان غیر مشارکت‌کننده و نیز بازبینی توسط اعضای گروه پژوهش در پژوهش استفاده شد. مثلث‌سازی وسیله‌ای آزمایش‌شده و آزموده‌شده برای ارائه کامل بودن، به‌ویژه در تحقیق با روش ترکیبی است. هنگامی که چندین نوع مثلث‌سازی به‌عنوان «وضعیت ذهنی مثلث‌سازی» به‌طور مناسب مورد استفاده قرار می‌گیرد، به مفهوم تبلور نزدیک می‌شود، که امکان تنوع بی‌نهایت زوایای رویکرد را فراهم می‌کند.^{۲۳}

مرحله کمی تحقیق به دنبال ارزیابی دیدگاه متخصصان در توجه به عوامل مداخله‌گر در محیط واقعی و در عمل بوده است. جامعه آماری شامل مدیران مدارس مقاطع ابتدایی، دوره اول و دوره دوم متوسطه نواحی آموزش و پرورش تبریز به تعداد ۲۵۹۰ مدیر بود؛ که به تفکیک نواحی شامل، ناحیه ۱: ۵۲۰ نفر، ناحیه ۲: ۴۳۸ نفر، ناحیه ۳: ۵۳۲ نفر، ناحیه ۴: ۶۴۸ نفر، ناحیه ۵: ۴۵۲ نفر بودند. شیوه نمونه‌گیری در این مرحله، روش تصادفی طبقه‌ای نسبی بر اساس ناحیه بود و هر یک از نواحی معادل سهم خود در جامعه، در نمونه هم سهم داشتند. شیوه نمونه‌گیری در انتخاب مقطع تحصیلی مدارس و جنسیت تصادفی طبقه‌ای بوده است به این صورت که سهم ناحیه در نمونه ابتدا به سه قسمت مساوی در بین مقاطع سه‌گانه تقسیم و سپس سهم هر مقطع نیز به دو قسمت مساوی برای زنان و مردان تقسیم می‌شد. حجم نمونه در این مرحله تابعی از جدول کرجسی و مورگان بود که به ازای ۲۵۹۰ مدیر در جامعه آماری، ۳۳۶ نفر در گروه نمونه

استفاده در بخش کمی، روش پیمایشی بوده است. بر این اساس عوامل مداخله‌گر در سیاست‌گذاری آموزشی مبتنی بر شواهد، در مرحله پژوهش کیفی شناسایی شده‌اند و در راستای ارزیابی عوامل مداخله‌گر در سیاست‌گذاری آموزشی مبتنی بر شواهد از دیدگاه متخصصان، نتایج مستخرج از پژوهش کیفی، در مرحله پژوهش کمی با استفاده از روش پیمایشی به‌وسیله پرسش‌نامه اقدام شده است. ابزار گردآوری داده در بخش کیفی مصاحبه نیمه ساختار یافته بود. مشارکت‌کنندگان این تحقیق در مرحله کیفی خبرگان و سیاست‌گذاران در امر آموزش و سلامت بودند. معیارهای ورود به مطالعه برای انتخاب مشارکت‌کنندگان عبارت بودند از: برخورداری از تحصیلات دکتری تخصصی در حوزه علوم تربیتی و یا آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، سیاست‌گذاری، مدیریت در حوزه‌های آموزش یا سلامت، برخورداری از حداقل ۳ سال تجربه کاری در حوزه آموزش و ارتقا سلامت و یا سیاست‌گذاری، داشتن حداقل دو مقاله علمی پژوهشی در حوزه سواد سلامت یا ارتقا سلامت یا سیاست‌گذاری، داشتن حداقل ۲ سال سابقه مدیریت عالی یا میانی در مرکز آموزش سلامت یا دو سال عضویت در شورای سیاست‌گذاری. روش نمونه‌گیری، هدفمند از نوع انتخاب موارد بارز و گلوله برفی بوده است. نمونه‌گیری در این مرحله تا رسیدن به اشباع داده‌ها انجام و با ۱۸ نفر مصاحبه انجام شد. طولانی‌ترین مصاحبه از لحاظ زمانی ۷۰ دقیقه و کوتاه‌ترین آن از لحاظ زمانی ۴۰ دقیقه طول کشیده بود. میانگین مدت زمان مصاحبه‌ها ۵۸ دقیقه بود. مصاحبه عمدتاً بر سوال اصلی پژوهش و عوامل مداخله‌گر در استفاده از سیاست‌گذاری آموزشی مبتنی بر شواهد در آموزش و ارتقا سلامت دانش‌آموزان متمرکز بوده است. از روش تحلیل تماتیک استربرگ (Esterberg's Thematic Analysis) برای تحلیل مصاحبه‌ها در پنج گام زیر استفاده شد. ۱- مدیریت داده‌ها: در این گام اطلاعات هر مصاحبه اعم از تاریخ انجام مصاحبه، طول مدت مصاحبه و مکان مشخص و متن مصاحبه‌ها تایپ و آماده تحلیل شدند. ۲- درگیری با داده‌ها: در این گام درگیری اولیه با متن اتفاق افتاد و متن مصاحبه‌ها حداقل سه بار خوانده شدند. ۳- کدگذاری باز: در این گام، زیر عباراتی که مستقیم یا غیرمستقیم اشاره به «بازدارنده‌ها» داشتند، خط کشیده شد. در موارد غیرمستقیم کد مدنظر پژوهشگر در کنار سطر مربوطه حاشیه‌نویسی شد. ۴- توسعه تم: در این گام

سیاست‌گذاری و سیاست‌گذاران برخوردار نیستند. بر اساس نتایج حاصل از کدگذاری، پژوهش‌ها و فرآیندهای پژوهشی مرتبط با سیاست‌گذاری در آموزش و ارتقا بهداشت دانش‌آموزان پویایی کافی برای پاسخ به نیازهای سیاست‌گذاران را ندارند. مشارکت‌کنندگان با عبارات مختلفی به عوامل مداخله‌گر اشاره نموده‌اند؛ نمونه‌هایی از نقل‌قول‌ها در زیر ارائه شده است:

"فرآیندهای پژوهشی با این وضعیتشان، مانع این نوع سیاست‌گذاری است" (مشارکت‌کننده شماره ۸).
"پژوهش‌های تکراری نشان‌دهنده خیلی از ضعف‌های موجود هست و نامناسب بودن رویه‌های موجود ساختاری را رو می‌کند" (مشارکت‌کننده شماره ۷). "هدف مشخصی را تعقیب نمی‌کنند و نمی‌توان از آنها شواهد سیاست‌گذاری جمع کرد" (مشارکت‌کننده شماره ۱). "در فرآیندهای جاری، اعتبار تخصیصی شما در حوزه پژوهش در حدی نیست که بتواند به مسائل اساسی بپردازد و اگر هم چنین باشد رویه‌های تقسیم اعتبار بین طرح‌های مختلف پژوهشی بیشتر به منظور جذب اعتبار اتفاق می‌افتد نه جذب بهینه آن" (مشارکت‌کننده شماره ۴).

مضمون دوم: فقدان اراده سیاسی

بر اساس این مضمون، سیاست‌گذاران به دلایل مختلفی از زیر بار سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد شانه خالی می‌کنند و در واقع وضعیت موجود سیاست‌گذاری نشان می‌دهد سیاست‌گذاران به دنبال حل سریع مسائل هستند در حالی که گردآوری شواهد معتبر، الزامات مختلفی لازم دارد و یکی از آن الزامات زمان و ابزارهای معتبر گردآوری شواهد و اعتبارسنجی آنهاست. می‌توان گفت به این دلیل که پاسخگویی در مورد سیاست‌ها رایج نیست و گرایش به راه‌حل‌های کوتاه‌مدت غلبه بیشتری دارد، عزم سیاسی لازم در سیاست‌گذاران در راستای استفاده از سیاست‌گذاری آموزشی مبتنی بر شواهد در آموزش و ارتقا سلامت دانش‌آموزان به وجود نیامده است. مشارکت‌کنندگان عمدتاً معتقد به غلبه دیدگاه‌های سیاسی به جای دیدگاه‌های علمی و نیز اهداف قائم به سیاست‌گذار به جای اهداف قائم به برنامه در سیاست‌گذاری آموزش و ارتقا بهداشت دانش‌آموزان بوده‌اند و معتقد بودند سیاست‌گذاران بیشتر علاقه‌مندی‌های خود را توجه می‌کنند تا شواهد پژوهشی و اراده پایداری برای استفاده از شواهد در سیاست‌گذاری

انتخاب شدند. دلیل استفاده از سهم برابر در نواحی، مقاطع و جنسیت این بود که این پژوهش به دنبال بررسی اثرات احتمالی متغیرهای جمعیت‌شناختی همچون جنسیت، ناحیه آموزش و پرورش یا مقطع تحصیلی نبوده است. در مجموع از دو جامعه آماری تعداد ۳۶۶ نفر انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. برای گردآوری داده‌ها، عناصر و مفاهیم مدل استخراج شده از بخش کیفی، در قالب ابعاد و گویه‌ها در یک پرسش‌نامه تنظیم و در اختیار نمونه پژوهش قرار گرفت. پرسش‌نامه در ۵ مضمون یا عامل مداخله‌گر و ۳۰ زیرمضمون یا مولفه به صورت گویه با مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت تنظیم و از پاسخ‌دهنده‌ها خواسته شد امکان توجه به عوامل مداخله‌گر و برطرف نمودن آنها بر اساس ظرفیت‌های بالقوه نظام آموزشی را از ۱ تا ۵ درجه‌بندی نمایند. در تحلیل داده‌های کمی ابتدا با آزمون تحلیل عاملی تاییدی مرتبه اول و دوم با استفاده از نرم‌افزار PLS برازش مدل داده‌ها از لحاظ اندازه‌گیری، ساختاری و کلی ارزیابی شد و پس از تأیید برازش مدل، از آزمون T تک نمونه‌ای با نرم‌افزار SPSS استفاده گردید.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های جمعیت‌شناختی مرحله کیفی پژوهش، تعداد ۱۴ نفر از مشارکت‌کنندگان عضو هیات علمی دانشگاه و ۴ نفر غیر هیات علمی بودند. ۴ نفر از مشارکت‌کنندگان دارای سابقه مدیریت عالی نظام سلامت و نظام آموزشی در سطح استان و ۲ نفر نیز دارای مقام سیاسی عالی بودند. ۴ نفر از مشارکت‌کنندگان متخصص علوم تربیتی و ۱۴ نفر از آنان متخصص سلامت بودند. از کدگذاری متون مصاحبه‌ها با استفاده از تحلیل تماتیک، ۵ مضمون و ۳۰ زیرمضمون استخراج گردید. کدها بر اساس اشتراک معنایی جملات نقل شده از مشارکت‌کنندگان به دست آمده و به همین ترتیب کدهایی که دارای اشتراکات معنایی بوده‌اند، به صورت مضمون و زیرمضمون دسته‌بندی شده‌اند (جدول ۱). مضامین مستخرج از تحلیل تماتیک عبارتند از:

مضمون اول: عدم پویایی تحقیق و گردآوری شواهد

منظور از این مضمون ناتوانی فرآیندهای پژوهشی در گردآوری شواهد مورد نیاز برای سیاست‌گذاران می‌باشد. بر اساس این مضمون، ساختار و فرآیندهای موجود پژوهشی از پویایی مناسب، کافی و معتبری برای پاسخ به نیازهای

آموزش و ارتقا بهداشت دانش‌آموزان وجود ندارد. نمونه‌هایی از نقل قول‌ها در زیر ارائه شده است:

"سیاست‌گذاران تصمیمی برای استفاده از سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد نداشته‌اند، طبیعی است که سیاست‌مداران، تمایلی به داده‌های پژوهشی نداشته باشند، آنها به دنبال تحقق تصمیمات‌شان در سریع‌ترین زمان ممکن هستند" (مشارکت‌کننده شماره ۱۳). "بیشتر وقت‌ها سیاست‌گذاران، اصلاً پژوهش را قبول ندارند و معتقدند فقط به درد کلاس درس می‌خورد" (مشارکت‌کننده شماره ۱۱). "علم حاصل از پژوهش در بیشتر جاهای دنیا، در مقابل قدرت مدیران عالی کم می‌آورد، و سیاست‌گذاران بیشتر اقتدارگرایانه عمل می‌کنند و نیازی به استفاده از داده و شواهد حس نمی‌کنند" (مشارکت‌کننده شماره ۱۴). "از موانع اصلی سیاست‌گذاری همین سیاسیون هستند، لذا تصمیم کلیدی به معنای عزم جدی، در این راستا به وجود نمی‌آید، یک دلیلش همین هست که سیستم اداری سیاست‌گذاران را به دلیل سیاست غلط مورد سوال قرار نداده است و دلیلی ندارد از نظر شخصی عدول کنند و به سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد رو بیاورند" (مشارکت‌کننده شماره ۷). "ساختار اداری کشور در سطح سیاست‌گذاری این است که اساساً الزامی در سیاست‌گذاران برای استفاده از کارشناسی و داده‌های معتبر به وجود نیآورده است" (مشارکت‌کننده شماره ۹).

مضمون سوم: محدودیت منابع

منظور از این مضمون، موانع ناشی از محدودیت منابع در استفاده از سیاست‌گذاری آموزشی مبتنی بر شواهد در آموزش و ارتقا سلامت دانش‌آموزان می‌باشد. محدودیت منابعی همچون نیروی انسانی متخصص و پژوهشگران خبره، سامانه‌های نرم‌افزاری به‌روز، و منابع مالی برای پروژه‌های گردآوری شواهد، پناه آوردن به سیاست‌گذاری بدون اتکا به شواهد را به سیاست‌گذاران تحمیل می‌کند. مشارکت‌کنندگان یکی از عوامل مداخله‌گر در سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در آموزش و ارتقا بهداشت دانش‌آموزان را محدودیت منابع در گردآوری شواهد و چالش‌های ناشی از آن می‌دانند. بر این اساس چنانچه اراده‌ای هم برای گردآوری و کاربست شواهد در سیاست‌گذاری وجود داشته باشد، منابع کافی و شایسته برای این امر در اختیار نمی‌باشد. نمونه‌هایی از نقل قول‌ها در زیر ارائه شده است:

"علی‌رغم حیف و میل اعتبارات در مواردی هم ممکن هست اعتبار کافی برای پژوهش در مورد مساله‌ای تخصیص پیدا نکند" (مشارکت‌کننده شماره ۱۶). "برای تهیه شواهد، زیرساخت‌های مختلفی لازم هست که خیلی از آنها مثل نیروی انسانی مناسب یا منابع کافی فراهم نیست" (مشارکت‌کننده شماره ۱۴). "واگذاری کارگردآوری شواهد به پیمانکاران چالش‌های خودش را دارد" (مشارکت‌کننده شماره ۹).

مضمون چهارم: شکاف شواهد- سیاست

این مضمون به پایین بودن تعامل پژوهشگران و سیاست‌گذاران اشاره دارد؛ به طوری که این دو دسته از افراد ذینفع در سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد، زبان مشترکی ندارند و یا از درک پایین مشترکی نسبت به مسائل جاری برخوردارند. مشارکت‌کنندگان معتقدند، عمدتاً بین سیاست‌گذاران و پژوهشگران گردآورنده شواهد، بی‌اعتمادی نسبی وجود دارد. بر این اساس سیاست‌گذاران، پژوهش و گردآوری شواهد را فعالیتی آکادمیک می‌دانند و اعتقادی به استفاده از آن به‌عنوان راهکار ندارند. پژوهشگران نیز سیاست‌گذاران را علاقه‌مند به کرسی نشاندن ایده‌هایشان می‌شناسند که گرایشی به استفاده از شواهد پژوهشی در سیاست‌گذاری ندارند. نمونه‌هایی از نقل قول‌ها در زیر ارائه شده است:

"نوعی بی‌اعتمادی متقابل بین گردآورندگان شواهد و سیاستمداران وجود دارد" (مشارکت‌کننده شماره ۱۳). "انگیزه‌ها و علاقمندی‌های سیاست‌گذاران و محققان متخصص متفاوت است" (مشارکت‌کننده شماره ۷). "متخصصان چندان جایگاهی در گردآوری شواهد معتبر ندارند، بیشتر صاحبان قدرت مهم‌اند" (مشارکت‌کننده شماره ۳).

مضمون پنجم: توجه پایین به زیرساخت‌های جذب علم

این مضمون به عدم جذب علم در سیاست‌گذاری اشاره دارد و به این معنی است که یا علم سفارشی برای سیاست‌گذاران و در راستای حل مسائل جاری در حد پایینی است و یا میزان جذب علوم تولید شده توسط پژوهشگران در سیاست‌گذاری پایین است و کمتر به جذب علم در سیاست‌گذاری توجه شده است. می‌توان گفت عدم جذب علم یکی از موانع عمده استفاده از سیاست‌گذاری آموزشی مبتنی بر شواهد در آموزش و ارتقا سلامت دانش‌آموزان می‌باشد. مشارکت‌کنندگان نبود علم باز و زیرساخت‌های آن

را از عوامل مداخله‌گر سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در ارتقا و آموزش بهداشت دانش‌آموزان گزارش نموده‌اند. بر این اساس امکان تولید علم به‌منظور جذب آن در سیاست‌گذاری و نیز امکان جذب علم تولید شده در سیاست‌گذاری پایین است و دلیل آن نبود پیش‌بینی‌های لازم در راستای جذب علم می‌باشد. نمونه‌هایی از نقل‌قول‌ها در زیر ارائه شده است:

"این‌که پژوهش‌ها عملاً مفید نیستند و به درد نمی‌خورند هم مانع هست و هم عامل ضرورت

سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد" (مشارکت‌کننده شماره ۱۲). "پژوهش سفارشی در کشور مرسوم نیست و یا به درستی اجرا نشده است" (مشارکت‌کننده شماره ۹). "شاید سرمایه‌گذاری تخصصی در زیرساخت‌های پژوهش فراهم نشده است و یا مثل دیگر اموراتمان، دچار آفت‌هایی شده است" (مشارکت‌کننده شماره ۶).

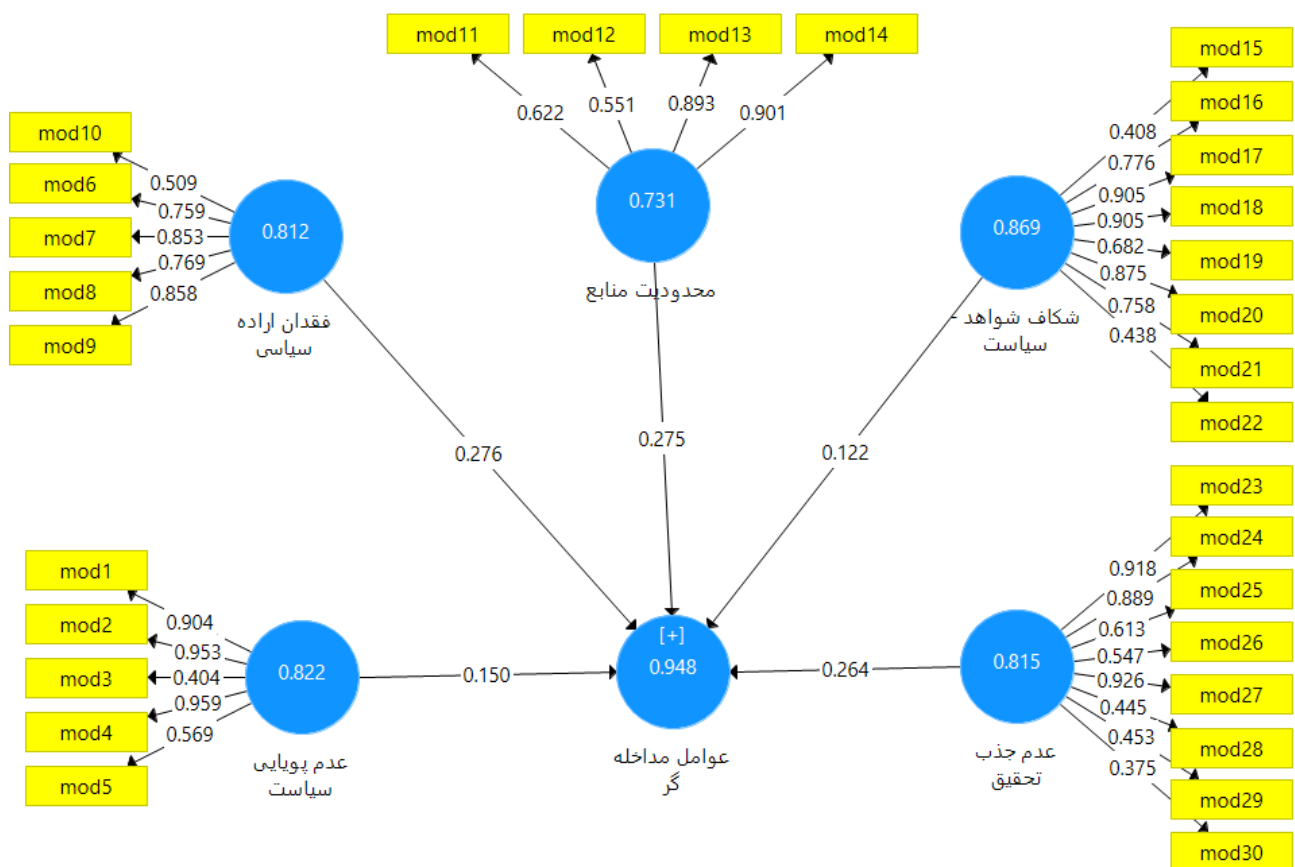
جدول ۱، کدها، زیرمضمون‌ها و مضمون‌های حاصل از کدگذاری را نشان می‌دهد.

جدول ۱. مضمون‌ها و زیرمضمون‌های بازدارنده‌های سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در آموزش و ارتقا بهداشت دانش‌آموزان

شماره مضمون	مضمون	زیرمضمون
۱	عدم پویایی تحقیق و گردآوری شواهد	نبود نظام پژوهشی مشخص به‌روز نبودن پژوهش‌ها نبود ضرورت پاسخگویی ضرورت جذب اعتبار به هر شکلی منابع ناکافی
۲	فقدان اراده سیاسی	علاقه‌مندی به بازدهی کوتاه‌مدت نبود باور نسبت به پژوهش سیاست‌زدگی غلبه تجربه و قدرت بر علم نهادینه نبودن تکیه بر پژوهش و شواهد
۳	محدودیت منابع مالی و انسانی	نگاه کوتاه‌مدت به حل مسائل و محدودیت زمانی منابع ناکافی گردآوری شواهد نیروی متخصص ناکافی هزینه بالای برون‌سپاری
۴	شکاف شواهد-سیاست	نفوذ نخبگان سیاست‌گذاری انگ زدن بی‌علاقگی سیاست‌گذاران به داده‌ها و شواهد کمال‌گرایی سیاست‌گذاران بی‌اعتمادی سیاست‌گذاران به پژوهشگران دانشگاهی نفوذ گروه‌های بازیگر سیاسی در سیاست‌گذاران نبود زبان مشترک بین پژوهشگران و سیاست‌گذاران بی‌اعتمادی پژوهشگران به فرآیندهای گردآوری شواهد از مجاری رسمی
۵	توجه پایین به زیرساخت‌های جذب علم	نبود جایگاه مشخص یافته‌های پژوهشی مساله محور نبودن پژوهش‌ها عدم دسترسی به داده‌ها دقیق نبودن برخی از پژوهش‌ها نبود پژوهش‌های طولی ارزیابی وابستگی پژوهش‌ها به تخصیص منابع سالانه مهارت‌های ناکافی پژوهشگری در سیاست‌گذاران نبود مشارکت متقابل

درصد دانشجوی دکترای تخصصی و ۴ درصد (۱۴ نفر) فارغ‌التحصیل دکترای تخصصی بوده‌اند. برای مطالعه میزان امکان توجه به عوامل مداخله‌گر در نظام آموزشی، ابتدا در راستای اعتبارسنجی داده‌ها، برازش مدل حاصل از داده‌ها با نرم‌افزار PLS و آزمون تحلیل عاملی تاییدی مرتبه اول و دوم ارزیابی شده است. نتایج ارزیابی برازش مدل اندازه‌گیری، مدل ساختاری و مدل کلی داده‌ها به شرح زیر بوده است (شکل ۱ و ۲).

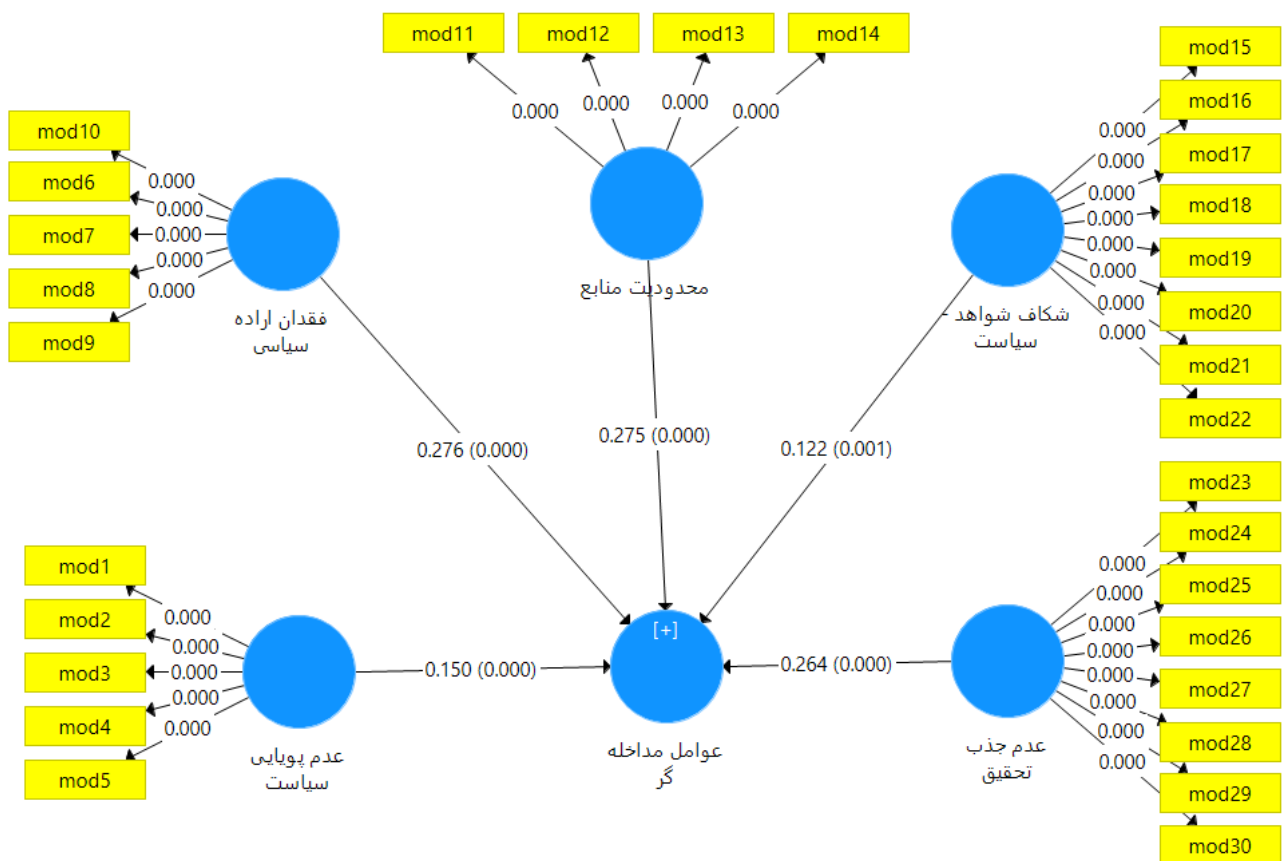
ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه مورد مطالعه در مرحله کمی پژوهش نشان می‌دهد، بیشترین تعداد (۱۴۹ نفر) با ۴۴ درصد دارای سابقه خدمتی بالاتر از ۲۰ سال و کمترین تعداد (۸۲ نفر) با ۲۴ درصد دارای سابقه خدمت کمتر از ۱۰ سال بوده‌اند. بیشترین تعداد (۱۵۳ نفر) با ۴۵ درصد دارای سابقه مدیریت ۱۰ تا ۲۰ سال و کمترین تعداد (۴۲ نفر) با ۱۲ درصد دارای سابقه مدیریت کمتر از ۵ سال بوده‌اند. بیشترین تعداد (۱۷۲ نفر) با ۵۱ درصد دارای تحصیلات کارشناسی ارشد و کمترین تعداد (۱۳ نفر) با ۳/۹



شکل ۱. ارزیابی مدل اندازه‌گیری عوامل مداخله‌گر بر اساس بارهای عاملی گویه‌ها و پایایی ترکیبی

همچنین مقادیر داخل دایره نشان‌دهنده مقدار پایایی ترکیبی می‌باشد که در همه مولفه‌ها بالای ۰/۷ گزارش شده است و معتبر می‌باشد.

بر اساس شکل ۱، با توجه به این که مقادیر بار عاملی همه گویه بالاتر از ۰/۳ بوده‌اند در مدل نهایی استخراجی حفظ شده‌اند و همه گویه‌های با بار عاملی بالای ۰/۳ می‌توانند برآورد مناسبی از مقوله عوامل مداخله‌گر باشند.



شکل ۲. ارزیابی مدل ساختاری عوامل مداخله گر بر اساس مقادیر سطح معناداری روابط متغیرها

همچنین مقدار پایایی ترکیبی باید از مقدار روایی همگرا بزرگتر باشد. مقادیر بار عاملی $0/40$ یا بالاتر از آن در عبارت‌ها و پایایی ترکیبی $0/70$ یا بالاتر از آن و نیز مقدار روایی همگرای $0/50$ یا بالاتر از آن در مولفه‌های سازه نشان‌دهنده روایی آن می‌باشد.^{۲۵} جدول ۲، مقادیر روایی همگرا و واگرایی هر یک از عوامل مداخله‌گر را نشان می‌دهد.

در ارزیابی برازش مدل کلی داده‌ها، میانگین ضریب تعیین برابر با $0/80$ و میانگین مقادیر اشتراکی برابر با $0/43$ می‌باشد؛ مقدار نیکویی برازش کلی (GOF) مدل برابر با $0/58$ برآورد شده است. بر این اساس می‌توان گفت، با توجه به این که این شاخص با مقدار $0/58$ بالاتر از $0/36$ می‌باشد، مدل از نیکویی برازش و اعتبار بالایی برخوردار است.

با توجه به شکل ۲، مقدار T در همه گویه‌ها و نیز روابط بین مولفه‌ها با سازه اصلی، بالای $1/96$ و سطح معناداری کمتر از $0/05$ بوده و مدل ساختاری از برازش مناسبی برخوردار می‌باشد. فقدان اراده سیاسی با ضریب مسیر $0/27$ بیشترین رابطه معنادار و شکاف شواهد- سیاست با ضریب مسیر $0/12$ کمترین رابطه معنادار با عوامل مداخله‌گر سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد را دارا هستند.

همچنین روایی همگرا به روش فورنل و لارکر (Fornell & Larcker) با شاخص میانگین واریانس استخراج شده (Average Variance Extracted) محاسبه شد و در همه مولفه‌ها بالاتر از $0/50$ و معتبر بوده است. روایی واگرا بر اساس معیار نسبت (Heterotrait-Monotrait) (HTMT) برآورد گردیده است که با توجه به این که کمتر از $0/90$ می‌باشد، معتبر و نشان‌دهنده روایی واگرایی معتبر می‌باشد. فورنل و لارکر معتقدند روایی همگرا زمانی وجود دارد که میانگین واریانس استخراج شده از $0/50$ بزرگتر باشد.^{۲۴}

جدول ۲. مقادیر روایی همگرا و واگرا عوامل مداخله‌گر

متغیر	روایی همگرا (AVE)	روایی واگرا (HTMT)
عوامل مداخله‌گر	۰/۸۲	۰/۶۱
عدم پویایی سیاست تحقیق	۰/۶۲	۰/۷۶
فقدان اراده سیاسی	۰/۵۷	۰/۸
محدودیت منابع مالی و انسانی	۰/۵۷	۰/۷۸
شکاف سیاست- شواهد	۰/۵۵	۰/۸۲
عدم جذب علم	۰/۵۱	۰/۸۷

نتایج این آزمون در جدول ۳، می‌توان گفت امکان توجه به هر یک از عوامل مداخله‌گر در نظام آموزشی در سیاست‌گذاری آموزشی مبتنی بر شواهد آموزش و ارتقا بهداشت دانش‌آموزان، از دیدگاه مدیران مدارس در حد بالاتر از متوسط می‌باشد.

با توجه به تایید برآزش مدل داده‌ها، مدل استخراج شده معتبر بوده و نیاز به اصلاح ندارد و بر این اساس از آزمون T تک نمونه‌ای برای بررسی وضع موجود امکان توجه به هر یک از عوامل مداخله‌گر در نظام آموزشی در سیاست‌گذاری آموزشی مبتنی بر شواهد آموزش و ارتقا بهداشت دانش‌آموزان، به کار گرفته شده است. با توجه به

جدول ۳. نتایج آزمون T تک نمونه‌ای امکان توجه به عوامل مداخله‌گر در نظام آموزشی

متغیر	میانگین نظری	میانگین داده‌ها	اختلاف میانگین	مقدار T	درجه آزادی	سطح معناداری	وضعیت امکان توجه
عوامل مداخله‌گر	۹۰	۱۱۳/۵۳	۲۳/۵۳	۳۶/۴۱	۳۳۵	۰/۰۰۰	بالای متوسط
عدم پویایی سیاست تحقیق	۱۵	۱۹/۱۵	۴/۱۵	۲۸/۷۷	۳۳۵	۰/۰۰۰	بالای متوسط
فقدان اراده سیاسی	۱۵	۱۸/۸۲	۳/۸۲	۲۸/۳۴	۳۳۵	۰/۰۰۰	بالای متوسط
محدودیت منابع مالی و انسانی	۱۲	۱۵/۱۱	۳/۱۱	۲۲/۶۲	۳۳۵	۰/۰۰۰	بالای متوسط
شکاف سیاست- شواهد	۲۴	۳۰/۳۳	۶/۳۳	۳۱/۴۵	۳۳۵	۰/۰۰۰	بالای متوسط
عدم جذب علم	۲۴	۳۰/۰۹	۶/۰۹	۲۶/۸۹	۳۳۵	۰/۰۰۰	بالای متوسط

بحث

سیاست‌گذاری موثرند و این توافق که مشارکت سیاست‌گذاران در برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌ها، می‌تواند فرآیند انتقال شواهد به سیاست را تقویت کند، بالاترین امتیاز را داشت.^{۳۶} لیلی و همکاران در یک مطالعه مروری عوامل تأمین مالی، رهبری، همکاری بین بخشی، اهداف روشن، شاخص‌های عملکرد و ساختارهای سازمانی را به‌عنوان عوامل موثر در کاربست شواهد در سیاست‌گذاری معرفی نموده‌اند.^{۳۷} سرقینی و همکاران کمبود منابع، مشکلات مدیریتی، برنامه‌ریزی نامناسب و عدم مشارکت را از موانع سیاست‌گذاری در آموزش و پرورش گزارش نموده‌اند.^{۳۸} راجوار و همکاران سرمایه‌گذاری فزاینده در مراکز و روش‌های سنتز تحقیقاتی،^{۳۹} ایبورایم (Eboireime) و همکاران استفاده از روش‌های تحقیق مشارکتی، استفاده از سیستم‌ها و شبکه‌های موجود، حمایت از بهبود بودجه و مالکیت برای تحقیق، و استفاده از استراتژی‌های کاربست دانش حساس به زمینه را، به‌عنوان تسهیل‌کننده

نتایج پژوهش حاضر نشان داد؛ عوامل مداخله‌گر سیاست‌گذاری آموزشی مبتنی بر شواهد در آموزش و ارتقا بهداشت دانش‌آموزان، در مضامین: عدم پویایی سیاست تحقیق و گردآوری شواهد، فقدان اراده سیاسی، محدودیت منابع، شکاف شواهد- سیاست و عدم جذب علم قابل دسته‌بندی می‌باشند و امکان توجه به هر یک از عوامل مداخله‌گر در نظام آموزشی در سیاست‌گذاری آموزشی مبتنی بر شواهد آموزش و ارتقا بهداشت دانش‌آموزان از دیدگاه مدیران مدارس در حد بالاتر از متوسط می‌باشد. این یافته‌ها با یافته‌های برخی پژوهش‌های اخیر همچون پژوهش یونک (Uneke) و همکاران،^{۳۶} لیلی (Lilly) و همکاران^{۳۷} و راجوار (Rajwar) و همکاران^{۳۸} همسو است. یونک و همکاران در مطالعه خود نشان دادند؛ ساختارهای نهادی، بودجه و دیدگاه‌های سیاست‌گذار در مورد تعاملات محقق-سیاست‌گذار در کاربست شواهد در

نتیجه‌گیری

کاربست سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در آموزش و ارتقا بهداشت دانش‌آموزان، با عوامل مداخله‌گر اساسی در سطوح خرد و کلان مواجه است. به نظر می‌رسد در اغلب موارد، توجه به جنبه‌های تحلیلی طرح‌های عمده و گردآوری شواهد مورد غفلت واقع شده و نقش داده‌ها به عنوان "آگاهی" کمتر مورد توجه قرار گرفته است. بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت عبارت رایج "سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد" هنوز برای سیاست‌گذاران و مدیران، یعنی کسانی که مستقیماً با آن عبارت سر و کار دارند، مبهم و غیر قابل درک است و دلیل این موضوع بیشتر به فراهم نبودن الزامات سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد و نیز موانع این نوع سیاست‌گذاری در حوزه آموزش و ارتقا بهداشت دانش‌آموزان برمی‌گردد. نبود رویکردهای مشخص و متکی بر برنامه‌های بلندمدت و نیز عدم توجه مداوم به نهادینه‌سازی جمع‌آوری منظم و سیستماتیک شواهد در کنار عدم ثبات مدیران و نبود شفافیت می‌تواند آفت بزرگی در شکل‌گیری بستر مناسب برای سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در آموزش و ارتقا بهداشت دانش‌آموزان باشد. توجه به عوامل مداخله‌گر در راستای سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در آموزش و ارتقا بهداشت دانش‌آموزان، نیاز به بازنگری‌های اساسی در حوزه تدوین، اجرا و ارزیابی سیاست‌ها را بیشتر نمایان می‌سازد. به‌طور کلی می‌توان گفت، بازدارنده‌های کلیدی در استفاده از سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در آموزش و ارتقا بهداشت دانش‌آموزان وجود دارد که عمدتاً بر محوریت نبود منابع کافی و شکاف شواهد-سیاست، که به سادگی قابل جرح و تعدیل نیستند، می‌باشد و حوزه‌های مختلف مادی، انسانی و مالی را هم در نظام آموزش و پرورش و هم در نظام بهداشت و درمان دربرمی‌گیرد. محدودیت عمده این پژوهش، توجه به بازدارنده‌های سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در آموزش و ارتقا سلامت دانش‌آموزان در مدارس بوده و به سایر خدمات سلامت برای دانش‌آموزان توجه نشده است. همچنین داده‌ها از طریق شیوه نمونه‌گیری هدفمند گردآوری شده است و انتخاب مشارکت‌کنندگان در پژوهش تصادفی نبوده است. بر اساس یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود، در راستای بهبود سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در آموزش و ارتقا

سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد معرفی نموده‌اند.^{۲۹} کیمب (Cambe) و همکاران راه‌اندازی پایگاه‌های عمومی برای اطلاعات علمی^{۳۰} و باینز (Baynes) و همکاران انجام تحقیقات محلی، تقویت مهارت‌های پژوهشی کارکنان و مشارکت سیاست‌گذاران در پژوهش‌ها را توصیه نموده‌اند.^{۳۱} گرین (Green) و همکاران تأثیر ائتلاف‌ها، شبکه‌ها، استفاده از شواهد، روایت‌ها و چارچوب‌بندی، عوامل نهادی و سیاسی، و اهمیت نظام‌های ارزشی و اعتقادی و هنجارهای اجتماعی-فرهنگی بر سیاست‌گذاری در ارتقا سلامت را موثر می‌دانند.^{۳۲} ریچمن و وایزر (Reichmann & Wieser) معتقدند رویکرد علم باز، یک امید مبتنی بر درک غیر قابل توجیه ساده‌ای از رابطه علم-سیاست است که عبارات کلیدی ("تاثیر علم" و "جذب علم") را تعریف‌نشده باقی می‌گذارد. این دو پژوهشگر نشان داده‌اند که، هم علم باز و هم ادبیات مربوط به بستن شکاف شواهد و سیاست، بهبود ارتباطات را به عنوان یک استراتژی قابل اجرا توصیه می‌کنند.^{۳۳} ووتروبا (Votruba) و همکاران^{۳۴} مدل سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در سلامت را برای کشورهای با درآمد متوسط و پایین‌تر طراحی و بر ائتلاف بازیگران، توجه به زمینه‌ها، ارتباطات و مشارکت تأکید نموده‌اند.

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت؛ پذیرش سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد توسط سیاست‌گذاران می‌تواند سایر عوامل مداخله‌گر در استفاده از سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد را تحت تاثیر قرار داده و شرط اصلی استفاده از این رویکرد باشد. با پذیرش کاربرت این رویکرد، اراده سیاسی لازم در سیاست‌گذاران برای کاربرت این رویکرد ایجاد می‌شود، زمینه ساختاری مناسبی برای کاهش شکاف سیاست - پژوهش فراهم می‌شود، فرآیندهای تخصیص و جذب اعتبارات پژوهشی و فرآیندهای مرتبط با آن بهبود می‌یابد، منابع کافی و مناسبی آماده‌سازی و تخصیص می‌یابد و رویه‌ها و ساختار مناسبی برای جذب علم و تاثیر آن در سیاست‌گذاری تدوین می‌گردد. در واقع آگاهی و نگرش مثبت نسبت به کاربرت سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در آموزش و ارتقا بهداشت، در کنار پشتیبانی رهبری، منابع انسانی توانمند، مشارکت‌ها و همکاری‌های موفق می‌تواند ظرفیت‌های استفاده از آن را ارتقا دهد و عوامل مداخله‌گر را پشت سر بگذارد.

موضوع پژوهش، ساختاردهی آن و نظارت بر فرآیند پژوهش و مهستی علیزاده در نظارت بر طراحی تحقیق، فرآیند گردآوری داده‌های میدانی و تحلیل داده‌ها مشارکت داشته‌اند و نسخه نهایی مقاله مورد تایید همه نویسندگان می‌باشد.

منابع مالی

این پژوهش از حمایت مالی خاصی برخوردار نبوده است.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله مستخرج از رساله دکترای تخصصی با شناسه IR.SSRC.REC.1400.114 می‌باشد. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی شامل امانت‌داری در نقل نتایج پژوهش‌های منتشر شده مورد توجه بوده است و کارآزمایی بالینی خاصی استفاده نشده است.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند هیچ‌گونه تعارض منافی در این مقاله وجود ندارد.

References

1. Conner BW, Weller KG, Biondi MV, Allen AR, Rescigno MK, Resnik JL, et al. High school health education: The impact of medical student led instruction in northern Nevada high schools. *Prev Med Rep.* 2021; 24: 1-6. doi: 10.1016/j.pmedr.2021.101512
2. Chote B, McKelvie-Sebileau P, Swinburn B, Tipene-Leach D, D'Souza E. Culture of Healthy Eating and Food Environments, Policies, and Practices in Regional New Zealand Schools. *Int J Environ Res Public Health.* 2022; 19(11): 1-12. doi: 10.3390/ijerph19116729
3. Skerritt C. Towards a mechanism for expert policy advice in education. *Br Educ Res J.* 2023; 49(4): 749-765. doi: 10.1002/berj.3867
4. Chhetri D, Zacarias F. Advocacy for Evidence-Based Policy-Making in Public Health: Experiences and the Way Forward. *J Health Manag.* 2021; 23(1): 85-94. doi: 10.1177/0972063421994948
5. Dorren L, Wolf EEA. How evidence-based policymaking helps and hinders policy conflict.

سلامت دانش‌آموزان، بازدارنده‌های زیرساختی در حوزه‌های منابع مالی، مادی، انسانی و اطلاعاتی مورد توجه قرار گیرد و از طریق ایجاد مشارکت و اعتماد متقابل بین سیاست‌گذاران و پژوهشگران، شکاف شواهد- سیاست کمتر شود.

پیامدهای عملی پژوهش

نتایج این پژوهش می‌تواند به صورت تصمیمات و راهکارهای کاربردی در برطرف کردن موانع سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در آموزش و ارتقا بهداشت دانش‌آموزان در مدارس توسط سیاست‌گذاران نظام آموزشی و نظام بهداشت و درمان مورد استفاده قرار گیرد.

قدرانی‌ها

این مقاله بخشی از پژوهش رساله دکترای تخصصی در دانشگاه آزاد اسلامی تبریز می‌باشد. بر این اساس از مسئولین پژوهشی این واحد دانشگاهی سپاسگزاری می‌شود.

مشارکت پدیدآوران

پریرسا محمدی در گردآوری داده‌های میدانی، ادبیات پژوهش و تهیه گزارش نهایی، بهنام طالبی در طراحی اولیه

- Policy & Politics.* 2023; 51(3): 486-507. doi: 10.1332/030557321X16836237135216
6. Kothari A, Smith MJ. Public Health Policymaking, Politics, and Evidence. In: Integrating Science and Politics for Public Health. Cham: Springer International Publishing; 2022: 59-74. doi: 10.1007/978-3-030-98985-9
7. Rajwar E, Pundir P, Parsekar SS, D S A, D'Souza SRB, Nayak BS, et al. The utilization of systematic review evidence in formulating India's National Health Programme guidelines between 2007 and 2021. *Health Policy Plan.* 2023; 38(4): 435-453. doi: 10.1093/heapol/czad008
8. Votruba N, Ziemann A, Grant J, Thornicroft G. A systematic review of frameworks for the interrelationships of mental health evidence and policy in low- and middle-income countries. *Health Res Policy Syst.* 2018; 16(1): 1-17. doi: 10.1186/s12961-018-0357-2
9. Doshmangir L, Mostafavi H, Behzadifar M, Yazdizadeh B, Sajadi HS, Hasanpoor E, et al. Individual and institutional capacity-building for

- evidence-informed health policy-making in Iran: a mix of local and global evidence. *Health Res Policy Syst.* 2022; 20(1): 1-27. doi: 10.1186/s12961-022-00816-3
10. Alla K, Hall WD, Whiteford HA, Head BW, Meurk CS. How do we define the policy impact of public health research? A systematic review. *Health Res Policy Syst.* 2017; 15: 1-12. doi: 10.1186/s12961-017-0247-z
 11. Lehane E, Leahy-Warren P, O’Riordan C, Savage E, Drennan J, O’Tuathaigh C, et al. Evidence-based practice education for healthcare professions: an expert view. *BMJ Evid Based Med.* 2019; 24(3): 103-108. doi: 10.1136/bmjebm-2018-111019
 12. Moutselos K, Maglogiannis I. Evidence-based Public Health Policy Models Development and Evaluation using Big Data Analytics and Web Technologies. *Med Arch.* 2020; 74(1): 47-53. doi: 10.5455/medarh.2020.74.47-53
 13. Rahimi M, Rezaee M, Nateghi F. Investigating the Relationship between Human and Nature in the Curriculum of Human and Health Cluster of Secondary High School Course. *Environmental Education and Sustainable Development.* 2023; 11(3): 77-99. doi: 10.30473/EE.2023.61758.2441. (Persian)
 14. Hadidchi Z, Nateghi F, Seifi M. Assessment of the Current Status of Mental Health Education in the Secondary School Curriculum. *Journal of Educational Society.* 2020; 6(1): 121-131. doi: 10.22034/ijes.2021.242019. (Persian)
 15. Omidi G, hojjati A, Imanzadeh A. Representation of Experience of Self-Care in High School Students: A Phenomenological Study. *Applied Issues in Quarterly Journal of Islamic Education.* 2022; 7(1): 7-40. doi: 10.52547/qaiie.7.1.7. (Persian)
 16. Jafari A, Talebi B, Barghh I. Health Curriculum’s Neglect of Puberty Health, the Lived Experiences of Twelfth Grade Female Students. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing.* 2023; 11(2): 87-98. doi: 10.22034/IJPN.11.2.87. (Persian)
 17. Birch DA, Auld ME. Public Health and School Health Education: Aligning Forces for Change. *Health Promot Pract.* 2019; 20(6): 818-823. doi: 10.1177/1524839919870184
 18. Jordan EJ, Young SJ, Menachemi N. Expanding the Curriculum in a School of Public Health. *Front Public Health.* 2021; 9: 1-7. doi: 10.3389/fpubh.2021.700638
 19. van de Goor I, Hämäläinen RM, Syed A, Juel Lau C, Sandu P, Spitters H, et al. Determinants of evidence use in public health policy making: Results from a study across six EU countries. *Health Policy.* 2017; 121(3): 273-281. doi: 10.1016/j.healthpol.2017.01.003
 20. Peralta LR, Cinelli RL, Marvell CL. Health literacy in school-based health programmes: A case study in one Australian school. *Health Education Journal.* 2021; 80(6): 648-659. doi: 10.1177/00178969211003600
 21. Esterberg KG. *Qualitative Methods in Social Research.* McGraw-Hill; 2001.
 22. Pashayee J, Talebi B, Daneshvar Z. School Human Resource Development's Policymaking Model: A Grounded Theory Study. *School Administration.* 2021; 9(4): 148-161. doi: 10.34785/J010.2021.002
 23. Tobin GA, Begley CM. Methodological rigour within a qualitative framework. *J Adv Nurs.* 2004; 48(4): 388-396. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03207.x
 24. Garson GD. *Partial Least Squares: Regression and Structural Equation Models.* Asheboro: Statistical Associates Publishers; 2016.
 25. Abdali E, Talebi B, Khadivi A. Validation of Rosenberg Teachers' Occupational Stress Scale on Iranian Teachers. *Journal of Occupational Health and Epidemiology.* 2022; 11(4): 281-290. doi: 10.61186/johe.11.4.281
 26. Uneke CJ, Okedo-Alex IN, Akamike IC, Uneke BI, Eze II, Chukwu OE, et al. Institutional roles, structures, funding and research partnerships towards evidence-informed policy-making: a multisector survey among policy-makers in Nigeria. *Health Res Policy Syst.* 2023; 21(1): 1-11. doi: 10.1186/s12961-023-00971-1
 27. Lilly K, Kean B, Hallett J, Robinson S, Selvey LA. Factors of the policy process influencing Health in All Policies in local government: A scoping review. *Front Public Health.* 2023; 11: 1-10. doi: 10.3389/fpubh.2023.1010335
 28. Sarghini A, Talebi B, Omidali Hoseinzade. Elements of the educational policy model in schools (a systematic review). *J Educ Health Promot.* 2023; 12(1): 1-6. doi: 10.4103/jehp.jehp_221_22
 29. Eboime E, Ogwa O, Nnabude R, Aluka-Omitiran K, Banke-Thomas A, Orji N, et al. Engaging stakeholders to identify gaps and develop strategies to inform evidence use for health policymaking in Nigeria. *Pan Afr Med J.* 2022; 43(140): 1-16. doi: 10.11604/pamj.2022.43.140.36754
 30. Cambe MI, Botão C, Dulá J, Muamane E, Mahumane S, Alberto C, et al. The Use of Research for Health Systems Policy Development and Implementation in Mozambique: A Descriptive Study. *Glob Health Sci Pract.* 2022; 10(Suppl 1): S1-S11. doi: 10.9745/GHSP-D-21-00694
 31. Baynes C, Adedokun L, Awoonor-Williams JK, Hirschhorn LR. Learning Health Systems to Bridge

- the Evidence-Policy-Practice Gap in Primary Health Care: Lessons From the African Health Initiative. *Glob Health Sci Pract.* 2022; 10(Suppl 1): S1-S4. doi: 10.9745/GHSP-D-22-00390
32. Green C, Carey G, Joyce A. Application of theories of the policy process in research on consumption of sustainable diets: a systematic review. *BMC Public Health.* 2022; 22(1): 1-13. doi: 10.1186/s12889-022-13717-5
33. Reichmann S, Wieser B. Open science at the science-policy interface: bringing in the evidence?. *Health Res Policy Syst.* 2022; 20(1): 1-12. doi: 10.1186/s12961-022-00867-6
34. Votruba N, Grant J, Thornicroft G. The EVITA framework for evidence-based mental health policy agenda setting in low- and middle-income countries. *Health Policy Plan.* 2020; 35(4): 424-439. doi: 10.1093/heapol/czz179

PROOF