

دانش و قدرت در خط مشی گذاری برای بقای کودک در نیجر

چکیده :

در طی سال های اخیر، تاکید بر استفاده از شواهد علمی در خط مشی توسعه و سلامت بین الملل افزایش یافته است، با این حال، چارچوب های تحلیلی برای درک استفاده از شواهد به طور ویژه ای بر تحقیقات علمی متمرکز هستند و و منحصر با استفاده از داده ها و مشاهدات مربوط به کشور های غربی ایجاد شده اند. ما به بررسی فرایند های توسعه خط مشی سلامت در یک مطالعه موردی در نیجر می پردازیم که یک کشور کم درآمد در آفریقای غربی است که مدیریت یکپارچه مورد جامعه بیماری کودکی (iCCM) در 2007 را اتخاذ کرده و به کاهش قابل ملاحظه ای در مرگ و میر کودکان دست پیدا کرده است. جمع اوری داده ها شامل مصاحبه های عمقی با بازیگران خط مشی در نیجر (N=32)، مرور اسناد (N=103) و مشاهده مستقیم انجمن های سیاست (N=3) بود. تجزیه تحلیل داده از روش ردیابی روند استفاده کرده و از یک تعریف ارسطویی از دانش به صورت 1-معرفت (حقایق)، 2-تخنه¹ (مهارت ها) و 3-فرونسیس (حکمت عملی) بهره برده است، ضمن این که از یک دیدگاه نقادانه برای درک مسائل قدرت نیز استفاده می کند. تفاوت منحصر به فردی در دارایی خط مشی گذاران و استفاده از اشکال مدون دانش (معرفت) با دسترسی به مسئولان سیاست نیجر که این دسترسی از طریق بازیگران در سازمان های بین المللی تسهیل می شود مشاهده شد. خط مشی گذاران دولتی دارای مهارت ها و ظرفیت هایی (تخنه یا تکنیک) برای مذاکره با سازمان های خیریه و سنجش و سبک سنگین کردن ملاحظات متناقض می باشند. با این حال آن ها فاقد توانایی و منابع کافی برای ارزیابی و ثبت رسمی برنامه ها و درس گرفتن از آن ها به شکلی قابل اطمینان می باشند. حکمت عملی (فرونسیس) به عنوان کلیدی برای تشکیلات خط مشی iCCM به ویژه در میان بازیگران دولتی نیجر که از استدلال های منطقی و اخلاقی برای تصمیم گیری ها استفاده می کنند و از اهمیت زیادی برای موفقیت iCCM برخوردار هستند مطرح شده است. اگرچه دانش مدون منوط به قدرت اعضای بحث های سیاسی است که می توانند به آن دسترسی داشته باشند، این تنها بیانگر یک شکلی از دانش مورد استفاده در فرایند خط

¹ techne

مشی گذاری و نه مهم ترین آن ها می باشد. تحقیقات آینده در زمینه خط مشی مبتنی بر شواهد بایستی از تعاریف گسترده تر شواهد یا دانش استفاده کرده و به بررسی چگونگی تاثیر قدرت بر روی کاربرد دانش و چالش های خاص مربوط به محیط های سیاسی با منابع پایین پردازند.

کلمات کلیدی: نیجر، دانش، قدرت، خط مشی، تحلیل خط مشی، مرگ و میر کودکان، کشور های در حال توسعه

1- مقدمه

تصور بر این است که خط مشی گذاری مبتنی بر شواهد منجر به تولید سیاست ها و خط مشی های با کیفیت بالاتر می شود و زمانی که خط مشی بقای کودک در میان باشد، این میزان تولید سیاست ها و خط مشی های با کیفیت به طور فوق العاده ای بالا خواهد بود: هر ساله تقریباً 6 میلیون کودک زیر 5 سال، تقریباً در همه کشور های با درآمد پایین و متوسط (LMIC)، با سه عامل اصلی مرگ و میر یعنی پنومونی (ذات الریه) (15٪ از مرگ و میر)، اسهال (9٪)، و مالاریا (7٪) می میرند (لیو و همکاران 2012، یو و همکاران 2015). به منظور افزایش دسترسی به درمان فوری و موثر بیماری کودکان، خط مشی گذاران در سطح جهانی مدیریت یکپارچه مورد جامعه بیماری کودکی (iCCM) را توسعه داده اند که یک راهبرد مبتنی بر شواهد برای ارایه مراقبت های درمانی برای این سه بیماری است (یانگ و همکاران 2012). تا کنون، تقریباً همه کشور های افریقایی برخی از اشکال خط مشی (iCCM) را اتخاذ کرده اند (راساناتهان و همکاران 2014).

در طی سال های اخیر، علاقه زیادی به برداشت گام هایی در راستای تصمیم گیری مبتنی بر شواهد در خط مشی عمومی و سلامت جهانی بر اساس مشاهدات در دهه 1990 و 2000 میلادی مبنی بر این که خط مشی ها آنطور که باید منعکس کننده شواهد نمی باشند و این که حجم زیادی از تحقیقات مفید به هدر رفته اند، بوده است (دیویس و هاوودن-چاپمن 1996، هانی و همکاران 2003، لایویس و همکاران 2002). امروزه، مسیر های جدیدی در انواع دانش مرتبط با خط مشی گذاری سلامت ظهور کرده اند و این اجماع که مفاهیم اولیه شواهد که به صورت "آمار های استنباطی در مورد رویداد ها در جمعیت های که به طور آینده نگرانه مطالعه می شوند" بسیار تخصصی بوده و بایستی طوری توسعه یابد که شامل مطالعات مشاهداتی و کیفی و تحقیقات سیستم ها و خط مشی سلامت (بلک 2001، فاکس 2005، استروم 2002) می باشد. با این حال، این مسئله مشخص نیست که تا چه میزان این توصیه ها همراه با طرح های جهانی نظیر شبکه خط مشی مبتنی بر شواهد سازمان بهداشت

جهانی (EVIPNet) و پیمان HPSR که تولید گزارشات خط مشی، انواع مختلف تحقیقات و تحلیل رویکرد های خط مشی می کنند، به هدف گسترده اطلاع رسانی و آگاهی تصمیم گیران خط مشی سلامت در LMIC (روزنپهوم و همکاران 2011) دست پیدا کرده اند.

مرور منابع سیستماتیک با استناد بر مطالعاتی از کشور های غربی، موانع متعدد مربوط به استفاده از شواهد را در خط مشی گذاری از جمله شواهد کم کیفیت (یا شواهدی که اصلا وجود ندارند) (الیور و همکاران 2014 الف، ارتون و همکاران 2011)، عدم تماس بین خط مشی گذاران و محققان (اینور و همکاران 2002، ارتون و همکاران 2011) و مهارت های تحقیقاتی ناکافی خط مشی گذاران یا آگاهی کم از یافته های تحقیقات (الیور و همکاران 2014 الف، ارتون و همکاران 2011) شناسایی کرده اند. در عین حال، منابع خط مشی عمومی و سلامت عمومی تنها به تازگید به بررسی استفاده از شواهد در خط مشی گذاری در LMIC پرداخته و چالش های خاص مربوط به شرایط و محیط های کم درآمد را شناسایی کرده اند (رودریگز و همکاران 2015 ب، گرینلاگک و وینریکا 2011). اگرچه خط مشی گذاران در LMIC تقریبا شواهد را برای اتخاذ تصمیمات خط مشی گذاری خوب تلقی کرده اند (بارکت و همکاران 2012)، مطالعات موجود بر کاهش استفاده از شواهد مربوطه یا داده ها برای اطلاع رسانی در خصوص تصمیم گیری (گاپتا و همکاران 2003) یا موانع خاص استفاده از تحقیقات تاکید داشته اند که منعکس کننده موانع فوق الذکر برای کشور های غربی علاوه بر موانع سیاسی، بودجه ای و بروکراتیک است (اسارد و همکاران 2005، مابازی و گنزالس بلاک 2005، ولاک و همکاران 2009). علاوه بر مسائل مربوط به سرمایه گذاری کم تر در تحقیقات، دولت ها در LMIC نیز دارای منابع انسانی کمی جهت تخصیص دادن این منابع به فرایند های توسعه خط مشی به طور کمی و کیفی می باشند و این مسئله منجر به کاهش ظرفیت و تون ارزیابی شواهد و لحاظ کردن آن در خط مشی می شود (اوگوندانسی و همکاران 2015، الیور دی ساردان و تیدیننی الو 2012). مطالعات تجربی و نظری موجود بر روی خط مشی گذاری مبتنی بر شواهد به طور صریح یا غیر صریح بر جمع اوری و جذب شواهد تحقیقات آکادمیکی داوری شده و تعریف تخصصی از دانش منتسب به دیدگاه ها و مواضع معرفت شناختی عقل گرایانه که در پزشکی مبتنی بر شواهد یافت می شود، تاکید دارند. اگرچه خط مشی گذاران، خودشان شواهد را از جمله اشکال مختلف دانش فراتر از شواهد تحقیقاتی (برای مثال، تجربه عملی و دانش ضمنی) تفسیر می کنند، با این حال منابع سلامت عمومی تا کنون به طور عمده تفسیر نشده اند و این مسئله منجر به

تاکید کم تر بر ابعاد جامعه شناختی استفاده از دانش در توسعه خط مشی و به ویژه نقش قدرت شده است) گرینلاگ و ویرینگا 2011، الیویر و همکاران 2014 ب). این مسئله در مورد مطالعات رشته های دیگر از جمله جامعه شناسی، که در آن مفاهیم متناقض " خط مشی مبتنی بر شواهد" نظیر مفاهیم مربوط به خط مشی های تغییر اقلیم به طور گسترده ای مورد بررسی قرار می گیرند، (پیرس 2014، پیرس و همکاران 2014) و مطالعات علوم و فناوری، که در آن ها تئوری های " تولید هم زمان" برای بررسی شیوه تعامل کارشناسان فنی و جامعه برای تولید دانش پیشنهاد شده است (به شیوه ای که با سازو کار های اجتماعی سازمان دهی و کنترل ارتباط تنگاتنگ داشته باشند) کم تر صدق می کند (جاسنوف 2006). با توجه به این ملاحظات، تحلیل گران به محققان توصیه می کنند تا یک دیدگاه نقادانه را اتخاذ کرده و به بررسی پویایی قدرت در استفاده از شواهد در توسعه خط مشی در LMIC (باهکا و همکاران 2009، گرینهلک و ویریکا 2011، شیفمن 2014) بپردازند. به علاوه، گرینهلک و ویریکا استفاده از دیدگاه دانش یا شواهد ارسطویی را با سه مولفه پیشنهاد کرده اند: معرفت (حقایق یا دانش صریح از جمله شواهد تحقیقاتی)، تخته (مهارت یا عمل یا فضیلت فن) و فرونسیس (حکمت عملی متناسب با شرایط خاص). فرونسیس، که بی ثبات ترین مفهوم است، از دیرباز به صورت " احتیاط و حزم"² ترجمه شده است و اغلب اوقات به صورت توانایی به کارگیری قواعد کلی و عمومی به شرایط خاص تعریف می شود: این خود مستلزم ملاحظات عملی و اخلاقی در مورد نوع هدفی است که قرار است دنبال شود (مونتگومری 2006).

در این مقاله، ما یک مطالعه موردی را در خصوص استفاده از شواهد در فرایند توسعه خط مشی برای ICCM برای بیماری کودک در نیجر، که یک کشور کم درآمد در غرب افریقا بوده و از نظر تاریخی بیشترین نرخ مرگ و میر کودک را داشته و یکی از نخستین کشورهای افریقایی است که ICCM را پذیرفته است ارائه می کنیم. بر اساس نظر گرینهلگ و ویرینگا، ما به طور نقادانه به بررسی سه نوع دانش فوق الذکر پرداخته و نشان می دهیم که چگونه این ها در طی توسعه خط مشی با توجه ویژه به قدرت در سرتاسر فرایند خط مشی گذاری استفاده می شوند. در نهایت، ما یافته ها را خلاصه کرده، در مورد درس های فرا گرفته شده خلاصه سازی کرده و مسیر های آینده را برای تحقیقات در زمینه خط مشی گذاری مبتنی بر شواهد در LMIC پیشنهاد میکنیم.

2- روش ها

² prudence

در این تحقیق، از روش مطالعه موردی استفاده می کنیم که شکلی از تحقیقات مفید برای باز سازی تاریخی فرایند ها به منظور بررسی فرایند ها(پاپ و همکاران 2000)، شناسایی منابع دانش در خط مشی گذاری در نیجر و توضیح شیوه تاثیر گذاری قدرت بر استفاده از آن ها می باشد. منابع داده های ما شامل مصاحبه های نیمه ساختاری عمیق، یک بررسی اسناد و مشاهده مستقیم انجمن های خط مشی می باشند که همگی آن ها فنون و روش هایی مهم برای بررسی وضعیت های پیچیده و تجزیه تحلیل مکانیسم های علی و سببی مرتبط است. این روش ها و منابع داده ها برای مطالعات مربوط به خط مشی ملی به استثنای مشاهده مستقیم که به طور گسترده در مطالعات مربوط به استفاده از شواهد در خط مشی گذاری استفاده می شود مناسب هستند(هانی و همکاران 2003).

جمع اوری داده ها، در نیامی، پایتخت نیجر از فوریه تا آگوست 2012(جدول 1) اتفاق افتاد. ما از 103 سند مربوط به خط مشی iCCM ، مطالعه دقیق و استخراج سیستماتیک اطلاعات در خصوص مولف اسناد، اهداف، مستندات فنی و استدلال ها و دلایل کلیدی استفاده کردیم. مصاحبه ها با 32 شرکت کننده (28 کارشناس در داخل کشور) دخیل در توسعه خط مشی iCCM که از طریق مرور اسناد و نمونه برداری گلوله برفی شناسایی شده بودند انجام شد: طول متوسط مصاحبه ها 57 دقیقه بود. مصاحبه ها عمدتاً به زبان فرانسوی انجام شده و سپس به زبان ملی ترجمه شدند. از شرکت کننده های کلیدی در مورد منشا و علت خط مشی iCCM، رویداد های کلیدی در فرایند خط مشی و استفاده از شواهد و داده های علمی، دانش تجربی و سایر انواع اطلاعات مورد استفاده در زمان طراحی راهبرد سوالاتی پرسیده شد. در نهایت ما سه رویداد خط مشی ملی را در زمینه مسائل مربوط به iCCM و سلامت کودک در نیامی مشاهده کردیم یعنی کارگاه های سطح ملی که در آن ها خط مشی گذاران مراقبت های درمانی کودکان در سطح جامعه(نظیر بسته درمانی حداقل) را ارزیابی می کنند یا توسعه مراقبت های درمانی به شیوه های مختلف(برای مثال با افزایش دسترسی به مراقبت های نوزادان یا درمان خانگی مالاریا). مشاهده این رویداد ها به ما امکان بررسی و پایش مصاحبه شونده ها و سایر بازیگران خط مشی که در شرایط زندگی واقعی مذاکره سیاسی، شرایط مناسب برای شناسایی مسائل بحث انگیز و آشکار سازی روابط قدرت(هانسن 2012) تعامل می کنند را داد(هانسن 2012).

تحلیل داده ها بر اساس رد یابی روند بود، روشی که برای ترکیب منابع مختلف اطلاعات برای حداقل کردن آریبی، تثبیت الگوهای رایج علیت و آشکار سازی فرایند های اجتماعی و سیاسی(پاپ و همکاران 2000، شیفمن و

همکاران 2004) مفید است. ما با استناد به همه داده ها، از رد یابی روند برای ارایه توصیفی از فرایند خط مشی گذاری با جزئیات دقیق و توجه به سلسله مراتب (دالگیش و همکاران 2015) برای دست یابی به استنباط علی بر اساس داده های کیفی (کولیر 2011) استفاده کردیم. به طور ویژه، ما یک دیدگاه ملی از سیستم های دانش را با دسترسی جهانی با استفاده از رد یابی روند برای 1- ایجاد یک جدول زمانی از توسعه خط مشی (1960 تا 2013) 2- طبقه بندی و پایش و مسیر یابی استفاده از انواع مختلف دانش در میان بازیگران و به مرور زمان و 3- نشان دادن الگوهای بعدیت در تسهیم شواهد میان بازیگران، بررسی استناد ها و گزارشات مربوط به شیوه تکامل شواهد در شبکه خط مشی (لی و استرانگ 2007) اتخاذ کردیم. (اولین محقق) از رمز گذاری موضوعی برای مصاحبه ها و یادداشت های حاصل از مشاهده شرکت کننده ها بر اساس مقوله های نظری استخراج شده از منابع در خصوص خط مشی سلامت و خط مشی عمومی، بررسی کاربرد دانش، فرایند هایی نظیر یادگیری، استدلال و تعیین چارچوب و پویایی قدرت در خط مشی گذاری (الیور و همکاران 2014 الف، ارتون و همکاران 2011، ویس 1979) با استفاده از NVivo 9 (QSR 2010) استفاده کرد. ما هم چنین از کد های درون متنی جدید بر روی انواع مختلف دانش (برای مثال ارزش ها و ایده ها) و کاربرد دانش و شواهد در زمینه خط مشی استفاده کردیم. یافته ها به طور مکرر از طریق بحث (کتبی و شفاهی) میان اعضای تیم با کنترل تفاسیر و توسعه موضوعات حاصل از کد های مختلف تجزیه تحلیل شد. در نهایت، این نتایج با دسته بندی انواع مختلف دانش با استفاده از چارچوب ارسطویی و به کار گیری یک دیدگاه نقادانه (یعنی با در نظر گرفتن پویایی قدرت) در رویداد هایی که در سرتاسر فرایند خط مشی گذاری رخ می دهند، مجدد بررسی شدند (گرینهالک و ویرینگا 2011). این تحقیق توسط محققانی از موسسات غربی تامین مالی شده و انجام گردید و به این ترتیب لزوما منعکس کننده و بیانگر یک دیدگاه خارجی است: هدف ما بهبود روایی با ارایه نتایج اولیه در یک کارگاه آموزشی در نیامی در اکتبر 2012 (واکاوای اعضای نمونه)، بحث در مورد یافته ها با محققان محلی و توسعه بازخورد ها و تفکرات نقادانه (کرسول 2007) می باشد.

جدول 1: جمع اوری داده های اصلی

تعداد	بررسی اسناد
22	خط مشی دولتی رسمی اسناد و راهبرد های خط مشی ملی

	ابزار های پیاده سازی (راهنماها و دستور العمل آموزشی، برنامه ها و طرح های عملیاتی)
29	منابع " خاکستری " گزارشات پیش نویس، گزارشات داخلی و یادداشت ها ارایه های پاور پوینت در جلسات، کارگاه های آموزش، مشاوره ها، در خواست های تامین بودجه ارزیابی های میدانی و گزارشات میان مدت
31	داده ها و شواهد علمی مقالات مربوط به منابع علمی رساله های دکتری پیمایش های آماری مطالعات مربوط به تحقیقات عملی
21	سایر روابط عمومی، وب سایت ها، فکت شیت ها (برگه های حاوی اطلاعات) اعلامیه های حمایت و پشتیبانی توسط خیرین، شرکا و غیره اسناد و اساس نامه های حقوقی با اهمیت زیاد
103	مجموع مصاحبه های نیمه ساختاری
19	بخش دولتی مقامات وزارتی ارشد و سطح میانی در وزارت هانه های سلامت تولید مثل و سلامت کودک، سلامت جامعه، آموزش سلامت، تغذیه مسئولان در ادارات سلامت منطقه ای و برنامه ملی مالاریا (PNLP) متخصصان بالینی در بیمارستان ها و زایشگاه های ملی و مربیان IMCI وزارت ارتباطات (برنامه رادیو جامعه)
10	سازمان های خیریه و کمک های فنی برنامه بهداشت جهانی مسئولان برنامه نیجر- (سلامت کودک/تولید مثل) یونیسف: مدیران برنامه بقای کودک و ارتباطات سلامت نیجر کارکنان USAID مشغول در برنامه های AWARE-وBASICS, BASICS II RH
3	سازمان های مردم نهاد و جامعه مدنی کارکنان کشوری در سازمان های مردم نهاد توسعه محلی و بین المللی اعضا و رهبران اتحادیه های تخصصی کارکنان سلامت
32	مجموع مشاهده مستقیم انجمن های خط مشی گذاری

	کارگاه های اعتبار سنجی برای تایید بسته حداقل مراقبت های درمانی برای پست های سلامتی (نیامی، ژوئن 2012) کارگاه آموزشی ملی برای به اشتراک گذاری نتایج یک برنامه میدانی در خصوص مراقبت از نوزادان در سطح جامعه (نیامی، ژولای 2012) کارگاه های آموزشی در زمینه مراقبت های خانگی از مالاریا (نیامی، ژولای 2012)
3	مجموع

این تحقیق بخشی از مطالعه چند کشوری بر روی تدوین خط مشی ICCM در افریقا بود (بنت و همکاران 2014). این تحقیق تحت هیچ گونه بازنگری و بررسی اخلاقی توسط XXXX قرار نگرفته و مورد تایید کمیته اخلاق ملی نیجر و وزارت آموزش عالی و تحقیقات علمی قرار گرفت.

3-نتایج

بقای کودک از دیر باز به عنوان یک اولویت در خط مشی های سلامت در نیجر مطرح بوده است که قدمت آن به تیم های سلامت روستایی اواخر دهه 1970 تا اواسط 1990 میلادی و سپس مدیریت یکپارچه بیماری کودک (IMCI)، که یک راهبرد مبتنی بر تسهیلات است که در سرتاسر کشور از اواخر 1990 میلادی پیاده سازی می شود، بر می گردد. با توجه به نرخ بالای مرگ و میر کودکان هم در خانه و هم در جامعه، بحث های خط مشی و سیاست به درمان بیماری های کودکی در سطح جامعه معطوف شده است. در آوریل 2005، نمایندگان وزارت بهداشت نیجر (MOH) در یک جلسه ملی با پشتیبانی پروژه USAID's AWARE در داکار به منظور یادگیری از پروژه مدیریت مبتنی بر جامعه ذات الریه در سنگال، شرکت کردند (AWARE 2008). در همان سال، شرکای پروژه برای بازدید تعقیبی از درمان یکپارچه و در سطح جامعه مالاریا، اسهال و ذات الریه با مسئولان MOH در نیجر ملاقات کرده و اندکی بعد یک آزمایش میدانی بر روی ICCM در منطقه مادارونفا سازمان دهی شد. این پروژه به رهبری MOH با دستور العمل های آموزشی و سایر ابزار های پیاده سازی توسعه یافته با مشارکت AWARE، سازمان بهداشت جهانی و یونیسف انجام شد. پس از بازنگری و ارزیابی میان مدت مثبت در ژانویه 2007 و تامین بودجه در اکتبر 2007، مقیاس پروژه تحت قرار داد تامین مالی دو طرفه بین سازمان توسعه بین المللی کانادا و یونیسف افزایش یافت (AWARE 2008، هاماستو 2008). پروژه در همه مناطق تا پایان 2011 تکمیل شده و ارزیابی های بعدی نشان داد که کیفیت مراقبت های درمانی خوب بوده است (بنسید و گالی

2009، سیدو 2008) و ICCM کمک زیادی به کاهش های اخیر در مرگ و میر کودکان در نیجر کرده است) اموزو و همکاران (2012). توصیف دقیق رویداد ها در فرایند خط مشی گذاری برای ICCM در نیجر در مطالعات دیگر ارایه شده است (دالگیش و همکاران 2015).

نتایج نشان داد که سه نوع دانش مطرح شده توسط ارسطو در بهترین حالت به شکل زوجی بررسی شدند زیرا کاربرد و موارد استفاده آنها قابل تفکیک نبود. در این بخش، ما به بررسی سه موضوع کلیدی در استفاده از دانش توسط خط مشی گذاران می پردازیم: 1- استفاده از شواهد تحقیقات بین المللی (معرفت/تخنه) 2- یافتن راه حل های عمومی (تخته/فرونسیس) و 3- سیستم های سلامت غیر رسمی و تحقیقات خط مشی (فرونسیس/ معرفت).
3-1 استفاده از شواهد تحقیقات بین المللی (معرفت/تخنه)

شواهد علمی به عنوان مبنای اصلی ICCM مطرح بوده است: خط مشی گذاران اجماعا با این موضوع موافقت کرده تحقیقات اخیر مبنا و نقطه شروعی برای فرایند خط مشی گذاری می باشند. بازیگران خط مشی متعلق به گروه های مختلف (کارکنان وزارت خانه، متخصصان بالینی بخش عمومی، دست یاران فنی بین المللی، اعضای کارکنان سازمان های مردم نهاد محلی و بین المللی به طور مشترک این دیدگاه را دارند: با این حال آنها فاقد دسترسی مساوی و برابر به منابع علمی بوده و به این ترتیب روابط متفاوتی با دانش موجود در منابع علمی دارند. اگرچه بازیگران خط مشی در سازمان های مساعدت فنی بین المللی دارای دسترسی نسبتا خوبی به این منابع می باشند، دسترسی بازیگران دولتی نیجریه با محدودیت های مادی و موانع زبانی محدود بوده و آن ها به سازمان های شرکا به عنوان واسطه برای دست یابی به اطلاعات در مقالات علمی، متکی هستند.

مقامات دولتی نیجر نیز به قوانین، بخش نامه ها و دستور العمل های فنی بین المللی برای دست یابی به جدید ترین و بهترین تحقیقات علمی متکی هستند و خط مشی های خود را بر اساس آن ها پس از پذیرفتن آن ها و انطباق آن ها با شرایط کشور، بنیان می نهند:

" ما بر اساس قواعد و هنجار های بین المللی عمل می کنیم. بر اساس قواعد و هنجار های بین المللی است که بخشنامه ها و دستور العمل های بین المللی نیز ارایه می شوند. و ما این بخشنامه ها و دستور العمل ها را پذیرفته و آن ها را متناسب با شرایط خود اتخاذ می کنیم (NIG-2012-5-21، مسئول سطح میانی سلامت کودکان، MOH).

به علاوه، بازیگران سیاسی در سازمان های بین المللی نظیر سازمان بهداشت جهانی و یونیسف، انتشار دستور العمل ها را با معرفی آن ها به " اساتید برجسته و افراد ذی نفوذ در یک منصب برای پیشبرد بحث ها در زمینه خط مشی بقای کودکان(NIG-2012-8-2، مشاور بین المللی) تسهیل کرده است.

مطالعات علمی از هر نوع، به مدرت توسط مسئولان دولتی به طور داوطلبانه و خودجوش انجام شده اند و این منعکس کننده دسترسی محدود بازیگران دولتی به منابع علمی است. به گفته یکی از مسئولان نیجر که در MOH و یک سازمان بین المللی کار کرده است:

با داده های علمی، یک فرایند یاد گیری پیوسته وجود دارد. در هر زمان من می توانم اطلاعات کسب کنم(در سازمان بین المللی کنونی). با این حال وقتی که من از 2000 تا 2004 در وزارت خانه بودم، اینترنت این قدر پیشرفته نبود. من در اینجا نسبت به آنجا، دسترسی بهتری به اطلاعات دارم. علم تکامل پیدا کرده است(NIG-2012-6-4، متخصص سلامت کودک، سازمان بین المللی).

با این وجود، همه شواهد تحقیقاتی موجود و قابل دسترسی مورد استفاده قرار نگرفته اند از جمله مجموعه ای از تحقیقاتی انسان شناسی-اجتماعی کیفی بر روی سیستم بهداشت نیجر و سلامت کودکان، که بیشتر آن ها به زبان فرانسوی هستند(کافاندو و همکاران 2011، کارلینگ 2011، امارو 2013، اسونی 2011). در واقع، تنها مطالعاتی که توسط مسئولان ذکر شده اند در مجموعه مقالات لانست³ مربوط به بقای کودکان(ونیس 2003) و نیز بقای نوزادان(هورتون 2005) منتشر گردیده اند. یکی از پزشکان دولتی نیجر می گوید:

تنها از طریق لانست است که ما می فهمیم که برای نجات زندگی یک نوزاد، اطلاعات پیچیده ای لازم نیست. خوب، من فکر می کنم که لانست بسیار موثر بوده است. از نظر ما این یک فرایند بسیار صادقانه بوده و موجب افزایش آگاهی در سطح جهانی در مورد مرگ و میر انبوه نوزادان شده است(NIG-2012-6-7 پزشک دولتی).

خلاصه از مقالات به زبان انگلیسی نظیر مقالات منتشر شده توسط سازمان بهداشت جهانی و یونیسف، برای مثال، سری مقالات لانست 2003 در رابطه با بقای کودکان که توسط یونیسف ترجمه نشده است بلکه چکیده ای از آنها استخراج شده است(NIG-2012-6-16، مدیر ارشد، سازمان بین المللی):

³ Lancet series

هر زمان که مقالاتی در لانسنت منتشر می شود، ژنو معمولاً آن را با ما به اشتراک می گذارد و ما آن ها را بررسی کرده و خلاصه ای کوتاه از آن را با وزارت خانه به اشتراک می گذاریم (NIG-2012-5-30). مدیر ارشد، سازمان بین المللی).

بدین طریق، دسترسی به منابع علمی از طریق سازمان های بین المللی تسهیل می شود که بازیگران دولتی آن ها به عنوان مسئولان قانونی برای تفسیر آن ادراک می شود. در رابطه با iCCM، بازیگران دولتی وفاداری عمیق خود را به اعتبار کار فنی در سطح جهانی نشان داده اند که این موضوع موجب حذف نیاز به تحقیقات تکراری در نیجر شده است:

نقش شواهد این است که نشان دهد هیچ نقطه ای برای دوباره کاری وجود ندارد. این ها مواردی هستند که فوراً قابل تعمیم و قابل کاربرد می باشند زیرا ارزش خود را اثبات کرده اند. آن ها نیازی به تست شدن مجدد ندارند و این موجب می شود تا شما سریع تر به کاهش مرگ و میر و بیماری کودکان دست پیدا کنید. این کار قبلاً انجام شده است و بنابر این ما بایستی مصرف کننده باشیم (NIG-2012-6-7، پزشک، بخش دولتی)

از حیث تفسیر و تحلیل تحقیقات، اسناد دولتی نظیر راهبرد های کتبی، اسناد کاری و ابزار های پیاده سازی به هیچ یک از مقالات علمی استناد نکرده اند و یا این که تنها به طور مبهمی به تحقیقات استناد کرده اند (بر طبق مطالعه ای در کنیا) (هاماستو 2008، PNL 2012، زاتکا 2005). اگرچه اسناد ضعیف لزوماً نشان دهنده عدم درک یا استفاده از نتایج تحقیقاتی نیست، اسناد دولتی حاکی از آشنایی قوی با منابع علمی مگر به شکلی غیر مستقیم نمی باشند (یعنی از طریق دستور العمل فنی بین المللی).

دسترسی بازیگران دولتی به منابع علمی نه تنها به دلایل مادی (دسترسی ضعیف به اینترنت، عدم دسترسی به پایگاه های داده ای مقالات رایگان) بلکه به دلیل موانع زبانی (عدم تسلط کافی به زبان انگلیسی) محدود بوده است. در میان بازیگران نیجر (و سایر فرانسوی زبان ها) در سازمان های بین المللی، زبان انگلیسی به یک مانع مهم تبدیل شده است، اگرچه افراد در سازمان های بین المللی دارای همکاران انگلیسی زبان هستند که با آن ها می توانند در مورد جدید ترین یافته ها بحث کنند. علی رغم این موانع، مسئولان دولتی عالی رتبه با شرکت در کنفرانس ها و جلسات بین المللی، که مشارکت آن ها اغلب توسط شرکای بین المللی پشتیبانی می شود (NIG-2012-6-16، مدیر ارشد، سازمان بین المللی) از نتایج تحقیقات آگاه می شوند. در واقع، دسترسی بازیگران دولتی

به شواهد تحقیقات کم و بیش در کارگاه های ملی در زمینه درمان خانگی مالاریا با اسپانسر شرکت سانوفی پاستور حاصل می شود که در این کارگاه ها ارایه هایی در زمینه ایمنی و کارایی آمودیآکین ارتزونات(ASAQ) انجام شده و نمونه هایی از محصولات با انتشار جزوه ها و سایر مواد تبلیغاتی به همه شرکت کننده ها نشان داده می شود(نیامی، ژولای 2012، مشاهده مستقیم).

2-3 یافتن راه حل های مبتنی بر عقل سلیم (تخنه/فورنسیس)

در صورتی که شواهد علمی از نظر همه بازیگران مبنای iCCM باشد، تصمیمات مربوط به خط مشی از طریق استدلال های مبتنی بر منطق، عقل سلیم یا ملزومات اخلاقی نظیر نیاز به اقدام بر اساس اطلاعات ناقص در زمانی که زندگی کودکان در خطر است، پویا تر خواهد شد. برای مثال در بحث های اولیه مربوط به خط مشی، مقاومت گسترده ای در MOH برای اجازه دادن به کارکنان سلامت جامعه(CHW) با تنها چند ماه آموزش بالینی برای تجویز انتی بیوتیک وجود داشت. در هر دو دفاتر سازمان های دولتی و بین المللی، مقاوم ترین افراد به خط مشی های تغییر دهنده کار، پزشکان(اکثر آنها بی که در خارج تحصیل کرده بودند) بودند که ادعا می کردند کودکان سزاوار دریافت درمان بهتری نسبت به آنچه که کارکنان سلامت ارایه می کنند هستند. آن ها هم چنین دارای دانش بالینی مستقیمی در خصوص تشخیص صحیح شرایطی که نیازمند انتی بیوتیک است بودند. مقاومت اولیه آن ها به iCCM، با استدلال های مبتنی بر عقل سلیم، کاهش یافت:

این پزشکی درجه دوم یا پزشکی سطح پایین می باشد. شما می خواهید کودکان را به کشتن دهید. پس از گفتن این موضوع، به ما گفته شد که تعدادی از کودکان هر روزه در جامعه می میرند. ما فکر می کنیم که ما بیماری های مربوط به کودکان را نادیده می گیریم، 80 درصد کودکان در جامعه می میرند. هی، دکتر، آیا می توانی همه این کودکان را درمان کنی؟ نه؟ آیا می گذاری ان ها بمیرند؟ نه؟ خوب، چه کار خواهی کرد؟ بحث های مربوط به این مسئله به تازگی مطرح شده اند(NIG-2012-6-16، مدیر ارشد، سازمان بین المللی).

استدلال اصلی برای همه این اساتید برجسته این بود که " شما در یک مرکزی کار می کنید که مجهز به تجهیزات، کارکنان و مواد می باشد، با این حال در حال حاضر کودکان برای دریافت مراقبت های درمانی به کجا مراجعه می کنند؟ نه لزوما در شهر(NIG-2012-8-2، مشاور بین المللی).

در واقع، هر دو بازیگران سیاسی (خط مشی) بین المللی و نیجری از استدلال های منطقی برای ارتباط مسئله مرگ و میر کودکان در نیجر به راه حل درمان سطح جامعه یکپارچه استفاده کردند. مسئولان نیجری به طور مکرر به مساحت وسیع و تعداد کم مراکز بهداشت برای توجیه این که چرا کودکان در خانه می میرند و تاکید بر لزوم تغییر وظایف به کارکنان سلامت، اشاره می کنند. یکی از پاسخگویان گفت:

اگر کسی بگوید، لازم است که متخصصان اطفال کودکان را درمان کنند، این متخصصان چه تعداد اطفال را می توانند درمان کنند؟ (می خندد)، غیر ممکن است، کشور بزرگ است و اعتقاد بر این است که 40 درصد جمعیت را کودکان تشکیل می دهند. با اینحال، با تغییر وظیفه و با مهارت های کم، آن ها می توانند جان بسیاری را نجات دهند (NIG-2012-7-11-2، مدیر IMCI، بخش دولتی)

استدلال خط مشی واقعی و عملی نیز زمانی مشهود است به طوری که خط مشی گذاران نیجری، به موفقیت های خط مشی مربوطه در کشور های منطقه اشاره کردند. پاسخگویان دولتی به کرات به نوآوری های خط مشی در کشور هایی با پروفیل های اجتماعی فرهنگی و معرفت شناختی مشابه اشاره کرده و مدل موفقیت را ارایه کرده اند که امکان تسهیم و استفاده از ابزار های پیاده سازی و واحد های آموزشی را می دهد. پاسخگویان به مثال هایی از مالی، بنین، توگو و به ویژه سنگال اشاره کرده اند که اهمیت برابری از نظر شواهد تحقیقاتی در اطلاع رسانی در مورد توسعه خط مشی دارند:

شواهد علمی وجود دارد که نشان می دهد شما می توانید بیماری های خاص را در سطح جامعه درمان کنید. هم چنین تجربه های مربوط به سایر کشور ها نیز وجود داشت. چون نیجر برای شیوه درمان بیماری های خاص متکی به سنگال است (NIG-2012-5-17-2، رییس بخش سلامت کودکان).

این فرایندها چیزی فراتر از تقلید محض بودند. پروژه مقدماتی سنگال، که در طی کارگاه AWARE در 2005 به نمایش گذاشته شد، یکی از اولین پروژه ها در آفریقای مرکزی برای استفاده از درمان سطح جامعه ذات الریه بود - که هنوز هم الهام بخش مسئولان نیجری برای ارایه بسته درمانی یکپارچه از جمله سه عامل اصلی مرگ و میر کودکان که پایه و اساس آزمایشات در مادارونفا در 2006-2007 می باشد:

هر کشور آنچه که لازم بود تا در سطح جامعه انجام دهد را ارایه کرد. از این روی، کشور نیجر عنوان کرد که خود را محدود به مدیریت موردی ذات الریه در سطح جامعه نمی کند، بلکه IMCI را پیاده سازی می کند که در سطح

بالینی آموزش داده شده و در سطح جامعه اجرا می شود. از این روی فرایند بایستی یکسان باشد و همه علایم پایش شوند (NIG-2012-5-18، پزشک، بخش دولتی).

3-3 سیستم های سلامت و تحقیقات خط مشی غیر رسمی (فورنسیس / معرفت)

بازیگران (دست اندرکاران) دولتی نیجر توجه ویژه ای را به جزییات عملیاتی در برنامه ریزی سلامت کودکان معطوف کرده اند که شواهد آن در طی مشاهده مستقیم انجمن های خط مشی گذاری مبرهن بوده است که شامل بحث های زیادی در خصوص موتورسیکلت ها، دو چرخه ها، الاغ و ارابه ها برای حمل و نقل کارکنان سلامت و تجهیزات، اطلاعات مربوط به شیوه سرشماری و فعالیت های جمع اوری داده ها و مشوق ها و محرک های مناسب برای کارکنان سلامت و سایر بازیگران عملیاتی است به این طریق، بازیگران سیاسی به طور کامل جزییات سیستم سلامت عمومی نیجر از جمله زیر ساخت، منابع انسانی، ملزومات خط مشی و شیوه های عملکرد را برای یافتن بهترین تناسب و برازش بین ICCM، که یک راهبرد ایجاد شده در سطح جهانی است و شرایط نیجر، در نظر گرفته اند. با این حال، دانش تجربی خط مشی گذاران از سیستم سلامت، اگرچه فراوان است، با این حال دارای ماهیت غیر رسمی بوده و از بسیاری از جهات ناقص بوده و با مرز های تجربه شخصی و فردی، محدود تر شده است.

اولاً، کارکنان سلامت سطح پایین، آندسته از افرادی که بسیار با محیط عملیاتی آشنا هستند، اغلب در انجمن های سیاسی حضور دارند ولی با توجه به حجم زیادی از مقالات و آرایه های علمی که فرصت اظهار نظر را از آن ها می گیرند، ترجیح می دهند تا ساکت بمانند. اگرچه بسیاری از آن مسئولان عالی رتبه دارای تجربه های میدانی قبلی می باشند که می توانند بر آن ها استناد کنند، دانش عملی و کاربردی CHW به ندرت برای اطلاع رسانی در زمینه خط مشی گذاری استفاده شده است. این تبادل مشاهده شده در یک کارگاه در زمینه توسعه ICCM به درمان نوزادان متداول است: یک رییس عنوان کرد که "تعداد زیادی از متخصصان اطفال و زایمان که تا کنون صحبت کرده اند، از گروه کارکنان سلامت درخواست کرده اند تا نظرات خود را آرایه کنند. یک نفر بلند شد و کلماتی را با خود زمزمه کرد، و موجب شد تا یکی از شرکت کننده ها بپرسد "در مورد پروژه چه فکر می کنی؟ یکی از کارکنان سطح پایین پاسخ داد: خوب، مسائل زیادی در رابطه با مراقبت های پس از زایمان وجود دارد، با این حال ما شاهد پیشرفت زیادی بوده ایم و پس از آن جزییات بیشتری مطرح نشد (ژولای 2012، مشاهده مستقیم).

بحث های مربوط به جزییات عملیاتی به ندرت ثبت و مستند شده اند و این موجب شده است تا آن ها به یک شکل شفاهی از دانش تبدیل شود که با مشاهده مستقیم فرایند های خط مشی جمع اوری می شوند و در عین حال در مصاحبه با خط مشی گذاران ذکر شده است. عدم ثبت راهبرد های سلامت قبلی، موجب مضاعف شدن مسائل مربوط به آموختن درس های تاریخی از آن ها شده است. نیجر یکی از کشور های پیشگام در زمینه برنامه ریزی سلامت جامعه بوده و به مدت بیش از دو دهه که تا 1990 ادامه داشت، کارکنان کمک های اولیه را برای توزیع کلروکین و سایر دارو های اولیه استخدام کرده است، و این در حالی است که برنامه هرگز به طور جامع ارزیابی نشده است. پاسخگویان در مطالعه ما به خوبی از امدادگران آگاهی داشتند، با این حال، آن ها طیف وسیعی از دلایل دو به دو ناسازگار را برای شکست نهایی این خط مشی ارائه کرده اند از جمله نبود پاداش و مشوق ها برای کارکنان کمک های اولیه (NIG-2012-5-30, NIG-2012-6-8-1)، عدم پایش و نظارت (NIG-2012-6-8-2)، تغییرات در سیستم سلامت با معرفی پست های سلامت و در نهایت عملکرد ضعیف کارکنان کمک های اولیه (NIG-2012-7-26, NIG-2012-7-3-1). نبود یک ارزیابی رسمی موجب شده است تا تجربه به قول یکی از شرکت کننده ها در کارگاه آموزشی درمان خانگی مالاریا (ژولای 2012، مشاهده مستقیم) به زباله دان تاریخ بپیوندد.

تحقیقات عملیاتی هنوز به یک چالش برای برنامه های دولتی محسوب می شوند زیرا سیستم های اطلاعات سلامت عملکرد ضعیفی دارند و این سیستم ها منحصر مبتنی بر کاغذ (علمی نه عملی) بوده و داده های ارزیابی قوی به ندرت به شکلی سیستماتیک جمع اوری و تجزیه تحلیل می شوند. این وضعیت در یک کارگاه آموزش ملی در ژولای 2012 که نتایج یک پروژه مقدماتی ICCM را برای نوزادان ارائه می کرد مشهود بود. این پروژه توسط یونیسف حمایت مالی شد ولی توسط مسئولان وزارت خانه اجرا شد که در طول این پروژه، شرکت کنندگان مختلف از عدم گنجاندن یک گروه مرجع و عدم امکان استناد بر نتایج مهم و منطقی، گله و شکایت کردند. یکی از مسئولین تحقیقاتی گفت: مسائلی در خصوص داده داده وجود داشت. لازم به ذکر است که ما چیزی برای پنهان کردن نداریم (NIG-2012-6-07، پزشک، بخش دولتی). با این حال، حتی زمانی که آنها اطلاعات کافی را جمع اوری نکرده بودند و یا از استانداردها و معیار های قوی استفاده نکرده بودند، تست های میدانی از نظر همه مسئولان و به ویژه مسئولان نیجر، برای اثبات امکان سنجی خط مشی ها در شرایط نیجر، ضروری بود.

پروژه های مقدماتی، علی رغم ارزش علمی نیمه بهینه خود، از جهات دیگر مفید قلمداد شده اند. گاهی اوقات سازمان های خیریه و کمک کننده، تامین مالی پروژه های مقدماتی را به عنوان ابزاری برای متقاعد کردن ذی نفعان ملی برای اتخاذ خط مشی ها و برنامه هایی که در اولویتشان بود بر عهده می گرفتند:

" چون افراد می گویند بله در هند این اتفاق افتاد، بله در اتيوپی این اتفاق افتاد، در رواندا این اتفاق افتاد، یعنی بسیار خوب، با این حال در کشور ما، چگونه می توان از چیز هایی که خارج از کنترل هستند اجتناب کرد؟ به همین دلیل، ما یک الگویی را ترجیح می دهیم که توسط مردمی که در نیجر زندگی می کنند اجرا می شود، به طوری که وقتی شما آن را در این کشور امتحان کنید، جواب می دهد (NIG-2012-6-16)، مدیر ارشد، سازمان بین المللی).

(ایده های مربوط به پروژه های مقدماتی) از سطح بالاتر، یا از یونیسف که یکی از شرکای اصلی ماست یا از هر شریک دیگری که تمایل به سرمایه گذاری در زمینه سلامت کودک و نوزاد دارد، حاصل می شوند. آن ها با ما و رهبران ما در تماس هستند. تصمیمات در این جا اتخاذ نمی شوند، با این حال، ما بازیگر هستیم (NIG-2012-7-11-2، مدیر IMIC، بخش دولتی).

در عین حال، بازیگران دولتی از پروژه های مقدماتی برای شکل دهی به خط مشی هایی که در آینده پشتیبانی سازمان های کمک کننده را کسب کنند، استفاده کردند. برای مثال، پروژه ICCM سال 2006-2007، خط مشی را با استفاده از دو کادر کارکنان سلامت تست کردند: CHW و داوطلبان جامعه (کارکنان ترویج). بازیگران خط مشی بین المللی (به ویژه در یونیسف) از کارکنان ترویج برای ICCM استفاده می کنند، با این حال، آن ها فاقد یک وضعیت قانونی و کنترلی برای کارکنان ترویجی در سلسله مراتب MOH می باشند. از این روی، در اوایل 2007 مقیاس ICCM، با استفاده از CHW گسترده تر شد به طوری که کادر CHW به خوبی در سیستم سلامت نهادینه شد و ارتباط بین خط مشی و شرایط در نهایت به کلید موفقیت ICCM تبدیل شد (دالگیش و همکاران 2015). این تصمیم، بر اساس دانش سیستم های سلامت و منطق عام، یک مورد مبرهنی بود که در آن مسئولان دولتی نیجر با استفاده از اهرم های مقرراتی و تنظیمی برای غلبه بر خواسته های سیاسی بازیگران در سازمان های فنی بین المللی، اعمال قدرت کردند.

4-بحث

بازیگران خط مشی در اوایل 2000 میلادی در نیجر بر انواع متنوعی از دانش و شواهد برای توسعه و پیاده سازی iCCM استناد کردند، راهبردی که به کاهش معنی دار در تعداد مرگ و میر کودکان در نیجر کمک کرده است. ارزیابی iCCM، حاکی از کیفیت خوب درمان و مراقبت های درمانی بوده است (بنسید و کالی 2009، سیدو 2008) و برآورد ها با استفاده از ابزار نجات زندگی⁴ (LiST) نشان داد که iCCM و خط مشی های مربوط به آن موجب کاهش 43 درصدی در مرگ و میر کودکان بین 1998 تا 2009 شده اند (امازو و همکاران 2012). مفهوم ارسطویی دانش نشان می دهد که چگونه بازیگران از انواع مکمل دانش برای دست یابی به موفقیت این خط مشی استفاده کرده اند (جدول 2). اولاً، دانش مدون (معرفت) در دستور العمل های iCCM توسعه یافته در سطح جهانی ایجاد شده است. نتایج تحقیقات توسط سازمان های دو جانبه و چند جانبه تفسیر شدند و به طور آماده به بازیگران دولتی نیجر، که دسترسی اندکی به منابع علمی داشتند منعکس شدند. مهارت های فنی (تخنه) مورد نیاز برای خط مشی گذاری نیز توزیع غیر یکنواختی داشت و بازیگران دولت نیجر دارای مهارت های مذاکره ای، ولی فاقد ظرفیت و منابع کافی بودند. به این ترتیب عدم انتقال این انواع مهارت ها از سازمان های بین المللی به طور ویژه ای مشاهده شد. حکمت عملی (فورنسیس) هر دو بازیگران نیجری و بین المللی، برای موفقیت iCCM به ویژه برای تغییر وظایف (متخصصان اطفال وجود ندارند، و کودکان اکنون می میرند) و مزایای عملی ارتباط iCCM با کادر ثابتی از کارکنان سلامت، ضروری بود.

یک دیدگاه ارسطویی از دانش امکان بررسی عمیق تر انواع شواهد مورد استفاده در خط مشی گذاری را می دهد، با این حال، سه ساختار به طور دقیق قابل تفکیک نبوده و در واقع هم پوشانی دارند و این موضوع منجر به تحلیل مورد نیجر با استفاده سه ساختار به طور دو به دو شد. برای مثال، توجه بازیگران نیجر به جزییات عملیاتی کاربردی و توانایی درس گرفتن از کشور هایی با سیستم های سلامت و معرفت شناختی مشابه را می توان به صورت مهارت های فنی مربوط به خط مشی گذاری یا حکمت عملی تفسیر کرد، زیرا در واقع، فورنسیس به صورت توانایی استفاده از قواعد عمومی در شرایط خاص تعریف می شود، به طوری که بتوان از خط مشی های تولید شده در مقیاس جهانی، در شرایط محلی استفاده کرد (مونتگومری 2006). به علاوه، بخشی از دانش ظاهراً تحت مقوله فورنسیس

⁴ Lives Saved Tool

قرار می گیرد نظیر دانش دست اول و مستقیم خط مشی گذاران سیستم سلامت نیجر از جمله تجربه های اولیه استفاده از CHW برای ارایه مراقبت های درمانی و بهداشتی اولیه، و در صورتی که این دانش ثبت شود تحت مقوله " معرفتی " قرار می گیرد و بر بحث ها و مناظرات سیاسی تاثیر می گذارد. کاربرد چارچوب ارسطویی به صورت زوجی به معنی تلاشی برای پوشش دادن این روابط و ارایه یک تحلیل پویا تر از شیوه هایی که در آن قدرت، دانش و عمل منجر به برآیند های دنیای واقعی منتهی می شوند می باشد.

یکی از نتایج این مطالعه، دسترسی نابرابر به دانش مدون بین بازیگران دولت نیجر و شرکا در سازمان های بین المللی می باشد که منجر به ایجاد یک پویایی ای شده است که از طریق آن بازیگران دولتی تفاسیر شرکا را از این نوع دانش پذیرفته اند. پرسنل در سازمان بهداشت جهانی و یونیسف دسترسی بیشتری به منابع علمی دارند و این موجب شده است تا آن ها در تفاسیر اشکال دون دانش مهارت داشته باشند و خلاصه ها و ترجمه های حاصل از دفاتر جهانی به دفاتر منطقه ای و شهری و سپس به وزارت خانه ها انتقال می یابد که به صورت یک جریان یک طرفه از اطلاعاتی است که در مناطق مطالعات موردی بر روی خط مشی گذاری ICCM نیز مشاهده می شود. ظاهراً، پذیرش منفعل این تفاسیر توسط بازیگران نیجر، ریشه در عدم دسترسی آن ها به اسناد منبع علاوه بر محدودیت های زمانی و اولویت های متعدد دارد. کارکنان سازمان بین المللی از قدرت و اختیار در این امور بهره مند هستند زیرا توصیه های فنی سازمان بهداشت جهانی به شدت مورد توجه خط مشی گذاران دولتی در افریقای مرکزی می باشد. با این حال همه دانش مدون قابل دسترس از جمله تحقیقات علوم اجتماعی استفاده نشده است، علی رغم این که حجم زیادی از تحقیقات و مطالعات با کیفیت به زبان فرانسه بوده است. این تحقیق علی رغم اهمیت آن در درک عوامل موثر بر خط مشی تاریخی، چالش های سیستم سلامت فعلی و رفتار های مراقبت جویی، تاثیری بر فرآیند های خط مشی گذاری نداشته است، اگرچه طول مطالعات، یک مانعی دز استفاده از آن ها توسط خط مشی گذاران بوده است.

یکی از یافته های این مطالعه این است که حجم عظیمی از دانش غیر رسمی در تعیین شکل نهایی خط مشی ICCM، برای مثال، از حیث ویژگی های خاص عملیاتی سیستم سلامت و بهداشت نیجر (برای مثال، منابع مورد نیاز در سطح جامعه) و غیر ممکن بودن دست یابی به اکثریت کودکان بیمار با خط مشی های موجود، مثر بوده است. این دانش غیر کتبی، عمدتاً بر فرآیند خط مشی در طی مناظرات و بحث های سیاسی شفاهی در کارگاه

های آموزشی ملی تاثیر گذاشته است که فرمت اصلی آن به صورت جلسات پرسش و پاسخ و بحث های مبادله ایده ها بین بازیگران خط مشی بوده است و این نشان دهنده ارزشی است که بازیگران نیجر به استخراج و یکپارچه سازی این دانش به فرایند خط مشی قائل هستند. در واقع، این مطالعه موردی، قویا اهمیت اصلی بحث شفاهی برای منعکس کردن همه انواع دانش ها را نشان می دهد. از سوی دیگر، از نظر شرکا، این کارگاه ها دارای اهمیت زیادی هستند (برای اتخاذ تصمیمات سیاسی)، با این حال از نقطه نظر فنی نیازی به آن ها نیست. به این ترتیب این سوال مطرح می شود که آیا ماهیت غیر کتبی این دانش، مانعی بر سر راه استفاده از آن یا پذیرش آن توسط بازیگران خارجی که ممکن است ارزش کمی به دانش ضمنی یا تجربی در مقایسه با دانش رسمی تر قائل باشند، می باشد یا خیر؟

در علوم اجتماعی، نقش دانش، هم به عنوان منبع قدرت و هم به عنوان کنترل کننده قدرت (به ویژه در شرایط تکنوکرات) به خوبی ثابت شده است که برای اولین بار توسط اندیشمندان مکتب فرانکفورت در اوایل قرن بیستم و سپس بعد ها در مطالعات علوم و فناوری و فوکو (فوکو 2002، هاس 1992) مطرح شد. دیدگاه نقادانه از فرایند خط مشی گذاری ICCM در نیجر ما را بر آن داشته تا بر پویایی قدرت مربوط به استفاده از دانش در طی توسعه خط مشی تاکید کنیم. یک منبع قدرت، در آموزش پزشکی و دانش بالینی می باشد به خصوص وقتی که متخصصان اطفال که بخش اعظمی از بازیگران خط مشی نیجر را تشکیل می دهند، مانع از درمان ذات الریه با انتی بیوتیک های کارکنان سلامت می شدند. در واقع، متخصصان پزشکی از دیرباز قدرت زیادی را در خط مشی سلامت به دلیل دانش تخصصی خود، امتیاز شغلی و قدرت فرهنگی خود اعمال کرده اند (کلارک 2014). برای مثال در استرالیا علی رغم تلاش های بلند مدت برای بهبود وزن اشکال غیر پزشکی دانش (برای مثال، با اعمال تحقیقات علوم اجتماعی و تحقیقات خط مشی و سیستم های سلامت)، یک تحلیل شبکه نشان داده است که متخصصان پزشکی، تاثیر غالبی بر خط مشی داشته اند (لوپس 2006). نکته جالب این که در مطالعه موردی در نیجر، از طریق استدلال های قانونی، عملی و اخلاقی مبنی بر لزوم درمان کودکان مریض روستایی با انتی بیوتیک به جای اشکال رقیق تر دانش، مخالفت ها و اعتراض های این قشر و طبقه قوی، برطرف شد. بر خلاف این مسئله فنی دست اندرکاران خط مشی گذاری قوی، بر تصمیمات عملیاتی با عدم در نظر گرفتن کارکنان سلامت در کارگاه های آموزشی و سایر انجمن های خط مشی تاثیر گذاشته اند.

بر اساس یافته‌های حاصل از این مطالعه موردی می‌توان دو توصیه را مطرح کرد: اولاً، نیاز مبرمی به بهبود دسترسی خط مشی‌گذاران داخل کشور به دانش مدون برای کاهش عدم توازن قدرت در فرایند سیاسی و اطمینان از کاربرد دانش موجود، وجود دارد. انتشارات با دسترسی آزاد و بسترهایی نظیر ریسرچ گیت می‌توانند بخشی از این راه حل باشند. با این حال، عموماً خط مشی‌گذاران زمان کافی را برای بررسی منابع علمی ندارند و به این ترتیب از تفاسیر ارایه شده توسط سازمان‌های ارایه‌کننده مساعدت‌های فنی بین‌المللی استفاده کرده و به این ترتیب این سازمان‌ها قدرت فنی زیادی را برای راه‌اندازی تشکیلات سیاسی پیدا می‌کنند. به علاوه، موانع زبانی یک مسئله مهم برای افراد غیرانگلیسی‌زبان محسوب می‌شود. پلتفرم‌های ترجمه دانش می‌توانند نقش مهمی در این زمینه ایفا کنند به خصوص اگر آن‌ها مورد تایید سازمان‌های مختلف باشند و مشروعیت قانونی نیز داشته باشند. برای مثال، یک پلتفرم منطقه‌ای می‌تواند نیازهای کشورهای فرانسه، زبان افریقای غربی را حل کند) کشورهای دیگری را به عنوان نقاط مرجع و رفرنس مناسب برای شواهد تحقیقاتی در نظر می‌گیرند)، ضمن این که فرصت‌هایی را برای ایجاد ارتباط بین خط مشی‌گذاران و محققان در تعریف و پاسخ به سوالات تحقیق فراهم می‌کند. سازمان‌های بین‌المللی هم چنین بایستی تلاش بیشتری را در راستای مشارکت خط مشی‌گذاران در تعریف سوالات تحقیق بکنند زیرا نتایج تحقیقات بر روی فرایند سیاست و خط مشی در صورتی تاثیر می‌گذارد که نیازهای ذی‌نفعان در طی طراحی، پیاده‌سازی و انتشار تحقیق در نظر گرفته شود (ساربورن و همکاران 1999). تا کنون، اولین درخواست معاهده⁵ HPSR (تحقیقات سیستم‌ها و خط مشی سلامت) برای طرح‌های پیشنهادی برای تحقیقات انجام شده توسط تصمیم‌گیرنده در 2015 منجر به ایجاد پاسخی شده است که حاکی از تمایل برای استفاده از شواهد طراحی شده در سیاست‌گذاری است.

دوماً، در تحقیقات مربوط به فرایند‌های خط مشی‌گذاری، دادن وزن و اهمیت بیشتر به اشکال دانش در خارج از حوزه معرفتی ضروری است زیرا خط مشی‌گذاران صرف نظر از منشأ دانش، آن را وزن‌دهی کرده و در مورد میزان اهمیت شواهد، قضاوت می‌کنند. منتقدان به بررسی فرضیات اصلی پارادایم خط مشی مبتنی بر شواهد پرداخته و از مفاهیم تقلیل‌گرایانه انواع شواهد و شیوه‌های عقل‌گرایانه ترجمه این‌ها به خط مشی استفاده کرده‌اند (باگو و همکاران 2009، گرینه‌الک و ویرینکا 2011، مورگان-تریمر 2014). یافته‌های ما موید این موضوع

⁵ Health policy and systems research

است که چارچوب خط مشی مبتنی بر شواهد می تواند روابط قدرت را با تاکید بر اثرات ناکافی تحقیقات بر روی شکل دهی به خط مشی پوشش میدهد و این بیانگر آن است که پویایی قدرت بین بازیگران سطح ملی و جهانی از اهمیت زیادی برخوردار است، در حالی که خط مشی گذاران ارشد بر بسیاری از انواع دانش ها استناد می کنند که برخی از آن ها از اهمیت زیادی برای ایجاد خط مشی های موثر به جای مطالعات علمی برخوردار است. این دیدگاه موجب شده است تا به بررسی این موضوع بپردازیم که دانش چگونه و توسط چه کسی تعریف می شود. هم چنین هویت تولید کننده ها و توزیع کننده های اشکال پذیرفته دانش و ساختار هایی که نشان می دهد چگونه بایستی از دانش استفاده کرد بررسی می شود. توسعه دیدگاه ما از دانش و شواهد از اهمیت ویژه ای برای مداخلات سلامت عمومی برخوردار است. مطالعات اخیر به بررسی شیوه پیاده سازی و ثبت راه حل های جهانی که علم سلامت عمومی بایستی از آن ها تبعیت کند پرداخته اند.

این مطالعه دارای برخی محدودیت هاست. برخی از ذی نفعان هدف، به ویژه مسئولان عالی رتبه، قادر به مصاحبه نبودند. تعداد کمی از اسناد کلیدی به دلیل آتش سوزی سال 2007 که موجب نابودی سرور ها در دفاتر سازمان بهداشت جهانی در نیجر شد، غیر قابل دسترس بودند. همانند هر مطالعه کیفی، پاسخگویان بیشتر رویداد ها را از دیدگاه راهبردی تفسیر می کردند و این کار با مثلث بندی بین پاسخگویان و سایر منابع داده ها حل شد. روش رد یابی روند بر اساس تحقیقات کیفی دارای محدودیت هایی در ارزیابی روابط احتمال گرایانه و متغیر های مفقود بود که می تواند بر تجزیه تحلیل اثر بگذارد. در نهایت، چارچوب گرینهاگ و ویرینگا در منابع و مطالعات جدیدا به کار رفته است از این روی، کاربرد این چارچوب در این مطالعه، یک تلاش اولیه است که مستلزم بازخورد و بحث آینده در میان محققان است. نقطه قوت این مطالعه، استفاده از روش های مطالعه موردی عمیق، به ویژه مشاهده مستقیم می باشد که یک روشی است که کم تر در تحلیل خط مشی استفاده شده و فرصت هایی را برای پایش و کنترل بازیگران سیاسی و استفاده از دانش در شرایط واقعی فراهم می کند و نقطه قوت دیگر آن تاکید بر محیط سیاسی با منابع کم که به ندرت در تحقیقات گذشته مورد مطالعه قرار گرفته است، می باشد.

جدول 2: دیدگاه ارسطویی دانش و توسعه خط مشی iCCM در نیجر

معرفت-تخنه	تخنه-فورنسیس	فورنسیس-معرفت
------------	--------------	---------------

<p>سری مقالات لانست در زمینه بقای نوزاد و کودک به عنوان توجیه و دلیلی نمادین بر لزوم اقدام استفاده می شود</p> <p>داده ها و آمار های اپیدمیولوژیک و جمعیت ساختی (آمار ملی، DHS)، موید مسئله " مرگ کودکان در خانه" است</p> <p>یادگیری از کشور های با شرایط فرهنگی و معرفت شناختی مشابه از طریق توسعه خط مشی اتفاق می افتد</p> <p>دانش مستقیم یا دست اول سیستم سلامت نیجر مدون نبوده و در بحث های سیاسی به شکلی غیر رسمی استفاده می شود</p> <p>استدلال های اخلاقی و عملی بر انجام اقدامات سیاسی برای نجات جان کودکان، حتی با استناد به دانش علمی ناقص تاکید می کنند</p> <p>دانش عملیاتی دقیق کارکنان میدانی سطح پایین در انجمن</p>	<p>بازدید مطالعاتی از سنگال برای یادگیری از برنامه های موفق انجام شده در زمینه های مشابه</p> <p>بازیگران دولتی، در مورد مسائل خط مشی و بودجه با اسپانسر ها و سازمان های خیریه مذاکره کرده، از اهرم های قانونی برای متقاعد کردن سازمان ها باری پذیرش کادر برای iccm استفاده می کنند</p> <p>توجه به جزییات عملیاتی توسط مسئولان دولتی قبل از و در طی پیاده سازی</p> <p>تجربه متخصصان بالینی در زمینه بیماری اطفال موجب ایجاد تردید در مورد توانایی کارکنان سلامت سطح پایین برای تشخیص صحیح ذات الریه و تجویز ایمن انتی بیوتیک ها می شود</p> <p>تبادلات و مباحثه های شفاهی در طی خط مشی گذاری به استخراج</p>	<p>خط مشی iccm در مقیاس جهانی بر اساس مرور مطالعات بالینی و اپیدمیولوژیکی خلاصه هایی از مطالعات مهم به زبان انگلیسی که از طرف سازمان ها و نهاد های مساعدت فنی به خط مشی گذاران ملی ارایه شده است</p> <p>جلسات و کنفرانس های علمی منطقه ای و بین المللی برای به روز سازی بازیگران دولتی تمرین در زمینه شیوه انجام تحقیقات عملی و معتبر و برنامه ریزی اسناد در دفاتر دولت نیجر شواهد اندک در خصوص انتقال مهارت های مربوط به تحقیقات بازیگران در سازمان های مساعدت فنی به بازیگران دولتی</p> <p>تحقیقات اجتماعی- انسان شناسی با کیفیت بالا در زمینه سیستم های سلامت در نیجر قابل ددسترس بود با این حال، این</p>
---	---	--

تحقیقات تحت تاثیر توسط فعالان و بازیگران خط مشی نبوده است.	دانش تجربی و ایجاد اجماع کمک می کند	های سیاسی نادیده گرفته می شود.
--	-------------------------------------	--------------------------------

5- نتیجه گیری

فرایند های استفاده از تحقیقات و ترجمه دانش عمدتا از نقطه نظر کشور های غربی مطالعه شده است علی رغم این که بیشترین میزان بیماری در کشور های با درآمد کم و متوسط اتفاق می افتد. به علاوه، تجزیه تحلیل خط مشی گذاری مبتنی بر سلامت بر چارچوب های نظری ای متکی است که از نظر مفاهیم مربوط به انواع دانش و شواهد مورد استفاده در فرایند های خط مشی گذاری محدودیت دارد. این مطالعه موردی بر مطلوبیت و اهمیت برطرف کردن این دو نقیصه در منابع و مطالعات از جمله استفاده از موارد جدید برای توسعه مقوله های نظری، تاکید می کند. اهمیت یک دیدگاه انتقادی برای بررسی منابع قدرت نظیر دسترسی به دانش مدون، قدرت حرفه ای و. مهارت فنی به عنوان یک مسئله مهم مطرح شده است. هم محققان و هم خط مشی گذاران در کشور های با درآمد کم و متوسط بایستی به طور آگاهانه انواع مختلف و متنوع دانش موجود را برای توسعه خط مشی سلامت در نظر گرفته و یک رویکرد فعالانه تر را برای حل مسائل مهم و حیاتی سلامتی اتخاذ کنند.