

تحلیل عوامل زمینه‌ای مؤثر بر سیاست‌گذاری استئوآرتروز در ایران: یک مطالعه کیفی مبتنی بر چارچوب لیشر

منیره شمسایی^۱، جواد برزگری^۲، پوران رئیسی^{۳*}، تورج هراتی خلیل‌آباد^۴

۱- دکتری تخصصی سیاست‌گذاری سلامت، استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران.

۲- دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه خدمات سلامت، موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۳- دکتری تخصصی روانشناسی، استاد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۴- دکتری تخصصی اقتصاد سلامت، استادیار، گروه اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: تهران، خیابان ولیعصر، بالاتر از میدان ونک، خیابان رشید یاسمی، پلاک ۶، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی.
پست الکترونیک: raeissi.p@iums.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۰/۰۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۹/۱۱

چکیده

مقدمه: استئوآرتروز^۱ یکی از شایع‌ترین اختلالات اسکلتی-عضلانی و علت اصلی ناتوانی در سالمندان است. در ایران، با وجود بار فزاینده این بیماری، پیشگیری و مدیریت آن با چالش‌های قابل توجهی در زمینه سیاست‌گذاری و پیاده‌سازی مواجه است. این مطالعه با هدف شناسایی و تحلیل عوامل زمینه‌ای مؤثر بر سیاست‌گذاری مرتبط با استئوآرتروز در ایران با استفاده از چارچوب لیشر انجام شد.

روش کار: این مطالعه کیفی از نوع تحلیل سیاست بود که در سال ۱۴۰۳ انجام شد. ۲۰ مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با ذینفعان کلیدی شامل پزشکان، سیاست‌گذاران، پژوهشگران و کارشناسان بیمه انجام شد. داده‌ها با روش تحلیل چارچوب و نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۰ تجزیه و تحلیل شدند. قابلیت اعتماد از طریق تنوع شرکت‌کنندگان، اعتبارسنجی توسط خبرگان و بررسی موارد انحرافی تضمین گردید.

یافته‌ها: پنج حوزه کلیدی در مورد عوامل زمینه‌ای سیاست استئوآرتروز در ایران شناسایی شد که شامل (۱) عوامل موقعیتی، از جمله پیری جمعیت و افزایش بیماریهای غیرواگیر؛ (۲) چالش‌های ساختاری-مدیریتی، مانند فقدان سیاست‌های عملیاتی، سامانه ثبت بیماری و منابع مالی؛ (۳) موانع اجتماعی-فرهنگی مانند باورهای سنتی و سواد سلامت پایین؛ (۴) محدودیت‌های سیاسی-قانونی شامل مورد توجه نبودن در سیاست‌گذاری و (۵) عوامل بین‌المللی از جمله تحریم‌ها و توجه ناکافی جهانی به اختلالات اسکلتی-عضلانی.

نتیجه‌گیری: استئوآرتروز در ایران هنوز در دستور سیاست‌گذاری قرار نگرفته و هیچ سیاست جامعی برای آن وجود ندارد. توسعه سیاست‌های مؤثر مستلزم توجه به عوامل چندبعدی زمینه‌ای و اصلاحات ساختاری در سیستم سلامت است.

واژگان کلیدی: استئوآرتروز، تحلیل سیاست، چارچوب لیشر، ایران، مطالعه کیفی

مقدمه

بیماری‌های غیرواگیر^۱ (NCDs) امروزه علت اصلی ناتوانی و مرگ و میر در سراسر جهان محسوب می‌شوند [۱، ۲] و بیماری‌های اسکلتی-عضلانی^۲ (MSDs)، به‌ویژه استئوآرتریت، سهم قابل توجهی در این بار بیماری دارند [۳]. استئوآرتریت شایع‌ترین بیماری دژنراتیو مفصلی است که با درد مزمن، سفتی مفاصل، ضعف عضلانی، محدودیت حرکتی و کاهش کیفیت زندگی همراه است [۴] و عمدتاً زانو، مچ‌دست، ستون فقرات و مفاصل کوچک دست را درگیر می‌کند. این بیماری در افراد مسن و زنان شیوع بیشتری دارد [۵] و به‌عنوان یک مشکل عمده سلامتی در جمعیت‌های پیر شناخته می‌شود [۶]. بیماران مبتلا به استئوآرتریت نسبت به جمعیت عمومی، ۱.۵ برابر بیشتر در معرض خطر مرگ و میر قرار دارند و اغلب با بیماری‌های همراه مانند دیابت، بیماری‌های قلبی و اختلالات روانی مواجه هستند [۷].

در حال حاضر هیچ درمان قطعی برای استئوآرتریت وجود ندارد و مدیریت آن به‌طور عمده بر مداخلات غیردارویی مانند ورزش درمانی، توانبخشی، روان‌درمانی و استفاده از داروهای ضدالتهابی استوار است. در موارد پیشرفته، تعویض مفصل از طریق جراحی آرتروپلاستی^۳ تنها گزینه مؤثر محسوب می‌شود [۸]. با این حال، شکاف چشم‌گیری بین شواهد علمی و اجرای بالینی وجود دارد که عمدتاً ناشی از دسترسی محدود به خدمات توانبخشی، کمبود نیروی متخصص، هزینه‌های بالای درمان و پوشش ناکافی بیمه است. این چالش‌ها در کشورهای با جمعیت رو به افزایش سالمند، از جمله ایران، فشار قابل توجهی بر سیستم سلامت وارد می‌کند.

در سال ۲۰۱۹، ایران در میان کشورهای منطقه خاورمیانه و شمال آفریقا (MENA)^۴ از بار بالای استئوآرتریت برخوردار بود و این بیماری علت بیش از ۱۸۵ سال از دست رفته با ناتوانی (YLD)^۵ در هر ۱۰۰ هزار نفر بود که نسبت به سال ۱۹۹۰ افزایش معناداری داشته است [۹]. عوامل خطر متعددی از جمله سن، جنسیت، چاقی، سندرم متابولیک، سطح تحصیلات، سیگار کشیدن و اختلالات روانی در بروز و پیشرفت استئوآرتریت نقش دارند [۱۰]. با این حال، داده‌های کافی در مورد بار بیماری، نابرابری‌های جنسیتی و استانی و تأثیر عوامل قابل اصلاح مانند چاقی در ایران وجود ندارد که

این امر مانع از طراحی سیاست‌های مبتنی بر شواهد می‌شود. اگرچه تاکنون برنامه‌های ملی متعددی در حوزه بیماری‌های غیرواگیر، پوکی استخوان و ویتامین D در ایران اجرا شده‌اند، اما هیچ مطالعه‌ای تاکنون به تحلیل سیاست‌های اختصاصی استئوآرتریت نپرداخته است. بررسی زمینه سیاست‌گذاری استئوآرتریت و شناسایی عوامل مؤثر بر تدوین و اجرای سیاست‌های پیشگیرانه و مدیریتی، گامی ضروری در جهت کاهش بار بیماری و تحقق عدالت در سلامت است. لذا پژوهش حاضر با هدف شناسایی و تحلیل عوامل زمینه‌ای مؤثر بر سیاست‌گذاری مرتبط با استئوآرتریت در ایران با استفاده از چارچوب لیشر^۶ انجام شده است.

روش کار

این مطالعه به‌صورت کیفی انجام شد و در دسته‌بندی مطالعات تحلیل سیاست قرار می‌گیرد. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ۲۰ تن از صاحب‌نظران حوزه سلامت جمع‌آوری شدند (جدول شماره یک) که تا دستیابی به اشباع نظری ادامه یافت. برای تحلیل زمینه سیاست‌های سلامت، از چارچوب تحلیلی لیشر استفاده شد. این چارچوب به‌عنوان یک مدل مفهومی مؤثر در تحلیل عوامل زمینه‌ای مؤثر بر شکل‌گیری و اجرای سیاست‌های سلامت، به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه، مورد استناد قرار گرفته است [۱۱، ۱۲]. تحلیل زمینه، یکی از مؤلفه‌های کلیدی در فرآیند سیاست‌گذاری است که در چارچوب مثلث سیاست‌گذاری والت و گیلسون^۷ نیز مورد توجه قرار می‌گیرد. با این حال، چارچوب لیشر رویکردی ساختاریافته و جامع ارائه می‌دهد که محققان را قادر می‌سازد تا تأثیر عوامل زمینه‌ای بر توسعه و اجرای سیاست‌های سلامت را به‌صورت سیستماتیک بررسی کنند. این مدل به‌ویژه بر عوامل اجتماعی و اقتصادی تأکید دارد و زمینه را در چهار حوزه مرتبط طبقه‌بندی می‌کند: عوامل موقعیتی، ساختاری، فرهنگی و محیطی/بین‌المللی [۱۳].

عوامل ساختاری به ویژگی‌های پایدار یک دولت-ملت اشاره دارد که زمینه‌ای پایدار برای توسعه سیاست ایجاد می‌کنند، مانند سیستم‌های اقتصادی، نهادهای سیاسی و ساختارهای جمعیتی [۱۴، ۱۵]. عوامل موقعیتی شامل رویدادهای گذرا و ناپایداری هستند که با این وجود می‌توانند بر اجرای سیاست تأثیر بگذارند، مانند فوریت‌های بهداشتی، درگیری‌های اجتماعی یا بلایای طبیعی. عوامل فرهنگی منعکس‌کننده

6. Leichter

7. Walt and Gilson

1. Non-communicable Diseases

2. Musculoskeletal Disorders

3. Arthroplasty

4. Middle East and North Africa

5. Years Lived with Disability

زمینه، روش جمع‌آوری داده‌ها، منابع مالی، محدودیت‌های زمانی و طراحی مطالعه هنگام تعیین حجم نمونه در نظر گرفته شد. پس از شناسایی شرکت‌کنندگان، زمان و مکان مصاحبه‌ها هماهنگ شد و فرم رضایت آگاهانه به همراه جزئیات کلی و اهداف مطالعه برای آنها ارسال شد. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که می‌توانند در هر مرحله‌ای از مطالعه انصراف دهند. برای استانداردسازی مصاحبه‌ها و جلوگیری از خطاهای فردی، یک راهنمای مصاحبه از قبل بر اساس نیازهای این تحقیق تهیه شد. این راهنما شامل اهداف مطالعه، مقدمه‌ای کوتاه در مورد موضوع و دو بخش بود: اطلاعات جمعیت‌شناختی و سوالات مصاحبه (درباره مسایل سیاسی، اجتماعی- فرهنگی، اقتصادی و بین‌المللی مرتبط و تاثیرگذار بر بیماری) بود. در ابتدا، ۱۴ سوال مصاحبه تدوین شد. به منظور سنجش روایی، راهنمای مصاحبه پس از دو مرحله پیش‌آزمون و اعتبارسنجی توسط سه متخصص مستقل (ضریب توافق

ارزش‌ها، باورها و هنجارهای اجتماعی هستند که پاسخ‌های سیاسی و مشارکت جامعه را شکل می‌دهند [۱۴، ۱۶]. عوامل محیطی یا بین‌المللی شامل توافقات جهانی، اهداف توسعه پایدار و فشارهای خارجی هستند که بر فرآیندهای سیاست ملی تأثیر می‌گذارند [۱۴، ۱۵]. این دسته‌بندی یک روش اکتشافی مفید برای بررسی چگونگی طراحی و نتایج سیاست توسط زمینه ارائه می‌دهد، با توجه به اینکه بازیگران و فرآیندهای سیاستی در شرایط محیطی قرار دارند و در نهایت بر موفقیت اصلاحات تأثیر می‌گذارند [۱۳].

از روش نمونه‌گیری هدفمند برای انتخاب مصاحبه‌شوندگان استفاده شد و نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. با توجه به اهمیت موضوع، تلاش شد تا گروه متنوعی از افراد برای ثبت طیف وسیعی از دیدگاه‌ها انتخاب شوند (جدول ۱). شرکت‌کنندگان تجربه قبلی در زمینه‌های مرتبط داشتند. عواملی مانند هدف نمونه‌گیری، نوع نمونه‌گیری، سوال تحقیق،

جدول ۱- مشخصات افراد شرکت کننده در پژوهش

کد شناسایی	پست سازمانی	تحصیلات	جنسیت	مصاحبه
۰۱	هیات علمی دانشگاه	متخصص روماتولوژی	مرد	حضور
۰۲	نماینده مجلس و هیات علمی دانشگاه	متخصص روماتولوژی	مرد	حضور
۰۳	هیات علمی دانشگاه	فوق تخصص جراحی زانو و آسیب‌های ورزشی	مرد	حضور
۰۴	هیات علمی دانشگاه	متخصص ارتوپدی و جراحی دست و اعصاب محیطی	مرد	حضور
۰۵	هیات علمی دانشگاه	دکترای تخصصی اپیدمیولوژی	مرد	تلفنی
۰۶	هیات علمی دانشگاه	دکترای تخصصی فیزیوتراپی	مرد	حضور
۰۷	هیات علمی دانشگاه	فوق تخصص روماتولوژی	زن	حضور
۰۸	مرکز تحقیقات طب کار	پزشک عمومی	مرد	حضور
۰۹	وزارت بهداشت	متخصص طب کار	زن	حضور
۱۰	وزارت بهداشت	کارشناس ارشد بهداشت حرفه ای	زن	حضور
۱۱	وزارت بهداشت	متخصص روماتولوژی	زن	حضور
۱۲	بیمه سلامت	کارشناس بیمه	زن	حضور
۱۳	دانشگاه علوم پزشکی	کارشناس فیزیوتراپی	زن	حضور
۱۴	هیات علمی دانشگاه	پزشک و متخصص اپیدمیولوژی	مرد	تلفنی
۱۵	هیات علمی دانشگاه	دکترای طب سالمندی	زن	تلفنی
۱۶	وزارت بهداشت	متخصص ارتوپدی	مرد	تلفنی
۱۷	هیات علمی دانشگاه	متخصص طب فیزیکی و توانبخشی	زن	تلفنی
۱۸	هیات علمی دانشگاه	دکترای پزشکی اجتماعی	زن	تلفنی
۱۹	هیات علمی دانشگاه	متخصص روماتولوژی	مرد	حضور
۲۰	هیات علمی دانشگاه	متخصص روماتولوژی	مرد	حضور

شفافیت روش تحقیق به عینیت داده‌ها کمک کرد و قابلیت تأیید فرآیند جمع‌آوری داده‌ها را افزایش داد. قابلیت اطمینان و اعتمادپذیری از طریق استفاده از بازخورد دو نفر از نویسندگان در طول کدگذاری و تجزیه و تحلیل، بیشتر تقویت شد و نتایج مصاحبه برای بازخورد به برخی از شرکت‌کنندگان ارائه شد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم دسترسی به برخی متخصصان (تعدادی از مصاحبه‌ها در اتاق‌های عمل انجام شد) و عدم پاسخگویی برخی دیگر اشاره کرد. اندکی از پاسخگویان اجازه ضبط صدا ندادند و یادداشت‌های دست‌نویس را ضروری دانستند که خطر از دست دادن اطلاعات را به همراه داشت.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های مطالعه و مدل تحلیلی پیشنهادی، عوامل زمینه‌ای مؤثر بر فرآیند سیاست‌گذاری برای پیشگیری و مدیریت استئوآرتریت در ایران در پنج حوزه طبقه‌بندی می‌شوند: موقعیتی، ساختاری-مدیریتی، اجتماعی-اقتصادی، سیاسی-حقوقی و بین‌المللی.

۱- عوامل موقعیتی

۱-۱- پیری جمعیت: مطالعات نشان می‌دهد از سال ۱۳۷۵، جمعیت سالمندان در ایران رو به افزایش بوده است که ناشی از تغییر سیاست‌های جمعیتی و افزایش امید به زندگی است. جمعیت بالای ۶۰ سال از ۱,۱۷۳,۶۷۹ نفر در سال ۱۳۳۵ به ۷,۴۱۴,۰۹۱ نفر در سال ۱۳۹۵ افزایش یافته است، تقریباً ۶۳٪ برابر افزایش یافته در حالی که کل جمعیت تنها ۲۰۴٪ برابر رشد داشته است [۲۱]. سه نفر از شرکت‌کنندگان به این عامل اشاره کردند.

"تمرکز بر جمعیت سالمندان مهم است زیرا آرتروز مستقیماً با سن مرتبط است و شیوع آن در گروه‌های سنی بالاتر بیشتر است. جمعیت کشور ما در مقایسه با سال‌های گذشته مسن‌تر شده است." (P۰۵)

۱-۲- افزایش تصادفات و آسیب‌ها: پس از عامل پیری، تروما به عنوان یک عامل خطر اصلی در ایجاد استئوآرتریت شناخته می‌شود. با شهرنشینی و صنعتی شدن، تصادفات رانندگی به طور قابل توجهی افزایش یافته و ایران را در رتبه پنجم مرگ و میر ناشی از تصادفات رانندگی در جهان و بالاترین میزان در منطقه مدیترانه شرقی قرار داده است [۲۲]. در حالی که استئوآرتریت معمولاً در بین سالمندان شایع است، استئوآرتریت پس از سانحه می‌تواند همه گروه‌های سنی را تحت تأثیر قرار دهد به ویژه در بین افراد جوان و فعال مانند

۰.۸۹ (CVR) نهایی گردید. CVR^۸ یا ضریب روایی محتوا با استفاده از فرمول لاوس^۹ محاسبه شد. در این روش، از هر متخصص مستقل خواسته شد تا اهمیت هر سوال مصاحبه را در سه سطح ضروری، مفید اما غیرضروری و غیرضروری ارزیابی کند. CVR برای هر سوال با فرمول زیر محاسبه می‌شود:

$$CVR = (Ne - N/2) / (N/2)$$

که در آن Ne تعداد متخصصانی است که سوال را ضروری ارزیابی کرده‌اند و N تعداد کل متخصصان است. بر اساس جدول لاوس، برای تعداد ۳ متخصص، حداقل مقدار قابل قبول CVR برابر با ۰/۸۹ است. در این مطالعه، با توجه به CVR محاسبه‌شده (۰/۸۹)، سوالاتی که این حد آستانه را نداشتند حذف یا اصلاح شدند [۱۷]. تعداد سوالات به ۱۲ سوال کاهش یافت و ترتیب سوالات اصلاح شد. سپس مطلعین کلیدی شناسایی و پس از هماهنگی و کسب رضایت، زمان مصاحبه تعیین شد و محقق با معرفی‌نامه‌ای از دانشگاه علوم پزشکی ایران، برای جمع‌آوری داده‌های لازم به آنها مراجعه کرد. مصاحبه‌های نیمه‌ساختار یافته با این افراد انجام گردید (میانگین زمان: ۴۵ دقیقه). با رضایت شرکت‌کنندگان، مصاحبه‌ها ضبط صوتی شدند و یادداشت‌برداری همزمان انجام شد.

برای تحلیل داده‌ها از تحلیل چارچوب و نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۰ استفاده شد. تحلیل چارچوب روشی مناسب برای تحقیقات کاربردی با هدف دستیابی به بینش‌های خاص و ارائه نتایج یا توصیه‌ها است [۱۸، ۱۹]. مراحل تحلیل و کدگذاری داده‌ها به شرح زیر بود: آشنایی با متن (خواندن مکرر متن‌ها)، شناسایی چارچوب موضوعی، خوشه‌بندی موضوعات، خلاصه‌سازی و تفسیر [۲۰]. پس از خواندن مصاحبه‌ها، کدها (به عنوان کوچکترین واحدهای معنادار) از جملات استخراج شدند و زیرموضوعات و موضوعات شناسایی شدند.

برای افزایش اعتبار و پایایی، داده‌ها از منابع متعدد جمع‌آوری شدند. افرادی با تخصص‌های متنوع برای جمع‌آوری جامع‌ترین اطلاعات انتخاب شدند. علاوه بر این، متن مصاحبه‌ها برای آنها ارسال شد و برای تأیید و اصلاح در صورت نیاز، مورد بررسی قرار گرفتند. موارد متناقض و منفی نیز برای کشف دلایل این اختلافات بررسی شدند. علاوه بر این، مشارکت طولانی مدت محقق، تخصیص زمان کافی، دقت در تمام مراحل تحقیق و

8. Content Validity Ratio

9. Lawshe

ورزشکاران شایع است. آسیب‌های مفصلی مانند شکستگی‌های داخل مفصلی یا بی‌ثباتی مفصل، افراد را مستعد این بیماری می‌کند.

"دلیل افزایش استئوآرتریت این است که تصادفات و آسیب‌ها افزایش یافته است. مشاغل و استفاده مکرر از مفصل، شیوع استئوآرتریت را افزایش می‌دهد. در این زمینه به آموزش نیاز است." (P۰۴)

۳-۱- شیوع بالای بیماری‌های غیرواگیر به عنوان عوامل خطر ابتلا به استئوآرتریت در ایران: مطالعه بار جهانی بیماری‌ها^{۱۰} در سال ۲۰۱۰ که با همکاری موسسات بین‌المللی از جمله موسسه ارزیابی و سنجش بهداشت^{۱۱}، دانشگاه هاروارد و سازمان جهانی بهداشت انجام شد، پیشرفت‌های روش‌شناختی قابل توجهی را در تخمین بار بیماری‌ها نشان داد. اولین مطالعه بار بیماری‌ها در ایران در سال ۲۰۰۳ انجام شد اما عوامل خطر را تخمین نزد. متعاقباً، مطالعه ملی و فرو ملی بار بیماری‌ها، سوانح و حوادث و عوامل خطر^{۱۲} (۲۰۱۳) NASBOD داده‌های دقیق‌تری را از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۳ در سطوح ملی و استانی ارائه داد. یافته‌ها نشان دهنده کاهش مرگ و میر کودکان و بهبود منطقه‌ای در استان‌هایی مانند خراسان رضوی و آذربایجان بود. میزان چاقی و اضافه وزن در زنان ایرانی، به ویژه در سنین ۴۵ تا ۵۴ سال، در حال افزایش است [۲۳]. NASBOD نابرابری‌های بهداشتی و توزیع عوامل خطر در استان‌ها را برجسته کرد و به عنوان ابزاری ارزشمند برای سیاست‌گذاران در تخصیص منابع عمل کرد.

۴-۱- برنامه پزشک خانواده و طرح تحول نظام سلامت: برنامه پزشک خانواده که در سال ۲۰۰۵ در مناطق روستایی آغاز شد، به طور قابل توجهی دسترسی به پزشک، بهبود دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان را در مناطق محروم افزایش داده است. پزشکان خانواده که در کنار کارکنان بهداشت جامعه کار می‌کنند، نقش حیاتی در پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر دارند [۲۳]. گسترش این برنامه به مناطق شهری می‌تواند از اهداف پیشگیری از استئوآرتریت پشتیبانی کند. طرح تحول نظام سلامت، با هدف کاهش هزینه‌های درمان، ارتقای عدالت در دسترسی و افزایش کیفیت خدمات، از طریق سه مرحله بر خدمات بهداشتی در کشور تأثیر مثبت گذاشته است: استقرار پزشکان بیمارستانی، تقویت مراقبت‌های پیشگیرانه و تنظیم تعرفه خدمات. این

ابتکار عمل برای سیاست مدیریت استئوآرتریت بسیار مهم است.

۵-۱- رفاه عمومی: رفاه عمومی عامل کلیدی در بهبود کیفیت زندگی و سلامت است. شاخص رفاه جهانی لگاتوم^{۱۳}، ایران را در سال ۲۰۱۸ در رتبه ۱۰۸ و در سال ۲۰۲۳ در رتبه ۱۲۶ قرار داد که نشان‌دهنده کاهش کلی رفاه عمومی است. اگرچه ایران در حوزه سلامت عملکرد نسبتاً بهتری دارد، اما در آزادی‌های شخصی، حکومتداری و شرایط نهادی امتیاز ضعیفی کسب می‌کند [۲۴]. سطح پایین رفاه عمومی می‌تواند مانع دسترسی عادلانه به مراقبت‌های بهداشتی و اجرای مؤثر سیاست‌های بهداشتی، از جمله پیشگیری از استئوآرتریت شود.

"وضعیت اقتصادی-اجتماعی ما، جمعیت روستایی و حاشیه‌نشین در فقر زندگی می‌کنند. اگر وزارت بهداشت بخواهد در پیشگیری از استئوآرتریت مشارکت کند، ممکن است نتواند به موفقیت زیادی دست یابد زیرا بهبود رفاه عمومی ضروری است." (P۰۷)

۲- عوامل اجتماعی-اقتصادی و فرهنگی

۱-۲- مسائل فرهنگی، مذهبی و سنتی: بیماری‌های اسکلتی-عضلانی تحت تأثیر طیف وسیعی از عوامل اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و محیطی قرار دارند. افرادی که وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین‌تری دارند، به دلیل دسترسی محدود به مراقبت‌های بهداشتی، سبک زندگی ناسالم و عدم اقدامات پیشگیرانه، عموماً شیوع بیماری بالاتری دارند. نگرش‌های فرهنگی به طور قابل توجهی بر درک درد و جستجوی مراقبت‌های بهداشتی تأثیر می‌گذارد. باورهای متنوع در مورد علل درد و درمان ممکن است مراقبت را به تأخیر بیندازد یا از آن جلوگیری کند. عوامل سبک زندگی مانند چاقی، عدم فعالیت بدنی و سیگار کشیدن نیز بیماری‌های اسکلتی-عضلانی را تشدید می‌کنند. علاوه بر این، شرایط شغلی، فشار بدنی و محیط‌های کاری ناسالم در ایجاد بیماری نقش دارند. در ایران، شیوه‌های فرهنگی و مذهبی مانند استفاده از توالتهای سنتی، چمباتمه، حالت‌های نشستن مانند چهارزانو و دوزانو، خوابیدن روی زمین و حالت‌های نماز، بر مفاصل فشار وارد می‌کنند و ممکن است در بروز بیماری‌های اسکلتی-عضلانی نقش داشته باشند.

"عوامل فرهنگی ممکن است در بروز استئوآرتریت نقش داشته باشند زیرا معمولاً مفاصل زانو و لگن را تحت تأثیر قرار

10. Global Burden of Disease

11. Institute for Health Metrics and Evaluation

12. National and Subnational Burden of Diseases

13. Legatum Prosperity Index

"ما هیچ سیاستی در مورد استئوآرتریت نداریم؛ شما می‌توانید این را بررسی کنید." (P۰۷)

۳-۲- مدیریت اجرایی: چالش‌های اجرایی شامل حمایت ناکافی، تحریم‌ها، محدودیت‌های مالی و فقدان بودجه اختصاصی است. همچنین، فقدان یک ثبت جامع بیماری و نیاز به ارزیابی دقیق منابع انسانی و تجهیزات مورد نیاز، مسائل مهمی هستند.

۳-۳- کمبود منابع مالی: تأمین مالی در تدوین سیاست‌ها حیاتی است. ذی‌نفعان بر نقش محوری منابع انسانی و مالی در هدایت سیاست‌ها تأکید دارند. اگرچه برنامه‌های پیشگیری مقرون به صرفه هستند، اما اجرای آنها در ایران به دلیل اصلاحات لازم زیرساختی، فرهنگی، اقتصادی و آموزشی، نیازمند هزینه‌های قابل توجه دولتی است. هفت نفر از شرکت‌کنندگان به این عامل اشاره کردند.

"وقتی استئوآرتریت ایجاد می‌شود، بار مالی سنگینی را بر دولت تحمیل می‌کند. به عنوان مثال، وقتی یک بیمار در نهایت نیاز به تعویض مفصل دارد، هزینه قابل توجهی برای سیستم مراقبت‌های بهداشتی است. اقدامات پیشگیرانه برای کاهش بار بیماری بسیار مهم هستند" (P۰۳)

۳-۴- فقدان مشوق‌های مالی برای آموزش بیمار: سیستم پرداخت مراقبت‌های بهداشتی ایران ترکیبی است (حقوق، پاداش، بودجه، هزینه خدمات). این امر کارکنان را تشویق می‌کند تا بر فعالیت‌های قابل اندازه‌گیری مانند ویزیت بیمار تمرکز کنند، در حالی که خدمات کمتر قابل اندازه‌گیری مانند آموزش بیمار به دلیل فقدان پاداش یا هزینه، توجه کمی دریافت می‌کنند.

"هیچ بودجه یا اعتباری برای آموزش اختصاص داده نشده است. من معتقدم که یک برنامه و بودجه جدید برای پیشگیری لازم است و کارکنان باید در آن مشارکت داشته باشند." (P۰۲)

۳-۵- عدم وجود یک سامانه ثبت جامع بیماری و ارزیابی دقیق نیازها برای کارکنان، داروها و تجهیزات: پیش‌نیاز اجرای برنامه، ایجاد یک ثبت کامل استئوآرتریت و ارزیابی نیازهای منابع انسانی و مادی، از جمله تعریف بسته خدماتی است.

"ما هنوز یک ثبت جامع برای آرتروز نداریم؛ بنابراین، شیوع واقعی را نمی‌دانیم. قبل از اینکه بتوانیم سیاست‌های مؤثری تدوین کنیم، مراحل زیادی مورد نیاز است." (P۱۱)

برخی از روماتولوژیست‌ها تأکید کردند که چگونه تحریم‌ها باعث کمبود تجهیزات درمانی برای مراحل پیشرفته بیماری شده‌اند. علاوه بر این، تجویز داروها اغلب بر تسکین علائم به

می‌دهد. حالت‌های نشستن ایرانیان مانند چهارزانو و دوزانو، نشستن روی زمین و استفاده از توالت، افراد را مستعد ابتلا به استئوآرتریت می‌کند." (P۱۱)

باورهای مذهبی، محافظه‌کاری و مقاومت در برابر تغییر رفتارهای سنتی، همراه با نقش روحانیون به عنوان تأثیرگذاران اجتماعی، نیز بر مدیریت بیماری تأثیر می‌گذارند:

"به عنوان مثال، در مساجد و اجتماعات مذهبی ما، مردم اکنون به جای زمین روی صندلی می‌نشینند. اگر این تغییر به نماز جمعه و جماعت تعمیم یابد، می‌تواند ضرورت نشستن روی زمین را کاهش دهد. مراجع مذهبی می‌توانند در این زمینه به سیاست‌گذاری کمک کنند." (P۱۱)

۲-۲- عوامل اجتماعی-اقتصادی: وضعیت اجتماعی-اقتصادی مستقیماً بر شیوع و شدت استئوآرتریت تأثیر می‌گذارد. افراد با وضعیت پایین‌تر (تحصیلات پایین‌تر، مشاغل طاقت‌فرسا، دسترسی محدود به مراقبت‌های بهداشتی) در معرض خطر بیشتری هستند. فشارهای مالی می‌تواند منجر به چاقی، عدم فعالیت و تأخیر در درمان و بدتر شدن پیامدهای بیماری شود. هزینه‌های اقتصادی شامل هزینه‌های درمان، کاهش بهره‌وری و معلولیت است. موانع اجرای مؤثر سیاست‌ها شامل دسترسی ناکافی به پزشکی، آگاهی عمومی پایین، حمایت مالی ناکافی برای گروه‌های آسیب‌پذیر و سبک زندگی ناسالم (به عنوان مثال، رفتار کم‌تحرك و وابستگی به وسایل نقلیه موتوری) است. پرداختن به این موارد از طریق سیاست‌های بهداشت عمومی، آموزش و حمایت اجتماعی می‌تواند بار فزاینده استئوآرتریت را کاهش دهد. یکی از شرکت‌کنندگان خاطرنشان کرد:

"تأثیر اجتماعی-اقتصادی قابل توجه است؛ بیماری که به توالت‌های فرنگی دسترسی ندارد یا قادر به پرداخت هزینه آنها نیست، احتمالاً کاندید جراحی تعویض مفصل یا درمان‌های پیشرفته مانند تزریق اوزون، پی آر پی یا اسید هیالورونیک نخواهد بود." (P۰۷)

۳- عوامل مدیریتی و ساختاری

۳-۱- ساختار سازمانی: با وجود تلاش‌هایی مانند ایجاد یک بخش تخصصی استئوآرتریت و تهیه یک طرح پیشگیری ملی، شواهد این مطالعه نشان‌دهنده عدم وجود یک سیاست عملیاتی برای پیشگیری و مدیریت استئوآرتریت در ایران است. همه کارشناسان مصاحبه‌شده، فقدان اجرای عملی سیاست‌ها را تأیید کردند.

مسن‌تر استخدام شوند، ممکن است در طول دوران کاری خود به استئوآرتريت مبتلا شوند. طبق مواد ۹۰ یا ۹۱ قانون تأمین اجتماعی، در صورت غفلت از معاینات سالانه سلامت، کارفرمایان می‌توانند پاسخگو باشند. (P۰۸)

"در مورد استئوآرتريت مرتبط با کار، غرامت کامل اعطا نمی‌شود زیرا یک بیماری چندعاملی و ارثی است، نه صرفاً مرتبط با کار." (P۰۹)

۴-۲- عوامل سیاسی: سیاست نقش عمده‌ای در سیاست‌گذاری استئوآرتريت در ایران ایفا می‌کند. تصمیمات سیاسی می‌توانند اجرای سیاست را تسهیل یا تضعیف کنند. دو مسئله اصلی سیاسی مطرح شد: اول، غفلت از استئوآرتريت در سیاست‌های سلامت سطح بالا؛ دوم، تأثیر منافع و ترجیحات شخصی مدیران بر تعیین اولویت‌ها، که موانعی را برای رسیدگی جدی به این بیماری ایجاد می‌کند.

"نظرات و منافع سیاستمداران تأثیر زیادی بر سیاست‌گذاری دارد، درحالی که تصمیمات باید مبتنی بر شواهد باشند و توسط نهادهای تخصصی که بیماری‌های شایع و مهم را شناسایی می‌کنند، گرفته شوند. برای مثال، سیاست پوکی استخوان توسط یک شخصیت سیاسی مرتبط با یک سازمان خارجی که منافع شخصی را دنبال می‌کند، هدایت می‌شد." (P۰۱)

۵- عوامل بین‌المللی

۵-۱- تأکید بر کاهش شیوع بیماری‌های غیرواگیر در اهداف توسعه پایدار سازمان ملل: دستور کار ۲۰۳۰ سازمان ملل برای توسعه پایدار، بیماری‌های غیرواگیر را به عنوان یک چالش عمده بهداشت عمومی شناسایی می‌کند. هدف ۳.۴ کاهش مرگ و میر زودرس ناشی از بیماری‌های غیرواگیر به میزان یک سوم تا سال ۲۰۳۰ را هدف قرار می‌دهد. سازمان بهداشت جهانی و سایر آژانس‌های بین‌المللی در این زمینه همکاری می‌کنند.

۵-۲- تحریم‌ها: تحریم‌ها، با ایجاد محدودیت‌های مالی و بانکی، به طور غیرمستقیم بر نظام سلامت ایران تأثیر گذاشته‌اند. این محدودیت‌ها واردات دارو و تجهیزات پزشکی را دشوار کرده و منجر به افزایش هزینه‌ها، کاهش دسترسی و کاهش کیفیت خدمات مراقبت‌های بهداشتی - به ویژه در زمینه ارتوپدی - شده است.

"هیچ درمان قطعی برای آرتروز وجود ندارد و درمان معمولاً شامل تعویض مفصل است که بسیار پرهزینه است.

جای درمان قطعی، با انگیزه‌های سود تمرکز دارد. ورود افراد غیرمتخصص به درمان، کیفیت مراقبت را به خطر می‌اندازد. "این بیماری هیچ درمان قطعی دارویی ندارد. داروهای موجود مکمل‌هایی بدون شواهد از آزمایش‌های بالینی هستند. داروهای سنتی مانند زنجبیل و زردچوبه پیشرفت بیماری را متوقف نمی‌کنند، فقط درد را کاهش می‌دهند. تزریقات داخل مفصلی نیز عمدتاً درد را کاهش می‌دهند. از این رو، پیشگیری بسیار مهم است." (P۰۷)

"متأسفانه، افزایش جراحان ارتوپد گاهی اوقات منجر به انجام آرتروپلاستی زودرس بیماران مبتلا به استئوآرتريت خفیف می‌شود که هزینه سنگینی را به دولت تحمیل می‌کند." (P۰۳)

۴- عوامل سیاسی و حقوقی

۴-۱- قوانین و مقررات: در مورد پیشگیری از بیماری‌های اسکلتی-عضلانی در محیط‌های کاری، مقررات متعددی در سطح ملی و بین‌المللی وجود دارد:

- معاینات پزشکی قبل از استخدام توسط کارفرمایان
- پرونده‌های سلامت شغلی و بررسی‌های دوره‌ای سلامت
- بازرسی‌های دوره‌ای سلامت شغلی از صنایع و کارگاه‌ها
- ماده ۹۰ قانون تأمین اجتماعی
- ماده ۹۲ قانون کار
- قانون ورزش کارکنان (۱۳۷۳)
- منشور حقوق زنان (۱۳۸۳)
- کنوانسیون ایمنی و بهداشت شغلی شماره ۱۵۵ (۱۹۸۱) و پروتکل ۲۰۰۲ آن سازمان بین‌المللی کار

در این حوزه چالش‌هایی وجود دارد از جمله نیاز به تطبیق محلی پروتکل‌ها، ناکافی بودن دستورالعمل‌های سلامت شغلی در شرکت‌های خصوصی و عدم اجرای کامل برنامه سلامت بسته خدمات پایه سلامت کارکنان دولت. با توجه به مصاحبه‌ها، در شرکت‌ها و کارگاه‌ها، آیین‌نامه و پروتکل‌ها بصورت بین‌المللی وجود دارد و باید با توجه به شرایط بومی‌سازی شود و در قوانین مربوط به محیط کار نارسایی‌هایی وجود دارد که نیاز به بازنگری دارد.

"به عنوان مثال، در شرکت‌های خصوصی شرکت‌هایی با حدود ۵۰ کارمند، اگر کار تخصصی انجام شود و کارگران

پزشک خانواده و طرح تحول سلامت، فرصت‌های مناسبی برای تقویت مراقبت‌های اولیه و مدیریت بهتر بیماری‌های مزمن فراهم کرده‌اند [۲۳].

در حوزه ساختاری-مدیریتی، فقدان سیستم ثبت بیماری، کمبود منابع مالی، عدم برنامه ملی پیشگیری و تقاضای القایی، از مهم‌ترین موانع سیستمی در مدیریت استئوآرتریت در ایران محسوب می‌شوند. نبود یک پایگاه داده ملی معتبر، برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد و تخصیص عادلانه منابع را با چالش مواجه کرده است. همچنین عدم مشارکت متخصصان مرتبط در فرآیند سیاست‌گذاری و ضعف در اجرای سیاست‌های مبتنی بر نیاز واقعی جامعه، کارایی سیستم سلامت را کاهش داده است [۱۶].

عوامل اجتماعی-اقتصادی نیز نقش بسزایی در پیشرفت استئوآرتریت دارند. سات^{۱۵} (۲۰۲۲) تأکید می‌کند در کشورهای با درآمد کم و متوسط، افزایش استفاده از فناوری همراه با کاهش فعالیت بدنی منجر به افزایش این بیماری‌ها شده است [۱۸]. سواد سلامت پایین، فقر، بودجه محدود دولتی و ضعف حمایت‌های اجتماعی، دسترسی به خدمات پیشگیری و درمان را محدود می‌کنند [۲۷] علاوه بر این، شیوه‌های فرهنگی مانند نشستن چهارزانو، استفاده از توالتهای سنتی و باورهای غلط درباره درد مفاصل، به عنوان عوامل خطر محلی شناسایی شده‌اند [۱۹]. با این حال، مداخلاتی مانند ورزش، کاهش وزن و آموزش سلامت، علیرغم اثربخشی شناخته‌شده، به دلیل موانع فرهنگی و اقتصادی، پذیرش کمی دارند [۲۸]. مطالعه الخلافات^{۱۶} (۲۰۲۰) بیان کرد که اردنی‌ها در مقایسه با کشورهای توسعه یافته از شدت آرتروز زانو بالاتری دارند و این موضوع را به شاخص توده بدنی بالاتر و عادات فرهنگی مانند نمازخواندن و دو زانو نشستن اشاره کردند. علاوه بر این، حمل‌ونقل عمومی به خوبی سازماندهی نشده است. با توجه به شاخص‌های جنسیت، فرهنگ مردان را بر زنان ترجیح می‌دهد، به عنوان مثال، زنان عمدتاً بیکار بودند. این تفاوت‌های اجتماعی-فرهنگی در مقایسه با کشورهای توسعه‌یافته جهان ممکن است از طریق استئوآرتریت زانو بر سلامت تأثیر بگذارد [۲۰].

در سطح سیاسی-حقوقی، غفلت از بیماری‌های اسکلتی عضلانی در اولویت‌های سیاست‌گذاری، نشان‌دهنده شکاف گسترده سیاستی است. تحریم‌های اقتصادی پس از خروج آمریکا از برجام (۲۰۱۸)، دسترسی به داروها، تجهیزات

بیماران به ایمپلنت‌های پروتز نیاز دارند و در حال حاضر، بسیاری از بیماران ما بیش از دو سال برای نوبت جراحی تعویض مفصل منتظر می‌مانند. با توجه به تحریم‌های اعمال شده بر کشور ما، این موضوع بسیار حیاتی است. (P۰۷)

بحث

این مطالعه با هدف بررسی زمینه سیاست‌گذاری استئوآرتریت و شناسایی عوامل مؤثر بر تدوین و اجرای سیاست‌های پیشگیرانه و مدیریتی انجام شد. بر اساس مدل پیشنهادی لیشر، عوامل زمینه‌ای استئوآرتریت به پنج دسته تقسیم می‌شوند. عوامل موقعیتی شامل سالمندی جمعیت، افزایش تصادفات، اجرای طرح پزشک خانواده و سطح رفاه عمومی است. عوامل ساختاری-مدیریتی به کمبود منابع مالی، نبود نظام ثبت بیماری، تقاضای القایی، ورود افراد غیرمتخصص به حوزه درمان و نبود برنامه ملی پیشگیری اشاره دارد. عوامل اقتصادی-اجتماعی شامل سبک زندگی، عدم تحرک، پایین بودن سواد سلامت، ضعف حمایت مالی از اقشار ضعیف و محدودیت بودجه است. عوامل سیاسی-قانونی به نارسایی قوانین کار، عدم اجرای بسته خدمات سلامت، تحریم‌ها و تأثیر سلیقه مدیران در سیاست‌گذاری اشاره دارد. در سطح بین‌المللی نیز سازمان جهانی بهداشت بر کاهش بیماری‌های غیرواگیر تأکید دارد و تحریم‌ها چالش‌هایی در این زمینه ایجاد کرده‌اند.

در بُعد موقعیتی، پیری جمعیت به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل افزایش‌دهنده بار استئوآرتریت شناسایی شد. در ایران، با افزایش امید به زندگی و کاهش نرخ باروری، جمعیت سالمند در حال رشد است و این امر به طور مستقیم بر شیوع استئوآرتریت تأثیر گذاشته است. مطالعات نشان داده‌اند که بیش از نیمی از زنان بالای ۵۰ سال و مردان بالای ۶۰ سال در مناطق روستایی ایران دچار این بیماری هستند [۲۵]. افزایش رفتارهای بی‌تحرک ناشی از تحولات فناورانه و تغییر سبک زندگی، از جمله استفاده طولانی‌مدت از دستگاه‌های الکترونیکی و کاهش فعالیت بدنی، نیز به عنوان عوامل خطر تشدیدکننده استئوآرتریت مطرح شده‌اند [۱۲، ۱۳]. همچنین، آسیب‌های جسمی ناشی از تصادفات رانندگی و ورزشی، منجر به بروز استئوآرتریت پس از سانحه^{۱۴} (PTO) می‌شوند که حدود ۱۲ درصد از موارد استئوآرتریت را شامل می‌شود [۲۶]. از سوی دیگر، اجرای طرح‌های ملی مانند طرح

15. Saat

16. Alkhelafat

14. Post- traumatic Osteoarthritis

درمانی و منابع مالی را محدود کرده و مدیریت بیماری‌های مزمن را با چالش مواجه ساخته است [۲۷].

در سطح بین‌المللی، با وجود تأکید سازمان جهانی بهداشت بر کاهش بیماری‌های غیرواگیر، بیماری‌های اسکلتی عضلانی همچنان در بی‌توجهی قرار دارند [۲۲] این بیماری‌ها به دلیل ضعف لابی‌گری و کمبود منابع پژوهشی، در دستور کارهای جهانی سلامت قرار نمی‌گیرند، در حالیکه بار قابل توجهی از ناتوانی را به خود اختصاص داده‌اند. بنابراین، لزوم توجه جهانی و ملی به استثنائرتیرت به عنوان یک بحران سلامت عمومی، امری انکارناپذیر است.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که استثنائرتیرت تنها یک بیماری پزشکی نیست، بلکه نتیجه‌ای پیچیده از تعامل عوامل چندبعدی اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، سیاسی و نظام‌های مدیریتی در سلامت است. برای مقابله مؤثر با این بیماری، لازم است رویکردهای سنتی متمرکز بر درمان را با چارچوبی جامع و پیشگیرانه جایگزین کرد. اجرای اصلاحات ساختاری در نظام سلامت، افزایش شفافیت در تخصیص منابع، تقویت سیستم ثبت ملی بیماری‌ها، بازطراحی مشوق‌های آموزشی و درمانی، و استفاده از شبکه‌های فرهنگی و مذهبی برای ترویج رفتارهای سالم، گام‌های ضروری در جهت طراحی و اجرای سیاست‌های مؤثر پیشگیری از استثنائرتیرت محسوب می‌شوند.

حذف موانع اجتماعی-اقتصادی که دسترسی عادلانه به مراقبت‌های پیشگیرانه و درمانی را محدود می‌کنند، از جمله اولویت‌های کلیدی است. ایران می‌تواند از تجربیات موفق کشورهایی که با اجرای مدل‌های پوشش همگانی سلامت، دسترسی ویژه به خدمات پیشگیری اولیه را تضمین کرده‌اند، الگو بگیرد. علاوه بر این، افزایش آگاهی عمومی و سواد سلامت از طریق کمپین‌های آموزشی هدفمند و فرهنگی می‌تواند به کاهش مقاومت‌های فرهنگی در برابر تغییر سبک زندگی (از جمله افزایش فعالیت بدنی و بهبود الگوی تغذیه) کمک کند، که همگی برای پیشگیری از استثنائرتیرت ضروری هستند.

تمرکز بر پیشگیری اولیه از طریق اجرای برنامه‌های ملی ترویج سبک زندگی سالم، می‌تواند به طور معناداری بار بیماری استثنائرتیرت را در بلندمدت کاهش دهد. همچنین، سرمایه‌گذاری استراتژیک در تحقیقات بالینی و پایه برای توسعه روش‌های نوین پیشگیری، تشخیص و درمان، نقش مهمی در پاسخگویی به چالش‌های این بیماری مزمن ایفا خواهد

کرد. در نهایت، سیاست‌گذاری مؤثر در حوزه بیماری‌های مزمن مانند استثنائرتیرت نیازمند رویکردهای چندسطحی و میان‌رشته‌ای است که عوامل جمعیتی، فرهنگی، مدیریتی، سیاستی و بین‌المللی را به طور هم‌زمان در نظر بگیرد. تنها از طریق همکاری بین بخش‌های مختلف و اتخاذ تصمیمات مبتنی بر شواهد، می‌توان به سیستمی پایدار و عادلانه برای پیشگیری و مدیریت استثنائرتیرت دست یافت.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

پیشنهاد می‌شود سند سیاستی جامع و متمرکزی در سطح ملی برای پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی استثنائرتیرت تدوین و اجرا شود. این سند باید چارچوبی یکپارچه فراهم کند که در آن اقدامات پیشگیرانه، رویکردهای تشخیصی به موقع، استراتژی‌های درمانی مؤثر و برنامه‌های توانبخشی بیماران به صورت سیستماتیک برنامه‌ریزی و اجرا شوند. همچنین، راه‌اندازی یک برنامه ثبت ملی برای جمع‌آوری داده‌های معتبر و قابل اتکا در مورد بار بیماری، الگوهای شیوع و پیامدهای بالینی استثنائرتیرت ضروری است تا بتوان از این داده‌ها در برنامه‌ریزی سیاست‌های بهداشتی، تخصیص منابع و پایش پیشرفت‌ها استفاده کرد.

نقش مراقبت‌های اولیه در مدیریت استثنائرتیرت باید به طور چشمگیری تقویت شود. این امر از طریق آموزش مستمر پزشکان خانواده در زمینه غربالگری مناسب، مدیریت اولیه بیماران و ارجاع به موقع به تیم‌های تخصصی امکان‌پذیر خواهد بود. علاوه بر این، سیستم‌های پرداخت خدمات بهداشتی باید بازطراحی شوند تا به گونه‌ای ساختار یابند که خدمات پیشگیرانه، آموزش بیمار و مدیریت چندوجهی بیماری تشویق و پاداش مالی دریافت کنند. این تغییرات می‌تواند انگیزه‌های مالی و حرفه‌ای پزشکان را برای تمرکز بر پیشگیری و مراقبت‌های پایه تقویت کند.

همکاری با نهادهای فرهنگی، مذهبی و اجتماعی نیز می‌تواند نقش مهمی در ترویج رفتارهای سالم، حفاظت از مفاصل و تغییر شیوه‌های زندگی پرخطر (مانند رفتارهای نامناسب حرکتی و چاقی) ایفا کند. کمپین‌های آموزشی و فرهنگ‌سازی با مشارکت این نهادها می‌تواند آگاهی عمومی را افزایش داده و رفتارهای پیشگیرانه را در جامعه نهادینه کنند. در نهایت، سرمایه‌گذاری هدفمند در تحقیقات علمی و بالینی برای شناسایی روش‌های نوین پیشگیری، تشخیص

است که توسط دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران، حمایت و تأمین مالی شده است.

کد اخلاق

IR.IUMS.REC.1401.860

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می کنند که هیچ تضاد منافی ندارند.

زودهنگام و درمان‌های مؤثرتر ضروری است. حمایت از پروژه‌های تحقیقاتی در زمینه عوامل خطر، بیومارکرهای زیستی، درمان‌های شخصی‌سازی شده و فناوری‌های نوین توانبخشی می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی بیماران و کاهش بار بلندمدت این بیماری منجر شود.

تشکر و قدردانی

این اثر بخشی از پایان‌نامه دکترای سیاست‌گذاری سلامت

References

1. Ramesh S, Kosalram K. The burden of non-communicable diseases: A scoping review focus on the context of India. *Journal of education and health promotion*. 2023;12(1):41
2. Barzegari J AA, Moinfar Z, Abolhassani F. Non-communicable diseases units: continuity of care factors. *Journal of Public Health*. 2021;29:653-7.
3. Yahaya I WT, Babatunde OO, Corp N, Helliwell T, Dikomitis L, et al. Prevalence of osteoarthritis in lower middle-and low-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology international*. 2021;41(7):1221-31.
4. Kiani Dooghabadi F, Khoshraftar Yazdi N, Farzaneh H. The effect of a period of kinesiotherapy and reflexology on pain intensity and range of motion in elderly women with knee osteoarthritis. *Journal of Sport Biomechanics*. 2020;6(2):98-109.
5. Rastgar Koutenaee F MZ, Naghikhani M, Biglarian A, Nouroozi M, Ghodrati M. The effect of low level laser therapy on pain and range of motion of patients with knee osteoarthritis. *Physical Treatments-Specific Physical Therapy Journal*. 2017;7(1):13-8.
6. Hunter DJ ML, Chew M. Osteoarthritis in 2020 and beyond: a Lancet Commission. *The Lancet*. 2020;396(10264):1711-2.
7. Heidari B. Knee osteoarthritis prevalence rf, pathogenesis and features: Part I. *Caspian journal of internal medicine*. 2011;2(2):205.
8. Lo K AM, Ni J, Wen C. Association between hypertension and osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Journal of orthopaedic translation*. 2022 Jan;32(32):12-20. doi: 10.1016/j.jot.2021.05.003
9. Shamekh A AM, Nejadghaderi SA, Sullman MJ, Kaufman JS, Collins GS, et al. The burden of osteoarthritis in the Middle East and North Africa region from 1990 to 2019. *Frontiers in Medicine*. 2022 Jun 23;9:881391.
10. Cui A LH, Wang D, Zhong J, Chen Y, Lu H. Global, regional prevalence, incidence and risk factors of knee osteoarthritis in population-based studies. *EClinicalMedicine*. 2020 Dec 1;29 (Volume 29, 100587)
11. Alkady EA SZ, Abdelaziz MM, El-Hafeez FA. Epidemiology and socioeconomic burden of osteoarthritis. *Journal of Current Medical Research and Practice*. 2023;8(1):7-11.
12. Wang Y ZY, Zhao C, Cai W, Wang Z, Zhao W. Physical Activity, Sedentary Behavior, and Osteoarthritis: A Two-Sample Mendelian Randomization Analysis. *Iranian Journal of Public Health*. 2023;52(10):2099.
13. Albee ME. Take a load off: skeletal implications of sedentism in the feet of modern body donors. *Evolution M, and Public Health*. 2023;11(1):485-501.
14. Dilley JE BM, Roman N, McKinley T, Sankar U. Post-traumatic osteoarthritis: a review of pathogenic mechanisms and novel targets for mitigation. *Bone Reports*. 2023 Jun 1;18:101658. doi:10.1016/j.bonr.2023.101658
15. Glazier RH. Our role in making the Canadian health care system one of the world's best: how family medicine and primary care can transform—and bring the rest of the system with us. *Canadian Family Physician*. 2023;69(1):11.
16. Raeissi P SM, Ebrahimi-Takamjani I, Gorgi HA, Hashemi M, Arabloo J, et al. Comparative Analysis of Osteoarthritis Prevention and Management Policies:

- Lessons for Iran from High-income Countries. *Med J Islam Repub Iran*. 1939,2025(25):46.
17. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Personnel psychology*. 1975;28(4).
 18. Saat N HS, Farah NM, Hanafiah H, Zuha AA. Relationship between physical activity and musculoskeletal disorders among low income housewives in Kuala Lumpur: A cross sectional study. *Plos one*. 2022;17(10):e0274305.
 19. Swärdh E JG, Khatri S, Kindblom K, Opava CH. Approaches to osteoarthritis-a qualitative study among patients in a rural setting in Central Western India. *Physiotherapy theory and practice*. 2022;38(11):1683-92.
 20. Al-Khlaifat L OR, Muhaidat J, Hawamdeh ZM, Qutishat D, Al-Yahya E, et al. Knowledge of knee osteoarthritis and its impact on health in the Middle East: are they different to countries in the developed world? A qualitative study. *Rehabilitation Research and Practice*. 2020; May 2020:9829825.
 21. Shiffman J, Smith S. Generation of political priority for global health initiatives: a framework and case study of maternal mortality. *The lancet*. 2007;370(9595):1370-9
 22. Briggs AM SJ, Shawar YR, Åkesson K, Ali N, Woolf AD. Global health policy in the 21st century: challenges and opportunities to arrest the global disability burden from musculoskeletal health conditions. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2020;34(5):101549.
 23. Peykari N, Hashemi H, Dinarvand R, Haji-Aghajani M, Malekzadeh R, Sadrolsadat A, Sayyari AA, Asadi-Lari M, Delavari A, Farzadfar F, Haghdoost A. National action plan for non-communicable diseases prevention and control in Iran; a response to emerging epidemic. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*. 2017 Jan 23;16(1):3.
 24. Legatum Institute. The Legatum Prosperity Index™ 2023: Iran Country Report. [cited 2025 Sep 11]. Available from: <https://www.prosperity.com/download?report=2023&country=IR>
 25. Tehrani-Banihashemi A DF, Jamshidi AR, Faezi T, Paragomi P, Barghamdi M. Prevalence of osteoarthritis in rural areas of Iran: a WHO-ILAR COPCORD study. *International journal of rheumatic diseases*. 2014;17(4):384-8.
 26. Mirzaei H ZA, Ahmadnezhad E, Gohrimehr M, Abdalmaleki E, Alvandi R, et al. Health status in the Islamic Republic of Iran, Middle East and North Africa countries: Implications for global health. *Iranian Journal of Public Health*. 2020;49(1):86.
 27. Shahabi S MP, Shabaninejad H, Teymurlouy AA, Behzadifar M, Lankarani KB. Physical rehabilitation financing in Iran: a policy analysis using Kingdon's multiple streams. *BMC Health Services Research*. 2021;21:1-11.
 28. Battista S. (dissertation). A Multi-Method Analysis of the Cultural, Sociodemographic and Economic Elements in Osteoarthritis Care. Lund, Sweden Lund University Faculty of Medicine. 2023: 137-8.

Analyzing Contextual Factors Influencing Osteoarthritis Policy Development in Iran: A Qualitative Study Based on Leichter's Framework

Monireh Shamsaei¹, Javad Barzegari², Poursan Raeissi^{3*}, Touraj Harati khalilabad⁴

1- PhD in health policy, Assistant professor, Department of health services management, School of public health, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran.

2- PhD in Healthcare management, National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- PhD in Psychology, Professor, Department of Health Services Management, School of Health Services Management and Medical Information Science, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- PhD in Health economy, Assistant Professor, School of Health Management and health information sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Background: Osteoarthritis is a prevalent musculoskeletal disorder and a leading cause of disability among the elderly. In Iran, despite its high burden, Osteoarthritis prevention and management face significant policy and implementation challenges. This study aimed to identify and analyze contextual factors influencing Osteoarthritis-related policymaking in Iran using Leichter's framework within the Walt and Gilson policy triangle.

Methods: This qualitative policy analysis study was conducted in 2023. Semi-structured interviews were conducted with 20 purposively selected key stakeholders, including physicians, policymakers, researchers, and insurance experts, until data saturation was achieved. Data were analyzed using the framework method and MAXQDA software (version 10). Trustworthiness was ensured through participant diversity, deviant case analysis, peer debriefing, and expert validation.

Results: Five key contextual domains were identified: (1) Situational factors, including population aging and rising NCDs; (2) Structural-managerial challenges, such as lack of operational policies, registries, and financial resources; (3) Socio-cultural barriers like traditional beliefs and low health literacy; (4) Political-legal constraints including policy neglect and sanctions; and (5) International influences, particularly the limited global attention to musculoskeletal disorders.

Conclusion: Osteoarthritis imposes a heavy burden on Iran's health system, yet it remains absent from national health agendas and no comprehensive policy exists. Addressing these multifaceted contextual barriers is essential for developing and implementing effective Osteoarthritis policies.

Keywords: Osteoarthritis, Policy Analysis, Leichter's Framework, Iran, Qualitative Study

Please cite this article as follows:

Shamsaei M, Barzegari J, Raeissi P, Harati khalilabad T. Analyzing Contextual Factors Influencing Osteoarthritis Policy Development in Iran: A Qualitative Study Based on Leichter's Framework. *Hakim Health Sys Res. Hakim Health Sys.* 2024; 26(4): 332-343.

*Corresponding Author: School of Health Management and Information Sciences, No. 6, Rashid Yasemi St. Vali -e Asr Ave, Tehran, Iran
E-mail: raeissi.p@iums.ac.ir

Copyright © 2024 Tehran University of Medical Sciences. Published by National Institute of Health research (NIHR). This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>. Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.