



بررسی وضعیت تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد در بین مدیران وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

محمد کاظم رحیمی^۱، حسن جعفری^۲، طاهره شفقت^۱، عفت رنجبر جمال آبادی^{۳*}

۱. استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت و سیاستگذاری سلامت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران
۲. دانشیار، مرکز تحقیقات مدیریت و سیاستگذاری سلامت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران
۳. کارشناسی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

چکیده

نوع مقاله: پژوهشی اصیل

مقدمه: نظام‌های سلامت همیشه متحمل منابع زیادی می‌شوند؛ از این رو تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد علمی، به‌منظور مطلوب‌کردن هزینه‌ها و پیشگیری از اتلاف منابع ضروری است. لذا، این پژوهش با هدف بررسی وضعیت تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد در بین مدیران وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد در سال ۱۴۰۲ انجام شد.

روش: مطالعه کاربردی حاضر از نوع توصیفی-حلیلی بود که به صورت مقطعی در بین معاونین و مدیران ارشد دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، رؤسای دانشکده‌ها و بیمارستان‌های آموزشی شهر یزد به‌صورت سرشماری انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه ارزیابی وضعیت تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، جمع‌آوری و با استفاده از آزمون‌های t -test، ANOVA و ضریب همبستگی پیرسون از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ تحلیل شد.

یافته‌ها: از بین ۶۵ مدیر مورد مطالعه اکثر آن‌ها مرد بودند (۷۶/۹٪). بیشترین تعداد را مدیران ستادی در معاونت تحقیقات و فناوری تشکیل دادند (۱۹/۶٪). میانگین نمره اجرای گام‌های "تحلیل وضعیت موجود و تعیین اولویت‌ها" و "ظرفیت‌سازی و مشخص نمودن اهداف" در بین مدیران بالاتر از ۷ می‌باشد که در وضعیت مطلوب هستند. در اجرای دیگر گام‌ها و حوزه‌های تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، مدیران عملکرد متوسطی داشته‌اند.

نتیجه‌گیری: سازمان با فراهم کردن آموزش‌های تخصصی، ایجاد فرصت‌های بیشتر برای تعامل بین کارکنان در زمینه تصمیم‌گیری و تشویق به تبادل نظر و مشارکت در این فرآیند، افزایش دسترسی به اطلاعات و داده‌ها می‌تواند زمینه لازم برای تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد را فراهم‌نماید.

کلیدواژه‌ها: تصمیم‌گیری؛ تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، شواهد، مدیریت مبتنی بر شواهد

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۷/۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۳

*نویسنده مسئول: عفت رنجبر

جمال آبادی، دانشکده بهداشت،

دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی

یزد، یزد، ایران

تلفن: ۰۹۳۰۲۵۲۶۷۷۸

پست الکترونیک:

efatranjbar81@gmail.com



مقدمه

تصمیم‌گیری اولین و اساسی‌ترین بخش وظایف مدیریت است (۱). مهارت تصمیم‌گیری، امروزه برای مدیران مهارت ضروری تلقی می‌شود (۲). شایان ذکر است که تصمیمات مدیران بیشترین تأثیر را بر کل سازمان دارد. این امر، به‌ویژه در سازمان‌های مراقبت سلامت که با جسم و روح مردم سروکار دارند، از حساسیت بیشتری برخوردار است (۳). در همین راستا، مدیران سلامت باید هم در قبال بیماران و هم به سازمان مراقبت سلامت خود پاسخگو باشند. تصمیمات آن‌ها تأثیر مهمی در اثربخشی و کیفیت ارائه خدمات به بیماران و در نهایت موفقیت سازمانشان دارد (۴). این امر استفاده از شواهد خوب و کافی را در تصمیم‌گیری‌های مدیران مهم می‌سازد (۵). شواهد عبارت‌اند از حقایق (واقعی یا ادعا شده‌ای) که برای حمایت از یک نتیجه‌گیری مورد استفاده قرار می‌گیرند. حقایق از طریق تجربه یا مشاهده به‌دست می‌آیند (۶).

استفاده از شواهد در وزارت بهداشت از نوآوری‌هایی برای حمایت از توسعه سیاست‌های سلامت برخوردار است (۷). بنابراین، مدیران چنین نظام‌هایی باید از بهترین شواهد ممکن در زمینه مدیریت سازمان‌های بهداشتی و درمانی بهره‌مند باشند و آموزش آن‌ها باید براساس بهترین شواهد مدیریت بهداشت و درمان باشد (۸). این اقدام باعث پیوند یادگیری مبتنی بر شواهد و مدیریت علمی در حوزه بهداشت و درمان خواهد شد و به‌عنوان موتور محرکه سازمان‌های یادگیرنده عمل خواهد کرد (۹).

همه سیاست‌ها و تصمیم‌گیری‌ها نیازمند شواهدی هستند که با روش‌های علمی بررسی شوند. حرکت به سمت تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد^۱ (EBDM) به‌عنوان یک تغییر در سازمان‌ها به ویژه سیستم‌های بهداشتی^۲ (HS) اجتناب‌ناپذیر است (۱۰). این شیوه تصمیم‌گیری شامل بهره‌گیری از فرایند نظام‌مند پژوهش و استفاده از نتایج آن در فرایند تصمیم‌گیری است و فرد تصمیم‌گیرنده را

ترغیب می‌کند که تصمیم‌ها را براساس شواهد علمی موجود اخذ کند (۱۱). دو حوزه سیاست‌گذاری و مدیریت با تکیه بر رویکرد تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد درصدد هستند به مراقبت سلامت باکیفیت نائل شوند (۱۲). ففر و ساتن^۳ (۲۰۰۶) معتقدند شرکت‌هایی که پایه تصمیم‌گیری‌های خود را بر شواهد قرار می‌دهند، دارای مزیت رقابتی هستند (۴).

همچنین، نظام‌های سلامت همیشه متحمل منابع زیادی می‌شوند؛ از این رو تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد علمی، به‌منظور مطلوب کردن هزینه‌ها و پیشگیری از اتلاف منابع، ضروری است (۱۳). وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باید قادر به کاهش برخی از موانع برای EBDM، به ویژه موانع مربوط به شکاف بین تحقیق و تصمیم‌گیری باشد (۱۴). در سال‌های اخیر مداخلات خاصی برای تقویت EBDM در ایران انجام شده است که از جمله آن‌ها می‌توان به فراخوان گسترده پیشنهادت تحقیقاتی کاربردی و تخصیص ۲ درصد از بودجه دانشگاه‌های علوم پزشکی به تحقیقات خدمات سلامت اشاره کرد (۱۵).

مطالعه باستانی و همکاران (۱۳۹۶) با هدف بررسی تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد در بین مدیران شاغل در بیمارستان‌ها، مراکز بهداشتی درمانی، دانشکده‌های پزشکی و گروه‌های مرکزی دانشگاه علوم پزشکی شیراز نشان داد که تصمیم‌گیری مدیران به لحاظ رویکرد مبتنی بر شواهد، از وضعیت مطلوبی برخوردار نیست و تصمیم‌های اتخاذ شده کمتر بر شواهد علمی و پژوهشی متکی بوده است (۱۶). روسئو^۴ (۲۰۱۸) معتقد است که معتبرترین پژوهش‌های مدیریتی نشان داده‌اند که حدود نیمی از تصمیم‌های سازمانی نمی‌توانند به اهداف خود دست یابند و علت آن، مدیرانی هستند که عجولانه قضاوت می‌کنند، راه‌حل‌های خود را تحمیل می‌کنند، با سیاست‌هایی که در پس تصمیم‌ها وجود دارد مواجه نمی‌شوند، عدم قطعیت را

³ Jeffrey Pfeffer & Robert I. Sutton⁴ Denise M. Rousseau¹ Evidence-Based Decision Making² Health systems



نادیده می‌گیرند، بر ریسک‌گریزی تأکید می‌کنند یا مانع جست‌وجوی گزینه‌های جایگزین می‌شوند (۱۷). به نظر می‌رسد با توجه به کمبود منابع و استفاده مناسب و کارا از این منابع، تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد بیش از پیش اهمیت خود را نشان می‌دهد. لذا این پژوهش با هدف بررسی وضعیت تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد در بین مدیران وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد در سال ۱۴۰۲ انجام شد.

روش

مطالعه کاربردی حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی است که به صورت مقطعی در سال ۱۴۰۲ در شهر یزد انجام شد. جامعه پژوهش شامل رؤسای دانشکده‌ها و معاونین و مدیران ارشد دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد شاغل در حوزه ریاست، معاونت دانشجویی-فرهنگی، معاونت توسعه مدیریت و منابع، معاونت درمان، معاونت بهداشتی، معاونت آموزشی، معاونت تحقیقات و فناوری، معاونت غذا و دارو و همچنین مدیران و رؤسای بیمارستان‌های آموزشی شهر یزد که تعداد آن‌ها ۶۵ نفر برآورد می‌شود بود و تمام جامعه پژوهش به صورت سرشماری بررسی شدند. معیارهای ورود شرکت‌کنندگان به مطالعه داشتن حداقل ۶ ماه سابقه کاری در پست مدیریتی، تمایل به مشارکت در پژوهش و پاسخگویی به سوالات پرسشنامه و معیار خروج شرکت‌کنندگان از مطالعه نیز تکمیل ناقص پرسشنامه در نظر گرفته شده بود.

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه استاندارد استفاده شد که قبلاً توسط شفقت و همکاران (۱۴۰۰) (۱۸) طراحی شده و دارای روایی صوری و محتوایی مناسب ($CVI = 0/972$ و $CVR = 0/841$) و پایایی قابل قبولی (آلفای کرونباخ = $0/979$) بود. این پرسشنامه شامل ۴۷ سوال می‌باشد که در قالب یک طیف لیکرت ۹ گزینه‌ای (۱ نشانگر کمترین میزان و ۹ نشانگر بیشترین میزان) تکمیل شد. همچنین مشخصات دموگرافیک مدیران نیز در قالب یک پرسشنامه شامل متغیرهای جنس، سن، سابقه کار، سابقه

ارائه خدمت در پست مدیریت و مدرک تحصیلی استخراج شد.

سوالات پرسشنامه ارزیابی وضعیت تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد در خصوص ۱۰ گام اصلی تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد در قالب چهار حوزه کلی می‌باشد. این حوزه‌ها عبارتند از: حوزه پرسش و جست‌وجو شامل چهار گام اصلی "تحلیل وضعیت موجود و تعیین اولویت‌ها" (۴ سوال)، "تعریف مسئله و نگارش بیانیه ای از آن" (۲ سوال)، "ظرفیت سازی و مشخص نمودن اهداف" (۸ سوال) و "به دست آوردن شواهد و ادغام آن‌ها" (۴ سوال). حوزه ارزیابی شامل دو گام اصلی: "ارزیابی شواهد" (۲ سوال) و "تحلیل، ترکیب و تفسیر مناسب داده‌ها" (۴ سوال) می‌باشد. حوزه اجرا شامل دو گام اصلی: "ارائه استراتژی‌های مبتنی بر شواهد" (۵ سوال) و "اجرای استراتژی‌های ارائه شده به صورت پایلوت" (۷ سوال) می‌باشد. حوزه ادغام نیز شامل دو گام اصلی: "ارزیابی استراتژی‌ها" (۶ سوال) و "ادغام تغییر ایجاد شده در روندهای فعلی و تلاش برای تداوم آن" (۵ سوال) می‌باشد. در صورتی که میانگین نمرات هر حیطه کمتر از ۴، بین ۴ تا ۷ و بالاتر از ۷ باشد وضعیت آن حیطه به ترتیب ضعیف، متوسط و مطلوب می‌باشد.

داده‌ها پس از جمع‌آوری وارد نرم‌افزار SPSS ورژن ۲۱ شد. سپس با استفاده از شاخص‌های توصیفی (مثل فراوانی، درصد و میانگین و انحراف معیار) و آزمون‌های آماری متناسب با متغیرهای کمی و کیفی همچون t -test، ANOVA و ضریب همبستگی Pearson (باتوجه به نرمال بودن داده‌ها) به توصیف و تحلیل داده‌های به دست آمده پرداخته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی مدیران $45/94 \pm 6/69$ سال، میانگین سابقه کار $19/48 \pm 7/33$ سال و میانگین سابقه ارائه خدمت در پست مدیریتی $11/7 \pm 34/67$ سال بود. (جدول ۱)



جدول ۱- میانگین سن، سابقه کار و سابقه کار مدیریتی

متغیرها	میانگین	انحراف معیار
سن	۴۵/۹۴	۶/۶۹
سابقه کار	۱۹/۴۸	۷/۳۳
سابقه ارائه خدمت در پست مدیریت	۱۱/۳۴	۷/۶۷

از مجموع ۶۵ مدیر شرکت‌کننده در مطالعه، ۵۰ نفر از آن‌ها مرد بودند (۷۶/۹٪). ۸۰ درصد از مدیران را مدیران ستادی تشکیل می‌دادند و اکثریت مدیران دارای تحصیلات دکتری (۶۰٪) بودند. همچنین، بیشترین تعداد مدیران ستادی در معاونت تحقیقات و فناوری (۱۹/۶٪) و کمترین تعداد در معاونت‌های دانشجویی فرهنگی و معاونت غذا و دارو (۹/۸٪) بود (جدول ۲).

جدول ۲- توزیع فراوانی مدیران دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد براساس متغیرهای دموگرافیک

متغیرها	فراوانی	درصد
جنسیت	مرد	۵۰
	زن	۱۵
محل خدمت	مدیران ستادی	۵۲
	دانشکده‌ها	۶
	بیمارستان‌ها	۷
مدرک تحصیلی	لیسانس	۳
	فوق لیسانس	۱۷
	دکتری	۳۹
	دکتری حرفه‌ای	۳
	فوق تخصص	۳
نوع معاونت	معاونت دانشجویی فرهنگی	۵
	معاونت توسعه مدیریت و منابع	۸
	معاونت بهداشتی	۹
	معاونت درمان	۷
	معاونت غذا و دارو	۵
	معاونت آموزشی	۷
	معاونت تحقیقات و فناوری	۱۰
		۱۹/۶



میانگین نمره اجرای گام ۱ یعنی "تحلیل وضعیت موجود و تعیین اولویت‌ها" و گام ۳ یعنی "ظرفیت‌سازی و مشخص نمودن اهداف" بالاتر از ۷ می‌باشد که در وضعیت مطلوب هستند. میانگین نمرات اجرای سایر گام‌های مرتبط در وضعیت متوسط هستند که در جدول ۳ ارائه شده است. همچنین، میانگین نمره کلی اجرای حوزه‌های "پرسش و جستجو"، "ارزیابی"، "اجرا" و "ادغام" بین ۴ تا ۷ می‌باشد که در وضعیت متوسط هستند (جدول ۳).

در اجرای گام‌های ۲، ۳، ۴، ۵، ۶ و ۱۰ تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد یعنی "تعریف مسئله و نگارش بیانیه‌ای از آن"، "ظرفیت‌سازی و مشخص نمودن اهداف"،

"به‌دست‌آوردن شواهد و ادغام آن‌ها"، "ارزیابی شواهد"، "تحلیل، ترکیب و تفسیر مناسب داده‌ها" و "ادغام تغییر ایجادشده در روندهای فعلی و تلاش برای تداوم آن"، اختلاف معناداری بین مدیران مرد و زن وجودداشت ($p\text{-value} < 0.05$) به‌طوری‌که میانگین نمره زنان بیشتر از مردان بود. در اجرای حوزه‌های ۱، ۲ و ۴ تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد یعنی "پرسش و جستجو"، "ارزیابی" و "ادغام"، اختلاف معناداری بین مدیران مرد و زن وجودداشت ($p\text{-value} < 0.05$). به‌طوری‌که میانگین نمره زنان بیشتر از مردان بود (جدول ۴).

جدول ۳- میانگین نمره اجرای گام‌ها و حوزه‌های تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد در بین مدیران دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

مراحل تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
گام ۱: تحلیل وضعیت موجود و تعیین اولویت‌ها	۲/۷۵	۹/۰۰	۷/۰۶	۱/۳۶
گام ۲: تعریف مسئله و نگارش بیانیه‌ای از آن	۱/۵۰	۹/۰۰	۶/۲۵	۱/۷۷
گام ۳: ظرفیت‌سازی و مشخص نمودن اهداف	۴/۱۳	۸/۸۸	۷/۰۰	۱/۱۲
گام ۴: به دست آوردن شواهد و ادغام آن‌ها	۱/۵۰	۹/۰۰	۵/۹۰	۱/۷۵
گام ۵: ارزیابی شواهد	۱/۰۰	۹/۰۰	۵/۲۰	۱/۸۸
گام ۶: تحلیل، ترکیب و تفسیر مناسب داده‌ها	۱/۰۰	۸/۷۵	۵/۸۹	۱/۷۴
گام ۷: ارائه استراتژی‌های مبتنی بر شواهد	۲/۶۰	۹/۰۰	۶/۵۸	۱/۳۹
گام ۸: اجرای استراتژی‌های ارائه شده به صورت پایلوت	۲/۵۷	۸/۸۶	۶/۳۸	۱/۲۸
گام ۹: ارزیابی استراتژی‌ها	۲/۳۳	۸/۸۳	۶/۵۱	۱/۵۱
گام ۱۰: ادغام تغییر ایجاد شده در روند‌های فعلی و تلاش برای تداوم آن	۲/۴۰	۹/۰۰	۶/۶۱	۱/۵۴
حوزه ۱: پرسش و جستجو	۳/۳۸	۸/۸۸	۶/۵۵	۱/۲۸
حوزه ۲: ارزیابی	۱/۵۰	۸/۸۸	۵/۵۴	۱/۶۹
حوزه ۳: اجرا	۲/۵۹	۸/۸۶	۶/۴۸	۱/۲۳
حوزه ۴: ادغام	۲/۳۷	۸/۹۲	۶/۵۶	۱/۴۴



جدول ۴- مقایسه میزان اجرای گام‌ها و حوزه‌های تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد در بین مدیران دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد براساس جنیست مدیران

P-Value	زن		مرد		مراحل تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۰۸۳	۱/۳۴	۷/۶۰	۱/۳۳	۶/۹۰	گام ۱: تحلیل وضعیت موجود و تعیین اولویت‌ها
۰/۰۱۳	۱/۳۲	۷/۲۳	۱/۷۹	۵/۹۶	گام ۲: تعریف مسئله و نگارش بیانیه‌ای از آن
۰/۰۳۹	۰/۹۱	۷/۵۳	۱/۱۴	۶/۸۵	گام ۳: ظرفیت‌سازی و مشخص نمودن اهداف
۰/۰۱۶	۱/۴۵	۶/۸۵	۱/۷۴	۵/۶۱	گام ۴: به دست آوردن شواهد و ادغام آن‌ها
۰/۰۰۳	۱/۶۰	۶/۴۳	۱/۸۱	۴/۸۳	گام ۵: ارزیابی شواهد
۰/۰۲۹	۱/۶۴	۶/۷۵	۱/۷۱	۵/۶۳	گام ۶: تحلیل، ترکیب و تفسیر مناسب داده‌ها
۰/۰۶۷	۱/۲۳	۷/۱۶	۱/۴۰	۶/۴۰	گام ۷: ارائه استراتژی‌های مبتنی بر شواهد
۰/۰۸۲	۱/۱۸	۶/۸۸	۱/۲۸	۶/۲۲	گام ۸: اجرای استراتژی‌های ارائه شده به صورت پایلوت
۰/۰۶۳	۱/۱۸	۷/۱۴	۱/۵۵	۶/۳۲	گام ۹: ارزیابی استراتژی‌ها
۰/۰۴۶	۱/۱۹	۷/۳۰	۱/۵۸	۶/۴۰	گام ۱۰: ادغام تغییر ایجادشده در روندهای فعلی و تلاش برای تداوم آن
۰/۰۰۹	۱/۱۷	۷/۳۰	۱/۲۳	۶/۳۳	حوزه ۱: پرسش و جستجو
۰/۰۰۵	۱/۵۰	۶/۵۹	۱/۶۳	۵/۲۳	حوزه ۲: ارزیابی
۰/۰۵۲	۱/۱۲	۷/۰۲	۱/۲۳	۶/۳۱	حوزه ۳: اجرا
۰/۰۴۱	۱/۱۴	۷/۲۲	۱/۴۷	۶/۳۶	حوزه ۴: ادغام

شواهد "بیشتر از میانگین نمره رؤسای دانشکده‌ها (۵/۴۳) بود (جدول ۵).

در اجرای گام ۲ تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد یعنی "تعریف مسئله و نگارش بیانیه‌ای از آن" اختلاف معناداری بین مدیران براساس نوع معاونت وجود داشت ($p=0/027$). همچنین، براساس آزمون پسین LSD ، این اختلاف معنادار بین مدیران معاونت‌های دانشجویی فرهنگی، معاونت توسعه مدیریت و منابع، معاونت بهداشتی، معاونت درمان، معاونت آموزشی و معاونت تحقیقات و

براساس یافته‌های ارائه‌شده در جدول ۵، اختلاف معناداری بین مدیران براساس محل خدمتشان در اجرای گام ۷ تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد یعنی "ارائه استراتژی‌های مبتنی بر شواهد" وجود داشت ($p\text{-value}=0/037$). همچنین، براساس آزمون پسین LSD ، این اختلاف معنادار بین مدیران ستادی و دانشکده‌ها دیده شد ($p\text{-value}=0/022$)؛ به‌طوری‌که میانگین نمره مدیران ستادی (۶/۷۹) در اجرای گام "ارائه استراتژی‌های مبتنی بر

¹ Post Hoc



فناوری دیده‌شد ($p\text{-value} < 0/05$)؛ به‌طوری‌که باتوجه به نتایج جدول ۷، میانگین نمره مدیران معاونت دانشجویی فرهنگی ($8/20 \pm 0/90$) و سپس میانگین نمره مدیران معاونت آموزشی ($7/42 \pm 1/69$) در اجرای گام "تعریف مسئله و نگارش بیانیه ای از آن" بیشتر از همه بود (جدول ۶).

در اجرای گام ۸ تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد یعنی "اجرای استراتژی‌های ارائه شده به صورت پایلوت" اختلاف معناداری بین مدیران براساس نوع معاونت وجودداشت ($p\text{-value} = 0/042$). همچنین، براساس آزمون پسین LSD، این اختلاف معنادار بین مدیران معاونت‌های

جدول ۵- مقایسه میزان اجرای گام‌ها و حوزه‌های تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد در بین مدیران دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد براساس محل خدمت مدیران

P-Value	بیمارستان‌ها		دانشکده‌ها		ستاد		مراحل تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
0/851	1/34	6/78	1/59	7/08	1/36	7/10	گام ۱: تحلیل وضعیت موجود و تعیین اولویت‌ها
0/831	1/65	6/35	1/75	5/83	1/81	6/28	گام ۲: تعریف مسئله و نگارش بیانیه ای از آن
0/096	1/40	6/30	1/29	6/54	1/04	7/15	گام ۳: ظرفیت‌سازی و مشخص نمودن اهداف
0/085	1/91	5/17	1/83	4/70	1/67	6/13	گام ۴: به دست آوردن شواهد و ادغام آن‌ها
0/134	1/81	4/85	1/36	3/83	1/89	5/40	گام ۵: ارزیابی شواهد
0/192	1/07	5/85	1/94	4/66	1/77	6/03	گام ۶: تحلیل، ترکیب و تفسیر مناسب داده‌ها
0/037	1/91	6/00	1/25	5/43	1/27	6/79	گام ۷: ارائه استراتژی‌های مبتنی بر شواهد
0/773	1/15	6/20	1/70	6/09	1/26	6/43	گام ۸: اجرای استراتژی‌های ارائه شده به صورت پایلوت
0/608	1/53	6/28	1/68	6/00	1/50	6/59	گام ۹: ارزیابی استراتژی‌ها
0/550	1/48	6/54	1/88	5/96	1/52	6/69	گام ۱۰: ادغام تغییر ایجاد شده در روند‌های فعلی و تلاش برای تداوم آن
0/362	1/21	6/15	1/27	6/04	1/28	6/67	حوزه ۱: پرسش و جستجو
0/124	1/35	5/35	1/60	4/25	1/70	5/72	حوزه ۲: ارزیابی
0/196	1/45	6/10	1/46	5/76	1/16	6/61	حوزه ۳: اجرا
0/551	1/46	6/41	1/74	5/98	1/42	6/64	حوزه ۴: ادغام



بحث

در مطالعه حاضر، از بین ۶۵ مدیر مورد مطالعه اکثر آن‌ها مرد بودند (۷۶/۹٪). میانگین سنی مدیران $45/94 \pm 6/69$ سال و میانگین سابقه ارائه خدمت در پست مدیریتی $11/34 \pm 7/67$ سال بود. همچنین، اکثر مدیران (۶۰/۰٪) تحصیلات دکتری داشتند.

دانشجویی فرهنگی، معاونت توسعه مدیریت و منابع، معاونت بهداشتی، معاونت درمان و معاونت تحقیقات و فناوری دیده‌شد ($p\text{-value} < 0/05$)؛ به‌طوری‌که باتوجه به نتایج جدول ۷، میانگین نمره مدیران معاونت دانشجویی فرهنگی ($7/91 \pm 0/86$) و سپس میانگین نمره مدیران معاونت تحقیقات و فناوری ($6/42 \pm 0/75$) در اجرای گام "اجرای استراتژی‌های ارائه‌شده به صورت پایلوت" بیشتر از همه بود (جدول ۶).

جدول ۶- مقایسه میزان اجرای گام‌ها و حوزه‌های تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد در بین مدیران دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد بر اساس نوع معاونت

P-Value	معاونت تحقیقات و فناوری		معاونت آموزشی		معاونت غذا و دارو		معاونت درمان		معاونت بهداشتی		معاونت توسعه مدیریت و منابع		معاونت دانشجویی فرهنگی		مراحل تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
0/190	1/14	6/87	0/92	7/42	0/62	8/05	1/55	6/50	1/95	7/13	1/32	6/43	0/79	8/05	گام ۱: تحلیل وضعیت موجود و تعیین اولویت‌ها
0/027	1/44	5/95	1/69	7/42	0/90	6/80	1/68	5/50	2/44	5/44	1/40	5/62	0/90	8/20	گام ۲: تعریف مسئله و نگارش بیانیه‌ای از آن
0/113	0/61	7/18	1/03	7/26	0/51	7/50	0/94	6/55	1/27	7/05	1/31	6/71	0/87	8/27	گام ۳: ظرفیت‌سازی و مشخص نمودن اهداف
0/344	2/01	5/47	1/24	6/71	1/12	6/45	1/95	5/85	2/02	6/05	1/22	5/81	1/14	7/60	گام ۴: به دست آوردن شواهد و ادغام آن‌ها
0/316	1/76	4/70	2/63	5/07	1/03	6/20	2/20	5/42	1/95	5/33	1/45	5/06	1/44	7/20	گام ۵: ارزیابی شواهد



گام ۶: تحلیل، ترکیب و تفسیر مناسب داده‌ها	۷/۴۵	۱/۳۸	۶/۰۰	۱/۶۶	۵/۷۵	۱/۸۳	۵/۸۵	۱/۴۵	۶/۹۵	۱/۵۱	۶/۵۷	۱/۷۸	۵/۰۲	۲/۰۰	۰/۱۹۲
گام ۷: ارائه استراتژی های مبتنی بر شواهد	۷/۹۶	۰/۶۶	۶/۴۷	۱/۷۰	۶/۶۶	۱/۳۸	۶/۴۸	۱/۷۳	۶/۸۰	۰/۸۰	۷/۱۷	۱/۰۶	۶/۵۲	۰/۹۱	۰/۴۱۸
گام ۸: اجرای استراتژی های ارائه شده به صورت پایلوت	۷/۹۱	۰/۸۶	۵/۷۸	۱/۴۵	۶/۱۷	۱/۴۵	۵/۷۵	۱/۱۳	۶/۸۲	۱/۰۳	۶/۸۷	۱/۲۸	۶/۴۲	۰/۷۵	۰/۰۴۲
گام ۹: ارزیابی استراتژی ها	۸/۰۶	۰/۷۱	۵/۹۷	۱/۵۰	۶/۱۸	۱/۹۹	۵/۷۸	۱/۱۳	۷/۷۶	۱/۰۱	۶/۸۰	۱/۴۷	۶/۵۶	۱/۲۲	۰/۰۵۵
گام ۱۰: ادغام تغییر ایجاد شده در روند‌های فعلی و تلاش برای تداوم آن	۸/۲۰	۰/۵۴	۶/۵۲	۱/۷۱	۵/۸۲	۱/۸۴	۶/۳۴	۱/۶۰	۷/۲۸	۱/۶۱	۷/۰۰	۱/۴۰	۶/۵۴	۰/۹۸	۰/۱۴۹
حوزه ۱: پرسش و جستجو	۸/۰۳	۰/۸۹	۶/۱۴	۱/۲۲	۶/۴۲	۱/۷۸	۶/۱۰	۱/۳۰	۷/۲۰	۰/۵۴	۷/۲۰	۰/۸۹	۶/۳۷	۱/۰۸	۰/۰۷۷
حوزه ۲: ارزیابی	۷/۳۲	۱/۳۷	۵/۵۳	۱/۴۸	۵/۵۴	۱/۷۸	۵/۶۴	۱/۴۵	۶/۵۷	۱/۲۰	۵/۸۲	۲/۱۱	۴/۸۶	۱/۷۷	۰/۲۱۱
حوزه ۳: اجرا	۷/۹۳	۰/۷۴	۶/۱۳	۱/۵۱	۶/۴۲	۱/۳۳	۶/۱۲	۱/۱۶	۶/۸۱	۰/۸۶	۷/۰۲	۱/۱۱	۶/۴۷	۰/۶۸	۰/۱۰۵
حوزه ۴: ادغام	۸/۱۳	۰/۶۱	۶/۲۵	۱/۵۹	۶/۰۰	۱/۸۷	۶/۰۶	۱/۱۲	۷/۵۲	۱/۰۱	۶/۹۰	۱/۴۰	۶/۵۵	۰/۹۹	۰/۰۷۴

در مطالعه مسعودی اصل و همکاران (۱۹) که با هدف تعیین منابع شواهد مورد استفاده در تصمیم‌گیری مدیران ستادی دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام‌شد، مدیران

شرکت‌کننده با میانگین سنی $43/61 \pm 7/82$ و اکثریت از میان زنان بودند. از نظر تحصیلات اکثریت افراد شرکت‌کننده در مطالعه دارای مدرک فوق لیسانس با



سابقه کار بین ۶ تا ۱۰ سال بودند که با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی ندارد. در مطالعه هلال^۱ و همکاران (۲۰) اکثر شرکت‌کنندگان زن و در محدوده سنی ۳۰ تا ۴۰ سال بودند و حدود دو سوم از مدیران نیز دارای مدرک فوق لیسانس و تعداد کمتری از شرکت‌کنندگان دارای مدرک دکتری (۱۸/۲٪) بودند.

بررسی‌ها نشان داد که بین مدیران ستادی و رؤسای دانشکده‌ها در زمینه اجرای گام ۷ تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد یعنی "ارائه استراتژی‌های مبتنی بر شواهد"، اختلاف معناداری وجود دارد. این امر نشان می‌دهد که مدیران ستادی در مقایسه با مدیران بیمارستانی و دانشکده‌ای، به‌طور کلی از دانش و مهارت‌های بیشتر و همچنین درگیر کردن جامعه و ذینفعان در زمینه تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد برخوردار هستند. نتایج مطالعه مسعودی اصل و همکاران (۱۹) نشان داد که مدیران ستادی در دانشگاه علوم پزشکی ایران برای اتخاذ تصمیمات و سیاست‌گذاری به میزان خیلی کم از یافته‌ها و شواهد علمی بهره‌می‌برند که هم‌راستا با نتایج پژوهش حاضر نمی‌باشد. ممکن است در طول زمان، آگاهی و نگرش مدیران نسبت به تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد تغییر کرده باشد و یا برنامه‌های جدیدی برای ارتقای آن در دانشگاه‌ها و بیمارستان‌ها اجرا شده باشد که این امر می‌تواند بر نتایج مطالعات اثر بگذارد. اسپرتوس^۲ (۲۱) در مطالعه خود نشان داد که فشار ذینفعان نقش مهم و اساسی در بهبود و گسترش تصمیم‌گیری راهبردی مبتنی بر شواهد در سازمان‌ها دارد.

مطالعه حاضر نشان می‌دهد که در بین حوزه‌های تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، مدیران بیشتر به حوزه "ادغام" ($6/56 \pm 1/44$) توجه می‌کنند. در مقابل، حیطه "ارزیابی" کمترین امتیاز را دریافت کرده است ($5/54 \pm 1/69$). پاگوتو^۳ (۲۲) بیان داشته است که یک

سیستم کارا برای ارزیابی نحوه استفاده، پیامدها و مزایای مورد نظر، تسهیل‌کننده تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد خواهد بود. مطالعات نشان داده‌اند که اغلب تغییرات جدید در سازمان‌ها دوام نمی‌آورند و به همین دلیل، حفظ تغییرات ایجاد شده اهمیت ویژه‌ای دارد، همان‌طور که کرت لوین^۴ بر مرحله انجماد مجدد تاکید کرده است (۲۳، ۱۸). در مطالعه حاضر نیز در حوزه ادغام، به گام‌های "ارزیابی استراتژی‌ها" و "ادغام تغییر ایجاد شده در روندهای فعلی و تلاش برای تداوم آن" به ترتیب اشاره شده است. در مطالعه شفقت و همکاران (۱۸) نیز کمترین میزان توافق در حیطه ارزیابی (نمره توافق ۸) بود. حوزه "ارزیابی" شامل فرآیندی پیچیده و زمان‌بر برای بررسی و تحلیل شواهد علمی است. بنابراین، به نظر می‌رسد که مدیران در ارزیابی شواهد و یافته‌های تحقیقاتی با چالش‌های بیشتری مواجه هستند. در مطالعه اکثر^۵ نیز بر اهمیت ارزیابی شواهد به‌دست آمده تاکید شده است (۲۴).

در مطالعه حاضر بین میانگین نمره حوزه‌های تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، میانگین نمره حیطه "ارزیابی" ($5/1 \pm 54/69$) دارای کمترین نمره بود. در مطالعه شفقت و همکاران (۱۸) نتایج نشان داد که بیشترین میزان توافق در حیطه اجرا (نمره توافق ۸/۸) و کمترین آن بر حیطه ارزیابی (نمره توافق ۸) بود. حوزه "ارزیابی" شامل فرآیندی پیچیده و زمان‌بر برای بررسی و تحلیل شواهد علمی است. بنابراین، به نظر می‌رسد که مدیران در ارزیابی شواهد و یافته‌های تحقیقاتی با چالش‌های بیشتری مواجه هستند. در مطالعه اکثر^۶ نیز بر اهمیت ارزیابی شواهد به‌دست آمده تاکید شده است (۲۴).

براساس یافته‌های پژوهش حاضر، اگرچه مدیران دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد در اجرای گام‌های "تحلیل وضعیت موجود و تعیین اولویت‌ها" و "ظرفیت‌سازی و مشخص نمودن اهداف" در وضعیت مطلوب هستند

⁴ Kurt Lewin's

⁵ Shahriar Akter

⁶ Shahriar Akter

¹ Nadeen Hilal

² John A. spertus

³ Sherry L. Pagoto



نیاز را جمع‌آوری کرد که این امر مستلزم صرف زمان و تلاش بیشتر بود.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که علی‌رغم آشنایی نسبی مدیران با مفهوم تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، ضعف‌هایی در اجرای این فرآیند وجود دارد. برای بهبود این وضعیت، پیشنهاد می‌شود سازمان با فراهم کردن آموزش‌های تخصصی، ایجاد فرصت‌های بیشتر برای تعامل بین کارکنان در زمینه تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد و تشویق به تبادل نظر و مشارکت در این فرآیند، افزایش دسترسی به اطلاعات و داده‌ها و ترویج فرهنگ سازمانی مبتنی بر شواهد با تشویق و تجلیل از مدیرانی که از این رویکرد استفاده می‌کنند، زمینه را برای تصمیم‌گیری آگاهانه‌تر فراهم نماید. یافته‌های این پژوهش می‌تواند به عنوان راهنمایی برای مدیران جهت بهبود درک آن‌ها از فرآیند تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد و ارتقای کیفیت تصمیم‌گیری‌ها استفاده شود.

تشکر و قدردانی

محققین مطالعه از تمام افرادی که در فرآیند جمع‌آوری داده‌ها و انجام امور پژوهش همکاری نموده‌اند به‌ویژه مدیران شرکت‌کننده در مطالعه تشکر و قدردانی می‌کنند.

تعارض منافع

در انجام پژوهش حاضر، نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافعی وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی و کد اخلاق

مطالعه حاضر برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب کمیته تحقیقاتی دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد با کد اخلاق به شماره IR.SSU.SPH.REC.1402.073 انجام پذیرفته است.

(میانگین نمره بالاتر از ۷)، اما در اجرای دیگر گام‌ها و حوزه‌های تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، مدیران عملکرد متوسطی داشته‌اند (میانگین نمره بین ۵/۲۰ و ۶/۶۱) و در سطح مطلوب نیست و نیاز به ارتقای عملکرد وجود دارد، که این امر ممکن است به دلایل مختلفی از جمله: عدم آگاهی از اصول تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، عدم دسترسی به اطلاعات و داده‌های مورد نیاز، ضعف فرهنگ تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، عدم آموزش و توانمندسازی مدیران در زمینه تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد و محدودیت منابع و زمان باشد. در مطالعه لیانگ^۱ و همکاران (۲۵) نتایج نشان داد که اگرچه مدیران در به‌کارگیری تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد در نقش خود صلاحیت دارند، اما نیاز به راهنمایی و ارتقای سطح مهارت در این زمینه دارند.

در مطالعاتی که توسط علوی و همکاران (۲۶) و شفقت (۲۷) انجام شد، نشان داد که سطح آگاهی مدیران باتوجه به تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد در حد متوسط است و نتایج مشابهی با پژوهش حاضر به‌دست‌آمد. درحالی‌که در مطالعات بارند^۲ و همکاران (۲۸)، حسن پور و همکاران (۲۹) و باستانی و همکاران (۱۶) نتایج نشان داد، مبنای تصمیم‌گیری اکثریت مدیران قضاوت و تجربه شخصی بود و در تصمیم‌گیری‌های بیمارستانی کمتر از شواهد علمی-پژوهشی استفاده می‌کنند که امری نگران‌کننده است و باید مدیران به ارتقای سطح آموزش و پژوهش خود بیشتر اهمیت‌دهند که مطابق با نتایج مطالعه حاضر نمی‌باشد.

نتیجه‌گیری

یکی از نقاط قوت مطالعه حاضر، بررسی عملکرد مدیران در هر مرحله از فرآیند تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد است. همچنین، با وجود مشغله‌های متعدد و عدم فرصت پاسخگویی مناسب برخی از مدیران، پژوهشگر با پیگیری‌های مکرر و با هماهنگی‌های قبلی، اطلاعات مورد

² Eric Barends

¹ Z Liang



References:

1. Brownson RC, Reis RS, Allen P, Duggan K, Fields R, Stamatakis KA, et al. Understanding administrative evidence-based practices: findings from a survey of local health department leaders. *American journal of preventive medicine*. 2014;46(1):49-57.
2. Franklin II CL. Developing expertise in management decision-making. *Academy of Strategic Management Journal*. 2013;12(1):21.
3. Aloini D, Cannavacciuolo L, Gitto S, Lettieri E, Malighetti P, Visintin F. Evidence-based management for performance improvement in healthcare. *Management Decision*. 2018;56(10):2063-8.
4. Pfeffer J, Sutton RI. *Hard facts, dangerous half-truths, and total nonsense: Profiting from evidence-based management*; Harvard Business Press; 2006.
5. Brownson RC, Fielding JE, Maylahn CM. Evidence-based public health: a fundamental concept for public health practice. *Annual review of public health*. 2009;30(1):175-201.
6. Bradt DA. Evidence-based decision-making (part 1): Origins and evolution in the health sciences. *Prehospital and disaster medicine*. 2009;24(4):298-305.
7. Imani-Nasab MH, Seyedin H, Yazdizadeh B, Majdzadeh R. A qualitative assessment of the evidence utilization for health policy-making on the basis of SUPPORT tools in a developing country. *International Journal of Health Policy and Management*. 2017;6(8):457.
8. James BC. *Quality management for health care delivery*; Hospital Research and Educational Trust Chicago; 1989.
9. Aarons GA, Hurlburt M, Horwitz SM. Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Administration and policy in mental health and mental health services research*. 2011;38:4-23.
10. Shafaghat T, Zarchi MKR, Nasab MHI, Kavosi Z, Bahrami MA, Bastani P. Force field analysis of driving and restraining factors affecting the evidence-based decision-making in health systems; comparing two approaches. *Journal of Education and Health Promotion*. 2021;10(1).
11. Erez A, Grant AM. Separating data from intuition: Bringing evidence into the management classroom. *Academy of Management Learning & Education*. 2014;13(1):104-19.
12. Walshe K, Rundall TG. Evidence-based management: from theory to practice in health care. *The Milbank Quarterly*. 2001;79(3):429-57.
13. Majdzadeh R, Yazdizadeh B, Nedjat S, Gholami J, Ahghari S. Strengthening evidence-based decision-making: is it possible without improving health system stewardship? *Health policy and planning*. 2012;27(6):499-504.
14. Majdzadeh R, Nedjat S, Denis J, Yazdizadeh B, Gholami J. 'Linking research to action' in Iran: Two decades after integration of the Health Ministry and the medical universities. *Public Health*. 2010;124(7):404-11.
15. Majdzadeh R, Nedjat S, Fotouhi A, Malekafzali H. Iran's approach to knowledge translation. *Iran J Public Health*. 2009;38(Suppl 1):58-62.
16. Bastani P, Kavosi Z, Poori SA, Nasab MHI. Evidence-based policy and decision-making among health managers: a case of Shiraz University of Medical Sciences. *Galen Medical Journal*. 2017;6(1):30-8.



17. Rousseau DM. Making evidence-based organizational decisions in an uncertain world. *Organizational Dynamics*. 2018;47(3):135-46.
18. Shafaghat T, Bastani P, Imani Nasab MH, RahimiZarchi MK. Providing a tool for assessing the status of evidence-based decision making in the field of health management. *Journal of Health Administration*. 2022;24(4):23-34.
19. MasoudiAsl I, Hasanzadeh E, Raeissi P. Determining the Sources of Evidence Used in Decision Making of Staff Managers in Iran University of Medical Sciences: 2019. *Journal of Health Administration*. 2021;23(4):61-9.
20. Hilal N, Harb S, Jamal D, El-Jardali F. The use of evidence in decision making by hospital managers in Lebanon: A cross-sectional study. *The International Journal of Health Planning and Management*. 2020;35(1):e45-e55.
21. Spertus JA. Understanding how patients fare: insights into the health status patterns of patients with coronary disease and the future of evidence-based shared medical decision-making. *Am Heart Assoc*; 2018. p. e004555.
22. Pagoto SL, Spring B, Coups EJ, Mulvaney S, Coutu MF, Ozakinci G. Barriers and facilitators of evidence-based practice perceived by behavioral science health professionals. *Journal of clinical psychology*. 2007;63(7):695-705.
23. Hussain ST, Lei S, Akram T, Haider MJ, Hussain SH, Ali M. Kurt Lewin's change model: A critical review of the role of leadership and employee involvement in organizational change. *Journal of innovation & knowledge*. 2018;3(3):123-7.
24. Akter S, Bandara R, Hani U, Wamba SF, Foroapon C, Papadopoulos T. Analytics-based decision-making for service systems: A qualitative study and agenda for future research. *International Journal of Information Management*. 2019;48:85-95.
25. Liang Z, Howard P, Wollersheim D. Assessing the competence of evidence-informed decision-making amongst health service managers. *Asia Pacific Journal of Health Management*. 2017;12(3):16-23.
26. Alavi SH, Marzban S, Gholami S, Najafi M, Rajace R. How much is managers' awareness of evidence based decision making? *Biomedical and Pharmacology Journal*. 2015;8(2):1015-23.
27. shafaghat T. Designing an evidence-based decision-making model in the field of health management and developing a social marketing program for managers of Shiraz University of Medical Sciences [PhD dissertation in the field of healthcare management]. Faculty of Medical Information and Management: Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran; 2017.
28. barends E. in search of evidence: Managers attitudes and perceived barriers to evidence-based management and international survey [PhD thesis]. Amsterdam: Vrije University; 2015.
29. Hasanpoor E, Janati A, Gholizadeh M, Haghgoshayie E. Use of Evidence-based Management in public hospitals management in Iran: a national survey. *Hospital*. 2018;17(3):9-19.



Study of the Status of Evidence-Based Decision-Making Among Managers Affiliated with the Shahid Sadoughi University of Medical Sciences in Yazd

Mohammad Kazem Rahimi¹, Hasan Jafari², Tahereh Shafaghat¹, Effat Ranjbar Jamalabadi^{3*}

1. Assistant professor. Health policy and management Research center, Department of health management and economics, school of public health, Shahid sadoughi university of medical sciences, Yazd, Iran
2. Associate professor. Health policy and management Research center, Department of health management and economics, school of public health, Shahid sadoughi university of medical sciences, Yazd, Iran
3. Bachelor's student of Health Care Management, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

Type of Article Original Research

Received: 2024/09/23

Accepted: 2024/12/23

***Corresponding Author:**
Effat Ranjbar
Jamalabadi, Bachelor's
student of Health Care
Management, School of
Public Health, Shahid
Sadoughi University of
Medical Sciences, Yazd,
Iran

TEL: 09302526778

Email:
(efatranjbar81@gmail.com)

Abstract

Introduction: Health systems consistently use significant resources; therefore, decision-making based on scientific evidence is essential to optimize costs and prevent resource wastage. This study investigated the status of evidence-based decision-making among managers affiliated with the Shahid Sadoughi University of Medical Sciences in Yazd in 2023.

Methods: This applied, descriptive-analytical study was conducted cross-sectionally among the deputy directors and senior managers of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences in Yazd, as well as the heads of faculties and teaching hospitals in Yazd city. The entire population was surveyed through a census approach. Data were collected using a questionnaire assessing the status of evidence-based decision-making and analyzed using t-tests, ANOVA, and Pearson's correlation coefficient in SPSS software version 21.

Results: Of the 65 managers surveyed, the most were male (76.9%). The largest group consisted of staff managers of the Research and Technology Vice-Chancellery (19.6%). The average scores for implementing the steps of "Analyzing the current situation and priorities" and "Building capacity and defining goals" among the managers were above 7, indicating a favorable status. However, managers performed moderately in other steps and domains of evidence-based decision-making.

Conclusion: Providing specialized training, fostering greater opportunities for employee interaction in decision-making, encouraging the exchange of opinions and participation, and increasing access to information can create the necessary conditions for evidence-based decision-making.

Keywords: Decision Making, Evidence-Based Decision-Making, Evidence, Evidence-Based Management

► **Please cite this article as:** Rahimi M. K, Jafari H, Shafaghat T, Ranjbar Jamalabadi E. Study of the Status of Evidence-Based Decision-Making Among Managers Affiliated with the Shahid Sadoughi University of Medical Sciences in Yazd. J Neyshabur Univ Med Sci 2023;11(3):37-50.