

Identification of Conflict-of-Interest Management Strategies in Iranian Healthcare System Comparing with Selected Countries: A Scoping Review

Hojjat Rahmani¹ (Ph.D.), Payam Bahadori² (M.S.), Hossein Dargahi^{3*} (Ph.D.), Mohammad Arab⁴ (Ph.D.), Nasrin Abolhasanbeigi Gallehzan⁵ (Ph.D.), Mohsen Mardali (Ph.D.)

1 Associate Professor, Department of Health Management, Policy, and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Scientific Association of Hospital Administration, Tehran, Iran

2 Master of Science in Health Care Management, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3 Professor, Department of Health Management, Policy, and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Health Information Management Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4 Professor, Department of Health Management, Policy, and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5 Ph.D. in Health Economics, Health Management and Economics Research Center, Health Management Research Institute, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

6 Ph.D. in Health Care Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Abstract

Received: 6 Oct. 2025

Accepted: 7 Jan. 2026

Background and Aim: The occurrence of conflict of interest in the Iranian health system has a negative impact on the provision of efficient and effective health care and services to patients, the training and education of students in medical sciences. Despite the efforts made in the country's health system to manage conflict of interest, this phenomenon is currently observed through various factors, including the inefficiency of the financial structure, lack of transparency, and the lack of an integrated health information system in Iran.

Materials and Methods: The present scoping review study that aimed to identify and determine conflict of interest management strategies in the Iranian health system in comparison with selected countries and to select appropriate strategies in 2024-2025 using the Arksey and O'Malley guidelines. All relevant articles and resources from 2007 to 2024 were extracted from national and international databases by observing the entry and exit criteria and by selecting Persian and English keywords. After screening steps using Prisma flowchart, 23 studies in English and Persian language from international and national databases, were analyzed.

Results: Findings from 17 international studies—most of which were conducted in the United States—along with 6 domestic articles, showed main strategies of Iranian conflict of interest which included participation, transparency, legal oversight, processes reform, restructuring and reorganization. Although, using collective campaigns for correction of process behaviors and decisions, definition of ethical codes, and standardization may help implementation of these strategies. Also, the most common cause of conflict of interest in the health system is individual rather than organizational, which requires regulation, the use of legislative levers, and the transparency of financial relations in the health system.

Conclusion: Accurate identification of potential examples of conflict of interests among the agents of health care system by implementing information clarification, and using modern procedures may decrease the challenges in formulating and implementing strategies of conflict of interests among Iranian health care system. Although benchmarking from successful countries will be helpful in these countries. The implementation of these recommendations may face challenges within Iranian society, including resistance from certain professional groups, a lack of financial and technical resources, and the complexity and specific conditions of the health system. Therefore, a step-by-step approach to implementing policy recommendations for managing conflicts of interest in the health system should be considered.

Keywords: Conflict of Interest Management, Strategies, Iranian Healthcare System, Policy Solution, Selected Countries

* Corresponding Author:
Dargahi H
Email:
hdargahi@sina.tums.ac.ir

Journal of Payavard Salamat

Vol. 19, No. 6; Feb. 2026: 587-601

شناسایی راهبردهای مدیریت تعارض منافع در نظام سلامت ایران در مقایسه با کشورهای منتخب و ارائه راهکارهای سیاستی: یک مطالعه مروری حیطه‌ای

حجت رحمانی^۱، پیام بهادری^۲، حسین درگاهی^{۳*}، محمد عرب^۴، نسرين ابوالحسن بیگی گله‌زن^۵، محسن مردعلی^۶

چکیده

زمینه و هدف: پدیده‌ی تعارض منافع در نظام سلامت ایران بر روی ارائه خدمات و مراقبت تشخیصی درمانی کارآمد و اثربخش به بیماران تأثیر منفی دارد. علی‌رغم تلاش‌های انجام شده در نظام سلامت کشور، این پدیده در حال حاضر نیز از طریق عوامل مختلف از جمله ناکارآمدی ساختار مالی، نبود شفافیت و فقدان نظام اطلاعات سلامت یکپارچه در ایران مشاهده می‌شود.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع مرور حیطه‌ای است که با هدف شناسایی و تعیین راهبردهای مدیریت تعارض منافع در نظام سلامت ایران در مقایسه با کشورهای منتخب و انتخاب راهبردهای مناسب در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۴ انجام شد. کلیه مقالات و منابع مرتبط از سال ۲۰۰۷ تا ۲۰۲۴ با رعایت معیارهای ورود و خروج و با انتخاب کلیدواژه‌های فارسی و انگلیسی از پایگاه‌های داده‌ای ملی و بین‌المللی استخراج گردید. پس از انجام مراحل غربالگری با استفاده از فلوچارت Prisma، تعداد ۲۳ مطالعه به زبان انگلیسی و فارسی از طریق پایگاه‌های داده‌ای ملی و بین‌المللی انتخاب و تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌های به‌دست آمده از میان تعداد ۱۷ مطالعه بین‌المللی که بیشترین آن مربوط به کشور آمریکا بود و همچنین تعداد ۶ مقاله داخلی نشان داد که راهبردهای عمده در مدیریت تعارض سلامت ایران شامل مشارکت‌پذیری، شفافیت، نظارت قانونی، اصلاح فرایندها، بازطراحی ساختارها و سازماندهی مجدد، بازتعریف نحوه‌ی مشارکت بخش دولتی با بخش خصوصی است. اگرچه استفاده از کارزارهای جمعی، تعریف کدهای اخلاقی و استانداردسازی نیز به‌موفقیت اجرای این راهبردها کمک می‌کند. همچنین بیشترین عامل تعارض منافع در نظام سلامت به‌صورت فردی است تا سازمانی که نیاز به تنظیم‌گری، بهره‌برداری از اهرم‌های قانون‌گذاری و شفاف‌سازی روابط مالی در نظام سلامت دارد.

نتیجه‌گیری: شناسایی دقیق مصادیق بالقوه‌ی تعارض منافع بین کارگزاران نظام سلامت با اجرای سازوکارهای شفاف‌سازی اطلاعات و استفاده از روش‌ها و ابزارهای نوین، چالش‌های موجود در تدوین و اجرای راهبردهای مدیریت تعارض در نظام سلامت ایران را کاهش می‌دهد. اگرچه بهره‌برداری از تجارب و الگوهای موفق نیز در این خصوص راه‌گشا خواهد بود. اجرای توصیه‌ها ممکن است در جامعه ایران با چالش‌هایی از قبیل مقاومت بعضی گروه‌های حرفه‌ای، کمبود منابع مالی و فنی و پیچیدگی و شرایط خاص نظام سلامت مواجه شود. بنابراین اجرای مرحله به مرحله و گام به گام توصیه‌های سیاستی را در زمینه مدیریت تعارض منافع در نظام سلامت باید مدنظر قرار داد.

واژه‌های کلیدی: مدیریت تعارض منافع، راهبردها، نظام سلامت ایران، راهکارهای سیاستی، کشورهای منتخب

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۷/۱۴

پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۱۰/۱۷

* نویسنده مسئول:

حسین درگاهی؛

مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت

دانشگاه علوم پزشکی تهران

Email:

hdargahi@sina.tums.ac.ir

۱ دانشیار گروه مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران؛ ایران؛ انجمن علمی اداره بیمارستان‌ها، تهران، ایران

۲ کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳ استاد گروه مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران؛ ایران؛ مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۴ استاد گروه مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۵ دکتری اقتصاد سلامت، مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، پژوهشکده مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۶ دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

مقدمه

تعارض منافع، تعارض میان منافع شخصی فرد با منافع ملی و عمومی است. تعارض منافع موقعیتی است که وظایف یا مسئولیت‌های فرد به‌عنوان یک کارگزار یا مدیر در سازمان‌های دولتی، با منافع او در خارج از این سازمان‌ها در تعارض باشد. در چنین موقعیتی، تصمیمات و اقدامات حرفه‌ای افراد در مورد منافع اولیه، از احتمال منافع ثانویه او متأثر گرفته و موجب تغییر رفتار افراد می‌شود و به فساد و سوء استفاده از قدرت عمومی برای کسب منافع شخصی منجر می‌گردد (۱-۳). منظور از منافع اولیه در نظام سلامت ارایه خدمات تشخیصی و درمانی مؤثر و سودمند برای بیماران و افراد جامعه، تولید علم نافع در حوزه‌ی پژوهش و تربیت دانشجویان علوم پزشکی با کفایت علمی و با مهارت بالا در حوزه‌ی آموزش است (۴). منافع ثانویه نیز به مسایل مالی، اعتبار فردی، شهرت و ارتقای موقعیت علمی و دانشگاهی اشاره دارد. اگرچه جنبه مالی منافع ثانویه ملموس و قابل ارزیابی است، اما جنبه‌های غیرمالی تأثیر قابل توجهی در تصمیم‌گیری پزشکان در تشخیص و درمان بیماران و سیاست‌گذاران نظام سلامت دارد (۵ و ۶).

رشد روز افزون و ورود تکنولوژی‌های جدید و توسعه‌ی خیره‌کننده‌ی آن در صنعت، وسایل و تجهیزات پزشکی و دارویی، جامعه‌ی پزشکی را در معرض چالش‌های جدید و جدی قرار داده است. علت ایجاد این چالش‌ها، تعارضی است که میان جایگاه حرفه‌ی پزشکی و پیراپزشکی از یک طرف، و صنعت یا کسب‌وکار با هدف کسب سود و منفعت از طرف دیگر وجود دارد. بنابراین حفظ تعادل بین این دو موضوع مهم، یعنی سلامت بیماران به‌عنوان منافع اولیه و منافع ثانویه پزشکان و پیراپزشکان چالش‌برانگیز است (۷).

از سوی دیگر، همکاری بین اعضای هیأت علمی، پژوهشگران و ارایه‌کنندگان خدمات و مراقبت سلامت با شرکت‌های تولیدکننده‌ی دارو و وسایل و تجهیزات پزشکی برای تولید محصولات سلامتی به نفع افراد جامعه است؛ اگرچه این نوع همکاری و احتمالاً روابط مالی بین آن‌ها، ممکن است بر قضاوت‌های حرفه‌ای مربوط به منافع و اهداف اولیه و ثانویه جامعه پزشکی تأثیر گذاشته و یکپارچگی پژوهش‌های علمی، کیفیت آموزش حرفه‌ای و مراقبت از بیمار، و اعتماد عمومی به جامعه پزشکی را تهدید کند (۸). با وجود این، خط شکننده‌ای بین رفتار قابل قبول و تعارض منافع در نظام سلامت وجود دارد؛ اگرچه ماهیت پیچیده‌ی تعارض منافع، شناسایی، تحقیق و رسیدگی به آن را چالش‌برانگیز می‌کند (۹).

از مصادیق تعارض منافع، در سازمان‌های بهداشتی درمانی دولتی و به‌طور کلی

در نظام سلامت ایران می‌توان به رقابت برای دریافت پاداش، کمبود مهارت ارتباطی به‌صورت دوطرفه بین مدیران و کارکنان و کارگزاران، تعارض در ایفای نقش و وظایف در سازمان‌های دولتی، دریافت هدیه از افراد ذینفع، تعارض در موقعیت‌ها، و انجام معاملات مالی بین سازمان‌های دولتی و خصوصی اشاره کرد (۱۰). بنابراین تعارض منافع در نظام سلامت ایران علل مختلفی دارد که از مهم‌ترین عوامل آن می‌توان به ناکارآمدی ساختار نظام مالی، نبود شفافیت، وجود معضل دوشغله بودن پزشکان و پیراپزشکان و نبود نظام یکپارچه‌ی اطلاعات و به‌طور کلی فقدان نظام یکپارچه‌ی مدیریتی در حوزه‌ی سلامت اشاره کرد (۱۱). فقدان یکپارچگی نیز آسیب‌ها و پیامدهای نامناسبی برای نظام سلامت ایران به همراه دارد؛ از جمله نبود نظارت کافی و مستمر بر ارایه‌کننده‌ی خدمات و مراقبت بهداشتی درمانی و دریافت‌کنندگان خدمات از لحاظ هزینه‌ها که سبب اتلاف منابع گردد و زمینه‌ی سوء استفاده و تعارض را در ارایه انواع خدمات فراهم می‌آورد (۱۲). در حال حاضر، پنج راهبرد اصلی مدیریت ارایه شده است که هر یک در شرایط مختلف می‌تواند مؤثر واقع شود (۱۳). از جمله این راهبردها می‌توان به یکپارچه‌سازی اطلاعات، مهارت‌ها و دیگر منابع (۱۴ و ۱۵)، سازش‌پذیری (۱۶)، تسلط‌گرایی (۱۷)، اجتناب از تعارض (۱۸) و مصالحه بین طرفین تعارض (۱۹) اشاره کرد.

با وجود معرفی راهبردهای مختلف مدیریت تعارض منافع، چالش‌ها و موانع مختلفی توانسته است بر روی اجرای این راهبردها تأثیر منفی داشته باشد؛ از جمله فقدان استانداردها و الزامات به‌صورت یکپارچه برای افزایش تعارض منافع، فقدان نظارت کافی و مؤثر در پیاده‌سازی و اجرای قوانین مرتبط، مقاومت جامعه پزشکی و پیراپزشکی در برابر شفاف‌سازی تعارض‌ها در نظام سلامت، داشتن محدودیت در فرایند اطلاعات و ارتباطات و پرونده الکترونیک سلامت، فقدان شفافیت کامل در منابع مالی پژوهش‌ها با توجه به همکاری بعضی پژوهشگران علوم پزشکی و پیراپزشکی با شرکت‌های تولیدکننده‌ی دارو، مواد، وسایل و تجهیزات پزشکی (۲۰). جعفریان و همکاران در سال ۱۴۰۰ اعلام کردند که عوامل مؤثر تعارض منافع در نظام سلامت ایران، ارزش منفعت ثانویه، ماهیت ارتباطات، رعایت جانب احتیاط، مرجع بودن افراد، پاسخ‌گویی و بازمبانی است. همچنین بهترین راه‌های برخورد عملی با موضوع تعارض منافع، پرهیز، آشکارسازی، نظارت یا کنترل و تصویب و اجرای قانون جامع برای هریک از مصادیق تعارض منافع در نظام سلامت ایران و هر یک از گروه‌های پزشکی است (۷). در مطالعه‌ی رجایی نیز مهم‌ترین زمینه تعارض در نظام سلامت، فقدان شفافیت، ساختار ناکارآمد، معضل دوشغله بودن پزشکان و نبود نظام

نهایت این که می توان با تشکیل صندوق مرکزی برای تجمیع هدایا در دانشگاه های علوم پزشکی، هدایا یا منابع جمع آوری شده را بر اساس اولویت، توزیع نمود (۲۴).

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع مروری حیطه ای است که با هدف شناسایی راهبردهای مدیریت تعارض منافع در نظام سلامت ایران در مقایسه با کشورهای منتخب و انتخاب مناسب ترین راهبردها انجام شد. روش مرور حیطه ای با ارایه شواهد، وسعت و عمق یک حیطه ای علمی را شناسایی می کند و گزینه ی مناسبی در مقایسه با روش مروری نظام مند و مرور روایتی به شمار می آید (۲۵). به طور کلی، مطالعه ای حاضر با استفاده از دستورالعمل راهنمای Arksey و Omalley طی ۵ مرحله انجام شد که شامل تدوین سوال تحقیق، جستجو و شناسایی مطالعات مرتبط، انتخاب/ غربالگری منابع، استخراج اطلاعات، جمع بندی، خلاصه سازی و گزارش نتایج بود. در مرحله اول، سوال پژوهشی اصلی این مطالعه به این شکل مشخص شد که راهبردهای مدیریت تعارض منافع در نظام سلامت و انتخاب بهترین راه حل با توجه با مطالعه ای مقایسه ای کدامند؟ برای پاسخ به این سوال، از شواهد علمی و معتبر استفاده شد. معیارهای ورود، شامل تمامی انواع مطالعات و منابعی بود که به بررسی و شناسایی راهبردهای مدیریت تعارض منافع در نظام سلامت از سال ۲۰۰۷ تا ۲۰۲۴ به زبان فارسی و انگلیسی پرداخته شده و علاوه بر خلاصه، اصل مقاله نیز در دسترس قرار داشت. معیارهای خروج نیز شامل منابعی بودند که زبان آنها غیر از فارسی و انگلیسی و محل انجام مطالعه نامشخص بود و یا به عنوان مستندات، گزارش ها، خلاصه مقالات منتشر شده در همایش ها، سمینارها، نامه به سردبیر، و سایر مطالعات غیراصیل ارایه شده بود. در مرحله دوم، شناسایی مطالعات و منابع مرتبط با موضوع پژوهش انجام شد. برای این منظور، از راهبرد جستجو که به طور خاص برای پاسخ به سوال تحقیق طراحی شده بود، استفاده گردید. طراحی این راهبرد با استفاده از اجزای PICO صورت گرفت. به این ترتیب، واژه ای «تعارض منافع» به عنوان مساله (Problem) یا P، واژه «راهبردهای مدیریت تعارض منافع» به عنوان (Intervention) یا I، و واژه «نظام سلامت» به عنوان زمینه مربوطه (Context) یا Co تعیین شدند. برای شناسایی کلمات کلیدی مطالعه، از سرعنوان های موضوعی پزشکی (MeSH) استفاده شد. اطلاعات مورد نیاز از طریق جستجوی کلیدواژه های مرتبط در پایگاه های داده ای بین المللی، شامل PubMed، Scopus، Web of Science و پایگاه های داده ای فارسی شامل SID و Magiran با استفاده از کلیدواژه های تعارض منافع، راهبردهای مدیریت تعارض

یکپارچه الکترونیک اطلاعات، نبود چارچوب های کنترلی از طریق مراجع ذیصلاح، اجرای ناکامل پرونده الکترونیک سلامت و تأخیر و تعلل در طراحی سامانه ملی نظام سلامت گزارش شد (۱۱). میلانی فر و همکاران گزارش کردند که اهداف سازمانی متفاوت، ناهماهنگی در روند ارزیابی و نظام پاداش، تداخل وظایف و اختیارات با یکدیگر، نبود منابع کافی، وجود وظایف متقابل و وابستگی آن ها به یکدیگر، روابط مالی غیر شفاف محققان و پزشکان در کلینیک ها و دیگر مؤسسات پزشکی و شرکت های دارویی و تولیدکننده ی وسایل و تجهیزات پزشکی از مهم ترین علل بروز تعارض منافع به شمار می آید. از این رو پیشگیری و مدیریت تعارض منافع در گستره ی نظام سلامت باید در چارچوب اجرای قوانین و مقررات مرتبط، انجام شود (۶).

Elder و همکاران در سال ۲۰۲۰ در کشور کانادا گزارش کردند که افشای تعارض منافع و مدیریت مناسب آن، برای تدوین دستورالعمل های بهداشتی در مانی با کیفیت بالا و معتبر ضروری است. در این مطالعه، شبکه دستورالعمل بین المللی (GIN) برای مقابله و کنترل تعارض منافع پیشنهاد شد. اصول GIN نشان دهنده ی رویکردی دقیق برای شناسایی و مدیریت تعارض منافع است (۲۱). نتایج مطالعه ای West و Zhang در سال ۲۰۲۰ نشان داد که دستکاری فرایند تصادفی سازی، توقف پیش از موعد آزمایش ها، داده سازی، مسدود کردن دسترسی به داده ها، و چرخش (به عنوان مثال، تفسیر بیش از حد مطلوب نتایج، مصادق هایی از تعارض منافع در پژوهش های بالینی به شمار می آید (۲۲). همچنین بعضی از استراتژی های مدیریت تعارض منافع که در این مطالعه معرفی شدند عبارتند از: شفاف سازی روش ها و فرایندها، حذف سرمایه گذارها از طراحی و تحلیل و تفسیر داده ها، وجود کمیته های مستقل، انجام قراردادهایی که دسترسی کامل به داده ها را تضمین می کنند، به صورتی که هیچ نوع محدودیتی از سوی سرمایه گذار در تحلیل و گزارش دهی وجود نداشته باشد (۲۳).

Wani و همکاران در سال ۲۰۲۰ مشخص کردند که مهم ترین دستورالعمل برای مدیریت تعارض منافع در نظام سلامت، ممنوعیت حمایت از برنامه های آموزش مداوم پزشکی در صنعت است که طی چند سال گذشته، رشد محسوسی برای شرکت های تولیدکننده و فروش دارو، دستگاه ها، وسایل، تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی پیدا کرده است. اگر چه به خوبی مشخص نیست که آیا حمایت صنایع از آموزش های مداوم پزشکی، ظرفیت تعارض منافع را کاهش می دهد یا بر الگوهای عملکرد بالینی پزشکان شرکت کننده در این دوره ها تأثیر می گذارد. همچنین ممنوعیت اهدای هدایای بزرگ و کوچک از سوی کارخانه های تولیدکننده و فروشنده ی دارو و وسایل و تجهیزات پزشکی باید مورد توجه خاص قرار گیرد. در

منافع، نظام سلامت ایران، کشورهای منتخب به زبان فارسی و راهکارهای سیاسی و Conflict of Interest, Iranian health care, conflict interest, management strategy, selected countries, Policy solutions گردید. همچنین، برای شناسایی و پوشش بیشتر منابع و مطالعات، جستجوی دستی در تعدادی از مجلات معتبر نیز انجام شد. پس از حذف مطالعات خاکستری که به طور کامل در راستای اهداف و سوال اصلی پژوهش نبودند، منابع اصلی انتخاب شد. برای اطمینان بیشتر از جامعیت نتایج، دو پژوهشگر به انجام جستجو در پایگاه‌های داده فارسی و انگلیسی پرداخته و در صورت نبود توافق در انتخاب یک منبع از پژوهشگر سوم در این خصوص کمک گرفته شد. علاوه بر این، جهت دستیابی به منابع اضافی از موتور جستجوگر Google Scholar استفاده شد. استراتژی‌های جستجو از پایگاه‌های داده‌های فارسی و انگلیسی با بهره‌گیری از عملکرد Boolean انجام گردید.

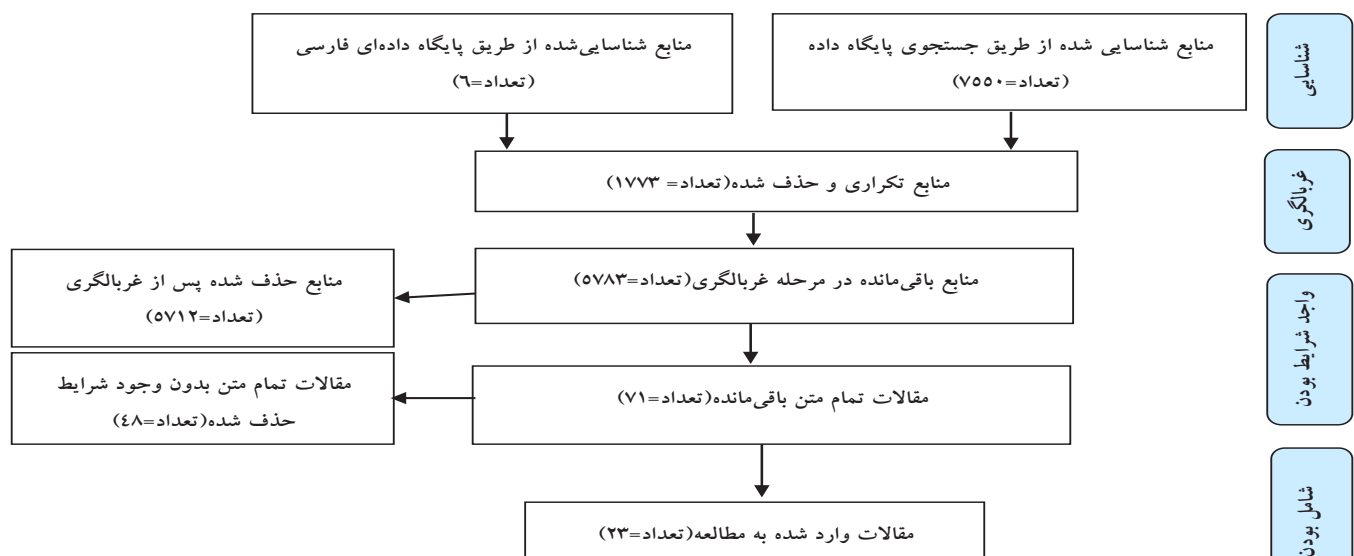
در مرحله سوم، یعنی انتخاب و غربالگری مطالعات با بررسی عناوین و چکیده‌های مطالعات و منابع، آن‌هایی که به وضوح با اهداف مطالعه همخوانی نداشتند، حذف شدند و بدین ترتیب کاهش حجم اولیه مقالات و تمرکز بر منابع مرتبط انجام شد. سپس منابع انتخاب شده غربالگری گردید تا انطباق آن‌ها با معیارهای ورود و خروج ارزیابی شود. همچنین برای مدیریت و سازماندهی منابع و شناسایی منابع تکراری از نرم‌افزار Endnote استفاده شد. در مرحله چهارم، فرم استخراج داده به صورت دستی در محیط نرم‌افزاری Word برای ثبت اطلاعات کلیدی هر یک از مطالعات طراحی شد. در این فرم، اطلاعات شناسنامه‌ای هر یک از منابع شامل عنوان، نویسنده/نویسنده‌ها، سال انتشار، محل انتشار و همچنین روش هر مطالعه به همراه یافته‌ها و نتیجه‌گیری آن ثبت گردید. در مرحله پنجم جمع‌بندی، خلاصه‌سازی و گزارش نتایج انجام شد. پس

از استخراج و گردآوری داده‌ها، آن‌ها با روش تحلیل محتوا به صورت دستی تحلیل شدند. به منظور سازماندهی بهتر یافته‌ها، داده‌ها به دسته‌بندی‌های مرتبط طبقه‌بندی شده و اطلاعات به صورت جدول خلاصه‌سازی گردید.

یافته‌ها

در مرحله انتخاب و غربالگری با بهره‌گیری از فلوچارت Prisma تعداد ۷۵۵۰ منبع از پایگاه‌های داده‌ی بین‌المللی استخراج شد. پس از حذف مقالات تکراری با استفاده از نرم‌افزار EndNote، تعداد ۵۷۷۷ مقاله برای مرحله‌ی غربالگری در نظر گرفته شد. در فاز اول مرحله‌ی غربالگری، با بررسی عنوان و چکیده‌ی تمامی مقالات، تعداد ۵۷۱۲ مقاله به دلیل نبود ارتباط با موضوع مطالعه حذف گردید و ۶۵ مقاله‌ی باقی‌مانده برای فاز دوم غربالگری انتخاب شدند. در فاز دوم مرحله غربالگری، متن کامل مقالات باقی‌مانده بررسی شد و تعداد ۵۲ مقاله دیگر به دلیل عدم تطابق با معیارهای ورود به مطالعه حذف شدند. در نهایت، ۱۷ مقاله‌ی مرتبط و واجد شرایط برای تحلیل و بررسی نهایی از کشورهایی که در زمینه‌ی مدیریت تعارض دارای راهبردها و تجربیات موفق بودند، انتخاب شدند.

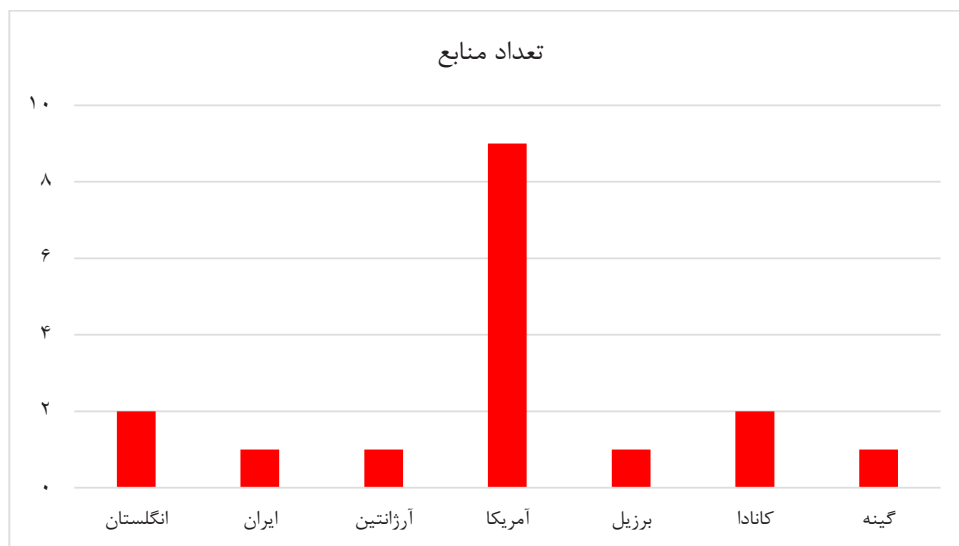
در جستجو توسط پایگاه‌های داده‌ای فارسی تعداد ۱۳۰۹ مقاله شناسایی گردید (۱۰۲۳ مقاله از پایگاه مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی و ۲۸۶ مقاله از پایگاه Magiran). پس از بررسی دقیق این مقالات، ۶ مقاله به دلیل تطابق با معیارهای ورود، از پایگاه‌های داخلی به مطالعه اضافه گردید. در مجموع، ۲۳ مقاله (۱۷ مقاله از منابع انگلیسی و ۶ مقاله از منابع فارسی) برای تحلیل نهایی انتخاب و وارد مطالعه شدند (شکل ۱).



شکل ۱: فلوچارت Prisma به منظور انتخاب مطالعات وارد شده به مطالعه‌ی حاضر

در این مجموعه جای داشتند. در بیشتر مطالعات فوق برای جمع آوری داده‌ها از روش‌های مروری جامع و حیطه‌ای استفاده شد (n=۱۱). سایر روش‌های مورد استفاده برای جمع آوری داده‌ها شامل بررسی مستندات (n=۳)، پرسش‌نامه (n=۲)، مصاحبه (n=۲) و بحث در کارگروه‌های کوچک (SGD) (n=۱) بود (نمودار ۱).

در پژوهش حاضر تعداد ۱۷ مطالعه‌ی بین‌المللی از پایگاه‌های PubMed، Web of Science و Scopus و تعداد ۶ مقاله نیز از منابع داخلی شناسایی شدند. از بین منابع شناسایی شده‌ی بین‌المللی، بیشترین تعداد مربوط به کشور آمریکا بود (n=۹). و کشورهای انگلستان و کانادا هر یک با ۲ مقاله و کشورهای ایران، آرژانتین، برزیل، کانادا و گینه هر کدام با ۱ مقاله



نمودار ۱: تعداد منابع شناسایی‌شده در پایگاه‌های PubMed، Web of Science و Scopus به تفکیک کشورها بین سال‌های ۲۰۰۷ تا ۲۰۲۴

جدول ۱: استراتژی‌های مقابله با تعارض منافع در نظام سلامت مستفرد از پایگاه‌های داده فارسی

نویسنده اول (سال انتشار)	روش	استراتژی‌های مقابله با تعارض منافع در نظام سلامت
مؤذن (۱۴۰۲)	مطالعه‌ی مقطعی	بهربرداری از راهنمای عمومی اخلاق حرفه‌ای شاغلان حرف پزشکی و وابسته سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای پزشکی وابسته (۲۶)
باکی هاشمی (۱۴۰۰)	مطالعه‌ی آمیخته	تصمیمات مبتنی بر شواهد، توسعه‌ی مشارکت‌پذیری، تعمیق شفافیت، تنظیم‌گری قانونی به‌عنوان راهکارهای مدیریت تعارض منافع در نظام سلامت ایران (۲۷)
خانجان‌خوانی (۲۰۲۳)	مطالعه‌ی مروری حیطه‌ای و کیفی (مطالعه‌ی آمیخته)	بهربرداری از اهرم‌های قانون‌گذاری از طریق مجلس شورای اسلامی در خصوص اجرای موفق مدیریت تعارض منافع در نظام سلامت ایران (۲۸)
مصدق‌راد (۱۴۰۲)	مطالعه‌ی مروری حیطه‌ای	معرفی مصادیق تعارض منافع در نظام سلامت ایران در سطوح بنیادی، کلان، میانی و خرد، افزایش نظارت بر عملکرد کارگزاران دولتی، شفاف‌سازی روابط مالی (۲۹).
جوهری (۱۳۹۳)	مطالعه‌ی کیفی	شفاف‌سازی به‌عنوان نوعی از مطالعات اجتماعی در نظام سلامت است که به‌عنوان یکی از محورهای اصلی در تقویت مدیریت تعارض منافع و شفاف‌سازی روابط کارگزاران دولتی با بخش خصوصی به‌کار می‌رود (۳۰).
درگاهی (۱۴۰۲)	مطالعه‌ی مروری حیطه‌ای	بیشترین تعارض منافع در نظام سلامت ایران مرتبط با تعارض کارگزاران بخش دولتی با منافع آن‌ها در بخش خصوصی است. اصلاح فرایندها، طراحی ساختارهای عملیاتی جدید، سازماندهی مجدد و شفافیت سازمانی از جمله راهکارهای تقویت مدیریت تعارض منافع در نظام سلامت ایران است (۳۱).

و «آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای پزشکی وابسته» جهت اجرای قوانین و مقررات ذریعته معرفی شد (۲۶).

باکی هاشمی و همکاران در مطالعه‌ی خود بر تصمیمات مبتنی بر شواهد، مشارکت‌پذیری، تنظیم‌گیری و ارایه مکانیزم‌های شفاف‌سازی در تعارض منافع در نظام سلامت ایران تأکید کردند (۲۷). خانجان‌خوانی و همکاران اجرای موفق مدیریت تعارض منافع در نظام سلامت ایران را معطوف به بهره‌برداری از اهرم‌های

با بهره‌برداری از خلاصه مقالات انتخاب شده از پایگاه‌های داده‌ای ملی در بازه زمانی ۲۰۲۳-۲۰۱۹ در جدول ۱، مؤذن و همکاران به بررسی راهکارهای حقوقی مدیریت تعارض منافع در فرایند صدور مجوز تأسیس مؤسسات پزشکی در نظام سلامت ایران پرداختند و اجرا و پیاده‌سازی «قوانین و مقررات» را به‌عنوان راهبرد مدیریت تعارض منافع معرفی کردند. از این رو «راهنمای عمومی اخلاق حرفه‌ای شاغلان حرفه‌ای پزشکی و وابسته سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی»



قانون‌گذاری از طریق مجلس شورای اسلامی و دیگر کمیته‌ها و نهادهای قانون‌گذار دانستند (۲۸). مصدق‌راد و همکاران توانستند مصادیق تعارض منافع در نظام سلامت ایران را در سطوح مختلف شناسایی کرده و افزایش نظارت از سوی مراجع قانون‌گذار را به‌منظور شفاف‌سازی روابط مالی در نظام سلامت پیشنهاد کردند (۲۹). جواهری نیز در مطالعه‌ی خود شفاف‌سازی روابط و فرایندها بین بخش‌های دولتی و خصوصی

را از مطالبات افراد جامعه در چارچوب نظام سلامت پیشنهاد کرد (۳۰). در گاهی و کوشک‌باغی عقیده دارند که بیشترین عامل تعارض منافع در نظام سلامت ایران به‌صورت فردی است تا سازمانی و برای تقویت مدیریت تعارض منافع در نظام سلامت ایران راهکارهای شفاف‌سازی، مهندسی مجدد و اصلاح فرایندها و طراحی ساختارهای جدید در روابط بین بخش‌های دولتی و خصوصی پیشنهاد شد (۳۱).

جدول ۲: استراتژی‌های مقابله با تعارض منافع مستخرج از پایگاه‌های داده بین‌المللی

ردیف	نویسنده اول (سال انتشار)	کشور	روش	استراتژی‌های مقابله با تعارض منافع
۱	Friesen (۲۰۲۰)	آمریکا	مطالعه‌ی مروری جامع	مدیریت تعارض منافع در کمیته‌های داروسازی و درمانی: افشا، رد، طرد، رسیدگی جهانی، کمیته‌های دوگانه و توسعه‌ی فرمولاسیون چندمرکزی که در آن منابع در مؤسسات تجمیع می‌شوند (۳۲).
۲	Rady (۲۰۱۲)	آمریکا	مطالعه‌ی مروری جامع	مدیریت تعارض منافع از طریق تشکیل کمیته‌های اجتماعی برای تغییر تصمیمات و رفتارهای سلامت و اهدای عضو از طریق انتقال اطلاعات دقیق به عموم مردم و فاش کردن مطالب واقعی با کمترین سوگیری، اجرای مدیریت تعارض منافع با شفافیت کامل، و آموزش عمومی (۳۳).
۳	Minter (۲۰۱۱)	آمریکا	کارگروه مشترک	بهره‌برداری از دستورالعمل‌های سیاستی (۳۴).
۴	Van-Houte (۲۰۱۱)	آمریکا	مطالعه‌ی مروری جامع	مدیریت تعارض منافع درک شده و در عین حال حصول اطمینان از نوآوری مداوم فناوری پزشکی از طرق تعریف کدهای اخلاقی (۳۵).
۵	Schünemann (۲۰۰۹)	آمریکا	بررسی مستندات	خوداظهاری تعارض منافع، بررسی تعارض منافع شرکت‌کنندگان بالقوه، افشای تعارض منافع بین شرکت‌کنندگان پروژه‌ها، انصراف یا معافیت از تصمیمات یا توصیه‌های خاص در صورت لزوم، افشای تعارض منافع برای کاربران اسناد یا شرکت‌کنندگان در کنفرانس‌ها، رسیدگی به اختلافات در مدیریت تعارض منافع (۳۶).
۶	Moran (۲۰۱۷)	انگلستان	مطالعه‌ی کیفی همراه با مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاریافته (آمیخته)	اصلاح و شفاف‌سازی دستورالعمل‌های قانونی مدیریت تعارض منافع و آموزش آن‌ها به ذینفعان (۳۷).
۷	Graham (۲۰۱۵)	انگلستان	مطالعه‌ی کیفی همراه با مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاریافته (آمیخته)	افشای تعارض منافع از طریق خود گزارش‌دهی، رسیدگی به تعارض منافع در استخدام و برگزاری جلسات (۳۸).
۸	Traversy (۲۰۲۱)	کانادا	مطالعه‌ی مروری جامع	مدیریت تعارض منافع در تدوین دستورالعمل‌های بهداشتی از طریق اصول شبکه بین‌المللی دستورالعمل‌ها (۳۹).
۹	Grundy (۲۰۲۰)	کانادا	مطالعه‌ی کیفی	افشا، محدودیت شرکت در بحث یا رای‌گیری، سازماندهی مجدد نقش‌ها و مسئولیت‌ها، تلاش برای اطمینان از تعادل، بازنمایی دیدگاه‌های متنوع، اعطای معافیت (برای اجازه دادن به شرکت‌کننده)، تحقیق توسط ناظران بی‌طرف، انتصاب رییس مشترک بدون تعارض منافع، یا اقدامات احتیاطی اضافی (۴۰).
۱۰	Fink (۲۰۲۰)	آرژانتین	مطالعه‌ی مروری جامع	افشا، مراحل سلسله مراتبی بررسی و مجوز، و در نهایت ممنوعیت مدیریت تعارض (۴۱).
۱۱	Burlandy (۲۰۱۶)	برزیل	تحلیل مستندات	بررسی دقیق انواع مشارکت‌های دولتی و خصوصی (۴۲).
۱۲	Shah (۲۰۱۳)	گینه	مطالعه‌ی مروری جامع	افشا، خودارزیابی، کنترل‌های داخلی، ارایه خط‌مشی‌ها (۴۳).
۱۳	Torgerson (۲۰۲۲)	آمریکا	مطالعه‌ی مروری جامع	افزایش شفافیت و نظارت بیشتر، انجام اصلاحات در آموزش پزشکی و در دستورالعمل‌ها و توصیه‌های بالینی و شفاف‌سازی (۴۴).
۱۴	Shnier (۲۰۱۸)	کانادا	مطالعه‌ی مروری جامع	تعارض منافع بین‌المللی موجب می‌شود تا شرکت‌های تولیدکننده‌ی دارویی بر روی توصیه‌ها و دستورالعمل‌های راهنمای بالینی تأثیرگذار باشند (۴۵).
۱۵	Scott (۲۰۱۱)	آمریکا	مطالعه‌ی مروری جامع	شناخت و مدیریت احساسات فردی در طول تعارض، گوش‌دادن فعال، هم‌راستا کردن منافع طرفین درگیر، آموزش مهارت‌های مدیریت تعارض و آگاهی فرهنگی، استفاده از ابزارهای معتبر برای ارزیابی سبک‌های مدیریت تعارض، آموزش رسمی برای تمام اعضای تیم (۴۶).
۱۶	Kirkpatrick (۲۰۱۲)	آمریکا	مطالعه‌ی مروری حیطه‌ای	افزایش شایستگی رهبری، شناسایی منافع طرفین در تعارض، استانداردارسازی، ترمیم روابط آسیب‌دیده (۴۷).
۱۷	Cigarroa (۲۰۱۸)	آمریکا	مطالعه‌ی مروری جامع	افشا، محدودیت‌ها و حذف مصادیق تعارض منافع (۴۸).

سلامت انجام گردید و جهت اجرای موفق مدیریت تعارض منافع، افشاگری همراه با خودگزارش دهی و رسیدگی سریع و عمیق به تعارضات با تشکیل جلسات چهره‌به‌چهره توصیه شد (۳۸).

Traversy و همکاران (۲۰۲۱) در کشور کانادا مدیریت تعارض منافع در نظام سلامت را در چارچوب اجرای صحیح دستورالعمل‌های بهداشتی درمانی می‌دانند که عبارتند از: دستورالعمل‌ها باید از بروز تعارض منافع حتی به صورت بالقوه، مستقیم یا غیرمستقیم بین کارگزاران، مدیران و پزشکان جلوگیری کنند، تعاریف و مصادیق تعارض منافع و مدیریت آن برای همه اعضای شبکه‌های بهداشتی درمانی در سطوح و جایگاه‌های مختلف صرف نظر از رشته‌های تخصصی و ذینفعان و ذینقشان، با استفاده از روش‌های مختلف تشریح و تبیین شود، از فرم‌های استاندارد برای افشا و ثبت تعارض منافع استفاده گردد، دستورالعمل‌ها باید با سهولت در دسترس همگان قرار گیرد، بازبینی و توسعه‌ی دستورالعمل‌های مربوط به مدیریت تعارض در جلسات مختلف و در فواصل زمانی منظم انجام شود، تهیه‌کنندگان دستورالعمل‌های راهنمای بالینی در نظام سلامت نباید با یکدیگر تعارض منافع مالی و غیرمالی مستقیم و غیرمستقیم داشته باشند، کارشناسان و متخصصان با تخصص‌های مختلف حتی در صورت داشتن تعارض منافع به صورت بالقوه، مجاز به شرکت در جلسات و بحث‌های گروهی باشند، اما حضور این افراد در جلسات و کارگروه‌ها با تخصص‌های مختلف تعادل مناسبی داشته باشد، اگرچه هنگام تصمیم‌گیری همگان باید از اصول و قوانین و مقررات دولتی پیروی نمایند، و سرانجام کارگروه‌ها باید ابتدا موارد و مصادیق تعارض منافع در نظام سلامت کشور کانادا را مورد مطالعه دقیق قرار داده و نتیجه‌ی فعالیت‌های کارشناسی و بحث‌های گروهی را جهت تصمیم‌گیری به سطوح بالاتر نظام سلامت انتقال دهند (۳۹).

Grandy و همکاران (۲۰۲۰) در کشور کانادا نشان دادند که راهبردهای مدیریت تعارض منافع «مالی» و «غیر مالی» در سازمان‌های تحقیقاتی مرتبط با مراقبت سلامت در کشور کانادا دربرگیرنده‌ی شفاف‌سازی مصادیق تعارض منافع، محدود کردن حضور نمایندگان شرکت‌های تولیدکننده‌ی وسایل و تجهیزات و دستگاه‌های پزشکی و شرکت‌های داروسازی در رای‌گیری، سازمان‌دهی مجدد نقش‌ها و مسئولیت‌ها، ارائه ایده‌های جدید در خصوص مدیریت تعارض منافع در نظام سلامت، و ارزیابی و نظارت توسط ناظران بی‌طرف در موارد و مصادیق تعارض منافع است (۴۰).

با جستجوی انجام شده در پایگاه‌های بین‌المللی و انتخاب خلاصه مقالات در بازه زمانی ۲۰۲۰-۲۰۰۹ در جدول ۲، Friesen و همکاران (۲۰۲۰) در ایالات متحد آمریکا نشان دادند که راهبردهای مدیریت تعارض منافع در نظام سلامت این کشور شامل افشاگری و رد تعارض منافع، ارزیابی و نظارت آن است. همچنین در این مطالعه مشخص شد که تجمیع منابع می‌تواند منجر به کاهش تأثیر تعارض منافع در صنعت داروسازی و بخش‌های درمانی در این کشور شود و شانس فرمولاسیون ایمن، مؤثر و مقرون به صرفه‌ی داروها و آرایه مؤثر و کارآمد خدمات درمانی را افزایش دهد (۳۲). Radi و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند که مدیریت تعارض منافع از طریق کمپین‌های رسانه‌های جمعی که به منظور تغییر تصمیمات و رفتارهای سلامت به وسیله‌ی انتقال اطلاعات دقیق به افراد جامعه و شفاف‌سازی مطالب با کمترین سوگیری، همراه با آموزش عمومی انجام می‌شود، کارآمدی و اثربخشی بالایی دارد (۳۳). در مطالعه‌ی دیگری که توسط Minter و همکاران (۲۰۱۱) در کشور آمریکا انجام شد یکی از راهبردهای موفق برای مدیریت تعارض منافع در نظام سلامت، امانت‌داری انجمن‌های جراحی این کشور در حفظ و نگهداری از اعضای اهداشده‌ی بدن انسان‌هاست (۳۴).

Van-Haut نیز در مطالعه‌ی خود نشان داد که مدیریت تعارض منافع در حوزه فناوری‌های پزشکی از طریق تعریف کدهای اخلاقی امکان‌پذیر است. تعریف کدهای انجمن فناوری پیشرفته‌ی پزشکی آمریکا پزشکان را قویاً تشویق می‌کند تا در انجام تعاملات کسب‌وکار به استانداردهای شفاف و اخلاقی متعهد شوند و تصمیم‌گیری آن‌ها جهت تشخیص و درمان بیماران همیشه براساس بیشترین منافع برای بیماران باشد (۳۵). Shunemann و همکاران نیز راهبردهای مدیریت تعارض منافع از دیدگاه انجمن قفسه سینه‌ی آمریکا را خوداظهاری تعارض منافع، بررسی و افشای تعارض منافع بین کارگزاران بخش دولتی با بخش خصوصی مبنی بر انصراف از همکاری با یکدیگر و یا معافیت از تصمیمات یا توصیه‌های خاص در صورت لزوم اعلام کردند (۳۶). Moran و همکاران (۲۰۱۷) در انگلیس به تعارض بین گروه‌های تخصصی بالینی با پزشکان خانواده‌ی نظام مراقبت بهداشتی پرداخته و اعلام کردند که تعارض منافع بین این دو گروه را می‌توان از طریق اصلاح و شفاف‌سازی دستورالعمل‌های قانونی مدیریت کرد (۳۷).

مطالعه‌ی دیگر نیز توسط Graham و همکاران (۲۰۱۵) در کشور انگلیس با هدف مدیریت تعارض منافع در دستورالعمل‌های راهنمای بالینی مؤسسه ملی

در مطالعه‌ی Fink (۲۰۲۰) در کشور آرژانتین مشخص شد که شفاف‌سازی، بررسی موارد و مصادیق جهت ارایه، از راهبردهای مدیریت تعارض منافع در نظام سلامت در این کشور هستند. اول این‌که اقدام اصلی برای حل تعارض منافع، شفاف‌سازی آن با اعلام عمومی است که به‌عنوان قانون طلایی تلقی می‌شود. دوم این‌که علاوه بر شفاف‌سازی موارد و مصادیق تعارض منافع، شناسایی سیستم‌های رسمی و قانونی برای کنترل تعارض منافع باید با استفاده از قوانین و مقررات معرفی شوند. برای مثال، در خصوص تحقیقات کارآزمایی بالینی، کمیته‌های اخلاق و وظیفه دارند که در مورد این‌که آیا تعارض منافع بر کارآزمایی‌های بالینی و مراقبت‌های بهداشتی درمانی بیماران شرکت‌کننده در کارآزمایی‌ها تأثیر می‌گذارد یا خیر، بررسی دقیق انجام داده و نتیجه را گزارش دهند. همچنین اعضای کمیته‌های اخلاق نباید در مصادیق و موارد تعارض منافع نقش داشته و یا درگیر آن باشند. دانشگاه‌ها نیز با داشتن سیستم‌های تأیید و ارایه مجوز باید تبادلات مالی بین پژوهشگران و شرکت‌های تولیدکننده‌ی تجهیزات و ملزومات پزشکی را کنترل کرده و کاملاً مشخص کنند که آیا پروژه‌های تحقیقاتی شرایط لازم را برای تأیید و اجرا در اختیار دارند یا خیر. سوم این‌که شفاف‌سازی، بررسی، ارایه و تأیید مجوز همیشه کافی نیست. برخی از تعارضات منافع در نظام سلامت آن‌چنان عمیق و تأثیرگذار بر اعتماد افراد جامعه به کارگزاران و مدیران و سیاست‌گذاران نظام سلامت هستند که چاره‌های جز ممنوعیت در تأیید و اجرای آن‌ها وجود ندارد (۴۱).

Burlandy و همکاران (۲۰۱۶) در کشور برزیل، مصادیق و موارد تعارض منافع بخش‌های خصوصی با بخش دولتی را در خصوص سیاست‌های ارتقای سلامت، به‌ویژه ارتباط آن‌ها با حوزه‌ی غذا و تغذیه تحلیل کردند. نتایج این مطالعه نشان داد که روابط بین بخش دولتی و خصوصی چنان‌چه با عنوان «مشارکت» با تأمین منافع دوطرفه انجام شود، راهبردی مناسب برای مدیریت تعارض منافع است. در همین ارتباط، در منشور بانکوک که به تشکیل اتحادیه بین سازمان‌های دولتی با خصوصی و غیردولتی و بین‌المللی و جامعه مدنی برای ارتقای سلامت پایدار اشاره دارد به موضوع مشارکت بین بخش خصوصی و دولتی و چگونگی اجرای آن پرداخته شده است (۴۲). نتایج مطالعه‌ی Shah (۲۰۱۳) در کشور گینه نشان داد که شفاف‌سازی، افشاگری و نظارت بر اجرای صحیح سیاست‌ها، شفاف‌سازی، خودارزیابی از خط‌مشی راهبردهای مدیریت تعارض منافع در نظام سلامت این کشور به‌شمار می‌آید. هم‌چنین اولین مرحله در مدیریت تعارض

منافع در نظام سلامت، شناسایی موارد و مصادیق آن از طریق رویکرد جدید و با استفاده از فرم‌های «افشای تعارض منافع» به‌صورت داوطلبانه است، اگرچه امکان دارد این کار به تنهایی کافی نباشد (۴۳).

Torgerson و همکاران در سال ۲۰۲۲ در کشور آمریکا اعلام کردند که افزایش شفاف‌سازی تعاملات بین بخش دولتی با بخش خصوصی، نظارت مراجع قانون‌گذار در انعقاد قراردادها و همکاری‌های فی‌مابین، بازبینی و اصلاح دستورالعمل‌ها و توصیه‌های بالینی و ممانعت از نفوذ شرکت‌های تولیدکننده‌ی دارو، وسایل، تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی بر روی مراکز تحقیقاتی دانشگاه‌ها و سایر مؤسسات تحقیقاتی از راهبردهای مدیریت تعارض محسوب می‌شود (۴۴).

Shnier و همکاران در سال ۲۰۱۸ اعلام داشتند که تعارض منافع در سطح بین‌المللی نیز وجود دارد و صرفاً منحصر به شرایط داخل کشورها نیست (۴۵). Gererdi و Scott در مطالعه‌ی خود در خصوص تعارض منافع در اتاق عمل بیمارستان‌های کشور آمریکا، هم‌راستا کردن منافع طرفین، ارتقای آگاهی فرهنگ سازمانی و ارزیابی انواع سبک‌های مدیریت تعارض منافع و انتخاب مناسب‌ترین روش منطبق با فرهنگ سازمانی بیمارستان‌ها را توصیه کردند (۴۶). Kirkpatrick و همکاران در چارچوب مطالعه‌ی مروری حیطه‌ای، ویژگی‌های رهبری، تدوین معیارها و ملاک‌های تعیین‌کننده‌ی تعارض منافع در حوزه‌ی سلامت، همراه با استانداردسازی را برای حل تعارض منافع در نظام سلامت آمریکا پیشنهاد کردند (۴۷). Citarroa و همکاران نیز در کشور آمریکا بر شفاف‌سازی، افشاگری معیارها و مصادیق تعارض منافع در نظام سلامت، و در نهایت ایجاد بعضی محدودیت‌ها در روابط کسب‌وکار و اقتصادی و مالی و غیرمالی که به اعتماد مردم به نظام سلامت لطمه می‌زند و سرانجام روابط ناسالم تأکید کردند (۴۸).

بحث

تعارض منافع یکی از چالش‌های اساسی در نظام سلامت است که می‌تواند بر اعتماد عمومی به تصمیم‌گیری‌ها و سیاست‌گذاری‌های نظام سلامت تأثیر بگذارد. این مسئله به‌ویژه در زمینه‌های مرتبط با تأمین مالی، خرید دارو و وسایل و تجهیزات پزشکی و تعیین سیاست‌های بهداشتی درمانی حساسیت بیشتری پیدا می‌کند. مدیریت صحیح تعارض منافع می‌تواند به بهبود شفافیت، کارایی و

پاسخ‌گویی در نظام سلامت کمک کند (۴۹).

مطالعات انجام شده در کشورهای مختلف در مورد مصادیق و راهبردهای مدیریت تعارض منافع در نظام سلامت نشان داد که کشورها با توجه به شرایط اجتماعی، اقتصادی و ساختار نظام سلامت خود، راهبردهای مختلفی را برای مدیریت تعارض منافع اتخاذ کرده‌اند (۵۰). اگرچه بعضی از سیاست‌ها، قوانین و مقررات، توصیه‌ها و اقدامات انجام شده می‌تواند با روش الگوبرداری خارجی در کشورهای مختلف و حتی در سطح بین‌المللی اجرا شود. نتایج مطالعات انجام شده در ایران نشان می‌دهد که این کشور در بیشتر موارد بر تهیه و تصویب قوانین و مقررات و اجرای آن‌ها از سوی مراجع نظارتی تأکید دارد که در نتایج مطالعات مؤذن و همکاران (۲۶)، باکی‌هاشمی و همکاران (۲۷)، به‌خوبی مشهود است. ایجاد چارچوب‌های قانونی شفاف و تکیه بر قوانین و مقررات و اجرای آن در تعارض منافع در نظام سلامت ایران ضروری است؛ اما به نظر می‌رسد کافی نباشد (۵۱). از این رو برای تقویت مدیریت تعارض در نظام سلامت به شفاف‌سازی قراردادها، بازتعریف تعاملات، تعیین مصادیق و تعاریف تعارض منافع، مشارکت جامعه مدنی و ایجاد ساختارهای نظارتی قوی نیاز است (۵۲).

برخی از کشورها بر استفاده از راهبردهای نرم در مدیریت تعارض منافع در نظام سلامت مانند خودتنظیمی و تدوین و اجرای کدهای اخلاقی تأکید می‌کنند (۵۳). با وجود این، قوانین فدرال در کشور آمریکا، پزشکان را از ارجاع بیماران زیر پوشش مدیکبر یا مدیکید به بعضی مراکز بهداشتی درمانی که پزشکان یا اعضای نزدیک خانواده آن‌ها در این مراکز دارای سهام هستند و یا در آن‌جا سرمایه‌گذاری کرده‌اند، یا با این مراکز توافق‌های مالی برای دریافت جبران خدمات دارند، منع می‌کند (۵۴). به عبارتی در کشورهایی که سیستم ارایه خدمات بهداشتی درمانی آن‌ها بیشتر بر اساس بیمه‌های عمومی است، قوانین سخت‌گیرانه‌تری برای جلوگیری از تعارض منافع در سطح سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری نظام سلامت اعمال می‌شود (۵۵).

یکی از یافته‌های مهم در مطالعه حاضر، اهمیت شفافیت و حسابرسی در تعارض منافع در نظام سلامت است. در بعضی از کشورها، مکانیزم‌های شفاف‌سازی اطلاعات و گزارش‌دهی دقیق به‌عنوان یکی از ابزارهای کلیدی برای کاهش تعارض منافع استفاده می‌شود. این کشورها با تدوین سیستم‌های حسابرسی دقیق و انتشار عمومی اطلاعات مربوط به تصمیمات و هزینه‌ها، اعتماد

عمومی به سیستم بهداشت و درمان خود را تقویت کرده‌اند (۵۶). به عبارتی، کمبود شفافیت در افزایش تعارض منافع یک مشکل اصلی در تحقیقات زیست‌پزشکی است؛ زیرا مانع از کاهش خطر سوگیری می‌شود. سوگیری‌ها، زمانی که پنهان می‌مانند، می‌توانند بر تصمیم‌های بالینی تأثیر بگذارند و باعث شوند تا این نوع تصمیمات، ایمن‌تر یا مؤثرتر از آنچه که در واقعیت است، به نظر برسند. تأثیر تعارض منافع غیرافشا شده که به‌وضوح بر عملیات بالینی تأثیر می‌گذارد، ممکن است به تضعیف اعتماد عمومی افراد جامعه و به تحقیقات زیست‌پزشکی کمک کند (۵۷). این روش‌ها می‌توانند در ایران نیز با توجه به شرایط موجود، مورد توجه و بهره‌برداری قرار گیرند.

از سوی دیگر، در بسیاری از کشورها، آموزش کارکنان، کارگزاران، پژوهشگران و حتی دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی و فرهنگ‌سازی آن در زمینه‌ی تعارض منافع به‌عنوان یکی از مهم‌ترین راهبردها شناخته شده است که می‌تواند به کاهش آن در این کشورها کمک کند. بنابراین برخی از کشورها برنامه‌های آموزشی منظم و کمپین‌های اطلاع‌رسانی عمومی را برای ارتقای ادراک عمومی از این موضوع به‌مورد اجرا در آورده‌اند (۵۸). در این راستا، نقش صنایع تولیدکننده‌ی محصولات و کالاها و تجهیزات پزشکی و ارتباط آن‌ها با پزشکان بخش دولتی بسیار حایز اهمیت است. بنابراین در اجرای این فرایند باید نظارت بالایی صورت گیرد. در این راستا، دستورالعمل‌های لازم برای این نوع تعاملات در بیشتر کشورها به تصویب رسیده است و انجمن‌های حرفه‌ای مرتبط، مجموعه‌ای از کدهای رفتاری را برای هدایت این نوع فعالیت‌ها به تصویب رسانده‌اند. علاوه بر این، حوزه آموزش در نظام سلامت در ارتباط بین نمایندگان شرکت‌های تولیدکننده و پزشکان بخش دولتی باید از هرگونه تأثیرگذاری کسب‌وکار جلوگیری کند تا فرایند آموزش همچنان با تمرکز بر ارتقای کیفیت تشخیص و درمان و بهبود پیامدهای بیماران ادامه یابد (۵۹).

هرچند تفاوت‌های ساختاری و فرهنگی در نظام سلامت ایران با کشورهای منتخب در مطالعه‌ی حاضر وجود دارد، می‌توان از راهبردهای مورد استفاده در این کشورها برای بهبود سیاست‌های ملی در زمینه مدیریت تعارض منافع در نظام سلامت کشور متناسب با فرهنگ سازمانی غالب بهره‌الگوبرداری کرد (۶۰). Bero و Gerundy نیز در مطالعه‌ی مرور حیطه‌ای خود با عنوان تبیین مدیریت تعارض در نظام سلامت با رویکرد جدید، از الزامات جدید، مانند قانون استارک و یا دوره‌های خنک‌سازی (تنفس) برای کارگزاران بخش دولتی و قانون آفتاب



در کشورهای مختلف گزارش کردند و حتی به پدیده درهای گردان بین بخش دولتی با خصوصی نیز اشاره داشتند (۶۱).

سازمان سلامت جهانی نیز اخیراً مصادیق جدیدی از تعارض منافع و پیامدهای آن را در نظام سلامت کشورها ارزیابی کرده است و حتی اجرای قانون استارک نیز به کشورهای عضو سازمان پیشنهاد شده که در بسیاری از کشورها پذیرفته شده است. اگرچه بعضی از شرکت‌ها و مؤسسات تجاری و تولیدکننده دارو، وسایل، تجهیزات و ملزومات پزشکی غیردولتی این قانون را غیرمؤثر، غیرقابل اجرا و ناسازگار با اهداف توسعه‌ی پایدار در کشورها می‌دانند (۶۲). در رویکردهای جدید به موضوع تعارض منافع در نظام سلامت، بسیاری از پژوهشگران اعتقاد دارند که حذف تعارض منافع به طور کامل در کشورها امکان‌پذیر نیست و حتی این اعتقاد وجود دارد که تعاملات مبتنی بر ترجمان دانش بین سازمان‌های خصوصی و بخش دولتی می‌تواند در تشخیص بیماری و درمان بیماران نیز مفید باشد؛ اگرچه اجرای این رویکردها نیاز به وجود قوانین و مقررات شفاف دارد (۶۳ و ۶۴).

اخیراً در کشور آرژانتین الزاماتی برای آموزش و آگاهی دادن شرایط مصادیق تعارض منافع برای کارکنان دولتی نظام سلامت به کار گرفته شده است، مانند ایجاد سیستم شبیه‌ساز برخط که از طریق انتخاب پاسخ به برخی سوالات، کارگزاران دولتی می‌توانند وضعیت خود را ارزیابی کنند که آیا در شرایط تعارض منافع به صورت بالقوه و یا بالفعل قرار دارند یا خیر (۶۵). بنابراین با توجه به تغییرات سریع در سیستم‌های بهداشتی درمانی و نمایان شدن چالش‌های جدید، سیاست‌گذاران نظام سلامت باید به‌طور مداوم نتایج راهبردهای مدیریت تعارض را بررسی کرده و در صورت نیاز، تغییرات لازم را اعمال کنند. این امر می‌تواند به بهبود کارایی و شفافیت نظام سلامت کشورها از جمله ایران کمک کند و موجب افزایش اعتماد رضایت عمومی به نظام سلامت شود (۶۶).

به‌عنوان یک مطالعه‌ی مروری حیطه‌ای، مطالعه‌ی حاضر دارای محدودیت‌های غیرقابل اجتناب است. از جمله محدودیت‌های موردنظر می‌توان به وجود سوگیری از سوی نویسندگان به معیارهای ورود به این نوع مطالعات، تمرکز بر وسعت مطالب به جای پرداختن به عمق مطالعه و محدودیت‌های ذاتی از نظر روش‌شناسی، مانند پارامترهایی که با خزش یا ورود آرام و مخفیانه به دامنه‌ی مطالعه همراه است، اشاره داشت. به‌منظور رسیدگی و برطرف کردن محدودیت‌های ذکر شده، نویسندگان بر رعایت پروتکل‌ها و دستورالعمل

راهنمای مؤسسه Joanna Briggs (JBI) با تضمین فرایند شفاف و ساختارمند قویاً تأکید داشتند.

نتیجه‌گیری

مدیریت تعارض منافع چنانچه با شناسایی دقیق مصادیق بالقوه‌ی تعارض منافع بین بازیگران و کارگزاران نظام سلامت اجرا شود، می‌تواند اعتماد عمومی جامعه را به سیاست‌گذاران و مدیران ارشد نظام سلامت تقویت کرده و همچنین مشارکت بین بخش دولتی با بخش خصوصی را با استفاده از روش‌ها و ابزارهای نوین، شفاف‌سازی نماید و بدین وسیله از سوگیری‌های بی‌اساس جلوگیری کند. اگرچه در سال‌های اخیر گام‌هایی در جهت بهبود مدیریت تعارض منافع در نظام سلامت کشور برداشته شده است، همچنان چالش‌هایی شامل ضعف در اجرای قوانین، کمبود شفافیت در هدف‌گذاری و نبود نظارت مستقل و کارآمد وجود دارد. از این رو برای بهبود وضعیت فعلی، تقویت ساختارهای قانونی، ارتقای فرهنگ اخلاق حرفه‌ای، افزایش مشارکت ذینفعان مختلف در بخش‌های دولتی و خصوصی، تدوین و اجرای راهبرد جامع جهت مدیریت تعارض منافع در کشور احساس می‌شود. این راهبرد باید بر مبنای اصول شفافیت، پاسخ‌گویی، نظارت مستمر استوار باشد و از تجربیات کشورهای پیشرو در چارچوب توصیه‌های سیاستی بهره گرفته شود. اجرای توصیه‌ها ممکن است در جامعه ایران با چالش‌هایی از قبیل مقاومت بعضی گروه‌های حرفه‌ای، کمبود منابع مالی و فنی و پیچیدگی و شرایط خاص نظام سلامت مواجه شود. بنابراین اجرای مرحله به مرحله و گام‌به‌گام توصیه‌های سیاستی را در زمینه‌ی مدیریت تعارض منافع در نظام سلامت باید مدنظر قرار داد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله مراتب تشکر و قدردانی خود را بابت حمایت مالی و معنوی از معاونت تحقیقات و فناوری و کمیته اخلاق دانشکده پیراپزشکی و بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران اعلام می‌دارند. پژوهش حاضر در قالب پایان‌نامه کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی با عنوان «بررسی تطبیقی راهبردهای مدیریت تعارض منافع در نظام سلامت کشورهای منتخب و ارزیابی توصیه‌های سیاستی برای ایران» با کد پایان‌نامه ۴۰۰۱۳۳۸۲۰۰۲ و کداخلاق IR.TUMS.SPH.REC.1402.173 ارائه شده است.

References

1. Morley PT, Berg KM, Billi JE, Nolan JP, Montgomery WH, Atkins DL, et al. Methodology and conflict of interest management: 2025 international liaison committee on resuscitation consensus on science with treatment recommendations. *Circulation* 2025; 152(S 16): S23-S33.
2. Farhud DD & Zokaei S. Conflict of interest in medicine and health. *Iranian Journal of Public Health* 2022; 51(7): i-iii.
3. Ostengard L, Lundh A, Tjornhoj-Thomsen T, Abdi S, Gelle MHA, Stewart LA, et al. Influence and management of conflicts of interest in randomized clinical trials: Qualitative interview study. *British Medical Journal (BMJ)* 2020; 371(3764): 1-10.
4. Jafari-Nia S, Abedi-Jafari H, Vakili Y & Ranjbar-Kabutarkhani M. Systematic review of conflict of interest studies in public administration. *Public Integrity* 2023; 25(5): 507-22.
5. Shevchuk O, Milash VV, Goncharenko GA, Lysodyed OV & Matat YI. Conflicts of interest in the healthcare sector: Legal aspects. *Wiadomosci Lekarskie (Warsaw, Poland)* 2023; 76(10): 2283-7.
6. Milanifar A, Akhondi MM, Paykarzadeh P & Larijani B. Assessing conflict of interest in Iran's health legal system. *Medical-Ethics-and-History-of-Medicine-Research-Center* 2011; 5(1): 1-16[Article in Persian].
7. Jafarian A, Parsapour A, Asghari F & Shahi F. Conflict of interests in the health system, generalities and management framework (opinion). *Iranian Journal of Culture and Health Promotion* 2021; 5(1): 29-35[Article in Persian].
8. Thomas S, Hennessy M, Frazer K, Wild C, Haynes A, Kavanagh S, et al. Conflicts of interest in public health research and publications. *Health Promotion International* 2025; 40(1): daaf009.
9. Mosadeghrad AM. Managing conflict of interest in health sector: A letter to the editor. *Tehran University of Medical Sciences Journal* 2022; 80(10): 847-8[Article in Persian].
10. Chimonas S, Mamoor M, Zimbalist SA, Barrow B, Bach PB & Korenstein D. Mapping conflict of interests: Scoping review. *British Medical Journal (BMJ)* 2021; 375(1): 1-13.
11. Rajaie S. Conflict of interest, a serious challenge to the health system. *Strategic Studies of Public Policy* 2019; 9(30): 335-40[Article in Persian].
12. Ferdosi M, Kabiri S, Keyvanara M & Yarmohammadian MH. Challenges of Iran health transformation plan about inpatients payment: Viewpoint of experts. *Journal of Health Scope* 2017; 6(3): 1-6.
13. Halme J. The role of social capital in the institutionalization of regional place marketing activity. *Place Branding and Public Diplomacy* 2021; 17(3): 249-56.
14. Lu W & Wang J. The influence of conflict management styles on relationship quality: The moderating effect of the level of task conflict. *International Journal of Project Management* 2017; 35(8): 1483-94.
15. Marden JR & Shamma JS. Game theory and control. *Annual Review of Control, Robotics, and Autonomous Systems* 2018; 1(1): 105-34.
16. Wiersma M, Kerridge IH & Lipworth W. Perspectives on non-financial conflicts of interest in health-related journals: A scoping review. *Accountability in Research* 2025; 32(7): 1089-125.
17. Yadav S. Transformative frontiers: A comprehensive review of emerging technologies in modern healthcare. *Cureus* 2024; 16(3): 1-10.
18. Duan J, Lin Z & Jiao F. A game model for medical service pricing based on the diagnosis related groups. *Frontiers in Public Health* 2021; 9(737788): 1-8.

19. Song L, Yu Z & He Q. Evolutionary game theory and simulations based on doctor and patient medical malpractice under government regulation. *Plos One* 2023; 13(18234): 1-16.
20. Nissa NU, Jhatial AA, Nawaz M & Halepota JA. Conflict management styles (dominating and compromising) of academic administration and its impact on faculty job satisfaction and turnover intention. *International Journal of Business and Administrative Studies* 2018; 4(5): 187-96.
21. Elder K, Tuner KA, Cosgrouve L, Lexchin J, Shnier A, Ainsley M, et al. Reporting of financial conflict of interest by Canadian clinical practice guideline producure: A descriptive study. *Canadian Medical Association Journal* 2020; 192(23): E617-E25.
22. West C & Zhong CB. How to decide when facing ethical conflicts of interest? *Organizational Dynamics* 2020; 49(1): 1-8.
23. Ishaque M. Managing conflict of interest in Professional accounting firms. *Journal of Business Ethics* 2021; 169(3): 537-55.
24. Wani S, Wargo J & Wallac M. Managing conflict of interest in clinical practical guidelines. *Gastrointestinal Endoscopy* 2020; 91(2): 274-5.
25. Levac D, Colquhoun H & O-Brien KK. Scoping studies: Advancing the methodology. *Implementation Science* 2010; 5(1): 1-9.
26. Moazzen V, Shamsi-Gooshki E, Zarei-Hanzaki E & Mohamadrezai M. Legal solutions to address conflict of interest in licensing healthcare institutions in Iranian healthcare system. *Medical Law Journal* 2023; 17(58): 27-40[Article in Persian].
27. Baki-Hashemi SMM, Ebrahimi SA, Farhadinejad M & Yazdizadeh B. Policy conflict management in the health system policy-making process elements, effects and solutions. *Iranian Journal of Public Policy* 2021; 7(3): 77-98[Article in Persian].
28. Khanjankhani K, Takian A, Shamsi-Gooshki E, Mohammadi SM & Arab M. Actors in conflict of interest in Iran's health system: Ranking and policy recommendations for conflict of interest management. *World Medical and Health Policy* 2023; 15(4): 476-88.
29. Mosadeghrad AM, Ranjbar-Hamgavandi MH, Mohsenian AR, Metanat S & Bordbar S. Managing conflict of interest in Iran's family medicine program: A scoping review. *Journal of Health Administration* 2023; 26(1): 67-89[Article in Persian].
30. Javaheri J. Ananalysis of the issue of classifying medical errors in analyzing the status of the Iranian medical institute. *Journal of Iranian Social Studies* 2014; 8(1): 22-48[Article in Persian].
31. Dargahi H & Kooshkbaghi M. Explanation of conflict of interest in the field of health with laboratory system approach: A comprehensive review study. *Journal of Laboratory and Diagnosis* 2023; 15(61): 38-59[Article in Persian].
32. Friesen P, Caplan AL & Miller JE. Managing conflicts of interest in pharmacy and therapeutics committees: A proposal for multicentre formulary development. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 2020; 45(2): 249-55.
33. Rady MY, Mc-Gregor JL & Verheijde JL. Mass media campaigns and organ donation: Managing conflicting messages and interests. *Medicine Health Care and Philosophy* 2012; 15(2): 229-41.
34. Minter RM, Angelos P, Coimbra R, Dale P, De-Vera ME, Hardacre J, et al. Ethical management of conflict of interest: Proposed standards for academic surgical societies. *Journal of the American College of Surgeons* 2011; 213(5): 677-82.

35. Van-Haute A. Managing perceived conflicts of interest while ensuring the continued innovation of medical technology. *Journal of Vascular Surgery* 2011; 54(S 3): 31S-3S.
36. Schunemann HJ, Osborne M, Moss J, Manthous C, Wagner G, Sicilian L, et al. An official American thoracic society policy statement: Managing conflict of interest in professional societies. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 2009; 180(6): 564-80.
37. Moran V, Allen P, Mc-Dermott I, Checkland K, Warwick-Giles L, Gore O, et al. How are clinical commissioning groups managing conflicts of interest under primary care co-commissioning in England? A qualitative analysis. *BMJ Open* 2017; 7(11): 1-13.
38. Graham T, Alderson P & Stokes T. Managing conflicts of interest in the UK national institute for health and care excellence (NICE) clinical guidelines programme: Qualitative study. *Plos One* 2015; 10(3): 1-10.
39. Traversy G, Barmieh L, Akl EA, Allan GM, Brouwers M, Gonache I, et al. Managing conflict of interest in the development of health guidelines. *Canadian Medical Association Journal* 2021; 193(2): E49-E54.
40. Grundy Q, Mazzarello S & Bero L. A comparison of policy provisions for managing “financial” and “non-financial” interests across health-related research organizations: A qualitative content analysis. *Accountability in Research-Policies and Quality Assurance* 2020; 27(4): 212-37.
41. Fink NE. Conflicts of interest and an approach to managing them. *The Journal of the International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine* 2020; 31(4): 292-301.
42. Burlandy L, Alexandre VP, Da-Silva-Gomes F, De-Castro IRR, Dias PC, Henriques P, et al. Health promotion policies and potential conflicts of interest involving the commercial private sector. *Ciencia Saude Coletiva* 2016; 21(6): 1809-18.
43. Shah NK. Corporate philanthropy and conflicts of interest in public health: Exxon mobil, equatorial guinea, and malaria. *Journal of Public Health Policy* 2013; 34(1): 121-36.
44. Torgerson T, Wayant C, Cosgrove L, Akl EA, Checketts J, Dal-Re R, et al. Ten years later: A review of the US 2009 institute of medicine report on conflicts of interest and solutions for further reform. *British Medical Journal Evidence-Based Medicine* 2022; 27(1): 46-54.
45. Shnier SH, Lexchin J, Romeo M & Brown KA. Reporting of financial conflict of interest in clinical practice guidelines: A case study of guidelines from the Canadian medical association infobase. *British Motor Corporation (BMC) Health Services Research* 2018; 16(383): 1-9.
46. Scott C & Gerardi D. A strategic approach for managing conflict in hospitals: Responding to the joint commission leadership standard, part 2. Joint Commission. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2011; 37(2): 59-69.
47. Kirkpatrick JN, Kadakia MB & Vargas A. Management of conflicts of interest in cardiovascular medicine. *Progress in Cardiovascular Diseases* 2012; 55(3): 258-65.
48. Cigarroa FG, Sue-Masters B & Sharporn JD. Institutional conflict of interest and public trust. *Journal American Medical Association (JAMA)* 2018; 32(22): 2305-6.
49. Dunn AG, Coiera E, Mandl KD & Bourgeois FT. Conflict of interest disclosure in biomedical research: A review of current practices, biases, and the role of public registries in improving transparency. *Research Integrity and Peer Review* 2016; 1(1): 1-8.
50. Azizzadeh T, Mozaffari N & Aghamohammadi M. Conflict and its management in intensive care units. *Quarterly Journal of Nursing Management* 2021; 10(3): 50-7[Article in Persian].
51. Rahimi H, Yazdekhashty A & Aghababaei R. An analysis of the relationship between using negotiation styles and managers conflict management strategies at Kashan university of medical sciences. *Journal of Medical Education Development* 2013; 5(9): 13-22[Article in Persian].

52. Hosseini SH, Mousavi SMH & Esmaeili M. The correlation between demographic characteristics, emotional intelligence and conflict management strategies in managers of different organizational levels in hospitals affiliated to Tehran university of medical sciences. *Journal of Hospital* 2021; 20(4): 19-28[Article in Persian].
53. Seyed-Alinaghi SA, Abbaspour F & Mehraeen E. Conflict of interest in health research articles. *Shiraz E-Medical Journal* 2024; 26(3): 1-3.
54. Ghasemyani S, Pourreza A & Mahmoodi M. Survey on conflict level and conflict management strategies among nurses in general hospitals of Tehran university of medical sciences. *Journal of Payavard Salamat* 2017; 11(1): 20-30[Article in Persian].
55. Akhlaghi-Rezaei F, Saleh-Moghaddam AR, Heshmati-Nabavi F & Behnam-Vashani HR. The effect of implementing conflict management program on the rate of job conflict and nurses' conflict resolution styles. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences* 2022; 29(1): 166-78[Article in Persian].
56. Mardani-Hamoleh M, Shahraki-Vahed A & Hamedi-Shahrki S. Supervision of instructions and conflict management: An assessment in nursing staff. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2010; 3(3): 64-73[Article in Persian].
57. Radfar F, Hozoori MJ & Tavafian SS. Comparison of the attitudes of hospital staff and managers towards managers' practice as regards conflict management in hospitals affiliated to Tehran university of medical sciences, 2008-2009. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2011; 9(1): 661-9[Article in Persian].
58. Golestaneh L & Cowan E. Hidden conflict of interest in continuing medical education. *The Lancet* 2017; 390(10108): 2128-30.
59. Kazemi, A, Baghbanian A, Mahmoudi Maymand M & Rahmani H. Contributing factors to migration growth among Iranian students: Drivers of migration to Malaysia. *Journal of International Migration and Integration* 2018; 19(1): 757-70.
60. Dargahi H, Motavasel Arani M, Isazadeh N & Parsa M. Explaining the components of Iranian-Islamic culture from the point of view of cultural elites: A case study with a qualitative approach in Tehran university of medical sciences. *Iranian Journal of Islamic Studies in the Field of Health* 2023; 6(4): 400-18[Article in Persian].
61. Bero LA & Grundy Q. Why having a nonfinancial interest is not a conflict of interest. *Plos Biology* 2016; 14(12): 1-8.
62. Sevrá ME. Conflict of interest: Nuances between principles and the aim. *Archives Argentinas Pediatría* 2017; 115(5): 501-4.
63. Martin DE, Harris DCH, Jha V, Segantini L, Demme RA, Le TH, et al. Ethical challenges in nephrology: A call for action. *Nature Reviews Nephrology* 2020; 16(10): 603-13.
64. Nissan SE. Conflict of interest and professional associations: Progress and remaining challenges. *Journal of the American Medical Association* 2017; 317(17): 1737-38.
65. Fineberg HV. Conflict of interest: Why does it matter? *Journal of the American Medical Association* 2017; 317(17): 1717-78.
66. Rahmani H, Azari S, Rajabi Vasokolaee G, Taheri Mirghaed M, Raadabadi M. Organizational culture and the organizational commitment; Correlational study in hospital staffs. *Asian Social Science* 2015; 11(5): 143-9.