



گزارش نهایی طرح تحقیقاتی

تعیین اولویت های پژوهشی مدیریت، اقتصاد و سیاست گذاری
سلامت: مطالعه کیفی

مجری طرح
امین ترابی پور

موسسه ملی تحقیقات سلامت

گزارش خلاصه طرح

نکات کلیدی برای سیاست گذاران

پژوهش های سلامت برای ارتقاء طراحی برنامه های تداخلی، سیاست ها و ایجاد سیستم های خدماتی سلامت نقش حیاتی دارد. اولویت سنجی همچنین نقش تعیین کننده ای در هدایت جریان خود پژوهش دارد. نیازسنجی پژوهشی، ریشه در مدیریت پژوهش دارد که در یک تعریف جامع، عبارت است از فرایند پیچیده شناسایی نیازهای پژوهشی بالقوه و تعیین اولویت در بین پروژه های مختلف تحقیقاتی، تا از این رهگذر مبنای قابل دفاعی برای تخصیص مؤثر منابع فراهم آید. مطالعه حاضر نشان داد که مهم ترین علت اولویت بندی تحقیقات توسط سیاست گذاران و محققان عرصه پزشکی عبارتند از: تخصیص بهینه منابع و کاهش اتلاف منابع و هدرمندی سازی تحقیقات، بومی سازی تحقیقات سلامت، کاهش شکاف در نظام سلامت و مطابقت تحقیقات با نیاز واقعی جامعه. مشخص بودن اولویت های تحقیقاتی در رشته های علمی موجود در عرصه علوم مدیریت و سیاستگذاری سلامت کشور زمینه مناسب برای تولید روشهای تصمیم سازی بهتر و اجرای موثر تر برنامه های سلامت را فراهم می کند.

خلاصه اجرایی

این مطالعه کیفی جهت تعیین اولویت های تحقیقاتی در سطح ملی در حوزه های مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، اقتصاد سلامت و سیاستگذاری سلامت با مشارکت صاحب نظران و سیاستگذاران حوزه سلامت انجام گرفت. اطلاعات مورد نیاز در این مطالعه از طریق مصاحبه نیمه ساختارمند گردآوری شد. جهت تعیین اعتبار محتوایی سوالات اولیه مصاحبه، این سوالات با تکیه بر بررسی متون علمی و نیز اخذ نظرات کارشناسان و خبرگان در یک جلسه بحث گروهی متمرکز تهیه و تکمیل شدند. مصاحبه با افراد صاحب نظری که در دسترس نبودند به صورت تلفنی انجام شد. برای تحلیل مصاحبه ها از روش تحلیل محتوا استفاده گردید که این روش شامل مراحل آشنایی، شناسایی یک چارچوب موضوعی، ایندکس کردن، ترسیم جداول و تفسیر می باشد. طی این مراحل، بعد از آشنایی با دامنه و تنوع مطالب، مفاهیم و موضوع های کلیدی شناسایی و براساس آن یک چارچوب موضوعی تنظیم شد و سپس تمامی نوشته های مربوط به مصاحبه ها براساس چارچوب موضوعی حاصل مورد بازبینی قرار گرفت و سپس مفاهیم، تضادها، نظریه ها و الگوها و روابط مورد نظر از یافته ها استنتاج شد.

تعداد نمونه اولیه در این مطالعه ۴۰ نفر در نظر گرفته شد. این افراد شامل: اساتید رشته های (مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، اقتصاد سلامت و سیاستگذاری سلامت)، سیاستگذاران حوزه سلامت، معاونین پژوهشی دانشکده های بهداشت و مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، مدیران مراکز تحقیقاتی مدیریت و اقتصاد سلامت و دانشجویان تحصیلات تکمیلی نخبودند. با توجه به میزان همکاری و مشارکت افراد مورد مطالعه و نیز سطح اشباع داده ها، تحقیق با ۲۶ نمونه کامل و یافته ها در قالب مشخصات فردی و دموگرافیکی نمونه ها و نیز داده های اصلی گزارش شد.

یافته ها

اولویت های تحقیقاتی رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی

حوزه	حیطه ها	ردیف
۶	مدیریت عمومی و سبک های رهبری	۱
۸	مدیریت منابع انسانی	۲
۵	مدیریت منابع اطلاعاتی و سیستم های اطلاعاتی	۳
۱۰	مدیریت منابع مالی	۴
۵	تدارک و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در سطوح ارائه خدمات و نظام شبکه	۵
۸	مدیریت بیمارستان و مراکز تشخیصی و درمانی	۶

اولویت های تحقیقاتی رشته اقتصاد سلامت

حوزه	حیطه ها	ردیف
۱۴	برنامه ها و سیاست های کلان اقتصاد سلامت	۱
۱۰	برنامه ها و سیاست های خرد اقتصاد سلامت	۲

اولویت های تحقیقاتی رشته سیاستگذاری سلامت

حوزه	حیطه ها	ردیف
۳	سیاست های دارویی کشور	۱
۳	سیاست های ساختار نظام سلامت	۲
۳	یکپارچگی سیاست های نظام سلامت	۳
۴	روش ها و ابزار سیاست گذاری	۴
۵	سیاستهای تامین مالی	۵
۵	موضوعات اخلاقی در نظام سلامت	۶

فهرست مطالب

شماره صفحه	عنوان
۷	فصل اول - مقدمه
۸	اهداف اصلی
۸	اهداف اختصاصی
۹	اهداف کاربردی
۹	فرضیه ها یا سوالات پژوهش
۱۱	فصل دوم - زمینه های نظری پژوهش و مروری بر مطالعات انجام شده
۱۱	چرا تعیین اولویت در تحقیقات عرصه سلامت؟
۱۳	مراحل تدوین و تعیین اولویت ها
۱۳	(۱) تعیین افراد ذی نفع
۱۳	(۲) تحلیل موقعیت
۱۴	(۳) تعیین حیطه های پژوهش
۱۴	معیارها و روش های تعیین اولویت های پژوهشی
۱۴	روش های اولویت بندی تحقیقات سلامت
۱۷	معیارهای مورد استفاده در تعیین اولویت ها
۱۷	انتخاب معیارها
۱۹	راهکارهایی برای انتخاب معیارها
۲۲	سابقه طرح و بررسی متون
۲۲	مطالعات داخلی
۲۵	مطالعات خارجی
۲۷	فصل سوم - روش پژوهش
۲۷	نوع پژوهش
۲۷	روش اجرا و گردآوری اطلاعات
۲۷	ابزار گردآوری اطلاعات
۲۷	روش تحلیل یافته ها
۲۸	تعیین روایی و اعتماد
۲۸	تعداد نمونه و روش نمونه گیری
۲۸	ملاحظات اخلاقی
۲۸	محدودیت های اجرایی طرح و روش کاهش آنها
۲۹	فصل چهارم - یافته های پژوهش
۲۹	ویژگی های فردی و شغلی افراد شرکت کننده در مطالعه:
۳۰	اولویت های تحقیقاتی رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی:
۳۴	اولویت های تحقیقاتی رشته اقتصاد سلامت
۳۵	اولویت های تحقیقاتی رشته سیاستگذاری سلامت
۳۷	فصل پنجم - بحث و تحلیل یافته ها، نتیجه گیری، پیشنهادات
۴۰	پیشنهادات
۴۱	منابع

فصل اول – مقدمه

توسعه پژوهش های هر کشور بر اساس نیازهای نهفته در راهبردها و هدف های موجود در برنامه های توسعه آن کشور و افزایش توان فعالیت های پژوهشی است و نخستین گام در راستای پژوهش های اصولی، فراهم نمودن منابع و تعیین اولویت های پژوهشی می باشد (۱). سازمان جهانی بهداشت در نشست سال ۲۰۰۰ در دهلی نو چهار زمینه را برای مدیریت پژوهش در علوم پزشکی ذکر می کند؛ این زمینه ها شامل مدیریت و هماهنگی فعالیت های پژوهشی، تعیین اولویت های پژوهشی، فرمول بندی راهبردها و سیاستگذاری و مدیریت اطلاعات می باشند (۲). تصمیم گیری درباره نوع و ماهیت پژوهش ها در مراکز آموزشی و پژوهشی، یکی از پرچالش ترین مباحث در حوزه مدیریت و برنامه ریزی پژوهشی محسوب می شود. اینکه درباره چه چیزی باید پژوهش کرد و کدام موضوعات یا عنوان ها اولویت دارند، پرسشی است که ادبیات برنامه ریزی پژوهشی را بیش از نیم قرن به خود مشغول کرده است (۳). امروزه درخواست فزاینده ای برای اولویت بندی پژوهش ها بر اساس اهمیت موضوعات مرتبط با سلامت وجود دارد (۴و۵) زیرا با توجه به منابع اعتباری محدود، مدیریت کارآمد پژوهشی ایجاب می کند که منابع و اعتبارات به مسائل و مشکلاتی تخصیص داده شوند که شیوع بیشتری داشته و خسارات و آسیب های جدی تری را بر سلامت جامعه وارد می سازند. بر اساس اعلام معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در ایران نسبت کل اعتبارات اولویت های پژوهشی نظام سلامت به کل هزینه های تحقیقات سلامت حدود ۱۵٪ است. اختصاص نامناسب منابع و اعتبارات پژوهشی، خسارات و هزینه های متنوع و فراوانی در حوزه سلامت ایجاد خواهد کرد (۶). گسترش و بکارگیری انواع مختلف پژوهش ها به تنهایی یا با هم به عنوان شاخصی از میزان رشد و گسترش صنعت و دانش بشری در کشورها محسوب می شود؛ اما آیا هر تحقیقی سودمند است و آیا هر سودمندی یک ضرورت و اولویت است؟ تعیین اولویت های پژوهشی در چرخه مدیریت پژوهش یک نکته کلیدی است. محدودیت منابع انسانی و مالی و تغییر سیاست های ملی از مهمترین علل ضرورت تعیین اولویت های تحقیقاتی است. تعیین اولویت ها از سطوح کلان و ملی تا حدود گروه ها و بخش های آموزشی و تحقیقاتی قابل انجام و سودمند است (۷). اخیراً معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بازنگاری اساسی در مسئولیت های خود نموده و بیشتر به انجام تحقیقاتی نظیر تحقیق در نظام سلامت (HSR¹) تاکید دارد که مستقیماً به مسائل و مشکلات مردم مربوط می شود. در این خصوص معاونت به تمام دانشگاه ها توصیه کرده است تا بخشی از اعتبارات و منابع خود را به انجام تحقیقات HSR اختصاص دهند (۸). پژوهش های سلامت برای ارتقاء طراحی برنامه های تداخلی، سیاست ها و ایجاد سیستم های خدماتی سلامت نقش حیاتی دارد. اولویت سنجی همچنین نقش تعیین کننده ای در هدایت جریان خود پژوهش دارد (۹). نیازسنجی پژوهشی، ریشه در مدیریت پژوهش دارد که در یک تعریف جامع، عبارت است از فرایند پیچیده شناسایی نیازهای پژوهشی بالقوه و تعیین اولویت در بین پروژه های مختلف تحقیقاتی، تا از این رهگذر مبنای قابل دفاعی برای تخصیص مؤثر منابع فراهم آید (۳). نیازسنجی به

¹ Health System Research

عنوان یک روش منظم برای تشخیص نیازهای حوزه ی سلامت و همچنین ارایه پیشنهاد برای اقداماتی که بتوانند چنین نیازهایی را مرتفع سازند، در نظر گرفته می شود(۹). پژوهش هایی که بدون نیاز سنجی انجام می شوند نه تنها کمک زیادی به حل معضلات نمی کنند بلکه به مشکلات موجود افزوده و باعث هدر رفتن منابع محدود می شوند(۱۰). در مجموع، روند تعیین اولویت های تحقیقاتی در کشور به طور عمده با استفاده از نظرات محققین و مدیران اجرایی به صورت ذهنی و بدون استفاده ی نظام یافته از منابع اطلاعاتی یا نیازسنجی بود که به نظر می رسد این امر در عمل کارایی لازم را نداشته باشد(۱۱). بنابراین تعیین اولویت های پژوهشی از مهم ترین مسائل فراروی سیاست گذاران علم و فناوری است(۱۲). از سوی دیگر قطعاً مسائل اقتصادی یکی از مهم ترین وجوهی است که در هر سیاست گذاری مربوط به علم و فناوری به آن توجه می شود(۱۳،۱۴). به طور کلی اگر بخواهیم به این پرسش که "چه نیازی به تعیین اولویت های پژوهشی وجود دارد"، پاسخ دهیم، می توانیم به موارد زیر اشاره کنیم:

۱. به منظور هدایت و تخصیص منابع و سرمایه گذاری های خارجی در بهداشت به سمت مهم ترین اولویت ها
۲. تلاش در جهت توسعه عدالت در ارائه خدمات بهداشتی در سطح کشور
۳. توجه بیشتر به نیازهای بهداشتی و درمانی گروه های آسیب پذیر مانند کودکان، زنان و سالمندان
۴. اولویت های پژوهشی تعیین شده امروز، در واقع تعیین کننده فن آوری ها، فعالیت ها و برنامه های بهداشتی فردا است (۱۵،۱۶).

با توجه به ضعف نظام کاربردی شدن نتایج تحقیقات در کشور، تعیین اولویت های پژوهشی گامی موثر برای رفع این معضل است لذا این مطالعه به منظور تعیین اولویت های پژوهشی عرصه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، اقتصاد سلامت و سیاستگذاری سلامت انجام گرفت تا بدینوسیله گامی موثر در تخصیص بهینه اعتبارات پژوهشی، بکارگیری اثربخش تحقیقات در حوزه های مرتبط و استفاده بهینه دانشجویان و اساتید رشته های مذکور از عناوین و اولویت های پژوهشی برداشته شود.

اهداف اصلی

تعیین اولویت های پژوهشی رشته های مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، اقتصاد سلامت و سیاستگذاری سلامت

اهداف اختصاصی

۱. تعیین اولویت های پژوهشی رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی در حیطه مدیریت عمومی و سبک های رهبری.
۲. تعیین اولویت های پژوهشی رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی در حیطه مدیریت منابع انسانی(برآورد نیروی انسانی، ارزشیابی نیروی انسانی، آموزش و ...).

۳. تعیین اولویت های پژوهشی رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی در حیطه مدیریت سیستم های اطلاعاتی.
۴. تعیین اولویت های پژوهشی رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی در حیطه مدیریت منابع مالی (روش های بودجه ریزی، تخصیص منابع، تامین مالی و ...).
۵. تعیین اولویت های پژوهشی رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی در حیطه خدمات بهداشتی و درمانی، تشخیصی (بیمارستان و مراکز درمانی، دارو، بیمه، مراقبت های بهداشتی اولیه، پزشک خانواده و نظام ارجاع).
۶. تعیین اولویت های پژوهشی اقتصاد کلان سلامت (تامین مالی نظام سلامت، سرمایه گذاری در سلامت، سیاست های بیمه ای، بازارهای بهداشتی درمانی، اقتصاد دارو و ...).
۷. تعیین اولویت های پژوهشی اقتصاد خرد سلامت (اقتصادسنجی، هزینه یابی، ارزشیابی اقتصادی، روش های بازپرداخت به ارائه دهندگان، بار اقتصادی بیماری)
۸. تعیین اولویت های پژوهشی رشته سیاست گذاری سلامت

اهداف کاربردی

- شناساندن اولویت های پژوهشی به دانشجویان و اساتید رشته های مذکور به منظور هدفمندی پژوهش ها بر اساس اولویت ها، صرفه جویی در هزینه ها و ...
- شناسایی اولویت های پژوهشی به منظور پاسخ بهتر به نیازهای جامعه بهداشتی درمانی کشور.
- شناسایی اولویت های پژوهشی به منظور تسهیل در تعیین اولویت های همایش ها و سمینارهای علمی-پژوهشی

فرضیه ها یا سوالات پژوهش

۱. اولویت های پژوهشی رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی در حیطه مدیریت عمومی و سبک های رهبری کدام اند؟
۲. اولویت های پژوهشی رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی در حیطه مدیریت منابع انسانی (برآورد نیروی انسانی، ارزشیابی نیروی انسانی، آموزش و ...) کدام اند؟
۳. اولویت های پژوهشی رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی در حیطه مدیریت سیستم های اطلاعاتی کدام اند؟
۴. اولویت های پژوهشی رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی در حیطه مدیریت منابع مالی (روش های بودجه ریزی، تخصیص منابع، تامین مالی و ...) کدام اند؟
۵. اولویت های پژوهشی رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی در حیطه خدمات بهداشتی و درمانی، تشخیصی (بیمارستان و مراکز درمانی، دارو، بیمه، مراقبت های بهداشتی اولیه، پزشک خانواده و نظام ارجاع) کدام اند؟

۶. اولویت های پژوهشی اقتصاد کلان سلامت (تامین مالی نظام سلامت، سرمایه گذاری در سلامت، سیاست های بیمه ای، بازارهای بهداشتی درمانی، اقتصاد دارو و ...) کدام اند؟
۷. اولویت های پژوهشی اقتصاد خرد سلامت (اقتصادسنجی، هزینه یابی، ارزشیابی اقتصادی، روش های بازپرداخت به ارائه دهندگان، بار اقتصادی بیماری) کدام اند؟
۸. اولویت های پژوهشی رشته سیاست گذاری سلامت کدام اند؟

فصل دوم – زمینه‌های نظری پژوهش و مروری بر مطالعات انجام شده

در برخی متون اولویت بندی را چگونگی تخصیص و سهمیه بندی منابع می دانند. اولویت بندی در حوزه سیاستگذاری کاربرد های اساسی دارد. مطالعات مختلف بر روی اولویت بندی و سیاستگذاری در عرصه بیمارستان، دارو، خدمات بهداشتی و تکنولوژی های جدید در عرصه سلامت تمرکز کرده اند (۱۷). تدوین و استخراج معیارهایی برای اولویت بندی درست برای اکثر موسسات خدمات سلامت کاری مشکل است. یکی از اهداف کلیدی اولویت بندی "تنظیم روش اجرا" است. توافق بر سر معیارها موضوع مهمی است چرا که این توافق یک شکل از معتبر سازی است. در ضمن برای تعیین میزان خوب بودن یک روند اولویت بندی یک چارچوب اخلاقی نیاز است. دانیل و سایین برای این منظور "مسئولیت برای قابل استدلای بودن" را معرفی کردند که می تواند چارچوب مناسب برای تعیین اولویت ها و فرصتی برای بهبود باشد (۱۷-۱۹).

چرا تعیین اولویت در تحقیقات عرصه سلامت؟

تحقیق و توسعه در سلامت و پزشکی بعنوان یک تسهیل کننده در امر توسعه اجتماعی و اقتصادی عمل می کند. برای این امر سیستم تحقیقات ملی سلامت هر کشور به برنامه ریزی و تدوین سیاست ها و راهبردها نیاز دارد. اسناد بین المللی و ملی مرتبط با امر توسعه و تحقیق در امر سلامت نشان می دهند که بنا نهادن یک دستور کار برای اولویت بندی در تحقیقات سلامت برای استفاده بهینه از منابع مهم است. برای مثال؛ کشورهای آمریکای لاتین در زمینه توسعه و تحقیقات سلامت دارای دستورالعمل های مختلفی هستند (۲۰). سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۴ اجلاس وزرای بهداشت را در مکزیک با عنوان تحقیقات سلامت برگزار نمود. مهمترین موضوع اجلاس، نقش تحقیقات در تامین اهداف توسعه هزاره بود (۲۱). مساله اولویت بندی تحقیقات در عرصه سلامت یک موضوع اساسی در فرایند تولید دانش و بهبود سیستم های سلامت محسوب می شود. به طوریکه سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۴ گزارش خود را با عنوان: دانش برای سلامت بهتر" منتشر کرد (۱۵). همچنین بانک جهانی برآورد نموده است که برای دستیابی به اهداف مرتبط با سلامت در اهداف توسعه هزاره، سالیانه به 20 تا 25 بلیون دلار منابع مالی نیاز است و این در صورتی است که سیاستگذاری ها و تصمیم گیری های حوزه سلامت مؤثر و منطبق بر شواهد باشد (۲۲).

با در نظر گرفتن اولویت های رقابت کننده برای به دست آوردن منابع کمیاب پژوهش های سلامتی، تعیین اولویت برای این پژوهش ها به اندازه خود اجرای پژوهش، حساس و نیازمند توجه است. بازنگری مداوم اولویت ها و مکانیسم های تعیین اولویت ضروری هستند چون اولویت های پژوهشی در طول زمان تغییر می کنند. این تغییر نتیجه ای از دگرگونی های اپیدمیولوژیک، دموگرافیک و اقتصادی است. سرمایه گذاری در تعیین اولویت های پژوهشی بعنوان یک مکمل انجام مداخلات بهبود وضعیت سلامتی محسوب می شود. کمیسیون پژوهش های سلامتی در خدمت توسعه، اعلام کرد که بیشتر منابع تحقیق و توسعه سلامت در جایی صرف می شوند که تنها به اقلیتی از جمعیت جهان مربوط اند. این مسئله ناشی از آن جا است که محور هیچ یک از پژوهش های انجام شده روی بیماری ها، فقرا نبوده یا تنها

اندکی از آن ها، این افراد را محور قرار داده اند. از طرف دیگر، کار برد نتایج پژوهش برای مشکلات شایع در اغلب کشور های پیشرفته، یا مستقیماً قابل تعمیم به کشور های کمتر توسعه یافته تر نیست و یا تنها می تواند اندکی به آن ها تعمیم یابد. دلیل این قضیه، هم هزینه های بالایی است که مداخلات مورد پژوهش دارند و هم طبیعت کشور هایی است که پژوهش در آن ها انجام شده است. جمعیتی که از مزایای پژوهش های مرتبط با سلامت مستثنا می شوند، غالباً در کشورهای در حال توسعه زندگی کرده، عمدتاً فقیر و اغلب هم از قدرت و هم از تصمیم گیرندگی، بی بهره اند. این شرایط سوالاتی را درباره ی ماهیت اقتصادی، اجتماعی، اخلاقی و سیاسی این پژوهش ها بر می انگیزند. گزارش های جهانی در زمینه نحوه اولویت بندی موضوعات تحقیق در سلامت باعث جهت گیری سرمایه گذاری به سمت تعداد مشخصی از اولویت های تحقیقی شد و منابع جهانی را به آن سمت سوق داد. به طور مثال یکی از جنبه های مهم در اولویت بندی موضوعات حوزه سلامت پر رنگ کردن نیاز به تحلیل اقتصادی در سلامت بود (۲۴،۲۳). تلاش ها- به خصوص در ۱۵ سال اخیر- به سمت نظام دار کردن رویکرد های تعیین اولویت در پژوهش های سلامتی، جهت یافته است. اهداف عبارت اند از: شفافیت بیشتر روند و کمک به تصمیم گیرندگان به ویژه در بخش عمومی تا بتوانند تصمیمات مستند تری بگیرند و بنا بر این نهایتاً اختصاص دادن بودجه های محدود پژوهشی در مسیر های دارای بازدهی بیشتر از منظر جهانی. اگرچه رویکرد های متفاوتی، مشکل را از زوایای مختلف و با متدولوژی ها و ترمینولوژی های متفاوتی هدف گرفته اند، مشخص است که حد اقل توافق ناگفته ای وجود دارد که هدف اصلی آن داشتن بیشترین تأثیر بر سلامت بیشترین تعداد مردم در جوامع مرتبط (در سطح جهان یا کشور) برای یک سرمایه گذاری مفروض است. مهمترین دلایل برای تعیین اولویت های پژوهشی می تواند شامل:

- برای اطمینان یافتن از این که از منابع موجود، بهترین استفاده به عمل آمده است. به ویژه اهمیت این موضوع در سبک کردن تعهدی است که به گروه های آسیب پذیر هر جامعه برای عنوان کردن نیاز هایشان تحمیل می شود. به بیان دیگر، سیستم پژوهش سلامت بر مبنای «ارزش» عدالت، نیاز به آن دارد که رویکردی سیستماتیک برای تعیین اولویت ها را به کار بندد.
- در جهت تعیین منابع انسانی و مالی مورد نیاز برای پاسخ دادن به تقاضا های مناسب و نادیده گرفته شده. مفهوم «فاصله 10\90» نشان دهنده ی نیاز بی انتها به پژوهش های سلامت جهانی است.
- برای تقویت و تأکید بر ارتباط بین پژوهش، عمل، سیاست و به کار گیری؛ چنان که سیاست گذاری سلامت، به کار گیری و عملکرد، کاملاً بر مبنای بهترین شواهد علمی موجود بنا شوند.
- منجر به «تفکر سیستمیک (یا سازمانی)» در یک سیستم پژوهش سلامت ملی یا سازمانی می شود.
- می تواند سیستم و افراد آن را برای رسیدن به این موارد، نظم دهد: پایش سهم پژوهش در سلامت مردم و عملکرد نظام سلامت؛ ارزیابی برنامه ها و مداخله ها؛ روشن و رک بودن درباره

ارزش ها و معیار هایی که با تصمیم گیری، خلق شده اند؛ قابلیت محاسبه پذیری بیشتر برای افراد ذی نفع (۲۳).

مراحل تدوین و تعیین اولویت ها

تعیین اولویت در تحقیقات بدلیل کثرت ذینفعان کاری پیچیده است. همچنین فقدان یک اجماع در روش های تعیین اولویت نیز یک مانع مهم در فرآیند اولویت بندی تحقیقات است. برای همه ذینفعان، ساست گذاران و بیماران مهم است که منابع محدود سلامت به طور عادلانه و کارا مصرف شود (۲۵).

۱) تعیین افراد ذی نفع

گروه هایی از افراد ذی نفع که باید در مجموعه تعیین اولویت درگیر شوند - در کنار خود پژوهشگران - استفاده کنندگان بالقوه و افرادی هستند که از نتایج پژوهش تأثیر می پذیرند. کشور هایی که با استفاده از استراتژی ENHR، تجربه هایی در تعیین اولویت داشته اند، عموماً ۴ دسته از مشارکت کنندگان را معرفی می کنند:

- پژوهشگران
- تصمیم گیرندگان در سطح مختلف
- ارایه کنندگان خدمات سلامتی
- جوامع و عموم مردم

درک این حقیقت که هر یک از گروه های فوق، دیدگاه های متفاوتی به مسایل حساس دارند، بسیار مهم است.

- پژوهشگران تمایل دارند که بر روی علاقه آموزشی خود متمرکز شده، شاید اغلبشان، انتخاب موضوع تحقیق را با توجه به روند موجود در کشور های توسعه یافته انجام دهند.
- ارایه دهندگان خدمات سلامتی، به کرات با مشکلاتی عملی مواجهه می شوند که بعضی از آن ها نیاز به راه حل های فوری دارند.
- عموم مردم، اغلب برای قضاوت منطقی و درست، اطلاعات کمی دارند. اقلیتی از نخبگان پر سر و صدا که به خواسته های محرومان و سایر گروه های حاشیه ای بی اعتنا هستند، ممکن است بر دیدگاه جامعه غلبه کنند. تشکیل دهنده جلسه باید مطمئن باشد که دیدگاه های گروه های متفاوت، سازگار و تلفیق می شوند.

۲) تحلیل موقعیت

تحلیل موقعیت / ساخت یک فهرست از موارد، درک تمام شرکت کنندگان را گسترش داده، تصویری از شرایط فعلی وقایع را ارایه می کند که ممکن است از ذهنیت ذی نفعان متفاوت باشد. تحلیل موقعیت باید علمی و سیستماتیک بوده، ارزیابی های زیر را در بر گیرد:

- وضعیت سلامتی
- سیستم های سلامت

- نظام های پژوهش سلامت
 - نیاز های استفاده کنندگان (خواسته ها)
 - تقاضا های استفاده کنندگان (نیاز های بیان شده) و ارزش ها
- ارزیابی باید عدالت را به مفهوم همه جانبه ی آن در نظر داشته باشد.

۳) تعیین حیطه های پژوهش

هدف در این مرحله، تعیین فهرست اولیه ی حیطه های پژوهشی است که از بررسی و تحلیل موقعیت و داده های دریافت شده از ذی نفعان مختلف پدیدار شده است. معمولاً بهترین راه شروع، اجماع حاصل کردن بر سر معیارهای مورد استفاده و سیستم امتیازدهی به آیتم هایی است که در فهرست گنجانده شده اند. روش های رسیدن به اجماع شامل این مواردند:

- جلسات بارش افکار (brain storming)
- تکنیک گروه اسمی (nominal group technique)
- میزگرد ها
- ماتریس های اولویت بندی (۲۶).

معیارها و روش های تعیین اولویت های پژوهشی

یک معیار مناسب برای فرآیند اولویت بندی خوب باید مستدل، در بر گیرنده همه ذینفعان، شفاف، مرتبط و دارای عمومیت باشد (۱۷). یک معیار مهم در اولویت بندی تحقیقات سلامت، رتبه بندی تحقیقات از نظر اهمیت و توانایی تخصیص منابع است. اقتصاد دانان یک تخصیص مناسب منابع را آن چیزی تعریف می کنند که می تواند اهداف نظام سلامت را تامین کند. و لذا روش اولویت بندی تحقیقات نیز باید ناظر بر این امر باشد (۲۵).

روش های اولویت بندی تحقیقات سلامت

۱. روش های ذهنی:

یکی از مشکلات تعیین اولویت در تحقیقات، ذهنی بودن فرآیند تعیین اولویت ها توسط خبرگان و کارشناسان است که نمی تواند یک روش عینی و کمی برای ارزش گذاری و اولویت بندی تحقیقات سلامت ارائه کند. در حقیقت رویکرد اولویت بندی تحقیقات سلامت به یک تخصیص منابع که در بر گیرنده اهداف نظام سلامت هم باشد، منجر می گردد (۲۵).

۲. روش ارزشگذاری بار بیماریها:

یکی دیگر از روش های اولویت بندی در تحقیقات سلامت استفاده از روش DALY و محاسبه بار بیماریها است بدین معنی که بیماریهایی با بار مالی بالاتر تاثیر اجتماعی بیشتری داشته و در اولویت تحقیقات قرار می گیرند (۲۷، ۲۸).

۳. ارزش گذاری بر مبنای تاثیر بر اقدامات بالینی:

برخی رویکردها برای تعریف ارزش یک تحقیق شامل تاثیر تغییراتی است که در نتیجه یک تحقیق در امر طبابت بالینی رخ می دهد(۲۹). مانند تغییراتی که در نتیجه تحقیقات کارآزمایی بالینی در مصرف و تجویز برخی داروها در امر طبابت و سیاستگذاری مصرف داروها رخ می دهد. برای دسته بندی روشهای بالینی بعنوان یک کاندید برای تحقیقات، این روش بر این فرض تمرکز دارد که یک سطح مناسبی از مصرف روش های درمانی وجود دارد. به طور مثال در یک مطالعه که تغییرات مداخلات درمانی در گروههای وابسته به تشخیص را در سال ۱۹۸۷ در نیویورک بررسی کرد مشخص شد که سایکوز، بیماریهای گردش خون و بیماری مزمن انسداد ریوی در اولویت تحقیقات قرار دارند. در این رویکرد از روش های هزینه اثربخشی برای تعیین اولویت ها نیز استفاده می شود (۳۰، ۳۱).

۴. بر اساس ارزشگذاری اطلاعات:

این رویکرد بر مبنای این اصل است که اطلاعات حاصل از یک تحقیق می تواند اندازه گیری شود و می تواند تصمیم برای انجام تحقیق را تقویت کند. بسیاری از مقالات خارج از چارچوب "تحلیل ارزش اطلاعات" ارائه شده اند.

اخیرا این ارزش اطلاعات بعنوان یک چارچوب کاری برای موسسه ملی تعالی سلامت انگلستان (NICE) پیشنهاد شده است (۳۵). چارچوب تصمیم برای تطبیق یک تکنولوژی بر مبنای اطلاعات موجود از تصمیم برای هدایت تحقیقات بیشتر جدا می کند. این رویکرد عدم اطمینان ذاتی در تصمیم گیری برای تطبیق یک تکنولوژی در نتیجه عدم اطمینان در پارامترهایی (کیفیت زندگی، هزینه اثربخشی و...) که در تصمیم وجود دارند را مشخص می کند. روش های تحلیل تصمیم برای ارائه یک معیار کمی عدم اطمینان استفاده می شوند. از روشهای آماری و شبیه سازی مونت کارلو می توان برای این رویکرد استفاده نمود(۲۵). وقتی که بر روی یک لیست گسترده از حیطه های پژوهشی توافق شد، باید برای کاهش فهرست اولویت ها به یک لیست قابل بهره برداری، مراحل بعدی را انجام داد. نتیجه ی اجماع اولیه، می تواند لیستی موقتی از اولویت های مشکلات سلامتی یا بحث های گسترده پژوهشی باشد که نیاز دارند به سوی حیطه های تعریف شده هدایت شوند. این قسمت، رایه دهنده دیدگاهی از معیار های احتمالی برای تعیین اولویت و انتخاب یک روش نسبتاً ساده از امتیاز دهی یا وزن دهی به آنها است. انتخاب معیار ها و سیستم امتیاز دهی، بسته به سطح یا مرحله تعیین اولویت، ممکن است متفاوت باشد. روش های پیچیده تر دیگری مانند ماتریس های اولویت بندی نیز وجود دارند که بعضی از آن ها نیازمند استفاده از فرمول ها و جدول های خاص هستند. مراحل مختلف فرآیند تعیین اولویت های پژوهشی را می توان به صورت زیر خلاصه کرد:

اول: طرح ریزی برای فرآیند و آغاز نمودن آن:

- تعیین رهبری مناسب
- افزایش آگاهی در میان گروه های ذی نفع
- توافق در مورد یک طرح کاری

دوم: ارزیابی وضعیت (گردآوری اطلاعات مورد نیاز):

- اطلاعات مربوط به وضعیت سلامت
- اطلاعات مربوط به سیستم مراقبت سلامت
- اطلاعات مربوط به سیستم پژوهش سلامت:
- ✓ چه پژوهش هایی در حال حاضر انجام می شود؟
- ✓ بودجه این پژوهش ها از کجا تأمین می شود؟

سوم: تعیین گروه های ذی نفع و مشارکت دادن آن ها:

- چه کسانی را مشارکت دهیم؟
- چگونه آن ها را مشارکت دهیم؟

چهارم: انتخاب و استفاده از معیارها:

- گروه بندی معیارها:
- ✓ میزان فوریت مسئله چقدر است؟
- ✓ چه پژوهش هایی قبلاً در این زمینه صورت گرفته است؟
- ✓ آیا انجام پژوهش امکان پذیر است؟
- ✓ تأثیر نهایی پژوهش چگونه و چقدر است؟
- گردآوری زمینه های پژوهشی

پنجم: تعیین اولویت ها

ششم: توزیع منابع و تعیین اولویت ها

هفتم: اعمال و باز بینی اولویت ها

در فرآیند تعیین اولویت، عمدتاً چهار گروه مختلف شرکت می کنند: پژوهشگران، تصمیم گیرندگان در سطوح مختلف، تأمین کنندگان خدمات سلامت و جوامع. نظرات بخش خصوصی (برای مثال انجمن های حرفه ای یا صنعت داروسازی)، نمایندگان مجلس، گروه های خیریه و کمک کنندگان بالقوه و نهادهای بین المللی نیز باید مورد توجه قرار گیرد. این در حالی است که این گروه ها در امر پژوهش نیز سهیم هستند. در حالی که نیازی نیست تمامی گروه های ذی نفع در تمام مراحل فرآیند تعیین اولویت پژوهش ها درگیر باشند، همواره باید تلاش کرد که گروه های نادیده گرفته شده و آن هایی که به فرهنگ سکوت خو گرفته اند نیز در این فرآیند مشارکت کنند. این برخورد باید بر مبنای احترام متقابل، درک طبیعت و انگیزه های گروه های مختلف و تمایل برای تقویت و تحکیم مشارکت صورت گیرد. موارد زیر می تواند نمونه ای از محورهای پژوهشی علوم پزشکی باشد که در هر یک، می توان اولویت های مختلف تحقیقاتی را مشخص ساخت: سلامت و مدیریت، بیماریها، تغذیه، دارو، آموزش پزشکی، فن آوری اطلاعات و... (۳۶).

معیارهای مورد استفاده در تعیین اولویت ها

ارایه گسترده نقطه نظرات گروه های ذینفع و مشارک شرکت کنندگان اجزایی اساسی از فرآیند تعیین اولویت ها را تشکیل می دهند. اما وجود این عوامل علیرغم اهمیت اساسی آنها، تضمین گر موفقیت فرآیند نخواهد بود همانگونه که پیشتر از سوی کمیسیون بیان شده است فرآیندی که به منظور تعیین اولویت ها طراحی شده است نباید در هیچ زمانی سؤال های بنیادی را نادیده بگیرد (۱۶).

به کارگیری یک فرآیند نظام یافته برای تعیین اولویت ها، احتمال آنکه این فرآیند به انحصار تنها یک گروه از گروه های شرکت کننده درآید را به حداقل می رساند. گروه مرکزی در این فرآیند باید روشی شفاف و کاملاً پاسخگو برای تعیین اولویت ها ارائه کند. کیفیت انجام قضاوت ها و انتخاب های منطقی یکی از مشکل ترین مراحل تعیین اولویت ها و فرآیندی دو مرحله ای است: انتخاب معیارها، انتخاب و تعیین اولویتهای عناوین پژوهشی از زمینه های واجد اولویت. در هر دو مرحله فوق اتخاذ تصمیمات بر اساس توافق و رضایت شرکت کنندگان از اهمیت اساسی برخوردار است.

انتخاب معیارها

به عنوان راهبردی برای ENHR بسیاری از کشورهایی که به پیشبرد بهداشت و توسعه مبادرت می ورزند، تعیین اولویت های پژوهشی را به عنوان یکی از فعالیت های آغازین و اولیه خود در نظر می گیرند. کشورهایی که به ارایه معیارهای انتخابی خود پرداخته اند، عمدتاً یک یا تعدادی از معیارهای موجود در دسته های زیر را انتخاب کرده اند:

۱- بزرگی و فوریت مسأله چقدر است؟ این دسته از معیارها به بار بیماری، فوریت آن و تقاضا در رابطه با آن می پردازد. برای مثال بار بیماری را ممکن است بتوان با استفاده از آمارهای مرگ بیماری یا شاخص های مشابه، وسعت DALY، و میزان تأثیر بیماری بر مردم و بهداشت عمومی، و مشکلات بهداشتی تضعیف کننده وضعیت اقتصادی و اجتماعی مورد ارزیابی قرارداد.

۲- چه پژوهشهایی قبلاً در این زمینه صورت گرفته است؟ تکرار غیرضروری مطالعات گذشته تنها باعث هدر دادن منابع انسانی و مالی می شود. بنابراین شرکت کنندگان باید پیش از تعیین اینکه چه

زمینه هایی نیازمند پژوهش بیشتر هستند و در چه زمینه هایی عملیات بهداشتی و مداخلات موجود نیز می توانند راه حل مسأله باشند، وجود یا نبود مطالعات قبلی در زمینه مورد بحث را تعیین و مشخص کنند (شکل ۱).

		میزان اولویت مسأله بهداشتی	
		بالا	پائین
میزان امکان پذیری کنترل مسأله به کمک دانش موجود	زیاد	برنامه‌های عملی (ACTION) بهداشتی تهیه کنید.	عمل؟
	کم	احتمالاً یک اولویت پژوهشی خواهد بود. به دیگر معیارها توجه کنید.	اولویت پایین

شکل ۱. یک چارچوب پژوهش - عمل برای تعیین اولویت های تحقیقاتی سلامت

۳- آیا انجام پژوهش امکان پذیر است؟ میزان انجام پذیری مطالعات پژوهشی در عمل به مقوله های عملی و اجتماعی گوناگونی بستگی دارد، از آن جمله: میزان انجام پذیری فنی (ظرفیت انسانی و سازمانی جامعه پژوهشی)؛ میزان انجام پذیری اقتصادی (هزینه زمانی و مالی انجام پژوهش)؛ میزان انجام پذیری سیاسی (وجود فضا و محیط سیاسی مناسب)؛ میزان انجام پذیری فرهنگی (توسعه وبکارگیری فناوری های متناسب با شرایط فرهنگی)؛ میزان انجام پذیری اخلاقی (مطابقت با هنجارهای اجتماعی و اصول اخلاقی).

۴- تأثیر نهایی پژوهش چیست و در چه زمانی نمود می یابد؟ تأثیر نهایی مستقیم پژوهش باید از نظر مقوله های مقبولیت، کارایی، اثربخشی، عدالت بهداشتی و میزان پوشش قابل قبول باشد. همچنین چارچوب زمانی تأثیرات کوتاه مدت و بلند مدت مداخلات را باید به عنوان بخشی از فرآیند تعیین اولویت ها برآورد کرد. معیارهای به کار گرفته شده در کشورهای مختلف با یکدیگر متفاوت بوده است (۳۷).

با وجود این، بررسی ها نشان می دهد که پرکاربردترین معیارها، بار بیماری (که براساس آمار بهداشتی یا نیازهای احساس شده تعیین می شود) و تأثیر نهایی مورد انتظار راه حل های حاصل از پژوهش بوده است. در مقابل، استفاده از معیارانجام پذیری یا ظرفیت فنی و یا دیگر معیارهای پراهمیت عنوان شده توسط کمیسیون و گروه کاری مربوطه از مقبولیت های مشابه و هم ترازوی برخوردار نبوده است. در زمان در نظر گرفتن افق زمانی تأثیر نهایی مورد انتظار نتایج پژوهشی باید با دقت به سبک و سنگین نمودن خواسته های رقابتی پژوهش های عملیاتی و پژوهش های پایه ای زیست پزشکی مبادرت ورزید. بسیاری از کشورها از فوریت مسأله بهداشتی به عنوان معیاری برای تعیین اولویت ها استفاده کرده اند. این امر ممکن است برنامه پژوهشی را از مسیر سرما به گذاری های بلند مدت مورد نیاز برای پژوهش های راهبردی به سمت راه حل های فوری و مقطعی منحرف سازد. عامل زمان نیز باید خود را با نیازهای بهداشتی پیش بینی شده برای آینده وفق دهد. تاکنون تمامی کشورهایی که به تعیین اولوی ت ها با استفاده از راهبرد ENHR مبادرت کرده اند صرفاً به تحلیل داده های حال و گذشته برای توصیف بار بیماری ها اکتفا نموده اند

و معدود کشورهایی به پیش بینی روند های سلامت و بیماری در دهه یا نسل بعد پرداخته اند. این کشورها تلفیقی از معیارهای کمی و کیفی را مورد استفاده قرار داده اند. هیچ روش تعیین اولویت نمی تواند منحصرأ بر برآوردهای عددی تکیه کند. می توان به تایلند اشاره کرد که در این کشور تصورات مردم از مسایل بهداشتی واجد اولویت با اولویت های تعیین شده توسط منابع اطلاعاتی تفاوت بسزایی دارد. با این وجود داده های کمی و کیفی دو جنبه مشترک دارند: نخست آنکه هر دو نوع فوق را می توان از طریق روشهای عملی یا تصادفی و غیرنظام یافته جمع آوری کرد. اگر قرار است تعیین اولویت ها فرآیندی شفاف و قابل اتکا باشد باید به تشویق و ترغیب بکارگیری روش های علمی پرداخت. دوم آنکه داده های کیفی را نیز می توان به صورت عددی بیان کرد. بنابراین مسأله اصلی این نیست که اطلاعات کمی یا کیفی هستند بلکه سؤال اساسی این است که آیا شرکت کنندگان در فرایند اولویت بندی توانسته اند بین داده های برخاسته از ارزش گذاری ها و ترجیحات انسانی توازن برقرار سازند یا خیر.

راهکارهایی برای انتخاب معیارها

الف) از کدام معیارها باید استفاده کرد؟ در انتخاب معیارهای مورد استفاده باید ویژگیهای زیر را در نظر داشت:

۱- هدف از فرآیند تعیین اولویت ها و سطح انجام آن (سطح جهانی،

ملی، شهرستان یا تحت شهرستان) را تعیین کنید

۲- معیارها را باید با دقت و تأکید بر جزئیات تعریف کرد. در عمل به کار بردن معیارها در زمانی که به شکل سؤال های اختصاصی هستند راحت تر می باشد. برای مثال، عبارت "هزینه-اثربخشی" رامی توان به گونه های مختلف تفسیر کرد. بنابراین شرکت کنندگان باید سعی کنند از طریق کار بر روی تعریفی مشترک، نظرات و توصیفات مختلف را به نقطه ای واحد و مورد توافق همگان رسانند (۳۸). قدم بعدی تدوین سؤالات اختصاصی است. برای مثال: آیا این پژوهش هزینه اثربخش است؟ و یا اینکه ه آیا مداخله ای که احتمالاً از این پژوهش منتج خواهد شد هزینه اثربخش خواهد بود؟ اینها دو سؤال متفاوت محسوب می شوند.

۳- معیارها باید تا حد امکان از یکدیگر مستقل باشند. برای مثال بزرگی مسأله و فوریت آن غالباً مرتبط با یکدیگر هستند. ممکن است یک مسأله بهداشتی در هر دو معیار فوق امتیاز بالایی کسب کند اما بررسی دقیق آشکار سازد که بزرگی مسأله شرکت کنندگان را ترغیب کرده است تا به جستجوی پاسخ یا عملی فوری برآیند. مثالی دیگر، تعامل ما بین بزرگی مسأله و پیامد مورد انتظار نتایج پژوهش است؛ معیار دومی ممکن است امتیاز بالایی کسب کند تنها از آن رو که موفقیت در مداخله حاصل از پژوهش بر جمعیت زیادی تاثیر خواهد داشت.

۴- تمامی معیارهای مورد استفاده چه کمی و چه کیفی باید واجد یک پایه و مبنای اطلاعاتی باشند. زبان مورد استفاده برای توصیف این مبنای اطلاعاتی باید برای جامعه قابل فهم باشد تا مردم بتوانند به گونه ای آگاهانه در فرآیند شرکت کنند.

۵- باید معیارهای روشن و بدون ابهام برای منعکس ساختن پیشرفت در جهت عدالت و توسعه وجود داشته باشد و این همان ارزش و اعتبار در تحقیقات سلامت ملی است. برای مثال، با وجودی که بزرگی یک مسأله بهداشتی معیاری حائز اهمیت است، اما شرکت کنندگان نباید بیماری هایی را که تنها در گروه های حاشیه ای یا چند مکان

دورافتاده و غیرقابل دسترس شایع هستند، مورد کم توجهی قرار دهند. بدون در نظر داشتن مقوله عدالت بهداشتی چنین بیماری هایی ممکن است رتبه چندان مناسبی در فهرست اولویت ها بدست نیآورند

۶- معیارهای انتخابی را باید به تعدادی معیار مستقل قابل بررسی محدود کرد. این امر به دلیل مبنای اطلاعاتی عموماً وسیع، مسأله شمارش مضاعف معیارها، و دشوار بودن استفاده از معیارهای متعدد ضرورت می یابد. رسیدن به توافق بر روی معیارهای هسته ای شاید (۶ یا ۷ معیار کلیدی)، آزمون این معیارها بر روی چند زمینه پژوهشی و تعیین این امر که آیا افزودن معیارهای دیگر بر روی اولویت ها تأثیری خواهد داشت یا خیر، می تواند یکی از رویکردهای امکان پذیر در این زمینه باشد.

۷- معیارها را باید با زبانی مشترک بیان کرد تا تلفیق و جمع بندی معیارها امکان پذیر باشد (۳۹).

ب) آیا معیارهای مختلف هم ارزش بوده یا هر یک ارزشی خاص خود را خواهد داشت؟

در صورتیکه ارزشی خاص به هر یک از معیارها اختصاص نیابد در آن صورت ممکن است برای معیارهای مختلف ارزشی یکسان در نظر گرفته شود. با این وجود، نسبت دادن ارزشی یکسان به معیارهای مختلف را باید با دقت و احتیاط مورد نظر قرار داد چرا که این کار در واقع روشی قدرتمند برای بیان ارزش ها و ترجیحات است. ارزش گذاری افتراقی، روش انتخابی دیگر است که عمدتاً براساس اهمیت هر معیار در تصمیم گیری صورت می گیرد. این روش نیز نیازمند تفکر و بینشی دقیق و حصول توافق در بین شرکت کنندگان است. برخی مقیاس های پیشنهادی برای امتیازبندی عناوین پژوهشی:

مناسبت

1-مناسبت ندارد.

2-مناسبت دارد.

3-مناسبت بسیار دارد.

اجتناب از تکرار و دوباره کاری

1-اطلاعات کافی در زمینه مورد بحث در دسترس است.

2-اطلاعاتی در دسترس است ولی مقوله های اصلی مورد توجه قرار نگرفته اند.

3-هیچ نوع اطلاعات مناسبی که بتوان براساس آن به حل مسأله پرداخت وجود ندارد.

انجام پذیری

1-مطالعه با در نظر گرفتن منابع موجود انجام پذیر نیست.

2-مطالعه با در نظر گرفتن منابع موجود انجام پذیر است.

3-مطالعه با در نظر گرفتن منابع موجود کاملاً انجام پذیر است.

میزان مقبولیت سیاسی

- 1-عنوان پژوهشی از سوی سیاستگذاران سطح بالا قابل قبول نیست.
- 2-عنوان پژوهشی کمابیش قابل قبول است.
- 3-عنوان پژوهشی کاملاً قابل قبول است.

میزان قابل استفاده بودن نتایج

- 1-احتمال مورداجرا قرار گرفتن توصیه های حاصل از پژوهش وجود ندارد.
- 2-احتمال مورد اجرا قرار گرفتن توصیه های حاصل از پژوهش تا حدی وجود دارد.
- 3-احتمال مورداجرا قرار گرفتن توصیه های حاصل از پژوهش بالا است.

فوریت

- 1-اطلاعات به طور فوری مورد نیاز نیست.
- 2-اطلاعات رامی توان بلافاصله مورد استفاده قرار داد اما تأخیری چند ماهه نیز پذیرفتنی است.
- 3-داده ها به فوریت جهت تصمیم گیری مورد نیاز است.

میزان مقبولیت اخلاقی

- 1-مسائل اخلاقی عمده وجود دارد.
- 2-مسائل اخلاقی جزئی وجود دارد.
- 3-هیچ مشکل اخلاقی وجود ندارد (۳۹)

سابقه طرح و بررسی متون

مطالعات داخلی

۱. محمدکریم بهادری و همکاران (۱۳۸۹) پژوهشی را با عنوان "تعیین اولویت های پژوهشی یک سازمان بیمه گر اجتماعی: استفاده از تحلیل سلسله مراتبی" که یک پژوهش ترکیبی (کمی و کیفی) بود، به روش مقطعی انجام دادند. نمونه پژوهش شامل ۱۱ نفر از مدیران ارشد و میانی یک سازمان بیمه گر اجتماعی سلامت در ایران بوده که به روش نمونه گیری هدفمند وارد مطالعه شدند. برای تعیین اولویت های پژوهشی از روش تحلیل سلسله مراتبی و بر اساس سه معیار هزینه-منفعت، اهمیت زمانی و مقبولیت استفاده گردید. بر اساس نتایج بدست آمده عناوین "طراحی الگوی راهبردی سازمان بیمه گر اجتماعی"، "آسیب شناسی ساختار سازمانی سازمان بیمه گر اجتماعی" و "ارزیابی اجرای نظام ارجاع و پزشک خانواده به ترتیب با امتیازهای ۰/۹۶، ۰/۸۵، ۰/۸۲ اولویت های اول تا سوم را به خود اختصاص دادند (۱۰).
۲. غریب کریمی و همکاران (۱۳۸۴) پژوهشی با عنوان "نیاز سنجی و تعیین اولویت های پژوهشی در مرکز تحقیقات سازمان انتقال خون ایران" را با روشهای پیشنهادی COHRED انجام دادند. برای تعیین حیطه های تحقیقاتی بعد از تحلیل وضعیت موجود و استخراج موارد تحقیقاتی، فرمی با توجه به حیطه های تعیین شده و در سه دسته عناوین مشکل، توسعه ای، ومورد علاقه طراحی شد. به منظور مشارکت ذی نفعان درون و برون سازمانی فرم های تعیین اولویت علاوه بر گروه های داخل سازمان به مراکز تحقیقاتی انجمن های علمی و افرادی که حیطه فعالیت آنها در ارتباط با خون و فرآورده های خونی می باشد ارسال گردید. در این طرح از مجموع فرم های ارسالی برای اولویت دهی ۶۴/۲۸٪ از پایگاههای انتقال خون ۳۳/۳۳٪ از مدیران ستادی و مشاورین و ۲۵/۹۲٪ از اعضای هیئت علمی پاسخ گو بودند. در مجموع ۹۹ عنوان تحقیقاتی در ۱۶ حیطه به عنوان اولویت های نهایی به تصویب شورای پژوهش سازمان رسید (۷).
۳. دکتر عبادی فر و همکاران در تحقیق خود با عنوان "عملکرد پژوهشی و نیازهای آموزش و پژوهش اعضای هیئت علمی دندان پزشکی کشور ۱۳۸۳" یک مطالعه با طراحی cross sectional بر روی کلیه اعضای هیئت علمی دندانپزشکی کشور انجام بود، خصوصیات فردی شامل سن، جنس، محل خدمت، سوابق تحصیلی و آموزشی، کارگاه های طی شده، تمایل به شرکت در کارگاه ها و نیز عملکرد پژوهشی بر اساس تعداد طرح های مصوب، تعداد مقاله های منتشره داخلی و خارجی و استفاده از اینترنت از طریق پرسشنامه مورد ارزیابی قرار دادند. تعداد ۴۳۶ پرسشنامه واجد شرایط وجود داشت که حدود ۵۸٪ اعضای هیئت علمی را شامل می شد. از نظر تعداد طرح های پژوهشی ۷/۴٪ بیش از ۱۰ طرح، ۱۵٪ بین ۵ تا ۱۰ طرح، ۴۹/۹٪ کمتر از ۵ طرح داشتند و ۲۷/۷٪ فاقد طرح تحقیقاتی بودند. از نظر تعداد مقاله های داخلی، ۲۸/۲٪

فاقد مقاله بودند و ۵۱/۸٪ بین ۱ تا ۵ مقاله و ۲۰٪ بیش از ۵ مقاله داشتند. از نظر تعداد مقاله های خارجی ۷۷/۵٪ فاقد مقاله بودند، ۲۰/۲٪ بین ۱-۳ مقاله و ۳/۲٪ بیش از ۳ مقاله داشتند. در مورد تمایل به شرکت در کارگاه ها، کارگاه مقاله نویسی جهت مقالات انگلیسی با ۲۶/۳٪، اصول مقاله نویسی با ۱۷/۵٪ و تهیه پروپوزال های تحقیقاتی با ۱۶/۱٪ به عنوان سه اولویت نخست انتخابی بودند (۴۰).

۴. علی اصغر کلاهی و همکاران در مطالعه ای با عنوان "اولویت های پژوهشی شبکه تحقیقات بیماری های عفونی و گرمسیری کشور در سال ۱۳۸۸" با همکاری ۱۶ مرکز تحقیقاتی و سازمان های عضو شبکه بیماری های عفونی گرمسیری کشور که در مجموع شامل ۴۸ نفر انجام گرفت. برای تعیین اولویت های پژوهشی پنج اصل مشارکت و توافق ذینفعان، تحلیل وضعیت موجود، تعیین نیازها، مشخص کردن عناوین پژوهشی و امتیازدهی بر اساس معیار ها بکار برده شد. معیارها شامل ضرورت، مناسبت، شانسی موفقیت برای اجرا و تاثیر نهایی پیامدهای پژوهش بودند. این مدل با کمی تغییر از مدل سازمان جهانی بهداشت CHOHRD اقتباس شده بود. در پایان هجده بیماری، حالت و عنوان پژوهشی به عنوان اولویتهای پژوهشی شبکه بیماری های عفونی کشور بدست آمد. اولویت های تحقیقاتی بدست آمده شامل عفونت های بیمارستانی، ایدز عفونت های منتقله از راه جنسی، آنفولانزای فصلی، نظام ثبت و گزارش دهی بیماری های عفونی، آمادگی سطوح مختلف نظام سلامت در هنگام بروز پاندمی ها، اپیدمی ها، طغیانها، بلایی طبیعی و حوادث غیر مترقبه و... بود. مطالعه ۷۸ اولویت پژوهشی در ۱۸ حوزه مربوط به بیماری های عفونی را مشخص کرد (۴۱).

۵. دکتر سید رضا امامی و همکاران (۱۳۸۱) مطالعه ای با عنوان "ارزیابی نیازهای سلامت جامعه به منظور تدوین اولویت های برتر پژوهشی در شهر بوشهر به روش بحث متمرکز گروهی" انجام دادند. به منظور شناسایی اولویت های پژوهشی سلامت در شهر بوشهر، از شیوه کیفی بحث متمرکز گروهی (FGD) با مشارکت ۹۹ نفر بصورت تصادفی و در گروه های سنی مشخص متفاوت، استفاده گردید. دوازده دوره بحث گروهی در هر دو جنس، با هدف شناسایی عوامل تعیین کننده سلامت و عوامل ارتقاء دهنده آن طراحی شد. بیماری های غیر واگیر شامل بیماری های قلب و عروق، مهمترین گستره مورد نیاز مردم در گستره سلامت در گروه های مورد بحث گروهی مطرح شد. تغذیه ناسالم، مشکلات روحی- روانی و اعتیاد به مواد مخدر، بعنوان عوامل تعیین کننده سلامت عنوان شدند. مردم مشارکت کننده در بحث های گروهی، خواستار آموزش در زمینه عوامل خطر ساز برای پیشگیری از سکت های قلبی، شیوه های سالم زندگی، دنیای بدون اعتیاد، آشنایی با مشکلات روحی روانی و ایدز بودند. آنها دریافتند که، نیازی اساسی برای تدوین سیستم های مراقبتی در زمینه عوامل خطر ساز رفتاری و شناسایی شیوه های سالم زندگی به منظور طراحی پژوهش های تداخلی برای پیشگیری از بیماری های قلبی عروقی در سطح جامعه احساس می شود (۹).

۶. دکتر بهروز یزدان پناه و همکاران (۱۳۸۲) پژوهشی با عنوان "تعیین اولویت های پژوهشی در حوزه سلامت از طریق نیاز سنجی در استان کهگیلویه و بویراحمد" انجام دادند. این پروژه از روشهای مختلف تحلیل وضعیت، شامل ارزیابی وضعیت بهداشتی، نظام مراقبتهای بهداشتی، نظام پژوهش حوزه سلامت، نیازها و خواستههای استفاده کنندگان از خدمات بهداشتی درمانی استفاده شد صورت گرفت. ابزار اصلی ارزیابی نیازهای استفاده کنندگان از خدمات، پرسشنامه‌ای بود که با مشارکت گروههای علمی و تخصصی دانشگاه، سایر بخشهای متولی سلامت در استان و نمایندگان مردم تهیه گردید و از طریق مصاحبه با اعضای ۱۰۰۰ خانوار شهری و ۱۰۰۰ خانوار روستایی تکمیل شد. در کمیته راهبردی تعیین اولویتهای پژوهشی، اعضاء براساس روشهای علمی و با در نظر گرفتن معیارهای میزان حدت، فراوانی، فوریت زمانی و میزان پذیرش/تعهد/اراده سیاسی و تعیین وزن برای این معیارها، به هر مشکل در خصوص هر معیار امتیاز دادند و میانگین امتیازات هر معیار در وزن آن ضریب شد و مجموع امتیازات معیارها برای هر مشکل جمع و رتبه‌بندی انجام شد و مشکلات حوزه سلامت اولویت‌بندی گردید. بر اساس نتایج به دست آمده اهم مشکلات حوزه سلامت در استان، مشخص شد که مهمترین آنها عبارتند از: شیوع فزاینده بیماریهای غیرواگیردار و واگیردار با اولویت بیماریهای قلبی عروقی، روانی، گوارشی و سرطانها، شیوع فزاینده سوانح و حوادث، بالا بودن بیکاری، فقر، بی سوادی و مشکلات رفاهی، سوء تغذیه اختلالات رشد و مشکلات غذایی و نامناسب بودن خدمات و استانداردهای بهداشت محیط در استان (۴۲).

۷. پرویز اولیا و همکاران (۱۳۹۰) تحقیق خود با عنوان "تعیین اولویت های تحقیقاتی سلامت در ایران" را با همکاری تمام دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و سایر ذی‌نفعان و استفاده از راهبرد پژوهش در ضرورت‌های بهداشت ملی (ENHR Essential National Health Research) و با روش نیاز سنجی در سطح دانشگاه‌ها انجام دادند. نتایج نشان داد که تعداد عنوان جمع آوری شده از دانشگاه‌ها ۶۷۲۳ عنوان که ۱۷٪ از عناوین تحقیقاتی مرتبط با علوم پایه، ۷۸٪ کاربردی و فقط ۵٪ مرتبط با تحقیقات توسعه‌ای بود. همچنین تجزیه و تحلیل اطلاعات نشان داد که بر اساس نوع مطالعه تقریباً نیمی از اولویتهای تحقیقاتی توصیفی (۳/۴۶٪)، ۳۶٪ تحلیلی و ۱۷/۶٪ مداخله‌ای بودند. به منظور دسته‌بندی اولویتهای جمع آوری شده، نه محور بیماری‌های واگیردار، بیماری‌های غیر واگیر، تحقیقات نظام سلامت (HSR)، دارو و صنعت، علوم پایه، طب سنتی و گیاهان دارویی، بهداشت محیط، تغذیه و دندانپزشکی تعیین گردید. در قسمت نتیجه‌گیری نیز آورده اند که در سال‌های قبل تعیین اولویتهای تحقیقاتی از بالا و توسط تعداد محدودی از صاحب‌نظران و پژوهشگران تعیین می شد درحالی‌که در این روش اولویتهای از سطوح پایین تعیین و بتدریج به سطح ملی رسیده است (۴۳).

۸. پژوهش محمدرضا سهرابی و همکاران (۱۳۸۹) با عنوان "اولویت های پژوهشی نظام سلامت (HSR) معاونت های دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی" که یک

مطالعه توصیفی است با هدف تعیین اولویت های پژوهشی نظام سلامت (Health System Research) جهت هدفمند نمودن پژوهش ها و تخصیص بهینه منابع پژوهش در معاونت های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شد. در یک مطالعه توصیفی، با بررسی ذی نفعان کلیه معاونت های دانشگاه، اولویت های پژوهشی نظام سلامت به تفکیک معاونت استخراج گردید. لیست ذی نفعان (شامل ۱۶۰ تن از ذینفعان معاونت ها)، حیطه های پژوهشی و معیارهای امتیاز دهی (میزان نفوذ، قدرت، علاقه و اهمیت در تعیین اولویتهای پژوهشی) با حضور مدیران حوزه و تیم پژوهش، با روش بارش افکار شناسایی و با روش دلفی توسط کلیه ذی نفعان تکمیل و نهایی شد. برای تعیین اولویت ها، با استفاده از پرسش نامه خودایفا، معیارها وزن دهی شد و هر حیطه پژوهشی بر اساس معیارها امتیاز دهی گردید. امتیاز نهایی با جمع حاصل ضرب متوسط وزن معیار در متوسط امتیاز هر معیار تعیین شد. در مجموع، ۸۹ حیطه به عنوان اولویت های پژوهشی نظام سلامت به دست آمد. اولویت های اول معاونت پژوهشی تدوین نقشه پژوهشی و اولویت های پژوهشی دانشگاه و مراکز تحقیقاتی، معاونت دانشجویی مشکلات روان شناختی دانشجویان، معاونت پشتیبانی شاخص های جذب نیروی انسانی، معاونت درمان عفونت های بیمارستانی، معاونت غذا و دارو اتوماسیون کامل خدمات در مناطق تحت پوشش و معاونت بهداشتی نیازسنجی و تعیین وضعیت بهداشتی منطقه تحت پوشش تعیین شد (۱۱).

۹. حسین ملک افضلی وهمکاران (۱۳۸۰) در مقاله خود با عنوان "اولویت های نظام سلامت بر پایه نیازسنجی و مشارکت ذی نفعان در جمهوری اسلامی ایران" با هدف تعیین اولویت های نظام سلامت در ۷ استان کشور از طریق نیازسنجی و با مشارکت فعال ذی نفعان و استفاده کنندگان خدمات بهداشتی، درمانی طراحی. نیازسنجی به دو صورت کمی (پرسشنامه طراحی شده) و کیفی (مصاحبه و بحث های گروهی متمرکز با مشارکت همه ذی نفعان) انجام شد. برای تعیین اولویت های کشوری، از بین ۱۰ اولویت اول هر استان، بر اساس فراوانی هر موضوع و تعداد تکرار آن، اولویت ها به ۴ گروه (با بالاترین فراوانی، فراوانی زیاد، فراوانی متوسط و اولویت های با کمترین فراوانی) دسته بندی شدند. نتایج اولویت بندی مشکلات نظام سلامت بیانگر آن است که حوادث و سوانح از بالاترین فراوانی برخوردار است و بعد از آن بهداشت محیط، آب و غذا، بیماری های قلبی - عروقی و مسایل مربوط به تغذیه قرار دارند (۴).

مطالعات خارجی

۱. در سال ۲۰۰۴ پژوهشی توسط اعضای تیم عدالت سازمان جهانی بهداشت^۱ و اعضای تیم وظیفه سازمان جهانی بهداشت^۲ با عنوان "اولویت های پژوهشی برای حرکت به سمت سیاست های عدالت در سلامت" انجام گرفت. در این پژوهش اولویت ها طی دو فرآیند اصلی شناسایی شدند؛ در مرحله اول برگه مشاوره محتوی سوالات باز که توسط تیم عدالت سلامت

^۱ Members of the WHO Equity Team

^۲ Members of the WHO Task Force

WHO و دکتر استلین طراحی شده بود به تمام شرکت کنندگان در کنفرانس شش ماهه جامعه بین المللی برای عدالت در سلامت که سال ۲۰۰۴ در Durban افریقای جنوبی برگزار شد داده شد. در مرحله دوم از اعضای کارگروه اولویت های پژوهشی برای عدالت و سلامت بعد از توجه به خروجی کنفرانس Durban و بحث بین اعضا بار دیگر به همان سوالات پاسخ دادند. در مجموع ۵ حیطه برای اولویت ها تعیین گردید که شامل موارد زیر میباشد: (۱) عوامل و فرآیندهای جهانی که بر برابری سلامت تاثیر می گذارد و آنچه که کشورها می توانند برای کاهش نابرابری سلامتی در درون مرزهای خود انجام دهند. (۲) ساختارها و روابط سیاسی و اجتماعی که بطور متفاوتی بر شانس مردم برای سالم تر بودن در جامعه تاثیر میگذارد (۳) روابط متقابل بین عواملی که در سطح فرد و در درون جامعه احتمال حفظ و دستیابی به سلامت خوب را افزایش یا کاهش می دهد. (۴) ویژگی های سیستم مراقبت های بهداشتی که بر عدالت سلامت تاثیر می گذارد و (۵) مداخلات سیاسی موثر برای کاهش نابرابری سلامت در چهار حوزه اول (۴۴).

۲. میشل کنت رانسون و همکاران پژوهشی با عنوان " اولویت های پژوهشی برای منابع انسانی در کشورهای با درآمد پایین و متوسط " با هدف توسعه و اجرای سیاست های تسهیلی انجام دادند. این مطالعه در سه مرحله انجام گرفت. مرحله اول انجام مصاحبه با سیاست گذاران سلامت، محققان و نمایندگان اجتماعی و مدنی جامعه در ۲۴ کشور با درآمد پایین و متوسط در چهار منطقه شرق آفریقا، آمریکای لاتین و کارائیب، خاورمیانه و شمال آفریقا بود. مرحله دوم شامل بررسی متون و مقایسه آن با مصاحبه های انجام شده و مرحله سوم تشکیل کارگاه های مشاوره ای بین المللی برای ارزیابی اولویت بندی سوالات پژوهشی بود. در مجموع ۲۱ سوال پژوهشی استخراج گردید. سه اولویت مهم شامل (۱) تا چه حد انگیزه کاری در جذب و حفظ کارکنان بهداشتی با کیفیت در مناطق تحت پوشش خدمات نقش دارد؟ (۲) تاثیر دو یا چند شغله بودن چیست؟ (۳) مشوق ها چگونه میتوانند در حداکثر کردن کارایی و کیفیت در نظام سلامت استفاده شوند؟ (۴۵).

۳. ماکیل (۲۰۰۷) در مطالعه ای با هدف بررسی رابطه بین بهره وری پژوهش و عملکرد در کلاس و ارزیابی امتیازهای آموزشی در آمریکا و در سطح ملی پژوهشی انجام داد. نمونه پژوهش شامل هزار نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه ها و دانشکده ها بودند که بصورت تصادفی انتخاب شده بودند. نتایج پژوهش حاکی از این بود که بسیاری از خصوصیات سازمانی و فردی به بهره وری پژوهش وابسته هستند. ۷۰/۶ درصد از پاسخ دهندگان اظهار داشتند که فعالیت های پژوهشی ثمر بخشی تدریس آن ها را بالا می برد، ۷۵ درصد پاسخ دهندگان اعلام کرده بودند که از هیجان تولید پژوهش با کیفیت لذت می برند در حالی که بقیه ادعا داشتند که انجام تحقیق بوسیله کارفرما خواسته شده است و در ترفیع، ثبات شغلی و تصمیمات و افزایش شایستگی ها به کار گرفته می شود (۴۶).

فصل سوم – روش پژوهش

نوع پژوهش

این مطالعه یک مطالعه کیفی است.

روش اجرا و گردآوری اطلاعات

مطالعه حاضر بر اساس هدف از نوع کاربردی می باشد که جهت تعیین اولویت های تحقیقاتی در سطح ملی در حوزه های مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، اقتصاد سلامت و سیاستگذاری سلامت با مشارکت سیاستگذاران حوزه سلامت، اعضای هیئت علمی، معاونین پژوهشی دانشکده های بهداشت و مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی دانشگاه های علوم پزشکی کشور و دانشجویان تحصیلات تکمیلی مقطع دکتری رشته های مذکور؛ انجام گرفت.

ابزار گردآوری اطلاعات

اطلاعات مورد نیاز در این مطالعه از طریق مصاحبه نیمه ساختارمند و براساس سوالات باز، گردآوری شد. جهت تعیین اعتبار محتوایی سوالات اولیه مصاحبه، این سوالات با تکیه بر بررسی متون علمی و نیز اخذ نظرات کارشناسان و خبرگان در یک جلسه بحث گروهی متمرکز (FGD¹) تهیه و تکمیل شدند. بحث گروهی متمرکز برای طراحی سوالات مصاحبه و تعیین محورهای اصلی سوالات، در یک جلسه با حضور ۶ تن از دانشجویان و اساتید تحصیلات تکمیلی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، اقتصاد سلامت و سیاستگذاری سلامت انجام شد. شرط ورود به بحث، تخصص و تجربه کافی در امر تحقیقات نظام سلامت و روحیه مشارکت در نظر گرفته شد. یکی از محققین نیز بعنوان تسهیل گر بحث در جلسه حضور داشت. پس از تهیه سوالات مصاحبه، با مراجعه به افراد (نمونه) بر اساس هماهنگی قبلی و اخذ رضایت آنها برای شرکت در مطالعه، مصاحبه به مدت ۳۰ الی ۴۰ دقیقه با آنها انجام گرفت. مصاحبه با افراد صاحب نظری که در دسترس نبودند به صورت تلفنی انجام شد. برای پرهیز از خطای ناشی از تاثیر مصاحبه کننده بر فرایند مصاحبه، سعی شد سوالات محدود با دقت لازم و بدون القای مطالب به افراد مورد نظر مطرح گردد.

روش تحلیل یافته ها

برای تحلیل مصاحبه ها از روش تحلیل محتوا استفاده گردید که این روش شامل مراحل آشنایی، شناسایی یک چارچوب موضوعی، ایندکس کردن، ترسیم جداول و تفسیر می باشد. طی این مراحل، بعد از آشنایی با دامنه و تنوع مطالب، مفاهیم و موضوع های کلیدی شناسایی و براساس آن یک چارچوب موضوعی تنظیم شد و سپس تمامی نوشته های مربوط به مصاحبه ها براساس چارچوب موضوعی حاصل مورد بازبینی و حاشیه نویسی قرار گرفت و سپس مفاهیم، تضادها، نظریه ها و الگوها و روابط مورد نظر از یافته ها استنتاج شد. با هر فرد مصاحبه نیمه ساختار یافته و جداگانه انجام گرفت. برای جلوگیری از

1-Focus Group Discussion

خطاهای احتمالی، مصاحبه کنندگان پس از هر بار مصاحبه متن مورد نظر را در همان روز مکتوب نمودند. به منظور کاهش خطا، انجام تمام مصاحبه ها، ورود اطلاعات و آنالیز توسط یک نفر انجام گرفت.

تعیین روایی و اعتماد

برای اطمینان از قابل قبول بودن داده ها، از تمهیداتی مانند مثلثسازی منابع داده ها یعنی مصاحبه با افراد و مشاهده مستندات موجود و حداکثر تنوع نمونه از لحاظ وجود شرکت کنندگان از سمت های مختلف سازمانی، با سوابق، مرتبه علمی، مدارک مختلف و محل کارهای متنوع استفاده شد. همچنین طبق توصیه متخصصین، از مطالعه سایر متون علمی منتشر شده در این زمینه، رسیدن به اشباع داده ها و تأیید یافته ها توسط شرکت کنندگان و پژوهشگر همکار در این پژوهش بهره گرفته شد. برای قابلیت اعتماد، سه صاحب نظر در زمینه پژوهشهای کیفی، تمامی مراحل فرایند مطالعه را حسابرسی نمودند. در نهایت، کیفیت نتایج این مطالعه به دلیل قابل قبول بودن و قابلیت انتقال تأیید گردید.

تعداد نمونه و روش نمونه گیری

تعداد نمونه اولیه در این مطالعه ۴۰ نفر در نظر گرفته شد. این افراد شامل: اساتید رشته های (مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، اقتصاد سلامت و سیاستگذاری سلامت)، سیاستگذاران حوزه سلامت، معاونین پژوهشی دانشکده های بهداشت و مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، مدیران مراکز تحقیقاتی مدیریت و اقتصاد سلامت و دانشجویان تحصیلات تکمیلی نخبودند. نمونه گیری با توجه به سهم بندی فوق از نوع هدفمند بود. این روش نمونه گیری که در پژوهش های کیفی کاربرد بیشتری دارد سعی بر جمع آوری داده ها از مطلع ترین و با تجربه ترین افراد دارد. برای تکمیل نمونه ها و پوشش ریزش های احتمالی به دلیل عدم همکاری، از روش نمونه گیری گلوله برفی نیز استفاده شد. با توجه به میزان همکاری و مشارکت افراد مورد مطالعه و نیز سطح اشباع داده ها، تحقیق با ۲۶ نمونه انجام و یافته ها در قالب مشخصات فردی و دموگرافیکی نمونه ها و نیز داده های اصلی گزارش شد.

ملاحظات اخلاقی

- کلیه مصاحبه ها با کسب رضایت افراد صورت می پذیرد.

محدودیت های اجرایی طرح و روش کاهش آنها

- ✓ فاصله جغرافیایی زیاد برای انجام مصاحبه ها
- ✓ عدم تمایل برخی از افراد شرکت کننده در مطالعه برای پاسخگویی کامل، که برای بهبود این مشکل محققین سعی کردند، اهداف و اهمیت مطالعه را برای ایشان تشریح نمایند.

فصل چهارم – یافته‌های پژوهش

ویژگی های فردی و شغلی افراد شرکت کننده در مطالعه:

در این مطالعه ۲۶ نفر از کارشناسان، اساتید، مدیران و صاحب نظران رشته های مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، اقتصاد سلامت و سیاست گذاری سلامت شرکت کردند. میانگین سنی افراد مذکور $۳۵ \pm ۹/۵$ سال و دامنه سنی آنها بین ۲۶ تا ۶۲ سال بود. میانگین سابقه کار مشارکت کنندگان در مطالعه، $۶/۳ \pm ۸$ سال با دامنه سابقه ۰ تا ۳۲ سال بود. افراد مورد مطالعه $۴/۲ \pm ۲/۱$ سال سابقه مدیریت در سیستم سلامت و دانشگاه های علوم پزشکی را داشتند. عمده افراد مرد ($۸۰/۸$ درصد) و اکثر آنها ($۶۱/۵$ درصد) اعضای هیات علمی دانشگاه ها و مدیران نظام سلامت بودند. در جدول ۱ و ۲، اطلاعات فردی و دموگرافیک افراد ارائه شده است.

جدول ۱: مشخصات فردی و دموگرافیک افراد مورد مطالعه

متغیرهای فردی و شغلی	تعداد	درصد
جنس		
-مرد	۲۱	۸۰/۸
-زن	۵	۱۹/۲
سمت فعلی		
-عضو هیات علمی	۱۶	۶۱/۵
-دانشجو	۱۰	۳۸/۵
درجه علمی		
-استادیار	۱۲	۴۶/۲
-دانشیار	۲	۷/۷
-استاد	۱	۳/۸
-دانشجو و کارمند	۱۱	۴۲/۳
رشته تحصیلی		
-مدیریت خدمات بهداشتی درمانی	۹	۳۴/۶
-اقتصاد سلامت	۱۰	۳۸/۵
-سیاستگذاری سلامت	۷	۲۶/۹

جدول ۲: میانگین سن، سابقه کار و سابقه مدیریت افراد مطالعه

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	دامنه (حداقل-حداکثر)
سن (سال)	۳۵	۹/۵	۲۶-۶۲
سابقه کار (سال)	۶/۳	۸	۰-۳۲
سابقه مدیریت (سال)	۲/۱	۴/۲	۰-۱۷

اولویت های تحقیقاتی رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی:

در خصوص این سوال که " نظر شما در زمینه اولویت بندی تحقیقات و اهمیت آن چیست؟" افراد دلایل با اهمیت بودن روند اولویت بندی تحقیقات سلامت را موارد مندرج در جدول ۳ ذکر کردند.

جدول ۳: دلایل اهمیت اولویت بندی تحقیقات سلامت از دیدگاه افراد مورد مطالعه

ردیف	دلایل اهمیت اولویت بندی
۱	تخصیص بهینه منابع و کاهش اتلاف منابع
۲	هدفمند سازی تحقیقات
۳	بومی سازی تحقیقات سلامت
۴	کاهش شکاف در نظام سلامت
۵	مطابقت تحقیقات با نیاز واقعی جامعه
۶	تولید دانش کاربردی
۷	ایجاد ارزش افزوده بیشتر از نتایج
۸	تجمیع طرح های تحقیقاتی
۹	مطابقت تحقیقات با شرایط اقتصادی و فرهنگی کشور
۱۰	افزایش توان رقابتی دانشگاه ها

تیم تحقیق بر اساس نظر مصاحبه شوندگان، حیطه های مربوطه را استخراج نمودند. در رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، ۶ حیطه تحقیقاتی به شرح زیر استخراج شدند (جدول ۴).

جدول ۴: حیطه های پژوهش در رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی

ردیف	حیطه ها
۱	مدیریت عمومی و سبک های رهبری
۲	مدیریت منابع انسانی
۳	مدیریت منابع اطلاعاتی و سیستم های اطلاعاتی
۴	مدیریت منابع مالی
۵	تدارک و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در سطوح ارائه خدمات و نظام شبکه
۶	مدیریت بیمارستان و مراکز تشخیصی و درمانی

در ادامه از جمع بندی مطالب، برای هر حیطه، درون مایه ها یا همان حوزه های (Theme) مربوطه مشخص شدند. بیشترین حوزه ها به ترتیب مربوط به حیطه های مدیریت منابع مالی، مدیریت منابع انسانی و مدیریت بیمارستان و مراکز تشخیصی و درمانی است (جدول ۵).

جدول ۵: حوزه های اولویت دار برای تحقیق در رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی به تفکیک حیطه ها

ردیف	نام حیطه (domain)	نام حوزه های مربوطه (themes)
۱	مدیریت عمومی و سبک های رهبری	الگوهای نوین رهبری سازمان های بهداشتی
		روش های ارزیابی عملکرد سازمانی و برنامه های سلامت
		بهبود مهارت های مدیریتی مدیران سطوح مختلف نظام سلامت
		بهبود رفتار سازمانی در سازمان های بهداشتی
		بهبود مهارت ارتباطی مدیران
		شایسته سالاری و انتخاب مدیران بهداشتی درمانی
۲	مدیریت منابع انسانی	الگوی جامع ارزیابی عملکرد کارکنان بهداشتی و درمانی
		آموزش کارکنان و مدیران
		شایسته سالاری در سطح مدیران
		روش های ارتقای انگیزه شغلی
		استاندارد سازی و برآورد نیروی انسانی بهداشتی و درمانی
		تعریف جدیدی از مشاغل بهداشتی و طبقه بندی مشاغل
		سلامت و خدمات رفاهی کارکنان بهداشتی و درمانی
		ارتقای بهره وری نیروی انسانی
۳	مدیریت منابع اطلاعاتی و سیستم های اطلاعاتی	اتوماسیون اداری
		توسعه نظام جامع اطلاعات بیمارستانی
		پرونده الکترونیک سلامت
		سیستم های اطلاعات مدیریت و پشتیبان تصمیم
		یکپارچه سازی نظام اطلاعات بهداشتی
۴	مدیریت منابع مالی	مکانیسم های تامین مالی و توسعه بیمه های خصوصی سلامت

نام حوزه های مربوطه (themes)	نام حیطه (domain)	ردیف
بهبود حسابهای ملی سلامت		
استقرار سیستم های نوین حسابداری در بیمارستانها		
هزینه یابی خدمات سلامت		
روش های کاهش پرداخت از جیب مردم		
برونسپاری خدمات		
مشارکت پذیری خیرین در تامین مالی بخش بهداشت		
بودجه ریزی عملیاتی		
شاخص های تخصیص منابع مالی		
تاثیر هدفمندی یارانه ها بر بخش سلامت		
ارزیابی برنامه پزشک خانواده		
نظام ارجاع		
جایگاه برنامه های پیشگیری در طرح تحول سلامت		
تهیه بسته های خدمات پیشگیری و درمانی		
ارزیابی عملکرد مراکز بهداشتی و درمانی		
ارتقای کیفیت خدمات بیمارستانی	مدیریت بیمارستان و مراکز تشخیصی و درمانی	۶
تحلیل هزینه اثربخشی تجویز داروها		
شایسته سالاری در انتخاب و انتصاب مدیران بیمارستانی		
دلایل انتخاب بیمارستانهای خصوصی توسط مردم		
سطح پاسخگویی بیمارستانها و مراکز درمانی		
ارزیابی ایمنی در بیمارستانها		
تصمیم گیری مبتنی بر شواهد در تجهیز بیمارستانها و بکارگیری فن آوری نوین درمانی		
بکارگیری استانداردها و پروتکل های درمانی در بیمارستانها		

اولویت های تحقیقاتی رشته اقتصاد سلامت

در جدول ۶، حیطه های تحقیقاتی در رشته اقتصاد سلامت مشخص شده اند.

جدول ۶: حیطه های پژوهش در رشته اقتصاد سلامت

ردیف	حیطه ها
۱	برنامه ها و سیاست های کلان اقتصاد سلامت
۲	برنامه ها و سیاست های خرد اقتصاد سلامت

بر اساس حیطه های بدست آمده، حوزه های تحقیقاتی استخراج شدند. در جدول ۷ عناوین این حوزه های تحقیقاتی مشخص شده است.

جدول ۷: حوزه های اولویت دار برای تحقیق در رشته اقتصاد سلامت به تفکیک حیطه ها

ردیف	نام حیطه (domain)	نام حوزه های مربوطه (themes)
۱	اقتصاد کلان سلامت	عدالت در سلامت: روش ها و آسیب شناسی
		تامین مالی پایدار در نظام سلامت
		بهبود نظام پرداخت
		تجمع صندوق های بیمه ای
		ارزیابی فن آوری سلامت
		تمرکز زدایی مالی در نظام سلامت
		بسیج منابع و سرمایه های بخش خصوصی برای ارائه خدمات
		صادرات خدمات سلامت
		امکان سنجی سرمایه گذاری خارجی برای سلامت
		توسعه توریسم درمانی
		مبارزه با قاچاق دارو و کالاهای بهداشتی
		توسعه بسته های خدمتی مبتنی بر نیاز جامعه
		نقش سلامت در توسعه اقتصادی کشور
هدفمندی یارانه ها در خدمات پیشگیری		
۲	اقتصاد خرد سلامت	تنظیم عرضه و تقاضا در بازار سلامت
		ارزشیابی اقتصادی برنامه ها و مداخلات سلامت
		تعیین تعرفه های واقعی و محاسبه قیمت تمام شده خدمات
		کاهش تقاضای القای در ارائه خدمات
		هدفمند سازی حق بیمه های سلامت
		مشارکت بیماران در پرداخت ها

ردیف	نام حیطه (domain)	نام حوزه های مربوطه (themes)
		استقرار نظام پرداخت DRG
		مطالعه هزینه های بیماری
		اقتصاد بیمارستانی
		تجویز اقتصادی و منطقی داروها
		تنظیم عرضه و تقاضا در بازار سلامت
		۲. ارزشیابی اقتصادی برنامه ها و مداخلات سلامت

اولویت های تحقیقاتی رشته سیاستگذاری سلامت

در جداول ۸ و ۹، حیطه ها و حوزه های تحقیقاتی در رشته سیاست گذاری سلامت مشخص شده اند.

جدول ۸: حیطه های پژوهش در رشته سیاستگذاری سلامت

ردیف	حیطه ها
۱	سیاست های دارویی کشور
۲	سیاست های ساختار نظام سلامت
۳	یکپارچگی سیاست های نظام سلامت
۴	روش ها و ابزار سیاست گذاری
۵	سیاستهای تامین مالی
۶	موضوعات اخلاقی در نظام سلامت

جدول ۹: حوزه های اولویت دار برای تحقیق در رشته سیاستگذاری سلامت به تفکیک حیطه ها

ردیف	نام حیطه (domain)	نام حوزه های مربوطه (themes)
۱	سیاست های دارویی کشور	۱. سیاست های تنظیم بازار دارو
		۲. افزایش رقابت بین شرکت های داروسازی بر سر کیفیت دارو
		۳. سیاست های کاهش قیمت دارو با تولید داخلی
۲	اصلاح ساختار نظام سلامت	۱. تفکیک و توزیع عادلانه قدرت و تعریف نقش بازیگران نظام سلامت
		۲. ضعف در حرکت به سمت خصوصی سازی
		۳. خودگردانی بیمارستانها
۳	یکپارچگی سیاست ها و برنامه های نظام سلامت	۱. توجه جامع تر به سلامت جامعه
		۲. آسیب شناسی اجرای برنامه های توسعه چهارم و پنجم

ردیف	نام حیطه (domain)	نام حوزه های مربوطه (themes)
		۳. توجه به اسناد بالادستی در تنظیم اسناد پایین دستی
۴	روش ها و ابزار سیاست گذاری	۱. سیاستگذاری مبتنی بر شواهد
		۲. کاربرد ارزیابی فن آوری سلامت
		۳. حاکمیت بالینی و توسعه راهنمای بالینی
		۴. تشکیل اتاق های فکر سلامت در دانشگاه ها
۵	سیاستهای تامین مالی	۱. توسعه نظام پرداخت DRG
		۲. عدالت در پرداخت توسط مردم
		۳. افزایش سهم سلامت از GDP
		۴. تجمیع بیمه های سلامت و ایجاد نظام بیمه یکپارچه
		۵. تامین مالی پایدار
۶	موضوعات اخلاقی در نظام سلامت	۱. انتخاب معکوس توسط بیمه ها
		۲. موضوع تضاد منافع در نظام سلامت
		۳. پاسخگویی نظام سلامت به نیازهای غیر بالینی بیماران
		۴. فعالیت دوگانه پزشکان (در بخش خصوصی و دولتی)
		۵. دریافت زیر میزی توسط پزشکان و پرداخت های غیر رسمی

فصل پنجم – بحث و تحلیل یافته‌ها، نتیجه گیری، پیشنهادات

فرآیند تعیین اولویت‌های پژوهشی از مهم‌ترین مسائل فراروی سیاست‌گذاران علم و فناوری است (۱۲). به دلیل اهمیت موضوع، اولویت بندی تحقیقات و کاربردی نمودن آنها در قالب اهداف و سیاست‌ها پژوهش به عنوان یک ضرورت در برنامه توسعه پنجم بیان شده است (۴۷). مساله اولویت بندی تحقیقات در عرصه سلامت یک موضوع اساسی و کلیدی در فرایند تولید دانش و بهبود سیستم‌های سلامت محسوب می‌شود. به طوریکه سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۴ گزارش خود را با عنوان: دانش برای سلامت بهتر" منتشر کرد (۱۵).

فرآیند تعیین اولویت‌های تحقیقاتی باید جامعیت لازم را داشته و با حضور ذینفعان اصلی انجام پذیرد. کمیسیون تحقیق سلامت برای توسعه نیز بر مشارکت کلیه ذینفعان اصلی در فرآیند تعیین اولویت‌های تحقیقاتی عرصه سلامت بعنوان یک روش کارآمد تاکید می‌کند. به منظور آنکه تعیین اولویت‌های پژوهشی فرآیندی فراگیر و مشارکت برانگیز باشد، درک نیروهای واجد نقش در هدف نهایی عدالت در بهداشت و توسعه از اهمیت برخوردار است. چنین تحلیلی با درگیر ساختن بازیگران کلیدی که می‌توانند به شناسایی نیازهای پژوهشی، قابلیت‌های فنی و مالی، شکاف‌ها و تحریفات اطلاعاتی، محیط سیاسی، و ارزش‌ها و اخلاقیات جامعه مورد نظر کمک کنند، طرح ریزی راهبردی را بهبود خواهد بخشید. مهمتر از این، مشارکت ذینفع‌ها باعث تقویت حس مالکیت و مسئولیت نسبت به فرآیند و خروجی‌ها می‌شود و بر میزان پاسخگویی در اجرای برنامه می‌افزاید (۱۶). مطالعه حاضر با شرکت کلیه ذینفعان فعال در عرصه تحقیقات در رشته‌های مدیریت، اقتصاد و سیاست گذاری سلامت در سراسر کشور اجرا شده است و نتایج آن حاصل نظرات افراد مجرب و صاحب نظر شامل مدیران، اساتید و دانشجویان و پژوهشگران در رشته‌های سه گانه فوق است. در مطالعه حاضر حوزه‌ها و حیطه‌های تحقیقاتی مربوط به رشته‌های مدیریت، اقتصاد و سیاست گذاری سلامت بعنوان عرصه‌های مهم و تاثیر گذار در نظام سلامت مورد استخراج شد.

در این مطالعه معیارهای مد نظر در مصاحبه با ذینفعان شامل کاربردی بودن تحقیقات و مشکل محور بودن آنها بود. مهمترین معیار برای اولویت بندی تحقیقات در رشته‌های علمی توجه به کاربردی بودن و تامین نیاز جامعه توسط آن تحقیقات می‌باشد. غالباً در موسسات علمی و تحقیقاتی این اولویت بندی بر اساس سلائق شخصی و یا میزان بودجه موجود انجام می‌گیرد. لازم است در اولویت بندی تحقیقات سلامت، نگاهی به اولویت‌های ملی و بین‌المللی هم داشته باشیم (۷). در این زمینه کمیسیون پژوهش حوزه سلامت برای توسعه در سال ۱۹۹۰ تاکید داشت که: "فرآیندی که به منظور تعیین اولوی‌تها طراحی شده است نباید هیچگاه سؤالات زیر را نادیده بگیرد: به صدای چه کسانی گوش فرا داده می‌شود، نقطه نظرات چه کسانی غالب می‌شود، و بنابراین منافع بهداشتی چه کسانی پیش برده می‌شود" (۱۵). در سالهای گذشته پژوهش‌های متعددی برای تعیین اولویتهای پژوهشی در سطح مراکز تحقیقاتی و دانشگاهی انجام شده است. کلاهی (۴۱)، کریمی (۷)، حتمی (۴۸) و سهرابی اولویتهای تحقیقاتی را در مراکز دانشگاهی و تحقیقاتی مشخص نمودند. عمده این تحقیقات در یک مرکز صورت گرفته است. اما

تحقیقات کمتری در زمینه اولویت های پژوهشی رشته های تحصیلی از دیدگاه صاحب نظران آن رشته صورت گرفته است. در مطالعه حاضر، صاحب نظران در رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی در ۶ حیطه؛ ۴۲ حوزه تحقیقاتی؛ در رشته اقتصاد سلامت در ۲ حیطه؛ ۲۴ حوزه تحقیقاتی و در رشته سیاست گذاری سلامت در ۶ حیطه؛ ۲۳ حوزه تحقیقاتی را مشخص کردند. در این مطالعه برای رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی شش حیطه شامل: مدیریت عمومی و رهبری سازمان، مدیریت منابع انسانی، مدیریت مالی، مدیریت منابع اطلاعاتی، تدارک و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در سطوح ارائه خدمات و نظام شبکه و مدیریت بیمارستانی و مراکز تشخیصی و درمانی و موضوعات مهم از دیدگاه ذینفعان مشخص شدند. در مطالعه گونزالس بلاک (۲۰۰۴) برای کشورهای در حال توسعه موضوعات مربوط به مدیریت سلامت مانند تحلیل بخشی، سازماندهی و مدیریت، ارزیابی برنامه و منابع انسانی دارای بالاترین امتیاز بودند. همچنین موضوعات مهمی مانند کیفیت خدمات، عدالت، تمرکز زدایی و سیستم اطلاعاتی در اولویت های بعدی قرار داشتند (۲۱). تا کنون در کشور، مقاله ای در زمینه اولویت بندی تحقیقات در رشته مذکور به چاپ نرسیده است. در یک مطالعه در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در یک مرکز تحقیقاتی (۱۳۸۹) موضوعات مرتبط با مدیریت نظام سلامت مانند رضایت بیماران، خدمات بهداشتی درمانی، مشارکت مردمی و بار بیماریها به عنوان اولویت ششم تحقیقاتی از بین هفت اولویت در نظر گرفته شدند (۱۱). در مطالعه ملک افضلی و همکاران (۱۳۸۶) اولویت های تحقیقاتی نظام سلامت در یک طرح ملی تدوین و مشخص شد که یکی از این اولویت ها "مدیریت بهداشت و درمان" با رتبه ۸ از بین ۱۰ اولویت اصلی بود (۶). در مطالعه اولیاء و همکاران (۱۳۹۰) نیز اولویت های تحقیقات نظام سلامت مشخص شدند. در این بین موضوعات مرتبط با حوزه مدیریت بهداشت و درمان مانند ارتقای کیفیت خدمات، مدیریت منابع انسانی، بهینه سازی منابع، توسعه سیستم های اطلاعات سلامت، ارتقا کیفیت خدمات پرستاری، الگوهای مراقبت بهداشتی اولیه، مدیریت مالی، ایمین بیمار و ارائه الگوهای خصوصی سازی و تمرکز زدایی در بخش سلامت بعنوان موضوعات با اولویت گزارش شدند (۴۳). همانطور که مشاهده می شود موضوعات و عناوین گزارش شده در تحقیقات فوق با برخی حوزه های تحقیق حاضر مطابقت دارد و این می تواند دلیل بر اهمیت این عناوین و حوزه های تحقیقاتی مشترک باشد. نتایج مطالعه حاضر در زمینه اولویت های تحقیقاتی رشته اقتصاد سلامت، موضوعات تحقیقاتی را در دو حیطه اقتصاد کلان شامل: عدالت در سلامت، تامین مالی پایدار، نظام پرداخت، ارزیابی فن اوری سلامت، خصوصی سازی، توریسم درمانی، صادرات خدمات سلامت، بسته های خدمات سلامت و هدفمند سازی یارانه به سمت خدمات سلامت و در اقتصاد خرد شامل: اقتصاد بیمارستانی، تنظیم بازار سلامت، کاهش تقاضای القایی، نحوه مشارکت در پرداخت مردم، مطالعه هزینه های بیماری و قیمت تمام شده خدمات دسته بندی نموده است. هر کدام از عناوین مذکور از مهم ترین چالش ها و مسائل نظام سلامت و اولویت های تحقیقات در نظام سلامت محسوب می شوند (۲۱، ۴۹). در برنامه اصلاحات در نظام سلامت نیز صاحب نظران بر تغییر و اصلاح دکمه های کنترلی مهم مانند نظام های پرداخت، رفتار مصرف کننده، روش های تامین مالی و روش های مشارکت بخش خصوصی و دولتی در ارائه خدمات تاکید

داشتند (۵۰). که این موارد با عمده عناوین حاصل از پژوهش حاضر مطابقت دارد. مطالعه دیگری نیز نشان داد که موضوعاتی مانند هزینه یابی، تحلیل هزینه اثربخشی، تامین مالی و عدالت جز عناوین اولویت دار در تحقیقات نظام سلامت هستند (۲۱).

در رشته اقتصاد سلامت بعنوان یک رشته تحصیلی جدید که در حدود کمتر از یک دهه در کشور راه اندازی شده است، تنها یک مطالعه در زمینه اولویت بندی تحقیقات در رشته اقتصاد سلامت توسط عامریون و همکاران (۲۰۱۴) انجام شده است. نتایج مطالعه آنها نیز نشان داد که ۸ حوزه اصلی شامل: بازار کار، تامین مالی و بیمه ها، ارزیابی فن آوری، هزینه، اقتصاد سلامت، درآمد و تولید مراکز ارائه مراقبت سلامت، روش های پرداخت، خصوصی سازی، عدالت و عرضه و تقاضای خدمات بهداشتی جز اولویت های اصلی تحقیقاتی در رشته اقتصاد سلامت بودند. بالاترین امتیاز مربوط به بازار کار و عدالت در سلامت بود (۴۹). عمده نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد و این می تواند دلیلی بر اهمیت این اولویت های تحقیقاتی و موضوعات نظام سلامت باشد.

در زمینه رشته سیاست گذاری سلامت بعنوان یک رشته جدید التاسیس در کشور، هنوز مطالعه ای در زمینه تعیین اولویت های تحقیقاتی این رشته تحصیلی انجام و گزارش نشده است. در مطالعه حاضر در شش حیطه تحقیقاتی شامل (روش ها و ابزارهای سیاست گذاری سلامت، سیاست های ساختار نظام سلامت، سیاست های دارویی کشور، سیاست های تامین مالی، یکپارچگی در سیاست های نظام سلامت و موضوعات اخلاقی در عرصه سیاست گذاری سلامت) حوزه های تحقیقاتی شامل مشکلات خصوصی سازی، خودگردانی بیمارستانها، تامین کالی پایدار، ارزیابی فن آوری سلامت، توزیع عادلانه قدرت و نقش بازیگران نظام سلامت، عدم اجرای برنامه های سلامت در برنامه های کلان کشور، افزایش سهم سلامت در تولید ناخالص داخلی، تجمع بیمه ها، عدالت در پرداخت، حاکمیت بالینی، انتخاب معکوس توسط بیمه ها، تضاد منافع در نظام سلامت، پاسخگویی در نظام سلامت، فعالیت دوگانه پزشکان و موضوع زیر میزی پزشکان استخراج شدند. همانطور که مشاهده می شود سیاست گذاری سلامت موضوعات گسترده ای را پوشش می دهد و تفکیک موضوعی بین این رشته با رشته های مدیریت و اقتصاد سلامت مشکل است. موضوعات مذکور جز کلیدی ترین مباحث سیاست گذاری و تصمیم گیری در عرصه نظام سلامت و تحقیقات سیستم های بهداشتی (HSR) هستند. مطالعه گونزالس بلاک در سال ۲۰۰۴ نیز موضوعاتی مانند سیاست های دارویی، سیاست های اقتصادی در بخش سلامت، تمرکز زدایی و تحقیق برای شواهد را جز موضوعات مهم برای پژوهش قلمداد نمود (۲۱). لازم به ذکر است تحقیقات در موضوعات فوق به دلیل کمبود تخصص، منابع، ابزار و روش های محاسباتی و تصمیم گیری یا انجام نمی گیرند یا به صورت سطحی به آنها پرداخته می شود.

پیشنهادات

۱. اولویت بندی تحقیقات بر اساس رشته های مختلف عرصه بهداشت و درمان با استفاده از یک مدل جامع و علمی بومی
۲. تدوین معیارهای اساسی اولویت بندی تحقیقات سلامت
۳. تشکیل کارگروه اولویت بندی تحقیقات سلامت در ساختار تشکیلاتی بهداشت و درمان در دو سطح استانی و ملی
۴. جهت دهی پایان نامه ها و طرح های تحقیقاتی به سمت نیازهای اساسی جامعه و مطالعات هزینه اثربخش تر
۵. آموزش روش های اولویت بندی و انتخاب موضوع تحقیقاتی به کلیه پژوهشگران و دانشجویان
۶. ارزیابی عملکرد پژوهشی دانشگاههای علوم پزشکی بر اساس میزان انجام طرح های کاربردی مبتنی بر نیاز جامعه

منابع

- 1-Zarqam N. [Indicators and criteria in the selection of topics and research and development projects and methods of research and development priorities (Persian)]. Rahyaft. 1997; 17:12-17.
- 2-World Health Organization. Meeting of the WHO Scientific Working Group on Criteria for Setting Health Research Priorities. New Delhi: World Health Organization; 2000.
- ۳-فتحی واجارگاه، کوروش، "نیازسنجی پژوهشی مسئله یابی پژوهشی و اولویت بندی طرحهای تحقیقاتی ویژه مدیران و کارشناسان واحدهای پژوهش"، تهران، ایژ (۱۳۸۷).
- 4-Gross CP, Anderson GF, Powel NR. "The relation between funding by the national institutes of health and burden of disease". Nengl Med 1999; 340: 1881-1887.
- 5-Murray CYL, Lopez AD. Global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries and risk factor in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA. Harvard University Press on behalf of the World Health Organization and the World Bank; 1996.
- 6-Malekafzali H, Bahreini FS, Alaedini F, Forouzan AS. Health system priorities based on needs assessment & stakeholders' participation in I.R. Iran .Hakim Research Journal 2007; 10(1):13- 19.
- ۷-کریمی غریب و همکاران، "نیازسنجی و تعیین اولویت های پژوهشی در مرکز تحقیقات سازمان انتقال خون ایران"، فصلنامه خون، دوره ۲، شماره ۴، تابستان ۱۳۸۴.
- ۸-یاسینی سید مجتبی و همکاران، "اولویت های مشکلات سلامت و تحقیقات بهداشتی براساس نیازسنجی در استان یزد"، فصلنامه پژوهشی دانشکده بهداشت یزد، سال پنجم، شماره سوم و چهارم، پاییز و زمستان، ۱۳۸۵.
- ۹-امامی سیدرضا و همکاران، "ارزیابی نیازهای سلامت جامعه به منظور تدوین اولویت های برتر پژوهشی در شهر بوشهر به روش بحث متمرکز گروهی"، دوفصلنامه طب جنوب، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر، سال پنجم، شماره ۲، صفحه ۱۸۰-۱۷۶، اسفند ۱۳۸۱.
- ۱۰-بهادری محمدکریم. مهربان فردین، "تعیین اولویت های پژوهشی یک سازمان بیمه گر اجتماعی: استفاده از تحلیل سلسله مراتبی"، مجله پرستاری و مامایی جامع نگر، سال ۲۲، شماره ۶۸، پاییز و زمستان ۱۳۹۱.
- 11-Sohrabi MR, Tahmoreszadeh S, Mohamadi F, Kolahi AA. Research Priority Setting for Social Determinants of Health Research Center of Shahid Beheshti University of Medical Sciences in 2013. Community Health 2014; 1(1):32-44.

- 12-Lee L, Lin P, Chuang Y, Lee Y. Research output and economic productivity: a Granger causality test. *Scientometrics*. 2011;89(2):465--478.
- 13 -Godin B, Dor'e C. Measuring the impacts of science: Beyond the economic dimension. *History and Sociology of S&T Statistics*. 2004.
- 14-Martin, B., Salter, A., Hicks, D., Pavitt, K., Senker, J., Sharp, M., Von Tunzelmann, N. *The Relationship Between Publicly Funded Basic Research and Economic Performance: A SPRU Review*. HM Treasury, London. 1996.
- 15-World Report on Knowledge for Better Health, Strengthening Health Systems. World Health Organization. 2004. [cited 2009 Aug 29]; Available from: URL: www.who.int/rpc/meetings/pub1/en/
- 16-Commission on Health Research for Development. *HEALTH RESEARCH: Essential Link to Equity in Development*. New York: Oxford University Press; 1990.
- 17-Shannon Madden, Douglas K. Martin, Sarah Downey, Peter A. Singer. Hospital priority setting with an appeals process: a qualitative case study and evaluation. *Health Policy* 73 (2005) 10–20
- 18-Daniels N, Sabin JE. *Setting limits fairly: can we learn to share medical resources?* Oxford, UK: Oxford University Press; 2002.
- 19-Daniels N, Sabin JE. Limits to health care: fair procedures, democratic deliberation and the legitimacy problem for insurers. *Philosophy and Public Affairs* 1997;26(4):303-502.
- 20- Reveiz L, Elias V, Terry RF, Alger J, Becerra-Posada F. Comparison of national health research priority-setting methods and characteristics in Latin America and the Caribbean, 2002–2012. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;34(1):1–13.
- 21-Gonzalez-Block MA. Health policy and systems research agendas in developing countries. *Health Research Policy and Systems* 2004, 2:6.
- 22-Devarajan Sh, Miller MJ, Swanson EV. *Goals for Development: History, Prospects and Costs*, World Bank, Discussion Paper. 2002. Report No.: NO 2819.
- 23- Global forum for health research; helping correct the 10/90 gap; The Combined Approach Matrix, A Priority Setting Tool for Health Research, June 2004, Geneva, Switzerland
- 24- Global forum for health research; helping correct the 10/90 gap; health research for policy, action and practice, Resource modules, 2004, Geneva, Switzerland
- 25-Fleurence RL, Torgerson DJ. Setting priorities for research. *Health Policy* 69 (2004) 1–10
- 26-Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options. *Investing in health research and development*. 1996; TDR/Gen/96.1.
- 27-Michaud CM, Murray CJ, Bloom BR. Burden of disease— implications for future research. *Journal of American Medical Association* 2001;285:535–9.
- 28-World Bank. *World Development Report 1993 Investing in Health*. New York: 1993.

- 29-Henshall C, Oortwijn W, Stevens A, Granados A, Banta D. Priority setting for health technology assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1997;13:144-85.
- 30-Phelps CE, Parente ST. Priority setting in medical technology and medical practice assessment. *Medical Care* 1990;28:703-23.
- 31-Phelps CE, Mooney C. Correction and update on priority setting in medical technology assessment. *Medical Care* 1992;30:744-5.
- 32-Claxton K, Posnett J. An economic approach to clinical trial design and research priority-setting. *Health Economics* 1996; 5:513-24.
- 33-Claxton K. The irrelevance of inference: a decision-making approach to the stochastic evaluation of health care technologies. *Journal of Health Economics* 1999;18:341-64.
- 34-Felli JC, Hazen GB. Sensitivity analysis and the expected value of perfect information. *Medical Decision Making* 1998;18:95-109.
- 35- Claxton K, Sculpher M, Drummond M. A rational framework for decision making by the National Institute For Clinical Excellence (NICE). *Lancet* 2002;360:711-5.
- 36-Nielson, Jakob; the use and misuse of focus groups; program development & evaluation; 1997; available from URL: www.useit.com
- 37-Task Force on Health Research for Development. *A Strategy for Action in Health and Human Development*. Geneva Switzerland; 1991
- 38-Drummond MF, Stodart GL, Torrance GW. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford: Oxford University Press: 1987.
- 39-Varkeisser CM, Pathmanathan I, Brownlee A. Designing and conducting health systems research projects. Module 3: Identifying and prioritizing problems for health research. In: *Health Systems Research Training Series*. International Development Research Centre and the World Health Organization, 1991; 2(Pt 1): 34
- ۴۰-عبادی فر اصغر. محمدی محمدرضا. ولائی ناصر، "عملکرد پژوهشی و نیازهای آموزش پژوهش اعضای هیئت علمی دندانپزشکی کشور ۱۳۸۳"، *مجله دندانپزشکی*، دوره ۱۸، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۴
- 41-Kolahi AA, Sohrabi MR, Abdollahi M, Soori H. Setting research priority in Shahid Beheshti University of Medical Sciences: methods, challenges, limitations. *Pejouhandeh* 2010;15(4):143-51.
- ۴۲-یزدان پناه بهروز و همکاران، "تعیین اولویتهای پژوهشی حوزه سلامت از طریق نیازسنجی در استان کهگیلویه و بویراحمد"، *مجله ارمغان دانش*، سال ۸، شماره ۳۱، پاییز ۱۳۸۲
- 43-Owlia P, Bahreini F, Baradaran Eftekhari M and et al. Health research priority setting in Iran. *Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2011
- 44-Ostlin, Pirooska, Paula Braveman, and Norberto Dachs. "Priorities for research to take forward the health equity policy agenda." *Bulletin of the World Health Organization* 83.12 (2005): 948.

- 45-Ranson, M. K., Chopra, M., Atkins, S., Dal Poz, M. R., & Bennett, S. (2010). Priorities for research into human resources for health in low-and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(6), 435-443.
- 46-Makial Agha B. Barriers and facilitators of research universities to provide practical guidelines for the promotion of research at the University. *Journal of Modern Thoughts in Education*, 2007 2(3):101-10.
- 47-Zaker Salehi Gh. Research environment in Iran and recommending objectives and policies of research in 5TH economic and cultural development plan. *Research and planning in higher education*, 2009 53: 51-78.
- 48-Hatmi ZN, Mohammadi N, Sedaghat M. Determination research priorities in the medical faculty departments. *Tehran Univ Med J* 2006; 63(11):913-9. (Full text in Persian).
- 49-Amerioun A, Teymourzadeh E, Alijanzadeh M, Hakimzadeh S. M, Hosseini Shokouh S. M, Bahadori M. K, Tahernezhad K. Research Needs Assessment and Priority Setting for Health Economics: A Mixed method Study in Iran. *Journal of Military Medicine*, 2014 16(1): 23-28.
- 50-Hisao W. Health care reform: getting right.