

معیارهای تعیین اولویتهای پژوهش علوم پزشکی

گزارش نشست هیأت علمی - کاری WHO

مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور



معیارهای تعیین اولویتهای پژوهش علوم پزشکی

گزارش نشست هیأت علمی - کاری WHO

ویراستار:

دکتر محمدرضا محمدی

مترجمین:

دکتر الهام جعفری مجرد

دکتر سپیده باقری نژاد

دکتر احمد رضا حسین پور

بنام خدا

پیش‌گفتار

هدف نهایی سیستم بهداشتی هر کشور، ارتقای سطح سلامت مردم و برقراری و پیشبرد مساوات بهداشتی در میان آنان است. پژوهش در این میان می‌تواند از طریق اطلاع‌رسانی و آرایه رهنمود در جهت طراحی و اجرای سیاست‌ها و برنامه‌های بهداشتی، نقش بسزایی در نیل سیستم بهداشتی به این هدف ایفا کند. لیکن در حال حاضر، بسیاری از پژوهش‌ها به ویژه در کشورهای در حال توسعه، این نقش کارساز را ندارند. تعداد زیادی از پژوهش‌ها به صورت ناهماهنگ و پراکنده انجام می‌شوند که منجر به ناکارآمدی و دوباره کاری آنها می‌شود. همچنین بخش فراوانی از پژوهش‌ها در راستای اولویت‌های سیستم بهداشتی کشورها نیست. رخداد این مسأله در مورد کشورهای فقیر و در حال توسعه چشمگیر است.

از سوی دیگر تنها ده درصد از کل سرمایه‌های پژوهشی دنیا برای نود درصد مردم جهان به‌کار گرفته می‌شود. در کشورهای در حال توسعه این مشکل شدیدتر است و حتی همان پژوهش‌های اندکی که در این کشورها انجام می‌شود، در جهت برطرف کردن مشکلات بهداشتی و کاهش بار بیماری‌های عمده آن کشورها نیست و بیشتر بر اساس انگیزه شخصی پژوهشگر، سرمایه‌گذاری بخش خصوصی، صنایع دارویی و یا مؤسسات خارجی انجام می‌گیرد. مجموعه این موارد سبب می‌شود که

برون‌ده پژوهشی منجر به بهبود سیاستگذاری‌ها و برنامه‌های سیستم بهداشتی نشود. بنابراین نیاز به وجود یک سیستم که بتواند با برنامه‌ریزی، هماهنگی، پایش، مدیریت منابع و فعالیت‌ها همچنین پیشبرد بهره‌گیری از پژوهش سبب توسعه برابر و کارآمد بهداشتی در سطح کلان شود، کاملاً محسوس است.

بیش از یک دهه است که مجامع بین‌المللی به منظور ایجاد و ارتقای سیستم پژوهشی کارآمد در علوم پزشکی به ویژه برای کشورهای در حال توسعه مشغول فعالیت هستند و تلاش می‌کنند تا با ارایه یک رویکرد نظام یافته، پژوهش‌های علوم پزشکی را در این کشورها بهینه سازند. مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور به منظور آشنایی سیاستگذاران، مدیران، پژوهشگران و علاقه‌مندان با دیدگاه این مجامع بین‌المللی درخصوص سیستم‌های پژوهش علوم پزشکی، اقدام به بررسی مستندات آنان، همچنین گزینش و برگردان مفیدترین آنها کرده است. به امید آنکه بهره‌گیری از این مجموعه بتواند سبب ایجاد نگرشی نو در امر پژوهش شود و در نهایت با ایجاد روش‌های نظام یافته در امر پژوهش انجام پژوهش‌های کارآمد و منسجم در سطح کشور تسهیل گردد.

دکتر محمدرضا محمدی

رئیس مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور

فهرست عناوین

مقدمه..... ۱

بخش ۱: تعیین اولویت‌ها در پژوهش علوم پزشکی..... ۴

۱-۱) چرا باید اولویت‌بندی نمود؟..... ۴

۱-۲) تعیین اولویت‌ها و خلاقیت..... ۶

۱-۳) تعیین اولویت‌ها در پژوهش علوم پزشکی..... ۷

۱-۴) سیاست‌های بهداشت ملی و تعیین اولویت‌ها در

پژوهش علوم پزشکی..... ۹

بخش ۲: نیازهای اطلاعاتی برای اولویت‌بندی

پژوهش علوم پزشکی..... ۱۱

بخش ۳: بعد مشارکتی اولویت‌بندی پژوهش

علوم پزشکی..... ۱۳

بخش ۴: تعیین معیارها برای اولویت‌بندی در پژوهش..... ۱۵

۴-۱) چرا باید به تعیین معیارها پرداخت؟..... ۱۵

۴-۲) مراحل تعیین معیارها: دورنمای اصلی..... ۱۶

۴-۳) مراحل تعیین معیارها: دورنمای جهانی..... ۱۷

۴-۴) مراحل تعیین معیارها: دورنمای ملی..... ۱۹

بخش ۵: ابزارهای مورد استفاده در تعیین اولویت‌ها..... ۲۱

۱-۵) رابطه بین مراحل تعیین اولویت‌ها

و ابزار مورد استفاده..... ۲۱

۲-۵) فنون پیشنهادی برای فرآیندهای

تعیین اولویت‌ها..... ۲۱

بخش ۶: ارتباط بین شرایط ملی و تحت ملی

جهت تعیین اولویت‌ها..... ۲۶

بخش ۷: بعد اخلاقی تعیین اولویت‌ها در

پژوهش علوم پزشکی..... ۲۸

۱-۷) اخلاق و برابری در تعیین اولویت‌ها..... ۲۸

۲-۷) منافع فرد و جامعه در تعیین اولویت‌ها..... ۲۹

بخش ۸: پژوهش در ضرورت های بهداشت ملی

و تعیین اولویت‌ها..... ۳۳

بخش ۹: چارچوب و رهنمودهایی برای تعیین اولویت‌های

مشکلات بهداشتی و پژوهش‌های علوم پزشکی..... ۳۵

مقدمه:

ریاست منطقه آسیای جنوب شرقی^۱ سازمان بهداشت جهانی^۲، در سال ۱۹۹۹، به توصیه نخستین همایش مشترک کمیته مشورتی پژوهش علوم پزشکی کشورهای منطقه آسیای جنوب شرقی^۳ و رؤسای شوراهای پژوهشی علوم پزشکی^۴، به پایه‌گذاری هیأت‌های علمی-کاری در چهار زمینه خطیر مدیریت پژوهش علوم پزشکی همت گماشت.

این چهار زمینه شامل «مدیریت و هماهنگی فعالیت‌های پژوهش علوم پزشکی در کشورها»، «معیارهای تعیین اولویت‌های پژوهش علوم پزشکی»، «فرمول‌بندی راهبردها و سیاستگذاری‌های ملی پژوهش علوم پزشکی»، و «مدیریت اطلاعات پژوهش علوم پزشکی» بودند و هیأت‌ها به فعالیت در زمینه مربوطه پرداختند.

-
1. South-East Asia Region (SEAR)
 2. World Health Organization (WHO)
 3. South East Asia Advisory Committee on Health Research (SEA-ACHR)
 4. Medical Research Councils (MRC)

آنچه در این نوشتار در پیش روی خود دارید، گزارشی است از نشست هیأت فعال در زمینه «معیارهای تعیین اولویتهای پژوهش علوم پزشکی» که در روزهای یکم تا سوم نوامبر سال ۱۹۹۹ با شرکت اعضای هیأت، سه میهمان ویژه و نمایندگان WHO در شهر دهلی نو برگزار گردید.

نکته قابل توجه در این گزارش، تأکید شرکت‌کنندگان بر لزوم انجام فرآیند تعیین اولویت‌ها با توجه توأم به شرایط کشوری و شرایط بین‌المللی و جهانی است. راهکارهای ارائه شده نیز عمدتاً عمومیت داشته و شاید تا حدود زیادی از قابلیت بسط و به‌کارگیری در سایر مناطق و کشورها برخوردار باشند.

توضیح:

واژه *Health* در فارسی عمدتاً معادل «بهداشت» و یا «سلامت» در نظر گرفته می‌شود و بر این اساس برای عبارت *Health Research* باید معادل «پژوهش سلامت» یا «پژوهش بهداشتی» را برگزید. اما تمایز قایل شده ما بین دو محور بهداشت و درمان (در گذشته) و احتمال برداشت نادرست از معادل «پژوهش بهداشتی» به عنوان پژوهش صرف در محور بهداشت از یک سو و نامأنوس بودن عبارت «پژوهش سلامت» از سوی دیگر ما را بر آن داشت تا در این نوشتار «پژوهش علوم پزشکی» (به معنی کلیه فرآیندهای تولید دانش در راستای سلامت انسان‌ها) را به عنوان معادل *Health Research* برگزینیم. اما لغت *Health* به تنهایی یا در دیگر ترکیب‌ها به صورت بهداشت با سلامت ترجمه گردیده است. (مترجمین)

بخش ۱

تعیین اولویت‌ها^۱ در پژوهش علوم پزشکی^۲

۱-۱) چرا باید اولویت‌بندی نمود؟

چون منابع محدودند. محدودیت منابع، اصلی است که همه‌جا به ویژه در کشورهای در حال توسعه وجود دارد. بنابراین باید قبل از تخصیص منابع و توافق بر سر انجام عملیاتی خاص، به سبک و سنگین کردن انتخاب‌های مختلف پرداخت.

در واقع هدف کلی، تخصیص کارآمدتر منابع است که این امر، اصل اولیه برای توسعه ملی محسوب می‌شود. بحث تخصیص منابع، خود کانون توجه طیف وسیعی از علایق نیازمندی‌ها است. هنوز چگونگی گنجاندن و یکپارچه نمودن تمامی اطلاعات مربوط به فرآیندهای مدیریتی و سیاستی تصمیم‌گیری - به نحوی مناسب و منطقی - به خوبی دانسته نشده و این امر

-
1. Priority Setting
 2. Health Research

درفرآیند تعیین اولویت‌های پژوهش علوم پزشکی نیز صادق است.

تعدادی از سازمان‌ها به حمایت از تعیین اولویت‌ها در پژوهش علوم پزشکی پرداخته‌اند. برای مثال مرکز بین‌المللی پژوهش و توسعه کانادا^۱، تعیین اولویت‌ها را به عنوان قدمی مهم در برنامه‌های آموزشی خود در مورد پژوهش در سیستم‌های بهداشتی معرفی کرده است. همچنین «شورای پژوهش علوم پزشکی برای توسعه»^۲ (COHRED) که در جهت پیشبرد مفهوم و به کارگیری «پژوهش در ضرورت‌های بهداشت ملی»^۳ (ENHR) فعالیت می‌کند نیز به تشکیل یک گروه کاری در مورد تعیین اولویت‌ها همت گماشته است. در واقع ایده نهفته در ورای این فعالیت‌ها، راهنمایی کشورها در جهت استفاده بهتر از منابع بسیار محدودشان در زمینه پژوهش علوم

-
1. International Development and Research Center of Canada
 2. Council on Health Research for Development
 3. Essential National Health Research

پزشکی است. از این رو اولویت‌بندی پژوهش به عنوان یکی از نقاط کلیدی در چرخه پژوهش مطرح می‌گردد.

۲-۱) تعیین اولویت‌ها و خلاقیت

ممکن است تعیین جهت‌گیری‌های پژوهش یا انتخاب اولویت‌هایی که محدود به دانسته‌های زمان حال هستند، به عنوان مهار و سرکوبی برای خلاقیت که لازمه موفقیت پژوهش است، تلقی شود. فرآیندهای تعیین اولویت باید نسبت به این مهم حساس و بیدار باشند. تا حد امکان، انتخاب‌های موجود را باید به صورتی منطقی و به نحوی که مانع خلاقیت نشود مورد تجزیه و تحلیل قرار داد.

علاوه بر این، تمامی مسایل و مشکلات بهداشتی نیاز به انجام پژوهش بیشتر ندارند و پژوهش ممکن است در مواردی به عنوان بهانه‌ای برای طفره رفتن از مقوله‌های مسأله‌ساز به کار گرفته شود. شرکت‌کنندگان در فرآیند تعیین اولویت‌ها باید به خوبی انتخاب شده باشند تا بتوانند از عهده تشخیص این مهم برآیند.

۳-۱) تعیین اولویت‌ها در پژوهش علوم پزشکی

مقایسه و سبک و سنگین نمودن انتخاب‌ها در قلب تعیین اولویت‌ها قرار دارد. هدف از این فرآیند در واقع شناسایی مسایل و مشکلاتی است که توجه بیشتری را می‌طلبد تا بدین‌ترتیب برنامه‌ریزان و طرح‌ریزان پژوهش منابع را به سمت و سویی که بیشترین نیاز وجود دارد، هدایت کنند. تعیین اولویت‌ها معمولاً در صورتی که طی چند مرحله انجام گیرد، بیشترین منفعت را در پی خواهد داشت. در مرحله اول قلمروها و زمینه‌های مختلف اولویت‌بندی می‌شوند. این مرحله به ویژه مورد توجه و علاقه برنامه‌ریزان و سیاستگذاران است و برای انجام آن الزاماً نیازی به فنون پیچیده و دور از ذهن نیست.

طی مرحله دوم، عناوین پژوهشی مختلف در هر یک از این زمینه‌ها جمع‌آوری و اولویت‌بندی می‌شوند. این مرحله در درجه اول همواره مورد توجه کادر فنی بوده و نیازمند به کارگیری ابزار و روش‌های مناسب جهت انتخاب است. لازم به ذکر است که دو

اصل مشارکت و فراگیر بودن در هر دو مرحله فوق باید در نظر گرفته شود.

تعیین اولویت‌ها در دو مرحله باعث ایجاد انعطاف‌پذیری در عمل و اجرا می‌گردد. تعیین اولویت‌ها در مسایل بهداشتی با تعیین اولویت‌ها در مشکلات پژوهش متفاوت است و بنابراین تفکیک یا جدا نمودن اولویت‌بندی بیماری‌ها از اولویت‌بندی پژوهش مفید و ضروری است. فرآیند اولویت‌بندی در این صورت قادر خواهد بود که به انعکاس اهمیت نسبی بیماری‌ها یا مشکلات بهداشتی (مرحله ۱) و اهمیت مقوله‌های پژوهشی در هر یک از این بیماری‌ها یا مشکلات بهداشتی (مرحله ۲) بپردازد. بنابراین دو مرحله به طور متوالی صورت می‌گیرد و به موازات یکدیگر در نمی‌آیند. یک فرآیند اولویت‌بندی دو مرحله‌ای می‌تواند هم برای برنامه‌ریزان (به ویژه مرحله ۱) و هم برای پژوهشگران (به ویژه مرحله ۲) مفید واقع شود. بنابراین ارزش عملی این فرآیند دو چندان می‌گردد.

۴-۱) سیاست‌های بهداشت ملی و تعیین اولویت‌ها در پژوهش علوم پزشکی

«برنامه پژوهش علوم پزشکی ملی»^۱ باید در طی بسط و توسعه طرح‌های توسعه بهداشت ملی پایه‌گذاری گردد. این امر باید در چارچوب سیاست بهداشت ملی و تلاش‌های کلی که در جهت توسعه کشور صورت می‌گیرد، انجام پذیرد. البته جنبه‌های اساسی و در عین حال ظریفی برای پایه‌گذاری برنامه اولویت‌ها^۲ در پژوهش علوم پزشکی، در چارچوب سیاست‌های بهداشت ملی وجود دارد تا بین نیازهای فنی و غیرفنی توازن حاصل شود.

البته اگر تعیین اولویت‌ها به طور کلی برای برنامه‌های بهداشتی بندرت انجام گیرد، درک اهمیت انجام آن برای پژوهش علوم پزشکی به سادگی ممکن نخواهد بود. از سوی دیگر ترغیب پژوهش‌های علوم پزشکی در جهت مد نظر قرار دادن نیازهای ملی، پدیده‌ای تازه در کشورهای منطقه آسیای جنوب

1 - National Health Research Agenda

2 - Priority Agenda

شرقی (SEAR) تلقی نمی‌گردد. برای نمونه بنیاد پژوهشی تایلند^۱، ملیوئیدوز^۲ را به عنوان یک بیماری دارای اولویت که نیازمند انجام پژوهش جهت مقابله با آن می‌باشد معرفی کرده است. مطالعات صورت گرفته توسط شورای پژوهش پزشکی هند^۳ یا مراکز همکاری‌کننده با WHO در کشورهای SEAR بر روی گواتر، بری‌بری، سل یا کمبود مواد غذایی، مثال‌هایی از پژوهش‌های مبتنی بر نیاز هستند. مطالعه شیوع هموگلوبینوپاتی‌های مختلف در جزایر مالدیو در طی سال‌های ۱۹۹۲ تا ۱۹۹۵ مثال دیگری از این دست است. اما چنین فعالیت‌هایی لزوماً حاصل فرآیندهای نظام‌مند تعیین اولویت‌ها نبوده‌اند.

گذشته از این، هیچ گروهی چه سیاستگذاران، چه مدیران و یا تهیه‌کنندگان خدمات بهداشتی، چه پژوهشگران و چه مشتریان نهایی نمی‌توانند ادعا کنند که دارای حق انحصاری برای تعیین اولویت‌ها هستند. همچنین تلاش برای تعیین امکان‌پذیری علمی طرح‌ها بدون مشورت با دانشمندان و پژوهشگران، عملی غیرعاقلانه خواهد بود.

-
1. Thai Research Fund
 2. Mellioidosis
 3. Indian Council of Medical Research

نیازهای اطلاعاتی برای اولویت‌بندی پژوهش

علوم پزشکی

اطلاعات از دیدگاه بنیادی، ارزش و اهمیتی اساسی دارد و قابل تفکیک از چارچوب و شرایط محیطی نیست. همچنین وجود اطلاعات کافی در زمینه دغدغه‌های مربوط با اصل برابری از اهمیت برخوردار است. تعیین اولویت‌ها، همواره نیازمند وجود اطلاعات در مورد وضعیت بهداشت، نظام مراقبت بهداشتی و نظام پژوهش علوم پزشکی بوده است. منابع اطلاعاتی مختلفی از جمله ذیح حیاتی، پرونده‌ها و مدارک مراکز بهداشتی و بیمارستان‌ها، اطلاعات مرتبط با بخش‌های خارج از بهداشت، مؤسسات دانشگاهی، سازمان‌های غیردولتی، انجمن‌ها، بخش خصوصی و غیره را باید در نظر داشت. به طور کلی بررسی وضعیت موجود، از اهمیت بسزایی برخوردار است. همچنین به روز درآوردن اطلاعات به صورت مداوم، مفید خواهد بود

و می‌تواند در فرآیند پایش کمک‌کننده باشد. با این همه آنچه اهمیت اساسی دارد، کیفیت اطلاعات موجود است. در واقع کیفیت اطلاعات بسیار بیشتر از کمیت اطلاعات ارزش دارد و توجه خاص باید معطوف بهبود کیفیت اطلاعات و همچنین مد نظر قراردادن شکاف‌های موجود در درک و فهم گروه‌های مختلف گردد. بدیهی است اعمال مدیریت صحیح بر فرآیند تعیین اولویت‌ها، تبادل اطلاعات بین سیاستگذاران، مدیران برنامه، پژوهشگران و کاربران نهایی (که مقوله‌ای کلیدی است) را تسهیل خواهد کرد.

بعد مشارکتی اولویت‌بندی پژوهش علوم پزشکی

رویکرد مشارکتی در فرآیند تعیین اولویت‌ها و نیز در دیگر مراحل چرخه پژوهش نقش اساسی دارد. به صدای چه کسانی گوش داده می‌شود؟ نظرات چه کسانی غالب می‌گردد؟ و علایق بهداشتی چه کسانی پیش برده می‌شود؟ طرح این سؤالات اساسی به متمرکز نمودن فرآیند تعیین اولویت‌ها بر بعد مشارکت و نیز برابری کمک خواهد کرد.

برای به کارگیری رویکردی مشارکتی، یک گروه مرکزی جهت طرح‌ریزی، اجرا و پایش فرآیند تعیین اولویت‌ها مورد نیاز است. طیف وسیعی از گروه‌های ذینفع شناسایی شده و در فرآیند تعیین اولویت‌ها شرکت داده می‌شوند. در این بین، درنظر داشتن افرادی که می‌توانند نیازهای پژوهش را شناسایی و منابع موجود را ارزیابی کنند و یا به

نیازهای اطلاعاتی بپردازند از اهمیت برخوردار است. در تعیین اولویت‌ها بسته به سطح فرآیند می‌توان از گروه‌های ذینفع مختلفی (به عنوان مثال مؤسسه‌ای، تحت ملی یا ملی) برای شرکت در فرآیند دعوت بعمل آورد.

بخش ۴

تعیین معیارها برای اولویت‌بندی در پژوهش علوم پزشکی

۴-۱) چرا باید به تعیین معیارها پرداخت؟

معیارها به عنوان استانداردهایی جهت سنجش اعمال تعریف شده‌اند. معیارها انجام مقایسات را امکان‌پذیر می‌سازند. بنابراین معیارها بخشی کلیدی در فرآیند اولویت‌بندی به حساب می‌آیند. در تلاش برای تعیین معیارها برای اولویت‌بندی و به منظور یاری‌رساندن به تصمیم‌گیرندگان جهت اولویت‌بندی پژوهش علوم پزشکی باید به سه سؤال اساسی پاسخ داد. چه چیز را باید سنجید؟ سنجش را باید در چه سطحی انجام داد؟ سنجش را باید چگونه به انجام رسانید؟

پرسش «چه چیز را باید سنجید؟» به زمینه‌های مورد انتظار جهت اولویت‌بندی اشاره دارد. برای مثال این زمینه‌ها را می‌تون بر اساس قلمروهای اصلی بهداشت جهانی (از جمله وضعیت بیماری و مشکلات

تندرستی؛ نظام‌های مراقبت بهداشتی؛ عوامل تعیین‌کننده محیطی؛ غذا و تغذیه و مشخصه‌های اجتماعی- فرهنگی) دسته‌بندی و از روش‌های دیگر نیز برای طبقه‌بندی استفاده کرد.

پرسش «سنجش را باید در چه سطحی انجام داد؟» می‌تواند به سطوح جهانی، منطقه‌ای، ملی، تحت‌ملی، استانی، تحت‌استانی، مؤسسه‌ای یا بخشی اشاره داشته باشد. فرآیندهای اولویت‌بندی و همچنین معیارهای مورد استفاده جهت سنجش بسته به سطح مورد نظر متفاوت خواهند بود.

پاسخ پرسش «سنجش را باید چگونه به انجام رسانید؟» و یا این که چه معیارهایی را باید برای سنجش به کار برد به ۲ سؤال قبلی بستگی دارد. پس از در نظر گرفتن جمیع شرایط است که می‌توان به بسط و توسعه معیارها پرداخت.

۲-۴) مراحل تعیین معیارها: دورنمای اصلی

مراحل مشخص برای تعیین معیارها جهت اولویت‌بندی مشکلات بهداشتی و پژوهش علوم

پزشکی در سطوح جهانی و ملی وجود دارد. علاوه بر این، انجام پژوهش در زمینه بسط و توسعه معیارها به ویژه در پیش‌زمینه‌های ملی خود می‌تواند مثمر ثمر واقع شود. در سراسر فرآیند باید اهداف کلی و اصول راهنما از جمله بهداشت برای همه^۱ را در یاد داشت.

۳-۴) مراحل تعیین معیارها: دورنمای جهانی

از نقطه نظر جهانی مراحل زیر را می‌توان مد نظر داشت:

- **مسأله چقدر وسعت و بزرگی دارد؟** این سؤال به گستره مسأله بهداشتی و میزان درگیری کشورهای مختلف (در سطوح جهانی یا منطقه‌ای) می‌پردازد. علاوه بر معیارهای مرتبط با ابتلا و مرگ‌ومیر - که ممکن است از سوی عده‌ای به عنوان شاخص‌های سنتی و قدیمی قلمداد شوند - می‌توان از شاخص‌های دیگری چون طول عمر منطبق شده با ناتوانی^۲ (DALYs) و امید به زندگی منطبق شده با

1. Health for All

2. Disability-adjusted Life Years

ناتوانی^۱ (DALEs) جهت سنجش بار بیماری در جمعیت‌ها سود جست.

• چرا بار بیماری پابرجا بوده و تداوم می‌یابد؟ دلایل مختلفی برای این امر ممکن است وجود داشته باشد. برای مثال آگاهی ناکافی، عدم به کارگیری آگاهی به میزان کافی، عدم کفایت فنون و ابزار یا بازماندن از استفاده مؤثر از ابزار موجود، همه و همه مثال‌هایی از این دلایل هستند. پرداختن به این مقوله‌ها انواع مختلفی از پژوهش‌ها را می‌طلبد. برای نمونه، فقدان آگاهی و اطلاعات در مورد بیماری و عوامل تعیین کننده آن را می‌توان به کمک پژوهش پایه‌ای مطالعه و بررسی کرد. استفاده ناقص یا نادرست از فنون و ابزار موجود را می‌توان با پژوهش عملیاتی یا پژوهش در نظام‌های بهداشتی و سیاستگذاری بهداشتی تحت بررسی قرار داد. در صورت وجود آگاهی کافی در مورد بیماری، ناکافی بودن فنون و ابزار را می‌توان با بسط و توسعه مداخلات مناسب برطرف کرد. بنابراین در مورد آخر،

سؤال اساسی به این ترتیب مطرح می‌گردد که آیا اطلاعات کافی در مورد مسأله وجود دارد تا استفاده از مداخلات ممکن مد نظر قرار داد؟

• هزینه - اثربخشی این مداخلات چقدر است؟

در اینجا باید به بررسی این نکته پرداخت که آیا می‌توان مداخلات مورد نظر را با صرف زمان و هزینه‌ای قابل قبول به انجام رسانید. آیا مداخله مورد نظر از جهت هزینه صرف شده به ازای DALY های پیشگیری شده یا سالیان افزوده شده به DALE هزینه - اثربخش خواهد بود؟

• تا کنون چه کاری در مورد مسأله صورت

گرفته است؟ در اینجا باید به این امر پرداخت که تاکنون تا چه حد و میزانی به مسأله مورد نظر پرداخته شده است. منابع سرمایه‌گذاری‌کننده مسأله‌ای خاص - در صورت معلوم بودن - امر مهمی در این مرحله خواهند بود.

۴-۴) مراحل تعیین معیارها: دورنمای ملی

از نقطه نظر ملی، تخصیص مؤثر و کارآمد منابع، تکلیفی اولیه به حساب می‌آید. تعیین اولویتهای مشکلات بهداشتی و تعیین اولویتهای مداخلات مراقبت‌های بهداشتی اهمیتی واضح در برنامه‌ریزی بهداشت دارند. از آنجا که مشکلات بهداشتی واجد اولویت در کشور، باید زمینه‌های پژوهشی واجد اولویت گردند، معیارهای مورد استفاده برای اولویت‌بندی مشکلات بهداشتی به طور غیرمستقیم معیارهای مورد استفاده برای اولویت‌بندی زمینه‌های پژوهشی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. البته معیارهای مورد استفاده برای هر مرحله ممکن است که از کشوری به کشور دیگر متفاوت باشند. اما به طور کلی بزرگی مسأله بهداشتی و همچنین میزان پاسخ‌دهی آن به مداخلات، در این معیارها تجلی خواهد یافت.

بخش ۵

ابزارهای مورد استفاده در تعیین اولویت‌ها

۵-۱) رابطه بین مراحل فرآیند تعیین اولویت‌ها و ابزار مورد

استفاده

روش‌ها و ابزار مورد استفاده در تعیین اولویت‌ها را باید با مرحله فرآیند تعیین اولویت‌ها وفق داد. طی مراحل آغازین (اولویت‌بندی زمینه‌ها یا قلمروها) معمولاً نیاز به استفاده از فنون پیچیده وجود ندارد. برای مثال فنون یورش فکری و *Delbecq* و همچنین جلسات بحث می‌توانند کاملاً کفایت کنند. اما در مرحله دوم (اولویت‌بندی عناوین پژوهشی در هریک از این زمینه‌ها و قلمروها) روش‌ها و ابزار مورد نیاز، نسبتاً پیچیده‌تر خواهند بود.

۵-۲) فنون پیشنهادی برای فرآیندهای تعیین اولویت

بحث متمرکزگروهی^۱، روشی عمیق برای

برقراری گفتگو بین شرکت‌کنندگان دارای آگاهی و علایق مشترک است. کار از طریق بحث و تجزیه و تحلیل به صورتی ضابطه‌مند و هنجارگرا^۱ انجام می‌پذیرد و این اصل عامل تمایز این روش از جلسات بحث گروهی معمولی^۲ است.

تجزیه و تحلیل محدود کننده^۳، قبل از اینکه روشی خاص و منحصر به فرد باشد، مرحله‌ای از فرآیند شناسایی نیازهاست. برای مثال مشکلات بهداشتی و علل زمینه‌ای آنها را می‌توان با ترسیم یک «نمودار درختی از عوامل محدود کننده»^۴ شناسایی کرد. حتی وقتی مشکلات معلوم می‌شوند نیز تجزیه و تحلیل درختی عوامل محدود کننده می‌تواند در روشن‌تر نمودن مشکلات کمک کننده باشد.

فنون گروهی اسمی^۵، از این فنون برای بررسی نظرات گروهی از کارشناسان به منظور نیل به توافق

-
1. Normative
 2. Ordinary group discussion
 3. Constraints Analysis
 4. Constraints tree
 5. Nominal group techniques

یا تصمیم جمعی استفاده می‌شود. این روش در شش مرحله اجرا می‌گردد: تولید و نوشتن ایده‌ها در سکوت و بدون گفتگو؛ بازخورد ایده‌ها؛ بحث پی‌درپی در مورد ایده‌ها؛ رأی‌گیری مقدماتی؛ بحث در مورد رأی‌گیری مقدماتی و رأی‌گیری نهایی.

فنون دلفی^۱، به عنوان روش‌هایی برای ایجاد ارتباط بین گروه‌های متخصصی که در مورد مسأله‌ای پیچیده کار می‌کنند، مورد استفاده قرار می‌گیرند. این فنون عمدتاً شامل استفاده از پرسش‌نامه‌ها و محاسبه میانگین‌ها (غیر شخصی) است.

تجزیه و تحلیل درخت تصمیم‌گیری^۲، در به‌کارگیری معیارها جهت اولویت‌بندی زمینه‌های پژوهش علوم پزشکی و فهرست‌بندی مهم‌ترین زمینه‌های پژوهش علوم پزشکی، به دنبال فرآیند حذف متوالی^۳ مفید است.

-
1. The Delphi Techniques
 2. Decision tree analysis
 3. Sequential exclusion process

رایج‌ترین فن کمی، امتیازبندی^۱ می‌باشد. ساده‌ترین روش، اختصاص دادن امتیاز مساوی به هر یک از معیارها و محاسبه حاصل جمع امتیاز معیارها است. این روش مبتنی بر این فرض است که تمامی معیارها اهمیتی مساوری در تعیین اولویت یک مقوله پژوهشی دارند. البته بدیهی است که هر معیار ممکت است اهمیت خاص خود را داشته باشد و همچنین امکان وجود روابط بین معیارها را نیز نباید از نظر دور داشت. در چنین شرایطی امتیازبندی افتراقی^۲ روش مناسب‌تری خواهد بود. امتیازبندی تمایزی را می‌توان با تعیین اهمیت نسبی هر معیار و در ادامه تخصیص امتیازی متناسب با آن اهمیت به انجام رسانید.

روش‌های موجود برای تعیین اهمیت نسبی معیارهای مختلف شامل برنامه‌نویسی ریاضی^۳ و فرآیند تجزیه و تحلیل سلسله مراتبی^۱ است. روش اول پیچیده‌تر و نیازمند برنامه‌نویسی کامپیوتری می‌باشد.

-
1. Scoring
 2. Differential Scoring
 3. Mathematical Programming

در روش دوم هر معیار با استفاده از مقیاسی (مثلاً شامل درجات اهمیت مساوی تا اهمیت بسیار بیشتر) با معیارهای دیگر مقایسه می‌گردد.

به کارگیری معیار منفرد^۲ ممکن است در وضعیت‌هایی خاص مفید واقع شود. تجزیه و تحلیل هزینه- سودمندی^۲، یک مثال خوب در این زمینه است که به مقایسه برآورد سودها و هزینه پژوهش در طول زمان برای هر حالت می‌پردازد. تجزیه و تحلیل فواید مالی در علوم بهداشتی ممکن است به سادگی انجام‌پذیر نباشد. روش‌های دیگر شامل بیان آثار مورد انتظار پژوهش بر روی میزان مرگ‌ها و یا موارد پیشگیری از ناتوانی، یا کاهش میزان بهره‌وری ممانعت شده، یا میزان افزایش امید به زندگی است. اما در هر حال، پیچیدگی‌های این فنون را باید همواره در ذهن داشت.

-
1. Analytical hierarchy process
 2. Application of a single criterion
 3. Analysis of benefits

ارتباط بین شرایط ملی و تحت ملی جهت تعیین اولویت‌ها

گاه ارتباطات ما بین شرایط ملی و تحت ملی به اندازه لازم مورد توجه قرار نمی‌گیرند. درحالی که این ارتباطات در به کارگیری پژوهش‌های پیرلمون نظام‌های بهداشتی در سطوح ملی و تحت ملی (استانی و شهرستانی) سودمند بوده است و به موازات تلاش برای تمرکززدایی از اهمیت بیشتری برخوردار می‌گردد.

بطور کلی پژوهش‌های مرتبط با برنامه^۱ و مبتنی بر مسأله^۲ (که در مقابل پژوهش‌های آغاز شده توسط پژوهشگران^۳ و مبتنی بر خواسته‌های آنها قرار می‌گیرند) را باید در خط مقدم برنامه‌های پژوهشی بهداشتی ملی یا تحت ملی قرار داد. البته این گفته به معنای آن نیست که اولویت‌های پژوهشی باید از سوی سیاست‌گذاران یا مدیران خدمات بهداشتی به پژوهشگران تحمیل گردند، بلکه مقصود

-
1. Programme- related research
 2. Problem- based research
 3. Investigator- initiated research

آن است که هیچ یک از گروه‌های فوق از فرآیند تعیین اولویت‌ها- چه اولویت‌گذاری مشکلات بهداشتی و چه تعیین اولویت‌های پژوهشی- حذف نگردند.

از این نظر *توانایی و ظرفیت انجام تمرینات اولویت‌بندی* (و همچنین انجام پژوهش) مسایل مهمی هستند که باید آنها را در هر سطحی در نظر داشت. گذشته از هر بحثی، اساس و بنیاد یک برنامه پژوهشی بهداشت ملی، سرمایه‌گذاری در استان‌ها و شهرستان‌ها بوده، هدف از این سرمایه‌گذاری، افزایش ظرفیت درونی گروه‌های مختلف ذینفع به منظور تجزیه و تحلیل مشکلات و مسایل بهداشتی خود، تعیین اولویت‌ها، تولید و آماده‌سازی منابع و مشارکت در طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌ها و پژوهش‌های بهداشتی در سطوح ملی و تحت ملی است.

ارتباط بیشتر ما بین شرایط ملی و تحت ملی برای اولویت‌بندی مشکلات بهداشتی و پژوهش‌های بهداشتی با مشارکت آنها در تمامی اجزای مربوطه ارتباط تنگاتنگ دارد: فرآیندهای تعیین اولویت‌ها، ظرفیت‌سازی، شبکه‌سازی، سرمایه‌گذاری، ارزشیابی، پیشبرد و ارتقای پژوهش و به کارگیری و تداوم نتایج پژوهش، همه و همه نیازمند مشارکت و ارتباط این دو سطح هستند.

بخش ۷

بعد اخلاقی تعیین اولویت‌ها در پژوهش علوم پزشکی

۷-۱) اخلاق و برابری در تعیین اولویت‌ها

مقوله اخلاقی محوری در فرآیند تعیین اولویت‌ها، برابری است. برابری بحثی بارز و برجسته در قرن بیست و یکم خواهد بود و به کارگیری فواید حاصل از پژوهش در جامعه را تحت تأثیر قرار خواهد داد. مباحثی چون دسترسی به خدمات و نظام‌ها در ارتباط با مقوله برابری است و مفاهیمی چون میزان مرگ‌ومیر و عدالت، همه و همه از بعدی انسانی برخوردارند که تحت لوای مفهوم برابری قرار می‌گیرند. در این زمینه را می‌توان با میزان کاهش اختلاف طبقاتی^۱ - که در چند سال آینده به شاخصی بحرانی تبدیل خواهد شد - سنجید.

پذیرش این امر که تمامی اشخاص از حقوق مساوی برخوردارند. در بطن مفهوم برابری نهفته است. برای مثال تغذیه، یکی از حقوق تمامی انسانها محسوب می‌شود. با

پذیرش حقوق مساوی برای تمامی افراد، می‌توان چنین نتیجه‌گرفت که علیرغم این برابری در حقوق، ممکن است نیازهای افراد با هم یکسان و برابر نباشند. ارائه خدمات به صورت افتراقی و با توجه به نیازهای افراد یکی از مواردی است که در نتیجه‌گیری فوق نهفته است.

مراقبت‌های اولیه بهداشتی، بدون شک ابزاری در جهت نیل به برابری بوده است و به مانند قالب و چارچوبی برای اصول اخلاقی عمل می‌کند. از این رو عناصر ضروری مراقبت‌های اولیه بهداشتی واجد یک بعد عمیق اخلاقی و وجدانی است و شاید بتوان گفت که در واقع «هشت فرمان» را در بر می‌گیرند. پژوهش‌های علوم پزشکی که مضمون اصلی آنها حول مراقبت‌های اولیه بهداشتی می‌باشد، از اولویت خاصی برخوردار هستند.

۷-۲) منافع فرد و جامعه در تعیین اولویت‌ها

عقیدهٔ کلیشه‌ای تضاد منافع فرد و جامعه، مورد قبول نیست و برعکس هم منافع فرد و هم منافع جامعه به میزانی مساوی از اهمیت برخوردار هستند و نمی‌توان آنها را در طول هم قرار داد و یکی را بر دیگری مقدم دانست.

در صورت در نظر داشتن آینده، آنچه نیازمند توجه است این نکته است که از رهگذر اقدامات ما، چه منفعی نصیب جامعه می‌شود. مطالعات متمرکز بر پیشگیری (از بیماری‌ها) و ارتقا (سطح سلامتی) از اهمیت برخوردار هستند. برای مثال رایۀ پیام‌های مناسب به جامعه در جهت ارتقا سطح سلامتی به معنی ندیده گرفتن نقش افراد نیست. «بیشترین منافع برای بیشترین افراد» اصلی عمل‌گرایانه به حساب می‌آید و مطالعاتی که این هدف را مد نظر دارند، نیازمند بذل توجه بیشتری هستند. چرا که تعیین اولویت‌ها در واقع فرآیندی است که به منظور دستیابی به توازن مناسب و تأکیدی مناسب با توجه به محدودیت منابع صورت می‌گیرد.

با افزایش سطح انتظارات مردم و پیچیده‌تر شدن علم، هزینه مراقبت‌های بهداشتی بالاتر می‌رود. تصمیمات مرتبط با فرصت‌ها نیازمند آستین بالا زدن و فعالیت در زمینه مربوطه می‌باشند. زمانی که بحث دسترسی به فن‌آوری‌ها جهت پژوهش علوم پزشکی مطرح می‌گردد (چه این فن‌آوری‌ها در داخل کشورهای در حال توسعه

ایجاد شده و چه محصول مشارکت کشورهای توسعه‌یافته و کشورهای در حال توسعه باشند) هزینه، به عاملی مهم تبدیل می‌شود و کاهش هزینه‌ها و توزیع هزینه‌ها، مباحثی کلیدی و آمیخته با مباحث اخلاقی می‌گردند.

بحث داروهای ضد رتروویروسی از این نظر مثالی بحرانی به شمار می‌رود. AIDS-HIV توانسته است دستاوردهای بهداشتی گذشته را در بعضی از کشورهای آفریقایی خنثی گرداند و امید زندگی را کاهش دهد و در حال حاضر هیچ امیدی وجود ندارد که بتوان داروهای ضد رتروویروسی را به میزان مورد نیاز در کشورهای در حال توسعه تأمین کرد و در دسترس قرار داد. در اینجا که بحث امتیاز ساخت داروها و نقش سازمان تجارت جهانی^۱ (WTO) نیز مطرح می‌گردد: بعضی از کشورها - حتی علیرغم حضور دانشمندان - نیز ممکن است قادر به تولید داروهای ضد رتروویروسی نباشند. آیا این امر اخلاقی است؟ اخذ مجوز اجباری در چارچوب WTO شاید تنها انتخاب باشد. روش‌های مداخله‌ای مؤثر

با هزینه‌ای قابل تأمین، دیگر مقوله‌های نیازمند پژوهش را تشکیل می‌دهند. مشارکت‌های بالقوه با صنایع داروسازی در طی فرآیند پژوهش و توسعه، می‌تواند تأمین داروها با قیمتی قابل قبول را ممکن سازد. این امر بویژه برای جمعیت‌های محروم و آسیب‌پذیر (زنان، کودکان، آوارگان و زندانیان) از اهمیتی مضاعف برخوردار است.

مباحث مرتبط بسیاری در حول و حوش این مبحث مطرح می‌گردد: ظرفیت‌سازی در مسایل اخلاقی، مهارت‌ها و اطلاعات عناصر بومی در اجرا و ارزشیابی کارآزمایی‌های بالینی داروها، سهم‌پذیری در منافع حاصل از مشارکت در پژوهش، سهم‌پذیری در نتایج پژوهش و پرهیز از پژوهش‌هایی که هزینه آنها به طور کامل توسط کمک‌های خیریه تأمین می‌گردد. بهره‌مندی گروه‌های آسیب‌پذیر از منافع نباید به صورت غیر اخلاقی یا نامساوی باشد و این امر، معیاری مهم از آغاز تا پایان فرآیند تعیین اولویت‌ها محسوب می‌گردد. هدف باید تضمین این امر باشد که کل فرآیند و نیز پیامد آن ملاحظات اخلاقی را مد نظر قرار بدهند.

بخش ۸

پژوهش در ضرورت بهداشت ملی^۱ و تعیین اولویت‌ها

پژوهش در نظام‌های بهداشتی به منظور طرح‌ریزی و اجرای برنامه‌های گسترش یافتهٔ ایمن‌سازی و دیگر برنامه‌های بهداشتی در کشورهای آسیای جنوب شرقی (مانند اندونزی، میانمار، نپال، سریلانکا و تایلند) به کار گرفته شده است. در بوتان و جزایر مالدیو، پژوهش در زمینه هپاتیت ویروسی B در نهایت منجر به گنجاندن واکسیناسیون علیه هپاتیت B در برنامه‌های ملی ایمن‌سازی شده است. تعیین اولویت‌های پژوهش و استفاده از نتایج پژوهش با مشارکت گروه‌های ذینفع، امری است که در بسیاری از کشورهای منطقه آسیای جنوب شرقی آغاز شده و مورد پذیرش قرار گرفته است.

راهبرد پژوهش در ضرورت‌های بهداشت ملی (که برای مثال در تایلند به کار گرفته شده است) در تلاش است تا به تبادل نظر و توافق جمعی گسترده‌تری

از طریق دخیل نمودن گروه‌های ذینفع در فرآیندهای تصمیم‌گیری دست یابد. همچنین به نظر می‌رسد که این راهبرد تأکیدی اساسی بر اصل برابری داشته باشد. تأکید و تمرکز بر جمعیت‌های محروم و آسیب‌پذیر اهمیتی ویژه دارد. به نظر می‌رسد که این راهبرد در سایر کشورهای منطقه (از جمله اندونزی و نپال) به تدریج از توجه بیشتری برخوردار شده است و به اجرا گذاشته می‌شود.

چارچوب و رهنمودهایی برای تعیین اولویتهای مشکلات بهداشتی و پژوهشهای علوم پزشکی

تعیین اولویتهای مشکلات بهداشتی و پژوهشهای علوم پزشکی مباحث پیچیده‌ای را در برمی‌گیرد که نمونه‌هایی از آن مطرح گردید. این امر بیانگر نیاز به رویکردی جامع است. راهبردها، معیارها، ابزار و فرآیندهای مورد استفاده در تعیین اولویتهای نیازمند توجه دقیق هستند و توجه به جنبه‌های گوناگون فرآیند تعیین اولویتهای در توسعه و رایای رهنمودهای نهایی سودمند خواهند بود.

در زمان رایای هر رهنمود و توصیه‌ای باید به منافع فردی و جمعی - هر دو - اهمیت داد و این دو را نباید به عنوان متضاد یکدیگر در نظر گرفت. هیأت علمی - کاری این نشست، چارچوب اولیه را برای فرآیند تعیین اولویتهای در پژوهش علوم پزشکی ترسیم کرد و تحت بررسی قرار داد که در تصویر مشاهده می‌شود. اعضای این هیأت هم از دیدگاه

کشوری و هم از دیدگاه منطقه‌ای در ناحیه آسیای جنوب شرقی چارچوب فوق را آماده کرده، توسعه این چارچوب و رهنمودهای مربوطه، به عنوان محصول اصلی فعالیت این هیأت ارایه شده است.

اعضای این نشست به منظور ارایه رهنمودهایی سودمند، استفاده از فرآیندی دو مرحله‌ای را مورد تأکید قرار دادند. اولین مرحله تعیین اولویت‌ها، اولویت‌بندی مشکلات بهداشتی یا زمینه‌های بهداشتی است. نکته قابل توجه در این مرحله، مشترک بودن آن برای برنامه‌ریزان بهداشتی و پژوهشگران بهداشتی است که این امر باعث وسعت بخشیدن به دامنه کاربرد فرآیند می‌گردد. مرحله دوم، اولویت‌بندی مقوله‌های پژوهشی در درون هر یک از زمینه‌های بهداشتی تعیین شده در مرحله قبل و بنابراین منحصر به پژوهش علوم پزشکی است.

در صورت امکان و به منظور افزایش وجه منطقه‌ای و بومی بای مثال‌های ویژه کشوری را در کنار رهنمود مربوطه ارایه کرد. در صورت اشاره به کشورهای منطقه آسیای جنوب شرقی مثال‌ها باید

نمایانگر یا مرتبط با دست کم یکی از جنبه‌های زیر باشند: الف) نظام پژوهش علوم پزشکی ملی؛ ب) ارتباط ما بین پژوهش و برنامه‌ریزی؛ ج) تجربیات موجود در زمینه فرآیندهای اولویت‌بندی؛ د) تلاش‌های در دست برنامه‌ریزی یا در حال اجرای مرتبط با موارد «الف»، «ب»، «ج».

همچنین اعضای هیأت، مقوله بسط و ارایه راهبرهایی برای آینده را مد نظر قرار دادند. در زمان ارایه این راهبردها باید این امر را به خاطر داشت که پاره‌ای از کشورهای منطقه آسیای جنوب شرقی (از جمله اندونزی، نپال و تایلند) به اجرای راهبردهای مرتبط با ENHR پرداخته و بعضی دیگر از کشورها (مانند هند، میانمار و سریلانکا) در این جهت قدمی برنداشته‌اند و به پیگیری راهبردهای خاص خود پرداخته‌اند. به علاوه کشورهای دیگری در منطقه (مانند بوتان، کره شمالی، مالدیو) نیز نه تنها راهبرد ENHR، بلکه هیچ راهبرد پژوهشی جامع دیگری را برای خود انتخاب نکرده‌اند.

شکل: چارچوب تعیین اولویت‌ها در مشکلات بهداشتی و پژوهش‌های علوم پزشکی



