

## اولویتهای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی: روش، مشکلات و

### محدودیتها

دکتر علی اصغر کلاهی<sup>۱</sup>، دکتر محمدرضا سهرابی<sup>۲</sup>، دکتر مرتضی عبداللهی<sup>۳</sup>، دکتر حمید سوری<sup>۴</sup>

- ۱- دانشیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- ۲- استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- ۳- استادیار، گروه تحقیقات تغذیه، انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- ۴- استاد، مرکز تحقیقات ارتقای ایمنی و پیشگیری از مصدومیتها، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

### چکیده

**سابقه و هدف:** به دلیل تنوع و گستردگی عرصه‌های سلامت و محدودیت منابع، امکان فعالیت در تمامی این عرصه‌ها و پاسخگویی به تمامی نیازهای پژوهشی جامعه غیرممکن است. از اینرو تعیین اولویتهای پژوهشی یک ضرورت اجتناب‌ناپذیر است. هدف این مقاله گزارش روش انتخاب شده، مشکلات و محدودیتها، و همچنین موانع احساس شده پروژه تعیین اولویتهای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد.

**مواد و روشها:** این مطالعه با مشارکت اعضای هیأت علمی ۹۱ گروه آموزشی و ۸۳۰ نفر از ذینفعان در سالهای ۸-۱۳۸۷ انجام گرفت. فرآیندی که برای تعیین اولویتهای پژوهشی به کار برده شد، بر پنج اصل مشارکت ذینفعان، تحلیل وضعیت موجود و برآورد نیازها، مشخص کردن عناوین پژوهشی، امتیازدهی بر اساس معیارها، و تعیین اولویتهای بر اساس بیشترین توافق استوار بود. این روش با تغییرات اندکی از مدل پیشنهادی کارگروه سازمان جهانی بهداشت (COHRED) Council on Health Research for Development اقتباس شده بود.

**یافته‌ها:** این پروژه با مشارکت ۶۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی دانشکده‌های پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی، پرستاری مامایی، بهداشت، تغذیه، پیراپزشکی و توانبخشی و ۲۲۰ نفر از سایر ذینفعان نظام سلامت و افراد مرتبط با سلامت خارج از دانشگاه انجام شد. در مجموع ۸۴۱ حوزه پژوهشی و حدود ۱۹۰۰ زیر حوزه به عنوان اولویتهای پژوهشی تعیین شد.

**نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد مدل COHRED با تغییرات اعمال شده در این مطالعه، کارآیی لازم را برای تعیین اولویتهای پژوهشی در گروههای آموزشی دارد. امید است ارائه اولویتهای پژوهشی علاوه بر هدایت موضوعات پژوهشی پیشنهادی به سوی اولویتهای مورد توجه سیاست‌گذاران، داوران و تصویب‌کنندگان طرحهای پژوهشی نیز قرار بگیرد تا بتواند به عنوان یک ابزار در جهت استفاده بهینه از منابع محدود مالی عمل نماید.

**واژگان کلیدی:** اولویتهای پژوهشی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، COHRED، مشارکت ذینفعان، تخصیص منابع، ایران

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Kolahi AA, Sohrabi MR, Abdollahi M, Soori H. Setting research priority in Shahid Beheshti University of Medical Sciences: methods, challenges, limitations. *Pejouhandedh* 2010;15(4):143-51.

### مقدمه

محیط و بستر مناسب برای تولید دانش و استفاده از آنها جهت حل مشکلات و ارتقای سلامت جامعه در عرصه‌های مختلف می‌باشد (۱). به دلیل تنوع و گستردگی عرصه‌های سلامت و همچنین محدودیت منابع، امکان فعالیت در تمامی این عرصه‌ها و پاسخگویی به تمامی نیازهای پژوهشی جامعه غیرممکن است. در حال حاضر پژوهش در زمینه نظام

پژوهش تلاشی دقیق و سازمان‌یافته برای یافتن حقیقت است و رسالت اصلی پژوهش در دانشگاههای علوم پزشکی، ایجاد

<sup>۱</sup>نویسنده مسؤوول مکاتبات: دکتر حمید سوری؛ تهران، ولنجک، خ یمن، خ پروانه، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ساختمان شماره ۲، طبقه هفتم، مرکز تحقیقات ارتقای ایمنی و پیشگیری از مصدومیتها؛ تلفن و نمابر: ۲۲۴۳۹۷۸۷ - ۲۱ - ۹۸+ پست الکترونیک: hsoori@sbmu.ac.ir

## مواد و روشها

این پروژه Health System Research (HSR) در جهت اعمال محور حاکمیت و رهبری با مشارکت ۶۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی ۹۱ گروه آموزشی، هشت دانشکده تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و ۲۲۰ نفر از سایر ذینفعان نظام سلامت و افراد مرتبط با سلامت خارج از دانشگاه در سالهای ۸-۱۳۸۷ انجام گرفت. دانشکده‌های تابعه شامل دانشکده‌های پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی، پرستاری مامایی، بهداشت، پیراپزشکی و توانبخشی بود.

فرآیندی که برای تعیین اولویت‌های پژوهشی به کار برده شد، بر پنج اصل استوار بود. این اصول شامل مشارکت ذینفعان، تحلیل وضعیت موجود و برآورد نیازها، مشخص کردن عناوین پژوهشی، امتیازدهی بر اساس معیارها و تعیین الویتها بر اساس بیشترین توافق بود. این روش با تغییرات اندکی در جهت عملی بودن از مدل پیشنهادی کارگروه سازمان جهانی بهداشت Council on Health Research for Development (COHRED) اقتباس شده بود (۸).

الف- مشارکت ذینفعان: افراد ذینفع ابتدا برای کمیته راهبردی و سپس برای هر یک از گروه‌ها شناسایی شده و بر اساس شش عامل اهمیت، نفوذ، قدرت، توان، جایگاه و علاقه، مورد تحلیل و انتخاب قرار گرفته و امکان مشارکت آنها در پروژه فراهم گردید. گروه‌های ذینفع از نمایندگانی از شش گروه خبرگان و افراد صاحب نظر شاخص، پژوهشگران، مدیران، تأمین‌کنندگان خدمات سلامت، تأمین‌کنندگان بودجه پژوهشی، و نمایندگانی از جوامع مختلف تشکیل شده بود. فهرست گروه‌های ذینفع به شرح زیر بود:

محققان اعم از هیأت علمی و غیر هیأت علمی، مدیران اجرایی دانشگاه (رئیس دانشگاه، معاونین آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمان، دانشجویی فرهنگی، رئیس مرکز توسعه آموزش)، نماینده مقام معظم رهبری، نمایندگان مجلس شورای اسلامی، اعضای شورای پژوهشی، نماینده‌ای از دانش‌آموختگان، دستیاران، دانشجویان، کارشناسان حوزه‌های آموزش، پژوهش، بهداشت، درمان، امور فرهنگی دانشجویی، نمایندگانی از آموزش و پرورش، وزارت رفاه، تربیت بدنی، صدا و سیما، شهرداری، محیط زیست، سازمان بهزیستی، بیمه‌های درمانی، نمایندگانی از سازمانهای غیردولتی (انجمن تنظیم خانواده، انجمنهای خیریه، آسایشگاههای سالمندان، مدیران مهد کودک، سازمان ملی جوانان)، نمایندگانی از صنایع مرتبط (سازندگان تجهیزات پزشکی و لوازم مصرفی، شرکتهای دارویی)، کارکنان نظام سلامت و ارائه‌کنندگان

اطلاعات مربوط به سلامت، اپیدمیولوژی، دموگرافی، علوم رفتاری، اقتصاد بهداشت و امور بهداشتی پزشکی اندک است (۲). نظام آموزشی ما تا اندازه زیادی بر برنامه آموزشی و منابع آماده وارداتی استوار است، تحقیق به عنوان یک روش یادگیری و کشف حقیقت به کار برده نمی‌شود، و بسیاری از پژوهشهای انجام شده بدون توجه به نیازهای جامعه، نگرانیهای آنها، جمعیت در معرض خطر و افراد آسیب‌پذیر و عمدتاً بر روی بیماران در دسترس انجام می‌شود. دانشجوی امروزی و استاد و کارگزار آینده به طور غیرمستقیم یاد می‌گیرد که برای حل هر مشکلی بعد از وقوع، یک راه حل آماده وجود دارد که می‌تواند مشکلات را سریع حل کرده و یا به تقاضا پاسخ دهد. همین طور برای کارگزاران ورود ابزار و تکنیک مناسبتر است، در حالیکه به سرمایه‌گذاری برای تحقیقات که نتایج آن ممکن است سالها بعد مورد استفاده قرار گیرد بی‌توجهی می‌شود. در صورتی که انتظار می‌رود تحقیق در زمینه علوم پزشکی در جهت نیل به آرمان بهداشت و درمان یعنی تأمین سلامت برای همه باشد و حاصل تحقیق به استفاده از خدمات منجر شود (۳). حاصل این فرآیند موجب شده که تحقیق در کشور بدون تفکر استراتژیک و محدود به مراکز خاص، قائم به فرد و بدون استمرار باشد و مهمتر از همه حتی از نتایج تحقیقات جهت رفع نیازهای جامعه استفاده نشود (۴). تبعات این روند موجب گرایش محققان به پژوهشهای زودبازده و بر اساس سلیقه و بدون توجه به نیاز جامعه و اولویتها می‌شود. گاه هدف تحقیق کسب مدارج و مدارک علمی شده و موضوعات انتخاب شده در اکثر موارد تکراری و به جمع‌آوری اطلاعات به منظور بیان بهتر مسأله و نه حل مسأله منجر می‌شود (۵). هر چند اعتبارات تخصیص یافته به پژوهش در کشور اندک است و در مقابل اختصاص ۲/۲٪ از تولید ناخالص داخلی در کشورهای توسعه یافته به پژوهش (۶)، تنها ۰/۳۹٪ تولید ناخالص داخلی صرف این موضوع می‌شود (۷) ولی از همین منابع اندک هم استفاده بهینه نمی‌شود. از اینرو سیاست‌گذاری و تعیین اولویتهای پژوهشی یک ضرورت بوده که می‌توان با تخصیص بهینه منابع، جریان تحقیقات را به سوی اولویتها هدایت نمود.

هدف این مقاله گزارش روش انتخاب شده، مشکلات و محدودیتها، و همچنین موانع احساس شده پروژه تعیین اولویتهای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد. تعیین اولویتهای پژوهشی یک فرآیند مستمر بوده و بهتر است تجربیات حاصل در دسترس ذینفعان قرار بگیرد تا کمکی جهت تعیین الویتهای پژوهشی در سالهای آینده باشد.

غیرواگیر (۱۹)، گزارشات مرکز مدیریت بیماریها (۲۰-۲۱) و گزارشات نظام مراقبت (۲۲-۲۳).

۲- اطلاعات مربوط به نظام پژوهش سلامت شامل مقالات چاپ شده در مجلات داخلی و خارجی، پژوهشهای انجام شده و در حال انجام (۲۴) و پایان‌نامه‌ها (۲۵).

۳- اطلاعات و گزارشات معاونت درمان (۲۶)، معاونتهای آموزشی و معاونت امور دانشجویی و فرهنگی (۲۷).

ج- مشخص کردن عناوین پژوهشی: با استفاده از مستندات تهیه شده در مرحله پیش، عناوین و حوزه‌های پژوهشی با مشارکت همه گروههای ذینفع در هریک از گروههای آموزشی مطرح شد و سپس با تشکیل جلسات متعدد با حضور ذینفعان و با استفاده از روشهای بارش افکار، مباحثات گروهی متمرکز، تکنیک گروههای اسمی و در مواردی روش دلفی، عناوین پژوهشی تعیین شد.

د- امتیاز دهی بر اساس معیارها: در این پروژه از معیارهای توصیه شده مدل COHRED (۸) استفاده شد. نظر به عدم تناسب چهار زیر گروه در دو معیار مدل COHRED با فرآیند اتخاذ شده تعیین اولویتهای، تغییرات اندکی (با حفظ چهارچوب کلی) در مدل داده شد (۲۸). در ادامه توضیحات و علل این تغییرات ذکر خواهد شد. معیارهای توصیه شده COHRED و نحوه امتیازبندی آنها با تغییرات اعمال شده در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱- معیارهای تعیین اولویتهای پژوهشی

تغییرات اعمال شده		COHRED		گروه‌بندی معیارها
امتیاز	تعداد معیار زیرگروه	امتیاز	تعداد معیار زیرگروه	
۱۵	۳	۱۵	۵	ضرورت
۲۱	۷	۲۱	۷	مناسبت
۱۲	۲	۱۲	۴	احتمال موفقیت برای اجرا
۱۲	۴	۱۲	۴	تأثیر نهایی پیامدهای پژوهش
۶۰	۲۰	۶۰	۲۰	جمع امتیازات

گذشته نمی‌پردازد. این گروه دارای پنج معیار بود. سه معیار مسائل اخلاقی در پژوهش، وجود پاسخ کامل (معتبر، پایا، دقیق و در دسترس) به سؤال مطرح شده و احتمال تأیید و حمایت مسؤولین در این مطالعه پذیرفته شد و دو معیار حقوق بشر و جنبه‌های حقوقی و قانونی از این گروه حذف شد و امتیاز آنها به امتیاز سه معیار پذیرفته شده افزوده شد. علت حذف معیار مربوط به حقوق بشر، واضح نبودن و نداشتن تعریف مشخص از آن بود و علت حذف معیار تلقی غیرقانونی

خدمات بهداشتی و درمانی، بیماران و نمایندگان از اصناف و رابطین بهداشتی.

نحوه مشارکت به صورت حضور در جلسات یا مکاتبه و با استفاده از یکی از روشهای توافقی کیفی بارش افکار، بحث گروهی متمرکز، دلفی، تکنیک گروههای اسمی و کمی مانند رأی‌گیری و امتیازدهی بود. پس از انتخاب ذینفعان، کمیته راهبردی با مشارکت منتخبی از آنها تشکیل و در مورد نقشه اجرای پروژه توافق حاصل گشت.

ب- تحلیل وضعیت موجود و تعیین نیازها: به منظور تحلیل وضعیت موجود تمام منابع موجود و مرتبط تا حد امکان جمع‌آوری شد و پس از مرور توسط کارگروههای تعیین شده بر حسب موضوع، نیازهای هر حوزه با نظر خبرگان و مقایسه وضع موجود و اهداف تعیین شده برآورد شد. اهداف تعیین شده از برنامه‌های استراتژیک معاونت تحقیقات و فناوری (۹)، برنامه راهبردی و توسعه دانشگاه (۱۰)، برنامه استراتژیک معاونت پژوهشی (۱۱) و سند راهبردی نظام آموزشی دانشگاه گرفته شد (۱۲). در تحلیل وضعیت بر حسب حوزه مربوطه از منابع زیر استفاده شد:

۱- اطلاعات مربوط به وضعیت سلامت: آمار مرگ و میر (۱۳)، بار بیماریها (۱۴)، شاخصهای زیج حیاتی (۱۵)، مجموعه سیمای سلامت (۱۶)، بهره‌مندی از خدمات سلامت (۱۷)، ریزمغذی‌ها (۱۸)، گزارش وضعیت عوامل خطر بیماریهای

همانطور که در جدول ۱ دیده می‌شود، معیارها به چهار گروه ضرورت، مناسبت، احتمال موفقیت برای اجرا و تأثیر نهایی پیامدهای پژوهش تقسیم می‌شود.

گروه ۱- ضرورت: معیارهای این گروه، عناوین طرحهای پیشنهادی را غربال می‌کند و طرحهای غیرضروری را کنار می‌گذارد. سؤال کلیدی این است: آیا لازم است این پژوهش انجام شود؟ معیارهای این گروه تعیین می‌کند که آیا طرح پیشنهادی مناسب جمعیت هدف است و به تکرار مطالعات

پس از تنظیم و توافق برای معیارها در کمیته راهبردی، به هر یک از عناوین و حوزه‌های پژوهشی آماده شده، بر اساس چک‌لیست معیارهای بیست‌گانه، امتیاز داده شد. امتیازدهی توسط منتخبی از ذینفعان گروهها و چند نفر از خارج از گروه انجام گردید. امتیاز کسب شده بین ۲۰ تا ۶۰ بود که امتیاز ۶۰ به معنی داشتن بیشترین اولویت بود. میانگین امتیازات به عنوان امتیاز آن عنوان پژوهشی منظور شد. تعداد امتیازدهندگان در گروهها متفاوت بود و بر حسب تعداد ذینفعان، عمومی یا تخصصی بودن بین ۵ تا ۱۴ نفر متغیر بود. افراد خارج از گروه شامل متخصصین پزشکی اجتماعی، اپیدمیولوژیست‌ها، متخصصین آمار، اعضای شورای پژوهشی و متدولوژیست‌ها، پزشکان عمومی و متخصص غیر هیأت علمی، کارشناسان و مدیران بودند که تعداد آنها بین ۳ تا ۵ نفر متغیر بود. علت انتخاب افراد امتیازدهنده خارج از گروه آموزشی، نقش تعدیل‌کننده آنها، اشراف به تمامی معیارها و بی‌طرفی آنها بود. در این مطالعه به جای امتیازدهی به عناوین معیارها (ضرورت، مناسبت، احتمال موفقیت برای اجرا، تأثیر نهایی پیامدهای پژوهش) به اجزای آنها یعنی به بیست معیار امتیاز داده شد. در عمل دیده شده است در مواردی که به جای معیارهای بیست‌گانه عناوین معیار استفاده شود، برداشتی که از این عناوین چهارگانه بخصوص در مورد ضرورت و مناسبت می‌شود نه تنها یکسان نبوده بلکه با اجزای تشکیل‌دهنده آن نیز مطابقت نداشته است.

ه- تعیین اولویت‌های پژوهشی بر اساس بیشترین توافق: در این مرحله با تشکیل کمیته تلفیق، عناوین و حوزه‌های پژوهشی طبقه‌بندی شد و با تجمیع موارد مشترک، اولویت‌های پژوهشی بر اساس بیشترین توافق و امتیاز کسب شده در هر گروه آموزشی فهرست گردید.

مراحل آماده‌سازی و اجرایی طرح شامل: ۱- تشکیل کمیته راهبردی، ۲- تشکیل گروه‌های کاری و تقسیم کار، ۳- اطلاع‌رسانی موضوع از طریق چاپ مقاله در هفته‌نامه نقل و نقد، طرح در هیأت رئیسه و مکاتبه با دانشکده‌ها با امضای رئیس دانشگاه و رؤسای دانشکده‌ها با گروه‌های آموزشی، ۴- دعوت از مدیران گروه‌های آموزشی به منظور شرکت در کارگاه توجیهی و مراحل اجرایی طرح، ۵- اجرای کارگاه‌های نحوه تعیین اولویت‌های پژوهشی برای مدیران گروه یا نمایندگان آنها، ۶- تشکیل جلسات با اعضای هیأت علمی هر یک از گروه‌های آموزشی به منظور شناسایی و تحلیل افراد ذینفع، و ۷- اجرای طرح در گروه‌های آموزشی با روش توضیح داده شده بود.

بودن انجام پژوهش، وجود مرجع دیگری برای ارزیابی حقوقی و قانونی بودن مطالعات در دانشگاه بود؛ به نظر می‌رسید ممکن بود وجود این دو معیار موجب حذف نابجای یک موضوع پژوهشی شود.

گروه ۲- مناسبت: هدف از معیارهای این گروه حصول اطمینان از این است که پژوهش بر روی طرح پیشنهادی برای جمعیت هدف مناسب بوده و با در نظر گرفتن عدالت و برابری به مشکلات مربوط به سلامتی جامعه می‌پردازد. سؤال کلیدی این است: چرا باید این پژوهش را انجام دهیم؟ این گروه دارای هفت معیار شامل، نیازهای جامعه، فراوانی، شدت، روند مشکل، مطابقت با اولویت‌های ملی، فوریت و تأکید بر عدالت است.

گروه ۳- احتمال موفقیت برای اجرا: هدف از معیارهای این گروه ارزشیابی توانایی و وجود منابع مورد نیاز جهت انجام پژوهش بر روی طرح پیشنهادی است. سؤال کلیدی این است: آیا توانایی انجام این پژوهش وجود دارد؟ این گروه دارای چهار معیار است. دو معیار ظرفیت نظام برای انجام پژوهش و احتمال حمایت مالی در مطالعه ما پذیرفته شد. دو معیار توجیه اقتصادی و توجیه زمانی از این گروه حذف شد و امتیاز آنها به امتیاز دو معیار پذیرفته شده افزوده شد. علت حذف این دو معیار عدم وجود بودجه مورد نیاز و زمان لازم برای اجرای طرح بود. بنابراین نمی‌توان در مورد توجیه اقتصادی و زمانی قضاوت نمود. به نظر می‌رسد که این دو معیار در مرحله تعیین اولویت‌های پژوهشی مناسب نباشند، مگر اینکه موضوعات پژوهشی با بودجه و برنامه زمانبندی ارائه شده باشد. یادآور می‌شود در مورد توجیه اقتصادی یک معیار دیگر با عنوان میزان صرفه‌جویی در هزینه‌ها در گروه چهار وجود دارد.

گروه ۴- تأثیر نهایی پیامدهای پژوهش: هدف از معیارهای این گروه برآورد فایده حاصل از به‌کارگیری یافته‌های پژوهش و تعیین ارزش و کارایی آن است. سؤال کلیدی این است: با انجام این پژوهش چه چیزی نصیب گروه‌های ذینفع می‌شود؟ این گروه دارای چهار معیار شامل: ۱) به‌کارگیری یافته‌های پژوهش و استمرار آن، ۲) تأثیر بر وضعیت سلامت جامعه (پوشش جمعیت، کاهش بار یا وسعت مشکل، تأثیرات بر وضعیت سلامت در آینده، امکان حل یا تخفیف مسأله یا قابل پیشگیری بودن یا بهبود کیفیت)، ۳) میزان صرفه‌جویی در هزینه‌ها، ۴) تأثیر نهایی بر توسعه (میزان مشارکت گروه‌های بینابینی و ظرفیت‌سازی برای پژوهش) است.

## یافته‌ها

نمود. در جدول ۲ تعداد گروههای آموزشی دانشگاه و توزیع اولویتهای پژوهشی بر حسب دانشکده دیده می‌شود. دانشکده پزشکی با ۴۹ گروه آموزشی بیشترین تعداد گروههای آموزشی در دانشگاه را تشکیل می‌دهد. علوم پایه دارای ۱۲ گروه و بالینی دارای ۳۷ گروه می‌باشد. دانشکده دندانپزشکی دارای ۱۲ گروه، دانشکده داروسازی پنج، دانشکده پرستاری مامایی هشت، دانشکده بهداشت چهار، دانشکده تغذیه چهار، دانشکده پیراپزشکی هفت و دانشکده توانبخشی دارای چهار گروه آموزشی می‌باشند.

این مطالعه با مشارکت ۶۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی ۹۱ گروه آموزشی در هشت دانشکده پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی، پرستاری مامایی، بهداشت، تغذیه، پیراپزشکی و توانبخشی و حدود ۲۲۰ نفر از سایر ذینفعان نظام سلامت و افراد مرتبط با سلامت خارج از دانشگاه انجام شد. در مجموع ۸۴۱ حوزه پژوهشی و حدود ۱۹۰۰ زیر حوزه به عنوان اولویتهای پژوهشی تعیین شد. در تنظیم یافته‌های تحقیق سعی شد به جای عناوین پژوهشی به بیان حوزه‌های پژوهشی پرداخته شود که می‌توان تعدادی عنوان در ذیل آن تعیین

جدول ۲- توزیع گروههای آموزشی دانشگاه بر حسب دانشکده و تعداد اولویتها

نام دانشکده	تعداد گروه	تعداد حوزه‌های دارای اولویت
۱ پزشکی	۱۲	۱۲۶
۲ دندانپزشکی	۳۷	۳۴۴
۳ داروسازی	۱۲	۱۲۱
۴ پرستاری مامایی	۵	۳۴
۵ بهداشت	۸	۸۵
۶ تغذیه	۴	۴۳
۷ پیراپزشکی	۳	۱۷
۸ توانبخشی	۷	۴۰
جمع	۴	۳۱
	۹۱	۸۴۱

بسط ایده بپردازند. همچنین فرصت تفکر گسترده را برای سایر محققانی که می‌خواهند با استفاده از فهرست اولویتهای این پروژه به پیشنهاد طرح تحقیقاتی اقدام نمایند فراهم می‌نماید و در همان حال عرصه را جهت ابداع ایده‌های نو تسهیل می‌کند. مزیت دیگر این روش این است که وجود و حضور یک عامل که در عمل به نظر می‌رسد یک مانع مهم در مشارکت است را نیز برطرف می‌کند؛ این مانع، ترس از عدم رعایت حقوق معنوی فرد ارائه‌دهنده عنوان پژوهش است. با استفاده از حیطه‌های پژوهشی این انگیزه در افراد ایجاد می‌شود که با عنوان نمودن این حیطه‌ها زمینه را برای ارائه پروپوزالی با موضوعات پژوهشی مورد نظر خود مهیا نمایند و بدین ترتیب حقوق معنوی و مالکیت معنوی آنها محفوظ باقی بماند. کمترین سودی که محققان و سایر ذینفعان از فرآیند مشارکت در تعیین اولویتهای پژوهشی می‌برند احساس تعلق خاطر به حیطه‌های اعلام شده و تلاش در جهت به عینیت درآوردن آنها است. زیرا با اینکه در فرآیند امتیازدهی بر احتمال موفقیت موضوع پیشنهادی جهت اجرا توجه و تأکید شده بود ولی آنچه که ابتدا در عمل مشاهده شد این بود که موضوعات مطرح شده بیشتر بلند پروازانه بود.

لیست اولویتهای پژوهشی دانشگاه به تفکیک دانشکده و گروههای آموزشی در سایت دانشگاه، معاونت تحقیقات و فناوری، مدیریت امور پژوهشی گذاشته شده است. همچنین اولویتهای پژوهشی همه دانشگاهها و مراکز تحقیقات علوم پزشکی در سایت [www.ak.sbm.ac.ir](http://www.ak.sbm.ac.ir) منتشر شده است.

## بحث

این مطالعه با استفاده از یک مدل شناخته شده و مبتنی بر گروه آموزشی انجام شد. نقطه قوت انتخاب گروه به عنوان محور تعیین اولویتهای پژوهشی، و درگیر کردن خود پژوهشگران به عنوان ذینفعان اصلی است. دیگر اینکه به نظر می‌رسد شناسایی، هماهنگی و جلب مشارکت سایر ذینفعان واقعی‌تر باشد. هر چند نمی‌توان اطمینان حاصل کرد که گروهها توانسته باشند همه ذینفعان را شناسایی و در فرآیند اولویت‌سنجی مشارکت داده باشند، ولی این مهم در اکثر گروهها تأمین شده است. در اعلام اولویتهای تحقیقاتی به جای عناوین پژوهشی، حوزه‌های پژوهشی بیان شده است؛ این انتخاب موجب می‌شود ذینفعان مشارکت‌کننده در فرآیند این پروژه بتوانند در حیطه گسترده‌تری در مورد موضوع پژوهشی تفکر نموده و از آن به عنوان نقطه تمرکز استفاده کرده و به

آنها، این نظرات محدود بوده و عمق کافی ندارد. در نتیجه حاصل این فعالیتها با ارزش، تعیین اولویتهای احساس شده نظام سلامت بود، تا اینکه فهرست اولویتهای پژوهشی به منظور تحقیق را به دست آورد.

در این مطالعه در انتخاب ذینفعان یک راه میانه انتخاب شد تا هم فهرست اولویتهای پژوهشی به دست آمده کاربردی باشد و هم از نظرات سایر ذینفعان بهره‌مند حاصل شود. به نظر می‌رسد که این پژوهش با توجه به مشارکت بیشتر ذینفعان (هم از نظر کمی و هم از نظر کیفی) نسبت به پژوهشهای مشابه در سالهای گذشته، با وسعت بیشتری نیازهای علمی و نیازهای جامعه را نشان می‌دهد. این مهم گامی در جهت رفع نقصی است که در سایر مطالعات از آن تحت عنوان عدم استفاده از نتایج تحقیقات در جهت رفع نیازهای جامعه (۳۸)، و استفاده از نظرات محققان و مدیران اجرایی به صورت ذهنی و بدون استفاده نظام یافته از منابع اطلاعاتی یا نیازسنجی (۳۹) نام برده شده است. همچنین این مطالعه در مقایسه با مطالعات مشابه جامعیت بیشتری داشته و همه گروههای آموزشی دانشگاه را در بر می‌گیرد. تعیین اولویتهای پژوهشی در اکثر دانشگاهها بصورت ستادی و بیشتر از همه در معاونتهای پژوهشی انجام شده است، در حالیکه این مطالعه در گروههای آموزشی شکل گرفته و در معاونت پژوهشی به جمع‌بندی رسیده است.

مسائل و محدودیتهایی چون فقدان اطلاعات و آمار منسجم و قابل استفاده جهت تحلیل وضعیت موجود در کشور و دانشگاه، عدم شفافیت موضوع برای ذینفعان، تکرار درخواستهای متعدد اولویتهای پژوهشی، عدم تصور کاربرد نتایج تحقیق، ربط دادن مشکلات اداری به موضوع، ترس از آشکار شدن و سوءاستفاده از ایده‌ها، وجود دغدغه‌ها و اولویتهای دیگر از مشکلات اساسی این مطالعه بود. اکثر همکاران بالینی بیشتر درگیر فعالیتهای مربوط به آموزش و ارائه خدمات هستند و کارهای پژوهشی آنها محدود به پایان‌نامه‌هایی است که استاد راهنمای آن می‌باشند، در نتیجه تمایل چندانی به صرف وقت در حیطه تعیین اولویتهای نشان نمی‌دادند.

وجود تبلیغات منفی همکارانی که از دیگر حوزه‌های پژوهشی ناراحت و آزرده‌اند، پراکندگی دانشکده‌ها، بیمارستانها و طیف وسیع ذینفعان، عدم دسترسی آسان به مدیران به عنوان گروهی از ذینفعان و تغییر آنها، وجود فعالیتهای موازی تحت عنوان برنامه‌های استراتژیک و مشابه، وجود فرآیند اولویت‌سنجی به صورت همزمان در مراکز تحقیقاتی و احساس عدم نیاز در گروههای آموزشی، متفاوت بودن روش به‌کار

در سالهای گذشته پژوهشهای متعددی برای تعیین اولویتهای پژوهشی انجام شده است. کلاهی (۲۹)، کریمی (۳۰) و حتمی (۳۱)، با اتخاذ روش مشابه این مطالعه اولویتهای مشخص نمودند. مطالعه کلاهی و کریمی تنها در یک مرکز تحقیقات و یک سازمان انجام شده بود که در آن به علت اینکه ضرورت انجام اولویتهای پژوهشی احساس شده بود و هم به علت تعداد اندک ذینفعان و محدود بودن موضوع به یک حیطه خاص انجام مطالعه نسبتاً ساده بود ولی مطالعه حتمی در گروههای آموزشی یک دانشکده انجام گرفت. در آن مطالعه یک مقاومت در برابر موضوع احساس شده بود و در نهایت از ۲۸ گروه آموزشی تنها ۱۶ گروه با مشکلات فراوان بطور نسبی مشارکت کرده بودند. شاید فضای احساس شده فرآیند تصویب طرحها در آن دانشگاه متفاوت است، زیرا یکی از عللی که موجب مقاومت بخصوص در اعضای هیأت علمی با سابقه در برابر پژوهش ذکر شده بود، احساس محدود شدن پژوهشهای آتی به اولویتهای تعیین شده بود. در مطالعه ما شدت مقاومت در بین دانشکده‌ها و حتی بین گروههای مختلف یک دانشکده یکسان نبود. مقاومت در دانشکده‌های کوچک کمتر ولی در مقابل کیفیت مشارکت نیز پایین بود. مقاومت در گروههایی که تعداد پژوهشگران بیشتر است، بالاتر بود. برخورد رسمی و از بالا با موضوع هیچ حاصلی در بر نداشت، بلکه استفاده از وجود روابط دوستانه قبلی، اتخاذ روشهای مشارکت در موضوعات مورد نیاز و علاقه ذینفعان، برقراری ارتباط با برگزاری کارگاههای آموزش در حیطه پژوهشی مورد درخواست در بیمارستانها، راه‌اندازی واحدهای توسعه پژوهشهای بالینی در بیمارستانها و در مجموع ایجاد یک فضای دوستی و تعاملی ما را قادر ساخت که طرح را به پایان ببریم. علت ارزیابی پایایی پایین طرح نیز وجود روشهای ذکر شده می‌باشد.

هر چند در حال حاضر تمامی دانشگاهها اولویتهای خود را اعلام کرده‌اند ولی اکثر آنها از روشهای مبتنی بر نظرسنجی بصورت خام استفاده کرده‌اند و یا دامنه استفاده از ذینفعان محدود بوده است. در مقابل دانشگاههایی همچون اراک (۳۲)، چهارمحال و بختیاری (۳۳)، اردبیل (۳۴)، بوشهر (۳۵)، کهگیلویه و بویراحمد (۳۶) و هفت دانشگاه دیگر با یک دستورالعمل واحد و تحت نظارت معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور این کار را انجام داده‌اند (۳۷). در این مطالعات با اینکه به مشارکت ذینفعان جامعه توجه بیشتری شده است ولی از آنجا که دیدگاه نمایندگان جامعه بیشتر به معلولها است تا عوامل خطر

گرفته شده در این پروژه با فعالیتهای مشابه قبلی، عدم درک موضوع در بین برخی از ذینفعان غیر پژوهشگر و خارج از دانشگاه نیز از مشکلات دیگر این طرح بود.

## نتیجه‌گیری

به نظر می‌رسد این مدل با تغییرات اعمال شده کارآیی لازم را برای تعیین اولویتهای پژوهشی در گروههای آموزشی دارد. هر چند پایایی این اولویتهای (هم از نظر عملکرد ذینفعان و هم روش تیم تحقیق) را نمی‌توان بالا ارزیابی کرد ولی از نظر روایی می‌توان ادعا کرد که بر حسب شرایط بهترین محتوا به‌دست آمده است. باید توجه داشت که پایداری به توافق در این مدل یک اصل می‌باشد و روایی و پایایی در مرحله بعدی توجه قرار دارد. امید است ارائه اولویتهای پژوهشی علاوه بر هدایت موضوعات پیشنهادی به سوی اولویتهای مورد توجه سیاستگذاران، داوران و تصویب‌کنندگان طرحهای پژوهشی نیز قرار بگیرد تا بتواند به عنوان یک ابزار در جهت استفاده بهینه از منابع محدود مالی عمل نماید. همچنین بتواند با کسب امتیاز هر چه بیشتر از محور حاکمیت و رهبری در خصوص تعیین اولویتهای پژوهشی و تعداد طرحهای منطبق با اولویتهای در فرآیند ارزشیابی دانشگاهها، جایگاه دانشگاه را ارتقا دهد.

پیشنهاد می‌شود برای به روز کردن اولویتهای پژوهشی در آینده از هم اکنون اقدامات زیر برای غلبه بر برخی مشکلات قابل حل آغاز شود:

۱. تلاش در جهت تسهیل انجام کار پژوهشگران با شفافیت بیشتر و رفع نواقص اتوماسیون و آموزش آن

۲. ادامه سیاست تفویض اختیار و افزایش حجم آن  
۳. برگزاری کارگاههای نحوه تعیین اولویتهای پژوهشی و حتی اجباری کردن آن برای همه اعضای هیأت علمی در زمان آغاز به کار و ارتقاء

۴. اختصاص قسمت عمده بودجه پژوهشی به طرحهای پژوهشی دارای اولویت  
۵. خودداری از درخواستهای متعدد اعلام اولویتهای از گروههای آموزشی و دانشکدهها

## تشکر و قدردانی

وظیفه خود می‌دانیم از مسؤولان محترم وقت دانشگاه و دانشکدهها، مدیران محترم گروههای آموزشی، معاونین و اعضای محترم شورای پژوهشی دانشکدهها، همکاران مشارکت‌کننده و افراد ذینفع بخصوص اساتید و همکاران محترم که بدون همکاری و مساعدت آنها انجام این طرح مقدور نبود، صمیمانه سپاسگزاری نماییم. از اساتید و همکاران زیر که بیشترین نقش و مساعدت را داشتند تشکر و قدردانی می‌نماییم: دکتر معصومه جرجانی، دکتر احمد خالق‌نژاد طبری، دکتر محمد رحمتی‌رودسری، دکتر علی دباغ، دکتر شاهرخ رامین، دکتر حسن امامی، دکتر شهنام عرشی، دکتر احمدرضا فرسار، دکتر عباس انتظاری، دکتر شاهرخ طهمورس‌زاده، دکتر کامبیز عباچی‌زاده، دکتر رضا شکرریز فومنی و دکتر مرضیه رامندی.

## REFERENCES

1. Global Forum for Health Research. Monitoring Financial Flows for Health Research 2001. Geneva: Global Forum for Health Research; 2001.
2. Research in Developing Countries. Health Research. New York: Oxford University Press; 1990:45-51.
3. Kolahi AA, Tahmoorezadeh S, Sohrabi MR, Shokouhi S, Nabavi M, Besharat M, et al. Research Priority in Infectious Diseases and Tropical Medicine Research Center, Shaheed Beheshti Medical University in 2007. Iran J Infect Dis Trop Med 2007;12(38):1-9. (Full text in Persian)
4. Azizi F. View of medical research in Iran. J Res Med Sci Shahid Beheshti Uni Med Sci 1995;19(1-2):1-14. (Full text in Persian)
5. Mohammadi MR, Mesgarpour B. Systemic approach to health research in Iran and the world. Hakim Res J 2002;5(2):151-67. (Full text in Persian)
6. Mansoori R. Definition of University. Rahyaf 2001;24:16-29. (Full text in Persian)
7. National management and programming organization. The report of government performance from 1997 to 2001. 2<sup>nd</sup> ed. Tehran: The documentation center and publication of national management organization; 2001. p. 71. (Full text in Persian)
8. The Council on Health Research for Development. A Manual for Research Priority Setting Using the ENHR Strategy. March 2000. [cited 2010 Oct 17]; Available from: <http://www.cohred.org/node/22>.
9. Ministry of health and medical education. The strategic program of deputy for research and technology. Tehran: 2006. (Full text in Persian)

10. Shahid Beheshti University of Medical Sciences. The strategic and development program. Tehran: 2001. (Full text in Persian)
11. Shahid Beheshti University of Medical Sciences. The strategic plan of vice-chancellor for research. Tehran: 2007. (Full text in Persian)
12. Vice-chancellor for education, Shahid Beheshti University of Medical Sciences. The strategic program of education system. Tehran: 2008. (Full text in Persian)
13. Naghavi M, Jafari N. Mortality in the 29 provinces of Iran in 2004. Fifth book. Vice- chancellor for health, ministry of health and medical education. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: Arvich; 2007. (Text in Persian)
14. Vice- chancellor for health, ministry of health and medical education. The Burden of Disease and Injury in Iran. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: 2007. (Text in Persian)
15. The center for network development and health promotion, Vice- chancellor for health, ministry of health and medical education. The important indicators of vital Zij in rural section of Iran. The trend of 1993-2007 and 2004-2007 by Universities. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: 2008. (Text in Persian)
16. The ministry of health and medical education. The view of health. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: Tabalvor; 2002. (Text in Persian)
17. Naghavi M, Jamishidi HR. Utilization of health services in 2002 of Iran. Vice- chancellor for health, ministry of health and medical education. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: Tandis; 2005. (Text in Persian)
18. The office of improvement for society nutrition. Vice- chancellor for health, ministry of health and medical education. Research in micro-nutrients in Iran. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: Amirkabir; 2006.
19. Delavari A, Alihkani S, Alaadini F, Goya MM. A national profile of noncommunicable diseases risk factors in the IR.Iran. Center for diseases control, Vice- chancellor for health, ministry of health and medical education. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: Sadra; 2008.
20. Tabatabaei SM, Zahraei SM, Ahmadnia H, Qotbi M, Rahimi F. Principles of diseases prevention and surveillance. Center for diseases control, Vice- chancellor for health, ministry of health and medical education, 1<sup>st</sup> ed. Tehran: Center for diseases control and Chekameh-Ava; 2008. (Text in Persian)
21. Center for diseases control, Vice- chancellor for health, ministry of health and medical education. The reports and guidelines of diseases (30 volumes). (Text in Persian)
22. The Center for diseases control, Vice- chancellor for health, ministry of health and medical education. Information and data of communicable diseases in Iran in 2003-2005, Volume 3. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: Seda; 2008. (Text in Persian)
23. The Center for diseases control, Vice- chancellor for health, ministry of health and medical education. Information and data of communicable diseases in Iran in 2003-2005, Volume 4. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: Seda; 2008. (Text in Persian)
24. Vice-chancellor for research, Shahid Beheshti University of Medical Sciences. The database of research proposal. Tehran: 2003-8. (Text in Persian)
25. Central library of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. The database of theses. Tehran: 2003-8. (Full text in Persian)
26. The vice-chancellor for treatment and drug, Shahid Beheshti University of Medical Sciences. The report of performance about information and indicators for treatment of depended centers in 2003. Tehran: 2004. (Full text in Persian)
27. Shahid Beheshti University of Medical Sciences. The report of performance of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Oct. 2005 to Oct. 2006. Tehran: Loheh Mahfooz; 2006. (Full text in Persian)
28. World Health Organization. Meeting of the WHO Scientific Working Group on Criteria for Setting Health Research Priorities. Report to the regional director. New Delhi: WHO; 2000.
29. Kolahi AA, Tahmooreszadeh S, Gachkar L, Mardani M. Research Priority Setting of Shaheed Beheshti Medical University Infectious Diseases and Tropical Medicine Research Center in 2007. Iran J of Clin Infect Dis 2008;3(2):79-87.
30. Karimi Gh, Ghareh Baghian A, Rahbari MA, Vafaiyan V, Minab Salemi E, Damari B,. Need assessment and research priorities setting in IBTO Research Center. Sci J Blood Transfus Org 2005;2(4):123-43. (Full text in Persian)
31. 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)
32. Rezaei Ashtiani AA, Hadi MA. Health problem priorities setting in health center of Arak University of Medical Sciences in 2002. J Arak Univ Med Sci 2003;6(23):22-7. (Full text in Persian)



33. Khadivi R, Raeisi R, Habibi Sh, Gaderi S, Shirvani H, Shams F, et al. Capacity building for priority setting in Farrokhsahr population. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2006;8 Suppl 1:37-45. (Full text in Persian)
34. Majidpour A, Amini-Sani N, Adalatkah H, Sezavar SH, Shabani M, Nemati A, et al. Research Priorities in Health Field in Ardabil Province: An Experience. *Res Sci J Ardabil Univ Med Sci* 2003;3(9):7-21. (Full text in Persian)
35. Imami SR, Tahamtan F, Nabipour I, Azizi F, Zafarmand MH, Nakhaei K. Use of focus groups to assess the health needs of the community for priorities in health research in Bushehr port, I.R. Iran, The Persian Gulf region. *Iran South Med J* 2003;5(2):176-80. (Full text in Persian)
36. Yazdan Panah B, Pour Danesh F, Safari M, Rezaei M, Ostvar R, Afshoon E, et al. Health research priority setting by needs assessment in Kohgiluyeh and Boyerahmad province. *Armaghan Danesh Res Sci J Yasuj Univ Med Sci* 2003;31(8):19-24. (Full text in Persian)
37. Malekafzali H, Bahreini FAS, Alaedini F, Forouzan AS. Health system priorities based on needs assessment & stakeholders' participation in I.R. Iran. *Hakim Res J* 2007;10(1):13-9. (Full text in Persian)
38. The medical commission of national scientific researches. Medical research priorities setting. *J Res Med Sci Shahid Beheshti Univ Med Sci* 1991;15(3-4):3-11. (Full text in Persian)
39. Farsar AR, Kolahi AA, Malek-Afzali H. The status of medical research priorities setting in Iran. Tehran: Deputy for research and technology, Ministry of health and medical education; 2002. (Full text in Persian)