

پژوهش در ضرورت های بهداشت ملی و تعیین

اولویت‌ها:

درس هایی از گذشته

«شورای پژوهش حوزه سلامت برای توسعه»

COHRED

مترجمین:

دکتر مازیار جاویدروزی،

دکتر سپیده باقری نژاد و

دکتر احمدرضا حسین پور

فهرست مندرجات

پیش گفتار.....	۵
پیش گفتار مؤلفین.....	۷
چکیده.....	۹
مقدمه.....	۱۴
پیشرفت‌های جهانی در پژوهش و توسعه حوزه سلامت.....	۱۶
استفاده از راهبرد ENHR.....	۱۸
اطلاعات مورد نیاز برای تعیین اولویت‌ها در ENHR.....	۲۵
تحلیل وضعیت.....	۲۶
نتیجه‌گیری.....	۳۴
استفاده از اطلاعات در فرآیند تعیین اولویت‌ها.....	۳۴
رسیدن از مسأله بهداشتی به مسأله پژوهشی.....	۳۶
چند فن و رویکرد مفید.....	۴۱
شرکت‌کنندگان در فرآیند تعیین اولویت‌ها.....	۴۹
ملاحظات کلی.....	۵۰

۵۲	تعیین برنامه مختص کشور.....
۶۱	اثر مؤلفه‌های بین‌المللی بر تعیین برنامه پژوهشی.....
۶۹	معیارهای مورد استفاده در تعیین اولویت‌ها.....
۷۰	انتخاب معیارها.....
۷۵	راهکارهایی برای انتخاب معیارها.....
۸۲	گردهم‌آوری زمینه‌های پژوهشی.....
۸۳	راهکارهایی برای گردهم‌آوری زمینه‌های پژوهشی.....
۸۷	به کارگیری معیارها.....
۹۵	درگیر ساختن شرکت کنندگان.....
۹۶	مراحل آغازین درگیر ساختن شرکت کنندگان.....
۱۰۰	روش‌هایی مفید برای تقویت مشارکت در فرآیند تعیین اولویت‌ها..
۱۱۷	تلاقی گاه ملی - جهانی در تعیین اولویت‌های پژوهشی.....
۱۱۸	عدالت در پژوهش جهانی حوزه سلامت.....
۱۲۱	بهبود بخشیدن به تلاقی گاه ملی - جهانی.....

بنام خدا

پیش‌گفتار

هدف نهایی نظام سلامت هر کشور، ارتقا سطح سلامت مردم و برقراری و پیشبرد عدالت 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 نظام سلامت 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 این امر منجر به ناکارآمدی و دوباره‌کاری می‌شود. همچنین بخش فراوانی از پژوهش‌ها در راستای اولویت‌های نظام سلامت 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 به کار 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 براساس 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 نظام سلامت نشود. بنابراین نیاز به وجود یک نظام 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 پیشبرد نظام پژوهشی کارآمد در حوزه سلامت به ویژه برای کشورهای در حال توسعه مشغول فعالیت هستند و تلاش می‌کنند تا با ارایه یک رویکرد نظام یافته، پژوهش‌های حوزه سلامت 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 در خصوص نظام‌های پژوهش حوزه سلامت، 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

پیش‌گفتار مؤلفین:

تعیین اولویت‌ها فرآیندی مهم در مدیریت پژوهش‌های حوزه سلامت^۱ کشورها به شمار می‌رود که اهمیت آن به ویژه در زمان تخصیص منابع عمدتاً محدود مالی و انسانی دو چندان می‌شود. اما فراهم‌آوری مبنایی منطقی برای تعیین اولویت‌ها، خود نیازمند وجود اطلاعات پایه‌ای و داشتن دیدی تحلیلی همراه با استدلال و قضاوتی صحیح است و این امر برای موفقیت کشورها در پیاده‌سازی راهبرد «پژوهش در ضرورت‌های بهداشت ملی»^۲ (ENHR) اهمیتی اساسی دارد. بنابراین تعیین اولویت‌ها در پژوهش‌های حوزه سلامت گامی آغازین و اولیه برای توسعه ENHR در هر کشوری محسوب می‌شود. همه روزه تجربیات تازه‌ای از تعیین اولویت‌ها در مناطق مختلف جهان در دسترس قرار می‌گیرد و با وجودیکه چارچوب مفهومی فرآیند تعیین اولویت‌ها، ابعاد و چگونگی انجام این فرآیند ممکن است از کشوری به کشور دیگر متفاوت باشد، اما تأثیر نهایی این فرآیند در تمامی کشورها یکسان و مشابه خواهد بود: فرآیند تعیین اولویت‌ها به

۱. واژه *Health* در فارسی معادل بهداشت و یا سلامت در نظر گرفته می‌شود و بر این اساس برای عبارت *Health Research* معادل پژوهش در حوزه سلامت را برگزیدیم. اما لغت *Health* به تنهایی یا در دیگر ترکیب‌ها به صورت بهداشت یا سلامت ترجمه شده است - مترجمین.

² - Essential National Health Research

تمامی کشورها در زمینه طرح‌ریزی برنامه‌های پژوهش در حوزه سلامت و بسیج و تخصیص منابع پژوهشی، و همچنین تقویت ظرفیت پژوهشی بومی خود کمک خواهد کرد.

اما تا به امروز اطلاعات مربوط به این تجربیات به گونه‌ای نظام‌یافته مورد بازبینی و تجزیه و تحلیل قرار نگرفته است و به همین دلیل، «شورای پژوهش حوزه سلامت برای توسعه^۱» (COHRED) بر آن شد تا به تشکیل گروهی به منظور بررسی این تجربیات و پیشنهاد روش‌ها و رویکردهایی بهبود یافته، رویکردهایی که مبتنی بر هدف فراگیر COHRED یعنی عدالت بهداشتی در پژوهش حوزه سلامت به منظور نیل به توسعه است، جهت تعیین اولویت‌ها بپردازد.

امید می‌رود که این متن برای گروه‌های مختلف ذینفع در سطوح منطقه‌ای، ملی و جهانی متمر ثمر و مشوق آنها در ورود به یک فرآیند علمی و نظام‌یافته تعاون و همکاری - با ماهیتی شفاف، باشد که انگیزه اصلی آن دغدغه برای ارزش‌های مردم و نیازهای آنها خواهد بود. از همین رو رایۀ این نوشتار موجب خوشحالی من است و اطمینان دارم که این مجموعه به تداوم گفتگو در زمینه مقولۀ پراهمیت تعیین اولویت‌ها کمک خواهد کرد.

برای هیأت COHRED

Charas Suwanwela M.D.

¹ - Council on Health Research for Development

چکیده

پژوهش در ضرورت‌های بهداشت ملی و تعیین اولویت‌ها: درس‌هایی از گذشته

«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؟»

کمیسیون پژوهش حوزه سلامت برای توسعه، ۱۹۹۰

واقعیت آن است که منافع بهداشتی کشورهای در حال توسعه به میزان کافی پیشرفت نکرده است و علیرغم بار زیاد بیماری‌ها در این کشورها، نسبت بودجه‌های جهانی پژوهش و توسعه حوزه سلامت که صرف مسایل و مشکلات بهداشتی این کشورها می‌شود، افزایش نیافته است. این ناعدالتی بهداشتی بیانگر لزوم بالا زدن آستین‌ها و انجام اقداماتی مثبت برای کشورهای در حال توسعه و توسط خود این کشورها است. یک راهبرد قدرتمند برای نیل به این منظور، «پژوهش

در ضرورت‌های بهداشت ملی» (ENHR) است که از سوی «کمیسیون پژوهش حوزه سلامت برای توسعه^۱» پیشنهاد شده است.

بسیاری از کشورها با تعیین اولویت‌هایی جهت پژوهش حوزه سلامت - که یکی از راهبردهای پایه‌ای برای توسعه ENHR است - به این چالش پاسخ داده‌اند و توجه به تجربیات این کشورها و فراگیری درس‌های حاصله و ایجاد یک رویکرد نظام‌یافته می‌تواند بر توانایی و صلاحیت دیگر کشورها برای تعیین اولویت‌ها بیافزاید. نوشته حاضر به مرور این تجربیات می‌پردازد و فرآیندهای بهتری را جهت تعیین اولویت‌ها در آینده عنوان می‌کند. اما شماری از این تجربیات و درس‌های فراگرفته از گذشته به شرح زیر می‌باشند:

۱- گردهم‌آوردن گروه‌های مختلف ذینفع به منظور مشاوره، گفتگو و تصمیم‌گیری امکان‌پذیر است. مشارکت گسترده گروه‌های مختلف، وجه تمایز بسیاری از فرآیندهای مرتبط با ENHR می‌باشد.

اما هنوز هم مشارکتی فراگیر و واقعی‌تر - به‌ویژه از سوی نمایندگان جوامع مختلف، سیاستگذاران و بخش خصوصی فعال در زمینه بهداشت - از رهگذر روش‌هایی نظام‌یافته به منظور جمع‌آوری اطلاعات و رسیدن به توافق مورد نیاز است و نمایندگان و افراد

¹ - Commission on Health Research for Development

- آگاه از کشورهای در حال توسعه باید در جهت برقراری مشارکتی مکمل با سازمان‌های بین‌المللی و گروه‌های اهداکننده، تلاش کنند.
- ۲- تحلیل وضعیت بهداشتی با فرآیند تعیین اولویت‌ها در هم تنیده است. اما این چارچوب تحلیلی نمی‌تواند تمرکز و توجه خود را تنها به دانش نوین، سنجش‌های کمی جدید، یا فن‌آوری‌های تازه محدود سازد. به عبارت دیگر، پیشرفت‌های علمی در زمینه تأمین و فراهم‌آوری بهداشت باید با نیازها - تجزیه و تحلیل نیازها، انتظارات مردم و جهت‌گیری‌های اجتماعی - متوازن و متناسب باشد.
- ۳- تعیین اولویت‌ها به طور ذاتی فرآیندی سیاسی نیز محسوب می‌شود. کشورها باید علاوه بر توجه به قوانین و «باید»‌های خود، به مسایل مقطعی و «غیرمنتظره» نیز توجه داشته باشند و شفافیت و پاسخ‌گویی فرآیند تعیین اولویت‌ها را حفظ کنند. از رهگذر فراگیر بودن و احترام دو جانبه، فهمی مشترک از معیارها، توافق بر فرآیند انتخاب، و تنظیم و تعریف ماهرانه اولویت‌های پژوهشی می‌توان به این هدف نایل آمد. به علت طبیعت پویا و تغییرپذیر وضعیت بهداشت و بیماری‌ها، این فرآیندها را باید از طریق بازبینی و پایش دوره‌ای برنامه پژوهشی، قابل تکرار و انعطاف‌پذیر کرد.
- بنابراین، بر اساس چارچوب ENHR، تعیین اولویت‌های پژوهش حوزه سلامت فرآیندی متعامل مشتمل بر ارزیابی علمی و نظام‌یافته وضعیت بهداشتی، نظام‌های سلامت و نظام‌های پژوهش حوزه

سلامت، تجزیه و تحلیل نظام‌یافته و علمی تقاضاهای استفاده‌کنندگان و ارزش‌ها و نیازهای محسوس این افراد است.

۴- اشاعه و اجرای دقیق و خلاقانه برنامه‌های پژوهشی ملی مدون، در هر دو سطح ملی و جهانی ضروری است. کشورها خود باید بپذیرند که تخصیص منابع بومی در بطن مالکیت این فرآیند نهفته است. از سوی دیگر نهادهای بین‌المللی باید به اولویت‌های پژوهشی و نیازهای ظرفیت‌سازی کشورها توجه بیشتر و نزدیک‌تری کنند. فشارهای بین‌المللی در صورتیکه هدفی محدود را دنبال نمایند (هر چند از لحاظ فن‌آوری پیشرفته باشند) ممکن است بالقوه توجه افراد و منابع را از نیازها و منافع ملی یا تحت ملی دور کنند.

۵- فراگیر بودن و مشارکت تمامی گروه‌های ذینفع در هر دو سطح جهانی و ملی اهمیتی یکسان دارد. از رهگذر این تعاملات باید به پایه‌گذاری سازوکارهایی جهت مد نظر قرار دادن مقوله‌های مرتبط با نقاط تلاقی و برخورد منافع ملی و جهانی - از جمله پایش و تخصیص مجدد بودجه‌های پژوهش و توسعه حوزه سلامت در سطوح ملی و جهانی؛ مدیریت درست و روشنفکرانه منابع؛ فرار مغزها؛ و قراردادهای یا یارانه‌های بلندمدت به منظور کاهش قیمت محصولات زیست‌پزشکی - پرداخت.

«رانش و نزدیک ساختن» اولویت‌های پژوهشی ملی به سطح بین‌المللی هدفی امکان‌پذیر ولی کماکان دور از دسترس است و این

هدف را تنها می‌توان با اتخاذ روش‌هایی نظام‌یافته و معتبرتر جهت تعیین اولویت‌ها، بیان این روش‌ها در میزگردهای بین‌المللی و ساخت و تجزیه و تحلیل دقیق برون‌دهای ملی به انجام رسانید.

سرانجام آنکه تأسیس و پایه‌گذاری برنامه جهانی پژوهش حوزه سلامت مستلزم سرمایه‌گذاری استوار در کشورهای در حال توسعه و مردم این کشورها، افزایش ظرفیت درونی گروه‌های مختلف ذینفع در جهت تجزیه و تحلیل مشکلات و نیازهای بهداشتی خود، تعیین اولویت‌ها، تولید منابع، و مشارکت‌های ملی و بین‌المللی در طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌های بهداشتی و پژوهشی است. تنها از این مسیر است که پژوهش حوزه سلامت به عدالت بهداشتی در توسعه رهنمون می‌شود و این هدف، چالشی جهانی در فراروی ما می‌باشد.

بخش ۱

مقدمه

در سال ۱۹۹۰، «کمیسیون پژوهش حوزه سلامت برای توسعه» از کشورهای در حال توسعه خواست تا راهبرد «پژوهش در ضرورت‌های بهداشت ملی» را به عنوان ابزاری قدرتمند برای حصول توسعه و عدالت بهداشتی به کار گیرند. در ادامه ENHR نه تنها به عنوان ابزاری قدرتمند جهت تأمین بهداشت برای تمام جامعه، بلکه به عنوان ابزاری جهت افزایش منافع اقتصادی کشورها از طریق بالاتر بردن کارایی افراد، مطرح گردید. [۱] از آن زمان تا کنون، بسیاری از کشورها با تعیین اولویت‌های ملی جهت پژوهش حوزه سلامت و به کارگیری راهبردهای مختلف ENHR - مطابق شرایط خاص خود - در صدد پاسخ‌دهی به این چالش برآمده‌اند.

بررسی نه کشور از این کشورها نشانگر الگویی در حال تکامل جهت تعیین اولویت‌ها می‌باشد: [۲]

فراگیربودن مشارکت (تصمیم‌گیرندگان، فراهم‌کنندگان خدمات بهداشتی، پژوهشگران و نمایندگان جامعه)
مشاوره و تبادل نظر گسترده از طریق کارگاه‌های ملی و تحت ملی در کنار جلسات بحث گروهی متمرکز
استفاده از اطلاعات کمی و کیفی

نظارت توسط یک کمیته فنی یا گروه کاری کوچک

از سوی دیگر به کارگیری معیارها جهت تعیین اولویت‌ها از کشوری به کشور دیگر متفاوت است. این تفاوت‌ها از فقدان معیارهای واضح تا فهرستی عریض و طویل از معیارها از جمله بار بیماری‌ها، فوریت، تقاضاها، وسعت پژوهش‌های قبلی، انجام‌پذیری فنی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی، مناسبت با طرح ملی بهداشتی و پیامد نهایی مورد انتظار از انجام مداخله، متغیر است. در مواردی که معیارهایی انتخاب شده بودند، کشورهای کمی به تعیین رهنمودهایی واضح در مورد چگونگی به کارگیری این معیارها پرداخته بودند. علاوه بر این، بیشتر کشورها، افراد یا گروه‌هایی تعیین‌کننده معیارها و نیز اهداف و پایه‌های اخلاقی که تصمیمات بر مبنای آنها گرفته شده بودند را مشخص نکرده بودند.

تجربیات این کشورها را باید مورد بازبینی قرارداد و آنها را بهبود بخشید تا از این رهگذر بتوان تلاش‌های امروز و فردای دیگر کشورها در جهت توسعه و اجرای برنامه‌های پژوهشی خود را به طور نظام‌یافته راهنمایی نمود. کشورها همچنین باید نیازها و تجربیات خود را در سطح بین‌المللی مطرح سازند تا بتوانند به طور آگاهانه و فعال در تعیین برنامه جهانی پژوهش حوزه سلامت مشارکت ورزند.

این نوشته به تجربیات کشورهای می‌پردازد که از راهبرد ENHR جهت تعریف اولویت‌های پژوهشی خود استفاده کرده‌اند. جنبه‌های

تأثیرگذار این تلاش‌ها مشخص شده و نقاط ضعف نیز مورد تأکید قرار گرفته‌اند تا بتوان به آرایه رهنمودهایی جهت یاری کشورها در زمینه ایجاد، بیان و اجرای برنامه‌های پژوهشی خود پرداخت.

پیشرفت‌های جهانی در پژوهش و توسعه حوزه سلامت

رخدادهای مهم در صحنه بهداشت جهانی در عرض پنج سال اخیر تأثیری عمده بر تخصیص منابع بهداشتی در سطوح جهانی و کشوری داشته و خواهد داشت. کمتر کشور در حال توسعه و وزارتخانه بهداشتی را می‌توان یافت که از «گزارش توسعه جهانی»^۱ سال ۱۹۹۳ بانک جهانی با عنوان «سرمایه گذاری در بهداشت»^۲، و بحث‌های صورت گرفته پیرامون استفاده از DALY^۳ (سال‌هایی زندگی منطبق شده با ناتوانی) به عنوان پایه‌ای اولیه برای تعیین اولویت‌ها مطلع نباشد و موجی از اصلاحات اساسی در بخش بهداشت - که مقوله‌های محوری آن شامل ترکیب خدمات بهداشتی خصوصی و عمومی، تأمین منابع مالی بهداشتی و تمرکززدایی است - در بسیاری از کشورها در راه است. در زمینه پژوهش حوزه سلامت، یکی از دستاوردهای عمده گزارش توسعه جهانی سال ۱۹۹۳ گزارش «سرمایه گذاری در پژوهش

^۱ - World Development Report (WDR)

^۲ - Investing in health

^۳ - Disability-adjusted life years

و توسعه حوزه سلامت^۱ است که در سال ۱۹۹۶ از سوی کمیته ویژه WHO با عنوان «کمیته پژوهش حوزه سلامت مرتبط با گزینه‌های مداخله‌ای آینده^۲»، ارایه گردید. در این گزارش یک فرآیند ۵ مرحله‌ای جهت تعیین اولویت‌ها ارایه شد که بر بار بیماری و هزینه - اثربخشی مداخلات بالقوه یا موجود به عنوان ابزارهای تصمیم‌گیری اولیه تأکید می‌کرد. همچنین سازوکاری جهانی برای به کارگیری و پایش انگیزه‌های برخاسته از این گزارش پیشنهاد شد. از سوی دیگر در حمایت از برنامه بهداشت برای همه WHO، کمیته مشاور در پژوهش حوزه سلامت^۳ برنامه HERES PLANET (که مخفف طرح‌ریزی شبکه پژوهش حوزه سلامت^۴ است) را آغاز کرد. این برنامه در واقع ابزاری یکپارچه است که از منطق محاسباتی و فنون به تصویر درآوری^۵ در کنار دیگر روش‌ها برای فراهم‌آوری اطلاعات مورد نیاز جهت تعیین اولویت‌ها و تخصیص منابع استفاده می‌کند.

تمامی این توصیه‌ها و برنامه‌های پیشنهادی در پس‌زمینه‌ای از منابع و بودجه‌های رو به کاهش بخش پژوهش و توسعه حوزه سلامت در

^۱ - Investing in Health Research and Development

^۲ - Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future

^۳ - Advisory Committee for Health Research

^۴ - Planning Network for Health Research

^۵ - Visualisation techniques

کشورهای در حال توسعه قرار گرفته‌اند. سرمایه‌گذاری جهانی در بخش پژوهش و توسعه از میزان ۵٪ در سال ۱۹۸۶ به میزان ۴/۴٪ در سال ۱۹۹۲ سقوط کرده است، [۳ و ۴] در حالیکه، بار بیماری‌ها در کشورهای در حال توسعه ۸۸/۳٪ از کل بار جهانی بیماری‌ها را در سال ۱۹۹۰ به خود اختصاص داده است. [۵]

در حالیکه این تحولات در صحنه جهانی رخ می‌دهند، کشورها خود باید به فهرست‌برداری از «نیازها و ضروریات» خود پردازند که این کار مستلزم انجام پژوهش حوزه سلامت به منظور پیگیری نیازهای بهداشتی مردم است. هیچ‌گاه نمی‌توان به این امید بود که منابع کافی جهت جوابگویی به تمامی نیازهای بهداشتی مردم - بویژه در کشورهای در حال توسعه - وجود دارد و تمرکز بر ضرورت‌ها منجر به استفاده بهتر از منابع در دسترس و نهایتاً بازده بهداشتی بیشتر به ازای هزینه صرف شده خواهد شد و «بهداشت بهتر برای عده بیشتر» در مقابل خود باعث بهره‌وری بیشتر و توسعه اقتصادی یکسان‌تری می‌شود.

استفاده از راهبرد ENHR

شورای پژوهش حوزه سلامت برای توسعه (COHRED) در مارس سال ۱۹۹۳ به عنوان سازوکاری بلندمدت جهت ادامه فعالیت‌های «کمیسیون پژوهش حوزه سلامت برای توسعه» و «گروه کاری پژوهش

حوزه سلامت برای توسعه^۱ تشکیل شد. در سال ۱۹۹۶، COHRED خواهان انجام یک ارزیابی مقطعی در مورد فرآیند ENHR و نقش COHRED در این فرآیند شد. یک گروه ارزشیابی کننده خارج از COHRED قویاً توصیه نمود که به منظور نزدیک تر ساختن ENHR به هدف عدالت بهداشتی در توسعه، COHRED باید به «جمع آوری و جذب مهارت‌ها موجود» در زمینه صلاحیت‌های ENHR پردازد و این مهارت‌های را به عنوان ابزاری مؤثر و قابل اجرا جهت پیشبرد و ارتقا راهبرد ENHR توسعه دهد.[۶] یکی از مهم‌ترین صلاحیت‌های مورد نیاز کشورهای در حال توسعه، داشتن رویکردهای نظام یافته جهت تعیین اولویت‌های پژوهشی است.

با وجود در دسترس بودن متون و کتبی در مورد تعیین اولویت‌ها، یکی از شکایت‌های شایع کشورهای در حال توسعه این است که درک و فهم ابزارهای فعلی تعیین اولویت مشکل بوده و بسیاری از آنها از قابلیت چندانی برای به اجرا درآمدن برخوردار نیستند. هدف نوشته حاضر کاستن این فاصله و یاری رساندن به کشورها در جهت به اجرا گذاشتن روش‌ها و اصول تعیین اولویت‌ها است.

اما مزایای حاصل از تقویت ظرفیت کشورهای در حال توسعه جهت تعیین اولویت‌ها با استفاده از راهبرد ENHR به شرح زیر است:

¹ - Task Force on Health Research for Development

یاری کشورها در جهت سازمان‌دهی و مدیریت پژوهش حوزه سلامت با وجود محدودیت منابع و انفکاک، تکرار و نامتناسب بودن اطلاعات در زمینه پژوهش حوزه سلامت امروز؛

فراهم‌آوری اطلاعات جهت تخصیص منابع در سطوح ملی و تحت ملی؛

شناسایی زمینه‌ها برای تقویت ظرفیت پژوهشی؛
پیشبرد پاسخگویی، مالکیت و مسئولیت مشترک اجتماعی در اجرای برنامه پژوهشی؛

تقویت سهم ملی در اجرا و تعیین اولویت‌های پژوهش جهانی؛
کمک به برطرف ساختن عدم توازن مشارکت و تعاملات شمال - جنوب.

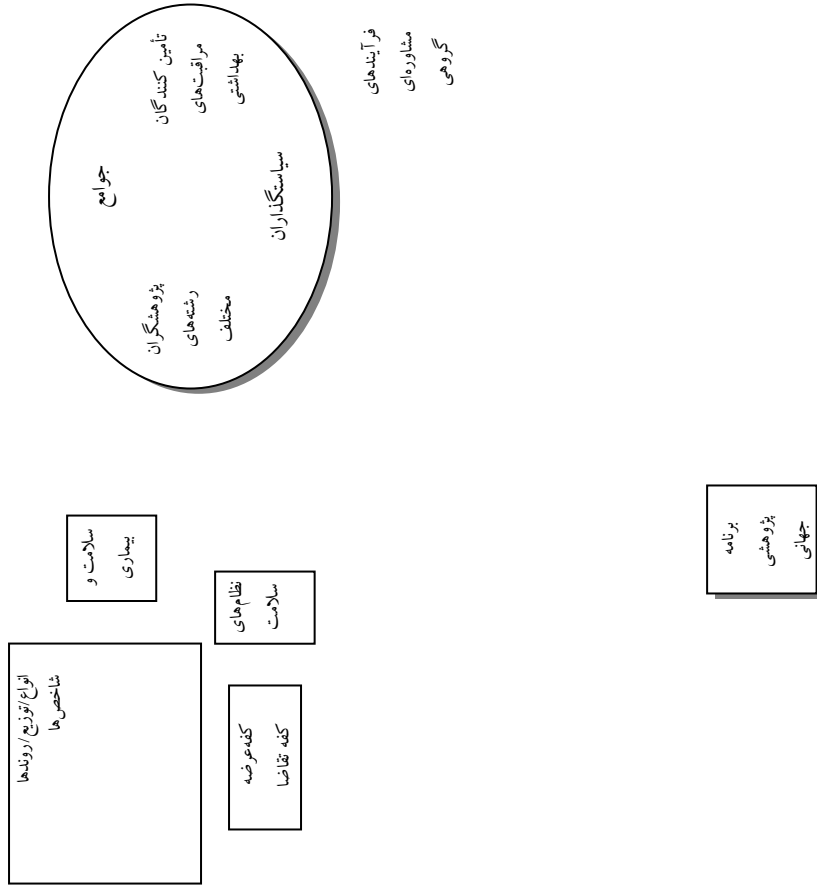
در واقع بخش اعظم فعالیت‌های بهداشتی جهان در سطح ملی انجام می‌گیرد و کلید داشتن سهمی بیشتر و قویتر در رهبری بهداشت بین‌المللی از سوی کشورهای جنوب، تقویت ظرفیت پژوهش در ضرورت‌های بهداشتی در سطوح ملی و تحت ملی است.

رهنمودهای پیشنهادی این گزارش مبتنی بر چارچوبی است که در

شکل ۱-۱ ارایه شده است

«عرضه‌مدار» تنها به دانش و فن‌آوری‌های جدید می‌پردازد. بنابراین فرآیندهای مورد توجه این رهنمودها از طبیعتی فراگیر، مشارکت برانگیز، پویا و متعامل برخوردار هستند. همچنین این فرآیندها شراکت و درگیر ساختن چند لایه‌ای و چند بعدی گروه‌های مختلف ذینفع را در بردارند.

این میزان انعطاف‌پذیری در فرآیند پیشنهادی تعیین اولویت‌ها ممکن است از دید بعضی افراد که متمایل به رویکردهای «عرضه‌مدار» هستند، سردرگم‌کننده و اخلال‌برانگیز به نظر آید. اما واقعیت آن است که کشورها ناچارند به اتخاذ تصمیماتی سخت و مشکل‌در زمینه اولویت‌های پژوهشی و تخصیص منابع بپردازند. با این وجود استفاده از فرآیندی نظام‌یافته امکان‌پذیر می‌شود. براساس چارچوب ENHR این فرآیند، فرآیندی تکرارشونده از ارزیابی نظام‌یافته و علمی وضعیت بهداشتی، نظام‌های سلامت و نظام‌های پژوهش حوزه سلامت، در کنار تجزیه و تحلیل نظام‌یافته و علمی تقاضاهای استفاده‌کنندگان و ارزش‌ها و نیازهای محسوس آنها، با هدف تعیین اولویت‌ها برای پژوهش حوزه سلامت در شرایط مورد نظر است



مراجع

۱- ENHR عبارتست از: یک راهبرد یکپارچه برای سازمان‌دهی و مدیریت پژوهش،... که هدف آن پیشبرد سلامت و توسعه براساس عدالت اجتماعی است. این هدف از طریق بکارگیری روش‌های علمی برای تحلیل وضعیت‌های بهداشتی، شناسایی مسایل و حل آنها حاصل می‌شود. ENHR مشمل است بر ۱- پژوهش حوزه سلامت مختص هر کشور برای پرداختن به مسایل بهداشتی محلی با ابزار و راه‌حل‌هایی متناسب با وضعیت محلی ۲- پژوهش حوزه سلامت جهانی، توسط کشورهای مختلف از جمله در حال توسعه و توسعه یافته انجام می‌شود تا بینش‌ها و فن‌آوری‌هایی جدید مرتبط با مسایل بهداشتی مشترک فراهم شود.

From: Task Force on Health Research for Development. A Strategy for Action in Health and Human Development. Geneva, Switzerland; 1991.

۲- این مدرک مروری است بر تجارب تعیین اولویت‌های پژوهشی از کشورها یا گروه‌های کشوری ذیل: بنین، کشورهای حوزه کارائیب، گینه، کنیا، نیکاراگوئه، فیلیپین، آفریقای جنوبی، اوگاندا، زیمبابوه.

3- Commission on Health Research for Development. New York: Oxford University Press; 1990.

4- Michaud C, Murray CJL. Resources for health research and development in 1992: a global overview. In: Ad

Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options. Investing in health research and development. Geneva: World Health Organization; 1996, pp. 213-34.

- 5- Murray CJL, Lopez AD. Global patterns of cause of death and burden of disease in 1990, with projections to 2020. In: Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options. Investing in health research and development. Geneva: World Health Organization; 1996, pp. 133-85.

۶- نمونه‌هایی از این صلاحیت‌ها عبارتند از: مهارت‌های ترویج، نقشه‌برداری سیاسی، مهارت‌های تسهیل شراکت‌جویی جوامع، روش‌های تعیین اولویت‌ها، تهیه پروتکل‌های پژوهشی، مدیریت پروژه‌های پژوهشی، توسعه رهبری، مهارت‌های شبکه‌سازی، مهارت‌های بسیج منابع و ارزشیابی.

From: Neufeld VN, Dlamini QQ, Tan-Torres T, Pruzanski M. The Next Step: An Interim Assessment of ENHR and COHRED. Geneva, Switzerland: Council on Health Research for Development; 1996.

بخش ۲

اطلاعات مورد نیاز برای تعیین اولویت‌ها در ENHR

هدف این بخش فراهم‌آوری یک نقشه مفهومی از انواع اطلاعات در رابطه با فرآیند تعیین اولویت‌ها با استفاده از رویکرد است. البته این نوشته فهرستی جامع از تمامی منابع اطلاعاتی ممکن ارایه نمی‌کند و خوانندگان از این نظر به نشریات کتب تخصصی مورد در این زمینه ارجاع می‌شوند.

سه اصل مورد بحث در این بخش از این قرارند:

۱- اطلاعات اهمیتی اساسی دارد.

به عبارت دیگر تصمیمات ما در زمینه تعیین اولویت‌ها باید براساس بهترین اطلاعاتی که در حال حاضر در دسترس هستند اتخاذ شوند. به عنوان مروجین راهبرد ، ما باید مشوق افراد درگیر در فرآیند در جهت دستیابی، تفسیر و استفاده از اطلاعات باشیم.

۲- اطلاعات در چارچوب شرایط و پیش زمینه مربوطه معنی می‌یابد.

اطلاعات عمدتاً اختصاصی و خاص منطقه مربوطه هستند. همچنین ممکن است تفاوت‌هایی در اطلاعات مورد نیاز جهت تعیین اولویت‌ها

در سطح محلی یا شهرستان، در مقایسه با سطح استانی یا ملی و یا سطح منطقه‌ای یا جهانی، وجود داشته باشد.

۳- اطلاعات باید مقوله عدالت بهداشتی را مد نظر قرار دهند.

از آنجا که اهمیتی خاص برای گروه‌های آسیب پذیر و محروم قایل است، اطلاعات باید ما را در جهت درک، بررسی و عملکرد بهتر برای این گروه‌ها یاری نمایند.

تحلیل وضعیت^۱

تعیین اولویت‌ها فرآیندی نیست که تنها برای یک بار انجام پذیرد، بلکه فرآیندی تکرارشونده [۱] است که در آن هر مرحله از نتایج مرحله ماقبل تأثیر می‌پذیرد. به منظور پایه‌گذاری یک فرآیند مؤثر تعیین اولویت‌ها، انجام «تحلیل وضعیت» اهمیتی اساسی دارد. تحلیل وضعیت در درک تمامی گروه‌های مشارکت کننده و ارزیابی تصویری از وضعیت فعلی (که عمدتاً با آنچه مورد انتظار گروه‌های ذینفع است تفاوت دارد) مفید است و پایه‌ای برای قضاوت‌ها و تصمیماتی که در قلب فرآیند تعیین اولویت‌ها نهفته‌اند فراهم می‌آورد.

بنابراین انجام دقیق فعالیت‌های مقدماتی و آماده‌سازی اهمیت داشته و بر میزان منافع حاصل از تلاش‌هایی که برای تعیین اولویت‌ها صورت گرفته، می‌افزاید.

جنبه‌های مورد بحث

هیچ روش منحصر به فرد صحیحی برای تحلیل وضعیت وجود ندارد. اما بکارگیری رویکردی نظام‌یافته با استفاده از سه مقوله وسیع وضعیت بهداشتی، نظام مراقبت‌های بهداشتی و نظام پژوهش حوزه سلامت توصیه می‌شود.

۱. وضعیت بهداشتی

اطلاعات مرتبط با وضعیت بهداشتی شامل تمامی اطلاعات قابل دسترسی است که به توصیف وضعیت سلامتی، مشکلات عمده بهداشتی و بیماری‌های شایع مبتلاکننده کشور (سطح ملی)، استان یا شهرستان (سطوح تحت ملی) می‌پردازند. تأکید و توجه بر بیماری‌های نه‌چندان شایعی که عواقب جدی در پی دارند نیز ممکن است از اهمیت برخوردار باشد. همچنین تمرکز بر گروه‌های محروم - مثلاً افرادی که در محله‌های فقیرنشین، روستاهای دورافتاده، یا اردوگاه‌های آوارگان به سر می‌برند - نیز اهمیت دارد.

یافتن اطلاعات موجود در زمینه عوامل خطرزا (یا عوامل تعیین کننده) مشکلات عمده بهداشتی مسأله دیگری است که از اهمیت برخوردار است. برای مثال فشار خون بالا یک عامل خطر کاملاً شناخته شده برای سکته مغزی است و سوء تغذیه، تجمع بیش از حد جمعیت، و سوزاندن ذغال سنگ در فضای بسته به ترتیب عوامل خطر برای عفونت دوران کودکی، سل و عفونت تنفسی محسوب می‌شوند.

هدف در واقع تولید اطلاعات توصیفی در مورد نوع، توزیع و روند بیماری‌ها، با توجه به عناوینی چون جغرافیا، سطح درآمد و طبقه اجتماعی، جنس و گروه‌های سنی (برای مثال شیرخواران، نوجوانان یا سالمندان) است. همچنین شناسایی عوامل خطر دخیل - در صورت امکان - اهمیت دارد.

اطلاعات فوق را می‌توان از طیفی از منابع تهیه نمود، برای مثال:

نظام‌های ثبت آمار حیاتی

نظرسنجی‌های خاص

پرونده‌های درمانگاه‌ها، مراکز بهداشتی یا بیمارستان‌ها

نظرات افراد مطلع (کارشناس یا غیر کارشناس)

برای این نوع اطلاعات تنها به خدمات بهداشتی اکتفا نکنید. دیگر ادارات دولتی مانند آموزش و پرورش، کشاورزی یا فرمانداری محلی، یا گروه‌های دانشگاهی، ها یا حتی شرکت‌های خصوصی ممکن است بتوانند اطلاعاتی ارزشمند برای شما فراهم آورند.

هدف نهایی کار «توصیف وضعیت به همان گونه‌ای که هست» با استفاده از اطلاعات به دست آمده از تمامی منابع موجود است. عملاً در تمام وضعیت‌ها، دانستن اطلاعات کافی برای ترسیم تصویری از وضعیت بهداشتی مردم مورد نیاز می‌باشد. اما نکته کلیدی شروع انجام این کار بدون فوت وقت است. فایده دیگر تحلیل وضعیت کمک به شناسایی شکاف‌های دانش است که می‌توان به موازات تکامل فرآیند پرکردن آنها پرداخت.

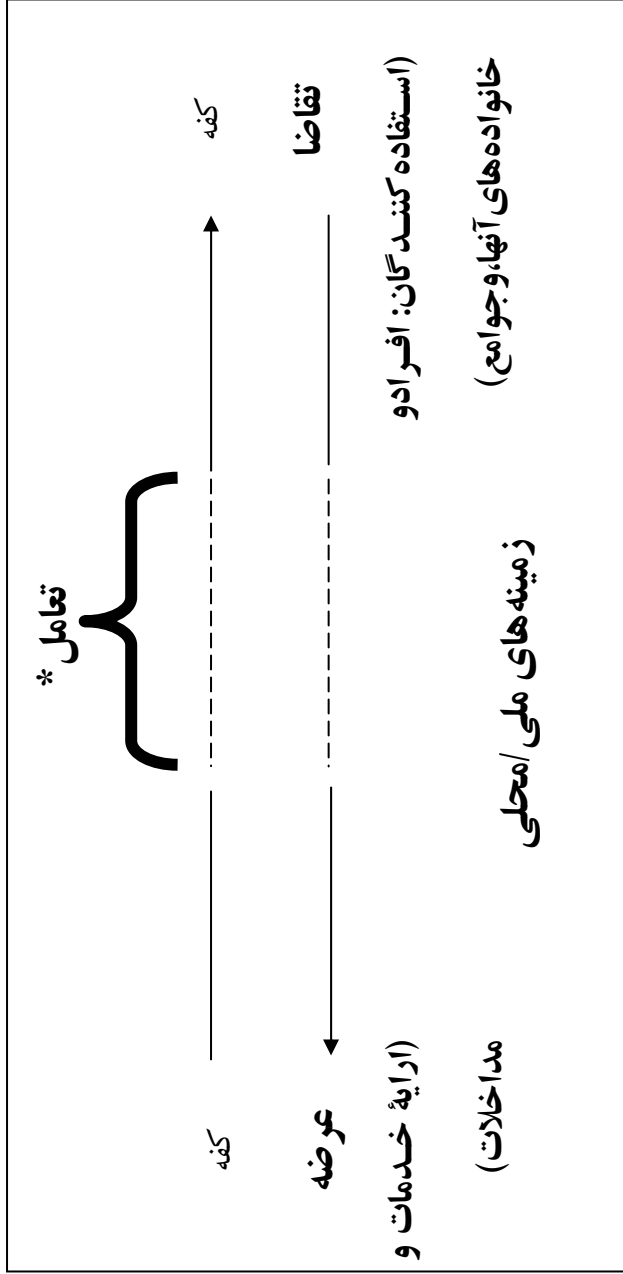
۲. نظام‌های مراقبت‌های بهداشتی

توصیف وضعیت فعلی نظام مراقبت‌های بهداشتی - که سازوکار است که از طریق کارکنان، تسهیلات و برنامه‌های بهداشتی به ارائه خدمات می‌پردازد - از اهمیت برخوردار است. اطلاعات مرتبط با نقایص موجود در نظام مراقبت‌های بهداشتی - برای مثال نگرش‌های مشکل‌آفرین کارکنان، لوازم جراحی مستعمل، نبود وسایل نقلیه اورژانسی یا عادات نادرست در نسخه‌نویسی - همه و همه در ارتباط با توسعه برنامه هستند. [۲]

اما تنها اکتفا به شناسایی مسأله کفایت نمی‌کند بلکه توصیف مسأله نیز از اهمیت برخوردار است: چه مدت است که مسأله مورد نظر وجود دارد، چه کسانی را درگیر کرده است، آیا تلاش‌های پیشین برای رفع یا بهبود آن به شکست انجامیده‌اند و غیره. تمامی این اطلاعات بر این امر که آیا نهایتاً مسأله مورد نظر به عنوان یک اولویت از سوی

شرکت کنندگان در فرآیند در نظر گرفته خواهد شد یا خیر، تأثیر خواهند گذاشت.

این توصیه‌ها همگی به «کفه عرضه» نظام مراقبت‌های بهداشتی اشاره دارند. اما کفه دیگری با عنوان «کفه تقاضا» نیز وجود دارد که توسط مشتریان و استفاده‌کنندگان از خدمات (افراد، خانواده‌ها و جوامع) ساخته می‌شود (شکل ۱-۲). تحلیل وضعیت باید استفاده‌کنندگان از خدمات ویژه (مانند درمانگاه‌های مراقبت اطفال، خدمات پیشگیری از بارداری، مراقبت‌های پیش از زایمان، درمانگاه‌های بیماری‌های مزمن و ۰۰۰) را مد نظر داشته باشد چرا که ممکن است برای تعیین بهتر اینکه چه کسی از خدماتی خاص استفاده می‌کند و چه کسی از این خدمات استفاده نمی‌کند و دلایل آن، به پژوهش نیاز باشد. توجه به کفه تقاضا همچنین این امر را مشخص می‌سازد که آیا پزشکان و مدیران خدمات بهداشتی به جدیت مسئولیت بیماران و جوامع را عهده‌دار شده‌اند یا خیر.



در سطح شهرستان و بیابک
تعامل عرضه-تقاضا می‌تواند با «واسطه» یک مقام بهداشتی نگه‌دارنده بودجه
میانجیگری نمود.
سازمان حفظ بهداشت

شکل ۱-۲. تأمین مراقبت‌های بهداشتی: تعاملات بین کفه عرضه و کفه تقاضا

بخش خصوصی به طور فزاینده‌ای در تأمین خدمات بهداشتی جامعه درگیر شده است و نقش این بخش را نباید در طی تحلیل وضعیت موجود ندیده گرفت چرا که این مقوله‌ها به همان میزان بخش دولتی در مورد بخش خصوصی نیز صدق می‌کنند.

۳. نظام پژوهش حوزه سلامت

فهم نظام پژوهش حوزه سلامت در تمامی کشورها از اهمیت برخوردار است. در اکثریت موارد، متخصصان پزشکی و بهداشتی فاقد اطلاعات کافی در این زمینه هستند و در نتیجه توقع زیاد است اگر انتظار رود که جامعه نیز در این زمینه چیزهای زیادی بداند. حتی پژوهشگران نیز گاه نسبت به چگونگی تأمین بودجه‌های پژوهشی در خارج از زمینه تخصصی خود بی‌تفاوت هستند. با این وجود عمده ابزار حمایتی نهایتاً از منابع خود کشورها تأمین خواهد شد.

دو سؤال اساسی در این زمینه عبارتند از:

چه پژوهشی در حال حاضر انجام می‌گیرد؟

بودجه این پژوهش از کجا تأمین می‌شود؟

ارایه پاسخ کافی به این سؤالات، سؤالات بیشتری را در پی خواهد

داشت:

الف) چه پژوهشی در حال حاضر انجام می‌گیرد؟
 یافتن پاسخ سؤالاتی چون سؤالات زیر ضرورت می‌یابد:
 چه زمینه‌های پژوهشی مد نظر قرار گرفته‌اند (عناوین، محتوا)؟
 چه کسی این کار را انجام می‌دهد (بخش‌های دانشگاهی،
 گروه‌های پژوهشی، وزارت بهداشت، صنایع خصوصی)؟
 کار در کجا انجام می‌پذیرد (چه مؤسساتی، شهری یا روستایی
 و ۰۰۰)؟

ب) بودجه این پژوهش از کجا تأمین می‌شود؟
 یافتن پاسخ سؤالاتی چون این سؤالات ضرورت می‌یابد:
 چه کسی بودجه پژوهش را تأمین می‌کند؟
 چه مقدار بودجه به انواع مختلف پژوهش تخصیص می‌یابد؟
 چه کسی و بر چه مبنایی تصمیم‌گیری می‌نماید؟

اینها مباحثی اساسی و نهفته در بطن تصمیم‌گیری هستند. این مقوله‌ها بخشی اساسی از تحلیل وضعیت آفریقای جنوبی بوده‌اند. [۳]
 پاسخ به این سؤالات به گروه‌های ذینفع در فهم و درک نظام پژوهشی کمک خواهد کرد و پایه‌ای برای پایش تحولات روی داده در تخصیص منابع به مقوله‌های واجد اولویت فراهم خواهد کرد. همچنین پاسخ به این سؤالات در سوق دادن فرآیندهایی که عموماً

محدود به قلمرو «کارشناسان» هستند اما از اهمیت اجتماعی عمده‌ای برخوردار می‌باشند، به قلمروی جامعه کمک خواهد کرد. با وجودیکه این امر در اینجا به تفصیل مورد اشاره قرار نگرفت، اما تحلیل وضعیت باید اولویت‌های آموزشی در زمینه پژوهش و همچنین ظرفیت کشورها یا استان‌ها را نیز تحت پوشش قرار دهد.

نتیجه‌گیری:

همانگونه که گفته شد تحلیل وضعیت باید در فواصل مشخص به روز شود و بخشی مهم از فرآیند پایش ENHR را به خود اختصاص دهد. علاوه بر این، توجه خاص باید به بهبود کیفیت اطلاعات در دسترس و پرکردن شکاف‌های مفهومی مهم معطوف گردد. این فرآیند، کاریست که معمولاً توسط یا به رهبری افراد مسئول در سازوکار ENHR انجام می‌پذیرد.

استفاده از اطلاعات در فرآیند تعیین اولویت‌ها

همانگونه که از سوی کمیسیون پژوهش حوزه سلامت برای توسعه عنوان گردیده است، ۴ فرآیند متکی بر مشارکت عملی مابین پژوهشگران، فراهم‌کنندگان مراقبت بهداشتی و سیاستگذاران و جوامع است. پرواضح است که این گروه‌های مختلف همگی در کی مشابه از اطلاعات موجود ندارند و بویژه اعضای جوامع ممکن است از تحصیلات عالی برخوردار نبوده باشند. درک این واقعیت توسط رهبران از

اهمیت اساسی برخوردار است و آنها مسؤولیت «ساختاربندی بحث» بین گروه‌های مختلف مشارکت‌کننده را بر عهده دارند. اما چگونگی انجام این وظیفه خطیر می‌تواند تأثیری مثبت یا منفی بر فرآیند تعیین اولویت‌ها از خود بر جای بگذارد. حاصل کار می‌تواند تعیین این امر مهم باشد که آیا جوامع در فرآیند درگیر می‌شوند یا از آن کناره می‌گیرند و همچنین آیا پژوهشگران می‌توانند با اعضای جوامع به همانند افراد همسان و هم‌تراز خویش به تعامل پردازند یا خیر؟

از اینجاست که اهمیت داشتن «برنامه‌ای دقیق و جامع در عین توجه به شرایط زمانی و خاص» روشن می‌شود. به عبارت دیگر باید پذیرفت که اطلاعات یا ادراکات یا حساسیت‌های بیان شده از سوی اعضای جامعه، سازمان‌های غیردولتی، رهبران سیاسی یا حتی کارکنان بهداشتی ممکن است تأثیری مهم بر اولویت‌های انتخابی داشته باشد. این وظیفه رهبران

چگونگی بیان مسأله است. شکی نیست که مسأله غالباً یک بیماری (سل، ایدز، دیابت و ۰۰۰) است، اما از سوی دیگر همواره این احتمال نیز می‌رود که مسأله مورد بحث در چارچوب خدمات بهداشتی بگنجد. مثال مهم امروزی این وضعیت شامل فرآیند تمرکززدایی است که در اصلاحات بهداشتی بسیاری از کشورها اهمیت اساسی داشته و علیرغم ضعف‌های جدی در نظام‌های مدیریتی بومی، به پیش می‌رود. به عنوان مثال دیگر می‌توان به سرمایه‌گذاری سنگین در برنامه‌های مختص بیماری‌ها اشاره داشت که بدون وجود نظام‌های پایش کافی در سطوح ملی یا شهرستانی اجرا می‌شوند.

مسأله بسیار مهم دیگر توجه به این نکته است که گاهی یک مسأله مهم بهداشتی (مثلاً تصادفات رانندگی) مرتبط با بخش‌های مختلفی (حمل و نقل، جاده‌ها، پلیس) بوده و منحصر به بخش بهداشت نیستند. چنین مسایل و مداخلات احتمالی مربوطه نیز می‌توانند توسط رویکرد - که از ویژگی‌های استثنایی چون فراگیر بودن و داشتن نگرشی بین‌بخشی برخوردار است - مورد بحث و حل و فصل قرار گیرند.

رسیدن از مسأله بهداشتی به مسأله پژوهشی

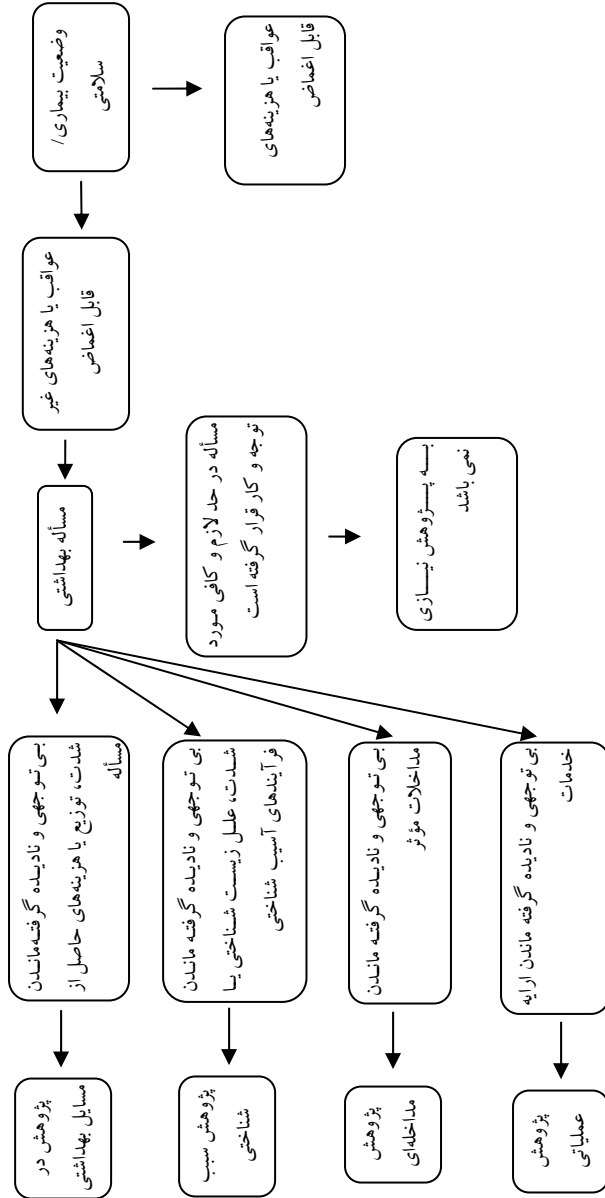
تمامی مسایل بهداشتی لزوماً نیازمند پژوهش بیشتر نیستند و در مواردی پژوهش حتی می‌تواند به منزله انحراف یا بهانه‌ای برای پرهیز از

رویاری با مقوله‌ای مشکل آفرین مورد استفاده قرار گیرد. بنابراین شرکت‌کنندگان هسته‌ای در هر فرآیند تکامل یافته باید به خوبی توجیه‌شده باشند تا این امر را تشخیص و فعالیت مناسب را انجام دهند.

گاه تعریف و تعیین دقیق مسأله بهداشتی خود عنوانگر شکل پژوهش مورد نیاز برای پرداختن به این مسأله است. مسایل و مشکلات خدمات بهداشتی در سطح بومی یا شهرستانی نیازمند آشکالی از پژوهش عملیاتی هستند. و همکاران به توصیف داستان زندگی زنی به نام «فاطمه» پرداخته‌اند و از رهگذر تأکید بر مسایل بهداشتی که او و کودکش در سنین مختلف با آنها روبرو می‌شوند به راه و وسعت و گستردگی مقوله

پژوهش در مسایل بهداشتی^۱: در صورت فقدان دانش در مورد ابعاد،
توزیع یا هزینه‌های مسأله ۷
پژوهش سبب‌شناختی: پژوهش در مورد علل زیست‌شناختی یا
فرآیندهای آسیب‌شناسی^۲ ۸
پژوهش مداخله‌ای^۳: اشاره به بی‌توجهی به مداخلات مؤثر
پژوهش عملیاتی^۴: پژوهش در مقوله‌های مرتبط با ارائه خدمات
بهداشتی

پژوهشگران فوق‌همچنین یادآور می‌شوند که علاوه بر گروه‌های
فوق، گونه‌ای از پژوهش نیز وجود دارد که به عملکرد کلی نظام
مراقبت‌های بهداشتی: چگونگی سازمان‌بندی، تأمین بودجه، فرآیندهای
توسعه سیاست‌گذاری‌ها، نظام‌های مدیریتی و اجرایی آن می‌پردازد.
پژوهش مرتبط با چنین مقوله‌هایی را می‌توان پژوهش در خدمات
بهداشتی نامید[به مرجع شماره ۵ در بخش مراجع مراجعه کنید].



شکل ۲-۲. چارچوب پیشنهادی برای مدنظر قراردادن یک مسئله بهداشتی و چهار نوع پژوهش

این دسته‌بندی پژوهشی انحصاری نبوده و لزومی ندارد که یک وضعیت خاص تنها در یک گروه منحصر بفرد بگنجد. هدف از ارایه این دسته‌بندی یاری رساندن به سازمان‌دهی فرآیند تعیین اولویت‌ها و مدیریت پژوهشی و همچنین کمک به فرآیند فرضیه‌سازی است. ۱۰ احتمال همپوشانی بین دسته‌های مختلف وجود دارد و ممکن است طیف گوناگونی از اولویت‌های مبتنی بر بعضی یا همگی این دسته‌ها، پیامد یک فرآیند تعیین اولویت‌های باشد.

توجه داشته باشید که واژه کلی‌نگرانه «نظام سلامت» با مفهوم «نظام مراقبت‌های بهداشتی» (یا بخش خدمات بهداشتی) متفاوت است. عبارت اول به تمامی عوامل تأثیرگذار بر بهداشت و سلامت افراد، خانواده‌ها، جوامع و جمعیت‌ها اشاره دارد. هر چند این تمایز و تفاوت، تمایزی استوار و غیرقابل تخطی نبوده و مرز مابین این دو مفهوم نیازمند درجاتی از عدم قطعیت و همپوشانی است، اما توجه به تفاوت‌های این دو مفهوم در زمان تجزیه و تحلیل مسایل بهداشتی و برنامه‌مداخله‌ای و پژوهشی مربوطه، و نقشه‌برداری از گروه‌های درگیر از اهمیت برخوردار است.

پژوهش در ضرورت‌ها - بر اساس تعریف آن - ما بین پژوهش‌های حوزه سلامت مختص کشورها و پژوهش‌های حوزه سلامت جهانی تمایز قایل می‌شود. این تمایز بعدی اساسی را به فرآیند تعیین اولویت‌ها می‌افزاید و آن، فراخواندن کشورها به سمتی است که علاوه بر سنجش

و سبک سنگین نمودن دقیق منابعی که صرف مسایل ملی خویش می‌کنند، در مورد تلاش‌های پژوهشی بین‌المللی نیز به خوبی مطلع و آگاه باقی بمانند. این امر به کشورها کمک خواهد کرد تا به اتخاذ تصمیم در مورد گونگی و (مقدار) نقش مؤثری که در سطح جهانی خواهد داشت، پردازند.

تمامی کشورها نیازمند آنند که به قضاوت در مورد توصیه‌های فوق‌الذکر پردازند. با این وجود اشاره به این نکته خالی از ارزش نیست که برنامه پژوهش‌های ضروری کشورهای با سطح متوسط درآمد مانند برزیل، مالزی، یا آفریقای جنوبی بدون شک حاوی اجزایی از پژوهش‌های پایه‌ای همراه با پژوهش‌های راهبردی خواهد بود.

چند فن و رویکرد مفید

تعیین اولویت‌ها در هر شرایط و وضعیتی - صرف‌نظر از گستردگی منابع موجود - باید «با توجه به آنچه وجود دارد» آغاز گردد. هدف تلفیق مؤثر اطلاعات توصیفی، تحلیلی و ارزشیابی‌کننده با ایده‌ها، ادراکات و تأکیدات گروه‌های ذینفع در - از جمله عامه مردم - است. در زیر به نمونه‌هایی از روش‌ها و رویکردهای مورد استفاده در این زمینه اشاره شده است. این رویکردها را می‌توان برای اهداف و مقاصد گوناگونی به کار بست اما این روش‌ها در درجه نخست ابزاری

معتبر برای تقویت و تعمیق پایه‌های اطلاعاتی موجود جهت پشتیبانی از فرآیند تعیین اولویت‌ها در فراهم می‌کنند.

برخی از این روش‌ها را می‌توان به عنوان بخشی از تلاش‌های متوالی به منظور بررسی وضعیت معرفی نمود. برخی روش‌ها از نظر فنی پیچیده هستند و بعضی دیگر از پیچیدگی کمتری برخوردار هستند، اما به هر حال و در تمامی موارد تغییر و مناسب حال نمودن روش‌ها با توجه به وضعیت و شرایط خاص بومی، احتمالاً ضرورت خواهد داشت.

تقویت سنجش‌ها

۱. روش‌های بررسی نمونه^۱: فهرستی مفید از این روش‌ها از سوی

ارایه شده است. ۱۱

۲. سرشماری‌های کوچک مقیاس^۲: این روش‌ها بویژه در سطح

تحت شهرستانی مفید بوده و فراهم‌گر اطلاعات پایه‌ای مورد نیاز برای توصیف کمی جمعیت جامعه، جنبه‌های مرتبط با سازمان‌دهی خانوارها و وجود و ابعاد گروه‌های آسیب‌پذیر خاص (زنان در سنین باروری، سالمندان و ۰۰۰) هستند. در

صورت تلفیق با نقشه روستا یا محل‌های سکنی می‌توان بعد جغرافیایی را نیز به این آمارها اضافه نمود.

۳. **روش‌های کالبد گشایی شفاهی**^۱: این روش، رویکردی الگو به منظور تعیین علت احتمالی مرگ در سطح جمعیتی، در صورت فقدان داده‌های ذیح حیاتی است ۱۲ و ۱۳ و ۱۴ و ۱۵. انجام یک کالبد گشایی شفاهی معتبر و پایا می‌تواند در حد خود ارزشی بسیار داشته و فراهم‌آور پایه‌ای جهت تعیین باشد.

۴. **معیارهای عام (ژنریک) بیماری - سلامت**^۲: برای مثال

۱۶. این شاخص که در سال ۱۹۹۳ عنوان شد هنوز به طور گسترده در سطح کشوری به کار نرفته است اما تأثیری بسیار بر فرآیندهای تعیین اولویت‌ها و تحلیل‌های صورت گرفته در مورد میزان هزینه - اثربخشی فعالیت‌ها در سازمان‌های بین‌المللی از جمله ۶ و بانک جهانی ۱۷ از خود برجای گذاشته است.

۵. **فنون جمعیت‌شناسی غیرمستقیم**^۳: این روش‌ها در مواردی که ثبت داده‌های حیاتی به خوبی بسط و توسعه نیافته است، مفید واقع می‌شوند و سنجش میزان مرگ و میر کودکان، میزان

مرگ و میر مادران (روش) و میزان مرگ و میر بالغین (روش میزان یتیمی) را امکان‌پذیر می‌سازند. هر چند این روش‌ها به طور معمول فقط توسط متخصصان آموزش دیده جمعیت‌شناسی انجام می‌گیرند، اما چنین معیارهایی می‌توانند نقشی بسیار بزرگ‌تر در توصیف وضعیت سلامتی جمعیت‌ها بازی کنند و بنابراین سهمی بیشتر از آنچه

۲. روش‌های پژوهش مشارکتی^۱: این روش‌ها از برخی از فنون اشاره شده در بالا استفاده کرده و ابزاری مهم در محسوب می‌شوند. این روش‌ها مبتنی بر کارهای انجام گرفته در زمینه روش‌های ارزیابی سریع^۲ ۱۹، ارزیابی روستایی مشارکتی^۳ و غیره هستند و در این زمینه کتاب مفیدی نگاشته‌اند. ۲۰

۳. سناریونویسی و پیش‌بینی نیازهای فرد/استفاده از این روش‌ها رو به افزایش است و می‌توان از آنها در مطالعات مقیاس وسیع

مانند مطالعه‌ای که به تازگی در مورد عروقی در انگلستان صورت گرفته است

(۲۱) یا مطالعات با

مقیاس کوچکتر استفاده کرد. در این روش‌ها تلاش‌های شتوهریاتی و مهارت‌های طیفی وسیع از گروه

های

ذینفع به ارایه سناریوهای منطقی جایگزین در

مراجع

- ۱- تعیین اولویت‌ها فرآیندی است که به مانند چرخه طرح‌ریزی، به تکرار خویش می‌پردازد.
- ۲- سایر مقوله‌های غیر از بیماری که جزو مشکلات مراقبت‌های بهداشتی محسوب می‌شوند توسط (شاخه تقویت خدمات بهداشتی، (در مقاله مباحثه ای وی (با عنوان ژنو، ۱۹۹۳) مطرح شده است.

- ۷- شامل پژوهش در زمینه عوامل خطر و عوامل تعیین‌کننده
- ۸- شامل پژوهش در زمینه عوامل خطر و عوامل تعیین‌کننده
- ۹- شامل پژوهش در زمینه عوامل خطر و عوامل تعیین‌کننده
- ۱۰- کمیته ویژه پژوهش حوزه سلامت ۶ شمایی مشابه (بر اساس دسته‌بندی‌های عمده کمتر) را به منظور توصیف

گونه‌های مختلف پژوهش ارایه کرده است. انواع پژوهش مورد اشاره در این‌شما، شامل پژوهش بنیادی (با هدف تولید اطلاعات در مورد مسایل بهداشتی واجد اهمیت علمی)؛ پژوهش راهبردی (که به تولید اطلاعات در مورد مسایل و نیازهای بهداشتی خاص از جمله شرایط بهداشتی، عوامل خطر، یا عدم کارآیی یا عدم کفایت نظام‌های سلامت می‌پردازد)؛ و توسعه و ارزشیابی مداخلات (با هدف ساخت و ارزیابی محصولات، مداخلات، و ابزار برای سیاست‌گذاری) است.

همانگونه که توسط نویسندگان شرح داده شده است، هدف آنها «فراهم آوری رهنمودهایی جهت انجام ارزیابی‌های سریع بر روی رفتارهای سلامت‌طلبانه، و رفتارهای درگیر در حفظ سلامت و فایق آمدن بر بیماری، از جمله استفاده از خدمات بهداشتی سنتی و مدرن، جهت کارکنان بهداشتی، پژوهشگران و دانشمندان اجتماعی فعال در زمینه‌هایی به غیر از انسان‌شناسی است»

بخش ۳

شرکت‌کنندگان در فرآیند تعیین اولویت‌ها

*Chitr sitthi- amorn**Peter Figueroa**Wattana Janjaroen*

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، طرح‌ریزی راهبردی را بهبود خواهد بخشید.

مهمتر از این، درگیر ساختن گروه‌های ذینفع در فرآیند تعیین اولویت‌ها باعث تقویت حس مالکیت و مسئولیت نسبت به فرآیند و برون‌ده آن در این گروه‌ها می‌شود و بر میزان پاسخگویی در اجرای برنامه می‌افزاید. مشارکت و فراخواندن این گروه‌ها همچنین می‌تواند منجر به شراکت در هزینه‌های پژوهش، نه فقط از سوی نهادهای بین‌المللی بلکه توسط خود کشورهای در حال توسعه شود.

این فصل به بررسی طیف وسیع گروه‌های شرکت کننده در فرآیند تعیین اولویت‌ها پرداخته است و ویژگی‌ها و نقش‌های بالقوه هر یک از این گروه‌ها را در سطوح مختلف تصمیم‌گیری توصیف می‌کند.

ملاحظات کلی

استفاده و بکارگیری پژوهش از دیر باز مورد نگرانی و دغدغه هر دو گروه تولیدکنندگان و استفاده‌کنندگان پژوهش بوده است. پژوهشگران به کرات از این امر گله دارند که قدر و منزلت برون‌ده پژوهش‌هایشان به حد کافی و کامل دانسته نمی‌شود و در عین حال بیشتر استفاده‌کنندگان و مشتریان پژوهش چنین بحث می‌کنند که فن‌آوری و یا معلومات حاصل از پژوهش‌ها نامربوط و غیرقابل استفاده است. یکی از راه‌حل‌های این ناهمخوانی، حضور نمایندگان گروه‌های مختلف در تدوین برنامه پژوهشی است. گروه‌های افراد که باید در کنار پژوهشگران در فرآیند تعیین اولویت‌های پژوهشی مشارکت داده شوند، استفاده‌کنندگان بالقوه و افراد تأثیرپذیر از نتایج پژوهش هستند. این امر به معنی حضور نمایندگان و گروه‌هایی است که قادر به اجرا یا تغییر توصیه‌های حاصل از نتایج پژوهش، شکل دادن به نظرات عمومی و فعالیت به عنوان مشوقان راستین مردم باشند و یا بتوانند مانع از استفاده موفقیت‌آمیز از اطلاعات در عمل شوند.

کشورهایی که تجربه تعیین اولویت‌ها با استفاده از راهبردهای ENHR را داشته‌اند عمدتاً ۴ دسته مختلف از شرکت‌کنندگان را شناسایی کرده‌اند: پژوهشگران، تصمیم‌گیرندگان در سطوح مختلف، فراهم‌کنندگان خدمات بهداشتی، و جوامع. در این تجربیات نقطه نظرات بخش خصوصی (برای مثال انجمن‌های حرفه‌ای یا صنعت داروسازی)، نمایندگان مجلس، گروه‌های اهداکننده بالقوه و آژانس‌های بین‌المللی آن چنان که باید و شاید ارایه نشده و مورد توجه قرار نگرفته است. [۱] این در حالیست که تمامی این گروه‌ها نیز در پژوهش سهیم هستند. برقراری گفتگوهای زود هنگام در میان این گروه‌ها ضروری است. در عین حالیکه نیازی نیست تمامی گروه‌های ذینفع در همه مراحل فرآیند تعیین اولویت‌ها درگیر باشند، باید همواره این تلاش آگاهانه صورت پذیرد که گروه‌های نادیده گرفته شده و آنهایی که به «فرهنگ سکوت» خو گرفته‌اند نیز در این فرآیند مشارکت ورزند. این برخوردها باید بر مبنای احترام متقابل، درک طبیعت و انگیزش‌های گروه‌های مختلف، و تمایل برای تقویت و تحکیم مشارکت صورت پذیرند. آنچه مورد نظر است، فرآیندی متعامل و منظم است تا بدین ترتیب برنامه پژوهشی حاصل نه بسیار خشک و غیرقابل تغییر و نه بسیار سست و انعطاف‌پذیر باشد. برخی رویکردها به منظور افزایش شراکت گروه‌ها در فصل ۵ بررسی شده است.

تعیین برنامه مختص کشور

چه کسی باید اولویت‌های پژوهشی را در سطح کشوری تعیین سازد؟ گزینش شرکت کنندگان به الگوهای موجود تصمیم‌گیری و سطوح مورد نظر نظام سلامت بستگی دارد.

الگوهای تصمیم‌گیری شامل مدل‌های زیست‌پزشکی و اپیدمیولوژیک (استفاده از داده‌هایی چون میزان مرگ و میر و بیماری‌زایی)، مدل اقتصادی (مانند تجزیه و تحلیل میزان هزینه - اثربخشی با استفاده از DALY به عنوان مقیاسی مشترک) [۲] و الگوی اجتماعی - فرهنگی و رفتاری (مانند باورها در مورد عوامل تعیین‌کننده سلامت و بیماری، فعالیت‌های انجام شده در صورت استفاده

[۳] هر چند این مدل‌ها اطلاعاتی ذی‌قیمتی را فراهم

تنها

می‌آو

کارآمدی، تولید و سودآوری تمرکز می‌کند که این موارد لزوماً به معنی تأمین امنیت بهداشتی و توازن اجتماعی نیستند. [۶، ۵، ۷، ۸] انتخاب‌های جامعه ممکن است براساس واقعیات و تجربیات مختلف آگاهانه‌تر شود اما این انتخاب‌ها تا حد زیادی تحت تأثیر اعضای قرار می‌گیرد که دارای شخصیت قوی، تعصب، و توانایی‌های مختلفی جهت پرداخت هزینه خدمات هستند. [۹]

بنابراین انتخاب شرکت‌کنندگان با الگوهای مختلف خود فرآیندی پراهمیت است. این امر باید با تفکر و دقت بسیار صورت گیرد به گونه‌ای که برنامه پژوهشی آنقدر وسیع و گسترده باشد تا به طیف وسیعی از گروه‌های ذینفع منفعت رساند و در عین حال آنقدر باریک و متمرکز باشد تا بتواند تمرکزی معنی‌دار و قابل مدیریت داشته باشد. شرکت‌کنندگان منتخب برای فرآیند تعیین اولویت‌ها ۲ عملکرد اصلی خواهند داشت: نخست، تجزیه و تحلیل و فراهم کردن اطلاعات مربوط به الگوهای مخصوص خود، و دوم، بحث و بررسی اینکه چگونه باید نگرش‌های خود را با در نظر گرفتن نگرش‌های دیگران مورد توجه و ارزش‌دهی قرار داد.

گروه‌های ذینفع مختلف را همچنین می‌توان براساس سطحی از نظام سلامت که در فرآیند تصمیم‌گیری مد نظر قرار داده می‌شود، شناسایی کرد. اطلاعات در سطوح زیر برای تصمیم‌گیری مورد نیاز است: سطح

عمومی، سطح نظام، سطح مراکز، و سطح مراقبت‌های بهداشتی. شرکت‌کنندگان مختلف در هر یک از این سطوح در زیر‌ارایه شده‌اند:

سطح عمومی^۱

فرآیند تعیین اولویت‌های پژوهشی در سطح سیاست‌گذاری‌های عمومی در درجه نخست پیشبرد عدالت بهداشتی و کارآمدی‌ارایه خدمات بهداشتی را هدف قرار می‌دهد. این هدف از طریق ابزارهای مختلفی تأمین می‌شود: تعریف گروه‌های هدف، طرح‌های مناسب، تأمین بودجه، توسعه قوانین و ضوابط مناسب، و طرح‌ریزی بهینه تسهیلات برای نظام‌های سلامت. هر یک از این ابزارها در ارتباط با گروه‌های ذینفع مهمی هستند که در زیر‌مورد بررسی قرار می‌گیرد:

تعریف گروه‌های هدف: این گروه‌ها را می‌توان براساس فقر، جنسیت، سن، بیماری یا وضعیت جغرافیایی دسته‌بندی کرد. متمرکز ساختن تلاش‌های پژوهشی بر گروه‌های هدف خاص - به قیمت کاهش توجه به گروه‌های دیگر - نمایندگانی

کنترل عمودی^۱ ارایه‌گر الگوهای اپیدمیولوژیک و زیست‌پزشکی بوده و نیازمند داده‌های ورودی از اقتصاددان‌ها، دانشمندان علوم رفتاری و متخصصان اخلاق هستند.

صنعت داروسازی نیز در تعیین اولویت‌ها و تأمین بودجه پژوهش نقش دارد. به نحو مشابه سازمان‌های وابسته به سازمان ملل، سازمان‌های اهداکننده دو جانبه، بانک‌های توسعه چند جانبه و آژانس‌های بین‌المللی را نیز می‌توان - بویژه در صورتیکه زمینه‌های مورد علاقه و طرح‌های کاری آنها با گروه‌های هدف کشور مشترک باشد - در این فرآیند درگیر کرد. برای مثال، بهای یک داروی ضد مالاریای جدید در تایلند در پی توافق در مورد انجام یک کارآزمایی بالینی فاز ۳ روی این دارو در کشور از ۵ دلار برای هر قرص به ۰/۵ دلار کاهش یافت. در همین کشور WHO توانسته هزینه یک نوع آزمون نواری تشخیصی مالاریا را در ازای توصیه و ترویج استفاده از آن در بخش‌های دولتی کشور، تا حد قابل توجهی کاهش دهد.

تأمین هزینه‌ها و ارایه مناسب خدمات بهداشتی: انتخاب‌های ممکن برای حصول به این اهداف می‌تواند ترکیب‌های مختلفی از سرمایه‌گذاری و تأمین خدمات بهداشتی توسط بخش‌های دولتی و خصوصی باشد. علاوه بر دولت (برای مثال وزارت بهداشت، وزارت

¹ - Vertical control programmes

برنامه و بودجه و اعضای مجلس) دیگر گروه‌هایی که باید جهت تعیین اولویت‌های پژوهشی مورد مشورت قرار گیرند عبارتند از بخش خصوصی (برای مثال متخصصان بهداشت و سازمان‌های حفظ سلامت)، دانشمندان علوم زیست‌پزشکی، اقتصاددانان و خود مردم.

بسط و توسعه ضوابط و قوانین مناسب: به این موارد جهت تعیین استانداردهای مراقبت، توازن بخشیدن به روابط مابین بخش‌های دولتی و خصوصی مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی، پایش و تحت نظرگیری جابجایی فراهم‌کنندگان بهداشت در بین این دو بخش، و تنظیم نیروهای بازار در تأمین خدمات بهداشتی نیاز است. بنابراین گروه‌های ذینفع درگیر در این مقوله‌ها که می‌توانند در تعیین اولویت‌های پژوهشی شرکت جویند، عبارتند از: بخش دولتی، سرمایه‌گذاران خصوصی، سازمان‌های حفظ سلامت، فراهم‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی در مراکز دولتی و خصوصی، و کلاً، گروه‌های مصرف‌کننده و دیگر نمایندگان جامعه.

طرح‌ریزی بهینه تسهیلات و تمرکززدایی: تصمیم پیرامون تمرکززدایی به میزان تقاضا جهت خدمات بهداشتی، میزان اختلاط بخش‌های خصوصی و دولتی در زمینه ارائه خدمات بهداشتی در زمان حال و قابل انتظار برای آینده و ظرفیت دولت‌های محلی برای پاسخ‌دهی به خدمات دولتی گسترش یافته بستگی دارد. شناسایی اطلاعات و پژوهش مورد نیاز جهت راهنمایی این تصمیمات مستلزم

درگیر ساختن مقامات دولتی و فراهم‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی در سطح محلی، بخش خصوصی، دانشگاهیان (برای مثال اقتصاددانان، مدیران دولتی) و افراد جامعه است.

سطح نظام^۱

هدف اولیه پژوهش به منظور پیشبرد سیاستگذاری‌های نظام، بهبود بخشیدن به کارآمدی و کیفیت نظام مراقبت بهداشتی است. نظام مراقبت‌های بهداشتی در برگیرنده نظام‌های فراهم‌کننده خدمات، مصرف‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی و نظام‌های تأثیرگذار بر تعاملات مابین این دو است. فراهم‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی می‌توانند متعلق به بخش‌های دولتی و خصوصی، بخش سنتی و بخش مردمی باشند که همگی این بخش‌ها در چارچوب مراکز و نظام‌های خود به فعالیت می‌پردازند. به منظور بهبود بخشیدن به کل نظام سلامت، هر دو مقوله کارآمدی تخصیصی^۲ و کارآمدی فنی^۳ را باید مورد توجه قرارداد.

کارآمدی تخصیصی: به تخصیص منابع به ساختارها، سازمان‌ها، مراکز و برنامه‌های ویژه به نحوی که به حداکثر میزان اهداف بهداشتی نظام دست یافته شود، اشاره دارد. تصمیمات مرتبط با تخصیص در هر

^۱ - System level

^۲ - Allocative efficiency

^۳ - Technical efficiency

محروم

سطح مراکز^۱

تصمیم‌گیری در این سطح با هدف بهبود بخشیدن به کارآمدی فنی و کیفیت خدمات بهداشتی ارائه شده توسط فراهم‌کنندگان بهداشت صورت می‌گیرد. با وجودیکه انتظار می‌رود شواهد و اطلاعات دقیق، پیش شرط توسعه استانداردهای مراقبت باشد، عوامل متعدد دیگری بر رفتار فراهم‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی تأثیر می‌گذارند. این عوامل شامل نگرش‌ها، ارزش‌ها، انگیزش‌ها و مهارت‌های این افراد؛ تعاملات مابین بیماران و فراهم‌کنندگان؛ ساختارهای اجتماعی تأثیرگذار بر گروه‌های مختلف بیماران و فراهم‌کنندگان؛ و محیط و شرایط کار است.

سطح مراقبت‌های بهداشتی^۲

گروه‌هایی که باید در تعیین اولویت‌ها برای مراقبت‌های بهداشتی مشارکت داده شوند عبارتند از: دسته‌های مختلف فراهم‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی و جوامع حرفه‌ای، مدیران مراکز بهداشتی، بیماران، و دانشگاهیان و جوامع علمی مربوطه (ثلاً **پژاکمنداگروولهاای** پرداخت‌کننده ثالث، متخصصان اپیدمیو

بالینی، اخلاق‌دانان، متخصصان اقتصاد بالینی و دانشمندان علوم اجتماعی).

^۱ - Facility level

^۲ - Health care practice level

صنعت داروسازی تأثیر مهمی بر فعالیت‌های بالینی دارد و این اثر علاوه بر منابع گسترده پژوهش و توسعه، ناشی از راهبردهای بازاریابی و اطلاعات دارویی گسترده این صنعت است. به عنوان نمونه در سال ۱۹۹۳ یک شرکت دارویی در تایلند ۱۲۰ میلیون بات^۱ برای تبلیغ فقط یک محصول دارویی هزینه کرد، اما در مقابل سودی بیش از ۳ میلیارد بات از این محصول بدست آورد. در مقابل، FDA بودجه‌ای معادل ۲۰ میلیون بات را صرف ترویج و اشاعه اطلاعات صحیح دارویی در جامعه کرد. بنابراین باید رابطه‌ای نزدیک‌تر و همکاری مناسبی را با صنعت برقرار کرد.

پاسخگویی اجتماعی بعد دیگری از تصمیم‌گیری است، چرا که این امر بر حق مردم مبنی بر به خوبی مطلع شدن از جریان‌ات و خواسته‌آنها مبنی بر پاسخگویی دولت و فراهم‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی صحنه می‌گذارد. قدرت بخشیدن به گروه‌های هدف، بویژه بیماران و جوامع، نیازمند پژوهش بر روی اشاعه اطلاعات از طریق فنون سه رسانه‌ای^۲ و بسط و توسعه مداخلات جوامع است. گروه‌هایی که باید جهت پاسخگویی اجتماعی در تعیین اولویت‌های پژوهشی شرکت جویند عبارتند از: سازمان‌های مردمی، سازمان‌های غیردولتی، دولت،

^۱- baht.()

^۲- tri-media

فراهم کنندگان مراقبت‌های بهداشتی، شرکت‌های بیمه فعال در زمینه امور بهداشتی، متخصصان ارتباطات و سایر دانشمندان علوم اجتماعی.

اثر مؤلفه‌های بین‌المللی بر تعیین برنامه پژوهشی

نیروهای جهانی متعددی وجود دارند که می‌توانند پژوهش حوزه سلامت را دستخوش تأثیر قرار دهند. هر یک از این نیروها دارای اهداف، برنامه‌ها و رویکردهای خاص خود در زمینه تعیین اولویت‌های پژوهشی هستند. این مؤلفه‌های بین‌المللی، بازیگران عمده‌ای در تعیین اولویت‌های جهانی پژوهش حوزه سلامت به شمار می‌آیند اما علاوه بر این و با توجه به منابع پژوهشی نسبتاً وسیع و فعالیت‌های میدانی در کشورهای در حال توسعه، این نیروها می‌توانند تأثیراتی ژرف بر برنامه‌های پژوهشی ملی نیز داشته باشند. این نیروها را باید بیشتر به عنوان شرکایی در پژوهش حوزه سلامت در نظر گرفت تا منابع صرف تأمین هزینه‌های پژوهشی اولویت‌هایی که از خارج از کشور هدایت می‌شوند. این نیروها عبارتند از:

سازمان‌هایی بین‌المللی: این سازمان‌ها شامل سازمان‌های وابسته به سازمان ملل مانند سازمان بهداشت جهانی، بنیاد کودکان سازمان ملل، و بنیاد جمعیت سازمان ملل، برنامه توسعه سازمان ملل؛ بانک‌های چند جانبه مانند بانک جهانی و بانک توسعه آسیا؛ سازمان‌های

چند جانبه مانند USAID (آمریکا)، AusAID (استرالیا)، CIDA (کانادا)، DANIDA (دانمارک)، Sida (سوئد)، آژانس توسعه و همکاری سوئیس و اتحادیه اروپا؛ سازمان‌های بین‌المللی فعال در زمینه پژوهش مانند مرکز بین‌المللی پژوهش توسعه (کانادا)؛ بنیادهای بین‌المللی مانند بنیاد راکفلر، Carnegie Corporation و بنیاد Edna McConnell-Clar هستند. [۱۵]

اکثریت سازمان‌های بین‌المللی دارای برنامه‌هایی در راستای توسعه و علم هستند. اما علایق خاص و رویکردهای این نهادها به تعیین اولویت‌های بهداشتی و پژوهشی با هم تفاوت دارد. بنابراین باید به تقویت همکاری در هر دو سطح بین‌المللی و ملی پرداخت.

شرکت‌های زیست‌پزشکی خصوصی فراملیتی: این گروه، شرکت‌هایی هستند که دارای سرمایه‌های سنگین پژوهش و توسعه در زمینه دارو و محصولات زیست‌پزشکی که در سرتاسر جهان توزیع شده و به فروش می‌رسند، می‌باشند. این سرمایه‌گذاری‌ها عمدتاً در زمینه‌هایی تمرکز یافته‌اند که واجد ارزش تجاری بالقوه بالایی هستند. اما فن‌آوری‌ها، محصولات بیولوژیک و داروهای «یتیم»^۱ که می‌توانند به عده‌ وسیعی از مردم محروم کمک کنند عموماً به علت جذابیت کمتر بازار تجاری و سودآوری محدودتر، کمتر مورد توجه صنعت قرار

¹ - Orphan drugs

می‌گیرند. از سوی دیگر، برخی از این شرکت‌ها به تأسیس و پایه‌گذاری بنیادهای خودگردانی همت گماشته‌اند که سهم به‌سزایی در حل مشکلات کشور

□

آیه

پایه

سیاست‌گذاری بین‌المللی بهداشت توانسته‌اند حجم قابل توجهی از پژوهشگران ماهر را در بسیاری از کشورهای در حال توسعه جذب کنند. تمامی این سازمان‌ها و شبکه‌ها باید در فرآیند تعیین اولویت‌ها مشارکت فعال داشته باشند و از تمامی ظرفیت خود جهت حمایت و پشتیبانی از ENHR استفاده کنند. [۱۴] COHRED به عنوان یک سازمان غیردولتی بین‌المللی، پشتیبانی، وسعت بخشیدن و تقویت ارتباطات و صلاحیت‌های گروه‌های ذینفع مختلف در سطوح کشوری و بین‌المللی را هدف کار خود قرار داده است.

این مرور کلی بر تأثیرات مؤلفه‌های بین‌المللی تنها به منزله یک گشایش و مقدمه در این زمینه است و درس‌های بسیار بیشتری را می‌توان از طریق تعاملات مستقیم و منظم با این سازمان‌ها، و از طریق ارزشیابی فرآیندها، برون‌دها و تأثیرات این سازمان‌ها بر هدف غایی عدالت در بهداشت و توسعه فرا گرفت. برقراری روابط بین‌المللی مؤثر مبتنی بر درک شخصیت، رفتار، ارزش‌ها و سبک‌های مدیریتی این سازمان‌ها است و پژوهشگران کشورهای در حال توسعه باید به منظور به حداکثر رساندن تناسب پژوهش‌های بین‌المللی با نیازهای ملی خود، به تلاش جهت آگاهی یافتن از اهداف و برنامه‌های این گروه‌های مختلف بین‌المللی بپردازند. اما از سوی دیگر کشورها باید تشویق شوند

که خود به تأمین بودجه‌های پژوهشی برای زمینه‌های واجد اولویت خود پردازند تا از این طریق از وابستگی مداوم به کمک‌های بین‌المللی اجتناب کنند.

مراجع

- 1- Nuyens Y. Review of processes, mechanisms and outcomes of priority setting for ENHR. Geneva, Switzerland: COHRED document; 1997. Unpublished.
- 2- Jamison DT, Mosley WH, Measham AR, Bobadilla JL. Disease control priorities in developing countries. Oxford: Oxford University Press; 1993.
- 3- Nichter M. Illness semantics and international health: the weak lungs/TB complex in the Philippines. *Soc Sci Med* 1994; 38: 649- 63.
- 4- Sitthi-amorn C. Setting research priorities at the country level. *Bridge* 1993; 12: 1- 2.
- 5- Hadorn DC. The problem of discrimination in health care priority setting. *JAMA* 1992; 268: 1454- 9.
- 6- Hadorn DC. Setting health care priorities in Oregon. Costeffectiveness meets the rule of rescue. *JAMA* 1991; 265: 2218- 25. See comments.
- 7- Gerard K, Mooney G. QALY league tables: handle with care. *Health Economics* 1993; 2: 59- 64. See comments.
- 8- Green A, Barker C. Priority setting and economic appraisal: whose priorities the community or the economist? *Soc Sci Med* 1988;26:919- 29.
- 9- Hadorn DC. The role of public values in setting health care priorities. *Soc Sci Med* 1991; 32: 773- 81.
- 10- Pocantico Retreat. Enhancing the Performance of International Health Institutions. The Rockefeller Foundation, Social Science Research Council and the Harvard School of Public Health, 1996.

این نوشته به ارزیابی نقادانه نقش مؤسسات بین‌المللی پیشرو در بهبود بخشیدن به وضعیت بین‌المللی بهداشت از نقطه نظر ۲۵ کارشناس بین‌المللی امور بهداشتی می‌پردازد.

- ۱۱- در عرصه بین‌المللی نشانه‌هایی از افزایش همکاری‌های پژوهشی با صنعت داروسازی و از طریق برنامه‌هایی چون International AIDS Vaccine Initiative, WHO/ UNICEF Childrens Vaccine Initiative و فعالیت‌های توسعه محصولات درمانی در برنامه ویژه WHO در مورد پژوهش و آموزش در زمینه بیماری‌های حاره‌ای وجود دارد.
- 12- Bankowski Z, Levine RJ, editors. Ethics and research on Human Subjects: International Guidelines. Geneva, Switzerland: Council for International Organizations of Medical Sciences; 1993.
- 13- CIOMS. International Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies. Geneva, Switzerland; 1991.
- ۱۴- گروه Puebla مجموعه‌ای غیررسمی از شبکه‌های بین‌المللی پژوهش حوزه سلامت است که از تلاش‌های صورت‌گیرنده در زمینه پژوهش و توسعه بویژه در کشورهای در حال توسعه پشتیبانی می‌کند. این کتاب به رایه مشخصات ۱۰ شبکه از این مجموعه می‌پردازد. هر چند با گذشت زمان برخی از موارد عناوین مورد اشاره تغییر یافته و دیگر به روز نیستند اما این کتاب کماکان مرجعی مفید و قابل استفاده برای نقشه برداری از ظرفیت‌های پژوهشی در زمینه‌های مختلف به شمار می‌آید.

بخش ۴

معیارهای مورد استفاده در تعیین اولویت‌ها

Tessa Tan Torres

ارایه گسترده نقطه نظرات گروه‌های ذینفع و مشارکت شرکت کنندگان اجزایی اساسی از فرآیند تعیین اولویت‌ها را تشکیل می‌دهند. اما وجود این عوامل علیرغم اهمیت اساسی آنها، تضمین‌گر موفقیت فرآیند نخواهد بود. تعیین اولویت‌ها ذاتاً فرآیندی کاملاً سیاسی است. همانگونه که پیشتر از سوی کمیسیون بیان شده است «هر فرآیندی که به منظور تعیین اولویت‌ها طراحی شده است نباید در هیچ زمانی سؤال‌های بنیادی را نادیده بگیرد که به صدای چه کسانی گوش فرا داده می‌شود و نقطه نظرات چه کسانی غالب می‌شود و بنابراین منافع بهداشتی چه کسانی پیش برده می‌شود؟» [۱]

به کارگیری یک فرآیند نظام‌یافته برای تعیین اولویت‌ها، احتمال آنکه این فرآیند به انحصار تنها یک گروه از گروه‌های شرکت‌کننده درآید را به حداقل می‌رساند. گروه مرکزی در این فرآیند باید روشی شفاف و کاملاً پاسخگو برای تعیین اولویت‌ها ارائه کند. «چگونگی» انجام قضاوت‌ها و انتخاب یکی از

ENHR و تعیین اولویت

تضعیف‌کننده وضعیت اقتصادی و اجتماعی مورد ارزیابی قرارداد. این موارد به طور مفصل در بخش ۲ مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

چه پژوهش‌هایی قبلاً در این زمینه صورت گرفته است؟ تکرار غیرضروری مطالعات گذشته تنها باعث هدر دادن منابع انسانی و مالی می‌شود. بنابراین شرکت‌کنندگان باید پیش از تعیین اینکه چه زمینه‌هایی نیازمند پژوهش بیشتر هستند و در چه زمینه‌هایی عملیات بهداشتی و مداخلات موجود نیز می‌توانند راه‌حل مسأله باشند، وجود یا نبود مطالعات قبلی در زمینه مورد بحث را تعیین و مشخص کنند.

تابلوی ۱-۴ نشانگر چارچوبی برای تصمیم‌گیری در مورد اولویت داشتن پژوهش یا عمل در زمینه‌ای خاص بر اساس دانسته‌ها و ندانسته‌های شرکت‌کنندگان در مورد مسأله بهداشتی مورد نظر می‌باشد. بخش ۲ به بررسی انواع ویژه پژوهش‌هایی می‌پردازد که در صورت ناکافی یا نامؤثر بودن ابزارهای مداخله‌ای حاصل از اطلاعات فعلی مورد نیاز خواهند بود.

تابلوی ۱-۴. یک چارچوب پژوهش - عمل برای تعیین اولویت‌ها

میزان اولویت مسأله بهداشتی

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

توجه: معیار پژوهش - عمل یک طیف و نه یک پدیده دو وضعیتی می‌باشد و برای حل یک مسأله بهداشتی ممکن است تعاملات پژوهش - عمل متعددی مورد نیاز واقع شود.

آیا انجام پژوهش امکان‌پذیر است؟ میزان انجام‌پذیری مطالعات پژوهشی در عمل به مقوله‌های عملی و اجتماعی گوناگونی بستگی دارد، از آن جمله: میزان انجام‌پذیری فنی (ظرفیت انسانی و سازمانی جامعه پژوهشی)؛ و میزان انجام‌پذیری اقتصادی (هزینه زمانی و مالی انجام پژوهش)؛ میزان انجام‌پذیری سیاسی (وجود فضا و محیط سیاسی مناسب)؛ میزان انجام‌پذیری فرهنگی (توسعه و بکارگیری فن‌آوری‌های متناسب با شرایط فرهنگی)؛ و میزان انجام‌پذیری اخلاقی (مطابقت با هنجارهای اجتماعی و اصول اخلاقی).

تأثیر نهایی پژوهش چیست و در چه زمانی نمود می‌یابد؟ تأثیر نهایی مستقیم پژوهش باید از نظر مقوله‌های مقبولیت، کارآیی، اثربخشی، عدالت بهداشتی و میزان پوشش قابل قبول باشد. همچنین چارچوب زمانی نمودار گشتن تأثیرات کوتاه مدت و بلند مدت مداخلات را باید به عنوان بخشی از فرآیند تعیین اولویت‌ها برآورد کرد.

این معیارها نمایانگر بکارگیری رهنمودهای پیشنهادی از سوی کمیسیون پژوهش حوزه سلامت برای توسعه، و گروه کاری پژوهش و توسعه حوزه سلامت هستند. [۲] اما شواهد ناچیزی از کشورهایی که این راهکارها را در عمل فرآیند انتخاب معیارها و اعمال معیارهای انتخابی به منظور تعیین اولویت‌ها به کار بسته‌اند در دسترس است. علاوه بر این، معیارهای به کار گرفته شده در کشورهای مختلف با یکدیگر متفاوت بوده است. با وجود این، بررسی‌ها نشان می‌دهد که پرستفاده‌ترین معیارها، بار بیماری (که براساس آمار بهداشتی یا

در زمان در نظر گرفتن افق زمانی تأثیر نهایی مورد انتظار نتایج پژوهشی باید با دقت به سبک و سنگین نمودن خواسته‌های رقابتی پژوهش‌های عملیاتی و پژوهش‌های پایه‌ای زیست پزشکی مبادرت ورزید. بسیاری از کشورها از فوریت مسأله بهداشتی به عنوان معیاری برای تعیین اولویت‌ها استفاده کرده‌اند. این امر ممکن است برنامه پژوهشی را از مسیر سرمایه‌گذاری‌های بلند مدت مورد نیاز برای پژوهش‌های راهبردی به سمت راه‌حل‌های فوری و مقطعی منحرف سازد.

عامل زمان نیز باید خود را با نیازهای بهداشتی پیش‌بینی شده برای آینده وفق دهد. تاکنون تمامی کشورهایی که به تعیین اولویت‌ها با استفاده از راهبردهای ENHR مبادرت ورزیده‌اند، صرفاً به جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌های زمان حال و گذشته برای توصیف بار بیماری‌ها اکتفا کرده‌اند و معدود کشورهایی به پیش‌بینی بیماری‌های سلامت و بیماری در دهه یا نسل بعد پرداخته‌اند.

این کشورها از کمی و کیفی را مورد استفاده قرار داده‌اند. براساس نظر کمیسیون، «هیچ روش تعیین اولویت‌هایی نمی‌تواند منحصراً بر برآوردهای عددی تکیه کند». به عنوان مثال می‌توان به تایلند اشاره کرد که در این کشور تصورات مردم از مسایل بهداشتی واجد اولویت با اولویت‌های تعیین شده توسط منابع اطلاعاتی

اپیدمیولوژیک ثانوی تفاوت چشمگیری داشته است (به مرجع ۱، صفحه ۴۵ مراجعه شود).

با این وجود داده‌های کمی و کیفی دو جنبه مشترک دارند: نخست آنکه هر دو نوع فوق را می‌توان از طریق روش‌های عملی یا تصادفی و غیرنظام‌یافته جمع‌آوری کرد. اگر قرار است تعیین اولویت‌ها فرآیندی شفاف و قابل اتکا باشد باید به تشویق و ترغیب بکارگیری روش‌های گروه اول (روش‌های علمی) پرداخت. دوم آنکه داده‌های کیفی را نیز می‌توان به صورت عددی بیان کرد. بنابراین مسأله اصلی این نیست که اطلاعات کمی یا کیفی هستند بلکه سؤال اساسی این است که آیا شرکت‌کنندگان در فرآیند توانسته‌اند بین داده‌های «عینی» و اطلاعات برخاسته از ارزش‌گذاری‌ها و ترجیحات انسان‌ها زن برقرار سازند یا خیر.

راهکارهایی برای انتخاب معیارها

الف) از کدام معیارها باید استفاده کرد؟ در انتخاب عیارهای

مورد استفاده باید ویژگی‌های زیر را در نظر داشت:

- ۱) هدف از فرآیند تعیین اولویت‌ها و سطح انجام آن (سطح جهانی، ملی، شهرستان یا تحت شهرستان) را تعیین کنید. عموماً یکی از معیارهای برنامه‌های پژوهشی جهانی میزان و شدت وجود یک مسأله بهداشتی در بسیاری از کشورها (یعنی بار بیماری) است و

چنین برنامه‌هایی در برگیرنده سهم بیشتری از پژوهش‌های راهبردی هستند که بسیاری از کشورهای در حال توسعه نمی‌توانند به تنهایی و به خودی خود از عهده آن برآیند. از سوی دیگر فرآیندهای تعیین اولویت‌ها در سطح کشوری ممکن است مناسب با برنامه بهداشت ملی را به عنوان یک معیار در نظر داشته باشند، یا در صورتیکه از برنامه‌های پژوهشی به عنوان پایه‌ای برای بدست آوردن بودجه استفاده شود، ممکن است از میزان توانایی جذب بودجه از سازمان‌های پژوهشی و اهداکننده به عنوان یک معیار (که نه مهم‌ترین معیار) استفاده کرد.

۴) معیارها باید هدفت و تأکید بر جزئیات می‌کند. در عمل به کار بردن معیارها در زمانی که به شکل سؤال‌های اختصاصی هستند راحت‌تر می‌شود. برای مثال، «هزینه - اثربخشی» را می‌توان به گونه‌های مختلفی تفسیر کرد و بنابراین شرکت‌کنندگان باید سعی کنند اظتیق کارایی تعریفی مشترک، و توصیفات مختلف نقطه‌ای واحد و مورد توافق همگانی^(۳) تعیین بعدی تدوین اختصاصی است. ینه مثلثی بین پژوهش

است؟ یا یلدینکه ای یک پژوهشگر نتج

اوبیته - اثربخش

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 اثر خواهد گذاشت. این اثر «شمارش مضاعف» را شاید بتوان با ترغیب شرکت کنندگان جهت بحث و بررسی و حصول توافق در مورد تعاریف و مرزهای مابین معیارهای مورد نظر به حداقل رساند.

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 گونه‌ای آگاهانه در فرآیند شرکت کنند. بخش ۲ به بررسی این نیازهای اطلاعاتی می‌پردازد.

۵) باید معیارهایی روشن و بدون ابهام برای منعکس ساختن پیشرفت در جهت عدالت و توسعه وجود داشته باشد و این همان ارزش و اعتبار راهبرد ENHR است. برای مثال، با وجودی که بزرگی

یک مسأله بهداشتی معیاری حائز اهمیت است، اما شرکت کنندگان نباید بیماری‌هایی را که تنها در گروه‌های حاشیه‌ای یا چند مکان دورافتاده و غیرقابل دسترس شایع هستند، مورد کم توجهی قرار دهند. بدون در نظر داشتن مقوله عدالت بهداشتی چنین بیماری‌هایی ممکن است رتبه چندان مناسبی در فهرست اولویت‌ها بدست نیاورند یا حتی به دلیل تأثیرات متعدد بار بیماری بر روی دیگر معیارها (مانند تأثیر نهایی مورد انتظار، فوریت، هزینه - اثربخشی) رتبه بسیار پایینی را از آن خود کنند.

(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 می‌یابد. رسیدن به توافق بر روی معیارهای هسته‌ای (شاید ۶ یا ۷ معیار اصلی)، آزمون این معیارها بر روی چند زمینه پژوهشی و تعیین این امر که آیا افزودن معیارهای دیگر بر روی اولویت‌ها تأثیری خواهد داشت یا خیر، می‌تواند یکی از رویکردهای امکان‌پذیر در این زمینه باشد.

(۷) معیارها را باید با زبانی مشترک بیان کرد تا تلفیق و جمع‌بندی معیارها امکان‌پذیر شود. **تابلوی ۲-۴** نشان‌دهنده روشی پیشنهادی برای امتیازبندی مقوله‌های مرتبط با پژوهش در نظام‌های سلامت است. در این تابلو چگونگی به کار بردن معیارها با استفاده از

نظام‌های امتیازبندی هم‌ارزش (که حصول به یک امتیاز کل و قابل قبول را برای هر عنوان پژوهشی امکان‌پذیر کند) نمایش داده شده است. [۴]

ب) آیا معیارهای مختلف هم‌ارزش 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 ارزش‌ها و ترجیحات است. ارزش‌گذاری افتراقی، روش انتخابی دیگر است که عمدتاً براساس اهمیت هر معیار در تصمیم‌گیری صورت می‌گیرد. این روش نیز نیازمند تفکر و بینشی دقیق و حصول توافق در بین شرکت‌کنندگان است.

تابلوی ۲-۴

مقیاس‌های پیشنهادی برای امتیازبندی عناوین پژوهشی

مناسبت

- ۱- مناسبت ندارد.
- ۲- مناسبت دارد.
- ۳- مناسبت بسیار دارد.

اجتناب از تکرار و دوباره کاری

- ۱- اطلاعات کافی در زمینه مورد بحث در دسترس است.
- ۲- اطلاعاتی در دسترس است ولی مقوله‌های اصلی مورد توجه قرار نگرفته‌اند.
- ۳- هیچ نوع اطلاعات مناسبی که بتوان براساس آن به حل مسأله پرداخت وجود ندارد.

انجام‌پذیری

- ۱- مطالعه با در نظر گرفتن منابع موجود انجام‌پذیر نیست.
- ۲- مطالعه با در نظر گرفتن منابع موجود انجام‌پذیر است.
- ۳- مطالعه با در نظر گرفتن منابع موجود کاملاً انجام‌پذیر است.

میزان مقبولیت سیاسی

- ۱- عنوان پژوهشی از سوی سیاست‌گزاران سطح بالا قابل قبول نیست.
- ۲- عنوان پژوهشی کمابیش قابل قبول است.
- ۳- عنوان پژوهشی کاملاً قابل قبول است.



میزان قابل استفاده بودن نتایج

- ۱- احتمال مورد اجرا قرار گرفتن توصیه‌های حاصل از پژوهش وجود ندارد.
- ۲- احتمال مورد اجرا قرار گرفتن توصیه‌های حاصل از پژوهش تا حدی وجود دارد.
- ۳- احتمال مورد اجرا قرار گرفتن توصیه‌های حاصل از پژوهش بالا است.

فوریت

- ۱- اطلاعات به طور فوری مورد نیاز نیست.
- ۲- اطلاعات رami توان بلافاصله مورد استفاده قرار داد اما تأخیری چند ماهه نیز پذیرفتنی است.
- ۳- داده‌ها به فوریت جهت تصمیم‌گیری مورد نیاز است.

میزان مقبولیت اخلاقی

- ۱- مسایل اخلاقی عمده وجود دارد.
- ۲- مسایل اخلاقی جزئی وجود دارد.
- هیچ مشکل اخلاقی وجود ندارد.

Source: 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

گردهم‌آوری زمینه‌های پژوهشی مروری بر تجربیات کشورها

انتخاب زمینه‌های پژوهشی نیازمند دقت و توجه بسیار است. در صورتیکه یک زمینه پژوهشی خاص در فهرست اولیه‌ی عناوینی که قرار است مورد بررسی قرار گیرند گنجانیده نشود، احتمال کمی وجود خواهد داشت که آن زمینه در برنامه‌ی پژوهشی^۱ نیز قرار داده شود. اما با وجود اهمیت این قضیه، هیچ شواهد و مدارکی در مورد تجربیات کشورهای مختلف در زمینه چگونگی تهیه فهرست اولیه‌ی عناوین پژوهشی مورد بحث در فرآیند تعیین اولویت‌ها وجود ندارد و آنچه ارائه شده است صرفاً برنامه‌ی پژوهشی نهایی (یعنی ماحصل و برون‌ده نهایی فرآیند رتبه‌بندی) بوده است.

با وجودیکه برنامه‌ی پژوهشی نهایی بیانگر فهرست اولیه‌ی زمینه‌های پژوهشی نیست اما با توجه به تجربیات کشورها می‌توان موارد زیر را نتیجه‌گیری نمود:

نخست، زمینه‌های پژوهشی متفاوت و مجزایی وارد فرآیند رتبه‌بندی شده‌اند، برای مثال: مسایل بهداشتی، بیماری‌ها، مداخلات و عوامل خطر. برنامه‌ی معمول پژوهشی یک کشور در حال توسعه عمدتاً گروهی ناهمگن از زمینه‌های پژوهشی از جمله دوران مادری بی‌خطر،

^۱- Research Agenda

HIV/ایدز، پژوهش در خدمات بهداشتی، طب سنتی، سبک‌های زندگی، سرطان‌ها و مرگ و میر شیرخواران را دربر می‌گیرد. دوم، تعداد کمی از کشورها به منظور فراهم‌آوری درجاتی از هماهنگی رتبه‌بندی و خوشه‌بندی در درون دسته‌های مختلف، به ارایه دسته‌بندی‌هایی پرداخته‌اند. برای مثال در طی توسعه برنامه پژوهشی فیلیپین در سالهای ۱۹۹۲ تا ۱۹۹۷ رتبه‌بندی در درون ۵ دسته اصلی شامل: سازمان‌دهی بخش بهداشت، کنترل بیماری‌ها و بهداشت عمومی، مراقبت‌های بهداشت فردی، سرمایه‌گذاری مراقبت‌های بهداشتی، و توسعه محصولات بهداشتی صورت گرفت و در آن دوران این ۵ دسته اجزای اصلی چارچوب مفهومی راهنمای وزارت بهداشت این کشور را تشکیل می‌دادند.

راهکارهایی برای گرد هم آوری زمینه‌های پژوهشی

الف) چه چیزی را باید رتبه‌بندی نمود؟ ویژگی‌های زیر را باید

در زمینه‌های پژوهشی مد نظر قرار داد:

- ۱) در شرایط آرمانی زمینه پژوهشی باید مبتنی بر مسأله باشد تا مبتنی بر بیماری. این امر داشتن تعریفی کلی‌نگر از «سلامت» را مقدور می‌کند که در نقطه مقابل مفهوم محدود زیست پزشکی سلامت به عنوان فقدان صرف بیماری قرار دارد. همچنین همانگونه که در بخش ۲ مطرح گردید مسایل

وسعت و بزرگی بیشتر به احتمال بیشتری در فهرست برنامه اولویت‌های پژوهشی وارد خواهند شد.

۳) تهیه سناریو، پیش‌بینی وضع آینده یا مدل‌سازی همگی از فعالیت‌هایی هستند که برای برآورد بزرگی و همچنین عوامل تعیین‌کننده مسائل بهداشتی در آینده باید صورت بگیرند. به این ترتیب شرکت‌کنندگان خواهند توانست به بسط و توسعه طرح‌های راهبردی برای پژوهش و همچنین ساختن یک پایه پژوهشی بلند مدت به منظور مد نظر قرار دادن نیازهای آینده بپردازند. اما در مواردی که به معیار «فوریت» ارزشی بسیار داده می‌شود ممکن است این جنبه از کار نادیده بماند.

ب) زمینه‌های پژوهشی چگونه انتخاب خواهند شد؟ ازهریک از دو رویکرد زیر یا تلفیقی از آن دو می‌توان استفاده کرد. در رویکرد نخست، شرکت‌کنندگان می‌توانند به تعریف یک «چارچوب نمونه‌گیری» بپردازند تا علاوه بر تسهیل شناسایی زمینه‌های پژوهشی، کمبودها و فقدان‌ها مشخص شوند. به عنوان مثال می‌توان به فهرست بیماری‌های تهیه شده توسط کمیته ویژه پژوهش علوم پزشکی WHO به منظور برآورد مقادیر DALY در کشورهای مختلف اشاره کرد. [۵] مزیت این رویکرد آن است که معیارها را می‌توان با هماهنگی و مطابقت بیشتری در مورد بیماری‌های مختلف به کار بست. با وجود این وهمانگونه که پیشتر بحث شد محدودیت‌هایی برسر راه رویکردهای

مبتنی بر بیماری وجود دارد؛ به طوریکه کمیته ویژه WHO از زمان
ارایه فهرست فوق تاکنون به گسترش فهرست خود پرداخته است تا
مواردی چون عوامل خطر (مثلاً مصرف تنباکو و سوء تغذیه) را نیز در
آن بگنجانند.

بنابراین مسأله اساسی استفاده از لایه‌ها یا دسته‌بندی‌هایی که در
چارچوبی مشخص و تعریف شده با یکدیگر ارتباط دارند و در ادامه،
رتبه‌بندی زمینه‌های پژوهشی در دورن هر یک از این دسته‌ها می‌باشد.
حاصل کار فهرست‌هایی متعدد از زمینه‌های واجد اولویت در هر دسته
است که از طریق چارچوبی مفهومی با یکدیگر در ارتباط هستند. باید
توجه داشت که تهیه این چارچوب و همچنین چارچوب نمونه‌گیری
کاری ساده و فاقد ارزش نیست و این انتخاب‌ها را باید مورد بحث و
بررسی قرار داد.

رویکرد دوم برقراری فرآیند پیشنهاد عناوین پژوهشی است. در این
فرآیند هر یک از گروه‌ها و افراد می‌توانند به پیشنهاد زمینه‌های
پژوهشی واجد اولویت خویش پردازند [۶] و بنابراین تمامی
شرکت‌کنندگان از حق ایفای نقش در فرآیند برخوردار خواهند شد.
در صورتیکه از آغاز، چارچوب نمونه‌گیری به عنوان ابزار اولیه
جهت تعیین زمینه‌های پژوهشی ارائه شده باشد، اظهار نظر آزادانه افراد
ممکن است محدود شود. بنابراین بهتر است به جای استفاده از
چارچوبی تغییرناپذیر و از پیش آماده، زمینه‌های پژوهشی پیشنهادی را

در چارچوبی انعطاف‌پذیر که به موازات آرایه‌ی این زمینه‌ها شکل می‌گیرد قرار داد. در همین حین، زمینه‌های پژوهشی جمع‌آوری شده طی فرآیند آرایه پیشنهاد عناوین پژوهشی نیز می‌توانند به منزله‌ی آزمونی برای استحکام و استواری چارچوب نمونه‌گیری مورد استفاده قرار گیرند. در صورتیکه تنها معدودی از زمینه‌ها در درون چارچوب ننگیند، شرکت‌کنندگان می‌توانند به شناسایی زمینه‌هایی بپردازند که به دلیل عدم حضور افراد یا گروه‌های مربوطه ندیده گرفته شده‌اند. این زمینه‌ها ممکن است از طریق انجام مشورت‌های گسترده‌تر مشخص شوند. فنون مربوط به این کار از جمله بحث‌های «میزگرد» در بخش ۵ مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

به کارگیری معیارها

چگونه باید معیارها را در مورد زمینه‌های پژوهشی به کاربرد؟ آیا با استفاده همزمان از تمامی معیارها به ارزیابی جامعی از مسائل بهداشتی دست خواهیم یافت؟ آیا معیارها باید به عنوان غربال‌هایی متوالی به کار گرفته شوند تا زمینه‌های پژوهشی که حداقلی خاص از معیارها را بر آورده نمی‌سازند حذف شوند؟ و یا اینکه در مورد هر زمینه‌ی پژوهشی امتیازی خاص و مشخص به هریک از معیارها داده خواهد شد و در نهایت مجموع امتیازهای هر زمینه مقایسه خواهد گردید؟

به کارگیری هم‌زمان تمامی معیارها کاری مشکل است، چرا که تعداد واحدهای اطلاعاتی که در هر زمان توسط مغز پردازش می‌شود، محدود است. بنابراین این روش احتمالاً ضعیف‌ترین نتایج معتبر را به بار خواهد آورد بویژه اگر گروه از نظام ارزش‌گذاری افتراقی برای معیارها استفاده کرده باشد.

به کارگیری متوالی معیارها روشی است که عمدتاً ترجیح داده می‌شود. با اعمال هر معیار، فهرست زمینه‌های پژوهشیکوتاه‌تر می‌شود و نهایتاً زمینه‌هایی که پس از اعمال آخرین معیار باقی مانده‌اند به عنوان زمینه‌های واجد اولویت در نظر گرفته می‌شوند. بنابراین استفاده از معیارها به عنوان غربال‌هایی متوالی، رتبه‌بندی زمینه‌های پژوهشی متعددی را امکان‌پذیر می‌کند، اما در این روش ترتیب اعمال معیارهای مختلف، جهت غربالگری اهمیتی ویژه می‌یابد. شرکت‌کنندگان باید در مورد ترتیب به کارگیری معیارهای مختلف به توافق برسند که این ترتیب نیز عموماً بر اساس اهمیت معیارها معین می‌شود.

روش دیگر ارزشیابی تک‌تک زمینه‌های پژوهشی با استفاده از تمامی معیارهای انتخابی است. شرکت‌کنندگان در ادامه رتبه‌بندی زمینه مورد نظر در معیارهای مختلف را با یکدیگر تلفیق می‌نمایند تا یک امتیاز نهایی برای زمینه پژوهشی مربوطه بدست آید و سرانجام زمینه‌های پژوهشی مختلف بر اساس امتیاز کل رتبه‌بندی می‌شوند. این

روش نسبتاً خسته‌کننده است اما در مقایسه با روش استفاده از معیارها به عنوان غربال‌های متوالی نتیجه دقیق‌تری فراهم می‌کند.

شکل دیگر این روش ساختن ماتریس‌های اولویت‌بندی از طریق روش‌هایی چون روش معیارهای تحلیلی کامل یا روش معیارهای مورد توافق است. اینها رویکردهایی پیچیده‌تر و در عین حال نظام‌مندتر برای مقایسه زمینه‌های پژوهشی از طریق مقایسه دو به دو معیارها، یا از طریق رأی‌گیری و رتبه‌بندی هستند. جهت جزئیات بیشتر در مورد ساختار این شبکه‌های انتخابی به کتاب Memory Jogger (مرجع شماره ۷) مراجعه کنید.

اما بزرگترین چالش، گرد هم آوری و کنار هم چیدن همه چیزها در انتهای کار است. حتی در صورتیکه فرآیندهای انتخاب شرکت‌کنندگان، معیارها و زمینه‌های پژوهشی همگی به گونه‌ای نظام‌یافته انجام گرفته باشند، باز هم برون‌ده نهایی کار نیازمند بازنگری و پیرایش است.

برنامه پژوهشی نهایی همواره لزوماً فهرستی خطی از زمینه‌های پژوهشی واجد اولویت نخواهد بود بلکه زمینه‌های پژوهشی ممکن است به دسته‌های با اولویت کم، متوسط یا زیاد طبقه‌بندی شوند. این

بند و ندرتاً از اجتناب از انعطاف

و جؤأءءك فرآءنءء ءرءوءاءء ءء منءور ءلب نظرء افرءءء كه

ءرآءء

ر

اینکه باید کمیته‌ای متشکل از چند نماینده برگزیده را مأمور کرد؟ آیا نمایندگان به گونه‌ای برابر حق اعمال نظر دارند یا باید یک اعمال نظر تأییدی صورت گیرد؟ این تصمیم باید به روشنی و بدون ابهام گرفته شود که این امر به گروه مرکزی و ارزش‌های اعضای آن بستگی دارد. نهایتاً برنامه کامل پژوهشی باید به طور گسترده‌ای انتشار یافته و به طور مؤثری اجرا شود. به منظور یاری رساندن به گروه کاری ENHR در انجام این وظیفه می‌توان به اجرای یک تمرین نقشه‌برداری سیاسی همت گماشت. این رویکرد عموماً توسط تصمیم‌گیرندگان به منظور درک ابعاد سیاسی یک سیاستگذاری - در اینجا برنامه پژوهشی - و کمک به منظور عمل در محیطی سیاسی استفاده شود. اما از این روش می‌توان برای مقاصد دیگری (از جمله برنامه‌ریزی، تجزیه و تحلیل یا توضیح راهبردی) نیز سود جست.

تحلیل گران به جمع‌آوری داده‌ها از متون و مدارک و مصاحبه با افراد کلیدی درگیر سیاستگذاری می‌پردازند. این اطلاعات سپس در سه مرحله عمومی مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرند: نخست، به کجا باید رفت؟ (سیاستگذاری‌ها، یا در اینجا پیامدهای مورد نظر)؛ دوم، در حال حاضر کجا هستیم؟ (نقشه‌برداری از موقعیت سیاسی از جمله محیط و عاملان اصلی)؛ و چگونه باید از اینجا به آنجا رسید؟ (راهبردها). جزئیات مربوط به نقشه‌برداری سیاسی همراه بانظرات موافق و مخالف در نوشته‌های Reich و Cooper [۸ و ۹] مورد بررسی قرار گرفته است.

مراجع

- 1- Commission on Health Research for Development. HEALTH RESEARCH: Essential Link to Equity in Development. New York: Oxford University Press; 1990.
 - 2- Task Force on Health Research for Development. A Strategy for Action in Health and Human Development. Geneva Switzerland; 1991
 - ۳- یکی از برداشت‌های نادرست آن است که عبارت «هزینه - اثربخشی» به معنی «اقتصادی» یا «ارزان» است. این در حالیست که هزینه - اثربخشی در واقع مقایسه‌ای بین دو یا چند مداخله از نظر هزینه‌ها و اثرات‌ها مداخلات است. برای مثال به صرفه بودن یک مداخله می‌تواند به منزله جلوگیری از تعداد بیشتری مرگ با هزینه‌های یکسان و یا جلوگیری از تعداد یکسانی مرگ و میر با هزینه‌ای کمتر باشد. برای مطالعه بیشتر می‌توانید به مرجع زیر مراجعه نمایید:
- Drummond MF, Stodart GL, Torrance GW. Methods for the economic evaluation of health care programmes. Oxford: Oxford University Press: 1987.
- 4- Varkevisser. CM, Pathmanathan I, Brownlee A. Designing and conducting health systems research projects. Module 3: Identifying and prioritizing problems for research. In: Health System Research Training Series. International Development Research Centre and The World Health Organization, 1991;2(Pt 1):34.
 - 5- Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options. Investing in health

research and development. Geneva: World Health Organization; 1996.

- 6- Details on the Nominal Group Technique are given in Section 5.
- 7- Brassard M and Ritter D. The Memory Jogger. Methuen, Mass.: GOAL/QPC; 1994.
- 8- Reich MR, Cooper DM. Political mapping: computer-assisted political analysis. Newton Centre, MA: Polimap; 1995.
- 9- Reich MR. Political mapping of health policy: a guide for managing the political dimensions of health policy. 1993.

بخش ۵

درگیر ساختن شرکت‌کنندگان

Vic Neufeld
David Okello
Remedios Paulino

این بخش به بررسی پاره‌ای از فرآیندها و سازوکارهایی می‌پردازد که می‌توانند به منظور درگیر نمودن فعالان گروه‌های ذینفع مختلف در تعیین اولویت‌های پژوهشی مورد استفاده قرار گیرند. البته در اینجا هدف آن نیست که رویکردی به عنوان بهترین رویکرد ممکن برای شراکت وسیع گروه‌های ذینفع معرفی شود، بلکه در اینجا راهکارها و رهنمودهایی ارائه شده و سؤالاتی برای انجام هرچه بهتر فرآیند مطرح می‌شود، پاسخ این سؤالات (که بسته به شرایط و توسط خود کشورها یا شهرستان‌ها تعیین خواهد شد) به شناسایی مجموعه‌ای حساس به شرایط از فرآیندها و روش‌های تعیین اولویت‌های پژوهشی کمک خواهد نمود.

در آغاز باید دو ویژگی اولیه راهبردهای برای فرآیند تعیین اولویت‌ها را مد نظر داشت:

تعیین اولویت‌ها فرآیندی تکرارپذیر است. مسائل بهداشتی تغییر می‌کنند؛ ادراکات و پاسخ‌های مردم به مسائل بهداشتی در حال

تحول است؛ اطلاعات و فن‌آوری‌های جدید به عرصه ظهور می‌رسند؛ و تجربیات فرا گرفته شده از عملکردها و تصمیمات بهداشتی گذشته فزونی می‌یابند. برنامه‌های پژوهش باید به صورت منظم و دوره‌ای مورد بازنگری و گسترش قرار گیرند تا از عهده پاسخ به تحولات پراهمیت در بهداشت و شرایط احاطه کننده پژوهش برآیند.

تعیین اولویت‌ها فرآیندی متعامل و شفاف است. این فرآیند باید طیف وسیعی از فرصت‌ها را به منظور تبادل ایده‌ها و اطلاعات فراهم آورد. علاوه بر این، تمامی شرکت کنندگان باید درک نمایند که از آنها چه انتظاری می‌رود، چگونه تصمیمات اتخاذ می‌شوند، و چه کسی به تسهیل و مدیریت کل فرآیند می‌پردازد. شفافیت فرآیند بر احتمال مشارکت شرکت کنندگان در فرآیند و ایجاد احساس «مالکیت» برنامه پژوهشی در آنها می‌افزاید.

مراحل آغازین درگیر ساختن شرکت کنندگان

سؤالات زیر را باید در مرحله طرح‌ریزی مد نظر داشت:

چه کسی باید مسئولیت طرح‌ریزی، مدیریت و حفظ تداوم

فرآیند تعیین اولویت‌ها را عهده‌دار شود؟

ترکیب و ساختار گروه طرح‌ریزی کننده چگونه است و این

افراد نمایندگان چه گروه‌هایی هستند؟

چگونه نظرات گروه‌های ذینفع مختلف مورد پردازش قرار می‌گیرد؟

چه کسی به بازنگری و تأیید این نظرات می‌پردازد؟

تجربیات صورت گرفته در کشورهای مختلف نشانگر برخی از روش‌هایی است که توسط گروه‌های ملی در فرآیند تعیین اولویت‌ها به کار گرفته شده است. در پاره‌ای از موارد، یک گروه کاری چندرشته‌ای و بین‌بخشی توسط وزارت بهداشت منصوب شده است. در کشورهای دیگر یک کنوانسیون ملی با شرکت سه جانبه جوامع، پژوهشگران، سیاستگذاران و مدیران برنامه بهداشتی شکل گرفته است و در ادامه گروهی ویژه متشکل از تصمیم‌گیرندگان، پژوهشگران و برخی از نمایندگان جامعه تشکیل شده است. مدل دیگر مورد استفاده قرار گرفته، برگزاری یک کارگاه سیاستگذاری سه جانبه و در ادامه تأسیس یک کمیسیون ملی با ترکیبی مشابه است؛ در مقابل، کمیسیون فوق به تشکیل یک گروه کاری به منظور پایش و رهبری فرآیند آماده‌سازی برنامه پژوهشی می‌پردازد. در برخی از کشورها که در آنها یک مرکز ملی پژوهش علوم پزشکی از قبل وجود داشته است، سازماندهی فرآیند تعیین اولویت‌ها به یک گروه دانشگاهی یا مرکز پژوهشی محول گردیده است. عموماً گروه کاری به توسعه و پیشنهاد معیارها و فرآیندهای مورد نیاز برای تعیین اولویت‌ها همت گماشته است اما گروهی بزرگتر (معمولاً وابسته به

پشوریتی یا وزارت بهداشت) گروه‌های ذینفع عمده را که باید
فرآیند واقعی شرکت کنکورشناسی می

بررسی وضعیت جامعه از طریق پژوهش عملی مشارکتی^۱
سهیم شدن در هزینه‌ها
حصول به توافق در زمینه‌های ویژه
تصمیم‌گیری برای تعیین معیارها و تعیین اولویت‌های پژوهشی
تبدیل و برگرداندن زمینه‌های پژوهشی واجد اولویت به پروژه‌ها
و برنامه‌های پژوهشی اختصاصی
وسعت و ماهیت شراکت تا حد زیادی به علایق و منافع، تمایل و
توانایی‌های شرکت‌کنندگان مختلف؛ بودجه در دسترس برای
فرآیند تعیین اولویت‌ها؛ و چارچوب زمانی کل فرآیند بستگی دارد.
در طی نشست‌ها و همایش‌ها نیز گروه مرکزی می‌تواند از طریق
فراهم‌آوری منابع کافی قابل مطالعه و فهم در کنار فرصت کافی، به
مشارکت فعال شرکت‌کنندگان و برقراری گفتگویی وسیع‌تر کمک
کند. همچنین اعضای علمی - دانشگاهی گروه کاری فرصتی مناسب
خواهند یافت تا یافته‌های عملی را با بیانی روشن و موجز به اعضای
جامعه و سیاستگذاران منتقل ساخته و به این ترتیب بر یکی از موانع
مشارکت برابر غلبه نمایند. علاوه بر این، بینشی ارزشمند از گوش فرا
دادن به نیازها و ادراکات استفاده‌کنندگان از مراقبت‌های بهداشتی،
حاصل خواهد شد.

رویکرد «از پایین به بالا» در فرآیند تعیین اولویت‌ها رویکردی ایده‌آل محسوب می‌شود: این رویکرد شامل الگویی متوالی از بررسی وضعیت در سطوح جامعه و شهرستان، و جمع‌آوری و تلفیق این برون‌ده‌ها در سطوح استانی و ملی می‌باشد. اما در مواردی محدودیت‌های زمانی ممکن است به جای الگوی متوالی، استفاده از الگویی موازی را برای مشورت و تجزیه و تحلیل سطوح و گروه‌های مختلف ایجاب نماید. این رویکرد نیز مادامی که فرآیند تعیین اولویت‌ها دو ویژگی اصلی شفافیت و مشارکت واقعی را حفظ نماید، پذیرفتنی می‌باشد. شاید بتوان گفت که پذیرش و ایجاد نوعی حس مالکیت نسبت به برنامه پژوهشی حاصل، بهترین شاخص‌های موفقیت مشارکت در فرآیند می‌باشد.

روش‌هایی مفید برای تقویت مشارکت در فرآیند تعیین اولویت‌ها

در اینجا برخی از رویکردها و مراحل که به یک برنامه پژوهشی مشترک منتهی می‌شوند مورد بحث قرار گرفته‌اند. البته این فهرست، فهرستی جامع از روش‌های فوق نیست و مقصود در اینجا تنها اشاره به پاره‌ای رویکردهای مفید است که توسط کشورهای مختلف مورد استفاده قرار گرفته‌اند.

پیشبرد و تقویت گفتگو با گروه‌های ذینفع

هدف: بدست آوردن نظرات گروه‌های ذینفع (که از طریق فرآیندهای توضیح داده شده شناسایی و تعیین می‌شوند) در مورد مسایل و نیازهای بهداشتی، و اولویت‌های پژوهش حوزه سلامت.

چه کسانی درگیر می‌باشند؟ گروه‌های ذینفع و نمایندگانشان، و همچنین تسهیل‌کنندگان و مصاحبه‌کنندگان.

روش‌ها: طیف وسیعی از روش‌ها از جمله «بحث‌های گروهی متمرکز» مورد استفاده قرار گرفته است (به مثال کشور اوگاندا توجه نمایند، تابلوی ۵-۱).

تابلوی ۵-۱

گفتگو با جامعه با استفاده از «فن گروهی متمرکز»

- مثالی از اوگاندا -

۴ شهرستان (هر کدام از یک ناحیه کشور) به منظور مورد مشورت قرار گرفتن از نظر تصورات جامعه پیرامون مسائل بهداشتی انتخاب شدند. اما به دلیل بروز ناامنی‌هایی در ناحیه شمال کشور، تنها سه شهرستان در این بحث‌ها شرکت کردند. این نواحی عبارت بودند از: ایگانا در شرق، موکونو در جنوب و هویما در غرب.



در هر شهرستان یک سمینار ۲ روزه با شرکت کمیته طرح‌ریزی شهرستان و تیم بهداشتی شهرستان برگزار شد. برخی از اعضای کمیته طرح‌ریزی، سیاستمداران بومی بودند که نمایندگی جوامع روستایی را برعهده داشتند. از این سمینارها به منظور انتخاب جوامعی جهت انجام بحث‌های گروهی متمرکز در شهرستان‌ها استفاده شد. ۲ تا ۳ جلسه بحث با شرکت ۱۵ تا ۳۰ شرکت‌کننده در هر روستا برگزار شد و شرکت‌کنندگان به گونه‌ای انتخاب شدند تا جمعیتی غیرهمگن از مرد و زن و پیر و جوان ایجاد شود.

جلسات بحث گروهی متمرکز، علاقه عمیق جوامع به گفتگو و بحث صریح پیرامون مسائل بهداشتی شان را آشکار کرد. اما برخلاف پژوهشگران که اولویت‌شان بیشتر معطوف بار بیماری بود، اعضای جوامع در مورد مسائل بهداشتی نقطه نظرات جامع‌نگرتری داشتند. تمامی جوامع بر این نکته تأکید داشتند که توجه نباید فقط معطوف بیماری شود و عوامل زمینه‌ای که باعث بروز بیماری می‌شوند نیز باید مورد تأکید و توجه قرار گیرند. برای مثال، نگرانی‌ها و دغدغه‌های اعضای جوامع عمدتاً شامل درآمد پائین خانواده‌ها، کمبود بازار فروش برای تولیدات و رشد و تراکم بیش از حد جمعیت بود. آنها همچنین از وضعیت بد راه‌ها، عادات فرهنگی مخاطره‌آفرین، و توزیع نامناسب تسهیلات بهداشتی نیز نگرانی داشتند.

دغدغه‌های ویژه بهداشتی جوامع شامل مالاریا، اسهال و عفونت‌های راه‌های تنفسی بودوبی‌مبالاتی جنسی منجر به‌ایدز، سل، بیماری‌های پوستی و کرم‌های روده‌ای دیگر دغدغه‌های بهداشتی اصلی مردم را تشکیل می‌داد.

در آفریقای جنوبی، واحد در وزارت بهداشت ۹۵ گروه ذینفع در پژوهش حوزه سلامت را شناسایی کرد. این گروه‌ها شامل دانشگاه‌ها، ها، شوراهای علمی، انجمن‌های حرفه‌ای، کالج‌های پرستاری، ادارات بهداشتی استانی و غیره بودند. یک بسته اطلاع‌رسانی (شامل اطلاعات عمومی در مورد و برنامه‌های اختصاصی آفریقای جنوبی) برای هریک از گروه‌ها ارسال شد و متعاقب آن جلسات حضوری برگزار شد که طی این جلسات مقوله‌هایی چون نیاز به گردهمایی جهت تعیین اولویت‌ها مورد بحث قرار گرفت. پس از این جلسات و به منظور فراهم‌آوری زمینه گردهمایی اولویت‌بندی، از تمامی گروه‌های ذینفع دعوت شد تا فهرستی از اولویت‌های فعلی خود را ارسال کنند. این اولویت‌ها جمع‌بندی شد و سپس در گردهمایی اولویت‌بندی مورد استفاده قرار گرفت.

برقراری توافق

اهداف: به منظور حصول توافق عمومی در بین گروه‌های مختلف ذینفع از نظر مهم‌ترین مسایل و مشکلاتی که باید در یک برنامه ملی پژوهش حوزه سلامت گنجانیده شوند؛ همچنین به منظور فضاسازی و

برقراری محیطی سرشار از احترام دو جانبه مابین شرکت کنندگان مختلف به عنوان پایه و اساسی برای همکاری‌های آتی.

چه کسانی شرکت داده می‌شوند؟ گروه‌های ذینفع کلیدی

علاقمند به در کشور.

روش‌ها: راهبردها یا روش‌های منتشر شده بسیاری برای حصول به توافق وجود دارد که از آن جمله می‌توان به روش «دلفی»، بحث‌های میزگرد، و «فن‌های اسمی» اشاره کرد. روش «دلفی» شامل جلسات متعدد بحث در بین شرکت کنندگان پیرامون محوری خاص است. هر دوره بحث، ضبط و خلاصه می‌شود و این فرآیند تا رسیدن به هدف محصول نهایی ادامه یافته و طبعاً ممکن است به برگزاری «دوره‌ی» متعددی منتهی شود. بحث و گفتگو نیاز باشد. عموماً روش دلفی توسط یک فرد و یا گروه تسهیل کننده، اداره می‌شود. بله ۲-۵ بلخخصه ر به توصیف فرآیند بحث‌های میزگرد می‌پردازد و فن گروهی اسمی نیز در بلوی ۳-۵ شرح داده شده است.

تجربیاتکشرها رزمینه بیانگران است که رسیدن به توافق در اولویت‌های پژوهش حوزه سلامت، ر عمل کار ساده‌ای نیست. البته این مسأله با ر نظر گرفتن طیف وسیع گروه‌های ذینفع رگیر (از جمله پژوهشگران حرفه‌ای، سیاستمداران، مسئولان دولتی، رهبران جوامع ۵۰۰) را اوتظ ر نیست. بنابراین چه ر فرآیند و چه ر محصول و برون ه آن، باید جای خالی کافی برای عدم

توافق‌های احتمالی و یا توسعه یا تغییر برنامه پژوهشی در نظر گرفت. حصول توافق باید در برابر شرایط و وضعیت‌های خاص پاسخگو و حساس بوده و از نظر روش‌شناسی نیز از انعطاف‌پذیری برخوردار باشد. همچنین باید توجه داشت که در عین حالیکه برخی از فنون قابل استفاده برای حصول توافق در اینجا ارایه شده، بخش اعظمی از موفقیت در فرآیند حصول توافق (و فرآیندهای وابسته) مبتنی بر تعاملات میان مردم است.

تابلوی ۲-۵

بحث‌های میزگرد

رویکرد «میزگرد»، همانگونه که از نام آن بر می‌آید، به منظور کنار هم آوردن نقطه نظرات و تجربیات مختلف افراد، جهت بحث و بررسی وضعیت یا مشکلی مشترک مورد استفاده قرار می‌گیرد. این جلسات، به‌طور معمول شامل تعداد نسبتاً کمی از افراد (کمتر از ۲۰ تا ۳۰ نفر) است که قبلاً با یکدیگر ملاقاتی نداشته‌اند. میزگردهای موفق، عموماً برای ۲ روز یا بیشتر برنامه‌ریزی شده و در مکانی ساکت و آرامش‌بخش برگزار می‌شوند.

اهداف شامل هر دو دسته اجزای محتوا و فرآیند است. برای مثال با فرض آنکه هدف جلسه رسیدن به توافق در مورد مسایلی باشد که باید در یک برنامه ملی پژوهش حوزه سلامت گنجانیده شود، نخستین بخش یک میزگرد را می‌توان به تجربیات و نقطه نظرات هر یک از افراد در مورد بحث، اختصاص داد. اما گذشته از این، هدف دیگر جلسات بحث میزگرد، خلق زمینه‌ای مناسب برای تغییر و تحول است به نحوی که بینش نوین از جمیع تجربیات حاصل شده و ایده‌های نوآورانه‌ای که ممکن است نحوه عمل و فعالیت افراد و سازمان‌ها در آینده را دستخوش تغییر نماید، پیشنهاد شود و بنابراین باید بر سر چگونگی به پیش راندن اعمال و افکار نظرات جمع نیز به توافق رسید.

میزگردهای موفق نیازمند آماده‌سازی دقیق و تسهیل و هدایت ماهرانه هستند. همچنین، داشتن یک نویسنده یا منشی مسلط بر یادداشت‌برداری و گزارش‌نویسی (که نسخه‌ای از آن به منظور اظهارنظر طی فاصله کوتاهی پس از پایان میزگرد به شرکت‌کنندگان ارائه خواهد شد) از اهمیت برخوردار است.

علاوه بر این، وارد نمودن بحث پیرامون معیارها به فرآیند حصول توافق نیز از اهمیت برخوردار است. تمامی گروه‌های ذینفع باید از فرصت اظهارنظر در مورد انتخاب و تعریف معیارها، و کاربرد آنها برخوردار باشند. البته این امر به رسمیت شناخته شده است که تصمیم نهایی در مورد اولویت‌های پژوهشی توسط یک گروه کاری کوچک‌تر و یا یک زیرکمیته که به نمایندگی از طیف وسیع‌تر گروه‌های ذینفع به فعالیت می‌پردازد، اتخاذ شود.

تابلوی ۳-۵

فن اسمی گروهی (NGT)

این فن، گروه را قادر می‌سازد تا از طریق مقایسه رتبه‌بندی‌های هر فرد در مورد اهمیت عناوین مختلف و گنجانیدن این نظرات در یک بیانیه کلی در مورد اولویت‌ها، به سرعت در مورد مسائل و مقوله‌ها به توافق رسد.

از ویژگی‌های زیر برخوردار است:

از طریق مشارکت برابر اعضای گروه باعث ایجاد و تقویت تعهد افراد به انتخاب گروه می‌شود.

افراد را قادر می‌کند تا بدون تحت تأثیر قرار گرفتن از سوی نظرات دیگران، خود به امتیازبندی عناوین بپردازند.

به افراد آرام و ساکت فرصتی برابر با افراد پرجوش و خروش

می‌دهد.



سلامت، متن حاصل از سنتز باید حاوی تعداد کمی عناوین پژوهشی با ذکر ترتیب اولویت‌بندی بوده و منعکس‌کننده توافق کلی که در یک فرآیند توافق حاصل گردیده است (مانند آنچه پیشتر توضیح داده شد) باشد.

چه کسانی شرکت داده می‌شوند؟ این وظیفه عموماً به یک فرد یا یک گروه کاری کوچک محول می‌شود.

روش‌ها: روش یا فن خاصی در این زمینه مورد ارزشیابی قرار نگرفته است. این امر که فرآیند سنتز باید توسط یک فرد صورت گیرد یا یک گروه کوچک نیز تا حدی وابسته به نظر شخصی است. می‌توان از ترکیبی از هر دو رویکرد فردی و گروهی استفاده کرد، بدین ترتیب که یک فرد یا یک گروه کاری به آماده‌سازی یک پیش‌نویس می‌پردازد که در ادامه توسط دیگران بهبود بخشیده می‌شود. منطقی است که فرد مسئول این فرآیند، فردی واجد اعتبار و تجربه و مهارت مناسب باشد.

تابلوی ۴-۵

یک متن سنتز

- مثالی از زی‌مبابوه -

تجربیات زی‌مبابوه در مورد تعیین اولویت‌های در قالب یک کتابچه کوچک و فشرده به نام «کتاب سرخ کوچک» جمع‌آوری شده است. این متن در واقع گزارشی از کارنامه کنوانسیون ملی تعیین اولویت‌های است که در اوت ۱۹۹۵ در نیانگا برگزار شد. این جزوه تنها در چند صفحه به جمع‌بندی فرآیندهای روی داده پیش از این کنوانسیون، فعالیت‌های شرکت‌کنندگان در کنوانسیون و حاصل نهایی این فعالیت‌ها می‌پردازد.

فرآیندهای مقدماتی این کنوانسیون در اواخر سال ۱۹۹۳ و زمانی که شورای پژوهش حوزه سلامت زی‌مبابوه بودجه‌ای محدود به منظور تعیین اولویت‌ها از دریافت کرد، آغاز شد. این فرآیند تعیین اولویت‌ها دو بخش داشت:

- ۱- بررسی جامع نظرات شرکت‌کنندگان در تمامی سطوح نظام سلامت، با استفاده از روش‌های مختلف: یک چک لیست سازمان یافته (که از سوی ۲۵۲ نفر تکمیل شده بود)؛ برگزاری ۱۱۲ جلسه بحث گروهی متمرکز در ۵۶ شهرستان؛ و کارگاه‌های استانی (که به بازبینی داده‌های جمع‌آوری شده می‌پرداختند) در ۷ استان از ۸ استان کشور.
- ۲- تجزیه و تحلیل پژوهش‌های اخیر و فعلی در زی‌مبابوه، با استفاده از پایگاه اطلاعاتی شورای پژوهش پزشکی زی‌مبابوه. پروژه‌های تحقیقاتی براساس نوع پژوهش به چهار گروه تقسیم شدند و همچنین براساس عناوین پژوهشی نیز تقسیم شدند.



۱ ل ا و کنوچرییلند ارا

یک متن سنتز باید از ویژگی‌های زیر برخوردار باشد:

ایجاز و اختصار: در صورت امکان کمتر از ۳ تا ۵ صفحه.

شفافیت و روشنی: زمینه‌های پژوهشی واجد اولویت باید با واژگان و عبارات قابل فهم توسط تمامی شرکت‌کنندگان (گروه‌های ذینفع) شرح داده شده باشند. این امر به معنی آن است که زبان مورد استفاده باید غیرفنی باشد، یعنی قابل مطالعه توسط رئیس جمهور کشور یا یک معلم دبیرستانی که قصد طرح آن در کلاس را دارد، باشد.

دقت و صحت: یعنی مباحثات طرح شده در جهت حصول به توافقی که متن، تلاش در شرح آن دارد، منعکس کند.

جذابیت: این نکته همواره مفید خواهد بود که متن سنتز به گونه‌ای جذاب نگاشته و آماده شود به نحوی که گروه‌های ذینفع به آن افتخار کنند و خوانندگان آن را در یاد نگاه دارند. همچنین ظاهر متن را نیز باید مورد توجه قرار داد تا محصول کار در نگاه نخست نیز جذاب و تأثیرگذار باشد.

تعریف و توصیف مسأله

هدف: تهیه یک طرح پژوهشی اختصاصی برای هر مسأله متعاقب شناسایی مسائل که با توافق گروه‌های ذینفع حاصل شده و یا در یک متن سنتز توصیف شده است.

چه کسانی شرکت داده می‌شوند؟ در رابطه با هر مسأله یک گروه طراح پژوهش تعیین می‌شود. این گروه، چند تخصصی‌اند (تا یکی از اصول پایه‌ای رعایت شود)، و وظیفه هر گروه، تهیه و آماده‌سازی یک طرح اختصاصی، با پروژه‌هایی به روشنی شرح داده شده می‌باشد.

روش‌ها: در مورد هر مسأله، برنامه پژوهشی باید واجد چارچوبی محدود و مشخص از نظر زمان و منابع؛ آینده‌نگر؛ و به حد کافی اختصاصی باشد تا قادر به هدایت و راهنمایی پژوهشگران و

تأمین‌کنندگان بودجه باشد.

تابلوی ۵-۵

تعریف و توصیف مسأله پژوهشی

- مثالی از اوگاندا -

در سال ۱۹۹۵، شورای ملی علم‌وفن آوری اوگاندا از پژوهشگران اوگاندایی درخواست کرد تا به آماده‌سازی مقالات مفهومی برای پروژه‌های پژوهشی و با موضوعات ذکر شده در فهرست اولویت‌های (که خود قبلاً در یک کارگاه ملی تهیه شده بودند) پردازند. در این مقالات از پژوهشگران خواسته شد به توصیف مسأله و روش‌های پیشنهادی برای رویارویی با آن پردازند. ۳۸ مقاله در چهار زمینه پژوهشی از پیش تعیین شده ارسال شد: سلامت و تغذیه؛ مادر و کودک؛ بیماری‌های مسری شامل / ایدز؛ آب و فاضلاب و سیاست‌گذاری بهداشتی.

کارگاهی جهت بحث و بررسی ارزش و اهمیت این پروپوزال‌ها با شرکت پژوهشگران اوگاندایی و برخی از میهمانان مدعو از جمله هماهنگ‌کننده، مدیر اجرایی شبکه بین‌المللی اپیدمیولوژی بالینی و مدیر برنامه سیاست‌گذاری‌های بین‌المللی بهداشتی برگزار شد. نمایندگان سه سازمان بین‌المللی فوق توافق کردند تا:

به محققان اوگاندایی کمک کنند تا به تهیه بیشتر پروپوزال‌های خود پردازند.

سازمان‌های کمک‌رسان و تأمین‌کننده بودجه برای پروپوزال‌های حاصل را بیابند؛ و

جهت یافتن منابع جایگزین جهت یاری رسانی به پروپوزال‌هایی که خارج از چارچوب برنامه‌های بین‌المللی هستند، کمک کنند.



در ادامه و در پی بحث و گفتگو با مؤسسات کمک‌رسان مختلف، سه شاخه برای پشتیبانی بیشتر شناسایی شد. گروهی متشکل از ۵ مقاله در زمینه تأمین هزینه‌های بهداشتی جهت حمایت و پشتیبانی توسط پذیرفته شد و از آنجا که ۵ پژوهشگر نویسنده مقالات فوق ایده‌های مشابهی در زمینه تأمین هزینه‌های بهداشتی داشتند یک پروپوزال بزرگتر واحد از تلفیق این ۵ پروپوزال تهیه شد. این مطالعه اکنون در دست اجرا است.

گروه دیگری متشکل از ۷ پژوهشگر پاسخی مناسب از بنیاد سلامت تولید مثل دریافت نموده‌اند. این پروپوزال‌ها در حال حاضر به منظور تأمین بودجه بعدی، با کمک واحد اپیدمیولوژی بالینی در دست تهیه هستند. گروه سوم متشکل از ۴ پژوهشگر که مقالاتی در مورد مالاریا تهیه کرده بودند، مورد تشویق برنامه ویژه در مورد پژوهش و آموزش در زمینه بیماری‌های حاره‌ای قرار گرفتند تا پروپوزال‌های دقیق‌تری آماده کنند. هنوز برای پروپوزال‌های باقیمانده منبع مالی پیدا نشده است، اما پژوهشگران تشویق شده‌اند تا به کار بر روی پروپوزال‌های خود ادامه دهند.

مراجع

- 1- Adapted from Brassard M and Ritter D: The Memory Jogger. GOAL/ QPC, 1994.
- 2- Health Systems Research Series: Volume 2: Designing and conducting health systems research projects. Ottawa: International Development Research Centre, and Geneva: World Heal

بخش ۶**تلاقی گاه ملی - جهانی در تعیین اولویت‌های پژوهشی**

مسافرت‌های پی‌درپی و فن‌آوری‌های ارتباطی نوین روند جهانی شدن جوامع را سرعت بخشیده است. بخش بهداشت نیز در این شبکه ارتباطی بین‌المللی استثنا نمی‌باشد و آنچه به عنوان «وابستگی متقابل بهداشتی» موسوم است مرزهای مابین بهداشت ملی و جهانی را از میان برده است. محصولات حاصل از پژوهش‌های حوزه سلامت و فن‌آوری زیستی، در کشورهای مختلف گسترش یافته‌اند و چارچوب فعالیت پژوهشگران و کارکنان بین‌المللی بخش بهداشت در حال رشد و گسترش است و در همین حین «چالش جهانی پژوهش حوزه سلامت» به عرصه ظهور رسیده است.

در این فضای روبه رشد جهانی شدن، بسیاری از کشورهای در حال توسعه، به توصیه‌های کمیسیون به منظور پرداختن به تلفیقی از پژوهش‌های حوزه سلامت خاص کشور خود و پژوهش‌های بین‌المللی حوزه سلامت در زمینه‌های مرتبط با اولویت‌های خود، توجه نشان داده و می‌دهند. احتمال می‌رود برنامه‌ها مکمل یکدیگر باشند و یا ناعدالتی‌هایی در اولویت‌ها یا فرآیندها وجود داشته باشد. این بخش به

بررسی مقوله توازن مابین پژوهش‌های مختص کشورها و پژوهش‌های جهانی حوزه سلامت می‌پردازد.

عدالت در پژوهش جهانی حوزه سلامت

با چند استثنا، تاکنون جریان اطلاعات مرتبط با سلامت عمدتاً از سمت کشورهای توسعه یافته به سوی کشورهای در حال توسعه بوده است. این گرادیان شمال - جنوب می‌تواند در صورتیکه فن‌آوری‌ها، روش‌ها و اطلاعات «بین‌المللی» به گونه‌ای مناسب اولویت‌های خاص یک کشور را مد نظر قرار داده باشند، مفید و مثمر واقع شود. تأثیر بومی یک ابزار جدید، متناسب و مربوط - همانند تأثیر واکسن هیپاتیت B در برنامه EPI که هم‌کنون در بیش از ۸۰ کشور جهان به کار گرفته می‌شود - می‌تواند شگرف باشد. اما از سوی دیگر، واقعیت‌های اجتماعی - اقتصادی و سیاسی بدان معنی‌اند که کشورهای فقیر قادر نبوده‌اند به گونه‌ای یکسان و برابر از این پیشرفت‌های علمی سود جویند. در پاره‌ای از موارد، مردم محروم ساکنین همان کشورهایی بوده‌اند که در تلاش‌های بین‌المللی پژوهش و توسعه (R&D) شرکت جسته‌اند. قیمت‌های بالا، انحصارگرایی و سرازیر ساختن فن‌آوری‌های بهداشتی نامناسب به کشورهای در حال توسعه بر این نابرابری افزوده است.

علاوه بر این، وجود تفاوت‌هایی در توزیع بیماری‌ها موجب سوگیری بودجه‌های پژوهشی و سایر منابع به سمت مسایل بهداشتی شایع در کشورهای توسعه یافته و بیماری‌هایی که داروهایشان از بازار خوبی برخوردار خواهد بود، شده است. برنامه‌های معدودی تلاش نموده‌اند تا این شکاف را اصلاح نمایند که از این میان می‌توان به برنامه WHO/UNDP/WB در مورد پژوهش و آموزش در زمینه بیماری‌های حاره‌ای و برنامه‌های قدیمی بنیاد راکفلر با عنوان «بیماری‌های بزرگ نادیده گرفته شده» اشاره داشت. با این وجود، بودجه‌های پژوهشی برای برنامه‌هایی از این دست رو به نقصان بوده است.

در سطح کشوری نیز تردیدی واقعی در زمینه متوازن نمودن منافع ملی با برنامه سازمان‌های کمک‌رسان بین‌المللی و یا صنعت داروسازی وجود داشته است. حجم سرمایه‌گذاری‌های کشورهای در حال توسعه در پژوهش‌های ملی حوزه سلامت بسیار کمتر از آن بوده که بتواند با بودجه‌های تأمین شده از سوی سازمان‌های دوجانبه و چندجانبه و دیگر سازمان‌های بین‌المللی برابری کند. عامل کلیدی دیگر ظرفیت پژوهشی ناکافی در بسیاری از کشورهای در حال توسعه بوده است که مشارکت یا رهبری راستین این کشورها را در سطح جهانی بیش از پیش محدود نموده است.

تلاش‌های متعددی به منظور شناسایی اولویت‌های جهانی پژوهش حوزه سلامت صورت گرفته است. در تازه‌ترین تلاش صورت گرفته از

سوی کمیته ویژه پژوهش حوزه سلامت، رویکردی جدید به عنوان «بهترین خریدها» برای پژوهش و توسعه معرفی گردید. در این رویکرد بار بیماری و هزینه‌ها و تأثیر نهایی مداخلات بالقوه به عنوان روشی مفید و نظام‌یافته برای تصمیم‌گیری آگاهانه در مورد تخصیص منابع پژوهشی، کمی می‌شود. [۲]

از کارشناسان کشورهای در حال توسعه نیز جهت شرکت در این برنامه‌ها دعوت به عمل آمده است، اما داده‌ها و مشورت ناکافی با مسئولین این کشورها، میزان گردهم‌آوری اولویت‌های ملی را در سطح جهانی با محدودیت مواجه ساخته است. ملاحظات سیاسی و اجتماعی تا حد زیادی نادیده مانده‌اند در حالیکه کفه عرضه (برای مثال محصولات و ابزار جدید) از بیشترین میزان توجه برخوردار بوده‌اند. جالب آنکه پژوهش در سیاست‌گذاری‌های بهداشتی به تازگی در برنامه‌های جهانی از حمایتی بی‌سابقه برخوردار شده است. اما بسیار بیشتر از پژوهش‌های زیست پزشکی، موفقیت تلاش‌های بین‌المللی در این زمینه، به کفایت راه‌حل‌های پژوهشی ملی و تحت ملی بستگی خواهد داشت.

گذشته از این، تمرکز نامتناسب اولویت‌های جهانی ممکن است تأثیراتی ناخواسته همانند بازآرایی و تخصیص مجدد منابع پژوهشی در جهت خواسته کارشناسان بین‌المللی بهداشت (که اکثراً از کشورهای توسعه‌یافته هستند)، بی‌توجهی به پیامدهای موجود یا بالقوه مسایل

فعلی، وابستگی کشورهای در حال توسعه به برون‌ده‌های پژوهش‌های بین‌المللی، یا دخالت روند فرار مغزها شود.

در اینجا توجه خوانندگان به گزیده‌ای از بیانیه کمیسیون پژوهش حوزه سلامت برای توسعه در سال ۱۹۹۰ جلب می‌شود که بر هدف اولیه فرآیند تعیین اولویت‌های جهانی تأکید می‌ورزد:

اولویت‌های بهداشتی بین‌المللی باید منعکس‌کننده اولویت‌های ملی باشند... تا کشورهایی با بزرگترین نیازهای بهداشتی و کمترین منابع را یاری کنند. از این روهر فرآیندی که به منظور تعیین اولویت‌ها طراحی می‌شود، نباید از این پرسش‌های بنیادی چشم‌پوشی کند: به صدای چه کسانی گوش فرا داده می‌شود؛ نظرات چه کسانی غالب می‌شود و منافع بهداشتی چه کسانی پیش‌برده می‌شود؟ [۳]

عدالت در توسعه و پژوهش حوزه سلامت چالشی جهانی و هدف اصلی ما می‌باشد.

بهبود و پیشبرد تلاقی گاه ملی - جهانی

فراگیر بودن و مشارکت تمامی گروه‌های ذینفع در سطح جهانی نیز به همان اندازه سطح ملی از اهمیت برخوردار است. این امر شامل تعاملات و مشورت‌های گسترده با کشورهای در حال توسعه، گروه‌های محروم و مستضعف، سازمان‌های غیردولتی، مجامع علمی - بهداشتی

بین‌المللی، سازمان‌های بین‌المللی، بانک‌ها و آژانس‌های دو جانبه و چند جانبه و صنعت داروسازی می‌باشد.

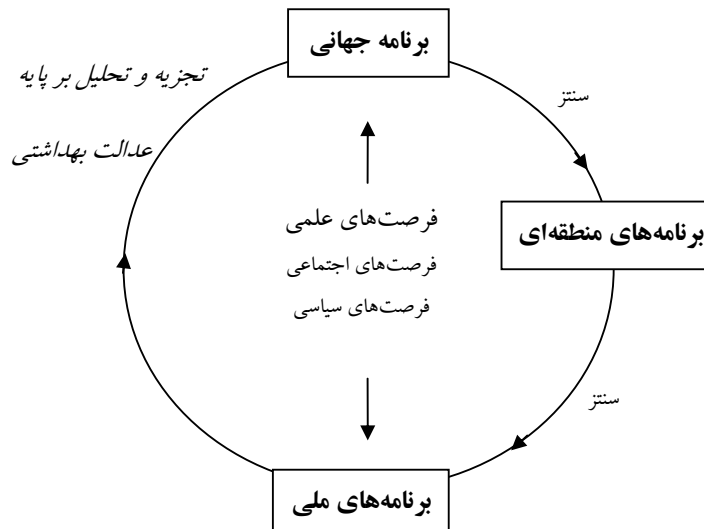
از رهگذر این تعاملات ممکن است سازوکارهای نوینی برای مد نظر قرار دادن مقوله‌های مرتبط با تلافی‌گام ملی - جهانی پایه‌گذاری شود، مانند: پایش و تخصیص مجدد بودجه‌های پژوهش و توسعه حوزه سلامت در سطوح ملی و جهانی؛ مدیریت سرمایه‌های فکری؛ فرار مغزها؛ و یارانه‌های بلند مدت یا قراردادهای مورد توافق در مورد قیمت‌گذاری منطقی محصولات زیست‌پزشکی.

سهمی مهم که می‌تواند از آن کشورهای در حال توسعه باشد، گردهم‌آوری و گنجاندن اولویت‌های ملی در سطح جهانی می‌باشد. در کوتاه مدت، مشارکت تیم‌های ضربتی جهانی که در زمینه مسایل خاص به فعالیت می‌پردازند می‌تواند تلافی‌گام ملی - جهانی را بهبود بخشد. شرکت نمایندگان کشورهای در حال توسعه در چنین گروه‌هایی باید با توجه و هماهنگی با اولویت‌های ملی این کشورها صورت پذیرد. همچنین فرصت‌های آموزشی و پژوهشی کوتاه و بلند مدت برای فعالیت‌های تحلیلی، باید به کشورهایی که بیشترین نیاز را، برای مثال در سنجش شاخص‌های کمی و مدل‌سازی بیماری‌ها و یا پژوهش در سیاست‌گذاری‌های بهداشتی دارند، اعطا شود.

در بلند مدت، بزرگترین چالش، افزایش مداوم ظرفیت درونی کشورها به منظور تجزیه و تحلیل نیازها و مشکلات بهداشتی خویش،

تعیین اولویت‌ها، طراحی، اجرا و ارزشیابی پژوهش و برنامه‌های بهداشتی خواهد بود. در ادامه، تجزیه و تحلیل در سطح جهانی به طور مداوم با کمک اطلاعات فراهم گردیده از این کشورها به پیش برده خواهد شد. همانطور که در تصویر ۱-۶ مشاهده می‌شود، چرخه Synthesis- Analysis یک حلقه تکرار شونده است که باید به طور مداوم و پیوسته، به تقویت ظرفیت‌های روش‌شناختی و تحلیلی کشورهای در حال توسعه، به منظور بحث و بررسی مقوله‌های مشابه خود در مقیاسی برابر با دیگر کشورهای جهان و حول میزگرد جهانی پردازد.

شکل ۶- تلاقی گاه جهانی - ملی در فرایند تعیین اولویت‌ها



سازمان‌های بین‌المللی و نهادهای کمک‌رسان، سهمی مهم در این هدف بلند مدت تقویت ظرفیت‌ها ایفا خواهد نمود. هماهنگ‌سازی گروه‌های بین‌المللی در سطوح جهانی، منطقه‌ای و ملی - بویژه در صورتی که این‌گروه‌ها به تشویق انجام فرآیند تعیین اولویت‌ها در سطح بومی پردازند و اولویت‌های پژوهشی تعیین شده‌را به رسمیت شناسند - تا حد بسیار زیادی بر کارآیی منابع پژوهش بین‌المللی در سطح کشوری، خواهد افزود. از سوی دیگر، کشورها نیز تنها در صورتی از چنین اعتباری برخوردار خواهند شد که در چارچوبی علمی، نظام‌یافته، فراگیر و مشارکت برانگیز، به شناسایی و تعیین اولویت‌های خویش پرداخته باشند.

مراجع

۱- مسأله‌ای که در اینجا می‌تواند مورد اشاره قرار گیرد، در دسترس نبودن برنامه واکسیناسیون هپاتیت B در بسیاری از کشورهایی است که تولید ناخالص ملی سرانه کمتر از ۵۰۰ دلار دارند و جالب آنکه برخی از این کشورها، در کارآزمایی‌های میدانی این واکسن شرکت داشته‌اند. برای یافتن دورنمایی از این بی‌عدالتی‌ها می‌توانید به منبع زیر مراجعه کنید:

Hep B: more haves, but too many have-nots, In: Vaccine & Immunization News, October 1996, No. 2.

۲- این کمیته ۴ زمینه کلیدی را برای پاسخ پژوهش و توسعه مشخص کرده است:

۱- یک برنامه ناتمام سلامت مادر و کودک

۲- تهدیدهای میکروبی دائماً در حال تغییر

۳- صدمات و بیماری‌های غیرواگیر

۴- و پژوهش در سیاستگذاری‌های بهداشتی.

برنامه‌های پژوهش در این زمینه‌ها از ن پس گسترش یافته‌اند.

- 3- Commission on Health Research for Development. HEALTH RESEARCH: Essential Link to Equity in Development. New York: Oxford University Press; 1990:43-44.