

بِه نام خدا

• هیچ اجماعی بر تعریف اولویت سنجی پژوهش وجود ندارد
اما به گروهی از فعالیت‌ها مشتمل بر شناسایی، اولویت
بندی و دستیابی به اجماع در مورد سوالات و حیطه‌های
پژوهشی مهم از نظر ذی‌نفعان اطلاق می
گردد. (Viergever 2010, Bryant 2014)

• تلاش‌های فزاینده در سال‌ها و حتی دهه‌های ذیل برای
تعیین راه‌های بهتر مشارکت ذی‌نفعان مرتبط خصوصا
بیماران بوده است

ضرورت تعیین اولویت ها

- هدایت و تخصیص منابع (غالباً محدود) به سمت مهمترین اولویت های مرتبط با سلامت مردم (شکاف ۱۰/۹۰)
- تلاش برای برقراری عدالت
- تقویت دانش ، فناوری و نوآوری در عرصه سلامت
- توجه به گروه های آسیب پذیر
- تقویت ارتباط بین پژوهش، عمل و سیاستگذاری
- استفاده از نتایج پژوهش برای برنامه ریزی های مناسب تر بهداشتی درمانی
- تقویت توان گفتگو با برخی شرکا برای سرمایه گذاری هدفمند و اقدامات درازمدت

• گزارش گروه پژوهش سلامت برای توسعه (COHRED) در سال ۱۹۹۰ توجه جهانی را به توزیع مناسب بودجه‌ها بر پایه بار بیماری‌ها جلب نمود. بر اساس تخمین‌های انجام‌شده در سال ۱۹۹۲ هزینه‌های جهانی برای پژوهش پزشکی در بخش عمومی و خصوصی حدود ۵۶ میلیارد دلار امریکاست که کمتر از ۱۰ درصد آن برای ۹۰ درصد از بیماری‌ها و مشکلات سلامتی مصرف می‌شود

- دلایل عدم تعادل درزمینه هزینه‌های پژوهشی عبارت‌اند از:
 - عدم تطابق مشکلات کشورهای برخوردار به‌عنوان تأمین‌کنندگان بخش بزرگی از منابع پژوهشی با مشکلات کشورهای توسعه‌نیافته
 - عدم آگاهی تصمیم‌گیرندگان در خصوص منابع مالی پژوهش، با نوع و شدت مشکلات سلامتی خارج از مرزهای جغرافیایی خود
 - انحراف فرایند اولویت‌سنجی به‌وسیله عواملی چون علایق ذی‌نفعان تأثیرگذار، رقابت میان مؤسسات، علایق سرمایه‌گذاران، بلندپروازی‌ها و سنت‌های حرفه‌ای
 - عدم درک وظیفه‌مندی بخش عمومی در حمایت از بخش خصوصی به‌ویژه در کشف و توسعه داروها برای بیماری‌هایی که مورد غفلت قرار می‌گیرند
 - ماهیت تصمیم‌گیری در بخش خصوصی که بر اساس منافع بیشتر، بقا و موفقیت شرکت متبوعه و رضایت سهام‌داران است

• صاحب‌نظران مجرب و نویسندگان اولویت‌سنجی و بسیاری از سازمان‌های مرتبط از جمله انجمن پژوهش سلامت برای توسعه (Council on Health Research for Development) تاکید می‌نمایند که هر کشور می‌بایست منطبق با شرایط خود نسبت به تدوین روش اولویت‌سنجی عناوین پژوهشی خود اقدام نموده و دستور کار پژوهش خود را صرفاً با اتکای به آن تعریف نماید

ویژگی های اولویت سنجی

- هیچ راه ساده ای برای تعیین اولویت ها وجود ندارد
- اولویت سنجی فرایندی زمان بر است
- اولویت سنجی فرایندی تکراری است
- تنها مسئله ای که بر آن اجماع وجود دارد این است که هیچ استاندارد طلایی برای انجام اولویت سنجی وجود ندارد
- اولویت سنجی تنها یک فرایند علمی نیست. بلکه بیشتر یک اقدام سیاسی و اخلاقی است
- اولویت سنجی یک کارگروهی است بنابراین نیازمند هدایت و رهبری است

ویژگی های اقدام اولویت سنجی

- می تواند بسیار پیچیده، سیاسی و ارزش محور باشد
- از آنجا که لازم است دیدگاه های مختلف ذینفعان و ارزش های مورد نظر ایشان را در نظر بگیرد، چالش بر انگیز باشد.
- گرچه هیچ اجماعی بر شرایط یک اولویت سنجی موفقیت آمیز وجود ندارد، با این وجود تقریبا تمامی محققین این حیطة بر لزوم رعایت عدالت و انصاف، کسب مشروعیت و بهره برداری از شواهد معتبر، مشارکت طیف وسیعی از ذینفعان و شفافیت روش تاکید دارند

اولویت سنجی در قوانین فرادست کشور

- جزء ۱ بند (م) ماده ۲۲۴ قانون برنامه پنجم توسعه
- جزء الف بند ۱۰۸ قانون بودجه سال ۱۳۹۰ کل کشور
- نقشه تحول نظام سلامت
 - اولین اقدام خروجی‌های کارگروه علم و فناوری
 - اولین اقدام هدف ۶ از مجموعه اهداف زیرگروه علم و فناوری
 - الزامات پژوهشی خروجی کارگروه سلامت زنان
 - راهبردهای خروجی کارگروه سلامت زنان
- نقشه جامع علمی سلامت کشور
 - بند ۱۲ الزامات "تخصیص ۷۰ درصد منابع مالی پژوهشی کشور به حوزه‌های اولویت‌دار"
 - بند ۲۰ الزامات "اختصاص یک‌سوم بودجه پژوهشی به بخش غیردولتی در حوزه‌های اولویت‌دار تا سال ۱۴۰۴"
- در زیرمجموعه نهادها و از بخش افزایش ظرفیت تولید پژوهش "مراکز تحقیقاتی ملی در حوزه‌های اولویت‌دار" و "شبکه‌های تحقیقاتی مشترک با کشورهای منطقه در حوزه‌های اولویت‌دار»
- تاریخچه و اهداف شبکه‌های تحقیقاتی

سوابق استفاده از برخی الگوهای اولویت سنجی پژوهش

- ۱۹۹۰: کمیسیون پژوهش سلامت برای توسعه (معرفی استراتژی ENHR)
- ۱۹۹۶: گزارش کمیته ویژه برای پژوهش سلامت: سرمایه گذاری در توسعه و پژوهش سلامت - مدل فرایند ۵ مرحله ای
- ۲۰۰۰: کنفرانس بین المللی با همکاری مشترک WHO، WB، GFHR، COHRED (حمایت از ایجاد نظام ملی پژوهش سلامت)
- ۲۰۰۰: نشست جهانی برای پژوهش سلامت - گزارش ۱۰/۹۰ برای پژوهش سلامت - CAM
- ۲۰۰۰: TDR (The Special Program for Research and Training in Tropical Diseases)
- ۲۰۰۵: CHNRI

سوابق اقدامات اولویت سنجی پژوهشی در کشور

- تاریخچه اولویت سنجی عناوین پژوهشی علوم پزشکی در کشور
- اولویت سنجی کشوری توسط گروه پزشکی شورای پژوهش‌های علمی کشور در سال‌های ۱۳۷۱ الی ۱۳۷۳
 - ۵ محور و ۲۹ زیرمحور و ۲۰۰ اولویت
- اولویت سنجی با هدایت معاونت پژوهشی وزارت بهداشت در اواخر سال ۱۳۷۴
 - بارش افکار و بحث گروهی
- کمیسیون پزشکی معاونت تحقیقات و فناوری در سال ۱۳۷۶
 - اولویت‌های دهگانه تحقیقات گروه پزشکی
- معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت از سال ۱۳۸۰
 - راهبرد سنجش نیازها
 - مدل ENHR در ۷ استان

برخی رویکردها و مدل های اولویت سنجی

Ad Hoc Committee on health research

• ۱۹۹۶

• فرایند ۵ مرحله ای:

• بزرگی (بار بیماری)

• تعیین کننده (عوامل خطر)

• دانش

• هزینه اثربخشی

• منابع

مراحل مدل کمیته ویژه

- بزرگی (magnitude)
- اندازه گیری بار بیماری به عنوان سال های از دست رفته به دلیل مرگ و میر زودرس، ناتوانی یا نقص عضو،
- تعیین کننده ها (Determinants)
 - نقص در دانش مربوطه
 - عدم وجود ابزار سنجش
 - ناتوانی در استفاده از ابزارهای موجود
 - عوامل خارج از حیطه سلامت

مراحل مدل کمیته ویژه

- دانش (Knowledge)

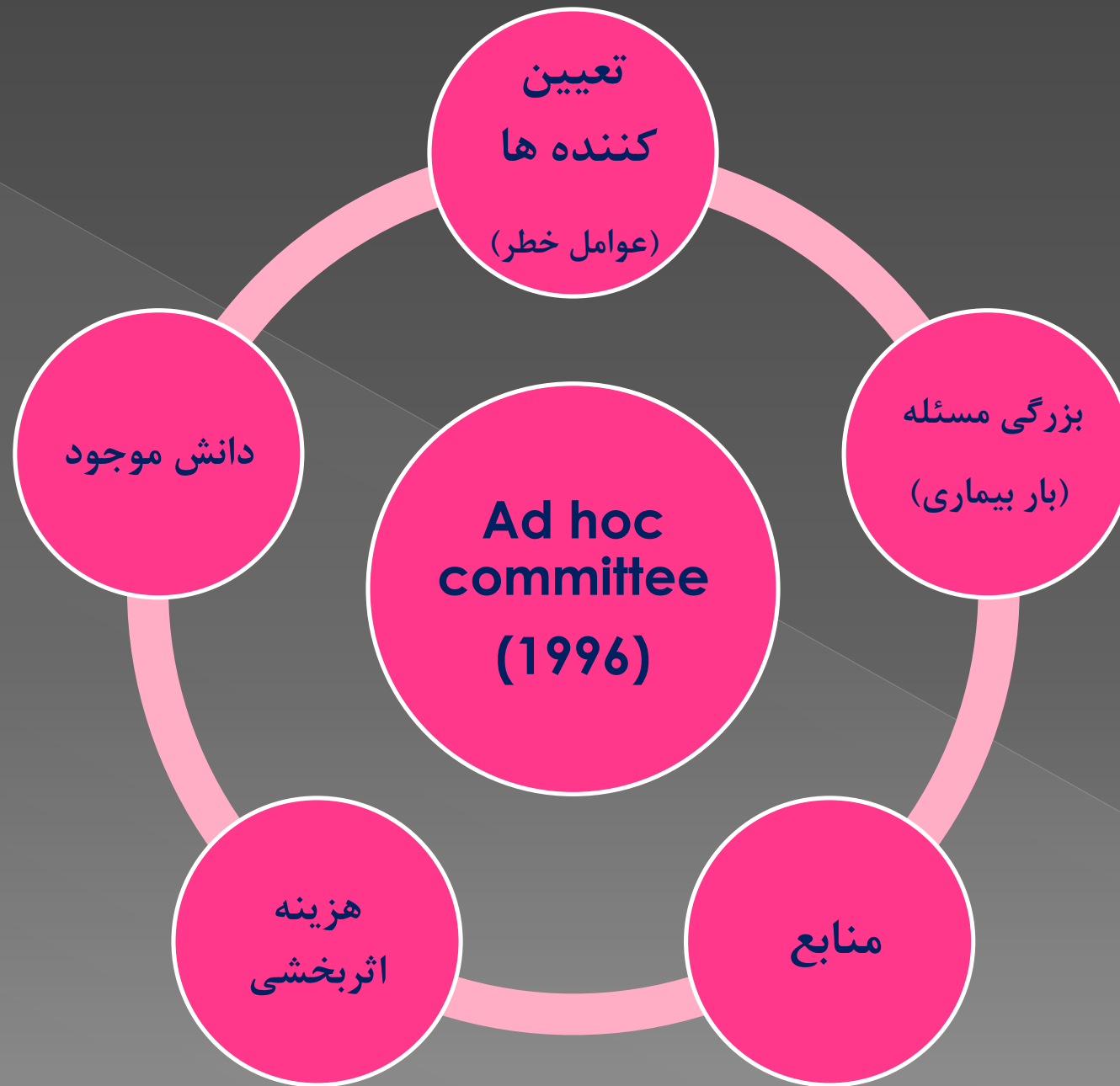
- بررسی دانش موجود برای حل مشکل سلامت و یا ارزیابی راه حل های بکارگرفته شده

- هزینه اثربخشی (Cost-effectiveness)

- ارزیابی تلاش های تحقیق و توسعه R&D (مداخلات آتی)
- ارزیابی اینکه آیا توسعه آتی پژوهش می تواند هزینه ها را کاهش داده و به جمعیت بیشتری نیز تسری یابد

- منابع

- محاسبه سطح فعلی سرمایه گذاری در پژوهش برای بیماری یا تعیین کننده خاص



ENHR

(Essential national health research)

- انجمن پژوهش سلامت برای توسعه در سال ۱۹۹۰ استفاده از مدل ENHR در کشورهای در حال توسعه تشکیل گردید.
- محورهای مورد تاکید در این مدل عبارتند از:
 - کشورها بازیگران اصلی در پژوهش سلامت برای توسعه هستند.
 - تمامی ذینفعان باید در فرایند اولویت سنجی درگیر شوند.
 - لازم است میان نتایج پژوهش و سیاستگزاری و اقدام ارتباط برقرار گردد.

مراحل ENHR

• آمادگی:

• رهبری فرایند

• تعیین ذینفعان و چگونگی مشارکت ایشان

• جمع آوری و تحلیل اطلاعات اولویت سنجی (تحلیل وضعیت)

• وضعیت سلامت (مهمترین مشکلات، بیماریهای شایع، تعیین کننده ها یا عوامل خطر)

• نظام مراقبت سلامت (وضعیت فعلی، کمبودها و مشکلات)

• نظام پژوهش سلامت (وجود منابع انسانی، مالی و سازمانی برای پژوهش)

منافع مشارکت ذی نفعان

- اطمینان از اینکه تامین مالی پژوهش ها و تصمیمات به شناسایی شکاف های موجود منجر شده و به بهبود تصمیم گیری کمک می نماید
- باعث مسئولیت و پاسخگویی مشترک در اجرایی شدن پژوهش ها می شود
- مشروعیت پژوهش ها را افزایش می دهد
- باعث دستیابی به پیامدهای بهتر می شود

مراحل ENHR

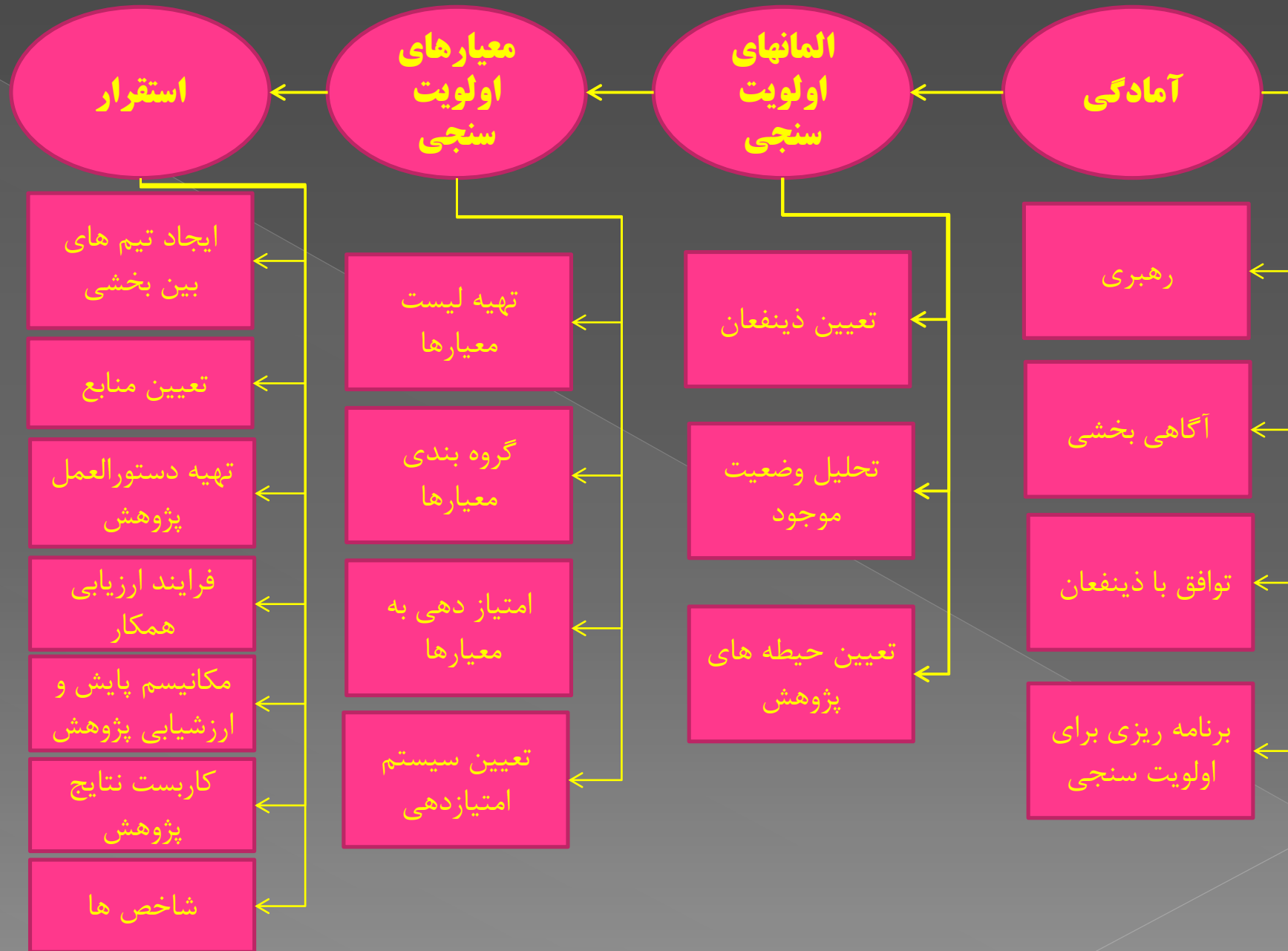
- تعیین اولویت:
- تبدیل اطلاعات به فهرستی از مشکلات سلامتی و حیطه های پژوهشی مربوطه
- تعیین معیارها برای اولویت ها و چگونگی وزن دهی آنها توسط ذینفعان
- تهیه لیستی از عناوین پژوهشی اولویت دار

مراحل ENHR

• استقرار اولویت ها:

- ✓ از حیطة های اولویت دار پژوهشی تا پورتفولیوی پژوهش
- ✓ از گزارش نشست تا تصمیم و سیاستگذاری: ادغام اولویت ها در یک برنامه، دستور کار، یا سیاست دولتی مناسب
- ✓ ارزیابی دوره ای و به روز نمودن اولویت ها
- ✓ سرمایه گذاری در اولویت های پژوهشی

ENHR(1993)



نقاط قوت و ضعف ENHR

• نقاط قوت

- ارائه فهرست تفصیلی گزینه ها یا احتمالات اولویت دار
- مشارکت طیف وسیعی از ذینفعان
- تعامل عمده کارشناسان و متخصصین
- مناسب برای استراتژی های ملی و نظام سلامت به ویژه هنگامی که پوشش همگانی سلامت ضروری است

• نقاط ضعف:

- بحث و تصمیم گیری ها در مورد تامین مالی محدود به نظرات و دانش شرکت کنندگان
- مداخلات تعیین شده و سوالات پژوهش به شیوه ای واقعا سیستماتیک گردآوری نشده است
- صدای اقلیت ها ممکن است نشنیده گرفته شود

ماتریس رویکرد ترکیبی

Combined Approach Matrix (CAM)

• خلاصه

- تمرکز بر جمع آوری ساختاریافته اطلاعات.
- ارائه ساختاری برای جمع آوری اطلاعات بر اساس برخی معیارها.
- توجه به اثرگذاری برخی ذینفعان و بازیگران اولویت سنجی.
- استفاده از فرایند مبتنی بر اجماع

ابعاد CAM

• سلامت عمومی (Public health)

• بعد سازمانی (Institutional)

• بعد عدالت (Equity)

Public health

- بزرگی مشکل سلامت (Magnitude of public health)

- تعیین کننده ها (Determinant)

- سطح دانش مرتبط با مداخلات (Level of knowledge in relation to interventions)

- هزینه اثر بخشی (cost-effectiveness)

- جریان های مالی (financial flows)

Institutional D.

- فرد (Individual)، خانوار (Household)، جامعه (Community)
- بخش سلامت (The health sector)
- سایر بخش ها (Other sectors)
- دولت (Governance)

ماتریس رویکرد ترکیبی

• ماتریس دو بعدی

سیاستهای اقتصاد کلان	بخش های غیر سلامت	وزارت بهداشت و سایر سازمان ها	فرد، خانوار و جامعه	بعد سازمان
				بعد سلامت
				بار بیماری
				تعیین کننده ها
				سطح فعلی دانش
				هزینه و اثربخشی
				جریان منابع

عدالت

• هدف این بعد شفاف سازی ارتباط میان فقر، ناتوانی و بی عدالتی اجتماعی است و گروه هایی چون:

• جنس

• فقر

• ناتوانی

• مذهب

• وضعیت تحصیلی

• نژاد

را شامل می گردد

ماتریس رویکرد ترکیبی

• ماتریس سه بعدی

ماتریکس سه بعدی

عدالت	ماتریکس سه بعدی			
	فردی، خانوار و جامعه	بخش سلامت	بخش های خارج از سلامت	حاکمیت
سایر				
فقر				
جنسیت				
سلامت عمومی	بار مشکل سلامتی			
	تعیین کننده ها			
	سطح موجود دانش			
	هزینه اثر بخشی			
	جریان منابع			

ماتریس رویکرد ترکیبی

- هر کدام یک از ابعاد بر اساس سوالاتی که مطرح می شود تکمیل می گردند
- به طور مثال بعد جنسیتی

۱. آیا تفاوتی در آسیب پذیری بیولوژیک وجود دارد که تعیین کننده تفاوت در شیوع و بروز یک مشکل میان مردان و زنان باشد؟
۲. آیا هیچ موضوع مرتبط به جنسی که تشریح کننده تفاوت های موجود در وسعت و شدت شرایط سلامتی بیماری های مختلف باشد، وجود دارد؟
۳. آیا تفاوت های جنسیتی در استفاده از خدمات سلامت و یا ارائه خدمات وجود دارد؟ دلایل این تفاوت ها کدام اند؟
۴. چگونه سیاست های اقتصادی کلان به صورتی متفاوت بر زنان و مردان تاثیر می گذارد؟
۵. آیا هیچ نابرابری جنسیتی ای در توزیع منابع وجود دارد؟
۶. عوامل جنسیتی در سطح نظام سلامت که بر مردان و زنان به صورتی متفاوت تاثیر می گذارند، کدامند؟

ماتریس رویکرد ترکیبی

• نقاط قوت:

- فهرست نمودن تمامی اطلاعات مرتبط به طوری که تصمیمات اعضای کمیته بیشتر مبتنی بر این اطلاعات خواهد بود تا دانش و قضاوت شخصی شان
- اجماع بر اولویت های نهایی، تلفیقی از تصمیم گیری مبتنی بر ارزش و متریک است که می تواند به افزایش احساس مالکیت بر اولویت ها منجر گردد

• نقاط ضعف:

- به خودی خود الگوریتمی برای تصمیم گیری بر اولویت ها ارائه نمی دهد
- مداخلات و عناوین پژوهشی مشخص شده لزوماً از شیوه های سیستماتیک تبعیت نمی نماید
- اجماع حاصله از پانل های کارشناسی به دست آمده است که می تواند تحت تاثیر سوگیری ناشی از علائق اعضا باشد
- به سختی به اولویت های قابل درک منجر می گردد
- ممکن است اولویت هایی از جنس حقایق علمی را به دست دهد.

Child Health and Nutrition Research Initiative (CHNRI)

• خلاصه

- مبتنی بر دستیابی به خرد جمعی از طریق امتیازدهی مستقل توسط متخصصین و کارشناسان است
- توسط یک تیم مدیریت مشتمل بر متخصصین متدولوژی و متخصصین فنی که در مورد دامنه و شرایط زمینه ای اولویت سنجی و معیارهایی از پیش تعیین شده تصمیم گیری می نمایند، هدایت می گردد.
- هم برای سطح ملی و هم برای بین المللی کاربرد دارد
- هر سوال به طور مستقل با توجه به معیارهای از قبل تعیین شده وزن دهی می گردند

Child Health and Nutrition Research Initiative (CHNRI)

• مزیت:

• در این روش تولید دانش به عنوان تنها هدف غائی پژوهش در نظر گرفته نشده است. بلکه نکاتی چون احتمال اینکه نتیجه پژوهش منجر به یک مداخله جدید موثر و قابل ارائه باشد نیز توجه داشته است

• هم برای اولویت سنجی ملی و هم جهانی کاربرد دارد

Child Health and Nutrition Research Initiative (CHNRI)

• نقاط قوت:

- فهرست بندی ساختار یافته سوالات پژوهش
- رتبه بندی مستقل مانع از غلبه آرای افراد ذی نفوذ بر نظرات دیگران می گردد.
- فرایند ساختار یافته و قابل تکرار است و انعطاف لازم برای تغییر را دارد.
- تمام اقداماتی که منجر به فهرست نهایی اولویت‌ها شده است، ثبت می‌شود، قابل تکرار است، قابل بررسی است، قابل به چالش کشیدن است و در هر زمان قابل بازنگری بر اساس بازخورد است.
- چارچوبی جامع برای دامنه، شرایط، حیطه پژوهش، معیارها و روش های امتیاز دهی ارائه می دهد.
- برای لحاظ شرایط سیاسی، اقتصادی و اجتماعی وزن ها و حدودی در نظر گرفته شده است که باعث می گردد تا اولویت های ناملموس و پرخطر نیز نمایان و آشکار گردند.

• نقاط ضعف:

- می تواند به تعداد بسیاری از سوالات پژوهش منجر گردد
- فرایند امتیاز دهی می تواند خسته کننده باشد و منجر به تاخیر در دست یابی به نتایج گردد
- برای برخی اقدامات فرایند سنگینی است
- نقش افراد غیرمتخصص در انتخاب و وزن دهی معیارها نادیده گرفته شده است
- امتیازدهی ممکن است به پژوهش هایی در آینده منجر گردد که بیشتر تحت تاثیر علائق شرکت کنندگان باشد

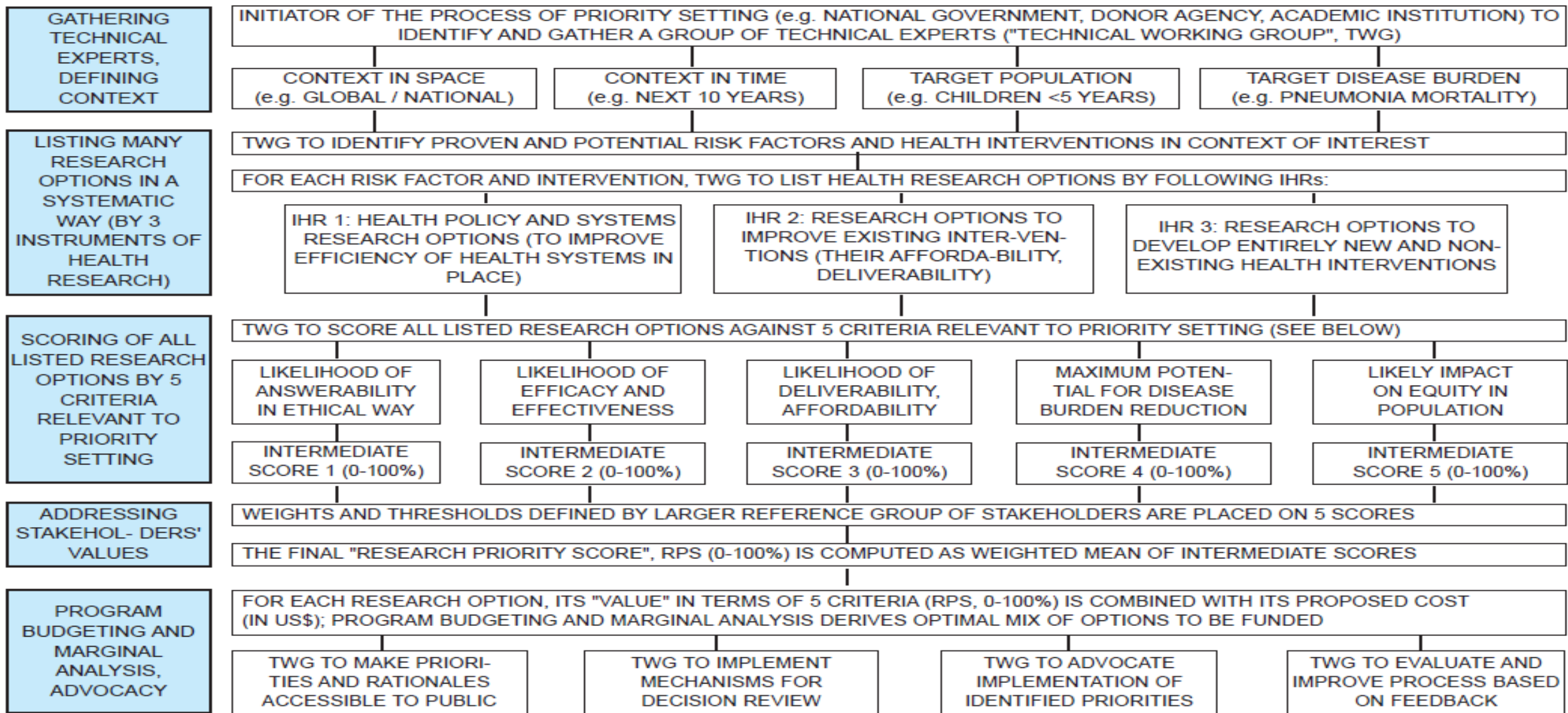


Figure 3: A figure showing all the steps of proposed CHNRI methodology at a glance: gathering a working group of technical experts who are expected to define the context (space, time, population and disease burden addressed); list research options systematically based on potential risk factors, interventions and 3 instruments of health research (IHR); score the competing research options independently and in a highly structured way, according to 5 criteria relevant to priority setting; address the input from stakeholders; and perform program budgeting and marginal analysis, to define the optimal mix of assessed overall value of research for invested funding.

Table 2 Questions answered by technical experts to assign intermediate scores for each criterion to 82 competing research ideas*

CRITERION 1: Likelihood that research would lead to new knowledge (enabling a development / planning of an intervention) in an ethical way.

1. Would you say the research question is well framed and endpoints are well defined?
2. Based on: (i) the level of existing research capacity in proposed research; and (ii) the size of the gap from current level of knowledge to the proposed endpoints; would you say that a study can be designed to answer the research question and to reach the proposed endpoints of the research?
3. Do you think that a study needed to answer the proposed research question would obtain ethical approval without major concerns?

CRITERION 2: Assessment of likelihood that the intervention resulting from proposed research would be effective.

1. Based on the best existing evidence and knowledge, would the intervention which would be developed / improved through proposed research be efficacious?
2. Based on the best existing evidence and knowledge, would the intervention which would be developed / improved through proposed research be effective?
3. If the answer to either of the previous two questions is positive, would you say that the evidence upon which these opinions are based is of high quality?

CRITERION 3: Assessment of deliverability, affordability and sustainability of the intervention resulting from proposed research.

1. Taking into account the level of difficulty with intervention delivery from the perspective of the intervention itself (eg, design, standardization, safety), the infrastructure required (eg, human resources, health facilities, communication and transport infrastructure) and users of the intervention (eg, need for change of attitudes or beliefs, supervision, existing demand), would you say that the endpoints of the research would be deliverable within the context of interest?
2. Taking into account the resources available to implement the intervention, would you say that the endpoints of the research would be affordable within the context of interest?
3. Taking into account government capacity and partnership requirements (eg, adequacy of government regulation, monitoring and enforcement; governmental intersectoral coordination, partnership with civil society and external donor agencies; favorable political climate to achieve high coverage), would you say that the endpoints of the research would be sustainable within the context of interest?

CRITERION 4: Assessment of maximum potential of disease burden reduction.

As this dimension is considered “independent” of the others, in order to score competing options fairly, their maximum potential to reduce disease burden should be assessed as potential impact fraction under an ideal scenario, ie, when the exposure to targeted disease risk is decreased to 0% or coverage of proposed intervention is increased to 100% (regardless of how realistic that scenario is at the moment – that aspect will be captured by other dimensions of priority setting process, such as deliverability, affordability and sustainability)

Non-existing interventions†

Maximum potential to reduce disease burden should be computed as “potential impact fraction” for each proposed research avenue, using the equation $PIF = [S_{(i-1, n)} P_i (RR_i - 1)] / [S_{(i-1, n)} P_i (RR_i - 1) + 1]$

where PIF is “potential impact fraction” to reduce disease burden through reducing risk exposure in the population from the present level to 0% or increasing coverage by an existing or new intervention from the present level to 100%; RR is the relative risk given exposure level (less than 1.0 for interventions, greater than 1.0 for risks), P is the population level of distribution of exposure, and n is the maximum exposure level.

Existing interventions‡

Maximum potential to reduce disease burden should be assessed from the results of conducted intervention trials; if no such trials were undertaken, then it should be assessed as for non-existing interventions.

Then, the following questions should be answered:

1. Taking into account the results of conducted intervention trials**, or for the new interventions the proportion of avertable burden under an ideal scenario*, would you say that the successful reaching of research endpoints would have a capacity to remove 5% of disease burden or more?
2. To remove 10% of disease burden or more?
3. To remove 15% of disease burden or more?

CRITERION 5: Assessment of the impact of proposed health research on equity.

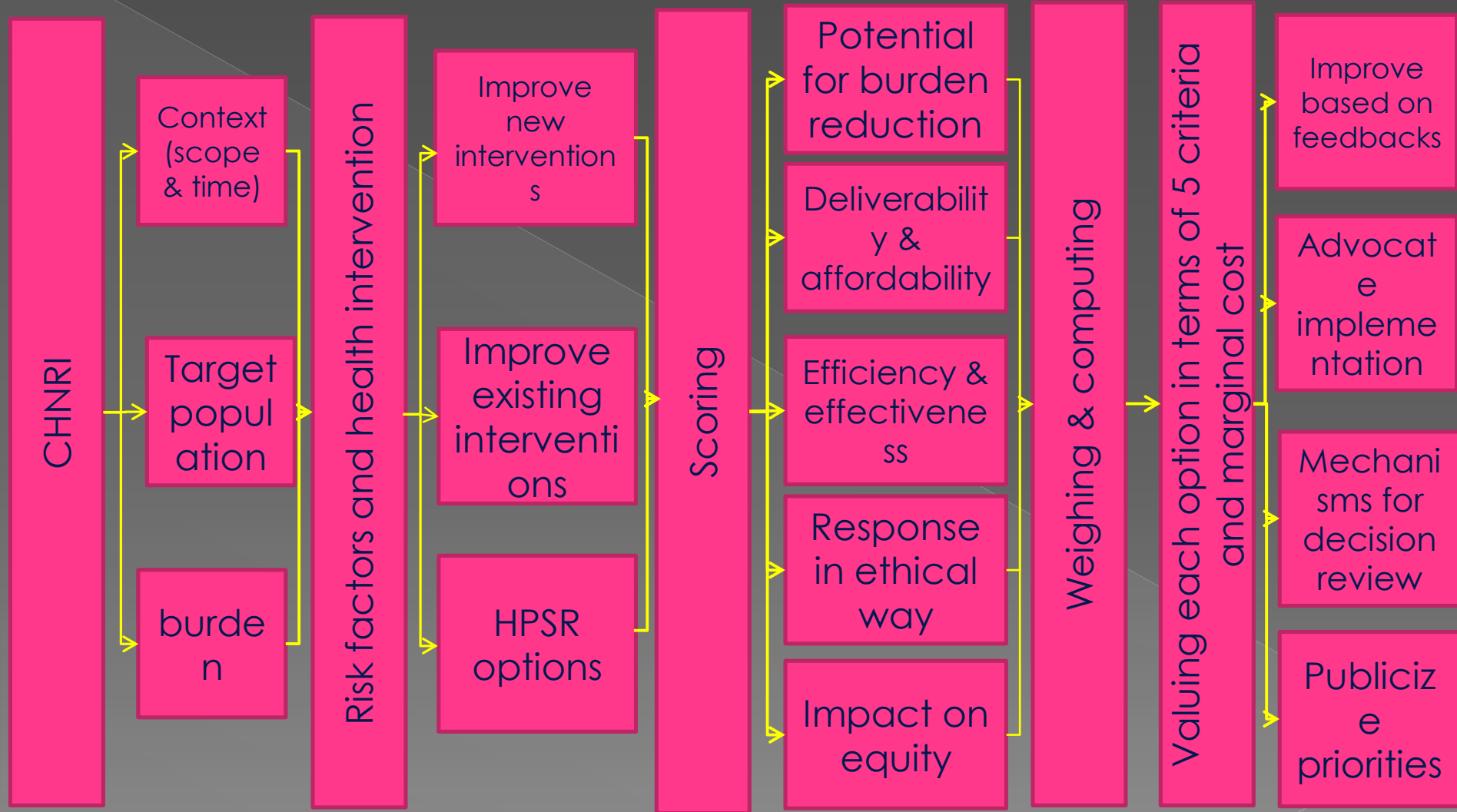
1. Does the present distribution of the disease burden affect mainly the underprivileged in the population?
2. Would you say that either (i) mainly the underprivileged, or (ii) all segments of the society equally, would be the most likely to benefit from the results of the proposed research after its implementation?
3. Would you say that the proposed research has the overall potential to improve equity in disease burden distribution in the long term (eg, 10 y)?

*Possible answers: Yes = 1; No = 0; Informed but undecided answer: 0.5; Not sufficiently informed: blank

†Interventions that are in the pipeline, or could be envisaged as a possibility, but have not been licensed for implementation yet

‡Interventions that have been licensed for implementation, but may or may not have been evaluated and implemented

CHNRI



James Lind Alliance Priority-setting Partnerships (PSPs)

• خلاصه:

• در این روش بیماران و متخصصین بالینی نظام سلامت برای تعیین ابهامات درمانی به عنوان عناوین پژوهشی گرد هم می آیند.

• این رویکرد چگونگی تلفیق تجارب بیماران و متخصصین بالینی و مراقبت کنندگان را با مطالعات مرور سیستماتیک به منظور شناسایی فقدان و ضعف اطلاعات توصیف می نماید

• در این روش تکنیک دلفی و کارگاه ها برای غربال اولویت های اولیه و دستیابی به ۱۰ اولویت نخست بکار می رود.

James Lind Alliance Priority-setting Partnerships (PSPs)

• نقاط قوت:

- روشی شفاف برای تعیین ۱۰ اولویت نخست به منظور ارائه به ذینفعان است
- امکان مشارکت گروه وسیعی از نمایندگان را میسر می سازد
- راهنمای مرحله به مرحله ای را برای امکان شنیدن صدای بیماران به دست می دهد
- ابزارهای پشتیبان این روش مرتباً به روز شده و به صورت آنلاین قابل دسترسی است

• نقاط ضعف:

- تمرکز ویژه بر شرایط بالینی نیازمند به درمان ایجاد می کند.
- در شرایط مالی مناسب و داشتن سیستم سلامت ادغام یافته خوب عمل می نماید.
- نیاز است تا شرکت کنندگان را برای مشارکت به صورت آنلاین ترغیب و بکارگیری نمود
- لازم است تا مطالعات مرور سیستماتیک در دسترس باشد

Delphi techniques

- خلاصه:
 - دلفی در ابتدا روشی برای پیش بینی رخدادهای سلامتی بود
 - ساختاری برای فرآیند رتبه بندی از طریق نظرسنجی های مکرر از کارشناسان ارائه می دهد.
 - این روش به صورت رفت و برگشتی عمل نموده و می تواند فهرست طویل اولویت ها را به لیستی کوتاه تبدیل نماید
- نقاط قوت:
 - خرد جمعی را از طریق مشارکت تعداد زیادی از شرکت کنندگان به صورت آنلاین تامین می نماید
 - مبتنی بر روش متریک است و می توان اولویت های اولیه را رتبه بندی کرده و در پایگاه های داده تجزیه و تحلیل نماید.
 - مرحله نخست مفیدی برای جمع آوری و درک نظرات می باشد
 - به ایجاد مجموعه اولیه اولویت های پژوهش کمک می کند
- نقاط ضعف:
 - متدولوژی ویژه و منحصر به فردی ارائه نمی دهد و به کارشناسانی برای تهیه سوالات و معیارها نیاز دارد
 - فرصت اندکی برای تبادل نظر به دست می دهد
 - مستعد سوگیری پاسخ (مشارکت علاقه مندان) و کاهش شرکت کنندگان در ارزیابی های مکرر (خستگی ناشی از ارزیابی) است.

Special Program for Research and Training in Tropical Diseases (TDR)

- ماهیت و اندازه بار بیماری چیست و روند اپیدمیولوژیک آن چگونه است؟
- راهبرد کنونی کنترل بیماری چیست؟
- مشکلات و چالش‌های عمده برای کنترل بیماری کدامند؟
- چه پژوهشی برای رسیدگی به این مشکلات و چالش‌ها مورد نیاز است؟
- برای پژوهش و توسعه تاکنون چه اقداماتی انجام شده است؟ چه فرصت‌های پژوهشی وجود دارد؟
- مزیت رقابتی TDR چیست؟
- برپایه موارد فوق، استراتژی پژوهشی TDR برای این بیماری چه باید باشد؟

ماتریس راهبردی TDR

اطلاعات، دستور العمل ها اسناد و ابلاغیه ها	مشارکت و ظرفیت سازی	سیاستهای جدید و بهبود یافته	روشهای مداخله ای جدید و بهبود یافته	ابزار جدید و بهبود یافته	دانش پایه ای جدید	حیطه ها
آیا اطلاعات و راهنماهای موجود کافی بوده و به منظور حمایت از فعالیت های R&D در دسترس هستند؟	آیا تعداد شرکای موجود کافی هستند؟ آیا آنها ظرفیت کافی را برای رسیدگی به موارد ۱ تا ۶ دارند؟	آیا سیاستها و استراتژی های موجود کافی و اثر گذار هستند؟ و آیا استفاده از آنها تحت کنترل قرار دارد؟	آیا روشهای بکارگیری ابزارهای موجود در بهترین وضعیت عملکردی خود قرار دارند؟	آیا ابزار موجود کفایت می کنند؟	آیا دانش موجود برای توسعه ابزار، روشها و سیاستهای جدید کافی است؟	سوالات
						پاسخ ها
						مزیت های رقابتی TDR

چک لیست TDR برای تحلیل راهبردی نیازهای پژوهشی سلامت

<p>اندازه و ماهیت بار بیماری چیست؟ روند اپیدمیولوژیک بیماری چگونه است؟ عوامل فعلی و آتی که بر بار معضل سلامتی در سطوح ذیل موثرند، کدامند و چگونه؟</p> <ul style="list-style-type: none">- فردی، جامعه، خانوار- بخش سلامت (وزارت بهداشت، نظامها و ارائه خدمت)- بخش غیرسلامت- دولت و سازمان های بین المللی
<p>راهبرد کنترل مشکل / بیماری مورد نظر چیست؟ آیا بسته موثری از روشهای کنترلی با عنوان راهبرد کنترل در شرایط اپیدمیولوژیک تهیه شده است؟ اجزای فعلی آن کدامها هستند؟ (در صورت نیاز بسته به محل جغرافیایی تفکیک گردد) چنانچه چنین راهبرد کنترلی وجود دارد تا چه میزان درموارد زیر موثر است؟ (برپایه مشاهدات) یا می تواند باشد (برپایه مدلسازی اپیدمیولوژیک)</p> <ul style="list-style-type: none">کاهش مرگ و میرپیشگیری از مرگ و میرکاهش انتقالکاهش بار <p>راهبرد کنترل از نظر هزینه- اثربخشی، قابلیت تهیه، امکان پذیری و پایداری چه وضعیتی دارد؟</p>
<p>علت پایایی بار بیماری / مشکل مزبور چیست؟ محدودیت های کنترل بهتر در سطوح ذیل کدامند؟</p> <ul style="list-style-type: none">- فردی، خانواده، جامعه (مثال برتری جنسیتی، فقر، دسترسی به خدمات)- بخش سلامت (مثل تعهد سیاستی به کنترل، کمبود منابع انسانی، مدیریت و سازمان دهی ضعیف ارائه خدمت، نظامات تامین مالی و دارویی)- ضعیف، کمبود دانش چگونگی کنترل بیماری، عدم وجود ابزار موثر، عدم منابع کافی برای عملیاتی شدن ابزارها و راهبردهای موثر)- بخش های غیرسلامت (مثل تاثیر مثبت و منفی بر بیماری از سوی سیاستگذاری های بخش کشاورزی یا اجتماعی)- دولت و مؤسسات بین المللی (تاثیر برنامه های تنظیم ساختار، راهبردهای کاهش فقر، سیاست های اقتصاد کلان)

چک لیست TDR برای تحلیل راهبردی نیازهای پژوهشی سلامت (ادامه)

برای رفع موثر این محدودیت ها به چه چیزهایی نیاز است؟ (هم سطح کنترل و هم سطح پژوهش)

- کدامیک از این محدودیت ها از طریق پژوهش قابل رفع یا کاهش اند؟
- کدامیک از این محدودیت های قابل رفع توسط پژوهش قادر خواهند بود که:
 - نظام ارائه خدمت و یا کنترل را بهبود ببخشد؟
 - نهایتاً باعث کاهش بار بیماری گردد؟
 - با پژوهش های مقرون به صرفه قابل حل باشد؟
 - در عرض ۵ سال تکمیل گردد؟
- نقائص و خطرات بالقوه این پژوهش ها کدامند؟

از پژوهش های گذشته و فعلی چه می توان آموخت؟

- از پژوهش های جاری و گذشته، چه درون و چه بیرون از TDR
- اطلاعات موجود در خصوص جریان های مالی فعلی پژوهش چه اطلاعاتی وجود دارد؟

فرصتها برای پژوهش کدامند؟

- علوم انسانی پایه و کاربردی در زمینه بیماری کدامند و چه فرصت هایی برای پژوهش فراهم می آورند؟
- وضعیت فعلی مؤسسات و منابع انسانی جهت رسیدگی به این بیماری چگونه است؟

شکاف های میان پژوهش های جاری و پژوهش های بالقوه که می تواند موجب تغییر شده، به صرفه بوده و در مدت ۵ سال یا بیشتر به نتیجه برسد، کدامند؟

برای کدامیک از شکاف های ذیل فرصت های برای پژوهش وجود دارد؟

- چه موضوعاتی را می توان به واقع با افزایش حمایت های مالی یا سرمایه گذاری در ظرفیت های انسانی و موسسه ای رفع کرد؟
- چه موضوعاتی به بهترین صورت با مزایای رقابتی TDR مطابقت دارند؟

راهنمای سیستماتیک برای تعیین اولویت های پژوهشی

PLAN

- اهداف را تعریف کنید- به دنبال ایجاد چه تغییری هستید و چرا؟
- اولویت ها برای چه کسی تهیه می گردد و در چه شرایطی
- منابع را مشخص کنید (زمان- پول- کارکنان)
- بررسی کنید که قبلا چه کارهایی انجام شده است
- روشی را برای انطباق شرایط زمینه ای خود طراحی کنید
- برای اطمینان از اینکه همه بخش ها درگیر شده اند بررسی نمایید

EVALUATE

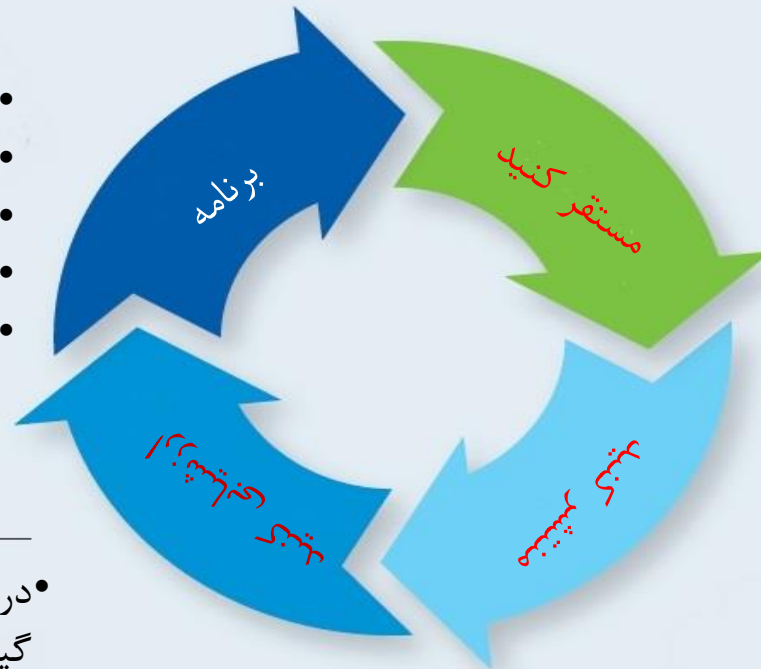
- درمورد برنامه ارزشیابی برای اندازه گیری تاثیر تصمیم گیری کنید
- تغییراتی که انتظار داشتید مشاهده نمایید را پایش کنید: اگاهی، ترجمه و تاثیر (به طور مثال جریان مالی، بهبود سلامت عمومی)

IMPLEMENT

- چه کسانی باید درگیر شوند- از حیث نمایندگی و تطابق با شرایط- ویژگی هایی چون محلی بودن، اقتصاد، جنسیت و عدالت را در نظر بگیرید.
- موافقت ذی نفعان را در خصوص معیارهای اولویت سنجی کسب نمایید - مانند منافع سلامت عمومی، دسترسی، هزینه، چارچوب زمانی.
- بر روش انتخاب اولویت ها توافق نمایید (به طور مثال اجماع یا متریک)

PUBLISH

- یک راهبرد انتشار جهت به حداکثر رساندن آگاهی و دریافت ایجاد کنید
- شفاف باشید: گزارشی شفاف که توصیف کننده روش های استفاده شده و مشارکت ذی نفعان باشد



فاز یک – برنامه

• فاز یک : برنامه

- درک شرایط زمینه ای و تعیین اهداف:
 - چرا به اولویت ها نیاز است؟
 - اولویت ها برای چه کسانی هستند؟
 - چه کسانی باید برای دستیابی و عملیاتی کردن این اولویت ها دست به کار شوند- افراد، موسسات، دولت؟
- اطمینان از اینکه این اولویت ها با اهداف سلامت هم راستا هستند.
- در خصوص سنجه های مناسب برای ارزیابی تاثیرات سلامت تصمیم گیری شود (HALE)
- نیازهای سلامتی که اقدام شما برای اولویت سنجی بدان ها پاسخ می دهد، توصیف نمایید.
- بر ارزش ها و اصولی که اقدام اولویت سنجی شما بر آنها استوارند، توافق کنید.
 - ملاحظات کمی و عملی مانند منابع
 - ملاحظات کیفی مانند ارزش های مربوط به ذینفعان، سلامت، پژوهش و محیط سیاسی نظیر مفاهیم مرتبط با عدالت چون توجه به بیماری های نادر برای اطمینان از پوشش همگانی سلامت

فاز یک – برنامه

- مثال هایی از قضاوت های مبتنی بر ارزش عبارتند از:
 - اولویت ها هزینه اثربخش باشند یا عادلانه؟ یا هر دو؟
 - آیا اولویت ها با دستیابی به پوشش همگانی ارتباط دارند؟
 - چگونه می توان از تحلیل های جنسیت محور اطمینان یافت؟ عدالت جنسیتی.
 - آیا تاکید بر بیماری خاص یا گروه جمعیتی خاصی صورت گرفته است. (پژوهش در مورد کودکان، کارگران جنسی، جمعیت های مهاجر)؟
 - چه نیازهای خارجی موثری نسبت به اولویت سنجی وجود دارد (سیاسی یا صنعتی)؟
- نکته: برای اینکه ارزش ها و ملاحظات بیشتری را دریافت کنیم نیاز است تا امکان مشارکت جامع ذینفعان و گفتمان میان آنها را فراهم سازیم
- لازم است تا فرایند تصمیم گیری در خصوص اولویت ها تا حد ممکن شفاف و باز باشد. این امر باعث می گردد تا انتقادات به سوی روش ها متمرکز شده و امکان بهبود فرایند اولویت سنجی را فراهم سازد.

فاز یک – برنامه

- درک محیط سیاسی:
- چه کسی قدرت سیاسی لازم برای اولویت سنجی را دارد؟
- چه کسی قبلاً اولویت سنجی را انجام داده است؟
- آیا اقدام اولویت سنجی جزئی از فرایند کلی برنامه ریزی سلامت ملی است یا خارج از آن هدایت و انجام می شود؟
- سیاستگذاران چه درکی از پوشش همگانی سلامت دارند؟
- چه ظرفیت هایی برای تعهد، استفاده و تامین مالی پژوهش ها وجود دارد؟

- بررسی آنچه که در حال حاضر می دانیم و آنچه پیش از این انجام شده است؟
- مروری درخصوص اسناد اولویت سنجی در گذشته تهیه شود
- به دنبال پاسخ به سوالات ذیل باشیم
- راهبردهای جاری سلامت در سطح ملی کدام اند؟ برای تعیین اینکه چه ذینفعانی در حال حاضر بیشترین دخالت را در این حوزه دارند.
- چه چیزهایی در حال حاضر تامین مالی شده اند؟
- بار بیماری ها در حال حاضر چقدر است
- درمورد عوامل خطر یا تعیین کننده های مشکل چه می دانیم؟
- مداخلات بالقوه چقدر دست یافتنی هستند؟
- هزینه اثربخشی مداخلات وجود چقدر است؟
- جریان منابع مالی به سوی حیطة های پژوهش خاص چگونه است و چه مقدار شکاف اعتباری وجود دارد؟
- چه ارزیابی ها یا مطالعات استقرار وجود دارد که ممکن است اقدامات توافق شده را با چالش مواجه سازد؟

- جامعیت- چه کسانی باید مشارکت داشته باشند؟ می بایست حداکثر نمایندگی ممکن را داشته باشند و مسائل عدالت و جنسیت را نیز لحاظ نمایند.
- ذی نفعان مختلف شما چه می خواهند؟
- چه دانشی را با خود خواهند آورد؟
- چه ذینفعانی لازم است که به صورت مستقیم درگیر فرایند اولویت سنجی شوند؟
- چرا باید نظرات ایشان لحاظ گردد و آنها باید چه نقشی را در فرایند اولویت سنجی ایفا نمایند؟
- گروه های ذینفعان می تواند شامل گروه های بیماران، سیاستگذاران، تامین کنندگان / اهداکنندگان مالی، بخش خصوصی، اعضای از جامعه، پژوهشگران سلامت، ارائه دهندگان خدمات سلامت، اقتصاد دانان، جامعه شناسان و

• منافع مشارکت گسترده ذینفعان:

- احتمال اینکه برخی عناوین نادیده گرفته شوند کاهش می یابد
- حس مالکیت در مورد اولویت های تعیین شده را افزایش می دهد بنابراین شانس استقرار اولویت ها را افزایش می دهد
- مشارکت گسترده باعث می گردد که اولویت ها به نیازهای کسانی که باید آنها را مستقر نمایند و آنها که از اولویت های پژوهش نفع می برند، ربط داشته باشند. همچنین باعث می گردد تا پژوهش های اولویت یافته پاسخ بهتری به نیازهای سیاسی و اجتماعی بدهند و اعتبار کلی اقدام اولویت سنجی و اثرات بالقوه بر سلامت و عدالت در سلامت را افزایش بدهد
- مشارکت وسیع ذی نفعان ممکن است از دوباره کاری غیر ضروری اولویت سنجی و هرز منابع جلوگیری نماید

• نهایتاً اینکه رهبری مناسب فرایند اولویت سنجی می بایست مشخص گردد.

• کمیته اجرایی

• کمیته مشورتی

• تهیه راهنمای کلی برای فرایند اولویت سنجی

• گروه کاری مرکزی

• گروه تصمیم گیری

• برای تصمیم گیری در خصوص اولویت ها

فاز دو – استقرار (ادامه)

• (۱) تعیین معیارها

- استراتژی مناسبی برای ایجاد حس مالکیت در ذینفعان است.
- باعث می شود تا تمرکز بر اولویت ها حفظ شده و ملاحظات مهم نادیده گرفته نشود.
- سه گروه کلی از معیارها را باید در نظر گرفت:
- منافع سلامت عمومی (منافع بالقوه حاصل از پژوهش)
- امکان پذیری (آیا پژوهش به لحاظ علمی و ظرفیت موجود امکان پذیر است.
- هزینه (به لحاظ منابعی چون زمان، پول، کارکنان و تجهیزات برای تکمیل پژوهش)

فاز دو – استقرار (ادامه)

- برخی از معیارهای استفاده شده در روشهای پیشگفت عبارتند از:پ
- احتمال کاهش در بار بیماری ها
- هزینه اثربخشی پیامدها
- ظرفیت پژوهشی محلی برای انجام مطالعه
- ملاحظات دسترسی - آیا راه حل ها نیازهای جمعیت فقیر را تامین می نمایند؟
و آیا اصولاً این راه حل ها برای ایشان قابل خرید هستند؟
- درجه عدالت، پایداری و ملاحظات اخلاقی

فاز دو – استقرار (ادامه)

- (۲) روشهایی برای تصمیم گیری میان اولویت ها
 - روش های مبتنی بر اجماع
 - بر اساس اجماع گروهی از ذینفعان
 - با القای حس پذیرش نسبت به اولویت ها در شرکت کنندگان همراه است
 - مانند CAM
 - روش های متریک
 - استفاده از الگوریتم برای تجمیع رای های منفرد شرکت کنندگان به هر اولویت
 - مانع تاثیر گذاری افراد ذی نفوذ نشست های چهره به چهره و روبرو می گردد
 - مانند تکنیک دلفی و CHNRI

فاز سه – انتشار

- تمام گزارش ها باید شامل:
 - اهداف اقدام
 - شرایط زمینه ای
 - روش ها
 - اولویت های پژوهش
 - برنامه استقرار
 - پایش و ارزشیابی
- باشد.

فاز سه – انتشار (ادامه)

- همچنین در این گزارش باید:

- منابع مورد استفاده نظیر مقالات و یا مرورهای نظام یافته

- اطلاعاتی در مورد ذینفعان و میزان درگیری ایشان در فرایند

- چگونگی رفع تضاد منافع

آورده شود.

تهیه یک راهبرد ارتباط و توزیع اطلاعات

- انتشار در قالب خبرنامه
- درج در وبسایت موسسه و یا گروه اولویت سنجی
- تهیه ادیتوریال
- شرکت در کنفرانس ها
- برگزاری وبینارهای آنلاین
- استفاده از رسانه های اجتماعی

فاز چهار – پایش و ارزیابی

- در فاز اول مناسب است هنگامی که در حال تنظیم اهداف برنامه هستید به راه های ارزیابی دستیابی به این اهداف هم فکر شود
- سنجه های مناسب برای ارزیابی تاثیر:
 - (۱) درجه حمایت از اولویت ها
 - نظر ذینفعان در مورد اولویت ها چیست؟
 - آیا از پیامدهای ناشی از پژوهش در مورد اولویت ها حمایت می نمایند؟
 - آیا ذی نفعان حاضرند رفتار خود را مطابق با نتایج حاصل از پژوهش های مرتبط با اولویت ها تغییر دهند؟
 - (۲) آگاهی
 - به تطابق فاز انتشار با استراتژی ارتباطات و توزیع اطلاعات بر می گردد

فاز چهار – پایش و ارزشیابی (ادامه)

- (۳) درجه استفاده از اولویت ها
- آیا در نتیجه اقدام اولویت سنجی چیزی تغییر کرده است؟
 - تغییر در جریان منابع
 - تغییر در توزیع منابع
- آیا منجر به افزایش کارایی در استفاده از منابع موجود شده است؟

شاخص ها و چگونگی اندازه گیری تاثیر اقدامات اولویت سنجی

منابع	چگونگی	شاخص
<ul style="list-style-type: none"> • بررسی بر روی شرکت کنندگان 	<ul style="list-style-type: none"> • بررسی رضایت ذینفعان حین و در پایان اقدام 	<p>حمایت: رضایت ذینفعان از فرایند اولویت سنجی</p>
<ul style="list-style-type: none"> • امتیازات آلت متریک • ارجاعات در خبرنامه ها و لینک در وبسایت ها • انتشار در پایگاه های مطرح مطالعات علمی 	<ul style="list-style-type: none"> • تعداد مشاهدات و دائلود ها از گزارش منتشر شده • ارجاع به سند اولویت سنجی در مطالعات علمی • ارجاع در خلاصه سیاستی ها، اسناد راهبردی نظام سلامت اعم از ملی، منطقه ای • ارجاع در پرونده محصولات سلامت 	<p>آگاهی: آیا ذی نفعان از اولویت ها و لزوم ارجاع به آنها آگاه اند؟</p>
<ul style="list-style-type: none"> • گزارش های وزارت بهداشت • موسسات تحقیقاتی مرتبط • انتشارات مرکز پژوهش های مجلس 	<ul style="list-style-type: none"> • استفاده از داده های موجود در پیمایش ها، اطلاعات مندرج در روزنامه ها و مجلات 	<p>حجم تامین مالی: تغییر در حجم تامین مالی پژوهشی</p>
<ul style="list-style-type: none"> • نتایج گزارش های مربوطه 	<ul style="list-style-type: none"> • تلاش های تحقیق و توسعه انجام شده • تغییر در دامنه، پوشش، جابجایی منابع موجود به اولویت ها 	<p>شکل تامین مالی: تغییر در شکل تامین مالی مرتبط با اولویت ها</p>
<ul style="list-style-type: none"> • دعوتنامه به نشست ها، کنفرانس ها • مطالعات مروری در خصوص راهبردهای منتشره 	<ul style="list-style-type: none"> • در اسناد تنظیمی از بالادست • نشست های برگزار شده با تمرکز بر اولویت ها • راهبردهای منتشر شده در رابطه با اولویت ها 	<p>هماهنگی</p>

شاخص ها و چگونگی اندازه گیری تاثیر اقدامات اولویت سنجی

منابع	چگونگی	شاخص
<ul style="list-style-type: none"> • مطالعات کتابشناسی، یافته های پژوهش های به چاپ رسیده، • بررسی گرانت های اختصاص یافته به پژوهش های مرتبط با اولویت ها • پایگاه های معتبر داده های علمی 	<ul style="list-style-type: none"> • مطالعات مروری درمورد پژوهش های چاپ شده مرتبط با اولویت ها 	<p>پژوهش: تحقیقات انجام شده که به اولویت ها اشاره دارد</p>
<p>مستندات مربوطه در سازمان صمت</p> <p>مستندات مربوطه در اداره کل تجهیزات پزشکی</p> <p>مطالعات اقتصادی سنجی مرتبط با مداخلات سلامت</p> <p>اسناد منتشره از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (نظیر راهنماهای بالینی)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • تحلیل اطلاعات محصولات و تجهیزات پزشکی و سایر مداخلات سلامت • ارجاع به پژوهش در اسناد بالادست • بازده اقتصادی حاصل از تحقیق را تخمین بزنید • بهبود ارائه خدمات سلامت ناشی از پژوهش های مرتبط با اولویت ها 	<p>ترجمه دانش: آیا پژوهش های مرتبط با اولویت ها به مداخلات و یا تغییر در رفتار منجر شده است؟</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • تغییر در شاخص HALE در طول زمان (نکته: میانگین زمانی میان انجام پژوهش و تاثیر آن در قالب تغییر شاخص HALE ۱۰ الی ۲۰ سال است) 	<p>تاثیر: ارزیابی سنجی های تاثیر نهایی سلامت (HALE)</p>

شرایط زمینه ای و دامنه اقدام

توصیف	موضوع	
جهانی، ملی، شهر، منطقه، موسسه، خدمات سلامت	حوزه جغرافیایی مورد نظر را تعریف نمایید	۱
بیماری یا شرایط خاص، مداخلات، ارائه مراقبت های بهداشتی، سیستم بهداشتی	حوزه، زمینه و تمرکز سلامت را تعریف کنید	۲
ذینفعان مورد نظر به عنوان مثال جمعیت عمومی یا یک جمعیت خاص بر اساس مشخصات دموگرافیک (سن، جنس)، بالینی (بیماری، وضعیت) یا سایر ویژگی ها	بهره برداران نهایی از پژوهش را مشخص نمایید	۳
سیاستگذاران، تامین کنندگان مالی، پژوهشگران، صنعت	مخاطبین هدف اولویت ها را تعیین نمایید	۴
سلامت عمومی، پژوهش خدمات سلامت، پژوهش بالینی، علوم پایه	حیطه وسیع پژوهش را تعیین نمایید	۵
اتیولوژی، تشخیص، پیشگیری، درمان (مداخلات)، پیش آگهی، خدمات سلامت، روانی- اجتماعی، علوم رفتاری و اجتماعی، ارزشیابی اقتصادی، استقرار	نوع سوال پژوهش را مشخص نمایید	۶
موقت، کوتاه مدت، بلندمدت	چارچوب زمانی را مشخص نمایید	۷

حاکمیت و گروه

توصیف	موضوع	
انها که مسئول آغاز، ایجاد و هدایت فرایند اولویت سنجی هستند مانند کمیته راهبری، گروه مشاوره، متخصصین فنی	نحوه انتخاب تیم رهبری و مدیریت را توصیف نمایید	۱
ویژگی گروه های ذینفعان، سازمان ها یا شبکه هایی که نمایندگی می شوند (دموگرافیک، تجربه، تخصص)	ویژگی های گروه و آنچه که نمایندگی می کنند را توصیف کنید	۲
مشاوران واجد تجربه در اولویت سنجی	هرگونه آموزش و تجربه در زمینه اولویت سنجی را توصیف نمایید	۳

چارچوب اولویت سنجی

توصیف	موضوع	
JLA، COHRED، CHNRI،..... بدون چارچوب	چارچوب استفاده شده را تعریف نمایید	۱

ذی نفعان و شرکت کنندگان

توصیف	موضوع	
بیماران، همراهان، جامعه، کارکنان سلامت، پژوهشگران، سیاستگذاران، سازمانهای غیردولتی، دولت، صنعت، گروه های خاصی چون جمعیت های محروم و در معرض خطر	معیارهای ورود برای مشارکت ذینفعان را تعریف نمایید	۱
مشارکت با سازمان، رسانه اجتماعی، بکارگیری از بیمارستان	راهبردها یا روش ها برای تعیین و مشارکت ذینفعان را بیان نمایید	۲
تعداد افراد و سازمان ها، تعداد گروه های ذینفعان	تعداد شرکت کنندگان و سازمان های درگیر را مشخص کنید	۳
گروه ذینفعان، ویژگی های دموگرافیک، زمینه های مورد علاقه، تخصص، وابستگی	ویژگی های ذینفعان را توصیف کنید	۴
هر گونه پرداخت نقدی یا غیرنقدی که انجام شده است	چنانچه برای مشارکت پرداختی صورت گرفته است مشخص نمایید	۵

تعیین و جمع آوری اولویت های پژوهشی

توصیف	موضوع	
روش ها چون دلفی، پیمایش، روش گروه اسمی، مصاحبه، بحث گروهی، جلسه، کارگاه/ تعیین اولویت چون رای دهی، رتبه بندی/ شیوه نظیر چهره به چهره یا آنلاین/ شواهد چون مرور ساختارمند، مرور راهنماها، سایر مستندات	روش های جمع آوری اولویت ها از ذینفعان را توصیف نمایید	۱
طبقه بندی یا چارچوب های دیگر برای سازماندهی، خلاصه نمودن و تجمیع عناوین و سوالات	روش های جمع آوری و گروه بندی اولویت ها	۲
بر اساس دامنه، وضوح، تعریف، مشابهت، سایر معیارها	روش ها و دلایل حذف اولویت ها	۳
بررسی شده توسط کمیته راهبری یا تیم پروژه	توصیف روش های بازتعریف یا ترجمه اولویت ها به سوالات یا عناوین پژوهش	۴
مرور سیستماتیک، نقشه برداری شواهد، مشاوره با متخصصین	روش هایی برای بررسی اینکه آیا سوالات و عناوین پژوهش پاسخ داده شده اند	۵
تعداد اولویت ها در هر مرحله از فرآیند	تعداد سوالات یا موضوعات تحقیق را شرح دهید	۶

- دلایل عدم توفیق اقدامات اولویت سنجی در ایران بر اساس Literature
- مشکلات مربوط به متدولوژی
- کلی و کلان بودن اولویت ها
- عدم استفاده نظام یافته از اطلاعات
- ترکیب نامناسب ذینفعان
- تعجیل در انجام اولویت سنجی
- عدم تخصیص به موقع منابع مورد نیاز
- بروکراسی های اداری
- سختی تهیه مواد و تجهیزات موردنیاز
- فاصله زمانی میان اجرای پروژهها و پرداخت هزینه های طرح
- وابستگی پروژههای پیشنهادی به ارتقای پژوهشگر و نه حل مشکل،
- عدم سازمان دهی مراکز علمی و تحقیقاتی و ضعف انجمن های علمی علوم پزشکی

نتایج مطالعه بررسی مروری اقدامات اولویت سنجی

- از ۳۶ اقدام اولویت سنجی که وارد مطالعه شد:
 - ۱۱ مطالعه از رویکرد ENHR نمودند
 - ۱۷ مورد در سطح ملی و بقیه استانی بودند
 - ۱۱ مورد عناوین کلی، ۸ مورد حیطه پژوهش و ۱۷ مورد ترکیب هر دو را در نظر گرفتند
 - ۸ مقاله ذینفعان کامل (گروه های ۴ گانه) را مشارکت دادند
 - ۲۲ مقاله فاقد هر گونه مکانیسم شفاف سازی بودند
 - ۱۲ مورد هیچ توجهی به اسناد فرادست برای اولویت سنجی نداشتند
 - ۳۰ اقدام به هیچ مکانیسمی برای انتشار نتیجه برای ذینفعان اشاره ننمودند
 - ۱۵ اقدام فاقد هر گونه شواهدی جهت ارزیابی شرایط اقتصادی، اجتماعی و سیاسی بوده و ۱۹ اقدام اشاره نسبی داشتند.
 - ۲۷ اقدام هیچ اشاره ای به ارزیابی وضعیت سلامت، نظام سلامت و نظام پژوهش سلامت نداشتند
 - ۱۱ اقدام از فهرستی کامل از معیارها استفاده نمودند. ۵ اقدام به صورت نسبی و ۲۰ اولویت سنجی بدون هرگونه معیاری بودند

ارزیابی اولویت سنجی های انجام شده در حیطه پژوهشهای علوم پزشکی در کشور

- فقدان گزارشی از زمان بندی و بودجه اولویت بندی
- فقدان تحلیل ذینفعان
- ترکیب نامناسب و ناکافی ذینفعان
- مبتنی بر شواهد نیستند
- گروه های آسیب پذیر و محروم مورد غفلت قرار گرفته اند
- برنامه پایش استقرار اولویت ها دیده نشده است
- برنامه ای برای اطلاع رسانی نتایج به مردم نشده است
- فاقد دستورالعمل انجام اولویت سنجی هستند
- از معیارهای معتبر استفاده ننموده و یا اصلا معیاری ندارند

ارزیابی اولویت سنجی های انجام شده در حیطه پژوهش های علوم پزشکی در کشور

- تقریبا تمامی اولویت سنجی ها اشاره ای به اطلاع رسانی نتیجه اولویت سنجی به ذینفعان به ویژه مردم نداشته اند
- در هیچ یک از اقدامات اولویت سنجی مکانیسمی برای نقد و بررسی اولویت ها به چشم نمی خورد
- بسیاری از اقدامات اولویت سنجی فاقد یک دستورالعمل شفاف برای انجام فرایند بوده و نشانی از آگاهی ذینفعان از شیوه انجام اولویت سنجی به چشم نمی خورد
- بسیاری از اولویت سنجی ها از معیارهای معتبر برای انجام اولویت سنجی ها برخوردارند

Badakhshan A, Arab M, Rashidian A, Gholipour M, Mohebbi E, Zendejdel K. Systematic review of priority setting studies in health research in the Islamic Republic of Iran. East Mediterr Health J. 2018 Oct 10;24(8):753-69.

مشکلات موجود در فرایند اولویت سنجی (مطالعه کیفی)

- به اسناد فرادست سازمان چون برنامه استراتژیک ، برنامه های ۵ ساله کشور ، برنامه جامع علمی کشور.....در تعیین اولویت ها توجه نمی شود
- مدیران سازمان هایی که اقدام به اولویت سنجی می کنند، مکررا تغییر می نمایند
- مدیریت ارشد سازمان ها به انجام اولویت سنجی تعهد کافی ندارند
- به رهبری فرایند اولویت سنجی توجه نمی شود
- الگو، استاندارد و متدولوژی مناسب برای اجرای پروژه های اولویت سنجی وجود ندارد.
- قوانین و مقررات الزام آور برای انجام اولویت سنجی تدوین نشده است.
- ذینفعانی چون سیاستگذاران یا مدیران سایر بخش ها برای مشارکت در فرایند های اولویت سنجی انگیزه ندارند یا اصلا در نظر گرفته نشده اند.

مشکلات موجود در فرایند اولویت سنجی

- در نظر نگرفتن نمایندگان بخش خصوصی و صنعت در گروه ذینفعان اولویت سنجی
- در نظر نگرفتن نقش و جایگاه تامین کننده مالی (سفارش دهنده) به عنوان گروه ذینفعان
- در نظر نگرفتن نمایندگان (جامعه مردم، بیماران، استفاده کنندگان نهایی خدمت، سازمان های مردم نهاد.....) در فرایند اولویت سنجی
- سازماندهی پژوهشگران در قالب محور (line) های تحقیقاتی و تشکیل پازل های تحقیقاتی سازمان صورت نمی گیرد
- سازمان ها برای انجام فرایند اولویت سنجی در کوتاه ترین زمان ممکن، تحت فشار هستند

مشکلات موجود در فرایند اولویت سنجی

- در نظر نگرفتن امکان اجرای طرح ها به صورت همکاری های ملی و بین المللی در شاخص های تدوین اولویت های تحقیقاتی
- عدم وجود دفتری در وزارت بهداشت جهت طراحی و پیگیری پروژه های اولویت سنجی در کشور به صورت استاندارد
- دانش محدود درخصوص چگونگی و فرایندهای اولویت سنجی در مسئولین و ذینفعان
- پژوهشگران به جای توجه به اولویت های اعلام شده معمولاً به دنبال علائق خود می روند

مشکلات موجود در فرایند اولویت سنجی

- نتایج اولویت سنجی معمولاً مورد پایش قرار نمی گیرد لذا در تدوین مجدد اولویت های پژوهشی به اسناد قبلی رجوع نمی شود
- برای اجرای اولویت های تعیین شده مکانیسم مناسبی مشابه تدوین RFP و فراخوانهای مربوطه در نظر گرفته نمی شود.
- پژوهشگران به دلیل اینکه نگران سرقت ایده های خود هستند در فرایند اولویت سنجی و اظهار نظر در مورد اولویت ها مشارکت نمی کنند.
- به دوره ای بودن و تکرار اولویت سنجی توجه نمی نمایند.

مشکلات موجود در فرایند اولویت سنجی

- برای اینکه صنعت از پتانسیل شبکه ها و مراکز تحقیقات استفاده کنند قوانین الزام آوری وجود ندارد.
- نتایج تعیین اولویت ها معمولا به جامعه اعلام نمیشود لذا پاسخگویی ومسئولیت پذیری در پژوهش های نظام سلامت نسبت به مردم عینیت نمی یابد
- به نقش رسانه ها در انتقال نتایج اولویت سنجی توجه نمی شود.
- اطلاع رسانی مراحل مختلف اولویت سنجی به ذینفعان با هدف افزایش مشارکت و انگیزه آنها برای همکاری کمتر توجه می شود.

مشکلات موجود در فرایند اولویت سنجی

- اولویت سنجی زمان بر است و ارتقا اعضای هیئت علمی به تعداد مقالات ISI و وابسته است
- از داده های کمی (باریماریها و ...) و تحلیل شواهد (مثل انجام مرور سیستماتیک) موجود در تعیین اولویت ها استفاده نمی شود
- ارتباط میان سیاستگذاران و پژوهشگران کم رنگ است
- از نیازسنجی های عمومی (مردم، بیماران) برای تعیین موضوعات پژوهش استفاده نمی شود
- اولویت سنجی ها معمولا به لیستی از عبارات و عناوین کلی محدود است

Badakhshan A, Arab M, Rashidian A, Mehrdad N, Zendehtdel K. Priority-setting in health research in Iran: a qualitative study on barriers and facilitators. Health Research Policy and Systems. 2018 Dec;16(1):1-1.

Accountability for reasonableness

Condition	Description
Publicity	Limit-setting decisions and their rationales must be publicly accessible
Relevance	These rationales must rest on evidence, reasons and principles that fair-minded parties (managers, clinicians, patients and consumers in general) can agree are relevant to deciding how to meet the diverse needs of a covered population under necessary resource constraints
Appeals	There is a mechanism for challenge and dispute resolution regarding limit-setting decisions, including the opportunity for revising decisions in light of further evidence or arguments
Enforcement	There is either voluntary or public regulation of the process to ensure that the first three conditions are met

مدل پیشنهادی اولویت سنجی



References:

1. McGregor S, Henderson KJ, Kaldor JM. How are health research priorities set in low and middle income countries? A systematic review of published reports. PloS one. 2014;9(10):e108787.
2. Dye C, Reeder JC, Terry RF. Research for universal health coverage: World Health Organization; 2013.
3. Viergever RF, Terry R, Matsoso M. Health research prioritization at WHO: an overview of methodology and high level analysis of WHO led health research priority setting exercises. World Health Organization. 2010.
4. Organization WH. Global Forum for Health Research: the 10/90 report on health research 2001-2002. Geneva; 2002.
5. Organization WH. World Health Report 2013 (The): World Health Organization; 2013.
6. Kapiriri L, Norheim OF, Martin DK. Priority setting at the micro-, meso-and macro-levels in Canada, Norway and Uganda. Health Policy. 2007;82(1):78-94.
7. Bryant JH, Coulter A, Ham C. Health priority dilemmas in developing countries. The global challenge of health care rationing. Buckingham: Open University Press; 2000.
8. Tourani S, Amiresmaili M, Maleki M, Hadian M. An interview survey on health priority setting practice in Iran. Research Journal of Biological Sciences. 2009;4(11):1193-201.
9. Viergever RF, Olifson S, Ghaffar A, Terry RF. A checklist for health research priority setting: nine common themes of good practice. Health Res Policy Syst. 2010;8:36.
10. Tomlinson M, Chopra M, Hoosain N, Rudan I. A review of selected research priority setting processes at national level in low and middle income countries: towards fair and legitimate priority setting. Health Res Policy Syst. 2011;9(19):1. 0/1 \ \ 8 6

References:

- 11. MALEK-AFZALI H, BAHREYNI F, ALA AF, FOROUZAN A. HEALTH SYSTEM PRIORITIES BASED ON NEEDS ASSESSMENT & STAKEHOLDERS' PARTICIPATION IN IR IRAN. *Hakim research journal*. 2007;10(1):13-9.
- 12. Kolahi A-A, ZAHRAEI M, Abdi P, Gachkar L. Research Priorities of Network of Infectious and Tropical Disease of Iran in 2009. 2010.
- 13. Malek-Afzali H BF, Alaaddini F, Forouzan AS. Health system priorities based on needs assessment & stakeholders' participation in IR Iran. *Hakim research journal*. 2007;10(1):13-9.
- 14. Sohrabi M-R, Tahmoreszadeh S, Mohammadi F, Kolahi A-A. Research Priority Setting for Social Determinants of Health Research Center of Shahid Beheshti University of Medical Sciences in 2013. *Community Health*. 2015;1(1):32-44.
- 15. Mohammadi M, Mesgarpour B. Systemic approach to health research in Iran and the world. *Bull WHO*. 2001;79(9):834-41.
- 16. Yazdanpanah B, Pourdanesh F, Safari M, Rezai M, Ostavar R. Health research priority setting by needs assessment in Kohgiluyeh and Boyer-Ahmad province. *Armaghan Danesh*. 2003;8(21):1-20.
- 17. Santos LMP, Moura EC, Barata RdCB, Serruya SJ, da Motta ML, Elias FTS, et al. Fulfillment of the Brazilian agenda of priorities in health research. *Health Research Policy and Systems*. 2011;9(1):1.
- 18. Reveiz L, Elias V, Terry RF, Alger J, Becerra-Posada F. Comparison of national health research priority-setting methods and characteristics in Latin America and the Caribbean, 2002-2012. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2013;34(1):1-13.
- 19. Sibbald SL, Singer PA, Upshur R, Martin DK. Priority setting: what constitutes success? A conceptual framework for successful priority setting. *BMC Health Services Research*. 2009;9(1):43.
- 20. Organization WH. Priority setting methodologies in health research. Geneva: WHO. 2008.

References:

- 21. Mitton C, Donaldson C. Setting priorities in Canadian regional health authorities: a survey of key decision makers. *Health Policy*. 2002;60(1):39-58.
- 22. Garcia AB, Cassiani SHDB, Reveiz L. A systematic review of nursing research priorities on health system and services in the Americas. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2015;37(3):162-71.
- 23. Gibson JL, Martin DK, Singer PA. Setting priorities in health care organizations: criteria, processes, and parameters of success. *BMC Health Services Research*. 2004;4(1):25.
- 24. Dresser R. Priority Setting in Biomedical Research. *Virtual Mentor*. 2009;11(4):322-5.
- 25. Ali N, Hill C, Kennedy A, IJsselmuiden C. What factors influence national health research agendas in low and middle income countries. *Perspectives of health research from six countries and*. 2006;11.
- 26. Research GFfH. The 10/90 gap in health research financing. World Health Organization. 2003:48-54.
- 27. Organization WH. Investing in health research and development: report of the ad hoc committee on health research relating to future intervention options. 1996.
- 28. Sabin JE, Daniels N. Setting behavioral health priorities: good news and crucial lessons from the Oregon Health Plan. *Psychiatr Serv*. 1997;48:883-4.
- 29. Haghdoost A, Sadeghi M, Nasirian M, Mirzazadeh A, Navadeh S. Research priorities in the field of HIV and AIDS in Iran. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*. 2012;17(5):481.
- 30. Kolahi AA, Tahmooreszadeh S, Gachkar L, Mardani M. Research Priority Setting of Shaheed Beheshti Medical University Infectious Diseases and Tropical Medicine Research Center in 2007. *Iranian Journal of Clinical Infectious Diseases*. 2008;3(2).

References:

- 31. Ali-Asghar Kolahi, Mohammad-Reza Moatamedi, Mohammad-Reza Beyranvand, Ahmad-Reza Farsar, Latif Gachkar. Research priority of cardiovascular research center of Shahid Beheshti University of Medical Sciences in 2009. *Pajoohandeh Journal*. 2011;16(4):178-86.
- 32. Farsar A-R, Khaleghnejad-Tabari A, Sadeghian N, Roozroukh M, Sohrabi M-R, Monfared AB, et al. Research Priority Setting for Pediatric Surgery Research Center of Shahid Beheshti University of Medical Sciences in 2010. *Pajoohandeh Journal*. 2013;18(3):139-47.
- 33. RAVAGHI H, SAJADI H. RESEARCH PRIORITIES FOR PATIENT SAFETY IN IRAN. 2014.
- 34. Majdzadeh R, Yazdizadeh B, Nedjat S, Gholami J, Ahghari S. Strengthening evidence-based decision-making: is it possible without improving health system stewardship? *Health policy and planning*. 2012;27(6):499-504.
- 35. Damari B, Hasanzadeh A, Poorreza A. Need assessment and priority setting for health research in social security organization. *social security* 2006;25:219-46.
- 36. Kapiriri L, Norheim OF, Heggenhougen K. Using burden of disease information for health planning in developing countries: the experience from Uganda. *Social Science & Medicine*. 2003;56(12):2433-41.
- 37. Nuyens Y. Setting priorities for health research: lessons from low-and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 2007;85(4):319-21.
- 38. Chalmers I, Bracken MB, Djulbegovic B, Garattini S, Grant J, Gülmezoglu AM, et al. How to increase value and reduce waste when research priorities are set. *The Lancet*. 2014;383(9912):156-65.
- 39. Cooke NJ, Hilton ML. *Enhancing the Effectiveness of Team Science*: National Academies Press; 2015.
- 40. Kapiriri L, Martin DK. Successful priority setting in low and middle income countries: a framework for evaluation. *Health care analysis*. 2010;18(2):129-47.

References:

- 41. Teng F, Mitton C, MacKenzie J. Priority setting in the provincial health services authority: survey of key decision makers. *BMC health services research*. 2007;7(1):84.
- 42. Leung MW, Yen IH, Minkler M. Community based participatory research: a promising approach for increasing epidemiology's relevance in the 21st century. *International journal of epidemiology*. 2004;33(3):499-506.
- 43. Northouse PG. *Leadership: Theory and practice*: Sage publications; 2015.
- 44. Kotter JP. *John P. Kotter on what leaders really do*: Harvard Business Press; 1999.
- 45. Ghaffar A, editor *The 3D Combined Approach Matrix: an improved tool for setting priorities in research for health2009*: Global Forum for Health Research.
- 46. Rudan I, El Arifeen S, Black R, Huda T. A new approach for systematic priority setting in child health research investment. *A new approach for systematic priority setting in child health research investment Child Health and Nutrition Research Initiative*. 2006.
- 47. Mitton C, Donaldson C. Tools of the trade: a comparative analysis of approaches to priority setting in healthcare. *Health Services Management Research*. 2003;16(2):96-105.
- 48. Mitton CR, Donaldson C. Setting priorities and allocating resources in health regions: lessons from a project evaluating program budgeting and marginal analysis (PBMA). *Health Policy*. 2003;64(3):335-48.
- 49. Montorzi G, De Haan S, IJsselmuiden C. *Priority Setting for Research for Health: a management process for countries*. Council on Health Research for Development (COHRED). 2010.
- 50. research GFfh. *Health Research for Policy, Action and Practice*. 2004;module II(unit3).

- 51. Organization WH, Drugs E, Policy M. Priority Medicines for Europe and the World: A Public Health Approach to Innovation: World Health Organization; 2004.
- 52. Mitton C, Adair CE, McKenzie E, Patten SB, Perry BW. Knowledge transfer and exchange: review and synthesis of the literature. *Milbank Quarterly*. 2007;85(4):729-68.
- 53. Nasser M, Welch V, Ueffing E, Crowe S, Oliver S, Carlo R. Evidence in agenda setting: new directions for the Cochrane Collaboration. *Journal of clinical epidemiology*. 2013;66(5):469-71.
- 54. Yasamy MT, Maulik PK, Tomlinson M, Lund C, Van Ommeren M, Saxena S. Responsible governance for mental health research in low resource countries. *PLoS Med*. 2011;8(11):e1001126.

• نیازمندی های یک پژوهش مناسب بر اساس استراتژی سازمان جهانی بهداشت برای پژوهش سلامت:

• محیطی حمایت کننده

• وجود سازوکارهایی برای حصول توافق بر اولویت های پژوهشی

• توسعه ظرفیت های پژوهشی شامل نیروی انسانی، منابع مالی و سازمانی

• تعیین استانداردهای پژوهشی

• ترجمه نتایج پژوهش به سیاست گذاری ها

• عملکردهای اصلی نظام پژوهش سلامت:

• تنظیم اولویت‌ها

• توسعه ظرفیت پژوهشی

• تعیین اصول و استانداردهای پژوهش

• ترجمه شواهد به اقدامات