

عملکرد واحدهای توسعه تحقیقات بیمارستان‌های آموزشی و راهکارهای ارتقای این واحدها

افسون آیین‌پرست^۱، کاظم زنده‌دل^۲، فرانک فرزندی^۱، فرزانه مفتون^{۱*}، تلما ظهیریان مقدم^۲، حامد زندیان^۳

۱. گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی، جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

۲. مرکز تحقیقات سرطان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳. مرکز تحقیقات بیمارستانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

نشریه پایش

سال سیزدهم شماره اول بهمن - اسفند ۱۳۹۲ صص ۱۱۸-۱۰۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱/۷

انشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۷ بهمن ۹۲]

چکیده

تحقیق و پژوهش از مهم‌ترین محورهای توسعه هر کشور است. پژوهش مقوله ارزشمندی برای تمام حوزه‌ها خصوصاً بخش سلامت است. مطالعات بالینی بخش عمده‌ای از مطالعات بخش سلامت را به خود اختصاص می‌دهد. بر همین مبنا و با هدف توسعه پژوهش‌های بالینی واحدهای توسعه تحقیقات بالینی از سال ۱۳۸۱ در بیمارستان‌های آموزشی راه اندازی شده‌اند. هدف از این پژوهش شناسایی مسایل و مشکلات فراروی این واحدها و راهکارهای بهبود آن مسایل از دید صاحب‌نظران حوزه سلامت است. پژوهش حاضر مطالعه‌ای کیفی است که در سطح کشور به‌صورت مقطعی (نیمه دوم سال ۱۳۹۱) انجام شده است. جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از روش مصاحبه استاندارد باسؤالات باز و روش بحث گروهی متمرکز از صاحب‌نظران مرتبط با موضوع که بر مبنای سابقه فعالیت آنان، میزان فعالیت واحد توسعه تحقیقات و میزان همکاری آنان با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انتخاب شده بودند، صورت گرفت. به منظور تحلیل داده‌ها در این مطالعه از روش تجزیه و تحلیل موضوعی استفاده گردید، که بر آن اساس ۴ عامل اصلی در رابطه با واحدهای توسعه تحقیقات بالینی آشکار شد: ۱. ضرورت تشکیل واحدهای توسعه تحقیقات بالینی ۲. محدودیت‌های این واحدها ۳. ساختار، جایگاه سازمانی و نحوه تأمین مالی ۴. حمایت‌ها و عوامل مورد نیاز برای ارتقای خدمات. نتایج نشان داد در صورت درک ضرورت تشکیل واحدهای توسعه تحقیقات بالینی از سوی مسئولان امر و بیمارستان‌ها، رفع محدودیت‌های بالفعل و بالقوه موجود، اصلاح ساختار این واحدها، ارتقای تعاملات بین بخشی و فرابخشی، تأمین مناسب منابع مالی و منابع انسانی مورد نیاز این واحدها نقش مهمی در بهبود عملکرد واحدهای توسعه تحقیقات بالینی در سطح کشور خواهد داشت.

کلیدواژه: واحدهای توسعه تحقیقات بالینی، بیمارستان‌های آموزشی، روش کیفی، بحث کارشناسی متمرکز

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان فلسطین جنوبی، خیابان شهید وحید نظری، پلاک ۲۳

تلفن: ۶۶۴۸۰۸۰۴

E-mail: Fmaftoon@ihsr.ac.ir

مقدمه

پژوهش مقوله ارزشمندی برای تمام حوزه‌ها خصوصاً بخش سلامت است. مطالعات بالینی بخش عمده‌ای از مطالعات بخش سلامت را به خود اختصاص می‌دهد. یکی از بارزترین شاخص‌های توسعه یافتگی یک کشور توان علمی و فنی آن است [۱]. تحقیقات بالینی مطالعاتی نظام‌مند و مرتبط با موجودیت انسان هستند که طیف گسترده‌ای از حیطه زیست‌شناسی تا سلامت او را در برمی‌گیرند. هدف از تحقیقات بالینی بهبود یا استفاده از دانش عمومی مرتبط با سلامت انسان به منظور بهبود توانایی در پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری است [۲،۳]. در سال‌های اخیر تحقیقات بالینی به عنوان اولویتی مهم در سرمایه‌گذاری تحقیقاتی ملی، جهت ارائه راهبردهای پیشگیرانه، درمان و دوره‌هایی درمانی بر مبنای مداخلات علمی مبتنی بر جمعیت پدیدار شده است [۴]. نتایج تحقیقات بالینی از یک سو با ارائه روش‌های مؤثرتر پیشگیری و درمان بر بهبود عملکرد نظام سلامت مؤثر بوده و از سوی دیگر با بررسی جامع فرآیندهای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، در ارتقای دانش و نگرش ارائه‌دهندگان خدمات درگیر در اجرای مطالعه نیز مؤثر هستند [۵]. در مطالعه‌ای که در این زمینه در سال ۲۰۱۲ توسط هاستینگ انجام گرفت مشخص شد که یکی از جنبه‌های مثبت مشارکت پرستاران در فعالیت‌های تحقیقاتی، بهبود عملکرد ایشان در نتیجه ایجاد دیدگاه کامل درباره فرآیندهای ارائه خدمت پس از شرکت در مطالعه است. نتایج مطالعه نشان داد که این مساله در ارتقای کیفیت خدمات بالینی ارائه شده توسط آنان مؤثر بوده است [۶]. به عبارت دیگر دانش، فهم و مشارکت در تحقیقات بالینی یک کارکرد ضروری برای تمام پرستارانی است که نقشی حیاتی در فرآیند درمان بیماران دارند. این مساله در مطالعات مختلف اثبات شده است [۷]. نتایج بررسی‌های انجام گرفته نشان داد که تحقیقاتی که مبنای انسانی دارند قدمی اساسی و حساس در راستای مکانیسم تبدیل اکتشافات علمی و پیشرفت‌های فن‌آورانه به فرآورده‌ها و تولیداتی است که چشم‌اندازی از زندگی بهتر را برای همگان ارائه می‌دهند [۸]. در قانون پنج ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران، سند نقشه جامع علمی کشور و نقشه جامع علمی سلامت به اهمیت پژوهش‌های بالینی اشاره و در جهت سیاست‌گذاری برای آن اقدام صورت گرفته است. در این قوانین توجه به پژوهش در حیطه سلامت مدنظر قرار گرفته است [۹]. در این راستا در سال ۱۳۸۷ آیین‌نامه‌ای تحت عنوان «آیین‌نامه واحدهای توسعه تحقیقات بالینی و شوارهای پژوهشی بیمارستان‌های آموزشی» جهت

ترسیم خط مشی کلی و انسجام فعالیت واحدها در ۸ ماده و ۷ تبصره تدوین شده و به دانشگاه‌ها ابلاغ گردید. در اواخر سال ۸۱ واحدهایی تحت عنوان واحدهای توسعه تحقیقات بالینی در بیمارستان‌های آموزشی راه‌اندازی گردید. بر این اساس ابتدا در دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی، ایران، تبریز و شیراز که به صورت داوطلبانه اعلام آمادگی کرده بودند این پایگاه‌ها به صورت موقت و با رویکرد توانمندسازی هیات علمی بالینی راه‌اندازی شدند. در حال حاضر ۳۹ بیمارستان وابسته با دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور دارای واحد توسعه تحقیقات بالینی هستند. عملکرد این واحدها سالانه توسط معاونت تحقیقات و فن‌آوری مورد ارزیابی قرار می‌گیرند. برخی از واحدها عملکرد مطلوبی در این زمینه داشتند، ولی فعالیت شماری از این واحدها در حد قابل قبولی گزارش نشده است [۱۰]. بررسی مستندات موجود در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نشان می‌دهد که بر اساس ارزیابی سال ۱۳۹۰، علاوه بر ارائه بالغ بر ۲۰۰۰ مورد خدمات مشاوره‌ای پژوهشی به محققان بالینی، با همکاری این واحدها در حدود ۴۰۰ طرح و ۳۵۰ مقاله اجرا و منتشر شده است. این مطالعه نشان داد که ایجاد پایگاه‌های توسعه تحقیقات بالینی در دانشگاه‌های علوم پزشکی و دانشگاه‌های مشابه، با اجرای مداخلات مشابه با این تحقیقات، بر روند تحقیقات بالینی آن دانشگاه‌ها تأثیر مثبت به‌سزایی داشته است [۱۱]. به‌طور مشابه در سال ۱۳۸۸ مطالعه دیگری تحت عنوان تأثیر ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی در قالب تأسیس پایگاه توسعه تحقیقات بالینی، به بررسی وضعیت شاخص‌های پژوهشی اعضای هیأت علمی دو گروه علوم پایه و بالینی پرداخته شده بود. نتایج مطالعه حاکی از آن بود که تأسیس پایگاه تحقیقات بالینی و ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی آن در محل کار اعضای هیأت علمی بالینی، تأثیر مثبتی بر عملکرد و ارتقای شاخص‌های پژوهشی اعضای مذکور داشته است [۱۰، ۱۲]. با توجه به گذشت یک دهه از عملکرد واحدهای توسعه تحقیقات بالینی در کشور و فراز و نشیب‌های این واحدها در طول این دوره درمانی، در این مطالعه تلاش گردید مسایل فراروی این واحدها و راهکارهای بهبود آن از دیدگاه صاحب‌نظران حوزه سلامت مورد بررسی قرار گیرد.

مواد و روش کار

با توجه به هدف مطالعه که تحلیل دیدگاه‌های صاحب‌نظران در رابطه با مراکز توسعه تحقیقات بالینی است این تحقیق با رویکرد کیفی و با استفاده از روش تحلیل موضوعی در طی مدت ۶ ماه و در

مورد نیاز برای ارتقاء خدمات، ساختار، جایگاه سازمانی و نحوه تأمین مالی، شناخته شدند.

الف- ضرورت تشکیل واحدهای توسعه تحقیقات بالینی

طبق بیانات مشارکت کنندگان در مطالعه، مضمون اصلی ضرورت تشکیل واحدهای توسعه تحقیقات بالینی، یکی از کلیدی ترین مضمون ها جهت نشان دادن اهمیت وجود چنین مراکزی است. طبق نظر مشارکت کنندگان در مطالعه، فلسفه شکل گیری واحدهای توسعه تحقیقات در وهله اول سروسامان دادن به وضعیت پژوهش در مراکز بهداشتی و درمانی و فراهم آوردن بستر مناسب و دسترسی یکسان به سرویس های لازم جهت ارائه خدمات پژوهشی به این گروه پزشکان و اعضای هیئت علمی بالینی بود. نظرات در ذیل ارایه شده است:

"این مراکز سرویس های پژوهشی لازم را به اعضای هیأت علمی بیمارستان ارائه می دهند."

"به اعضاء هیأت علمی، توسط دکترای پزشکی اجتماعی و آمار در جهت طراحی پژوهش های بالینی و اداره آن از نظر روش شناسی مشاوره می دهند."

در زمینه تشکیل این مراکز دو دیدگاه کلی در بین اعضای سازمان های نظام سلامت و به خصوص در بیمارستان های دانشگاه های علوم پزشکی شکل گرفته بود که در گفته های تمام مشارکت کنندگان مشهود بود. دو دیدگاه عبارت بودند از: تمرکز بر این مراکز به عنوان مراکز تحقیقاتی و دوم ادامه فعالیت این مراکز مشابه مراکز توسعه آموزش یا EBC ها یا EBO ها. کسانی که این واحدها را به صورت مراکز تحقیقاتی مدنظر قرار می دادند، تأکید بر اجازه تصویب و انجام طرح نامه و طرح پژوهشی را داشته باشند به جای اینکه فقط نقش مشاور را ایفا کنند. ضرورت وجود این مراکز از دید معاونان آموزشی نیز دامنه گسترده ای را دربر می گرفت. عده ای وجود چنین مرکزی را ضروری و عده ای دیگر وجود چنین مرکزی را هم راستا با مرکز تحقیقات دانسته و لذا وجود آن را ضروری تلقی نمی کنند.

"ما بایم یک مراکزی را بزینم به نام واحدهای توسعه پژوهش های بالینی برای اینکه این مراکز سرویس های پژوهشی لازم را به اعضای هیأت علمی بیمارستان ارائه دهند."

"مشکل عمده اعضای هیأت علمی کمبود وقت برای اداره تمام کارهای پژوهش به تنهایی است. زیرا انجام فعالیت های پژوهشی به یک تیم نیاز دارد. ولی فلسفه تشکیل این مراکز این بود که یک

سطح کشور صورت گرفت. در این مطالعه جهت بررسی نظرات معاونان پژوهشی، آموزشی و درمانی از مصاحبه استاندارد باسؤالات باز بهره گرفته شد و ۷ نفر از این صاحب نظران و مسئولین مورد مصاحبه قرار گرفتند. جهت بررسی نظرات رؤسای بیمارستان ها و رؤسای واحدهای توسعه تحقیقات نیز از روش بحث گروهی متمرکز استفاده شده است. در این بخش نیز ۱۱ نفر از مسئولین شرکت داشتند نخست موضوعات مورد بررسی در این زمینه با هم فکری صاحب نظران و همکاران طرح مشخص و کدهایی برای محورهای اصلی و زیر مجموعه آنها در نظر گرفته شد. در ابتدای امر در مورد اهداف تحقیق برای مشارکت کنندگان توضیح داده می شد و با کسب اجازه از آنها جریان مصاحبه ها ضبط و سپس کلمه به کلمه تایپ شد. تمام عبارات و جملات بر اساس کدهای تخصیص داده شده کد بندی و در صورت برخورد با موضوعات جدید این موضوعات یا در محورهای قبلی جا داده می شد یا کدهای جدیدی به این موضوعات اختصاص می یافت. برای تحلیل داده ها دو پژوهشگر آشنا با مطالعات کیفی ابتدا به طور جداگانه جملات مصاحبه ها و متن بحث های گروهی را کدبندی کردند و سپس موارد اختلاف نظر در جلسه ای با حضور محقق سوم مورد بحث قرار گرفت. پس از استخراج کدهای اصلی و فرعی نتایج به دست آمده در خصوص هر یک از عناوین به تفکیک زیر مجموعه محورها در کنار هم قرار گرفت و نتایج حاصل از این تحلیل ها ارائه گردید. در انتهای مطالعه پس از بررسی نهایی کلیه یافته ها، موضوعات محوری و زیر مجموعه آنها مورد بازنگری قرار گرفت و پس از ادغام و بازنگری ارائه گردید. به این ترتیب در این پژوهش سعی شده است تا با مستندسازی مشکلات عمده موجود در راه مراکز توسعه تحقیقات بیمارستانی، راهکارهایی برای رفع این مشکلات و ارتقای عملکرد آنها ارایه گردد.

یافته ها

مجموع مشارکت کنندگان در مصاحبه شامل ۲ نفر از معاونان پژوهشی دانشگاه های علوم پزشکی، ۲ نفر از معاونان درمان دانشگاه های علوم پزشکی، ۳ نفر از معاونان آموزشی دانشگاه های علوم پزشکی و مشارکت کنندگان در نشست های صاحب نظری شامل ۵ نفر، رؤسای بیمارستان و ۶ نفر، رؤسای مراکز توسعه تحقیقات بالینی بودند. از میان مسائل متعددی در رابطه با واحدهای توسعه تحقیقات بالینی بحث های ضرورت تشکیل واحدهای توسعه تحقیقات بالینی، محدودیت های این واحدها، حمایت ها و عوامل

جایی باشد که این جا بیاید سرویس‌های پژوهشی لازم را در اختیار اعضای هیأت علمی قرار دهد"

"علت تشکیل این مراکز چه بود؟ ۱- ضعف دسترسی برخی از اعضای هیأت علمی به کمک در زمینه تحقیقات و ۲- به صورت کلی ضعف پژوهش‌های انجام شده توسط اعضای هیأت علمی بالینی بود."

"در حال حاضر شکل‌گیری و تقویت این مراکز می‌توانند نقش بسیار جدی در تقویت حوزه سوم بیمارستان‌های آموزشی داشته باشند." برخی از شرکت‌کنندگان در مطالعه مرکز توسعه تحقیقات بالینی را موقت می‌دانستند. چراکه فلسفه اولی شکل‌گیری آن را رفع مشکل به صورت یکباره و حذف پس از برطرف کردن مشکل می‌دانستند. از سویی می‌گفتند که در ساختار نظام سلامت و همچنین ساختار بیمارستان‌ها جایی برای این مراکز در نظر گرفته نشده است و همین امر دلیلی بر موقت بودن آن است. این مراکز چادری است که قرار است این چادر در بیمارستان زده شود و زمانی که اعضای هیأت علمی توانمندی لازم را کسب کردند و می‌توانستند مستقل عمل کنند باید جمع شود."

"پس از توانمندسازی اعضای هیأت علمی در بحث پژوهش باید این خیمه‌ها جمع شوند."

در خصوص مقطعی یا مداوم بودن حضور این واحد در بیمارستان عقیده دارم که "بیمارستان به طور دائم به این خدمت نیاز دارد." حال آنکه برخی دیگر بیان می‌داشتند که این مراکز با توجه به ارائه خدمات تخصصی و مورد نیاز می‌بایست به طور دائم در ساختار بیمارستان‌ها حضور داشته باشند.

زیرا "هیأت علمی اگر از نظر علمی توانمندی کامل داشته باشند به دلیل محدودیت زمانی مجبورند کارها را به صورت تیمی انجام دهند تا با وجود کمبود وقت بتوانند در عرصه پژوهش فعال باشند."

"تحقیقات امروز به قدری گسترده هستند که باید به صورت گروهی طراحی و اجرا شوند و اطلاع از متدولوژی پژوهش به تنهایی برای انجام کارهای تحقیقاتی کافی نیست."

رابطه بین بینش ریاست بیمارستان با جایگاه و اهمیت این مراکز در صحبت‌های تعدادی از شرکت‌کنندگان در مطالعه وجود داشت. عده‌ای از شرکت‌کنندگان این رابطه را مستقیم و مثبت می‌دانستند که می‌توان گفت عقیده‌ای غالب در بین تمام شرکت‌کنندگان بود.

"یک رئیس بیمارستان در صورتی که بینش مناسب و مطابق شان جایگاه خود را داشته باشد، به واحدهای توسعه تحقیقات به چشم یک بخش زائد نگاه نمی‌کند."

یعنی رئیس یک بیمارستان آموزشی، باید شأن مرکز خود را بداند. "باید بداند که رئیس یک بیمارستان آموزشی پژوهشی شده است، رئیس بهداری نیست."

از سویی کسانی که وجود این مراکز را جزء جدایی ناپذیر بیمارستان‌ها تلقی می‌کردند، دلایلی از قبیل تأثیر حضور این مراکز بر نمره ارزشیابی و همچنین سطح‌بندی بیمارستان‌ها نظراتی را بیان کردند.

"وجود این واحد در در ارزشیابی و مکانیسم اعتباربخشی بیمارستان‌ها تأثیر داشته باشد."

همچنین تأثیر این مراکز بر ارتقای عملکرد و بهبود وضعیت بیمارستان‌ها نیز از جمله نکاتی بود که به کرات در سخنان شرکت‌کنندگان ارائه شده بود. رابطه بین مراکز و بیمارستان‌ها رابطه‌ای دوطرفه است، که نه تنها مراکز بر ارتقای عملکرد بیمارستان‌ها تأثیر گذاشته بلکه بیمارستان‌ها نیز با ارائه نمونه‌های عملی و اطلاعات موجب ارتقای کیفی خدمات مراکز توسعه تحقیقات بالینی می‌شود.

"مراکز تحقیقاتی خیلی توانستند رشد کنند و یک رقابتی در عرصه پژوهش به وجود آمده است."

"راهاندازی این مراکز نقش مهمی در بیان اهمیت پژوهش و نهادینه کردن جایگاه آن در بیمارستان‌ها ایفا نمود."

ب- محدودیت‌های واحدهای توسعه تحقیقات بالینی

با توجه به اطلاعات جمع شده از شرکت‌کنندگان در مطالعه مهم‌ترین محدودیت‌های واحدهای توسعه تحقیقات بالینی عبارتند از: نیروی انسانی، فضا و تجهیزات، نداشتن ساختار سازمانی، مشکلات مالی، نبود تخصص‌های مورد نیاز و عدم هماهنگی بین این مراکز با سایر بخش‌های داخلی و خارجی. نظرات مشارکت‌کنندگان در این زمینه در ذیل ارائه شده است:

"اصلی‌ترین مشکل نیروی انسانی متخصص است که باید سرویس‌هایی تحقیقاتی را به هیأت علمی و رزیدنت‌ها ارائه دهد."

"مشکل نیروی انسانی در دو بعد قابل بررسی است یکی کمبود نیروی انسانی و دیگری تنظیم یک مکانیسم پرداخت برای آنان."

"این اصلی‌ترین چالش برای واحدهای توسعه تحقیقات است."

"یکی از مشکلات تأمین فضا و تجهیزات مورد نیاز واحد است که بسیار جدی نیست زیرا اگر یک بار به درستی بررسی شود و تأمین شود دیگر حل شده است."

"یکی از مشکلات دیگر واحدها منابع مالی است" (مصاحبه شونده ۱).

ردیفی برای آن در نظر گرفته اند و نه دانشگاه ها اعتبارات مخصوصی به آنها اعطا می کنند.

"مشکل عمده تأمین منابع مالی مناسب واحدهای توسعه تحقیقات بالینی این است که برای این واحد بودجه ای هم در نظر گرفته نشده است."

"حمایت مادی از طریق خود بیمارستان امکان پذیر نیست چون در شرایط فعلی دست بیمارستان ها بسته است."

"در حال حاضر بعضی از بیمارستان ها چه به صورت قانونی، چه به صورت غیرقانونی منابع مالی اندکی را در اختیار واحدهای توسعه تحقیقات قرار می دهند ولی این کار درستی نیست."

"بودجه به حساب معاونت پژوهشی واریز می شود و معاونت با صلاح دید خود آن را هزینه کند."

اکثر شرکت کنندگان در بحث کارشناسی و همچنین مصاحبه روش های متنوعی را برای تأمین بهینه مالی این مراکز پیشنهاد دادند که قوی ترین آنها خصوصی سازی این مراکز بود. از سوی دیگر با توجه به ساختار بودجه ای نظام سلامت ایران که عمدتاً برپایه کارانه پرداخت ها صورت می گیرد، پرداخت بودجه به شکل کارانه نیز مورد اقبالی برخی از شرکت کنندگان در بحث کارشناسی و همچنین مصاحبه بود. جدا نکردن این واحد از سایر واحدهای بیمارستان در امر تأمین بودجه نکته قابل توجه در بیانات شرکت کنندگان بود که نشان می داد این مراکز را از ماهیت بیمارستان جدا نمی دانند و خواهان در نظر گرفتن هزینه های آن در فرآیند بودجه ریزی بیمارستان هستند.

"شرکت کنندگان در جلسه عقیده داشتند بحث کارانه پیشنهاد خوبی است ولی مقدمه اش این است که این واحد جایگاه قانونی پیدا بکنند."

"یکی از راهکارهای پیشنهادی در این زمینه رفتن به سمت خصوصی سازی است."

"برخی از منابع مالی واحدهای توسعه تحقیقات از طریق بیمارستان تأمین می شود. یکی از بیمارستان سال گذشته ۳۰ میلیون تومان برای واحد توسعه تحقیقات بالینی خود هزینه کرده است." (بحث کارشناسی). "این واحد علاوه بر مبالغ محدودی که از بیمارستان دریافت می کردند، بودجه ای نیز از طریق وزارت بهداشت دریافت می کردند."

برخی از واحدها نیز به دلیل داشتن امکان تصویب طرح، درآمدهای مختصری دارند. به عنوان مثال یکی از شرکت کنندگان در جلسه بیان داشت: "معاونت پژوهشی دانشگاه از سال ۱۳۸۶ تا سقف ۱ میلیون

در جلسه به محدودیت های مختلفی اشاره گردید که به ترتیب مورد اشاره قرار می گیرد:

"یکی از مهم ترین محدودیت های واحد توسعه تحقیقات بالینی نداشتن جایگاه ساختاری مشخص در سیستم است."

"به دلیل آنکه این دفاتر هنوز تشکیلات ندارند از طرف رئیس بیمارستان به رسمیت شناخته نمی شود."

"یکی از محدودیت های دیگری که به دلیل نداشتن ساختار سازمانی به وجود می آید، نقض قانون وحدت مدیریت است."

"یکی دیگر از مشکلاتی که به دلیل نداشتن ساختار سازمانی مشخص به وجود می آید، مشکلات واحد در جذب و نگهداشت نیروی انسانی است."

"یکی از معضلات کیفیت و صلاحیت علمی نیروی انسانی جذب شده برای واحد است."

"یکی از مشکلات واحدهای توسعه عدم هماهنگی های اداری بین معاونت پژوهشی وزارت بهداشت و دانشگاه ها بود." (بحث کارشناسی)

ج- ساختار، جایگاه سازمانی و نحوه تأمین مالی

قریب به اتفاق شرکت کنندگان در مصاحبه و بحث گروهی معتقد به عدم ساختار مناسب برای مراکز توسعه تحقیقات بالینی در ایران بودند. همچنین این امر تأثیر قابل توجهی بر روش های تأمین مالی این مراکز دارد، که از عدم تأمین مالی دولتی تا تأمین مالی کامل از سوی دولت را شامل می شد. گزیده نظرات ارایه شده در این زمینه عبارتند از:

"فکر کنم انشایی است. ولی اکثر بیمارستان ها از معاونت پژوهشی ابلاغ دارند."

"به طور مشابه در همه بیمارستان ها پرداخت یکسانی ندارند. به تعداد هیأت علمی بیمارستان بستگی دارد."

از نظر ساختاری، برای این مراکز جایگاه حمایت کننده ای نظیر معاونت پژوهشی که هم سطح با معاونت آموزشی بود، شکل گرفته است.

"از نظر سطح سازمانی معاونت پژوهشی با آموزشی برابر است. یعنی وقتی هیأت رئیسه بیمارستان جلسه برگزار می کند، معاون آموزشی و پژوهشی، هر دو را دعوت می کند."

"این ها مستقیماً به اداره پژوهش دانشگاه وصل هستند ولی به طور مستقل یا مستقیم از نظر مالی تأمین اعتبار نمی شوند."

مشکل عمده مراکز توسعه تحقیقات بالینی که در مصاحبه ها و بحث های کارشناسی به آن اشاره شده است، تأمین مالی نامناسب برای این مراکز است. به گونه ای که نه بیمارستان ها در بودجه سالانه خود

روابط ارجاع پایان نامه های دانشگاه به مراکز تحقیقاتی جهت استخراج مقاله و یا همکاری در زمینه تولید مقاله است. "یکی از کارهایی که توسط معاونت پژوهشی در زمینه ارتقای پژوهش انجام شده است این است که پایان نامه های رزیدنتی بدون داشتن پذیرش مقاله اجازه تشکیل جلسه دفاعیه پایان نامه را ندارد."

"اولین نکته در ارتقای عملکرد واحدهای توسعه تعیین دقیق نقش جدید یا حد و مرز آن است."

"تعیین جایگاه این واحد در بیمارستان و تعریف مرز فعالیت ها و نحوه ارتباط آن با واحدهای مشابه نقش مهمی در ارتقای عملکرد این واحد ایفا می کند." ایجاد روابط با سازمان های بخشی و فرابخشی نیز در ارتقای عملکرد این مراکز تأثیر مناسبی داشته و موجب افزایش حجم و کیفیت خدمات ارائه شده از سوی آن مراکز می گردد. سازمان هایی نظیر اداره ثبت اختراعات و ابداعات از جمله سازمان های فرابخشی هستند که در ارتباط با این مراکز هستند.

"آیده دیگری که به نظر می رسد نقش مهمی در ارتقای عملکرد واحدهای توسعه تحقیقات داشته باشد ارتقای روابط با بیرون از بیمارستان مانند گروه های آموزشی دانشگاه باشد." (بحث کارشناسی).

"یکی از زمینه هایی که امکان ایجاد فعالیت های جدید را در واحدهای توسعه فراهم می کند، برقراری ارتباط با اداره ثبت اختراعات و ابداعات است."

یکی از شرکت کنندگان در جلسه عقیده داشت "یکی از راهکارهای ارتقای پژوهش در بیمارستان های آموزشی در نظر گرفتن سابقه پژوهشی یک پزشک برای انتخاب به عنوان ریاست بیمارستان آموزشی است."

"سطح بندی بیمارستان ها برای استقرار واحد توسعه پژوهش در این زمینه بسیار مفید باشد."

"راهکار مناسب برای ارتقاء عملکرد واحدهای توسعه تحقیقاتی توجه به خصوصی سازی در این زمینه است."

اعتبار برای طرح ها تعیین کرده است. این طرح ها در معاونت پژوهشی بررسی نمی شود و فقط به کمیته اخلاق فرستاده می شود و تحت نظارت واحد توسعه تحقیقات بالینی انجام می شود. زمان پرداخت پول، درصدی توسط دانشگاه کسر می شود و ۱۰ تصویب شد که درصد نیز توسط واحد کسر شود. این پول ها محل درآمد مختصری برای واحد توسعه تحقیقات است.

د- حمایت ها و عوامل مورد نیاز برای ارتقای خدمات

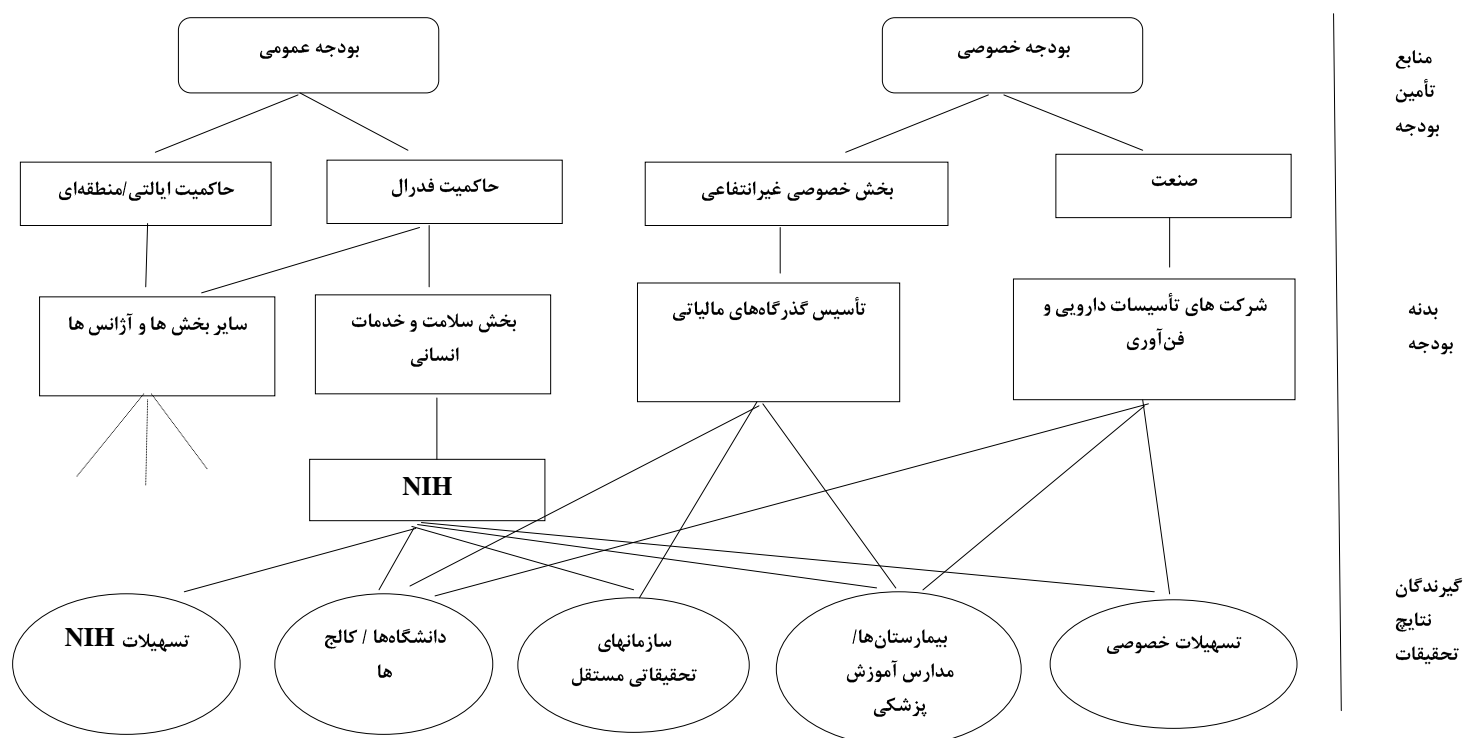
از جمله حمایت های مورد نیاز برای این مراکز، حمایت های ساختاری و اداری است که شرکت کنندگان در مطالعه به آن اذعان داشتند. همین امر موجب می شود تا نه تنها جایگاهی در سلسله مراتب اداری برای این مراکز در نظر گرفته شود بلکه همین امر موجب برنامه ریزی برای تأمین مالی و ارائه حمایت های اداری می شود. از جمله راهبردهای دانشگاه های مورد بررسی دادن سمت معاونت پژوهشی هم ردیف با معاونت آموزشی به این مراکز است. نظرات در ذیل ارائه شده است:

"تصویب آیین نامه ای است که در بیمارستان های آموزشی همونطور که معاون آموزشی وجود دارد باید معاون پژوهشی هم وجود داشته باشد." "استراتژی ما در این زمینه این بود که به رؤسای واحدهای توسعه پژوهش های بالینی سمت معاون پژوهشی را دادیم، این استراتژی موجب شده است که واحدهای توسعه تحقیقات از حالت زائد بودن در بیمارستان خارج شوند."

"استفاده از رویکردهای پزشکی بر مبنای شواهد و درگیر کردن واحدهای توسعه تحقیقات در دستیابی به این هدف در بیمارستان ها نیز در ارتقای عملکرد واحدهای توسعه تحقیقات مؤثر است."

"یکی از روش های پیشنهادی برای بازیابی و بهبود هویت واحدهای توسعه این است که این واحدها به head چند مرکز تحقیقاتی تبدیل شود."

در کنار ایجاد ساختار اداری برای این مراکز، ایجاد روابط بین معاونت آموزشی دانشگاه ها با این مراکز باعث ایجاد وجهه مناسب برای آنها شده و در ضمن دامنه فعالیت های کاری آنها را افزایش داده و شناساندن آن به دیگر بخش های سازمان می شود. از جمله این



بحث و نتیجه‌گیری

ضرورت فعالیت واحدهای توسعه تحقیقات بالینی در بیمارستان‌های آموزشی؛ براساس نتایج مصاحبه‌های انجام گرفته شاید بهتر باشد مبحث ضرورت فعالیت این واحدها در دو زیر عنوان "ضرورت در بدو پیدایش" و "ضرورت در شرایط کنونی" مورد بحث قرار گیرد. درخصوص ضرورت در بدو پیدایش اعتقاد بر این است که کلیه صاحب نظران با فلسفه پیدایش چنین واحدهایی در گذشته آشنا بودند و ضرورت شکل‌گیری این واحدها را تأیید می‌کردند. فلسفه شکل‌گیری واحدهای توسعه تحقیقات فراهم آوردن بستر مناسب و دسترسی یکسان به خدمات لازم جهت ارائه خدمات پژوهشی به پزشکان شامل اعضای هیأت علمی بیمارستان‌های آموزشی و دانشجویان بود. در مورد "ضرورت در شرایط کنونی" در حال حاضر پیشنهاد نمی‌شود که این مراکز منحل شوند. زیرا مشکل اعضای هیأت علمی فقط عدم توانمندی در عرصه پژوهش نیست. بلکه مشکل عمده آنان کمبود وقت برای اداره تمام کارهای پژوهش به تنهایی است. در حقیقت انجام فعالیت‌های پژوهشی به یک تیم نیاز دارد که وجود واحدهای توسعه تحقیقات بالینی در بیمارستان به پزشکان در تکمیل تیم تحقیق کمک می‌کند. تحقیق

و توسعه در بخش سلامت یکی از نقاط قوت دولت انگلستان است که منافع قابل توجهی هم در بخش سلامت هم در عرصه اقتصاد به دنبال داشته است. چشم‌انداز دولت انگلستان ایجاد یک نظام جامع پژوهش در سلامت است که ارزش مبانی تحقیقات سلامت را به حداکثر برساند، تحقق اهداف سلامت را از طریق تحقیقات امکان‌پذیر نماید، بر مبنای پیشرفت‌های علمی ساخته شود و نتایج تحقیقات را به منافع اقتصادی تبدیل کند [۱۳]. بررسی نقش و ساختار واحدهای توسعه تحقیقات بالینی در حال حاضر نشان داد که عمده فعالیت‌های این واحدها ارائه مشاوره‌های مختلف در زمینه طراحی، اجرا و انتشار مطالعات بالینی است [۱۱]. این خدمات مشاوره عمدتاً به اعضای هیأت علمی و در سطح پایین‌تر به دانشجویان ارائه می‌شود. در برخی از بیمارستان‌ها نیز فعالیت‌هایی در زمینه برگزاری کارگاه‌های آموزشی در حیطه‌های نگارش علمی، جستجوی منابع و مقاله‌نویسی انجام شده است. برخی از فعالیت‌های این واحدها نیز به نوعی در راستای توسعه سامانه‌ها و فرآیندهای بیمارستان بوده است که از آن جمله می‌توان به ارتقای زیر ساخت‌های پژوهشی از طریق الکترونیکی کردن پرونده‌های پزشکی و مستندسازی عملکرد پژوهشی بیمارستان‌ها اشاره نمود.

موسسه کانادایی تحقیقات سلامت (CIHR) اجزای مختلف نظام پژوهش در سلامت را با ترکیب شورای پژوهش‌های پزشکی کانادا، برنامه ملی تحقیق و توسعه در سلامت و شورای تحقیقات علوم انسانی و اجتماعی در یک بدنه تصمیم‌گیری، گرد هم جمع کرده است. هدف این کار حمایت از تعالی علمی و تسهیل ترجمه دانش است. حدود ۳۰ درصد از اعتبارات بودجه CIHR صرف مسایل استراتژیک و باقی آن صرف حمایت از پژوهش‌ها می‌شود [۱۴].

منابع در اختیار واحدهای توسعه تحقیقات بالینی

بررسی دو عامل محدودیت واحدهای توسعه تحقیقات بالینی و جایگاه، ساختار سازمانی و تأمین مالی این واحدها که در بخش یافته‌ها مورد اشاره قرار گرفت، نشان داد که این دو موضوع به بررسی منابع می‌پردازند. که در یک مجموعه مورد بحث قرار گرفته است. محدودیت منابع یکی چالش‌های فراوری تمام سازمان‌ها خصوصاً سیستم‌های مرتبط با سلامتی است. با این حال واحدهای توسعه تحقیقات بالینی به دلیل شرایط خاص خود با محدودیت‌های متفاوتی در تأمین منابع خود روبرو هستند. از آنجا که مسایل مرتبط منابع این واحدها در دو زیرگروه منابع مالی و منابع انسانی مطرح گردید، این دو نکته به طور جداگانه بررسی خواهد شد:

منابع مالی؛ تمامی صاحب‌نظران عقیده داشتند که واحدهای توسعه از نظر منابع مالی به شدت در تنگنا هستند. این واحدها به‌رغم کمک‌های مالی کوچکی که سالانه از طریق معاون پژوهشی وزارت بهداشت در اختیار واحدها قرار می‌گیرد، در جذب منابع مالی از معاونت پژوهشی دانشگاه و بیمارستان با مشکل مواجه هستند. برخی از واحدها حتی در جذب کمک مالی معاون پژوهشی وزارت بهداشت نیز با مشکل مواجه بودند که پس از دریافت رونوشت نامه واریز پول از طریق وزارت بهداشت و پس از پیگیری‌های مداوم توانسته بودند این بودجه را جذب کنند. در کشور هندوستان نیز ICMR که یکی از مهم‌ترین مراکز توسعه تحقیقات بالینی این کشور به حساب می‌آید، توسط دولت و از طریق دپارتمان تحقیقات سلامت، وزارت بهداشت و رفاه خانواده، تأمین مالی می‌شود [۱۵، ۱۶]. دولت استرالیا نیز دارای ۳ ساختار عمده تأمین مالی مطالعات مربوط به تحقیقات بالینی است [۱۷]: ۱- انجمن ملی تحقیقات پزشکی و سلامت: عمده سیستم تأمین مالی از سوی دولت استرالیا است که برای تحقیقات زیست پزشکی مورد استفاده قرار می‌گیرد. ۲- انجمن‌های تخصصی مختلف که در زمینه‌های متفاوتی فعال بوده و هستند مانند انجمن سرطان، بنیاد ریه استرالیا، بنیاد ملی قلب استرالیا ۳-

دانشگاهها؛ دانشگاه‌های دولتی در استرالیا یکی از مراکز تأمین امتیازات و اعتبارات تحقیقات بالینی به شمار می‌روند. این امتیازات شامل کمک هزینه‌های تحصیلی، کمک هزینه‌ها و تأمین مالی خاص اشخاص و غیره است [۱۸]. در طی ۷ سال سرمایه‌گذاری در تحقیقات بالینی در ایالات متحده حدوداً دوبرابر شده و به مبلغ ۹۴/۳ میلیارد دلار (۸۶/۰ درصد GDP) شده و معادل ۵/۶ درصد کل هزینه‌های سلامت را شامل شده است. در این کشور واحد تحقیق و توسعه سلامت به‌طور سنتی از حمایت‌های ارائه شده از سوی احزاب سیاسی تأمین مالی می‌شوند. در نمودار ۱ عمده جریانات تأمین بودجه تحقیقات بالینی در نظام سلامت آمریکا ارائه شده است [۱۹]. بودجه پژوهش در سلامت در کشور انگلستان از طریق سازوکارها و تأمین‌کنندگان مختلفی تأمین می‌شود. شامل بخش دولتی، سازمان‌های خیریه و صنایع بخش سلامت. اگرچه با توجه به ماهیت نظام سلامت کشور انگلستان از بخش دولتی به عنوان تأمین‌کننده مهم بودجه تحقیقات نام برده می‌شود ولی سازمان‌های خیریه نیز نقش کلیدی در این میان ایفا می‌کنند [۲۰]. علل عمده محدودیت مالی واحدهای توسعه تحقیقات بالینی نداشتن چارت سازمانی و به تبع آن نداشتن بودجه مشخص برای تأمین مالی این واحدها است. به همین دلیل مراکز مختلف تلاش می‌کنند هر یک به گونه‌ای این مسایل را مرتفع کنند. به عنوان مثال دانشگاه علوم پزشکی تهران در آیین‌نامه خود اختصاص ۱۰ درصد از کارانه پزشکان به فعالیت‌های آموزشی را مجاز دانسته است. بسیاری از بیمارستان‌ها با بهره‌گیری از این مصوبه و با بیان اینکه فعالیت‌های پژوهشی نیز در راستای ارتقای آموزش است توانسته‌اند بخشی از منابع مورد نیاز این واحد را از این طریق تأمین کنند. حال آنکه در کشورهای دیگر نظیر ترکیه، پاکستان، ایالات متحده، استرالیا و غیره. مراکز توسعه تحقیقات بالینی دارای ساختاری مستقل و تبیین شده هستند [۲۲-۱۴]. با این حال صاحب‌نظران عقیده داشتند برای رفع این مسأله باید یک راهکار مشخص و مدون ارائه شود تا تأمین منابع مالی این واحد وابسته به نظرات فردی مدیران سامانه نباشد چون در این صورت هرگونه تغییر در مدیریت سامانه تأثیرات بسیار زیادی بر عملکرد این واحدها خواهد داشت.

منابع انسانی؛ مسئولان برای تأمین منابع انسانی این واحدها نیز با مشکلات بسیار عمده‌ای مواجه بودند. این واحد به دلیل نداشتن چارت سازمانی امکان جذب پرسنل استخدامی را ندارد و نیروی انسانی آن به صورت قراردادی تأمین می‌شود. این مساله موجب

می‌شود. یکی از دانشگاه‌ها برای افزایش رسمیت قانونی واحدهای توسعه تحقیقات بالینی، ریاست واحد را با اعطای یک حکم انشایی به عنوان معاون پژوهشی بیمارستان منصوب کرده است. به نظر می‌رسد این اقدام در ارتقای جایگاه این واحد در بیمارستان مفید بوده است و به عنوان یک راهکار مفید برای سایر دانشگاه‌ها پیشنهاد می‌شود. یکی دیگر از نظرات ارائه شده در خصوص ارتقای عملکرد واحدهای توسعه تحقیقات بالینی، سطح بندی بیمارستان‌ها برای استقرار واحد توسعه بود. به عقیده آنان در شروع امر ضرورت ندارد واحدهای توسعه تحقیقات بالینی همه بیمارستان‌ها در یک سطح باشند. مسلماً یک بیمارستانی که ۲۰۰ نفر هیأت علمی دارد با بیمارستانی که کمتر از ۱۰۰ نفر عضو هیأت علمی دارد، نیازمندی‌ها و شرایط متفاوتی دارند. به عنوان مثال پیشنهاد گردید که این واحدها را دو سطح ۱ و ۲ تعریف کرد که چارت تشکیلاتی و بودجه آنان متفاوت باشد. بدین منظور باید ابتدا ظرفیت‌های موجود بررسی شود و مشخص شود چه دانشگاه‌ها و چه بیمارستان‌هایی ظرفیت مناسبی برای استقرار و توسعه واحدهای توسعه را دارند. یکی از عوامل پیشنهادی برای سطح بندی بیمارستان‌ها و واحدهای توسعه، عبارت بودند از: در اختیار داشتن منابع کافی شامل فضا، تجهیزات، نیروی انسانی و منابع مالی و داشتن زیر ساخت‌های پژوهشی مناسب. یکی از دانشگاه‌های مورد بررسی نیز یک واحد هماهنگی در ستاد معاونت پژوهشی خود ایجاد کرده بود که مسئولیت هماهنگی و بهبود عملکرد واحدهای توسعه تحقیقات بالینی در بیمارستان‌های آن دانشگاه را بر عهده داشت که این فعالیت به عنوان یک تجربه موفق در ارتقای عملکرد واحدهای توسعه است. تحلیل یافته‌ها حاکی از آن بود که واحدهای توسعه تحقیقات بالینی به‌رغم تأثیر چشمگیر در ارتقای پژوهش‌های بالینی، در حال حاضر نیاز به بازنگری در نقش، ساختار و فعالیت‌های خود دارند.

بدیهی است که نحوه تعامل این واحد در داخل و خارج از بیمارستان و منابع مورد نیاز این واحدها و رویکرد تامین آن پس از تبیین نقش مجدد این واحدها باید مشخص و تدوین گردد. بر اساس دستاوردهای مطالعه پیشنهاداتی برای بهبود وضع موجود ارائه گردید که عبارتند از:

- تبیین جایگاه واحد توسعه تحقیقات بالینی در بیمارستان‌های آموزشی
- در نظر گرفتن واحدهای توسعه تحقیقات بالینی در چارت سازمانی بیمارستان

می‌شود ثبات نیروی انسانی این واحدها کاهش یابد و بازده نیروی انسانی آن کم شود. به عبارت دیگر نیروی قراردادی بعد از اینکه در بیمارستان توانمند شد از بیمارستان می‌رود و تمام تجارب سازمان را با خود می‌برد. لذا داشتن چارت و استخدام نیروی به لحاظ تامین منابع و هم به لحاظ استمرار حضور آنها ضروری است. پیشنهاداتی که در خصوص چارت سازمانی ارائه گردید بلندمدت هستند و بررسی راهکارهای کوتاه مدت نیز می‌تواند به بهبود جذب نیروی انسانی این واحدها به طور موقت کمک کند. بررسی تجارب مراکز مختلف نشان داد که برخی از بیمارستان‌ها برای رفع این مساله از نیروی ضریب k و طرحی استفاده کرده‌اند که مشکلات موجود را تا حدی کاهش می‌دهد ولی راهکار دایمی نیست. یکی از مسایلی نیز که برخی از دانشگاه‌ها با آن روبرو بودند این بود که بستن قرارداد با افراد جهت فعالیت در واحدهای توسعه مراحل پیچیده‌ای دارد. در آن دانشگاه‌ها معاونت پشتیبانی با نیروها مصاحبه می‌کند و اقدام به جذب نیرو می‌کند که نهایتاً ممکن است نیروهای جذب شده توانمندی‌های مورد نیاز را نداشت باشند. البته در برخی از دانشگاه‌ها این مشکل وجود نداشت و مشخص بود واحدهای توسعه و بیمارستان تعامل مناسب تری با ستاد دانشگاه دارند و توانسته‌اند این مساله را حل کنند. برخی از مراکز نیز از نیروهای ثابت سایر واحدها مانند بخش آموزش (که در چارت سازمانی بیمارستان تعریف شده است) برای کمک به تکمیل کادر واحد توسعه تحقیقات بالینی استفاده کرده‌اند. به نظر می‌رسد بیمارستان‌ها با بررسی امکانات موجود هر یک توانسته‌اند تاکنون به نحوی واحد توسعه خود را سرپا نگه دارند. با این حال باید توجه داشت که بیمارستان‌ها و مراکز موفق بیشتر در این مطالعه مشارکت داده شده‌اند و انتشار تجارب آنان می‌تواند زمینه ساز بهبود عملکرد سایر مراکز باشد.

راهکارهای ارتقای عملکرد واحدهای توسعه تحقیقات بالینی

پیشنهاداتی که در قسمت‌های قبل به آن اشاره گردید در برگیرنده نکاتی برای بهبود عملکرد واحدهای توسعه بود. اهم این موارد عبارتند از: الف) تعریف نقش جدید این واحد و تبیین حد و مرز دقیق این واحد و ارتباط آن با سایر واحدهای بیمارستان. ب) در نظر گرفتن این واحد در چارت سازمانی بیمارستان به منظور بهبود جذب منابع مالی و روند استخدام نیرو در این واحد. این مساله علاوه بر این دو دستاورد موجب شفاف سازی تعاملات درون سازمانی این واحد با سایر واحدهای بیمارستان خواهد گردید. با این حال مواردی نیز علاوه بر این دو مورد مطرح گردید که به آن اشاره

حامد زندیان: تهیه و استخراج نسخه نهایی مقاله

تشکر و قدردانی

این مطالعه با حمایت مالی دفتر توسعه و هماهنگی پژوهش معاونت پژوهش و فن آوری وزارت بهداشت و همکاری علمی مرکز تحقیقات سنجش سلامت پژوهشده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی اجرا گردید. بدین وسیله تمایل دارد از کلیه افرادی که در اجرای این مطالعه همکاری کرده‌اند صمیمانه تشکر و قدردانی نمایم. در این زمینه به خصوص از کارشناسان محترم مرکز تحقیقات سنجش سلامت خانمها فاطمه ریاضی و فریبا رسولی و کارشناسان محترم وزارت بهداشت دکتر سیده رباب الهامی و دکتر نازیلا نیک روان که در اجرای مطالعه همکاری نمودند تشکر می‌شود.

- تنظیم راهکارهایی برای جذب حداقل بودجه مورد نیاز واحدهای

توسعه تحقیقات بالینی

- ترسیم الگو تأمین نیروی انسانی

- دادن هویت و رسمیت قانونی به رئیس واحد توسعه تحقیقات بالینی

- سطح‌بندی بیمارستان‌ها جهت استقرار و توسعه واحدهای توسعه تحقیقات بالینی

سهم نویسندگان

افسون آیین پرست: مدیریت طراحی و اجرای مطالعه

کاظم زنده دل: مشارکت در طراحی و اجرای مطالعه

فرانک فرزندی: همکاری در تحلیل داده‌ها و استخراج نتایج

فرزانه مفتون: همکاری در جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها

تلما ظهیریان مقدم: تهیه و استخراج نسخه نهایی مقاله

منابع

1. Haas M, Bronfort G, Evans R. Chiropractic Clinical Research: progress and recommendations. Manipulative and Physiological Therapeutics 2006; 30: 695-706
2. Grady C. Ethical Principles in Clinical Research. Principles and Practice of Clinical Research. San Diego: Academic Press, 2007; 15- 26
3. Emanuel E, Grady C, Menikoff J. Is Longer Always Better. Hastings Center Report. 2008, 38;10-2
4. Butler D. Translational research: crossing the valley of death. Nature 2008, 2;456-842
5. Journot V, Pignon J, Gaultier G, Daurat V. Validation of a risk-assessment scale and a risk-adapted monitoring plan for academic clinical research studies - The Pre-Optimum study. Contemporary Clinical Trials 2011; 32: 16-24
6. Hastings C, Cheryl A, Margaret A. Clinical research nursing: a critical resource in the national research enterprise. Nurs Outlook 2012; 6: 49-56
7. Grady C, Edgerly M. Science, Technology, and Innovation: nursing responsibilities in clinical Research. The Nursing clinics of North America 2009; 44:471-81
8. Robertson K. Clinical research and good clinical practice. Best practice & Research Clinical Anaesthesiology 2001; 15: 655-67
9. Vice-Presidency for Strategic Planning and Supervision. Fifth Five-Year Development Plan of the Islamic Republic of Iran, 2010
10. Najaf Pour H, Darvish Moghadam S, Azmandian J, Hoseini H. The effect of established educational services - research in the form of clinical research center on research performance of Kerman Medical University faculty members. The journal of medical education & development 2009;6: 57-164 [In persian]
11. Elhami SR, Zendedel K, Nikravan far N. Current status of clinical research units to promote clinical research in teaching hospitals. Ministry of Health Report; Iran, 2011 [In persian]
12. Chehrei A, Kahbazi M, Salehi B, Fani A, Zarganj-fard A, Dorreh F, Soltani P. The effect of clinical research center, on clinical researches of Arak University of medical science. Arak Journal of Medical Sciences 2006; 9: 12-22
13. Pope C, Mays N. Qualitative research in healthcare. Blackwell publishing. UK: Oxford, 2006
14. Canadian Institute for health research retrieved from: "http://www.cihr-irsc.gc.ca" at 6 June 2012
15. Pursuit and promotion of science: Indian council of medical research retrieved from "http://www.iisc.ernet.in/insq/ch27.pdf" at 6jul.2012
16. Indian Council of medical research (ICMR) retrieved from: http://icmr.nic.in/review.html. At 6 jul.2012

17. Clinically competitive: boosting the business of clinical trials in Australis, 2011, Available from: "http://www.innovation.gov.au/Industry/PharmaceuticalsandHealthTechnologies/ClinicalTrialsActionGroup/Documents/Clinical_Trials_Action_Group_Report.pdf", at 2 Jun 2012

18. NHMRC funding rules: in incorporating the project grants scheme for funding commencing in 2014 Available from:

"http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/grants/apply/projects/project_grants_frs_for_funding_commencing_2014_revised_final_040613.pdf", at 2 Jun 2012

19. Shergold M. health and, medical research in the United State: observatory on health research system, 2008, Rand Corporation retrieved from:

http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/documented_briefings/2008/RAND_DB534.pdf at 6 Jun 2012.

20. Cooksey SD, A review of UK health research funding, published by the stationary office (TSO), 2006 retrieved from: http://www.official-documents.gov.uk/document/other/0118404881/0118404881.pdf at 6 Jun 2012

21. Evaluation panel, clinical research in Finland and Sweden: Evaluation report, Academy of Finland, Edita Prima 2009. Retrieved from: http://www.aka.fi/Tiedostot/Tiedostot/Julkaisut/05_09%20Clinical%20Research.pdf at 16 Feb. 2014.

22. Akan H. Clinical research in Turkey. Turkish journal of Hematology 2007; 24:1-3

ABSTRACT

Research development units in teaching hospitals: performance and strategies for improvements

Afsoon Aeenparast¹, Kazem Zendehtdel², Faranak Farzadi¹, Farzaneh Maftoon^{1*}, Telma Zahirian moghadam³, Hamed Zandian³

1. Health Services Management Group, Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran

2. Cancer Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. Hospital Management Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Payesh 2014; 13: 107-118

Accepted for publication: 27 January 2014

[EPub ahead of print-16 February 2014]

Objective (s): to evaluate research development units in teaching hospitals.

Methods: This was a qualitative study that was conducted at national level in Iran. We used standardize open-ended interviews and focus group discussions for data collection. Experts were selected according to their experiences; activities and cooperation levels with ministry of health and research development units.

Results: In all four main themes emerged from analysis: i) necessity of establishing clinical research development units in teaching hospitals, ii) units' limitations, iii) organizational structure and financing, iv) strategies for improving these units.

Conclusion: The findings indicated areas that need improvements including providing appropriate resources for these units.

Key Words: clinical research development units, educational hospital, qualitative method, focused group discussion

* Corresponding author: Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran
Tel: 66480804
E-mail: fmaftoon@ihsr.ac.ir