

اولویت های پژوهشی شبکه تحقیقات بیماری های عفونی و گرمسیری کشور در سال

۱۳۸۸

علی اصغر کلاهی^۱، سید محسن زهرائی^۲، پریسا عبدی^۳، لطیف گچکار^{۴*}

۱. متخصص پزشکی اجتماعی، دانشیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۲. متخصص بیماریهای عفونی و گرمسیری، استادیار مرکز مدیریت بیماریها، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
۳. دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۴. متخصص بیماریهای عفونی و گرمسیری، استاد مرکز تحقیقات بیماری های عفونی و گرمسیری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

** نشانی برای مکاتبه: تهران، ولنجک، مرکز تحقیقات بیماری های عفونی و گرمسیری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تلفن ۲۳۸۷۲۵۶۷، نامبر
latifgachkar@yahoo.com، ۲۲۴۳۹۹۳۶

دریافت مقاله: اردیبهشت هشتاد و نه پذیرش برای چاپ: تیر هشتاد و نه

چکیده

سابقه و هدف: کمبود منابع ایجاب می کند که برای رسیدن به سطح قابل قبولی از سلامت، منابع محدود خود را به اولویت ها تخصیص دهیم. هدف این تحقیق تعیین اولویت های پژوهشی بیماری های عفونی و گرمسیری با استفاده از مدل *Council on Health Research for Development (COHRED)* بود.

روش کار: این مطالعه *Health System Research (HSR)* با مشارکت ۱۶ مراکز تحقیقاتی و سازمان های عضو شبکه بیماری های عفونی گرمسیری کشور در سال ۱۳۸۸ انجام گرفت. ابتدا افراد ذینفع شناسائی شدند و وضعیت حوزه مربوط به بیماری های عفونی مورد تحلیل قرار گرفت. سپس حیطه ها و عناوین پژوهشی مشخص شد و اولویت های تحقیقاتی با امتیاز دهی بر اساس معیارها تعیین شد.

یافته ها: هیجده بیماری، حالت و عنوان پژوهشی به عنوان اولویت های پژوهشی شبکه بیماریهای عفونی کشور بدست آمد. اولویت های تحقیقاتی بدست آمده به ترتیب اولویت شامل عفونت های بیمارستانی، *HIV/AIDS* و عفونت های منتقله از راه جنسی، آنفلوآنزای فصلی، پرندهگان و *H1N1*، نظام ثبت و گزارش دهی بیماریهای عفونی، آمادگی سطوح مختلف نظام سلامت در هنگام بروز پاندمی ها، اپیدمی ها، طغیان ها، بلاهای طبیعی و حوادث غیر مترقبه، نقش مهاجرین در انتشار بیماری های عفونی در ایران، مقاومت های دارویی، سل ریوی، محافظت از کارکنان سلامت و *Needle Stick Injury* ایمن سازی، پنومونی، مننژیت، هیپاتیت های حاد و ویروسی، عفونت های نوپدید، بازپدید و بیوتروریسم، تب مالت، عفونت در میزبانان خاص و پرخطر، ویروس های ایجاد کننده تب های خونریزی دهنده یا تب های ناشی از بندپایان و عفونت های گوارشی و مسمومیت های غذایی بود.

نتیجه گیری: مطالعه ۷۸ اولویت پژوهشی در ۱۸ حوزه مربوط به بیماری های عفونی را مشخص کرد. سه موضوع نظام مراقبت، اپیدمیولوژی، روش های پیشگیری و کنترل به ترتیب بالاترین رتبه را کسب کردند. نیمی از اولویت های پژوهشی با الویت های ۱۲ سال قبل انطباق داشت، ولی در این مطالعه به موضوعات آمادگی نظام سلامت، عفونت های نوپدید، بازپدید و بیوتروریسم و نظام مراقبت توجه بیشتری شده است.

واژگان کلیدی: اولویت های پژوهشی، بیماریهای عفونی گرمسیری، شبکه تحقیقات

مقدمه

آغاز شد که دانشگاه ها و مراکز تحقیقات را ملزم به تعیین اولویت های خود می کرد. در این راستا فرآیند تعیین اولویت های پژوهشی در اکثر دانشگاه ها و مراکز تحقیقاتی آغاز شد یافته های تعدادی از آنها انتشار یافته (۲۱-۱۳) و اکثر آنها به گزارش نهائی بسنده نموده اند. ویژگی بارز فعالیت های جدید نگاه جامع و سیستمیک به مقوله پژوهش و تاکید بر توجه عدالت اجتماعی، نیاز سنجی به جای نظرسنجی و تلاش بر مشارکت ذینفعان در پایگاه های تحقیقات جمعیت بود (۲۴-۲۲). ولی به نظر می رسد این بار نیز راه چندان مناسب نیست. در اکثر موارد غالب بودن مشارکت ذینفعان از گروهی غیر از پژوهشگران موجب بیان مشکلات سنتی شده است. بطور مثال در یک مطالعه از هفت دانشگاهی که اولویت های نظام سلامت را مورد بررسی قرار داده است، شش دانشگاه مشکل سلامت اول تا سوم خود را حوادث و ترافیک اعلام نموده اند (۲۲). در یک شرایط مطلوب محققین این دانشگاه ها تشویق می شوند که بر روی این مشکل تحقیق کنند. آنچه در عمل اتفاق می افتد، تعدادی زیاد تحقیق با بودجه های نا کافی طراحی می شود که فراوانی و عوامل خطر حوادث جاده ای را در شهر یا استان مشخص می کند، آیا مشکل ما ندانستن فراوانی و عوامل خطر است؟ در نهایت باور می کنیم که اولویت ها را تعیین نموده و در مورد آن تحقیق کردیم تعدادی مقاله نیز منتشر کرده ایم. ولی مشکل همچنان سر جای خود ایستاده است. در حقیقت مشکل فقدان جامعه نگری و مدیریت پژوهش است تا فقدان لیست اولویت های پژوهشی. چنانچه آن مشکل اساسی حل نشود سایر فعالیت ها هم مثر ثمر نخواهد بود.

هدف این مطالعه تعیین اولویت های پژوهشی بیماری های عفونی و گرمسیری کشور با مشارکت نمایندگان مراکز تحقیقات عضو شبکه بیماریهای عفونی و گرمسیری، سازمان های وابسته و مرکز مدیریت بیماریها بر اساس تخمین نیازها، و استفاده از روش امتیازدهی با معیار های توافق شده، بود. این پروژه به سفارش شبکه تحقیقات بیماری های عفونی و گرمسیری کشور و مرکز مدیریت بیماریها انجام گرفت. یافته این پروژه می تواند از طریق تخصیص مناسب اعتبارات پژوهشی، با هدایت روند تحقیق به سوی اولویت ها و ضرورت های مرتبط با سلامت، موجب ظرفیت سازی در مراکز عضو شبکه، خلق دانش، گسترش و بکارگیری آن در حل مشکلات، ایجاد انگیزه در محققین، ایجاد بستر و فرهنگ تحقیق و استمرار آن، در نهایت موجب ارتقاء سطح سلامت جامعه گردد.

روش کار

این مطالعه (HSR) Health System Research در جهت هدایت و هماهنگی طرح های تحقیقاتی در سطح ملی با مشارکت ۱۶ مراکز تحقیقاتی و سازمان های عضو شبکه بیماری های عفونی گرمسیری کشور در سال ۱۳۸۸ انجام گرفت. فرایندی که برای تعیین اولویت های پژوهشی بکار برده شد، بر پنج اصل استوار بود. این اصول شامل مشارکت و توافق ذینفعان، تحلیل وضعیت موجود، تعیین نیاز ها، مشخص کردن عناوین پژوهشی و امتیاز دهی بر اساس معیارها بود. این روش با تغییرات اندکی در جهت عملی بودن از مدل پیشنهادی کار گروه سازمان جهانی بهداشت The Council on Health Research for Development (CHOHRED) اقتباس شده بود (۲۵).

در کشورهای در حال توسعه بیشتر تحقیقات پزشکی را تحقیقات بالینی، بیومدیkal و آزمایشگاهی تشکیل می دهد، در حالیکه تحقیقات در زمینه سیستم اطلاعات بهداشتی، اپیدمیولوژی، دموگرافی، علوم رفتاری، اقتصاد بهداشت و امور بهداشتی پزشکی اندک است (۱). نه تنها همان پژوهش های اندک برای تولید دانش انجام نمی شود بلکه پژوهش های انجام شده در صورت انتشار به آسانی در اختیار دیگران قرار نمی گیرد. علاوه بر آن اکثر تحقیقات پزشکی بر روی بیماران در دسترس انجام می شود، بدون اینکه نیاز های جامعه، نگرانی های آنها، جمعیت در معرض خطر و افراد آسیب پذیر مورد توجه قرارگیرد. در حالیکه انتظار می رود تحقیق در زمینه علوم پزشکی در جهت نیل به آرمان بهداشت و درمان یعنی تامین سلامت برای همه باشد و حاصل تحقیق به استفاده از خدمات منجر شود (۲). مسائل عمده ای نظیر نداشتن فرهنگ تحقیق در جامعه و عدم احساس نیاز به پژوهش، بخصوص در سطح کارگزاران و برنامه ریزان است. برای کارگزاران تهیه مایحتاج و ورود ابزار و تکنیک مناسب تر است زیرا مشکلات آبی و حال را رفع میکند، در حالیکه به سرمایه گذاری برای تحقیقات که نتایج آن ممکن است سالها بعد مورد استفاده قرار گیرد بی توجهی می شود. هنوز این اصل مسلم پذیرفته نشده است که هر شروع کنندهای حتما نباید خود نتیجه گیرنده باشد. تحقیق در کشور ما در سطح بسیار پائین و محدود به مراکز خاص، در زمان های ویژه، قائم به فرد و بدون استمرار بوده و مهمتر از همه حتی از نتایج تحقیقات جهت رفع نیازهای جامعه استفاده نمی شود (۳). تبعات این روند موجب گرایش محققین به پژوهش های توصیفی، کوتاه مدت و بر اساس سلیقه و بدون توجه به نیاز جامعه و اولویت ها می گردد. هدف تحقیق بیشتر کسب مدارج و مدارک علمی است. موضوعات انتخاب شده در اکثر موارد تکراری و به جمع آوری اطلاعات به منظور بیان بهتر مسئله و نه حل مسئله منجر می شود (۴). در مقابل اختصاص ۲/۲ درصد از تولید ناخالص داخلی در کشورهای توسعه یافته به پژوهش (۵)، اعتبارات تخصیص یافته به کل تحقیقات کشور تنها ۰/۳۹ درصد تولید ناخالص داخلی گزارش شده است (۶). آیا با این بودجه ناچیز می توانیم با انجام تحقیق به تولید دانش پرداخته و با استفاده از آن و حل مشکلات مربوط به سلامت به توسعه پایدار برسیم؟ ناگزیر مجبور هستیم به منظور تخصیص بهینه منابع، اولویت های خود را مشخص کنیم.

در مجموع در گذشته روند تعیین اولویت های تحقیقاتی در کشور عمدتاً با استفاده از نظرات محققین و مدیران اجرائی بصورت ذهنی و بدون استفاده نظام یافته از منابع اطاعتی یا نیازسنجی بود، که به نظر می رسد این امر در عمل کارائی لازم را نداشته باشد. در ۱۶ سال گذشته چند فعالیت عمده در سطح ملی در ایران انجام شده است که بیشتر معطوف به دید کلان و کلی بوده است (۷-۱۱). یک مطالعه کشوری با حمایت سازمان جهانی بهداشت در مورد وضعیت پژوهش در کشور نشان داد از مجموع ۱۱۷ واحد محیطی، ۶۱ واحدی که تعیین الویت کرده بودند، فقط ۲۱ (۳۴٪) واحد، از معیار ها برای تعیین اولویت های تحقیقاتی سود برده بودند. از طرف دیگر معیار های بکارگرفته شده متعدد و پراکنده بودند بطوریکه فراوان ترین معیار استفاده شده، امکان اجرای تحقیق با ۷ مورد بود (۱۲).

پس از انتشار یافته های مطالعه بالا حرکتی نوین در توسعه تحقیقات با حمایت مالی و پیگیری جدی معاون تحقیقات و فنآوری وزارت بهداشت

الف- مشارکت ذینفعان: ذینفعان افراد یا سازمان هایی هستند که از برون داد یک فرآیند تحت تاثیر قرار می گیرند، این افراد ممکن است از آن سود دیده یا زیان ببرند، محققان مراکز تحقیقاتی و سازمان های عضو شبکه، ذینفع اصلی تعیین اولویت های پژوهشی بوده و هم تولید کنندگان دانش و هم مصرف کنندگان آن هستند که برای تحقیق نیاز به انگیزه دارند. یکی از عمده ترین عوامل ایجاد کننده انگیزه علاقه به یادگیری و تحقیق بر روی موضوعات مورد علاقه است. به نظر می رسد چنانچه محققان خود در فرآیند تعیین اولویت ها مشارکت نمایند، احتمال بکارگیری آن بیشتر خواهد بود. در این پروژه افراد ذینفع برای کمیته راهبردی شناسائی شده و بر اساس شش عامل، اهمیت، نفوذ، قدرت، توان، جایگاه و علاقه مورد تحلیل و انتخاب قرار گرفته و امکان مشارکت آنها در پروژه فراهم گردید. گروه های ذینفع نمایندگان از شش گروه خبرگان و افراد صاحب نظر شاخص، پژوهشگران، مدیران، تامین کنندگان خدمات سلامت، تامین کنندگان بودجه پژوهشی و نمایندگان از جوامع مختلف تشکیل شده بود. نحوه مشارکت بصورت حضور در جلسات یا مکاتبه و با استفاده از یکی از روش های توافقی کیفی بارش افکار، بحث گروهی متمرکز، دلفی، تکنیک گروه های اسمی و کمی مانند رای گیری و امتیاز دهی بود.

ب- تحلیل وضعیت موجود و تعیین نیاز ها: نظر به گستردگی اجزاء شبکه از نظر جغرافیایی، جمعیت تحت پوشش، وجود سطوح متفاوت وضعیت اقتصادی، اجتماعی، در این مطالعه دستیابی به نیاز ها از طریق نیاز سنجی آسان نبوده و در صورت انجام دقیق نمی توانست باشد. در این طرح به منظور تحلیل وضعیت موجود به جای نیاز سنجی از تخمین نیاز ها استفاده شد. منابع مورد استفاده مقالات چاپ شده، گزارشات طرح های تحقیقاتی، مستندات کشوری آمار مرگ و میر (۲۶)، بار بیماری ها (۲۷)، شاخص های زیج حیاتی (۲۸)، مجموعه سیمای سلامت (۲۹)، بهره مندی از خدمات سلامت (۳۰)، گزارشات مرکز مدیریت بیماریها (۳۱-۳۲) و گزارشات نظام مراقبت (۳۳ و ۳۴) بود.

ج- مشخص کردن عناوین پژوهشی: با استفاده از مستندات تهیه شده در مرحله قبل حوزه های پژوهشی با مشارکت همه گروه های ذینفع تعیین شد. در این مرحله مستندات تهیه شده در فعالیت مرحله پیش و نیاز های تعیین شده در گروه ها مطرح و با تشکیل جلسات متعدد با حضور ذینفعان و با استفاده از روش های بارش افکار، مباحثات گروهی متمرکز، تکنیک گروه های اسمی و در مواردی روش دلفی عناوین پژوهشی تعیین شد.

د- معیارهای امتیاز دهی و امتیاز دهی به عناوین پژوهشی تعیین شده: در این پروژه از معیارهای توصیه شده مدل CHOHRED (۲۵) استفاده شد ولی نظر به عدم تناسب برخی از معیارهای پیشنهاد شده، تغییرات اندکی در معیارها و امتیازات داده شد (۳۵). توضیحات و علل این تغییرات در گروه مربوطه ذکر خواهد شد. در جدول ۱ معیارهای توصیه شده CHOHRED و نحوه امتیازبندی آنها با تغییرات اعمال شده نشان داده می شود.

جدول ۱: معیار های تعیین اولویت های پژوهشی

| معیارها | CHOHRED | | تغییرات اعمال شده | |
|-----------------------------|----------------|--------|-------------------|--------|
| | تعداد سئوال | امتیاز | تعداد سئوال | امتیاز |
| ضرورت | ۵ | ۱۵ | ۳ | ۹ |
| مناسبت | ۷ | ۲۱ | ۷ | ۲۱ |
| شانس موفقیت برای اجرا | ۴ | ۱۲ | ۲ | ۶ |
| تاثیر نهائی پیامد های پژوهش | ۴ | ۱۲ | ۸ | ۲۴ |
| جمع امتیازات | ۲۰ | ۶۰ | ۲۰ | ۶۰ |

همانطور که در جدول ۱ دیده می شود، معیارها به چهار گروه ضرورت، مناسبت، شانس موفقیت برای اجرا و تاثیر نهائی پیامد های پژوهش تقسیم می شود.

گروه ۱- ضرورت: معیارهای این گروه، عناوین طرح های پیشنهادی را غربال می کند و طرح های غیرضروری را کنار می گذارد. سئوال کلیدی این است: آیا لازم است این پژوهش انجام شود؟ معیارهای این گروه تعیین می کند آیا طرح پیشنهادی مناسب جمعیت هدف است و به تکرار مطالعات گذشته نمی پردازد. سه معیار این گروه شامل مسائل اخلاقی در پژوهش وجود پاسخ کامل (معتبر، پایا، دقیق و در دسترس) به سئوال مطرح شده و احتمال تأیید و حمایت مسئولین است. دو معیار حقوق بشر و جنبه های حقوقی و قانونی از این گروه حذف شد. علت حذف معیار مربوط به حقوق بشر واضح نبودن و نداشتن تعریف مشخص از آن بود و علت حذف معیار تلقی غیر قانونی بودن انجام پژوهش وجود مرجع دیگری برای ارزیابی حقوقی و قانونی بودن مطالعات می باشد.

گروه ۲- مناسبت: هدف از معیار های این گروه حصول اطمینان از این است که پژوهش بر روی طرح پیشنهادی برای جمعیت هدف مناسب بوده و با در نظر گرفتن عدالت و برابری به مشکلات مربوط به سلامتی جامعه می پردازد. سئوال کلیدی این است: چرا باید این پژوهش را انجام دهیم؟ معیارهای این گروه شامل نیاز های جامعه، فراوانی، شدت، روند مشکل، مطابقت با اولویت های ملی، فوریت و تاکید بر عدالت است. این گروه دارای ۷ معیار بوده و هیچ تغییری در آن اعمال نشد.

گروه ۳- احتمال موفقیت برای اجرا هدف از معیار های این گروه ارزشیابی توانائی و وجود منابع مورد نیاز جهت انجام پژوهش بر روی طرح پیشنهادی است. سئوال کلیدی این است: آیا توانائی انجام این پژوهش وجود دارد؟ معیار های این گروه شامل ظرفیت نظام برای انجام پژوهش و احتمال حمایت مالی است. دو معیار توجیه اقتصادی و توجیه زمانی از این گروه حذف شد. زیرا در عناوین و حیطه های پژوهشی تهیه شده در مرحله قبلی منابع مالی مورد نیاز و زمان لازم برای اجرای طرح وجود ندارد تا بتوان در مورد توجیه اقتصادی و زمانی قضاوت نمود، به نظر می رسد که این دو معیار در مرحله تعیین اولویت های پژوهشی مناسب نباشند مگر اینکه موضوعات پژوهشی با بودجه و برنامه زمانبندی ارائه شده باشد. یادآور می شود در مورد توجیه اقتصادی یک معیار با عنوان میزان صرفه جوئی در هزینه ها در گروه چهار وجود دارد.

گروه ۴- تاثیر نهائی پیامد های پژوهش: هدف از معیار های این گروه برآورد فایده حاصل از بکارگیری یافته های پژوهش و تعیین ارزش و کارایی آن است. سئوال کلیدی این است: این پژوهش چه چیزی نصیب گروه های ذینفع می شود؟ معیارهای این گروه شامل بکارگیری یافته ها و استمرار آن، تاثیر بر وضعیت سلامت جامعه (پوشش جمعیت، کاهش بار یا وسعت مشکل، تاثیرات بر وضعیت سلامت در آینده)، امکان حل یا تخفیف مسئله یا قابل پیشگیری بودن یا بهبود کیفیت، میزان صرفه جوئی در هزینه ها، میزان مشارکت گروه های بینابینی و ظرفیت سازی برای پژوهش است. این گروه دارای ۸ معیار می باشد که در مدل CHOHRED به پنج دسته زیر تقسیم شده بود:

۱- بکارگیری یافته ها و استمرار آن ۲- تاثیر بر وضعیت سلامت جامعه (پوشش جمعیت، کاهش بار یا وسعت مشکل، تاثیرات بر وضعیت سلامت در آینده) ۳- امکان حل یا تخفیف مسئله یا قابل پیشگیری بودن یا بهبود کیفیت ۴- میزان صرفه جوئی در هزینه ها ۵- میزان مشارکت گروه های بینابینی و ظرفیت سازی برای پژوهش است.

یافته ها

این مطالعه با مشارکت ۴۸ نفر از اعضای هیات علمی دانشگاه ها، مراکز تحقیقاتی بیماریهای عفونی گرمسیری عضو شبکه بیماریهای عفونی گرمسیری کشور، مدیران اجرائی و کارشناسان وزرات بهداشت درمان و آموزش پزشکی، یک نماینده مجلس عضو کمیسیون بهداشت و درمان، نمایندگان از محققین غیر هیئت علمی، متخصص بیماری های عفونی شاغل در بخش خصوصی، دستیاران عفونی، دانشجویان پزشکی، کارشناسان حوزه های، پژوهش، بهداشت، درمان، سازمان بهزیستی، سازمان تامین اجتماعی، شرکت های دارویی، اصناف مختلف و رابطین بهداشتی انجام شد. در تنظیم یافته های تحقیق سعی شده است به جای عناوین پژوهشی به بیان حوزه های پژوهشی پرداخته شود که تعدادی موضوع و عنوان در ذیل آن می توان تعریف نمود.

هیچده بیماری، حالت و عنوان پژوهشی به عنوان اولویت های پژوهشی شبکه بیماریهای عفونی کشور بدست آمد. اولویت های تحقیقاتی بدست آمده به ترتیب اولویت شامل عفونت های بیمارستانی، HIV/AIDS و عفونت های منتقله از راه جنسی، آنفولانزای فصلی، پرندهاگن و H1N1، نظام ثبت و گزارش دهی بیماریهای عفونی، آمادگی سطوح مختلف نظام سلامت در هنگام بروز پاندمی ها، اپیدمی ها، طغیان ها، بلایای طبیعی و حوادث غیر مترقبه، نقش مهاجرین در انتشار بیماری های عفونی در ایران، مقاومت های دارویی، سل ریوی، محافظت از کارکنان سلامت و Needle Stick Injury، ایمن سازی، پنومونی، مننژیت، هپاتیت های حاد ویروسی، عفونت های نوپدید، بازپدید و بیوتروریسم، تب مالت، عفونت در میزبانان خاص و پرخطر، ویروس های ایجاد کننده تب های خونریزی دهنده یا تب های ناشی از بندپایان و عفونت های گوارشی و مسمومیت های غذایی بود. اکثر بیماری ها از جنبه های خاصی دارای اولویت پژوهشی بودند در مجموع ۷۸ حوزه پژوهشی به ترتیب اولویت ارائه می گردد.

ولی در مطالعه ما به هر ۸ گزینه امتیاز در نظر گرفته شد. یک علت این موضوع با اهمیت بودن معیار های این گروه بود و علت دیگر اینکه چون در نظر بود چهارچوب مدل CHOURED حفظ شود ناگزیر امتیازات سه معیار حذف شده از گروه ۱ و ۳ باید در جای مناسب دیگری لحاظ می شد. بدین ترتیب تعداد معیار بیست عدد حفظ شد که ارزش هر یک از آنها یکسان بوده و بین صفر و سه می باشد. و هر عنوان پژوهشی دارای یک امتیاز بین صفر و ۶۰ خواهد شد که کسب امتیاز ۶۰ توسط یک عنوان به معنی داشتن بالاترین اولویت خواهد بود.

پس از تنظیم و توافق برای معیار ها در کمیته راهبردی به هر یک از عناوین پژوهشی آماده شده، بر اساس فهرست معیار ها، توسط منتخبی از ذینفعان داخلی و چند نفر از خارج از کمیته راهبردی امتیاز داده شد. میانگین امتیازات به عنوان امتیاز آن عنوان پژوهشی منظور شد. تعداد امتیاز دهندگان ۱۴ نفر بودند که ۱۰ نفر از داخلی و ۵ نفر خارج از اعضای شبکه بودند. افراد خارج از شبکه شامل متخصصین پزشکی اجتماعی، اپیدمیولوژیست ها، متخصصین آمار، بودند. علت انتخاب افراد امتیاز دهنده خارج از گروه آموزشی، نقش تعدیل کننده آنها، اشراف به تمامی معیار ها و بی طرفی آنها بود. در این مطالعه به جای امتیاز دهی بر اساس عناوین معیار ها (ضرورت، مناسبت، احتمال موفقیت برای اجرا، تاثیر نهائی پیامد های پژوهش) اجزای آنها یعنی به ۲۰ معیار قرار داده شده در فهرست امتیاز داده شد. این اقدام روائی مطالعه را بالا می برد. در عمل دیده شده است در مواردی که به جای معیار های بیست گانه عناوین معیار استفاده شود. برداشتی که از این عناوین چهارگانه بخصوص در مورد ضرورت و مناسبت می شود نه تنها یکسان نبوده بلکه با اجزای تشکیل دهنده آن نیز مطابقت نداشته است.

۵- تعیین اولویت های پژوهشی: در این مرحله با تشکیل کمیته تلفیق عناوین پژوهشی طبقه بندی شده و با تجمیع عناوین حوزه های پژوهشی تشکیل و اولویت های پژوهشی بر حسب امتیازات کسب شده فهرست گردید. این مدل پیش از این در تعیین اولویت های پژوهشی سه دانشگاه و مرکز تحقیقاتی استفاده شده است (۳۹-۳۶).

اولویت های پژوهشی شبکه بیماریهای عفونی گرمسیری کشور

۱. عفونت های بیمارستانی با تاکید بر گروه های پرخطر

اپیدمیولوژی

اتیولوژی

عوامل خطر

روش های تشخیصی

روش های درمانی و عوارض

روش های پیشگیری و کنترل

آگاهی، نگرش و عملکرد

نظام مراقبت

۲. HIV/AIDS و عفونت های منتقله از راه جنسی

اپیدمیولوژی

روش های پیشگیری و کنترل و کارائی برنامه های مداخله ای با تاکید بر گروه های پرخطر

عوامل خطر

برنامه های مداخله ای بر افزایش آگاهی، بهبود نگرش و عملکرد با تاکید بر گروه های پرخطر

رابطه HIV/AIDS با عوامل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و مذهب

برنامه های مداخله ای برای بهبود بقا و درمان رترو ویروسی

نظام مراقبت

۳. آنفولانزای فصلی، پندگان، HINI
اپیدمیولوژی
روش های پیشگیری و کنترل با تاکید بر گروه های پرخطر
عوامل خطر
برنامه های مداخله ای بر افزایش آگاهی، بهبود نگرش و عملکرد با تاکید بر گروه های پرخطر
ساخت واکسن
نظام مراقبت
۴. وضعیت، راهکارهای ارتقاء کمی و کیفی نظام ثبت و گزارشدهی بیماریهای عفونی بخصوص در بخش غیر دولتی
۵. نقش مهاجرین در انتشار بیماری های عفونی در جمهوری اسلامی ایران
۶. وضعیت، راهکارهای ارتقاء کیفی در مورد آمادگی سطوح مختلف نظام سلامت در هنگام بروز پاندمی ها، اپیدمی ها، طغیان ها، بلایای طبیعی و حوادث غیر مترقبه
۷. مقاومت های دارویی
اپیدمیولوژی
اتیولوژی و عوامل خطر
مدیریت و جنبه های اقتصادی
نظام مراقبت
۸. سل ریوی با تاکید بر گروه های پرخطر (مهاجرین، زندانیان، HIV مثبت)
اپیدمیولوژی
روش های پیشگیری و کنترل
روش های تشخیصی
روش های درمانی و مقاومت دارویی
نظام مراقبت
۹. محافظت از کارکنان سلامت و Needle Stick Injury
ایمن سازی، آموزش، اقدامات پیشگیری، پایش، گزارش و پیگیری
استاندارد ها
۱۰. ایمن سازی
نظام مراقبت
عوارض
جنبه های مدیریتی
واکسن های جدید
۱۱. پنومونی
اپیدمیولوژی
اتیولوژی
درمان
ایمن سازی در گروه های پرخطر
۱۲. مننژیت
اپیدمیولوژی
اتیولوژی
تشخیص
ایمن سازی در گروه های پرخطر
نظام مراقبت
۱۳. هپاتیت های حاد ویروسی
اپیدمیولوژی
پیشگیری و کنترل
برنامه های مداخله ای بر افزایش آگاهی، بهبود نگرش و عملکرد با تاکید بر گروه های پرخطر
۱۴. عفونت های نوپدید، بازپدید و بیوتروریسم
آمادگی سطوح مختلف نظام سلامت
دیده بانی و پیش بینی به موقع
۱۵. تب مالت
اپیدمیولوژی
پیشگیری و کنترل
برنامه های مداخله ای بر افزایش آگاهی، بهبود نگرش و عملکرد با تاکید بر گروه های پرخطر

۱۶. عفونت در میزبانان خاص و پرخطر (معتادان تزریقی، بیماران پیوندی، دیابت، نقص ایمنی، سوختگی، دیالیز، سرطان، مسافری و مهاجرین)

اپیدمیولوژی
اتیولوژی
پیشگیری
تشخیص زودرس
ایمن سازی
نظام مراقبت

۱۷. ویروس های ایجاد کننده تب های خونریزی دهنده یا تب های ناشی از بندپایان

اپیدمیولوژی
اتیولوژی
تشخیص
درمان
کنترل

نظام مراقبت

۱۸. عفونت های گوارشی و مسمومیت های غذایی

اپیدمیولوژی
اتیولوژی
تشخیص
پیشگیری و کنترل
نظام مراقبت

عفونت های نوپدید، بازپدید و بیوتروریسم و دیده بانی و پیش بینی به موقع می باشد.

در مقایسه با ۲۰ اولویت های تحقیقاتی اعلام شده از سوی معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در خرداد ۱۳۷۶ ملاحظه می شود که نه اولویت عفونت های بیمارستانی، HIV/AIDS و عفونت های منتقله از راه جنسی، سل ریوی، پنومونی، مننژیت، هپاتیت های ویروسی، تب مالت، عفونت در میزبانان خاص و پرخطر، و عفونت های گوارشی و مسمومیت های غذایی با جایگاهی های در رتبه با اولویت های بدست آمده از این مطالعه مشترک است (۱۱). در آن گزارش سل رتبه اول، عفونت های بیمارستانی رتبه دوم و HIV/AIDS رتبه ۹ را دارا بود در حالیکه در مطالعه حاضر عفونت های بیمارستانی رتبه اول HIV/AIDS رتبه دوم و سل رتبه هشتم را اشغال کرده است. سه اولویت تحقیقاتی آنفولانزا، مقاومت های دارویی و ویروس های ایجاد کننده تب های خونریزی دهنده یا تب های ناشی از بندپایان در آن زمان اهمیت فعلی را نداشتند، و موضوعات جدیدی مانند آمادگی نظام سلامت نقش مهاجرین در انتشار بیماری های عفونی، محافظت از کارکنان سلامت، عفونت های نوپدید، بازپدید و بیوتروریسم و دیده بانی و پیش بینی به موقع مطرح شده است. این مطالب نشان می دهد که از یک طرف مشکلات فعلی بیماری های عفونی از نظر محققین در نیمی از موارد همان مشکلات ۱۲ سال قبل است و از طرف دیگر به مشکلات جدید نیز توجه لازم داده شده است.

کمیسیون پزشکی شورای پژوهشهای علمی کشور در سال ۱۳۷۰ اولویت های تحقیقاتی گروه پزشکی را تعیین کرده است (۹). در آن گزارش سه زیر محور تحقیقاتی که به نوعی با بیماری های عفونی مرتبط است، شامل اپیدمیولوژی بیماریها، پیشگیری و کنترل بیماریها و عوامل بیولوژیک بیماریها را بود که در یافته های مطالعه حاضر نیز دو حوزه از سه حوزه ذکر شده تکرار شده است.

از نظر زیر موضوع های دارای اولویت پژوهشی، سه موضوع مربوط به نظام مراقبت، اپیدمیولوژی، روش های پیشگیری و کنترل به ترتیب با ۱۳، ۱۲ و ۹ مورد بیشترین اولویت پژوهشی ذکر شده را دارد. به عبارت دیگر سه حیطه نظام مراقبت (با رتبه سیزده)، اپیدمیولوژی (با رتبه دوازده) و روش های پیشگیری و کنترل (با رتبه نه) به ترتیب اولویت های پژوهشی اول تا سوم این مطالعه هستند. از نکات قابل توجه این مطالعه ذکر ۱۰ بارگروه های پرخطر است، همچنین توجه به موضوعاتی نظیر آمادگی سطوح مختلف نظام سلامت در هنگام بروز پاندمی ها، اپیدمی ها، طغیان ها، بلایای طبیعی و حوادث غیر مترقبه، نقش مهاجرین در انتشار بیماری های عفونی در جمهوری اسلامی ایران، محافظت از کارکنان سلامت، عفونت های نوپدید، بازپدید و بیوتروریسم و دیده بانی و پیش بینی به موقع می باشد

بحث

دست آورد این مطالعه تعیین ۷۸ اولویت های پژوهشی در ۱۸ حیطه مربوط به بیماری های عفونی بود. از نظر زیر موضوع های دارای اولویت پژوهشی، سه موضوع مربوط به نظام مراقبت، اپیدمیولوژی، روش های پیشگیری و کنترل به ترتیب با ۱۳، ۱۲ و ۹ مورد بیشترین اولویت پژوهشی ذکر شده را دارد. به عبارت دیگر سه حیطه نظام مراقبت، اپیدمیولوژی و روش های پیشگیری و کنترل به ترتیب اولویت های پژوهشی اول تا سوم این مطالعه هستند. این موضوع نشان دهنده دید فرا بخشی و کشوری مشارکت کنندگان در زمان پیشنهاد موضوعات و امتیاز دهی است.

از ویژگی های دیگر این مطالعه توجه به موضوعات جدید نظیر آمادگی سطوح مختلف نظام سلامت در هنگام بروز پاندمی ها، اپیدمی ها، طغیان ها، بلایای طبیعی و حوادث غیر مترقبه، نقش مهاجرین در انتشار بیماری های عفونی در جمهوری اسلامی ایران، محافظت از کارکنان سلامت،

در مقایسه با یافته های بار بیماری ملاحظه می شود که شش بیماری پنومونی، عفونت های دستگاه گوارشی، هپاتیت ها، مننژیت، سل، بروسلوز دارای اولویت تحقیقاتی می باشد.

نتیجه گیری

این مطالعه ۷۸ اولویت های پژوهشی در ۱۸ حوزه مربوط به بیماری های عفونی را مشخص کرد. سه موضوع نظام مراقبت، اپیدمیولوژی، روش های پیشگیری و کنترل به ترتیب بیشترین اولویت پژوهشی را داشتند. در مقایسه با ۱۲ سال قبل نیمی از موضوعات همچنان دارای اولویت بودند ولی در این مطالعه به آمادگی نظام سلامت، عفونت های نوپدید، بازپدید و بیوتورویسم و نظام مراقبت توجه بیشتری شده بود.

انتظار می رود یافته های این تحقیق بتواند از طریق تخصیص مناسب اعتبارات پژوهشی، با هدایت روند تحقیق به سوی اولویت ها، موجب خلق دانش و بکارگیری آن در حل مشکلات، ایجاد انگیزه در محققین، ایجاد بستر و فرهنگ تحقیق و استمرار آن و در نهایت موجب ارتقاء سطح سلامت جامعه گردد.

تقدیر و تشکر

وظیفه خود می دانیم که از جناب آقای دکتر محمد مهدی گویا رئیس محترم مرکز مدیریت بیماریها و شبکه تحقیقات بیماریهای عفونی و گرمسیری کشور به خاطر حمایت های ارزنده ایشان، روسا و نمایندگان محترم موسسات و مراکز تحقیقاتی تحت پوشش شامل، انستیتو پاستور ایران، اداره آزمایشگاه رفرانس، مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی و گرمسیری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مرکز تحقیقات میکروبیشناسی بالینی، مؤسسه تحقیقات واکسن و سرم سازی رازی، معاونت بهداشتی و پیشگیری سازمان دامپزشکی ایران، مرکز تحقیقات بیماری های عفونی اطفال دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز تحقیقات بیماری های عفونی اطفال دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مرکز تحقیقات بیماری های عفونی اطفال دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات بیماری ایدز دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، مرکز مدیریت بیماری ها، اعضای محترم شورای پژوهشی شبکه، بخصوص اساتید گرانقدر آقایان دکتر ابوالحسن ندیم، دکتر کورش هلاکوئی، دکتر شهرام حبیب زاده، دکتر سعید بوذری، دکتر بهروز عطائی به خاطر پیشنهادات ارزشمند، امتیاز دهی و مساعدت در به انجام رسیدن این طرح سپاسگزاری نمائیم.

در آخرین تعیین اولویت های تحقیقاتی گروه پزشکی کمیسیون پزشکی شورای پژوهشهای علمی کشور در سال ۱۳۷۸، پیشگیری از ۸ بیماری مالاریا، بروسلوز، سل، لیشمانیوز، تیفوئید، التور، STD و هپاتیت جزء اولویت های مربوط به بیماری های عفونی تعیین شده است (۱۰) که در مطالعه حاضر نیز پنج مورد از آنها به نوعی جزء اولویت ها قرار گرفته است.

سئوالی که پیش می آید این است که چرا در اعلام اولویت های پژوهش در طول ۱۲-۱۰ سال موضوعات همانندی مطرح می شود. برای پاسخ به این سؤال سه فرضیه مطرح می شود. اول، موضوعات همچنان بطور واقعی وجود دارند. دوم، در طول این سالها یا تحقیقات کافی در این موارد نشده است یا تحقیقات انجام شده نتوانسته است مشکلات را حل کند. سوم، مشارکت کنندگان در فرایند تعیین اولویت ها بر اساس اطلاعات و معیارها امتیاز نداده اند.

باید خاطر نشان کرد که عناوین پیشنهادی برای فرایند تعیین اولویت های پژوهشی بیماری های عفونی توسط متخصصین عفونی پیشنهاد شده و یا از منابع مربوط به بیماریهای عفونی استخراج شده است. همچنین امتیاز دهی نیز عمدتاً توسط متخصصین بیماری های عفونی انجام گرفته است. با اینکه دو بیماری سل و هپاتیت های ویروسی دارای متولیان دیگری به جز متخصصین عفونی هستند (ریه، داخلی، گوارش، کودکان) باز هم جزء اولویت تحقیقاتی هستند و این نشان دهنده اهمیت بسیار زیاد این دو بیماری است. برای اینکه ببینیم بین اولویت های تعیین شده در این مطالعه با علل مرگ و بار بیماری چه رابطه ای وجود دارد، از یافته های دو مطالعه زیر استفاده می شود. چهار علت اول مرگ به علت بیماری های عفونی در کشور در سال ۱۳۸۲ بر اساس برآورد حاصل از داده های ۲۳ استان تحت مطالعه به ترتیب شامل پنومونی، سایر عفونت های حاد تنفسی، سل ریوی، هپاتیت های ویروسی می باشد (۲۶) که هر چهار مورد جزء اولویت های بدست آمده از این مطالعه می باشد. بار بیماری های عفونی بر اساس تنها مطالعه انجام شده در شش استان آذربایجان شرقی، بوشهر، چارمحال بختیاری، خراسان، هرمزگان و یزد نشان می دهد که حدود ۸۸٪ بار بیماری ناشی از بیماری های عفونی به بیماریهای اسهالی، هپاتیت B و C و سل تعلق دارد (۲۷)، ولی چون در ارائه نتایج آن مطالعه، عفونت های تنفسی تحتانی و مننژیت به ترتیب در دسته بیماری های دستگاه تنفسی و سیستم عصبی طبقه بندی شده است، لازم است به سهم آنها در بار بیماری توجه گردد. سهم بار بیماری به علت مننژیت به اندازه هپاتیت ها و سهم عفونت های تنفسی تحتانی حدود هشت برابر سل یا سه برابر بیماری های اسهالی می باشد. جدول ۲ وضعیت بار بیماری های عفونی را پس از تصحیح طبقه بندی بر حسب علت نشان می دهد.

جدول ۲. وضعیت بار بیماری های عفونی کشور

| رتبه | نام بیماری | بار بیماری (DALYs) | % از DALYs |
|------|-------------------|--------------------|------------|
| ۱- | پنومونی | ۵۱۵۶ | ۵۰ |
| ۲- | بیماری های اسهالی | ۱۶۷۵ | ۱۶/۲ |
| ۳- | هپاتیت B و C | ۱۳۱۳ | ۱۲/۷ |
| ۴- | مننژیت | ۱۲۴۹ | ۱۲ |
| ۵- | سل | ۶۷۲ | ۶/۵ |
| ۶- | بروسلوز | ۱۵۵ | ۱/۵ |
| ۷- | کیست هیداتید | ۱۲۰ | ۱/۱ |
| | جمع | ۱۰۳۴۰ | ۱۰۰ |

REFERENCES

1. Research in Developing Countries. Health Research. Oxford University Press. Oxford. 1990. pp 45-51.
2. Malekafzali H. Medical Research Development Guideline. Health & Medical Development Conferences. HMDC. Avcina the Great Cultural Institute. 2001.
۳. عزیزی فریدون. افق تحقیقات پزشکی در کشور. پژوهش در پزشکی، مجله پژوهشی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، سال ۱۹، شماره های ۱ و ۲، صص ۱-۱۴.
۴. محمدی محمد رضا، مسگرپور بیتا. تحقیقات علوم پزشکی در ایران و جهان از دیدگاه سیستمی. مجله پژوهشی حکیم، تابستان ۱۳۸۱، دوره پنجم، شماره دوم، صص ۱۶۷-۱۵۱.
۵. منصوری رضا. دانشگاه و تعریف آن. رهیافت، ۱۳۸۰، شماره ۲۴، صص ۲۹-۱۶.
۶. سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور. گزارش عملکرد دولت (۱۳۷۶ تا ۱۳۸۰). چاپ دوم، مرکز مدارک علمی و انتشارات سازمان مدیریت کشور، شهریور ۱۳۸۰، ص ۷۱.
۷. عزیزی فریدون. وضعیت تحقیقات در کشور. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال ۱۸، شماره ۱، صص ۱-۴.
۸. شورای پژوهشهای علمی کشور. شاخص های تعیین اولویت های تحقیقاتی، تیر ماه ۱۳۷۲، صص ۲-۳.
۹. عزیزی فریدون و همکاران. تعیین اولویت های تحقیقاتی گروه پزشکی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال پانزدهم، شماره ۳، ۴ صص ۱۱-۳.
۱۰. عزیزی فریدون، عینی الهه. اولویت های تحقیقاتی علوم پزشکی کشور. رهیافت، شماره بیست و هفتم، بهار ۱۳۸۱، صص ۲۶-۱۴.
۱۱. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت پژوهشی. اولویتهای تحقیقاتی علوم پزشکی کشور. جلد اول، خرداد ۱۳۷۶.
۱۲. فرسار احمد رضا، کلاهی علی اصغر، ملک افضل حسین. وضعیت تعیین اولویت های پژوهشی کشور. معاونت تحقیقات و فناوری، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۱.
13. Malekafzali H. Needs Assessment and priority Setting in Health Care and Research in Ten Universities of Medical Sciences in Iran. Dec 2007. Available from http://info.worldbank.org/etools/mdfdb/docs/WP_TESEV3.pdf
۱۴. امامی سیدرضا، تهمتن فاطمه، نبی پور ایرج، عزیزی فاطمه، ظفرمند محمدهادی، نخعی کورش. ارزیابی نیازهای سلامت جامعه به منظور تدوین اولویت های برتر پژوهشی در شهر بوشهر به روش بحث متمرکز گروهی. طب جنوب، فصلنامه پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر، ۱۳۸۱؛ دوره ۵، اسفند، شماره ۲: صفحات ۱۷۶ تا ۱۸۰.
۱۵. کریمی غریب، دمازی بهزاد، قره باغیان احمد، رهبری مریم، وفاپیان ویدا، میناب سالمی الهام. نیازسنجی و تعیین اولویت های پژوهشی در مرکز تحقیقات سازمان انتقال خون ایران. فصلنامه پژوهشی خون، ۱۳۸۴؛ دوره ۲، تابستان، شماره ۴: صفحات ۱۲۳ تا ۱۳۴.

۱۶. نجات سحرناز، مجدزاده سیدرضا، حشمت رامین، نوری زاده فرساد، اعتمادی آرش. راهنمای اولویت بندی پژوهشی و مداخلات بهداشتی در زمینه عوامل خطر بیماری ها. پایش، فصلنامه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، ۱۳۸۳؛ دوره ۳، تابستان، شماره ۳: صفحات ۱۷۷ تا ۱۸۴.

۱۷. یزدان پناه بهروز، پوردانش فریدون، صفری میترا، رضایی مهرداد، استوار رحیم و همکاران. تعیین اولویت های پژوهشی حوزه سلامت از طریق نیازسنجی در استان کهگیلویه و بویراحمد. ارمان دانش، فصلنامه علمی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، ۱۳۸۲؛ دوره ۸، پاییز، شماره ۳۱: صفحات ۱ تا ۲۰.

۱۸. خدیوی رضا، رئیسوی روبا، حبیبی شهرزاد، قادری سیم ، شیروانی حمید و همکاران. توانمند سازی مردم در تعیین اولویت های پژوهشی منطقه پایگاه تحقیقات جمعیتی فرخشهر، استان چهارمحال و بختیاری. جله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ۱۳۸۵؛ دوره ۸، ویژه نامه تحقیقات جمعیتی، شماره : صفحات ۳۷ تا ۴۵

۱۹. مجیدپور علی، امینی ثانی نیره، عدالتخواه حسن، سزاوار سید هاشم، شعبانی مسعود و همکاران. تعیین اولویت های پژوهشی حوزه سلامت در استان اردبیل: به عنوان یک تجربه. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل پاییز ۱۳۸۲؛ سال ۳ شماره ۱ صفحات ۷ تا ۲۲.

۲۰. حتمی زینت نادیا، محمدی نوید، صداقت مجتبی. تعیین اولویت های پژوهشی در گروه های آموزشی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۸۴-۱۳۸۳. مجله دانشکده پزشکی ۱۳۸۴ سال ۶۳ شماره ۱۱ صفحات ۹۰۳ تا ۹۱۳.

۲۱. رضایی آشتیانی علی اکبر، هادی محمدعلی. تعیین مشکلات بهداشتی و اولویت بندی آنها در حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اراک در سال ۱۳۸۱. ره آورد دانش تابستان ۱۳۸۲؛ سال ۶ شماره ۲، صفحات ۲۲ تا ۲۷.

۲۲. ملک افضلی حسین، بحرینی فرح السادات، علاءالدینی فرشید، فروزان آمنه ستاره. اولویت های نظام سلامت بر پایه نیاز سنجی و مشارکت ذی نفعان در جمهوری اسلامی ایران. حکیم بهار ۱۳۸۶، سال دهم شماره ۱، صفحات ۱۳ تا ۱۹.

۲۳. جهانگیری کتایون، فتاپور محسن، هلاکویی نایینی کورش، آذین سیدعلی، سموات طاهره، و همکاران. عوامل موثر بر مشکلات مرتبط با تندرستی ساکنین منطقه ۱۷ شهر تهران و شناسایی راهکارهای مناسب در مقابله با آنها. پایش تابستان ۱۳۸۳، سال سوم شماره ۳، صفحات: ۱۹۳ تا ۱۹۹.

۲۴. مجدزاده سیدرضا، جمشیدی انسیه، قاجاریه سپانلو صدف، وفایی زنوز عباس، شاهده خندان و همکاران. چهارچوب نظری پایگاه تحقیقات جمعیت: بستری برای اجرای برنامه های ارتقای سلامت. پایش، فصلنامه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی بهار ۱۳۸۴؛ سال ۴، شماره ۲: صفحات ۸۹-۸۱

25. A Manual for Research Priority Setting Using the ENHR Strategy. The Council on Health Research for Development. COHRED Document 2000.3. March 2000. Available from <http://www.cohred.ch>

۲۶. نقوی محسن، جعفری ناهید. سیمای مرگ و میر در ۲۹ استان کشور سال ۱۳۸۳ کتاب پنجم. معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. چاپ اول، تهران آروبیچ، تیر ۱۳۸۶.

۲۷. مطالعه ملی بار بیماری ها و آسیب ها در ایران، معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. چاپ اول، تهران، ۱۳۸۶.

۲۸. گزارش مهمترین شاخص های زیج حیاتی مناطق روستایی کشور. روند شاخص ها طی سالهای ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۶ و توزیع دانشگاهی ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۶. مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت، معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۳۸۷

۲۹. سیمای سلامت. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. چاپ اول، تهران، نشر تبلور، ۱۳۸۱.

۳۰. نقوی محسن، جمشیدی حمید رضا. بهره مندی از خدمات سلامت سال ۱۳۸۱ در جمهوری اسلامی ایران. معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. چاپ اول، تهران تندیس، ۱۳۸۴.

۳۱. طباطبائی سید محمد، زهرائی سید محسن، احمدنیا هاله، قطبی مرجان، رحیمی فرانک. اصول پیشگیری و مراقبت از بیماری ها. مرکز مدیریت بیماریها، معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، چاپ دوم، تهران، مرکز مدیریت بیماریها و چکامه آوا، ۱۳۸۶

۳۲. مجموعه سی جلدی گزارشات و دستورالعمل بیماریها، مرکز مدیریت بیماریها، معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۳۳. اطلاعات و آمار بیماریهای واگیر در ایران ۱۳۸۴-۱۳۸۲ جلد سوم. مرکز مدیریت بیماریها، معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، چاپ اول، تهران، مرکز نشر صدا، ۱۳۸۷

۳۴. اطلاعات و آمار بیماریهای واگیر در ایران ۱۳۸۴-۱۳۸۲ جلد چهارم. مرکز مدیریت بیماریها، معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، چاپ اول، تهران، مرکز نشر صدا، ۱۳۸۷

35. World Health Organization. Meeting of the WHO Scientific Working Group on Criteria for Setting Health Research Priorities. New Delhi. April 2000.

36. Kolahi AA, Tahmoorezadeh S, Gachkar L, Mardani M. Research Priority Setting of Shaheed Beheshti Medical University Infectious Diseases and Tropical Medicine Research Center in 2007. Iranian J of Clinical Infectious Diseases 2008;3(2):79-87

۳۷. کلاهی علی اصغر، طهمورس زاده شاهرخ، سهرابی محمد رضا، بشارت مهدی، مرتضوی مریم، گچکار لطیف. بانک اطلاعاتی مستندات بیماری های عفونی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۸۴. فصلنامه بیماریهای عفونی و گرمسیری وابسته به انجمن متخصصین بیماریهای عفونی و گرمسیری تابستان ۱۳۸۶. سال دوازدهم شماره ۳۷، صفحات ۲۹ تا ۳۴.

۳۸. کلاهی علی اصغر، سوری حمید. تعیین اولویت های پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۸۶.

۳۹. کلاهی علی اصغر. تعیین اولویت های پژوهشی مرکز تحقیقات بیماری های قلب و عروق دانشگاه علوم شهید بهشتی در سال ۱۳۸۶

