

«به نام خداوند بخشاینده مهربان»

سند برنامه راهبردی مرکز تحقیقات سلامت معنوی

(۱۳۹۷-۱۴۰۲)

«گزارش نهایی»

به سفارش:

مرکز تحقیقات سلامت معنوی دانشگاه علوم پزشکی ایران

مجری:

گروه مؤلفه‌های اجتماعی و محیطی سلامت مؤسسه ملی تحقیقات سلامت

حامیان طرح:

حاج اسماعیل زمانیان (شرکت های رزپلیمر و رزسپان)

حاج علی عسکریان دماوندی (شرکت مهفام جام)

مشارکت‌کنندگان (به ترتیب حروف الفبا):

دکتر علی اصغر اصغرنژاد فرید، دکتر مریم رسولی، دکتر محمدمهدی شمسایی، فاطمه شیرزاد، دکتر سهند ریاضی، فاطمه خلیل ارجمندی، مرضیه خونانی، دکتر روح الله صدیق، زینب قائم‌پناه، مهرداد کاظم زاده عطوفی، سوسن محرابی و دکتر نادره معماریان

زیر نظر و باراسنایی: دکتر جعفر بوالهبری

این کار به سفارش مرکز تحقیقات سلامت معنوی و تصویب در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران و عقد قرارداد با دکتر نادره معماریان و بودجه‌اهدایی حاج اسماعیل زمانیان (شرکت‌های رز پلیمر و رز سپاهان) و حاج علی عسگریان دماوندی (شرکت مهفام جام) به انجام رسیده است.

فهرست مطالب

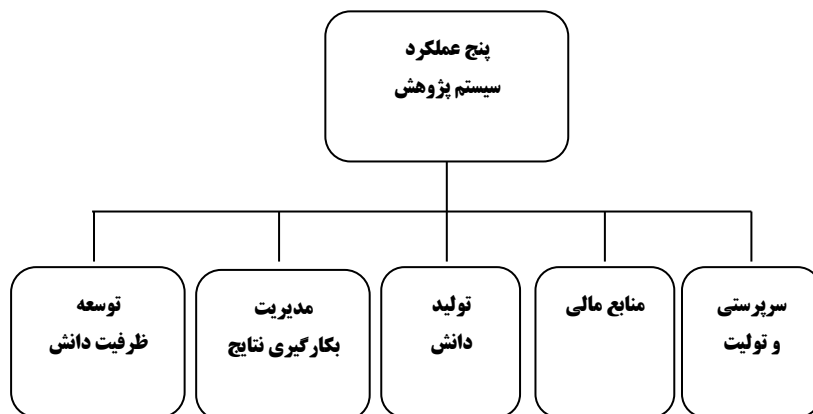
| | |
|----|---|
| ۱ | مقدمه |
| ۴ | اهداف |
| ۶ | روش انجام طرح |
| ۹ | نتایج |
| ۲۴ | بحث و نتیجه گیری |
| ۲۷ | ملاحظات اخلاقی |
| ۲۸ | پیوست (۱) پرسشنامه جمع آوری نظرات ذینفعان |
| ۲۹ | منابع |

مقدمه

سازمان‌های پژوهشی کارآمد ویژگی‌هایی دارند که آن‌ها را از سایر سازمان‌ها متمایز می‌سازد:

۱. منابع انسانی ویژه (خلاق، تحلیل‌گر)
۲. ایده‌های تولید شده نو و مشکل‌گشا (مدیریت ایده‌ها)
۳. فرهنگ سازمانی (مشارکتی، رقابت‌سازنده، سخت‌کوش)
۴. نحوه خاص به دست آوردن پشتوانه مالی و خلق ثروت

به طور کلی مدیریت در این مراکز به مدیریت بر مدیریت ناپذیران^۱ تعبیر می‌شود و تاکید این نکته حائز اهمیت است که مدیریت یک سازمان پژوهشی و انجام تحقیق دو موضوع کاملاً جدا و متفاوت هستند. عملکردهای یک سیستم پژوهشی را می‌توان به پنج دسته تقسیم نمود: سرپرستی و تولید، مدیریت منابع مالی، تولید دانش، مدیریت به کارگیری نتایج و توسعه ظرفیت دانش (شکل ۱).

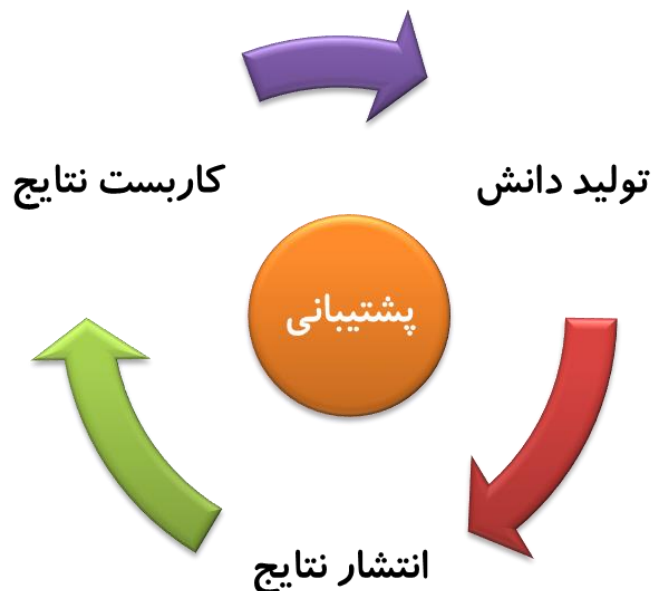


شکل ۱ - پنج عملکرد سیستم پژوهشی

این پنج عملکرد در یک جمع‌بندی چهار کارکرد را به صورت یک چرخه تشکیل می‌دهد (شکل ۲):

۱. تولید: وظیفه کلاسیک یک سازمان پژوهشی تولید دانش است که عموماً در قالب انجام طرح‌های پژوهشی انجام می‌گیرد. تولید نقطه آغاز چرخه می‌باشد.
۲. انتشار: انتشار بخشی از عملکرد بکارگیری نتایج است که به عمدتاً صورت گزارش طرح، مقاله، کتاب و غیره می‌باشد.
۳. کاربست نتایج: بخش دیگری از عملکرد بکارگیری نتایج است که نقش مهمتری از انتشار دارد. هدف اصلی این مرحله آن است که نتایج منتشر شده به صورت مناسب به دست مصرف‌کنندگان آنها رسیده و توسط آنها مورد استفاده قرار بگیرد. در این مرحله است که بر اساس بازخوردهای دریافت شده، ایده‌های پژوهشی شکل می‌گیرند که به عنوان ورودی در مرحله تولید دانش مورد استفاده قرار می‌گیرد.

۴. پشتیبانی چرخه: شامل عملکردهایی است که سه عملکرد بالا را تسهیل می نمایند شامل: سرپرستی و تولید (شامل مدیریت کلیه عملکردهای سازمان پژوهشی)، منابع مالی (شامل جذب منابع، مدیریت هزینه کرد آنها با تاکید بر استفاده از نتایج پژوهشی در جهت خلق ثروت) و توسعه ظرفیت دانش (شامل ارتقاء دانش، شبکه سازی بین پژوهشگران)



شکل ۲) فرآیندهای اصلی مدیریت پژوهش در مراکز تحقیقات

هر کدام از کارکرد گفته شده، زیر جزیی را شامل می شوند که برای ارزیابی عملکرد و مقایسه مراکز و رتبه بندی قابل مقایسه هستند. برای موفقیت در مدیریت سامانه های پژوهشی باید ذینفعان پژوهش در کل چرخه مشارکت داده شوند، این ذینفعان در ساده ترین حالت سه رأس یک مثلث هستند: «سرمایه گذاران پژوهشی، مصرف کنندگان و پژوهشگران». واقعیت آن است که سامانه های پژوهشی در هر سه مرحله اصلی با مشکلات زیادی مواجه هستند که در بررسی متون و گزارش های منتشر شده از طرف معاونت پژوهشی وزارت بهداشت و مرکز ملی تحقیقات عمده ترین این مشکلات را به شرح زیر می توان دسته بندی کرد:

مرحله تولید:

- تطابق ضعیف مشکلات با اولویت های پژوهشی (شکاف ۹۰/۱۰) امروز شکاف ده-نود در انجام تحقیقات وجود دارد به عبارت دیگر ۹۰٪ منابع تحقیقاتی برای ده درصد مشکلات مردم در آن حوزه هزینه می شود و عملاً ۹۰ درصد مشکلات مردم بدون استفاده از شواهد توسط مدیران و سیاست گذاران تصمیم گیری می شود، واضح است که پر کردن این شکاف نیازمند داشتن نظام کاری مدیریت پژوهش است.
- کیفیت پایین متدولوژی طرحها
- ضعف در سرپرستی، پایش و مدیریت طرح های تحقیقاتی

مرحله نشر:

- عدم انتشار نتایج طرح‌ها
- انتشار نتایج طرح‌ها در مجلاتی با امتیاز علمی پژوهشی که عموماً کاربران و سیاست‌گذاران آن‌ها را مطالعه نمی‌کنند

مرحله کاربردی نتایج:

- تمایل کم پژوهش‌گران، کاربران، سیاست‌گذاران و مدیران پژوهشی به کاربردی کردن نتایج
- قطع بودن حلقه ارتباط بین سه گروه

سایر مشکلات ذکر شده در بررسی متون عبارت است از: مدیریت پژوهشی ناکارآمد، پشتیبانی نامناسب قانونی پژوهشگران، موانع قانونی انجام پژوهش، مشکلات معیشتی پژوهش‌گران، ارتباط نامناسب بین دانشگاه و صنعت، فقدان سیاست‌های جامع علمی و پژوهشی در کشور

به نظر می‌رسد مهمترین مشکل در سازمان‌های پژوهشی کشور و از جمله مرکز نوپای "تحقیقات سلامت معنوی"، نداشتن برنامه یا برنامه مناسب است. مشکلاتی که سازمان‌های پژوهشی کشورمان با آن مواجه هستند ناشی از ضعف نگاه جامع به فرایند مدیریت پژوهشی شامل تولید، نشر و کاربردی کردن است. داشتن برنامه استراتژیک مدون برای فرایندهای پژوهشی، ضمن تسهیل امور و کاهش تضادهای سازمانی، پاسخگویی به مشتریان را تقویت می‌کند؛ علاوه بر این، موجب می‌شود تا نظام منسجم و مدونی برای مدیریت پژوهش مرکز ایجاد شود تا بتواند در دراز مدت پاسخگوی چالش‌های محیط بیرونی نیز باشد. داشتن برنامه و نظام کاری برای همکاری در دستیابی به چشم‌انداز ۲۰ ساله کشور در بخش سلامت، یافتن راه‌حلی در مورد مشکلات اصلی مردم کشور در حوزه سلامت (پاسخگویی اجتماعی) و توسعه علم و فناوری در این راستا در سطح بین‌المللی از دیگر ضرورت‌های تدوین برنامه راهبردی است تا از این طریق تخصیص دهندگان منابع به خوبی با رویکردهای این مرکز آشنا شوند.

مرکز تحقیقات سلامت معنوی دانشگاه علوم پزشکی ایران واقع در دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان در سال ۱۳۹۶ به دنبال ۳۰ سال کار پی در پی در حوزه مطالعات اسلامی در سلامت روان و در نتیجه پیامد این تلاش‌ها، با گرفتن مجوز از وزارت بهداشت راه‌اندازی شد. در این مرکز تا کنون ۱۳ طرح به تصویب رسیده که ۷ طرح (۵۴ درصد) از طریق فراخوان، ۴ طرح (۳۱ درصد) توسط محققان مرکز و ۲ طرح مابقی به صورت سفارش انجام کار بوده است. با توجه به آنکه تنها حدود یکسال از تأسیس این مرکز تحقیقات گذشته است، مستندات زیادی از تأثیر تحقیقات این مرکز بر گروه‌های مخاطب در دسترس نمی‌باشد. این مرکز به تبعیت از سنت ۴۰ ساله دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان انستیتو روانپزشکی تهران و نیز شعار و سیاست نوین دانشگاه علوم پزشکی ایران، در ابتدای راه خود به عنوان یکی از مراکز علمی تحقیقاتی کشور لازم می‌داند تا با شناسایی دقیق محیط بیرونی و درونی سازمان، از فرصت‌های بیرونی بهتر استفاده کرده و با تعیین اهداف راهبردی برای سال‌های آتی، نگاه مشترکی را بین اعضای مرکز و ذینفعان به کارگیرنده نتایج تحقیقات ایجاد کند.

اهداف

هدف اصلی:

تدوین سند برنامه راهبردی پنجساله مرکز تحقیقات سلامت معنوی از سال ۱۳۹۷ تا ۱۴۰۲

اهداف اختصاصی:

۱. تحلیل وضعیت پژوهش های کشور در حیطه سلامت معنوی بر اساس مقالات منتشر شده
۲. تعیین نقاط قوت، ضعف، تهدیدها و فرصت های مرکز تحقیقات سلامت معنوی
۳. تحلیل وضعیت مرکز تحقیقات سلامت معنوی بر اساس چرخه پژوهش
۴. تعیین چشم انداز، رسالت و ارزش های مرکز تحقیقات سلامت معنوی
۵. تعیین اهداف راهبردی پنج ساله مرکز تحقیقات سلامت معنوی
۶. تعیین اهداف عملیاتی یکساله مرکز تحقیقات سلامت معنوی

اهداف کاربردی:

انتظار می رود نتایج این سند به شرح زیر مورد استفاده قرار گیرد:

۱. هدایت نظام مند مجموعه بر اساس سند تدوین شده
۲. ایجاد نظام پایش و ارزشیابی عملکرد مرکز در ۵ سال آینده؛
۳. ایجاد زبان و نگاه مشترک بین مدیران، محققان و کارشناسان مرکز تحقیقاتی؛
۴. معرفی و بازاریابی مرکز به گروه سیاست گذار و گروه های مردمی؛
۵. سرمایه گذاری در کاربردی کردن تحقیقات؛
۶. تأمین و هزینه کرد منابع مالی مرکز و همچنین جذب نیروی انسانی مجرب؛
۷. تدوین نظام نامه مدیریت پژوهش و سامانه پژوهشیار مرکز جهت تصویب در شورای پژوهشی مرکز تحقیقات و آموزش کارکنان و محققان مرکز؛
۸. تدوین فهرست اولویت های تحقیقاتی مرکز؛
۹. تسری الگوی به کار گرفته شده در سایر مراکز تحقیقاتی.

واژه های کلیدی:

سلامت معنوی: در مورد مفهوم معنویت و سلامت معنوی، تعاریف مختلفی ذکر شده است که این تعاریف از یک سو با مفاهیم دین و دینداری و از سوی دیگر با اخلاقیات و ارزش های گوناگون در هم تنیده شده است. آنچه که در اکثر تعاریف به طور

مشترک وجود دارد، یکی دیدگاه معنوی (شامل سه بخش اصلی: هدفمندی در زندگی، اخلاقیات و ایمان و توکل به پروردگار) و دیگری انجام اعمال مذهبی (شامل انجام مناسک فردی و جمعی دینی) هستند.

برنامه ریزی راهبردی: فرآیندی است سازمانی برای تعریف راهبرد سازمان و تصمیم‌گیری برای چگونگی یافتن منابع مورد نیاز برای رسیدن به مقصود استراتژی، صورت می‌گیرد. این فرایند افراد و منابع را نیز شامل می‌شود. برای آنکه سازمان بدانند به کجا خواهد رفت باید بدانند اکنون دقیقاً کجا قرار گرفته است. پس از آن باید آنچه می‌خواهد باشد را به درستی تعریف کرده و چگونگی رسیدن به آن جایگاه را مشخص کند. مستندات حاصل از این فرایند را برنامه راهبردی سازمان می‌نامند.

چشم‌انداز: چگونگی سازمان در آینده را به صورت آرمانی تعریف می‌کند. به بیان دیگر چشم‌انداز یک افق دراز مدت است که بهترین وضعیتی را که سازمان در آینده خواهد داشت را توصیف می‌کند.

رسالت: هدف بنیادی یک سازمان را بیان می‌کند، مختصراً توضیح می‌دهد چرا سازمان وجود دارد و برای رسیدن به چشم‌انداز خود چه کاری انجام می‌دهد.

نقاط قوت: عوامل درونی یک سازمان که باعث می‌شود نسبت به سازمان‌های مشابه برتری داشته باشد.

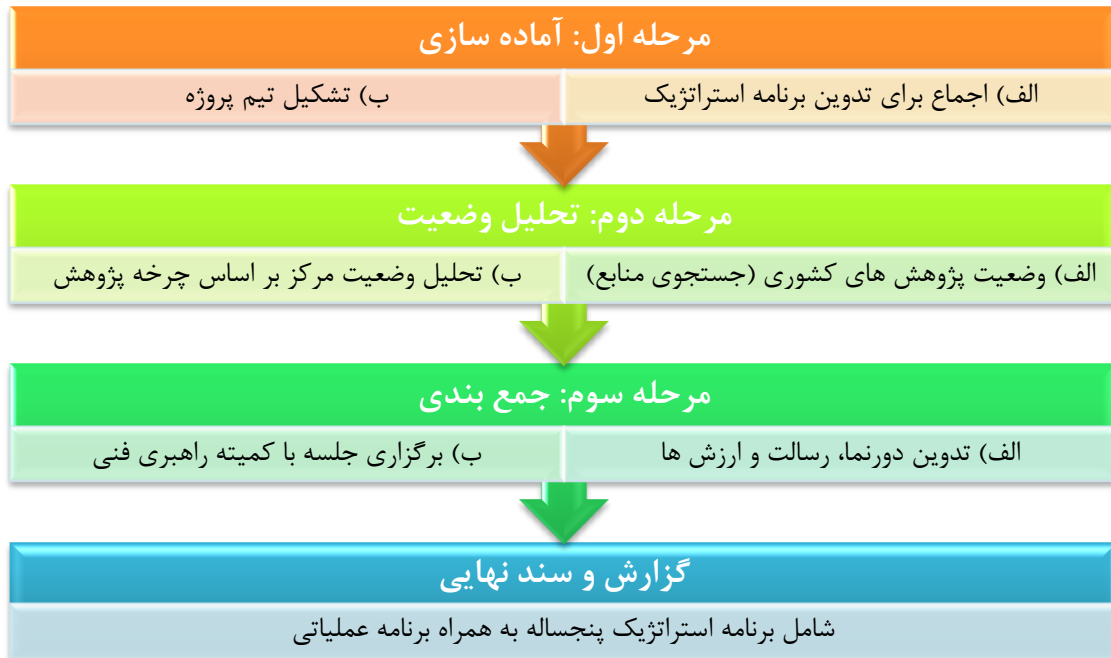
نقاط ضعف: عوامل درونی یک سازمان که آن را نسبت به سازمان‌های مشابه در وضعیت ضعف قرار می‌دهد.

فرصت‌ها: عوامل بیرونی هستند که سازمان می‌تواند به نفع خودش از آنها بهره‌برداری کند.

تهدیدها: عوامل بیرونی هستند که بالقوه می‌تواند برای سازمان ایجاد مشکل کند.

روش انجام طرح

تدوین این سند در سه مرحله و مطابق شکل ۳ انجام گرفت:



شکل ۳) مدل مفهومی تدوین برنامه راهبردی مرکز تحقیقات سلامت معنوی (۱۴۰۲-۱۳۹۷)

مرحله اول) آماده سازی:

برای تدوین برنامه، از مدل برنامه ریزی استراتژیک با تأکید بر مدل برایسون^۱ استفاده شد (۱) (۱). برطبق این مدل اولین قدم، شکل گیری یک اجماع و ائتلاف درون سازمانی برای تدوین برنامه استراتژیک می باشد. در مرکز تحقیقات سلامت معنوی با توجه به درخواست تدوین برنامه استراتژیک از سوی مرکز در واقع این توافق به طور ضمنی شکل گرفته است.

مرحله دوم) تحلیل وضعیت^۲:

مرحله بعد تحلیل وضعیت بود. این مرحله خود شامل دو قسمت بود:

الف) ابتدا به منظور بررسی پژوهش های انجام گرفته در حیطه سلامت معنوی در سلامت کشور، مستندات موجود با استفاده از کلیدواژه های مناسب (جدول شماره ۱)، یک جستجو در موتورهای جستجوگر scholar.google.com و google.com و پایگاه های داده www.eric.ed.gov و www.cochrane.org و magiran.com و medlib.ir و sciencedirect.com و pubmed.org و sid.ir و iranmedex.com و www.who.int و www.irandoc.ac.ir انجام شده و مستندات و مقالات مربوطه استخراج گردید. مقالات جمع آوری شده از نظر ارتباط^۳ با موضوع (پژوهش های انجام

1 Bryson

2 Situation Analysis

3 relevancy

گرفته در حیطه سلامت معنوی در کشور) بررسی شده و مقالات بدون ارتباط کنار گذاشته شدند؛ سپس مقالات منتخب مورد بررسی و دسته بندی قرار گرفتند. هدف از این بررسی متون انجام یک مطالعه مروری نبود و تأکید صرفاً بر بررسی موضوعات پژوهش‌های انجام گرفته در کشور و دسته‌بندی موضوعی آنها بود.

جدول ۱. کلیدواژه‌های استفاده شده در جستجوی متون

| | | |
|-------|-----|---|
| ایران | AND | سلامت معنوی سلامت AND معنویت |
| Iran | | spiritual health spirituality AND health |

علاوه بر آن اسناد بالادستی شامل سیاست‌های ابلاغی (سلامت، جمعیت و علم و فناوری)، برنامه توسعه ششم، و نقشه جامع علمی سلامت کشور نیز مورد بررسی قرار گرفتند.

همچنین نهاد های و سازمانهای فعال حیطه سلامت معنوی در کشور دسته بندی شدند. به منظور دسته بندی تعیین ذینفعان ابتدا کلیه نهادها و سازمانهایی که تاکنون فعالیتی در حیطه سلامت معنوی در کشور انجام داده اند و یا آنکه در شرح وظایف آنها فعالیت های مرتبط با سلامت معنوی وجود داشت توسط تیم تحقیق استخراج شدند. سپس بر اساس گروههای پنجگانه شامل ۱. سیاستگذاران و مدیران، ۲. محققان (شامل مراکز تحقیقاتی)، ۳. ارائه دهندگان خدمت (شامل خدمات بهداشتی-درمانی، و آموزش)، ۴. مردم و گروههای مردمی، ۵. تخصیص دهندگان منابع، به تفکیک درون سازمانی (داخل مجموعه وزارت بهداشت و دانشگاههای تابعه) و برون سازمانی (خارج از مجموعه وزارت بهداشت) دسته بندی شدند. نام ذینفعان به تفکیک گروههای پنجگانه در جدول ۲ نشان داده شده است.

ب) در قسمت دوم، تحلیل محیط صورت گرفت. در این بخش از روش SWOT برای تعیین نقاط قوت و ضعف (درونی) و تهدید و فرصت (بیرونی) با تکیه بر فرایندهای اصلی مدیریت پژوهش در مرکز تحقیقات (شکل ۲) استفاده شد. روش استفاده از نظرات ذینفعان به صورت جلسه بحث گروهی متمرکز^۱ و استفاده از پرسشنامه نیمه ساختار یافته (پیوست شماره ۱) بود. زمان جلسه حدود دو ساعت بود. جلسه FGD توسط یک هماهنگ کننده بحث^۲ هدایت شد (مجری طرح). مطابق استاندارد FGD، یک نفر همکار وظیفه یادداشت برداری از مباحث جلسه^۳ را بر عهده داشت. در جلسه بحث گروهی متمرکز، علاوه بر یادداشت برداری، ضبط صوتی نیز انجام شد.

پرسشنامه مورد استفاده از دو قسمت تشکیل شده است؛ قسمت اول پرسشنامه، متشکل از چهار حیطه از فرایندهای اصلی مدیریت پژوهش در مراکز تحقیقات (تولید دانش، نشر، کاربست و پشتیبانی) است. از حاضرین در جلسه خواسته شد تا با توجه عملکرد یکساله مرکز به آیتم‌های این چهار حیطه امتیاز ۰ تا ۳ را بدهند. هدف از این امتیازدهی، ارزشیابی فعالیت‌های

1 Focused Group Discussion (FDG)
2 Moderator or Facilitator
3 Note Taking

مرکز نبود، بلکه صرفاً برای جهت دهی و تمرکز فکر شرکت‌کنندگان برای تکمیل قسمت دوم پرسشنامه که شامل تعیین نقاط قوت/فرصت و نقاط ضعف/تهدید انجام گرفت و هیچ‌گونه تجزیه و تحلیل بر روی داده‌های مربوط به آن انجام نشد. قسمت اصلی پرسشنامه (قسمت دوم)، شامل تعیین نقاط قوت، فرصت‌ها، نقاط ضعف و تهدیدها بود. به دلیل آنکه ممکن بود در مدت زمان جلسه تعیین آنکه یک عامل درونی یا بیرونی دشوار باشد به منظور سهولت انجام کار دو قسمت مربوط به قوت و فرصت، و ضعف و تهدید در هم ادغام شدند و این موارد در هنگام تحلیل توسط تیم پروژه از یکدیگر تفکیک گردید.

مرحله سوم) جمع‌بندی:

در مرحله سوم بر اساس تحلیل وضعیت، پیش‌نویس چشم‌انداز^۱، رسالت و ارزش‌های مرکز به همراه اهداف کاربردی تا سال ۱۴۰۲ تدوین شد. سپس بر اساس اهداف کاربردی، مداخلات و اهداف عملیاتی یکساله برای سال اول تدوین گردید. این پیش‌نویس در جلسه بحث گروهی متمرکز با حضور تیم پروژه و اعضای شورای پژوهشی مرکز ارائه گردید و پس از دریافت بازخوردها نهایی شد.

نتایج

تعریف سلامت معنوی:

برطبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، برای سلامت سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی تعریف شده است. بعد معنوی گرچه در تحقیقات و نشست ها و جلسات گوناگونی مورد مطالعه و تبادل نظر قرار گرفته و به ویژه سازمان جهانی بهداشت "پرسشنامه کیفیت زندگی" QOL WHO خود را با ویرایش جدید دینی و معنوی منتشر کرده است (WHOQOL-RS)، (۲) اما به طور مستقیم، معنویت در تعریف سلامت گنجانده نشده و در نظر گرفتن این بعد از سلامت به عهده کشورها گذاشته شده است که در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی (که کشور ما نیز در این منطقه می‌باشد)، سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد سلامت در نظر گرفته شده است. همچنین سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، به سلامت همه جانبه که در برگیرنده هر چهار بعد است، توجه و تأکید دارد.

در مورد مفهوم معنویت و سلامت معنوی، تعاریف مختلفی ذکر شده است که این تعاریف از یک سو با مفاهیم دین و دینداری و از سوی دیگر با اخلاقیات و ارزش های گوناگون در هم تنیده شده است. آنچه که در اکثر تعاریف به طور مشترک وجود دارد، یکی دیدگاه معنوی (شامل سه بخش اصلی: هدفمندی در زندگی، اخلاقیات و ایمان و توکل به پروردگار) و دیگری انجام اعمال مذهبی (شامل انجام مناسک فردی و جمعی دینی) هستند. (۳، ۴)

مفهوم دیگری که در متون و مستندات در کنار سلامت به آن اشاره شده، «عوامل معنوی مؤثر بر سلامت»^۱ است. به این صورت که نشان داده شده است افرادی که اعتقادات معنوی قوی‌تری دارند، در زمینه پیامدهای مرتبط با سه بعد دیگر سلامت (مانند میزان ابتلا به بیماری‌ها و اختلالات، و بهبودی بیماری) پیامدهای بهتری خواهند داشت. (۵-۷) البته یکی از مشکلات مطرح شده در مورد این مفهوم بحث تورش انتشار^۲ می‌باشد. (۸)

سنجش سلامت معنوی:

تا کنون پرسشنامه‌های فراوانی برای سنجش سلامت معنوی تدوین شده است که از معروف‌ترین آنها می‌توان پرسشنامه طراحی شده توسط Ellison و Palutzian اشاره نمود. این پرسشنامه که به فارسی ترجمه و اعتبارسنجی شده، در بسیاری از پژوهش‌های انجام شده در کشور مورد استفاده قرار گرفته است. (۹) فرهنگستان علوم پزشکی و مراکز دانشگاهی و پژوهشگران دیگر ایرانی نیز در این مورد تحقیقات و پرسشنامه های گوناگون معنویت و سلامت معنوی را منتشر کرده اند.

تعیین ذینفعان حیطه سلامت معنوی در کشور:

نام ذینفعان به تفکیک گروه‌های پنجگانه در جدول ۲ آورده شده است. در مورد نهادهای فعال در دو زمینه تحقیقات و سیاستگذاری در حیطه سلامت معنوی در کشور که برای مرکز اهمیت بیشتری پیدا می‌کنند توضیح بیشتری داده شده است.

1 Spiritual Determinants of Health

2 Publication Bias

نهادهای فعال در زمینه تحقیقات در حیطه سلامت معنوی در کشور:

در حیطه تحقیق و تولید شواهد، از مهم ترین نهادهایی که در کشور به طور مشخص در حیطه سلامت معنوی فعالیت می‌کنند، "گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی" است که در دهه اخیر شروع به فعالیت کرده است. این گروه علاوه بر انجام پژوهش و انتشار مقالات و مستندات در زمینه سلامت معنوی، تا کنون پنج همایش ملی نیز با موضوع سلامت معنوی برگزار نموده است. همچنین هشت مرکز تحقیقاتی زیر مجموعه دانشگاه‌های علوم پزشکی در سطح کشور نیز به طور اختصاصی در حیطه سلامت، دینداری و معنویت فعالیت دارند که عبارتند از: مرکز تحقیقات سلامت معنوی و مرکز تحقیقات سلامت و دین (دانشگاه علوم پزشکی قم)، مرکز تحقیقات دین پژوهی و طب (دانشگاه علوم پزشکی کرمان)، مرکز تحقیقات سلامت معنوی و مؤسسه مطالعات تاریخ پزشکی، طب اسلامی و مکمل (دانشگاه علوم پزشکی ایران)، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی (دانشگاه علوم پزشکی تهران)، مرکز مطالعات دین و سلامت (دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی) و مرکز تحقیقات قرآن، حدیث و طب (دانشگاه علوم پزشکی شیراز).

با توجه به مستندات و مقالات منتشر شده، مطالعات انجام گرفته در کشور در حیطه سلامت معنوی را می‌توان به سه دسته عمده تقسیم نمود:

۱. بیشترین تعداد شامل مطالعات و پایان‌نامه‌هایی است که در آنها سلامت معنوی یک گروه از افراد اندازه‌گیری شده (عمدتاً با استفاده از پرسشنامه Ellison و Palutzian) و نهایتاً ارتباط آن با یک متغیر دیگر (مانند اضطراب) مورد بررسی قرار گرفته است. (۱۴-۱۰)

۲. مطالعاتی که با هدف توصیف سلامت معنوی، ابعاد و شاخص‌های مربوط به آن صورت گرفته‌اند. (۲۰-۱۵)

۳. مطالعاتی که به طراحی مداخلات معنوی، مراقبت با رویکرد دینی و معنوی و نیز تدوین برنامه یا راهنمای بالینی و ادغام در خدمات آموزشی و سلامت پرداخته است. (۲۷-۲۱)

واضح است که دسته آخر، ضروری‌ترین مطالعات به منظور تدوین مداخلات مناسب برای ارتقای سلامت معنوی در کشور هستند؛ اما علی‌رغم انجام این مطالعات به دلیل عدم توافق سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران دانشگاهی و فرهنگی کشور و به ویژه شورای انقلاب فرهنگی، هنوز یک تعریف دقیق و عملیاتی مورد توافق در سطح ملی از سلامت معنوی ارائه نشده و شاخص‌های قابل اندازه‌گیری و مورد توافق همه ذینفعان برای آن تدوین نشده است و در نتیجه تا کنون مطالعه جامعی در سطح ملی برای تعیین وضعیت شاخص‌های مربوط به سلامت معنوی جهت تعیین نقاط تمرکز برای سیاست‌گذاری و تعیین عدد پایه شاخص‌ها انجام نشد است.

نهادهای فعال در حوزه سیاست‌گذاری در حیطه سلامت معنوی در کشور:

در حوزه سیاست‌گذاری، سهم و نقش نهادهای مرتبط با سلامت معنوی در کشور به درستی مشخص نیست و گرچه تحقیق چندانی توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی یا حوزه‌های دینی انجام نشده، به نظر می‌رسد که اکثر این سازمان‌ها (مانند سازمان تبلیغات اسلامی، حوزه‌های علمیه، و ...) در خارج از مجموعه وزارت بهداشت هستند. در مجموعه وزارت بهداشت تا پیش از بهمن ماه ۱۳۹۲ واحد مشخصی برای سیاست‌گذاری در حیطه سلامت معنوی وجود نداشت و بسته به فراخور نیاز،

فعالیت‌هایی به صورت پراکنده و جزیره‌ای در واحدها و اداره‌های مختلف وزارتخانه در این زمینه انجام می‌گرفت؛ تا این که در بهمن ماه ۱۳۹۲ اداره‌ای تحت عنوان «اداره سلامت معنوی» در ذیل اداره کل سلامت جمعیت، خانواده و مدارس معاونت بهداشت ایجاد گردید. این اداره که با هدف تجمیع و یکپارچه‌سازی مداخلات این بعد از سلامت تشکیل شده بود از همان ابتدا با مشکلاتی همچون شفاف نبودن شرح وظایف و عدم همکاری سایر واحدهای وزارت بهداشت مواجه بود. در نهایت به دلیل مسائلی چون تغییرات مدیریتی در ابتدای اردیبهشت سال ۱۳۹۷ فعالیت این اداره تعطیل شد.

جدول ۲. ذینفعان حیطة سلامت معنوی در کشور به تفکیک درون سازمانی

(داخل مجموعه وزارت بهداشت و دانشگاههای تابعه) و برون سازمانی (خارج از مجموعه وزارت بهداشت)

| حیطه | درون سازمانی (داخل مجموعه وزارت بهداشت و دانشگاههای تابعه) | برون سازمانی (خارج از مجموعه وزارت بهداشت) |
|--|---|--|
| ۱. سیاستگذاران و مدیران | اداره سلامت معنوی در ذیل اداره کل سلامت جمعیت، خانواده و مدارس معاونت بهداشت وزارت بهداشت. (در حال حاضر تعطیل شده است و به نظر می رسد که اکنون شورای معاونین وظیفه سیاستگذاری در این حیطه را بر عهده دارد) | سازمان فرهنگ و ارتباطات اسلامی شورای هماهنگی تبلیغات اسلامی شورای سیاستگذاری مرکز مدیریت حوزه های علمیه معاونت های فرهنگی وزارتخانه ها و سازمانها |
| ۲. محققان (شامل مراکز تحقیقاتی) | گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران مرکز تحقیقات سلامت معنوی (دانشگاه علوم پزشکی قم) مرکز تحقیقات سلامت و دین (دانشگاه علوم پزشکی قم) مرکز تحقیقات دین پژوهی و طب (دانشگاه علوم پزشکی کرمان) مرکز تحقیقات سلامت معنوی(دانشگاه علوم پزشکی ایران) مؤسسه مطالعات تاریخ پزشکی، طب اسلامی و مکمل (دانشگاه علوم پزشکی ایران) مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی (دانشگاه علوم پزشکی تهران) مرکز مطالعات دین و سلامت (دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی) مرکز تحقیقات قرآن، حدیث و طب (دانشگاه علوم پزشکی شیراز) | پژوهشکده حوزه و دانشگاه (حوزه علمیه قم) پژوهشکده دفتر اندیشه اسلامی (حوزه علمیه قم) پژوهشگاه فرهنگ، هنر و ارتباطات (پیمایش ملی ارزش ها و نگرش های ایرانیان) مرکز افکارسنجی دانشجویان ایران «ایسیا» پژوهشکده آمار ایران |
| ۳. ارائه دهندگان خدمت (شامل خدمات بهداشتی-درمانی، و آموزش) | معاونت درمان وزارت بهداشت و واحد های تابعه آن و معاونت های درمان دانشگاههای علوم پزشکی کشور معاونت بهداشت وزارت بهداشت و واحد های تابعه آن و معاونت های بهداشت دانشگاههای علوم پزشکی کشور معاونت آموزشی وزارت بهداشت و واحد های تابعه آن و معاونت های آموزشی دانشگاههای علوم پزشکی کشور شورای گسترش آموزش علوم پزشکی وزارت بهداشت | سرپرست اداره کل سلامت معاونت اجتماعی و فرهنگی شهرداری تهران (خانه های سلامت و کانون ها) معاونت آموزش حوزه های علمیه معاونت آموزشی وزارت علوم و واحد های تابعه آن شورای گسترش آموزش عالی دانشگاه ادیان و مذاهب |
| ۴. مردم و گروههای مردمی | واحد مشارکت های مردمی وزارت بهداشت در ذیل معاونت امور اجتماعی وزارت بهداشت | سازمان های مردم نهاد (سمن) رسانه ها شامل دیداری، نوشتاری، سایت های اینترنتی و شبکه های اجتماعی |
| ۵. تخصیص دهندگان منابع | معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت (بودجه مراکز تحقیقاتی) مجمع خیرین سلامت کشور اداره کل خیرین و موسسات خیریه سلامت در ذیل معاونت امور اجتماعی وزارت بهداشت | صندوق حمایت از پژوهشگران و فناوران کشور (گرننت پژوهشی) دفتر برنامه ریزی و سیاستگذاری پژوهشی وزارت علوم معاونت علمی و فناوری ریاست جمهوری خیرین |

تحلیل وضعیت موجود مرکز

در جلسه بحث گروهی با حضور اعضای مرکز نقاط قوت، ضعف، تهدیدها و فرصت ها با استفاده از پرسشنامه پیوست ۱ استخراج شد. همانطور که در قسمت روش اجرا ذکر گردید، هدف از قسمت اول پرسشنامه (امتیازدهی) برای جهت دهی و تمرکز فکر شرکت کنندگان برای تکمیل قسمت دوم پرسشنامه (تعیین نقاط قوت/فرصت و نقاط ضعف/تهدید) بود و هیچ گونه تجزیه و تحلیل بر روی داده‌های مربوط به آن قسمت انجام نشد. همچنین به دلیل آنکه ممکن بود در مدت زمان جلسه تعیین آنکه یک عامل درونی یا بیرونی دشوار باشد، به منظور سهولت انجام کار دو قسمت مربوط به قوت و فرصت، و ضعف و تهدید در هم ادغام شدند و این موارد در هنگام تحلیل از یکدیگر تفکیک گردید. این نقاط قوت و ضعف (درونی) و تهدید و فرصت (بیرونی) با تکیه بر فرایندهای اصلی مدیریت پژوهش در مرکز در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳. نقاط قوت، ضعف، تهدیدها و فرصت های مرکز تحقیقات سلامت معنوی

| | |
|---|-----------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • وجود اساسنامه و ساختار تعریف شده • وجود اعتماد عمومی و حضور اعضای هیأت علمی با سابقه در حوزه معنویت و سلامت معنوی • وجود سیستم فعال به منظور داوری و نظارت بر فرآیند اجرای طرح‌های پژوهشی • دغدغه، پشتکار، جدیت، تعهد و عزم اعضای مرکز برای فعالیت در این حوزه • دسترسی به پژوهشگران و مراجعان به عنوان منبع تولید شواهد • توجه به تدوین راهبردهای استراتژیک برای مرکز • وجود تارنمای اطلاع رسانی مرکز • عزم و اراده اعضای مرکز برای مستندسازی پژوهش‌ها و تدوین مستندات در سطح ملی • بودجه ثابت سالیانه و همچنین حمایت‌های مالی خیرین | نقاط قوت |
| <ul style="list-style-type: none"> • افزایش تعداد دانشجویان تحصیلات تکمیلی در رشته‌های مرتبط با فعالیت مرکز • افزایش توجه به معنویت و سلامت معنوی در سطح ملی و بین المللی به همراه افزایش تمایل به پژوهش در زمینه سلامت معنوی • جایگاه علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران و دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان • همخوانی مفاهیم مطرح در مبانی نظری سلامت معنوی با فرهنگ جامعه • امکان ارتباط، جهت‌دهی، تولید و حمایت علمی به دستگاه‌های اجرایی مانند سازمان نظام روان‌شناسی، وزارت بهداشت و... در ارائه خدمات یکپارچه و تاکید بر خدمات معنوی • نبود کلینیک، پروتکل، گایدلاین، قانون و استاندارد ملی در مداخلات معنوی • وجود مراکز تحقیقات مرتبط در دانشگاه‌ها (جهت همکاری‌های بین رشته‌ای) • بکر بودن عرصه سلامت معنوی (به عنوان مثال کمبود جدی پروتکل‌ها و برنامه‌های مداخلاتی بومی معنوی مبتنی بر شواهد) • روند رو به افزایش عرصه‌های تحقیقاتی و خدماتی در دسترس مرتبط با سلامت معنوی | فرصت‌ها |
| <ul style="list-style-type: none"> • فقدان بیانیه مأموریت مشخص | نقاط ضعف |

| | |
|---|----------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • فقدان ارتباط سازمانی تعریف شده با دستگاه های دولتی و غیردولتی ذینفع و مرتبط • ضعف در تبلیغ و معرفی مرکز • محدودیت منابع (انسانی، مالی و قدرت های اجتماعی...) • عدم امکان حضور تمامی اعضاء در تمام جلسات به دلیل داشتن مسئولیت های مختلف • عدم اطلاع یا استفاده از تمامی صاحب نظران، پژوهشگران و علاقمندان این حوزه • ضعف در نظام تولید ایده | |
| <ul style="list-style-type: none"> • اختلاف نظر میان صاحب نظران در خصوص تعریف معنویت و مداخلات معنوی • برداشت برخی مراجعین از یکی بودن معنویت با دینداری کامل • سیستم ارزشیابی عملکرد علمی فعلی در کارهای کیفی و عمیق زمینه ساز نظریه پردازی • عدم احساس نیاز ذی نفعان از پیامدهای توسعه تحقیقات سلامت معنوی • ضعف تطابق شواهد علمی تولید شده در زمینه سلامت معنوی با نیازهای واقعی جامعه • روحیه قطب گرایی، مداخله گرایی و تصدی رهبری حوزه سلامت معنوی توسط مراکز و افراد صاحب نفوذ و قدرت • ناهماهنگی و عدم ثبات سیاست های پژوهشی کشور • اعتبارات ناکافی در حوزه پژوهش معنوی • عدم تمایل بخش خصوصی در سرمایه گذاری پژوهشی در حوزه سلامت معنوی • فرهنگ ضعیف کار گروهی و روشن نبودن فرایندها و نحوه همکاری بین رشته ای • پایین بودن انگیزه پژوهشگران به دلیل کمبود بودجه پژوهشی و نظام ارزشیابی نامناسب • عدم مشارکت در همایش ها • عدم نظام بازاریابی و حمایت طلبی • فقدان ارزیابی اثر و اعتبارسنجی پژوهش ها • چالش ها و محدودیت های نظری و تکنیکی برخی رویکردهای درمانی | تهدیدها |

بر اساس داده های فوق، اهداف عملیاتی تدوین شدند به این صورت که برای هر کدام از مواردی که به عنوان قوت، ضعف، تهدیدها و فرصت ها مشخص شده بودند، مداخلات و اهداف عملیاتی متناظر تعیین گردید. سپس این مداخلات و اهداف عملیاتی با توجه به فرایندهای اصلی مدیریت پژوهش در مراکز تحقیقات (شامل تولید دانش، نشر، کاربست نتایج، و پشتیبانی) در قالب اهداف استراتژیک جمع بندی شدند و در نهایت دورنما، ارزش های مرکز تدوین شدند. (جدول ۴ و ۵)

جدول ۴. اهداف راهبردی، مداخلات و استراتژی ها، اهداف عملیاتی، و شاخص ها و خروجی های ارزشیابی در پایان سال اول مرکز تحقیقات سلامت معنوی

با توجه به فرایندهای اصلی مدیریت پژوهش

| شاخص ها و خروجی های ارزشیابی در پایان سال اول | فعالیت ها | اهداف اختصاصی سال اول | اهداف راهبردی تا سال ۱۴۰۲ (پنج ساله) | تولید دانش |
|--|--|---|--|------------|
| <ul style="list-style-type: none"> لیست اولویت پژوهشی مرکز شامل حداقل ۲۰ اولویت که سه بار بازبینی و به روز رسانی شده باشد | <ul style="list-style-type: none"> تدوین اولویت های پژوهشی بر اساس دو هسته پژوهشی مرکز (مداخلات معنوی - معنویت و ادیان) تدوین اولویت های پژوهشی با استفاده از یک روش علمی مانند مدل CHNRI مشارکت فعال ذینفعان به ویژه تخصیص دهندگان منابع در فرایند تدوین اولویت های پژوهشی بازبینی و به روز رسانی اولویت ها هر سه ماه یکبار | <ul style="list-style-type: none"> استقرار روش نظام مند برای تدوین اولویت های پژوهشی تدوین ۲۰ اولویت پژوهشی با استفاده از روش نظام مند و مشارکت ذینفعان | <p>۱. تعیین و به روز رسانی نظام مند اولویت های تحقیقاتی مرکز با مشارکت ذینفعان</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> وجود فرم RFP طراحی شده و مصوب مرکز وجود فرم RFP تکمیل شده و مصوب برای هر اولویت پژوهشی فراخوان ۵ اولویت تحقیقاتی از طریق تارنمای مرکز ۵ قرارداد منعقد شده برای مطالعات برون سپاری شده | <ul style="list-style-type: none"> طراحی و تصویب فرم RFP برای مرکز نگارش RFP برای ۵ اولویت تحقیقاتی جهت برون سپاری تدوین و اجرای برنامه فراخوان اولویت های پژوهشی به صورت اعلام RFP از طریق تارنمای مرکز با هدف | <ul style="list-style-type: none"> تعیین دقیق هزینه هر تحقیق، میزان و منبع تامین کننده مشخص بودجه، با تاکید بر افزایش سهم بودجه از منابع مالی خارج از دانشگاه ارتقای روند برون سپاری انجام مطالعات از طریق فراخوان حداقل ۵ اولویت پژوهشی در سال | | |
| <ul style="list-style-type: none"> نامه اعلام لیست پیشنهاد موارد اصلاحی به دانشگاه | <ul style="list-style-type: none"> تهیه فهرست مشکلات سامانه پژوهشیار حال حاضر انجام مذاکرات و پیگیری های لازم با واحد مسئول پژوهشیار | <ul style="list-style-type: none"> اصلاح سامانه پژوهشیار متناسب با پژوهش های رایج مرکز (در حال حاضر سامانه پژوهشیار بیشتر متناسب تحقیقات بالینی و آزمایشگاهی می باشد) | <p>۲. اجرای ۱۰۰ پروژه تحقیقاتی در اولویت های مرکز</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> وجود گزارش نهایی تایید شده توسط ناظر برای ۱۵ طرح | <ul style="list-style-type: none"> تهیه لیست ناظران تهیه فرمت گزارش نهایی استاندارد متناسب با پژوهش های رایج مرکز، تصویب آن و ابلاغ به مجریان | <ul style="list-style-type: none"> انجام ۱۵ طرح پژوهشی اولویت دار در سال اول (افزایش تعداد طرح ها در طی ۵ سال به طوری که به طور متوسط ۲۰ طرح در سال انجام گیرد) | | |

| اهداف راهبردی تا سال ۱۴۰۲ (پنج ساله) | اهداف اختصاصی سال اول | فعالیت ها | شاخص ها و خروجی های ارزشیابی در پایان سال اول |
|--|---|--|--|
| ۳. تهیه ۱۰ محصول کاربردی در حوزه سلامت معنوی کشور | <ul style="list-style-type: none"> تهیه یک مورد محصول کاربردی در حوزه سلامت معنوی کشور در سال اول | <ul style="list-style-type: none"> انتخاب سه مورد از مجموعه اولویت‌های تحقیقاتی مرکز با هدف تهیه محصول کاربردی تعیین یک مورد از سه مورد فوق جهت اجرا و تهیه محصول نهایی که می تواند شامل مواردی همچون شیوه نامه ارائه خدمات (گایدلاین)، یا شیوه نامه برگزاری کارگاه آموزشی، سند ملی و ... | <ul style="list-style-type: none"> وجود مستندات دال بر تولید یک محصول کاربردی (شیوه نامه، گایدلاین، کارگاه آموزشی و ...) |
| ۴. استفاده از بانک ایده‌های روزآمد به عنوان یکی از ورودی‌های اولویت‌های تحقیقاتی | <ul style="list-style-type: none"> تشکیل بانک ایده‌ها و بهره برداری از آن در اولویت‌های تحقیقاتی | <ul style="list-style-type: none"> تدوین برنامه تولید ایده و اجرای آن ایجاد نظام ثبت و نگهداری ایده‌های پژوهشی با استفاده از روش های مناسب (شامل نیازهای ذینفعان، نظرات محققان، بررسی مستندات، آینده پژوهی با مشارکت متخصصان بین رشته‌ای و فرآوری ایده در جلسات گروهی و ...) طراحی نرم افزار برای ثبت و نگهداری ایده‌های پژوهشی در صورت نیاز | <ul style="list-style-type: none"> وجود بانک ایده در مرکز وجود نرم افزار ثبت و نگهداری ایده‌های پژوهشی در صورت طراحی |
| ۵. مشارکت دانشجویان در ۳۰ درصد پروژه‌های تحقیقاتی با مسئولیت اساتید مرکز | <ul style="list-style-type: none"> اجرای تحقیقات دانشجویی و تدوین برنامه برای ارائه نتایج تحقیقات دانشجویی به صورت نظام مند | <ul style="list-style-type: none"> در نظر گرفتن ۳۰ درصد از اولویت های تحقیقاتی مرکز به عنوان تحقیقات دانشجویی در هنگام تعیین اولویت های تحقیقاتی فراخوان گروه‌های دانشجویی برای تشکیل گروه و تفویض پروژه‌های مرتبط بر اساس دو هسته پژوهشی مرکز (مداخلات معنوی - معنویت و ادیان) | <ul style="list-style-type: none"> گزارش نهایی تایید شده توسط ناظر برای ۴ طرح دانشجویی مستندات برگزاری ۲ جلسه ارائه نتایج تحقیقات دانشجویی |
| ۶. برگزاری دوره فلوشیپ سلامت معنوی | <ul style="list-style-type: none"> تدوین چارچوب کوریکولوم آموزشی دوره و تعیین الزامات برگزاری دوره (در سال اول) تدوین و تصویب کوریکولوم در مراجع قانونی جهت | <ul style="list-style-type: none"> تشکیل کمیته راهبردی تدوین کوریکولوم تدوین سرفصل ها و برنامه های آموزشی و منابع آنها تدوین الزامات برگزاری دوره ها | <ul style="list-style-type: none"> مستندات مربوط به کمیته راهبردی (صورتجلسات و نامه ها و ...) |

| اهداف راهبردی تا سال ۱۴۰۲ (پنج ساله) | اهداف اختصاصی سال اول | فعالیت ها | شاخص ها و خروجی های ارزشیابی در پایان سال اول |
|---|--|---|--|
| | اجرای آن در سال دوم) | | <ul style="list-style-type: none"> وجود چارچوب کوریکولوم آموزشی دوره و الزامات مشخص شده برای برگزاری دوره |
| ۷. برگزاری دوره کارشناسی ارشد سلامت معنوی | <ul style="list-style-type: none"> تدوین چارچوب کوریکولوم آموزشی دوره و تعیین الزامات برگزاری دوره (در سال اول) (تدوین و تصویب کوریکولوم در مراجع قانونی جهت اجرای آن در سال دوم) | <ul style="list-style-type: none"> تشکیل کمیته راهبردی تدوین کوریکولوم تدوین سرفصل ها و برنامه های آموزشی و منابع آنها تدوین الزامات برگزاری دوره ها | <ul style="list-style-type: none"> مستندات مربوط به کمیته راهبردی (صورتجلسات و نامه ها و ...) وجود چارچوب کوریکولوم آموزشی دوره و الزامات مشخص شده برای برگزاری دوره |
| ۸. راه اندازی و به روزرسانی کتابخانه الکترونیکی کلیه گزارش های تحقیقاتی و پایان نامه ها | <ul style="list-style-type: none"> تدوین برنامه فرایند و چارچوب های ثبت مستندات شامل: کلیه گزارش های تحقیقاتی، مقالات، پایان نامه ها و ... (تشکیل بانک های اطلاعاتی گزارش ها، پایان نامه ها و تحقیقات محققان ایرانی در زمینه سلامت معنوی از سال دوم) | <ul style="list-style-type: none"> طراحی فرایند کلی ثبت و به روز رسانی مستندات (با توجه به فرمت گزارش نهایی استاندارد) طراحی نرم افزار مربوطه در صورت نیاز | <ul style="list-style-type: none"> وجود پیش نویس فرایند و چارچوب های ثبت مستندات نرم افزار مربوطه در صورت طراحی |
| ۹. انتشار گزارش کار سالانه مرکز (شامل فهرست طرح ها و سایر محصولات پژوهشی انجام شده) | <ul style="list-style-type: none"> انتشار گزارش کار سالانه مرکز | <ul style="list-style-type: none"> تدوین و تصویب فرمت گزارش سالانه مشخص شدن مسوول تدوین گزارش سالانه تایید نهایی گزارش توسط رییس مرکز | <ul style="list-style-type: none"> گزارش کار تایید شده سال مرکز |
| ۱۰. انتشار کلیه تحقیقات به صورت مقاله (ترجیحا به زبان انگلیسی در مجلات بین المللی با ضریب تاثیر بالا) | <ul style="list-style-type: none"> تهیه لیست مجلات مرتبط به اولویت های تحقیقاتی مرکز (شامل ISI، PubMed، Scopus و Scopus با عامل اثر بالا) به همراه چارچوب های قابل قبول برای انتشار مقالات (تشکیل تیم های تکمیل کننده پیش نویس های مقاله، | <ul style="list-style-type: none"> شناسایی و تهیه لیست مجلات مرتبط به اولویت های تحقیقاتی مرکز (شامل ISI، PubMed، Scopus و Scopus با عامل اثر بالا) تدوین و در اختیار قرار دادن انواع چارچوب های قابل قبول برای انتشار مقالات به اعضای هیأت علمی مرکز | <ul style="list-style-type: none"> وجود لیست مجلات مرتبط به اولویت های تحقیقاتی مرکز (شامل ISI، PubMed و Scopus با عامل اثر بالا) همراه چارچوب های قابل قبول |

| اهداف راهبردی تا سال ۱۴۰۲ (پنج ساله) | اهداف اختصاصی سال اول | فعالیت ها | شاخص ها و خروجی های ارزشیابی در پایان سال اول |
|--|---|--|--|
| | مشاوره متدولوژی و ... از سال دوم) | | آنها برای انتشار مقالات |
| ۱۱. اجرای ۶۰ برنامه با رسانه‌ها برای اطلاع رسانی (به طور متوسط یک برنامه در ماه) | • اجرای ۱۰ برنامه با رسانه‌ها برای اطلاع رسانی از فعالیت های مرکز (به طور متوسط یک برنامه در ماه) | • تشکیل تیم رسانه • شناسایی انتخاب رسانه های مرتبط • تعیین اهداف و محتوی مطالب قابل رسانه‌ای شدن • تشکیل جلسه با مسئولان رسانه و تنظیم برنامه حضور در رسانه‌های مکتوب، دیداری و شنیداری | • لیست رسانه های مرتبط • مستندات اجرای ۱۰ برنامه با رسانه‌ها (فیلم، گزارش، مصاحبه و ...) |
| ۱۲. برگزاری ۵ همایش تخصصی (یک همایش در سال) | • برگزاری یک همایش تخصصی به صورت مشارکتی (کسب آمادگی مرکز برای برگزاری همایش به صورت مستقل از سال دوم) | • جلب مشارکت ذینفعان برای شرکت فعال در همایش • تهیه تم‌های اصلی اهداف کلی همایش‌های سالانه • برگزاری همایش در سال اول به صورت مشارکتی | • مستندات برگزاری یک همایش تخصصی به صورت مشارکتی |
| ۱۳. برگزاری ۱۰ دوره آموزشی تخصصی منتج از تحقیقات (دو دوره در سال) | • برگزاری دو دوره آموزشی تخصصی منتج از تحقیقات مرکز | • اولویت دار کردن دو دوره از مجموعه اولویت‌های تحقیقاتی به منظور اجرا در سال اول • تدوین مازول آموزشی مرتبط • فراخوان دوره، ثبت نام و برگزاری دوره | • مستندات برگزاری دو دوره آموزشی تخصصی منتج از تحقیقات مرکز |
| ۱۴. چاپ و نشر ۱۰ کتاب تخصصی (دو کتاب در سال) | • چاپ و نشر دو کتاب تخصصی | • تعیین نیاز جامعه متخصصان به کتاب‌های تخصصی • اولویت بندی برای نهایی کردن دو موضوع • مذاکره با ناشر بین المللی برای چاپ یا انتشار الکترونیک • تشکیل تیم نگارش و ترجمه کتاب‌ها • تعیین طرح کلی کتاب و فرایند چاپ و انتشار آن | • دو کتاب تخصصی چاپ شده |
| ۱۵. ارتباط نظام‌مند با کلیه ذینفعان حوزه سلامت معنوی شامل سرمایه‌گذاران پژوهشی، مصرف‌کنندگان و پژوهشگران | • تهیه بروشور معرفی مرکز به زبان ساده و با هدف جلب حمایت ذینفعان • شناسایی ذینفعان و تدوین برنامه ارتباط نظام‌مند با ذینفعان (اجرای فرایند جلب حمایت و نظرخواهی از آنها و استفاده | • طراحی بروشور معرفی مرکز و چاپ آن • شناسایی کلیه ذینفعان در آناتومی کشور به تفکیک گروه‌های پنج گانه شامل ۱. سیاستگذاران و مدیران، ۲. محققان (شامل مراکز تحقیقاتی)، ۳. ارائه دهندگان خدمت (شامل خدمات بهداشتی-درمانی، و آموزش)، ۴. | • لیست ذینفعان حیطه سلامت معنوی به تفکیک گروه های پنجگانه • بروشور معرفی مرکز به زبان ساده و با هدف جلب حمایت |

| اهداف راهبردی تا سال ۱۴۰۲ (پنج ساله) | اهداف اختصاصی سال اول | فعالیت ها | شاخص ها و خروجی های ارزشیابی در پایان سال اول |
|---|--|---|--|
| | از نظرات آنها از سال دوم) | مردم و گروههای مردمی،(سمن ها، داوطلبان سلامت معنوی، خیرین) ۵. تخصیص دهندگان منابع، به تفکیک درون سازمانی (داخل مجموعه وزارت بهداشت و دانشگاههای تابعه) و برون سازمانی (خارج از مجموعه وزارت بهداشت) • تدوین برنامه ارتباط نظاممند با ذینفعان (شامل دعوت از آنان در همایشهای سالانه، مشارکت در برنامه های مرکز، پرسشگری، و ...) | ذینفعان |
| کاربست نتایج | • ۱۶. کاربرد حداقل ۸۰ درصد از نتایج تحقیقات انجام شده در سیاستها، خدمات و آموزش عموم مردم (تدوین چهارچوب تعیین اثر تحقیقات Research Impact Assessment و ارزشیابی طرح های گذشته مرکز از سال دوم) | • تعیین کاربرد برای نتایج هر تحقیق • آموزش کلیه محققان در مورد روشهای کاربرد نتایج | • وجود بند کاربرد نتایج در کلیه پروپوزالها • وجود داشبورد کاربرد نتایج تحقیقات انجام شده |
| | • انتشار ۱۰ گزاره برگ ویژه به زبان کاربردی | • تشکیل تیم نگارنده خلاصه ویژه سیاست گذاران و مخاطبان • طراحی و تهیه چارچوب گزاره برگ • انتشار گزاره برگها و دریافت بازخورد | • ۱۰ گزاره برگ ویژه سیاست گذاران و مخاطبان به زبان کاربردی |
| | • برگزاری ۱۰ جلسه کاربرد نتایج با ذینفعان | • تعیین لیست نتایج طرحهای اولویت دار جهت ارائه در نشست (شامل طرحهایی که در مرکز انجام نشدهاند) • شناسایی و ارتباط با محققان فعال در حوزه سلامت معنوی • طراحی چارچوب برگزاری جلسات و تدوین برنامه جلسات به صورت ششماهه | • مستندات برگزاری ۱۰ جلسه کاربرد نتایج با ذینفعان شامل فیلم، عکس، صورت جلسات و گزارش نتایج برگزاری جلسات |
| | • ۱۷. انتشار ۶۰ گزاره برگ ویژه سیاست گذاران و مخاطبان به زبان کاربردی (هر ماه یک گزاره برگ) | | |
| • ۱۸. برگزاری جلسات منظم کاربرد نتایج با ذینفعان (به صورت ماهانه) | | | |

| شاخص ها و خروجی های ارزشیابی در پایان سال اول | فعالیت ها | اهداف اختصاصی سال اول | اهداف راهبردی تا سال ۱۴۰۲ (پنج ساله) | | |
|--|---|--|--|----------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ارایه مستندات مالی مبنی بر افزایش حداقل ۳۰٪ بودجه مرکز از منابع خارجی | <ul style="list-style-type: none"> شناسایی منابع شامل هر دو بخش دولتی و خصوصی تدوین برنامه نظام مند برای جلب حمایت از بخش دولتی و خصوصی آموزش کلیه محققان در مورد روش های جذب منابع (گرنه) تهیه و ارایه مستندات قانع کننده به دانشگاه با هدف حفظ بودجه و در صورت امکان افزایش | <ul style="list-style-type: none"> افزایش منابع مالی مرکز به میزان ۳۰٪ در سال اول از منابع خارجی (بعد از پنج سال این سهم به ۸۰٪ برسد) | <p>۱۹. افزایش منابع مالی مرکز به ۴ برابر فعلی با احتساب نرخ تورم (هر سال حدود ۳۰ درصد افزایش)</p> | پیش‌بینی | |
| <ul style="list-style-type: none"> مستندات نیازسنجی مستندات برنامه و دوره های آموزشی تدوین شده نتایج ارزشیابی برنامه | <ul style="list-style-type: none"> انجام نیازسنجی برای تعیین نیازهای آموزشی اعضای مرکز تدوین برنامه آموزشی بر اساس نیازسنجی انجام شده برگزاری دوره های آموزشی طبق برنامه تدوین شده برای کلیه محققان و اعضای هیأت علمی مرکز آموزشی با توجه به نیازسنجی انجام شده ارزشیابی برنامه | <ul style="list-style-type: none"> آشنایی کلیه پرسنل با مدیریت پژوهش | <p>۲۰. وجود نیروی انسانی توانمند در مدیریت چرخه پژوهش</p> | | |
| <ul style="list-style-type: none"> پیشنویس چارچوب شیوه نامه ارائه خدمات سلامت معنوی (سرپایی) شیوه نامه ثبت نظام مند داده های کلینیک مداخلات معنوی | <ul style="list-style-type: none"> تدوین پیشنهاد چارچوب شیوه نامه ارائه خدمات سلامت معنوی (سرپایی) تدوین شیوه نامه ثبت نظام مند داده های کلینیک مداخلات معنوی | <ul style="list-style-type: none"> نظام مند شدن فعالیت های کلینیک مداخلات معنوی | <p>۲۱. استقرار نقش کلینیک مداخلات معنوی به عنوان: (۱) ارائه خدمات مشاوره سلامت معنوی مبتنی بر شواهد و (۲) جمع آوری داده های لازم برای پژوهش ها</p> | | |
| <ul style="list-style-type: none"> گزارشات دو دوره رضایت سنجی از کارکنان مرکز (در ابتدا و انتهای سال برای مقایسه) که نشان دهنده میزان رضایت مندی در ابتدا و | <ul style="list-style-type: none"> مروری بر تجربیات مراکز تحقیقاتی داخل و خارج کشور در ارتقای انگیزه محققان و کارکنان سنجش میزان رضایت مندی کارکنان با هدف تعیین میزان پایه و نقاط تمرکز برای انجام مداخلات تدوین و اجرای برنامه ارتقای انگیزه و رضایتمندی | <ul style="list-style-type: none"> افزایش میزان رضایت مندی کارکنان به میزان ۲۰ درصد در سال اول | <p>۲۲. افزایش میزان رضایت مندی کارکنان</p> | | |

| شاخص ها و خروجی های ارزشیابی در پایان سال اول | فعالیت ها | اهداف اختصاصی سال اول | اهداف راهبردی تا سال ۱۴۰۲ (پنج ساله) |
|--|---|---|---|
| <p>انتهای برنامه به میزان ۲۰٪ است</p> <ul style="list-style-type: none"> • مستندات برنامه ارتقای رضایت مندی در سال اول | <p>کارکنان</p> <ul style="list-style-type: none"> • ارزشیابی برنامه و تعیین میزان رضایتمندی در پایان سال اول | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • لیست محققان و مراکز تحقیقاتی (داخلی و خارجی) شناسایی شده • پیشنویس چارچوب آئین نامه شبکه تحقیقاتی کشوری | <ul style="list-style-type: none"> • شناسایی محققان و مراکز تحقیقاتی (داخلی و خارجی) دعوت از آنان برای همکاری با مرکز • تدوین چارچوب پیشنویس آئین نامه • | <ul style="list-style-type: none"> • تدوین چارچوب پیشنویس آئین نامه شبکه تحقیقاتی کشوری (تدوین و تصویب آئین نامه شبکه در سال دوم) | <p>۲۳. تشکیل شبکه محققان توانمند و تولید محصولات پژوهشی توسط این شبکه</p> |

CHNRI: Child Health and Nutrition Research Initiative
RFP: Request for Proposal

جدول ۵. اهداف راهبردی مرکز تحقیقات سلامت معنوی تا سال ۱۴۰۲

| حوزه‌ها | اهداف راهبردی |
|--------------|--|
| تولید دانش | <ol style="list-style-type: none"> ۱. تعیین و به روز رسانی نظام مند اولویت‌های تحقیقاتی مرکز با مشارکت ذینفعان ۲. اجرای ۱۰۰ پروژه تحقیقاتی در اولویت‌های مرکز ۳. تهیه ۱۰ محصول کاربردی در حوزه سلامت معنوی کشور (دو مورد در سال به طور متوسط) ۴. استقرار بانک ایده‌های روزآمد به عنوان یکی از ورودی‌های اولویت‌های تحقیقاتی مرکز ۵. مشارکت دانشجویان در ۳۰ درصد پروژه‌های تحقیقاتی با مسئولیت اساتید مرکز ۶. برگزاری دوره فلوشیپ سلامت معنوی ۷. برگزاری دوره کارشناسی ارشد سلامت معنوی ۸. تبیین، شفاف سازی و آسان سازی فرآیندهای مرتبط ۹. |
| نشر | <ol style="list-style-type: none"> ۱. راه اندازی و به روزرسانی کتابخانه الکترونیکی کلیه گزارش‌های تحقیقاتی و پایان‌نامه‌ها ۲. انتشار گزارش کار سالانه مرکز (شامل فهرست طرح‌ها و سایر محصولات پژوهشی انجام شده) ۳. انتشار کلیه تحقیقات به صورت مقاله (ترجیحاً به زبان انگلیسی در مجلات بین‌المللی با ضریب تاثیر بالا) ۴. اجرای ۶۰ برنامه با رسانه برای اطلاع‌رسانی (به طور متوسط یک برنامه در ماه) ۵. برگزاری ۵ همایش تخصصی (یک همایش در سال) ۶. برگزاری ۱۰ دوره آموزشی تخصصی منتج از تحقیقات (دو دوره در سال) ۷. چاپ و نشر ۱۰ کتاب تخصصی (دو کتاب در سال) |
| کاربست نتایج | <ol style="list-style-type: none"> ۱. ارتباط نظام‌مند با کلیه ذینفعان حوزه سلامت معنوی شامل سرمایه‌گذاران پژوهشی، مصرف‌کنندگان و پژوهشگران ۲. کاربرت حداقل ۸۰ درصد از نتایج تحقیقات انجام شده در سیاست‌ها، خدمات و آموزش عموم مردم ۳. انتشار ۶۰ گزاره برگ ویژه سیاست‌گذاران و مخاطبان به زبان کاربردی (هر ماه یک گزاره برگ) ۴. برگزاری جلسات منظم ماهانه کاربرت نتایج یا ذینفعان |
| پشتیبانی | <ol style="list-style-type: none"> ۱. افزایش منابع مالی مرکز به ۴ برابر فعلی با احتساب نرخ تورم و افزایش سهم منابع خارجی تا ۸۰٪ (هر سال حدود ۳۰ درصد افزایش) ۲. وجود نیروی انسانی توانمند در مدیریت چرخه پژوهش ۳. پیشرو در ارائه خدمات مشاوره سلامت معنوی مبتنی بر شواهد در کشور ۴. افزایش میزان رضایت مندی کارکنان ۵. تشکیل شبکه محققان داخلی توانمند و تولید محصولات پژوهشی توسط این شبکه |

دورنما و ارزشهای مرکز به شرح زیر تدوین شدند:

دورنما: این مرکز در سال ۱۴۰۲ مرجع علمی پژوهشی کشور در حیطه سلامت معنوی با توجه به ابعاد چهارگانه سلامت همگانی (جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) و توسعه علوم خواهد بود.

ارزش‌های مرکز: تعالی و تکامل مادی و معنوی جامعه با رویکرد معنوی/دینی، متعهدانه، و حیانی، دانش محور همراه با مشارکت همه جانبه نخبگان از حوزه های پژوهشی علمی و دینی، تلاش برای خلق ثروت و توسعه دانشگاه متعهد نسل سوم، تعالی سیستمی بر مبنای رقابت و رفاقت، همکاری گروهی بر مبنای استراتژی مشترک، پاسخگویی اجتماعی به ویژه به بحران ارزشهای معنوی، اجتماعی، و محیط زیستی، مدیریت مشارکتی، بومی کردن علم (نقش فعال و مفید در فرآیندهای روزمره زندگی مردم)، رعایت اصول اخلاق در مدیریت پژوهش، تعهد به چشم انداز و اسناد ملی

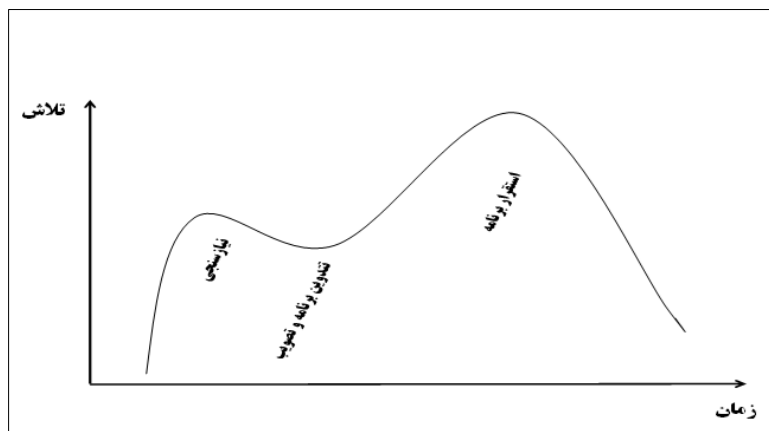
جمع‌بندی رویکردها و اهداف مرکز تحقیقات سلامت معنوی درمورد ذینفعان با توجه به برنامه استراتژیک در جدول ۶ نشان داده شده است.

جدول ۶. رویکردها و اهداف مرکز تحقیقات سلامت معنوی درمورد ذینفعان با توجه به برنامه استراتژیک

| اهداف | رویکردهای مرکز تحقیقات سلامت معنوی | گروه ذینفع |
|--|--|--|
| اطلاع رسانی و معرفی مرکز | برگزاری جلسات کاربست نتایج طرح ها تدوین بروشور معرفی مرکز به زبان ساده برگزاری همایش‌های تخصصی | عمومی (برای تمام گروههای ذینفع) |
| حمایت طلبی افزایش آگاهی، نگرش و عملکرد | تدوین گزاره برگ از نتایج طرح های مرکز برای سیاستگذاران و مدیران، انتشار گزاره برگ‌ها و دریافت بازخورد | ۱. سیاستگذاران و مدیران |
| ظرفیت سازی در کشور | انتشار تحقیقات به صورت مقاله معرفی مرکز و آشنایی با فعالیت های سایر محققان حیطه سلامت معنوی همکاری های تحقیقاتی نظام‌مند به صورت تشکیل شبکه محققان | ۲. محققان (شامل مراکز تحقیقاتی) |
| ارائه خدمات مبتنی بر شواهد و در نهایت افزایش عادلانه شاخص های سلامت در کشور | تدوین گایدلاین تدوین کویکولوم های آموزشی برگزاری دوره های آموزشی تخصصی منتج از تحقیقات | ۳. ارائه دهندگان خدمت (شامل خدمات بهداشتی-درمانی، و آموزش) |
| افزایش سواد سلامت تغییر رفتار | اجرای برنامه با رسانه‌ها به صورت مصاحبه و انتشار گزاره برگ به زبان ساده برای عموم مردم | ۴. مردم و گروههای مردمی (شامل سمن ها، داوطلبان سلامت معنوی، خیرین) |
| حمایت طلبی و در نهایت جذب منابع خلق ثروت | معرفی قابلیت های مرکز شناسایی اولویت های تخصیص منابع آنان | ۵. تخصیص دهندگان منابع |

بحث و نتیجه گیری

هدف از طراحی سند حاضر، تدوین برنامه راهبردی مرکز تحقیقات سلامت معنوی است. هر برنامه‌ای نوید بخش تعدادی تغییر است. به همین دلیل مجریان برنامه باید توانایی مدیریت این تغییرات را داشته باشند و مقاومت‌های اولیه ناشی از تغییر را مطالعه و راهبردهای صحیح را برای آن انتخاب کنند. واضح است که اجرای هر برنامه مهمتر از صرف تدوین آن است و اجرا و استقرار یک برنامه، تلاش و زمان بیشتری را نسبت به مرحله نیازسنجی، تدوین و تصویب نیاز دارد که نیازمند صبر و پشتکار است؛ (۲۸-۳۰) به ویژه اگر این برنامه نیازمند همکاری و کار تیمی باشد چراکه کار مشارکتی در نگاه اول هزینه‌بر و زمان‌بر است، اما پایدارتر و مؤثرتر است.



نمودار ۱) تلاش و زمان در تدوین استقرار برنامه های سلامت

منبع: برنامه راهبردی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران - ۱۳۸۹

نایت و همکاران در کتاب خود از اصطلاح شکاف استقرار^۱ نام برده‌اند که معنای ساده آن فاصله بین ایده‌ها و آرزوهای طراحان برنامه یا سیاست با آنچه که در عمل اجرا شده است می باشد. (۲۹) هر قدر متولیان اصلی و سیاست‌گذاران بتوانند تحلیل ذینفعان درستی از مخالفان و موافقان داشته، حمایت‌طلبی مؤثری داشته باشند و بسترهای اجرایی مناسبی برای استقرار فراهم آورند این شکاف کمتر خواهد شد.

همانطور که در مقدمه اشاره شد یکی از مشکلات در سازمان‌های پژوهشی کشور نداشتن برنامه مناسب است. مشکلاتی که سازمان‌های پژوهشی کشورمان با آن مواجه هستند ناشی از ضعف نگاه جامع به فرایند مدیریت پژوهشی شامل تولید، نشر و کاربردی کردن است. داشتن برنامه استراتژیک مدون برای فرایندهای پژوهشی ضمن تسهیل امور و کاهش تضادهای سازمانی، پاسخگویی به مشتریان را تقویت می‌کند. علاوه بر این موجب می‌شود تا نظام منسجم و مدونی برای مدیریت پژوهش مرکز ایجاد شود تا بتواند در دراز مدت پاسخگوی چالش‌های محیط بیرونی نیز باشد.

سازمان‌های پژوهشی چهار کارکرد را به صورت یک چرخه تشکیل می‌دهد نداشتن برنامه مناسب باعث می‌شود این کارکردها به صورت ناقص، پراکنده و بدون نظارت مطلوب اجرا شود. به عنوان مثال بسیاری از طرح‌های پژوهشی بدون انجام فرایند

1 Implementation Gap

اولویت‌گذاری، پذیرفته شده و یا به طور نامطلوبی داوری می‌شوند، یا این‌که نتایج پژوهش به دست مسؤولان و مجریان مرتبط نمی‌رسد و حلقه اتصال و ارتباط بین مجری و محقق از هم گسسته است، یا فرآیند کنترل پروژه‌های تحقیقاتی دارای نقائصی است به طوری که کیفیت نتایج تحقیقات را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

مشکل دیگر مربوط به فرهنگ پژوهش در کشور می‌شود، این مسئله در کنار نبود فرهنگ بهره‌گیری از پژوهش و نخبگان توسط برنامه ریزان، تصمیم‌گیران و مدیران اجرایی کشور؛ بر سایر مشکلات ساختاری سایه افکنده است و رفع آنها به زودی امکان نخواهد داشت و شاید بتوان این نکته را گفت که باورها و نگرش‌های نامطلوب در «فرهنگ تحقیقاتی» از اولین و پایه‌ای‌ترین معضلات ساختار پژوهشی کشور است.

فهرستی از اجزای این فرهنگ نامطلوب به شرح زیر است:

- پنهان‌کاری: عدم بیان و نشر یافته‌های علمی، به اشتراک گذاشتن یافته‌های علمی با سایر محققان؛
- خاص‌گرایی: ضعف روحیه رقابت در جامعه و نهادهای علمی که نتیجه خاص‌گرایی (اهمیت دادن به گروهی خاص به جای عموم) است و باعث ضعف توسعه علم و پژوهش می‌گردد؛
- فردگرایی: نبود نگرش مالکیت جمعی بر محصولات و یافته‌های علمی؛
- تعصب: جانب‌داری از برخی دیدگاه‌ها بدون پشتوانه علمی؛
- نداشتن روحیه تلاش و کوشش: نداشتن روحیه تلاش در کشف و فهم مجهول‌ها و حل مشکلات؛
- پول‌محوری: متأسفانه گاهی در انتخاب پروژه‌ها و موضوعات پژوهشی، اعتبارات پژوهشی محوریت بیشتری دارد؛
- کم ارزش بودن پژوهش: بی ارزش بودن یا کم ارزشی منزلت پژوهش‌گر و پژوهش؛
- ضعف روحیه پرسش‌گری: عدم وجود شک سازمان یافته، انتقادگری و نقدپذیری نسبت به پدیده‌ها و مسائل؛
- فاصله از قدرت: فاصله پژوهش و پژوهش‌گران از منابع قدرت و تصمیم‌گیری در جامعه؛
- عدم شایسته‌سالاری، تقلیدگرایی و تعصب نیز از دیگر مشکلات فرهنگی هستند.

با این‌که سامانه‌های پژوهشی در کشور ما از بیماری‌های مشترکی رنج می‌برند اما لازم است در هر واحد به طور مستقل این موضوع‌ها مطالعه شده و راه کارهای ارتقای وضع موجود استخراج شود. به همین دلیل اجزای این فرهنگ نامطلوب پژوهشی به همراه مصداق آن در این مرکز بررسی و سعی شد تا در تدوین این برنامه راهبردی راه‌حل‌های عملیاتی برای رفع آنها پیشنهاد گردد (جدول شماره ۶).

جدول ۷. اجزای فرهنگ نامطلوب پژوهش با توجه به نقاط ضعف و تهدید این مرکز این مرکز

و راه حل عملیاتی پیشنهادی برای رفع آن

| اجزای فرهنگ نامطلوب | مصادق در این مرکز | راه حل عملیاتی پیشنهادی |
|---------------------|---|---|
| پنهان کاری | <ul style="list-style-type: none"> عدم اطلاع یا استفاده از تمامی صاحب نظران، پژوهشگران و علاقمندان این حوزه | <ul style="list-style-type: none"> معرفی مناسب مرکز به تمام ذینفعان تشکیل شبکه محققان توانمند و تولید محصولات پژوهشی توسط این شبکه |
| ابهام | <ul style="list-style-type: none"> اختلاف نظر میان ذینفعان در خصوص تعریف معنویت و مداخلات معنوی برداشت برخی مراجعین از یکی بودن معنویت با دینداری کامل | <ul style="list-style-type: none"> ارائه نتایج بصورت واضح با توجه به سطح درک ذینفعان تدوین مناسب اولویت های پژوهشی به طور مثال با استفاده از یک روش علمی مانند مدل CHNRI |
| خاص گرایی | <ul style="list-style-type: none"> روحیه قطب گرایی، مداخله گرایی و تصدی رهبری حوزه سلامت معنوی توسط مراکز و افراد صاحب نفوذ و قدرت | <ul style="list-style-type: none"> ارتباط نظام مند با کلیه ذینفعان حوزه سلامت معنوی با توجه خاص به سیاستگذاران |
| فرد گرایی | <ul style="list-style-type: none"> فرهنگ ضعیف کارگروھی و روشن نبودن فرایندها و نحوه همکاری بین رشته ای | <ul style="list-style-type: none"> تشکیل شبکه محققان توانمند و تولید محصولات پژوهشی توسط این شبکه و حمایت از محققان این حیطه |
| تعصب | <ul style="list-style-type: none"> تدوین نامناسب اولویت های پژوهشی فقدان ارزیابی اثر و اعتبارسنجی پژوهش ها | <ul style="list-style-type: none"> نوجه به تقویت بعد علمی تحقیقات مرکز تدوین چهارچوب تعیین اثر تحقیقات Research Impact Assessment و ارزشیابی طرح های گذشته مرکز تدوین مناسب اولویتهای پژوهشی به طور مثال با استفاده از یک روش علمی مانند مدل CHNRI |
| کم ارزش بودن پژوهش | <ul style="list-style-type: none"> اعتبارات ناکافی در حوزه پژوهش معنوی عدم تمایل بخش خصوصی در سرمایه گذاری پژوهشی در حوزه سلامت معنوی پایین بودن انگیزه پژوهشگران به دلیل کمبود بودجه پژوهشی و نظام ارزشیابی نامناسب عدم احساس نیاز ذینفعان از پیامدهای توسعه تحقیقات سلامت معنوی | <ul style="list-style-type: none"> تدوین برنامه نظام مند برای جلب حمایت از بخش دولتی و خصوصی و معرفی مرکز و دستاوردهای آن به آنان تدوین برنامه نظام مند برای جلب حمایت مالی از بخش دولتی و خصوصی |
| فاصله از قدرت | <ul style="list-style-type: none"> فقدان ارتباط سازمانی تعریف شده با دستگاههای دولتی و غیردولتی ذینفع و مرتبط عدم نظام بازاریابی و حمایت طلبی نبود کلینیک، پروتکل، گایدلاین، قانون و استاندارد ملی در مداخلات معنوی | <ul style="list-style-type: none"> ارتباط نظام مند با کلیه ذینفعان حوزه سلامت معنوی بویژه سیاستگذاران |

CHNRI: Child Health and Nutrition Research Initiative

ملاحظات اخلاقی

قبل از انجام پروژه، تأیید کمیته اخلاق واحد ارتباط با صنعت دانشگاه علوم پزشکی ایران اخذ گردید. در ابتدای جلسات از شرکت‌کنندگان برای ضبط گفتگوهای انجام شده اجازه گرفته شد و با موافقت آنان، ضبط صدا انجام گرفت. همچنین حقوق معنوی کلیه مشارکت‌کنندگان در این پژوهش رعایت گردیده و اسامی آنان با توجه به نقش آنها در گزارش نهایی ذکر شده‌اند.

پیوست (۱) پرسشنامه جمع آوری نظرات ذینفعان

بسمه تعالی

تدوین برنامه راهبردی مرکز تحقیقات سلامت معنوی (پرسشنامه نظر خواهی از ذینفعان دوشنبه ۱۷ اردیبهشت)

| امتیاز صفر تا ۳ | زیر جزءهای سیستم پژوهشی | |
|--------------------|---|------------|
| | نظام تولید ایده و امکان سنجی آنها | تولید دانش |
| | نظام نیازسنجی و تعیین اولویتها | |
| | نظام تأمین منابع اولویتها | |
| | نظام برون سپاری تحقیقات (فراخوان، داوری تا قرارداد، اجرا) | |
| | نظام سرپرستی و پایش تحقیقات | بشر |
| | نظام مستند سازی تحقیقات | |
| | نظام تولید مقالات علمی | |
| | نظام مشارکت در همایشها | |
| | نظام اطلاع رسانی رسانه‌ای | |
| | نظام آموزش‌های منتج از تحقیق | کارست |
| | نظام شناسایی و ارتباط با ذینفعان | |
| | نظام تدوین محتوای مناسب برای ذینفعان | |
| | نظام ثبت مالکیت معنوی | |
| | نظام بازاریابی و جلب حمایت محصولات پژوهشی | |
| | نظام ارزیابی اثر و اعتبار گذاری تحقیقات | پشتیبانی |
| | نظام برنامه ریزی، پایش و نظارت | |
| | نظام مدیریت مالی | |
| | نظام مدیریت تجهیزات فیزیکی | |
| | توانمندسازی، نظارت بر عملکرد نیروی انسانی و انگیزش | |
| | نظام شناسایی و همکاری با محققان حوزه سلامت معنوی | |

| نقاط قوت/فرصت | نقاط ضعف/تهدید |
|---------------|----------------|
| | |

منابع

۱. Bryson JM. Strategic planning for public and nonprofit organizations: A guide to strengthening and sustaining organizational achievement: John Wiley & Sons; 2018.
۲. Skevington SM, Gunson KS, O'connell KA. Introducing the WHOQOL-SRPB BREF: developing a short-form instrument for assessing spiritual, religious and personal beliefs within quality of life. *Quality of Life Research*. 2013;22(5):1073-83.
۳. Bensley RJ. Defining spiritual health: A review of the literature. *Journal of Health Education*. 1991;22. ۹۰-۲۸۷:(۵)
۴. Hawks SR, Hull ML, Thalman RL, Richins PM. Review of spiritual health: definition, role, and intervention strategies in health promotion. *American Journal of Health Promotion*. 1995;9(5):371-8.
۵. Levin J. Spiritual determinants of health and healing: an epidemiologic perspective on salutogenic mechanisms. *Alternative Therapies in Health and Medicine*. 2003;9(6):48-57.
۶. Dhar N, Chaturvedi S, Nandan D. Spiritual health scale 2011: Defining and measuring 4th dimension of health. *Indian journal of community medicine: official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*. 2011;36(4):275.
۷. Gaur KL, Sharma M. Measuring Spiritual Health: Spiritual Health Assessment Scale (SHAS). *International Journal of Innovative Research and Development*. 2014.
۸. Smith TB, Bartz J, Scott Richards P. Outcomes of religious and spiritual adaptations to psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy research*. 2007;17(6):643-55.
۹. Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. 1982:224-37.
۱۰. Jalilian N, Ziapour A, Mokari Z, Kianipour N. A study of the relationship between the components of spiritual health and happiness of students at Kermanshah University of Medical Sciences in 2016. *Annals of Tropical Medicine and Public Health*. 2017;10(4):1010-4.
۱۱. Moghimian M, Salmani F. The study of correlation between spiritual well-being and hope in cancer patients referring to Seyyedo Shohada Training-Therapy center of Isfahan university of medical sciences, 2010, Isfahan, Iran. *Majallah-i Dānishgāh-i Ulūm-i Pizishkī-i Qum*. 2012;6(3):40-5.
۱۲. Vafae R. Association of between mental health and spiritual health among students in Shiraz University. *Advances in Nursing & Midwifery*. 2015;24(84):53-9.
۱۳. Jahani A, Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Hadavi A, Zayeri F, Khatooni AR. The relationship between spiritual health and quality of life in patients with coronary artery disease. *Islamic Life Center Health*. 2013;1(2):17-21.
۱۴. Salmabadi M, Sadeghbojd MF, Farshad MR, Zolfaghari S. Comparing the spiritual health and quality of life in addicted and non-addicted patients in the City of Birjand, Iran. *International journal of high risk behaviors & addiction*. 2016;5(۱)
۱۵. MAAREF M, ASADI F. THE FACTORS OF ACHIEVING SPIRITUAL HEALTH FROM THE PERSPECTIVE OF THE QUR'AN AND THE HADITH. 2017.
۱۶. Abbasian L, Abbasi M, Gooshki ES, Memariani Z. Survey on the Scientific Position of the Spiritual Health and its Role in Preventing from Diseases: A preliminary Study. *Medical Ethics Journal*. 2010;5(14):83-104.
۱۷. Mousavimughaddam S. Healthy Man and Its Role in the Spiritual Health and Mental Health from the Viewpoints of Rene Descartes and Allamah Tabatabaei Based on the Interpretative Attitude of Almizan. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences & Health Services*. 2014;22.(۹۰)

۱۸. Abbasi M, Azizi F, Gooshki ES, Rad MN, Lakeh MA. Conceptual definition and operationalization of spiritual health: A methodological study. *Medical Ethics Journal*. 2012;6(20):11-44.
۱۹. Bolhari J. Institutionalization of spirituality in the concept of spiritual health. *Medical Ethics Journal*. 2010;5(14):105-12.
۲۰. Amiri P, Abbasi M, Gharibzadeh S, Zarghani NH, Azizi F. Designation and psychometric assessment of a comprehensive spiritual health questionnaire for Iranian populations. *Medical Ethics Journal*. 2015;9(30):25-56.
۲۱. Sisask M, Värnik A, K lves K, Bertolote JM, Bolhari J, Botega NJ, et al. Is religiosity a protective factor against attempted suicide: a cross-cultural case-control study. *Archives of Suicide Research*. 2010;14(1):44-55.
۲۲. Zamaniyan S, Bolhari J, Naziri G, Akrami M, Hosseini S. Effectiveness of spiritual group therapy on quality of life and spiritual well-being among patients with breast cancer. *Iranian journal of medical sciences*. 2016;41(2):140.
۲۳. Mmaryan N, Jolfaei AG, Ghaempanah Z, Shirvani A, Vand H, Ghahari S, et al. Spiritual care for cancer patients in Iran. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*. 2016;17(9):4289-94.
۲۴. Elham H, Hazrati M, Momennasab M, Sareh K. The effect of need-based spiritual/religious intervention on spiritual well-being and anxiety of elderly people. *Holistic nursing practice*. 2015;29(3):136-43.
۲۵. Damari B, Hajebi A, Bolhari J, Heidari A. Developing a training course for spiritual counselors in health care: Evidence from Iran. *Indian journal of palliative care*. 2018;24(2):145.
۲۶. Mmaryan N, Rassouli M, Nahardani SZ, Amiri P. Integration of spirituality in medical education in Iran: A qualitative exploration of requirements. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2015;2015.
۲۷. Mmaryan N, Rassouli M, Mehrabi M. Spirituality concept by health professionals in Iran: A qualitative study. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2016;2016.
۲۸. Dye R, Sibony O. How to improve strategic planning. *McKinsey Quarterly*. 2007;3:40.
۲۹. Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM. Implementation research: a synthesis of the literature. ۲۰۰۵ .
۳۰. Dick B. A beginner's guide to action research. Retrieved August. 2000;2:2005.