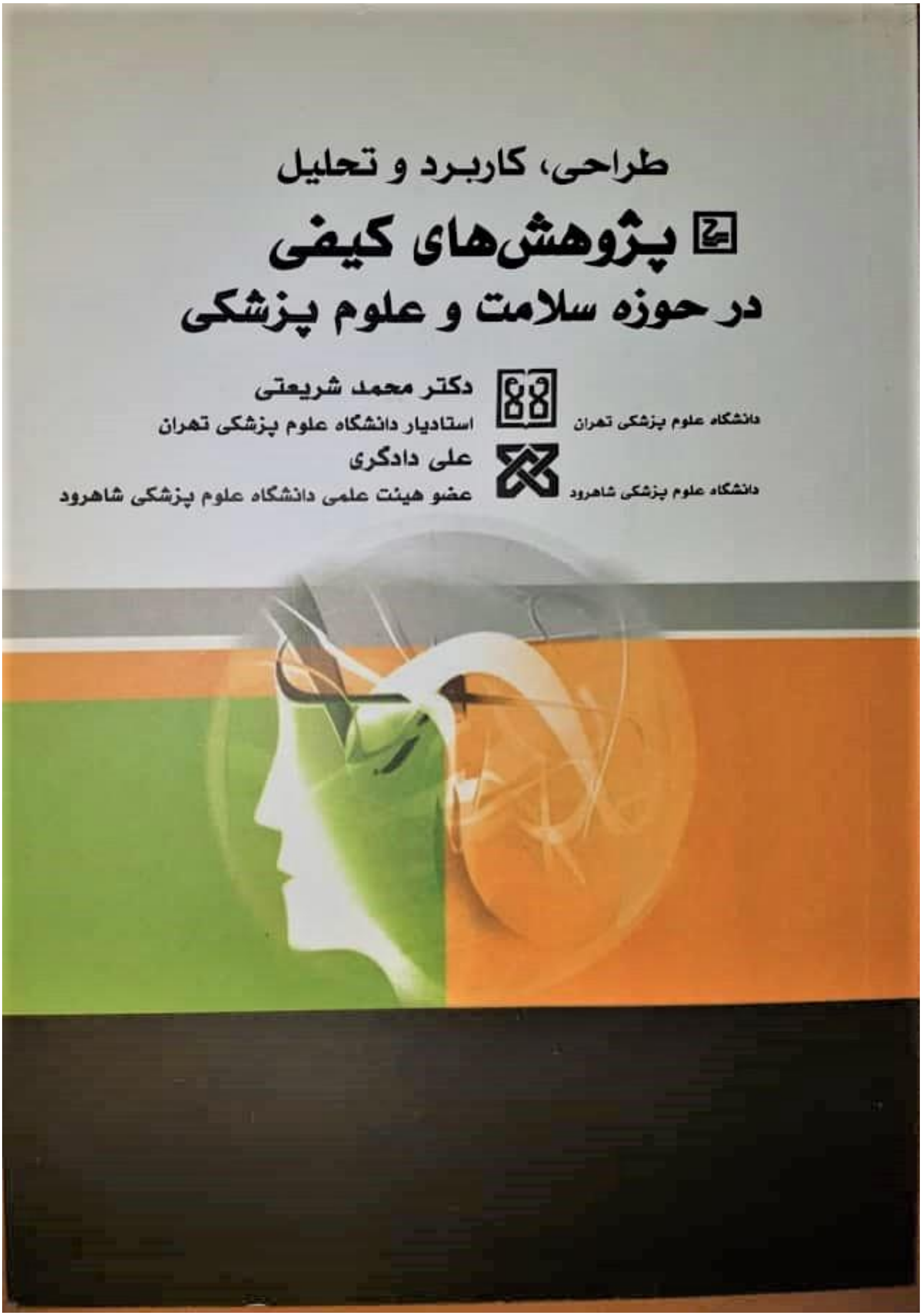

طراحی، کاربرد و تحلیل
پژوهش‌های کیفی
در حوزه سلامت و علوم پزشکی
دکتر محمد شریعتی
استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
دانشگاه علوم پزشکی تهران
علی دادگری
عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود
دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

طراحی، کاربرد و تحلیل

مطالعات کیفی

در بخش سلامت و علوم پزشکی

تألیف و ترجمه:

دکتر محمد شریعتی

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

علی دادگری

استادیار دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

فهرست مطالب

فصل اول 6
شیوه های کیفی در تحقیقات حوزه سلامت و علوم پزشکی........ 6
فصل دوم 20
مصاحبه در تحقیقات کیفی 20
فصل سوم 31
گروه کانون 31
فصل چهارم 40
شیوه های مشاهدهای 40
فصل پنجم 52
تحلیل مکالمه 52
فصل ششم 63
موضوعات اخلاقی 63
فصل هفتم 78
تجزیه و تحلیل دادههای کیفی 78
فصل هشتم 102
کیفیت در پژوهشهای کیفی 102
فصل نهم 123
تلفیق شیوههای کمّی و کیفی 123
فصل دهم 132
مطالعات موردی 132
فصل یازدهم 140
اقدام پژوهی 140
فصل دوازدهم 150
شیوه توافقی 150
فصل سیزدهم 160
تولید تحقیقات کیفی 160

دیباچه:

پژوهش کیفی در علوم پزشکی شاخه نسبتاً جدیدی است که در طی یکی دو دهه اخیر رواج بسیاری یافته است. به دلیل پیشینه‌های ذهنی متخصصین در علوم پزشکی و تأکید وافر بر عینی بودن روش‌های بالینی و پژوهشی مقبولیت پژوهش‌های کیفی در میان این متخصصین روندی بطنی و کند داشت. با وجود این، امروزه شاهد تولید روزافزون پژوهش‌های کیفی در علوم پزشکی می‌باشیم. بی‌شک پژوهش‌های کیفی در علوم پزشکی به بسیاری سؤالات بی‌پاسخ در این علوم پاسخ می‌دهند. از ویژگی‌های پژوهش‌های کیفی متنوع بودن روش‌ها، اجرا و تجزیه و تحلیل داده‌های بدست آمده از این پژوهش‌ها است که از سویی درک عمیق پژوهش‌های کیفی را مشکل و از سوی دیگر (در صورت آشنایی با ارکان انجام آن) این پژوهش‌ها را جالب و پرجاذبه ساخته است، به نحوی که نگرانی‌های در زمینه گسترش بی‌رویه این پژوهش‌ها و فراموشی روش‌های پژوهش کمّی ایجاد کرده است. جامعه شناسان معتقدند هیچ پدیده اجتماعی تداوم نمی‌یابد و یا مضمحل نمی‌گردد مگر آنکه زمینه‌های لازم برای تداوم بقا یا اضمحلال آن فراهم شده باشد. اگر بپذیریم که پژوهش‌های کیفی در علوم پزشکی پدیده‌ای نو محسوب می‌گردند و اگر بنا داریم که از این پژوهش‌ها برای یافتن پاسخ‌های خود سود ببریم قطعاً باید زمینه‌های تداوم آن را نیز فراهم آوریم. به اعتقاد نویسندگان این کتاب کاربرد صحیح، به موقع و مناسب از پژوهش‌های کیفی در کنار پژوهش‌های کمّی و تلفیق این روش‌ها برای تولید داده‌ها توسط پژوهشگران علوم پزشکی الزامی است. از این رو، بر آن شدیم تا با تحریر این اوراق، دست همت پژوهشگرانی را که در این خصوص تلاش نموده و راه پژوهش را روشن نگهداشته‌اند به گرمی بفشاریم و چراغ روشن پژوهش را به دست آیندگان بسپاریم. ما بخوبی واقفیم که این کتاب، خوانندگان آن را پژوهشگر کیفی نخواهد ساخت؛ اما ایمان داریم که مطالعه این کتاب، بارقه هایی از اراده در ذهن پژوهشگران جوان برای انجام پژوهش‌های کیفی روشن خواهد ساخت.

مقدمه:

روش تحقیق کیفی شیوه‌ای ذهنی برای توصیف تجربیات زندگی و معنی بخشیدن به آنها می‌باشد.

تحقیقات اساساً بر مبنای دو انگاره[1] اثبات‌گرایی[2] و طبیعت‌گرایی[3] صورت می‌گیرند. در انگاره اثبـات‌گرایـی، پیش فرض آن است که واقعیت چیزی است که در جهان خارج وجود دارد و مـی‌تـوان آن را مطالعـه کـرد، شناخت و وجود آن را لمس کرد و نباید ذهنیات خود را در این مشاهدات دخالت داد. این پدیده‌ها تصادفی نیستند و روابط علـت و معلـول بـین پدیـده‌هـا برقـرار اسـت. در انگـاره طبیعـت‌گرایانـه کـه بـه نـام‌هـای ساختارگرایی[4] است. در این دیدگاه، واقعیت ماهیت ثابتی ندارد و تجربیات و یا گفته‌های شـرکت‌کننـدگان در تحقیق در پدیده مورد بررسی تأثیر مستقیم دارد. بر مبنای این دو انگاره، اثبات‌گرایـان عمومـاً از روش-های تحقیق کمّی و طبیعت گرایان از روش‌های تحقیق کیفی سود می‌برند.

ویژگی‌های مشترک تحقیقات کیفی

تحقیقات کیفی دارای انواع و سبک‌های مختلف می‌باشند، با وجود این، این پژوهش‌هـا دارای چنـد ویژگـی مشترک به شرح ذیل می‌باشند:

۱- اعتقاد به وجود واقعیت‌های متعدد

۲- تعهد نسبت به پیروی از شیوه‌ای که به درک پدیده منتج گردد.

۳- توجه و احترام به دیدگاه‌های شرکت‌کنندگان در تحقیق

۴- انجام تحقیق در محیطی کاملاً عادی و طبیعی

۵- اهمیت دادن به شرکت محقق در تحقیق

۶- انتقال ادراکات محقق از پدیده در قالب گزارش ادبی از بیان و گفته‌های شرکت‌کنندگان

---

[1] paradim
[2] positivistic
[3] Naturalistic
[4] Constructivism

محقق کیفی معتقد است که افراد از تجربیات خود پنداشت و ادراکات متفـاوت دارنـد و لـذا در تعـاملات و تجربیات خود به طرق مختلف به شناخت و ادراک نائل می‌گردنـد. از ایـن رو، یـک حقیقـت مطلـق وجـود ندارد، بلکه حقایق بسیار وجود دارد و لذا برای داشتن آن نیز راه‌هایی مختلفی نیز باید وجود داشته باشد.

فصل اول

شیوه‌های کیفی در تحقیقات حوزه سلامت و علوم پزشکی

متخصصین علوم بهداشتی و سلامت در عرصه نوین ارائه خدمات مبتنی بر شواهد نیاز مبرمی به کاربرد شیوه‌های کیفی دارند، با وجود این، از آنجا که این شیوه‌ها به طور سنتی در علوم اجتماعی بکار گرفته شده‌اند، مبانی این روش‌ها برای صاحبین حرف بهداشتی و محققین در زمینه علوم زیستی و زیست پزشکی بیگانه است. از این رو، ممکن است شیوه‌های کیفی برای استفاده در موقعیت‌های تجربی، بالینی، زیست شناختی و اپیدمیولوژیک که کاربرد شیوه‌های کمی را طلب می‌کنند، اندکی عجیب به نظر برسد.

سوءبرداشت در مورد ماهیت شیوه‌های کیفی و کاربرد این شیوه‌ها، باعث شده است که بر تحقیقات کیفی برچسب **"غیرعلمی"**، **"غیرقابل تکرار"** و حتی چیزی شبیه به قصه و حکایت یا برداشت شخصی و یا حدس و گمان زده شود. رشد فزاینده علائق برای استفاده از شیوه‌های کیفی در تحقیقات سلامت، و پذیرش فزاینده این نوع تحقیقات در عرصه بالین و پزشکی زیستی (به ویژه در طی ۱۰ سال اخیر) اثبات می‌کند که به تدریج چنین سوءبرداشت‌هایی در حال برطرف شدن می‌باشند. هدف از نوشتن این کتاب در نخستین گام تحریر مقدمه‌ای برای معرفی شیوه‌های کیفی در مطالعات سلامت و خدمات بهداشتی می‌باشد. علاوه بر این، هدف دیگر ما آن است که نشان دهیم چگونه تحقیقات کیفی می‌تواند به شکل مناسب در عرصه خدمات سلامت مورد استفاده قرار بگیرد و به سؤالات مختلف و پیچیده پیش روی محققین پاسخ دهد. علاوه بر این، این کتاب به جنبه‌های اخلاقی تحقیقات کیفی و چگونگی دسترسی به کیفیت مناسب اشاره دارد و به کاربرد شیوه‌های تحقیق کیفی در روش‌های مختلف تحقیق و باز نمودن عرصه‌های جدیدی از تحقیق توجه دارد.

ارتباط میان نظریه و شیوه

برخی واژه‌ها و کلمات که برای محققین علوم دیگر به جز علوم اجتماعی، نامأنوس و ناآشنا بودند، موجب تعمیق سوءبرداشت‌ها نسبت به تحقیقات کیفی شده بود. واژه‌های "تحقیق کیفی" و "شیوه‌های کیفی" اغلب جابجا به جای یکدیگر مورد استفاده قرار می‌گیرند، اما کلمه شیوه تحقیق به تکنیک پژوهشی خاصی اطلاق می‌گردد که برای جمع‌آوری اطلاعات در مورد دنیای پیرامون می‌پردازد. انتخاب شیوه تحقیق، نوعاً از استراتژی یا راهبرد تحقیق برگرفته می‌شود و یا بر مبنای تصمیم در مورد طرح تحقیق و بر اساس باورها در مورد چگونگی مطالعه جامعه و چگونگی تعیین روایی دانش جامعه بر مبنای تحقیق استوار است. برای بسیاری از محققین علوم اجتماعی، انتخاب شیوه تحقیق خاص، مبتنی بر دیدگاه نظری یا مجموعه‌ای از مفاهیم توصیفی می‌باشد که چارچوب تفکر در مورد دنیای اجتماعی پیرامون را می‌سازد و تحقیق را شکل می‌دهد (به جدول ۱-۱ نگاه کنید).

جدول ۱-۱ : برخی دیدگاه‌های نظری که شیوه‌های کیفی را می‌سازند [۱ و ۲]:

- ❖ قوم نگاری
- ❖ تعاملات نمادین
- ❖ ساخت دهی
- ❖ روش شناسی قومی
- ❖ پدیده شناسی

به دلیل تفاوت‌های نظری، تحقیقات کیفی نه شکل ظاهری یکسانی دارند و نه به روشنی تبیین شده‌اند. اختلاف نظرات متعددی در مورد شکل و هسته مرکزی تحقیقات کیفی وجود دارد. چنانکه، به طور مثال Silverman پیش از آنکه نگرش شخصی خود را در تعریف تحقیق کیفی بیان کند، چهار تعریف دیگر از چنین تحقیقاتی را بیان نمود. علاوه بر این Hammersley نظریات متدولوژیکی را مورد ارزیابی

قرار داد که روش سنتی خاص شیکاگوئی (مراجعه به فصل ۴) در تحقیقات کیفی را بکار می‌بستند و به ویژه بر روی شیوه‌های طبیعت‌گرایانه تأکید داشت. (به قسمت‌های پایین‌تر نگاه کنید).

بحث در مورد تحقیقات کیفی موجب شد تا Denzin & Lincoln چنین مطرح نمایند که برای رسیدن به تعریف واحد از تحقیقات کیفی، باید نخست مجموعه‌ای از تنش‌ها، موارد منع کاربرد و تردیدها را شناخت. نظریه‌های مختلف عموماً با مرزبندی‌های مشخص از یکدیگر متمایز می‌گردند؛ اما، در عمل این تمایزات چندان آشکار نمی‌گردند. علاوه بر این، ارتباط میان پژوهش و دیدگاه‌های نظری ممکن است چندان واضح نباشد؛ چنانچه گاهی مواقع کاملاً با هم مرتبط و گاهی اوقات کاملاً از هم مجزا در نظر گرفته می‌شوند. از این رو، برخی محققین علوم اجتماعی بر این باورند که تحقیق باید مبتنی بر نظریه‌ها هدایت شود، در حالی که محققین دیگر معتقدند که این ارتباط میان نظریه و شیوه تحقیق بیش از حد لزوم مورد توجه قرار گرفته است. مثلاً Brannen چنین بیان داشت که:

انجام تحقیق ماهیتی ناموزون و نامرتب دارد که معمولاً با الگوها و شیوه‌های روش‌شناسی کتابی مطابقت ندارد. مثلاً در عمل، برای علم اپیستمولوژی (معرفت شناسی) (یعنی تئوری خاص مربوط به دانش طبیعی مبتنی بر تحقیق) معمول نیست که از یک شیوه منفرد از پیش تعیین شده استفاده نمود... ضرورتاً ممکن است مطابقت مستقیم بین معرفت شناسی و شیوه‌ها وجود نداشته باشد.

او چنین بیان نمود که انتخاب شیوه تحقیق و چگونگی کاربرد آن احتمالاً از سؤال پژوهش یا ملاحظات فنی یا عملی از دیدگاه نظری محقق (علیرغم اختلاف نظر سایرین) برگرفته می‌شود. به ویژه چنین موردی در تحقیقات مرتبط با خدمات سلامت به دلیل ماهیت کاربردی این تحقیقات صادق است.

این تحقیقات به حل موضوعات و مشکلات عملی خاص تمایل دارند و کمتر به مسائل نظری توجه می‌نمایند.

پس تحقیقات کیفی چیستند؟

تحقیقات کیفی اغلب با توجه به تعریف تحقیقات کمّی تعریف می‌گردند. در واقع مقالاتی که این کتاب بر اساس آن به رشته تحریر درآمده است، با نام "شیوه‌های تحقیق غیرکمّی" نامیده شده‌اند. این نام مستعار برای تعریف تحقیقات کیفی، از آنجا گرفته شده است که در این تحقیقات، محقق به دنبال کمّیت یا شمارش پدیده نیست و حتی آن را سنجش و اندازه‌گیری نمی‌کند. این تحقیقات هیچگونه قابلیت تکرارپذیری و قانون‌مندی برای تجزیه و تحلیل، آنچنان که در داده‌های کیفی وجود دارد، را نمی‌پذیرند (به فصل ۷ نگاه کنید). درست است که تحقیقات کیفی عموماً با کلام و صحبت و نه تعداد و شماره سر و کار دارند. اما، این بدان معنا نیست که هیچگونه اندازه‌گیری صورت نمی‌گیرد و نمی‌توان از آن برای توصیف پدیده‌های اجتماعی استفاده کرد.

اندازه‌گیری در تحقیقات کیفی عموماً به شکل دسته‌بندی یا طبقه‌بندی صورت می‌گیرد. تحقیقات کیفی به سؤالاتی از این قبیل پاسخ می‌دهند که X (مجهول) چیست؟ و این مجهول در شرایط مختلف چگونه تغییر می‌کند، و چرا؟ اما، تحقیقات کیفی به این سؤال‌ها جواب نمی‌دهد که X چه اندازه است؟ یا چند عدد X وجود دارد؟ تحقیقات کیفی علاقمند به کشف معانی است که افراد از تجربیات خود در دنیای اجتماعی را به آن منتسب می‌کنند. از این رو، این تحقیقات پدیده‌های اجتماعی (تعاملات، رفتارها و ...) را از نظر معنایی که برای مردم دارند، تفسیر می‌کنند. به همین دلیل، این تحقیقات معمولاً به نام تحقیقات *تفسیری* نامیده می‌شوند. چنین شیوه‌ای از این تحقیق بدان معناست که محقق، کراراً باید فرضیاتی مبتنی بر عقل سلیم یا نظراتی که در مورد آن موضوع وجود دارند در ذهن خود طرح کند. Bauman این کار را در علوم اجتماعی، کلمه "آشنایی‌زدائی" می‌نامد، یعنی کاری که دقیقاً تحقیقات کیفی سعی در انجام آن دارند. تحقیقات کیفی به جای پذیرش صرف مفاهیم و توصیفاتی که برای آنها در زندگی روزمره وجود

دارند، سؤالاتی زیر بنایی و جستجوگرانه در مورد ماهیت پدیده‌های اجتماعی می‌پرسند. مثلاً، به جای شمارش صرف تعداد موارد خودکشی (با این فرض که ما از قبل با مفهوم و ماهیت خودکشی آشنائیم و بر روی آن توافق داریم) محققین می‌توانند کار خود را با این سؤال آغاز کنند که خودکشی چیست و جامعه چه تعریفی از خودکشی دارند؟ و به کار خود ادامه دهد تا نشان دهد که این مفهوم، ساختاری کاملاً اجتماعی مبتنی بر فعالیت‌های جامعه، نظر صاحبنظران و صاحبین حرفه‌های بهداشتی و خود فرد دارد و از این رو، واژه خودکشی در بین کشورها و فرهنگ‌ها و مذاهب مختلف در سراسر دنیا تعریفی کاملاً متفاوت دارد.

وجه متمایز دوم تحقیقات کیفی، که یکی از نقاط برتری آن نیز محسوب می‌گردد، آن است که این تحقیقات افراد را در موقعیت‌های کاملاً طبیعی و نه در موقعیت‌های مصنوعی و آزمایشگاهی مورد مطالعه قرار می‌دهند. Kirk & Miller تحقیقات کیفی را به عنوان "سنت خاص در علم اجتماعی می نامند که اساساً مبتنی بر مشاهده افراد در قلمرو خود آنها و تعامل با ایشان به زبان و واژگان خود ایشان" می‌باشد. این مفهوم را *طبیعت‌گرایی* می‌نامند. با وجود این، اصطلاح شیوه‌های طبیعت‌گرایانه گاهی اوقات و ***"نه همیشه"*** برای اشاره به شیوه‌های مورد استفاده در تحقیقات کیفی اطلاق می‌گردد. جنبه دیگر از تحقیقات کیفی که مورد تأکید برخی صاحبنظران نیز می‌باشد، آن است که در این تحقیقات اغلب چندین شیوه کیفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. مشاهده افراد در حیطه و قلمرو خود آنها مستلزم مشاهده، ملحق شدن (مشاهده مشارکتی)، صحبت با مردم (مصاحبه، شرکت در گروه و گپ زدن غیر رسمی) و مطالعه آنچه که آنها می‌خوانند، می‌باشد. در محیط‌های ارائه خدمات سلامت، شیوه‌های متعددی از تحقیقات کیفی به کار گرفته شده‌اند تا به این سؤال مهم و حیاتی در مورد پدیده‌های اجتماعی با طیف گسترده‌ای از رفتارهای پیچیده انسانی از قبیل پذیرش درمان توسط بیمار، تصمیم‌گیری متخصصین حرف بهداشتی، کار در سازمان‌های بهداشتی و بیمارستانی و یا به طور کلی در سیستم‌های سلامت پاسخ دهند.

بنابراین بر اساس تعریف، تحقیقات کیفی تفاوت بسیاری با پژوهش‌های کمّی دارند. این تفاوت‌ها بین این دو نوع پژوهش به دلایل متعدد ایجاد شده است. این تقسیم‌بندی به اصطلاح کیفی-کمّی در پژوهش‌ها، به دلیل مرزبندی‌های موجود بین نظریه‌های اجتماعی که علاقمند به بررسی ساختار جامعه می‌باشند و نظریه‌هایی که به عمل و معنی اجتماع علاقمند می‌باشند، آشکارتر می‌گردد.

تفاوت‌های میان تحقیقات کیفی و تحقیقات کمّی به کرّات مورد بحث قرار گرفته است و موجب سوءبرداشت‌هایی برای استفاده از شیوه‌هایی کیفی در پژوهش‌های با زمینه خدمات بهداشتی و سلامت شده است. با وجود این، رشد فزاینده‌ای برای درک تفاوت‌های تحقیقات کیفی و کمّی در علوم اجتماعی صورت گرفته است. در عرصه پژوهش‌های سلامت و خدمات بهداشتی، شیوه‌های کیفی و کمّی رشد فزاینده‌ای از نظر کاربرد و استفاده توأم از این دو شیوه داشته است (به فصل ۹ نگاه کنید).

انتخاب روش تحقیق:

محقق برای انتخاب روش مناسب تحقیق می‌باید از اصول حاکم بر تحقیقات کیفی آگاه باشد. انتخاب روش تحقیق بستگی به "پدیده" مورد بررسی و "سؤال" تحقیق دارد. اگر محقق علوم پزشکی درصدد باشد تا به بررسی تجربیات دانشجویان پزشکی از برخورد بالینی با بیماران سرطانی بپردازد، باید از روش "پدیده شناسی"[1] استفاده نماید. محقق باید تجربیات زندگی این افراد را مطالعه کند و آن را بشناسد. اما اگر محقق بخواهد روند درمان جراحی سوختگی‌های وسیع را بررسی کند باید به دنبال روش‌-های تاریخی در مطالعات کیفی باشد. حال در نظر بگیرید اگر محقق علاقمند باشد تا در مورد فرایند علاقه گروهی از دانشجویان پزشکی به پژوهش تحقیق نماید ضرورتاً می‌باید از روش تئوری زمینه‌ای[2] استفاده کند. از سوی دیگر مطالعه روی افرادی که به سعی در کمک به بیماران سرطانی یا کلیوی می‌باشند و بر اساس عقاید، ارزش‌ها و باورهای خود به کمک بیماران می‌شتابند از روش قوم نگاری میسر است و در

[1] phenomenology
[2] Grounded theory

نهایت اگر محقق درصدد باشد تا دانشجویان را به سوی تقویت حس تعاون و همدلی با بیماران متقاعد کند از روش پژوهش کیفی به نام اقدام پژوهی سود خواهد برد.

محققی که برای مطالعه پدیده یا واقعیت به پژوهش کیفی اقدام می‌کند بر خلاف پژوهش‌های کمّی به مطالعات مروری کمتری نیاز دارد. حتی برخی معتقدند که بیگانه بودن محقق با موضوع مورد مطالعه امکان بررسی بهتر را فراهم می‌آورد و لزوماً نباید در مطالعات کیفی، اقدام به مرور مطالعات قبلی با دامنه وسیع نمود و با این کار احتمال سوءگیری در پژوهش نیز کاسته می‌شود.

استفاده از پژوهش‌های کیفی

روش‌های پژوهش کیفی و کمی مکمل یکدیگر می‌باشند. یکی از طرق دستیابی به این مهم، استفاده از تحقیقات کیفی به عنوان پیش درآمد یا مقدمه تحقیقات کمّی می‌باشد. به عنوان مثال ما در یک تحقیق در نظر داشتیم ارتباط وضعیت مالی دانشجویان پزشکی را با وضعیت سلامت روان آنان مقایسه کنیم برای سنجش وقعیت سلامت روان از نسخه فارسی پرسشنامه GHQ-28 استفاده کردیم، لیکن برای دستیابی به وضعیت مالی و اقتصادی خود با استفاده از یکی از روش‌های مطالعات کیفی (پانل خبرگان) پرسشنامه‌ای طراحی و بکار گرفته شد. همچنین در مطالعه‌ای که به منظور ترجمه و تعیین پایایی و روایی پرسشنامه ۱۲ سؤالی سلامت عمومی GHQ-12 انجام شد برای تعیین روایی پرسشنامه از روش‌های کیفی استفاده شد. این مدل و الگو برای بیشتر محققین پژوهش‌های سلامت و خدمات بهداشتی آشنا می‌باشد. برای مثال، تحقیقات کیفی می‌تواند پدیده‌ها را دسته‌بندی کند، یا به این سؤال که "مجهول چیست؟" پاسخ دهند، که ضرورتاً به فرآیند شمارش مجهول‌ها خواهد انجامید. از آنجا که خدمات بهداشتی برای انسان‌ها ارائه می‌شود و انسان‌ها به طور کلی پیچیده‌ترین موجودات حیات تلقی می‌گردند، این‌گونه سؤالات در مورد تعامل انسانی و اینکه انسان‌ها تعاملات را چگونه تفسیر می‌کنند، از نظر صاحبین حرف بهداشتی مهم تلقی شده و باید قبل از تلاش برای کمّی ساختن این رفتارها و وقایع، آنها را از بعد کیفی مورد بررسی قرار داد. مبانی روش‌های پژوهش کیفی را می‌توان برای کشف مفاهیم بسیاری از واژه‌ها و

کلمات شایع مورد استفاده در پرسشنامه پژوهشی پیمایشی مورد استفاده قرار داد. عالی‌ترین مثال این مورد را می‌توان در فعالیت‌های مقدماتی انجام شده در یک پژوهش پیمایشی ملی بریتانیا در مورد رفتارهای جنسی و شیوه زندگی یافت. در این پژوهش پیمایشی، برای پرهیز از سوءبرداشت در مورد برخی واژه‌های مرتبط به فعالیت و رفتارهای جنسی، از مصاحبه رو در رو استفاده شد. این فعالیت کیفی، ارزش فراوانی در ساخت و تکمیل پرسشنامه پژوهش پیمایشی داشت و منجر به روایی بیشتر اطلاعات کسب شده از افراد مورد پژوهش شد. چرا که، زبان مورد استفاده در پرسشنامه کاملاً شفاف و به روشنی قابل درک بود.

نباید چنین پنداشت که تحقیقات کیفی فقط به عنوان مرحله اول تحقیقات کمّی سودمندند. تحقیقات کیفی نقش بسیار مهمی در "اعتباردهی" تحقیقات کمی و یا ارائه دیدگاه‌های متفاوت در مورد یک پدیده اجتماعی مشخص دارند. گاهی مواقع، این تحقیقات تفسیر جدید قابل توجهی در داده‌های کمّی را موجب می‌گردند. مثلاً، در یک مطالعه انسان شناسی با استفاده از شیوه‌های کیفی، محدودیت‌های پژوهش پیمایشی قبلی آشکار گردید. قضیه از این قرار بود که Stone & Campbell دریافتند که سنت‌های فرهنگی و عدم آشنایی با مفاهیم موجود در پرسشنامه و چگونگی تکمیل آن، باعث گردید که روستائیان نپالی در مورد موضوع سقط جنین و خدمات تنظیم خانواده، خود را به غفلت و نادانی بزنند و استفاده از روش‌های پیشگیری و سقط را در پژوهش پیمایشی مرتبط، کمتر از حد واقعی گزارش کنند. علاوه بر همه اینها، تحقیقات کیفی کمک می‌کنند تا با بصیرت بیشتر، داده‌های مربوط به تحقیقات کمّی، درک و تفسیر گردند. تحقیقات Bloor در خصوص فرآیند تصمیم‌گیری برای جراحی، مبنایی را برای مطالعات اپیدمیولوژیک در مورد گستردگی میزان رویه‌های جراحی ایجاد نمود (جدول ۲-۱ را نگاه کنید) و مشخص نمود چرا این تفاوت‌ها رخ می‌دهند. تحقیقاتMorgan & Watkin در مورد باورهای فرهنگی مربوط به فشارخون، به کشف پاسخ این سؤال کمک نمود که چرا پیروی از دستورات دارویی به شکل قابل توجهی میان سفیدپوستان و اهالی آفریقایی‌تبار کارائیب با یکدیگر متفاوت است. تحقیقات کیفی علاوه بر داشتن نقش مکمل برای تحقیقات کمّی قابلیت استفاده کاملاً مستقل برای آشکار سازی فرآیندهای

اجتماعی، یا دسترسی به زوایای پنهان زندگی اجتماعی افراد (که ظاهراً آشکار و عریان نیستند) را نیز دارد. این نوع تحقیقات یا پژوهش‌های کیفی "مستقل"، به شکل فزاینده‌ای در مطالعات مربوط به مؤسسات خدمات بهداشتی مورد استفاده قرار می‌گیرند. این تحقیقات در ارزشیابی تغییرات و اصلاحات سازمانی در مورد نگرش خدمات سلامت از دیدگاه بیماران، صاحبین حرف بهداشتی و مدیران تأثیرات قابل ملاحظه‌ای داشته است. علاوه بر این، تحقیقات کیفی در ارزیابی نحوه شکل‌گیری داده‌های مرتبط با سلامت و خدمات بهداشتی توسط فرآیندهای اجتماعی نظیر تعداد بیماران، گواهی فوت و موارد ثبت شده ایدز مفید می‌باشند.

جدول ۲-۱ بررسی دو مرحله‌ای ارتباط بین تفاوت‌های جغرافیایی در انجام عمل جراحی لوزه و آدنوئید و تفاوت‌های موجود در عملکرد متخصصین بالینی

الف) مطالعه اپیدمیولوژیک – ثبت تفاوت‌ها

تجزیه و تحلیل ۱۲ ماهه اطلاعات مربوط به ارجاع، پذیرش و میزان عمل جراحی کودکان زیر ۱۵ سال در دو منطقه اسکاتلندی نشین، تفاوت معنی‌داری را از نظر میزان عمل جراحی در طی ۱۰ سال اخیر بر روی لوزه‌ها و آدنوئیدها را نشان داد.

یافته‌های این تحقیق تفاوت معنی‌داری بین نواحی مشابه در مناطق از نظر ارجاع، پذیرش و عمل جراحی (که با میزان بروز نشان داده نشده بود) را مشخص کرد.

میزان عمل جراحی به ترتیب اهمیت تحت تأثیر عوامل زیر بود.

- تفاوت میان سلیقه و تمایلات فردی متخصصین برای عمل جراحی
- تفاوت میان پزشکان عمومی از نظر سلیقه و تمایل آنها برای ارجاع بیماران
- تفاوت میان نواحی مختلف از نظر علائم مخلوط برای ارجاع

ب) مطالعات جامعه‌شناسی – توصیف علت و نحوه بروز تفاوت‌ها. مشاهده ارزیابی معمول انجام شده در دپارتمان سرپایی توسط ۶ مشاور در هر منطقه و تعداد کلی ۴۹۳ بیمار زیر ۱۵ سال

نتایج، تفاوت قابل ملاحظه‌ای میان ارزیابی متخصصین (چگونگی جستجو و قوانین تصمیم‌گیری)، که منجر به بروز تفاوت‌هایی در انجام کار و در نهایت تفاوت‌های منطقه‌ای در میزان عمل‌های جراحی گردید.

"جراحان پرکار" طیف وسیعی از علائم بالینی را مهم تلقی می‌کردند و تمایل داشتند اهمیت یافته‌های معاینه را در سابقه بیماری کودک دخیل بدانند؛ جراحان کم کار نتایج حاصل از معاینه بالینی را در تصمیم‌گیری برای عمل جراحی و قضاوت، کم اهمیت تلقی می‌کردند و طیف باریک‌تری از علائم بالینی را بر جراحی لازم می‌دانستند.

انواع نمونه‌گیری در روش‌های تحقیق کیفی:

روش ساده یا در دسترس: با دادن آگهی یا درخواست از کسانی که همه روزه در دسترس ما هستند می‌توان به نمونه‌ها رسید. در این روش امکان از دست دادن اطلاعات زیاد است، زیرا تعداد نمونه‌ها در پژوهش‌های کیفی زیاد نیستند و ممکن است کلیه افراد در دسترس همه اطلاعات موردنظر را دارا نباشند.

روش گلوله برقی: در این روش هر فرد، فرد دیگری را معرفی می‌کند و یا به صورت زنجیره در اعضاء یک گروه منتقل شود.

نمونه‌گیری مبتنی بر هدف: در این روش نمونه‌گیری، نمونه‌ها بر اساس هدف موردنظر در پژوهش انتخاب می‌شوند. این روش خود به اشکال مختلف و براساس هدف پژوهش صورت می‌گیرد که عبارتند از:

الف) نمونه‌گیری با بیشترین تنوع: در این نوع نمونه‌گیری تعداد زیادی نمونه و با تنوع حداکثر انتخاب می‌شوند. مثلاً کلیه کسانی که دارای تجربه فیستول‌گذاری جهت دیالیز داشته‌اند را انتخاب می‌کنیم. چه این تجربه موفق و چه این تجربه ناموفق بوده باشد.

ب) نمونه‌گیری همگن (یکسان): در این روش نمونه‌های همگن انتخاب می‌کنیم، مثلاً در مثال بالا فقط بیماران با تجربه فیستول‌گذاری موفق را انتخاب می‌کنیم.

ج) نمونه‌گیری از موارد شدید: در این نوع نمونه‌گیری از نمونه‌هایی استفاده می‌شود که عادی نیستند و با موارد معمول فاصله زیاد دارند مثلاً بیماران دارای تجربه فیستول‌گذاری جهت دیالیز با بیش از سه بار فیستول‌گذاری ناموفق اشکال این نوع نمونه‌گیری، معکوس جلوه دادن احتمالی یک واقعیت خواهد بود.

د) نمونه‌گیری از موارد با شواهد قوی: در این نوع نمونه‌گیری از مواردی استفاده می‌شود که بیشترین اطلاعات در مورد پدیده را به محقق می‌دهند در واقع شرکت‌کنندگان در تحقیق بهترین مثال‌ها و شواهد برای تحقیق می‌باشند.

هـ) نمونه‌گیری از موارد معمول: در این نوع نمونه‌گیری، نمونه‌ها از بین موارد معمول و رایج انتخاب می‌شوند که به آنها متوسط نیز گفته می‌شود.

و) نمونه‌گیری از موارد خاص: در این روش نمونه‌گیری، محقق به دنبال یافتن یک یا دو مورد خاص از یک پدیده است. مثلاً یافتن یک عارضه نادر پوستی پس از تجویز کار با مازپین

ز) نمونه‌گیری بر مبنای نظریه: در این روش نمونه‌گیری، پژوهشگر به دنبال یافتن نمونه‌هایی است که یک نظریه را تأیید کند، مثلاً دانشجویان ترک تحصیل کرده‌ای که علاقه‌ای به ادامه تحصیل در رشته علوم آزمایشگاهی نداشتند.

شیوه‌های کاربرد پژوهش‌های کیفی

پژوهش‌های کیفی، ادراکات ذهنی افراد نسبت به زندگی روزمره ایشان را کشف می‌کند. با وجود این، نظام‌های مختلف علوم با اندکی تفاوت، شیوه‌های کیفی از قبیل مشاهده مستقیم، مصاحبه، تجزیه و تحلیل متن‌ها و اسناد و در نهایت تجزیه و تحلیل گفتار ضبط شده یا رفتار مشاهده شده در نوارهای صوتی یا تصویری را در پژوهش‌های مرتبط با ماهیت خود مورد استفاده قرار می‌دهند. اطلاعات جمع‌آوری شده از این طریق به اشکال گوناگون مورد استفاده قرار می‌گیرند (مثلاً به صورت درمان‌های جسمی و روانی که در هر دو از ضبط و نوارهای سمعی و بصری استفاده می‌شود). اگر چه شیوه تحلیل هر کدام کاملاً اختصاصی می‌باشد با وجود این، در همه این نظام‌های علمی تمرکز اصلی بر کسب اطلاعات از طریق کلام و رفتار، به جای اعداد است. هر یک از افراد به نوعی و تا حدودی، از این شیوه‌های کیفی سود می‌برند تا دنیای پیرامون خود را ادراک کنند. (ما نگاه می‌کنیم در اطراف ما چه می‌گذرد، از یکدیگر سوال می‌کنیم و سعی

می‌کنیم تا دنیای اجتماعی که در آن زندگی می‌کنیم درک نمائیم). تفاوت کلیدی میان پرسیدن این سؤالات و بکارگیری شیوه‌های کیفی در علوم اجتماعی آن است که در این علوم، روش کار کاملاً صریح و روشن و منظم و سیستماتیک می‌باشد. بنابراین، تحقیقات کیفی کاربرد منطقی، طراحی شده و توأم با تفکر، شیوه جمع‌آوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل دقیق عاقلانه و بالاتر از همه، بسیار قوی داده‌ها را در بردارد. همانگونه که بسیاری از صاحبنظران معاصر بدان اشاره کرده‌اند، این بدان معناست که تحقیقات کیفی مهارت بسیار بالایی را در انجام پژوهش طلب می‌کنند. تحقیقات کیفی، حتی شاید بیش از برخی روش‌های پژوهش‌های کمّی نیازمند برخورداری محقق از تجربه پژوهش می‌باشند. یکی از موانع گسترش سریع کاربرد شیوه‌های کیفی در طب و علوم بهداشتی ضرورت برخورداری از مهارت و تجربه پژوهش می‌باشد که متأسفانه برخی مواقع با کمبود این تجربه و مهارت روبرو هستیم.

تأکید این کتاب بر شیوه‌های انجام پژوهش‌های کیفی می‌باشد به گونه‌ای که بر مکالمه (صحبت و گفتگو) و / یا مشاهده (دیدن) اتکا دارد. پژوهش‌های کیفی از مکالمه، به شکل مصاحبه، برای جمع‌آوری نقطه نظرات و تجربیات افراد سود می‌برد. مصاحبه ممکن است به صورت فردی یا گروهی انجام شود (فصل‌های ۲ و ۳). علاوه بر این، مکالمه و صحبت با استفاده از شیوه خاصی به نام "تحلیل مکالمات" تجزیه و تحلیل می‌گردند (فصل ۵). مشاهده، برای جمع‌آوری اطلاعات مرتبط با رفتارها و وقایع مورد استفاده قرار می‌گیرد (فصل ۴)، اما می‌توان از این روش برای جمع‌آوری اطلاعات راجع به چگونگی مکالمات افراد مورد پژوهش (مثلاً نگرش آنها نسبت به یک موضوع، ادراکات آنها راجع به یک مسئله و نظایر این) استفاده کرد. به دلیل کاربرد وسیع این روش‌ها در عرصه خدمات بهداشتی و سلامت، تمرکز اصلی ما در این کتاب بر این شیوه‌ها بوده است. ما عامدانه برخی روش‌های مستند و اشکال رایج در کتاب‌های مرسوم پژوهشی را مدنظر قرار ندادیم. مثلاً چگونگی استفاده از وسایل ارتباط جمعی برای گزارش بیماری ایدز، بررسی نگرش جامعه و متخصصین در استفاده از داروهای آرام‌بخش و یا حوادثی از این قبیل.

این کتاب آشنایی مقدماتی با پژوهش‌های کیفی را دنبال می‌کند و هدف آن نشان دادن چگونگی کاربرد شیوه‌های پژوهش کیفی در عرصه تحقیقات سلامت می‌باشد. در این کتاب ما به دنبال ارائه مثال‌هایی از این شیوه‌های کیفی بودیم تا برخی مزایا و نقاط ضعف موجود آن را برای کاربرد در عرصه بهداشت نشان دهیم. توصیه می‌شود که برای تکمیل آگاهی‌های خود از نصایح افراد ماهر، پژوهشگران مجرب و سایر مراجع مربوط به تحقیقات کیفی استفاده کنید. علاوه بر این منابع، که اطلاعات مفصّل‌تری در مورد هر موضوع به شما می‌دهند، در پایان هر فصل راهنمایی کوتاهی برای مطالعات بیشتر قبل از طراحی مطالعه و وارد شدن به عرصه ارائه می‌شود. در فصل ۶، مقدماتی در مورد برخی موضوعات اخلاقی کلیدی، که در پژوهش‌های کیفی با آن مواجه می‌شوید، ارائه شده است. باز هم تأکید می‌کنیم که قصد ما ارائه همه اطلاعات موجود در این زمینه نبوده است و فقط سعی داشتیم برخی موضوعات خاص را که ممکن است در انجام تحقیقات کیفی با آن روبرو شوید را یادآوری کنیم. فصل ۷ این کتاب چگونگی تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی را مورد بحث قرار می‌دهد و مشتمل بر توصیف بسته نرم‌افزاری موجود برای کمک به این فرآیند می‌باشد. در فصل ۸ موضوع "کیفیت" در تحقیقات کیفی مورد ارزیابی قرار گرفته است. علاوه بر این، راجع به این بحث شده است که چگونه می‌توان کیفیت را ارزیابی نمود و از حصول آن اطمینان یافت. در فصل‌های ۹ تا ۱۲، بعضی از راه‌هایی که می‌توان شیوه‌های کیفی را در تحقیقات سلامت به کار بست، مورد بحث قرار گرفته است. ما مثال‌هایی را از کاربردهای رایج شیوه‌های کیفی در عرصه خدمات بهداشتی و سلامت ارائه داده‌ایم تا چگونگی کاربرد شیوه‌های کیفی (شیوه‌های تلفیقی، مطالعه موردی، پژوهش کاری و رشد و بالندگی جمعی) را در عمل به شما نشان دهیم.

ما ادعا نداریم که در این کتاب تمام شیوه‌های مورد استفاده در پژوهش‌های کیفی را مطرح نموده‌ایم. با وجود این، ما سعی نمودیم که شیوه‌های کیفی که به شکل ثمر بخشی در تحقیقات سلامت به کار گرفته می‌شوند را نشان دهیم. فصل پایانی خواننده را با چگونگی تولید پژوهش آشنا می‌سازد و نگاهی

به روش‌هایی که شیوه‌های کیفی در آن قابلیت استفاده دارند در شواهد پژوهشی در عرصه سلامت و خدمات بهداشتی را معرفی می‌کند.

فصل دوم

مصاحبه در تحقیقات کیفی

مصاحبه، روشی بسیار شایع در تحقیقات کیفی مرتبط با سلامت می‌باشد. دلیل جذاب بودن مطالعات مبتنی بر مصاحبه برای پزشکان بالینی، شباهت این روش با وظایف بالینی آنها می‌باشد. با وجود این، تهدید بالقوه موجود آن است که امکان دارد تفاوت‌های میان کار بالینی و تحقیقات کیفی نادیده انگاشته شوند.

انواع مصاحبه کیفی

محققین بالینی، به طور روزمره، در طی کار بالینی خود با بیماران مصاحبه می‌کنند و احتمالاً تصور می‌کنند که صرفاً صحبت کردن با افراد می‌تواند جنبه قانونی انجام تحقیق را فراهم آورد. با وجود این، در نظام‌های علوم اجتماعی و علوم وابسته، مصاحبه تکنیک تحقیقی کاملاً تعریف شده‌ای می‌باشد. سه نوع اصلی از مصاحبه معرفی شده‌اند که شامل مصاحبه ساختارمند، مصاحبه نیمه ساختارمند و مصاحبه عمیق می‌باشند. (جدول ۲-۱ را نگاه کنید).

جدول ۲-۱ انواع مصاحبه

- مصاحبه ساختارمند

  معمولاً دارای سؤالات با ساختار مشخص می‌باشد.

- مصاحبه نیمه ساختارمند

  دارای سؤالات باز می‌باشد.

- مصاحبه عمیق

  یک یا دو موضوع به شکل کاملاً عمیق و با جزئیات کامل پوشش داده می‌شود.

  سؤالات بر اساس نوع مصاحبه تعیین می‌گردند.

مصاحبه ساختارمند شامل بکارگیری سؤالات دارای "ساختار" می‌باشد و مصاحبه‌کنندگان برای انجام پرسش‌ها از قبل با روش استاندارد آموزش دیدند. مثلاً ممکن است از مصاحبه‌شونده این سؤال پرسیده شود که: "در چه سطحی از سلامت به سر می‌برید، عالی، خوب، نه چندان خوب یا بد؟ " اغلب مصاحبه‌های کیفی را غیر ساختارمند تلقی می‌کنند و آن را در تضاد با مصاحبه‌های کاملاً رسمی از قبل طراحی شده در پرسشنامه‌های تحقیقات کمّی می‌دانند و از این رو، این مصاحبه‌ها را با اصطلاح گمراه کننده "غیرساختارمند" می‌نامند؛ چرا که هیچ مصاحبه‌ای بدون ساختار نیست. اصولاً، گر مصاحبه‌ای از هیچ ساختاری تبعیت نکند، تضمینی وجود نخواهد داشت که داده‌های گردآوری شده برای تحقیق مناسب باشد.

مصاحبه‌های نیمه ساختارمند بر مبنای ساختاری آزادتر استوارند و مشتمل بر سؤالات باز طراحی می‌گردند که موضوع یا حیطه موردنظر را در برمی‌گیرند. اگر بخواهیم مثالی از سؤالات این نوع مصاحبه را بیان کنیم، ممکن است مجموعه‌ای از این قبیل سؤالات از بیمار پرسیده شود که" به نظر شما سلامتی چیست؟"، " وضعیت سلامت خود را چگونه می‌پندارید" و نظایر این.

مصاحبه عمیق از دو نوع مصاحبه قبلی ساختار کمتری دارد و ممکن است تنها یک یا دو موضوع خاص را پوشش دهد، اما ابعاد عمیق‌تری از مسئله را مورد پرسش قرار می‌دهد. ممکن است چنین مصاحبه‌ای با بیان این جملات از سوی مصاحبه‌شونده آغاز شود که، " این مصاحبه برای انجام تحقیقی در مورد نحوه چگونگی تفکر افراد درمورد سلامت خود می‌باشد. آیا می‌توانید راجع به تجربیات خود از سلامت برای من صحبت کنید؟ " سوالات بیشتر و بعدی مصاحبه‌کننده مبتنی بر پاسخ‌های مصاحبه‌شونده خواهد بود و مشتمل بر سؤالاتی خواهد بود که جزئیات مسئله را باز نموده و ابهامات احتمالی را برطرف می‌سازد.

انواع مصاحبه به شکل گسترده‌ای در مطالعات متعدد در مورد بیماران و پزشکان مورد استفاده قرار گرفته است. مثلاً Townsend *et al* ۲۳ مرد و زن حدود ۵۰ ساله که مبتلا به چهار بیماری مزمن مختلف بوده‌اند را در دو موقعیت مجزا مورد مصاحبه قرار دادند. نوع مصاحبه‌های مورد استفاده، نیمه ساختارمند

بود، اما مصاحبه‌شوندگان ترغیب می‌شدند تا آزادانه در مورد تجربیات و راهبردهای مدیریتی خود در مورد بیماریشان صحبت کنند. نتایج به دست آمده آشکار ساخت که مصاحبه‌شوندگان دچار دوگانگی عاطفی در دریافت داروها به طرق مختلف بودند. داروهای مورد مصرف، هم مصاحبه‌شوندگان را قادر می‌ساختند تا به عملکرد طبیعی اجتماعی خود ادامه دهند و هم به عنوان یک شاخص برای ناتوانایی‌های عملکرد طبیعی خود عمل کنند. Huby *et al* ۲۶ پزشک عمومی را از نظر تجربیاتشان نسبت به سلامتی و فشارهای کار و ارتباط آنها بین کار و منزل مورد مصاحبه قرار دادند. محققین دریافتند که روحیات پزشکان عمومی به عوامل متعددی بستگی دارد؛ پویایی ارتباط میان عوامل، مهمتر از هر یک از عوامل به تنهایی بودند. مشارکت در چیدمان کار، عامل کلیدی در برقراری توازن میان فشار بار کار خارجی و تجربیات فردی پزشکان عمومی نسبت به کار بود.

مصاحبه‌های بالینی و مصاحبه‌های تحقیقات کیفی اهداف بسیار متفاوتی دارند. پزشک ممکن است بخواهد مشکل را از دیدگاه بیمار بنگرد، با وجود این، ماهیت وظیفه بالینی ایجاب می‌کند که مشکل بیمار را در یکی از دسته‌بندی‌های مناسب طبی قرار داد تا راه درمان مناسب را برای آن تعیین نمود. تمایل بیشتر مشاورین تحقیقی آن است که سؤالات باز توسط پزشک در مدت زمان نسبتاً کوتاهی به نتیجه‌گیری بیانجامد. در مصاحبه تحقیقات کیفی هدف محقق آن است تا چارچوب معنایی موردنظر مصاحبه‌شونده را آشکار سازد و وظیفه تحقیق آن است که فرضیات و برداشت‌های شخصی مصاحبه‌کننده، به حساب نظرات مصاحبه‌شونده گذاشته نشود. محققین می‌باید تا حد امکان نسبت به مفاهیم و متغیرهایی که ممکن است در بحث مطرح شوند، ذهنی باز داشته باشند زیرا این فرضیات ذهنی ممکن است با آنچه که در دنیای پیرامون قابل پیش‌بینی است، مغایر باشند.

در مطالعات مبتنی بر مصاحبه کیفی، سؤالات متفاوتی نسبت به پژوهش‌های کمّی مطرح می‌گردند. مثلاً یک تحقیق کمّی ممکن است سن استاندارد شده بیماران پذیرش شده به دلیل آسم را در سیاهپوستان و ساکنین آسیای جنوبی با سفیدپوستان مقایسه نماید. بالعکس، در یک تحقیق کیفی

Griffiths *et al* دو گروه از ساکنان آسیای جنوبی و سفیدپوستان مبتلا به آسم را مورد مطالعه قرار دادند تا تجربیات آنان را در مورد بستری شدن در بیمارستان و عوامل مربوطه مرتبط از قبیل کنار آمدن با آسم، علل شعله‌ور شدن علائم و ارتباط این بیماران با پزشک را کشف کنند. در یک مطالعه کیفی طولی، در بیماران مبتلا به بیماری مزمن که تحت درمان با طب سوزنی برای اولین بار قرار گرفته بودند، محققین به نام‌های Paterson & Britten، در سه پرسشنامه استاندارد از مصاحبه‌شوندگان سؤالاتی در مورد سطح سلامت ایشان پرسیدند. پرسشنامه‌های مورد استفاده از نظر توانایی انعکاس و سنجش تغییراتی که برای مصاحبه‌شوندگان مهم تلقی می‌شدند، متفاوت بودند. تحقیق کیفی همچنین قادر است حوزه‌های جدیدی از تحقیق را پیش روی ما باز کند، مثلاً چگونگی استفاده بیماران از اینترنت یا طرق مختلفی که می‌توان از بیماران برای شرکت در کارآزمایی‌های بالینی استفاده کرد.

اجرای مصاحبه

مصاحبه‌کنندگان تحقیقات کیفی سعی می‌کنند تا نسبت به زبان و مفاهیم به کار برده شده توسط مصاحبه‌شونده حساس باشند و با آن تعامل نمایند و به عبارتی در مقابل پاسخ آنها، انعطاف‌پذیر باشند. هدف آنها ورود به سطوح عمیق‌تری از موضوع مورد بحث می‌باشد تا بدینوسیله دریابند که مفهوم عمیق و دقیق آنچه مصاحبه‌شونده می‌گوید، چیست و یا عرصه‌های جدید را کشف کند. مسئله بسیار حائز اهمیت آن است که مصاحبه‌کننده مطمئن شود که پاسخ‌های داده شده را به درستی درک کرده است و مفهوم گفته‌های مصاحبه‌شونده را بر اساس پیش فرض‌های فردی خود درک نکرده باشد. به ویژه، در مواقعی که احتمال بالقوه سوءبرداشت وجود دارد این مسئله حائز اهمیت بسیار خواهد بود مثلاً هنگامی که یک مصاحبه گر بالینی با فردی مصاحبه می‌کند که با واژه‌های پزشکی آشنا نیست. پزشک نباید تصور نماید که مصاحبه‌شوندگان می‌توانند واژه‌های طبی را با همان مفاهیمی درک کنند که او در ذهن دارد. Patton می‌نویسد سؤال خوب در مصاحبه کیفی می‌باید از نظر مصاحبه‌شونده باز، طبیعی، دقیق و کاملاً شفاف باشد. او شش نوع از سؤالاتی که می‌توان پرسید را فهرست می‌کند. این سؤالات در مورد رفتار یا تجربیات،

عقاید و باورها، احساسات، دانش، تجربیات حسی و سؤالاتی در زمینه جزئیات مربوط به اطلاعات فردی و یا پیشرفته فردی مصاحبه‌شونده می‌باشد (به جدول ۲-۲ نگاه کنید). معمولاً بهتر است مصاحبه را با سؤالاتی شروع کرد که مصاحبه‌شونده راحت‌تر به آنها پاسخ می‌دهد و به تدریج به سؤالات سخت‌تر و حساس‌تر نسبت به موضوع رسید. بیشتر مصاحبه‌شوندگان تمایل دارند همانگونه که مصاحبه‌کننده می‌خواهد پاسخ دهند، به همین دلیل باید مصاحبه‌شوندگان به شکل کاملاً شفاف و روشن در مورد عمق جزئیاتی که از آنان خواسته می‌شود آموزش ببینند. بدین طریق جمع‌آوری اطلاعات حتی در موقعیت‌ها و شرایط پرتنش نیز امکان‌پذیر خواهد بود.

جدول ۲-۲ انواع سؤالات در مصاحبه کیفی

- رفتار یا تجربیات
- عقاید و باورها
- احساسات
- دانش
- تجربیات حسی
- اطلاعات فرد و پیش زمینه ها

هر چه ساختارمندی مصاحبه کمتر باشد، سوالات قبل از شروع مصاحبه کمتر تعریف شده و کمتر استاندارد خواهند بود. بیشتر مصاحبه‌کنندگان کیفی دارای برنامه‌ای برای مصاحبه می‌باشند که حوزه‌های موردنظر را بر اساس اهداف تحقیق برایشان روشن نموده است. بر خلاف مصاحبه‌های کمّی که دارای سؤالات بسیار ساختارمند می‌باشند، در مصاحبه‌های کیفی ترتیب سؤالات پرسیده شده متغیر بوده و بر اساس مفاهیم و پاسخ‌های موردنظر مصاحبه‌شونده طراحی سوالات تغییر می‌کند. از آنجا که نمی‌توان استفاده از واژه‌ها را در افراد مختلف استاندارد نمود و هر فرد از واژه‌های خاص خود در فرهنگ لغات ذهنی خود استفاده می‌کند، استاندارد نمودن واژه‌ها مشکل می‌باشد. علاوه بر این، در طی پژوهش کیفی، ممکن

است مصاحبه‌کننده سوالات بیشتری را مطرح کند چرا که ممکن است لازم باشد اطلاعات بیشتری راجع به موضوع به مصاحبه‌شونده داده شود.

تمام محققین کیفی باید توجه نمایند که مصاحبه‌شونده مفهوم مورد نظر محقق را به روشنی درک کرده باشد و از تأثیر مشخصه‌هایی نظیر گروه، نژاد، جنسیت و تفاوت‌های اجتماعی در مصاحبه آگاه باشد. اگر مصاحبه‌کننده با فردی مطلع نظیر پزشک یا پرستار مصاحبه می‌کند باید سؤالات دقیق‌تری طرح شود. اگر مصاحبه با فردی صورت می‌گیرد که قبلاً بیمار بوده است و یا قرار است در بخش بستری شود، مصاحبه‌شونده معمولاً سعی می‌کند پاسخ‌ها را مطابق میل پرستار و پزشک محقق تنظیم کند. از این رو، توصیه شده است که مصاحبه‌کننده با بیمار خود مصاحبه نکند. اما اگر انجام چنین کاری غیرقابل اجتناب بود، باید به بیمار اجازه داده شود بدون ترس از عواقب پاسخ خود، آنچه را که واقعاً فکر می‌کند، بیان نماید و در صورتی که مطالبی ابراز می‌دارد که از نظر پزشک اشتباه است، نباید فوراً آن را اصلاح نمود، مثلاً ممکن است بیمار بگوید آنتی‌بیوتیک‌های تجویز شده پزشک را برای بیماری خاص ویروسی مصرف می‌کنم. مصاحبه‌کنندگان ممکن است در طی مصاحبه از طرف مصاحبه‌شونده مورد سؤال قرار گیرند. اشکال این موضوع آن است که ممکن است پاسخ‌های محقق بالینی اثرات پاسخ‌های قبلی یا بعدی مصاحبه‌شونده را تحت تأثیر قرار داده و مفاهیم تحمیلی را در روند مصاحبه وارد کند. از طرف دیگر، اگر به سؤالات پاسخ داده نشود ممکن است منجر به کاهش تمایل قلبی مصاحبه‌شونده برای تداوم مصاحبه و پاسخ به سؤالات بعدی محقق گردد. راه حل پیشنهادی در این موارد آن است که به برخی از سؤالات که ممکن است چنین تأثیراتی را داشته باشند، در پایان مصاحبه پاسخ داده شود. با وجود این، در مورد بعضی دیگر از سؤالات این روش چندان رضایت‌بخش تلقی نمی‌گردد.

محقق به عنوان ابزار تحقیق

همان‌گونه که ذکر شد، محققین پژوهش‌های کیفی نیازمند برخورداری از مهارت قابل قبول در انجام مصاحبه می‌باشند. پزشکان و متخصصین بالینی مجرب، احساس می‌کنند که از مهارت لازم و کافی

برای انجام چنین مصاحبه‌هایی از قبل برخوردارند که البته بسیاری از ایشان چنین مهارت‌هایی را دارا می‌باشند. برای دستیابی به چنین مهارت انتقالی از مشاور تا مصاحبه‌گر پژوهش، محققین بالینی نیاز دارند تا روش‌های مصاحبه خود با افراد را مورد پایش قرار دهند. برای این کار ضبط نمونه‌ای از مصاحبه‌ها و ارائه آن به سایر همکاران یا محققین مجرب در پژوهش‌های کیفی توصیه می‌گردد. مصاحبه‌گران جوان و تازه کار در پژوهش‌های کیفی لازم است توجه داشته باشند که ممکن است نقش راهنمایی کننده را در روند مصاحبه داشته باشد مثلاً آیا سؤالات آنها جنبه راهنمایی کننده برای مصاحبه‌شونده دارد؟ آیا نوع سؤالات، بیمار را به نشانه‌هایی می‌رساند یا نسبت به آنها غفلت می‌کند و به طور کلی آنکه آیا مصاحبه‌شونده وقت کافی برای ابراز نظرات خود آنگونه که موردنظر محقق است دارد؟ Whyte معیار راهنمای شش قسمتی را انتشار داد که به محققین جوان برای تجزیه و تحلیل روش مصاحبه خود کمک می‌کند (به جدول ۲-۳ نگاه کنید). هیچکدام از این موارد نشان نمی‌دهند که هدایت نکردن مصاحبه‌شونده همیشه بهترین حالت است، اما مقدار و میزان هدایت لازم متناسب با روش تحقیق اهمیت دارد. برخی نشانه‌ها اطلاعات ناخواسته‌ای به مصاحبه‌شونده می‌دهد و به همین دلیل لازم است مصاحبه‌کننده کنترل بیشتری بر روند مصاحبه داشته باشد. Patton سه راهبرد برای کنترل مصاحبه پیشنهاد می‌نماید: دانستن هدف مصاحبه، پرسیدن سؤالات مناسب برای کسب اطلاعات موردنظر و ارائه بازخوردهای کلامی و غیرکلامی مناسب (جدول ۲-۴ را نگاه کنید).

جدول ۲-۳ معیار هدایت وایت برای تحلیل روش‌های مصاحبه [۱۰]

۱- اصوات ترغیب کننده برای ادامه کار
۲- انعکاس در مقابل پاسخهای مناسب مصاحبه‌شونده
۳- تأکید بر آخرین اطلاعات مناسب داده شده توسط مصاحبه‌شونده
۴- تأکید بر ایده بعدی بر اساس آخرین اطلاعات مناسب داده شده توسط مصاحبه‌شونده
۵- تأکید بر ایده بعدی بر اساس اطلاعات مناسب داده شده قبلی توسط مصاحبه‌شونده
۶- زمینه سازی برای یک موضوع جدید

۱= کمترین میزان هدایت　　　۶ = بیشتری میزان هدایت

جدول ۲-۴ کنترل بر روند مصاحبه [۷]

- دانستن هدف مصاحبه
- پرسیدن سؤالات مناسب برای کسب اطلاعات موردنظر
- ارائه بازخوردهای کلامی و غیرکلامی مناسب

Holstein & Gubriam در کتابی به نام "مصاحبه فعال" مطالب سودمندی را به رشته تحریر درآورده‌اند. خواسته یا ناخواسته، مصاحبه‌کننده و مصاحبه‌شونده در روند مصاحبه درگیر داد و ستد معانی با یکدیگر می‌باشند. آنها در کتاب خود، دیدگاه سنتی که معتقد است مصاحبه‌شونده در روند مصاحبه در درون "مجرای پاسخ" هدایت می‌شود را مورد انتقاد قرار داده‌اند. فرآیند مصاحبه جریانی فعال است که در آن پاسخ دهنده جنبه‌های مختلفی از "شالوده دانش" خود را به کمک مصاحبه‌گر آشکار می‌سازد. آنها در کتاب خود به این نتیجه رسیدند که مصاحبه فعال در مطالعه دو هدف اصلی را تعقیب می‌کند: "جمع‌آوری اطلاعات در مورد *آنچه* که طرح تحقیق به دنبال آن است وکشف آنکه *چگونه* دانش مربوط به آن موضوع خاص به شکل نقلی بیان می‌شود".

Field & Morse برخی اشتباهات رایج مصاحبه‌کنندگان کم تجربه را از قبیل موارد زیر فهرست نموده‌اند؛ وقفه به دلیل مزاحمت از بیرون، عدم تمرکز و انحراف ذهنی، ترس، سؤالات ناخوشایند، پریدن از یک موضوع به موضوع دیگر، و در نهایت تمایل به دادن مشاوره به مصاحبه‌شونده (به جدول ۲-۵ نگاه کنید).

آگاهی از این اشتباهات، به مصاحبه‌کننده کمک می‌کند تا راه‌حل‌هایی را برای غلبه بر این اشتباهات بیابد. این راه‌حل‌ها ممکن است به سادگی کشیدن سیم تلفن از پریز یا تصحیح جملات و کلماتی که ممکن است برای بیمار شرم‌آور باشد و یا انجام مصاحبه با سرعت و روند متناسب با وضعیت مصاحبه‌شونده باشد به نحوی که از انجام مصاحبه با سرعت متناسب اطمینان خاطر کسب نماید.

جدول ۲-۵ اشتباهات رایج در روند مصاحبه

- وقفه به دلایل مزاحمت‌های از بیرون (مثلاً صدای زنگ تلفن)
- عدم تمرکز و انحراف فکری (مثلاً باز بودن رادیو و تلویزیون)
- ترس از سوی مصاحبه‌کننده یا مصاحبه‌شونده
- پرسیدن سؤالات خجالت‌آور و بد از مصاحبه‌شونده
- از موضوعی به موضوع دیگر پریدن
- آموزش دادن (مثلاً دادن نصایح پزشکی در طی مصاحبه)
- مشاوره (مثلاً بی‌موقع خلاصه کردن پاسخ‌های مصاحبه‌شونده)
- ارائه دیدگاه‌های شخصی که موجب سمت‌گیری در روند مصاحبه شود
- گرفتن اطلاعات محرمانه (مثلاً تهدید خودکشی)
- اشتباهات مترجم (مثلاً عدم ترجمه صحیح جملات مصاحبه‌کننده و مصاحبه‌شونده)

ضبط مصاحبه

راه‌های متعددی برای ضبط مصاحبه در تحقیقات کیفی وجود دارد مثلاً یادداشت‌برداری همزمان، یادداشت‌برداری و ضبط صدای مصاحبه‌شونده. یادداشت‌برداری به هنگام مصاحبه، ممکن است در فرآیند مصاحبه اختلال ایجاد کند و از طرف دیگر، یادداشت‌برداری پس از مصاحبه احتمال فراموشی و تغییر برخی جزئیات را به همراه دارد. در برخی شرایط، یادداشت‌برداری ممکن است بر ضبط صدای ما ترجیح داده شود، اما همگان بر این باورند که داشتن صدای ضبط شده بیمار به هنگام مصاحبه بهتر است، اگر چه ضبط صدای بیمار ممکن است اندکی مانع از این شود که مصاحبه‌شونده در مقابل ضبط صوت همه حرف‌های خود را آزادانه بگوید. بسیار حائز اهمیت است که از کیفیت عالی دستگاه ضبط صوت خود قبل از شروع مصاحبه اطمینان داشته باشید و قبلاً آن را چندین بار امتحان کرده باشید. استفاده از وسایل و ابزار دیجیتال امروزی با ایجاد فایل‌های دیجیتال که امکان ارسال آن از طریق پست الکترونیک برای همکاران محقق را فراهم می‌آورد و پیاده کردن آن نیز راحت‌تر است، توصیه می‌گردد. پیاده کردن هر نوار، فرآیندی وقت‌گیر می‌باشد و احتمالاً هر یک ساعت مصاحبه به زمانی حدود ۶ الی ۷ ساعت وقت برای پیاده کردن

نیاز دارد که البته بستگی به کیفیت صدای ضبط شده نیز دارد (در فصل ۳ توضیح داده می‌شود که پیاده‌سازی این نوارها برای مصاحبه‌های گروهی به شکل قابل توجهی وقت‌گیرتر می‌باشد). به هنگام نوشتن طرح تحقیقاتی مطالعات مبتنی بر مصاحبه حتماً زمان کافی برای پیاده‌سازی صداهای ضبط شده در نظر بگیرید.

شناسایی مصاحبه‌شوندگان

راهبردهای نمونه‌گیری همواره باید در اهداف طرح تحقیقاتی تعیین گردد. معمولاً نباید به دنبال اطلاعات آماری بر اساس فرمول‌های آماری در تحقیقات کیفی بود (در فصل ۸ در مورد چگونگی نمونه-گیری توضیحات بیشتری داده شده است). علاوه بر این تعیین اندازه حجم نمونه نیز بر اساس قوانین رایج صورت نمی‌گیرد. اما رعایت قوانین دیگر از قبیل تعیین عمق و طول مدت لازم برای هر مصاحبه تعیین می‌گردد. مطالعات کیفی وسیع، اغلب بیش از ۵۰ تا ۶۰ مصاحبه‌کننده ندارد، با وجود این استثناءهایی نیز وجود داشته است. محققین علوم اجتماعی که در حیطه‌های پزشکی تحقیق می‌کنند اغلب اهمیت چندانی به برخی موضوعات پزشکی نمی‌دهند، اگر چه برای محققین بالینی روش کار اندکی متفاوت است. صرف‌نظر از همه این مسائل، محققین باید مصاحبه را بر اساس شرایط مصاحبه‌شونده طراحی کنند و اهداف تحقیق را برای او تشریح نماید و به او توضیح دهند که خودداری از شرکت در روند پژوهش هیچگونه تأثیر بر روند آتی درمان ایشان نخواهد داشت. حتی توصیه شده است به صورت مکتوب توضیحاتی در مورد مدت زمان احتمالی مصاحبه و تأکید بر محرمانه بودن اطلاعات رد و بدل شده در مصاحبه در اختیار بیمار قرار گیرد. مصاحبه باید در تمام مراحل بر اساس رضایت و راحتی بیمار انجام شود که معمولاً برای افراد شاغل در طی روز عصرها بهترین زمان انجام مصاحبه می‌باشد. محل و موقعیت انجام مصاحبه بر اطلاعات و محتوای مصاحبه تأثیر می‌گذارد. در فرهنگ‌های غربی محل مناسب انجام مصاحبه منزل بیمار می‌باشد، با وجود این، محققین ما باید متناسب با فرهنگ و شئونات اسلامی محل مناسب مصاحبه برای هر پژوهش را شناسایی نماید.

نتیجه‌گیری:

مصاحبه در تحقیقات کیفی ابزاری بسیار نیرومند و انعطاف‌پذیر تلقی می‌گردد که قادر است عرصه‌های جدیدی از پژوهش را پیش روی ما باز کند. لازم به یادآوری است که پاسخ‌های داده شده در طی مصاحبه در مورد رفتار، ضرورتاً با نتایج حاصل از مشاهدات همبستگی ندارند، چرا که آنچه افراد می‌گویند با آنچه که در عمل انجام می‌دهند همیشه یکسان نیست. گفته می‌شود که با آموزش مصاحبه‌های کیفی، می‌توان موجب توانمندسازی محققین بالینی برای انجام سؤالات تحقیقی در فعالیت‌های روزمره کاری شد. بی‌شک محققین بدون آموزش و یادگیری و کسب مهارت در تحقیقات کیفی، قادر نخواهند بود از این شیوه نسبتاً جدید پژوهشی سود برند. لذا توصیه می‌گردد این دوره‌های آموزشی در دانشگاه‌ها و مؤسسات تحقیقاتی تخصصی دانشگاهی به کلیه محققین آموزش داده شوند.

فصل سوم

گروه کانون[1]

گروه کانون، شکلی از مصاحبه گروهی است که از ارتباط بین شرکت‌کنندگان در تحقیق برای تولید داده‌ها سود می‌برد. با وجود آنکه اغلب از مصاحبه برای جمع‌آوری سریع و ساده داده‌ها از عده زیادی از افراد به طور همزمان بکار گرفته می‌شود، اما گروه کانون به گونه‌ای طراحی شده است که آشکارا از تعامل گروهی برای تأمین داده‌های مشخص سود می‌برد. این بدان معنی است که به جای پرسیدن سؤالات از تک تک افراد یا پر کردن پرسشنامه، افراد شرکت‌کننده ترغیب می‌شوند تا با یکدیگر صحبت کنند، سؤال خود را بپرسند، برای یکدیگر حکایت بگویند و راجع به تجربیات و نقطه‌نظرات یکدیگر اظهارنظر کنند (به جدول ۱-۳ نگاه کنید).

سرآغاز بکارگیری گروه کانون، انجام مطالعاتی بود که در مورد اثرات برنامه‌های تلویزیونی و سینمایی صورت می‌گرفت. با این تاریخچه، گروه کانون، شیوه مرسوم ارزیابی پیام‌های آموزشی بهداشتی و آزمودن میزان درک جامعه نسبت به بیماری و رفتارهای بهداشتی می‌باشد.

جدول ۱-۳ تعامل میان شرکت‌کنندگان را می‌توان به مقاصد زیر بکار بست:

- شفاف ساختن نگرش‌ها، اولویت‌ها، زبان و چارچوب ادراکی شرکت‌کنندگان
- ترغیب مشارکت‌کنندگان در پژوهش برای تولید و کشف سؤالات خود و بسط تحلیل خود از تجربیات مشترک
- ترغیب انواع مختلف ارتباط از مشارکت دادن شرکت‌کنندگان در طیف وسیعی از بحث‌های مختلف
- کمک به تعیین هنجارهای گروهی یا باورهای فرهنگی
- تأمین بصیرت نسبت به اعمال فرآیندهای اجتماعی گروه جهت تولید علم
- ترغیب مشارکت‌کنندگان بر انجام بحث گروهی آزاد در مورد موضوعات خجالت‌آور و ابراز نظرات انتقاد آمیز
- به طور کلی، تسهیل در ابراز نظرات و تجربیاتی که ممکن است در مصاحبه عادی نامکشوف باقی بماند و روشن نمودن دیدگاه‌های مشارکت‌کنندگان در تحقیق از طریق گسترش بحث در گروه

[1] Focus group

ایده نهایی کاربرد شیوه گروه کانون آن است که فرآیندهای گروهی می‌تواند به افراد کمک کند تا نظرات خود را تا حد ممکن کشف و شفاف نماید که مصاحبه فردی قادر به انجام آن نیست. به ویژه بحث گروهی، هنگامی مناسب به نظر می‌رسد که مصاحبه‌کننده مجموعه‌ای از سؤالات باز داشته باشد و مایل باشد تا شرکت‌کنندگان در پژوهش را ترغیب کند تا موضوع مهم موردنظر خود را کشف کنند و آن را با زبان و کلام خود ابراز، سؤالات مرتبط را خلق و اولویت‌های خود را مطرح کنند. هنگامی پویایی گروه به نحو احسن عمل می‌کند که مشارکت‌کنندگان در پژوهش نقش همکاران پژوهش را ایفاء کنند و مسیر جدید و اغلب غیر منتظره پژوهش را هدایت کنند.

علاوه بر این، کارگروهی به محققین کمک می‌کند تا به اشکال مختلف ارتباطی و تعامل با یکدیگر (از قبیل نقل لطیفه و حکایت، سر به سر هم گذاشتن و بحث و جدل) در تحقیق شرکت کنند. دستیابی به چنین موفقیتی برای کاربرد انواع روش‌های ارتباطی بسیار سودمند است، چرا که دانش و نگرش افراد را نمی‌توان به راحتی با انجام چند سؤال مستقیم دریافت.

اشکال و انواع مختلف ارتباطات روزمره تجربیات و داشته‌های افراد را بیشتر از سایر روش‌های ارتباطی نشان می‌دهد. به همین دلیل استفاده از گروه کانون به دست‌آوردهایی نایل می‌شود که سایر روش‌ها از دستیابی به آن محروم می‌مانند و منجر به آشکار شدن ابعاد ادراکی می‌گردد که معمولاً با شیوه‌های دیگر جمع‌آوری اطلاعات، آشکار و مکشوف نمی‌گردند.

کارکرد چنین شیوه ارتباطی بین فردی از نقطه نظر دیگری نیز مهم تلقی می‌شود چرا که می‌تواند باورهای فرهنگی و خرده فرهنگی یا هنجارهای گروهی را آشکار سازد. با تجزیه و تحلیل عملکردهایی نظیر خنده، تفاهم، مخالفت و نظایر این و سایر اعمالی که در گروه به کار گرفته می‌شود، پژوهشگران قادر می‌گردند دانش مشترک گروه را شناسایی و درک نمایند. چنین ویژگی گروه کانون را به عنوان روشی مناسب برای جمع‌آوری اطلاعات حساس فرهنگی مناسب می‌گرداند و به همین دلیل، محققین از این روش برای تحقیقات فرهنگی و کاربردی در اقلیت‌های قومی استفاده می‌کنند. علاوه بر این، استفاده از گروه

کانون در مطالعاتی که علت تفاوت‌ها میان بخش‌هایی از جامعه و به ویژه تفاوت‌های موجود در استفاده از خدمات سلامت را مورد بررسی قرار می‌دهند. به همین دلایل، استفاده از گروه کانون برای مطالعات مربوط به باورهای فرهنگی (مثل بحث‌های مربوط به رفتارهای بهداشتی جنسی) و برای بررسی عملکرد فرهنگ‌ها در موقعیت‌های خاص (مثلاً طریقه غلبه بر استرس در پرسنلی که با بیماران محتضر کار می‌کنند) سودمند می‌باشد.

در تحقیقات کیفی حضور تعداد زیادی از شرکت‌کنندگان، محرمانه بودن اسرار شرکت‌کنندگان را به مخاطره می‌اندازد. از این رو، اقدامات احتیاطی خاصی باید مورد اجرا گذاشته شود و به ویژه هنگامی که با جامعه‌ای از افراد خاص (از قبیل بیماران بستری در بیمارستان) کار می‌کنید. با وجود این، نباید تصور کرد که همواره گروه کانون مؤثرتر از مصاحبه فردی می‌باشد. موقعی که تحقیق راجع به برخی مسائل خاص باشد گروه کانون روش مناسبی برای جمع‌آوری اطلاعات نخواهد بود. واقعیت آن است که عکس این قضیه نیز صادق است. کار گروهی می‌تواند به شکل فعال منجر به تسهیل بحث در موضوعات خاص گردد.
مشارکت‌کنندگان با بیان احساسات خود و سهیم کردن دیگران در این تجربیات موجب حمایت متقابل با سایرین می‌گردند. با وجود این، این موضوع در مواردی که با جریان فرهنگی گروه (یا با فرهنگ محقق) هم‌خوانی ندارد، صادق نیست و به ویژه هنگامی که موضوع تحقیق با محرمات[1] و یا تجربیات ننگ‌آور شرکت‌کنندگان (مثلاً اعمال منافی فرهنگ و باورهای جامعه) در ارتباط است.

کاربرد گروه کانون در تحقیقات عملی (به فصل ۱۱ نگاه کنید) و یا در مواقعی که محقق قصد دارد با توانمند ساختن مشارکت‌کنندگان، به تقویت داده‌های بدست آمده از پژوهش کمک کند نیز بسیار شایع است. ممکن است شرکت‌کنندگان در پژوهش با هم صحبت شدن با سایر شرکت‌کنندگان در گروه، دیدگاه جدیدی نسبت به موضوع بیابند. مثلاً پویایی گروه می‌تواند موجب شود تا تجربیات روانشناختی سرزنش خود (نظیر "من چقدر احمق هستم که حتی نمی‌فهمم دکتر به من چه گفت" یا "من باید قوی‌تر می‌بودم

[1] Taboo

.... من باید سؤالات بهتری می‌پرسیدم") را به سمت کشف راه حل‌های هدفمند (حال که همه ما در فهمیدن این موضوع مشکل داریم تا می‌توانیم با دیدن چند برگ صفحات آموزشی مطالب و راهنمایی‌های لازم را دریافت کنیم و یا .... آیا ما می‌توانیم نوار گفته‌های شما را در خانه تکرار کنیم) معطوف گردد.

برخی از مؤلفین نیز اشاره نموده‌اند که بحث گروهی موجب ارائه نقطه نظرات بسیار ارزشمندتر از مصاحبه فردی می‌گردد. Geis *et al* در مطالعه خود دریافتند که در بحث گروهی، مبتلایان به AIDS، نظرات خود را با حرارت بیشتری نسبت به مصاحبه فردی ابراز می‌کردند:........ شاید سینرژی گروهی موجب "تداوم خشم" می‌شود و هر یک از شرکت‌کنندگان را برای ابراز نظرات و احساسات فرو خورده خود تشویق می‌کند. با استفاده از شیوه‌ای که نظرات نقادانه را آشکار می‌سازد و در عین حال انواع متفاوتی از راه‌حل‌ها را نمایان می‌کند موجب ارتقاء خدمات شده و بی‌نهایت سودمند است. به ویژه، در صورتی که به دنبال بهبود کیفیت نظرات ارائه شده باشیم، استفاده از چنین شیوه‌ای به ویژه هنگام کار با جمعیتی از بیماران ضعیف مناسب می‌باشد، که اغلب در بیان احساسات منفی ناتوان و مردود می‌باشند.

اجرای مطالعه بر اساس گروه کانون

نمونه‌گیری و ترکیب گروه

مطالعات مبتنی بر گروه کانون ممکن است مشتمل بر ۶ تا ۵۰ نفر در هر گروه باشد، که بستگی به اهداف تحقیق و منابع در دسترس دارد. حتی با تشکیل تعداد کم جلسات بحث گروهی می‌توان اطلاعات بسیار زیادی به دست آورد و به همین دلیل بسیاری از مطالعات بر تعداد معقول و متوسطی از جلسات استوار می‌گردد. برخی تحقیقات این شیوه جمع‌آوری را با روش‌های دیگر جمع‌آوری اطلاعات ادغام می‌کنند، مثلاً استفاده از بحث گروهی و پرسشنامه شیوه بسیار خوبی برای آزمودن عبارات موجود در سؤالات در تحقیق پیمایشی می‌باشد. این روش به هنگامی که درصدد توضیح یا کشف نتایج تحقیق پیمایشی می‌باشیم، نیز سودمند می‌باشد.

بیشتر مطالعات مبتنی بر گروه کانون از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده می‌کند که از این طریق شرکت‌کنندگان برای انعکاس طیف وسیع‌تری از کل جامعه انتخاب می‌شوند و یا نمونه‌گیری به صورت نظری برای آزمودن پیش فرض خاصی صورت می‌گیرد، با وجود این، امکان دارد تا با هر گروه نمونه‌گیری شده با هر روش دیگر نیز کار کرد. تصمیم‌گیری برای نوع و روش نمونه‌گیری بسیار حیاتی است. امروزه بیشتر افراد در گروه‌های اجتماعی با قومیت‌های خاص متغیرهای اصلی و مهم برای نمونه‌گیری برخوردار می‌باشند. با وجود این، خالی از فایده نخواهد بود که سایر متغیرها نیز در نظر گرفته شود. مثلاً در تحقیقی برای کشف تجربیات خانم‌ها در مورد مراقبت‌های بعد از زایمان، توصیه می‌گردد که گروه‌هایی از خانم‌ها که می‌توانند نگرش خاصی در مورد موضوع به محقق بدهند نیز انتخاب شوند.

بیشتر محققین توصیه می‌کنند در گروه‌های کانون، "یکنواختی" در گروه را مدنظر قرار دهید تا شرکت‌کنندگان بیشتر در تجربیات یکدیگر سهیم شوند. با وجود این، مواقعی نیز پیش می‌آید که لازم است با تشکیل گروه‌ها با نقطه نظرات متفاوت، از حداکثر امکان برای کشف دیدگاه‌های موجود بهره‌مند گردیم. با وجود این، لازم است آگاه باشیم که طبقات گروهی می‌توانند در نتایج بدست آمده تأثیر بگذارند. مثلاً در گروهی که پرستاران و پزشکان متخصص شاغل در یک بیمارستان را در یک گروه قرار دهیم ممکن است پرستاران از ابراز نظر محروم شوند.

ممکن است گروه‌ها به صورت "خودجوش" شکل گیرند مثلاً کسانی که با هم در یک مؤسسه کار می‌کنند و یا صرفاً به منظور انجام پژوهش گرد هم آورده شوند، در گروه‌های خودجوش، می‌توان بخش‌های تعاملی مرتبط به گروه را مشاهده نمود (برای کسب اطلاعات بیشتر به فصل ۴ نگاه کنید). مزیت دیگر گروه‌های خودجوش آن است که دوستان و همکاران با ارائه مثال‌های عملی و واقعی در زندگی روزمره کاری خود، بهتر می‌توانند در تجربیات یکدیگر سهیم شوند. این افراد می‌توانند در موضوعات مورد اختلاف یکدیگر را به چالش بکشانند. مثلاً در مواردی که از نظر عملی اتفاق نظر وجود دارد ولی در عمل به گونه‌ای

دیگر عمل می‌کنند (مثلاً در یک بحث گروهی مطرح می‌گردد که چرا بعضی مواقع، هنگام گرفتن نمونه خون از بیمار دستکش نمی‌پوشند؟)

شاید ساده‌انگاری به نظر برسد که تصور کنیم اطلاعات به دست آمده از گروه که آن را "خودجوش" یا طبیعی می‌نامیم، بدون تشکیل هدفمند و تعامل‌آمیز افراد خودبخود حاصل می‌شد. همچنین ساده‌انگاری است اگر تصور کنیم که تشکیل گروه، انعکاس‌دهنده تعاملات روزمره گروه است بی آنکه روند تشکیل جلسه گروهی موجب ترغیب همه اعضاء و برای مشارکت شده باشد و باید بپذیریم که در این گروه، نظرات افراد منظم‌سازی (فرموله) می‌شود و تفکرات ایشان استخراج می‌گردد و بدون تشکیل هدفمند گروه، دستیابی به این نتایج میسر نمی‌گردد.

در نهایت، بسیار حائز اهمیت است که گروه کاری متناسب با جامعه مورد مطالعه در نظر گرفته شوند و به این موضوع پایبند باشیم که چگونه می‌خواهیم بر مشکلات فائق آئیم. کار گروهی موجب تسهیل جمع‌آوری داده‌ها از افرادی می‌گردد که قادر به خواندن و نوشتن نمی‌باشند. علاوه بر این، برخورداری از "امنیت جمعی" نیز عامل تشویقی مهم دیگری است که به ویژه برای افراد محافظه‌کاری که در مصاحبه‌های فردی ابراز نظر نمی‌کنند یا مضطرب می‌گردند، در گروه کانون شرکت کنند. با وجود این، باید به یاد داشت که وجود معلولیت‌های متفاوت در بین اعضاء گروه، مشکل برقراری ارتباط را به دنبال خواهد داشت. برای مثال در مطالعه‌ای که به منظور ارزیابی مراقبت‌های انجام شده از سالمندان طراحی شده بود، یک گروه کانون تشکیل شد که در آن گروه یکی از اعضاء دچار اختلال شنوایی، دیگری مبتلا به دمانس پیری و سومی دچار فلج نسبی بود که تکلم وی را تحت تأثیر قرار داده بود. این مسئله تعامل میان شرکت‌کنندگان در بحث را به شدت محدود کرده بود. با وجود این، می‌توان با تأمل در چینش و گزینش افراد در گروه، بر این مشکل فائق آمد. گاهی مواقع اعضاء گروه می‌توانند مطالب برای یکدیگر بازگو و برای ایجاد درک جمعی به سایر شرکت‌کنندگان یاری رسانند. همچنین باید توجه داشت که برخی سالمندان که قادر نیستند در مصاحبه‌های انفرادی شرکت کنند، می‌توانند در گروه مشارکت کنند و هر از چندگاه، به روند

کار گروهی کمک نمایند. حتی در برخی موارد دیده شده است که سالمندانی که به گفته مراقبین آنها قادر به شرکت در گروه بودند و قرار بود تا از گروه حذف شوند، در نهایت در بحث‌های زنده و جالب گروهی شرکت نمودند و با هم گروهان خود در بیان دیدگاه‌های خود مشارکت نمودند (جدول شماره ۲-۳ را نگاه کنید).

جدول ۲-۳ برخی مزایای بالقوه نمونه‌گیری در گروه‌های کانون

- تبعیض بین افراد گروه اعمال نمی‌کند مثلاً کسانی که قادر به خواندن و نوشتن نمی‌باشند.
- افرادی که بر شرکت در مصاحبه تردید دارند را برای شرکت در بحث ترغیب می‌کند.
- افرادی را که فکر می‌کنند چیزی برای گفتن ندارند و به محیط واکنش نشان نمی‌دهند را برای شرکت در بحث ترغیب می‌کند.

نباید افرادی که دارای نیازهای ارتباطی گوناگون می‌باشند (سمعک، عینک و ...) را از گروه حذف کرد بلکه باید این عامل را نیز مدنظر قرار دارد.

اداره گروه

جلسات باید کاملاً آرام و راحت و به صورت دایره‌وار شکل گیرد و امکان تجدید قوا و تنفس و وقفه در آن در نظر گرفته شود و کلاً محیط مناسب تأمین گردد. ایده‌آل‌ترین تعداد تشکیل دهنده گروه بین ۴ تا ۸ نفر می‌باشد. جلسات می‌باید بین یک الی دو ساعت تداوم داشته باشد. اداره کننده گروه باید تأکید نماید که هدف گروه کانون تشویق و ترغیب افراد برای صحبت کردن با یکدیگر است و نه صحبت با محقق. حتی پژوهشگر در شروع کار باید صندلی خود را یک ردیف عقب‌تر بگذارد و به نوعی فقط به "گوش کردن سازماندهی شده"[1] بپردازد. بعداً در ادامه جلسات می‌تواند نقش مداخله‌ای نیز بگیرد و به تداوم بحث کمک کند و اعضاء را به مشارکت بیشتر دعوت کند و از خاتمه زودرس بحث گروهی جلوگیری کند.

[1] Structured eavesdropping

توصیه شده است که حتی در مواقعی که ضرورت دارد، اداره کننده جلسه نقش "وکیل شیطان"[1] یا به عبارت دیگر "رل منفی" را بازی کند و با مخالفت با یک نظر یا دیدگاه به تعمیق بحث و روشن شدن نقطه نظرات افراد و تداوم بیان نظرات گروهی کمک کند. بی‌شک محقق باید تفاوت‌های موجود بین نقطه نظرات شرکت‌کنندگان را پس از اتمام جلسه و با "خیال آسوده" بررسی و راجع به آنها "نظریه‌پردازی" کند، اما یکی از مزایای گروه کانون آن است که تفاوت‌های میان نظرات اعضاء گروه و شرکت‌کنندگان درجا کشف می‌شود به ایشان نیز برای تداوم بحث کمک می‌کند. ممکن است اداره کننده جلسه به همراه خود مواد آموزشی نیز به همراه داشته باشد تا به تمرکز و تداوم بر موضوع بحث کمک نماید.

شکل دیگر یا نوع جایگزین، استفاده از جملات بر روی کارت‌های بزرگ می‌باشد. از اعضای گروه خواسته می‌شود تا کارت‌ها را بر اساس درجه موافقت یا مخالفت خود با نوشته‌های روی کارت طبقه‌بندی نمایند. مثلاً چنین کارت‌هایی را می‌توان برای پی بردن به میزان درک اجتماعی از چگونگی انتقال HIV با نوشتن جملاتی در مورد انواع افرادی که در گروه‌های مختلف خطر قرار می‌گیرند، استفاده نمود، یا در مورد تجربیات افراد سالمند از بستری بودن در خانه سالمندان (بررسی درجه موافقت با کیفیت خدمات ارائه شده) بکار برد، یا در مورد نظر ماماها در مورد مسئولیت حرفه‌ای ایشان (طیف موافقت تا مخالفت با نقش‌ها و مسئولیت‌های حرفه‌ای ایشان) استفاده کرد. چنین تجربیاتی مشارکت‌کنندگان را ترغیب می‌کند بر یکدیگر و نه بر محقق تمرکز نمایند و همدیگر را برای مشارکت در تجربیات، خود وادار نمایند. شکل کارت‌ها چندان اهمیتی ندارد، آنچه حائز اهمیت است بحثی که این کارت‌ها در گروه ایجاد می‌نمایند، ممکن است محققین از این کارت‌ها برای ارزیابی کار خود در گروه استفاده نمایند. در این موارد لازم است کارت‌های خالی در گروه توزیع شود و در انتهای جلسه کارت‌ها را با جملات تکمیل‌کننده بحث گروهی پر نمود. در نهایت می‌توان از شرکت‌کنندگان در پژوهش خواست تا پرسشنامه مختصری تکمیل نمایند و یا به آنها فرصت داد تا به شکل خصوصی در پایان هر جلسه نظرات خود را ابراز نمایند.

---

[1] Devil s advocate

ترجیحاً باید روند جلسات بحث گروهی را ضبط و محتویات آن را پیاده نمود. در صورت عدم امکان، باید یادداشت‌های دقیقی از بحث‌ها برداشت و یا از فلیپ چارت‌های نوشته شده در طی بحث گروهی سود برد.

در فصل هشتم در ارتباط با چگونگی تجزیه و تحلیل داده‌ها در پژوهش‌های کیفی مفصلاً بحث خواهد شد. در این قسمت کافی است اشاره نمائیم که در تحلیل گروه‌های کانون حائز اهمیت خواهد بود که با ایجاد تعامل میان محقق و شرکت‌کنندگان، حداکثر بهره را اطلاعات تولید شده برده شود. برای بحث در مورد راه‌های مختلف کار بر روی اطلاعات گروه‌های کانون، شامل استفاده از بسته‌های نرم‌افزاری رایانه-ای، تجزیه و تحلیل گفتار برای ضبط و پیاده‌سازی نوارهای ضبط شده به فصل ۵ با جزئیات بیشتر نگاه کنید.

فصل چهارم

شیوه‌های مشاهده‌ای

در فصل‌های ۲ و ۳ شیوه‌هایی مورد بحث قرار گرفتند که محققین را قادر می‌سازد حجم وسیعی از اطلاعات را بر اساس گفته‌های افراد جمع‌آوری می‌نماید. مصاحبه‌شوندگان و اعضاء شرکت‌کننده در گروه کانون، باورها و نگرش‌های خود را ابراز می‌دارند و ممکن است راجع به رفتار و عملکرد خود صحبت کنند. یکی از مزایای این شیوه‌ها آن است که در مدت زمان بسیار کوتاهی اطلاعات نسبتاً جامعی بدست می‌آید. اما این اشکال را دارند که نمی‌توان بر صحت و سقم واقعی آنچه افراد گفته شده است، تأکید نمود. شیوه‌های مشاهده‌ای، برای حل این مشکلات و معضلات به کار گرفته می‌شوند و به جای پرسیدن سؤال در مورد رفتار، محقق افراد و رویدادها را به طور منظم مشاهده می‌کند تا به کشف کنش‌ها و ارتباطات روزمره بین افراد پی ببرد. در نتیجه، مشاهده به ویژه برای مطالعاتی مناسب است که به بررسی چگونگی عملکرد سازمان می‌پردازد یا چگونگی ایفای نقش هر یک از اعضاء و تعاملات آنها با پرسنل و مددجویان را بررسی می‌کنند.

مشاهده تنه اصلی در علوم طبیعی محسوب می‌شود. در علم زیست‌شناسی، محقق رشد و نمو ساختار سلولی را مشاهده می‌کند و در علم شیمی، پژوهشگر واکنش‌های شیمیایی را مورد مشاهده قرار می‌دهد. مطالعات مشاهده‌ای از جمعیت و جوامع در علم اپیدمیولوژی مورد استفاده قرار می‌گیرد تا الگوهای موجود در بروز بیماری‌ها را کشف نماید. تحقیق در علوم بالینی و علوم روان‌شناختی تجربی بر مشاهدات استوار است، همانگونه که بیمار را در بیمارستان و روی تخت پایش می‌کنیم. تحقیق کیفی از مشاهده منظم و دقیق رفتار و کلام سود می‌برد. یکی از تفاوت‌های بسیار مهم میان این نوع مشاهده و مشاهداتی که در علوم طبیعی انجام می‌شود آن است که در دنیای پیرامون اجتماعی، ما از زبان برای توصیف، انعکاس و بحث استفاده می‌کنیم تا نشان دادن این که افراد چگونه عمل می‌کنند. این ادراک

مشترک از دنیای اجتماعی پیرامون میان شرکت‌کنندگان و محققین، انجام چنین تحقیقات علمی اجتماعی را از مشاهده موش‌های آزمایشگاهی و یا بررسی الکترون‌ها (که نماد مشاهدات آزمایشگاهی می‌باشند) متمایز می‌گرداند. بر خلاف علوم تجربی، مشاهدات کیفی از *طبیعت‌گرایی*[1] الهام می‌گیرند و در آن انسان‌ها مورد مطالعه قرار گرفته و با کمترین مداخله توسط مشاهده‌گر و در محل وقوع رویداد با تکیه بر مسائل اخلاقی مبتنی و تا حد ممکن، مشاهده انجام می‌شود.

کاربرد شیوه‌های مشاهداتی در تحقیقات سلامت

شیوه‌های مشاهده‌ای اغلب به عنوان مترادف تحقیقات *قوم نگاری* نگریسته می‌شوند، یعنی راهی برای پژوهش از طریق بکارگیری روش‌های انسان شناسی (آنتروپولوژی) تا در اجتماعات کوچک و فرهنگ-های مختلف (به مطالب پایین نگاه کنید) تحقیق کنند، در حالی که دانشمندان علم قوم‌نگاری ممکن است از سایر روش‌های تحقیق نیز استفاده کنند. قوم‌نگاران اولیه سعی می‌کردند تا در جوامع و فرهنگ‌های مختلف وارد شده و مدت زمان طولانی با مردم زندگی کنند. آنها تلاش می‌کردند تا زبان مردم را بیاموزند، نظام باورهای آنان را درک کنند و ساختار اجتماعی آن قوم را بشناسند، تا بتوانند رفتارهای ایشان را ثبت و نگهداری نمایند. در سال‌های دهه ۱۹۲۰، محققین برای بکارگیری شیوه‌های قوم‌نگاری برای مطالعه در محیط‌های شهری (که با آن آشنا بودند)، محلی را با نام مدرسه علوم اجتماعی شیکاگو تأسیس نمودند و به طور منظم به مشاهده زندگی گروه‌های اجتماعی متفاوت از جمله حاشیه نشینان و کوچ گردان، قماربازان، معتادین و اعضای گروه‌های موسیقی جاز پرداختند. اولین موارد استفاده از شیوه مشاهده در تحقیقات سلامت مربوط به مطالعات Roth در زمینه بیماری سل بوده در این تحقیقات بود که مفهوم "بیمار ناقل" (مجموعه ای از مراحل که در آن بیمار به سمت سلامت و بهبودی پیش می‌رود) و درمان زمان‌بندی شده ابداع گردید.

[1] Nutralism

در انگلستان، مطالعات کیفی مشاهده‌ای متعددی در زمینه حوادث و سوانح صورت گرفته است. Jeffry در مطالعه خود، بیماران را از نقطه‌نظر پرسنل، به دو گروه خوب و بد دسته‌بندی نمود. بیماران گروه بد شامل بیماران مست و الکلی و کسانی که اقدام به خودکشی کرده بودند و بیماران پرتوقع بودند. Dingwall & Murray چنین مدلی را با استفاده از مشاهده و مصاحبه مورد استفاده قرار داد تا دریابد در بخش اورژانس چگونه با بچه‌ها برخورد می‌شود. Hughes کارکنان بخش پذیرش بیمارستان را برای نوبت دادن و دسته‌بندی مراجعه‌کنندگان مورد بررسی قرار داد. این مطالعات به روشنی نشان داد که چرا و چگونه با این بیماران برخورد می‌گردد. نوع رفتار و عملکرد پرسنل در دسته‌بندی و برچسب زدن ناخواسته به بیماران، چنان در فرهنگ سازمانی رسوخ کرده است که فقط از سوی مشاهده‌گران خارجی قابل ادراک است. احتمالاً مصاحبه به تنهایی قادر نیست تا انواع برچسب‌ها و دسته‌بندی‌هایی را نشان دهد که پرسنل نسبت به بیماران می‌زنند و یا اینکه از چه الگویی برای این دسته‌بندی استفاده می‌کنند.

پژوهش‌های مشاهده‌ای برای توضیح ارتباطات و همبستگی در تحقیقات کمّی کاربرد دارد. Bloor در مشاهدات خود در مورد جراحان گوش، حلق، بینی (ENT) به تجزیه و تحلیل آماری متغیرهای مؤثر در تصمیم‌گیری جراحان برای انجام عمل تانسیلکتومی در کودکان پرداخت. او در مشاهدات خود دریافت که جراحان چگونه تصمیم می‌گیرند و هر پزشک معیارهای خاص خود را دارد. مثلاً ممکن است یک پزشک بر اساس علائم بالینی صرف، تصمیم به جراحی بگیرد و دیگری در غیاب چنین اندیکاسیون‌هایی و فقط به دلیل تکرار حملات عفونت لوزه، که به درس و مشق بچه لطمه می‌زنند، اقدام به جراحی لوزه می‌کند.

Hughes & Griffths به مشاهدات در درمانگاه کتتریزاسیون قلبی و پذیرش بیماران عصبی پرداخت تا دریابد چگونه تصمیم راجع به اولویت‌های درمان در هر یک از بیماران اتخاذ می‌شود. آنها نشان دادند که چه تفاوت‌های فاحشی در انتخاب‌های دو جراح در یک بیمارستان وجود داشت. آنها نشان دادند که در بخش قلب، تصمیمات حول محور "پیش‌آگهی ضعیف" و "عدم ثبات" حال بیمار بود، در حالی که در بخش اعصاب تصمیمات حول محور شناسایی عوامل در هر فرد برای کمک به وی بودند. این تحلیل

بیان می‌کند که چرا بیماران مختلف در بخش‌های مختلف با دیدگاه‌های متفاوت درمان می‌شوند. همچنین، این تحلیل کمک می‌کند در آینده سیستم‌های روشنی برای تعیین اولویت‌ها وضع شود.

شیوه‌های مشاهده‌ای برای بررسی چگونگی انجام کار توسط متخصصین سلامت در کار روزمره خود به کار برده می‌شوند، مثلاً در کارکنانی که لیست انتظار بیماران را تهیه می‌کنند. علاوه بر این، انجام تحقیقات مشاهده‌ای مربوط به خط‌مشی بیمارستانی رو به رشد می‌باشد. Strong & Robinson s در سال‌های میانی دهه ۱۹۸۰، در تحقیقاتی راجع به مدیریت در سیستم‌های بهداشتی اقدام به مصاحبه با کارمندان تازه کار نمودند. بعدها استفاده از شیوه‌های مشاهده‌ای برای بررسی اهمیت نسبی ایجاد اعتماد در روابط مرتبط با خدمات سلامتی ارائه شده در بازارهای جهانی در سال‌های میانی دهه ۱۹۹۰، مورد استفاده محققین قرار گرفت. امروزه در ارزشیابی‌های سیاستگذاری‌های کیفی، استفاده از مشاهده مصاحبه‌شوندگان برای شناسایی مشابهت‌ها و تفاوت‌های اندک رایج است (به فصل ۱۰ قسمت مربوط به مطالعات مروری نگاه کنید). مثلاً در سازمان‌های خدمات بهداشتی می‌توان با مصاحبه شیوه خاصی تصمیم‌گیری را مورد بررسی قرار داد.

دستیابی به عرصه و نقش‌های تحقیق

در انجام پژوهش‌های مشاهده‌ای، نخستین وظیفه محقق، انتخاب و دسترسی به موقعیت یا «عرصه» مشاهده است. برای پژوهشگر ندرتاً فرصت دستیابی به عرصه به راحتی برای محقق فراهم می‌شود، همانند محققی مثل Roth که روی زندگی بیماران مبتلا به سل تحقیق می‌کرد و به طور کاملاً اتفاقی مبتلا به سل شده و مدتی را با مسلولین زندگی کرد. بیشتر محققین برای دستیابی به عرصه تحقیق خود باید کراراً با مسئولین چانه بزنند. عرصه ایده آل تحقیق، بر اساس هدف تحقیق تعیین می‌شود. بر خلاف تحقیقات آماری، عرصه تحقیق به جامعه کل تعمیم‌پذیر نمی‌باشد، بلکه باید گروه یا موقعیتی را انتخاب کرد که بیشترین احتمال را برای نشان دادن ویژگی‌های مشخص جامعه کل داشته باشد. Griffths

Hughes & به طور عمده، دو موقعیت کاملاً مجزا و متمایز مانند بخش‌های قلب و اعصاب را در یک بیمارستان انتخاب کردند.

برای دستیابی به عرصه معمولاً لازم است با فردی مسئول تماس گرفت که اصطلاحاً "دروازه بان"[۱] گفته می‌شود که به محقق اجازه می‌دهد وارد عرصه شود. در موقعیت‌های آموزشی، دروازبان ممکن است معاون آموزشی، مدیر آموزشی، مدرس و حتی نماینده کلاس باشد. در موقعیت‌های بیمارستانی و بهداشتی، لازم است این کار را با افراد متعددی از قبیل پزشکان، پرستاران و مدیران ارشد انجام داد. به یاد داشته باشید که نخستین و اساسی‌ترین مرحله در برقراری تماس بسیار مهم است. این فرد می‌تواند نقش حامی مادی یا معنوی تحقیق را ایفاء نماید. او می‌تواند در درک بهتر گروه نسبت به تحقیق کمک نماید. Atkinson اگر چه از بالاترین مقام دستگاه مجوز انجام تحقیق را داشت، در شروع تحقیق خود، با مقاومت و عدم پذیرش از سوی شرکت‌کنندگان در پژوهش (هماتولوژیست‌ها) روبرو شد. برقراری ارتباط و ایجاد حس همدلی با گروه جهت انجام تحقیق، گاهی بسیار دشوار می‌گردد. گاه لازم است مطابق علائق طرفین (پژوهشگر و شرکت‌کنندگان) عمل کرد تا حداکثر بهره از تحقیق و عرصه پژوهش حاصل شود. پژوهشگر برای دستیابی به محیط واقعی ممکن است عضوی از گروه شود، با آنها زندگی کند، در کار روزمره به پرسنل کمک کند، در بخشی از کار با آنها همکاری کند و یا حتی می‌تواند دست‌های بیمار آسیمه و مضطرب را بگیرد و خود را به شرکت‌کنندگان گروه بقبولاند. لازم به ذکر است که این همکاری‌ها ضرورتاً در انجام کارهای سخت و بد نیست، بلکه هر کاری که بتواند شرکت‌کنندگان را متقاعد سازد که پژوهشگر طرف آنهاست و نه در مقابل آنها را شامل می‌شود. در هر حال، پژوهشگر باید بتواند خود را در دل گروه جا کند.

نکته مهم دیگری که می‌تواند نتایج پژوهش را متأثر سازد، ویژگی پژوهشگر، شرکت‌کنندگان در گروه و محیط پژوهش است. جنسیت، جوانی یا پیری، تجربه و بسیاری دیگر از ویژگی‌ها ممکن است

---

[1] gatekeeper

موجب تأثیر متقابل بین محققین و سایر عوامل تحقیق گردد. ضروری است که پژوهشگر مورد پذیرش کامل گروه قرار گیرد، اما از سوی دیگر ضرورت دارد که محقق در فرهنگ گروه غرق نشود به نحوی که دیگر نتواند یک قدم عقب گذارد و نقش مشاهده‌گر خود را در تحقیق ایفاء نماید و نتایج تحقیق را تجزیه و تحلیل نماید.

مشاهده‌گر باید قادر باشد بر حسب نوع موقعیت پژوهشی نقش‌های متفاوت را ایفاء نماید. برخی محیط‌های بهداشتی و درمانی فضاهای نیمه عمومی محسوب می‌گردد و می‌توان نقش مشاهده‌گر بیرونی را به خوبی ایفاء نمود. با وجود این، در محیط‌های بسته خصوصی، حضور پژوهشگر موجب تغییر رفتار و عملکرد افراد می‌باشد که اصطلاحاً به نام اثر هاثورن[1] شناخته می‌شود، البته این اثر به مرور زمان مرتفع می‌گردد.

اثر حضور محقق را می‌توان با شرکت در امور جاری و روزمره در محیط تحقیق به حداقل رساند. گاهی اوقات این کار را می‌توان آشکار انجام داد، آن چنان که در پژوهش Goffman در نواخانه بیماران روانی، که محل کار وی به عنوان معلم تربیت بدنی بود، انجام شد، یا در پژوهش Rosenhan که محقق با تقلید علائم روانی در بخش روانپزشکی بیمارستان بستری شد. مشکلات عدیده و مهمی از نظر اخلاقی در انجام چنین پژوهش‌هایی وجود دارد. "ایفای نقش‌های پنهان"[2] در برخی شرایط و موقعیت‌های تحقیق قابل توجیه است. مثلاً، در مواقعی که تحقیق از موضوع حساسی برخوردار است و یا دستیابی به گروه بسیار دشوار است. بیشتر پژوهش‌های انجام شده در محیط‌های بالینی آشکار صورت می‌گیرد، با وجود این، شاید ضرورت نداشته باشد که همه از انجام و اهداف پژوهش مطلع باشند. وسعت اطلاع دیگران از انجام پژوهش به نوع و هدف تحقیق بر می‌گردد. مثلاً آیا لازم است که بیماران، پرسنل یا هر دو از فرآیند انجام پژوهش مطلع باشند؟ یا شاید ممکن است لازم نباشد از سؤالات پژوهش یا علائق پژوهشگر آگاه باشند. چنین تحقیقی ممکن است با انجام چانه‌زنی فراوان برای دستیابی به محیط میسر گردد. اما در بسیاری از محیط-

[1] Howthorne effect
[2] Covert research role

ها قابل انجام نمی‌باشد. در پژوهش‌های عرصه سلامت، کمیته اخلاق پژوهشی، بر اساس مقررات پژوهش‌های بالینی بر کسب مجوز و رضایت کامل اصرار می‌ورزد. بدین لحاظ، انجام بسیاری از پژوهش‌ها که مستلزم مشاهده در محیط بالینی می‌باشد به خطر می‌افتد، چرا که افراد تحت مشاهده با مطلع شدن از اینکه تحت نظر می‌باشند رفتار خود را تغییر می‌دهند (برای مطالعه بیشتر به فصل ۶ مراجعه نمائید).

ثبت داده‌های مشاهده شده

تحقیقات مشاهده‌ای بر این واقعیت استوار می‌باشند که مشاهده‌گر نقش ابزار را نیز دارد. علاوه بر این، مشاهده‌گر آنچه را می‌بیند، ثبت می‌کند. این کار مستلزم برخورداری از مهارت‌های مشاهده، حافظه خوب و توانایی ثبت منظم، مفصل و شفاف می‌باشد. نقش پژوهشگر چه در پژوهش‌های پنهان یا آشکار و چه در پژوهش‌هایی که پژوهشگر از درون یا برون گروه را مشاهده می‌کند، ممکن است در فرآیند ثبت نتایج تأثیر گذارد. گاه لازم می‌شود تا محقق در هنگام مشاهده یادداشت بردارد و گاه باید ساکت و آرام در گوشه‌ای بایستد. به خاطر سپردن و به یاد آوردن وقایع بسیار مهم است و برای انجام چنین پژوهش‌هایی الزامی است. حافظه می‌تواند کمک کند تا یادداشت‌های فوری در کوتاه‌ترین زمان ممکن نوشته شود (ترک سریع محیط به فواصل زمانی کوتاه مثلاً به بهانه دستشویی به محقق فرصت می‌دهد تا مشاهدات خود را ثبت کند. به یاد داشته باشید که ترک مکرر محیط موجب احتمال از دست دادن برخی وقایع مشاهده نشده می‌گردد).

برخی محققین فهرستی از موضوعات قابل مشاهده تهیه می‌کنند و یادداشت‌های کوتاهی برمی‌دارند. این یادداشت‌ها مربوط به ویژگی‌های هر شرکت‌کننده، محیط پژوهش یا مجموعه‌ای فعالیت‌های خاص می‌باشد. Silverman از چنین شیوه‌ای در تحقیق خود در درمانگاه قلب کودکان سود برد. او با مشاهده ده درمانگاه، برگه‌های رمزدهی برای ثبت تصمیم‌ها ابداع نمود و نشان داد که چه عواملی از قبیل عوامل بالینی و اجتماعی در تصمیم‌گیری‌های انجام شده مؤثر می‌باشند.

به محض اتمام مشاهدات لازم است یادداشت‌های کوتاه در مورد اتفاقات کلیدی، کلمات و جملات مهم و احساسات را به صورت کامل و دقیق نوشته شود. در یادداشت‌های نوشته شده در عرصه، جزئیات، توصیفات آنچه مشاهده شده، سیر زمانی وقایع و افراد درگیر در این وقایع ثبت می‌گردند. نوشتن یادداشت باید الزاماً توصیفات انتزاعی و نه صرفاً وقایع احساسی باشد. برای نوشتن یادداشت‌ها قواعدی رعایت می‌شود که تفاوت‌های موجود در مشاهدات را مثلاً فرق بین کلمات روزمره را از جملات مهم، حالات بدنی و رفتارهای غیرکلامی نشان دهد. علاوه بر این، لازم است تا محقق احساسات، هیجانات و واکنش‌های خود را نسبت به این مشاهدات ثبت شده، یادداشت کند. مجموعه این داده‌های انعطاف‌پذیر نوعاً به طور جداگانه در دفتر تقویم روزانه مشاهدات، ثبت می‌شوند. هر پژوهشگر، شیوه خاص ثبت نوشته‌های خود را دارد. مثلاً ممکن است پژوهشگر فاعل اول شخص یا سوم شخص را در نظر بگیرد و یا ممکن است زمان واقعی مشاهدات (مثلاً زمان حال یا به شکل گذشته‌نگر (زمان گذشته) در پایان مشاهده ثبت شود. Emerson *et al* شرح مفصل‌تری از وقایع را با شیوه و چارچوب متفاوت بکار می‌بندد. لازم به ذکر است که فرآیند یادداشت‌برداری و ثبت مشاهدات وقت قابل توجهی را می‌برد و نمی‌توان آن را سرسری گرفت.

یادداشت‌های نوشته شده ثبت آنچه مشاهده شده است در سر صحنه می‌باشد. اما، باید این یادداشت‌ها را فقط به صورت داده‌های خام تلقی نمود که به خودی خود هیچگونه توضیحی در برندارند. پژوهشگر باید داده‌ها را غربال، رمزگشایی و معنی‌دار نماید تا بتوان مفهوم آن را دریافت. هنگامی که محقق مداوماً درباره آنچه مشاهده کرده است می‌اندیشد، فرآیند تجزیه و تحلیل داده‌ها با جمع‌آوری داده‌ها و گزارش آنها در هم می‌آمیزد. در عرصه پژوهش، یافته‌ها و نظریه‌ها در مورد داده‌ها شکل می‌گیرند و مورد آزمون قرار می‌گیرند و ممکن است مثال‌های برای تأیید یا رد آن یافته‌ها و نظریه و فرضیات جستجو شوند.

شیوه‌های مشاهده‌ای و قوم‌نگاری

فن مشاهده به طور رایج در مطالعات قوم نگاری بکار برده می‌شود. واژه قوم نگاری (که در لغت به معنی مطالعه و ثبت ویژگی‌های مردم می‌باشد) تا حدودی گیج‌کننده تلقی می‌شود و هم به فرآیند تحقیق

(شامل طراحی و شیوه پژوهش) و هم فرآورده پژوهش (گزارش نهایی تحقیق) اطلاق می‌گردد. مفهوم نهفته در پژوهش‌های قوم نگاری، درک مردم می‌باشد و لازم است محقق افراد را مشاهده کند و ترجیحاً با آنها و مثل آنها زندگی کند. پژوهش‌های قوم نگاری بر اهمیت درک دنیایی نمادین تأکید دارد که مردم در آن زندگی می‌کنند، دیدن پدیده‌ها از زاویه دید آنها، درک معانی که آنها درک می‌کنند و به تجربیات خود معنی می‌بخشند. برخورداری از چنین توانایی‌ها، مستلزم تماس مداوم با مردمی است که تحت مشاهده و مطالعه می‌باشند که به این فرآیند "غوطه‌ور شدن"[1] می‌نامند. مشاهده، نقطه مرکزی این نوع مطالعات است و ممکن است تنها وسیله و ابزار تحقیق باشد اما معمولاً در تحقیقات قوم نگاری بسیاری روش‌های دیگر نیز کاربرد دارند، مثل مصاحبه و سایر روش‌های مورد استفاده در پژوهش‌های کمی و کیفی شامل آمارهای رایج. در نتیجه، این نوع پژوهش‌ها مشترکات بسیاری با پژوهش‌های "مطالعه موردی"[2] دارند (به فصل ۱۰ نگاه کنید) و به طور رایج به جای یکدیگر مورد استفاده قرار می‌گیرند.

قوم نگاران از مشاهده پژوهش در موارد متعدد، مثلاً بررسی باورهای سلامتی، ارزیابی سازمان‌های ارائه دهنده خدمات سلامتی و بهداشتی و آموزشی و تربیت پزشکان استفاده نموده‌اند. در یک تحقیق قوم نگاری، درباره چگونگی بیان تشخیص صعب‌العلاج بودن بیماری به بیمار، از روش مشاهده بخش و درمانگاه در بیمارستان استفاده شد. علاوه بر این، محاوره غیررسمی و مصاحبه رسمی با پرسنل و بیماران صورت گرفت. یکی از علائم و نشانه‌ها که نشان می‌داد فرد مسئول بیان تشخیص بیماری صعب‌العلاج و رو به موت به بیمار موفق عمل نموده است یا نه، آن بود که فرد مسئول در بخشی از مراسم تشییع جنازه و تدفین بیمار فوت شده شرکت می‌کرد و با همسر متوفی مصاحبه می‌کرد. تیم مطالعه تمامی داده‌های کسب شده را برای نشان دادن این موضوع بکار بستند که هم بیماران و هم پزشکان آنها درباره بهبودی و در جهت ایجاد "خوشبینی کاذب" به نوعی موفقیت رسیدند و اینکه جنبه‌های فرایند مراقبت (از قبیل تمرکز بر

[1] Immersion
[2] Case study

جدول زمانی درمان) وجود این خوش‌بینی را تأیید نمود، چیزی که بعدها برخی بیماران به دلیل عدم موفقیت در کسب این خوش‌بینی افسوس خوردند.

نظریه‌پردازی[1] از تحقیقات مشاهده‌ای

نحوه تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از مشاهدات در فصل هفتم به تفصیل شرح داده شده است. فی نفسه انجام این کار مستلزم بارها و بارها مطالعه یادداشت‌ها، تکرار مکرر فرآیند دسته‌بندی‌ها و آزمون و بازآزمایی داده‌ها برای کشف نظریه‌ها و یافتن توضیحات است. شیوه‌های متفاوت و دیدگاه‌های گوناگون می‌توانند این فرآیند و چگونگی برخورد با این رفتارها را تحت تأثیر قرار دهند. این جنبه‌های متفاوت، پیچیدگی‌ها و بحث و جدل‌های داغی را به دنبال دارند و در این مجال، فرصت پرداختن به این موضوعات مفصل نمی‌باشد. از خوانندگان علاقمند دعوت می‌گردد برای کسب اطلاعات بیشتر به منابع مربوطه مراجعه نمائید. همچنین مطالعه فصل هفتم کتاب نیز به شما توصیه می‌شود.

کیفیت در مطالعات مشاهده‌ای

کیفیت مطالعات مشاهده‌ای، بیشتر از هر شیوه دیگر، به کیفیت کار محقق وابسته است. مسئولیت سنگین و خطیری متوجه محقق می‌باشد تا جزئی‌ترین داده‌ها را توصیف و تجزیه و تحلیل نماید. بیان جزئیاتی که محقق انجام داده است برای ارزیابی صحت کار انجام شده حیاتی و الزامی‌باشد، مثلاً باید به خواننده گفته شود که چند ساعت وقت در عرصه تحقیق صرف شده است، محقق تا چه اندازه به عمل یا رفتار رخ داده نزدیک بوده است، وقایع ثبت شده از چه نوعی بوده‌اند و آیا تلاش برای تأیید مشاهدات انجام شده صورت گرفته است (مثلاً آیا منابع دیگر نیز بررسی شوند یا مشاهدات مشابهی در عرصه قابل مقایسه صورت گرفته است). بررسی مجدد صحت ظاهری[2] مطالعه مشاهده‌ای نسبت به سایر پژوهش‌های انجام شده در گروه‌های مشابه میسر است، اما، آزمون نهایی برای تحقیق مبتنی بر مشاهدات وجود "مناسبت"[3]

[1] Thearising
[2] Versimilituele
[3] Comgruence

آن است. طبق تعریف، مناسبت این گونه تعریف می‌گردد که: تحقیق تا چه اندازه دستورالعمل‌ها و مقررات لازم و ضروری را در اختیار سایرین می‌گذارد تا سایر محققین نیز در همان موقعیت و همان گروه تحقیق را به انجام برسانند.

انتقاد همیشگی بر تحقیقات همزمان قوم‌نگاری در موقعیت‌های بهداشتی و سلامت آن است که مفهوم "غوطه‌ور شدن" به درون گروه و زندگی طولانی مدت با کسانی که تحت مطالعه می‌باشند تقریباً غیرممکن است. از این رو، غالباً محققین تمایل دارند بر موقعیت‌های خاص مثلاً یک بخش بیمارستان یا مؤسسات بهداشتی و سلامت در مدت معین و از پیش تنظیم شده‌ای تمرکز یابند.

آن چنان که Hammersely اشاره دارد حضور این محققین معمولاً نیمه وقت بوده و همواره این خطر تحقیق را تهدید می‌کند که بخش وسیعی از داده‌ها از نظر، دور بماند مثل تغییر نظم جاری در مؤسسه، وجود الگوهای چرخه‌ای فعالیت‌ها در مؤسسه، تغییرات دراز مدت که نیازمند مشاهده مداوم و دراز مدت می‌باشند. این نکته حائز اهمیت است که محقق کاملاً اطمینان داشته باشد که داده‌های به دست آمده کفایت لازم را داشته باشند و در بیان فرضیات مبتنی بر مشاهدات مقطعی و کوتاه مدت دقت کامل به خرج دهد. بسیار حیاتی است که محقق پژوهش خود را چنان طراحی نماید که طیف کافی از افراد و رفتارهای موردنظر را در زمان‌ها و روزهای متفاوت، روزها و هفته‌های متوالی، ماه‌های مختلف و ... در نظر بگیرد. برخی محققین اقدام به انتخاب نمونه‌ها در فواصل زمانی [1] تصادفی می‌کنند و یا جنبه خاصی از موقعیت را مدنظر قرار می‌دهند و یا عده کمی را تحت مشاهده قرار می‌دهند و بعد سراغ نفر یا نفرات بعدی می‌روند (مثلاً اول متصدیان پذیرش و بعد پرستاران پشت ایستگاه پرستاری را مشاهده می‌کنند). برخی دیگر از محققین از مشاهدات و یافته‌های قبلی خود استفاده می‌کنند و زمان و فعالیت خاصی را برای مشاهده بر می‌گزینند. خطای محض است اگر بپذیریم چنین مشاهداتی، "همه چیز" را به تصویر می‌کشند. حتی وجود چندین مشاهده‌گر و ضبط صوتی یا تصویری وقایع نیز نمی‌تواند متضمن به تصویر درآمدن همه

---

[1] Blocks of time

وقایع باشند. علیرغم همه این محدودیت‌ها، محقق ملزم است تا جزئی‌ترین وقایع مشاهده شده را نیز ثبت نماید.

در فصل ۸ این موارد به تفصیل بیان شده‌اند و به طور کلی در ارتباط با تضمین کیفیت در پژوهش‌های کیفی بحث می‌شود. اگر مطالعات مشاهده‌ای سیستماتیک (منظم) و دقیق صورت گیرند، قادر خواهند بود بسیاری از جنبه‌های مهم سلامت و بهداشت را در زندگی روزمره ما نمایان و آشکار سازند و قطعاً به غیر از این نوع تحقیقات هیچ راهی برای مکشوف شدن این واقعیت‌ها نخواهیم یافت. یکی از کلاسیک‌ترین تحقیقات از این دست متعلق به Goffman می‌باشد که در نواخانه بیماران روانی انجام داد و با استقامت و صبر بسیار با بیماران زندگی کرد و به سایر محققین نشان داد که برای انجام پژوهش‌های کیفی با کیفیت چگونه باید کار کرد.

فصل پنجم

تحلیل مکالمه

ارتباط میان بیمار و متخصصین تیم سلامت، شکل‌دهنده و انعکاس‌دهنده فرآیند خدمات بهداشتی ارائه شده به مددجو می‌باشد. "تجزیه و تحلیل گفتار"[1] وسیله‌ای برای مطالعه دقیق راه‌هایی است که موجب برقراری ارتباط و مشاوره می‌گردد، نگرانی‌های بیمار شناخته شده و مورد توجه قرار می‌گیرند، نشانه‌ها توصیف و قابل درک می‌گردند، تشخیص پزشکی مطرح و پذیرفته می‌شود، و راه‌های مختلف درمانی بحث و انتخاب می‌گردند. همانگونه که قبلاً در فصل ۳ اشاره شد، "تجزیه و تحلیل گفتار" در تحلیل گروه‌های کانون کاربرد دارند به ویژه در گروه‌هایی که به صورت "خودجوش"[2] شکل می‌گیرند، مثل همکاران.

تجزیه و تحلیل گفتار بر این مبنا استوار است که تعاملات اجتماعی به تدریج شکل می‌گیرند. افراد با گفتار و اعمال غیرکلامی در فعالیت‌های روزمره زندگی، درخواست‌های خود را ابراز می‌دارند و پند و نصیحت و شکایات خود را مطرح می‌کنند.

در مشاوره خدمات سلامت، بیماران و متخصصین مجموعه‌ای از فعالیت‌های مرتبط با خدمات مراقبتی بیمار را انجام می‌دهند. آنها با استفاده از سیستم نوبتی، تفاسیر خود از فعالیت را ابراز می‌دارند و تفسیر یکدیگر از فعالیت را شکل می‌دهند. علاوه بر این، شرکت‌کنندگان با تعاملات قابل مشاهده خود، داده‌هایی را برای استفاده محقق در پژوهش تولید می‌کنند.

پاسخ به سؤالات عملی و مرتبط به امور روزمره

Harvey Sacks جامعه‌شناسی بود که نخستین بار تجزیه و تحلیل گفتار را در موقعیت‌های بهداشتی مورد استفاده قرار داد. او در مرکز فوریت‌های پیشگیری از خودکشی در واحد اورژانس‌های

[1] Conversation Analysis (CA)
[2] Naturally occuring

روانپزشکی، با این مشکل رو به رو بود که چگونه می‌توان افراد پشت خط تلفن را وا داشت که در چنین موقعیت حساسی، نام خود را بگویند. Sacks این مشکل و راه‌حل‌های ممکن را به طور مفصل در تحقیق خود مورد بررسی قرار داد. او در تحقیقات خود به توالی اتفاقات در سیستم نوبتی ارتباط، تمرکز نمود. هنگامی که پاسخ‌دهندگان به تلفن، در مرکز خدمات روانپزشکی اورژانس از مددجویان می‌پرسیدند که نام شما چیست، تماس‌گیرندگان با ظرافت از دادن پاسخ طفره می‌رفتند، یا در صورتی که پاسخ‌دهنده فقط می‌گفت: "الو" تلفن زننده نیز در پاسخ فقط به گفتن همین کلمه اکتفا می‌کرد و به سرعت دلیل تماس خود را ذکر می‌کرد و از بیان نام خود اباء داشتند. بالعکس، در صورتی که پاسخ‌دهنده در سلام و احوالپرسی اولیه، نام خود را اعلام می‌کرد، موجب می‌شد که همانند یک موقعیت واقعی، تماس‌گیرنده نیز نام خود را بگوید. در مواقعی که از تماس‌گیرنده خواسته می‌شد که مجدداً اسم خود را بگوید (معمولاً آنها خود را به نشنیدن می‌زدند)، هیچگاه نام خود را تکرار نکردند. از این رو، می‌توان استنتاج نمود که در هنگام ارائه خدمات خط آزاد تلفنی، رفتار و گفتار پاسخ‌دهنده به تلفن، می‌تواند موجب تأثیر بر رفتار و گفتار تماس‌گیرنده شود. چنین مشاهداتی را می‌توان در سایر اشکال روابط اجتماعی و سازمانی نیز تعمیم داد. نتایج این تحقیق می‌تواند تحقیقات مشابهی را در موقعیت‌های دیگر به دنبال داشته باشد که به بررسی دقیق این که چگونه، کجا، و به چه دلیل افراد ممکن است اطلاعات بسیار مهمی را که برای ارائه خدمات سلامت حیاتی محسوب می‌شوند را افشا و ابراز دارند.

اصول تجزیه و تحلیل گفتار

مطالعات Sacks سه اصل اساسی را در تجزیه و تحلیل گفتار روشن ساخت که:

۱- رفتار کلامی و غیرکلامی در عملکردهای اجتماعی می‌تواند نشانه‌ای از رفتارهای وسیع‌تر اجتماعی باشد (مثلاً بیان نام خود)

۲- رفتارهای کلامی و غیرکلامی، نوبت برقراری ارتباط و تکلم را برای شرکت‌کننده تعیین می‌کند و به تناوب این نوبت بین مشارکت‌کننده و محقق (بر اساس گفته‌های رد و بدل شده) متغیر است (مثلاً چگونگی رفتار تماس‌گیرنده برای سلام و احوالپرسی در اثر گفتار پاسخ‌دهنده تلفن).

۳- تغییر نوبت و توالی ارتباط در موقعیت و شرایط خاص، از الگوی ثابتی پیروی می‌کند (مثلاً وجود خط باز برای تماس‌گیرندگان متعدد به نوبه خود موجب واکنش از سمت مقابل می‌گردد).

انجام مطالعه بر اساس تجزیه و تحلیل گفتار در موقعیت‌های خدمات بهداشتی

محقق تحلیل گفتار، با ضبط تعامل طبیعی میان دو یا چند نفر کار خود را شروع می‌کند. در عرصه‌های مراقبت بهداشتی، مشاوره‌های رو در رو در درمانگاه و بیمارستان رایج است، اگر چه این موارد تنها راه‌های تعامل محسوب نمی‌گردند.

تعداد و طیف مشاوره‌های ضبط شده، بستگی تام به اهداف و منابع در دسترس در پژوهش دارد. اما، معمولاً در مطالعه تحلیل گفتار موارد متعددی از تعاملات (بین ۲۰ تا ۲۰۰) مشاوره از یک نوع، بین یک یا چند گروه از بیماران و متخصصین انجام می‌شود. چنین کاری موجب تکرار جنبه‌های مختلف ارتباط، مبادله نوبت در برقراری ارتباط و الگوهای توالی می‌گردد (صرفنظر از شیوه برقرار ارتباط توسط متخصصین مسائل بهداشتی و در طی انواع مصاحبه‌ها) چنین توالی به چشم می‌خورد.

در مورد چگونگی ضبط تعاملات نیز باید تصمیم‌گیری نمود. ضبط ویدئویی تعاملات، موجب توجه به نحوه ایستادن و حرکات و سکنات طرفین می‌گردد. با وجود این، ضبط تصویری موجب بروز تردیدهایی از نظر مسائل اخلاقی و اجرایی به دلیل وجود دوربین در محل می‌گردد و ضرورتاً نیاز به کسب رضایت از شرکت‌کنندگان در تحقیق را طلب می‌کند (به فصل ۶ نگاه کنید).

نخستین کار در فرآیند تجزیه و تحلیل نوار ضبط شده، نگاه کردن و شنیدن مکرر نوار می‌باشد. با این کار، پژوهشگر قادر خواهد بود که با اطلاعات خام موجود آشنا شده، جنبه‌های حائز اهمیت را شناسایی نماید و مثال‌هایی از الگوهای تکرار شونده را شناخته و ثبت نماید. این فرآیند دیدن و شنیدن مکرر نوار، به

پیاده کردن صحیح محتویات نوار (که در آن حتی به مواردی مثل بلندی صدا، سرعت تکلم، فواصل و وقفه‌های ایجاد شده در گفتار و جزئیاتی از قبیل خیره شدن به مسیر خاص و حرکات و سکنات شرکت‌کنندگان توجه می‌شود) کمک خواهد نمود (در جدول ۱-۵ دستورالعمل مفید برای توجه به تحلیل گفتار گفته شده است).

جدول ۱-۵ علامت‌های انتخاب شده برای پیاده نمودن نوار روی کاغذ

[]	نشانه رسیدن به نقطه‌ای است که در آنجا نکته جدیدی مرتبط با این موضوع که بخشی از آن با موضوع همخوانی دارد گفته شده.
=	نشان‌دهنده تکرار مفاهیم گفته شده بیمار در جمله‌ها یا عبارات قبلی است.
:	نشان‌دهنده کشیدن صدا یا سیلاب بیان شده می‌باشد.
°°	نشان‌دهنده وقفه صحبت بیمار زودتر از زمان انتظار است.
hhh	نشان‌دهنده آه کشیدن قابل سمع بیمار است.
.hhh	نشان‌دهنده تنفس عمیق قابل سمع بیمار است.
> <	نشان‌دهنده سرعت جمله یا عبارت گفته شده ما بین این دو علامت نسبت به گفته‌های قبلی یا بعدی می‌باشد.
↑↓	نشان‌دهنده افزایش یا کاهش طنین صدا می‌باشد.

مشاهده ممکن است با توجه به اولین جمله یا حرکت در فرآیند مشاوره آغاز شود و می‌تواند مجموعه‌ای از گفته‌هایی باشند که به تشخیص می‌انجامند، عبارت‌هایی باشند که به گزینه‌های مربوط به درمان می‌شوند و یا حالت خاص بدنی شرکت‌کننده باشد. سپس، این مشاهدات با پیاده شدن روی کاغذ و توجه به توالی صحبت‌ها و کشف تعاملات صورت گرفته در طی مشاهده معنی و موارد غیرمرتبط بررسی می‌شوند. مواردی که شرکت‌کننده به نحوی "مقاومت" نشان داده است (مثلاً به سؤالی پاسخ نداده است یا مایل بوده است راجع به موضوعی که خاتمه یافته تلقی شده است باز هم صحبت کنند) مورد توجه قرار گرفته و ثبت می-شود. این موارد تأیید کننده ویژگی‌های خاصی می‌باشند و به آشکار شدن توجه شرکت‌کننده به آن موضوع

خاص می‌انجامد. این فرآیند تحلیل، توجه ویژه و خاصی به محتویات نوار ضبط شده و مفاد پیاده شده آن را طلب می‌کند.

کاربرد پژوهش‌های تحلیل گفتار در سیستم‌های سلامت

در سال‌های اخیر، تحلیل گفتار در درک چگونگی ارائه خدمات سلامتی توسط متخصصین بهداشتی به بیماران به موفقیت‌های شگرفی دست یافته است. بیشتر این موفقیت‌ها مرهون پیروی از اصول تحلیل گفتار می‌باشد. تحلیل گفتار در پژوهش‌های مرتبط با خدمات سلامت، ارتباط "سازمانی" را با مکالمات روزمره زندگی مقایسه می‌کند تا قوانین خاصی که بر مشاوره امور سلامت حاکم است را آشکار سازد. مزایای این شیوه مقایسه‌ای قبلاً در تحقیقات Sacks نشان داده شد و در مثال‌های ذیل بیشتر مورد بحث قرار می‌گیرند.

مثال‌های زیر انواع فعالیت‌هایی را نشان می‌دهند که در تحقیقات تحلیل گفتار در زمینه ارائه خدمات سلامت مورد بررسی قرار گرفته‌اند. برای مثال می‌توان به چگونگی آغاز مشاوره، یادداشت‌برداری پزشکان در هنگام انجام معاینه فیزیکی، توصیف بیماران از بیماری خود و هماهنگی کلام و رفتارهای غیرکلامی در طی مشاوره اشاره نمود. دو تحقیق خاص، بیشتر کاربرد تحلیل گفتار در عرصه پژوهش‌های سلامت محور و انواع یافته‌های حاصل از آن را نشان دادند. یکی از این تحقیقات مربوط به تشخیص و دیگری پژوهش‌های مرتبط به درمان بودند.

مثال اول مربوط به تشخیص می‌باشند. در این مثال، Maynard مجموعه‌ای از وسایل و ابزارهای ارائه کننده اخبار تشخیصی را معرفی نمود و نام "پیشگو" را بر آن گذاشت. با این دستگاه، پزشکان می‌توانند با معاینه بیمار تشخیص پزشکی خود را بلافاصله ارائه کنند یا به تدریج و مقطعی و به صورت پیشگویی کننده ابراز نمایند و بدینوسیله با توجه به دیدگاه‌ها و درک بیمار و توجه به توالی سه موضوع زیر، تشخیص پزشکی را مطرح نمایند:

۱- بر اساس دیدگاه‌های پزشک

۲- بر اساس واکنش‌های بیمار یا ارزیابی‌های انجام شده

۳- گزارشات پزشکی و ارزیابی‌های انجام شده

از این دیدگاه شماتیک یا فرضی می‌توان چنان مشاهده نمود که این مجموعه به پزشک (گزینه ۱) امکان می‌دهد که دیدگاه‌های بیمار را در تشخیص خود (گزینه ۲) بر اساس گزارشات تشخیصی (گزینه ۳) در نظر گیرد. با نگاه به مطالعه Maynard (به جدول ۲-۵ نگاه کنید) موارد ذیل از این مطالعه استخراج شده است. موارد استخراج شده از نوار ضبط شده مشاوره در یک درمانگاه میان پزشک و والدین کودکانی می‌باشد که معلول بودند. در این مشاوره پزشک تشخیص معلولیت کودک را اطلاع می‌دهد.

جدول ۲-۵ مثالی از توجه به دیدگاه بیمار

۱	دکتر: شما چه فکر می‌کنید؟ مشکل اون چیه؟ (۰/۵)
۲	(۲. ۱)
۳	مادر: مشکل اون ...: (۲. ۱) راستش ...
۴	اون چیزی نمی‌فهمه (۰/۶) و حرف زدنش هم یه جوری (۰/۷)
۵	خیلی سخت می‌شه فهمید
۶	معلوم نیست اون چی می‌گه (۰/۳)
۷	خیلی وقتا اینجوری
۸	دکتر: [خیله خوب]
۹	(۲. ٥)
۱۰	دکتر: هیچ می‌دونی چرا این جوریه؟
۱۱	واسه چی
۱۲	مادر : [نه]
۱۳	(۲/۱)
۱۴	دکتر: باشه ... می‌دونی (۰/۲)، من فکر می‌کنم بالاخره
۱۵	من هم به نوعی با شما موافق باشم: (۶. ٥) (آه)
۱۶	ما الان فکر می‌کنیم که (۰/۳)

۱۷ مشکل دارن (۰/۴) (آه) همون جوری که خودتون می‌دونین

۱۸ مشکلش شناخت زبانه

۱۹ (۰/۴)

۲۰ مادر: یعنی ... ام م م

۲۱ (۰/۳)

۲۲ دکتر: شما هردوتون می‌دونین که (۰/۲) اون (۰/۴) تو فهمیدن

۲۳ چیزهایی را که بهش می‌گن ...

۲۴ نمی‌فهمه و قطعاً نمی‌دونه (۰/۴) اِ اِ چه جوری

۲۵ حرف‌های خودش را هم بفهمونه : (۳ . ۱). می دونی ... اِ

۲۶ فکرهای اون

۲۷ (۱ . ۱)

۲۸ دکتر : آه. خوب ... کلاً مسئله

۲۹ مسئله اون رشدشه ....

در این مشاوره پزشک بحث را با سوال از مادر در مورد نظر او راجع به مشکل کودک آغاز می‌کند (خط ۱). سپس مادر دعوت می‌شود تا نقطه نظرات خود را راجع به مشکل کودک بیان کند در پاسخ (در خط ۳ تا ۷) مادر مشکلات کودک خود را در ارتباط با دیگران، نامفهوم بودن تکلم او می‌داند. پزشک با سؤال از مادر در مورد نظر او راجع به این که چرا کودک او دچار این مشکل است، مادر را ترغیب به ادامه صحبت می‌کند (خط ۱۰ و ۱۱). مادر پاسخ می‌دهد که نظری ندارد. سپس پزشک شروع به نظم‌دهی تشخیص بالینی مشکل کودک می‌کند (خط‌های ۱۴ تا ۲۹) و نشان می‌دهد که چگونه این تشخیص با دیدگاه‌های مادر مطابقت دارد. (به این جمله توجه کنید که پزشک می‌گوید ما هم اساساً به نوعی با شما موافق هستیم که ...) (خط ۱۴ و ۱۵). او با اشاره به گفته‌های مادر در مورد مشکلات کودک، گفته‌های او را مجدداً تنظیم و تصحیح می‌نماید (مشکل اصلی Dan ..... آن است که .... مشکلاتی در تکلم .... ناتوانی در درک آنچه به او گفته می‌شود .... و عدم توانایی برای بیان تفکرات خود .... دارد).

مثال فوق نشان می‌دهد که چگونه پزشک با گفتار خود زمینه را برای ارائه و بیان مشکلات بیمار فراهم می‌آورد و این کار را با مدد از گفته‌ها و نقطه نظرات والدین برای شکل‌دهی و بیان تشخیص بیمار انجام می‌دهد. در این مثال، این فرآیند ظاهراً خیلی مستقیم و واضح صورت گرفت ولی مواقعی پیش می‌آید که والدین هیچگونه مشکلی در کودک خود نمی‌یابند. در این موارد، برای استفاده از دیدگاه‌های والدین، پزشک باید به دنبال راه‌هایی برای آشنا سازی آنها با مشکل کودک باشد. مثلاً می‌تواند از والدین بپرسد (باب چه کار می‌کند؟) و سپس همانند آنچه در بالا گفته شد بر اساس پاسخ والدین مشکل را برایشان تشریح نماید. این شیوه خاص از شناخت و ارائه مشکلات احتمالات بعدی را نیز به دنبال دارد مثلاً در قسمت سوم پزشک می‌تواند تشخیص خود را ارتقاء بخشد و یا برعکس در مواقعی که والدین تشخیص کودک را درک نمی‌کنند، مجدداً سعی در یافتن راهی برای پذیرش والدین نسبت به مشکل کودک نمایند. بنابراین، از طریق توجه به دیدگاه‌ها، پزشک می‌تواند به تدریج تشخیص خود را در هم‌خوانی با دیدگاه‌های والدین بسط و گسترش دهد. این فرآنید در مواقعی کاربرد دارد که شیوه رسیدن به تشخیص به شکل مستقیم میسر نباشد.

مثال دومی که در این جا مطرح می‌شود مربوط به تحقیق Stivers در مورد تصمیم به تجویز آنتی‌بیوتیک توسط والدین در مشاوره‌ای است که پزشکان متخصص کودکان با والدین انجام می‌دهند. این محقق چهار شیوه را که از آن طریق والدین توصیه‌های درمانی پزشک را شکل می‌دهند و تحکیم می‌بخشند و منجر به ترغیب پزشک به نسخه کردن آنتی‌بیوتیک برای آنها می‌گردند را شناسایی نمود. پا فشاری بیش از حد برای تجویز آنتی‌بیوتیک و یا درخواست واضح و آشکار برای تجویز آنتی‌بیوتیک دو نمونه از این موارد می‌باشد. معمولاً در بین والدین شایع است که تجویز آنتی‌بیوتیک را به طور غیرمستقیم، با سؤال در مورد آنتی‌بیوتیک‌ها یا بیان تجربیات قبلی خود در سودمندی استفاده از آنتی‌بیوتیک به پزشک تحمیل کنند. (در جدول ۳-۵ مثالی از این مورد ذکر شده است).

جدول ۳- ۵ فشار والدین برای استفاده از آنتی‌بیوتیک از طریق ذکر تجربیات موفقیت‌آمیز قبلی

۱	دکتر: خوب: - اول باید سینه بچه را گوش کنیم
۲	مادر: خیلی خوب، بفرمائید
۳	(.)
۴	مادر: یادم میاد- اون – اون: = یک همچین مریضی گرفته بود
۵	دو سه ماه پیش بود، فکر می‌کنم
۶	دکتر: اه، راستی
۷	(۰/۵)
۸	دختر: اِاِاِ = .آه
۹	مادر: اِاِ. اون وقت یادم می‌آید دکتر چرک خشک کن داده بود
۱۰	(۰ / ۱)
۱۱	دکتر: (خطاب به دختر) کوچولو موچولو
۱۲	دختر: اوه، اوه، اوه (سرفه)
۱۳	دکتر: اره. خوب منم فکر می‌کنم احتمالاً مثل همون بیماری قبلی باشه: = یا یه چیزی
۱۴	مثل اون: یا به دنبال آن مریضی قبلی
۱۵	مادر: اِه، مریضی قبلی‌اش
۱۶	چی بود، ذات‌الریه بود، عفونت ریه‌هاش ...
۱۷	چرک کرده بود ، چرک ریه

والدین قبلاً مشکلات کودک خود را بیان نموده‌اند و در سطر ۱، پزشک معاینه را شروع می‌کند.

در سطر (۵-۴ و ۹) مادر ادعا می‌کند که دخترش قبلاً نیز چنین مشکلی را داشته است و با تجویز آنتی‌بیوتیک بهبود یافته است و به این روش، بیماری فعلی را مشابه بیماری قبلی می‌داند که با همان داروی قبلی درمان می‌شود. با همین ادعا، در شروع معاینه فیزیکی، مادر پزشک را برای شروع آنتی‌بیوتیک تحت تأثیر قرار می‌دهد. ابتدا پزشک واکنش نشان نمی‌دهد و فقط دخترک را معاینه می‌کند (سطر ۱۰-۱۲). در ادامه پزشک با گفتن کلمه "بله" در سطر (۱۳) و تأیید مشابه بودن این بیماری با بیماری دفعه

قبل (سطر ۱۳ و ۱۴)، با مادر اعلام موافقت می‌کند. سپس پزشک آنتی‌بیوتیک تجویز می‌کند. در اینجا مادر مستقیماً درخواست خود برای تجویز آنتی‌بیوتیک را مطرح نکرده است، حتی تمایل خود را نیز بیان نکرده است. مادر تنها اطلاعاتی را به پزشک داده است. با این شیوه غیرمستقیم و ظریف، گفته‌های مادر موجب تأثیر بر تصمیم پزشک و تجویز آنتی‌بیوتیک شده است.

این دو مثال نشان می‌دهند که چگونه، بررسی جزئیات تعامل میان بیمار با متخصصین رشته های بهداشت و حرف سلامت، نه تنها موجب درک فرآیند ارتباط در مشاوره می‌گردد، بلکه می‌تواند به متخصصین امکان دهد تا چگونگی ارتباط با بیماران را تمرین و ممارست نمایند.

Maynard در تحقیقات خود توالی راهبردها و شیوه‌ها برای گفتن اخبار تشخیصی حساس را نشان داد و بیان نمود که بدینوسیله، پزشکان می‌توانند در رسیدن به تشخیص با مشارکت بین بیمار و درمانگر اقدام نمایند. در مکالمه نیز چنین منبعی وجود دارد، اما در مکالمه، خبری که در نوبت دوم مکالمه گفته می‌شود، در نوبت سوم مکالمه توسط گیرنده خبر به شکل ماهرانه پردازش می‌شود. در مشاوره‌های خدمات سلامت، پزشک تلاش می‌کند تا دیدگاه‌های متخصصین تیم سلامت را با دیدگاه‌های بیمار متقارب سازد و متعاقب آن تشخیص پزشکی به اطلاع بیمار رسانیده می‌شود. مطالعات Maynard روشن کننده این موضوع است که مشارکت بیمار به شدت وابسته به نحوه سازماندهی گفتار متخصصین حرف بهداشتی می‌باشد.

Stivers نشان داد که منابع مورد استفاده بیمار برای اعمال تأثیر خود می‌تواند فوق‌العاده ظریف و نامحسوس باشد. او نشان داد هنگامی که فشار کلامی خانواده کودک برای تحمیل تجویز آنتی‌بیوتیک وجود دارد، حتی در صورتی که لزوم تجویز آن قطعی نباشد، ممکن است پزشک مجبور به تجویز آنتی‌بیوتیک گردد. نتایج این تحقیق پیچیدگی فراوان فرآیند ارتباط در مشاوره را آشکار می‌سازد، به ویژه در هنگامی که نزدیک کردن نقطه نظرات والدین و دیدگاه پزشکان به مشکل برمی‌خورد، مثلاً وقتی نظر

والدین برای تجویز آنتی‌بیوتیک با نظر پزشکان مغایرت داشته باشد، آنگاه برای تداوم مشارکت، والدین به عنوان شرکت‌کنندگان در تحقیق، در تداوم همکاری با محقق بسیار دشوار می‌باشد.

پژوهش تحلیل گفتار در مکالمات روزمره نشان داده است که یک مکث یا وقفه کوتاه پس از یک سؤال ممکن است دال بر عدم موافقت یا مقاومت در مقابل بخشی از سؤال باشد. در مشاوره خدمات سلامت، مکث نشانه مقاومت بیمار در مقابل پیشنهاد مطرح شده می‌باشد. از سوی دیگر در تحقیق Stivers نشان داده شده که چگونه ممکن است توصیه درمانی خاص برای غلبه بر مقاومت بیمار با شکست روبرو شود. یافته‌های این تحقیق دلالت بر محدودیت‌های منابع ارتباطی در دسترس بیماران و امکان نادیده گرفتن جزئیات ارتباط در عرصه خدمات و پژوهش‌های بهداشتی دارد.

نتیجه‌گیری:

در این فصل مبانی تحلیل گفتار معرفی شده‌اند و کاربرد آنها را در عرصه پژوهش‌های مرتبط به سلامت نشان داده شده‌اند. مثال‌های متعددی برای انواع مطالعات تحلیل گفتار و نقش آنها دردرک جزئیات ارتباط در خدمات سلامت ارائه شدند. تحلیل گفتار ابزاری برای تحقیق در مورد تعامل "بیمار – متخصص پژوهشگر" به صورت مستقیم و نسبتاً طبیعی فراهم می‌آورد (به فصل ۱ در مورد مبحث طبیعی بودن در پژوهش‌های کیفی نگاه کنید).

فصل ششم

موضوعات اخلاقی

کدهای اخلاقی در تمام دنیا برای صاحبین حرف پزشکی و بهداشتی تعریف شده است. در کشور نیوزیلند این کدهای اخلاقی بر مبنای پیمان نامه Waitangi استوار است که حدود ۲۰۰ سال قبل بین کولونیست های اروپایی و روسای قبایل بومی (Maori) به امضاء رسید. برخورداری از مراقبت اساسی ترین وجه اخلاقی از حقوق بیماران و مددجویان است. مراقبت به عنوان یک روش اخلاقی فراتر از انجام وظایف محوله به نحو احسن می باشد.

در سال ۱۹۷۸ در ایالات متحده، کد اخلاقی مهمی توسط کمیته ملی حفاظت از افراد انسانی[1] در تحقیقات رفتاری و پزشکی زیستی پایه‌ریزی شد. و در سال ۱۹۷۸ گزارشی را منتشر نمود، که به عنوان اساسی برای آیین‌نامه‌های پژوهشی در نظر گرفته شد. این گزارش به عنوان گزارش بلمونت نیز نامیده می‌شود که به عنوان الگویی برای بسیاری از دستورالعمل‌ها در رشته‌های مختلف تبدیل شد.

گزارش بلمونت، سه اصل عمده اخلاقی را بنا نهاد که روی استانداردهای رعایت اخلاقیات در تحقیق استوارند:

- **سودمندی**
- **احترام به شأن افراد**
- **عدالت**

اصل سودمندی

یکی از اصول پایه‌ای اخلاق در تحقیق سودمندی است که نشان دهنده وجود فایده در انجام پژوهش مبتنی بر اصول اخلاقی است.

[1] National Commission on human being protection

الف) پرهیز از صدمه

واضح است که قراردادن شرکت‌کنندگان مطالعه، در معرض تجربیاتی که نتایج آنها منجر به ضربه دائمی یا جدی می‌شود، پذیرفته نیست. باید محقق از نظر اخلاقی هر لحظه، آماده خاتمه دادن به تحقیق باشد. چنانچه دلیلی مبنی بر احتمال صدمه، مرگ، ناتوانی یا دیسترس وجود داشته باشد، از نظر اخلاقی پژوهشی با مشکل روبرو است. زمانی که قرار است یک رویه طبی جدید یا داروی جدید آزموده شود، آزمایش روی حیوانات یا کشت‌های بافتی باید مقدم بر آزمایش روی انسان باشد.

عواقب روانشناختی شرکت در یک مطالعه، از نکات ظریف بوده و لذا نیازمند توجه دقیق و حساسیت بیشتر می‌باشد. به عنوان مثال، ممکن است از افراد شرکت‌کننده سؤالاتی در مورد دیدگاه شخصی آنها، ضعف یا نگرانی های آنها پرسیده شود. چنین سؤالاتی ممکن است افراد را مجبور سازد که اطلاعات حساس شخصی خود را ابراز نمایند. محققان باید سعی کنند از صدمه روانشناختی به افراد اجتناب ورزند و این کار را با جلسات پرسش و پاسخ بعد از تکمیل جمع‌آوری اطلاعات انجام می‌دهند. در این جلسات به افراد شرکت‌کننده اجازه داده می‌شود تا سؤالات یا شکایات خود را مطرح سازند.

ب) رهایی از بهره‌کشی

ورود به یک مطالعه نباید افراد شرکت‌کننده را در معرض موقعیت‌هایی قرار دهد که مشخصاً آمادگی آن را ندارند. افراد شرکت‌کننده باید مطمئن شوند که مشارکت آنها یا نوع اطلاعاتی که ممکن است به محقق بدهند، بر علیه آنها بکار گرفته نخواهد شد. به عنوان مثال، فردی که شرایط اقتصادی خود را برای محقق توضیح می‌دهد نباید در معرض خطر از دست دادن مزایای درمانی قرار گیرد. فردی که سوء مصرف مواد را گزارش می‌کند نباید از قرارگیری در معرض مجازات ترس داشته باشد.

افراد شرکت‌کننده در مطالعه در ارتباط خاصی با محقق قرار می‌گیرند، این ارتباط نباید باعث بهره‌کشی آنها گردد. ممکن است سوءاستفاده، آشکار و از روی عناد باشد.

در تحقیق کیفی، به دلیل آنکه فاصله روانشناختی بین محقق و فرد شرکت‌کننده معمولاً با پیشرفت مطالعه کاهش می‌یابد، خطر سوء استفاده به ویژه قابل توجه است، ایجاد ارتباط درمانی کاذب بین محقق و فرد شرکت‌کننده غیرمعمول نیست و این امر، مسئولیت‌های اضافی برای محقق در بر دارد زیر خطر آنکه بهره‌کشی بتواند به صورت غیر عمدی رخ دهد، بیشتر است. از طرف دیگر محققان کیفی معمولاً در موقعیت بهتری نسبت به محققان کمّی قرار دارند تا از هرگونه صدمه اجتناب کنند، به دلیل آنکه ارتباط نزدیکی با افراد شرکت‌کننده برقرار می‌کنند.

ج) نسبت خطر / فواید

کادر ۱-۱ هزینه و مزایای عمده مشارکت در تحقیق را خلاصه نموده است. شاید محققان بتوانند به بهترین نحو میزان خطر فایده را با ملاحظه میزان راحتی که افراد از مشارکت در مطالعه دارند، ارزیابی کنند. شما در ارزیابی نسبت خطر / فایده مطالعه، این مورد را در نظر بگیرید که آیا از اینکه یک فرد شرکت‌کننده در این مطالعه باشید احساس خوبی خواهید داشت یا نه. نسبت خطر / فواید همچنین باید بر حسب اینکه آیا خطرات برای شرکت‌کنندگان تحقیق با فواید آن برای جامعه و حرفه متناسب است، سنجیده شود. درجه خطری که افراد شرکت کننده در تحقیق را تهدید می‌کند، هرگز نباید از فواید انسانی بالقوه آن فراتر رود. لذا یک سؤال مهم در ارزیابی نسبت کلی خطر/ فایده این است که آیا مطالعه روی یک موضوع مهم تمرکز دارد طوری که توانایی پیشبرد مراقبت بیمار را داشته باشد.

اصل احترام به شأن افراد

احترام به شأن افراد شرکت‌کننده، اصل اخلاقی دوم است که در گزارش بلمونت بیان شده است. این اصل شامل حق تصمیم‌گیری و حق افشاگری کامل می‌باشد.

الف) حق تصمیم‌گیری

افراد باید عوامل خود مختار در نظر گرفته شوند که ظرفیت کنترل فعالیت‌های خود را دارند. اصل تصمیم‌گیری فردی بدین معناست که افراد شرکت‌کننده حق دارند بدون اینکه خطری آنها را تهدید کند، به طور ارادی تصمیم‌گیری نمایند که آیا در مطالعه شرکت نمایند یا نه. این مطلب همچنین به این معناست که افراد شرکت‌کننده حق دارند سؤالات خود را بپرسند و یا نخواهند اطلاعات خود را در اختیار گذارند، یا به شرکت خود در مطالعه خاتمه دهند.

حق هر فرد برای تصمیم‌گیری فردی شامل رهایی از هر نوع اجبار است. اجبار شامل تهدیدات ضمنی یا واضح ناشی از رد شرکت در مطالعه یا یادداشت‌های اضافی و بیش از حد برای گرفتن توافق جهت شرکت در مطالعه می‌باشد. تعهد برای حفظ افراد شرکت‌کننده از اجبار، نیازمند ملاحظه دقیق و به ویژه زمانی است که فرد محقق در موقعیت قدرت (اختیار)، کنترل یا اثر بر افراد بالقوه شرکت‌کننده مثل ارتباط پرستار – بیمار، قرار دارد. مسئله اجبار ممکن است نیازمند بررسی دقیق باشد، حتی زمانی که ارتباطی از قبل وجود ندارد. به عنوان مثال، یک محرک مالی برای تشویق افراد یک گروه پایین اقتصادی (مثل افراد بی‌خانمان) جهت شرکت در مطالعه، ممکن است تا حدی اجباری باشد زیرا چنین محرکی فرد شرکت-کننده را در فشار غیر ضروری قرار خواهد داد.

ب) حق برخورداری کامل از اطلاعات

اصل احترام به شأن افراد شامل حق آگاه شدن و تصمیمات داوطلبانه در مورد شرکت در مطالعه است که نیازمند برخورداری کامل از اطلاعات می‌باشد. افشاگری کامل بدین معناست که فرد محقق باید به طور کامل، ماهیت مطالعه، حق فرد برای عدم پذیرش شرکت، مسئولیت‌های محقق و خطرات و فواید احتمالی که ممکن است حادث شوند را توضیح دهد. حق تصمیم‌گیری و حق برخورداری کامل از اطلاعات کامل دو عنصر اساسی هستند که رضایت آگاهانه روی آن پایه‌گذاری می‌شود.

کادر ۱-۱ : مزایا و هزینه‌های بالقوه تحقیق برای شرکت‌کنندگان

فواید اصلی بالقوه برای شرکت‌کنندگان

- دستیابی به یک امکان که آنها تاکنون فرصت دستیابی به آن را نداشته‌اند.
- رضایت از شرکت به بحث در مورد موقعیت یا مشکلات خود با فردی که روابط دوستانه و غیرمغرضانه دارد.
- افزاش آگاهی در مورد خودشان یا شرایط شان، از طریق فرصت برای بررسی و خود – تفکری و یا از طریق تعامل مستقیم با محقق
- رهایی از روتین‌های نرمال و هیجان شرکت در مطالعه
- رضایت از اینکه اطلاعاتی که آنها فراهم می‌سازند ممکن است به افراد دیگری که مشکلات یا شرایط مشابهی دارند، کمک نماید.

هزینه‌های اصلی بالقوه برای افراد شرکت‌کننده

- صدمه فیزیکی شامل اثرات جانبی پیش بینی نشده
- ناراحتی فیزیکی، خستگی یا ضعف
- فشار روانی یا عاطفی که از افشای خود، ترس از ناشناخته ها یا برخورد با مسائل عجیب، ترس از انعکاس ناگهانی، خشم یا نارضایتی از نوع سؤالات پرسیده شده، ایجاد می‌شود.
- از دست دادن حریم خصوصی
- اتلاف وقت
- هزینه های اجباری (مثلاً برای انتقال، مراقبت از کودک یا زمانی که از کار تلف می شود)

ج) رضایت آگاهانه

رضایت آگاهانه بدین معناست که افراد شرکت‌کننده، اطلاعات کافی در مورد تحقیق داشته و این اطلاعات را درک نمایند و قدرت انتخاب آزادانه داشته باشند که آنها را قادر به رضایت اختیاری جهت شرکت در تحقیق یا عدم حضور در آن نماید. محققان ممکن است فرآیند رضایت آگاهانه را با دادن یک فرم رضایت به افراد شرکت کننده جهت امضاء، مستند نمایند، نمونه‌ای از این در شکل ۲-۱ ارائه گردیده است. فرم شامل اطلاعاتی در مورد هدف مطالعه، انتظارات خاص از افراد شرکت‌کننده (به عنوان مثال مدت زمانی که آنها را درگیر خواهد کرد)، ماهیت داوطلبانه مشارکت و فواید و مضرات بالقوه می باشد.

زمانی که ابزار اولیه جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه‌ای است که توسط خود فرد پر می‌شود، محققان ندرتاً رضایت آگاهانه کتبی اخذ می‌کنند. محقق عموماً رضایت ضمنی را موردنظر قرار می‌دهد (بازگشت پرسشنامه کامل شده منعکس کننده رضایت داوطلبانه فرد برای مشارکت می‌باشد). این مورد همواره

تضمین کننده نیست (مثلاً اگر بیماران احساس کنند که درمانشان ممکن است به خاطر عدم همکاری با فرد محقق تحت تأثیر قرار گیرد).

در برخی مطالعات کیفی، خصوصاً مطالعاتی که نیازمند تماس مکرر با افراد شرکت‌کننده می‌باشند، بدست آوردن رضایت آگاهانه در شروع مطالعه دشوار است. محقق کیفی همیشه قبل از اجرای مطالعه از نحوه آن آگاه نمی‌باشد. به خاطر اینکه طرح تحقیق در حین جمع‌آوری اطلاعات و فرآیند تجزیه، تحلیل ظاهر می‌شود، محقق ممکن است ماهیت دقیق اطلاعاتی که باید جمع‌آوری شود، اینکه چه خطرات و فوایدی برای شرکت‌کنندگان خواهد داشت و نیز چقدر زمان برای اجرای کامل مطالعه موردنیاز است را از ابتدا نداند. لذا رضایت در مطالعه کیفی اغلب فرآیندی مداوم و تعاملی بوده و به آن فرآیند رضایت اطلاق می‌شود. در فرآیند رضایت، محقق به طور مداوم رضایت را تجدید کرده و به افراد شرکت‌کننده اجازه می‌دهد تا در فرآیند تصمیم‌گیری در مورد ادامه مشارکت نقش ایفا کنند.

د) مسائل مربوط به اصل احترام

ممکن است در برخی شرایط خاص، حق افراد شرکت‌کننده در مورد تصمیم‌گیری برای خود و برخورداری کامل از اطلاعات با مشکل مواجه گردد. همچنین ممکن است افراد قادر به قضاوت‌های کاملاً آگاهانه در مورد فواید و هزینه‌های شرکت در مطالعه نباشند. به عنوان مثال، کودکان ممکن است قادر به رضایت آگاهانه نباشند.

مسئله دیگر این است که برخورداری کامل از اطلاعات گاهی می‌تواند منجر به دو نوع خطا گردد:

۱) خطای ناشی از اطلاعات مخدوش

۲) خطای ناشی از ناتوانی در فراهم‌سازی یک نمونه مناسب

فرض کنید یک محقق، ارتباط بین سوءمصرف مواد در بین دانش‌آموزان مدارس و میزان غیبت آنها از مدرسه را مورد مطالعه قرار می‌دهد، محقق این فرضیه را پیشنهاد نموده که دانش‌آموزانی که از مدرسه زیاد غیبت می‌کنند با احتمال بیشتری نسبت به دانش‌آموزان با حضور مناسب در مدرسه، مبتلا به

سوءاستفاده از مواد هستند. اگر فرد محقق افراد بالقوه شرکت‌کننده را بیابد و هدف مطالعه را شرح دهد، برخی از دانش‌آموزان ممکن است از شرکت در مطالعه سرباز زنند. در حقیقت ما انتظار داریم دانش‌آموزانی که رغبت کمتری برای شرکت داوطلبانه دارند، دانش‌آموزانی باشند که از مواد سوءاستفاده می‌کنند. علاوه بر آن با شناخت سؤال خاص تحقیق، آنهایی که در پژوهش شرکت می‌کنند ممکن است کمتر مایل به ارائه پاسخ‌های صادقانه باشند. محقق در چنین موقعی ممکن است ادعا کند که افشاگری کامل، کاملاً باعث مخدوش شدن مطالعه می‌گردد.

محققان در چنین موقعی اغلب به جمع‌آوری اطلاعات به روش پنهانی[1] اقدام می‌کنند.. یعنی جمع‌آوری اطلاعات بدون آگاهی افراد شرکت‌کننده و لذا بدون رضایت آنها صورت می‌گیرد. این امر ممکن است چنانچه محقق بخواهد رفتار افراد در موقعیت واقعی را بررسی کند، اتفاق افتد. زیرا آگاهی افراد از مطالعه می‌تواند منجر به تغییر در رفتار آنها گردد. محقق ممکن است بخواهد اطلاعاتی را از طریق روش‌های پنهانی مثل از طریق گذاشتن آینه یک طرفه، ضبط ویدئویی از طریق ابزارهای مخفی یا مشاهده افراد در حالی که مشغول فعالیت‌های دیگر هستند، کسب نماید.

دومین روش که کمتر مورد توافق واقع شده، استفاده محقق از غفلت[2] می‌باشد که شامل عدم دادن اطلاعات صحیح در مورد مطالعه یا ارائه اطلاعات کاذب به افراد شرکت‌کننده است. به عنوان مثال، محققی که سوءمصرف مواد توسط دانش‌آموزان دبیرستانی را مورد مطالعه قرار می‌دهد ممکن است تحقیق را برای آنها به عنوان عملکردهای بهداشتی دانش‌آموزان توصیف نماید که نوعی از اطلاعات کاذب می‌باشد.

پنهان کاری و اغفال از دیدگاه اخلاقی، مشکل‌ساز می‌باشند، زیرا با حقوق افراد شرکت‌کننده در جهت تصمیم‌گیری آگاهانه با توجه به هزینه‌ها و مزایای شخصی شرکت در مطالعه در تضاد هستند. برخی از افراد معتقدند که استفاده از پنهان کاری و اغفال هرگز پذیرفتنی نیست. اما برخی دیگر عقیده دارند که اگر مطالعه خطرات کمی برای افراد شرکت‌کننده داشته باشد و اگر فواید از قبل پیش‌بینی شده‌ای برای علم و

[1] Concealment
[2] Deception

جامعه وجود داشته باشد، این دو روش ممکن است جهت ارتقای اعتبار یافته‌ها پذیرفتنی باشند. جمع‌آوری مخفی اطلاعات و اغفال از لحاظ اخلاقی احتمالاً پذیرفتنی نیست، بخصوص اگر تحقیق بر جنبه‌های خاص رفتار افراد، مثل سوءاستفاده از مواد، مسائل جنسی یا عملکردها غیرقانونی تمرکز نماید.

شکل ۲-۱ : نمونه‌ای از فرم توافق نامه

با امضای این سند، من به مصاحبه توسط کارکنان سازمان تحقیقی غیرانتفاعی در نیویورک رضایت می‌دهم. به من اطلاع داده شده که بخشی از یک مطالعه تحقیقی هستم که بر تجربیات و نیازهای مادران کودکان کوچک در ایالات متحده تمرکز دارد. این مطالعه از طریق بودجه واحد خدمات بهداشتی و انسانی حمایت شده و راهنمایی‌هایی را برای افرادی که در جهت کمک به مادران و کودکانشان تلاش می‌کنند فراهم می‌سازد.

به من گفته شده که در داخل خانه‌ام زمانی که راحت هستم و مناسب می‌باشد، مصاحبه خواهم شد. از من سؤالاتی در مورد تجربیاتم به عنوان یک والد، احساسم در مورد نحوه بزرگ کردن فرزندانم، سلامت و خصوصیات کودکان بزرگترم و استفاده ن از سرویس‌های اجتماعی پرسیده خواهد شد. همچنین دریافتم که فرد مصاحبه کننده می‌خواهد که کودک بزرگترم حداقل در طی برخی از قسمت‌های مصاحبه حضور داشته باشد. مصاحبه، حدود یک و نیم تا ۲ ساعت طول می‌کشد. من همچنین می‌دانم که محقق ممکن است برای کسب اطلاعات بیشتر در آینده با من تماس بگیرد.

من دریافتم که برای شرکت در این مطالعه انتخاب شدم. زیرا در زمان تولد کودک بزرگم در مطالعه مادران جوان حضور داشتم. در آن زمان، در مطالعه‌ای شرکت کردم که در آن ۵۰۰ مادر جوان دیگر نیز در بیمارستان یا آژانس خدماتی حضور داشتند.

این مصاحبه به طور آزادانه انجام می‌گیرد. من آگاه شده‌ام که مصاحبه کاملاً داوطلبانه بوده و حتی بعد از شروع آن می‌توانم از پاسخ به هرگونه سؤال خاص امتناع ورزم و یا هر زمانی که خواستم تصمیم به خاتمه مصاحبه بگیرم. به من گفته شده که پاسخ‌هایم به سؤالات، به فرد دیگری گفته نخواهد شد و در گزارش این مطالعه هیچگاه نام من ذکر نخواهد شد. به من همچنین اطلاعاتی داده شد که شرکت من یا عدم شرکت من یا عدم پاسخگویی من به سؤالات، اثری بر سرویس‌ها و خدماتی که من یا اعضای خانواده‌ام دریافت می‌کنیم نخواهد داشت. این مطالعه باعث کمک به درک بهتر تجربیات مادران جوان و خدماتی که برای آنها و کودکانشان مفید است، می‌شود. به هر حال، من فواید مستقیمی در نتیجه مشارکت دریافت نمی‌کنم. برای جبران هرگونه خستگی، ناراحتی یا هزینه‌های مالی در ارتباط با مشارکت در این مطالعه، به من ۲۵ دلار جهت این مصاحبه پرداخت خواهد شد.

من دریافتم که نتایج این تحقیق به من ارائه خواهد شد و دکتر دنیس پولیت فردی است که در صورت داشتن سؤال در مورد مطالعه یا در مورد حقوق خود به عنوان فرد شرکت‌کننده می‌توانم با او تماس بگیرم. با دکتر پولیت می‌توان با شماره تماس گرفت.

امضای شرکت‌کننده　　　　تاریخ　　　　امضای مصاحبه‌کننده

هـ) ناشناسی

در شروع هر پروژه تحقیقاتی، تغییر نام شرکت‌کنندگان و پنهان نمودن محل تحقیق ممکن است مستقیم‌ترین و محتمل‌ترین راه حفظ ناشناس ماندن شرکت‌کنندگان باشد. با وجود این، در پژوهش‌های کیفی میزان جزئیات لازم برای تأیید ادعاهای انجام شده در تحقیق، استفاده از یک یا چند موقعیت محدود و کوچک و تعداد محدود شرکت‌کنندگان در پژوهش موجب می‌شوند که ناشناس در تحقیق مورد تهدید قرار گیرد. (Punch)

تمایل محققین برای کار در موقعیت‌ها و محل‌هایی که نزدیکی زیادی به محل کار آنها در دانشگاه دارد موجب می‌شود که تا حدود زیادی استفاده از نام‌های جعلی و ساختگی برای سازمان‌ها یا افراد ساختگی و مصنوعی و گاه بی‌اثر بماند. تمامی این موارد در پژوهش‌های حوزه سلامت نیز صدق می‌کنند. مثلاً محققین علوم پزشکی در نزدیک‌ترین بیمارستان یا بیمارستان وابسته به دانشگاه خود تحقیق می‌کنند و هر خواننده‌ای با اندکی کنجکاوی پی می‌برد که محل بیمارستان کجا بوده است و حتی چه کسانی در پژوهش شرکت کرده‌اند.

Richard و Shawrtz مسئله ناشناخته ماندن را امری مهم در هر پژوهش می‌دانند. متن پیاده شده مصاحبه‌ها مملو از نشانه‌هایی است مثلاً نام یا جزئیات استخدام، محل خدمت، محل سکونت، وضعیت تأهل و ... که به هویت شرکت‌کنندگان اشاره می‌کند. به نظر می‌رسد که اشاره صرف به مسئله ناشناسی در پژوهش تا حدودی پیش پا افتاده و واضح به نظر باشد اما باید در پژوهش‌های گروهی کیفی به آن پایبند بود. به ویژه در عرصه خدمات سلامت توصیه می‌شود که از "خودی‌ها"[1] برای مشارکت در طرح به عنوان همکار پژوهش سود برد تا مسئله دسترسی را آسان نمود. چرا که آنها با مقتضیات محیط بالینی آشنا می‌باشند و آن را درک می‌کنند و به روشن نمودن مفاهیم بالینی کمک می‌کنند. در این موارد، کسب اطمینان از ناشناس ماندن ممکن است به ترغیب بیشتر شرکت‌کنندگان و کاهش نگرانی آنها از اینکه

[1] Insiders

"جاسوس" بالای سر آنها است منجر می‌شود. با وجود این، هنگامی که محقق کاملاً با محیط پژوهش آشنا است پنهان کاری نام و مشخصات شرکت‌کنندگان کفایت نمی‌کند. در برخی موارد محقق مجبور است بسیاری از جزئیات را تغییر دهد به نحوی که بعضی داده‌ها بی‌معنی و بلااستفاده به نظر می‌رسند. Richard و Shawrtz اشاره نمودند معمولاً فردی که متن مصاحبه‌ها را پیاده می‌کند با تکیه کلام‌های فردی، لحن گفتگو و حتی محتوا و فحوای کلام شرکت‌کنندگان آشناست و این ممکن است عامل شناسایی هویت آنها گردد و اغلب حذف این عامل توسط پژوهشگر کار چندان آسانی نمی‌باشد.

در مواقعی که پژوهشگران در محیطی کوچک با تعداد کمی شرکت‌کنندگان کار می‌کند، کوچکترین ارتباطی موجب شبه در شرکت افراد خاص در پژوهش می شود. علاوه بر این، موقعی که محقق تفسیر خاصی از جنبه‌ای از زندگی فردی از شرکت‌کنندگان را بیان می‌کند که متمایز از سایرین است، پنهان کاری هویت و استفاده از نام‌های جعلی بی‌اثر می‌گردد. به دلیل وجود این عوامل مختل‌کننده در پنهان کاری و ناشناس نگهداشتن اسامی شرکت‌کنندگان، عده بسیاری از محققین این سؤال اساسی را مطرح نموده‌اند که آیا رعایت اصول استاندارد اخلاقی در حفظ اسرار و نام شرکت‌کنندگان اصلاً قابل تحقیق و میسر می‌باشد یا خیر.

از این رو، پیش از آنکه هر قولی برای محرمانه بودن نام و اسرار شرکت‌کنندگان در پژوهش به آنها بدهیم باید دریابیم که تا چه حد می‌توان به محرمانه ماندن نام شرکت‌کنندگان متعهد باقی ماند. این بدان معنی است که محقق سؤالاتی از این قبیل را در ذهن خود بپروراند، که چگونه می‌توان محل انجام پژوهش را به حد کافی غیرقابل شناسایی نمود؟ آیا استفاده از نام‌های جعلی در محیط پژوهشی میسر و ممکن می‌باشد؟ آیا امکان انجام تحقیق در چند محیط پژوهشی امکان دارد؟ حتی می‌توان با یک پروژه مقطعی کوچک و جمع‌آوری داده‌ها از یک مرکز دیگر، تا حدودی بر نام‌ها و هویت افراد پوشش نهاد.

د) محرمانه بودن

گفته شد که ایجاد اطمینان از محرمانه ماندن داده‌ها بهترین راه حل برای ممانعت از خدشه‌دار شدن خلوت و حریم خصوصی افراد در طی پژوهش است. اما، سؤال مهم اینجاست که مفهوم محرمانه ماندن در پژوهش‌های کیفی به چه معنا است. آنچنان که Richard و Shawrtz به آن اشاره نمودند، واژه "محرمانه" در عرصه خدمات سلامت و پژوهش می‌تواند معانی متفاوت و متعددی داشته باشد. از نظر متخصصین حوزه سلامت، مفهوم محرمانه به مخفی ماندن کلیه اطلاعات شخصی مربوط به بیماری است و فقط در شرایط بسیار استثنایی قابل عددی است. اما، از نظر پژوهشگران این مفهوم تا حدود زیادی گنگ و ناواضح است. ممکن است مفهوم واژه‌های ناشناس ماندن و محرمانه ماندن اسرار خلط گردد. محرمانه نگهداشتن چیزی به منزله حفظ آن در حریم خصوصی است. از این رو، اگر چه کاربرد اسامی مستعار برای عدم شناسایی مشارکت‌کنندگان بکار برده می‌شود، اما ضرورتاً این بدان معنی نیست که اطلاعات محرمانه نیز باقی بمانند. ضرورت دارد تا محققین مفهوم واضح و روشن محرمانه را از نظر خود بیان نمایند. این کار توضیح راجع به نتایج مورد انتظار از پژوهش را نیز در برمی‌گیرد. باید محدودیت‌های اجرای محرمانه ماندن و اطلاعات اشاره شوند. مثلاً پژوهشگران باید از پرستاران شرکت کننده در تحقیق بخواهند تا هیچ اشاره‌ای به نظرات خود نداشته باشند و راجع به آن با هیچ یک از همکاران دیگر صحبتی نکنند.

اصل عدالت

سومین اصل کلی در گزارش بلمونت، در نظر گرفتن عدالت و انصاف می‌باشد این اصل شامل حق افراد شرکت‌کننده برای درمان کامل و عادلانه و حق محرمانه ماندن اطلاعات آنها می‌باشد.

الف) حق درمان عادلانه

افراد شرکت‌کننده حق دارند از رفتار عادلانه قبل، بعد و حین شرکت در مطالعه با آنها برخوردار شوند. رفتار منصفانه شامل موارد زیر می‌باشد:

- انتخاب عادلانه و بدون تبعیض افراد شرکت‌کننده، به طوری که خطرات و فواید منصفانه تقسیم شود. انتخاب باید بر پایه نیازمندی‌های تحقیق باشد نه بر اساس وضعیت آسیب‌پذیر و خطر آفرین افراد خاص باشد.
- درمان بدون تبعیض و پیش داوری برای افرادی که نمی‌خواهند در مطالعه شرکت کنند، یا کسانی که بعد از توافق به شرکت، بخواهند از مطالعه خارج شوند.
- اقدام به توافقات انجام شده بین محقق و افراد شرکت‌کننده، از جمله به کارگیری روش‌های درمانی که در ابتدا شرح داده شده‌اند و پرداخت هرگونه مبلغی که از قبل توافق شده است.
- دسترسی افراد شرکت‌کننده در هر قسمت از مطالعه به پرسنل تحقیق برای روشن شدن اطلاعات
- دسترسی افراد شرکت کننده به کمک‌های تخصصی مناسب چنانچه صدمه فیزیکی یا روانشناختی به آنها وارد آید.
- اگر لازم باشد قبل از شروع مطالعه جلسه پرسش و پاسخ گذاشته شود، تا اینکه اطلاعات لازم را کاملاً شرح دهند، ابهامات و مسائلی را که ممکن است در حین انجام مطالعه ایجاد شوند، روشن سازند.
- حساسیت و احترام به عقاید، عادات و روش زندگی افراد فرهنگ‌های مختلف
- درمان واقعی، صحیح و قانونی در تمام طول مطالعه

نهایتاً در تمام تحقیقات با انسان‌ها به نوعی باید به محدوده زندگی شخصی آنها وارد شد. محققان باید اطمینان یابند که تحقیق آنها بیش از حد لزوم به حیطه شخصی افراد وارد نخواهد شد و حق محرمانه ماندن اطلاعات در سراسر مطالعه حفظ می‌گردد. افراد شرکت‌کننده حق دارند که انتظار داشته باشند هرگونه اطلاعاتی که ارائه می‌نمایند به مطمئن‌ترین حالت حفظ گردد. این امر می‌تواند از طریق گمنامی یا از طریق سایر روش‌های رازداری انجام گیرد. گمنامی حالتی است که حتی محقق نمی‌تواند فرد شرکت کننده را با اطلاعات وی ارتباط دهد. به عنوان مثال اگر به گروهی از ساکنین سرای سالمندان پرسشنامه‌ای

توزیع شود و بدون هرگونه اطلاعات شناسایی کننده برگردانده شوند، پاسخ‌ها گمنام باقی خواهند ماند. به عنوان مثال دیگر اگر یک فرد محقق ثبت‌های بیمارستانی را که از تمام اطلاعات هویتی (مثلاً اسم، آدرس، شماره ملی و ...) محو شده مرور نماید گمنامی افراد مجدداً حق محرمانه بودن را حفظ می‌کند.

در موقعیت‌هایی که گمنام ماندن غیرممکن است، محققان از سایر روش‌های رازداری استفاده می‌کنند. یکی از این روش‌ها این است که هرگونه اطلاعاتی که فرد شرکت‌کننده ارائه می‌دهد به طور عمومی منتشر نشود و یا در دسترس گروه‌هایی قرار نگیرد که درگیر تحقیق نیستند.

محققان عموماً روش‌های رازداری ماهرانه‌ای را به کار می‌برند. این روش‌ها شامل گرفتن قول رازداری از هر فردی است که در جمع‌آوری یا تجزیه و تحلیل اطلاعات تحقیق شرکت دارد، همچنین می‌توان به حفظ اطلاعات هویتی در یک فایل قفل شده که افراد کمی به آن دسترسی دارند یا جایگزینی شماره‌های هویتی برای نام‌های افراد در ثبت‌های مطالعه و فایل‌های کامپیوتری برای جلوگیری از هرگونه خدشه اتفاقی به رازداری اشاره کرد و اینکه صرفاً داده‌های جمع‌آوری شده برای گروه‌های شرکت‌کننده گزارش گردد و یا اقداماتی برای مخفی کردن مشخصات فرد در هر گزارش تحقیقی صورت گیرد.

احتیاطات اضافی اغلب برای حفظ محرمانه بودن اطلاعات افراد شرکت‌کننده در مطالعات کیفی لازم است. گمنامی تقریباً هیچوقت در تحقیق کیفی ممکن نیست زیرا محقق در سراسر مطالعه با فرد شرکت‌کننده در تماس است، علاوه بر آن بخاطر ماهیت عمیق بسیاری از مطالعات کیفی نسبت به تحقیق کمّی، ممکن است به حریم افراد نفوذ زیادی صورت گیرد. به عنوان مثال، گاهی محققان اوقاتی را داخل منزل افراد شرکت‌کننده می‌گذرانند و در این صورت، ممکن است با مشکل بروز رفتارهای اجتماعی که معمولاً تنها در محافل خصوصی آشکار می شوند، مواجه شوند. مسئله دشوار نهایی که بسیاری از محققان کیفی با آن مواجهند نهان داشتن نام شرکت‌کنندگان تحقیق در گزارش تحقیقی خود است، زیرا تعداد افراد پاسخگو، کم است و اطلاعات توصیفی عمیقی در گزارش تحقیقی وجود دارد، لذا محققان کیفی نیاز به احتیاطات بیشتری برای حفظ مشخصات هویتی افراد دارند. این موضوع به این معناست که باید فراتر از

کاربرد ساده یک اسم ساختگی را مورد نظر قرار داد و از دادن اطلاعات درباره خصوصیات شرکت‌کننده مانند سن و حرفه خودداری کرد.

ب) گروه‌های آسیب پذیر

رعایت استانداردهای اخلاقی، اغلب واضح و روشن است، اما می‌توان با انجام اقدامات بیشتر و حساسیت بیشتر محقق حقوق گروه‌های آسیب‌پذیر خاص را بیشتر حفظ نمود. افراد آسیب‌پذیر ممکن است قادر به دادن رضایت آگاهانه نباشند (مثلاً افراد در حال کما) یا ممکن است در خطر عوارض جانبی ناخواسته‌ای بخاطر شرایط خاص خود قرار گیرند (مثلاً زنان باردار). محقق باید به ابعاد اخلاقی مطالعه، زمانی که افراد شرکت‌کننده آسیب‌پذیر می‌باشند توجه خاصی مبذول نماید. گروه‌های آسیب‌پذیر شامل موارد زیر می‌باشند:

- **کودکان:** از لحاظ قانونی و اخلاقی کودکان صلاحیت رضایت آگاهانه را ندارند. لذا، رضایت آگاهانه از والدین یا قیّم‌های قانونی آنها اخذ می‌گردد. اگر کودکی از لحاظ رشدی به حدی بالغ باشد که توانایی فهم اطلاعات اساسی در رضایت آگاهانه را داشته باشد (مثلاً یک کودک ۱۲ ساله)، محقق رضایت را از کودک نیز به عنوان مدرکی از احترام به حق خود – تصمیم‌گیری او، اخذ می‌کند. در مورد کودکان کوچکتر، مطالعه باید با لغات ساده شرح داده شود و رضایت غیر رسمی و دوستانه نیز گرفته شود.
- **افراد ناتوان ذهنی یا عاطفی:** افرادی که ناتوانی ایشان، فهم آنها را نسبت به خطرات و فواید مشارکت در مطالعه غیرممکن ساخته و قادر به تصمیم‌گیری آگاهانه نیستند (مثلاً افراد دچار عقب ماندگی ذهنی، سالمندان، بیماران مغزی افراد در حال کما و ...) نیز از لحاظ قانونی و اخلاقی نمی‌توانند رضایت آگاهانه بدهند. در چنین مواردی، فرد محقق رضایت کتبی را از قیّم قانونی فرد می‌گیرد. تا حد ممکن، رضایت آگاهانه از افراد شرکت‌کننده باید به عنوان مکمل رضایت قیّم اخذ گردد.
- **افراد ناتوان از لحاظ فیزیکی (بدنی):** در مورد ناتوانی‌های فیزیکی خاص، ممکن است روش‌های خاصی برای بدست آوردن رضایت موردنیاز باشد. به عنوان مثال، در مورد افراد ناشنوا، کل فرایند

رضایت ممکن است نیازمند نوشتن باشد. در مورد افرادی که نمی‌توانند بخوانند یا بنویسند یا کسانی که صدمه فیزیکی دیده‌اند که آنها را از نوشتن محروم ساخته است، روش‌هایی برای مستندسازی رضایت آگاهانه بکار می‌رود (مثلاً ضبط ویدئویی توافق).

- **افراد مقیم مؤسسات:** پرستاران اغلب مطالعاتی را روی افراد بستری در بیمارستان یا افراد مقیم مؤسسات نگهداری انجام می‌دهند که این افراد ممکن است برای شرکت در مداخله احساس فشار کنند یا ممکن است فکر کنند که درمان آنها به خاطر عدم پذیرفتن همکاری، مخدوش گردد. افراد زندانی که در بسیاری از فعالیت‌ها، اختیار خود را از دست داده‌اند ممکن است از اینکه قادر به دادن رضایت آزادانه هستند، احساس مصنوعی بودن کار را داشته باشند. محققانی که گروه‌های موجود در مؤسسات را مورد مطالعه قرار می‌دهند باید بر ماهیت داوطلبانه شرکت این افراد، تأکید ورزند.
- **زنان حامله:** بسیاری از دولت‌ها مقررات سختی در مورد تحقیق بر روی زنان حامله وضع می‌کنند. این مقررات، در جهت حفاظت زنان باردار (که در معرض خطر بالای صدمه فیزیکی و روانی قرار دارد) و جنین (که نمی‌تواند رضایت آگاهانه‌ای بدهد) بکار گرفته می‌شوند. بسیاری از آیین‌نامه‌ها و قوانین تصریح می‌کنند که زن حامله نمی‌تواند در مطالعه شرکت کند، مگر آنکه هدف تحقیق برآوردن نیازهای سلامتی زن باردار بوده و همچنین خطرات احتمالی برای او و جنین به حداقل رسیده باشد.

فصل هفتم

تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی

ماهیت و معیار داده‌های کیفی

تصور عموم بر آن است که پژوهش‌های کیفی در مقیاس‌های کوچک صورت می‌گیرد. به دلیل آنکه در پژوهش‌های کیفی نسبت به پژوهش‌های کمّی، تعداد افراد مورد پژوهش اندک می‌باشد یا موقعیت‌ها کوچک‌تر انتخاب می‌شوند، به غلط چنین فرض می‌گردد که داده‌هایی ایجاد شده نیز کمتر می‌باشند. در واقع، تحقیقات کیفی می‌تواند اطلاعات بی‌شماری را تولید کند. آن چنانکه در فصل‌های ۲ تا ۵ بیان شد، در تحقیقات کیفی طیف وسیع و متفاوتی از داده‌ها قابل جمع‌آوری می‌باشند که می‌تواند شامل موارد متعددی باشند نظیر یادداشت‌های حاصل از مشاهدات، مصاحبه، مستندات و نوارهای پیاده شده از مباحث گروه کانون و یادداشت‌های فردی خود محقق، سؤالات پژوهشی، دست نوشته‌های روزانه که شرح وقایع را با ترتیب زمانی نشان می‌دهد. هر یک از این انواع مختلف داده‌ها را می‌توان متناسب با اهداف و به نحو مقتضی مورد استفاده قرار داد. متن پیاده‌سازی شده هر مصاحبه در یک مجموعه ۲۰ تا ۴۰ صفحه‌ای با فاصله استاندارد نوشته می‌شود. نباید متن پیاده‌سازی شده بیش از حد طویل باشد که حکایت مثنوی صد من کاغذ خواهد شد.

آماده‌سازی داده‌ها

کلیه یادداشت‌های کلامی، نوارهای سمعی و بصری و مصاحبه‌های رو در رو با گروه‌های کانون به این منظور پیاده‌سازی می‌شوند که به عنوان مستندات مورد استفاده قرار گیرند. آماده‌سازی مجموعه پیاده‌سازی شده، بستگی به سطح تجزیه و تحلیل انجام شده دارد، اما حتی اگر بخش کوچکی از داده‌ها پیاده‌سازی می‌شوند، حفظ و نگهداری استاد و نوارهای اصلی الزامی است. پیاده‌سازی مستندات وظیفه‌ای وقت‌گیر و زمان‌بر می‌باشد. گفته می‌شود که حدوداً هر یک ساعت از مستندات صوتی – تصویری، معادل

شش الی هفت ساعت وقت طلب می‌کند که البته بستگی به عمق اطلاعات موردنیاز نیز بستگی دارد. به همین دلیل، بسیاری از محققین مایلند تا از خدمات بخش خصوصی در پیاده‌سازی مواد و مستندات سود جویند. حتی در این صورت نیز محققین باید به دقت متن پیاده‌سازی شده را با متن اصلی منطبق و بازبینی نمایند که این خود به طولانی شدن بیشتر روند تحقیق منجر خواهد شد. آماده‌سازی متن پیاده‌سازی شده به همراه فهرستی از معنای واژگان پزشکی و تخصصی که در روی نوار شنیده می‌شود به تفهیم بهتر متن کمک می‌کند و مثال‌های متن پیاده‌سازی را ملموس‌تر می‌سازد. اگر محققین مایل باشند که برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزارهای رایانه‌ای استفاده نمایند، توصیه می‌شود که از فونت‌های مختلف برای نشان دادن کلام هر یک از مشارکت‌کنندگان استفاده نشود زیرا در هنگام پیاده‌سازی متن تغییرات فونت گمراه‌کننده و گیج‌کننده خواهد شد. (در زبان انگلیسی از تغییرات فونت برای نشان دادن تأکیدات در لحن و گفتار استفاده می‌شود)

تحلیل مکالمات در نوارهای صوتی مستلزم استفاده بیشتر از علائم و توضیحات برای بیان کلمات و جملات شنیده شده در نوار می‌باشد. برخی از این علائم در فصل پنجم، جدول ۱-۵ توضیح داده شده‌اند. حتی اگر محقق علاقمند نباشد که عمیقاً به تحلیل گفتار بپردازد، ضروری است که در آنچه گفته شده و روی کاغذ پیاده می‌شود دقت فراوان نماید. نباید علائمی مثل آه، لبخند و مکث‌های طولانی را بیش از حد لزوم بزرگ جلوه داد ولی باید وجود این علائم در متن پیاده شده ملموس باشد. قطعاً باید پیاده‌سازی نوار را نیز بخشی از روند تحقیق بدانیم، چرا که گستردگی و عمق متن پیاده‌سازی شده، نوع تحلیل داده‌های پژوهشی را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. برای مثال در نظر بگیرید حذف یا اضافه کردن برخی علائم و احساسات در جملات گوینده مثل آه، وای، اِ اِ، و مدت خنده، گریه، مکث و نظایر آنها تا چه حد در تفسیر گفتار فرد تأثیر دارند.

یادداشت‌های کوتاه حین مصاحبه و مشاهده باید با توضیحات کامل و با صرف ساعت‌ها وقت برای بازبینی و باز شنیداری نوارهای صوتی و تصویری پیاده‌سازی شوند. مدت زمان طی شده برای این فرآیند،

باید در بلوک جداگانه زمانی در کنار زمان در نظر گرفته شده برای پژوهش منظور گردد و البته فاصله زمانی این دو بلوک زمانی باید حتی‌المقدور اندک باشد.

هم در مصاحبه و هم در مشاوره حفظ مستندات اولیه به عنوان داده‌های خام پژوهش الزامی است. در بریتانیا آرشیو ملی داده‌های کیفی و آرشیو بیماری‌هایی که در تحقیقات و پروژه‌های کیفی نقل شده‌اند از قبیل طرح‌هایی نظیر "تجربیات فردی از سلامت و بیماری" (به وبگاه www.dipex.org مراجعه نمایید)، از داده‌های خام پژوهش های قبلی و با یکپارچه کردن آنها نتایج عمیق‌تر و وسیع‌تر و حتی مهمتر از خود طرح‌های اولیه استخراج می‌کنند و لذا امکان استفاده از داده‌های خام در پژوهش‌های آینده نیز متصور است. از این رو، توصیه می‌شود تا داده‌های خام به گونه‌ای جمع‌آوری و ثبت شوند که احیاء و بازنگری آنها امکان‌پذیر باشد. یک راه ساده آن است که داده‌های موردنظر را در چارچوب یکسانی ثبت نمود و به صورت استاندارد و یکنواخت طبقه‌بندی و کلاسه نمود. علاوه بر این، انواع داده‌های گردآوری شده در پژوهش باید مجزا و مستقلاً در آرشیو موردنظر محفوظ باقی بمانند.

رابطه میان داده‌ها و تحلیل

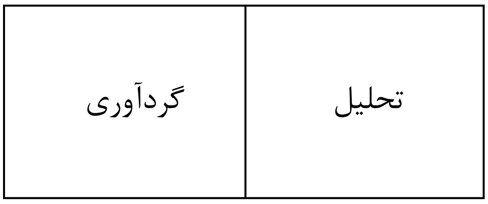
متن‌های پیاده‌سازی شده و یادداشت‌های حین مشاهده، از مستندات توصیفی یک پروژه تحقیقاتی به حساب می‌آیند، اما هیچگونه توصیفی به همراه ندارند. محقق باید با تحلیل و تفسیر این داده‌ها، به آنها مفهوم دهد و آنها را توصیف کند. در بسیاری از پژوهش‌های کیفی فرآیند تحلیل داده‌ها از هنگام جمع‌آوری آنها آغاز می‌شود و به تدریج با گردآوری آن داده‌ها، تحلیل لازم نیز روی آنها صورت می‌گیرد. این توالی یا تحلیل همزمان[1] (به شکل ۱-۷ نگاه کنید) به محقق کمک می‌کند داده‌های گردآوری شده خود را مداوماً تفسیر و بازبینی نماید و به شکل‌گیری فرضیاتی برای تحقیقات بعدی در ذهن او می‌انجامد. در مقایسه با پژوهش‌های کمّی، این مشخصه تحقیقات کیفی یک ویژگی و مزیت محسوب می‌شود که به محقق امکان می‌دهد دوباره سؤالات پژوهشی خود را بازنگری کند و به پژوهش خود عمق ببخشد.

---

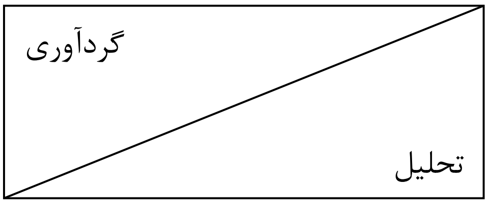
[1] Interim

نکته بسیار مهم دیگر در مورد پژوهش‌های کیفی آن است که به محقق امکان می‌دهد انحرافات و موارد منفی را بررسی مجدد کند. این بدان معنی است که نمونه‌های گفتار یا وقایع که با فرضیات حاصله از بررسی داده‌ها مغایرت دارند را برای بازبینی و تفسیر مجدد، مورد توجه قرار می‌دهد. این گونه تحلیل‌ها در پژوهش‌های کیفی تقریباً همیشه الزامی است. چرا که خود محقق در "درون عرصه" جمع‌آوری داده‌ها قرار دارد و بدیهی است که فکر نکردن راجع به آنچه شنیده و یا دیده می‌شود به طور همزمان، امکان ناپذیر و نامیسر می‌باشد.

تصویر ۱-۷ : مدل فرایند تحقیق در پژوهش‌های کیفی و کمّی



در تحقیقات کمّی



در تحقیقات کیفی

شمارش در داده‌های کیفی

تحقیقات کیفی را می‌توان به طور کمّی تحلیل نمود. تحلیل محتویات تحقیقات کیفی از سیستم رمزگذاری از پیش تعریف شده روشنی تبعیت می‌کند و عددها و شماره‌ها به وجود می‌آیند و با روش‌های آماری استاندارد، جدول‌بندی و تجزیه و تحلیل می‌گردند. چنین شیوه‌ای معمولاً در تحقیقات رسانه‌ای و ارتباطات عمومی کاربرد وسیع دارند. به طور کلی، تحقیقات کیفی به دنبال کمّی‌سازی داده‌های تحقیق نمی‌باشند. با وجود این، در این پژوهش‌ها می‌توان از شمارش ساده نیز استفاده کرد. نمونه‌ای از این موارد،

در تحقیقات Silverman در مورد ارتباط در بالین بیمار منعکس می‌باشد. او این جنبه‌های کمّی، نظیر طول مدت مشاوره و تعداد سؤالات بیمار و تلفیق این اطلاعات با تحلیل کیفی داده‌ها، تمایزات بین درمانگاه‌های خصوصی و دولتی را روشن ساخت. تحلیلی که در آن موضوعات شمارش می‌گردند می‌باید از تحلیل کیفی که درآن داده‌ها به شکل اصلی خود و در متن وقایع حفظ می‌گردند و برای تولید و خلق طبقات و گروه‌های تحلیلی و توضیحات نظری بکار می‌روند، متمایز گردد.

در پژوهش‌های کیفی معمولاً با عمل شمارش، احتیاط‌آمیز برخورد می‌شود. شاید دلیل آن در مغایرت بین اهداف پژوهش‌های کیفی با اهداف تحقیقات پیمایشی و کارآزمایی متجلی گردد. در تحقیقی که هر نمونه پژوهش شانس و احتمال یکسانی برای انتخاب شدن برای مشارکت در گروه داشته باشد (که سنگ زیر بنای نظریه نمونه‌گیری است) و سؤالات یکسانی از هر یک از نمونه‌های انتخاب شده پرسیده می‌شود، بیان تعداد و درصدها (نسبت درصدها) سودمند است. پژوهش‌های پیمایشی به این منظور طراحی می‌شوند که تعداد کافی از افراد (که نمونه جمعیت کل باشند) را نمایان سازند. در کارآزمایی‌ها، محقق هدف انتخاب تصادفی نمونه‌ها را تعقیب می‌کند تا بدینوسیله تفاوت‌های معنی‌دار بین گروه‌های شاهد و آزمایش را شناسایی کند. در تحقیقات کیفی، بر عکس پژوهش‌های پیمایشی و کارآزمایی، با مشاهده و مصاحبه، محقق سعی در شناسایی مفاهیم ذهنی و نظریه‌پردازی دارد. این بدان معنی است که جمع‌آوری داده‌ها تا زمانی تداوم می‌یابد که به "نقطه اشباع"[1] برسد (یعنی مطمئن گردد که هیچ اطلاعات جدیدی از نمونه‌های بعدی حاصل نمی‌شود و تعداد آماری از پیش تعیین شده وجود ندارد). از این رو، باید مجدانه به دنبال یافتن موارد نامعمول و خارج از قاعده بود. در یک تحقیق کیفی که نمونه‌ها را نمی‌توان به استناد اعداد و ارقام انتخاب نمود و شیوه کاملاً انعطاف‌پذیری همچون مصاحبه بکار گرفته می‌شود، بیان گزارش و نتایج بر اساس نسبت درصد، ممکن است کاملاً گیج و گمراه‌کننده به نظر آید. به ویژه، اگر سؤالی از همه

[1] Saturation Point

شرکت‌کنندگان پرسیده نشده باشد و یا شکل پرسیدن سؤال با عبارات متفاوت و در مراحل متفاوت مصاحبه پرسیده شده باشند.

اقدامات آغازین

در برخی تحقیقات، فرآیند تحلیل داده‌ها همزمان با گردآوری آنها انجام می‌شود. اگر چه در بیشتر پژوهش‌ها، آغاز مرحله تحلیل با خروج پژوهشگر از عرصه تحقیق آغاز می‌شود. شیوه انجام تحلیل داده به شدت تحت تأثیر روش‌شناسی پژوهش و نظریه‌های مورد استفاده در تحقیق می‌باشد و باید در راستای اهداف پژوهشی باشد. شیوه‌های مختلف پژوهش ممکن است عمق‌های مختلف تحلیل را نیز طلب نمایند. قطعاً تحلیل پژوهش‌های مبتنی بر مصاحبه، عمیق‌تر از تحقیقی با چند مصاحبه در گروه کوچک خواهد بود. در تحلیل داده‌ها، ممکن است محقق به دنبال توصیف نقطه نظرات یا رفتارهای افراد باشد و یا ممکن است پا را فراتر گذارده و از توصیف پدیده‌ها فراتر رفته و به طبقه‌بندی آنها به صورت نوع‌شناسی، الگوها، مدل‌ها و نظریه‌ها بپردازد. Spencer و همکارانش اظهار می‌دارند که تحلیل، کراراً مراحل سه‌گانه *مدیریت داده‌ها*، *توصیف* و *توضیح* را طی می‌کند و به مثابه "صحنه نمایش"[1] آنچه که محقق انجام داده است در می‌آید. این مرحله کاملاً پویا و شناور است و هرگز جنبه خطی ندارد. محقق با پس و پیش کردن مراحل و بازبینی وقایع، داده‌های اصلی را مرتباً به تفسیر می‌کشاند.

در تجزیه و تحلیل‌های کیفی، دسته‌بندی‌ها به صورت تحلیلی انجام می‌گیرد تا بدینوسیله پدیده‌های اجتماعی را تبیین و تشریح نماید. این دسته‌بندی‌ها ممکن است به صورت قیاسی (که به تدریج از داده‌ها منتج شده باشند) و یا استنتاجی باشند که یا در آغاز و یا در نیمه راه تحلیل حاصل شده باشند. سه راه اصلی برای انجام تحلیل وجود دارند:

الف) *تحلیل موضوعی*

ب) *تئوری زمینه‌ای*

---

[1] Platform

ج) *طریقه چارچوبی*

در این مجموعه حرکت از شیوه قیاسی به سمت شیوه استنتاجی نشان داده می‌شود. با وجود این، در عمل بسیاری از محققین در تحلیل‌های خود بین این دو مقوله در نوسان و حرکت بوده‌اند. استفاده از روش‌های تحلیلی متفاوت، موجب درک و فهم بهتر تفسیر داده‌ها می‌گردد.

نخستین وظیفه در تحلیل داده‌ها، مدیریت و مفهوم بخشیدن به انبوه داده‌های جمع‌آوری شده می‌باشد. این مرحله از مدیریت داده‌ها به شدت شبیه یکایک شیوه‌های سه‌گانه تحلیل داده‌ها می‌باشد (که در بالا اشاره شده) و مستلزم خواندن و بازخوانی مکرر همه داده‌ها می‌باشد تا *موضوعات*[۱] و دسته‌بندی‌های اولیه شکل داده شوند. داده‌ها به طور منظم جستجو می‌شوند تا موضوعات و *گویه‌های*[۲] مورد علاقه نظیر وقایع یا نظرات غیرمتعارف، قابل توجه یا مغایر مکشوف گردند.

در گروه‌های کانون و مصاحبه، این مسئله شامل جستجوی نوع خاصی از گفته‌ها (مثل لطیفه، حکایت و یا انواع تعاملات مانند سؤال‌ها، چالش‌ها، سانسور جمله خود یا تغییر فکر می‌باشد) در شیوه‌های تحلیل استنتاجی، موضوعات از پیش تعریف شده (که از موضوع مصاحبه و سؤالات پژوهش استخراج می‌شوند)، برای تعیین مسیر این جستجو بکار برده می‌شود.

موضوعات و طبقات باید بر چسب‌گذاری[۳] و یا به عبارتی "رمزگذاری"[۴] شوند به گونه‌ای که به راحتی قابل دسترسی و احیا باشند. در مراحل اولیه برچسب‌گذاری یا نام‌گذاری طبقه‌ها از واژه‌شناسی زبان شرکت‌کننده در پژوهش و گاهاً از واژه‌های نامأنوس و یا جالب آنها برگرفته می‌شود. مثلاً Becker و Geer در مطالعه خود در مورد آموزش در مدارس پزشکی با واژه خاصی تحت عنوان "Crock" برخورد نمودند که به بیمارانی اطلاق می‌شد که ارزش چندانی برای درمان آنها قائل نبودند و این واژه بین دانشجویان و پرسنل پزشکی مصطلح بود.

---

[1] Themes
[2] Items
[3] Labelling
[4] Coded

برچسب‌گذاری باید شمولیت داشته باشد. دسته‌بندی‌ها برای انعکاس بسیاری از تفاوت‌ها در داده‌ها، اضافه می‌شوند و صرفاً به چند رمز عددی خلاصه نمی‌شوند. باید انتظار داشت که بخش‌های از داده‌ها (نظیر حوادث و وقایع انتزاعی) چندین تم یا موضوع را در برگیرند و به همین دلیل در دسته‌جات متفاوت و متعدد رمزگذاری شوند. این مرحله مدیریت اولیه داده‌ها مرحله‌ای بسیار وقت‌گیر است. اما با وجود این، به محقق اجازه می‌دهد داده‌ها را گروه‌بندی و مرتبط نماید به گونه‌ای که به صورت شمارش‌گذاری و یا عنوان‌بندی موضوعی یا مفهومی، مرتب و منظم گردند. برخورداری از سیستم‌های نمایه‌سازی که موضوعات مختلف را ثبت و بایگانی می‌کند و امکان تجزیه و تحلیل داده‌ها را در یک یا چند دسته فراهم می‌سازد، حائز اهمیت بسیار است. برای تسهیل فرآیند تحلیل داده‌ها چندین بسته نرم‌افزاری رایانه‌ای ابداع و به بازار عرضه شده‌اند.

در این مراحل، احتمال مشابهت و یا تکراری بودن دسته‌جات و یا همپوشانی برخی قسمت‌ها با یکدیگر وجود دارد. این دسته‌جات به تدریج در طی مراحل تحلیل و بکارگیری نظریه‌های منتج از پژوهش، بیشتر و بیشتر پخته شده و به تدریج تعداد آنها کم شده و هر یک در گروه‌های مشابه جای می‌گیرند. با چنین فرایندی، موضوعات کلیدی یا گروه‌های اصلی شناسایی می‌گردند. همانگونه که در تحقیق Becker و Geer در بالا ذکر شد، درباره علت کاربرد واژه "Crock" تحقیق شد تا ببینند این واژه برای کدام گروه از بیماران و چه هنگام و چگونه بکار برده می‌شود. این بدان معنا بود که تمام جملات و موقعیت‌هایی که این کلمه بکار گرفته شده بود یک جا جمع‌آوری گردند. با این داده‌ها محققین قادر بودند تا چگونگی کاربرد این کلمه توسط دانشجویان پزشکی و پزشکان را به مقاصد یاددهی - یادگیری توضیح دهند. و از همین جا بود که معنی کلمه Crock (که برای سالمندان و بیماران الکلی بی‌خانمان بکار می‌رفت) هویدا شد. چرا که این بیماران برای دانشجویان هیچ امکان و فرصت یادگیری در بر نداشت، زیرا بیماری و اختلال جالب و آموزنده‌ای را نشان نمی‌دادند و به همین دلیل در درمان آنها بی اعتنایی صورت می‌گرفت.

دسته‌بندی گروهی، نوعاً متضمن فرآیند بریدن، چسباندن (جابجایی) تکه‌های انتخاب شده از داده‌ها و کنار هم گذاردن موضوعات مرتبط می‌باشد. ساز و کار نحوه انجام این کار متفاوت است. در گذشته کپی‌های متعدد از نسخ پیاده شده متن استفاده می‌شد و با قیچی، قسمت‌های لازم بریده و کنار یکدیگر چسبانیده می‌شدند. راه دیگر نوشتن بخش‌هایی از داده‌ها، روی کارت نمایه[1] می‌باشد که بعداً می‌توان کارت‌های مشابه را با یکدیگر بایگانی کرد. همچنین می‌توان از ماتریکس‌ها[2] و یا صفحات گسترده[3] برای تسهیل این فرآیند سود جست. اگر چه ممکن است این راه‌های پیشنهاد شده قدیمی و از رده خارج تلقی شوند، اما استفاده از این روش‌های دستی و مطالعه مکرر آنها در تماس های متعدد توصیه می‌شود. محققی که کراراً داده‌ها را می‌خواند و مرتب آنها را جابجا می‌کند، ناخواسته نسبت به موضوع تسلط یافته و ملکه ذهن او می‌گردد، حتی اگر ظاهراً این کار مشقت بار و خسته کننده به نظر آید.

در هنگام کار با متن‌های بسیار بزرگ، هنگامی که به دنبال کلمه یا کلمات خاصی باشیم، قطعاً بکارگیری پردازش‌گرهای متنی به محقق کمک خواهد نمود. با وجود این نباید چنین پنداشت که محقق دیگر وظیفه پردازش متن را ندارد. به ویژه در پژوهش‌های کیفی، می‌توان کلمات یا عبارات مکرراً تکرار شده را برجسته و نمایان[4] ساخت. بی شک کاربرد پردازشگرهای متنی کار محقق را آسان‌تر ساخته‌اند و کمتر لزوم کارهایی مثل حاشیه‌نویسی روی متن اصلی پیاده‌سازی شده، کاربرد چند قلم و خودکار رنگی در رنگ‌های مختلف، بریدن و چسباندن با قیچی و چسب، کارت‌نویسی و ... پیش می‌آید. خوانندگان محترم قطعاً با کار پردازشگر متنی (Word) آشنا می‌باشند و کاربردهای متعدد آن در دسته‌بندی متن‌ها را می‌دانند و بسیاری از این کاربردها قابل تعمیم در پردازشگرهای متنی فارسی نیز می‌باشند.

با انجام دسته‌بندی اولیه داده‌ها، می‌توان اقدام به سایر تحلیل‌ها نیز نمود که در ادامه متن، سه راه اصلی مورد استفاده در علوم مرتبط به سلامت را معرفی می‌نمائیم.

---

[1] Index card
[2] Matrices
[3] Spread sheets
[4] Highlight

تحلیل موضوعی

این نوع تحلیل، ساده‌ترین شیوه تحلیل و شاید به همین دلیل، رایج‌ترین شیوه تحلیل در پژوهش‌های عرصه سلامت باشد. در این شیوه، محقق داده‌ها را بر اساس موضوع دسته‌بندی و همه موارد مورد تحقیق را ارزیابی می‌کند تا اطمینان یابد همه جوانب موضوع مورد توجه و مقایسه قرار گرفته‌اند. چنانچه هدف پژوهش، اکتشاف و یا مطالعه چند شیوه‌ای در گروه‌های کوچک باشد، این گروه‌بندی ممکن است در همین مرحله گزارش گردند. با وجود این، تحلیل‌های قویتر به سمت توصیف ساده و یا حتی ارزیابی چگونگی ارتباطات فی‌مابین موضوعات پیش می‌رود. چنین کاری تلاش برای تعیین روابط میان این موضوعات را در بردارد. گاه این ارتباطات مبرهن و آشکارند (مثل اینکه فقط گروه‌های خاصی برخی عقاید خاصی را دارند) و گاه لازم است سؤالاتی را در مقابل داده‌ها مطرح کنیم تا دریابیم ارتباط این موضوعات با یکدیگر چگونه است. مثلاً ممکن است گاه لازم باشد به تفاوت‌های جنسیتی یا سن شرکت‌کنندگان دقت کنیم و یا به پاسخ‌های متفاوت افراد مشابه در مقابل برخی وقایع و حوادث (نظیر بحران‌ها و وقایع مهم) توجه نمائیم. به این ترتیب تحلیل‌های موضوعی را می‌توان برای گروه‌بندی یا رده‌بندی[1] موضوعات و یا ایجاد مدل‌ها یا ترسیمات[2] استفاده کرد که بیان کننده ارتباط میان موضوعات می‌باشند.

تحلیل موضوعی اغلب دربرگیرنده موضوعاتی است که یا قابل پیش بینی می‌باشند (مثلاً مروری بر مطالعات، احتمالاً محقق را به سمت برخی موضوعات خاص رهنمون خواهد شد و یا به صورت پیش‌بینی نشده از متن پژوهش مکشوف می‌گردند). Ziebland & Chapple پیش‌بینی نمی‌کردند که احساسات و عواطف[3] بتواند نقش زیادی در مصاحبه کلامی با مردانی داشته باشد که از تجربیات خود در مورد سرطان بیضه‌ها می‌گفتند. با وجود این، تحقیقات آنها نشان داد که بکارگیری احساسات و عواطف به شرکت-کنندگان کمک نمود تا احساسات خود را برای بازیابی سلامت بیان کنند (و اظهار دارند که سرطان بیضه‌ها

[1] Taxonomy
[2] diagram
[3] humour

درمان‌پذیر است). لذا احساسات و عواطف به شکل پیش‌بینی نشده، موضوعی بسیار مهم در این تحقیق شد و منجر گردید که محققین در سایه توجه به علوم اجتماعی و انسان‌شناسی[1] موضوع احساسات و عواطف را کشف کنند و نقش آن را در زندگی مردان دریابند. برخی واژه‌های مورد استفاده در تحلیل داده‌ها در جدول ۱-۷- خلاصه شده‌اند.

جدول ۱-۷- واژه‌های مورد استفاده در تحلیل داده‌ها
خصیصه[2]: کوچکترین واحد تحلیل داده‌هاست. خصیصه، تک مورد یا مورد خاص در یک متن است مثل پاسخ یک فرد در مقابل یک متغیر خاص در تحقیقات کیفی
رمزگذاری[3]: به فرایند برچسب گذاری روی خط به خط متن پیاده شده تحقیقات کیفی اطلاق می‌شود که محقق می‌تواند آنها را گروه‌بندی نماید و با یکدیگر مقایسه نمایند.
طبقات کدگذاری شده[4]: گردآوری رمزهای مشابه در یک متن از منابع مختلف و قرار دادن همه آنها در یک پوشه یا گزارش واحد.
مفاهیم یا موضوعات[5]: نقطه نظرات طبقه‌بندی شده است که از گروه‌بندی داده‌های سطح پایین‌تر استخراج و استنتاج شده‌اند.
نمایه‌گذاری[6]: فرایندی که فهرست واژه را مشتمل بر تمام کلمات زیر مجموعه آن مجموعه را می‌سازد.
نظریه[7]: مجموعه‌ای از مفاهیم و تعاریف است که دیدگاهی منظم از وقایع و موقعیت‌ها را با تبیین روابط میان اجزاء آن ارائه می‌دهد.

روش پدیده‌شناسی[8]:

روش پدیده‌شناسی به عنوان یک فلسفه پژوهشی در علومی نظیر جامعه‌شناسی و روانشناس کراراً بکار گرفته شده است. در روش پدیده‌شناسی آنچه مورد بررسی قرار می‌گیرد، "تجربیات انسان‌ها" می‌باشد. محقق قصد دارد با پژوهش، ماهیت تجربه‌های فردی از پدیده‌ها را درک و توصیف کند. در علوم پزشکی

[1] Anthropology
[2] Characteristic
[3] Coding
[4] Coding sorts
[5] Concept or themes
[6] Indexing
[7] Theory
[8] phenomenology

توصیف تجربیات پزشکان، بیماران، پرستاران و دانشجویان علـوم پزشـکی از زنـدگی روزمـره و پدیـده‌هـای روزمره یا خاصی در حوزه پژوهش‌های پدیده‌شناسی قرار می‌گیرند.

در پدیده‌شناسی محققین با جوهره یا معنای حقیقی پدیده سر و کـار دارنـد. برخـی جـوهره‌هـا یـا واحدهای اساسی که از نظر عقل سلیم و درک مشترک انسـانی وجـود دارنـد، شـامل نـوع‌دوسـتی، ایثـار و فداکاری، اعتماد، صداقت، مراقبت، وفاداری، اعتماد به نفس و ... می‌باشند.

مفهوم دیگری که در روش پدیده‌شناسی مصداق می‌یابد، درک مستقیم پدیده یا "شـهود "[1] اسـت. شهود به معنی درک عمیق و طولانی مدت محقق از داده‌ها است. او باید بارهـا و بارهـا داده‌هـا را در ذهـن خود مرور کند و به درک کلی و درونی از پدیده نائل شود. مثلاً محققی که روی پدیده تجربـه درد تحقیـق می‌کند باید درک عمیق و ملموس از درد بیابد.

محققین پیرو روش پدیده شناسی با مفهوم پیرایش پدیده شناسی[2] روبرو می‌باشند. در واقع، محقق باید هر آنچه درباره موضوع تحقیق و پدیده مورد پژوهش مـی‌دانـد و هـر پـیش فـرض کـه دارد را کنـار بگـذارد و بیطرفانه به توصیف پدیده بپردازد. بدیهی است با همه تعلقات، وابستگی‌ها، پیش فـرض‌هـا، طراحـواره‌هـا و پیش داوری‌هایی که شکاف‌های ذهنی ما را پر نموده است، انجام پیرایش در پـژوهش امـری بسـیار دشـوار است.

تجزیه و تحلیل پدیده:

روش‌های متعددی برای تحلیل پدیده‌ها ذکر شده‌اند. برای تجزیـه و تحلیـل پدیـده مـی‌بایـد آن را توصیف نمود، توصیف شرکت‌کنندگان را جمع‌آوری کرد، توصیف شرکت‌کنندگان را خواند، عبارت اصـلی را یافت، معنی اصلی عبارت اصلی را کشف نمود، یک توصیف جامع از عبـارت اصـلی ارائـه کـرد و در نهایـت توصیف محقق با توصیف شرکت‌کنندگان مقایسه گردد.

---

[1] intuition

[2] phenomenelogieal reduction

پیرایش داده‌ها[1]

به فرایند شفاف‌سازی داده‌ها برای هویدا نمودن مفاهیم بنیادین و ارتباطات آنها اطلاق می‌شود. به موازات پیاده‌سازی متن و مرور چند باره آن و استخراج رمزها و موضوعات، داده‌ها در پوشه (پرونده)ای دیگر ثبت و نگهداری می‌شوند. پس از این مرحله است که پیرایش داده‌ها آغاز می‌شود. برای پیرایش داده‌ها باید همه آنها را قبلاً جمع‌آوری نموده و رمزگذاری و موضوع‌بندی و نمایه‌سازی کرد. محقق می‌تواند برای پیراسته نمودن داده‌ها از ترسیم جدول، نمودار، طبقه‌بندی‌ها Taxonomic استفاده کند.

تفسیر:

تفسیر به معنی شناسایی و تبیین معنی واقعی داده‌ها است. در این بخش محقق گفته‌ها، رفتار، حرکات، سکنات، تأیید، انکار، خودداری، تمایل و ... را که در فرایند جمع‌آوری داده‌ها و پیرایش آنها به دست آورده است، تفسیر و تأویل می‌نماید.

ساخت یافته‌ها:

یکی از نقاط ضعف محققین جوان و بی‌تجربه در پژوهش‌های کیفی، توقف گزارش تحقیق در مرحله تفسیر است، در حالی که مطالعه کیفی باید به "ساخت" یافته‌ها بیانجامد. Tolley و همکارانش (۱۹۹۸) در پژوهش کیفی در مورد سقط در دو کشور آفریقایی به تبیین عوامل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی مؤثری پرداختند که منجر به حاملگی ناخواسته و سقط غیر قانونی می‌گردد. محققین بر اساس یافته‌های پژوهشی خود ساختاری را از الگوهای اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی تدوین و ارائه نمودند که دستیابی به اهداف پژوهشی خود را به تصویر می‌کشید. در واقع آنها الگوی موردنظر را "ساختند".

قوم‌نگاری:

این روش تحقیق، اگر چه پیشینیه تحقیق در بررسی اقدام از نظر فرهنگی و رفتاری بوده است، اما امروزه این پژوهش‌ها در علوم پزشکی گسترش یافته‌اند و ممکن است پزشکان، پرستاران، بیماران، خانواده

[1] Data Reduction

بیمار و یا هر گروه اجتماعی دیگر نظیر دانشجویان ساکن خوابگاه، دانشجویان خارجی مقیم کشور و ... را نیز شامل گردد.

در پژوهش‌های قوم نگاری، ثبت اطلاعات مربوط به یک گروه حرفه‌ای صورت می‌گیرد، مثلاً پژوهشگر ممکن است علاقمند باشد رفتار گروهی پرستاران را در مورد بیماران با تشخیص "تب با علت ناشناخته"[1] بررسی نماید.

آنچه در پژوهش‌های قوم نگاری خاص تلقی می‌شود آن است که آغاز و پایانی برای جمع‌آوری اطلاعات و تحلیل و تفسیر داده‌ها وجود ندارد. معمولاً امکان آن وجود ندارد که پژوهشگر همه اطلاعات مربوط به یک قوم را شناسایی کند و محدوده‌هایی نظیر مکان، زمان یا منابع تعیین می‌کنند که محقق چگونه یک قوم را بشناسد. برخی پژوهشگران با ژرف کاوی در صور شناخت اعماق فرهنگ یک قوم بر می‌آیند. آنچنان که محقق در مطالعه رزنهام ماه‌ها در میان بیماران روانی زندگی می‌کند.

نظریه زمینه‌ای[2]

Glaser و Strauss واژه "تئوری زمینه‌ای" را باب نمودند تا فرآیند قیاسی رمزگذاری داده‌ها را توصیف کنند و گروه داده‌های تحلیل شده را تبیین نمایند و به شکل فرضیه حاصل از عرصه تحقیق و نه به عنوان پیش فرض و از پیش تعریف شده ارائه نمایند. این فرآیند بسیار شبیه تحلیل موضوعی قیاسی است. اما جنبه اصلی نظریه زمینه‌ای در "چرخه‌ای پیوسته"[3] بودن آن است (تحلیل موجب تقویت نمونه‌گیری بعدی، جمع‌آوری داده‌های بیشتر و تولید نظریه‌های جدید می‌شود). بنابراین، *نمونه‌گیری نظریه‌ای*[4] جزء بسیار مهمی در نظریه زمینه‌ای تلقی می‌گردد (که به محقق اجازه می‌دهد تا عامدانه شرکت‌کنندگان در

---

[1] Fuo (fever unknown origin)
[2] Grounded theory
[3] Cyclical Iterative
[4] Theoretical sampliny

پژوهش یا موقعیت‌های موردنظر خود را گزینش نماید و نظریه‌ها و تحلیلات خود را آزمون نماید). فرآیند تحلیل تا دستیابی به مرحله *اشباع*[1] تداوم می‌یابد. در این هنگام هیچگونه تحلیل بیشتر میسر نمی‌باشد.

روش تحقیق نظریه زمینه‌ای گونه‌ای از پژوهش در عرصه محسوب می‌گردد. تحقیق در عرصه، نوعی پژوهش کیفی است که پدیده‌ها را در موقعیت طبیعی مثلاً در بیمارستان، درمانگاه، مدرسه، دانشگاه، سربازخانه، کلاس درس مورد بررسی قرار می‌دهد و توصیف می‌کند. در روش تحقیق نظریه زمینه‌ای، فرایندهای اجتماعی حاکم بر تعاملات انسانی توصیف می‌گردند. در این روش پژوهش هدف محقق آن است که از لحاظ نظری به توضیح یک پدیده خاص بپردازد. در تحقیق نظریه زمینه‌ای، نظریه‌های بزرگ و پیچیده مورد تحلیل قرار می‌گیرند و در آن تلاش برای درک دنیای شرکت‌کنندگان آن‌گونه که خود ساخته‌اند، صورت می‌گیرد.

کاربرد تحقیق به صورت نظریه زمینه‌ای در موضوعاتی است که قبلاً مورد پژوهش قرار نگرفته‌اند و با نیاز به خلق دیدگاه جدید در مورد آن موضوع احساس می‌شود.

برای انجام تحقیق به روش نظریه زمینه‌ای، لازم است تا سؤالی برای تحقیق مطرح نمود. با سؤال تحقیق هم پدیده مورد تحقیق و هم روش تحقیق تعیین می‌گردند. به موازات پیشرفت تحقیق و جمع‌آوری داده‌ها، محقق می‌تواند سؤال تحقیق خود را اصلاح نماید. از این رو، ندرتاً ممکن است یک سؤال مطرح شده در شروع تحقیق تا پایان پژوهش نظریه زمینه‌ای دست نخورده باقی بماند مثلاً ممکن است پژوهشگر در ذهن خود این سؤال را مطرح نماید که چرا برنامه درسی رشته پزشکی قادر به پرورش استعدادهای دانشجویان پزشکی امروز نمی‌باشد. به تدریج در طول پژوهش ممکن است سؤال پژوهشی این گونه تغییر یابد که "نیازهای آموزشی دانشجویان پزشکی در کسب مهارت‌های پایه بالینی چیست؟"

همانگونه که اشاره شد، معمولاً نمونه‌گیری در این پژوهش‌ها با حجم از پیش تعیین شده صورت نمی‌پذیرد و قابل پیش‌بینی نیست. گفته می‌شود که نمونه‌گیری تا زمانی ادامه می‌یابد تا تعداد مشارکت-

---

[1] Saturation

کنندگان و داده‌های بدست آمده از آنها به حد اشباع برسد. اشباع در نظریه زمینه‌ای به کامل شدن همه سطوح داده‌ها اطلاق می‌گردد به نحوی که اطلاعات جدید به اطلاعات قبلی اضافه شود. محقق در نظریه زمینه‌ای بخشی از فرایند پژوهش بوده و باید قادر به برقراری ارتباط، تحلیل وضعیت و پرهیز از سوءگیری در فرایند تحقیق نماید.

در عمل، نظریه زمینه‌ای معمولاً ترکیبی از قیاس و تا حدودی استنتاج و حرکت بین داده و نظریه می‌باشد (که برخی محققین به آن "نظریه زمینه‌ای اصلاح شده"[1] اطلاق می‌کنند). در مرحله آغازین، فرآیند نام‌گذاری یا رمزدهی داده‌ها با انتخاب *رمزهای باز* و خواندن خط به خط مطالب و تولید رمزهای متعدد شروع می‌شود. مناسبت و ابعاد این رمزها در مرحله بعد با پرسیدن بعضی سؤالات ارزیابی می‌شوند، مانند "ویژگی آن چیست؟" یا "چه شکل‌هایی به خود می‌گیرد؟" و نظایر آنها. سپس "رمزگذاری محوری"[2] انجام می‌شود تا ارتباط میان رمزها و رمزگذاری انتخاب شناخته شده و به سمت ایجاد گروه‌های تحلیلی، بر اساس عناصر انتزاعی‌تر و نظری‌تر پیش برده شوند. در فرآیندی که به نام "مقایسه مستمر"[3] نامیده می‌شود، هر یک از رمزها با سایر داده‌ها مقایسه و بررسی می‌شوند تا محل مناسب برای قرار گرفتن هر یک از داده‌ها در هر یک از گروه‌های رمزگذاری و برچسب‌گذاری شده تعیین شود. علاوه بر این، در طی فرآیند رمزگذاری، محقق اقدام به ساخت مجموعه‌ای از "یادآور"[4] ها به شکل یادداشت برای خود می‌کند. با چنین کاری محقق به تدریج با بررسی داده‌ها، اقدام به دسته‌بندی، ساخت نظریه یا توضیح یافته‌ها می‌کند. نظریه زمینه‌ای می‌تواند تفاسیر متعدد و مفصلی را به دنبال داشته باشد. مثلاً Claser و Strauss با مدد از همین شیوه موفق شدند تا درباره ماهیت ارتباط میان بیماران محتضر و پرستاران آنها نظریه‌پردازی نمایند. براساس این نظریه نوع خدمات مراقبتی ارائه شده به این بیماران با میزان و سطح آگاهی و توجه بیماران نسبت به مرگ کاملاً مرتبط بود و از توجه کامل (هم بیمار و هم پرستار نسبت به

---

[1] Modified grauded theory
[2] Axicol coding
[3] Constant Comparison
[4] memo

قطعی بودن مرگ بیمار) تا شک (از سوی بیمار)، تردید دو جانبه (از سوی دو طرف و وانمود کردن آنکه بیمار نمی‌داند که خواهد مرد) و نهایتاً بی‌توجهی کامل (بیمار نسبت به مرگ) متغیر بود.

متأسفانه، واژه "نظریه زمینه‌ای" اغلب به صورت نابجا مترادف هر نوع "تحلیل" کیفی بکار برده می‌شود و گاهی اوقات تحلیل‌های ضعیفی نیز بکار می‌برند. در تحقیقات و گزارشات پژوهشی متعدد محققین مدعی کاربرد "نظریه زمینه‌ای" شده‌اند، بی‌آنکه کوچکترین نشانه‌ای از توضیحات فوق‌الذکر برای کاربرد نظریه زمینه‌ای وجود داشته باشد. انعطاف‌پذیری در نمونه‌گیری تا حد کفایت و تحلیل دوباره داده‌ها کاری وقت‌گیر و طولانی محسوب می‌شود. علاوه بر این، ندرتاً امکان آن وجود دارد تا بتوان ابعاد و مسیر شیوه نظریه زمینه‌ای در تحقیق را دقیقاً مشخص کرد. از این رو، مشکلاتی از قبیل مسائل اخلاقی و توجیه پژوهش از نظر کمیته اخلاق پژوهش و حامیان مادی و معنوی تحقیق بروز می‌نماید (به فصل ششم مربوط به مسائل اخلاقی نگاه کنید).

چارچوب

شیوه چارچوب که توسط مرکز ملی پژوهش‌های اجتماعی[1] در انگلستان ابداع شد، شکل استنتاجی‌تر از تحلیل است که به شکل فزاینده‌ای در تحقیقات حوزه سلامت بکار برده می‌شود. این شیوه شکل توسعه‌یافته شیوه‌های تحلیل مبتنی بر ماتریکس[2] است که به وسیله Miles و Huberman توصیف گردید. شیوه چارچوب به ویژه در پژوهش‌های کاربردی و سیاستگذاری مناسب‌تر می‌باشد که در آنها اهداف پژوهش نوعاً از پیش تعیین شده‌اند و توسط سازمان‌های حامی (مسئولین سلامت جامعه)، و بر اساس اطلاعات موردنیاز شکل گرفته‌اند. مقیاس زمانی[3] چنین پژوهش‌هایی معمولاً کوتاه‌تر از سایر انواع تحقیقات است و بیشتر معطوف به برقراری ارتباط در تحلیل کیفی یافته‌های حاصل از بررسی‌های کمّی می‌باشند. از این رو، با وجود آنکه شیوه چارچوبی به شدت بر مشاهده استوار است (بدین معنی که زمینه‌ای و قیاسی

---

[1] National Center for Social Research
[2] Matrix
[3] Timescale

محسوب می‌شود)، اما این شیوه، آغازی است بر استنتاج از اهداف و غایت‌هایی که از قبل در طرح تحقیق گنجانیده شده بودند. این شیوه بسیار منظم و سیستماتیک می‌باشد و با هدف شفاف‌سازی طراحی شده است به گونه‌ای فرآیند تحلیل و تفسیر را می‌توان بر عهده کسانی غیر از تحلیل‌گران اولیه طرح پژوهشی واگذار کرد (به فصل ۸ نگاه کنید و به موضوع کیفیت در پژوهش‌های کیفی بیشتر دقت نمائید).

عنوان راهنمایی کننده مورد استفاده برای جمع‌آوری داده‌ها تحت شیوه چارچوب (مثلاً برای هدایت مصاحبه عمیق) نسبت به آنچه که در بیشتر تحقیقات کیفی طبیعی و عادی تلقی می‌شود اندکی ساختارمندتر جلوه کند. در شیوه چارچوب، فرآیند تحلیل مشابه تحلیل‌های موضوعی است اما، نسبتاً از شفافیت بیشتر برخوردار است و قویاً با استدلال علّی[1] همراه است. تحلیل چارچوب داری پنج مرحله است (جدول ۱-۷ نگاه کنید) نخست، محقق به "آشناسازی"[2] خود با داده‌ها می‌پردازد. این کار با خواندن و بازخوانی یادداشت‌ها و متن‌های پیاده شده از روی نوار صورت می‌گیرد. سپس، محقق شروع به نوشتن تم‌ها یا موضوعات قابل پیش‌بینی و موجود می‌کند. این موضوعات می‌توانند در چارچوب موضوعی گنجانیده شوند (مجموعه‌ای از عناوین موضوعی به صورت هرمی به شکل موضوع اصلی و موضوعات فرعی دسته‌بندی می‌گردند). این عناوین برای نام‌گذاری (برچسب زدن) یا نمایه‌سازی (اندکس) داده‌های اولیه بکار برده می‌شوند (برخی تحلیل‌گران از شماره‌گذاری عناوین استفاده می‌کنند، برخی دیگر از کلمات و یا از عبارت‌ها سود می‌برند). چارچوب اولیه موضوعی و نمایه‌سازی واژگان با پیشرفت تحلیل، بازنگری و اصلاح می‌گردند. لازم است این روند بازنگری و رشد و بسط نمایه‌سازی، مرحله به مرحله ثبت و حفظ گردد. به محض آنکه عناوین موضوعی تعیین گردیدند، این موضوعات گروه‌بندی و دسته‌بندی می‌گردند و داده‌های اصلی به شکل خلاصه شده درآمده و برای ایجاد جداول[3] بکار گرفته می‌شوند. جداول هر یک از موضوعات را در چارچوب ماتریکس توصیف می‌نمایند، موضوعات فرعی را در هر ستون نمایش و هر مورد را در ردیف

---

[1] apriori
[2] Familiarising
[3] Charts

خاصی خود نشان می‌دهند. این جداول را می‌توان روی برگه یا کاغذ بزرگ ترسیم نمود و یا با استفاده از صفحات گسترده در رایانه نشان داد.

بسط و گسترش توضیحات: نقش محقق

بی‌شک وظیفه مهم مطالعه داده‌های خام (مثل متن پیاده‌سازی شده مصاحبه)، تشخیص و اصلاح مفاهیم و رمزگذاری داده‌ها، بر عهده محقق است. به همین دلیل، باید این تفکر غلط را کنار گذاشت که معتقد است نرم افزار رایانه‌ای باید همه متن و داده‌ها را مورد تحلیل کیفی قرار دهد. کار اصلی نرم افزار رایانه‌ای متمرکز ساختن مجموعه داده‌های گسترده و متنوع، برقراری ارتباط میان بخش‌های مختلف، سازماندهی و باز سازماندهی داده‌ها و کمک به تحقق اهداف و انتظارات است. اما، هیچ بسته نرم‌افزاری، قادر به ادراک و تبیین ساختار مناسب تحلیل نمی‌باشد. انجام تحلیل، علاوه بر نیاز به ممارست فراوان در مورد مبانی توصیف داده‌ها، مستلزم مهارت پژوهشگر در حرکت به سمت تولید فرضیه[1] و قضیه[2] از داده‌هاست.

شیوه‌های متفاوت تحلیلی توصیف شده، راه‌هایی را برای دسته‌بندی، ترتیب و نمایش داده‌ها ارائه می‌کنند که به جستجوی الگوها، روابط و ارتباطات در درون داده‌ها کمک می‌کنند. برای انجام چنین وظیفه‌ای، پژوهشگر باید سؤالاتی از این قبیل را در ذهن بپروراند که "چه چیزی در ورای این الگو نهفته است؟" و " چرا چنین ارتباطی پدید می‌آید؟" چنین کنکاشی در موارد خاص و غیر معمول سودمند می‌باشد (چرا که استثناءها و موارد غیر معمول، موجب روشن شدن بیشتر قانون می‌شوند). برای مثال در مطالعه Chapple و Ziebland در مورد احساسات انسانی و نقش آن بر توانایی کنار آمدن با تجربه ابتلا به سرطان بیضه، در تعدادی از مردان که هر دو بیضه خود را از دست داده بودند، تنها عده قلیلی از آنها غم و اندوه خود را مستقیماً بیان کردند و بقیه اندوه خود را به صورت احساسات انسانی نمایان ساختند. این

[1] hypothesis
[2] proposition

موضوع به محقق کمک نمود تا به درک تمایز بین بیان احساسات به صورت خام و محض[1] (نظیر لطیفه گفتن راجع به این موضوع) و کاربردی (شوخی کردن دوستان بیمار با وی) نائل آمد.

جدول ۱-۷ مراحل پنجگانه تحلیل داده‌ها (با استفاده از شیوه چارچوب)

- **آشناسازی**

بررسی داده‌های خام با گوش کردن چندباره نوارهای صوتی، خواندن متن های پیاده شده از روی نوار، مطالعه یادداشت‌ها و غیره به منظور فهرست نمودن نظرات کلیدی و موضوعات تکراری

- **شناسایی چارچوب موضوعی**

تعیین همه موضوعات، مفاهیم و موارد کلیدی که به وسیله آنها می‌توان داده‌ها را آزمود و به آنها ارجاع نمود. این کار با ترسیم موضوعات دارای اولویت، سؤالات مشتق شده از اهداف و غایت ها مطالعه و نیز موضوعات برگرفته از گفته-های پاسخ‌دهندگان که به صورت نقطه نظرات و تجربیات خود ذکر کرده‌اند، محصول نهایی این مرحله، نمایه مفصلی از داده‌ها است که بر روی داده‌های برچسب‌گذاری (نام گذاری) می‌کند و آنها را به صورت دسته‌های قابل دسترسی و دستیابی می‌کند تا در ادامه مطالعه مورد تجزیه و تحلیل نهایی قرار گیرند.

- **نمایه‌سازی**

کاربرد منظم چارچوب موضوعی یا نمایه‌ها برای تمام داده‌های متنی با حاشیه‌نویس متن‌های پیاده‌سازی شده با کدها یا رمزهای عددی موجود در نمایه که معمولاً با توضیحاتی مختصر در کنار نمایه. یک متن واحد را می‌توان در برگیرنده تعداد بسیار زیادی از موضوعات دانست که هر یک از آنان باید ثبت نمود، به ویژه توصیه شده است که این کار در حاشیه متن پیاده‌سازی صورت گیرد.

- **رسم** جدول

مرتب نمودن داده‌ها براساس چارچوب موضوعی مناسب که بهم مرتبط باشند و جدول را بسازند. برای مثال، ممکن است برای هر مورد کلیدی یک جدول مجزا رسم شود یا هر موضوعی چندین زیر شاخه داشته باشد. برخلاف شیوه ببر – بچسبان در پردازشگرهای متنی، چارت‌ها حاوی خلاصه‌های برگزیده از نقطه نظرات و تجربیات می‌باشند. از این رو، فرآیند جدول پردازی در برگیرنده مقادیر متنابهی خلاصه‌سازی و ترکیب‌ها است.

- **ترسیم نقشه و تفسیر**

با استفاده از جداول برای تعریف مفاهیم، نقشه ماهیت و گستره پدیده را ترسیم می‌شود، نوع شناسی موضوعات خلق می‌گردد و قرابت پدیده‌ها کشف می‌شود. فرآیند ترسیم نقشه و تفسیر، تحت تأثیر اهداف اصلی پژوهش و موضوعاتی است که از داده‌ها استخراج شده‌اند.

[1] Pure

ساخت و بنا نهادن توضیحات، فرآیندی بسیار دشوار است و مستلزم برخورداری محقق از تسلط کامل علمی بر داده‌ها، تفکر همه جانبه‌نگر و خلاقیت است. تسلط بر گستره ادبیات (در مورد سایر حیطه‌ها، نظریات مرتبط و حتی گاه موضوعات غیر مرتبط) نقش بسیار مهم و حیاتی دارد. مثلاً در مقاله‌ای راجع به وجود فهرست طویل انتظار بیماران، آن را با صف‌های طولانی نانوایی در بلوک شرق مشابهت داده بود.

یک راه بسط و گسترش توضیحات، "*تحلیل قیاسی*"[1] است. همانند با تئوری زمینه‌ای، این نوع تحلیل نیز مستلزم آزمون و بازآزمایی‌هایی مکرر داده‌ها برای تولید نظریه است. Bloor توصیف می‌کند که چگونه از این روش برای ساخت قوانین تصمیم‌گیری توسط جراحان گوش و حلق و بینی سود برد (جدول ۷-۲). در واقع، پژوهشگر مجموعه‌ای از "موردها" را تحت آزمون قرار می‌دهد، فرضیات را بسط می‌دهد و موردهای بیشتری را می‌آزماید تا "قضیه" را بیازماید (که شبیه به آزمون‌های آماری همبستگی می‌باشد که در پژوهش‌های کمّی کاربرد دارند).

در تحقیقات کیفی معمولاً یک محقق مسئول تحلیل داده‌ها است. با وجود این، برخی محققین به این موضوع توجه نموده‌اند که تحلیلات کیفی که توسط چند پژوهشگر و تحلیل‌گر صورت می‌گیرند، از وزن و اعتبار بالاتر برخوردار می‌گردند (به ویژه هنگامی که محقق سعی دارد سیاستگذاران را نسبت به نتایج پژوهشی خود آگاه و متقاعد سازد) (به فصل ۸ نگاه کنید). این مفهوم شباهت بسیار زیادی با "پایایی همزمان"[2] دارد. مثلاً Daly و همکاران در پژوهشی در مورد تشخیص بیماری‌های قلبی و Waitzkin، در تحقیق خود از دو تحلیل‌گر سود بردند تا تحلیل خود را قوت ببخشند. با این همه، مناسب بودن کاربرد پایایی همزمان در پژوهش‌های کیفی مورد اعتراض قرار دارد. اگرچه برخی محققین مدعی می‌باشند که گزارشات کیفی را نمی‌توان مستقیماً مبنای شناسایی دنیای اجتماعی پیرامون قرار داد (چرا که تمامی یافته‌ها منعکس کننده هویت محققین می‌باشد) و اما سایر محققین نظر و عقیده متفاوتی را ارائه می‌کنند، به ویژه اگر داده‌های به دست آمده غیر ساختارمند باشند. نکته حائز اهمیت دیگر آن است که هر محقق

[1] Analytic induction
[2] Iter-rater reliability

دیدگاه خاص خود را نسبت به داده‌ها دارد که هرگز با دیدگاه سایرین مشابهت ندارد. برای مثال دیدگاه همکاران با زمینه‌های تحقیقاتی علمی دیگر اغلب می‌تواند به تعمیق تحلیل و تفسیر داده‌ها بیانجامد و لذا نادیده گرفتن چنین بصیرت‌های متفاوتی نابخردانه تلقی می‌شود.

جدول ۲-۷

مراحل تحلیل یادداشت‌ها در مطالعه کیفی در مورد چگونگی فرآیند تصمیم‌گیری جراحان گوش و حلق و بینی در کودکان که جهت تانسیلکتومی و آدنوئیدکتومی مراجعه نموده بودند.

۱- طبقه‌بندی: برای هر یک از جراحان، تمام بیماران طبقه‌بندی شدند (مثلاً جراحی توام تانسیلکتومی و آدنوئیدکتومی یا آدنوئیدکتومی تنها

۲- تعیین جنبه‌های شرطی مورد: جنبه‌های مشترک موجود میان هر یک از طبقه‌های مطرح شده (مثلاً موردهای توأم تانسیلکتومی و آدنوئیدکتومی سه علامت اصلی بالینی را داشتند)

۳- رسیدگی دقیق موردهای استثنایی: شامل در بند ۲ یا اصلاح بند ۱ تا کیس (مورد)های بیماران استثناء در آن قرار داده شوند. (انجام توأم تانسیلکتومی و آدنوئیدکتومی هنگامی که دو یا سه علامت وجود دارد).

۴- تعیین جنبه‌های موردهای مشترک: جنبه‌های مشترک سایر طبقه‌های مطرح شده (مثل سابقه دوره‌های متعدد نونسیلت (التهاب لوزه)

۵- استخراج معیارها تصمیم‌گیری جراحان: از جنبه‌های مشترک در بیماران (مثلاً سابقه بیماری مهمتر از معاینه بالینی در نظر گرفته می‌شود).

۶- استخراج شیوه بررسی جراحان برای هر یک از معیارهای تصمیم‌گیری: هر یک از جراحان به دنبال علائم بالینی خاص بودند.

هر یک از مراحل ۲ تا ۶ برای هر طبقه مطرح شده تکرار کنید.

Armstrong *et al* سعی نمودند تا پاسخی برای این پرسش بیابند که آیا پژوهشگران تحقیقات کیفی، در گزارشات خود نسبت به داده‌های خام پژوهش سازگاری و توافق دارند؟ بر آزمودن این سؤال، آنها از ۶ محقق کیفی مجرب خواستند تا مستقلاً متن پیاده‌سازی شده یک پژوهش واحد در گروه کانون را تحلیل کنند و موضوعات مهم در بحث گروهی را شناسایی و رتبه‌بندی نمایند. یک محقق دیگر علوم اجتماعی، که متن پیاده‌سازی شده بحث گروهی را مطالعه نکرده بود، گزارشات ۶ محقق اولیه را مرور کرد

تا موضوعات اصلی را تعیین و در مورد میزان توافق شش پژوهشگر قضاوت نماید. بر طبق نظر این محقق علوم اجتماعی، توافق و همگرایی بسیار نزدیکی در مورد تعیین موضوعات بنیادین بین پژوهشگران وجود داشت. اما آن محققین موضوعات را به اشکال متفاوتی "مجتمع"[1] یا مرتبط و بهم بافته بودند. Armstrong *et al* به این نتیجه رسیدند که ارزش استفاده از پایایی همزمان بستگی تام به ماهیت ذاتی فرآیند تحلیل داده‌های کیفی دارد. از سوی دیگر، بین گزارشات ۶ محقق شباهت و نزدیکی بسیار زیادی وجود داشت و نکته جالب اینجاست که محققین از دو کشور مختلف (آمریکا و انگلیس) و از سه حیطه علمی مختلف (انسان شناسی، روانشناسی و علوم اجتماعی) بودند. Armstrang *et al* ، با انتخاب عامدانه پژوهشگران از حوزه‌های متفاوت علوم، موفق به ساخت آزمون "توافق همزمان"[2] شدند که تا آن زمان، نوعاً در پژوهش‌ها متداول نبود. نکته جالب توجه تکرار چنین تجربیاتی در داده‌های کمّی، تحلیل‌های متفاوت و تحلیل‌گران از سه حوزه علوم اجتماعی متفاوت بود.

علیرغم وجود محدودیت‌های بالقوه در کاربرد واژه پایایی در پژوهش‌های کیفی که توسط Armstrong *et al* ابداع شد، استفاده از دو تحلیل‌گر یا بیشتر، به ویژه هنگامی که محقق ممکن است سوگیری خاصی داشته باشد، بسیار شایسته و عاقلانه می‌باشد (در پژوهش‌های کیفی سوگیری محقق "اعتبار" پژوهش را نیز زیر سؤال می‌برد). Daly *et al* در تحقیقات خود جهت بررسی نقش کمکی اکوکاردیوگرافی در فرآیند اجتماعی تشخیصی بیماران مشکوک به ناهنجاری‌های قلبی، اقدام به نوع اصلاح شده‌ای از پژوهش‌های کیفی و تحلیل آن نمودند. آنها در این پژوهش هم از متخصصین پژوهش‌های جامعه شناسی و هم متخصصین قلب و عروق که بیماران را درمان می‌نمودند، کمک گرفتند. داده‌های خام شامل متن‌های خام پیاده شده جلسه مشاوره بین بیماران و متخصصین قلب، پاسخ‌های متخصصین قلب به پرسشنامه ساختارمند و متن پیاده شده از مصاحبه با سؤالات باز بین بیماران و متخصصین قلب بودند.

---

[1] Packaged
[2] Inter-rater agreement

نخست، متن‌های پیاده‌سازی شده و داده‌های استخراج شده از پرسشنامه توسط محققین تحلیل شد، تا مفهوم واقعی روند تشخیص بیماری، شامل هدف از آزمایشات مشخص گردد. بر اساس تحلیل این داده‌ها، محققین جنبه اصلی مشاوره‌هایی را که ظاهراً مربوط به اکوکاردیوگرافی بودند، شناسایی کردند. سپس، این جنبه‌ها یا ویژگی‌های فرآیند بالینی به صورت معیارهایی تبدیل شدند و بدین ترتیب سایر تحلیل‌گران قادر گشتند تا ارزیابی‌های خود را از مفهوم داده‌های خام بسازند سپس متخصصین به طور مستقل و جداگانه هر بیمار را با استفاده از داده‌های خام ارزیابی نمودند تا گزارشی در مورد چگونگی و علت انجام یا عدم انجام آزمایش بر اساس توالی آنها ارائه نمایند. ارزیابی‌های متخصصین قلب و متخصصین علوم اجتماعی از نظر آماری با یکدیگر مقایسه شدند (که البته در مطالعات کیفی کاری نامعمول است) و میزان توافق و همخوانی خوبی نشان داده شد. در نهایت، در مواردی که بین تحلیل محققین اصلی پژوهش اختلاف نظر وجود داشت، یک محقق دیگر بجز کاردیولوژیست تحلیل را تکرار می‌کرد. اختلاف نظرات اندک پس از انجام بحث بین محققین و متخصصین قلب حل و فصل شد.

علیرغم وجود عنصر جابجایی در بخش‌هایی از این پژوهش طولانی مدت، (مثلاً معیارهای قطعی مورد استفاده توسط متخصصین قلب از تحلیل اولیه محققین اقتباس شد) و اینکه از روش‌های تحلیل آماری کمّی در تحقیق کیفی استفاده شد، اما این بدان معنی است قطعاً منتقدین بالینی نمی‌توانند یافته‌های این پژوهش را صرفاً بر اساس قضاوت‌های ذهنی و فردی پژوهشگر مورد تردید قرار دهند.

فصل هشتم

کیفیت در پژوهش‌های کیفی

آنچه تاکنون در این کتاب گفته شد شیوه اصلی مورد استفاده در پژوهش‌های کیفی می‌باشد. آن چنان که در فصول قبل اشاره شد (به ویژه فصل یک)، شیوه‌های کیفی سال‌هاست که در علوم اجتماعی بکار برده می‌شوند. اما، استفاده از این شیوه‌ها در پژوهش‌های حوزه سلامت نسبتاً جدید است. در دهه اخیر شیوه‌های کیفی در عرصه خدمات بهداشتی و ارزیابی فناوری سلامت به شکل فزاینده‌ای در حال گسترش است و به موازات آن شاهد رشد فزاینده مقالات و گزارشات کیفی در مجلات معتبر پزشکی، پرستاری و سایر علوم وابسته می‌باشیم. رشد علائق نسبت به انجام پژوهش‌های کیفی و گستردگی علوم پزشکی در عرصه خدمات سلامت منجر به افزایش روزافزون این پژوهش‌ها شده است. محققین سایر علوم نیز علائق خود را نسبت به پژوهش‌های کیفی ابراز داشته و مهمتر از همه آنکه علائق بسیاری معطوف به آزمودن یافته‌های حاصل از پژوهش‌های کیفی شده است. موضوع "کیفیت" در پژوهش‌های کیفی بخشی از بحث‌های انتقادآمیز مربوط به ماهیت علمی منتج از تحقیقات کیفی است. به راستی پاسخ این سؤالات چیست که آیا می‌توان کیفیت پژوهش‌های کیفی را مورد قضاوت قرار داد؟ چگونه؟

تحقیقات کیفی در عرصه سلامت و خدمات بهداشتی می‌باید که بر این پیش داوری و سوءتفاهمات بی‌شمار فائق آید. برای مثال، برخی معتقدند که تحقیقات کیفی بسیار "ساده" هستند (و به همین دلیل نیازمند مهارت و آموزش چندان نیستند). اما واقعیت آن است که دقیقاً عکس این مدعی صادق است. داده‌های کسب شده از این تحقیقات بسیار سخت و دشوار تحلیل می‌گردند و چنین تحلیل مهارت‌های فوق العاده‌ای در تفسیر داده‌ها را طلب می‌کند. پژوهش‌های کیفی از معمای بزرگ "کوچکی تعداد" در عذابند چرا که کمبود شرکت‌کنندگان و موقعیت‌های پژوهشی با کاربرد آمار و روش‌های مرسوم آماری در

پژوهش‌های کمّی متضاد است. با وجود این منافات ظاهری نباید به هیچ عنوان قوت و استحکام پژوهش‌های کیفی را نفی و انکار نمود.

صرف‌نظر از همه اینها، وضعیت و چگونگی همه اشکال پژوهش، بستگی تام به ارزیابی کیفیت شیوه‌های مورد استفاده در پژوهش دارد. در عرصه پژوهش‌های کیفی، دغدغه ارزیابی کیفیت، با تکثیر فزاینده دستورالعمل‌ها برای انجام صحیح و قضاوت در مورد کیفیت این پژوهش‌ها مشخص می‌شود به نحوی که دامنه آن به عرصه پژوهش‌های مرتبط به سلامت نیز کشیده شده است. کاربران و حامیان انجام چنین پژوهش‌هایی نیز نقش بسیار مهمی در گسترش این دستورالعمل‌ها ایفاء نمودند و به مرور با آشنایی بیشتر ایشان به پژوهش‌های کیفی این نقش پر رنگ‌تر نیز شده است و به دنبال راهی برای ارزیابی کیفیت و تقسیم‌بندی کیفی پژوهش‌های کیفی به "خوب" و "ضعیف" بوده‌اند. هم اکنون در انگلستان یک مؤسسه تحقیقاتی برای انجام یک پژوهش نظام‌مند مروری در مورد شیوه‌های کیفی پژوهش مربوط به ارزیابی فناوری بهداشتی سرمایه‌گذاری نموده است. با وجود این، علیرغم امیدواری‌های حامیان مالی این طرح برای دستیابی به دستورالعملی ساده و کارآمد، هرگونه تحلیل منطقی و تفکرآمیز در این مسئله بسیار بغرنج و نامحتمل تلقی می‌گردد. در نتیجه، دفتر هیأت دولت انگلستان هیأتی را مأمور مطالعه و ارائه چارچوب ارزیابی کیفیت پژوهش‌های کیفی نمود. این پروژه تحقیقاتی اقدامی در مقابل خیل پیشنهادات تحقیقی بود که با چارچوب کیفی در مورد خط‌مشی و ارزیابی برنامه‌ها به دولت ارائه می‌شد، بی‌آنکه هیچ دستورالعمل روشن و متقنی وجود داشته باشد تا مطابقت این پژوهش‌ها را با استانداردهای تعیین کننده پژوهش خوب در تحقیقات کیفی تأیید نماید. در فصل‌های قبلی این کتاب (فصول ۲ و ۵) سعی شد تا شایع‌ترین و پرکاربردترین شیوه‌های تحقیقات کیفی معرفی شوند و مطابقت آنها با پژوهش‌های کیفی در عرصه سلامت نشان داده شود. علاوه بر این، مزایا و محدودیت‌های این پژوهش‌ها نیز مورد بحث قرار گرفتند. در این فصل بنا داریم برخی از این موضوعات کیفیتی را مطرح نمائیم، با آنکه می‌دانیم قضاوت قطعی و تعیین در مورد ماهیت دانش تولید شده از پژوهش‌های کیفی میسر نخواهد بود. در این بخش به بیان دو نقطه‌نظر در مورد

قضاوت راجع به پژوهش‌های کیفی خواهیم پرداخت و بحث را اینگونه ادامه خواهیم داد که می‌توان با معیارهای رایج بررسی کیفیت در پژوهش‌های کمّی، تحقیقات از نوع کیفی را نیز ارزیابی نمود اگر چه، مفهوم مربوط به این شاخص‌ها و معیارها ممکن است دقیقاً همانی نباشند که قبلاً در ذهن داشتیم. در پایان این فصل فهرستی از سؤالات را که می‌توان برای ارزیابی کیفیت بخشی از پژوهش‌های کیفی بکار برد به نقل از Spencer و همکاران مطرح خواهیم نمود.

آیا می‌توان معیارهای تعیین کیفیت مشابهی را بکار برد؟

بحث‌های مفصلی میان پژوهشگران تحقیقات کیفی وجود دارد که آیا می‌توان و باید از معیارهای یکسان و مشابه برای تعیین کیفیت در پژوهش‌های کمّی و کیفی سود برد.

این بحث فوق‌العاده پیچیده و بغرنج است چرا که تفاهم اولیه در مورد این که اصولاً تحقیقات کیفی چیستند، وجود ندارد. مضافاً به اینکه تنوع بسیار زیادی در چگونگی انجام تحقیقات کیفی نیز وجود دارد. به دلیل اینکه ماهیت واقعیت‌های اجتماعی بر اساس معیارهای کیفی به سختی قابل توجیه می‌باشند و مستقل از وجود انسان و ساختار آن معنی نمی‌یابند، ارزیابی کیفیت در این مقوله‌ها، ناممکن و نامرتبط تلقی می‌گردد (به قسمت‌های پایین نگاه کنید) و موجب مطرح شدن دو موضع مخالف زیر گردد.

نخست آنکه، گروهی معتقدند که تحقیقات کیفی، انگاره[1] مشخصی را ارائه می‌دهند که نوع متفاوتی از دانش نسبت به پژوهش‌های کمّی تولید می‌کنند. بنابراین، معیارهای کیفی متفاوتی باید بکار گرفته شوند تا کیفیت این پژوهش‌ها را ارزیابی نمایند. دوم آنکه، گروه دیگری بر این باورند که هیچگونه فلسفه مجزای از دانش و علوم وجود ندارد که صرفاً بر مبنای تحقیقات کیفی استوار باشد و لذا همان معیارهای عمومی باید برای بررسی کیفیت در پژوهش‌های کیفی بکار برده شوند. از هر منظر می‌توان نقطه نظرات متفاوت را بیان داشت. بیشتر مباحث در درون و میان این منظر فوق‌الذکر به دلیل دغدغه آنها نسبت به

[1] Paradigm

مفهوم "اعتبار"[1] و تا حدود کمتری نسبت به مفهوم "قابلیت اعتماد"[2] در این پژوهش‌ها می‌باشد. اعتبار به صحت و درستی و روایی یافته‌ها اطلاق می‌گردد، در حالی که می‌توان آن را به ارزش‌ها و باورهای هر بخش از یافته‌های پژوهش‌های کیفی نیز منتسب نمود.

موضع مخالف: مجزا و متفاوت

مدافعین این نظریه که پژوهش‌های کیفی، انگاره‌های مشخصی را ارائه دهند که نوع متفاوتی از دانش را تولید می‌کنند، معتقدند که نباید با معیارهایی که متعلق به این انگاره نیستند به قضاوت راجع به علم این نوع پژوهش‌ها نشست. این بدان معنی است که نباید با معیارهای سنتی و قدیمی به سنجش اعتبار، تعمیم‌پذیری[3] (گسترش و تعمیم پژوهش به موقعیت‌ها و جمعیت‌های بزرگتر) و ثبات (میزان تکرارپذیری یافته‌ها با انجام تحقیق مشابه)پژوهش‌های کیفی اقدام نمود. برای کسانی که از موضع مخالف به این مقوله می‌نگرند، حتی استفاده ترکیبی یا مختلط از شیوه‌های فوق‌الذکردر این پژوهش‌های کیفی نیز نامناسب و ناثواب است.

در مرکز این موضع‌گیری مخالف، رد آنچه Lincoln و Guba آن را "واقع‌گرایی محض" می‌خوانند نهفته است (اعتقاد به اینکه تنها یک واقعیت اجتماعی محض وجود دارد و این حقیقت محض کاملاً از فرایند تحقیق و وابستگی به محقق مستقل است). در عوض، آنها پیشنهاد نمودند که "واقعیت"[4] به عنوان "آگاهانه‌ترین و ... پیچیده‌ترین ساختاری که نسبت به آن توافق عمومی وجود دارد ... و پرسشگر و پاسخگو با ارتباطی مستحکم نسبت به یافته‌ها در فرآیند پژوهش به خلق مکتوب نتایج می‌رسند" تعریف می‌شود.

هنوز هم واقع‌گرایانی وجود دارند که معتقدند هیچ‌گونه بنیاد و مبنایی برای تفاهم که Lincoln و Guba به آن اشاره نموده‌اند، وجود ندارد و اینکه تمامی دیدگاه‌های پژوهشی مختص همان دیدگاه است که در قاموس آن دیدگاه معتبر و روا است. عدم وجود استانداردهای بیرونی، قطعاً هر محققی را برای

[1] Validity
[2] Reliability
[3] Generalisability
[4] Truth

قضاوت در مورد پژوهش‌های سایر علوم با مشکل روبرو خواهد ساخت. با وجود این، آن چنان که Murphy و همکارانش اشاره نموده‌اند، در عرصه پژوهش‌های حوزه سلامت، موضع واقع‌گرایی محض، تحقیقات کیفی را از هرگونه استخراج نگرش و بصیرت گنگ و دو پهلو در ارتباط با اقدام انجام شده منع می‌کند و از این رو، در میان محققین پژوهش‌های کاربردی سلامت، انجام این پژوهش‌های کیفی طرفداران اندکی دارد.

واقع‌گرایانی که معتقدند برای ارزشیابی و قضاوت در مورد پژوهش‌های کیفی، تعیین معیارهای خاص ضرورت دارد، محدوده‌ای از طرحواره‌های[1] متفاوت ارزیابی را معرفی می‌نمایند. چرا که گزینش و اهمیت معیارهای متفاوت کیفیت بستگی تام به موضوع و هدف پژوهش دارد. Papay و همکارانش در تحقیق خود، در پاسخ به این سؤال کلیدی در پژوهش‌های کیفی که "چرا افراد کارهایی که انجام می‌دهند را انجام می‌دهند؟" با مسائلی از این قبیل راهبرد نمونه‌گیری، کفایت نظریه، جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، گستره موضوع مورد بحث و اینکه آیا دانش تولید شده در توافق با ماهیت موضوع در زمینه اجتماعی آن می‌باشد، روبرو بودند. در حالی که بسیاری شباهت‌های گسترده بین استانداردهای کیفیت در پژوهش‌های کیفی و کمّی، علائق مشابه نسبت به واقعیت، کاربرد، تمامیت و بی‌طرفی در پژوهش‌های وجود دارد، تفاوت‌های بنیادین در محتوای دانشی هر شیوه لزوم ارزیابی کیفیت با روش‌های مختلف را در دو حوزه پژوهش‌های کیفی و کمّی را مطرح می‌نمایند. Hammersley تلاش نمود تا معیارهای متفاوت کیفیت را بیان کند. او این معیارها را از نظر واقع‌گرایان (و مخالفین آنها) به این شکل خلاصه نمود:

- میزان تولید نظریه قطعی و نظریه متکی به نظریات قبلی و نیز میزان رشد و بسط چنین نظریه‌هایی
- نقل و بازگویی محتوای موجود در نظریه‌ها
- تمامیت و همخوانی نظریه‌های مطرح شده با کلیت داده‌های گردآوری شده
- گستره‌ای که در آن توصیف فرهنگی موقعیت، مبنایی را برای عملکرد ماهرانه در فرهنگ مورد مطالعه فراهم می‌آورد

---
[1] Schemes

- گستره‌ای که در آن یافته‌ها به سایر موقعیت‌ها قابل انتقال می‌گردند.
- قابلیت انعطاف گزارش، به معنی درجه یا میزانی که تأثیرات راهبردهای پژوهش بر یافته‌ها مورد ارزیابی می‌گذارند و نیز حجم دانشی که در فرآیند پژوهش به خواننده ارائه می‌گردد.

این معیارها باز و چالش‌پذیرند، مثلاً آنکه آیا الزامی است که هر پژوهشی منجر به تولید نظریه گردد، موضوعی قابل بحث است. در عین حال، بسیاری از معیارهای فوق‌الذکر منجر به پژوهش‌های کیفی نیستند (نظیر قابلیت انتقال یافته‌های پژوهش به سایر موقعیت‌ها)، چنانکه در بسیاری موارد می‌توان با یک معیار راهنمای سنجش واحد هر دو پژوهش‌های کیفی و کمّی را ارزیابی کرد، اگر چه گاه لازم می‌گردد تا متناسب با نوع پژوهش، شیوه ارزیابی را اصلاح و بازنگری کرد.

کاربرد معیارهای برگرفته از تحقیقات کمّی: واقع‌گرایی ظرافتمندانه[1]

Hammersley ، Kirk و Miller بر این نکته توافق دارند که تمامی پژوهش‌ها در برگیرنده ادراکات ذهنی و مشاهدات می‌باشند و کاربرد شیوه‌های متفاوت، تصویر متفاوتی از پدیده اجتماعی مورد مطالعه به دست می‌دهد. با وجود این، علیرغم نظر مخالف واقع‌گرایان، آنها معتقدند که این بدان معنی نیست که ما نمی‌توانیم بپذیریم و باور کنیم که وجود پدیده‌ها مستقل از ادعاهای ما راجع به آنها است. به عبارت دیگر، پدیده‌ها واقعیت‌هایی می‌باشند که ما آنها را مطالعه می‌کنیم. از این رو، نقش پژوهش‌های کیفی و کمّی آن است که تلاش کنند تا واقعیت‌ها را نشان دهند، نه آنکه تصور دسترسی به "حقیقت" را ایجاد کنند. Hammersley این مفهوم را واقع‌گرایی ظرافتمندانه می‌نامد. منطق این موضع آن است که برای ارزیابی دیدگاه‌های متفاوت که توسط فرآیندهای مختلف تحقیقی در مقابل یکدیگر و حتی در مقابل معیارهای مشترک بین پژوهش‌های کیفی و کمّی مطرح می‌گردند، قطعاً راه‌هایی وجود دارند. Hammersley معیارهای مشترک "اعتبار[2]" و "ارتباط" (منظور او از ارتباط آن است که موضوع پژوهش مرتبط به علائق و دغدغه‌های افراد باشد) را به عنوان مبنا و بنیاد معرفی می‌کند. با وجود این، ابراز این

---
[1] Subtle realism
[2] Validity

ارزیابی به اصلاح و تعدیل نیاز دارند تا قابلیت کاربرد در پژوهش‌های کیفی و کمّی و متناسب با اهداف ویژه آنها را بیابند. برای مثال، معمولاً تحقیقات کیفی به دنبال گسترش و بزرگی جمعیت تحت مطالعه برای تعمیم یافته‌های خود نیستند، اما به دنبال بروز رفتارهایی خاص می‌باشند که در موقعیت طبیعی خود بروز می‌نمایند. مشابه با آن، موضوع پایایی یا ثبات است که به تکرارپذیری نتایج پژوهش اشاره دارد و در موقعیت‌هایی که غیرقابل تکرار و تجدید هستند و یا تغییرات اجتماعی وسیع و غیر قابل کنترل می‌باشند قابلیت حصول این ثبات اندک است. در تحقیقی جامع توسط Murphy و همکارانش انجام شد، نتایج تحقیقات Hammersley را برای ارزیابی چنین پژوهش‌هایی مبتنی بر اعتبار، که به صورت میزان صحت و دقت نشان دادن پدیده اجتماعی موردنظر تعریف می‌گردد، و مفهوم ارتباط، که ظرفیت پژوهش برای حل معضلات گروهی از افراد درگیر در مشکل اطلاق می‌گردد، تأیید نمود. هر یک از این دو معیار را مورد بحث قرار می‌دهیم.

ارزیابی و تضمین کیفیت پژوهش‌های کیفی

هیچ نسخه از پیش نوشته و راه میانبری برای به حداقل رساندن احتمال خطا در پژوهش‌های کیفی وجود ندارد. علاوه بر این، هیچ خط و مرز مشخص وجود ندارد که پژوهش‌های کیفی "خوب" و "بد" را از یکدیگر متمایز سازد. با وجود این، راه‌های متعددی وجود دارند که منجر به بهبود اعتبار پژوهش می‌گردند. هر یک از این راهها مستلزم تمرین و ممارست در قضاوت راجع به محقق و خواننده تحقیق دارد.

روش سه کنج[1]: راه تلفیق

روش سه کنج، در برگیرنده مقایسه نتایج به دست آمده از دو یا چند شیوه گردآوری داده‌ها (مصاحبه و مشاهده) و یا به شکل ساده‌تر از دو یا چند منبع اطلاعاتی (مثل مصاحبه با اعضاء گروه‌های علاقمند) می‌باشد. محقق به دنبال یافتن الگوهایی تقاربی است که تفاسیر کلی را در هم آمیخته نمایند. روش سه کنج به عنوان ابزاری برای تضمین جامعیت مجموعه‌ای از یافته‌ها پذیرفته شده است. مقبولیت

---

[1] Triangulation

این روش به عنوان آزمونی اصیل برای تأیید درستی و اعتبار مطالعه جای بحث فراوان دارد. این آزمون بر این فرض استوار است که اگر در شیوه نقطه ضعفی وجود داشته باشد، با استفاده از قوت روش‌های دیگر آن نقطه ضعف جبران گردد. ندرتاً ممکن است شیوه‌های کیفی کفایت اندازه‌گیری‌های کمّی باشند یا نشان دهند که نتایج کمّی حاصل از مشاهده رفتار عجیب و نامعقول باشند. مثلاً در مطالعه Stone و Campbell در مصاحبه عمیق با اهالی نپال (که در فصل اول بدان اشاره شد) نشان داد که نگرش مردم نسبت به سقط و برنامه تنظیم خانواده با نتایج ارائه شده در تحقیق پیمایشی رسمی در مورد باروری مغایرت فاحشی دارد. مشابه آن، در شیوه چندگانه‌ای که Meyer از آن استفاده کرد (فصل یازدهم) فاصله میان یافته‌ها استخراج شده از معیار نگرش سنج و گفته‌های روزمره مردم را نشان داد و حتی گفته‌های شرکت‌کنندگانی که دروغ گفته بودند با عملکرد واقعی آنها در بخش مغایرت داشت. با وجود این، کاربرد روش تلفیق هنوز مورد اعتراض قرار دارد. Silverman معتقد است که داده‌های کسب شده از منابع مختلف تنها برای تعیین ماهیت خاص موضوع و رفتار در گزارشات متفاوت کاربرد دارد. او اشاره می‌کند که مغایرت میان نتایج به دست آمده از منابع مخلتف (مثلاً پزشک و بیمار) مشکل قضاوت میان گزارشات مختلف را موجب می‌شود. از این رو، تلفیق به عنوان راهی برای جامعیت یافتن بیشتر مطالعه و ترغیب به تحلیل منعکس کننده‌تر داده‌ها (قسمت زیر را مطالعه نمائید) نسبت به انجام صرف آزمون اعتبار می‌باشد.

اعتبار پاسخ‌دهندگان

اعتبار پاسخ‌دهندگان که گاه آن را با بررسی اعضاء نیز می‌خوانند، شامل مجموعه‌ای از فنون[1] می‌باشد که بدان وسیله گزارش محقق را با گزارشات افراد تحت مطالعه مقایسه شده و میزان تطابق میان این دو مجموعه تعیین می‌گردد. واکنش نسبت به تحلیل‌های انجام شده با یافته‌های مطالعه مطابقت داده می‌شوند. Lincoln و Guba اعتبار پاسخ‌دهندگان را به عنوان قویترین راه بررسی موجود برای تعیین اعتبار طرح تحقیقاتی معرفی می‌کنند. با وجود این، محدودیت‌هایی نیز برای این فنون قائل می‌گردند. برای

[1] Techniques

مثال، گزارشات پاسخ‌دهندگان متفاوت باشد. در نتیجه، توصیه می‌گردد تا به مقوله اعتبار پاسخ‌دهندگان به مثابه فرایند یا بخشی از فرایند کاهش خطا نگریست که به تأمین داده‌های واقعی‌تر و اصیل‌تر می‌انجامد و به نوبه خود مستلزم تفسیر بیشتر می‌باشد.

شفاف‌سازی شیوه‌ها و روش‌های گردآوری و تحلیل داده‌ها

از آنجا که تمامی شیوه‌های بکار گرفته شده در پژوهش‌های اجتماعی به شکل اجتناب‌ناپذیری، اهداف تحقیق را تحت تأثیر قرار می‌دهند (و محققین پژوهش‌های کیفی به ویژه نسبت به آن آگاهی کامل دارند) حائز کمال اهمیت است که گزارش شفافی از تمامی روند گردآوری و تحلیل داده‌ها ارائه شود. این بدان دلیل است که خواننده را قادر می‌سازد تا در مورد شواهد منتج به نتایج قضاوت کند و چگونگی روند گردآوری شواهد را گزارش و تحلیل نماید. برای مثال، در مطالعات مشاهده‌ای، ضرورت دارد تا مدت زمان مشاهده، عمق و کیفیت دسترسی محقق به موقعیت و محیط مطالعه به روشنی بیان گردد.

نقص و خطای رایج در گزارشات کیفی، عدم کفایت گزارشات در مورد فرایند تحلیل داده‌ها می‌باشد (به فصل ۷ نگاه کنید). این نقص به دلیل ماهیت قیاسی پژوهش‌های کیفی، تعمیق بیشتری نیز می‌یابد. چرا که در پژوهش‌های کیفی، محقق بنا دارد تا مفهوم جدیدی را بسط و گسترش دهد و پیش داوری در مفهوم‌سازی[1] پسندیده نیست. در نتیجه، فرآیند گردآوری و تحلیل داده‌ها به شدت در هم تنیده‌اند. با وجود این، در پایان مطالعه باید گزارش شفافی ارائه شود که چگونگی حصول سیستم طبقه‌بندی ساده و سهل‌الوصل که از ساختار پیچیده رمزگذاری در آن بیان شده باشد.

در برخی موقعیت‌ها، ضرورت دارد تا محقق با خواستن از محقق دیگر برای رمزگذاری مستقل داده-های خام، از پایایی همزمان در تحلیل داده‌ها اطمینان یابد. در شرایطی که انجام چنین روشی مقدور یا میسر نمی‌باشد (به فصل هفتم در مورد تجزیه و تحلیل داده‌ها نگاه کنید)، ترجیح داده می‌شود تا نشان داده شود تا چه حد برای کسب داده‌ها حساسیت و وسواس به خرج داده شده است. در نهایت، ضرورت

[1] Conceptualization

دارد که در گزارش کتبی داده‌های کافی در اختیار خواننده قرار گیرد تا بر اساس این داده‌ها هر خواننده‌ای بتواند در مورد تفسیر ارائه شده قضاوت کند. این یکی از همان دلایلی است که علت طولانی‌تر بودن گزارشات در تحقیقات کیفی را نسبت به تحقیقات کمّی توجیه می‌کند و به همین علت، خلاصه سازی داده‌ها نیز امری دشوار محسوب می‌شود.

انعطاف[1]

انعطاف به معنی حساسیت نسبت به اقداماتی است که محقق و فرآیند تحقیق، داده‌ها را متشکل و منسجم نموده‌اند و شامل نقش فرضیات و تجربیات پیشین (که می‌توانند بر روند جستجوگری قیاسی تأثیر گذارند) نیز می‌گردد. محققین باید با داشتن یک دفترچه تقویم یادداشت به موازات جمع‌آوری عادی داده‌ها، تمامی وقایع را بر حسب زمان وقوع و دوره انجام پژوهش ثبت نمایند. پژوهشگران، باید نهایت سعی و تلاش خود را بکار بندند تا از سوءگیری پرهیز کنند و در گزارشات خود هرگونه شبه و تردید در مورد احتمال سوءگیری را مرتفع سازند. تأثیر عواملی از قبیل ویژگی‌های فردی مثل سن، جنسیت، طبقات اجتماعی و وضعیت حرفه‌ای (مثلاً پزشک، پرستار، فیزیوتراپ جامعه شناسی، مدیر و ...) در فرایند گردآوری و تحلیل داده‌ها مورد توجه قرار گرفته و "مبری"[2] بودن محقق از آنچه که مورد تحقیق قرار گرفته است به روشنی تبیین گردد.

توجه به موارد منفی

به موازات جستجو و یافتن توضیحات برای داده‌های گردآوری شده، تاکتیک بلند مدت برای کاهش احتمال خطا آن است که عناصر و داده‌های مغایر با سایر داده‌های پژوهشی که در بروز پدیده مورد مطالعه مؤثرند نیز تحت نظر باشند. تجزیه و تحلیل موارد مغایر[3] به اصلاح تحلیل کمک می‌کند. این شبیه به تحقیقات Popperian در مورد شواهد مغایر با تئوری‌های موجود در علوم طبیعی که هر محققی در

---

[1] Reflexivity
[2] Distance
[3] Deviant case analysis

پژوهش خود باید به آنها اشاره کند. چنین کاری موجب کمک به افزایش پیچیدگی و اعتبار گزارش تحقیقی می‌گردد. شکل دیگری از تحلیل موارد مغایر یا منفی تلاش برای یافته‌های مغایر در سایر مطالعات نسبت به تحقیق حاضر می‌باشد که به تطابق یافته‌ها در دو پژوهش می‌انجامد (به فصل۱۳ در مورد سنتز کیفی نگاه کنید).

منصف بودن[1]

فن نهایی کاهش احتمال سوگیری در تحقیقات کیفی داشتن اطمینان از آن است که طرح تحقیق به روشنی جنبه‌های وسیعی از دیدگاه‌های مختلف را در نظر دارد و نقطه نظرات خاصی مورد توجه محقق نیست و او این نقطه نظر را راه حل نهایی و تنها واقعیت ممکن تلقی نمی‌کند. Ding well واژه "منصف بودن" را به کار برد. او این مفهوم را برای توصیف فرایند تلاش برای "بی‌طرفی"[2] تعریف نمود.

مرتبط بودن[3]

Hammersley معتقد است که پژوهش کیفی با کیفیت خوب می‌باید به علائق و دغدغه‌های جامعه مرتبط باشد. اما این به منزله آن نیست که پژوهش الزاماً به طور چشم بسته فقط به مشکلات فعلی که سیاستگذاران، مدیران و صاحبنظران به آنها توجه دارند، معطوف گردد. همچنین تحقیقی مرتبط شناخته می‌شود که به افزایش دانش و تکامل دانش افزایی در علم مربوطه بیانجامد. بُعد دیگر مرتبط بودن پژوهش، وسعت حیطه‌ای است که یافته‌های پژوهشی، صرف‌نظر از موقعیت انجام تحقیق، در آن شکل می‌گیرند. محققین کیفی اغلب به دلیل آنکه یافته‌های آنها قابلیت تعمیم زیادی ندارند مورد انتقاد قرار می‌گیرند. با وجود این، با استفاده از روش‌های نمونه‌گیری احتمالی نظیر فن نمونه‌گیری مستقیم[4] در تحقیقات کیفی از مشابهت نمونه‌های انتخاب شده با اطمینان خاطر کسب نمایند. ترفند[5] دیگر آن است که محقق به

[1] Fair dealing
[2] Non-partisan
[3] Relevant
[4] Stratified Sampling Technique
[5] Tactic

اندازه کافی جزئیات روند پژوهش را توصیف و تشریح نماید تا خواننده را قادر سازد در مورد امکان کاربرد یافته‌ها در موقعیت‌های مشابه قضاوت کند.

سخن پایانی در این خصوص آنکه، نباید تنها به استناد منطق آماری، امکان تعمیم یافته‌های پژوهش کیفی را به قضاوت نشست. وسعت تعمیم‌پذیری شرایط از یک موقعیت به سایر موقعیت‌ها علاوه بر آمار، بستگی تام به کفایت تشریح نظریه‌ای دادند که تحقیق بر آن استوار است. از این رو، آزمون در طبقه-بندی هم "موردها" و هم "موقعیت‌ها" را یکسان و مشابه در نظر می‌گیرد. یک راه رسیدن به این موضوع کشف وسعت و اندازه نمونه موارد تحت مطالعه به حدی که بالقوه مرتبط باشند. نام این نوع نمونه‌گیری، "نمونه‌گیری نظری"[1] است که در آن نمونه اولیه به اندازه‌ای انتخاب می‌شود که تا حد امکان تغییرات و تنوع[2] رفتاری را پوشش دهد و در صورت نیاز به گسترش اندازه نمونه براساس یافته‌های اولیه حاصل از نمونه‌گیری در هر زمان از نمونه‌گیری قابل افزایش می‌باشد. با نمونه‌گیری نظری یا مفهومی، گروه "اقلیت"[3] آماری کراراً مورد بررسی قرار می‌گیرند. از این رو، نمونه کامل باید در برگیرنده محدوه‌ای از موردهای مرتبط باشد به گونه‌ای امکان مفهوم‌سازی[4] از موضوع فراهم آید.

نقش راهنمای کیفیت

بحث‌ها و مناظرات داغ درباره اینکه آیا باید معیارهای کیفیت را در پژوهش‌های کیفی اعمال نمود، و نیز نقطه نظرات متفاوت میان صاحبنظران در مورد معیارهای مناسب و چگونگی ارزیابی این پژوهش‌ها، ما را بر آن می‌دارد تا کسانی را که در بکارگیری معیارها فکر نکرده عمل می‌نماید و به قضاوت می‌پردازند را باید به احتیاط بیشتر توصیه نمائیم. بسیاری از معیارهای پیشنهاد شده فردی را نمی‌توان برای ارزیابی بکار برد. هر یک از این معیارها باید قبل از بکارگیری، ارزشیابی و تأیید گردند. تعدادی سیاهه یا فهرست

---
[1] Theoretical sampling
[2] Variablity
[3] Minority
[4] Conceptualisation

وارسی[1] برای انجام این کار انتشار یافته اند تا در قضاوت در مورد کیفیت آثار کیفی ما را یاری نمایند. این سیاهه‌ها جنبه‌های وسیعی از پژوهشی (که به طور بالقوه ممکن است با هر یک از انواع مطالعات کیفی مرتبط باشند) را پوشش می‌دهند.

یکی از آخرین و خسته‌کننده‌ترین چارچوب‌های تولید شده در انگلستان توسط Spencer و همکارانش به نیابت از دفتر کابینه انگلستان تهیه شد و در صفحات بعد خلاصه آن ارائه شده است. این فهرست وارسی به مثابه تلاشی است که هدف آن شکل و نظم‌دهی به چارچوب‌های موجود قبلی است. مولف و همکارانش در مطالعه‌ای سیستماتیک به مروری بر مطالعات مرتبط به مفاهیم، استانداردها و سنجش کیفیت پژوهش‌های کیفی پرداختند که شامل ۲۹ مطالعه موجود انگلستان در سال ۲۰۰۲ میلادی بود. همچنین، تیم تحقیقاتی با محققین کیفی بسیاری مصاحبه نمودند و با مصرف‌کنندگان این تحقیقات نیز گفتگو کردند تا چارچوب مناسبی برای ارزیابی ارزشیابی‌های کیفی از برنامه‌ها و سیاست‌های اجتماعی ابلاغ نمایند. این چارچوب مبتنی بر دیدگاه و خرد جمعی گروهی است که معتقدند مفهوم نهفته در ورای این مفاهیم سنتی و رایج (کمّی) از کیفیت، به تحقیقات کیفی نیز مرتبط است، اما باید به گونه‌ای دیگر ارزیابی و فرمول‌سازی مجدد گردد.

این چارچوب، به شدت وابسته به معیارهای کیفی و فهرست‌های وارسی قبلی است و تلاش می‌کند تا در نهایت امکان، عملی‌ترین شیوه روزآمد را بنا سازد. مؤلفین عامدانه و عاقلانه بر این نکته تأکید می‌ورزند که این چارچوب ابزاری کمکی برای قضاوت آگاهانه در مورد کیفیت پژوهش است و هرگز نباید آن را قانونی لایتغیر تلقی نمود که قابلیت کاربرد در همه پژوهش‌های کیفی را داراست. با وجود این، به نظر ما این چارچوب، تا به امروز کاربردی‌ترین ابزار برای قضاوت در مورد پژوهش‌های کیفی است که از یکی از شیوه‌های مرسوم استفاده کرده اند مثل نام‌گذاری، مصاحبه فردی، گروه‌های کانون، مشاهده و تحلیل‌های مستند. ناگفته پیداست که اصول و مبانی و بسیاری از سؤالات پیشنهاد شده را می‌توان به

[1] Checklist

راحتی در مورد همه پژوهش‌هایی از این دست بکار برد و حتی در پژوهش‌هایی استفاده کرد که شیوه‌های پیچیده‌تری را نیز بکار گرفته‌اند (مثلاً تحلیل‌های کلامی یا محاوره‌ای، پژوهش‌های تاریخی و آرشیوی، شیوه‌های چندرسانه‌ای و ...) و با اندکی مداقه و اصلاح به پژوهش‌های غیر ارزشیابانه[۱] نیز گسترش و تعمیم داد. با وجود آنکه چارچوب پیشنهادی اولیه با هدف ارزیابی برون‌دادهای کامل شده تحقیق طراحی شده است، محققین می‌توانند در هر زمان و هر موقعیت از پژوهش از این سؤالات استفاده کنند تا به ارتقاء کیفیت پژوهش کمک نمایند و نیز ارزیابان پژوهش‌های کیفی در کمیته‌های تحقیق را در قضاوت راجع به طرح مقدماتی پیشنهادی پژوهشی یاری می‌رساند.

ارزیابی کیفیت پژوهش‌های کیفی: معرفی چارچوب پیشنهادی Spencer و همکاران

این چارچوب در برگیرنده مجموعه‌ای از اصول راهنمایی‌کننده، مجموعه‌ای از سؤالات ارزیابی و برای هر سؤال مجموعه‌ای از شاخص‌های کیفیت می‌باشد.

اصول راهنما

بر اساس موضوعات مؤکد و مکرر در مروری بر مطالعات و مصاحبه‌های انجام شده (که به تدوین چارچوب کمک شایانی نمود)، چهار اصل راهنمایی کننده عمده استخراج گردید. این اصول چهارگانه که شاخص ارزشیابی کیفیت می‌باشند و به شرح ذیل معرفی می‌شوند.

- *کمک‌کننده*[۲] به پیشرفت و گسترش دانش و ادراک خط‌مشی، عمل و یا نظریه مربوطه باشد (و عبارت دیگر مترادف کلمه "مرتبط" است که قبلاً مورد بحث قرار گرفت).
- *قابلیت دفاع*[۳] از طرح پژوهشی را دارا باشد به گونه‌ای که با ارائه راهبردهای پژوهشی، سؤال تحقیق را مطرح می‌کند (بدین معنی که شیوه جستجو و پاسخ‌گویی به سؤال پژوهشی متناسب با اهداف پژوهشی باشد).

[1] Non-evaluative research
[2] Contributory
[3] Defensible

- *ثلابت لازم*[1] در اجرا سیستماتیک و شفاف در گردآوری داده‌ها و تحلیل و تفسیر داده‌های کیفی را دارا باشد (که لازمه آن کاربرد فن خاص تحقیق برای تضمین اعتبار پژوهشی است).
- از *قابلیت اعتماد* لازم برخوردار باشد. این مشخصه با طرح مباحث بنیادین و اساسی با پشتوانه شواهد متقن قابل حصول است.

سؤالات ارزیابی

اصول راهنمایی کننده برای تعیین ۱۸ سؤال ارزیابی بکار برده می شوند تا به بررسی مطالعه کمک کنند. این سؤالات کلیه نمودهای کلیدی و فرآیندهای مورد استفاده در مطالعات کیفی از قبیل طراحی پژوهشی، نمونه‌گیری، گردآوری داده‌ها، تحلیل نتایج، گزارش تحقیق، انعطاف و بی‌طرفی، رعایت اصول اخلاقی، قابلیت ارزیابی و بررسی یافته‌ها را پوشش می‌دهد. به هنگام ارزیابی مطالعه‌ای که به اتمام رسیده است، پیشنهاد شده است که نخست یافته‌ها را ارزیابی نمود، چرا که این کار کمک می کند فرایندی که به کشف داده‌ها رسیده است بهتر ارزیابی شوند.

شاخص‌های کیفیت

برای هر یک از سؤالات ارزیابی، مجموعه‌ای از شاخص‌های کیفی در نظر گرفته می‌شود که بر مبنای آن نسبت به حصول اهداف و مشخصه‌های موردنظر قضاوت می‌شود (به جدول ۱-۸ نگاه کنید). در این جدول اگر چه سعی شده است که شاخص‌های زیادی لحاظ شوند، با جود این، ممکن است هر پژوهشی همه این شاخص‌ها را نیاز نداشته باشند و به شاخص‌های خاص دیگری احتیاج داشته باشد.

---

[1] Rigorous

جدول ۱-۸: چارچوب ارزیابی مطالعات کیفی (به ویژه در مورد ارزشیابی خط مشی)

نمودها / فرآیندهای مطالعه	سؤالات مطرح شده	شاخص‌های کیفیت (نمودهای قابل توجه در مطالعه)
یافته‌ها	۱- میزان اعتبار یافته‌ها چگونه است؟	یافته‌ها بر اساس داده‌ها و شواهد تأیید می‌گردند یافته‌های معنی و مفهوم دارند و به عبارتی ارتباط منطقی دارند یافته‌ها به افزایش دانش روز کمک می‌کنند شواهد متقنی برای تأیید و اصلاح یافته‌ها بکار برده شده‌اند.
یافته‌ها	۲- پژوهش تا چه میزان به بسط دانش و ادراک بشری منجر شده است؟	بررسی متون خلاصه‌ای از دانش موجود و مفاهیم کلیدی پژوهش‌های پیشین را ارائه نموده است. اهداف و طراحی پژوهشی به دانش موجود مرتبط است اما حوزه جدیدی از تحقیق را گشوده است. بحث شفاف و قابل اعتمادی ارائه شده است که نشان‌دهنده نقش و کمک یافته‌های تحقیق به دانش موجود بوده است و کاربرد یافته‌ها در سیاستگذاری، اجرا و بسط نظریه بیان شده است. محدودیت‌های شواهد و نایافته‌ها و مهجولات بحث شده‌اند.
یافته‌ها	۳- چگونه اهداف اصلی و نیّات پژوهشی بیان شده‌اند؟	اهداف و غایت‌ها شامل دلایل هرگونه تغییر به روشنی بیان شده-اند یافته‌های تحقیق با اهداف پژوهشی مرتبط می‌باشند. بحث و نتیجه‌گیری و خلاصه با اهداف مرتبط می‌باشند. در مورد محدودیت‌های مطالعه در برآورده شدن اهداف بحث شده است.
یافته‌ها	۴- آیا دیدگاه‌های مورد استفاده برای گسترش استنباطات به خوبی توصیف شده‌اند؟	در مورد آنچه که برای تعمیم جامعه پژوهش از دغدغه‌های انتخاب شده از آنها انجام شده، بحث شده است. توصیف کاملی از متنی که داده‌ها در آن گردآوری شده‌اند تا ارزیابی کاربرد آن در سایر موقعیت را ممکن سازد. بحث در مورد یافته‌های مرتبط به نظریه و توضیحات مربوط به آن انجام شده است. شواهد لازم برای پیشنهادات بیشتر و استنباط بهتر از پژوهش ارائه شده‌اند. در مورد محدودیت‌ها در استنباط از پژوهش بحث شده است.

نمودها / فرآیندهای مطالعه	سؤالات مطرح شده	شاخص‌های کیفیت (نمودهای قابل توجه در مطالعه)
یافته‌ها	۵- مبانی ارزشیابی به روشنی بیان شده‌اند؟	بحث در مورد چگونگی دستیابی به قضاوت ارزشیابانه (مثل کارایی) توصیف هرگونه معیار ارزشیابی بکار گرفته شده بحث راجع به ماهیت و منبع اختلاف‌ها در ارزیابی – ارزشیابی بحث راجع به هرگونه نتیجه غیرمترقبه در خط‌مشی و اثرات آن و چگونگی بروز آنها
طرح تحقیق	۶- آیا طراحی تحقیق قابل دفاع می‌باشد؟	بحث راجع به راهبرد کلی پژوهش برای نیل به اهداف مطالعه بحث راجع به توجیهات در مورد طرح تحقیق توجیه جنبه‌های خاص و اجزاء پژوهش استفاده از نمودهای متفاوت و منابع داده‌ها به مثابه شواهدی برای یافته‌های ارائه شده بحث راجع به محدویت‌های طرح و کاربرد آن مبتنی بر شواهد ایجاد شده
نمونه	۷- آیا طرح نمونه‌گیری و انتخاب گروه هدف و مستندات مربوط به آن به روشنی توجیه‌پذیر می‌باشند؟	توصیف محل تحقیق و علت چگونگی انتخاب آن توصیف جامعه موردنظر و چگونگی ارتباط نمونه انتخاب شده با جامعه موردنظر دلایل انتخاب نمونه هدف، موقعیت‌ها و مستندات بحث راجع به چگونگی نمونه / انتخاب‌ها که موجب امکان مقایسه می‌گردند
نمونه	۸- آیا ترکیب نمونه‌ها و معیارهای ورود به تحقیق به روشنی توصیف شده‌اند؟	توصیف مفصل نمونه‌های در دسترس و موردهای تحت پوشش سعی و تلاش انجام شده برای به حداکثر رسانیدن بررسی تمام گروهها بحث راجع به مواردی که در نمونه‌ها از دست رفته‌اند و کاربردهای آن در شواهد مطالعه مستندات مربوط به دلایل عدم شرکت نمونه‌ها بحث راجع به شیوه‌ها و نحوه عملکرد برای دسترسی به موقعیت و نحوه تأثیر آن بر گستردگی

شاخص‌های کیفیت (نمودهای قابل توجه در مطالعه)	سؤالات مطرح شده	نمودها / فرآیندهای مطالعه
توضیح راجع به فرد مسئول گردآوری داده‌ها، رویه ها[1] و مستندات مورد استفاده (راجع به مرجع، حالت و سندیت شواهد بررسی کنید). اسناد مربوط نوارهای صوتی و تصویری ضبط شده از مصاحبه‌ها، گروه کانون، بحث‌ها و غیره (اگر موجود نیستند دلایل قانع کننده آن چیست؟) توصیف روش یادداشت‌برداری در محیط پژوهشی توصیف شیوه کار در محیط پژوهشی که ممکن است بر روند جمع‌آوری داده‌ها مؤثر باشند. نمایش استفاده از داده‌ها بر حسب عمق، گستردگی و غنای اطلاعات جمع‌آوری شده	۹- روند جمع‌آوری داده‌ها چگونه بوده است؟	**جمع آوری داده‌ها**
توصیف شکل و چگونگی داده‌های مرجع (اصلی) مثل متن-های پیاده‌سازی شده، مشاهدات، یادداشت‌ها و کلیه مستندات دلایل منطقی آشکار برای انتخاب شیوه مدیریت داده‌ها، ابزارها و بسته‌های نرم‌افزاری شواهد چگونگی دسته‌بندی‌های تحلیلی، گروه‌ها، نام‌گذاری‌ها، نحوه ایجاد هر یک و کاربرد آنها بحث در مورد چگونگی تحلیل مفاهیم، نوع شناسی و ارائه مثال‌هایی برای هر یک	۱۰- تجزیه و تحلیل‌های انجام شده چگونه بیان و منتقل شده-اند؟	**تجزیه و تحلیل**
توصیف زمینه، تاریخچه و ویژگی‌های اجتماعی – اقتصادی و سازمانی مطالعه از نظر موقعیت و مکان دیدگاه شرکت‌کنندگان/ مشاهدات در قسمت متن‌های مشخصی گنجانیده شده‌اند توضیح راجع به منبع و مرجع مستندات مکتوب استفاده از شیوه‌های مدیریت در حفظ متن‌ها (که بازیابی متن‌ها و تحلیل آنها کمک می‌کند)	۱۱- متن‌های موجود در بین داده‌ها با حفظ منبع و مرجع به درستی سازماندهی و مدیریت شده‌اند؟	**تجزیه و تحلیل**

[1] Proceduros

نمودها / فرآیندهای مطالعه	سؤالات مطرح شده	شاخص‌های کیفیت (نمودهای قابل توجه در مطالعه)
تجزیه و تحلیل	۱۲- آیا دیدگاه‌های مختلف در درون محتویات متن‌ها به درستی مکشوف شده و مورد توجه بوده‌اند؟	بحث در مورد طرح نمونه‌گیری/ انتخاب نمونه‌ها برای پوشش دادن تمامی جمعیت تحت مطالعه توصیف موارد غیرمعمول / دیدگاه متفاوت/ جایگاه مختلف و ... شواهد حاکی از مدنظر بودن بیماران غیرمعمول و استثناها و ناموزون (بیماران ناجور) بحث راجع به قضاوت‌ها و اختلاف‌ها در مدل‌ها و نوع ها آزمودن دلایل مواضع مخالف یا جایگاه‌های متفاوت تعیین الگوهای همراه یا مرتبط با گروه‌ها یا جایگاه‌های متفاوت
تجزیه و تحلیل	۱۳- عمق و پیچیدگی داده‌ها تا چه حد با جزئیات بیان شده‌اند؟	استفاده و کشف واژه‌های کمک کننده برای تفهیم بهتر مفاهیم و معانی ارائه داده‌ها به شکل واضح و ظریف بحث راجع به کاربرد لزوم توضیحات شناسایی و تعیین عوامل موجد اثر یا تأثیرات ایجاد شده تعیین الگوهای همراه با مرتبط به مفاهیم در داده‌ها ارائه شفاف و واضح محتویات متن و مشاهدات
گزارش	۱۴- ارتباط میان داده‌ها، تفاسیر و نتیجه‌گیری تا چه حد شفاف و واضح بیان شده‌اند؟	ارتباط مفهومی شفاف بین توضیحات تحلیلی و داده‌های اصلی ارائه شده بحث راجع به چگونگی و چرایی تغییر مرتبط به یک جنبه خاصی از داده‌ها همراه با تصاویر مرتبط بحث راجع به چگونگی توضیحات، نظریه ها و نتایج به دست آمده و چگونگی ارتباط آنها با داده‌های متن اصلی و اینکه آیا توضیحات بیشتری نیز قابل ارائه بودند. نمایش بیماران و نمونه‌های غیر متعارف و چگونگی خارج کردن آنها از موضع اصلی نظریه و یا چگونگی اصلاح و بازنگری در نظریه برای شامل کردن این موارد در نظریه

نمودها / فرآیندهای مطالعه	سؤالات مطرح شده	شاخص‌های کیفیت (نمودهای قابل توجه در مطالعه)
گزارش	۱۵- گزارش‌دهی تا چه میزان شفاف و مرتبط است؟	نشان دهنده ارتباط میان اهداف و سؤالات مطالعه است. گزارش نقلی شفاف و ساختارمند موضوعی ارائه شده است. اطلاعات قابل دسترس در مورد گروه هدف ارائه شده‌اند. پیام‌های کلیدی برجسته و روشن شده‌اند.
منعطف بودن و بی‌طرفی	۱۶- فرضیات، نظریه‌ها، دیدگاه‌ها و ارزش‌ها تا چه حد به پژوهش و گزارشات مربوط به آن شکل داده‌اند؟	بحث و مستندات مربوط فرضیات، پیش فرض‌ها و نظریه‌های بنیادی تحقیق بیان شده‌اند و چگونگی تأثیر هر یک از آنها در هر مرحله از مطالعه بیان شده است. بحث و مستندات مربوط به دیدگاه‌های نظری، ارزش‌ها و فلسفه تحقیق و چگونگی تأثیر هر یک از آنها به شیوه‌های تحقیق بیان شده است. شواهد مؤید باز بودن تحقیق نیست، دیدگاه‌های مخلتف، نظریات و فرضیات دیگر ارائه شده‌اند. بحث راجع به احتمال ایجاد سوگیری یا خطا در هر مرحله تحقیق و چگونگی برخورد با آنها در صورت وجود، انجام شده است. اثرات محقق بر روند تحقیق انعکاس یافته‌اند.
اصول اخلاقی	۱۷- شواهد رعایت تعهدات اخلاقی کدامند؟	شواهد تفکر و حساسیت نسبت به کل روند پژوهش و شرکت‌کنندگان ارائه شده است. مستندات مربوط به معرفی پژوهش در موقعیت مطالعه برای شرکت کنندگان ارائه شده است. مستندات مربوط به رویه کسب رضایت و چگونگی مطلع ساختن شرکت کنندگان در پژوهش ارائه شده است. بحث در مورد چگونگی حفظ نام و اسرار شرکت‌کنندگان در طرح تحقیق انجام شده است. بحث در مورد اقدام برای ارائه اطلاعات، نصایح و ... در خاتمه تحقیق و آنچه مورد نیاز شرکت کنندگان است ارائه شده است. اطلاع از خطرات و سختی‌های احتمالی ناشی از شرکت در تحقیق به شرکت کنندگان داده شده است.

نمودها / فرآیندهای مطالعه	سؤالات مطرح شده	شاخص‌های کیفیت (نمودهای قابل توجه در مطالعه)
قابلیت بازبینی	۱۸- کفایت فرایند پژوهش چگونه مستدل و مستند شده است؟	بحث راجع به نقاط ضعف و قوت منابع و شیوه‌ها ارائه شده است. مستندات مربوط به تغییرات انجام شده در طرح تحقیق و دلایل آن و کاربرد آنها در پژوهش مستندات مربوط به دلایل تغییر در نمونه‌گیری، جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل و کاربرد آنها مستنداتی برای اجرای مجدد تحقیق (مصاحبه‌ها، مدیریت داده‌ها، نامه‌های دعوت و ...)

فصل نهم

تلفیق شیوه‌های کمّی و کیفی

تحقیق در حوزه سلامت و خدمات سلامتی ممکن است صرفاً کمّی یا کیفی باشند و یا تلفیقی از هر دو شیوه باشد که در آن ادغام روش‌های کمّی و کیفی برای جمع‌آوری داده‌ها و تحلیل آنها در یک برنامه یا مطالعه واحد صورت می‌گیرد. فصل‌های ۱۰ تا ۱۲ بعضی شیوه‌های تحقیقی را پوشش می‌دهد، که چنین روشی را دنبال می‌کنند. دلیل معمول برای ترکیب دو شیوه، گسترش حوزه دید پرسشگری با دسترسی به محدوده وسیع‌تری از داده‌ها است. مثالی از شیوه ترکیبی، انجام مطالعه قوم نگاری به همراه کارآزمایی کنترل شده تصادفی با استفاده از برگه‌های تبلیغ جهت انتخاب آگاهانه مراقبت‌های مادری برای درک بهتر از چگونگی اقدامات مراقبتی در عمل می‌باشد و یا به دنبال یک تحقیق پیمایشی، مصاحبه عمیق انجام می‌شود. متأسفانه برخی مواقع، محققین از واژه های "شیوه‌های ترکیبی"، "شیوه چندگانه" و "شیوه‌های تلفیقی" به صورت مترادف بکار می‌برند. مفهوم این واژه‌ها از نظر محققین، کاربرد شیوه‌های متفاوت و تلفیقی از روش‌های کیفی در یک مطالعه واحد و یا استفاده ترکیبی از چند شیوه کمّی است و یا ممکن است منظور آنها به عاریت گرفتن نمونه‌ها و فنون تحلیل همراه با متدلوژی یک روش و کاربرد آن در روش دیگر باشد. در این فصل، واژه شیوه‌های تلفیقی به منظور ترکیب اجزاء کمّی و کیفی تحقیق در یک مطالعه بکار برده می‌شود.

تلفیق شیوه‌ها[1]: ضرورت یا عدم امکان؟

برای تقویت ارتباط پژوهش‌های مدیریتی، پژوهشگران و سیاستگذاران سعی در گسترش دید سؤالات پژوهشی دارند. برای مثال، امروزه، دیگر کسی علاقمند نیست که این سؤال را در تحقیق خود مطرح کند آیا اقدامات مؤثرند، و بجای آن این پرسش را طرح می‌کنند که اقدامات چگونه تأثیرگذارند و چگونه می‌توان به بهترین شکل هم اقدامات و هم ارزشیابی در موقعیت‌های خدمات بهداشتی و سلامت را

[1] Mixed methods

بکار بست. شیوه‌های متفاوت نقاط قوت و ضعف خاص خود را دارند و به این موضوع از دیدگاه خاص خود می‌نگرند. از دیدگاه پژوهش‌های کیفی، محقق مایل است به این نکته بپردازد که چگونه اقدامات موثر واقع می‌شوند و از دیدگاه پژوهش‌های کمّی محقق مایل است بداند این اقدامات چگونه تأثیر می‌گذارند. این افزایش شناخت پیچیدگی‌های عوامل مؤثر بر سلامت و خدمات بهداشتی و تمایل برای پاسخ به سؤالات گسترده‌تر در مورد آنها، موجب شده است که استفاده از شیوه‌های ترکیبی یا تلفیقی ضرورت بیشتری یابد. با وجود این، این شیوه تنها در برخی موقعیت‌های بهداشتی کاربرد دارد و محققین باید توجیه قانع‌کننده‌ای داشته باشند تا لزوم ترکیب این دو شیوه را متقاعد کننده جلوه دهند. در غیر اینصورت اگر کسی فکر کند که می‌تواند دست به تحقیقی ترکیبی بزند و یا اگر سازمان یا نهادی پول خوبی بابت چنین تحقیقی می‌دهد، قطع و یقین بدانند که چنین پژوهشی، شیوه ترکیبی نخواهد بود و بهتر است آن را "خلط شیوه‌ها"[1] بدانیم.

با وجود آنکه توجیهات ارائه شده برای انجام تحقیقات با شیوه‌های ترکیبی در عرصه خدمات سلامت منطقی به نظر می‌رسند، اما برخی محققین معتقدند که تلفیق مواضع نظری مختلف و انگاره‌های[2] متفاوت در بسیاری موارد غیرممکن است. نوعاً، پژوهش‌های کمّی همراه با تفکر نسبت به واقعیت‌های عینی اجتماعی برای محقق است و شیوه‌های کیفی با تفسیر واقعیت اجتماعی از طریق مفاهیم ذهنی که افراد به پدیده‌ها منتسب می‌کنند (به فصل یک نگاه کنید) همراه است. محققینی که درگیر مطالعات با شیوه ترکیبی می‌باشند، ممکن است چنین بحث‌های فلسفی را کنار گذارند و شیوه عمل‌گرایانه‌ای را بپذیرند که معتقد است "کاری انجام بدهید که فایده داشته باشد". از طرف دیگر ممکن است محققین به واقع‌گرایی روی آورند (که در فصل هشتم بحث شد) و هر دو شیوه کمّی و کیفی را بپذیرند. در نهایت، ممکن است پژوهشگر از نظریه‌پردازی و شیوه کار متفاوت در یک تحقیق سود برند تا بصیرت عمیق‌تری را نسبت به استفاده مجزّا هر یک از این دو ایجاد نمایند. پژوهشگری که از شیوه عمل‌گرایانه سود می‌برد ممکن است

[1] Mix-up methods
[2] Paradigms

در تشخیص تفاوت‌های نظری و متدلوژی به هنگام بروز مشکل در تیم پژوهش ناتوان باشد، مثلاً اگر اختلاط ایجاد شده به تدریج دیدگاه‌های متفاوت محققین را نشان دهد. لازم است تفاوت‌های دیدگاه‌های انجام شیوه‌های ترکیبی تحقیق نیز مدنظر باشد چرا که موجب تقویت فرآیند جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل نتایج و تضمین کیفیت تحقیق می‌گردد. توصیه می‌شود که بروز این تفاوت‌ها از قبل مکشوف گردند و پیش از آنکه مبادرت به آغاز پژوهش نمود، در تیم به مشارکت گذاشته شود.

شیوه‌های تلفیق روش‌های کمّی و کیفی

این فصل این هدف را تعقیب می‌کند تا نشان دهد تلفیق متفکرانه و دقیق شیوه‌های کیفی و کمّی می‌تواند به نتایج موفقیت‌آمیز پژوهشی بیانجامد. محققین راه‌های متعددی برای تلفیق شیوه‌های کمّی و کیفی در حوزه سلامت و پژوهش‌های اجتماعی (به جدول ۱-۹ نگاه کنید) توصیف نموده‌اند. شیوه‌های ترکیبی در پژوهش‌های ارزشیابی و اکتشافی و ساخت ابزار تحقیق بکار گرفته شده‌اند.

جدول ۱-۹ راه‌های ترکیب شیوه‌های کمّی و کیفی

یافته‌ها حاصل از شیوه‌های متفاوت در مقابل یکدیگر بررسی می‌شوند.

تحقیقات کیفی با تولید فرضیات برای آزمودن و تولید گویه‌ها پرسشنامه به پژوهش‌های کمّی کمک می‌کنند.

تحقیقات کمّی با تعیین افراد ذیصلاح برای شرکت در پژوهش‌های کیفی به این تحقیقات کمک می‌کنند.

استفاده توأم تحقیقات کیفی و کمّی به خلق تصویر روشن‌تر از موضوع می‌انجامد.

تحقیقات کمّی به موضوعات ساختاری توجه دارند و تحقیقات کیفی به فرآیندها نظر دارند.

تحقیقات کمّی بر دغدغه‌ها و نگرانی‌ها محقق تمرکز دارند در حالی که پژوهش‌های کیفی نسبت به موضوعات تحقیق علاقه و توجه دارند.

تحقیقات کمّی به تولید یافته‌های کیفی کمک می‌کند.

تحقیقات کیفی به تفسیر یافته‌های پژوهشی کمّی کمک می‌کنند.

شیوه‌های ترکیبی در ارزشیابی خدمات سلامت

از نظر تاریخی، شیوه ارزشیابی خدمات سلامت در انگلستان مبتنی بر برون‌داد بوده است که با استفاده از کارآزمایی تصادفی کنترل شده یا طرح‌های تحقیقاتی نیمه تجربی (از قبیل مطالعات قبل و بعد) تأثیر اقدامات انجام شده سنجیده شده است. با وجود این، به تجربیات متعددی از تحقیقات تلفیقی نیز برمی‌خوریم و علاوه بر آن، بسیاری تحقیقات آموزشی مربوط به ارزشیابی نیز انجام شده‌اند. چهار شیوه برخورد برای تلفیق روش‌ها در هر مطالعه ارزشیابی به منصه ظهور رسیده‌اند. نخست، می‌توان از شیوه‌های کیفی در فرآیند ارزشیابی (با استفاده از کارآزمایی‌های تصادفی کنترل شده و یا سایر طراحی‌های تجربی مثل مشاهده و مصاحبه) برای مطالعه چگونگی تأثیر اقدامات در عمل سود برد. مثال‌های متعددی از این شیوه وجود دارند و نکته مهم و نخست آنکه تحقیقات فزاینده‌ای با تمرکز بر تجربیات محققین بر روی اینگونه پژوهش در حال شکل‌گیری است. دوم آنکه، شیوه‌های اقدام پژوهی[1] عمدتاً کیفی، به شکل ارزشیابی تکوینی[2] به موازات یا پیش از ارزشیابی‌های تراکمی[3] در حال نزج و گسترش می‌باشند. در اینجا، تحقیق کیفی برای کمک به خدمات ارائه شده برای گسترش اقدامات درجا[4] (منظور ارزشیابی تکوینی) به کار گرفته شده‌اند، در حالیکه تحقیقات کمّی برای تعیین آنکه آیا اقدامات کارآمد بوده‌اند یا خیر مورد استفاده قرار گرفتند (ارزشیابی تراکمی). سوم آنکه، از تحقیقات کیفی می‌توان صرفاً برای بهبود طراحی و اجرای کارآزمایی استفاده نمود بی آنکه در اقدام انجام شده آن را مدنظر قرار داد. به عنوان مثال، در یک تحقیق از مشاهده و مصاحبه برای انتخاب بیماران در یک پژوهش مقدماتی[5] به صورت کارآزمایی تصادفی کنترل شده استفاده شد تا موانع احتمالی شرکت در طرح تحقیقاتی شناسایی شوند و منجر به افزایش چشمگیر افراد شرکت کننده در پژوهش شد. نکته چهارم و پایانی آنکه، می‌توان از پژوهش‌های کیفی در

[1] Action - research
[2] Formative
[3] Summative
[4] *In situ*
[5] Pilot

مراحل مختلف سایر انواع تحقیق استفاده نمود و پی برد که هر یک از اقدامات تا چه اندازه می‌توانند کارا و کارآمد باشند.

تلفیق پژوهش‌های اکتشافی با شیوه‌های کیفی و پیمایشی

در تحقیقات علوم اجتماعی پیشینه کهن از استفاده از پژوهش‌های پیمایشی با محدوده‌ای از شیوه-های کیفی وجود دارد. مثالی از این موضوع در عرصه خدمات بهداشتی، مربوط به مطالعه ارتباط میان نیاز[1] و تقاضا[2] و نیز کاربرد خدمات بهداشتی اولیه در تحقیقات Roger و همکارانش بود که در یک تحقیق پیمایشی، ۴۲۳ نفر را در نظر گرفتند و با ۵۵ نفر پاسخ‌دهنده مصاحبه عمیق انجام دادند. پیمایش و تحلیل روزانه موجب تولید چارچوب نمونه‌گیری برای جزء کیفی پژوهش شد. رگرسیون لجستیک تعیین نمود که کدامیک از افراد به دلیل نیاز خود تقاضای بیشتری داشتند و کدامیک از افراد نمی‌باید نیاز زیادی می-داشتند اما تقاضای زیادی داشتند. محققین بجای پیمایش روی یک گروه و مصاحبه با گروه دیگر، از شیوه توالی سود بردند که با تحلیل کمّی، نمونه‌های غیر معمول را برای مصاحبه شناسایی نمودند و منجر به بهبود جزء کیفی پژوهش برای تولید نگرش بهتر نسبت به سؤال پژوهش شدند. علاوه بر این محققین مصاحبه و تحقیق پیمایشی را با هم ادغام نمودند و تحلیل کیفی و کمّی را با هم و مجزا انجام دادند. مؤلفین چنین نتیجه‌گیری نمودند که شیوه تلفیقی درک بهتری از پویایی کاربرد خدمات بهداشتی به آنها داده است و تحقیق پیمایشی میزان کاربرد افراد از خود - مراقبتی[3] در خدمات بهداشتی اولیه را نشان داد، در حالیکه جزء کیفی پژوهش راه تاریک گذشته و تجربیات قبلی را متجلی ساخته و تصمیم‌گیری صحیح را تسهیل می‌نماید. برقراری تعادل بین تحقیق پیمایشی و مصاحبه بدین شکل، مستلزم برخورداری از مهارت‌های خاصی می‌باشد. Mason نوع اکتشافی فرآیند برقراری ارتباط بین پیمایشی و مصاحبه، فنون تسهیل این فرآیند و ملاحظات معرفت شناسانه موجود را معرفی نمود.

---
[1] Need
[2] Demand
[3] Self – care

ترکیب شیوه‌ها در بروز ابزارهای تحقیق

مصاحبه‌های کیفی یا گروه‌های کانون را می‌توان برای تولید گویه و زبان پرسشنامه مورد استفاده قرار داد که بعداً در تحقیق بکار برده خواهد شد. بخش کیفی مطالعه به عنوان نحوه کیفی تحقیق تلقی می‌شود که متضمن مرتبط بودن و مفهوم بودن پاسخ‌های احتمالی به پرسشنامه خواهد بود. این ارتباط آن چنان گسترش می‌یابد که آزمون شناختی در طرح پرسشنامه را نیز شامل می‌شود به ویژه مصاحبه‌های کیفی که اعتبار پرسش‌ها قبل از نهایی و تکمیل شدن پرسشنامه ارزیابی می‌گردند. کاربرد مرتبط آن در ظهور برون‌داد، به عنوان شاخص‌های سلامتی مربوط به کیفیت زندگی یا رضایت بیماران است. به طور سنتی، پژوهش‌های کیفی تنها برای تولید گویه‌ها برای اندازه‌گیری‌های جدید بکار برده می‌شوند. با وجود این، از بخش کیفی می‌توان استفاده گسترده‌تری نیز نمود تا مفاهیم شکل دهنده ابزار پژوهشی و آزمون روان سنجی کیفی بعدی را تعیین نمود. تحقیقات کیفی را می‌توان برای بهبود ابزار تحقیق برای پژوهش‌های بعدی نیز استفاده کرد. علاوه بر همه اینها، ابزارهای اندازه‌گیری تولید شده خود قابلیت استفاده برای ساخت مصاحبه کیفی را دارد و با ساز و کار ایجاد شده موجب درک عمیق از معانی مرتبط با سلامت در گروه‌های خاص بیماران می‌گردد.

طراحی و تحلیل شیوه‌های مطالعه سه‌کنجی

به هنگام طراحی شیوه‌های سه‌کنجی (که به آن روش تلفیقی نیز گفته می‌شود)، محققین نیاز دارند تا هدف از ترکیب شیوه‌ها، اولویت و توالی ترکیب، چگونگی و زمان ترکیب را نیز مدنظر داشته باشند. هدف از شیوه‌های تلفیقی ممکن است ایجاد ارتباط بین دو سؤال هم اهمیت باشد. مثلاً اینکه آیا دادن جزوه‌های آموزشی موجب انتخاب آگاهانه مراقبت‌های بعد از زایمانی و چگونگی استفاده از آن می‌گردد یا خیر؟

در این موارد، این شیوه‌ها به این نیت مورد استفاده قرار می‌گیرند تا نقش مکمل[1] را ایفاء نمایند و به محققین این امکان را دهند تا جنبه‌های نهان را هویدا و تصویر روشن‌تری از مراقبت را نمایان سازند. هدف دیگر ایجاد گسترش است. یک روش می‌تواند با گسترش خود، برای بسط و گسترش روش دیگر بکار گرفته شود. مثلاً گروه‌های کانون موجب تسهیل طراحی پرسشنامه در یک تحقیق پیمایشی می‌گردند. دلیل اصلی دیگر برای تلفیق شیوه‌ها با یکدیگر کاربرد روش"سه کنجی"[2] است که در آن یافته‌های دو شیوه مختلف با یکدیگر امتزاج می‌یابند، مقایسه می‌گردند و از توافق نتایج، راه حل سومی پیدا می‌شود (به فصل قبل نگاه کنید). مشکل دیگری که مطرح می‌گردد مسئله اعتبار است. محققین باید آشکارا بدانند که چرا شیوه‌های مختلف با نقاط ضعف و قوت خاص خود، نتایج مورد انتظار یکسانی به بار می‌آورند. آنها باید تصمیم بگیرند که در صورت وجود مغایرت در یافته‌ها، کدام یافته "صحیح" است. با وجود این، شیوه‌های تلفیقی را می‌توان به عنوان وسیله‌ای برای مقایسه مجموعه داده‌ها یا یافته‌ها برای کشف، همگرایی، واگرایی و تناقضات تلقی نمود (فرآیندی که آن را متبلورسازی[3] نیز می‌نامند). در اینجا هیچگونه فرضیه برتری معرفی نمی‌شود و تناقضات آشکار بین یافته‌ها نیز فقط به عنوان "تفاوت‌های بین روش‌ها" تلقی می‌گردند که می‌توانند منجر به بروز نگرش‌های ارزشمند بیشتر گردد.

اولویت‌ها[4] و توالی[5] شیوه‌ها را می‌توان برای تشخیص تفاوت‌ها در طرح‌های تلفیقی استفاده کرد. اولویت بیانگر غالب[6] بودن شیوه می‌باشد. مثلاً ممکن است چگونگی یک پژوهش پیمایشی، نمونه‌ای از مطالعه کیفی غالب باشد یا مطالعه توأم پیمایشی و مصاحبه‌ای اولویت یکسانی داشته باشد. تعیین اولویت، منطبق با اجزاء آن می‌تواند دال بر منابع مورد استفاده، عمق تحلیل صورت گرفته و انتشار یافته‌ها از نظر اجزاء مختلف مطالعه باشد. شیوه‌ها را می‌توان به طور همزمان یا به دنبال هم بکار گرفت. از طرف دیگر،

---

[1] Complementarity
[2] Triangulation
[3] Crystalisation
[4] Priority
[5] Sequence
[6] Dominant

ممکن است فرآیند دیگری بکار گرفته شود که به وسیله آن اجزاء کیفی برای ارائه فرضیه‌ای که در تحقیق مورد آزمون قرار می‌گیرد و سپس با جزء دیگری از یافته‌های پژوهش مورد اکتشاف قرار می‌گیرد.

نهایت آنکه، محققین باید در نظر داشته باشند که کجا و چگونه اجزاء مختلف مطالعه با یکدیگر پیوند می‌یابند. گاهی اوقات در طرح پژوهشی این پیوند شکل می‌گیرد. مثلاً ممکن است در یک پژوهش پیمایشی، نمونه‌های لازم برای انجام مصاحبه عمیق (در پژوهش کیفی) را شناسایی و تعیین گردند. بر اساس تعریف شیوه‌های تلفیقی مورد استفاده، هر دو مجموعه داده‌ها، منفک از یکدیگر تحلیل می‌شوند. با وجود این، می‌باید در مورد این مسئله تصمیم‌گیری شود که چه وقت یافته‌های هر جزء از پژوهش با یکدیگر تلفیق و مرتبط خواهند شد. متبلور ساختن یافته‌ها از هر دو جزء تحقیق (کیفی و کمّی) در قسمت نتایج یا بحث و نتیجه‌گیری گزارش تحقیق منعکس می‌شود. از سوی دیگر، می‌توان از ادغام با تقدم و تأخر نیز استفاده کرد. به ویژه در مواقعی که یافته‌ها از یک بخش تحقیق (کیفی یا کمّی) روی تحلیل بخش دیگر تأثیر دارد. مثلاً در جزء کیفی تحقیق، نوع خدمات تعیین می‌شود و در جزء کمّی پژوهش نتایج تحلیل می‌گردند. حتی ادغام داده‌های کیفی و کمّی در کنار یکدیگر نیز انجام می‌شود. مثلاً پرسشنامه و متن پیاده‌سازی شده مصاحبه با یکدیگر مقایسه می‌شوند. این کار بنام "کمّی‌سازی" داده‌های کیفی و یا تبدیل داده‌های کمّی به متن یا تحلیلات کیفی نامیده می‌شود.

Barbour چنین بیان نمود که شیوه‌های تلفیقی پژوهش به خلق یافته‌های فراتر از باور ما منتج می‌گردد. محققین مرتبط با پژوهش‌های تلفیقی ممکن است مایل باشد بداند چه یافته‌هایی بیشتری از نتایج تحقیقات مستقل کمّی یا کیفی بدست می‌آید. آیا تلفیق داده‌های کمّی و کیفی موجب ساخت ابزار پژوهشی بهتر، دسترسی بهتر به نمونه‌های غیرقابل دسترسی، عمیق شدن دید نسبت به پژوهش، تحلیل متمرکز هر یک از اجزاء تحقیق، کسب تصویر روشن‌تر از پژوهش و یافته‌های کما بیش قابل اعتنایی می‌گردد؟ گاهی اوقات محققین در بخش بحث و نتیجه‌گیری تحقیق خود این نتایج را منتشر می‌کنند و سپس نتایج تحقیق کمّی و کیفی خود را به طور مجزا انتشار می‌دهند. با وجود آنکه ممکن است موانعی نیز

وجود داشته باشد، محققین باید نوشتن شیوه‌های تلفیقی را در نظر داشته باشند، و یا حداقل ارتباط میان شیوه‌ها را به روشنی در گزارشات خود منعکس نمایند.

فصل دهم

مطالعات موردی

مقدمه:

روش‌های طبی و پزشکی برای درک بیماری‌ها به طور سنتی شباهت زیادی با داده‌های کیفی دارند و به ویژه استفاده از مطالعات موردی کراراً برای نمایش پدیده‌های جالب و مهم بکار گرفته می‌شوند. در این فصل ما بنا داریم استفاده از شیوه‌های پژوهش‌های کیفی را، نه صرفاً در موقعیت‌های بالینی، بلکه در مطالعات موردی که مبدأ تغییر در عرصه خدمات سلامت می‌باشند، به بحث بگذاریم. درک اصول راهنمای طراحی و اجرای این‌گونه مطالعات بسیار سودمند است، چرا که بسیاری از بازرسان رسمی سازمانی از قبیل کمیسیون خدمات سلامت[1] در انگلستان و مؤسسات ارزیابی کننده خدمات پزشکان و سایر حرف گروه پزشکی و بهداشتی در سرتاسر دنیا نیز از همین شیوه استفاده می‌کنند. در مطالعات موردی طیف گسترده‌ای از شیوه‌های متفاوت کیفی مشتمل بر مصاحبه، تحلیل مدارک و مکتوبات و مشاهدات غیر مشارکتی[2] را مورد استفاده قرار می‌دهند و یا ممکن است شیوه‌های کمی و کیفی را درهم تلفیق نمایند (به فصل نهم نگاه کنید).

در این فصل ما مختصراً شرایط استفاده از مطالعات موردی در عرصه خدمات بهداشتی و سلامت را مشخص خواهیم نمود. سپس، راه‌های کاربرد شیوه کیفی در مطالعات موردی بحث می‌شوند و در نهایت با مثال‌های روشن کاربرد آنها را نمایش خواهیم داد.

پژوهش مطالعه موردی

متخصصین سلامت اغلب این سؤال مهم را از خود می‌پرسند که، آیا ما باید در مدیریت خدمات بهداشتی منطقه‌ای خود مشارکت نمائیم؟ و یا اینکه ما چگونه می‌توانیم یافته‌های نوین کارآزمایی بالینی را

---

[1] Health care commission
[2] Non-participant

در کار روزمره خود وارد کنیم؟ دو راه اصلی برای پاسخ به این سؤالات و سؤالاتی از این دست وجود دارد. راه اول تحلیل سیاست‌های مطرح شده از طریق بررسی ثبات درونی و یا استفاده از چارچوب بهداشتی برگرفته شده از تحقیقات قبلی برای پیش بینی اثرات آنها بر محیط می‌باشد. مثلاً، می‌توان از این روش برای تحلیل خط‌مشی ارزیابی شایستگی‌های سیستم خدمات سلامت مداوم قیصر[1] (که در انگلستان به عنوان یک سازمان غیرانتفاعی سلامت فعالیت می‌کند) در مقایسه با سیستم خدمات سلامتی دولتی انگلستان سود برد.

شیوه دیگر، که اتفاقاً موضوع بحث اصلی ما در این فصل خواهد بود، مطالعه سیاست‌های اجرایی کلان است. مطالعات ارزشیابی کلان، علاقمند به ارزش‌گذاری اقدامات و تغییر سیاست می‌باشند. شواهد متقن برای کمک به اعضاء تیم برای انجام قضاوت در مورد مناسب بودن اقدامات بکار گرفته می‌شوند و اینکه آیا برون‌داد و نتایج اقدامات بر اساس درون‌دادها و فرایندها توجیه می‌گردند. پرس و جو از شرکت-کنندگان در مورد تجربیات آنها و مشاهده ایشان در ملاقات حضوری و موقعیت‌های کاری تیمی، به تولید داده‌های پربار می‌انجامد که توصیف و توضیح در مورد راه‌هایی می‌شود که بوسیله آن سیاست و اقدامات خاص بیشتر و نتایج نهایی ارائه می‌گردند.

هنگامی که قرار است در محیط تغییر طراحی شده‌ای صورت گیرد و یا در مواقعی که درک علت موفقیت یا عدم موفقیت اقدامات انجام شده اهمیت داشته باشد، مطالعات موردی بسیار ارزشمند تلقی می‌گردد. نوعاً بسیاری از اقدامات برای رسیدن به موفقیت، بستگی تام به مشارکت چندین گرایش مختلف دارند، از این رو، می‌باید که نسبت به مسئله همکاری و کشمکش حساس بود، این موضوع به طور سنتی در عرصه خدمات سلامت مرسوم و رایج نیست. تدوین این سیاست‌ها معمولاً در کنترل محقق نیست. در نتیجه، طراحی تحقیق تجربی نوعاً آسان نیست و حتی در طرح‌های تجربی قوی نیز ممکن است امکان

[1] Kaiser

طراحی مشاهده محدود باشد. در واقع، به روشنی مشخص نیست که آیا اقدام انجام شده در پایان مطالعه به نحو کامل تحقق یافته باشد. تنها باید با اجرای سیستم‌های رایانه‌ای مناسب در فکر حل مشکل بود.

مشکل شایع دیگر آن است که احتمال دارد اقدام موردنظر به درستی تعریف و تبیین شده باشد و از این رو، در محیط قابل شناسایی نباشد. مثلاً در هنگام نوشتن، تردیدهای قابل ملاحظه‌ای در مورد ابداعات خط مشی جدید بود. در واقع، اغلب مطالعات موردی در صدد درک ماهیت اقدامات و نیز هزینه اثر بخشی این اقدامات می‌باشند. این مسئله توجیه کننده آن است که چرا در مطالعات موردی تمایل به مرحله بندی مراحل تحقیق و انجام تدریجی آن دارند.

هرگونه اقدام، حتی اگر به خوبی تبیین شده باشد نیز، ممکن است نتواند هزینه‌ها و اثربخشی را به خوبی و صراحتاً مشخص نماید. با وجود این، از آنجا که این اقدامات ممکن است با هزاران نفر از مردم مرتبط و مربوط باشد، اثرات آن می‌باید از نظر نقطه نظرات متفاوت و از منظر دید افراد مختلف بررسی شود و از این رو، سنجش و اندازه‌گیری این اثرات مشکل به نظر می‌رسد. مثلاً از نقطه نظر افراد شاغل در بیمارستان، تجربیات سودمند تعریفی غیر از آنچه که پرسنل شاغل در واحدهای مراقبت بهداشتی اولیه در نظر دارند، خواهد داشت. علاوه بر این، درک ما از تأثیرات احتمالی سایر مشاغل نظیر مهندسین برق و یا سایر مشاغل بر سازمان بسیار اندک است و به همین دلیل ضرورت دارد پیش از هرگونه سعی و تلاش برای منتسب کردن هر رفتار مشاهده شده و قضاوت در مورد اثرات آن بر شبکه و سازمان موردنظر، بررسی کامل در مورد ساز و کارهای[1] احتمالی مؤثر در آن رفتار صورت گیرد. گاهی اوقات با استفاده توأم از شیوه‌های کیفی و کمّی در مطالعات موردی می‌توان ساز و کارهای مؤثر در بروز یک رفتار را به خوبی شناسایی کرد.

طراحی مطالعات موردی

مطالعات موردی به اشکال گوناگون قابل اجرا می‌باشند اما برخی جنبه‌های این مطالعات نمود آشکارتری دارند. معمولاً این مطالعات با تعریف سؤال تحقیق آغاز می‌شوند که این سؤال به نوبه خود از

[1] Mechanisms

نگرانی‌های احتمالی در مورد کاربرد یک خط‌مشی و یا از ادعا در مورد یک نظریه مدیریتی جدید سرچشمه می‌گیرند. معمولاً مطالعات موردی به صورت آینده‌نگر، در مورد یک روش یا خط‌مشی اجرایی در یک مقطع زمانی نظارت می‌کنند. درست مانند مطالعات تجربی، تیم تحقیق باید سؤال تحقیق را به روشنی تبیین نمایند، و در مورد روش اجرایی کار و انتخاب راه حل مناسب و آزمون‌های موردنظر تصمیم‌گیری نمایند. بسیاری از مطالعات موردی با سؤالات گسترده آغاز می‌شوند مثلاً، اثرات این اقدام چه خواهد بود؟ یا جنبه‌ها و ارتباطات مهمی که ممکن است بر این اقدام تأثیر گذارند، چیستند؟ مثلاً در یک مطالعه در انگلستان در مورد مراقبت‌های میانی[1]، تیم تحقیقاتی یافته‌های منتشر شده در مورد سیاست‌های قبلی که ویژگی‌های مشابهی با یکدیگر داشتند را ترسیم نمودند و آن را با سیاست‌های دولت در مورد اهداف مراقبت‌های میانی مطابقت دادند. تیم تحقیق تصمیم داشتند بدانند که در مقیاس‌های وسیع آیا پیروی از سیاست‌های دولتی منجر به پیروزی یا شکست مراقبت‌های میانی در جامعه می‌گردد یا خیر؟ از این رو، یکی از سؤالات کلیدی می‌توانست این سؤال باشد که آیا مراقبت‌های میانی موجب بهبود و ارتقاء خدمات ادغامی شده است؟ این سؤال به نوبه خود تعیین‌کننده راهبرد تحقیق بود که مشخص می‌کرد که تیم تحقیق می‌باید اقدامات انجام شده در خدمات موردنظر را تعیین کنند و معیارهایی را برای تصمیم‌گیری و قضاوت در مورد گروه‌های خاصی از خدمات وضع نمایند.

نخستین اقدام لازم تولید داده‌هایی بود که بتواند سؤالات ویژه تحقیق را با استنتاج از آن تعیین و اصلاح نماید. این فرآیند، به نوعی شبیه به مشاوره بالینی است که آغاز جستجو و پیشرفت به سمت رسیدن به تشخیص از طریق کنار هم گذاشتن داده‌های خام اولیه است. مثال بالا در مورد ارزشیابی مراقبت‌های میانی، نمونه‌ای از این‌گونه تحقیقات است. در این تحقیق پژوهشگران با پرسنل مرتبط مصاحبه‌هایی را ترتیب داند، مشاهداتی را انجام و ثبت نمودند و مستندات و داده‌های کمّی جمع‌آوری شده را تجزیه و تحلیل نمودند. به مرور زمان، داده‌ها برای تولید یک چارچوب پنداشتی مورد استفاده قرار

[1] Intermediate care

گرفتند که جنبه‌های اساسی مراقبت‌های میانی را در بر می‌گرفت و این چارچوب برای تعیین شیوه تحقیقات بعدی بکار گرفته شده که سؤالات اختصاصی‌تری را مدنظر داشتند و درصدد توصیف و توضیح چگونگی پیشرفت‌های ایجاد شده در مطالعه موردنظر بودند.

در مطالعات موردی انتخاب محل[1] مسئله بسیار مهمی است. دو شیوه اساسی مدنظر می‌باشند. نخست نمونه‌گیری هدفمند[2] که در آن محل‌ها بر مبنای مشابهت نمونه به کل انتخاب می‌شوند و دوم نمونه‌گیری نظری[3] که با طراحی خاصی برای تأیید یا رد فرضیه به کار گرفته می‌شود که از تحقیقات قبلی به دست آمده است و یا بر اساس داده‌های قبلی استنتاج شده است (به فصل هفتم نگاه کنید که راجع به نظریه زمینه‌ای و نمونه‌گیری نظریه‌ای توضیح داده شده است). نمونه‌گیری کیفی، به طور کلی تمایزاتی را با نمونه‌گیری‌های مرسوم آماری دارد. در نمونه‌گیری کیفی محقق، نگران انتخاب محل می‌باشد تا سؤال تحقیق را در آن مطرح کند در حالی که در نمونه‌گیری آماری پژوهشگر درصدد تعیین نمونه‌ای است که با منطق آماری نماینده کل جامعه باشد (مترجم: مشت نمونه خروار باشد). توصیه می‌شود محققین در انجام تحقیقات در حوزه سلامت از مشورت پزشکان و متخصصان و سایر اعضاء تیم درمانی که آشنا به اصول این پژوهش‌ها می‌باشند، کمک بگیرند.

نوعاً، مطالعات موردی به قصد انجام مقایسه صورت می‌گیرند. این مقایسه ممکن است بین دو روش مختلف اجرا شده در یک خط‌مشی واحد و یا بین دو محل متفاوت باشد که یک اقدام واحد صورت می‌گیرد. در یک مطالعه اخیر در مورد حاکمیت بالینی[4]، تیم محقق، تفسیرها و برداشت‌های متفاوت از حاکمیت بالینی را کشف نمودند که در دو گروه از خدمات بالینی متفاوت یعنی بخش قلب و عروق و بخش روان‌پزشکی متمایز بودند. همچنین تیم تحقیق عامدانه محل‌هایی را انتخاب نمودند که یک روش واحد در آن بخش‌ها به شکل متفاوت اجرا می‌شود و امکان مقایسه فرصت‌ها و مطالعه تضادها بیشتر فراهم می‌گردد.

---

[1] Site
[2] purposive sampling
[3] Theoretical sampling
[4] Clinical governance

مطالعه تمامی جنبه‌های یک فعالیت در یک محل غیرممکن به نظر می‌رسد و از این رو، باید سعی نمود تا پدیده‌هایی را برای مطالعه انتخاب کرد که بیشترین احتمال کسب پاسخ در آن محل برای آن سؤال موردنظر وجود داشته باشد. در ارزشیابی مراقبت‌های میانی، هر یک از محل‌های مطالعه از نظر جغرافیایی و سازمانی کاملاً تعریف نشده بودند چرا که مراقبت‌های میانی شامل خدماتی می‌گردند که در حوزه جغرافیایی خاصی مفهوم می‌یابند. در هر موقعیت و محل، مطالعات موردی بر روی فعالیت‌هایی که خدمات و مراقبت‌های تعریف شده ارائه می‌گردند، متمرکز است. در این مطالعه، محقق درصدد توجه به همه جزئیات مرتبط به منابع انسانی در محل تحقیق نیست و حتی با چگونگی مدیریت منابع و بودجه‌بندی نیز کاری ندارد.

مرحله بعدی انتخاب شیوه تحقیق است. جنبه خاصی از مطالعات موردی استفاده از شیوه چندگانه و منابع متعدد برای دسترسی به یافته‌های جامع و کامل است که از اعتبار قوی برخوردار باشند. استفاده از شیوه‌های خاص در سایر فصول کتاب بحث شده‌اند. در مطالعات موردی معمولاً از روش سه‌کنجی (به فصل هشتم نگاه کنید) استفاده می‌شود تا حداکثر اعتبار ممکن برای یافته‌های تحقیق حاصل شود. برخی معتقدند هیچ یک از راه‌های جمع‌آوری داده‌ها نمی‌توانند به تنهایی نتایج معتبرتر از شیوه ترکیبی به دست آورد. استفاده از شیوه‌های متفاوت و منابع متعدد، مشکلات استفاده از یک روش به تنهایی را برطرف می‌سازد. توصیه مؤکد شده است که در هنگام کاربرد چندین شیوه به طور همزمان در پژوهش‌های کیفی (که موجب قدرت بخشیدن به روند پژوهش می‌گردد و اعتبار آن را می‌افزاید)، کلیه اسناد و مدارک محفوظ باقی بمانند. (به فصل ۸ و ۹ نگاه کنید)، چرا که شیوه‌های متفاوت و منابع مختلف از نقطه نظرات و زوایای متفاوت به موضوع می‌نگرند و الزاماً تأییدکننده یک نقطه نظر واحد نمی‌باشند و به عبارت دیگر تصویری ترکیبی در معرض دید قرار می‌دهند. از این رو، استفاده از شیوه سه‌گانه بین دو منبع مختلف و دو شیوه متفاوت در یک مطالعه موردی، موجب می‌شود تا این پژوهش‌ها از جامعیت[1] بیشتری برخوردار شوند و

[1] Comprehensiveness

داده‌های با انعطاف بیشتری تحلیل شوند و تحلیل‌گر می‌تواند انتظار داشته باشد تا از منابع و شیوه‌های مختلف عناصر تقارب[1]، تباعد[2] و هماهنگی را بیابد.

برخی مطالعات شیوه دیگری را برای رسیدن به اعتبار انتخاب می‌کنند و از مقایسه داده‌های مطالعات موردی برای داده‌های حاصل از نمونه‌های بزرگتر استفاده می‌کنند تا نشان دهند یافته‌ها چه اندازه می‌توانند قدرت یابند و تعمیم‌پذیر گردند. ارزشیابی حاکمیت بالینی بکار گرفته شده در این راهبرد، با استفاده از تحقیق پیمایشی همانند مطالعات موردی می‌باشد.

مثالی از شیوه‌های متعدد در مطالعه در مورد اثرات باز – مهندسی فرآیند مالی[3] در یک بیمارستان آموزشی در انگلستان صورت گرفت. باز – مهندسی نوعی نظریه مدیریتی است که مرتبط به طراحی سازمان است. این نظریه بر اهمیت انجام امور مؤثر و چالش برانگیز تأکید می‌ورزد. به اعتقاد طرفداران این نظریه، انجام غیر مؤثر کارها موجب تولید فرآورده‌ها و خدمات با کیفیت نازل می‌گردد. باز – مهندسی مشتمل بر مرور بنیادین و طراحی مجدد امور است. محققین بر اساس این بنیاد اولیه، تصمیم گرفتند تا در بیمارستان، مطالعه‌ای مبنی بر باز – مهندسی در سطح مدیریت ارشد، مدیران بالینی و ارائه‌کنندگان خدمات بالینی بپردازند. علاوه بر این، آنها بر ۶ نوع از خدمات بالینی تمرکز یافتند که تیم اجرایی، خدمات خود را بر آن هدف‌دهی کرده بودند و عامدانه و آگاهانه تخصص‌های مخلتف را مورد بررسی قرار دادند (مثلاً یک بخش اورژانس و یک بخش غیر اورژانس و یا یک بیمار بستری در مقابل یک بیمار سرپایی). محققین روند کار را تا سه سال پیگیری و پایش نمودند. در طی این سه سال محققین شیوه‌های مختلف مثل مصاحبه، مرور مکتوبات مربوط به باز – مهندسی فرآیند تجارت و مشاهده شدند و نتایج با یکدیگر مقایسه شدند. با استفاده از شیوه مشابه در موقعیت‌ها و خدمات مختلف، محققین قادر شدند تا تجربیات متضاد در آن موقعیت‌ها را با یکدیگر مقایسه کنند.

[1] Convergence
[2] Divergence
[3] Business process re-engineering (BPR)

جمع‌آوری داده‌ها باید با هدف تولید و گسترش چارچوب تحلیل صورت گیرد که موجب تسهیل در تفسیر یافته‌ها گردد. در عمل، چارچوب‌های تحلیلی، ماحصل شواهد موجود می‌باشند که به طریقی به توصیف و توضیح چگونگی عناصر مختلف موردهای تحت مطالعه با یکدیگر می‌پردازند. چارچوب نباید به داده‌ها تحمیل شده باشد اما باید از داده‌های مشتق شده باشند. همچنان که پیش‌تر نیز مورد بحث قرار گرفت، چارچوب باید منعکس کننده هم درک ماهیت اقدام و هم چگونگی (یا لزوم) انجام آن اقدام در خلق تغییرات در هزینه‌ها و منافع باشد. در ارزشیابی مراقبت‌های میانی هیچ‌گونه پیش نظریه[1] قبلی وجود ندارد که به استناد آن یافته‌های استخراج نمود، در حالی که ایجاد چارچوب تحلیلی در طی مطالعه برای سازماندهی داده‌ها و ارزشیابی یافته‌ها کمک کننده است. نخستین بخش چارچوب بر حیطه خدمات میانی که با سایر حیطه‌های خدمات هماهنگ باشد.

در نهایت آنکه محققین موظفند درباره یافته‌های مطالعه قضاوت کنند و کاربردهای وسیع‌تر آن را تبیین نمایند. هدف از طراحی و شکل‌دهی مطالعات موردی، کسب حداکثر اطمینان نسبت به یافته‌های پژوهشی است. اما، در تفسیر یافته‌ها قضاوت ارزشی اجتناب‌ناپذیر است و لذا خطر سوگیری در آن وجود دارد. گستره‌ای که یافته‌های تحقیقات در یک مجموعه به صورت گزارش واحد در می‌آیند، متغیر است. هر یک از موردها می‌توانند مشابهت‌ها و یا اختلافات بسیار آشکاری را بروز دهند. در برخی شرایط نقطه نظرات گسترده شرکت‌کنندگان به خودی خود حائز اهمیت فراوان است و باید در گزارش نهایی منعکس گردد. شیوه مطالعات موردی، محقق را قادر می‌سازد اعتبار درونی و بیرونی یافته‌ها را دقیقاً بررسی نماید و توصیه‌های خود را بر اساس سطح اطمینان مناسب به صورت قطعی یا با احتیاط ابراز دارند.

[1] Pre-exising theory

فصل یازدهم

اقدام پژوهی

در طی سال‌های اخیر توجه فزاینده‌ای نسبت به موانع موجود در بکارگیری یافته‌های تحقیقات زیست پزشکی[1] کمّی در عرصه خدمات بالینی شده است. برخی اشکال تحقیقات کیفی ممکن است امکان مداخله روز به روز در خدمات بالینی را فراهم آورد. اقدام پژوهی به ویژه در تعیین مشکلات کار بالینی و کمک به یافتن راه حل‌های احتمالی جهت بهبود و ارتقاء عمل در کار بالینی مناسب می‌باشد و به شکل فزاینده‌ای در حال نزج و گسترش در موقعیت‌های بهداشتی و سلامتی می‌باشد. اگر چه نمی‌توان اقدام پژوهی را عیناً مترادف تحقیقات کیفی دانست، با وجود این، در اقدام پژوهی از شیوه‌های کیفی اقتباس شده و کراراً به عنوان مطالعه موردی از آن یاد می‌گردد (به فصل دهم نگاه کنید).

اقدام پژوهی[2] چیست؟

به طور کلی، همانند تحقیقات کیفی، اقدام پژوهی نیز به راحتی قابل تعریف نمی‌باشد. بهتر است اقدام پژوهی را گونه‌ای[3] از تحقیق بدانیم و آن را جزء شیوه‌های تحقیق محسوب نکنیم. اقدام پژوهی نوعی تحقیق مشارکتی است که در آن تحقیق "با"، "برای" و "بوسیله" مردم انجام می‌شود و نباید آن را تحقیق "روی" مردم تلقی کرد. تفاوت عمده این نوع تحقیق با سایر انواع پژوهشی در تمرکز آن بر اقدام و عمل است. نقطه قوت این نوع تحقیق در تمرکز آن در تولید راه حل‌های عملی و حل مشکلات بالینی و توانایی آن در توانمندسازی محققین بالینی است به شکلی که موجب مشارکت ایشان در پروژه تحقیق و توانمندسازی ایشان در اجرای تحقیق می‌گردد. متخصصین حرفه‌های بالینی تمایل دارند تا درگیر پژوهش‌-های مرتبط به تخصص و رشته تحصیلی خود گردند و اگر قرار باشد که از محقق دیگری برای انجام تحقیق کمک بگیرند، ترجیح می‌دهند که به دنبال یافتن راه حل، پایش منظم و انعکاس فرآیند و نتایج تغییر

---
[1] Biomedical
[2] Action research
[3] Style

مرتبط با حرفه خود باشند. در بریتانیا، همانند سایر نقاط دنیا، علائق روزافزونی برای مشارکت در طرح‌های تحقیقاتی در بین صاحبین حرفه‌های بالینی ایجاد شده است. مؤسسات پژوهشی و سازمان دولتی و غیر دولتی متعددی در طی فرآیند "مدرنتیه"[۱] یا "نوگرایی" علاقمند به سرمایه‌گذاری در این حوزه شده‌اند و به ویژه ابداع روش‌های نوین همچون "کار مبتنی بر شواهد "[۲] در رشته‌های پزشکی به صورت "پزشکی مبتنی بر شواهد"[۳] و پرستاری به صورت "پرستاری مبتنی بر شواهد"[۴] و حتی آموزش پزشکی تحت عنوان " تدریس مبتنی بر شواهد"[۵] در حال گسترش می‌باشد. Watesman و همکاران اقدام پژوهی را چنین تعریف می‌نمایند که:

> اقدام پژوهی، گونه‌ای از پرسشگری است که موقعیت‌های اجتماعی را توصیف، تفسیر و تشریح می‌کند و در عین حال تغییراتی را به هدف بهبود و مشارکت به مورد اجرا می‌گذارد. اقدام پژوهی مشکل – مدار[۶]، مختص زمینه[۷] و آینده محور[۸] است. اقدام پژوهی مجموعه‌ای از فعالیت‌ها است که ارزش پایه روشنی دارند و با مشارکت دو جانبه محقق و مشارکت کننده، سعی در ایجاد تغییر دارند. فرآیند مشارکت در برگیرنده آموزش و توانمندسازی بوده که به شیوه پویا، شناخت مشکل، طراحی، اقدام و ارزشیابی را با یکدیگر ارتباط می‌دهد. دانش از طریق تحقیق و ارائه آن، بسط و گسترش می‌یابد و از روش‌های کمّی یا کیفی سود برده می‌شود. اقدام پژوهی انواع مختلفی از دانش را خلق می‌کند که مشتمل بر دانش عملکردی و دانش مفهومی می‌باشد. ممکن است نظریه، خلق شده و یا اصلاح و تغییر یابد و کاربرد عمومی آن در طی چرخه فرآیند اقدام پژوهی مکشوف می‌گردد.

---

1 Modernise
2 Evidence-base Practice (EBP)
3 Evidence-base Medicine (EBM)
4 Evidence-base
5 Evidence-base Teaching (EBT)
6 Prpblem-focused
7 Contex-specific
8 Future-oriented

بیشتر تعاریف، سه عنصر اصلی و مهم را در اقدام پژوهی مورد توجه قرار می‌دهند که "ویژگی مشارکتی" ، "پیام مردم سالارانه" و "کمک همزمان" در علوم و تغییرات اجتماعی را شامل می شود.

مشارکت

مشارکت، موضوعی بنیادین در اقدام پژوهی می‌باشد. مشارکت شیوه‌ای است که مستلزم احساس نیاز در مشارکت‌کنندگان برای تغییر و تمایل ایشان برای ایفاء نقش فعال در تحقیق و فرآیند تغییر می‌باشد. هر پژوهشی به جلب تمایل و خواست مشارکت‌کنندگان نیاز دارد، ولی در اقدام پژوهی سطح لازم برای تمایل قلبی و تعهد نسبت به پژوهش در مشارکت‌کنندگان فراتر از موافقت صرف برای پاسخ به سؤالات پرسشنامه و یا قرار داشتن تحت مشاهده می‌باشد. تمایز بین "پژوهنده" و "پژوهیده" در تمامی انواع پژوهش به روشنی نمایان است اما در اقدام پژوهی صادق نمی‌باشد. در اقدام پژوهی، طرح تحقیق با "چانه‌زنی" و مشورت با مشارکت‌کنندگان در طی یک فرآیند پویا و مداوم صورت می‌گیرد و بدین لحاظ کسب رضایت آگاهانه کمترین مشکل را به همراه دارد. از این رو، محققین اقدام پژوه باید خود را متعهد و ملزم به رعایت اصول اخلاقی نسبت به مشارکت‌کنندگان بدانند. Winter و Mumm-Giddings چند نکته راهنمایی کننده را در این مورد ارائه داده‌اند. مشارکت در تحقیق و فرآیند تغییر ممکن است تهدیدکننده باشد و موجب کشمکش گردد، آن چنانکه برخی تحقیقات صراحتاً به آن اشاره نموده‌اند. مثلاً در یک تحقیق به روش اقدام پژوهی، فرآیند پرس و جو در مورد پیشنهادات برای بازخورد به مشارکت-کنندگان، اثرات عمیقی بر پویایی گروه تحقیق داشت. برخی از شرکت‌کنندگان در مطالعه در پرسیدن سؤال خود در مورد وظایف و نقش‌های خود راحت نیستند. در یک مورد، پرستار مسئول بخش اظهار داشت که پس از پرس و جو احساس کرد که مورد تهدید قرار گرفته است و در بیمارستان دیگری تقاضای کار داده است. هنگامی که محقق از بیرون مؤسسه در حال تحقیق در درون یک سیستم می‌باشد، بهتر است نخست اقدام به جلب اعتماد مشارکت‌کنندگان نماید و در مورد نقش‌های شرکت‌کنندگان به توافق متقابل برسند و کشمکش‌های احتمالی در پروژه تحقیق را حل و فصل نمایند. توافق بین محقق و مشارکت-

کنندگان، نشان‌دهنده جنبه مهم دیگری از اقدام پژوهی را نشان می‌دهد که بنام "پیام مردم سالارانه" نامیده می‌شود.

مردم سالاری در اقدام پژوهی

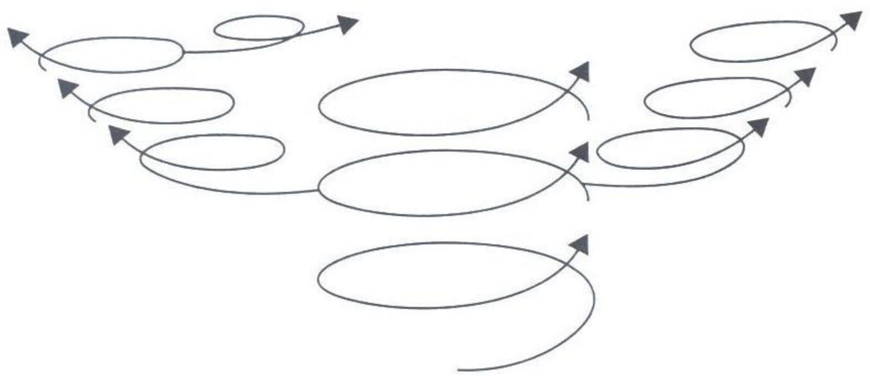
اقدام پژوهی علاقمند مداخله برای تغییر و بهبود عملکرد می‌باشد. از این رو، می‌توان آن را شکلی از علوم اجتماعی مهم تلقی کرد. چنین برداشت فلسفه گرایانه‌ای تفاوت اصلی بین اقدام پژوهی و سایر انواع مطالعات موردی می‌باشد. مردم سالاری در اقدام پژوهی معمولاً مستلزم مشارکت مساوی محقق و مشارکت‌کننده می‌باشد. کار محقق تسهیل تغییر، مشاوره با مشارکت‌کنندگان هم در فرآیند عمل و هم در چگونگی ارزشیابی آن می‌باشد. یک فایده طراحی مطالعه در همیاری با مشارکت‌کنندگان آن است که می‌تواند فرآیند تحقیق و نتایج آن را برای مشارکت‌کنندگان معنی‌دارتر نماید. این کار در اعماق وظایف روزانه بالینی رسوخ می‌نماید.

در طی مطالعه، نتایج تحقیق به صورت بازخورد در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار می‌گیرد تا اعتبار آن تضمین گردد و در مورد مرحله بعدی تحقیق تصمیم‌گیری آگاهانه انجام شود. این روش شکل گرفته پاسخی در مقابل حوادث طبیعی روزمره است. تصویر ۱۱۰۱، نشانگر این مارپیچ‌هاست که در مارپیچ‌های کوچک‌تر از مارپیچ بزرگ اصلی منشاء می‌گیرد که خود نشان‌دهنده اقدام پژوهی می‌باشد و می‌تواند مشکلات متعددی در یک تصویر، بدون از دست رفتن سیمای اصلی موضوع به تصویر بکشد.

با وجود این، آن چنانکه قبلاً نیز اشاره شد دادن بازخورد به مشاهده‌کنندگان می‌تواند بالقوه بسیار تهدیدکننده باشد. در موقعیت‌های خدمات سلامت همواره نمی‌توان جنبه مردم سالارانه موضوع را حفظ کرد. در پژوهش اقدامی، پژوهشگر باید قادر به سازگاری با شرایط سنتی باشد (تفاوت و مرزهای همیشگی بین جامعه و بیمارستان، حرفه‌های تخصصی متفاوت، خدمات بهداشتی درمانی و خدمات اجتماعی و ...) و با همه این تفاوت‌ها کنار بیاید. علاوه بر این، برخورداری از سایر مهارت‌ها علاوه بر مهارت در تحقیق از

قبیل مهارت‌های شناختی، سیاسی، ارتباطی، تسهیل‌کنندگی، بالینی، آینده‌نگری، انگیزشی، همدلی، تجربی و اجرایی بر پژوهشگر الزامی است.

تصویر شماره ۱۱۰۱ – مارپیچ اقدام – انعکاس



کمک به جامعه‌شناسی و تغییر در جامعه

در اقدام پژوهی، تمرکز بر تغییر و سطح مشارکت شرکت‌کنندگان به طرح سؤالی منجر شده است که تفاوت بین اقدام پژوهی و سایر فنون مدیریت از قبیل بهبود مداوم کیفیت چیست؟ برخی انتقادات ناشی از سوءبرداشت‌ها بنیادی در مورد ماهیت اقدام پژوهی و نتایج آن می‌باشد. برخی محققین بحث محلی و موقعیتی بودن اقدام پژوهی در مقابل جهانی بودن آن را مطرح می‌کنند، اما قطعاً چنین برداشتی، ناشی از سوءتفاهمی است که از مطالعات موردی به اقدام پژوهی نیز تعمیم یافته است. علاوه بر این، اقدام پژوهی موجب مطرح شدن بسیاری از عوامل می‌گردد که بر اجرای شواهد در عمل تأثیر می‌گذارند. این کار با بسط و گسترش دانش در کار روزمره رخ می‌دهد.

با در نظر گرفتن نقش کمکی اقدام پژوهی در بسط دانش، لازم است توجه داشت که نوع تعمیم انجام شده از مطالعات اقدام پژوهی تفاوت‌های آشکاری با تعمیم در پژوهش‌های مرسوم دارد. گزارشات حاصل از اقدام پژوهی، تا حدودی به خواننده‌ای متکی است که مطابق دانش خود گزارشات حاصل از تحقیق را در کار روزمره خود بازنویسی نمایند. لذا، بسیار مهم است که در نوشتن گزارشات اقدام پژوهی، تمام جزئیات متن کار به تفصیل و مشروحاً بیان شوند. این مسئولیت محقق است که ارزش‌ها و باورهای

خود را در گزارش تحقیق بسازد و درست به همین دلیل امکان سوگیری "چنین شرایطی کاملاً مشهود است" با نوشتن یادداشت‌های سرصفحه به صورت خود - انعکاسی می‌توان به تکمیل گزارش کمک شایانی نمود. طبق نظر Care و Kommis گزارش موفق را می‌توان با مشخصه "شوک شناخت"[1] مشخص نموده طبق تعریف شوک شناخت به کیفیت گزارش اطلاق می‌گردد که خواننده را قادر می‌سازد تا ارتباط آن را با خود و موقعیت کار خود ارزیابی کند. یافته‌های حاصل از بازخورد در طی اقدام پژوهی، بازبینی صحت گزارشات مشارکت‌کنندگان را میسر می‌سازد. با وجود این، تفسیر ارتباط ما بین یافته‌ها با سایر موقعیت-های کاری، نهایتاً به خواننده بستگی دارد، مگر آنکه مدعی تعمیم نظری باشیم.

در اقدام پژوهی در صورتی که ایجاد هرگونه تغییر دشوار به نظر آید، نباید موفقیت اقدام پژوهی را صرفاً از منظر بزرگی اندازه تغییر ایجاد شده و یا اجرای راه حل فوری مسئله نگریست. بلکه، باید این موفقیت را در ارتباط با آنچه از تجربه آموخته شده است، ارزیابی نمود. برای مثال، در مطالعه‌ای برای بررسی و معرفی یک نقش جدید (مثل هماهنگ‌کننده مراقبت بین چند تخصص و حرفه) انجام شد اما منجر به دستیابی به کلیه تغییرات از پیش تعیین شده نیانجامید. تجربیات کسب شده از این تحقیق مورد توجه محققین و سیاستگذاران ملی قرار گرفت و با بازخورد به مسئولین شاغل در آن سازمان، تغییرات آتی بر اساس توصیه‌های انجام شده صورت پذیرفت.

انوع مختلف اقدام پژوهی

انواع متعددی از اقدام پژوهی معرفی شده‌اند Hart and Bond چندین ویژگی کلیدی را معرفی می‌کنند که نه تنها موجب بازشناسی اقدام پژوهی از سایر انواع پژوهشی می‌شود بلکه محدوده شیوه اقدام پژوهی را تعیین می‌نماید. این محققین با معرفی ۴ نوع اقدام پژوهی، "گونه‌شناسی"[2] این شیوه تحقیق را نیز مشخص می‌کند. به اعتقاد آنها چهار روش اصلی اقدام پژوهی عبارتند از: تجربی[3]، سازمانی[4]، تخصصی[1]،

[1] The shoke of recognition
[2] Typology
[3] Experimental
[4] Organizational

توانمندسازی[2]. با وجود آنکه، این گونه‌شناسی در درک انواع مختلفی از اقدام پژوهی سودمند می‌باشد، اما ماهیت چند بعدی آن موجب دشواری طبقه‌بندی انواع اقدام پژوهی می‌گردد. توصیه شده است که از این گونه‌شناسی به عنوان چارچوبی برای نقد پژوهشی استفاده کرد. Somekh اشاره می‌کند که فرهنگ‌های حرفه‌ای متفاوت به شدت بر اقدام پژوهی تأثیر می‌گذارند و به همین دلیل توصیه می‌کند که اقدام پژوهی باید بر اساس ارزش‌ها و باورهای فردی یا گروهی طراحی گردد و باید از هرگونه تعصب و انعطاف گریزی نسبت به دیدگاه‌های روش شناسی خاص جداً پرهیز کرد.

اقدام پژوهی در عرصه خدمات سلامت

به دلیل تمرکز اقدام پژوهی بر تغییر، می‌توان آن را چارچوبی مناسب برای تحقیق ابداعات و نیز ارزشیابی واقعی بکار برد. مؤسسات متعدد تحقیقاتی در انگلستان علاقمندی وافر خود را برای انجام اقدام پژوهی نشان داده‌اند. بررسی‌ها نشان داد که بین سال‌های ۱۹۷۵ تا ۱۹۹۸، حدود ۵۹ مطالعه و ۷۲ گزارش از این پژوهش‌ها منتشر شده است.

خانم Ong [3] ارزش‌های انجام اقدام پژوهی در عرصه خدمات سلامت را به دلیل تغییرات مداوم در الزامات مدیریتی و سیاستگذاری در خدمات بهداشتی را مورد تأکید قرار می دهد. او نیاز به شیوه منظم نوین برای ترغیب مشارکت‌کنندگان به عرصه خدمات سلامت مورد اشاره قرار داده و بیان می‌کند که، "ارزیابی سریع"[4] شیوه برگزیده بر دخیل کردن کاربران در گسترش خدمات و سیاست‌های بهداشتی منطقه‌ای می‌باشد. ارزیابی سریع نوعی اقدام‌پژوهی به شمار می‌رود که عمدتاً در کشورهای در حال توسعه انجام می‌شود. در این کشورها معمولاً از شیوه‌های مشارکتی برای تسریع تغییر استفاده می‌کنند چرا که معتقدند موجب توسعه بیشتر جامعه می‌گردد. کتاب خانم Ong جزئیات بسیار مهمی در مورد فلسفه و نظریه‌های مرتبط به تشویق سریع از پژوهش‌های متعدد را ذکر کرده است.

---

[1] Professionalizing
[2] Impowering
[3] Ong
[4] Rapid appraisal

علاوه بر همه موارد فوق، به موارد متعددی از کاربرد اقدام پژوهی در محیط‌های بیمارستانی بجای جامعه و موقعیت‌های اجتماعی بزرگ اشاره شده است که موجب تسهیل ارتباط نزدیک بین پرسنل و کاربران شده است. در مطالعه‌ای با تمرکز بر آشناسازی مشارکت‌کنندگان عادی با مراقبت‌های انجام شده در بخش‌های داخلی یک بیمارستان آموزشی در لندن، اقدام پژوهی به مدت یک ماه تداوم یافت (جدول ۱. ۱۱) را نگاه کنید). در طول مدت مطالعه، اقدام به تقویت ارتباط میان شرکت‌کنندگان و مراقبین شد و متخصصین نیاز داشتند تا روش کار خود را تغییر دهند و در کار با یکدیگر همکاری متقابل بیشتری نشان دهند. در نتیجه، سه مرحله عمل – انعکاس مارپیچی در مطالعه اعمال شد؛

الف) شناخت کار بخش

ب) بهبود و ارتقاء ارتباطات میان متخصصین مختلف

ج) مشارکت بیشتر مردم عادی در انجام مراقبت‌ها.

هر یک از مارپیچ‌های عمل – انعکاس فعالیت‌های مرتبطی را تولید نمود که به نام مارپیچ‌های مضاعف[1] نامیده می‌شوند. برای مثال، از یک مارپیچ در ساقه اصلی، دو شاخه فرعی جدا می‌شوند، یکی شاخه فرعی مارپیچ عمل – انعکاس مشارکت افراد عادی در خدمات و در مقابل آن مارپیچ تمرکز پرسنل بیمارستان برای آموزش بیماران در مورد درمان صورت می‌گیرد.

طیفی از شیوه‌های تحقیقی شامل مصاحبه عمیق، پر کردن پرسشنامه به تحلیل مکتوبات و مستندات و مشاهدات مشارکت‌کنندگان مورد استفاده قرار گرفتند. در طی مطالعه، یافته‌های اولیه بر ملاقات‌های هفتگی با مشارکت‌کنندگان به آنها بازخورد داده شد. به موازات تغییر مثبت صورت گرفته در طی زمان، تحلیل مطالعه دو مجموعه داده‌های اصلی مشتمل بر:

الف) درک متخصصین از مشارکت افراد در خدمات درمانی بهداشتی و ب) مشکلات موجود در روند ایجاد تغییر، را به خوبی نمایان ساخت.

[1] Spin-off spiral

جدول ۱. ۱۱ مشارکت افراد عادی در مراقبت: مطالعه‌ای به صورت اقدام پژوهی	
شرکت‌کنندگان	باید مرتب با مراجعین سر و کله زد تا داوطلبین واقعی و علاقمند را برای مشارکت انتخاب نمود. استفاده از روش "پایین به بالا" در جلسات هفتگی گروهی اعمال می‌شود. محقق نقش تسهیل‌گر و عضو تیم را ایفا می‌کند.
مردم سالاری	هدف کار توانمندسازی مشارکت‌کنندگان و افراد عادی شرکت کننده در پژوهش است. کار به صورت مشترک و همکاری افراد در تخصص‌های مختلف صورت می‌گیرد. مشارکت‌کنندگان نسبت به داده‌های احساسی تملک می‌یابند.
کمک به علوم اجتماعی و تغییرات در جامعه	مرتباً به مشارکت‌کنندگان بازخورد داده می‌شود. نتایج به دست آمده به صورت منطقه‌ای و کشوری منتشر می‌گردند.
شیوه‌های ارزشیابی	• با ارزشیابی یک مطالعه موردی به صورت مشارکت چند تخصصی در یک بخش عمومی داخلی در بیمارستان آموزشی در لندن با استفاده از • شیوه‌های کیفی برای روشن کردن نقش موضوعاتی که وارد طرح می‌گردند. • شیوه‌های کمّی جهت مقایسه زیر گروهها
مارپیچ اصلی عمل – انعکاس	شناخت کار بخش: • تغییر طرح مراقبت از بیمار • سیستم جدید گزارش دهی شامل تحویل بخش و بیمار بر سر بالین بیمار • آشنایی با اشکال اصلاح شده سیستم ارتباطی پرستاری اولیه با سایر رشته‌ها (جلسه با تیم درمان را به صورت هفتگی انجام دهید). • آشناسازی پرسنل جدید با برگ‌های ارتباط بین اعضاء از طریق توزیع جزوات آموزشی، برقراری تماس با پرستار بهداشت جامعه در منطقه استقرار بیمارستان قبل از ترخیص بیمار مشارکت افراد عادی در مراقبت: • بهسازی منابع برای آموزش سلامت بیماران • آغاز و معرفی سیستم کارت‌های یادآور طبی • دعوتنامه‌های رسمی از بیماران برای مشارکت در مراقبت
نتایج	بصیرت نسبت به ادراکات متخصصین از مشارکت افراد عادی برخی تغییرات مثبت دستیابی شده (بهبود نگرش نسبت به مشارکت افراد عادی در مراقبت، آموزش به بیمار، ارتقاء سازماندهی بخشی) موانع شناخته شده تغییر در مراقبت‌های سلامت

ارزش‌های استفاده از شیوه‌های کیفی پژوهشی و اقدام پژوهی را می‌توان به خوبی در مثال مربوط به داده‌های مربوط به درک متخصصین از نقش مشارکت‌کنندگان عادی در خدمات بهداشتی متجلی ساخت. شیوه‌های کیفی به موازات انجام پژوهش‌های کمّی از قبیل معیارهای نگرش سنج و پرسشنامه‌های خود ساخته در درون فرآیندی بکار گرفته می‌شوند که آن را (در فصول قبل ۸ و ۹) تلفیق یا سه‌کنجی نامیدیم. می‌توان از شیوه‌های کیفی برای ارائه تفسیر مجدد گزارشات تحقیقات کمّی سود برد. در مثال قبلی که اشاره شد متخصصین نقطه نظر بسیار مثبتی نسبت به مشارکت کاربران ابراز نمودند. با وجود این، تحقیقات بیشتر ابراز داشتند که شک و تردید و نگرانی‌های عمیقی در مورد بکارگیری افراد عادی به عنوان مشارکت‌کننده در پژوهش وجود دارد. تحقیقات قبلی در مورد نگرش متخصصین نسبت به مشارکت کاربران و مراقبین صرفاً در صورت بکارگیری ابزارهای ساختارمند مثبت ابراز شد. بر خلاف این، شیوه‌های ترکیبی می‌توانست ارتباط میان نگرش و عملکرد را مکشوف سازد و توضیح دهد که به هنگام مشارکت افراد عادی در عملکردی پژوهش چه اتفاقی رخ می‌دهد. یافته‌ها نشان می‌دادند که با وجود آنکه شواهد به نفع مشارکت افراد عادی در خدمات مراقبتی بودند، اما برخی متخصصین صرفاً موافقت ظاهری نشان می‌دادند و موافق شرکت دادن افراد عادی در عرصه خدمات بالینی و مراقبتی را نبودند. علاوه بر این، یافته‌ها دلالت داشتند که متخصصین حرف بهداشتی و سلامت نیاز داشتند تا همکاری با سایر همکاران در تیم سلامت را بیاموزند و درک مشترکی از نحوه مراقبت از بیمار بیابند. منظور ما آن نیست که از یک تحقیق محدود، نتایج به جمعیت کل تعمیم یابد. با وجود این، نتایج این تحقیقات سؤال متعددی را در ذهن خواننده ایجاد می‌کند که ارزش سایر تحقیقات قبلی در مورد تأیید نگرش مثبت متخصصین سلامت نسبت به مشارکت افراد را مورد تردید قرار می‌دهد. با انجام اقدام پژوهی و کار تنگاتنگ با پزشکان جهت کشف مسائل در موقعیت‌های واقعی می‌توان به نگرش عمیق‌تری از چگونگی مفهوم سازی کلمات و الفاظ در موقعیت‌های واقعی و عملی رسید.

فصل دوازدهم

شیوه توافقی

شیوه توافقی نوعاً به عنوان روش پژوهش کیفی محسوب نمی‌شوند چرا که بیشتر در برگیرنده معیارگذاری، پرسشنامه و شیوه‌های کمّی تحلیل می‌باشند. با وجود این، ما در این کتاب، این شیوه را به عنوان مثالی برای یک فن که قضاوت کیفی را سازماندهی می‌کند و علاقمند است تا دریابد منظور افراد به هنگام اخذ تصمیمات مرتبط به خدمات سلامت چیست، در این بخش آورده‌ایم.

چرا از شیوه توافقی استفاده می‌شود؟

ما در دنیای سلامت و خدمات بهداشتی، در بسیاری مواقع ناگزیر از اخذ تصمیماتی هستیم که بدون پشتوانه اطلاعات عینی کافی می‌باشند. این چنین تصمیماتی از چگونگی انتخاب بهترین شیوه درمان بیماران تا انتخاب نوع خدمات ارائه شده، چگونگی مدیریت و سازماندهی و ارائه خدمات و حتی نوع تحقیقات لازم از نظر اولویت و نگاه بر افق‌های دوردست (پیش‌بینی آینده) متغیر و متفاوت است. برای پزشکان، مدیران و سیاستگذاران، اخذ تصمیمات به هنگام تردید، چالش روزمره و عادی تلقی می‌شود. راه حل سنتی این مشکل آن است که مدیر فردی قدرتمند و مسلح به سلاح تدبیر باشد. با وجود این، همه ما معتقدیم که تصمیم جمعی و متکی بر خرد جمعی و عقل سلیم بر تصمیم فردی ترجیح داده می‌شود. گروه، قطعاً دارای تجربیات بیشتر می‌باشد و تعامل بین اعضاء گروه موجب روشن‌تر شدن مشکل و یافتن راه حل مناسب از طریق چالش نظرات می‌گردد. حساسیت‌های فردی در کنار گذاشته می‌شود و گروه، مشکل را از زوایا و جوانب مختلف ارزیابی می‌کند.

تصمیم‌گیری جمعی سنتی معمولاً با تشکیل گروهی بنام "کمیته"[1] انجام می‌شود. در واقع، این مسئله از اصلی که اکثریت نظر خود را به اقلیت یا افراد صاحب نفوذ به افراد زیردست تحمیل می‌کنند، منشاء می‌گیرد و به همین دلیل بسیاری از معضلات حل نشده باقی می‌مانند.

از سال‌های دهه ۱۹۵۰ روش‌های رسمی تصمیم‌گیری ابداع شدند و به شکل فزاینده‌ای در بسیاری از حوزه‌ها شامل خدمات سلامت بکار گرفته شدند. مزیت عمده روش‌های رسمی به روش‌های غیررسمی تصمیم‌گیری آن است که ساختار کاملاً شفاف روش‌های رسمی موجب ارزش و اعتبار علمی این روش‌ها می‌باشد. سه دلیل اصلی برای لزوم کاربرد روش‌های رسمی تصمیم‌گیری عنوان شده‌اند.

الف) ابداع و بکارگیری دستورالعمل‌های سازمانی و بالینی

ب) تعیین اولویت‌ها برای خدمات ارائه شده

ج) ترسیم معیارهایی که می‌تواند درباره موضوعات مربوط به سیاستگذاری قضاوت نمایند (مثل کیفیت پژوهشی و شیوه پرداخت هزینه‌های خدمات سلامتی و ...)

در عمل، شیوه‌های توافقی تلاش دارند تا تمام موضوعات مرتبط را شناسایی کنند و سپس این موضوعات را به صورت جملات روشن شکل دهند و در نهایت به کسب نظر گروه به صورت بررسی میزان موافقت هر گویه با معیار لیکرت[2] نائل شون.د (معیار لیکرت نوعی مقیاس اندازه‌گیری است که نوعاً معیار ۵ یا ۹ قسمتی است که از ضعیف‌ترین تا قوی‌ترین نظر را در بر می‌گیرد). بدین ترتیب، بحث‌های کیفی بدون ساختار، در قالب مکتوبات کیفی ساختارمند نظر افراد را به شکل روشن و شفاف مشخص می‌سازد.

شیوه‌های موجود

جنبه‌های کلیدی شیوه‌های توافقی عبارتند از:

- ارائه شواهد مستقل: تمامی منابع علمی و شواهد تحقیقاتی لازم در اختیار اعضاء گروه قرار می‌دهد.

---

[1] Committee
[2] Likert scale

- اظهار نظر فردی در خلوت: هر یک از اعضاء گروه نظر خود را در حریم و خلوت خود بیان می‌دارد به گونه‌ای که هر یک از اعضاء از قضاوت سایر اعضاء مطلع نمی‌باشد.
- ارائه فرصت به هر یک از اعضاء گروه برای تغییر در نقطه نظرات خود تحت تأثیر مشاهده نظرات سایر اعضاء گروه (با انجام گروه اسمی، شنیدن توضیحات و نقطه نظرات متفاوت)
- استخراج شفاف و روشن تصمیم گروه بر اساس شیوه‌های آماری از قبل طراحی و تدوین شده و تحلیل آن.

سه شیوه رسیدن به تفاهم گروهی در عرصه خدمات سلامت مطرح می‌باشد که یکی از آنها یعنی گردهم‌آیی مفاهمه[1] عمدتاً مورد توجه زیادی قرار نمی‌گیرد و ما نیز در اینجا از بحث راجع به آن خودداری می‌کنیم. دو روش دیگر "فنون گروه اسمی"[2] و "بررسی‌های دلفای"[3] می‌باشند. هر دو این روش‌ها خود بحث کلیدی و حائز اهمیتی تلقی می‌گردند و هر یک از آنها را می‌توان به اشکال مختلف به مورد اجرا گذارد.

فنون گروه اسمی (فگا)

این فنون به این دلیل بدین نام خوانده می‌شوند که نظر گروه از تجمیع نظرات تک تک افراد گروه و نه نظر مشترک همه گروه حاصل می‌گردد. این چنین گروهی معمولاً با ۸ الی ۱۲ نفر عضو شکل می گیرد. تعداد کمتر از این، موجب به خطر افتادن پایایی و تعداد بیشتر از این موجب عدم مشارکت اعضاء می گردد و قابلیت مدیریت گروه را کاهش می دهد.

معمولاً سه مرحله در نظر گرفته می شود. در مرحله اول، از اعضاء گروه خواسته می‌شود تا به صورت کتبی موضوع مورد علاقه خود را برای عنوان بحث مطرح کنند (مثلاً در ایجاد دستورالعمل راهنما در مورد اندیکاسیون‌های جایگزین مفصل هیپ[4]، ممکن است افراد به سن و یا میزان احساس درد بیمار به

[1] Consensus conference
[2] Nominal Group Techniques
[3] Delphi surveys
[4] Hip replacement

عنوان مرتبط‌ترین موضوع اشاره نمایند. سپس فرد مسئول سازماندهی، روند کار همه نقطه نظرات را جمع-آوری می‌نماید. در مرحله دوم، پرسشنامه ساختارمندی که همه موضوعات مطرح شده (به علاوه ترکیبی از موضوع‌ها) را پوشش می‌دهد تهیه و آماده می‌شود و از هر یک از اعضاء گروه خواسته می‌شود تا به صورت انفرادی، میزان موافقت خود را با هر یک از گویه‌ها در معیار لیکرت رتبه‌بندی نماید. در مرحله سوم کلیه نظرات جمع‌آوری شده، که نشانگر توزیع نظرات اعضاء گروه می‌باشد، مجدداً در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار می‌گیرد تا در زمینه‌های مخالف و مغایر با نظر یکدیگر با هم بحث کنند. فردی که عضو گروه نیست می‌تواند موجبات تسهیل بحث را در گروه فراهم سازد. به دنبال این بحث گروهی، اعضاء میزان موافقت گروهی خود را بار دیگر اعلام می‌دارند. ممکن است در پرتو دانش کسب شده افراد در گروه و توضیحات سایر اعضاء گروه، نظر فرد یا جمع تغییر آتی نماید. می‌توان این مرحله را بار دیگر نیز تکرار کرد. با وجود این، دیده شده است که نظرات گروه حداقل تغییر را شاهد خواهد بود. در پایان، بر اساس تعاریف از پیش تعیین شده تحلیل صورت گرفته و موافقت یا عدم موافقت گروه کسب می‌گردد.

یکی از شایع‌ترین نسخ کاربرد "فگا" در بخش سلامت، توسط دانشگاه‌های UCLA و RAND صورت گرفته است که دو مرحله اول با نامه‌نگاری انجام شده و فقط اعضاء گروه در مرحله سوم در ملاقات حضوری شرکت کردند.

بررسی‌های دلفای

محدودیت اصلی روش فنون گروه اسمی، تعداد نسبتاً که افراد شرکت‌کننده در گروه می‌باشد و مضافاً به اینکه ضرورتاً می‌باید اعضاء گروه حداقل در یک جلسه حضوری گردهم آیند. از این رو، جای تعجبی ندارد که افراد به نوعی نسبت به نظر کسب شده از گروه شک و تردیدهایی را مطرح سازند. روشی که می‌تواند جایگزین روش فوق شده و از محدودیت آن نیز برحذر باشد، بررسی دلفای است. در بررسی دلفای تقریباً هیچ محدودیتی از نظر تعداد شرکت‌کنندگان وجود ندارد ولی معمولاً از نظر روش شناسی نیازی به کسب نظرات بیش از ۵۰ نفر وجود ندارد. با وجود این، برای ایجاد احساس تملک و تعهد نسبت به

نظر و تصمیم اتخاذ شده در بین جمع، به لحاظ مدیریتی و سیاستگذاری[1]، توصیه می‌شود که مشارکت تعداد بیشتری از اعضاء گروه مدنظر باشد. اصلی‌ترین تفاوت بین فنون گروه اسمی و بررسی‌های دلفای، عدم ملاقات حضوری شرکت‌کنندگان در روش دوم می‌باشد. همه امور با نامه‌نگاری انجام می‌شود. چنین ویژگی امکان در نوردیدن مرزهای جغرافیایی را نیز فراهم آورده است. عمده‌ترین ایراد وارد بر روش دلفای آن است که شرکت‌کنندگان فرصت شنیدن آراء مخالف خود را نمی‌یابند (اگر چه می‌توان از شرکت-کنندگان خواست تا از طریق مکاتبات متعدد راجع به نظرات خود بیشتر توضیح دهند). مبنای هر نوع تغییر در نظر اولیه شرکت‌کنندگان آگاهی از نظر اصلی ایشان می‌باشد. در نتیجه، وسعت موافقت یا تفاهم نسبت به روش فنون گروه اسمی کمتر می‌باشد. این مسئله باید با پایایی بیشتر روش دلفای متوازن گردد. اگر چه، علت اصلی آن بزرگ بودن اندازه گروه مشارکت‌کنندگان می‌باشد. در مطالعه‌ای در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران با استفاده از روش دلفی، پژوهشگران به بررسی دیدگاه‌ها و چالش‌های موجود در تشکیل معاونت سلامت در دانشگاه پرداختند. در این پژوهش با استفاده از پانل خبرگان مطالعه در سه دور ادامه یافت و در پایان دور سوم صاحبنظران شرکت کننده دیدگاههای خود را به صورت توافق و یا عدم توافق با استفاده از روش لیکرت ابراز نمودند. این مطالعه که به سفارش دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد از تعداد ۳۸ صاحب نظری که در پژوهش شرکت نموده بودند، ۳۶ نفر در دور آخر شرکت کردند که میزان پاسخ‌دهی بسیار خوبی را نشان می‌دهد. پژوهشگران علت بالا بودن میزان مشارکت صاحب‌نظران را پیگیری مستمر پژوهشگران و همکاران پژوهش عنوان نمودند.

موضوعات عملی

انتخاب شرکت‌کنندگان

با فرض این پیش شرط که هدف از انجام کار، اتخاذ تصمیمی باشد که به خوبی درک شده و مقبول قرار گیرد و تأثیر بسزایی در سیاست و عمل داشته باشد، به هنگام انتخاب شرکت‌کنندگان نکته کلیدی آن

---

[1] Politically

است که این افراد نماینده و نمونه جامعه مادر باشند. از این رو، قطعاً بی‌معنی خواهد بود که برای یافتن نقطه نظرات پرستاران بهداشت جامعه، نمونه خود را از بین پزشکان عمومی انتخاب نمایید. در عمل اگر بپذیریم که ماهیت خدمات مراقبت سلامت در بیشتر مواقع چند حرفه‌ای یا چند رشته‌ای می باشند، توصیه می‌گردد که نمونه‌ها را از بین صاحبین حرفه مرتبط با موضوع یا مخاطبین طرح و یا به عبارت دیگر از مشتری‌های طرح انتخاب نمود. حتی توصیه شده است که به هنگام لزوم بیماران و مراقبین معمولی با تحصیلات کم را نیز به عنوان شرکت‌کننده پذیرفت.

مهمترین نگرانی افرادی که در فنون گروه اسمی شرکت می‌نمایند. از کوچک بودن اندازه گروه نشأت می‌گیرد. چگونه می‌توان انتظار داشت که تنها ۱۰ شرکت کننده نماینده کل جامعه باشند. در دسته-بندی‌های حرفه‌ای و افراد متخصص که شباهت‌های بسیاری با یکدیگر دارند، مطالعات نشان داده است که انتخاب افراد خاص تأثیر چندانی بر نتیجه نهایی تصمیم‌گیری ندارد (بدان معنی که هر یک از پرستار جامعه یک تصمیم را به طور مشترک اتخاذ می‌نمایند). چه چیزی باعث تفاوت در نظرات شرکت‌کنندگان می‌گردد. احتمالاً ده پرستار بهداشت جامعه نظرات کاملاً متفاوت نسبت به ده پزشک عمومی یا ده بیمار خواهند داشت. شرکت‌کنندگان تمایل دارند تا موضوعات را از نقطه نظر میزان درگیری خود با فعالیت موردنظر و بر حسب میزان آشنایی خود با موضوع انتخاب نمایند مثلاً جراحان قلب احتمالاً علائق بیشتری نسبت به درمان‌های جراحی نسبت به متخصصین داخلی قلب با پرستاران بهداشت جامعه خواهند داشت. همچنین متخصصین قلب قطعاً علائق بیشتری برای پیروی از درمان‌های طبی نسبت به جراحان قلب دارند و به همین شکل پرستاران بهداشت جامعه حامیان اصلی تغییرات شیوه زندگی برای پیشگیری از بیماری-های قلبی می‌باشند.

نگرانی دیگری که کراراً به گوش می‌رسد آن است که افراد با تخصص کمتر در گروه (عمدتاً بیماران و افراد عادی) معمولاً نمی‌تواند کمک چندانی به پیشرفت موضوع در گروه نمایند و از این رو، در بیشتر مواقع از گروه حذف می‌گردند و تصمیم‌گیری در گروه معمولاً تحت‌الشعاع دانش افراد با تخصص بالاتر قرار

می‌گیرند. در عمل دانش و توانایی افراد عادی معمولاً تحت‌الشعاع نظر متخصصین به بوته فراموشی سپرده می‌شود. علاوه بر این، در مواقعی که موضوعات جنبه بسیار تخصصی و فنی دارند برخی جنبه‌های مهم ممکن است از نظر بعضی افراد به دور مانده و برخی جنبه‌های عمومی‌تر آن از قبیل مسائل اجتماعی، اقتصادی و کاربردهای اخلاقی آن بیشتر مورد توجه قرار می‌گیرد. در واقع عدم توافق در گروه‌های ناهمگن ممکن است مبتنی بر تفاوت ارزش‌ها و نه تفاوت تفسیر اطلاعات باشد. بسیار حائز اهمیت است که این عدم توافقات در هنگام ارائه تصمیم نهایی که مورد توافق اکثریت قرار دارند مورد توجه قرار گیرند.

ملاقات‌های گروه

مروری از کلیه اطلاعات مبتنی بر تحقیقات باید در اختیار تمامی شرکت‌کنندگان قرار داده شود و باید ایشان را ترغیب نمود تا گزارشات را مطالعه نموده و به هنگام شرکت در جلسات گروهی اطلاعات را همراه خود داشته باشند و در صورت ضرورت به این اطلاعات مراجعه گردد. تنها مطالعه‌ای که به نتیجه ارائه شده در یک مطالعه مروری در مورد گروه‌های اسمی اشاره کرده است نشان داد که تصمیمات آنها احتمالاً در توافق با شواهد به دست آمده از تحقیقات بود. محتمل است که هر چه ارائه شواهد ناشی از تحقیق کاربردی‌تر (به صورت دوست‌دار مصرف کننده) ارائه گردد، مشارکت‌کنندگان در گروه احتمالاً بهتر آن را درک خواهند نمود.

برای بیشتر شرکت‌کنندگان در گروه اسمی این جلسات تجربه نویی خواهد بود. برخلاف جلسات گروه اطلاعات، شرکت‌کنندگان نیاز دارند تا به طور مداوم توجه خود را معطوف به مباحث نموده و در تمامی موضوعات مورد بحث مشارکت نماید. داشتن توجه مداوم و دقت در موضوع مورد بحث توسط شرکت‌کنندگان یکی از وظایف تسهیل‌کننده می‌باشد. هر چه گروه شکل مناسب‌تری ارائه گردد تجربه به دست آمده برای مشارکت‌کنندگان لذت بخش‌تر و ارزشمندتر خواهد بود. حائز اهمیت است که رفتار مناسبی با شرکت‌کنندگان در طول جلسه و بحث داشت. ضروری و ارزشمند است تا این احساس را در مشارکت‌کنندگان ایجاد نمائیم که قدردان زحمات و شرکت ایشان در گروه و با تأمین شرایط محیطی و

فیزیکی مناسب از قبیل محیط آرام و راحت برای ما و یا شرکت‌کنندگان در گروه می‌باشیم. عموماً جلسات بحث بیش از دو ساعت به طول نمی‌انجامد و ایده آل آن است که در هر روز بیش از دو جلسه ترتیب داده نشود.

نکته حائز اهمیت آن است که فرد اداره کننده جلسه نقش تسهیل‌کننده و نه نقش رئیس را ایفاء نماید. اگر این فرد دارای دانش اندکی است یا از نقطه نظر خاصی از موضوع مورد بحث می‌نگرد برای اداره بحث بهتر خواهد بود. نقش تسهیل‌کننده، توضیح فرایند تأکید بر اینکه شرکت‌کنندگان نباید فقط به دلیل رسیدن گروه به تفاهم نظر خود را تغییر دهند. با وجود این، باید مشارکت‌کنندگان به موضوعات بحث به دقت گوش کرده تا نقطه نظرات دیگران را فهمیده و در محیطی باز و احترام آمیز نقطه نظرات دیگران را درک نمایند. وظیفه دیگر تسهیل‌کننده تأمین اطمینان از این می‌باشد که تمامی اعضای گروه شانس و فرصت مناسب و منصفانه برای شرکت در بحث‌های گروهی و کمک به روند بحث دارند. معمولاً افراد با توانایی کمتر تمایل دارند که بیشتر نقش منفعلانه ایفاء کنند و نیازمند تشویق و ترغیب برای مشارکت می‌باشند. اگر بخواهیم مهمترین وظیفه تسهیل‌کننده را ذکر کنیم، باید به این نکته اشاره نماییم که تسهیل کننده موظف است از بررسی و پوشش بحث‌ها نسبت به تمام جنبه‌های موضوع اطمینان خاطر کسب نماید. اگر در پایان بحث به این نتیجه برسیم که فقط بخشی از موضوع مورد بحث قرار گرفته است، هیچ فایده‌ای برای ما نخواهد داشت. ضروری است که تسهیل کننده وقت کافی برای انجام بحث‌های گروهی در نظر گیرد و اجازه ندهد که وقت بیش از حدی به یک موضوع خاص اختصاص بیابد به نحوی که زمان کافی برای بحث در مورد جنبه‌های دیگر موضوع وجود نداشته باشد. این کار مستلزم برخورداری از توانمندی قضاوت در تسهیل‌کننده بوده و نیازمند آمادگی او برای توقف بحث در یک موضوع خاص و پیشبرد بحث در موضوع خاص موردنظر دیگر می‌باشد.

همانند گروه‌های کانون (به فصل ۳ نگاه کنید) برای تسهیل‌کننده این امکان وجود ندارد که از تمامی بحث‌ها و نقطه نظرات جاری در بحث نکاتی را ضبط و ثبت نماید. از این رو، ضرورت دارد که

مشاهده کننده یادداشت‌های کوچکی را برداشته و بحث‌های کلی را به صورت صوتی ضبط نماید. اعضای گروه باید اطمینان یابند که هرگونه استفاده نامناسب از مکالمات ضبط شده صورت نخواهد گرفت و سعی و تلاشی برای شناسایی افراد که در بحث گروه شرکت کرده‌اند، وجود نخواهد داشت.

تحلیل

تحلیل برون‌دادهای کمّی از شیوه‌های توسعه تفاهمی علمی در حال تکامل و گسترش می‌باشد. حیطه‌های جدید کراراً در حال کشف و گزارش می‌باشند. با وجود این، علیرغم گستردگی شیوه‌های موجود، این شیوه‌ها همگی در داشتن اهداف مشترک با یکدیگر سهیم می‌باشند که شامل موارد ذیل می‌باشد:

الف) تعیین نقطه نظرات گروه (برخی تمایلات درونی)

ب) وسعت توافق در گروه

چنانچه نقطه نظرات اعضای گروه از توضیح نرمال و طبیعی برخوردار نباشند می‌توان به جای استفاده از میانگین از میانه استفاده نمود. اقدام مناسب آن است که از طیف داخل چهارخانه‌ای[1] استفاده کرد. با وجود این، راه‌ها و گزینه‌های دیگری نیز ممکن است وجود داشته باشد.

برای آن دسته از جملاتی که گروه برای رسیدن به آن به تفاهم رسیده‌اند (یعنی نظرات افراد به اندازه کافی مشابه و یکسان بوده است) ضرورت دارد تا معیارهای کمّی (مثلاً میانه) به قضاوت‌های کیفی تبدیل گردند (موافقت با یک جمله، عدم موافقت با یک جمله، هیچکدام). عموماً امتیازبندی یا رتبه‌بندی در مقیاس لیکرت به سه قسمت تقسیم می‌گردد که کمترین معیار یا کمترین نمره دلالت بر مخالفت، بیشترین نمره دال بر موافقت و معیار مرکزی یا میانی است، نشان‌دهنده رأی ممتنع می‌باشد. مثلاً، اگر در مقیاس ۹ قسمتی هر میانگینی میان یک و سه دلالت بر عدم موافقت با آن گویه موردنظر خواهد داشت.

همچنانکه به خوبی روشن می‌باشد عامل بحرانی در تحلیل آن است که تا چه حد تعریف مشخصی از تفاهم صورت گرفته است. از یک سو، در صورتی که همه اعضای گروه دقیقاً نمرات مشابهی را در نظر

[1] Inter-quartile range

گرفته باشند تفاهم با چند گویه به دست می‌آید و و از سوی دیگر در صورتی که توزیع و گستردگی نمرات و امتیازات قابل قبول باشند تفاهم با بیشتر گویه‌ها خواهد بود. بر اساس یک قانون پذیرفته شده عرفی در معیار ۹ قسمتی، همه نمره‌گذاری باید در محدوده سه قسمت از تفاهم قرار گیرد. هر شیوه‌ای از هر یک از قوانین که پذیرفته شده باشد می‌باید از قبل آن را تعیین نمود و بر سر آن به توافق رسید و پس از جمع-آوری اطلاعات و تحلیل آن نمی‌توان قرارداد را تغییر داد.

خطر احتمالی آن است که یک یا چند نفر از اعضای گروه بخواهند با دادن نظرات اعمال نظر خود نظرات گروه را به یک سمت معطوف نماید. چنین کاری منجر به عدم رسیدن به تفاهم در مورد هر یک از گویه‌ها می‌گردد. برای مقابله با چنین اقدامی، ترفند رایج آن است که از قبل بپذیریم یا تصمیم بگیریم که یک یا چند نمره در مورد هر گویه که در دو طیف ابتدایی یا انتهایی باشند را حذف نمائیم. تعداد آراء حذف شده بستگی تام به اندازه گروه خواهد داشت. در یک گروه ۱۰ نفره نمی‌توان بیش از یک یا دو رأی را حذف نمود. نتیجه نهایی اینکه قوانین می‌توانند به دنبال داشته باشند، در جدول شماره ۱۲-۱ که در آن جنبه‌های مجموعه فوق در نظر گرفته شده است نشان داده می‌شود. استفاده از تعاریف آزاد برای موافقت (نظر همه در هر یک از سه نقطه موردنظر) با تعریف به شدت محدود شده (همه آراء از قبل در طیف سه نقطه‌ای یا سه مرحله‌ای از قبیل ۱ تا ۳) تأثیر کمی بر سهم‌بندی گویه‌ها در رسیدن به موافقت دارند. بر عکس حذف برخی نظرات انتهایی طیف منجر به دستیابی بهتر به موافقت در گروه می‌گردد.

فصل سیزدهم

تولید تحقیقات کیفی

مقدمه

ماهیت تحقیقات کیفی اغلب بر مطالعه "موردها"، نظیر موقعیت‌های خاص یا گروه خاص از بیماران و یا مراقبین سیستم خدمات بهداشتی و درمانی متمرکز است. مطالعات کیفی حتی در مقیاس‌های بسیار بزرگتر نیز قطعه‌ای از کار را مدنظر دارند، همانند مطالعاتی که روی تعداد نسبتاً زیادی از مصاحبه‌شوندگان و یا در موقعیت‌های متعدد صورت می‌گیرد. در این مطالعات، اغلب تمرکز بر بخش کوچکی از زندگی واقعی صورت می‌گیرد و جزئیات مربوط به آن در موقعی مشخص مورد بررسی قرار می‌گیرند. آن چنان که در سایر فصول این کتاب نیز بدان اشاره شد، این نوع تشریح جزئیات یکی از نقاط قوت پژوهش‌های کیفی محسوب می‌گردد. با وجود این، یکی از نقاط ضعفی که می‌توان بدان اشاره نمود آن است که تأکید بر انجام این تحقیقات می‌تواند منجر به شیفتگی و توجه زائدالوصف نسبت به پژوهش‌هایی گردد که قدرت تعمیم-پذیری چندانی ندارند.

راهی برای غلبه و فائق شدن بر اینگونه مشکلات ممکن است انجام مروری بر مطالعات در حیطه‌ای محدودتر باشد به نحوی که موضوعات کلیدی هر یک از این مطالعات را شامل گردد. با وجود این، علیرغم این واقعیت که چنین مطالعات مروری می‌تواند منجر به تولید مقالات فراوان گردد، اما این مطالعات ضرورتاً منجر به ترویج و اضافه نمودن شواهدی برای گسترش مجموعه دانش بشری نخواهد شد. در پژوهش‌های کمّی حوزه سلامت، انجام مطالعات به صورت مرور سیستماتیک یا منظم به شکل فرا تحلیل به سرعت در حال بسط و گسترش می‌باشد. روش‌هایی از قبیل فرا تحلیل موجب انباشته شدن نتایج کارآزمایی‌های کنترل شده تصادفی موجب ادغام و ترکیب شیوه‌های تحقیقات کمّی مبتنی بر شواهد می‌گردد. این روش‌ها به شکلی استاندارد شده‌اند که یافته های حاصل از آن دارای اعتبار و اعتماد کافی جهت مستندسازی

باشند. علاوه بر این همچنین مرور سیستماتیک یا منظم می‌تواند موجب افزایش یافته‌های پژوهش‌های غیرتجربی گردد، با این وجود نیز جمع‌آوری کل داده‌های ایجاد شده در این مطالعات میسر نخواهد بود. در مطالعات سیستماتیک مروری، تمایل زیادی وجود دارد که صرفاً مطالعات کمی را شامل شود. با وجود این، اخیراً تلاش‌هایی برای در نظر گرفتن پژوهش‌های کیفی در مطالعات سیستماتیک نیز صورت گرفته است.

به موازات رواج و گسترش شیوه‌های مرور سیستماتیک در تحقیقات کمّی، محققین استفاده از شیوه‌های اکتشافی را نیز آغاز نموده‌اند ، که موجب ترکیب تولید[1] تحقیقات کیفی مبتنی بر شواهد می-گردد. شیوه‌های تولید پژوهش‌های کیفی به صورت مبتنی بر شواهد، معمولاً کمتر از سایر انواع رواج و گسترش یافته‌اند. در این فصل ما نگاهی به برخی از این شیوه‌های تولید پژوهش‌های کیفی خواهیم داشت که در حال حاضر، در حال گسترش می‌باشند و نتایج آن پژوهش‌ها به صورت کاربرد در حوزه سلامت شکل خواهند گرفت.

آیا ضرورتی برای تولید پژوهش‌های کیفی وجود دارد؟

سؤال اینجاست که آیا امکان دارد و یا اصلاً ما تمایل داریم که شواهدی را تولید کنیم که از پژوهش‌های متعدد به دست آمده باشند؟ سؤال دیگر آن است که آیا از نظر قانونی محققین اجازه مخلوط نمودن تحقیقات شیوه‌های مختلف تحقیقی به صورت کیفی و کمّی در یک تحقیق واحد را دارند؟ (به فصل ۹ در مورد شیوه‌های تلفیقی نگاه کنید). بسیاری از پژوهشگران معتقدند که تلفیق و در هم آمیختن این شیوه‌ها منجر به از بین رفتن قوام و تمامیت مطالعه منفرد شده و نمی‌توان تحقیقات متفاوت را به لحاظ نظری با انجام شیوه‌های تلفیقی انجام داد. (در فصل ۸ در مورد ارزیابی پژوهش‌های کیفی و کمّی از این منظر مورد بحث قرار گرفت) برای کسانی که معتقدند هر تحقیق کیفی خاص خود و منحصر به فرد می-باشد که نشان دهنده واقعیت‌ها یا حقایق متعدد پیرامون ما است، این نظر که باید هر تحقیق از مطالعات متعدد تولید گردد کاملاً مردود و نکوهیده می‌باشد. آن چنانکه در فصل ۸ بیان شد، از نظر محققین وجود

[1] Synthesis

یک واقعیت آشکار حتمی است و آن اینکه نهایتاً محقق واقعیت اجتماعی را مدنظر دارد که طرح تحقیقاتی تلاش دارد تفاوت‌های آن را توصیف نماید. علاوه بر این، ما به عنوان محققین علوم کاربردی در حوزه سلامت و تصمیم‌گیری معتقدیم که بخش مهمی از پژوهش باید معطوف به پاسخ به سؤالات و تصمیم-گیری‌های مربوط به حوزه خدمات سلامت و سیاستگذاری آن باشد. همچنین بر این باوریم که بیشتر تحقیقات حوزه سلامت حالت تراکمی ندارند و بر اساس واقعیت‌ها یا فرضیاتی که از قبل بنا شده‌اند، انجام نمی‌گردند. حتی علیرغم استفاده گسترده از موتورهای جستجوی الکترونیکی و فناوری اطلاعات در دنیای امروز، مطالعات کراراً بر اساس تحقیقات قبلی در همان حوزه بنا نمی‌گردند. علاوه بر این، گزارشات تحقیقات کیفی به سختی یافت می‌گردند. به همین دلایل تولید، بخش بسیار مهم و مطلوب در تحقیقات حوزه سلامت تلقی می‌گردد.

هدف تولید تحقیقات کیفی

تولید تحقیقات کیفی با اهداف متعددی صورت می‌گیرد. این تحقیقات می‌تواند فاصله میان دانش موجود و دانشی که در نتیجه تحقیقات کشف می‌گردد را تعیین نماید. تحقیق را می‌توان به منظور خلاصه نمودن کاربردهای شواهد کیفی (به عنوان بخشی از فرایند مستتر در مرور مطالعات) انجام داد که شامل مرور سیستماتیک مطالعات یا سایر تحقیق‌های مربوط به شواهد کیفی می‌باشد. از طرف دیگر، هدف دیگر تولید تحقیقات کیفی ممکن است مستقیماً مربوط به فرایند تصمیم‌گیری باشد. در نتیجه، تفاوت‌های متعددی برای مخاطبین اینگونه تحقیقات وجود خواهد داشت. این موارد می‌تواند شامل محققین دیگر، مشارکت‌کنندگان در تحقیقات حوزه سلامت یا ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، مدیران، تصمیم‌گیران و تأمین کنندگان مالی تحقیقات باشند. علاوه بر این موارد، می‌توان هدف دیگری نیز برای تولید تحقیقات کیفی در نظر گرفت و آن اهمیت شناخت تفاوت‌های موجود در مخاطبین و نیازهای متفاوت آنها به مثابه تفاوت در نوع تولید و ساخت و اجرای تحقیقات کیفی می‌باشد.

شیوه‌های تولید تحقیقات کیفی

در این فصل سه شیوه اصلی برای تولید تحقیقات کیفی به شرح ذیل معرفی می‌گردند:

الف) ساخت پژوهش‌های روایتی[1]

ب) تحلیل چند – موردی[2]

ج) فرا قوم نگاری[3]

قبل از توصیف هر یک از این سه شیوه لازم است مقدماتی در مورد هر یک از آنها مطرح نمود. مسئله مهم آن است که محقق می‌باید نخست سؤالات خاص موردنظر برای انجام تحقیق را به روشنی مشخص نماید. گاهی مواقع سؤالات تحقیق در طی فرایند تحقیق مشخص شده و بازنگری می‌گردند. این کار ممکن است در طی فرایند جمع‌آوری داده‌ها یا تحلیل شواهد صورت گیرد، اما همانند سایر جنبه‌های تحقیق کیفی، مهم آن است که این سؤالات بسیار شفاف و روشن مطرح گردند. انجام دقیق مروری بر مطالعات با استفاده از منابع مختلف و ایجاد دیدگاه تحقیقی دقیق می‌تواند به فرایند اصلاح و بازنگری سؤالات قبل از تکمیل پژوهش و انتشار آن کمک نماید. راهبرد جستجو و تصمیم‌گیری در مورد مروری بر مطالعات عمدتاً بستگی به اندازه یا بزرگی مطالعه داشته و چنانچه درصدد می‌باشیم که مطالعه را روی تعداد زیادی از افراد انجام دهیم ممکن است ضرورت داشته باشد که برخی از انواع نمونه‌گیری را در تحقیق خود لحاظ کنیم. جستجوی الکترونیکی برای مروری بر مطالعات کیفی به طور اخص، کاری دشوار می‌باشد چرا که برخی اطلاعات پایه و زیربنایی به شکل مناسب اندکس نمی‌گردند. به همین دلیل قویاً پیشنهاد شده است که جستجوی دستی در بین مقالات صورت گیرد و علاوه بر این مشاوره با افراد متخصص در زمینه خاص می‌تواند کمک کننده باشد. لازم است یادآوری شود که بسیاری از مطالعات کیفی به صورت مونوگراف، فصلی از یک کتاب یا یک پایان نامه یا صفحاتی از مجله یا ژورنال را به خود اختصاص داده‌اند. برخلاف برخی از

[1] Narrvative synthesis
[2] Cross-case analysis
[3] Meta ethnography

مطالعات مروری انجام شده، تحقیقات کیفی ممکن است بسیار وقت گیر باشد، چرا که در این مطالعات به صورت دانشگاهی و آموزشی، محقق می‌باید تمامی مطالعات قبلی که به موضوع مرتبط بوده‌اند را نیز در روند پژوهش منظور نماید.

در مورد ارزش ارزیابی مطالعات انجام شده در پژوهش‌های کیفی برخی شک و تردیدها وجود دارد و به همین دلیل بعضی مطالعات قبل از استفاده در پژوهش، حذف می‌گردند. گروهی از مؤلفین معتقدند که چنین کاری نباید در پژوهش‌های کمّی صورت گیرد حتی اگر چنین روشی در مطالعات کیفی موضوعی کاملاً متداول باشد. آنها معتقدند که ارزش هر بخش خاص از پژوهش فقط و فقط در طی فرایند انجام پژوهش مشخص می‌گردد و لذا نباید قبل از مشخص شدن ارزش آن، حذف گردد. از این رو، مطالعات و مقالات چاپ شده ضعیف‌تر را نیز باید در انجام پژوهش‌های کیفی مدنظر داشت و در کنار پژوهش‌های کیفی قوی‌تر مقایسه نمود. آنچنانچه در فصل ۸ مشاهده شد، چندین فهرست وارسی و دستورالعمل برای ارزیابی تحقیقات کیفی وجود دارد که برخی از آنها برای استفاده در انجام تحقیقات کیفی توصیه شده‌اند. چنین ارزیابی‌هایی می‌توانند برای حصول اطمینان از آنکه پژوهشگران پژوهش کیفی آشنایی کامل با نقاط و ضعف هر کدام از مطالعات در جمع‌آوری و تولید پژوهش دارند، سودمند باشند. قطعاً نباید این دستورالعمل‌ها تنها راه ارزیابی و تصمیم‌گیری در مورد پژوهش‌های کیفی باشد.

انجام پژوهش روایتی

پژوهش روایتی ریشه در روایت و نقل داستان دارد و با گردآوری منظم و شفاف یافته‌های حاصل از پژوهش به دنبال ایجاد دیدگاهی جدید می‌باشد. هدف پژوهش روایتی فراتر از مطالعات نقلی است که صرفاً مطالعات را به دنبال هم خلاصه می‌نماید بی‌آنکه تلاشی برای ادغام آنها در یکدیگر انجام دهند. در انگلستان شورای پژوهش‌های اقتصادی و اجتماعی پروژه‌ای را هدایت می‌کند که در آن راهنمایی‌های سودمندی برای تولید پژوهش‌های روایتی ارائه می گردد و شامل پژوهش‌های کاربردی مرتبط می‌باشد. در واقع، پژوهش روایتی به منظور تعیین موضوعات کلیدی طراحی می‌شود و هدف اصلی اینگونه تحقیقات

رواج و گسترش شیوه نقلی یا داستان سرایی می‌باشد. طرح فرا روایتی[1] (که آن را پژوهش واقعی نیز می-نامند) شکل خاصی از پژوهش روایتی است که اخیراً معرفی شده است. در طرح فرا روایتی تمرکز بر ترسیم نظریات یا تئوری‌های هسته‌ای یا ساز و کاری است که در مطالعات متعدد تعیین می‌گردند و نیز تولید توضیحاتی در مورد پیکره تحقیق از طریق روایت داستان در مورد یک موضوع یا سوژه تحقیق و ترسیم حیطه‌های آن که در مطالعات انجام شده تحت پوشش قرار گرفته‌اند.

تحلیل چند – موردی

تحلیل چند – موردی کیفی، یافته‌های چند مطالعه موردی برگرفته شده از مطالعات متعدد را تحلیل می‌کند تا مفهوم و معنی جدیدی را از آن استخراج نماید. با وجود آنکه این روش برای تحلیل داده-های پژوهش‌های کیفی از نوع مطالعه موردی ابداع شد، می‌توان این روش را برای ارائه داده‌ها و کشف و مقایسه ارتباطات میان یافته‌های مختلف بکار گرفت.

در این روش، داده‌ها به صورت جدول و چارچوب نمایش داده می‌شوند. چارچوب‌ها و جداول برای نمایش متغیرها، موضوعات و مفاهیم از مجموعه‌ای از مطالعات بکار گرفته می‌شوند تا موجب راحتی مقایسه منظم بین انواع داده‌ها گردند. Yin این فرایند را به مثابه شیوه مقایسه مداوم می‌داند، آنچنانکه از آن در "تئوری زمینه‌ای" استفاده می‌گردد. (به فصول ۱ و ۷ برای مطالعه بیشتر راجع به تئوری زمینه‌ای مراجعه نمایید). او کاربرد الگوی مطابقت را پیشنهاد می‌نماید (به معنی جستجو برای یافتن متغیرهای مشابه) تا مفاهیم کلیدی مشابه با یکدیگر مطابقت یابند و عناصر اصلی و بنیادین تبیین گردد و بدینوسیله مفاهیم نو یا توضیحاتی جدید از یافته‌های حاصل از مجموعه مطالعات ارائه شود.

فرا قوم نگاری

در فرا قوم نگاری از روش‌های پژوهش کیفی برای تحلیل مجدد گزارشات پژوهش‌های کیفی استفاده می‌شود. نام "فرا قوم نگاری" ممکن است اندکی گمراه کننده به نظر آید، چرا که در نگاه نخست،

[1] Meta-narrative mapping

به غلط، چنین تداعی می‌شود که فقط از این روش می‌توان در مطالعات قوم نگاری سود برد. متأسفانه، ممکن است این نام با کلمه مشابه آن یعنی "فرا تحلیل" نیز اشتباه گرفته شود. Britten و همکاران مثالی از این روش را ارائه نمودند. در این شیوه می‌توان گزارشات منتشر شده سایر پژوهش‌ها را تحلیل مجدد نمود. یک جنبه کلیدی از فرا قوم نگاری استفاده از "برگردان دو جانبه"[۱] می‌باشد. این روش فرایندی است که در آن تفسیر نتایج هر مطالعه با مطالعه دیگر مقایسه می شود. این کار مستلزم جستجو نظام‌مند در هر یک از مطالعات می‌باشد تا یافته‌های کلیدی و تفاسیر آنها استخراج شده و مقایسه آنها با یکدیگر صورت گیرد تا مجموعه‌ای از "مفاهیم هم‌خانواده"[۲] یا "حوزه‌های هم‌پوشان"[۳] مکشوف گردند. این فرایند شبیه شیوه مقایسه مداوم مورد استفاده در شیوه‌های پژوهش کیفی اولیه نظیر "تئوری زمینه‌ای" باشد. هر یافته (مثل مفهوم یا تفسیر) مورد آزمون قرار می‌گیرد تا دریابیم که هر یافته چه شباهتی یا یافته‌های پژوهش-های دیگر دارد و سپس این یافته‌ها کنار یکدیگر منطبق می‌گردند، در هم آمیخته می‌شوند و شکل نو می-گیرند و در نهایت موجب تولید مجموعه‌ای از تفاسیر نو می‌گردند. تولید فرا قوم شناختی ممکن است صرفاً محدود به این روش تبدیل متقابل باشد، اما در بیشتر موارد می‌توان پا را فراتر نیز گذارد و از آن برای تولید یک "خط بحث"[۴] جدید نیز استفاده کرد. علاوه بر این، بنیانگذار این روش همچنین بیان می‌دارد که می-توان از فرا قوم نگاری برای تبیین و توضیح تفاسیر متضاد و گوناگون استفاده نمود. Pound و همکاران مثال خوبی از تولید "خط بحث" را مطرح می‌کنند. آنها در مروری بر مطالعات به روش فرا قوم نگاری، نقطه نظرات بیماران در مورد مصرف داروهایی که به دلایل کوتاه‌مدت یا درازمدت تجویز شده بودند را گزارش نمودند. در این مطالعه هفت گروه اصلی از مقالات مرتبط طبقه‌بندی گردیدند و از آنها برای تولید مدلی جدید از دریافت دارو استفاده شد که بنام "مقاومت"[۵] برای دریافت دارو نامیده شد. ایده مفهوم مقاومت از آنجا سرچشمه می‌گیرد که بیماران به شکل فعالی در موضوع مورد بحث درگیر می‌باشند و

[1] Reciprocal translation
[2] Over-arching concept
[3] Overlapping areas
[4] Line of argument
[5] Resistance

ممکن است به دلایل مختلفی از قبیل سوءبرداشت از دستور تجویز شده دارو، عقاید خاص در مورد مصرف داروهای خاص و بسیاری دلایل دیگر، تغییراتی در چگونگی مصرف داروهای خود بوجود آورند. بر اساس این عقیده و باور، پیروی نکردن از دستور دارویی یا سرپیچی از مصرف دارو و رژیم دارویی تجویز شده صرفاً ناشی از ایفای نقش منفعل بیمار برای مصرف نکردن دارو نیست، بلکه عمدتاً ناشی از اتخاذ تصمیم فعال بیمار برای پذیرش یا عدم پذیرش داروی تجویز شده می‌باشند.

تولید شواهد کیفی و کمّی

آنچنانکه در فصل ۹ اشاره شد، اختلاف عقاید متعددی راجع به این واقعیت وجود دارد که آیا اساساً ما می‌توانیم شیوه‌های کمّی و کیفی را با یکدیگر درهم تلفیق نمائیم. نگرانی از عواقب چنین اقدامی در تحقیقات به چشم می‌آید. در جایی دیگر این موضوع مورد بحث قرار گرفت که پژوهش کیفی – کمّی از شیوه‌های تلفیقی گسترش یافته است و به تعمیم و تصمیم‌گیری در حوزه سلامت نیز اشاعه یافته است. با وجود این، هیچ‌گونه نسخه از پیش آماده‌ای به عنوان چارچوب توافق شده همگانی برای تولید اشکال بسیار متنوع و متضاد شواهد وجود ندارد. چهار شیوه رایج و کاربردی برای تولید پژوهش کیفی و کمّی وجود دارند که برای راحتی کار آنها را به صورت "روایتی"، "کیفی"، "کمّی" و "مدیریتی"[1] نام‌گذاری می‌کنند. پژوهش‌های مدیریتی اساساً برای تأمین تصمیم‌گیری طراحی می‌شوند یعنی در مواردی که برای اتخاذ تصمیم در موقعیت خاص تولید پژوهش ضروری باشد. سه شیوه دیگر گفته شده (روایتی، کیفی و کمّی) عموماً به قصد تولید دانش طراحی می‌شوند و بدینوسیله به روشن شدن موضوع کمک می‌کنند اما مستقیماً در فرایند اخذ تصمیم در موقعیت خاصی کاربرد ندارند.

توجه خواننده محترم این سطور را به این موضوع جلب می‌نمائیم که بسیاری از فنون اشاره شده در ادامه بحث عمدتاً در تولید پژوهش‌های کمّی و کیفی کاربرد دارند. همانند پژوهشهای کیفی (که بر اساس

[1] Bayesian

آن برخی شیوه‌ها ابداع شدند)، انتظار می‌رود تا پژوهش‌های کیفی و کمّی که در آغاز راه خود می‌باشند نیز شاهد تولید و ساخت شیوه‌های گوناگون و نو گردند.

پژوهش روایتی کیفی و کمّی

در قسمت‌های قبلی، این رویکرد را تحت عنوان پژوهش روایتی مطرح نمودیم. در این پژوهش‌ها سعی می‌شود یافته‌های پژوهش‌های کیفی با ادبیات کمّی مرور نظام‌مند، و یا فرا تحلیل کارآزمایی‌های تصادفی درهم ادغام شوند. Harden و همکارانش اقدام به ترکیب فرا تحلیل یافته‌های کارآزمایی با تحلیل موضوعی مطالعات کیفی نمودند تا موانع و فرصت‌های مداخله کننده در بهداشت تغذیه را شناسایی نمایند. این مورد نمونه بسیار خوبی برای پژوهش روایتی از پژوهش‌های کمّی و کیفی محسوب می‌گردد. پژوهش روایتی شامل مثال پژوهشی طراحی فرا – روایتی می‌باشد که در همین فصل راجع به آن بحث شد.

پژوهش کیفی کیفی – کمّی

در این روش پژوهش تلاش می‌شود تا تمامی شواهد در دسترس به صورت کیفی تبدیل گردند و سپس با استفاده از فرا قوم نگاری یا تحقیق کیفی چند – موردی تحلیل شده و گزارش گردند. در همین فصل راجع به این موضوع و چگونگی ساخت و تولید مفاهیم جدید یا نظریه‌هایی که قادر به توضیح یافته‌ها باشند، به تفصیل صحبت نمودیم. یکی از جدیدترین مثال‌های شیوه کیفی بر اساس فرا قوم نگاری مربوط به "پژوهش تفسیری"[1] است که با مروری گسترده بر مطالعات در دسترس در زمینه خدمات سلامت توسط Dixan-woods و همکارانش انجام شد.

پژوهش کمی کیفی – کمّی

روش‌های کمّی، تمامی شواهد را به صورت عددی بیان می‌کند. این کار با استفاده از فنونی از قبیل پیمایش موردی کمّی (فرایندی که از مجموعه پرسش‌های ساختارمند سود می‌برد تا "مشاهدات" را هم از مجموعه محل‌های مورد وهم مطالعات مجزا استخراج می‌کند و آنها را به اشکال عددی و تحلیل آماری

---

[1] Interpretative

تبدیل می‌کند) صورت می گیرد. برای مثال در انگلستان، در برنامه ارزشیابی ملی پزشکان عمومی تحت عنوان تعرفه گذاری خدمات پزشکی، Mays و همکاران داده‌های کیفی به دست آمده از مصاحبه‌های انجام شده و سایر منابع را به صورت عددی خلاصه نمودند و آن را به صورت "نمره"[1] ارائه نمودند. این پژوهش موجب شد تا تعرفه گذاری خدمات پزشکان در سایر حوزه ها در سیستم بهداشتی نیز میسر گردد.

شیوه کمّی دیگر برای ساخت و تولید شواهد کمّی و کیفی استفاده از تحلیل محتوا می‌باشد. تحلیل محتوا روشی است برای دسته‌بندی و طبقه‌بندی داده‌های عددی به نحوی که موضوعات و مفاهیم برجسته از شمارش فراوانی این داده‌ها تعیین گردد.

پژوهش مدیریتی

در این روش از اصول تحلیل مدیریتی برای پژوهش استفاده می‌شود. داده‌های به دست آمده از مطالعات متعدد به صورت کمّی درآمده و برای تحلیل و مدل‌سازی گردآوری می‌گردند. این روش مدیریتی عمدتاً برای پژوهش مبتنی بر "تصمیم‌سازی"[2] می‌باشد. بدان معنی که پژوهش به قصد ایجاد و حمایت از یک تصمیم شکل می‌گیرد. این روش به این دلیل می‌تواند سودمند باشد که از ظرفیت بکارگیری منابع مختلف مثلاً نظر صاحبنظران و مردم در جامعه به موازات پژوهش‌های کیفی سود برد و آن را برای تحلیل و مدل سازی صورت برد. مثالی از پژوهشی که از این روش سود برده است مربوط به مطالعه است که از شواهد کمی و کیفی برای ارزیابی عوامل مؤثر بر ایمن سازی سود برد. این مطالعه از یافته‌های مطالعات کیفی در مورد ایمن سازی برای تعیین عوامل مؤثر سود برده شده است. در این تحقیق احتمالات اولیه با استفاده از داده‌های اولیه جمع‌آوری شده از مطالعات کمّی تعیین شدند و مورد تحلیل قرار گرفتند و با تحلیل انجام شده اهمیت عوامل گسترده مربوط به این موضوع تعیین و اندازه‌گیری شدند. نکته حائز اهمیت آن است که بعضی از این عوامل در تحقیقات قبلی کمّی و کیفی شناخته نشده بودند.

---
[1] Seore
[2] Decision support

نتیجه‌گیری نهایی:

علم پژوهش به سرعت در حال تکامل است و بسیاری از روش‌هایی که در این فصل به آنها اشاره شد تنها در طی چند سال اخیر در علوم مرتبط با سلامت وارد شده‌اند. در نهایت انتخاب روش پژوهشی باید با هر دو مقوله "هدف خاص پژوهش" و "ماهیت شواهد در دسترس" مرتبط باشد. اگر قرار بود تنها شواهد کیفی در دسترس بکار گرفته شوند، تنها یکی از شیوه‌های کیفی پژوهش گفته شده در این فصل کفایت می‌نمود؛ اما، اگر بپذیریم که ما بدنبال مجموعه‌ای از شواهد کیفی و کمّی مطلوب می‌باشیم، آنگاه ارزش وافر کشف سایر روش‌ها نیز روشن می‌گردد به نحوی که حتی کفایت روش‌های ذکر شده در این فصل همچون پژوهش روایتی، فرا قوم نگاری یا تحلیل چند - موردی نیز مورد تردید قرار می‌گیرد. از این رو، در مورد پژوهش‌های کیفی – کمّی استفاده بیش از یک روش ضرورت دارد.

به طور کلی همانند شیوه‌های مورد استفاده در پژوهش‌های اولیه، روش‌های پژوهشی نوین نیز باید کاملاً روشن و شفاف باشند. اما، جنبه‌های کلی آن کاملاً انعطاف‌پذیر، عملی و تکرارپذیر باشند. آنچه از آن گریزی نیست، نیاز پژوهشگران برای کسب تجربه و قضاوت جهت ساخت پیکره پیچیده شواهد است، خواه این شواهد کیفی و خواه ترکیبی از شواهد کیفی و کمّی باشند.

منابع:

۱- شریعتی، محمد. کفاشی، احمد. قلعه بندی، میرفرهاد. فاتح، ابوالفضل. عبادی، مهدی. بررسی وضعیت سلامت روانی و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران. پایش، فصلنامه پژوهشکده علوم بهداشتی، جهاد دانشگاهی. سال اول، شماره سوم. ۱۳۸۱.

۲- یونسیان، مسعود. شریعتی، محمد. زمانی، قاسم. دیدگاهها و چالش های موجود در تشکیل معاونت سلامت در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران: یک مطالعه دلفی. مجله دانشکده بهداشت و انسیتو تحقیقات بهداشتی. سال سوم، شماره ۱. ۱۳۸۳ .

۳- عبادی، مهدی. حریرچی، امیر محمود. شریعتی، محمد. گرمارودی، غلامرضا. فاتح، ابوالفضل. منتظری، علی. ترجمه، تعیین پایایی و روایی پرسشنامه ۱۲ سؤالی سلامت عمومی (GHQ-12). پایش، فصلنامه پژوهشکده علوم بهداشتی، جهاد دانشگاهی. سال اول، شماره سوم. ۱۳۸۱.

۴- دادگری، علی. دادور، لیلا. بچلور، جولی. کدهای اخلاقی در تبیین حقوق متقابل پرستار و بیمار: معرفی نمونه نیوزیلند. اولین همایش منشور حقوق بیمار. فسا. ۱۳۸۲

5- Polit D, Beck, C. Hangler, B. Essential of nursing research Methods: appoaisal and utilisation. 5th ed. Lippincott: philadelphia. 2001.

6- Pope, C. Mays, N. Qualitative research in health care. 3rd ed. BMJ Books. Blackwell publishing: Massach usetts. 2006.

7- Shariati, M. Yunesian, M. Homayoun vash, J. Mentah health of medical students: a cross-sectional study in Tehran. Psychological Reports, 2007, 100, 346-354.

منابعی برای مطالعات بیشتر:

- Mary-Ann Hardcastle, Kim Usher and Colin Holmes. Carspecken's Five-Stage Critical Qualitative Research Method: An Application to Nursing Research Qualitative Health Research. 2006; 16: 151-161

- Darbyshire, PH . Schiller, W. Multiple methods in qualitative research with children: more insight or just more? Qualitative Research. 2005; 5: (4) 417-436.

- Crouch, M. McKenzie, H. The logic of small samples in interview-based qualitative research. Trend report Etat de la question. Social Science Information. 2006; 45(4): 483–499.

- Fraser, DM. Delphi technique: one cycle of an action research project to improve the pre-registration midwifery curriculum. Nurse Education Today. 1999; 19: 495–501 495

- Cole. M. Qualitative research: a challenging paradigm for infection control. British Journal of Infection Control. 2006; 7; 25 – 30.

- Creswell, JW. Hanson, WE. Clark Plano, VL and Morales, A. Qualitative Research Designs: Selection and Implementation The Counseling Psychologist. 2007; 35; 236-264.

- Poulin, KL. Teaching Qualitative Research: Lessons From Practice The Counseling Psychologist 2007; 35; 431- 458.

- Meyrick, J. what is Good Qualitative Research?A First Step towards a Comprehensive Approach to Judging Rigour/Quality.Journal of Health Psychology. 2006; 11(5) 799–808

- Needleman, C. Needleman, ML. Qualitative Methods for lnterven tion Research. AMERICAN JOURNAL OF INDUSTRJAL MEDICINE. 1996; 29: 329-337

- Bryman, A. Integrating quantitative and qualitative research: how is it done?Qualitative Research. 2006; 6(1): 97–113.

- Ellis, C. Bochner, A. Denzin, N. Yvonna Lincoln, J. Ronald Pelias, M. Richardson, L.Qualitative Inquiry. Talking and Thinking About Qualitative Research. 2008; 14; 254- 284.

- Gilgun, JF. Qualitative Health Research The Four Cornerstones of Qualitative Research. 2006; 16; 436- 443.

- Sandelowski, M. Trimble, F. Woodard, EK and Barroso, J.Qualitative Health Research Practice. From Synthesis to Script: Transforming Qualitative Research Findings for Use in. 2006; 16; 1350-1370.

- Munhall, PL. ursing Science Quarterly Philosophical Ponderings on Qualitative Research Methods in Nursing.1989; 2; 20-28.