بهره‌برداری از پژوهش‌ها برای تصمیم‌گیری‌های نظام سلامت

دکتربهاره یزدی‌زاده[۲،۱]*، دکترسحرناز نجات[۲،۱]، دکتر ژاله غلامی[۱]،دکتر نسرین چنگیزی[۳]، دکتر شهین یاراحمدی[۳]، دکتر مهشید ناصحی[۳]، دکتر سیدرضا مجدزاده[۲،۱]

۱- مرکز بهره‌برداری از دانش سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران ۲- دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۳- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

* نویسنده مسؤول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه آمار و اپیدمیولوژی، کدپستی ۱۴۱۷۹۶۵۱۷۳، تلفن: ۸۸۹۸۹۱۲۳ نمابر: ۸۸۹۸۹۱۲۷
پست الکترونیک: baharehyazdizadeh@yahoo.com

دریافت: ۸۸/۲/۲۲ پذیرش: ۸۸/۴/۲۵

چکیده

مقدمه: *هدف کلیه مطالعات حیطه سلامت افزایش سلامت انسان‌ها و افزایش عدالت در سلامت می‌باشد. برای رسیدن به این اهداف تصمیمات متعددی در سطوح بین‌المللی و منطقه‌ای اتخاذ می‌گردد. در اخذ این تصمیمات چقدر از تحقیقات استفاده می‌شود؟ مطالعه حاضر برای بررسی وضعیت بهره‌برداری از دانش در تصمیم‌گیری‌های سلامت کشور طراحی گردید.*

روش کار: *این مطالعه به صورت کیفی و از طریق ۱۰ مصاحبه عمیق فردی با سیاستگذاران و ٦ بحث متمرکز گروهی با پژوهشگران در سطوح کلان (مدیران و سیاستگذاران وزارت بهداشت) و محیطی (پژوهشگران و ارایه دهندگان خدمت) انجام گردید.*

یافته‌ها: *بهره‌برداری از دانش در بخش‌های تولیدکنندگان و استفاده‌کنندگان از دانش و در فضای تبادل میان آنها در سطوح مختلفی دارای مشکلاتی می‌باشد. مشکلات ذکر شده در محورهای خصوصیات پژوهش، پژوهشگران و تصمیم‌گیران، مدیریت سرمایه‌های انسانی و مدیریت پژوهش و برنامه‌ها و در نهایت سیاست در پژوهش و تصمیم‌سازی طبقه‌بندی گردید. عدم وجود یک برنامه مشخص برای ارتباط میان تولیدکنندگان و استفاده‌کنندگان از دانش هم از موانع موجود بر سر راه دستیابی به سطح ایده‌آل ترجمان دانش می‌باشد.*

نتیجه‌گیری: *برای تقویت بهره‌برداری از پژوهش‌های بخش سلامت کشور باید با یک نگاه جامع مشکلات را مشخص و راهکارهای مورد نیاز را در سطوح مختلف شناسایی نمود. توجه به نظام ملی نوآوری به عنوان یکی از زیرساخت‌های لازم برای هدفمند نمودن این اقدامات ضروری می‌باشد.*

گل‌واژگان: *ترجمان دانش، تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، ایران*

مقدمه

در دنیا سالیانه مطالعات متعدد با صرف هزینه‌های بسیار در زمینه سلامت انجام می‌شود. سؤال اساسی این است که انجام این تحقیقات به چه اندازه باعث افزایش سلامت و عدالت در جوامع شده است؟ این سؤال در کشورهایی با منابع محدود مالی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۴ با انتشار گزارشی با عنوان "دانش برای سلامت بهتر"[1] این سؤال را به عنوان دغدغه امروز در سلامت بیان کرده است. در این گزارش عنوان شده است که اگر چه دانش لازم در مورد مفید بودن مداخلات موجود می‌باشد ولی این تنها نیمی از راه حل است، نیم دیگری از آنچه باعث ارتقاء سلامت می‌شود آن است که چطور این مداخلات به طور مؤثر در جوامع به کار برده شوند (۱). همچنین بانک جهانی برآورد نموده است که برای دستیابی به اهداف مرتبط با سلامت در اهداف توسعه هزاره[2]، سالیانه به ۲۰ تا ۲۵ بیلیون دلار منابع مالی نیاز می‌باشد و این به شرطی است که سیاستگذاری‌ها و تصمیم‌گیری‌های حوزه سلامت مؤثر و منطبق بر شواهد علمی باشد (۲).

[1] Knowledge for better health

[2] Millennium development goals

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-23]

ترجمان دانش عبارت است از "فرآیند تولید، تبادل و به کارگیری صحیح دانش از نظر اخلاقی، که در سامانه‌ای پیچیده از برهم کنش‌ها میان پژوهشگران و مصرف‌کنندگان سلامت، منجر به تولید محصولات مؤثرتر و نظام ارایه خدمات سلامت قوی‌تر شود"(۳). میزان و نحوه استفاده از دانش و همچنین موانع موجود برای استفاده از دانش در مخاطبین مختلف متفاوت بوده و برای تقویت آن راهکارهای مختلفی مورد نیاز می‌باشد. قدم اول برای شناسایی راهکارهای لازم برای ارتقای ترجمان دانش، شناسایی موانع استفاده از آن در گروه‌های مخاطب مختلف می‌باشد. مطالعات متعددی در مورد موانع ترجمان دانش در دنیا در حیطه‌های مختلف صورت گرفته است. با توجه به اینکه محیط تصمیم‌گیری و سیاستگذاری‌های سلامت در کشورهای مختلف متفاوت می‌باشد، مطالعه حاضر طراحی شد تا با شناسایی موانع موجود در مسیر ترجمان دانش در حیطه سلامت و در سطح ملی، مطالعات و مداخلات آتی به منظور ارتقای وضعیت ترجمان دانش مشخص گردد.

روش کار

گزارش حاضر و مقاله "اثر ساختار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر کاربرد پژوهش‌های علوم پزشکی" (۴) که توسط همین گروه تحقیقاتی به انتشار رسیده است؛ هر دو بخشی از یک مطالعه می‌باشند که هدف آن بررسی وضعیت ترجمان دانش در نظام سلامت ایران و شناخت راهکارهای افزایش آن می‌باشد که به صورت کیفی انجام شد. در این مطالعه، برای انتخاب نمونه‌ها از روش نمونه‌گیری هدفمند[3] استفاده گردید. شرکت‌کنندگان در این مطالعه بر اساس فعالیت در بخش‌های کلان یا محیطی و فعالیت در نظام پژوهشی (سیاستگذار، مدیر یا پژوهشگر) یا خارج از نظام پژوهشی (سیاستگذار، مدیر یا ارایه‌دهنده خدمت) در گروه پزشکی انتخاب شدند. در بخش تولیدکنندگان دانش، دو دانشگاه، یکی دانشگاهی در شهر تهران از دانشگاه‌های تیپ ۱ و دیگری دانشگاهی در مرکز یکی از استان‌ها از تیپ ۳ و در بخش استفاده‌کنندگان دانش، سیاستگذاران و مدیران پژوهش وارد مطالعه شدند. زیرگروه‌های بررسی شده در این گزارش در جدول ۱ خلاصه شده‌اند.

روش جمع‌آوری اطلاعات در مورد سیاستگذاران و مدیران، مصاحبه عمیق و در پژوهشگران بحث متمرکز گروهی بود که هر یک در حدود ۱/۳۰ تا ۲ ساعت به طول انجامید. تعداد نفرات شرکت‌کننده در بحث‌های گروهی متمرکز از ۴ تا ۸ نفر متغیر بود. در مجموع ۱۰ مصاحبه عمیق و ۶ بحث گروهی متمرکز در این قسمت انجام گردید. آنالیز داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از روش Thematic Framework انجام شد. بدین صورت که تمامی مصاحبه‌های عمیق و بحث‌های گروهی توسط ۲ نفر از اعضای گروه به طور مستقل مورد مطالعه قرار گرفته و محورهای موجود توسط این افراد استخراج شد. در مواردی که اختلاف نظری بین این دو نفر وجود داشت، تصمیم‌گیری توسط گروه تحقیق انجام می‌گرفت. محورهای مرکزی از پیش تعیین شده عبارت بود "تولید دانش[4]"،"استفاده از دانش[5]" و "تبادل[6]"که بر اساس مدلی که توسط جان لویس و همکاران ایشان عنوان شده، انتخاب گردید (۵).

پیشنهاد انجام این طرح پژوهشی، مجوز کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران را قبل از انجام دریافت کرده بود. در زمان شروع هر مصاحبه و پس از شرح کلی در خصوص اهداف مطالعه، از تک تک شرکت‌کنندگان اجازه شفاهی برای ضبط اظهارات ایشان گرفته می‌شد و به آن‌ها توضیح داده می‌شد که هر زمان از مصاحبه که صلاح دانستند، ضبط قطع خواهد شد. همان گونه که از این نوشته نیز مشهود است از ارایه نتایج به نحوی که مرتبط با مشخصات فرد گوینده و یا محل خدمت وی باشد اجتناب گردیده است.

نتایج

در مجموع برای این مطالعه ۱۰ مصاحبه فردی و ۶ بحث متمرکز گروهی انجام پذیرفت. کلیه افراد برای شرکت در مطالعه موافقت نمودند. موانع بیان شده توسط شرکت‌کنندگان برحسب بخش‌های تولیدکننده و استفاده‌کننده از دانش و فضای تبادل میان آنها ارایه می‌شود.

موانع بهره‌برداری از پژوهش‌های سلامت در بخش تولیدکنندگان دانش[7]: موانع ذکر شده در این قسمت در جدول ۲ خلاصه شده است که شامل ظرفیت‌های پژوهشگران، پژوهش‌ها، مدیریت پژوهش و مدیریت سرمایه‌های انسانی می‌باشد.

ظرفیت‌های پژوهشگران: در نظر تعداد زیادی از شرکت‌کنندگان، یکی از مهم‌ترین موانع بهره‌برداری از پژوهش‌های سلامت، ناآشنا بودن ایشان با ترجمان دانش،

[3] Purposeful method

[4] Push
[5] Pull
[6] Exchange
[7] Push side

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-23]

ابزارها و ضرورت آن است. اکثریت محققین از ابتدا به مخاطبین مطالعه و تولید شواهد علمی که منجر بـه تغییـر رفتـار در گـروه مخاطب شود، نمی‌اندیشند. در انتهای طرح پژوهشی هم در فکر انتشار نتایج به شکل قابل درک برای مخاطب مطالعه نیـستند و البته برای انجام آن آموزش هم ندیده‌اند.

یکی دیگر از موانع ذکر شده، کـم رنـگ بـودن کـارگروهی در پژوهش‌های انجام شده می‌باشـد و در نتیجـه بـا انجـام نـشدن پژوهش‌ها به صورت گروهی، نه تنهـا کیفیـت تحقیقـات تنـزل می‌یابد بلکه باعث تولید پژوهش‌هـا و پایـان‌نامـه‌هـای تکـراری می‌گردد. برای اصلاح این وضعیت ایجاد حس اعتمـاد و رعایـت اخلاق حرفه‌ای اهمیت به سزایی دارد.

از دیگر عواملی که باعث انجام تحقیقات تکـراری و در نتیجـه تضعیف ترجمان دانش می‌شود، انتخاب موضوعات پـژوهش بـر اساس پسند مجلات است که این امر در نهایـت پژوهـشگر را از توجه به نیازهای پژوهشی جامعه دور می‌نماید. به گفتـه یکـی از شرکت‌کنندگان"با انجام تحقیقـات دیگـران بـصورت تکـراری، می‌خواهیم بگوییم آنها چه کرده‌اند، نمی‌گوییم ما چه کرده‌ایـم". شرکت‌کنندگان، ناامیدی محقق نسبت به توانایی ایجاد تغییـر در مخاطب را از دیگر علل اثرگذار بر ترجمان دانش برشمردند کـه انگیزه محقق برای تولید شواهد علمی مؤثر را تحـت تـاثیر قـرار می‌دهد، که البته یکی از علت‌های به وجود آمدن ایـن وضـعیت عدم انتشار و ارایـه متناسـب نتـایج بـرای مخاطـب مـورد نظـر می‌باشد.

پژوهش‌ها: شرکت‌کنندگان تولید کم پژوهش‌های سنتز کننـده دانش مانند مرور سیستماتیک و راهنماهـای بـالینی و همچنـین کیفیـت نامناسـب برخـی از پـژوهش‌هـا را از علـل تـضعیف بهره‌برداری از پژوهش‌های سلامت برشمردند. به زعم برخـی از شرکت‌کنندگان عدم توجـه بـه مخاطـب و محیطـی کـه نتـایج تحقیق باید در آن کاربردی شود باعث عدم تعمیم‌پـذیری نتـایج تحقیق به موقعیت‌های عملی مشابه شده و ایـن امـر در نهایـت باعث عدم اعتماد سیاستگذاران به تحقیقات خواهد شد.

جدول ۱- گروه‌های تحت مطالعه کیفی برای بررسی موانع و راهکارهای ترجمه دانش در مطالعات سیستم‌های بهداشتی و پزشکی

خصوصیات زیرگروه‌ها	گروه‌ها و یا افراد مورد مصاحبه
مدیران و سیاست‌گذاران وزارت بهداشت و یا نهادهای مرتبط	وزیر سابق بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مشاور وزیر، مدیرکل وزارت بهداشت،کارشناس خبره وزارت بهداشت
مدیران و سیاست‌گذاران پژوهش در وزارت بهداشت	معاون تحقیقات و فناوری وزیر، رییس و معاونین پژوهشی دانشگاه‌های علوم پزشکی، رییس مرکز تحقیقات
ارایه‌کنندگان خدمات بالینی و بهداشتی	متخصصین بالینی ارایه‌کننده خدمت در بیمارستان تخصصی، مدیران و ارایه‌کنندگان خدمات بهداشتی
پژوهشگران واحدهای تابعه وزارت بهداشت	اعضای هیأت علمی و پژوهشگران علوم پایه، بهداشتی و بالینی در دانشگاه‌های علوم پزشکی و ستاد وزارت بهداشت

جدول ۲- موانع شناسایی شده در بخش تولیدکنندگان دانش

ظرفیت‌های پژوهشگران	ناآشنا بودن محققین با ترجمان دانش، ابزارها و ضرورت آن ارتباط کم محققین رشته‌های مختلف با یکدیگر در یک تحقیق به علت عدم اعتماد گروه‌های تحقیقاتی به یکدیگر از نظر علمی و اخلاقی ناامیدی محقق نسبت به توانایی ایجاد تغییر در مخاطب مشابه‌سازی و تکراری بودن پژوهش‌ها انتخاب موضوعات پژوهش بر اساس پسند مجلات انتشار و ارایه نامتناسب نتایج برای سیاستگذاران
پژوهش‌ها	کیفیت نامناسب برخی از پژوهش‌ها کم بودن پژوهش‌های کاربردی مانند مرور سیستماتیک و راهنماهای بالینی عدم تعمیم‌پذیری نتایج تحقیق به موقعیت‌های عملی مشابه رعایت ناکامل حقوق مادی و معنوی افراد شرکت‌کننده در مطالعه روشن نبودن دقیق مخاطب در طرح‌ها تحقیقاتی و مقالات
مدیریت سرمایه‌های انسانی	معیارهای نادرست ارتقای اعضای هیأت علمی کمبود نیرو و مشکلات استخدامی در دانشگاه
مدیریت پژوهش	ترویج ناکافی فرهنگ ترجمان دانش عدم پذیرش هزینه ترجمان دانش در طرح‌های تحقیقاتی عدم انجام تحقیق در مورد روش‌های انتقال دانش نبود سیستم نظام‌مند برای انتقال یافته‌های پژوهش به گروه‌های مخاطب ارایه اولویت‌های پژوهشی بدون توجه به نیازهای فعلی و آتی کشور اطلاع‌رسانی ناقص نیازهای تحقیقاتی به محققین تعداد کم مجلات معتبر داخلی عدم وجود ملاک‌های صحیح در پذیرش چاپ مقالات در مجلات داخلی

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-23]

عدم رعایت حقوق مادی و معنوی شرکت‌کنندگان در طرح‌های تحقیقاتی باعث ایجاد فضای بی‌اعتمادی میان محققین و کارشناسان تحقیقاتی می‌شود. برخی از شرکت‌کنندگان بیان داشتند که نامناسب بودن رعایت اخلاق در بیان نام نویسندگان دخیل در پژوهش در مقالات باعث ایجاد شکاف بین محققین و سیاستگذاران شده است. این موضوع در دو سوی الف) ننوشتن نام افرادی که در پژوهش نقش مهم داشته‌اند و ب) نوشتن نام افرادی که صرفا به علت دارا بودن پست‌های مدیریتی استفاده از اطلاعات سازمان خود را منوط به وارد کردن نام خودشان در مقاله کرده‌اند، مطرح است. روشن نبودن دقیق مخاطب در طرح‌های تحقیقاتی و مقالات از طرفی باعث می‌شود که شواهد علمی به طور مستقیم به دست مخاطبین خود نرسد و از طرف دیگر باعث می‌شود که نوع نوشتار گزارش و مقاله متناسب با زبان قابل درک برای مخاطب نباشد، که هر کدام از این موانع به تنهایی هم می‌تواند ترجمان دانش را به سرعت تضعیف نماید.

مدیریت سرمایه‌های انسانی: از جمله موانعی که توسط اکثریت شرکت‌کنندگان به کرات به عنوان عاملی مهم در سیستم پژوهشی کشور بیان گردید، معیارهای نادرست ارتقای اعضای هیات علمی بود. نمونه‌ای از گفته‌های شرکت‌کنندگان عبارت است از: "انجام تحقیقات برای درآمد و ارتقاء باعث می‌شود محقق بر یک موضوع خاص تمرکز نکند،کار ادامه داری انجام ندهد و در نتیجه هیچ برنامه‌ای از ابتدای انجام تحقیق ندارد"؛ " تحقیق انجام می‌دهیم برای ارتقاء، دریافت جایزه، دریافت مدرک PhD و یا تخصص، یک مقدار هم جو ایجاد شده مبنی بر ارزش‌دار بودن آن".

یکی از شرکت‌کنندگان بیان نمود که کمبود نیروی انسانی در سازمان‌های تولیدکننده و سازمان‌های استفاده کننده از دانش و مشکلات استخدامی در آنها باعث کاهش کیفیت وظایف محوله می‌شود. از طرفی به طور خاص کمبود افرادی که تحقیقات مرتبط با سیاستگذاری نظام سلامت انجام دهند، تولید و استفاده از مستندات علمی مورد نیاز برای سیاستگذاری‌های سلامت را دشوار می‌سازد.

مدیریت پژوهش: شرکت‌کنندگان معتقد بودند ترویج ناکافی فرهنگ ترجمان دانش ازموانع زیرساختی است که باید به طور اساسی به آن توجه شود. عدم پذیرش هزینه ترجمان دانش در طرح‌های تحقیقاتی باعث می‌شود که محققین تمایلی به تهیه و انتشار مستند مناسب علمی برای مخاطبین پروژه را نداشته باشند. بدیهی است نه محقق به تنهایی می‌تواند نتایج کلیه تحقیقات خود را به مخاطب مورد نظر برساند و نه سیاستگذاران به تنهایی می‌توانند به کلیه تحقیقات مرتبط در هر سطحی دسترسی داشته باشند. به همین دلیل تعدادی از شرکت‌کنندگان در این مطالعه معتقد بودند که نبود نظام برای انتقال یافته‌های پژوهش به گروه‌های مخاطب از موانع اساسی بر سر راه دستیابی به سطح ایده‌آل ترجمان دانش می‌باشد. یکی دیگر از مهم‌ترین موانع موجود بر سر راه ترجمان دانش که توسط اکثریت شرکت‌کنندگان بیان گردید مشکلات مربوط به اولویت‌های پژوهشی می‌باشد. ارایه اولویت‌های پژوهشی بدون توجه به نیازهای فعلی و آتی کشور و اطلاع رسانی ناقص نیازهای تحقیقاتی به محققین از موانع مهم ذکر شده در این قسمت می‌باشد. از طرفی ارایه اولویت‌های پژوهشی نباید باعث شود که انجام تحقیقات خارج از لیست اولویت‌ها ضد ارزش تلقی شود. در همین رابطه یکی از شرکت‌کنندگان بیان نمود که "اگر یک پژوهش باشد که بر مبنای اولویت نباشد جزء مرتدین می‌شویم". تعداد کم مجلات معتبر داخلی و عدم وجود ملاک‌های صحیح در پذیرش چاپ مقالات در مجلات داخلی از موانع دیگری بود که توسط شرکت‌کنندگان به آن اشاره گردید. به گفته یکی از شرکت‌کنندگان اتفاقی که می‌افتد این است:"رد مقالات محققی خارج از دانشگاهی که مجله در آن چاپ می‌شود و چاپ مطالعه دیگر با همان موضوع، با کیفیت پایین‌تر، از افراد هیأت علمی خودشان چند ماه بعد". این گفته اهمیت توجه به مجلات داخلی و تغییر معیارهای پذیرش مقاله در آنها را نمایان می‌سازد.

موانع بهره‌برداری از پژوهش‌های سلامت در بخش استفاده‌کنندگان از دانش[8]: موانع ذکر شده در این قسمت در جدول ۳ خلاصه شده است که شامل ظرفیت‌های تصمیم‌گیران، سیاست در تصمیم‌سازی، سیاست در پژوهش، مدیریت سرمایه انسانی و مدیریت برنامه‌ها می‌باشد.

ظرفیت‌های تصمیم‌گیرندگان: تعدادی از شرکت‌کنندگان اظهار نمودند که دانش محدود مدیران و سیاستگذاران نسبت به شیوه‌های استفاده از دانش در تصمیم‌گیری‌ها و نبود نگرش صحیح نسبت به جایگاه شواهد علمی در تصمیم‌گیری، ترجمان دانش را دچار تزلزل می‌نماید. به گفته یکی از ایشان"مدیران و تصمیم‌گیرندگان هم باورشان نمی‌شود که تصمیم‌گیری بر اساس شواهد چه منافعی در پی خواهد داشت". همچنین ترجیح سیاستگذاران به استفاده از شواهد خارجی که به گفته شرکت‌کنندگان ناشی ازعدم خودباوری در مورد شواهد تولید شده در کشور و کیفیت نامناسب شواهد تولید داخل به وجود آمده است، باعث فاصله میان محققین داخلی و تصمیم‌گیران شده

[8] Pull side

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-23]

است. عدم وجود ضمانت اجرایی برای اجرایی شدن راهکارهای پیشنهاد شده توسط پژوهش از موانع دیگری بود که شرکت‌کنندگان معتقد بودند با اثر بر انگیزه محققین باعث انزوای پژوهش‌های داخلی می‌گردد.

سیاست در تصمیم‌سازی: تعدادی از شرکت‌کنندگان معتقد بودند که تصمیم‌گیری بر اساس شواهد به صورت یک ارزش نهادینه نشده است. به گفته یکی از شرکت‌کنندگان "اگر قرار باشد که برای بی دانشی هیچ قبحی نباشد و برای تصمیم‌هایی که در غیبت دانش گرفته می‌شود، دانشی که آن کار و تصمیم بخصوص لازم دارد، هیچ جریمه‌ای وجود نداشته باشد، تا به حشر ممکن است تصمیم گرفتن بدون دانش بی قبح بماند و ادامه یابد". همچنین در این قسمت عمل نکردن سازمان‌ها در چهارچوب ماموریت‌های تعریف شده از موانع مهم ترجمان دانش برشمرده شد. طبق اظهار نظر یکی از شرکت‌کنندگان "وزارت بهداشت هم درگیر مسایل تولید علم و گسترش مرزهای دانش است در حالیکه وظیفه‌اش مسایل دیگری است". برخی دیگر اعتقاد داشتند که فراگیر نبودن نگاه باز و کلان‌نگر در سیاستگذاری نظام سلامت و کم توجهی به برنامه‌های کلان کشوری (مانند برنامه‌های توسعه اقتصادی اجتماعی) از موانع مهم پیشرفت ترجمان دانش در کشور می‌باشد. یکی از شرکت‌کنندگان با تأکید بر این نکته اظهار نمودند که "شما تحقیقی که در صنعت انجام می‌دهید خیلی راحت‌تر می‌توانید تبدیل بکنید به کالایی که قابل فروش است به پول. ولی در سلامت این گونه نیست باید بگوییم الان سرمایه‌گذاری می‌کنیم ۲۰ سال دیگر می‌خواهم نتیجه بگیرم غالب سیاستمداران این کار را نمی‌کنند می‌گویند چیزی بکارید که ما ۲ سال دیگر محصولش را درو کنیم. یعنی تفکر، تفکر محدود است. ما تفکر کلان نداریم. آینده را خوب نمی‌توانیم ببینیم".

در بخشی دیگر تعدادی از شرکت‌کنندگان بیان داشتند که تاثیر نداشتن تخصیص منابع از شواهد علمی مانع پیشرفت ترجمان دانش خواهد شد و اختصاص بودجه به برنامه‌هایی که بر اساس شواهد علمی برنامه‌ریزی نشده‌اند موجب تضعیف ترجمان دانش خواهد شد.

در مورد پیشرفت ترجمان دانش در صنعت داروسازی شرکت‌کنندگان بیان داشتند که وابستگی بخش تولید و بخش واردات دارو به مدیریت‌های شرکت‌های دارویی چند ملیتی، عدم انجام تحقیقات عمیق در بخش تولیدات دارو و مواد بیولوژیک به علت عدم حمایت از تولید داخلی آنها و از بین رفتن انگیزه‌ها برای تولید دانش فنی به علت عدم وجود شرایط ایجاد تغییر در کشور به علت وجود مافیای دارو، باعث تضعیف ترجمان دانش در این بخش شده است. یکی از شرکت‌کنندگان اظهار نمود: "ضعف ارتباط مراکز تحقیقاتی با صنایع داروسازی و تجهیزات پزشکی به علت اینکه اکثر داروهای ما ژنریک است، صنعت ما خلاق نیست و مونتاژ و کپی است. این صنایع ضرورتی به نوآوری در خود نمی‌بینند و آن را تشویق نمی‌کند".

سیاست در پژوهش: یکی از موانعی که توسط اکثر شرکت‌کنندگان و به کرات توسط ایشان عنوان می‌شد نیاز به اولویت‌بندی نیازهای سلامت و تحقیقاتی کشور بود. آنها متذکر می‌شدند که نیازهای تحقیقاتی سلامت باید طبق اصول علمی و به طور منظم شناسایی شود و به طور منظم محققین از آن مطلع شوند. یکی از شرکت‌کنندگان بیان داشت: "یک چیزهای کلی وزارت بهداشت اعلام می‌کند. در چنین وضعیتی طبیعی است که محققین خودشان مشکل را پیدا می‌کنند، متناسب با اطلاعاتشان حرکت می‌کنند و جهت‌گیری می‌کنند ولی اگر یک منابعی باشد که به طور صحیح و دقیق نیازهای کشور را اعلام بکند، طبیعی است که محققین ما هم متناسب با همان نیازها حرکت خواهند کرد و حتما خط علمی آن را هم حفظ خواهند کرد". کمبود اعتبارات برای سفارش پژوهش و بهره‌برداری از شواهد علمی هم از عوامل بازدارنده رشد ترجمان دانش عنوان گردید. شرکت‌کنندگان معتقد بودند که برای انجام تحقیقات با کیفیت بالا و ترجمان دانش حاصل از آن نیاز به منابع مالی کافی می‌باشد تا مدیریت نیروی انسانی و تجهیزات مناسب برای انجام تحقیقات مهیا گردد.

مدیریت سرمایه انسانی: یکی دیگر از موانعی که توسط اکثریت شرکت‌کنندگان مورد تأکید قرار می‌گرفت عدم وجود معیارهای مناسب در انتخاب و انتصاب مدیران و جابه‌جایی سریع آنان بود. اهمیت این موانع در تضعیف ترجمان دانش و بهره‌وری از منابع موجود در سخنان زیر نمایان است: "برنامه‌های آموزشی دانشگاه مدیران را برای کاری که قرار است بکنند، مهیا نمی‌کند. فقط یک زمینه کلی می‌دهد"، "قرار نیست مدیران ما با آزمون و خطا مدیر شوند و تاوانش را هم ما پس بدهیم"، "عوض شدن مکرر، متوالی، و سریع مدیران نتیجه آموزش‌ها را گاهی اوقات از حاصل تهی می‌کند" و "هر روزی یک گروه جدیدی می‌آید". در نظر تعدادی از شرکت‌کنندگان دلایل مؤثر بر انگیزه سیاستگذاران و مدیران تقش مهمی در میزان استفاده از شواهد در تصمیم‌گیری‌ها دارد. به زعم برخی از افراد، تفاوت نظام پرداخت در بخش خصوصی و دولتی باعث کاهش انگیزه برای کارکردن در بخش دولتی شده و درگیری تصمیم‌گیران در بخش

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-23]

خصوصی را افزایش می‌دهد. از عوامل دیگری که باعث کاهش انگیزه در استفاده از شواهد علمی می‌شود، عدم وجود نظام‌های تشویق و تنبیه مناسب برای مدیران و سیاستگذارانی است که در جهت و یا بدون توجه به شواهد علمی حرکت می‌کنند.

مدیریت برنامه‌ها: در این قسمت مشکل وابسته بودن برنامه‌ها و تصمیمات به افراد، سلیقه‌ای و فرد محور بودن مدیریت‌ها به جای سیستم محور بودن و تغییر برنامه‌ها به دنبال تعویض مدیران از علل مهم عدم استفاده از شواهد علمی در تصمیم گیری‌ها برشمرده شد. همچنین عدم استفاده از مشاورین و یا اتاق‌های فکر به عنوان علتی که سرعت ترجمان دانش را کاهش می‌دهد، بیان گردید.

موانع شناسایی شده در بخش تبادل میان تولیدکنندگان و استفاده‌کنندگان از دانش: عدم ارتباط تولیدکنندگان و استفاده‌کنندگان دانش یکی از موانع زیر ساختی است، زیرا بدون وجود یک ارتباط مؤثر و منظم رفع موانع در هر یک از این بخش‌ها، منجر به بهبود ترجمان دانش نخواهد شد. شرکت‌کنندگان علل ارتباط ضعیف موجود میان محققین و سیاستگذاران سلامت را اثر تجارب نامناسب قبلی، عدم اطمینان مصرف‌کنندگان به توانایی دانشگاه برای پاسخ دادن به سؤالاتشان، عدم آگاهی محقق و سیاستگذار از توانایی و نیاز یکدیگر، عدم وجود زبان مشترک بین سیاستگذاران وزارت بهداشت و محققین، عدم همکاری وزارت بهداشت برای در اختیار قرار دادن اطلاعات به محققین، دور بودن پژوهشگر و بخش اجرایی (به طور مثال نبود یک واحد پژوهشی در سطح شبکه‌های بهداشتی) و نیاز به تصمیم‌گیری‌های سریع و تحقیقات (که نمی‌تواند به سرعت انجام شود)، برشمردند.

جدول ۳- موانع شناسایی شده در بخش استفاده‌کنندگان از دانش

ظرفیت‌های تصمیم‌گیرندگان	کمی دانش نسبت به شیوه‌های استفاده از دانش در تصمیم‌گیری‌ها نبود نگرش کامل نسبت به جایگاه شواهد در تصمیم‌گیری ترجیح به استفاده از شواهد خارجی و نه انجام پژوهش‌های داخلی عدم وجود ضمانت اجرایی برای اجرایی شدن راهکارهای پیشنهاد شده توسط پژوهش
سیاست در تصمیم‌سازی	کمی نگاه باز و کلان‌نگر در سیاستگذاران نظام سلامت پیروی نکردن از برنامه‌های کلان کشوری (مانند برنامه‌های توسعه اقتصادی اجتماعی) عمل نکردن سازمان‌ها در چهارچوب ماموریت‌ها تاثی نداشتن تخصیص منابع از شواهد نبود ضرورت نوآوری و استفاده از پژوهش
سیاست در پژوهش	مشخص نبودن نیازها و اولویت‌های پژوهشی کمبود اعتبارات برای سفارش پژوهش و بهره‌برداری از شواهد
مدیریت سرمایه انسانی	وجود معیارهای نامناسب در انتخاب و انتصاب مدیران جابه‌جایی سریع مدیران تفاوت نظام پرداخت در بخش خصوصی و دولتی و کمی انگیزه رفاهی در بخش دولتی درگیری تصمیم‌گیران در بخش خصوصی و تقویت سیاست‌ها به سوی بخش بالینی به علت حضورسیاستگذاران متخصص بالینی عدم وجود نظام‌های تشویق و تنبیه
مدیریت برنامه‌ها	وابسته بودن برنامه‌ها و تصمیمات به افراد، تغییر برنامه‌ها به دنبال تعویض مدیران عدم استفاده از مشاورین و یا اتاق‌های فکر سلیقه‌ای و فرد محور بودن مدیریت‌ها به جای سیستم محور بودن

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه موانع بهره‌برداری از پژوهش‌های سلامت به تفکیک تولیدکنندگان و استفاده‌کنندگان دانش بررسی و گزارش شده است. در این مطالعه مشاهده گردید که در هر سه بخش تولیدکنندگان و استفاده‌کنندگان از دانش و همچنین فضای تقابل میان آنها موانع متعددی برای ترجمان دانش وجود دارد. مهم‌ترین موانع در بخش تولیدکنندگان دانش که در این مطالعه بیان گردید عواملی می‌باشند که بر عملکرد محقق اثر می‌گذارند و این عوامل عبارتند از انگیزه، آگاهی و توانایی‌های محقق برای انجام تحقیقات کاربردی، استفاده از ابزارها و روش‌های ترجمان دانش و ارایه نتایج تحقیقات به شکل قابل استفاده برای مخاطب. در بخش استفاده‌کنندگان از دانش بخش عمده‌ای از موانع مربوط به نحوه انتخاب سیاستگذاران و مدیران و انگیزه و توانایی ایشان در استفاده از شواهد علمی می‌باشد. در مطالعه‌ای که در دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد، نشان داده شد که تنها در ۱۵٪ موارد محقق گزارشی از نتایج طرح را بر اساس نوع مخاطب تحقیق آماده و برای او ارسال می‌نماید (۶). این موضوع

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-23]

علاوه بر این که نشان‌دهنده ضعف ترجمان دانش می‌باشد، گواه دیگری بر این موضوع است که عدم انگیزه محقق و یا کمبود آگاهی و توانایی محقق برای انتشار نتایج متناسب با مخاطب تحقیق از موانع قابل توجه می‌باشد.

مطالعات متعددی در مورد موانع بهره‌برداری از پژوهش‌های سلامت در دنیا در بخش‌های سیاستگذاری و مدیریت سلامت صورت گرفته است.در این زمینه دو مطالعه مروری وجود دارند که در سال‌های۲۰۰۲ و ۲۰۰۷ انجام شده‌اند. در مطالعه مروری سال ۲۰۰۲، عدم ارتباط مستقیم میان محقق و سیاستگذار، نبود تحقیقات مرتبط و به موقع،عدم اعتماد میان محقق و سیاستگذار، منازعات و کشمکش‌های مرتبط با قدرت و منابع مالی،کیفیت پایین تحقیقات، عدم ثبات سیاسی و جابه جایی سریع سیاستگذاران به عنوان موانع موجود در سیاستگذاری مبتنی بر شواهد بیان گردید (۷). موانع ترجمان دانشی که در مطالعه مروری منظم سال ۲۰۰۷ در سطح سیاستگذاری‌ها استخراج گردید عبارت بودند از: عوامل مؤثر در سطوح فردی (شامل فقدان تجربه و ظرفیت استفاده از شواهد، عدم اعتماد متقابل و نگرش منفی نسبت به تغییر)، عوامل مؤثر در سطوح سازمانی (فرهنگ غیر حمایتی، انگیزه‌های قوی‌تر در جهت تضعیف ترجمان دانش، مناسب نبودن سیستم تشویق محقق و تعویض سریع افراد)، عوامل ارتباطی (انتخاب ضعیف انتقال‌دهنده پیام، حجم بالای اطلاعات، زبان علمی نامناسب برای سیاستگذاران و عدم وجود پیام قابل اجرا) و عوامل مرتبط با زمان (تفاوت در چهارچوب زمانی میان محقق و سیاستگذار و زمان محدود برای اخذ تصمیم) (۸).

مهم‌ترین مانع شناخته شده در کشور ما که در مطالعات دیگر از اهمیت کمتری برخوردار بوده است منشاء سؤال پژوهش و کیفیت پژوهش‌های انجام شده می‌باشد. به همین دلیل مدل‌های ترجمان دانش مانند مدل ترجمان دانش اوتاوا (۹) که در تعدادی از مقالات به عنوان مدل مناسب برای بررسی وضعیت ترجمان دانش در کشورهای در حال توسعه معرفی شده است (۱۰) برای استفاده در کشور ما مناسب نمی‌باشد. زیرا این مدل موانع و راهکارهای ترجمان دانش را از زمان تولید شواهد علمی بررسی می‌نماید، حال اینکه در کشور ما منشاء و چگونگی تولید شواهد علمی نیاز به توجه و بررسی دارد.

با توجه به موانع مطرح شده در این مطالعه، راهکارهای متعددی برای تقویت بهره‌برداری از پژوهش‌های سلامت پیشنهاد می‌گردد. توجه به این نکته ضروری است که برای ترویج ترجمان دانش در بخش سلامت باید سازمان‌های تولیدکننده و استفاده‌کننده از دانش در فرایندهای تصمیم‌گیری و مدیریتی خود برای نزدیک شدن به یک سیستم مبتنی بر شواهد علمی، جهت‌گیری همه جانبه اتخاذ نمایند. در بخش تولیدکنندگان دانش ایجاد انگیزه و آموزش ایشان به منظور افزایش توانایی برای انجام تحقیق با کیفیت مناسب و انتشار نتایج تحقیق متناسب با مخاطب از جمله راهکارهای موجود می‌باشد. مهم‌ترین مداخله برای ایجاد انگیزه در محقق تغییر قوانین ارتقاء در سیستم‌های دانشگاهی می‌باشد. همچنین تغییر شیوه‌های ارایه پروپوزال‌ها و گزارشات طرح‌های تحقیقاتی، راه را برای شفاف شدن مخاطب و پیام پروژه‌ها هموار خواهد ساخت. به نظر می‌رسد توجه ویژه به مجلات به عنوان پلی ارتباطی میان محققین مختلف و همچنین میان محققین و سیاستگذاران از راهکارهای قابل توجه خواهند بود. در اولویت قرار دادن مقالات منطبق بر اولویت‌های سلامت کشور و تغییر فرمت مقالات در جهتی که پیام و مخاطب آن به طور واضح مشخص باشد از تغییراتی می‌باشند که عملی بودن و مؤثر بودن آنها باید مورد بررسی قرار بگیرد.

نکته قابل توجه این است که اگرچه نقطه انتهایی تعداد زیادی از مداخلات متوجه پژوهشگران می‌باشد، ولی این افراد نمی‌توانند شروع کننده و اعمال کننده مداخلات باشند. مهم‌ترین ارگان‌های مسؤول در طراحی و اجرای مداخلات در نظام سلامت کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاونت‌های پژوهشی دانشگاه‌ها می‌باشند. در واقع این بخش‌ها باید با شناخت دقیق عوامل مؤثر بر پژوهش و استفاده از آن، به کمک یکدیگر مداخلات مناسب را طراحی ، اجرا و ارزیابی نمایند. به همین دلیل به عنوان اولین قدم، همکاری میان تصمیم‌گیران ستادی نظام سلامت کشور و دانشگاه‌ها برای شناسایی موانع ترجمان دانش و سپس طراحی و اجرای مداخلات مؤثر به منظور ترجمان آن ضروری می‌باشد. در واقع این همکاری باید منجر به بازبینی نقش نظام پژوهشی کشور در ترویج ترجمان دانش شود. نکته حائز اهمیت دیگر این است که مخاطب بخشی از تحقیقات انجام شده توسط پژوهشگران بخش سلامت خارج از دانشگاه و وزارت بهداشت می‌باشند و این امر اهمیت شناخت و همکاری با مخاطبین خارج از نظام سلامت را نشان می‌دهد.

با توجه به موانع ذکر شده در این مطالعه، مهم‌ترین مداخلات در بخش استفاده‌کنندگان از دانش باید متوجه تغییر فرهنگ تصمیم‌گیری در سطوح مدیریتی و سیاستگذاری باشد. بنابراین علاوه بر نیاز به مداخلاتی با هدف آموزش استفاده‌کنندگان از دانش به منظور درک اهمیت و نحوه استفاده از دانش در تصمیم‌گیری‌ها، ایجاد قوانین و به تبع آن ترویج فرهنگ پایبند

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-23]

بودن به برنامه‌های موجود در سازمان‌ها و ارگان‌ها، باعث کاهش وابستگی برنامه‌ها و تصمیمات به افراد شده و متعاقبا علاوه بر تضمین دستیابی به اهداف برنامه‌های پیاده شده، در منابع مالی و انسانی صرفه‌جویی چشمگیری حاصل خواهد شد. البته این در صورتی ممکن خواهد بود که سیاست‌های بخش‌های مختلف بر اساس شواهد علمی پایه‌ریزی شده و مستندات آن برای سیاستگذاران و مدیران آینده موجود باشد.

نکته قابل توجه این است که در این مطالعه مشکلات ساختاری به عنوان مانع مهم و اساسی در بهره‌برداری از پژوهش‌های سلامت در بخش سلامت عنوان نشده است و به نظر می‌رسد که از دیدگاه شرکت‌کنندگان در این مطالعه برای افزایش میزان ترجمان دانش در شرایط فعلی نیاز به تغییرات ساختاری ویژه‌ای نمی‌باشد. بنابراین برای عبور از مشکلات فعلی در امر پژوهش و تقویت ترجمان دانش باید نظام کلان نوآوری در کشور تعریف شده و فرایند از ایده تا عمل که هدف غایی در ترجمان دانش می‌باشد، در آن نظام روشن شود (۱۱).

یکی از مهم‌ترین مداخلات مورد نیاز که مستلزم همکاری عمیق میان تولیدکنندگان و استفاده‌کنندگان دانش می‌باشد، تعیین اولویت‌های پژوهشی کشور در بخش سلامت است. ایجاد یک فرایند علمی و منظم در تعیین نیازهای پژوهشی سلامت کشور و انتقال نتایج آن به پژوهشگران نیازمند اهتمام مسؤولین در وزارت بهداشت و دانشگاه‌ها می‌باشد. آنچه مسلم است این است که تعیین نیازهای پژوهشی کشور فرایندی پیچیده بوده و در قدم اول باید متولی آن در سطح ملی و منطقه‌ای شناخته شده و اهمیت آن برای طراحان و ذی‌نفعان مربوطه به روشنی بیان گردد.

اگر چه کلیه مداخلات مطرح شده در بخش‌های تولیدکننده و استفاده‌کننده از دانش منجر به تقویت فضای تبادل میان آنها خواهد شد، ولیکن مهم‌ترین علت شکاف میان این دو بخش عدم اعتماد ایشان به یکدیگر می‌باشد. بنابراین شفاف‌سازی نیازها و توانمندی‌های ایشان می‌تواند باعث از میان رفتن فضای بی‌اعتمادی موجود گردد. آنچه مسلم است این است که همکاری محقق با سیاستگذار پیچیدگی‌های خاصی دارد. برنارد چویی و همکاران وی با بیان این مطلب که محققین و سیاستگذاران اهداف متفاوت، نگرش متفاوت نسبت به اطلاعات، زبان متفاوت، معذوریت‌های زمانی متفاوت و مسیر ارتقاء شغلی متفاوتی دارند راه حل‌هایی را برای افزایش این همکاری معرفی نموده است. بعضی از این راه حل‌ها عبارتند از: برقراری سیستم‌های تشویقی برای همکاری محققین و سیاستگذاران و استفاده از واسطه‌های دانش[9] (۱۲). سؤال مهمی که پاسخ به آن در تعیین نوع فعالیت‌های لازم برای تقویت ترجمان دانش ضروری می‌باشد این است که آیا به "واسطه‌های دانش" نیاز داریم؟ آیا واسطه‌های دانش در شرایط فعلی باید افراد باشند یا نیاز به ایجاد ساختارهای جدید می‌باشد؟ جایگاه آنها باید کجا باشد؟ در سازمان‌های تولیدکننده دانش و یا سازمان‌های استفاده‌کننده از دانش؟ بدیهی است استفاده از تجربیات دفتر ارتباط با صنعت در دانشگاه‌ها می‌تواند در دستیابی به راه حل مؤثر بسیار کمک کننده باشد.

در مطالعه‌ای که در زمینه موانع و راهکارهای تقویت بهره‌برداری از پژوهش‌های سلامت در دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده، موانع و راهکارها در سطوح دانشگاه، تولید دانش، انتقال دانش و استفاده از دانش طبقه‌بندی شده است (۱۳). نتایج به دست آمده از آن مطالعه و مطالعه حاضر که در سطح وسیع‌تری انجام شده است هم‌پوشانی قابل توجهی با هم دارند و این امر بیانگر این نکته است که برای شروع مداخلات به منظور تقویت ترجمان دانش در سطح کشور موانع مشترک اولیه‌ای را در بخش‌های مرکزی و محیطی کشور باید پشت سر گذاشت.

شواهد علمی در بخش‌های مختلفی از فرایندهای مرتبط با سیاستگذاری‌های بخش سلامت قابل استفاده می‌باشد. فرایند تصمیم‌گیری در سیاستگذاری‌های سلامت شامل مراحل تعیین مشکل و بزرگی آن[10]، مشخص نمودن راه حل‌های ممکن برای حل مشکل و بررسی مزایا و معایب هر یک از راه حل‌ها[11]، انجام مداخله[12] و در نهایت ارزیابی مداخلات صورت گرفته[13] (۸ و ۱۴) می‌باشد که برای تصمیم‌گیری در کلیه موارد ذکر شده نیاز به شواهد علمی می‌باشد. آنچه مسلم است این است که برای افزایش ترجمان دانش در کشور نیاز به انجام مداخلات متعدد در سازمان‌های تولیدکننده و استفاده‌کننده از دانش می‌باشد و با انجام مداخلات تنها در یک بخش به اهداف ترجمان دانش نخواهیم رسید (۱۵).

لازم به ذکر است که در سال‌های اخیر مداخلاتی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای تقویت بهره‌برداری از پژوهش‌های سلامت صورت گرفته است، از جمله فراخوان برای طرح‌های تحقیقاتی کاربردی، اختصاص ۲٪ از بودجه

[9] Knowledge brokers
[10] Agenda setting
[11] Policy formulation
[12] Implementation
[13] Evaluation

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-23]

دانشگاه‌های علوم پزشکی برای تحقیقات نظام سلامت[15]،ظرفیت‌سازی برای تولید مطالعات مروری منظم و راهنماهای بالینی و تأسیس واحد ارزیابی تکنولوژی[16] سلامت در وزارتخانه (۱۶). انجام این مداخلات نشان‌دهنده رویکرد مثبت و امید بخش وزارت بهداشت در مورد ترجمان دانش می‌باشد. با این حال همواره باید توجه داشت که محیط تصمیم‌گیری سیاستگذاران و مدیران سلامت محیط پیچیده‌ای بوده و تصمیم‌گیری‌های ایشان نتیجه متقابل اثر شواهد علمی، تجربه‌های قبلی، منابع موجود، عادت‌ها و سنت‌های موجود، فشار گروه‌های سیاسی و ارزش‌های جامعه می‌باشد (۱۷). بنابراین تقویت سیاستگذاران مبتنی شواهد علمی، نیازمند عزم همگانی برای تحقق آن است.

در نهایت با توجه به موانع به دست آمده در این مطالعه مداخلات زیر برای تقویت بهره‌برداری از پژوهش‌ها در حوزه سلامت کشور پیشنهاد می‌گردد: تعیین اولویت‌های پژوهشی و اعلام آن به سازمان‌های تولیدکننده دانش به طور منظم؛ تقویت انگیزه از طریق تعیین و یا تغییر مکانیسم تشویقی برای تولید و استفاده از دانش مانند تغییر معیارهای ارتقاء شغلی هیأت علمی و مدیران؛ توانمند سازی محقق و سیاستگذار از طریق آموزش؛ وضع قوانین جدید در ارتباط با مستند سازی در سیاست‌ها و تصمیمات و ایجاد فرایندی برای تعیین و ثبت میزان استفاده از شواهد در آنها؛ تغییر در فرمت مقالات و معیار پذیرش آنها در نشریات؛ تغییر فرمت پروپوزال‌ها، گزارشات و مقالات؛ تقویت فضای تبادل میان تولیدکنندگان و استفاده‌کنندگان از طریق مواردی مانند شفاف سازی نیازها و توانمندی‌ها.

تشکر و قدردانی

در انتها نویسندگان این طرح لازم می‌دانند که مراتب تشکرات عمیق خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران که هزینه طرح تحقیقاتی مذکور با شماره ۸۶-۰۲-۷۴-۵۵۰۶ را تقبل نمودند و همچنین از کلیه شرکت‌کنندگان در طرح که وقت ارزشمند خود را در اختیار این پروژه قرار دادند، به عمل آورد.

[15] Health System Research
[16] Health Technology Assessment

References

1- World Report on Knowledge for Better Health, Strengthening Health Systems. World Health Organization. 2004. [cited 2009 Aug 29]; Available from: URL: www.who.int/rpc/meetings/pub1/en/
2- Devarajan Sh, Miller MJ, Swanson EV. Goals for Development: History, Prospects and Costs, World Bank Discussion Paper. 2002. Report No.: NO 2819.
3- Tetroe J. Knowledge Translation at the Canadian Institutes of Health Research: A Primer. Canadian Institute of Health Research 2008 [cited 2009 Aug 29]; Available from: URL: http://www.ncddr.org/kt/products/focus/focus18/
4- Nedjat S, Yazdizadeh B, Gholami J, et al. Effect of ministry of health and medical education structure on application of medical research. Hakim Research Journal 2008; 11 (3): 1-10.
5- Lavis JN, Robertson D, Woodside JM, et al. How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers? Milbank Q 2003; 81 (2): 221- 48.
6- Nedjat S, Majdzadeh R, Gholami J, et al. Knowledge transfer in Tehran University of Medical Sciences: an academic example of a developing country. Implement Sci 2008; 3(1): 39.
7- Innvaer S, Vist G, Trommald M, et al. Health policy-makers' perceptions of their use of evidence: a systematic review. J Health Serv Res Policy 2002; 7 (4): 239- 44.
8- Mitton C, Adair CE, Mckenzie E, et al. Knowledge Transfer and Exchange: Review and Synthesis of the Literature. Milbank Q 2007; 85 (4): 729- 68.
9- Sudsawad P. Knowledge Translation: Introduction to Models, Strategies, and Measures. National Center for the Dissemination of Disability Research 2007 [cited 2009 Aug 29]; Available from: URL: http://www.ncddr.org/kt/products/ ktintro/allinone.html.
10- Santesso N, Tugwell P. Knowledge translation in developing countries. J Contin Educ Health Prof 2006; 26 (1): 87- 96.
11- Nedjat S, Yazdizadeh B, Gholami J, et al. Effect of Ministry of Health and Medical Education structure on application of medical research. Hakim Research Journal 2008; 11 (3): 1- 10.
12- Choi BCK, Pang T, Lin V, et al. Can scientists and policy makers work together? J Epidemiol Community Health 2005; 59 (8): 632- 7.
13- Majdzadeh R, Sadighi S, Nejat SA, et al. Knowledge translation for research utilization: design of a knowledge translation model at Tehran University of Medical Sciences. J Contin Educ Health Prof 2008; 28 (4): 270- 7.
14- Sutcliffe S, Court J. A Toolkit for Progressive Policymakers in Developing Countries. London, England, Overseas Development Institute, Research and Policy in Development Programme: ODI; 2006.
15- Garner P, Smith H, Kale R, et al. Getting research findings into practice: Implementing research findings in developing countries. BMJ 1998; 317 (7157): 531- 5.
16- Majdzadeh R, Nedjat S, Fotouhi A, et al. Iran's Approach to Knowledge Translation. Iran J Public Health 2009; 38 (Supp 1.1): 58- 60.
17- Davies P. Is evidence based government possible? Jerry Lee Lecture presented to the 4th Annual Campbell Collaboration Colloquium 2004

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-23]

Utilization of Research in Health System Decision Making

Yazdizadeh B[*1,2] (MD), Nedjat S[1,2] (MD, PhD), Gholami J[1] (MD), Changizi N[3] (MD),Yarahmadi Sh[3] (MD), Nasehi M[3] (MD), Majdzadeh R[1, 2] (DVM, PhD)

[1]*Center for Knowledge Translation and Exchange, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
[2]*School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
[3]*Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran*

Received 17 May 2009, Accepted 16 Jul 2009

Abstract

Introduction: The ultimate goal of all health studies is to promote human health and increase equity in health. Many decisions are made at international and regional level to achieve these goals. How much the research is utilized in these decision makings? This study was designed to throw light on the utilization of knowledge in the health sector's policy makings.

Methods: This study was done qualitatively, through 10 in-depth interviews and 6 focus group discussions with researchers of macro level (Ministry of Health managers and policy makers) and peripheral level (researchers and service providers).

Results: Many problems were seen at different levels of knowledge utilization in the knowledge producing and utilizing sectors and in the exchange atmosphere between them. These problems were classified into characteristics of research, researchers and decision makers, human resources management, research and plan management, and politics in research and decision making. Absence of a clear plan for connecting knowledge producers and users is another barrier in reaching an ideal level of knowledge translation.

Conclusion: Barriers and their respective solutions need to be identified through a comprehensive study at various levels in order to strengthen knowledge utilization in the health sector. Focus needs to be laid on the National Innovation System as one of the necessary infrastructures for conducting such purposeful plans.

Keywords: knowledge Translation, Evidence-Based Practice, Decision Making Organizational, Iran.

Hakim Research Journal 2009; 12(2):1- 10

[*]Corresponding Author: Biostatistics and Epidemiology Department, School of Public Health, Tehran University of Medical Science, Poursina St, 16 Azar St, Enghelab Ave, Tehran, Iran. Zip code: 1417965173 Tel: +98- 21- 88989123 Fax: +98- 21- 88989127 baharehyazdizadeh@yahoo.com

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-23]