مقاله پژوهشی

وضعیت ترجمان دانش مراکز تحقیقاتی دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران: تجربه دانشگاه علوم پزشکی کرمان

اسماء صابر ماهانی [۱]، وحید یزدی فیض آبادی [۲]، سلمان باش زر [۳*]

[۱] دانشیار، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان، کرمان، ایران
[۲] دانشیار، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان، کرمان، ایران
[۳] دانشجوی دکتری سیاستگذاری سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان، کرمان، ایران

* **نویسنده مسؤول:** سلمان باش زر
s.bashzar@kmu.ac.ir

ارجاع: صابر ماهانی اسماء، یزدی فیض آبادی وحید، باش زر سلمان. وضعیت ترجمان دانش مراکز تحقیقاتی دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران: تجربه دانشگاه علوم پزشکی کرمان. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۴۰۱؛ ۷(۲): ۶۲-۱۵۲.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۱/۲۱
تاریخ اصلاح نهایی: ۱۴۰۱/۰۶/۱۲
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۱۷

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش‌های بومی سلامت علی‌رغم گسترش قابل‌توجه هنوز با چالش‌هایی در حوزه کاربست پژوهش نظیر کمبود شواهد قابل‌اعتماد، دیر رسیدن شواهد به دست سیاست‌گذار و یا زبان نامناسب شواهد مواجه هستند، که مرتبط با حوزه تبادل و ترجمان دانش می‌باشند. هدف از این مطالعه بررسی وضعیت ترجمان دانش در مراکز تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان بود.

روش پژوهش: مطالعه حاضر در مراکز تحقیقاتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان به‌صورت مقطعی در سال ۱۳۹۸ انجام پذیرفت. مراکز به‌صورت سرشماری وارد مطالعه شده و از پرسشنامه استاندارد خودارزیابی سازمان‌های تولیدکننده دانش که دارای ۵۰ سؤال در ۴ حیطه سؤال پژوهش، تولید دانش، انتقال دانش و ترویج استفاده از شواهد می‌باشد، استفاده گردید. داده‌ها پس از جمع‌آوری و کدگذاری وارد نرم‌افزار SPSS 25شده و با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و فراوانی نسبی) و آزمون ناپارامتری Mann-Whitney U تحلیل شدند.

یافته‌ها: ۲۰ مرکز تحقیقاتی بالینی و ۶ مرکز تحقیقاتی غیر بالینی در این مطالعه شرکت کردند. تنها ۳/۸۵ درصد از مراکز درمجموع بیشتر از ۸۰ درصد نمره را کسب نمودند. در خصوص سؤال پژوهش، تولید دانش، انتقال دانش و ترویج استفاده از شواهد، انحراف معیار ± میانگین نمرات به‌ترتیب ۹/۹۳ ± ۳۵/۸۵، ۷/۵۴ ± ۳۱/۵۰، ۱۶/۳۵ ± ۷۶/۶۵، ۳/۲۷ ± ۹/۳۱ بوده است. در این میان بهترین وضعیت مربوط به تولید دانش بوده که ۷۰ درصد از نمره قابل کسب را به دست آورد. یافته‌های آزمون Mann-Whitney U نشان داد میانگین همه حیطه‌ها در ۲ گروه تفاوتی نداشتند.

نتیجه‌گیری: این مطالعه سطح متوسطی از ترجمان دانش را نشان داد، اما مواردی اعم از ایجاد ساختار کمیته ترجمان دانش، لحاظ کردن فرایند تبادل، ترجمان و انتقال دانش در فرایند تصویب پایان‌نامه‌های دانشجویی و طرح‌های پژوهشی، بازنگری در سیاست‌های پژوهشی و ایجاد سازوکارهای انگیزشی برای ارتقاء محققین از این طریق، می‌توانند نقش تسهیلگری مهمی را در جهت رسیدن به سطح مناسب از تبادل و ترجمان دانش ایفا نمایند.

واژه‌های کلیدی: ترجمان دانش، پژوهش، پیاده سازی علم

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.2.2.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i2.10679]

مقدمه

از زمان پیدایش مفهوم ترجمان دانش در سال ۲۰۰۰ توسط انستیتوی تحقیقات بهداشت کانادا (۶-۱) برای رفع شکاف بین دانش، پژوهش و کاربرد در امور بالینی حوزه سلامت (۱,۲,۷)، استفاده از اصطلاح ترجمان دانش به‌طور چشمگیری گسترش پیداکرده است (۳). ترجمان دانش از تحقیقات به عمل در امور بالینی، در مراقبت‌های سلامت از اهمیت بالایی برخوردار است (۱۰-۸) و نگرانی اساسی در مورد آن این است که پیشرفت در دانش‌پژوهشی سال‌ها طول می‌کشد تا سبب تغییر و یا کاربرد در عمل شود (۱۱). با توجه به‌سرعت نوآوری و تحقیق در حوزه مراقبت‌های سلامت، این شکاف دانش در تحقیقات و سیاست‌های مراقبت‌های سلامت به‌صورت روزافزونی مورد توجه قرارگرفته و موضوع گزارش‌های بی‌شماری بوده است. همچنین در پاسخ به این شکاف سیاست‌های متفاوتی اتخاذ شده است که ازجمله آن‌ها می‌توان به ایجاد نهادهای سازمانی جدید زیادی برای تسهیل حرکت دانش از پژوهش به عمل باشد که می‌توان به شبکه‌های علوم سلامت دانشگاهی (AHSNs) و مشارکت در رهبری تحقیقات کاربردی سلامت و مراقبت‌های بهداشتی (CLAHRCs) در انگلیس (۱۱) و همچنین پایگاه‌های ترجمان دانش در ایران نظیر دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران و مرکز تحقیقات بهره‌برداری از دانش سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران اشاره نمود.

ترجمان دانش که فرایند تولید، تبادل و به‌کارگیری صحیح دانش ازنظر اخلاقی است، در سامانه پیچیده‌ای از برهم‌کنش‌ها میان پژوهشگران و مصرف‌کنندگان سلامت، منجر به تولید محصولات مؤثرتر و نظام ارائه خدمات سلامت قوی‌تر می‌شود (۶,۱۲) و برای بهبود مراقبت‌های بهداشتی حیاتی است. ترجمان دانش روندی است که موجب می‌شود شواهد پژوهشی، اطلاعات را افزایش داده و بر سیاست و عملکرد مراقبت‌های بهداشتی تأثیر بگذارد (۱۳). ترجمان موفقیت‌آمیز دانش پیامدهایی چون ارتقای سطح سلامت جامعه، ارائه مؤثرتر خدمات سلامت، بهبود عملکرد بالینی و تقویت نظام مراقبت سلامت را به دنبال خواهد داشت (۱۶,۷-۱۴). کوتاهی در ترجمان دانش روز، جهت استفاده درمان بالینی و تصمیم‌گیری در مراقبت‌های سلامتی، مانع بزرگی جهت سود بردن از مزایای علوم پزشکی است (۱۷)، که باعث می‌شود چه در حوزه مراقبت‌های حاد یا مزمن و یا حتی در حوزه مراقبت‌های پیشگیری، اغلب بیماران از دریافت توصیه‌های استاندارد درمانی و پیشگیری محروم بمانند (۱۸-۲۴,۱,۴,۱۳). سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۵ به ایجاد یا تقویت مکانیسم‌هایی برای انتقال دانش در حمایت از سلامت عمومی مبتنی بر شواهد تأکید کرده است. همچنین به‌منظور کمک به توسعه مکانیسم‌های مؤثر بیشتر برای کمک به پر کردن شکاف بین راه‌هایی که دانش از آن طریق تولیدشده‌است و راه‌هایی که از آن استفاده می‌شود بر تبدیل نتایج تحقیقات بهداشتی به سیاست و عمل تأکید داشته است (۲۵).

مطالعه تورانی و همکاران (۲۰۲۱)، ۶ استراتژی، بهبود توانایی‌ها و مهارت‌های محققان، بهبود فرآیندها و کیفیت تولید دانش، بازنگری در سیاست‌ها و قوانین، بهبود پیش نیازها، فرهنگ سازی و ترویج استفاده از شواهد را برای بهبود ترجمان دانش در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران نام می‌برند و عنوان می‌نمایند تغییرات قابل توجهی در پیش نیازها، فرآیندهای تولید دانش، رویه‌های دانشگاهی، سیاست‌ها و قوانین برای اجرای ترجمان دانش در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران ضروری است (۲۶). تورانی و همکاران (۱۴۰۰) در مطالعه‌ای وضعیت ترجمان دانش در دانشگاه علوم پزشکی ایران را تا حدودی قابل قبول و مناسب ارزیابی نموده و عنوان می‌کنند نقاط ضعف قابل توجهی در حیطه‌های سوال پژوهش، انتقال دانش و ترویج استفاده از شواهد خصوصاً در تعامل بین محققان و کاربران وجود دارد (۲۷).

تحقیقات در حوزه نظام سلامت اگر برای کمک به تقویت نظام سلامت انجام می‌شوند می‌بایست به‌طور مؤثرتری مدیریت شوند (۱۶). علم منجر به پیشرفت‌های چشمگیری در سلامت در سراسر جهان شده است، اما شکاف و نابرابری در سلامت، چالش بزرگ توسعه در هزاره جدید باقی‌مانده است و عملکرد نامناسب نظام‌های سلامت در قلب این مشکل قرار دارد. نیمی از میزان‌های مرگ‌ومیر در سطح جهان می‌تواند توسط مداخلات ساده و هزینه-اثربخش پیشگیری شود. به همین دلیل سرمایه‌گذاری‌های بیشتری برای رویکردهای جدید و ابتکاری به‌منظور تحقیق در حوزه سلامت موردنیاز است (۱۶).

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.2.2.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i2.10679]
راهبردهای مدیریت در نظام سلامت، سال هفتم، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۱، شماره پیاپی ۲۴

در حال حاضر یکی از چالش‌های نظام سلامت، نیاز به پژوهش‌های کمک‌کننده به سیاست‌گذاری است؛ چراکه نیاز است پژوهش‌های نظام سلامت و به‌خصوص فعالیت در حوزه ترجمه دانش توسعه یابد (۲۸). پژوهش‌های بومی حوزه نظام سلامت علی‌رغم گسترش قابل‌توجه در سال‌های اخیر هنوز در مرحله کودکی از رشد خود هستند. نتیجه آنکه برای پاسخ به بسیاری سؤالات سیاست‌گذار با کمبود شواهد قابل‌اعتماد مواجه است (۲۹). در بسیاری موارد نیز شواهد در زمان لازم به دست سیاست‌گذار نمی‌رسند یا به زبان مناسب به سیاست‌گذار ارائه نمی‌شوند و یا سیاست‌گذار از آن‌ها مطلع نمی‌گردد (۳۰).

در سال‌های اخیر مدیران ارشد نظام سلامت کشور و وزیران مختلف بهداشت درمان و آموزش پزشکی بر اهمیت سیاست‌گذاری‌هایی تأکید کرده‌اند که با توجه به بهترین شواهد و نتایج مطالعات علمی و با توجه به شرایط کشور و دیدگاه صاحب‌نظران و ذینفعان کلیدی شکل‌گرفته باشد. علاوه بر فرهنگ‌سازی و گسترش دانش مرتبط با نظام سلامت، ایجاد زیرساخت‌های لازم برای چنین تصمیم‌گیری‌های آگاه از شواهد علمی در نظام سلامت ضرورت دارد (۲۸). همچنین شواهد نیاز به طراحی و تطبیق برای استفاده در سیاست‌های محلی و اجرا در محیط دارند (۳۱). لذا برای تقویت بهره‌برداری از پژوهش‌های بخش سلامت کشور باید با یک نگاه جامع مشکلات را مشخص و راهکارهای موردنیاز را در سطوح مختلف شناسایی نمود (۳۲). همچنین یک محیط مساعد برای سیاست‌های سلامت مبتنی بر شواهد و عمل باید ایجاد شود که برای رسیدن به آن تولیدکنندگان و کاربران تحقیقات می‌بایست همکاری بیشتری باهم داشته باشند تا اینکه مطمئن شوند نتایج تحقیقات برای بهبود سلامت استفاده می‌شود (۱۶). به همین منظور در این مطالعه بعد از حدود نزدیک به دو دهه از شروع فعالیت پایگاه‌های ترجمان دانش در کشور و اهمیت آن در اسناد بالادستی و سیاست‌های کلان نظام سلامت (۳۳) به بررسی وضعیت ترجمان دانش در مراکز تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان با استفاده از ابزار خودارزیابی سازمان‌های تولیدکننده دانش پرداخته شد.

روش پژوهش

این مطالعه از نوع مطالعات توصیفی و کاربردی بوده که به‌صورت مقطعی در سال ۱۳۹۸ در دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام پذیرفت. جامعه آماری این مطالعه را تمامی مراکز تحقیقاتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان که در زمان انجام مطالعه حداقل ۳ سال از زمان فعالیتشان می‌گذشت را شامل می‌شد که تعداد آن‌ها برابر با ۳۳ مرکز بوده و همه مراکز به‌صورت سرشماری وارد مطالعه شدند.

در مطالعه حاضر از پرسشنامه خودارزیابی سازمان‌های تولیدکننده دانش استفاده گردید که پایایی و روایی آن توسط نجات و همکاران در سال ۱۳۸۷ تعیین گردید (۳۴). ابزار خودارزیابی سازمان‌های تولیدکننده دانش درواقع روشی برای شناسایی و فهرست نمودن موانع انتقال دانش در سازمان است که به‌صورت گروهی به‌کارگرفته‌می‌شود. این ابزار می‌تواند راهگشای سازمان‌ها در تحلیل وضعیت خود از نظر انتقال دانش و پیدا کردن راه‌حل‌های مداخله مؤثر در این زمینه باشد (۳۵). این پرسشنامه دارای ۵۰ سؤال در ۴ حیطه شامل سؤال پژوهش (۱۲ سؤال و ۶۰ امتیاز) در مورد اینکه آیا سازمان می‌تواند نیازهای تحقیقاتی تصمیم گیران را شناسایی کند و به‌صورت موضوع پژوهشی درآورد؟، تولید دانش (۹ سؤال و ۴۵ امتیاز) در مورد اینکه آیا سازمان می‌تواند شواهدی تولید کند که در تصمیم‌گیری‌ها قابل‌استفاده باشد؟، انتقال دانش (۲۵ سؤال و ۱۲۵ امتیاز) در مورد اینکه آیا نتایج پژوهش‌های سازمان منجر به تغییر رفتار تصمیم‌گیرندگان و یا نتیجه کاربردی می‌شود؟ و ترویج استفاده از شواهد (۴ سؤال و ۲۰ امتیاز) در مورد اینکه آیا سازمان تلاش می‌کند تا تصمیم‌گیرندگان بتوانند از نتایج پژوهش‌ها بهتر استفاده کنند؟ می‌باشد (۳۴).

پاسخ‌دهی به سؤالات پرسشنامه در قالب طیف ۵ سطحی لیکرت از کاملاً موافق، موافق، نه موافق/ نه مخالف، مخالف و کاملاً مخالف بود که به ترتیب امتیازات ۵ تا ۱را به خود اختصاص داد. در این ابزار حداقل نمره کسب شده توسط یک مرکز تحقیقاتی ۵۰ و حداکثر آن ۲۵۰ می‌تواند باشد. روش استفاده از این ابزار به‌صورت گروهی و به این صورت بود که در هر مرکز تحقیقات، گروهی متشکل از اعضای مرکز (ریاست، معاونین، پژوهشگران شاخص و کارشناسان مرکز که توسط ریاست مرکز انتخاب می‌شدند)، برای خودارزیابی تشکیل گردید و سپس در هر گروه، هرکدام از عبارت‌ها مرور شده و بر اساس مقیاس ارائه‌شده به هر عبارت امتیاز داده‌شد.

داده‌ها پس از جمع‌آوری و کدگذاری وارد نرم‌افزار SPSS 25

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
www.mshsj.ssu.ac.ir

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.2.2.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i2.10679]

شده و با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و فراوانی نسبی) و آزمون ناپارامتری Mann-Whitney U تحلیل شدند. قبل از اجرای مطالعه نحوه تکمیل پرسشنامه برای هر مرکز تحقیقاتی توضیح داده شد و همچنین به مشارکت کنندگان اطمینان داده شد که شرکت در مطالعه کاملاً آزادانه بوده و در صورت شرکت در مطالعه کلیه اطلاعات نزد محققین به‌صورت محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج با اسامی مراکز منتشر نخواهد شد. شایان‌ذکر است این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمان با کد IR.KMU.REC.1397.194 ثبت شده است.

یافته‌ها

در زمان انجام مطالعه از میان ۳۳ مرکز و پایگاه تحقیقاتی فعال وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان ۲۶ مرکز تحقیقاتی در مطالعه شرکت نموده و به‌صورت تیمی در گروه‌های تشکیل‌شده تحت نظر ریاست مرکز به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند که از این میان ۲۰ مرکز از مراکز تحقیقاتی بالینی و بیمارستانی و ۶ مرکز از مراکز غیر بالینی بوده‌اند.

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌نمایید در خصوص مراکز تحقیقاتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان تنها ۱ مرکز (۳/۸۵ درصد) درمجموع بیشتر از ۸۰ درصد نمره را کسب نموده و ۸ مرکز (۳۰/۷۶ درصد) مساوی و بیشتر از ۷۰ درصد نمره قابل کسب را به دست آوردند. از میان این ۸ مرکز، ۶ مرکز از مراکز بالینی و آزمایشگاهی و ۲ مرکز از مراکز تحقیقاتی غیر بالینی و غیر آزمایشگاهی بوده‌اند. نتایج همچنین نشان داد فقط ۱ مرکز نمره پایین‌تر از ۶۰ (۳/۸۵ درصد) دارد که ضعیف‌ترین مرکز در خصوص ترجمان دانش بین مراکز تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان بوده‌است. هیچ‌کدام از مراکز نمره کامل را در هیچ حیطه‌ای به دست نیاورده‌اند. همچنین درمجموع درزمینه‌ی انتقال دانش ۶ مرکز (۲۳/۰۸ درصد) مساوی و کمتر از ۵۰ درصد نمره قابل کسب را به دست آورده‌اند و تنها ۲ مرکز (۷/۶۹ درصد) مساوی و بیشتر از ۸۰ درصد نمره را به دست آورده‌اند. درزمینه‌ی سؤال پژوهش تنها ۳ مرکز (۱۱/۵۴ درصد) مساوی و بیشتر از ۸۰ درصد نمره قابل کسب را به دست آوردند و ۸ مرکز (۳۰/۷۷ درصد) مساوی و کمتر از ۵۰ درصد نمره را کسب نموده‌اند. همچنین درزمینه‌ی ترویج استفاده از شواهد هیچ‌کدام از مراکز بیشتر از ۸۰ درصد نمره را کسب ننموده و ۶۱/۵۴ درصد مساوی و کمتر از ۵۰ درصد نمره را کسب نموده‌اند. درزمینه‌ی تولید دانش ۳ مرکز (۱۱/۵۴ درصد) کمتر از ۵۰ درصد نمره را کسب و ۹ مرکز (۳۴/۶۲ درصد) مساوی و بیشتر از ۸۰ درصد نمره را کسب کرده‌اند (جدول ۱).

در خصوص مقایسه ۴ حیطه سؤال پژوهش، تولید دانش، انتقال دانش و ترویج استفاده از شواهد مطابق با جدول ۲، انحراف معیار ± میانگین نمرات به‌ترتیب ۹/۹۳ ± ۳۵/۸۵ ، ۷/۵۴ ± ۳۱/۵۰، ۱۶/۳۵ ± ۷۶/۶۵، ۳/۲۷ ± ۹/۳۱ بوده است که در این میان بهترین وضعیت مربوط به تولید دانش بوده که ۷۰ درصد از نمره قابل کسب را به دست آورده و بعد از آن به‌ترتیب انتقال دانش، سؤال پژوهش و ترویج استفاده از شواهد با درصد نمرات ۶۱/۳۲، ۵۹/۷۵، ۴۶/۵۵ در وضعیت‌های بعدی قرار می‌گیرند. انحراف معیار ± میانگین کلی در مراکز بالینی و غیر بالینی به ترتیب برابر با ۳۹/۶۶ ± ۱۵۳ و ۲۸/۸۲ ± ۱۵۴/۳۳ و درمجموع تمام مراکز برابر با ۳۷/۰۹ ± ۱۵۳/۳۱ به‌دست آمده است.

در رتبه‌بندی متغیرها برحسب بالینی یا غیر بالینی بودن مراکز، میانگین رتبه‌ها در سؤال پژوهش، تولید دانش، انتقال دانش و ترویج و استفاده از شواهد دانش در مراکز بالینی به ترتیب برابر با ۱۳/۶۸، ۱۴/۰۵، ۱۳/۲۸و ۱۴/۱۵ و همچنین در مراکز غیر بالینی به ترتیب برابر با ۱۲/۹۲، ۱۱/۶۷، ۱۴/۲۵و ۱۱/۳۳ می‌باشند (جدول۳).

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.2.2.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i2.10679]

جدول ۱: نتایج خودارزیابی مراکز تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

مراکز تحقیقاتی	نوع مرکز تحقیقاتی	نمره سؤال پژوهش	نمره تولید دانش	نمره انتقال دانش	نمره ترویج استفاده از شواهد	نمره کل	درصد نمره کسب‌شده هر مرکز
۱	بالینی	۲۹	۳۳	۸۹	۷	۱۵۸	۶۳/۲۰
۲	بالینی	۴۰	۳۲	۸۳	۱۱	۱۶۶	۶۶/۴۰
۳	بالینی	۳۰	۲۹	۶۲	۱۰	۱۳۱	۵۲/۴۰
۴	بالینی	۴۱	۳۵	۸۷	۱۲	۱۷۵	۷۰
۵	بالینی	۳۱	۲۲	۵۸	۳	۱۱۴	۴۵/۶۰
۶	بالینی	۴۶	۳۸	۱۰۰	۱۱	۱۹۵	۷۸
۷	بالینی	۳۹	۳۶	۵۸	۶	۱۳۹	۵۵/۶۰
۸	بالینی	۴۲	۳۶	۷۹	۱۰	۱۶۷	۶۶/۸۰
۹	بالینی	۳۸	۲۰	۶۲	۶	۱۲۶	۵۰/۴۰
۱۰	بالینی	۴۶	۳۵	۹۱	۱۲	۱۸۴	۷۳/۶۰
۱۱	بالینی	۴۲	۳۴	۹۲	۱۱	۱۷۹	۷۱/۶۰
۱۲	بالینی	۲۳	۲۴	۵۸	۳	۱۰۸	۴۳/۲۰
۱۳	بالینی	۲۶	۲۹	۷۰	۱۲	۱۳۷	۵۴/۸۰
۱۴	بالینی	۲۷	۲۵	۶۴	۱۵	۱۳۱	۵۲/۴۰
۱۵	بالینی	۱۲	۱۰	۳۱	۳	۵۶	۲۲/۴۰
۱۶	بالینی	۵۰	۴۳	۱۰۵	۱۵	۲۱۳	۸۵/۲۰
۱۷	بالینی	۵۲	۴۴	۸۰	۱۲	۱۸۸	۷۵/۲۰
۱۸	بالینی	۳۱	۳۶	۸۱	۹	۱۵۷	۶۲/۸۰
۱۹	بالینی	۳۱	۳۶	۸۱	۱۰	۱۵۸	۶۳/۲۰
۲۰	بالینی	۴۱	۳۷	۹۰	۱۰	۱۷۸	۷۱/۲۰
۲۱	غیر بالینی	۲۱	۲۴	۶۴	۶	۱۱۵	۴۶
۲۲	غیر بالینی	۲۵	۲۷	۶۹	۸	۱۲۹	۵۱/۶۰
۲۳	غیر بالینی	۳۷	۴۰	۸۹	۱۰	۱۷۶	۷۰/۴۰
۲۴	غیر بالینی	۴۸	۳۰	۸۴	۱۱	۱۷۳	۶۹/۲۰
۲۵	غیر بالینی	۴۵	۳۱	۹۰	۱۰	۱۷۶	۷۰/۴۰
۲۶	غیر بالینی	۳۹	۳۳	۷۶	۹	۱۵۷	۶۲/۸۰

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.2.2.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i2.10679]

جدول ۲: میانگین، انحراف معیار و درصد نمره قابل کسب در هر حیطه به تفکیک نوع مراکز

نوع مرکز تحقیقاتی	متغیر	انحراف معیار ± میانگین	جمع کل
بالینی	سؤال پژوهش	۳۵/۸۵ ± ۹/۹۷	۷۱۷
	تولید دانش	۳۱/۷۰ ± ۸/۱۸	۶۳۴
	انتقال دانش	۷۶/۰۵ ± ۱۷/۸۸	۱۵۲۱
	ترویج استفاده از شواهد	۹/۴۰ ± ۳/۶۳	۱۸۸
جمع نمره کل		۱۵۳ ± ۳۹/۶۶	۳۰۶۰
غیر بالینی	سؤال پژوهش	۳۵/۸۳ ± ۱۰/۷۸	۲۱۵
	تولید دانش	۳۰/۸۳ ± ۵/۴۹	۱۸۵
	انتقال دانش	۷۸/۶۷ ± ۱۰/۷۶	۴۷۲
	ترویج استفاده از شواهد	۹ ± ۱/۷۹	۵۴
جمع نمره کل		۱۵۴/۳۳ ± ۲۸/۸۲	۹۲۶
کل مراکز تحقیقاتی	سؤال پژوهش	۳۵/۸۵ ± ۹/۹۳	۹۳۲
	تولید دانش	۳۱/۵۰ ± ۷/۵۴	۸۱۹
	انتقال دانش	۷۶/۶۵ ± ۱۶/۳۵	۱۹۹۳
	ترویج استفاده از شواهد	۹/۳۱ ± ۳/۲۷	۲۴۲
جمع نمره کل		۱۵۳/۳۱ ± ۳۷/۰۹	۳۹۸۶

جدول ۳: رتبه‌های متغیرها برحسب نوع مرکز (بالینی-غیر بالینی) با استفاده از آزمون Mann-Whitney U

متغیر	نوع مرکز	تعداد	میانگین رتبه	مجموع رتبه‌ها
سؤال پژوهش	بالینی	۲۰	۱۳/۶۸	۲۷۳/۵۰
	غیر بالینی	۶	۱۲/۹۲	۷۷/۵۰
تولید دانش	بالینی	۲۰	۱۴/۰۵	۲۸۱
	غیر بالینی	۶	۱۱/۶۷	۷۰
انتقال دانش	بالینی	۲۰	۱۳/۲۸	۲۶۵/۵۰
	غیر بالینی	۶	۱۴/۲۵	۸۵/۵۰
ترویج استفاده از شواهد	بالینی	۲۰	۱۴/۱۵	۲۸۳
	غیر بالینی	۶	۱۱/۳۳	۶۸

یافته‌های حاصل از آزمون Mann-Whitney U (جدول ۴) نشان داد مقدار p برای سؤال پژوهش، تولید دانش، انتقال دانش و ترویج استفاده از شواهد به ترتیب برابر با ۰/۸۳۱، ۰/۵۰۲، ۰/۷۴۸ و ۰/۴۲۴ بوده و به‌دلیل‌اینکه مقدار این اعداد از ۰/۰۵ بزرگ‌تر می‌باشد، فرض برابر بودن متغیرهای پژوهش در ۲ گروه مراکز بالینی و غبربالینی رد نشده و تائید می‌شود، به‌عبارتی میانگین سؤال پژوهش، تولید دانش، انتقال دانش و ترویج استفاده از شواهد در ۲ گروه از مراکز بالینی و غیر بالینی برابر می‌باشد و باهم از لحاظ آماری تفاوتی ندارند.

جدول ۴: آماره‌های حاصل از آزمون Mann-Whitney U

آزمون Mann-Whitney U	سؤال پژوهش	تولید دانش	انتقال دانش	ترویج استفاده از شواهد
آماره	۵۶/۵۰	۴۹	۵۵/۵۰	۴۷
مقدار p	۰/۸۳۱	۰/۵۰۲	۰/۷۴۸	۰/۴۲۴

* سطح معنی داری ۰/۰۵ > p

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.2.2.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i2.10679]

بحث

در این مطالعه بهترین وضعیت انحراف معیار ± میانگین نمرات مربوط به تولید دانش بوده که ۷۰ درصد از نمره قابل کسب را به‌دست‌آورده و بعد از آن به ترتیب انتقال دانش، سؤال پژوهش و ترویج استفاده از شواهد قرار گرفتند که نتایج مطالعه فردوسی و همکاران (۱۳۸۹) در مراکز تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (۳۶) را تائید نموده و هم‌راستا با آن می‌باشد، اگرچه وضعیت مراکز تحت مطالعه حاضر اندکی بهتر از وضعیت مراکز تحت مطالعه فردوسی می‌باشند ولی حدود ۱۰ سال از مطالعه مذکور می‌گذرد و می‌توان اذعان داشت که شرایط در خصوص ترجمان دانش هنوز به وضعیت خوبی نرسیده است. در مطالعه‌ی فردوسی انحراف معیار ± میانگین به‌ترتیب در حیطه‌های سوال پژوهش، تولید دانش، انتقال دانش و ترویج استفاده از شواهد ۶/۰۲ ± ۱۷/۸۰، ۶/۳۰ ± ۲۸/۷۰، ۱۴/۸۸ ± ۵۹/۳۰ ، ۳/۶۲ ± ۸ بوده‌است، وی همچنین عنوان داشته مراکز به‌ترتیب ۳۰، ۶۳، ۴۷ و ۴۰ درصد نمره‌ی قابل کسب را در حیطه‌های مذکور به‌دست‌آوردند. مطالعه حاضر نشان داد انحراف معیار ± میانگین ۴ حیطه سؤال پژوهش، تولید دانش، انتقال دانش و ترویج استفاده از شواهد به‌ترتیب برابر با ۹/۹۳ ± ۳۵/۸۵ ، ۷/۵۴ ± ۳۱/۵۰، ۱۶/۳۵ ± ۷۶/۶۵، ۳/۲۷ ± ۹/۳۱ بوده‌است و همچنین هیچ کدام از مراکز تحت مطالعه نمره کامل را در خودارزیابی ترجمان دانش نداشته‌اند.

مطالعه حسینی و همکاران (۱۳۹۴) در دانشگاه علوم پزشکی قزوین که عنوان داشته وضعیت ترجمان دانش با وضعیت مطلوب فاصله داشته و یافته‌های تحقیقات کمتر به زبان مخاطبان ترجمه‌شده است (۳۷) و همچنین مطالعه دانایی و همکاران (۱۳۸۸) در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی که وضعیت ترجمان دانش را در حد متوسط و حتی پایین‌تر از وضعیت مناسب و ایده‌ال ترجمان دانش عنوان می‌کند (۳۸) نیز با نتایج مطالعه حاضر هم‌راستا می‌باشد. نتایج مطالعه حاضر همچنین با مطالعه محقق و همکاران (۱۳۹۶) در مراکز تحقیقاتی دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و ایران (۳۹) نیز هم‌راستا بوده و نتایج هر دو مطالعه نشان از وضعیت متوسط به پایین ترجمان دانش در مراکز تحقیقاتی علوم پزشکی کشور دارند. در همین راستا رستمی و همکاران (۱۳۹۸) در دانشگاه علوم پزشکی شیراز (۴۰) و غلامی و همکاران (۱۳۹۲) در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران (۴۱) در مطالعات خود، نتایج مطالعه حاضر را تائید می‌نمایند. همچنین تورانی و همکاران (۱۴۰۰) در مطالعه خود از وضعیت ترجمان دانش در دانشگاه علوم پزشکی ایران، بیشترین نقاط ضعف را در انتقال دانش و بیشترین نقاط قوت را مربوط به حیطه تولید دانش در مراکز تحقیقاتی این دانشگاه عنوان می‌کنند (۲۷)، در صورتیکه مطالعه حاضر وضعیت بهتری در انتقال دانش را برای مراکز تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان نشان داد، که شاید علت آن را بتوان در فعال بودن در حوزه پژوهش‌های فراخوان محور مجموعه مراکز تحقیقاتی این دانشگاه دانست.

در مطالعه حاضر وضعیت ترویج استفاده از شواهد پژوهش، نسبتاً نامناسب بوده و نشان از این دارد که کمک به تصمیم‌گیرندگان برای استفاده و به‌کار بردن نتایج پژوهش‌ها در سطحی پایین قرار دارد، و به‌گونه‌ای حاکی از این موضوع است که موضوعات پژوهشی برای رفع یا حل مشکل خاصی در بدنه نظام سلامت شکل نمی‌گیرد. این وضعیت نامناسب همچنین نشان‌دهنده عدم برگزاری برنامه‌های آموزشی مانند پزشکی مبتنی بر شواهد یا تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد برای مدیران یا ارائه دهنگان خدمات سلامت بوده و نقش منفعلانه محققین مراکز تحقیقاتی در کمیته‌های فنی کمک به تصمیم‌گیری‌ها، می‌باشد. از موارد مرتبط با وضعیت نامناسب ترجمه دانش در حیطه سؤال پژوهش می‌توان به ناهمگن بودن پژوهش‌ها و همچنین تکراری بودن پژوهش‌ها با وجود سامانه‌های ثبت پژوهش و نامشخص بودن اولویت‌های مراکز تحقیقاتی و همچنین سازمان‌های استفاده‌کننده از نتایج پژوهش‌های این مراکز اشاره نمود.

همچنین محدودیت‌هایی از قبیل محدودیت در منابع مالی، انسانی و زمانی و همچنین عدم آشنایی محققان و مدیران با فرایندهای انتقال و ترجمه دانش و نبود مکانیسم‌های مناسب برای بهره‌برداری از نتایج پژوهش از دیگر علل عمده ضعف ترجمه دانش در مراکز تحقیقاتی می‌باشد. همچنین در خصوص مراکز بالینی و غیر بالینی نیز در همه حیطه‌ها تقریباً اختلاف خاصی مشاهده نشده‌است و یافته‌ها نیز فرض برابر بودن متغیرهای پژوهش در ۲ گروه مراکز بالینی و غیربالینی را تائید نموده و به‌عبارتی عنوان می‌کند میانگین سؤال پژوهش، تولید

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
www.mshsj.ssu.ac.ir

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.2.2.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i2.10679]

دانش، انتقال دانش و ترویج استفاده از شواهد در ۲ گروه از مراکز بالینی و غیر بالینی برابر می‌باشد و باهم تفاوتی ندارند.

این پژوهش به‌دنبال وضعیت موجود ترجمان دانش در مراکز تحقیقاتی بالینی و غیربالینی دانشگاه علوم پزشکی کرمان بوده و برای اولین بار در کشور نسبت به مقایسه این وضعیت در مراکز تحقیقاتی بالینی و غیربالینی اقدام شده‌بود. از آنجائیکه سیاست‌های حاکم بر مراکز تحقیقاتی بالینی و غیربالینی در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور به‌صورت متمرکز و از بالا به پایین ابلاغ می‌شوند، می‌توان نتایج را به سایر مراکز تحقیقاتی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور (با در نظر گرفتن بافتار محیطی دانشگاه مقصد) تعمیم داد.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه سطح نسبتاً متوسطی از ترجمان دانش را در دانشگاه علوم پزشکی کرمان نشان داد. نامناسب بودن تبدیل پژوهش به عمل و سیاست (ترجمان دانش نامناسب و ناکافی) باعث می‌شود بسیاری از ذی‌نفعان پژوهش‌های محلی سلامت (بیماران، مدیران و تصمیم گیران و غیره)، نتوانند از پیشرفت‌های مراقبت‌های سلامت بهره‌مند شده و در معرض خطرات غیرضروری قرار گرفته و همچنین نظام سلامت را در معرض هزینه‌های غیرضروری قرار می‌دهد. بنابراین لازم است وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان سیاستگذار کلان حوزه سلامت نسبت به موضوع ترجمان دانش بازنگری‌های جدی را انجام دهد.

به منظور رسیدن به سطح مطلوب و مناسب از ترجمان دانش و نهادینه سازی آن در دانشگاه‌های علوم پزشکی پیشنهاد می‌شود، کمیته ترجمان دانش در معاونت پژوهشی دانشگاه‌ها با ساختار علمی و مناسب تشکیل گردد. همچنین بر تصویب پایان‌نامه‌های دانشجویی و طرح‌های پژوهشی نظارت کامل شده و مسیر کامل ترجمان و انتقال دانش در هر پروپوزال در مراکز و پایگاه‌های تحقیقات مشخص باشد. همچنین بازنگری در سیاست‌های پژوهشی و ایجاد انگیزش برای ارتقاء از طریق ترجمان دانش، ارائه آموزش‌های لازم در خصوص سازوکارهای مختلف ترجمان دانش و سپس طراحی و بهبود فرایندهای موجود و بارگیری آن‌ها در مراکز پژوهشی می‌توانند نقش تسهیلگری مهمی را در جهت رسیدن به سطح مناسب از ترجمان دانش ایفا نمایند.

سپاسگزاری

پژوهشگران مراتب سپاس و قدردانی خود را از روسای مراکز تحقیقاتی شرکت‌کننده در این مطالعه و همچنین کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی کرمان اعلام می‌دارند.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: الف. ص م، س. ب، و. ی ف

جمع‌آوری داده‌ها: س. ب

تحلیل داده‌ها: الف. ص م، س. ب، و. ی ف

نگارش و اصلاح مقاله: الف. ص م، س. ب، و. ی ف

سازمان حمایت‌کننده

مقاله حاضر برگرفته از طرح پژوهشی با عنوان «بررسی وضعیت ترجمان دانش مراکز تحقیقاتی و کمیته‌های تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی کرمان» و کد ۹۷۰۰۰۰۵۳ می‌باشد که با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام شده‌است.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافعی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

References

1)Davis D, Evans M, Jadad A, Perrier L, Rath D, Ryan D, et al. The case for knowledge translation: shortening the journey from evidence to effect. Bmj 2003; 327(7405): 33-5. doi: 10.1136/bmj. 327.7405.33.

2)Grol R, Grimshaw JJTl. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. The lancet 2003; 362(9391): 1225-30. doi: 10.1016/S0140-6736(03)14546-1.

3)Straus SE, Graham ID, Mazmanian PE. Knowledge translation: resolving the confusion. J Contin Educ Health Prof 2006; 26(1): 3-4. doi: 10.1002/chp.45.

4)Graham ID, Tetroe J. Whither knowledge translation: an international research agenda. Nurs Res 2007; 56(4 Supp l): S86-8. doi: 10.1097/01.NNR. 0000280638.01773.84.

5)Armstrong R, Waters E, Roberts H, Oliver S, Popay J. The role and theoretical evolution of knowledge translation and exchange in public health. J Public Health (Oxf) 2006; 28(4): 384-9.doi: 10.1093/

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.2.2.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i2.10679]

pubmed/fdl072.
6)Tetroe J. Knowledge translation at the Canadian institutes of health research: a primer. Focus Technical Brief 2007; 18:1-8.
7)Khoddam H, Mehrdad N, Peyrovi H, Kitson AL, Schultz TJ, Athlin AM. Knowledge translation in health care: a concept analysis. Med J Islam Repub Iran 2014; 28: 98.
8)Lomas J. The in-between world of knowledge brokering. Bmj 2007; 18; 334(7585): 129-32. doi: 10.1136/bmj.39038.593380.AE.
9)Cooksey D. A review of UK health research funding. The Permission of HM Treasury On Behalf of The Controller of Her Majesty's Stationery Office; 2006.
10) Eccles MP, Armstrong D, Baker R, Cleary K, Davies H, Davies S, et al. An implementation research agenda. Implement Sci 2009; 4:18. doi: 10.1186/1748-5908-4-18.
11) Oborn E, Barrett M, Racko G. Knowledge translation in healthcare: incorporating theories of learning and knowledge from the management literature. J Health Organ Manag 2013; 27(4): 412-31. doi: 10.1108/JHOM-01-2012-0004.
12) Straus SE, Tetroe J, Graham I. Defining knowledge translation. CMAJ 2009; 4; 181(3-4): 165-8. doi: 10.1503/cmaj.081229.
13) Lang ES, Wyer PC, Haynes RB. Knowledge translation: closing the evidence-to-practice gap. Ann Emerg Med 2007; 49(3): 355-63. doi: 10.1016/ j.annemergmed.2006.08.022.
14) Rafii F, Parvizy S, Khoddam H, Mehrdad N, Payravi H. Clarification of knowledge translation in health system. Iranian Journal of Nursing Research 2012; 7(24): 72-81. [Persian]
15) Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, Robinson N. Lost in knowledge translation: time for a map?. J Contin Educ Health Prof 2006; 26(1): 13-24. doi: 10.1002/chp.47.
16) World Health Organization(WHO). World report on knowledge for better health: strengthening health systems. 2004.
17) Sung NS, Crowley WF Jr, Genel M, Salber P, Sandy L, Sherwood LM, et al. Central challenges facing the national clinical research enterprise. JAMA 2003; 289(10): 1278-87. doi: 10.1001/jama.289. 10.1278.
18) Newell S, Edelman L, Scarbrough H, Swan J, Bresnen M. 'Best practice' development and transfer in the NHS: the importance of process as well as product knowledge. Health Serv Manage Res 2003; 16(1): 1-12. doi: 10.1258/095148403762539095.
19) Greenhalgh T, Wieringa S. Is it time to drop the 'knowledge translation' metaphor?. a critical literature review. J R Soc Med 2011; 104(12): 501-9. doi: 10.1258/jrsm.2011.110285.
20) Nicolini D, Powell J, Conville P, Martinez-Solano L. Managing knowledge in the healthcare sector. a review. International Journal of Management Reviews 2008; 10(3): 245-63.doi: 10.1111/j.1468-2370.2007.00219.x.
21) Crilly T, Jashapara A, Ferlie E. Research utilisation and knowledge mobilisation: a scoping review of the literature. Executive summary national institute for health research service delivery and organisation programme. Queen's Printer and Controller of HMSO. 2010: 1-307.
22) Grol R. Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. J Medical care 2001; 39(8): 46-54. doi: 10.1097/00005650-200108002-00003.
23) Lomas J. Using research to inform healthcare managers' and policy makers' questions: from summative to interpretive synthesis. Healthc Policy 2005; 1(1): 55-71.
24) Schuster MA, McGlynn EA, Brook RH. How good is the quality of health care in the United States?. Milbank Q 1998; 76(4): 517-63. doi: 10.1111/1468-0009.00105.
25) Oxman AD, Bjørndal A, Becerra-Posada F, Gibson M, Block MAG, Haines A, et al. A framework for mandatory impact evaluation to ensure well informed public policy decisions. Lancet 2010; 375(9712): 427-31. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61251-4.
26) Tourani S, Rafiei N, Rimaz S, Malakouti SK, Heidari A. Knowledge translation improvement strategies in universities of medical sciences in Iran: a qualitative study. Ethiopian Journal of Health Sciences 2021; 31(1):129-38. doi: 10.4314/ejhs. v31i1.15.
27) Tourani S, Rafiei N, Malakouti SK, Rimaz S, Heidari A. The knowledge translation status in Iran university of medical sciences: "research question", "knowledge production", "knowledge transfer", and "promoting the use of evidence". Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research 2021; 20(5): 561-70. [Persian]
28) Rashidian A. Policy making challenges, and the need for introducing formal structures for evidence informed decision making in the health system. J Hakim Health Systems Research Journal 2013; 16(3): 258-61. [Persian]
29) Yousefi-Nooraie R, Rashidian A, Nedjat S, Majdzadeh R, Mortaz-Hedjri S, Etemadi A, et al. Promoting development and use of systematic reviews in a developing country. Journal of Evaluation in Clinical Practice 2009; 15(6):1029-34. doi: 10.1111/ j.1365-2753.2009.01184.x.
30) Majdzadeh R, Nedjat S, Denis JL, Yazdizadeh B, Gholami J. 'Linking research to action' in Iran: two decades after integration of the health ministry and the medical universities. Public Health 2010; 124(7): 404-11. doi: 10.1016/j.puhe.2010.03.026.
31) Graham ID, Tetroe JM. Getting evidence into

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.2.2.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i2.10679]

policy and practice: perspective of a health research funder. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry 2009; 18(1): 46-50.
32) Yazdizadeh B, Nejat S, Gholami Z, Changizi N, Yarahmadi SH, Nasehi M, et al. Utilization of research in health system decision making. Hakim Research Journal 2009; 12(2): 1-10. [Persian]
33) MOHME. Policy Making Committee of MOHME. Iran Health Science Map. MOHME: Tehran. 2006. [Persian]
34) Nejat SN, Sedighi Z, Gholami Z, Majdzadeh SR. Self-assessment in research organizations (application of the knowledge translation model). J PAYESH; 2008: 7(3): 259-68. [Persian]
35) Ghafouri H-B, Saravani S, Shokraneh F, research t. Burden of circulatory system diseases and ignored barriers of knowledge translation. J Cardiovasc Thorac Res 2012; 4(4): 89-94. [Persian]
36) Ferdosi M, Alavi S. Evaluation of research utilization in Isfahan university of medical sciences by knowledge transfer & exchange criteria. J Health Inf Manage 2011; 7(Special Issue):7. [Persian]
37) Hosseini MA, Kermanshahani F, Ahmadi S, Sadeghi T, Mirbaha S, Safarizadeh M. A study on status of knowledge translation in Qazvin university of medical sciences. J Research in Medical Education 2015; 7(2): 52-60. [Persian]
38) Danaei M, Hosseini M, Habibkhoda B, Falahi M, Shokooh F. knowledge translation status at the university of social welfare & rehabilitation. Journal of Medical Education Development 2010: 2(3): 9-16. [Persian]
39) Mohaghegh N, Zarghani M, Tahamtan I, Ghasghaee A, Mousavi S, Management. Assessing knowledge translation in Iranian medical research centres. J International Journal of Information Science 2017; 15(2). [Persian]
40) Rostami V, Bastani P, Kavosi Z, Ravangard R. Knowledge translation status in Shiraz university of medical sciences. J Management Strategies in Health System 2019; 4(3): 219-29. [Persian]
41) Gholami J, Ahghari S, Motevalian A, Yousefinejad V, Moradi G, Keshtkar A, et al. Knowledge translation in Iranian universities: need for serious interventions. J Health Research Policy Systems 2013; 11: 1-43. [Persian]

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.2.2.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i2.10679]

Research Article

Knowledge Translation in Research Centers of Iranian Universities of Medical Sciences: Experience of Kerman University of Medical Sciences

Asma Saber Mahani [1], Vahid Yazdi-Feyzabadi [2], Salman Bashzar [3*]

[1] Associate Professor, Student Research Committee, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
[2] Associate Professor, Health Services Management Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
[3] Ph.D. student of Health Policy, Health Services Management Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

*** Corresponding Author:** Salman Bashzar
s.bashzar@kmu.ac.ir

Citation: Saber Mahani A, Yazdi-Feyzabadi V, Bashzar S. Knowledge Translation in Research Centers of Iranian Universities of Medical Sciences: Experience of Kerman University of Medical Sciences. Manage Strat Health Syst 2022; 7(2): 152-62.

Received: April 10, 2022
Revised: September 03, 2022
Accepted: September 08, 2022

Funding: This study has been supported by the Deputy for Research and Technology at Kerman University of Medical Sciences (NO 97000053). .

Competing Interests: The authors have declared that no competing interest exist.

A B S T R A C T

Background: Despite significant expansion, indigenous research regarding health system still faces challenges in the field of research application. They include lack of reliable evidence, late arrival of evidence by policymakers or inappropriate language of evidence related to the field of knowledge exchange and translation. The aim of this study is to investigate the status of knowledge translation in research centers of Kerman University of Medical Sciences.

Methods: This was a cross-sectional study conducted in 2020 in research centers affiliated with Kerman University of Medical Sciences. Centers entered the study through census and a standard questionnaire of self-assessment regarding knowledge-producing organizations was used. It contained 50 questions in 4 areas of research question, knowledge production, knowledge transfer and promotion of using evidence. After collecting and coding, the data were entered into SPSS $_{25}$ software and analyzed using descriptive statistics and non-parametric Mann-Whitney U test.

Results: 20 clinical research centers and 6 non-clinical centers participated in this study. Only 3.85 % of the centers scored more than 80 % in total. Regarding the research question, knowledge production, knowledge transfer and promotion of using evidence, the mean standard deviation of scores were 35/85 ± 9/93, 31/50 ± 7/54, 76/65 ± 16/35 and 9/31 ± 3/27, respectively. The best situation was related to knowledge production with 70 % of the score. Findings of the Mann-Whitney U test showed that the mean of all domains in the two groups were not different.

Conclusion: This study demonstrated a moderate level of knowledge translation. But, factors such as creating a structure for knowledge translation committee, considering the process of exchange, translation and transfer of knowledge in the process of approving student dissertations and research projects, reviewing research policies and creation of motivational mechanisms to promote the status of researchers can play an important facilitating role in achieving the appropriate level of knowledge exchange and translation.

Key words: Knowledge translation, Research, Implementation science

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.2.2.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i2.10679]