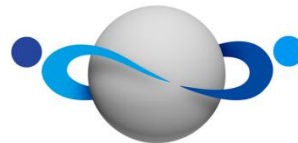




برنامه ریزی برای انتقال دانش



اهداف آموزشی

- معرفی پنج مرحله انتقال دانش
- تشریح گام های انتقال دانش



پنج مرحله انتقال دانش

۱. چه پیامی؟ (WHAT?)
۲. به چه مخاطبی؟ (TO WHOM?)
۳. توسط چه پیام رسانی؟ (BY WHOM?)
۴. چگونه؟ (HOW?)
۵. ارزیابی انتقال دانش (Evaluation)

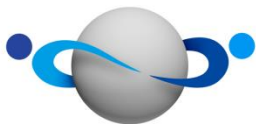


پنج مرحله انتقال دانش

۱. چه پیامی؟ (WHAT?)
۲. به چه مخاطبی؟ (TO WHOM?)
۳. توسط چه پیام رسانی؟ (BY WHOM?)
۴. چگونه؟ (HOW?)
۵. ارزیابی انتقال دانش (Evaluation)



چه نوعی از پژوهش ها می توانند پیام قابل انتقال داشته باشند؟



□ واحد اصلی انتقال دانش، مطالعات مروری منظم هستند که بالاترین درجه علمی را در هر م شواهد دارند.

□ آیا همواره این چنین است؟



پیام

- پیام های کلیدی پژوهش لازم است متناسب با گروه های مخاطب مختلف طراحی گردد.
- در طراحی پیام لازم است به موارد زیر توجه شود (5Cs):
 - شفاف (Clear)
 - کوتاه و مختصر (Concise)
 - نامتناقض (Consistent)
 - قانع کننده (Compelling)
 - مستمر و مداوم (Continuous)



نکات کلیدی

- پیام ها باید از بدنه شواهد استخراج گردند
- همه پژوهش ها نباید و نمی توانند پیام داشته باشند
- لازم است یافته های پژوهش با گروه مخاطب متناسب گردد



پنج مرحله انتقال دانش

۱. چه پیامی؟ (WHAT?)
۲. به چه مخاطبی؟ (TO WHOM?)
۳. توسط چه پیام رسانی؟ (BY WHOM?)
۴. چگونه؟ (HOW?)
۵. ارزیابی انتقال دانش (Evaluation)



گروه مخاطب

- مهم است که بدانیم گروه مخاطب پژوهش و افرادی که می خواهند از نتایج پژوهش بهره گیرند، چه کسانی هستند.
- لازم است مشخص گردد که کدام سطح از "آگاهی، نگرش و یا عملکرد" گروه مخاطب را هدف قرار داده ایم.



سطوح گروه های مخاطب

گروه های مخاطب در سه سطح زیر در نظر گرفته می شوند:

- ماکرو (Macro level)

 - ✓ وزارت بهداشت

- مزو (Meso level)

 - ✓ مدیران

- میکرو (Micro level)

 - ✓ پزشکان و پرستاران

 - ✓ بیماران و مردم



انتخاب گروه مخاطب

□ در زمان انتخاب گروه مخاطب لازم است موارد زیر در نظر گرفته شود:

- (۱) چه کسی می تواند بر اساس یافته های پژوهش عمل نماید.
- (۲) چه کسی می تواند روی آن فرد اثر بگذارد.
- (۳) با کدامیک از گروه های مخاطب بیشترین احتمال موفقیت را می توان انتظار داشت.



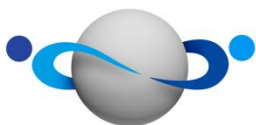
گروه های مخاطب بر اساس نوع پژوهش

نوع پژوهش	علوم پایه	بالینی	سیستم سلامت	مبتنی بر جامعه
مخاطبان بالقوه				
بیماران		+++	+++	
متخصصین		+++	+++	
سیاست گذاران		+++	+++	+++



گروه های مخاطب بر اساس نوع پژوهش

نوع پژوهش	علوم پایه	بالینی	سیستم سلامت	مبتنی بر جامعه
مخاطبان بالقوه				
سازمان های ناظر	+++	+++	++	++
صنایع	+++	+++	++	+
تامین کنندگان مالی پژوهش	+++	+++	+++	+++
پژوهشگران	+++	+++	+++	+++

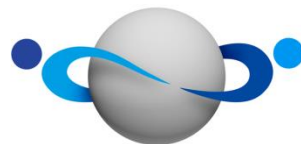


پنج مرحله انتقال دانش

۱. چه پیامی؟ (WHAT?)
۲. به چه مخاطبی؟ (To WHOM?)
۳. توسط چه پیام رسانی؟ (BY WHOM?)
۴. چگونه؟ (HOW?)
۵. ارزیابی انتقال دانش (Evaluation)



چگونه و از چه راهی دانش را منتقل کنیم؟



گروه مخاطب

□ گروه های مخاطب در نظام سلامت:

سیاستگذاران و مدیران

ارائه دهندگان خدمت

بیماران و مردم

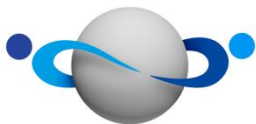
صنعت

□ هدف نهایی ترجمان دانش، تغییر رفتار گروه مخاطب است.



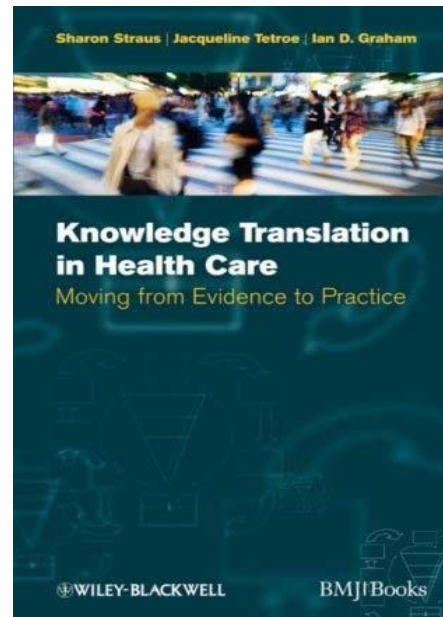
روش های انتقال دانش به ارائه دهندگان خدمت

- استفاده از مواد آموزشی (نظیر راهنماهای بالینی، انتشارات الکترونیک، ابزارهای سمعی بصری)
- نشست های آموزشی
 - ارائه سخنرانی یکسویه (کنفرانس ها)
 - جلسات تعاملی (کارگاه ها)
- آموزش و ارائه علمی موضوع در محل ارائه خدمت مخاطب (education outreach)
- افراد تاثیر گذار (Local opinion leaders)
- بازبینی و بازخورد (Audit and feedback)
- یادآورها (Reminders)



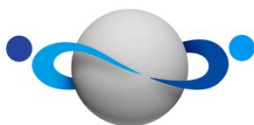
راهنمای بالینی

□ راهنماهای بالینی ابزارهای انتقال دانش می باشند که به طور نظام مند طراحی شده و در تصمیم گیری در ارائه خدمت مناسب در شرایط بالینی خاص به پزشکان و بیماران کمک می کند.



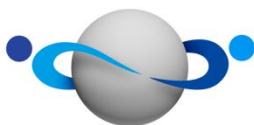
راهنماهای بالینی چگونه تدوین می شوند؟

- تشکیل یک تیم از متخصصین رشته های مرتبط
- مشخص کردن سوال بالینی به طور شفاف
- مرور نظام مند شواهد
- نقد و تفسیر و اجماع در آن
- تهیه پیش نویس توصیه ها بر اساس شواهد
- مرور پیش نویس توسط استفاده کنندگان و ذی نفعان خارج از گروه
- بازنگری
- تدوین برنامه توزیع و راهبرد به کارگیری آن



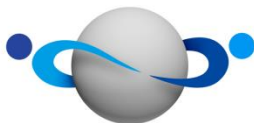
موانع موجود عملکرد مبتنی بر راهنمای بالینی درمان نارسایی قلبی

- برای پزشکان خانواده تغییر درمانی که توسط کاردیولوژیست شروع شده است، دشوار است.
- تنظیم دوز داروهای ACE-I دشوار بوده و شروع آن در بیمارانی که در حال حاضر داروهای دیورتیک مصرف می کنند و یا از درمان خود راضی هستند، آسان نمی باشد.



چگونه پزشکان را برای عملکرد بر اساس شواهد علمی ترغیب نمائیم (How)؟

- مداخلات مبتنی بر آگاهی و نگرش ارائه دهندگان خدمت
- مداخلات مالی
- مداخلات سازمانی
- مداخلات مبتنی بر قوانین



مداخلات ترجمان دانش در ارائه دهندگان خدمت و اثربخشی آنها (Bero et al.1998)

Usually effective	Sometimes effective and sometimes not	Of little or no effect	Effectiveness unknown
Outreach visits	Audit and feedback	Educational material	Financial stimuli
Decision support, reminders	Efforts of opinion leaders	Courses, conferences	Administrative or organizational interventions
Interactive education	Local consensus meeting		
Multifaceted intervention	Patient oriented interventions		
Mass media intervention			



افراد تاثیر گذار

□ افرادی که نه به واسطه موقعیت رسم خود بلکه به دلیل تاثیر گذاری خود قادرند بر نگرش و رفتار سایر افراد تاثیر بگذارند.

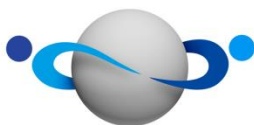
□ این افراد دارای ویژگی های زیر می باشند:

■ سطح بالای دانش

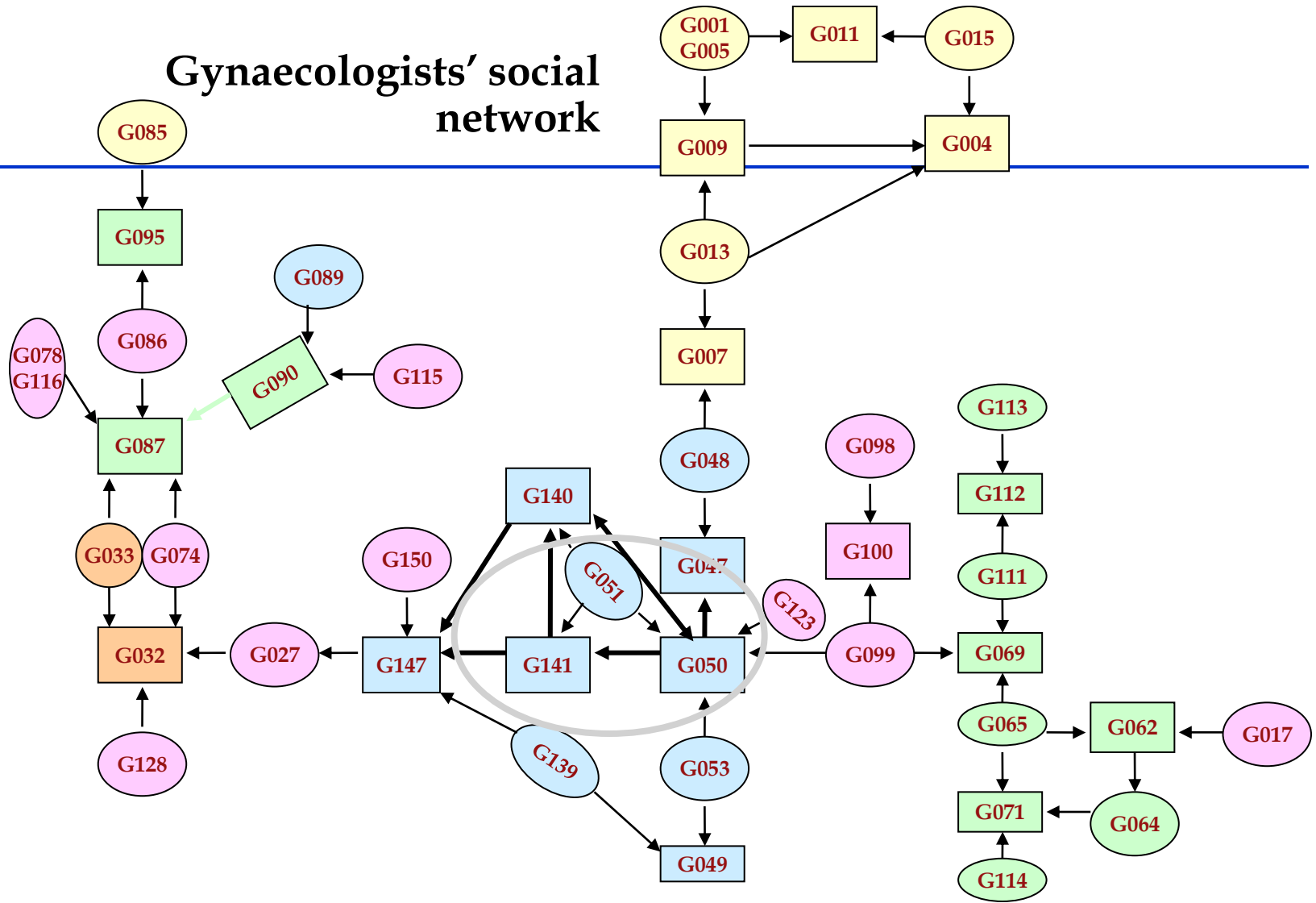
■ روابط اجتماعی مناسب

■ رویکرد انسان دوستانه و توجه به مخاطب

■ اخلاق حرفه ای



Gynaecologists' social network



انتقال دانش به بیماران

- ابزارهای کمک تصمیم بیماران
- رسانه های گروهی



ابزار کمک تصمیم (patient decision aids)

ابزارهای کمک تصمیم بیماران ابزارهای مناسب برای استفاده بیماران می باشند که بر اساس شواهد علمی تهیه شده و اطلاعات لازم در مورد گزینه های پیش رو را در اختیار بیماران قرار داده و به آنها کمک می کند ارزشهای خود را در مورد منافع و مضار هر گزینه شفاف نمایند و در فرآیند تصمیم گیری آن ها را هدایت می کند.

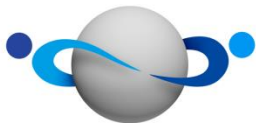
این ابزارها در شکل های کاغذی، ویدیویی، محصولات اینترنتی و سایر شکل ها تهیه می شوند.



انتقال دانش به سیاستگذاران و مدیران

گزارش نویسی های ۱-۳-۲۵

خلاصه سیاستی Policy brief



1:3:25

۱ صفحه - پیام اصلی
۳ صفحه - خلاصه اجرایی
۲۵ صفحه - گزارش کامل



۱ صفحه: پیام اصلی

- نگارش فهرست وار یافته های اصلی مطالعه
- نتیجه گیری شفاف از یافته های مطالعه
- بیان درس هایی که مدیر یا سیاست گذار می تواند از پژوهش بگیرد
- بیان کاربردهای پژوهش برای مخاطب
- بیان سوالاتی که هنوز پاسخ داده نشده است



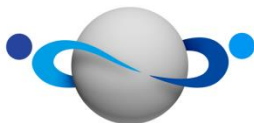
۳ صفحه: خلاصه اجرایی

- نکات دارای اهمیت بیشتر در ابتدای متن و نکات کم اهمیت تر در ادامه
- نگارش با زبان شفاف و روشن ولی غیرعامیانه به گونه ای که فرد ناآشنا به پژوهش آن را کاملا درک نماید
- اشاره به موضوع مورد بررسی و پاسخ های بدست آمده
- یافته های طرح به صورت فشرده
- روش اجرا و جزئیات تکنیکی در حد ۱-۲ سطر



۲۵ صفحه: گزارش

۱. زمینه و سابقه Context: سوال پژوهش، پژوهش های قبلی و سهم این پژوهش در پاسخ به سوال
۲. مفاهیم Implications: مفهوم یافته ها برای مدیر یا سیاست گذار، ذکر گستره تعمیم نتایج، تفکیک پیام ها
۳. رویکرد Approach: طراحی مطالعه، روش ها، منبع داده ها، جزئیات نمونه گیری، تکنیک های آنالیز و ...
۴. نتایج Results: نگارش نتایج به صورت خلاصه و پررنگ نمودن پیام ها، استفاده از جداول و نمودارها
۵. منابع اضافی Additional Resources: سایر منابع که برای سیاست گذار می تواند مفید باشد
۶. پژوهش های بیشتر Further Research: فهرست نمودن شکاف های موجود، طرح پرسش های مشخص
۷. مراجع و کتابشناسی References and Bibliography: مشخص نمودن مواردی که مفیدتر است
۸. پیوست: یافته هایی که مستقیماً به نتیجه گیری ارتباط ندارند، مواد و روش های تکنیکی، مراجعی کامل



خلاصه سیاستی (Policy Brief)

خلاصه سیاستی یک نوع نسبتاً جدید نگارش شواهد پژوهش می باشد که گزینه های ممکن برای تصمیم سازی را به مدیر یا سیاست گذار معرفی می نماید و اجزای آن عبارتند از:

- توصیف مشکل
- آنچه در مورد هر یک از گزینه های ممکن می دانیم و آنچه نمی دانیم، مانند مزایا، معایب، هزینه، مقبولیت و سایر ویژگی ها
- ملاحظات کاربرد هر گزینه و راهبردهای کاربرد آن



Table 1. Policy Options

Policy option	Home-based management of fever (HBMF) with artemisinin-based combination therapies (ACTs)	Working with the private sector to support ACT use	Health system financing
Description	<ul style="list-style-type: none"> • Increase number of community health workers (CHWs) • Training of CHWs • Provide ACTs in home-based kits 	<ul style="list-style-type: none"> • Provide ACT subsidies and tax-incentives to the private sector • Train private practitioners about approved ACT use • Enforce regulations regarding appropriate ACT use 	<ul style="list-style-type: none"> • Social health insurance (SHI) • Community-based health insurance (CHI)
Advantages	<ul style="list-style-type: none"> • Home-based management of malaria improves outcomes with prompt treatment using pre-packaged drugs (24) • CHWs reduce death and disability in children under five (11) • ACTs can be successfully incorporated in the HBMF strategy (8) 	<p>Waters and colleagues describe options for how governments can work with the private sector to promote health interventions, although there is little evidence of their effects (18). These include:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subsidies and tax incentives • Regulation of the private sector with inspection of facilities and sanctions • Training of private providers <p>A pilot study by the Clinton Foundation in rural Tanzania showed that</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subsidising ACTs improved access (3) 	<ul style="list-style-type: none"> • The case for malaria treatment is an entry point for advocating system-wide changes to provide universal coverage • SHI can provide a sustainable, predictable self-reliant source of revenue for health care • No systematic reviews on effects of SHI were identified. However, the design and implementation of SHI is likely to determine efficiency (9) • CHI can improve resource mobilization, reduce out-of-pocket expenditures and protect against catastrophic health expenditures (2;4;10;16) • SHI could enhance social inequity if used alone as most of the population is in the informal sector. • CHI due to its voluntary nature has risks of pool fragmentation, lower subscription, and adverse selection where mostly the sick would subscribe making the scheme financially untenable (10) • The poorest of the poor often cannot afford even low premiums
Disadvantages	<ul style="list-style-type: none"> • Minimum negative effects with ACTs were recorded in the studies cited above 	<ul style="list-style-type: none"> • Harms from the ACT Subsidy Project (9) included under-representation of older children for anti-malarial purchases and potential inequity from higher socioeconomic classes accessing drug shops more frequently than poorer classes 	<ul style="list-style-type: none"> • CHI could enhance social inequity if used alone as most of the population is in the informal sector. • CHI due to its voluntary nature has risks of pool fragmentation, lower subscription, and adverse selection where mostly the sick would subscribe making the scheme financially untenable (10) • The poorest of the poor often cannot afford even low premiums
Cost	<ul style="list-style-type: none"> • Considerable financial costs with scaling up of ACTs nationally • Training and supervision of CHWs • Licensure of CHWs to prescribe ACTs 	<ul style="list-style-type: none"> • There is a lack of evidence on the costs of these strategies 	<ul style="list-style-type: none"> • Financial implications for employers, workers, and government • Training of human resources in insurance management • Extensive country-wide network of health facilities
Acceptability	<ul style="list-style-type: none"> • The poor, rural public would find this option highly acceptable as services are closer to home 	<ul style="list-style-type: none"> • The general public and the private healthcare sector would welcome most of these changes, particularly with regards to reducing procurement costs 	<ul style="list-style-type: none"> • Consideration of health insurance could become politicized, obscuring an objective assessment; particularly of SHI, which is mandatory

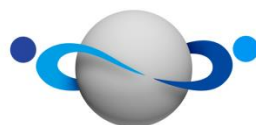
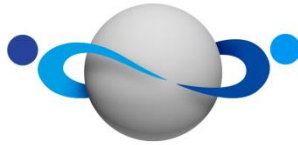


Table 2. Implementation of the Policy Options

Policy option	Home-based management of fever (HBMF) with artemisinin-based combination therapies (ACTs)	Working with the private sector to support ACT use	Health system financing
Barriers to implementation	<ul style="list-style-type: none"> • Selection criteria for recruitment of community health workers (CHWs) in countries that do not have an existing network • Training costs • Motivational incentives for CHWs • Leadership and supervision • Increase in ACT procurement to meet increased demand • Pharmacovigilance • Licensure of CHWs to dispense ACTs (5) • Public awareness 	<ul style="list-style-type: none"> • Financial costs to governments for subsidies and tax-incentives • Resistance from private sector with conflicting interests; e.g. importers • Corruption; e.g. importers overcharging for ACTs despite government subsidies • Training costs for private health providers about approved ACT use • Inspection of private facilities and enforcement of sanctions on defaulters • Public awareness 	<p><i>Common barriers for social health insurance (SHI) and community-based health insurance (CHI)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Financial costs to employers, workers and governments • Adequate widespread health infrastructure • Adequate human resources in insurance management • Large informal economy • Lack of social solidarity • Public awareness <p><i>Specific barriers for CHI</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Insurance pool fragmentation • The poorest populations cannot afford even the low premiums. • Adverse selection; i.e., CHI is not mandatory, therefore, the sick are more likely to subscribe, making the schemes untenable • Lower subscription rates due to voluntary nature of CHI schemes
Strategies for implementation	<ul style="list-style-type: none"> • Use of mass media for public awareness and education for all three options • Some East African countries, such as Uganda, have a pre-existing CHW network and selection criteria for recruitment of CHWs could be modified • Resource mobilization for training of CHWs and procurement of ACTs could make use of existing funds such as the Global Fund to fight Malaria, TB, and HIV, and the Gates Foundation • Use of existing structures and personnel at the lowest functioning health facility level for supervision of CHWs and pharmacovigilance • Motivational incentives such as bicycles for transportation, small commissions on each ACT pack dispensed, small sustainable allowances for CHWs • Amend regulations to permit ACT administration by CHWs 	<ul style="list-style-type: none"> • Governments could make use of existing initiatives to fund the subsidies and training programs such as the Affordable Medicines Facility-malaria (a global subsidy to increase access to ACTs), the Global Fund, and the Clinton Foundation • Use of a "suggested retail price" printed on drug packaging was found to prevent price inflation and variation in the intervention areas in the ACT Subsidy Project (3) 	<p><i>Specific to CHI</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Management support could be subcontracted to an umbrella organization with merging of several CHI schemes to increase purchasing power • Government could integrate CHI schemes into a SHI scheme to increase risk sharing across the population • To reduce inequities government subsidies can be targeted at the poorest of the poor, who are otherwise unable to pay premiums
Evidence	<p>In a high quality systematic review, Grilli and colleagues (7) found that health messages in the mass media can promote desirable health behaviors among healthcare practitioners as well as the general public. Higher income groups have better access to media such as television, radio, and the Internet, and are more likely to benefit from this exposure than lower income groups. This could increase inequities. This strategy is well accepted, but there may be considerable financial cost for sustained campaigns</p>		



با تشکر



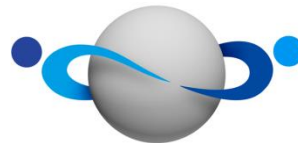
Knowledge Utilization Research Center



مدیریت ارتباطات و کاربرد نتایج تحقیقات
Office of Knowledge Translation & Research Utilization

<http://kurc.tums.ac.ir>

معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران
دفتر مدیریت ارتباطات و کاربرد نتایج تحقیقات
Ktru.tums.ac.ir



مرکز تحقیقات بهره‌برداری از دانش سلامت