مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران
سال بیست و یکم، شماره ۱، بهار ۱۴۰۵، صفحات ۵۶-۴۷

بررسی عملکرد ترجمان دانش در پژوهشگران انستیتو و دانشکده تغذیه و صنایع غذایی دانشگاه شهید بهشتی در سال ۱۴۰۳: از شکل‌گیری سؤال پژوهش تا ترویج شواهد

مریم امینی[۱]، علی میلانی بناب[۱]، عزیزاله زرگران[۱]، جلال‌الدین میرزای رزاز[۲]، علی حمیدی[۳]، مجتبی فرجام[۴]، رضا همایونفر[۵]

۱- دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- نویسنده مسئول: دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
پست الکترونیکی: jmrazzaz@hotmail.com

۳- گروه کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

۴- مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران

۵- نویسنده مسئول: دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
پست الکترونیکی: r_homayounfar@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۴/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۶/۳۰

چکیده

سابقه و هدف: ترجمان دانش (KT) فرآیندی پویا برای انتقال شواهد علمی به عمل است که شکاف میان تولید دانش و کاربرد آن را پر می‌کند. این مطالعه به بررسی وضعیت عملکرد پژوهشگران انستیتو و دانشکده تغذیه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی از انتقال سوال پژوهش تا ترویج استفاده از شواهد در فرآیند ترجمان دانش پرداخته است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش توصیفی-کاربردی با رویکرد پیمایشی در سال ۱۴۰۳ انجام شد. جامعه پژوهش شامل ۵۳ عضو هیأت علمی و پژوهشگر دانشکده و انستیتو تحقیقات تغذیه بود که به روش تمام‌شماری انتخاب شدند. داده‌ها با پرسشنامه خودارزیابی ترجمان دانش (دخش و همکاران) جمع‌آوری و با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ تحلیل شدند. آزمون‌های تی مستقل، تحلیل واریانس یک‌طرفه و همبستگی اسپیرمن با سطح معنی‌داری $p<۰/۰۵$ استفاده شد.

یافته‌ها: از ۵۳ شرکت‌کننده، ۶۴/۲ درصد زن و ۵۶/۶ درصد هیأت علمی آموزشی بودند. حیطه انتقال دانش (میانگین ۰,۹۶ ± ۴) و تولید دانش (۰,۹۷ ± ۳,۹) عملکرد بهتری نسبت به انتقال سؤال پژوهش (۱,۰۲ ± ۳,۱) و ترویج استفاده از شواهد (۰,۹۹ ± ۳) داشتند. شرکت در دوره‌های آموزشی به‌طور معنی‌داری عملکرد را در همه حیطه‌ها بهبود بخشید ($p<۰/۰۵$). اعضای هیأت علمی پژوهشی در انتقال سؤال پژوهش و ترویج شواهد عملکرد بهتری داشتند ($p<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: شکاف قابل‌توجهی در انتقال سؤال پژوهش و ترویج شواهد وجود دارد. یافته‌ها نشان می‌دهد که برای بهبود اثربخشی ترجمان دانش، تمرکز بر آموزش‌های هدفمند و ایجاد زیرساخت‌های حمایتی ضروری است.

واژگان کلیدی: ترجمان دانش، پژوهشگران، اعضای هیأت علمی، شواهد علمی، نظام سلامت، آموزش، شکاف دانش

پیام‌های اصلی

- پژوهشگران انستیتو و دانشکده تغذیه در ابعاد «تولید دانش» (میانگین ≈ ۳,۹) و «انتقال دانش» (میانگین ≈ ۴,۰) عملکرد نسبتاً مطلوبی داشتند، اما در «انتقال سؤال پژوهش» (≈ ۳,۱) و «ترویج استفاده از شواهد» (≈ ۳,۰) شکاف قابل‌توجهی مشاهده شد.
- شرکت در دوره‌های آموزشی مرتبط با ترجمان دانش، عملکرد را در همه ابعاد به‌طور معنی‌داری بهبود می‌بخشد ($p<۰/۰۵$)
- اعضای هیأت علمی پژوهشی نسبت به هیأت علمی آموزشی در انتقال سؤال پژوهش و ترویج شواهد عملکرد بهتر نشان دادند ($p<۰/۰۵$)
- جهت کاهش «شکاف دانش تا عمل» پیشنهاد می‌شود: راه‌اندازی دفتر پیوند پژوهش و سیاست، گنجاندن شاخص «کاربرد شواهد» در نظام ارتقا و بازنگری محتواهای آموزشی به سمت مهارت‌های تعامل با ذی‌نفعان و ترویج شواهد.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.66224/nsft.21.1.47]

• مقدمه

ترجمان دانش KT (Knowledge Translation) به مجموعه فرایندهای تولید، ترکیب، تبادل و کاربرد نظام‌مند دانش برای بهبود وضعیت سلامت و سیاست‌گذاری اطلاق می‌شود؛ فرایندی تعاملی که با شکل‌گیری سؤال پژوهش آغاز شده و با ادغام شواهد در تصمیم‌گیری پایان می‌گیرد (۱, ۲). علی‌رغم جهش چشمگیر تولید مقالات علمی، برآوردها نشان می‌دهد کمتر از یک‌سوم یافته‌های پژوهشی به‌طور مستقیم بر برنامه‌ها یا خدمات سلامت اثر می‌گذارند؛ چالشی که به «شکاف دانش تا عمل» KTA gap (knowledge-to-action gap) شهرت یافته است (۳). محدودیت وقت و مهارت‌های ارتباطی پژوهشگران، نبود سازوکارهای تشویقی و پویایی پیچیده سیاست‌گذاری از موانع اصلی این شکاف به‌شمار می‌آیند (۴).

مرور شواهد جهانی حاکی است حتی در نظام‌های پیشرویی نظیر کانادا و بریتانیا، روند انتقال شواهد حداقل ۵ تا ۷ سال عقب‌تر از تولید آنها حرکت می‌کند (۵). در کشورهای با درآمد متوسط و پایین، کمبود زیرساخت فناوری، دسترسی ناکافی به منابع اطلاعاتی و ضعف شبکه‌های محقق–سیاست‌گذار موانع را تشدید کرده است (۶). پاسخ به این چالش‌ها، توسعه چارچوب‌هایی مانند «دانش تا اقدام (Knowledge-to-Action) » و «PARIHS» (Promoting Action on Research Implementation in Health Services) است تا مراحل تولید تا پیاده‌سازی شواهد را نظام‌مند کند (۲, ۷).

در ایران نیز ارزیابی‌های ملی نشان می‌دهد امتیاز کلی KT اعضای هیئت علمی در دامنه متوسط یا پایین قرار دارد، به‌ویژه در دو بُعد «انتقال سؤال پژوهش» و «ترویج استفاده از شواهد» (۸, ۹). حوزه تغذیه که نقش محوری در کنترل بیماری‌های غیرواگیر (NCDs) دارد، به‌طور مضاعف از این شکاف آسیب می‌بینند؛ به نحوی که طبق یک بررسی میان متخصصان تغذیه، کمتر از نیمی از مشارکت‌کنندگان برای مدیریت اختلالات نوپدید به راهنماهای مبتنی‌بر شواهد رجوع می‌کنند (۱۰). نبود پلتفرم‌های تبادل دانش، کمبود مهارت در ساده‌سازی پیام‌ها و ضعف پیوند با سیاست‌گذاران تغذیه‌ای از عوامل اصلی این عقب‌ماندگی برشمرده شده‌اند (۱۱).

انستیتو و دانشکده تغذیه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به‌عنوان مرجع ملی در تدوین راهبردهای تغذیه کشور، مسئولیت دوگانه‌ای در تولید و انتقال شواهد دارد؛ اما داده‌های به‌روز درباره کیفیت عملکرد KT پژوهشگران این مرکز در دست نیست. شناسایی نقاط قوت و ضعف در چهار مرحله «انتقال سؤال»، «تولید»، «انتقال» و «ترویج استفاده از شواهد» می‌تواند مبنای طراحی مداخلات آموزشی، سیاست‌های تشویقی و ساختارهای حمایتی شود. از این‌رو مطالعه حاضر با هدف ارزیابی عملکرد پژوهشگران این مرکز در چرخه KT و تعیین عوامل فردی و سازمانی مؤثر بر آن انجام شد تا خلأ اطلاعاتی موجود را پر کرده و مسیر برنامه‌ریزی راهبردی را هموار سازد.

• مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر دارای کد اخلاق IR.SBMU.NNFTRI.REC. ۱۴۰۳,۰۶۶ از انستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی است.

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نوع پیمایشی با رویکرد توصیفی بود و جامعه پژوهش را ۵۳ نفر از پژوهشگران دانشکده و انستیتو تحقیقات تغذیه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۴۰۳، تشکیل دادند که به شیوه تمام‌شماری انتخاب و ارزیابی شدند. معیار ورود برخورداری از حداقل سه طرح پژوهشی تصویب شده در بازه زمانی سه سال گذشته در جایگاه مجری و یا همکار طرح با استعلام از معاونت تحقیقات و فناوری انستیتو بود.

گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه خودارزیابی فعالیتهای ترجمان دانش پژوهشگران دانشگاهی صورت گرفت که توسط دخش و همکاران (۱۲) طراحی و روان‌سنجی شده است. پرسشنامه مذکور متشکل از مشخصات پژوهشگران و ۳۰ گویه در قالب چهار حیطه انتقال سؤال پژوهش (۶ گویه)، تولید دانش (۸ گویه)، انتقال دانش (۱۲ گویه) و ترویج استفاده از شواهد (۴ گویه) است. به منظور ارزیابی سطح عملکرد ترجمان دانش پژوهشگران، میانگین نمرات عملکرد پژوهشگران در کل فرآیند ترجمان دانش در چهار بعد محاسبه شد. هر یک از ۳۰ گویه روی مقیاس لیکرت پنج‌گزینه‌ای «۱=هیچ‌گاه» تا «۵=همیشه» نمره‌گذاری شد. ابتدا برای هر شرکت‌کننده مجموع نمرات خام هر حوزه محاسبه و بر تعداد گویه‌های همان حوزه تقسیم گردید تا میانگین حوزه (دامنه ۱ تا ۵) به‌دست آید. نمره کل ترجمان دانش نیز از میانگین ۳۰ گویه حاصل شد. لازم به ذکر است که در مرحله روانسنجی، روایی ابزار به دو روش صوری (Face Validity) (کمی و کیفی) و روایی محتوایی (Content Validity) (کمی و کیفی) با امتیاز تأثیر (Impact Score) ۴,۴۸، شاخص روایی محتوایی (Content Validity Index (CVI) ۰,۹۲ و نسبت روایی محتوایی

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.66224/nsft.21.1.47]

(Content Validity Ratio (CVR)) ۰,۸۵ ارزیابی و پایایی پرسشنامه در دو بخش درونی و بیرونی با ضریب آلفای کرونباخ ۰,۹۱ و ضریب همبستگی پیرسون ۰,۹۳ مورد تأیید قرار گرفته بود (۱۳).

تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۷ انجام شده است. همچنین در تحلیل داده‌های این پژوهش علاوه بر شاخص‌های آمار توصیفی، آزمون آماری تی مستقل، آزمون آماری تحلیل واریانس یکطرفه و آزمون ناپارامتریک همبستگی اسپیرمن استفاده شد. سطح معنی‌داری برای کلیه مقایسه‌ها و آزمون‌های آماری (P<۰/۰۵) لحاظ شد.

• یافته‌ها

مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت ترجمان دانش از دیدگاه پژوهشگران و اعضای هیأت علمی دانشکده و انستیتو تحقیقات تغذیه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۴۰۳ انجام شد. جامعه پژوهش شامل ۵۳ پژوهشگر و عضو هیأت علمی بود که به روش تمام‌شماری انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه خودارزیابی ترجمان دانش گردآوری و با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ تحلیل شدند.

ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان

بر اساس جدول ۱، از مجموع ۵۳ شرکت‌کننده، ۶۴,۲ درصد (۳۴ نفر) زن و ۳۵,۸ درصد (۱۹ نفر) مرد بودند. از نظر جایگاه شغلی، ۵۲,۸ درصد (۲۸ نفر) هیأت علمی آموزشی و ۳۵,۸ درصد (۱۹ نفر) هیأت علمی پژوهشی بودند. همچنین، ۵۴,۷ درصد (۲۹ نفر) کمتر از ۱۰ سال سابقه کار و ۴۵,۲ درصد (۲۴ نفر) بیش از ۱۰ سال سابقه کار داشتند. از نظر تعداد طرح‌های پژوهشی، ۷۳,۵ درصد (۳۹ نفر) بیش از ۱۰ طرح پژوهشی و ۲۶,۴ درصد (۱۴ نفر) کمتر از ۱۰ طرح پژوهشی اجرا کرده بودند. همچنین، ۶۸ درصد (۳۶ نفر) در دوره‌ها یا کارگاه‌های آموزشی مرتبط با انتقال یافته‌های پژوهشی شرکت کرده بودند.

عملکرد ترجمان دانش در ابعاد مختلف

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار عملکرد اعضای هیأت علمی در چهار حیطه ترجمان دانش را نشان می‌دهد. بالاترین میانگین عملکرد مربوط به حیطه **انتقال دانش** (4 ± 0.96)بود که نشان‌دهنده عملکرد نسبتاً مطلوب در این حوزه است. در این حیطه، گویه‌های «انتشار نتایج پژوهش در مجلات داخلی و خارجی» (۰,۷ ± ۴,۶) و «ارائه نتایج پژوهش در کنفرانس‌ها، سمینارها و همایش‌های داخلی و خارجی» (۰,۸۱± ۴,۴) بالاترین میانگین را داشتند. حیطه **تولید دانش** با میانگین ۳,۹ ± ۰,۹۷ در رتبه بعدی قرار داشت، که در آن گویه‌های «انجام پژوهش‌های به‌روز و متناسب با نیاز ذینفعان» (۰,۸۹ ± ۴,۳) و «انجام فعالیت‌های لازم برای تولید پیام قابل انتقال» (۱,۰۲ ± ۴,۲) عملکرد بهتری را نشان دادند.

جدول ۱. مشخصات توصیفی پژوهشگران شرکت کننده

متغیر		تعداد (درصد)
جنس	مرد	۱۹ (۳۵,۸)
	زن	۳۴ (۶۴,۲)
جایگاه شغلی	هیات علمی آموزشی	۲۸ (۵۲,۸)
	هیات علمی پژوهشی	۱۹ (۳۵,۸)
	پژوهشگر غیر هیات علمی	۶ (۱۱,۴)
سابقه کار	کمتر از ۱۰ سال	۲۹ (۵۴,۷)
	بیشتر از ۱۰ سال	۲۴ (۴۵,۲)
تعداد طرح پژوهشی	کمتر از ۱۰	۱۴ (۲۶,۴)
	بیشتر از ۱۰	۳۹ (۷۳,۵)
شرکت در دوره یا کارگاه آموزشی در مورد انتقال یافته‌های پژوهشی		۳۶ (۶۸)

عدم تطابق مجموع فراوانی بعضی از متغیرها با حجم نمونه کل به علت عدم پاسخگویی افراد بوده است

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.66224/nsft.21.1.47]

جدول ۲. میانگین هرکدام از گویه‌ها، ابعاد و نمره کلّ ترجمان دانش از دیدگاه پژوهشگران شرکت کننده

ابعاد	گویه	میانگین ± انحراف‌معیار
حیطه انتقال سوال پژوهش	اطلاع از اولویت‌های پژوهشی دانشگاه	۱,۰۱ ± ۳,۹
	اجرای پژوهش‌ها در راستای اولویت‌های پژوهشی دانشگاه	۱,۲ ± ۳,۲
	آشنایی با تصمیم‌گیران نتایج پژوهش	۱,۱۵ ± ۳
	آشنایی با کاربران نتایج پژوهش	۱,۰۳ ± ۳,۱
	دسترسی به گرانت‌های پژوهشی دانشگاه	۱,۱۵ ± ۲,۹
	استفاده از منابع خارج از دانشگاه در اجرای پژوهش	۱,۰۴ ± ۲,۷
	نمره بعد انتقال سوال پژوهش	۱,۰۲ ± ۳,۱
حیطه تولید دانش	اجرای پژوهش‌ها با مشارکت تصمیم‌گیران نتایج پژوهش	۱,۰۵ ± ۲,۷
	اجرای پژوهش‌ها با مشارکت کاربران نتایج پژوهش	۰,۹۸ ± ۳,۱
	اجرای پژوهش‌های باکیفیت و کاربردی برای ذینفعان	۰,۹۹ ± ۴
	انجام پژوهش‌های به روز و متناسب با نیاز ذینفعان	۰,۸۹ ± ۴,۳
	انجام فعالیت‌های لازم برای تولید پیام قابل انتقال	۱,۰۲ ± ۴,۲
	رعایت فاصله زمانی مناسب بین مشخص شدن موضوع تا شروع پژوهش	۱,۰۱ ± ۳,۹
	رعایت فاصله زمانی مناسب میان پایان و ارائه نتایج در قالب گزارش	۱,۰۲ ± ۴
	شرکت در کارگاه های آموزشی	۱,۰۱ ± ۳,۹
	نمره بعد تولید دانش	۰,۹۷ ± ۳,۹
حیطه انتقال دانش	تهیه فهرستی از تصمیم‌گیران نتایج پژوهش	۰,۸۹ ± ۲,۹
	تهیه فهرستی از کاربران نتایج پژوهش	۰,۹۲ ± ۳
	آشنایی با موضوع انتقال دانش حاصل از پژوهش	۰,۹۸ ± ۳,۵
	ارائه نتایج پژوهش به صورت پیام قابل انتقال	۰,۹ ± ۴,۲
	برخورداری از مهارت‌های ارتباطی لازم در تعامل با ذینفعان پژوهش	۰,۹۹ ± ۳,۹
	انتشار نتایج پژوهش در مجلات داخلی و خارجی	۰,۷ ± ۴,۶
	ارائه نتایج پژوهش در کنفرانس‌ها، سمینارها و همایش‌های داخلی و خارجی	۰,۸۱ ± ۴,۴
	انتشار نتایج پژوهش در نشریات غیر علمی	۰,۸۸ ± ۳,۵
	ارسال نتایج پژوهش به کاربران با درخواست آنان	۰,۹۲ ± ۴,۴
	ارسال نتایج پژوهش به کاربران بدون درخواست آنان	۰,۹۸ ± ۲,۹
	تهیه و ارسال نتایج پژوهش به زبان مناسب کاربران	۱,۰۳ ± ۳,۵
	انتشار نتایج پژوهش در رسانه‌ها	۱,۰۵ ± ۳,۴
	نمره بعد انتقال دانش	۰,۹۶ ± ۴
حیطه ترویج استفاده از شواهد	اجرای پژوهش‌ها با هدف تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد	۰,۹ ± ۴
	بررسی میزان استفاده از شواهد پژوهش توسط تصمیم‌گیران	۱,۱ ± ۲,۹
	بررسی میزان استفاده از شواهد پژوهش توسط کاربران	۱,۰۸ ± ۲,۷
	شناسایی موانع احتمالی تغییر رفتار کاربران برای استفاده از شواهد	۰,۹۱ ± ۲,۶
	نمره بعد ترویج استفاده از شواهد	۰,۹۹ ± ۳

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.66224/nsft.21.1.47]

حیطه **انتقال سؤال پژوهش** با میانگین ۱٫۰۲±۳٫۱ و حیطه **ترویج استفاده از شواهد** با میانگین ۰٫۹۹±۳ پایین‌ترین عملکرد را داشتند. در حیطه انتقال سؤال پژوهش، گویه «اطلاع از اولویت‌های پژوهشی دانشگاه» (۱٫۰۱ ± ۳٫۹) بالاترین میانگین را داشت، در حالی که گویه «استفاده از منابع خارج از دانشگاه در اجرای پژوهش» (۱٫۰۴ ± ۲٫۷) کمترین میانگین را به خود اختصاص داد. در حیطه ترویج استفاده از شواهد، گویه «اجرای پژوهش‌ها با هدف تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد» (۰٫۹±۴) بالاترین میانگین را داشت، اما گویه‌های «بررسی میزان استفاده از شواهد پژوهش توسط کاربران» (۱٫۰۸ ± ۲٫۷) و «شناسایی موانع احتمالی تغییر رفتار کاربران برای استفاده از شواهد» (۰٫۹۱±۲٫۶) عملکرد ضعیفی را نشان دادند.

مقایسه عملکرد ترجمان دانش بر اساس ویژگی‌های دموگرافیک

جدول ۳ نتایج مقایسه عملکرد ترجمان دانش بر اساس متغیرهای دموگرافیک را نشان می‌دهد. از نظر جنسیت، تفاوت معنی‌داری در هیچ‌یک از حیطه‌های ترجمان دانش مشاهده نشد ($p > 0.05$). با این حال، در حیطه **انتقال سؤال پژوهش،** اعضای هیأت علمی پژوهشی (۱٫۰۱ ± ۳٫۵۳) نسبت به اعضای هیأت علمی آموزشی (۱٫۰۳ ± ۲٫۶۴) عملکرد بهتری داشتند ($p = 0.0037$). همچنین، در حیطه **ترویج استفاده از شواهد،** اعضای هیأت علمی پژوهشی (۰٫۹۸ ± ۳٫۲۵) نسبت به اعضای هیأت علمی آموزشی (۰٫۹۹ ± ۲٫۶۸) عملکرد بهتری نشان دادند ($p = 0.0479$).

از نظر سابقه کار، اعضای هیأت علمی با بیش از ۱۰ سال سابقه (۰٫۹۵ ± ۴٫۲۹) در حیطه انتقال دانش نسبت به اعضای با کمتر از ۱۰ سال سابقه (۰٫۹۸ ± ۳٫۷۶) عملکرد بهتری داشتند، هرچند این تفاوت معنی‌داری نبود ($p = 0.0518$). تعداد طرح‌های پژوهشی تأثیر معنی‌داری بر عملکرد ترجمان دانش نداشت ($p > 0.05$).

شرکت در دوره‌ها یا کارگاه‌های آموزشی تأثیر قابل‌توجهی بر عملکرد ترجمان دانش داشت. افرادی که در این دوره‌ها شرکت کرده بودند، در تمامی حیطه‌ها (انتقال سؤال پژوهش: ۱٫۰۲ ± ۳٫۵۸ ، تولید دانش: ۰٫۹۶ ± ۴٫۳۱ ، انتقال دانش: ۰٫۹۸ ± ۴٫۵۱ ، ترویج استفاده از شواهد: ۰٫۹۷ ± ۳٫۴۱ ، و نمره کل: ۰٫۹۹ ± ۳٫۹۵) عملکرد بهتری نسبت به افرادی که در این دوره‌ها شرکت نکرده بودند (به ترتیب: ۱٫۰۳ ± ۲٫۵۷ ، ۰٫۹۷ ± ۳٫۶۱ ، ۰٫۹۵ ± ۳٫۶۶ ، ۰٫۹۹ ± ۲٫۶۸ ، و ۰٫۹۸ ± ۳٫۱۴) نشان دادند ($p < 0.05$).

جدول ۳. وضعیت ترجمان دانش از دیدگاه پژوهشگران شرکت کننده در مطالعه برحسب متغیرهای جمعیت‌شناختی

		فراوانی	انتقال سوال پژوهش	تولید دانش	انتقال دانش	ترویج استفاده از شواهد	نمره کل ترجمان دانش
جنس	مرد	۱۹	۲٫۹ ± ۱٫۰۴	۳٫۸ ± ۰٫۹۶	۳٫۷ ± ۰٫۹۶	۳٫۰۲ ± ۱٫۰۲	۳٫۴۵ ± ۰٫۹۸
	زن	۳۴	۳٫۲ ± ۰٫۹۶	۴ ± ۰٫۹۹	۴٫۱۳ ± ۰٫۹۷	۲٫۹۹ ± ۰٫۹۸	۳٫۷۴ ± ۰٫۹۷
	p.value *		۰٫۳۰۷۸	۰٫۴۷۶۴	۰٫۱۲۷۶	۰٫۹۱۷۶	۰٫۳۰۶۵
جایگاه شغلی	هیات علمی آموزشی	۲۸	۲٫۶۴ ± ۱٫۰۳	۳٫۷۶ ± ۰٫۹۶	۳٫۸۱ ± ۰٫۹۶	۲٫۶۸ ± ۰٫۹۹	۳٫۲۵ ± ۰٫۹۷
	هیات علمی پژوهشی	۱۹	۳٫۵۳ ± ۱٫۰۱	۴٫۱۱ ± ۰٫۹۸	۴٫۱۶ ± ۰٫۹۷	۳٫۲۵ ± ۰٫۹۸	۳٫۷۶ ± ۰٫۹۹
	p.value **		**۰٫۰۰۳۷**	۰٫۲۱۲۵	۰٫۲۰۹۷	**۰٫۰۴۷۹**	۰٫۰۷۴۹
سابقه کار	کمتر از ۱۰ سال	۲۹	۲٫۸۶ ± ۱٫۰۱	۳٫۷۴ ± ۰٫۹۷	۳٫۷۶ ± ۰٫۹۸	۲٫۸۸ ± ۰٫۹۸	۳٫۳۵ ± ۰٫۹۷
	بیشتر از ۱۰ سال	۲۴	۳٫۳۲ ± ۱٫۰۲	۴٫۱۳ ± ۰٫۹۶	۴٫۲۹ ± ۰٫۹۵	۳٫۱۶ ± ۱٫۰۱	۳٫۷۳ ± ۰٫۹۸
	p.value *		۰٫۱۰۷۱	۰٫۱۴۹۲	۰٫۰۵۱۸	۰٫۳۱۳۶	۰٫۱۶۴۴
تعداد طرح پژوهشی	کمتر از ۱۰	۱۴	۳ ± ۰٫۹۹	۳٫۸۸ ± ۰٫۹۸	۳٫۸۹ ± ۰٫۹۷	۲٫۹۱ ± ۰٫۹۹	۳٫۴۳ ± ۰٫۹۷
	بیشتر از ۱۰	۳۹	۳٫۲۱ ± ۱٫۰۳	۳٫۹۳ ± ۰٫۹۶	۴٫۱۳ ± ۰٫۹۵	۳٫۱۶ ± ۰٫۹۸	۳٫۶ ± ۰٫۹۸
	p.value *		۰٫۵۰۷۱	۰٫۸۷۰۷	۰٫۴۳۲۹	۰٫۴۲۴۸	۰٫۵۸۰۲
شرکت در دوره یا کارگاه آموزشی در مورد انتقال یافته‌های پژوهشی	بلی	۳۶	۳٫۵۸ ± ۱٫۰۲	۴٫۳۱ ± ۰٫۹۶	۴٫۵۱ ± ۰٫۹۸	۳٫۴۱ ± ۰٫۹۷	۳٫۹۵ ± ۰٫۹۹
	خیر	۱۷	۲٫۵۷ ± ۱٫۰۳	۳٫۶۱ ± ۰٫۹۷	۳٫۶۶ ± ۰٫۹۵	۲٫۶۸ ± ۰٫۹۹	۳٫۱۴ ± ۰٫۹۸
	p.value *		**۰٫۰۰۲۲**	**۰٫۰۱۹۶**	**۰٫۰۰۵۰**	**۰٫۰۱۷۰**	**۰٫۰۰۸۶**

*. T.test
**. Mann-Whitney U test

موارد دارای معنی‌داری آماری در جدول با فونت بولد نمایش داده شده‌اند.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.66224/nsft.21.1.47]

• بحث

مطالعه حاضر به بررسی وضعیت ترجمان دانش از دیدگاه اعضای هیأت علمی پرداخته و یافته‌های آن نشان‌دهنده شکاف قابل توجه میان تولید دانش و به‌کارگیری آن در عمل است. این مسأله که به عنوان «شکاف دانش تا عمل» شناخته می‌شود، یکی از چالش‌های اساسی نظام‌های سلامت و آموزش عالی در سراسر جهان محسوب می‌شود (۴, ۱۴). پژوهش‌های متعددی تأکید کرده‌اند که علی‌رغم رشد چشمگیر تولید شواهد علمی، بخش قابل توجهی از این دانش به دلیل موانع متعدد به مرحله اجرا و بهره‌برداری عملی نمی‌رسد. (۱۷-۱۵)

مطالعه حاضر نشان داد که پژوهشگران انستیتو و دانشکده تغذیه در «انتقال دانش» و «تولید دانش» عملکرد مطلوب‌تری نسبت به «انتقال سؤال پژوهش» و «ترویج استفاده از شواهد» دارند. علاوه بر این، شرکت در دوره‌های آموزشی و ماهیت «هیئت علمی پژوهشی» دو متغیرِ ارتقادهنده‌ی امتیاز KT بودند، در حالی‌که جنسیت و تعداد طرح‌ها اثر معنی‌داری نداشت.

یافته‌های این مطالعه با تحقیقات قبلی در زمینه KT همخوانی دارد. برای مثال، مطالعه غلامی و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران از زیرساخت مناسبی برای KT برخوردار نیستند و کمبودهای جدی در قوانین حمایتی، امکانات و تعاملات بین پژوهشگران و کاربران وجود دارد (۸). همچنین، نجات و همکاران (۲۰۰۸) اشاره کردند که KT در ایران به‌طور سیستماتیک پیگیری نمی‌شود و نیاز به استراتژی‌های متمرکزتر دارد (۱۸). هر دو مطالعه نیز خلأ اصلی را در مراحل نخست و انتهایی چرخه KT گزارش کرده‌اند. در سطح بین‌المللی، مدل‌هایی مانند چارچوب «دانش به عمل» (Knowledge-to-Action Framework) تأکید بر اهمیت درک زمینه کاربران و تعامل بین پژوهشگران و تصمیم‌گیران دارند (۱). این مدل‌ها نشان‌دهنده این هستند که KT یک فرآیند پویا و چندجانبه‌ای است که نیاز به همکاری و ساختارهای حمایتی دارد (۱۹). پژوهش Gagliardi و Alhabib (۵) در کانادا نشان داد «ترویج استفاده از شواهد» به‌طور متوسط ۲۰ درصد امتیاز پایین‌تری از «انتقال دانش» دارد؛ این هم‌پوشانی بیانگر ماهیت جهان‌شمول چالش‌های مرحله بهره‌برداری است. با این حال، تفاوتِ نقش «هیات علمی پژوهشی» در کشور ما می‌تواند به ساختار استخدامی و وظایف تعریف‌شده برای این دسته از اعضا مرتبط باشد؛ در بسیاری از دانشگاه‌های اروپا، چنین تمایزی وجود ندارد (۲۰).

مطالعات دیگر نیز موانع مشابهی را گزارش کرده‌اند. به عنوان مثال، ولی‌نژادی و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای در مورد KT در تحقیقات دیابت در ایران، به کمبود مهارت‌ها و زیرساخت‌ها اشاره کردند (۲۱). این یافته‌ها نشان می‌دهد که چالش‌های KT در ایران بخشی از یک مشکل گسترده‌تر در کشورهای با درآمد متوسط و پایین است (۲۲).

موانع فردی و سازمانی ترجمان دانش

یکی از مهم‌ترین موانع شناسایی‌شده در این مطالعه، کمبود آگاهی و مهارت اعضای هیأت علمی نسبت به فرآیندهای ترجمان دانش بود. این یافته با مطالعات بین‌المللی نیز همسو است؛ به‌گونه‌ای که نبود آموزش کافی، کمبود زمان، و نبود حمایت سازمانی از جمله موانع کلیدی در مسیر ترجمان دانش عنوان شده‌اند(۶, ۱۱, ۲۳) .همچنین، عوامل فردی مانند نگرش منفی نسبت به کاربرد نتایج پژوهش، کمبود انگیزه، و ضعف مهارت‌های ارتباطی نیز نقش مهمی در کاهش اثربخشی ترجمان دانش ایفا می‌کنند(۲۴, ۲۵) . در سطح سازمانی، نبود ساختارهای حمایتی، کمبود منابع مالی و انسانی، و ضعف سیاست‌های تشویقی، از جمله چالش‌های اساسی هستند که در مطالعات مختلف گزارش شده‌اند (۲, ۶).

اینکه چرا انتقال سؤال و ترویج شواهد پایین‌تر است؟ به نظر می‌رسد در گام نخست، تعریف اولویت پژوهشی در گذرگاه‌های رسمی دانشگاه به‌خوبی نهادینه نشده و تعامل پژوهشگر–سیاست‌گذار محدود است؛ یافته‌ای که با مدل «دانش تا اقدام» مبنی بر اهمیت «درک نیاز کاربر» مطابقت دارد (۲). دوم، ابزارهای رصد به‌کارگیری شواهد در عمل بالینی یا سیاستی در سطح این مرکز وجود ندارد؛ نبود شاخص‌های ارزیابیِ بعد از انتشار، انگیزه پیگیری را کاهش می‌دهد (۵). سرانجام، محتوای اغلب دوره‌های توانمندسازیِ موجود بر مهارت‌های نگارش مقاله متمرکز است و به مهارت‌های هم‌افزایی با ذی‌نفعان و ساده‌سازی پیام‌ها کمتر پرداخته می‌شود (۱۳).

نقش انگیزه فردی و ساختارهای حمایتی

یافته‌های این پژوهش نشان داد که انگیزه فردی و ساختارهای حمایتی سازمانی نقش تعیین‌کننده‌ای در موفقیت یا ناکامی فرآیند ترجمان دانش دارند. پژوهش‌های مشابه نیز تأکید کرده‌اند که وجود انگیزه‌های سازمانی، شبکه‌های همکاری، و حمایت مدیران می‌تواند تأثیر بسزایی در ارتقای ظرفیت ترجمان دانش داشته باشد(۲۶) . به ویژه، ارتباط مؤثر میان محققان و سیاست‌گذاران و ایجاد شبکه‌های همکاری بین‌رشته‌ای، از عوامل کلیدی در بهبود وضعیت ترجمان دانش محسوب می‌شود (۲۷, ۲۸).

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.66224/nsft.21.1.47]

اهمیت ترجمان دانش در حوزه سلامت و تغذیه

در حوزه علوم سلامت و به‌ویژه تغذیه، اهمیت ترجمان دانش دوچندان است؛ زیرا فاصله میان شواهد پژوهشی و تصمیم‌گیری‌های بالینی می‌تواند پیامدهای جدی برای سلامت جامعه داشته باشد (۲۹, ۳۰) .مطالعات نشان داده‌اند که بسیاری از متخصصان سلامت، به‌ویژه در کشورهای با منابع محدود، کمتر از راهنماهای مبتنی بر شواهد استفاده می‌کنند و ترجیح می‌دهند بر اساس تجربیات شخصی یا مطالعات آزمایشگاهی تصمیم‌گیری نمایند (۳۱) . این امر ضرورت توسعه برنامه‌های آموزشی و ظرفیت‌سازی برای ارتقای ترجمان دانش را برجسته می‌کند.

مطالعات اخیر نشان می‌دهند که برنامه‌های ظرفیت‌سازی و آموزش هدفمند، نقش مهمی در ارتقای مهارت‌های ترجمان دانش در اعضای هیأت علمی دارند. این برنامه‌ها اغلب شامل آموزش‌های عملی، حمایت سازمانی، و ایجاد ساختارهای تشویقی برای مشارکت فعال‌تر اعضا در فرآیند ترجمان دانش هستند. با این وجود، پایداری و اثربخشی این برنامه‌ها نیازمند تأمین منابع مالی و ارزیابی‌های منظم است.

نتایج این مطالعه پیامدهای مهمی برای سیاست‌گذاری و عمل دارد:

- آموزش: همانگونه که نتایج نشان می‌دهند، شرکت در کارگاه‌های آموزشی به‌طور قابل توجهی عملکرد KT را بهبود می‌بخشد ($p < 0.05$). بنابراین، سرمایه‌گذاری بر روی برنامه‌های آموزشی برای تقویت مهارت‌های KT اعضای هیئت علمی ضروری است .
- ساختارهای سازمانی: نیاز به ایجاد ساختارهای حمایتی در دانشگاه‌ها برای تسهیل KT، از جمله تأمین اعتبارات، تشویق‌ها و مکانیزم‌های همکاری با تصمیم‌گیران بسیار احساس می شود.. (۳۲).
- تمرکز بر ترویج استفاده از شواهد: توسعه استراتژی‌های خاص برای ارزیابی و ترویج استفاده از شواهد تحقیقاتی توسط تصمیم‌گیران و کاربران، ضروری است (۳۳).
- تعامل با سیاست‌گذاران: افزایش همکاری بین پژوهشگران و سیاست‌گذاران برای اطمینان از اینکه تحقیقات به‌طور مؤثر در تصمیم‌گیری‌های سیاستی استفاده شود (۳۴).

این پیشنهادات با چارچوب‌های نظری مانند چارچوب PARIHS (Promoting Action on Research Implementation in Health Services) که بر اهمیت شواهد، زمینه و تسهیل‌گری در پیاده‌سازی KT تأکید دارد، همخوانی دارد (۷).

تعمیم‌پذیری نتایج

گرچه مطالعه در یک دانشگاه انجام شد، دو نکته می‌تواند از محدودیت تعمیم بکاهد. نخست، ساختار شبکه‌ای واحدهای تحقیقاتی علوم پزشکی کشور، به‌ویژه در حوزه تغذیه، از الگوی مشابه بودجه ریزی، آیین‌نامه ارتقا و سازوکار تصویب طرح‌ها با بقیه مراکز کشور پیروی می‌کند (۳۵). دوم، یافته‌های ما با مطالعات مراکز دیگر در ایران تطابق دارد (۸،۹). با این وجود، تفاوت در منابع مالی و فرهنگ سازمانی میان دانشگاه‌های تیپ یک و سه ممکن است بر الگوی KT اثر بگذارد؛ لذا تعمیم کامل نتایج باید با احتیاط صورت گیرد.

نقاط قوت و محدودیت‌های مطالعه

از جمله نقاط قوت مطالعه حاضر، استفاده از ابزارهای معتبر و نمونه‌گیری از اعضای هیأت علمی حوزه سلامت بود که می‌تواند به تعمیم نتایج کمک کند. با این حال، این مطالعه محدودیت‌هایی دارد که باید در نظر گرفته شوند:

اندازه نمونه مطالعه کوچک بود و شامل فقط ۵۳ محقق و عضو هیئت علمی از دو واحد دانشگاهی می‌شد، که ممکن است قابلیت تعمیم‌پذیری را محدود کند. طراحی مقطعی مطالعه اجازه بررسی روندها یا روابط علت و معلولی را نمی‌دهد. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه خودارزیابی فعالیت‌های ترجمان دانش (دخش و همکاران) بود. ماهیت خودارزیابی این ابزار می‌تواند با محدودیت‌هایی نظیر سوگیری مطلوبیت اجتماعی (Social-desirability bias)، سوگیری گزارش‌دهنده، خطای یادآوری، و برآورد بیش/کم‌بود فعالیت‌ها همراه باشد. جهت کاستن از این موارد، پرسشنامه به‌صورت بی‌نام تکمیل شد و به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که داده‌ها صرفاً به‌صورت تجمیعی گزارش می‌شود؛ با این وجود، احتمال وجود این سوگیری‌ها به‌عنوان یکی از محدودیت‌های مطالعه باقی است. برای پوشش این محدودیت‌ها، مطالعات آینده می‌توانند از روش‌های چندمرحله‌ای و نمونه‌های بزرگ‌تر استفاده کنند

پیشنهادها و چشم‌انداز آینده

یافته‌های این پژوهش نشان داد «انتقال سؤال پژوهش» و «ترویج استفاده از شواهد» ضعیف‌ترین حلقه‌های چرخه KT در مرکز مورد مطالعه‌اند؛ درحالی‌که شرکت در دوره‌های آموزشی و جایگاه هیأت علمی پژوهشی، عملکرد را بهبود می‌دهد. بر این اساس، سه محور اقدام پیشنهاد می‌شود:

الف) سیاست و ساختار

• ایجاد «دفتر پیوند پژوهش و سیاست» برای گردآوری اولویت‌های تحقیقاتی ذی‌نفعان و بازخورددهی منظم به پژوهشگران.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.66224/nsft.21.1.47]

• گنجاندن شاخص‌های «کاربرد شواهد» در نظام ارزیابی و ارتقای اعضای هیأت علمی.

ب) آموزش و توانمندسازی

• بازنگری محتوای کارگاه‌های فعلی با تأکید بر مهارت‌های شناسایی نیاز ذی‌نفع، نگارش پیام غیرتخصصی و تکنیک‌های ترویج دانش.

• برگزاری دوره‌های مشترک با کتابداران پزشکی و متخصصان علم ارتباطات برای آشنایی پژوهشگران با ابزارهای خلاصه‌سازی شواهد.

ج) پژوهش آینده

• مطالعات مداخله‌ای و طولی برای سنجش اثربخشی بسته‌های آموزشی–سازمانی بر بهبود دو بُعد کم‌امتیاز.

• پژوهش‌های کیفی جهت شناسایی موانع فرهنگی–سازمانی ترجمان دانش در دانشگاه‌های تیپ‌های مختلف کشور.

• طرح‌های مقایسه‌ای بین‌المللی (Partnership Studies) برای الگوگیری از دانشگاه‌هایی با عملکرد برتر در KT.

اجرای این توصیه‌ها می‌تواند به کاهش «شکاف دانش تا عمل» در حوزه تغذیه و سایر رشته‌های علوم سلامت منجر شود.

• References

1. Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, et al. Lost in knowledge translation: time for a map? Journal of continuing education in the health professions. 2006;26(1):13-24.
2. Straus SE, Tetroe J, Graham ID. Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice: John Wiley & Sons; 2013.
3. Ellen ME, Panisset U, de Carvalho IA, Goodwin J, Beard J. A knowledge translation framework on ageing and health. Health Policy. 2017;121(3):282-91.
4. Eljiz K, Greenfield D, Hogden A, Taylor R, Siddiqui N, Agaliotis M, et al. Improving knowledge translation for increased engagement and impact in healthcare. BMJ open quality. 2020;9(3):e000983.
5. Gagliardi AR, Alhabib S, Group motGINIW. Trends in guideline implementation: a scoping systematic review. Implementation Science. 2015;10(1):54.
6. Kalbarczyk A, Rodriguez DC, Mahendradhata Y, Sarker M, Seme A, Majumdar P, et al. Barriers and facilitators to knowledge translation activities within academic institutions in low-and middle-income countries. Health policy and planning. 2021;36(5):728-39.
7. Rycroft-Malone J. The PARIHS framework—a framework for guiding the implementation of evidence-based practice. Journal of nursing care quality. 2004;19(4):297-304.
8. Gholami J, Ahghari S, Motevalian A, Yousefinejad V, Moradi G, Keshtkar A, et al. Knowledge translation in Iranian universities: need for serious interventions. Health research policy and systems. 2013;11:1-8.
9. Dakhesh S, Ostovar A, Yazdizadeh B, Hamidi A. Knowledge translation process among academic researchers: A case study of bushehr university of medical sciences. Libri. 2018;68(3):259-68.
10. Kaufman-Shriqui V, Salem H, Birk R, Boaz M. Nutrition Knowledge Translation Performance in Health Professionals: Findings from the 2017 Unified Forces Preventive Nutrition Conference (UFPN). Nutrients. 2019;11(2):390.
11. King O, West E, Alston L, Beks H, Callisaya M, Huggins CE, et al. Models and approaches for building knowledge translation capacity and capability in health services: a scoping review. Implementation Science. 2024;19(1):7.
12. Dakhesh S, Ostovar A, Hamidi A. From transfer of research question to promoting the use of evidence in the process of knowledge translation: self-assessment of researchers in Bushehr University of Medical Sciences. Iranian South Medical Journal. 2018;21(2):134-46.
13. Dakhesh S. Evaluation of knowledge translation process among Bushehr University of Medical Sciences researchers based on Knowledge translation cycle model with regard to the role of Academic Librarians in this process: Bushehr University of Medical Sciences; 2017.
14. Sudsawad P. Knowledge translation: Introduction to models, strategies, and measures: Southwest Educational Development Laboratory, National Center for the …; 2007.
15. Foord D. Fitting places in knowledge translation: Biomedical innovation in healthcare practice. Health Policy. 2021;125(10):1330-9.
16. Schaillée H, Spaaij R, Jeanes R, Theeboom M. Knowledge translation practices, enablers, and constraints: bridging the research–practice divide in sport management. Journal of Sport Management. 2019;33(5):366-78.
17. Moore AE, Straus SE, Kasperavicius D, Bell NR, Dickinson JA, Grad R, et al. Knowledge translation tools in preventive health care. Canadian Family Physician. 2017;63(11):853-8.
18. Nedjat S, Majdzadeh R, Gholami J, Nedjat S, Maleki K, Qorbani M, et al. Knowledge transfer in Tehran University of Medical Sciences: an academic example of a developing country. Implementation Science. 2008;3(1):39.
19. Jacobson N, Butterill D, Goering P. Development of a framework for knowledge translation: understanding user context. Journal of health services research & policy. 2003;8(2):94-9.
20. Estabrooks CA, Thompson DS, Lovely JJ, Hofmeyer A. A guide to knowledge translation theory. Journal of Continuing Education in the Health Professions. 2006;26(1):25-36.
21. Valinejadi A, Sadoughi F, Salehi M. Diabetes knowledge translation status in developing countries: A mixed method study among diabetes researchers in case of Iran. International journal of preventive medicine. 2016;7(1):33.
22. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.66224/nsft.21.1.47]

organizations: systematic review and recommendations. The milbank quarterly. 2004;82(4):581-629.

23. Ødemark J, Engebretsen E. Challenging medical knowledge translation: convergence and divergence of translation across epistemic and cultural boundaries. Humanities and Social Sciences Communications. 2022;9(1):1-7.
24. Lane JP, Flagg JL. Translating three states of knowledge–discovery, invention, and innovation. Implementation Science. 2010;5(1):9.
25. Doig E, Auld M, Bennett S. Developing the Knowledge Translation and Impact Planner (KTIPs): a resource to enhance research translation and impact in health and rehabilitation. JBI Evidence Implementation. 2025;23(2):246-52.
26. Penkunas MJ, Berdou E, Chong SY, Launois P, Rhule EL, Allotey P. Increasing knowledge translation capacity in low-and middle-income countries: a model for implementation research training. Frontiers in Tropical Diseases. 2021;2:762966.
27. Straus SE, Tetroe J, Graham I. Defining knowledge translation. Cmaj. 2009;181(3-4):165-8.
28. Kalbarczyk A, Rao A, Alonge OO. Determinants of factors affecting readiness of academic institutions to conduct knowledge translation in low-and middle-income countries. Frontiers in Public Health. 2024;11:1302756.
29. Mehrdad N, Peyrovi H, Kitson AL, Schultz TJ, Athlin AM. Knowledge translation in health care: a concept analysis. Medical journal of the Islamic Republic of Iran. 2014;28:98.
30. Zhao J, Li X, Yan L, Yu Y, Hu J, Li S-A, et al. The use of theories, frameworks, or models in knowledge translation studies in healthcare settings in China: a scoping review protocol. Systematic Reviews. 2021;10(1):13.
31. Dadich A, Vaughan P, Boydell K. The unintended negative consequences of knowledge translation in healthcare: a systematic scoping review. Health Sociology Review. 2023;32(1):75-93.
32. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. Implementation science. 2009;4(1):50.
33. Kitson A, Harvey G, McCormack B. Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. BMJ Quality & Safety. 1998;7(3):149-58.
34. Ferlie EB, Shortell SM. Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change. The Milbank Quarterly. 2001;79(2):281-315.
35. Yazdizadeh B, Majdzadeh R, Ahmadi A, Mesgarpour B. Health research system resilience: lesson learned from the COVID-19 crisis. Health Research Policy and Systems. 2020;18(1):136.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.66224/nsft.21.1.47]

Evaluating Knowledge Translation Performance among researchers at the Institute and Faculty of Nutrition and Food Technology, Shahid Beheshti University in 1403 AH: From Research Question Transfer to Evidence Promotion

Amini M[1], Milani Bonab A[1], Zargaraan A[1], Mirzay Razzaz J[2], Hamidi A[3], Farjam M[4], Homayounfar R*[5]*

1- Faculty of Nutrition Sciences and Food Technology, National Nutrition and Food Technology Research Institute, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*2-*Corresponding author: Faculty of Nutrition Sciences and Food Technology, National Nutrition and Food Technology Research Institute, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email: jmrazzaz@hotmail.com*

3- Department of Medical Library and Information Sciences, School of Paramedical, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

4- Noncommunicable diseases research center, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran

*5- *Corresponding author: Faculty of Nutrition Sciences and Food Technology, National Nutrition and Food Technology Research Institute, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email: r_homayounfar@yahoo.com*

Received 15 Jul, 2025 **Accepted 20 Sep, 2025**

Background and Objectives: Knowledge Translation (KT) is a dynamic process bridging the gap between scientific evidence and its practical application. This study evaluates the status of KT from the perspective of faculty members at Shahid Beheshti University of Medical Sciences.

Materials & Methods: This descriptive-applied survey was conducted in 2024. The study population comprised 53 faculty members from the Faculty and Institute of Nutrition Research, selected via census sampling. Data were collected using a self-assessment KT questionnaire (Dakhesh et al.) and analyzed with SPSS version 27. Independent t-tests, one-way ANOVA, and Spearman's correlation were used with a significance level of $p<0.05$.

Results: Of the 53 participants, 64.2% were female, and 56.6% were educational faculty. The knowledge transfer domain (mean 4±0.96) and knowledge production (3.9±0.97) showed better performance compared to research question transfer (3.1±1.02) and evidence utilization promotion (3±0.99). Participation in training workshops significantly improved performance across all domains ($p<0.05$). Research faculty outperformed educational faculty in research question transfer and evidence promotion ($p<0.05$).

Conclusion: Significant gaps exist in research question transfer and evidence utilization. Strengthening training programs and organizational support is crucial for enhancing KT.

Keywords: Knowledge Translation, Researchers, Faculty Members, Scientific Evidence, Health Systems, Education, Knowledge gap

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.66224/nsft.21.1.47]