



## 第三章 决策和决策者——证据的需求

3.1 决定是否以及如何采取行动的步骤	30
3.2 四类决策者及其决策方法	31
3.3 政府政策制定者及其使用证据的环境	32
3.4 组织领导者及其使用证据的环境	34
3.5 专业人士及其使用证据的环境	35
3.6 公民及其使用证据的环境	36
3.7 证据用于决策的方法	38
3.8 以决策者类型区分的全球委员会报告	40
3.9 参考文献	41

本章是探讨本报告核心问题的三章中的第二章：在应对社会挑战的过程中，所有决策者系统化使用证据涉及哪些内容？这里我们聚焦于决策和决策者，或者对证据的需求。第二章侧重于社会挑战的本质。第四章侧重于研究、综合和指南，或者说是证据的提供。

版权所有©2022麦克马斯特大学。保留所有版权。本报告采用创作共享署名4.0国际许可证授权。未经出版商事先书面许可，不得以任何形式改编本报告的任何部分。

本报告和其中包含的信息仅供参考和公共利益所用。虽然秘书处和委员们已努力确保撰写本报告时信息是最新和准确的，且按原样发布，无任何形式的明示或暗示担保。本报告中包含的信息并非用于替代财务、法律或医疗建议。

麦克马斯特大学、证据委员会秘书处、委员们和出版商对因使用本报告中包含的信息而直接或间接造成或据称造成的损失或损害不承担任何责任或义务。麦克马斯特大学、秘书处、委员们和出版商明确否认因使用或应用本报告所含信息而产生的任何责任。

本报告的出版商是麦克马斯特卫生论坛（McMaster Health Forum）（地址：加拿大安大略省汉密尔顿市主路西1280号米尔斯纪念图书馆417号，1280 Main St. West, MML-417, Hamilton, ON, Canada L8S 4L6）。麦克马斯特卫生论坛代表证据委员会，欢迎读者对本报告提出任何反馈和影响报告建议途径的意见。请将您的意见或建议发送至邮箱 [evidencecommission@mcmaster.ca](mailto:evidencecommission@mcmaster.ca)。

本报告的引用：

应对社会挑战的全球证据委员会。第三章：决策和决策者——证据的需求。证据委员会报告：为决策者、证据中介和以影响力为导向的证据生产者敲响警钟并指明前进道路 [Chapter 3. Decisions and decision-makers: Demand for evidence. The Evidence Commission report: A wake-up call and path forward for decision-makers, evidence intermediaries, and impact-oriented evidence producers]. 汉密尔顿：麦克马斯特卫生论坛，2022年；p. 29-42.

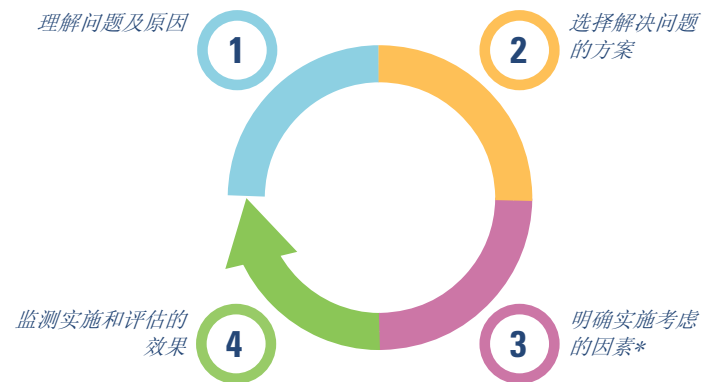
ISBN 978-1-927565-39-1 (Online)

ISBN 978-1-927565-33-9 (Print)



### 3.1 决定是否以及如何采取行动的步骤

人们可以在冲动（通常是习惯驱动的无意识过程的一部分）或思考（包括发现和使用证据的深思熟虑且有意识过程的一部分）后决定是否以及如何采取行动。(1) 对于后者，将决策过程看作一系列有助于明确可能提出问题以及决策性质的步骤，即使许多人根本不遵循步骤，或不按顺序遵循。此处介绍了本章重点关注的四类决策者中的两种（政府政策制定者和公民，后者在这种情况下充当社区领袖），同时我们也预示了可以用下一章（见第4.2和4.3节）重点讨论的证据来回答的问题类型。对于政府政策制定者这一类型的决策者，第2.4节对第1步也有帮助。



*\*或者确保选择的方案在可接受的成本下产生最佳效果*

步骤	相关问题	政府政策制定者的决策	公民或社区领袖的决策
1	问题有多大？ 问题是否越来越严重或者比他处更严重？ 不同的人如何描述和体会这个问题及其原因？	考虑政府所面临的其他问题，我们是否应该关注这一问题？	考虑我关心的人和社区所面临的其他问题，我是否应该关注这一问题？
2	这种方案可能带来什么益处？ 这种方案可能出现什么问题？ 在相同的投入下，某个方案能否获得更佳效果？ 我们能否采用其他地区有效的方法，同时仍能从中获益？ 哪些群体支持哪种方案？	我们是否应采取行动解决这一问题，如果是，应该选择哪种方案？	我是否应采取行动解决这一问题，如果是，采取什么行动（例如，与他人交谈改变他们的行为，与其他社区成员合作制定当地的解决方案，或联系民选官员）？
3	在合适的人群中实现并达到预期效果的阻碍和促进因素是什么？ 我们应该采用何种策略并在合适的人群中实现并获得预期的效果？	我们是否应采取额外的步骤来增加所选方案按照预期发展的几率？	我是否应与社区成员合作，并鼓励民选官员采取措施，确保所选方案惠及我所关心的民众和社区？
4	所选择的方案是否能惠及那些能从中受益的人？ 所选择的方案是否在足够的规模上实现了预期效果？	我们是否应采取额外的步骤，以获取我们讲述一个成功故事所需的数据，或者在必要时纠正我们的进程？	[如上所述]……确保我们拥有所需的数据，从而知道我们是成功还是失败？

## 3.2 四类决策者及其决策方法

证据委员会重点关注四类决策者，每种决策者都可能以不同的方式进行决策。本节提供了每种决策者使用方法的示例，并认识到这种方法可能会得到其他方法的补充（例如，政府政策制定者在支持他人决策方面也发挥作用，包括资助或“建立”他们所使用的证据）。



### 政府政策制定者

需要确信存在一个亟待解决的问题、可行的政策和有利的政治活动



### 组织领导者

*（例如，企业和非政府组织领导者）*

需要一个商业案例来提供产品和服务



### 专业人士

*（例如，医生、工程师、警察、社会工作者及教师）*

需要机遇、动机和能力来做出专业的决策，或与个人用户进行共同决策



### 公民

*（例如，患者、服务使用者、选民和社区领袖）*

需要机遇、动机和能力来做出个人决策，采取当地行动或发起社会运动

人们身兼多职，可能拥有多个角色的经验。例如，政府政策制定者也是公民，过去可能受过医生或教师培训，在当选或被任命为政府官员之前可能领导过非政府组织。

正如将在第四章中提到的，使用证据并不是“艰深的科学”。在乌干达开展的两项随机对照试验表明，可以通过教育学生（10至12岁）及其父母来评估健康治疗主张的可靠性，并在知情的情况下做出决策。（2； 3）

### 3.3 政府政策制定者及其使用证据的环境



政府政策制定者是四类关键决策者之一。他们还能对组织领导者、专业人士和公民的决策范围和支持产生影响，正如组织领导者可以影响专业人士和公民，专业人士也可以影响公民。公民领袖，如年轻的瑞典环保活动人士Greta Thunberg，似乎也能影响政府政策制定者、组织领导者和其他人的决策范围。在这里，我们提供了政府政策制定者如何做出决策的环境，并提出可能明确其证据使用过程中支持（或阻碍）因素的问题。考虑到回答这些问题所需的一系列政策、系统和政治分析技能，一些证据中介专门关注政府政策制定者。

问题	提示
要做出哪种类型的决策？	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 国内部门、国内跨部门或全球（例如，联合国系统的成员国）</li> <li>• 一次性或者有明确重新评估点的持续流程</li> <li>• 常规化或者临时性（例如，使用已建立的程序在现有福利计划中增加一项产品或服务，或者创建一个新的福利计划）</li> <li>• 产品和服务对比决定产品和服务的正确组合是否到达需要者手中的政府、财务和交付安排</li> <li>• 一种政策工具对比另一种政策工具（信息/教育、自愿、经济和法律政策工具的示例见第7.1节）</li> </ul>
决策是在何处以及如何做出的？	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 国家、省/州或地方政府</li> <li>• 政府的行政、立法或司法*部门 <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 行政部门：内阁或其他跨政府机构、部长或秘书（及其政治工作人员）以及中央机构、部委或部门、政府机构和监管机构的公务员</li> </ul> </li> <li>• 个人决定（命令）、咨询、协商或投票</li> <li>• 时间限制</li> </ul>
哪些因素会影响决策？	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 需要一个亟待解决的问题，可行的政策和有利的政治活动，以将一个问题纳入决策议程</li> <li>• 在制度约束（例如，否决权和过去政策的影响）下做出决策，与利益集团的压力作斗争（例如，来自那些将获得或失去很多的群体的支持或反对），同时考虑“是什么”（例如，数据分析）和“应该是什么”（价值观），并考虑外部事件（例如，经济危机）</li> </ul>
什么样的“结构”可以为证据（和证据支持制度化）提供途径？**	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 内部证据支持协调单位以及贡献数据分析、评估、行为见解和其他单位</li> <li>• 政府内部科学顾问单位</li> <li>• 来自咨询小组、评估小组、独立委员会、监督委员会、审查委员会和技术工作组的外部证据支持</li> <li>• 负责预算和规划、监督、审计和投诉调查的内部单位（如监察员）</li> <li>• 来自管理咨询公司的外部支持</li> <li>• 来自联合国系统和其他多边组织的规范指南和技术支持单位的外部支持</li> <li>• 来自全球公共产品生产商的的外部支持</li> </ul>
哪些“流程”可能会提供证据？**	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 预算、规划和监督</li> <li>• 支持工作流程的政策、程序、手册和其他工具</li> <li>• 政策、项目、技术和图书馆员工的招聘标准、绩效评估标准、晋升标准、离职率和专业发展</li> <li>• 利益相关者、公众和媒体参与，以及民意调查</li> <li>• 立法辩论和委员会会议</li> <li>• 选举和政党纲领</li> <li>• 全球和区域行动计划和问责框架</li> </ul>

\*政府司法部门认为本报告设想的证据是由专家证人提出的，应与其他证词、物证（如指纹和DNA）、示意证据（如地图和照片）和书面证据（如合同和日记记录）一起考虑。

\*\*其中一些结构和过程与证据明确相关，而在其他可以被认为“主流”结构和过程中，证据可以是有益的输入。

许多证据综合论述了影响政府使用证据的因素，以及增加政府恰当使用证据的策略，而其他证据综合则研究了政府和组织决策中的类似问题，但没有明确区分这两者。许多涉及影响证据使用因素的证据综合质量中等，且侧重于卫生部门，尽管有些涉及许多部门。(4; 5) 策略相关的证据综合往往质量更高，也侧重于卫生部门。(6-9) 出于多种原因，这些证据综合纳入的研究难以实施，包括难以确定参与高层幕后决策的个人，鉴于许多工作的保密性和时间限制而难以确保他们参与，相互竞争的政治力量的复杂性，以及缺乏反映政治环境并可大规模应用的证据使用的简单方法。随机对照试验是非常罕见的，只有少数值得关注的例外，例如SPIRIT试验(10)和自然实验很难以能够说明因果关系的方式进行评估。中等质量的证据综合还解决了互补性问题，例如，证据中介使用一系列策略支持卫生部门政策制定中的证据使用，技术咨询小组支持政策制定和规划决策，特别是关于免疫的决策，以及一系列非卫生部门的证据使用文化。(11-14)

更具操作性的是，许多政府已经制定了员工证据使用手册，(15-17) 一些政府文件的审计至少为了解多个部门的参考做法提供了窗口，(18) 而一些关于政府单独使用证据的详细描述也揭示了实际情况。(19)



### **组织领导, Asma Al Manna'ei**

**是一位经验丰富的公职人员，领导整个卫生系统的质量改进及管理研究与创新工作**

我在一个快节奏的环境中工作，必须基于最佳的证据做出决策，证据最好以能直接递交给忙碌高管的形式呈现。因此，在这份证据委员会报告中，能够帮助我们当局开发在阿布扎比所需的各类超快速证据支持系统的内容对我来说是最重要的。部分示例包括**第2.4节**（优先解决挑战的方法示例，尤其是关于COVID-19知证决策协作网(COVID-END)方法的最后一列）、**第4.7节**（动态证据产品，尤其是我们可以不断回顾的动态证据综合）、**第5.3节**（证据中介使用的策略，尤其是快速证据服务）以及**第6.2节**（公平分配能力，尤其是我们的内部流程如何更好地与规范和指南、技术支持和全球公共产品相结合）。如果我们能够创造更能满足当前需求的“胜利”，那么我希望我们可以引入在多个时间范围内工作的需求。毫无疑问，我们可以更好地预测挑战并帮助建立本地证据库，同时，我们还可以了解海湾合作委员会国家、我们地区和全球的经验教训。





### 3.4 组织领导者及其使用证据的环境



组织领导者既包括企业领导者，也包括非政府组织领导者。他们用自己的权利做出决策，并能够给为他们工作的专业人士和他们所服务的公民提供决策范围和支持。此处我们提供了组织领导者如何进行决策的环境，并提出可能会明确其证据使用过程中支持（或阻碍）因素的问题。

问题	提示
要做出哪种类型的决策？	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 战略、策略和运营</li> <li>• 如果运营：程序化（常规）还是非程序化</li> </ul>
决策是在何处以及如何做出的？	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 总部、国家办事处或地方办事处</li> <li>• 首席执行官、其他高层领导、经理、员工或志愿者</li> <li>• 个人决定（需求）、咨询、达成共识或投票</li> <li>• 时间限制</li> </ul>
影响决策的因素有哪些？	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 需要商业案例以提供产品和服务</li> <li>• 在监管和组织约束（例如，信息披露要求）下和市场机会范围内，以及股东或利益相关者的压力下做出决策，同时考虑“是什么”（例如，数据分析）和“应该是什么”（例如，公司价值和销售目标），并考虑外部事件（例如，经济危机）</li> </ul>
什么样的“结构”可以为证据（和证据支持制度化）提供途径？	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 内部证据支持单位，包括数据分析和评估（例如商业压力鼓励使用随机对照试验的A/B测试）</li> <li>• 负责知识管理、研发（R&amp;D）、预算和规划、市场营销、监督、审计和风险管理的内部单位</li> <li>• 来自咨询小组、管理咨询公司、金融服务部门（如融资）和权威机构（如外部性定价）的外部支持</li> <li>• 来自全球技术标准制定者的外部支持</li> </ul>
哪些“流程”可能会提供证据？	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 预算、规划和监督</li> <li>• 支持工作流程的工作场所政策、程序、手册和其他工具</li> <li>• 员工的招聘标准、绩效评估标准、晋升标准、离职率和专业发展</li> <li>• 组织认证</li> <li>• 质量控制</li> <li>• 政府、利益相关者关系、公众和媒体关系</li> <li>• 慈善捐赠</li> <li>• 环境、社会和公司治理（Environmental, social and corporate governance, ESG）原则</li> <li>• 联合国全球契约原则和联合国商业和人权指导原则</li> </ul>

与关注政府的证据综合相比，探讨机构中证据使用影响因素和增加组织中证据恰当使用策略的证据综合更难获得，这些证据综合通常集中在卫生部门，且为低或中等质量。(20-22) 鉴于企业和各种非政府组织这一类别的异质性，未来可能需要很多证据综合。理想情况下，这些证据综合将采用共同的框架（例如有效利他主义论坛提出的框架）以允许不同组织类型进行比较。(23) 一位委员经常提醒我们，从信用卡公司第一资本（Capital One）和Coles连锁超市，到亚马逊、谷歌和网飞，许多成功的企业一直在进行随机对照试验。(24)

### 3.5 专业人士及其使用证据的环境



专业人士包括医生、工程师、警察、社会工作者和教师等。他们的共同特点在于通过专门培训获得了正式资格，被监管机构录取并受到纪律约束，为客户和公众的利益提供客观的咨询和服务，并被赋予某种程度的垄断权。其他专业人士的身份可能没那么正式。关于将某类工人视为专业人士方面，各国差异很大。此处我们提供了专业人士如何进行决策的环境，并提出可能明确其证据使用过程中支持（或阻碍）因素的问题。

问题	提示
提示	<ul style="list-style-type: none"> <li>提供咨询或服务</li> </ul>
决策是在何处以及如何做出的？	<ul style="list-style-type: none"> <li>能够决定是否以及如何独立采取行动——常出于冲动，或是习得、无意识过程的一部分；或者思考后，作为包括发现和使用证据在内的深思熟虑且有意识过程的一部分(1)，而不是在政策和程序由他人制定的工作场所</li> </ul>
影响决策的因素有哪些？	<ul style="list-style-type: none"> <li>需要能力、机遇和动机来做出专业的决策，或与个人用户共同决策</li> <li>一些已有的专业框架，例如循证医学“三要素”：临床环境（患者病情和医生专业知识）、患者价值观和偏好，以及证据</li> </ul>
什么样的“结构”可以为证据（和证据支持制度化）提供途径？	<ul style="list-style-type: none"> <li>工作的单位：提供决策支持、知识管理、研发（R&amp;D）、预算和规划、市场营销、监督、审计和风险管理</li> <li>来自证据支持项目（例如针对教师的教育基金捐赠会）的外部工作场所支持</li> <li>来自管理咨询公司、金融服务部门（如融资）和金融机构（如外部性定价）和全球技术标准制定者的外部工作场所支持</li> </ul>
哪些“流程”可能会提供证据？	<ul style="list-style-type: none"> <li>职业行为守则</li> <li>持续性专业发展</li> <li>维持执照（例如在规定期限内最低限度的持续性专业发展；定期同行和实践评估）</li> <li>其他监管要求</li> <li>基于实践的研究机会</li> <li>工作场所流程，例如预算、规划和监督，以及支持工作流程的政策、程序、手册和其他工具（完整列表见第3.4节）</li> </ul>

超过1000个证据综合证明了支持卫生专业人员，尤其是医生使用证据的策略的有效性，其中许多都是高质量的。此外，有一些关于此类证据综合的再评价，其中一个针对中低收入国家。(25) 部分证据综合探讨了其他专业人员（如教师和校长）使用证据的影响因素。(26)

更具操作性的是，部分国家政府以证据综合、指南和工具包来支持专业人士使用证据。例如，英国政府投资了一系列证据有效性中心（What Works Centres），如分别由警务学院和教育基金捐赠会主办的用以支持警察和教师的中心。

### 3.6 公民及其使用证据的环境



公民包括我们所有社会成员。我们使用“公民”一词是为了将重点放在个人身上，而不是暗示由政府决定的正式公民身份。例如，我们包括无证公民，我们也意识到原住民有时被迫放弃其身份，以获得他们传统土地现属国家的公民身份。像“民众”或“公众”之类的备选术语通常被认为是一个群体，而非个人。更具体的术语通常针对特定部门，例如消费者（消费者保护）、家长（教育）、患者和照护人员（卫生保健）、居民（住房）、服务使用者（儿童、社区和社会服务）、纳税人（经济发展和增长）、选民（公民身份）和工人（就业）。此处我们提供了公民如何进行决策的环境，并提出可能明确其证据使用过程中支持（或阻碍）因素的问题。

问题	提示
要做出哪种类型的决策？	<ul style="list-style-type: none"> <li>做出自身和家人福祉相关的决策</li> <li>把钱花在产品或服务上</li> <li>自愿贡献他们的时间，并为倡议捐款</li> <li>支持应对社会挑战的政治家</li> <li>促进狭义的公共利益，例如为已购买产品寻求产品召回，为他们孩子就读的学校提供更好的教育，以及为家庭成员自费购买的昂贵处方药支付公共费用</li> <li>促进广义的公共利益，例如改善消费者保护、教育和卫生保健</li> </ul>
决策是在何处以及如何做出的？	<ul style="list-style-type: none"> <li>能够决定是否以及在冲动（通常是习得的、无意识过程的一部分），或思考（作为包括发现和使用证据在内的深思熟虑且有意识过程的一部分）后采取行动（1）</li> </ul>
影响决策的因素有哪些？	<ul style="list-style-type: none"> <li>需要机遇、动机和能力*来做出个人决定、采取当地行动或发起社会运动</li> <li>动机和能力会受家人朋友、社交媒体、社区领袖和其他人的影响</li> <li>已有公民决策特有的框架，例如针对患者的“渥太华决策支持框架”，包括决策需求、决策结果，以及为满足决策需求并实现决策结果的相关支持</li> </ul>
什么样的“结构”可以为证据（和证据支持制度化）提供途径？*	<ul style="list-style-type: none"> <li>保护公民免受声称能预防、诊断、治愈、治疗或减轻疾病的虚假或误导性产品广告侵害的监管框架</li> <li>社会责任要求，例如公民报告卡、社区监测、社会审计、参与性预算编制和公民宪章</li> <li>组织和专业要求，确保公民获得符合其利益的客观咨询和服务，并有机会利用独立机制处理投诉（例如，监察员）</li> </ul>
哪些“流程”可能会提供证据？	<ul style="list-style-type: none"> <li>决策辅助</li> <li>开源期刊</li> <li>大众通俗易懂的证据交流</li> <li>事实核查服务和错误信息追踪器</li> <li>媒体和信息（包括数字）素养培训</li> <li>相信科学倡议</li> <li>全民科学倡议</li> <li>联合设计和制作流程</li> <li>公民小组和其他审议过程</li> <li>公众咨询及参与</li> <li>媒体、社交媒体（包括算法）和广播</li> <li>表明产品和服务（例如，安全自行车头盔或公平贸易咖啡）安全性、质量或出处的标签（在英国被称为风筝标志）</li> <li>提供产品和服务评价的网站（按产品或服务类别呈现，以便“比较购物”）</li> <li>支持“有效利他主义”的网站**</li> <li>社会运动</li> </ul>

\*也可以使用其他行为科学框架，例如态度、形成看法、选择、决策（attention, belief formation, choice and determination, ABCD）框架。（27）

\*\*像80000 hours和GiveWell这样的网站是先锋，能够让人们很容易地自愿贡献时间，并为那些使用证据来决定他们做什么和如何做的倡议捐款。



证据综合论述了影响公民使用证据的因素和策略，但许多是低质量的，且关注领域高度集中。但也有例外，例如一篇质量中等的关于科学传播策略的概况性评价。(28)我们将在第4.11节讨论关于应对错误信息的现有证据。

近期对精英阶层的不信任已成为一个重要问题。然而许多证据中介认为，公民对专家不那么信任并准备向他们提出棘手的问题是一件好事。政府政策制定者等决策者要取得一定程度的信任，不仅仅是做出“正确”的决策，更要做出大多数公民认为正确的决策。对于某些形式的证据，如使用随机对照试验设计的评估，其优势之一在于能够通过让公民更有可能接受结果的方式进行解释。



### **组织领导, Modupe Adefeso-Olateju**

**是一位非政府组织的领导，率先使用公民主导的评估和公私伙伴关系改善儿童教育**

我们必须利用这一千载难逢的机会改进教育决策者的证据支持系统，包括政府政策制定者、学校董事会官员、校长、教师和家长。我全心全意地接受第6.2节中关于证据支持系统的想法，它指出，该系统需要基于对当地环境（包括时间限制）的理解，以需求为导向，并专注于以公平敏感的方式将既定决策的证据背景化。通过证据委员会，我学到了很多关于如何补充来自尼日利亚当地教育证据的知识，包括我们实施的公民主导的评估，以及尼日利亚特有的其他形式的证据，以及区域和全球的最佳证据。我了解到英国教育捐助基金会的证据资源和美国教育部的有效教育策略资料中心，并且可以立即看到在尼日利亚和其他中低收入国家启动的类似服务的价值。需要加强和支持ESSA非洲教育研究数据库等数据库，使其发挥的效用更大。我们需要为此努力。



### 3.7 证据用于决策的方法

证据至少有四种用途，(29) 每种用途都可以用COVID-19流行和其他章节的例子进行说明。证据委员会主要侧重于支持前两种证据使用方式，同时认识到可以使用透明的审议过程和其他方法解决（至少部分解决）后两种方式。

证据应用方法	解释	COVID-19流行和其他章节的示例
概念性的或“启蒙”的	证据改变了我们思考问题、解决问题和（或）实施考虑因素的方式	<ul style="list-style-type: none"><li>10种不同形式的“间接”证据* (<a href="https://bit.ly/3w09DH5">bit.ly/3w09DH5</a>) 共同支持SARS-CoV-2主要通过气溶胶而非大的呼吸道飞沫传播的假设，因此需要寻求更多选择方案（如口罩和通风系统）来减少COVID-19的传播</li><li>过去十年的行为研究表明，在养老金和其他类型的政策中，“违约”可能比财政激励产生的影响更大</li></ul>
起重要作用	证据为问题、方案或实施考虑因素的具体决策直接提供信息	<ul style="list-style-type: none"><li>RECOVERY随机对照试验以及证据综合中其他六项小型试验的结果，使得地塞米松在需要吸氧或机械通气的COVID-19患者中得到广泛应用 (<a href="https://bit.ly/30lZsgA">bit.ly/30lZsgA</a>)，估计9个月内挽救了全球100万人的生命 (<a href="https://bit.ly/3F9JJAv">bit.ly/3F9JJAv</a>)</li><li>教育基金捐赠会证据综合的结果使得英国政府将资金和活动重新转向辅导，以帮助学生在COVID所致学校停课“迎头赶上”</li></ul>
象征性地使用	有选择（或“精挑细选”）地使用证据，或有选择地开展新的研究，以证明出于证据之外的原因做出的决策是合理的**	<ul style="list-style-type: none"><li>美国政府购买和储备2900万片羟氯喹是通过一项仅涉及26名住院患者（其中6人在随访期间失访）的单一非随机研究和一位美国总统的“直觉”得出的结论 (<a href="https://bit.ly/3DbFtzZ">bit.ly/3DbFtzZ</a>)</li><li>许多政府和组织支持基于低质量证据评估的现身说法预防犯罪项目（但第4.8节所述的证据综合却显示有害，也并无益处）</li></ul>
有目的地使用	缺乏证据常被作为行动与否的理由	<ul style="list-style-type: none"><li>没有证据表明SARS-CoV-2通过气溶胶传播（而非更大的飞沫），活动组织者利用这一点辩称他们可以继续举办拥挤的室内活动，并不限制参与人数，也不要佩戴口罩（而不是遵循预防原则***）</li><li>政府政策制定者利用缺乏幼儿教育项目相关证据来证明不对这一年龄群体进行投资的决策是正确的（第1.6节中描述的佩里学前教育项目帮助建立了采取行动的理由）</li></ul>

\*直接证据来自于直接比较决策者感兴趣的干预措施的研究，这些干预措施可以应用于他们正在考虑的目标人群，并评估了他们认为重要的结局。证据可能是间接的，因为它涉及相关但不同类型的干预措施、研究对象或结局指标，或者因为可以选择的干预措施尚未经过直接比较（更多信息详见 [bit.ly/3CnKGnf](https://bit.ly/3CnKGnf)）。正如我们在第4.7节提到的，直接证据较间接证据质量更高。

\*\*一些人使用“基于政策的证据”这一术语，将这种对证据的象征性使用与基于证据（或使用证据的）决策进行对比。

\*\*\*Wingspread预防原则声明（1998）指出：“当一项活动对人类健康或环境造成危害时，即使没有科学证明其因果关系，也应该采取预防措施。在这种环境下，举证责任应由活动倡议者（例如，活动召集人）而不是公众来承担。”危害的严重性使我们有理由在缺乏充分证据的情况下使用可能具有更大益处、更少伤害和/或更低成本的预防措施。

有很多原因可以解释为什么在进行决策时不使用证据解决问题，具体如下：

目前缺乏关于该主题的证据（尽管只有在正确的地方检索后才能知道这一点）

决策者不了解现有的证据

决策者认为现有证据质量不高，或不会对他们的环境产生影响

决策者出于其他原因做出决策（例如，政府政策制定者可能面临制度约束、利益集团的压力、执政党或其选民内部相互竞争的价值观）。

第4.6节中，我们会讨论证据形式与决策相关问题相匹配的部分。



**专业人士, Julian Elliott**

*是一位临床研究人员，利用技术有效地准备和维护动态证据综合和指南，为决策提供信息*

结束与证据委员会的工作后，我更加坚信我们需要找到一些方法，使其将目前进行顺利的COVID-19证据响应工作的许多方面系统化，并解决许多进展不佳的问题。这包括许多为建立动态证据项目所作的令人难以置信的工作，我们现在看到这些项目在 COVID-19 之外被采用。目前在临床研究以及“平台试验”广泛而成功的实施，以及预印版采用方面取得重大进展。但令人沮丧的是，我注意到关键问题的覆盖情况仍不均衡，特别是与非药物干预（例如行为、环境、社会 and 系统干预）有关的高质量研究的资助情况水平低得不合情理，质量低下和过时的证据综合，以及令人心碎的研究重复所带来的浪费。

”

### 3.8 以决策者类型区分的全球委员会报告

全球委员会的报告可以针对、直接涉及或更广泛地涉及证据委员会报告所关注的四类决策者中的任何一类。我们分析了2016年以来发布的70份委员会报告，政府政策制定者是最常见的目标用户。委员会成员也经常被描述为政府政策制定者，这类决策者也是委员会报告中更广泛参与的焦点。公民是最不常见的目标用户、委员会成员和更广泛参与的焦点。许多委员会报告(52)并没有把任何类型的决策者作为描述其委员的基础。



## 3.9 参考文献

1. Kahneman D. Thinking, fast and slow. New York: Farrar, Straus and Giroux; 2011.
2. Nsangi A, Semakula D, Oxman AD, et al. Effects of the Informed Health Choices primary school intervention on the ability of children in Uganda to assess the reliability of claims about treatment effects: A cluster-randomised controlled trial. *The Lancet* 2017; 390(10092): 374-388.
3. Semakula D, Nsangi A, Oxman AD, et al. Effects of the Informed Health Choices podcast on the ability of parents of primary school children in Uganda to assess claims about treatment effects: A randomised controlled trial. *The Lancet* 2017; 390(10092): 389-398.
4. Langer L, Tripney J, Gough D. The science of using science: Researching the use of research evidence in decision-making. London: EPPI-Centre, UCL Institute of Education; 2016.
5. Oliver K, Innvar S, Lorenc T, Woodman J, Thomas J. A systematic review of barriers to and facilitators of the use of evidence by policymakers. *BMC Health Services Research* 2014; 14: 2.
6. Murthy L, Shepperd S, Clarke MJ, et al. Interventions to improve the use of systematic reviews in decision-making by health system managers, policy makers and clinicians. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012; (9): 1-67.
7. Perrier L, Mrklas K, Lavis JN, Straus SE. Interventions encouraging the use of systematic reviews by health policymakers and managers: A systematic review. *Implementation Science* 2011; 6: 43.
8. Wallace J, Byrne C, Clarke M. Improving the uptake of systematic reviews: A systematic review of intervention effectiveness and relevance. *BMJ Open* 2014; 4(10): e005834.
9. Sarkies MN, Bowles K-A, Skinner EH, Haas R, Lane H, Haines TP. The effectiveness of research implementation strategies for promoting evidence-informed policy and management decisions in healthcare: A systematic review. *Implementation Science* 2017; 12(1): 132.
10. Williamson A, Barker D, Green S, et al. Increasing the capacity of policy agencies to use research findings: A stepped-wedge trial. *Health Research Policy and Systems* 2019; 17(14).
11. Partridge ACR, Mansilla C, Randhawa H, Lavis JN, El-Jardali F, Sewankambo NK. Lessons learned from descriptions and evaluations of knowledge translation platforms supporting evidence-informed policy-making in low- and middle-income countries: A systematic review. *Health Research Policy and Systems* 2020; 18(1): 127.
12. Ricciardi GW, Toumi M, Weil-Olivier C, et al. Comparison of NITAG policies and working processes in selected developed countries. *Vaccine* 2015; 33(1): 3-11.
13. Bell S, Blanchard L, Walls H, Mounier-Jack S, Howard N. Value and effectiveness of national immunization technical advisory groups in low- and middle-income countries: A qualitative study of global and national perspectives. *Health Policy and Planning* 2019; 34(4): 271-281.
14. Tyner E, Lorenc T, Petticrew M, et al. Cultures of evidence among decision makers in non-health sectors: Systematic review of qualitative evidence. *The Lancet* 2013; 382(S3).
15. Government of Kenya. Guidelines for evidence use in policy-making. Nairobi: Government of Kenya, Ministry of Health; 2016.
16. HM Treasury. The green book: Central government guidance on appraisal and evaluation. London: UK Government, HM Treasury; 2018.
17. Sucha V, Sienkiewicz M. Science for policy handbook. Brussels: European Commission Joint Research Centre; 2020.
18. Sense About Science. Transparency of evidence: An assessment of government policy proposals May 2015 to May 2016. London: Sense About Science; 2016.
19. Haskins R, Margolis G. Show me the evidence: Obama's fight for rigor and results in social policy. Washington: Brookings Institution Press; 2014.
20. Tate K, Hewko S, McLane P, et al. Learning to lead: A review and synthesis of literature examining health care managers' use of knowledge. *Journal of Health Services Research & Policy* 2019; 24(1): 57-70.
21. Shafaghat T, Imani-Nasab MH, Bahrami MA, et al. A mapping of facilitators and barriers to evidence-based management in health systems: A scoping review study. *Systematic Reviews* 2021; 10(1): 42.



22. Roshanghalb A, Lettieri E, Aloini D, Cannavacciuolo L, Gitto S, Visintin F. What evidence on evidence-based management in healthcare? *Management Decision* 2018; 56(10): 2069-2084.
23. Moss I. Improving institutional decision-making: Which institutions? – A framework. 2021. <https://forum.effectivealtruism.org/posts/ttpSEgE3by7AAhQ7w/improving-institutional-decision-making-which-institutions-a> (accessed 9 September 2021).
24. Leigh A. *Randomistas: How radical researchers changed our world*. Carlton: La Trobe University Press in conjunction with Black Inc.; 2018.
25. Pantoja T, Opiyo N, Lewin S, et al. Implementation strategies for health systems in low-income countries: An overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017; 9(9).
26. Dagenais C, Lysenko L, Abrami PC, Bernard RM, Ramde J, Janosz M. Use of research-based information by school practitioners and determinants of use: A review of empirical research. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice* 2012; 8(3): 285-309.
27. Organisation for Economic Co-operation and Development. *Behavioural insights and organisations: Fostering safety culture*. Paris: OECD; 2020.
28. Fontaine G, Maheu-Cadotte MA, Lavallée A, et al. Communicating science in the digital and social media ecosystem: Scoping review and typology of strategies used by health scientists. *JMIR Public Health and Surveillance* 2019; 5(3): e14447.
29. Weiss CH. The many meanings of research utilization. *Public Administration Review* 1979; 39(5): 426-431.