مقاله پژوهشی

موانع ترجمان دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت: یک مرور حیطه‌ای

علی محمد مصدق‌راد[۱]، پروانه اصفهانی[۲*]

۱) دکترای تخصصی سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت، دانشیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده‌ی بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. ۲) دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران.

***نویسنده‌ی مسئول:** زابل، دانشگاه علوم پزشکی زابل، دانشکده‌ی بهداشت، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، تلفن: ۰۵۴ ۳۲۲۳۳۲۱۹۰، نمابر: ۰۵۴ ۳۲۲۳۳۲۱۹۰ ، پست الکترونیک: p.esfahani@zbmu.ac.ir

دریافت: ۹۸/۱۱/۱ پذیرش: ۹۹/۳/۲۲

چکیده

مقدمه: *ترجمان دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت، فرآیند تولید، تبادل و استفاده از شواهد علمی برای تصمیم‌گیری، سیاست‌گذاری و مدیریت سازمان‌های بهداشتی و درمانی است. دانش و شواهد علمی به‌خوبی میان پژوهشگران و سیاست‌گذاران تبادل نمی‌شود. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف شناسایی موانع ترجمان دانش در حوزه‌ی سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت انجام شد.*

روش کار: *مطالعه‌ی حاضر با روش مرور حیطه‌ای، در بهار ۱۳۹۹ در دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد. کلیه‌ی مقالات منتشرشده در زمینه‌ی موانع ترجمان دانش در سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت در بازه‌ی زمانی ۱ ژانویه ۱۹۹۵ تا ۳۱ دسامبر ۲۰۱۹ میلادی در نه پایگاه داده‌ای جستجو و جمع‌آوری شدند. در نهایت، ۵۸ مقاله با روش تحلیل موضوعی با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA 10 تحلیل شد.*

یافته‌ها: *تعداد ۷۶ مانع ترجمان دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت شناسایی و در هفت دسته‌ی موانع مرتبط با ویژگی‌های بخش بهداشت و درمان، سازمان‌های بهداشتی و درمانی، دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت، تولیدکننده‌ی دانش، استفاده‌کننده‌ی دانش، تکنولوژی انتقال دانش و ارتباط میان تولیدکننده و استفاده‌کننده‌ی دانش، دسته‌بندی شدند. عدم دسترسی تولیدکنندگان و استفاده‌کنندگان به پایگاه‌های اطلاعات و شواهد، کمبود وقت برای تبادل و استفاده از دانش، کمبود منابع، آگاهی و دانش ضعیف کارکنان، حمایت کم سیاست‌گذاران از پژوهشگران، انگیزه‌ی کم پژوهشگران برای تبادل دانش، آموزش ناکافی و عدم درک ارزش شواهد پژوهشی، در عمل بیش‌ترین موانع ذکرشده در ترجمان دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت بودند.*

نتیجه‌گیری: *شکاف میان تئوری و عمل در سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت زیاد است و موانع متعددی در زمینه‌ی ترجمان دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت وجود دارد. سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت باید اقدامات جدی را برای استفاده‌ی بهینه از دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت برای بهبود عملکرد سازمان‌های بهداشتی و درمانی به‌کار گیرند.*

کلیدواژه‌گان: *ترجمان دانش، سیاست‌گذاری سلامت، مدیریت سلامت، مرور حیطه‌ای*

مقدمه

نظام سلامت، مجموعه‌ای از سازمان‌ها، گروه‌ها و افرادی است که وظیفه‌ی سیاست‌گذاری، تولید منابع، تامین مالی و ارایه‌ی خدمات سلامت را با هدف تامین، ارتقا و حفظ سلامتی مردم برعهده دارند [۱]. وظایف اصلی نظام سلامت شامل حاکمیت، تامین مالی، تولید منابع (نیروی انسانی، تجهیزات و اطلاعات) و ارایه‌ی خدمات سلامت است [۲]. هدف از حاکمیت ایجاد سیستمی برای مدیریت بهتر نظام سلامت است. حاکمیت نظام سلامت شامل ابعاد سازماندهی؛ ارتباطات و همکاری میان‌بخشی؛ قانون‌گذاری؛ سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی؛ تولیت و مدیریت؛ نظارت و ارزشیابی و حفاظت از مشتریان می‌باشد [۳]. بنابراین، حاکمیت با طراحی ساختار سازمانی مناسب برای دستیابی به اهداف سازمان‌های بهداشتی و درمانی، چگونگی انتخاب و انتصاب افراد در سازمان، برقراری ارتباطات اثربخش میان سازمان‌های داخلی و خارجی مرتبط، تدوین قوانین، مقررات و سیاست‌ها، تعیین جهت استراتژیک سازمان، برنامه‌ریزی برای دستیابی به اهداف سازمان، مدیریت منابع برای اجرای برنامه‌ها، حصول اطمینان از اجرای قوانین بالادستی و نظارت و ارزشیابی عملکرد سازمان مرتبط است.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-08]

سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت، نقش کلیدی در نظام سلامت دارند. سیاست‌گذاری سلامت، فرآیند تدوین دستورالعمل‌هایی در حوزه‌های تامین مالی، تولید منابع و ارایه‌ی خدمات سلامت در راستای تامین، ارتقا و حفظ سلامتی مردم جامعه است [۴]. این سیاست‌ها، راهنمای تصمیم‌گیری مدیران سطوح پایین نظام سلامت می‌باشند. مدیریت، فرآیند دستیابی به اهداف سازمان از طریق استفاده‌ی بهینه از منابع سازمانی است؛ به‌گونه‌ای که حداکثر رضایت را برای کارفرمایان و کارکنان فراهم کند و بهترین کالاها یا خدمات را به مشتریان ارایه دهد [۱].

سازمان‌های بهداشتی و درمانی، سازمان‌هایی پیچیده با افراد متخصصی هستند که وظیفه آن‌ها مدیریت تقاضاهای متعدد و گاهی متناقض مردم برای خدمات سلامت است. بنابراین، نوع تصمیم‌هایی که در این سازمان‌ها اتخاذ می‌شود، پیچیده است. از طرف دیگر، این سازمان‌ها با تغییروتحولات بنیادی سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فناوری مواجه هستند. این تغییرات، چالش‌های زیادی را برای سیاست‌گذاران و مدیران سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایجاد کرده‌است. سازماندهی و مدیریت نظام سلامت، نحوه‌ی تخصیص منابع محدود به نیازهای نامحدود مردم، تضمین کیفیت و ایمنی خدمات سلامت و کاهش نابرابری در برخورداری از خدمات سلامت، از جمله‌ی این چالش‌ها است. پژوهش‌های بسیار زیادی در حوزه‌ی سلامت انجام می‌شود که می‌توانند به سیاست‌گذاران و مدیران سلامت در شناسایی چالش‌ها و راه‌کارهای مناسب برای رفع مشکلات سازمان‌های بهداشتی و درمانی کمک کنند. توانایی سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت در استفاده از اطلاعات و دانش صحیح، قابل‌اعتماد و به‌روز، یکی از عوامل موفقیت سازمان‌هاست. اتخاذ تصمیم براساس داده‌های عینی، از اصول مدیریت علمی است. فرآیند سیاست‌گذاری شامل مراحل تدوین، اجرا و ارزشیابی سیاست‌ها است [۴]. فرآیند مدیریت نیز شامل برنامه‌ریزی، سازماندهی، رهبری و کنترل است [۱]. سیاست‌گذاران و مدیران سلامت باید از شواهد علمی و پژوهشی معتبر و باکیفیت در کلیه‌ی مراحل سیاست‌گذاری و مدیریت استفاده کنند.

مدیریت دانش[1]، فرآیند منظم شناسایی، دریافت، سازماندهی و انتقال دانش به افرادی است که می‌خواهند از آن استفاده کنند [۵]. بنابراین، فرآیند مدیریت دانش شامل به‌دست‌آوردن، توسعه، انتقال و استفاده‌ی موثر از دانش برای دستیابی به اهداف سازمانی است. هدف از مدیریت دانش، بهبود فرآیندهای کاری، توسعه‌ی محصولات سازمان، افزایش بهره‌وری، بهبود رضایت کارکنان و مشتریان، افزایش سود و دستیابی به مزیت برتری است. واژه‌ی مدیریت دانش بیش‌تر در رفتار سازمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد. معادل این واژه، بسیج دانش[2] در علوم اجتماعی و ترجمان دانش[3] در حوزه‌ی سلامت است.

واژه‌ی ترجمان دانش برای اولین بار در سال ۲۰۰۰ میلادی توسط موسسات تحقیقات سلامت کانادا[4] استفاده شد [۶]. ترجمان دانش شامل کلیه‌ی مراحلی است که از تولید تا استفاده از دانش اتفاق می‌افتد. ترجمان دانش در بخش سلامت، فرآیند تولید، تبادل و استفاده از دانش برای تقویت نظام سلامت، بهبود فرآیندهای کاری، ارایه‌ی کالاها و خدمات موثر بهداشتی و درمانی و ارتقای سلامتی مردم جامعه است. ترجمان دانش به‌عنوان پلی میان شواهد پژوهشی و سیاست‌ها عمل می‌کند و هدف آن، کاهش شکاف میان تئوری و عمل است. ترجمان دانش در سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت، فرآیند ارتباطی دوطرفه میان پژوهشگران و سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت است. پژوهشگران با درک نیازهای سیاست‌گذاران و مدیران، به انجام پژوهش‌های کاربردی پرداخته و نتایج را در اختیار سیاست‌گذاران و مدیران قرار می‌دهند.

ترجمان دانش کمک می‌کند تا مدیریت سازمان‌های بهداشتی و درمانی و ارایه‌ی خدمات سلامت، براساس شواهد و واقعیات صورت گیرد که در نهایت، منجر به بهبود رضایت بیماران و افزایش بهره‌وری سازمان‌های بهداشتی و درمانی می‌شود [۸-۷]. با وجود این، نتایج بسیاری از پژوهش‌های انجام‌شده، مورد استفاده‌ی سیاست‌گذاران و مدیران سلامت قرار نمی‌گیرد [۱۰-۹]. سیاست‌گذاران و مدیران سلامت در حالی‌که ارایه‌کنندگان خدمات سلامت، نظیر پزشکان و پرستاران را به استفاده از شواهد علمی و پژوهشی تشویق می‌کنند، خود کم‌تر از شواهد علمی در سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت استفاده می‌کنند [۱۰]. به‌عبارتی، برخلاف طبابت و مراقبت مبتنی‌برشواهد[5]، در نظام سلامت، کم‌تر از مدیریت مبتنی‌برشواهد[6] استفاده می‌شود.

به‌طور کلی، سه مشکل استفاده‌ی زیاد، کم و غلط از شواهد علمی در سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت اتفاق می‌افتد [۱۱]. به‌عنوان مثال، استفاده از استراتژی ادغام برای حل مشکلات کیفیت خدمات و کمبود منابع مالی سازمان‌های بهداشتی و درمانی و استفاده از ابزارهای غیرمعتبر برای سنجش رضایت بیماران، نمونه‌هایی از استفاده‌ی زیاد، استفاده از سایر کارشناسان بهداشتی و درمانی به‌جای پزشکان در ارایه‌ی مراقبت‌های اولیه‌ی

[1] Knowledge management

[2] Knowledge mobilization
[3] Knowledge translation
[4] Canadian Institutes for Health Research
[5] Evidence based practice
[6] Evidence based management

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-08]

بهداشتی و درمانی و اورژانسی، نمونه‌ای از استفاده‌ی کم و در نهایت، استفاده از مراقبت بیمار در منزل (بیمارستان در منزل) به‌جای مراقبت در بیمارستان، استفاده از پزشکان برای مدیریت سازمان‌های بهداشتی و درمانی و به‌کارگیری مدیریت کیفیت فراگیر، از جمله مثال‌های استفاده‌ی غلط از شواهد پژوهشی در سازمان‌های بهداشتی و درمانی است [۱۷-۱۱].

عوامل بسیاری در ارتباط با توانایی‌ها، مهارت‌ها و علایق تولیدکنندگان و استفاده‌کنندگان دانش و محیط سازمان‌های بهداشتی و درمانی، بر فرآیند ترجمان دانش اثر می‌گذارد. پژوهشگران کم‌تر سراغ سیاست‌گذاران و مدیران می‌روند تا نتایج پژوهش‌هایشان را در اختیار آن‌ها قرار دهند. از طرف دیگر، به‌کارگیری تئوری (دانش) در عمل کار ساده‌ای نیست. سیاست‌گذاران و مدیران سلامت دانش، توانایی و مهارت لازم را برای استفاده از شواهد پژوهشی تولیدشده ندارند.

پژوهش‌های متعددی در ایران و جهان در زمینه‌ی موانع ترجمان دانش انجام شده است [۲۲-۱۸]. ترکیب و تحلیل نتایج پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه‌ی موانع ترجمان دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت، منجر به توسعه‌ی مدل جامع و کاملی از موانع اصلی و فرعی ترجمان دانش در حوزه‌ی سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت می‌شود که تنها با انجام مطالعه‌ای پژوهشی یا بررسی نتایج این قبیل مطالعات، قابل دستیابی نیست. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف شناسایی و تبیین موانع ترجمان دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت انجام شد. شناسایی و تبیین این موانع می‌تواند با ارایه‌ی یک مدل مفهومی به توسعه‌ی دانش موجود در زمینه‌ی موانع ترجمان دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت کمک کند که در نهایت، برای توسعه‌ی استراتژی‌های کاهش فاصله میان تولید و استفاده از دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت استفاده می‌شود.

روش کار

مطالعه‌ی حاضر با روش مرور حیطه‌ای در بهار ۱۳۹۹ در دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد. مرور حیطه‌ای، مطالعه‌ای ثانویه است که برای ترکیب شواهد پژوهشی حاصل از مطالعات پژوهشی اصیل استفاده می‌شود. مرور حیطه‌ای، گزینه‌ی مناسبی از میان روش‌های مطالعات مروری برای پاسخ به سوالات «چه چیزی» و «چرا» در حیطه‌ی موضوعی خاص است. هنگامی که موضوع اصلی پژوهش و مستندات موجود مربوط به آن بسیار وسیع و پیچیده بوده و یا به‌صورت گسترده و جامع مورد بررسی قرار نگرفته باشند، می‌توان از روش مرور حیطه‌ای استفاده کرد [۳]. دلایل استفاده از مطالعه‌ی مرور حیطه‌ای عبارتند از: شناسایی انواع شواهد موجود در موضوع مورد نظر، بیان کلیت موضوع و شناسایی مفاهیم کلیدی آن نظیر تعاریف و مدل‌های مفهومی، ترسیم نقشه‌ی ادبیات موضوع مربوطه، شناسایی روش‌های پژوهشی مورد استفاده در حوزه‌ی مورد نظر، بررسی ماهیت و وسعت پژوهش‌های انجام‌شده و شواهد پژوهشی تولیدشده، تلخیص و انتشار یافته‌های پژوهش، شناسایی و تحلیل شکاف‌های پژوهشی در ادبیات موضوعی مربوطه و تعیین ضرورت انجام مرور نظام‌مند [۳،۲۳].

در انجام مطالعه‌ی مرور حیطه‌ای باید از روشی شفاف و معتبر استفاده شود تا نتایج حاصله، قابل‌اعتماد باشند. بنابراین مرور حیطه‌ای، از فرآیندی ساختاریافته و روش جستجوی نظام‌مند استفاده می‌کند، اما برخی محدودیت‌های مرور نظام‌مند، مانند ارزشیابی کیفیت مقالات مورد بررسی را نداشته و در نتیجه، دامنه‌ی وسیعی از مطالعات را در زمان کم‌تری مورد بررسی قرار می‌دهد. بنابراین، زمانی که سیاست‌گذار یا مدیر نیاز فوری به شواهد کلی در موضوعی خاص داشته‌باشد، می‌توان از مرور حیطه‌ای استفاده کرد. همچنین، برعکس مرور نظام‌مند که به‌دنبال آزمون فرضیه‌ی پژوهشی است، مرور حیطه‌ای منجر به تولید فرضیه می‌شود [۳]. به‌عبارتی، مرور حیطه‌ای، پیش‌نیاز مرور نظام‌مند است.

در مطالعه‌ی مرور حیطه‌ای حاضر از پروتکل شش مرحله‌ای Arksey و O'Malley استفاده شد که عبارتند از: ۱- شناسایی پرسش‌های پژوهش؛ ۲- شناسایی مطالعات مرتبط با استفاده از پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر، بررسی متون خاکستری، پایان‌نامه‌ها، مقالات مروری و منابع مطالعات در حیطه‌ی مورد پژوهش؛ ۳- انتخاب مطالعات مرتبط از میان مطالعات اولیه؛ ۴- استخراج داده‌ها به‌صورت نمودار و جدول؛ ۵-جمع‌آوری، خلاصه‌سازی و گزارش یافته‌ها و ۶- مشاوره‌ی اختیاری با صاحب‌نظران در مورد یافته‌های به‌دست آمده [۲۴].

برخلاف مرور نظام‌مند که به‌دنبال پاسخ به پرسشی مشخص است، مرور حیطه‌ای به‌دنبال پاسخ‌گویی به پرسش‌های متعددی است [۳]. پرسش‌های پژوهشی مطالعه‌ی حاضر عبارت بودند از: «چه موانعی بر سر راه ترجمان دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت وجود دارند؟» و «کدام یک از موانع ترجمان دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت شایع‌تر هستند؟»

از پایگاه‌های اطلاعاتی انگلیسی زبان، Medline از درگاه PubMed، Web of Science، PsycINFOS، Social science abstracts، Emerald، Springer، CINAHL، Scopus و ScienceDirect و موتور جستجوگر Google، Google Scholar برای یافتن منابع علمی مطالعه‌ی حاضر استفاده شد. علاوه‌براین، برای دستیابی به مقالات ایندکس‌نشده،

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-08]

مجلات تخصصی در حوزه‌ی مدیریت اطلاعات و دانش، به‌ویژه در بخش سلامت، مانند Journal of Information & Knowledge Management، Knowledge and Information Systems: An International Journal، Journal of Knowledge Management information، Interdisciplinary Journal of Information، Knowledge Management for Development Journal و Journal of Information & Knowledge Management در پایگاه‌های اطلاعاتی فوق مورد بررسی قرار گرفت.

کلیدواژه‌های مورد استفاده برای جستجو شامل اصطلاحات Mesh و کلیدواژه‌های رایج مرتبط با موضوع مورد مطالعه شامل knowledge (evidence، research)، translation (generation، exchange، mobilization، transfer)، barriers (blockers، inhibitors، obstacle و health policy and system research (health policy health management) به زبان انگلیسی بود (جدول ۱). همچنین، فهرست منابع مقالات به‌دست آمده در زمینه‌ی موانع ترجمان دانش در حوزه‌ی سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت نیز به‌صورت دستی جستجو و مقالات مرتبط استخراج شد.

جدول ۱: استراتژی جستجو در پایگاه PubMed

(((((((("knowledge"[All Fields] OR evidence[All Fields]) OR "research"[All Fields]) AND ("translations"[MeSH Terms] OR "translations"[All Fields] OR "exchange"[All Fields]) OR mobilization [All Fields]) OR "transfer"[All Fields]) AND barriers[All Fields]) OR blockers[All Fields]) OR "inhibitors"[All Fields]) OR obstacle[All Fields]) AND "health policy"[All Fields]) AND "health management"[All Fields] AND ("1990/01/01"[PubDate] : "2019/12/31"[PubDate])

مرور حیطه‌ای معمولا برای بازه‌ی زمانی بیش از یک سال انجام می‌شود. معیار ورود به مطالعه‌ی حاضر عبارت بود از: مقالات فارسی و انگلیسی منتشرشده در بازه‌ی زمانی ۱ ژانویه ۱۹۹۵ تا ۳۱ دسامبر ۲۰۱۹ میلادی که به موانع ترجمان دانش در حوزه سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت اشاره کرده‌باشند. معیارهای خروج از مطالعه شامل مطالعات منتشرشده به زبان‌های مختلف، به‌جز فارسی و انگلیسی، مطالعات منتشرشده پس از ۳۱ دسامبر سال ۲۰۱۹ میلادی، کتاب‌ها، کنفرانس‌ها و پایان‌نامه‌ها بود. پایگاه‌های مورد نظر، توسط یکی از پژوهشگران مورد جستجو قرار گرفت. غربالگری مقالات به‌طور مستقل توسط دو پژوهشگر صورت گرفت و نتایج از طریق بحث و تبادل نظر، مقایسه و بررسی شد.

از فرم استخراج داده‌ها، شامل مشخصات نویسندگان، نام مجله، سال انتشار مقاله، کشور محل مطالعه، هدف مطالعه، سال انجام مطالعه، نوع پژوهش، روش جمع‌آوری اطلاعات، موانع ترجمان دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت و دلایل موانع ترجمان دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت، برای استخراج داده‌ها استفاده شد.

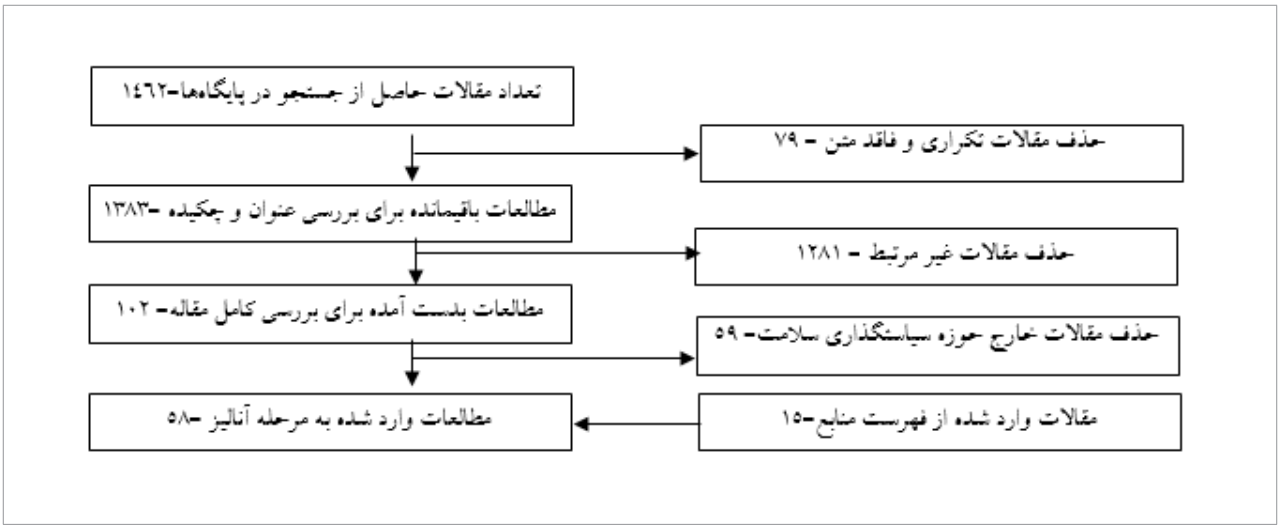
از روش تحلیل موضوعی[7] شش مرحله‌ای براون[8] و کلارک[9]، شامل آشنایی با داده‌ها، شناسایی کدهای اولیه، جستجو برای تم‌ها، مرور تم‌ها، تعریف تم‌ها و تهیه گزارش، برای تحلیل داده‌های کیفی مطالعه استفاده شد [۲۵]. از نسخه‌ی ۱۰ نرم‌افزار MAXQDA برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. اهداف مطالعه‌ی حاضر، مرور حیطه‌ای «شناسایی موانع ترجمان دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت» و «تعیین مهم‌ترین و شایع‌ترین موانع ترجمان دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت» بود. بنابراین، کلیه‌ی موانع ترجمان دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت مندرج در مطالعات کمی و کیفی، استخراج و کدگذاری شدند. این موانع براساس شباهت، گروه‌بندی شدند. سپس، موانع شناسایی‌شده براساس میزان تکرار در مطالعات، رتبه‌بندی شدند تا شایع‌ترین موانع ترجمان دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت تعیین شوند. کلیه‌ی ملاحظات اخلاقی مختص پژوهش‌های مروری در مطالعه‌ی حاضر رعایت شدند.

یافته‌ها

تعداد ۵۸ مطالعه در فاصله‌ی زمانی ۱ ژانویه ۱۹۹۵ تا ۳۱ دسامبر ۲۰۱۹ میلادی به بررسی موانع ترجمان دانش در حوزه سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت پرداخته‌بودند. در جستجوی اولیه، تعداد ۱۴۶۲ مقاله یافت شد. در مرحله‌ی اول، با مطالعه‌ی عناوین، تعداد ۷۹ مقاله به‌دلیل تکراری و یا فاقدمتن بودن حذف شد. در مرحله‌ی دوم، با مطالعه‌ی چکیده‌ها، تعداد ۱۲۸۱ مقاله‌ی غیرمرتبط از مطالعه خارج شد. در مرحله‌ی سوم، پس از مطالعه‌ی دقیق مقالات باقیمانده، تعداد ۵۹ مقاله به‌دلیل عدم‌کاربرد در حوزه‌ی سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت حذف گردید. پانزده مقاله نیز با استفاده از منابع مقالات به‌دست آمد. در نهایت، تعداد ۵۸ مقاله‌ی پژوهشی مرتبط با موانع ترجمان دانش در حوزه سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفت (نمودار ۱ و جدول ۲).

[7] Thematic analysis
[8] Braun
[9] Clarke

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-08]



نمودار ۱: روند بررسی پایگاه‌ها و یافتن مقالات

جدول۲: مشخصات مطالعات مورد بررسی

نویسنده‌ی اول	سال انتشار	مکان	نوع مطالعه	موانع ترجمان دانش
Norton	۲۰۱۶	بنگلادش و آفریقای جنوبی	ترکیبی	زمان ناکافی برای تبادل، موانع زبانی
Durana	۲۰۱۴	ترکیه	کمی	سطح مشارکت پایین کارکنان در استفاده از دانش
Valinejadi	۲۰۱۶	ایران	ترکیبی	عدم‌تعیین اولویت تحقیقاتی، کاربردی نبودن تحقیقات، فقدان آگاهی و مهارت کافی، کیفیت پایین پژوهش و هدف چاپ در ژورنال، تعامل ضعیف میان پژوهشگر و استفاده‌کننده، فقدان درگیری و مشارکت ذی‌نفعان در طرح‌ها و پژوهش‌ها، ناکافی‌بودن منابع مالی، فقدان مکانیسم‌های ترجمان دانش، فقدان سیستم پایش و ارزیابی برای ارزیابی پیامدهای تحقیق، فقدان حمایت از جانب مدیران و سیاست‌گذاران
Petzold	۲۰۱۴	کانادا	کیفی	فقدان دسترسی به شواهد کاربردی، فقدان انگیزه، موانع فردی، فقدان تمایل به تغییر، فقدان مهارت لازم، موانع سازمانی، موانع مدیریتی، فقدان آگاهی، فقدان درک درست
Constantin Brătianu	۲۰۱۲	رومانی	کمی	فقدان حمایت مدیران و سیاست‌گذاران سلامت، آموزش ناکافی
Haynes	۲۰۱۶	استرالیا	کیفی	بروکراسی، فقدان اولویت مدیریتی، موانع ارزیابی دانش
Roberge	۲۰۱۳	کانادا	کمی	شکاف میان تولید و استفاده از پژوهش
Rumishael Shoo	۲۰۱۲	آفریقا	کیفی	فقدان تشویق در استفاده از دانش، آگاهی ناکافی از دانش، فقدان سیستم اطلاعاتی، محدودیت دسترسی، فقدان فرهنگ استفاده از دانش
Cheraghi	۲۰۱۰	ایران	کیفی	آموزش ناکافی، تغییرات محیطی، شکاف میان دانش و استفاده از آن، فقدان مهارت، نامناسب‌بودن محیط درمانی برای تجربه و استفاده از دانش، فقدان حمایت مدیریتی، فقدان مهارت استفاده از دانش، محدودیت زمان، فشار کاری
Bolarinwa	۲۰۱۱	نیجریه	کمی	عدم‌دسترسی به اطلاعات و دانش
Muhajarine	۲۰۱۱	کانادا	کیفی	وجود شکاف میان دانش و استفاده‌ی آن
Mandy	۲۰۱۷	استرالیا	کیفی	موانع زبانی
Ann-Charlott	۱۹۹۵	سودان	کیفی	فقدان دانش و آگاهی کافی، عوامل فرهنگی
Greek	۲۰۰۹	نیوزیلند	کیفی	ناکافی‌بودن دانش، ناکافی‌بودن آگاهی، ناکافی‌بودن انگیزه و نگرش، موانع مالی، فقدان کار گروهی، موانع سازمانی
Blair	۲۰۱۰	کانادا	کمی	فقدان دستورالعمل
Mike	۲۰۰۱	انگلیس	کیفی	موانع مالی، اولویت پایین
Yazdizadeh	۲۰۱۶	ایران	کمی	فقدان اجرای نتایج تحقیق، فقدان تحقیقات مبتنی‌بر نیاز جامعه

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-08]

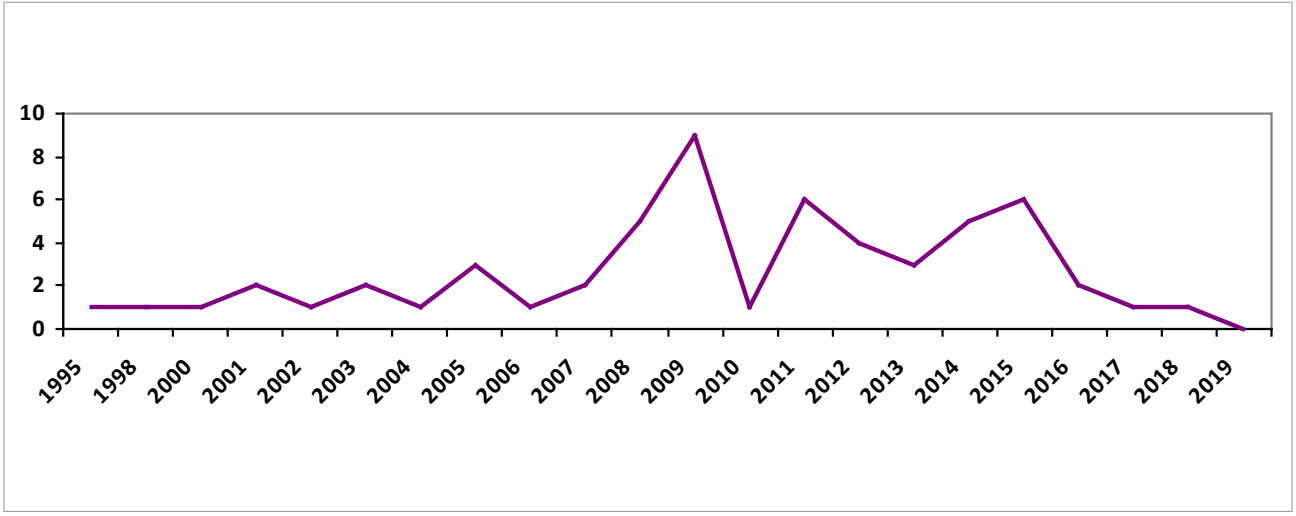
نویسنده‌ی اول	سال انتشار	مکان	نوع مطالعه	موانع ترجمان دانش
Anita	۲۰۰۹	کانادا	کمی	فقدان زمان، فقدان مهارت‌های ارزیابی پژوهش، کاربردی نبودن پژوهش، به‌روز نبودن پژوهش، فقدان دسترسی به پژوهش، استفاده از تحقیق برای تصمیم‌گیری تنها در سطوح بالا
France Le gare	۲۰۰۶	کانادا	کمی	عدم‌تفسیر شواهد و نتایج، عدم‌توافق در استفاده از دانش
Marsha Gold	۲۰۰۷	آمریکا	کیفی	محدودیت دسترسی، محدودیت تامین مالی، تقاضای رقابتی استفاده از محقق، نقص در دستیابی به مخاطب مورد انتظار
Kilbourne	۲۰۰۷	آمریکا	کیفی	فقدان آگاهی از مداخلات مبتنی‌برشواهد، فقدان مدل‌های انتقال دانش، فقدان انگیزش‌های مالی، فقدان زمان، فقدان منابع، فقدان آموزش، فقدان اولویت
Farmer	۲۰۰۱	اسکاتلند	ترکیبی	فقدان زمان، فقدان مهارت‌های کافی جستجو
Petticrew	۲۰۰۴	انگلیس	مروری	کمبود سیستم‌های تحلیل اطلاعات، کیفیت پایین تحقیقات
Frances Bunn	۲۰۱۱	انگلیس	مروری	غیرکاربردی‌بودن تحقیقات، بی‌ثباتی سیاسی
Gladwin	۲۰۰۳	اوگاندا	کیفی	سلسله مراتب قدرت، فقدان درک درست، آموزش ناکافی، ارتباطات ضعیف، تمرکززدایی ناکافی، فقدان مهارت در جستجو
Karin Hanne	۲۰۰۹	بلژیک	کیفی	عدم‌استفاده از شواهد، کاربردی نبودن شواهد، فقدان زمان کافی، حمایت مالی ضعیف، یک‌سوگرایی در پژوهش، تاثیر محققان، تاثیر مطالعات دیگر، استقلال اندک پژوهش، اولویت پایین دولت و سازمان‌های بهداشتی، ویژگی‌های بیماران، پیچیدگی تشخیص، نامناسب‌بودن محیط درمانی برای استفاده از دانش
Tugrul Daim	۲۰۰۸	آمریکا	کیفی	جنبه‌های مالی، فقدان مهارت توسعه، طراحی و استفاده از دانش و سیستم‌های اطلاعاتی، عدم‌دسترسی به گزارش‌های منتشرشده، ساختار خاص سازمان‌های بهداشتی و درمانی، وجود چالش‌ها و خطرات در اجرای سیستم‌های اطلاعاتی، فقدان استانداردها
Ann-Marie Hughes	۲۰۱۴	انگلیس	کمی	فقدان دانش، آموزش ناکافی، فقدان آگاهی، فقدان دسترسی
Dianna	۲۰۱۲	کانادا	کمی	پایین‌بودن کیفیت پژوهش‌ها
Theresa Bengough	۲۰۱۵	سوییس	کیفی	موانع مربوط به بیمار، موانع مربوط به حرفه، فقدان توانایی در ارزشیابی اطلاعات علمی در سازمان بهداشتی و درمانی
Louise Fitzgerald	۲۰۱۵	انگلیس	کمی	فقدان سیاست تنظیم شبکه‌ی دانش
Leilani Tacia	۲۰۱۵	آمریکا	کیفی	موانع فرهنگی، فقدان دانش، فقدان انگیزش، مدیریت زمان، محدودیت دسترسی کاربران به سیستم‌های کامپیوتری
Leif Eriksson	۲۰۱۱	ویتنام	کیفی	فقدان منابع، کاربردی نبودن پژوهش
Denise m. Rousseau	۲۰۰۷	امریکا	کیفی	محدودیت تصمیم‌گیری، عدم‌دسترسی به اطلاعات به‌روز، فقدان فرهنگ مبتنی‌برپژوهش، مشارکت اندک در تحقیق
Craig Mitton	۲۰۰۹	کانادا	کیفی	فقدان اعتماد متقابل، نگرش منفی به تغییر، فقدان تجربه و ظرفیت ارزیابی شواهد، فقدان فرهنگ حمایتی، علایق رقابتی، فقدان سیستم تشویق پژوهشگر، گردش بالای کارکنان، عدم‌دریافت بازخورد قابل‌قبول، محدودیت زمانی در تصمیم‌گیری، تفاوت میان تصمیم‌های محققان و سیاست‌گذاران
Danielle	۲۰۰۹	استرالیا	کیفی	فقدان انگیزه محققان برای برقراری ارتباط با سیاست‌گذاران، عدم‌پذیرش نتایج تحقیق در سازمان‌های سیاسی، فقدان دسترسی به تحقیقات مفید
Ann Dadich	۲۰۱۳	استرالیا	کمی	محدودیت زمان، عدم درک نیاز مدیران، محدودیت دسترسی، عدم‌آشنایی با منابع و پایگاه‌های جستجو
Stephanie J Snow	۲۰۱۲	انگلیس و امریکا	کیفی	موانع سازمانی و حرفه‌ای در دانش
Khammarnia	۲۰۱۵	ایران	کمی	فقدان زمان کافی، مهارت ناکافی، عدم‌توانایی در استفاده از کامپیوتر، فقدان دانش، فقدان اختیار در استفاده از دانش، فقدان منابع انسانی، بار کاری زیاد، عدم‌دسترسی به اینترنت، عدم‌مشارکت کارکنان در استفاده از دانش
Vicky L Ward	۲۰۰۹	انگلیس	کیفی	شکاف ارتباطی میان تولیدکنندگان و استفاده‌کنندگان دانش

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-08]

نویسنده‌ی اول	سال انتشار	مکان	نوع مطالعه	موانع ترجمان دانش
Shooshtari	۲۰۱۲	ایران	کمی	فقدان زمان، فقدان منابع، کیفیت ضعیف، فقدان اعتماد میان کاربران و سیاست‌گذاران، فقدان دانش جهت ارزیابی نتایج دانش توسط مدیران و متخصصان، مشارکت ضعیف در استفاده از پژوهش
Gagliardi AR	۲۰۰۸	کانادا	ترکیبی	فقدان پویایی گروهی، عدم‌شفافیت در اهداف و فرآیندها
Aaserud	۲۰۰۵	کانادا	ترکیبی	عدم‌حمایت از محققان، تغییر سیاست‌ها
El-Jardali	۲۰۱۲	کشورهای منطقه مدیترانه‌ی شرقی	مروری	فقدان ارتباط کافی میان محققان و سیاست‌گذاران، محیط سیاسی غیرپذیرنده، محدودیت‌ها در اجرای عملی پژوهش‌ها
Damodaran	۲۰۰۰	انگلیس	کیفی	رابطه‌ی ضعیف کاربر و محقق، فقدان درک کافی، فقدان اعتماد میان کاربر و پژوهشگر، بی‌ثباتی سیستم، غیرقابل‌اعتمادبودن دانش و نرم‌افزار، عدم‌پاسخ فوری، اعمال اجبار، ناکافی‌بودن آموزش، عدم‌حمایت از کاربر، کوتاهی در ارایه‌ی دانش، فقدان پژوهش‌های کاربردی، مشکلات فرهنگی مربوط به تبادل و استفاده از دانش
Margaret	۲۰۱۳	تایوان	کمی	ابهام دانش، پیچیدگی دانش
Dobbins	۲۰۱۹	کانادا	کمی	رهبری ضعیف، کمبود منابع، مشارکت محدود مدیران و سیاست‌گذاران سلامت، فقدان درک کافی مدیران، فقدان زمان کافی برای مشارکت، آموزش ناکافی، مقاومت کارکنان، فقدان اعتماد در کارکنان مرتبط با دانش
Esmail	۲۰۱۸	کانادا	کمی	کمبود تجهیزات انتقال و تبادل دانش، فقدان انگیزه‌ی کافی استفاده‌کننده و تولیدکننده‌ی دانش، عدم‌حمایت، عدم‌همکاری سیاست‌گذاران در استفاده از دانش، فقدان رهبری قوی، فقدان برنامه‌ریزی مناسب، فقدان رویکردی مناسب برای اجرای ترجمان دانش، فقدان شواهد تکنولوژیک، عدم‌درک مفهوم ترجمان دانش، فقدان منابع مالی و انسانی، مشکلات ارتباطی میان پژوهشگر و سیاست‌گذار، نیاز به منابع مالی، فقدان مهارت کاربر
Mogre	۲۰۱۵	غنا	کمی	ضعف دانشی کارکنان، کیفیت پایین اطلاعات و شواهد
Waring	۲۰۱۳	انگلیس	کیفی	عدم‌درک و پذیرش دانش، محدودیت در مشارکت استفاده‌کننده
Wang	۲۰۱۷	استرالیا	کمی	فقدان منبع یادگیری، سطح دانش پایین کارکنان
Sayuri Iia	۲۰۱۷	انگلیس	کمی	ساختار سازمانی متمرکز، ارتباطات ضعیف میان استفاده‌کننده و محقق، اعتماد ضعیف، فقدان درک دانش
Dagenais	۲۰۱۵	کانادا	کیفی	محدودیت دسترسی به پایگاه‌ها، کیفیت پایین دانش، محدودیت دسترسی به شواهد
Tacia	۲۰۱۵	آمریکا	کیفی	موانع فرهنگی، فقدان دانش کافی، فقدان انگیزش، فقدان مدیریت زمان، محدودیت دسترسی به اطلاعات به‌روز، فقدان سیستم‌های کامپیوتری
Newman	۱۹۹۸	انگلیس	کیفی	فقدان اولویت مدیریتی، مشکلات کار گروهی، مدیریت ضعیف، مشکلات در مدیریت نوآوری، مشکل در دسترسی به شواهد، محدودیت منابع، مشکل در انتشار مقالات، فقدان فرهنگ مشارکتی، فقدان انگیزش استفاده‌کننده
R Agarwal	۲۰۰۸	جنوب آسیا	کیفی	عدم‌وجود بازخورد در سیستم جمع‌آوری داده‌ها، محدودیت در تحقیقات بالینی، عدم‌توجه به ارزش‌ها و ترجیحات بیماران در مطالعات، کمبود شواهد منسجم، عدم‌دسترسی به پایگاه‌های داده‌ای، فقدان پرسش مطالعه، طولانی‌شدن فرآیند پژوهش، عدم‌دسترسی به کامپیوتر، فقدان دسترسی به شواهد مرتبط، افزایش تعداد مقالات منتشرشده، جهانی‌شدن علم پزشکی، مشکل استفاده از شواهد مربوط به بیماران، محدودیت منابع و زمان، نیاز به توسعه‌ی مهارت‌ها
Lois Orton	۲۰۱۱	انگلیس	مروری	عدم‌درک تصمیم‌گیران از شواهد، فرهنگ تصمیم‌گیری، تاثیر رقابت، شکاف ارتباطی میان محققان و سیاست‌گذاران
Innvær	۲۰۰۲	نروژ	مروری	عدم‌ارتباط میان سیاست‌گذاران و پژوهشگران، عدم‌اعتماد متقابل میان سیاست‌گذاران و پژوهشگران، عدم‌انتشار به‌موقع نتایج، کیفیت پایین پژوهش، نامرتبط‌بودن پژوهش‌ها، کمبود بودجه، بی‌ثباتی سیاسی، جابه‌جایی بالای مدیران

مطالعات کمی در زمینه‌ی موانع ترجمان دانش در حوزه‌ی سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت در دهه‌ی ۱۹۹۰ میلادی انجام شدند. مطالعات از سال ۲۰۰۸ تا ۲۰۱۰ میلادی با رشد خوبی مواجه شدند، اما از سال ۲۰۱۶ سیر نزولی را طی کردند. حدود ۷۹ درصد از مقالات از سال ۲۰۰۷ میلادی تاکنون نگاشته شده‌اند (نمودار ۲).

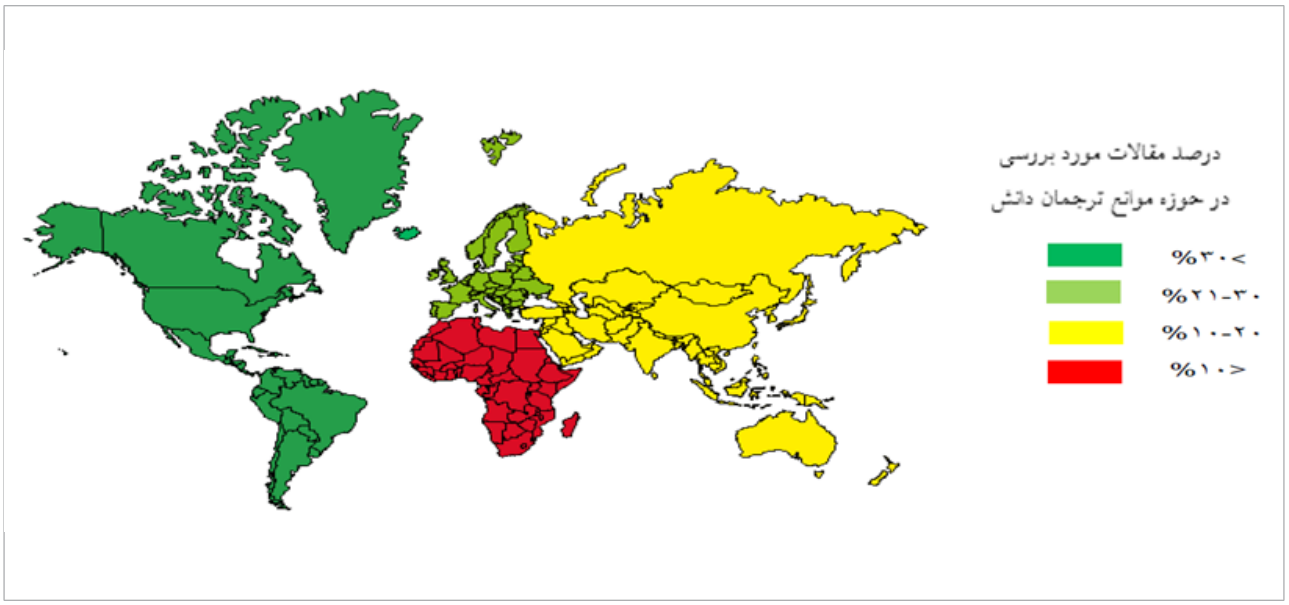
[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-08]



نمودار ۲: توزیع فراوانی مقالات مورد بررسی برحسب سال انجام

در ۲۸ مطالعه از روش کیفی (۴۸ درصد)، ۲۰ مطالعه از روش کمی، پنج مطالعه از روش مروری و پنج مطالعه از روش ترکیبی برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شده‌بود. روش‌های جمع‌آوری داده‌ها شامل مصاحبه (۲۳ مطالعه)، پرسش‌نامه (۱۸ مطالعه)، دلفی (هفت مطالعه)، بحث گروهی متمرکز (شش مطالعه) و بررسی پایگاه‌های اطلاعاتی (چهار مطالعه) بود. بیش‌تر مقالات در مجلات Implementation Science، Health Services Reaserch و Social Science به چاپ رسیده‌بود.

مطالعات مختص موانع ترجمان دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت در ۳۱ کشور جهان انجام شده‌بود؛ حدود ۳۶/۲درصد در قاره‌ی آمریکا (کانادا و آمریکا)، ۲۹/۴درصد در اروپا (انگلیس، نروژ، اسکاتلند، سوییس، بلژیک، رومانی و ترکیه)، ۱۵/۵درصد در آسیا (ایران، ویتنام، یمن، فلسطین، سوریه، اردن، عمان، لبنان، بحرین، تایوان و بنگلادش)، ۱۰/۳درصد در اقیانوسیه (استرالیا و نیوزلند) و ۸/۶ درصد در آفریقا (سودان، غنا، لیبی، مصر، اوگاندا، نیجریه و آفریقای جنوبی)(شکل ۱).



شکل ۱: توزیع فراوانی درصد مقالات موانع ترجمان دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت در جهان

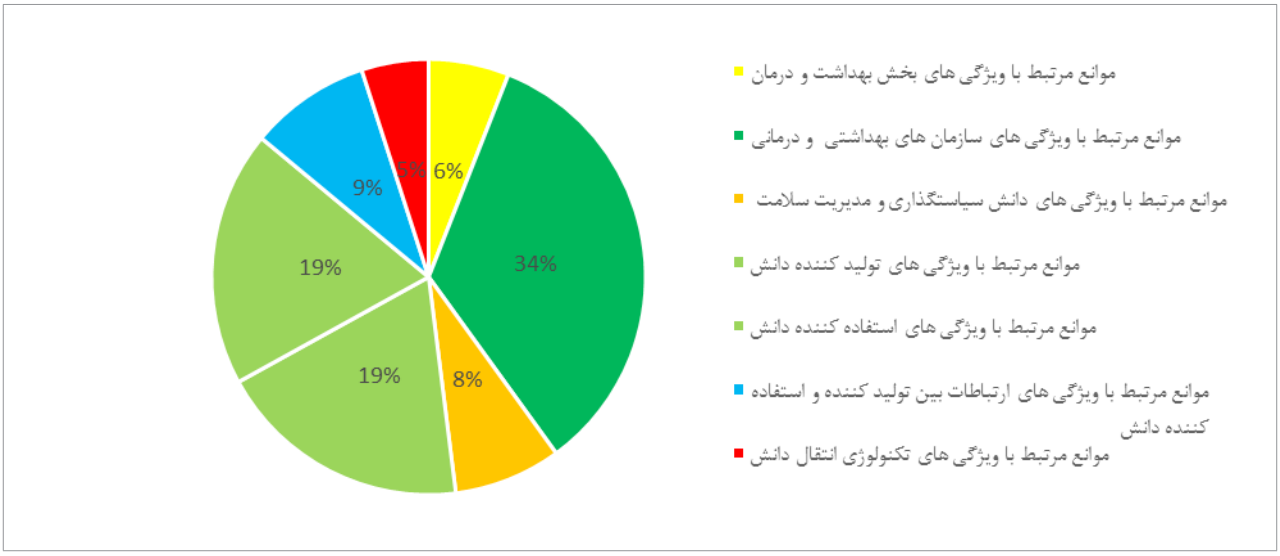
تعداد ۷۶ مانع بر سر راه ترجمان دانش در حوزه‌ی سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت شناسایی شد. این موانع در هفت دسته‌ی موانع مرتبط با ویژگی‌های بخش بهداشت و درمان، ویژگی‌های سازمان بهداشتی و درمانی، ویژگی‌های دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت، ویژگی‌های تولیدکننده‌ی دانش، ویژگی‌های استفاده‌کننده‌ی دانش، ویژگی‌های تکنولوژی انتقال دانش و ارتباط میان تولیدکننده و استفاده‌کننده‌ی دانش، گروه‌بندی شدند (جدول۳).

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-08]

جدول ۳: تاکسونومی موانع ترجمان دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت

گروه‌های موانع ترجمان دانش	موانع ترجمان دانش
موانع مرتبط با ویژگی‌های بخش بهداشت و درمان	بی‌ثباتی سیاسی؛ عدم‌اطمینان در صنعت سلامت؛ نامناسب‌بودن محیط درمانی برای استفاده از دانش؛ ویژگی‌های بیماران و پیچیدگی تشخیص و درمان بیماری‌ها
موانع مرتبط با ویژگی‌های سازمان‌های بهداشتی و درمانی	ساختار سازمانی متمرکز؛ سلسله مراتب قدرت؛ جابه‌جایی مدیران؛ زیرساخت‌های نامناسب؛ کمبود منابع؛ سیستم ارتباطی نامناسب؛ فقدان فرهنگ حمایتی و مشارکتی؛ فقدان فرهنگ تصمیم‌گیری مبتنی‌برشواهد؛ رقابت کم؛ عدم‌شفافیت اهداف سازمانی و فقدان برنامه‌ریزی؛ فقدان رویکرد برای اجرای ترجمان دانش؛ بروکراسی؛ مقاومت مدیران و کارکنان در برابر تغییر؛ فقدان اولویت مدیریتی و خلاقیت و نوآوری کم؛ رهبری و مدیریت ضعیف؛ وقت کم مدیران؛ انگیزه‌ی کم مدیران؛ مشارکت اندک ذی‌نفعان در پژوهش‌ها؛ بار کاری زیاد کارکنان؛ انگیزه‌ی کم کارکنان؛ استفاده کم کارکنان از دانش؛ آگاهی و دانش ضعیف کارکنان؛ آموزش ناکافی و فقدان پویایی گروهی
موانع مرتبط با ویژگی‌های دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت	پیچیدگی دانش؛ ابهام دانش؛ کیفیت پایین دانش؛ دانش غیرمنسجم؛ دانش غیرکاربردی و اطلاعات زیاد
موانع مرتبط با ویژگی‌های تولیدکننده‌ی دانش	کمبود منابع پژوهشی؛ دسترسی ناکافی به پایگاه‌های معتبر اطلاعاتی؛ توانایی کم پژوهشگر در استفاده از زبان بین‌المللی؛ آموزش ناکافی؛ فرآیند طولانی انجام پژوهش؛ انعطاف‌ناپذیری روش پژوهش؛ روش نامناسب جمع‌آوری داده‌ها؛ عدم‌ارایه‌ی به‌موقع نتایج پژوهش؛ تمایل صرف به چاپ مقاله در مجلات؛ انگیزه‌ی پایین پژوهشگر برای تبادل دانش؛ نداشتن وقت کافی برای تبادل دانش؛ عدم‌شناخت استفاده‌کنندگان دانش؛ فردگرایی و خست در انتقال دانش و فقدان درک کافی از مفهوم ترجمان دانش
موانع مرتبط با ویژگی‌های استفاده‌کننده‌ی دانش	عدم‌درک ارزش شواهد پژوهشی؛ نداشتن تمایل به تغییر؛ عادت به آزمون و خطا؛ اختیار محدود در استفاده از دانش؛ فشار همتایان، کمبود وقت برای استفاده از دانش؛ آموزش ناکافی؛ عدم‌آشنایی با پایگاه‌ها و منابع اطلاعاتی؛ دسترسی محدود به پایگاه اطلاعاتی و شواهد؛ مهارت کم در استفاده از کامپیوتر؛ عدم‌پذیرش و درک نتایج پژوهش‌ها؛ توانایی و مهارت کم در ارزشیابی کیفیت و تفسیر اطلاعات علمی؛ دسترسی کم به تحقیقات باکیفیت و عدم‌علاقه به استفاده از پژوهش
موانع مرتبط با ویژگی‌های ارتباطات میان تولیدکننده و استفاده کننده‌ی دانش	ضعف کار تیمی؛ موانع زبانی؛ فقدان توافق دو طرف در استفاده از دانش؛ عدم‌ارتباط مناسب میان پژوهشگران و سیاست‌گذاران و مدیران؛ عدم‌اعتماد متقابل میان پژوهشگران و سیاستگذاران و مدیران؛ انگیزه‌ی کم پژوهشگران برای ارتباط با سیاست‌گذاران و مدیران و حمایت کم سیاست‌گذاران از پژوهشگران
موانع مرتبط با ویژگی‌های تکنولوژی انتقال دانش	کمبود تجهیزات مناسب انتقال و تبادل دانش؛ فقدان سیستم‌های اطلاعاتی؛ دسترسی محدود به کامپیوتر و کمبود سیستم‌های تحلیل اطلاعات

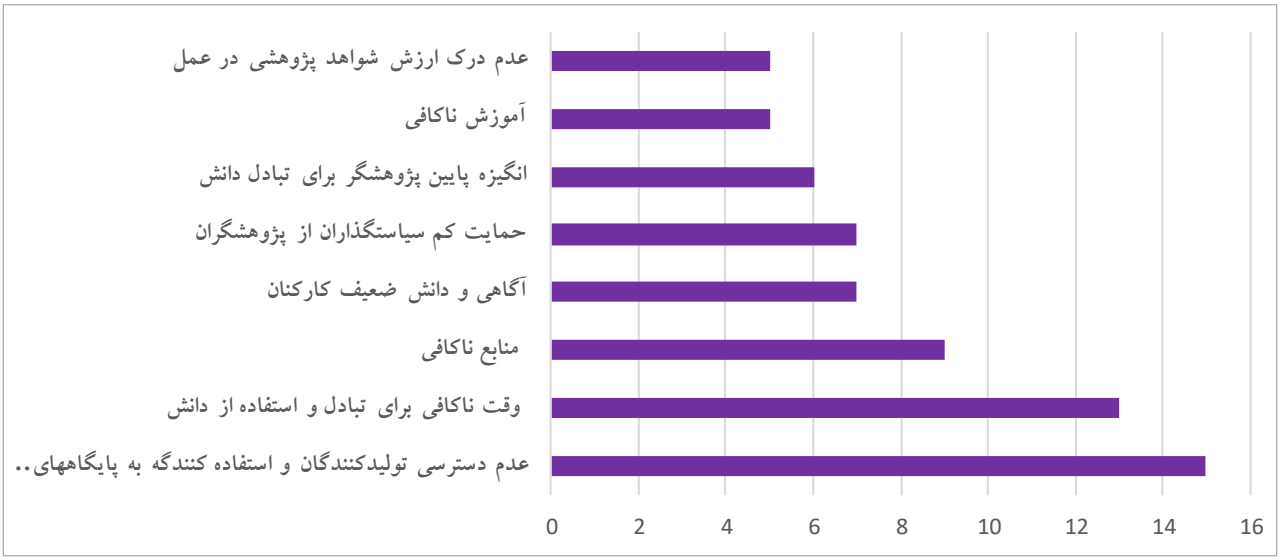
بیش‌ترین موانع ترجمان دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت، ذکرشده در مطالعات قبلی، به‌ترتیب مربوط به ویژگی‌های سازمان‌های بهداشتی و درمانی (۳۴ درصد)، ویژگی‌های تولیدکننده‌ی دانش (۱۹درصد)، ویژگی‌های استفاده‌کننده‌ی دانش (۱۹درصد)، ویژگی‌های ارتباط میان تولیدکننده و استفاده‌کننده‌ی دانش (۹ درصد)، ویژگی‌های دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت (۸ درصد)، ویژگی‌های بخش بهداشت و درمان (۶ درصد) و ویژگی‌های تکنولوژی انتقال دانش (۵ درصد) بود (نمودار ۳).



نمودار۳: توزیع فراوانی موانع ترجمان دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-08]

از نظر فراوانی، بیش‌ترین موانع ترجمان دانش به‌ترتیب عدم‌دسترسی تولیدکنندگان و استفاده‌کنندگان به پایگاه‌های اطلاعات و شواهد (۱۵ مورد)، کمبود وقت برای تبادل و استفاده از دانش (۱۳ مورد)، کمبود منابع (۹ مورد)، آگاهی و دانش ضعیف کارکنان (۷ مورد)، حمایت کم سیاست‌گذاران از پژوهشگران (۷ مورد)، انگیزه‌ی پایین پژوهشگران برای تبادل دانش (۶ مورد)، آموزش ناکافی (۵ مورد) و عدم‌درک ارزش شواهد پژوهشی در عمل (۵ مورد) بود (نمودار۴).



نمودار ۴: توزیع فراوانی مقالات مورد بررسی، برحسب بیش‌ترین موانع ترجمان دانش

بیش‌ترین فراوانی موانع ترجمان دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت در قاره‌ی اروپا مربوط به کمبود وقت برای تبادل و استفاده از دانش، محدودیت دسترسی به دانش و شواهد و مشارکت اندک سیاست‌گذاران و مدیران در به‌کارگیری دانش در سازمان بود. کمبود وقت برای تبادل و استفاده از دانش، کمبود منابع و محدودیت دسترسی به دانش و شواهد، به‌عنوان بیش‌ترین موانع ترجمان دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت در قاره‌ی آمریکا ذکر شده‌بود. بیش‌ترین موانع ترجمان دانش در آسیا به‌ترتیب کمبود منابع، کمبود وقت برای تبادل و استفاده از دانش و کیفیت پایین دانش تولیدشده بود. بیش‌ترین فراوانی موانع ترجمان دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت در قاره‌ی اقیانوسیه مربوط به دسترسی محدود به دانش و شواهد، آگاهی ضعیف برخی مدیران و کارکنان و عدم‌استفاده از دانش توسط سیاست‌گذاران و مدیران بود. بیش‌ترین موانع ترجمان دانش در قاره‌ی آفریقا به‌ترتیب آگاهی کم برخی مدیران، دسترسی محدود به دانش و شواهد و موانع فرهنگی بود (جدول ۴).

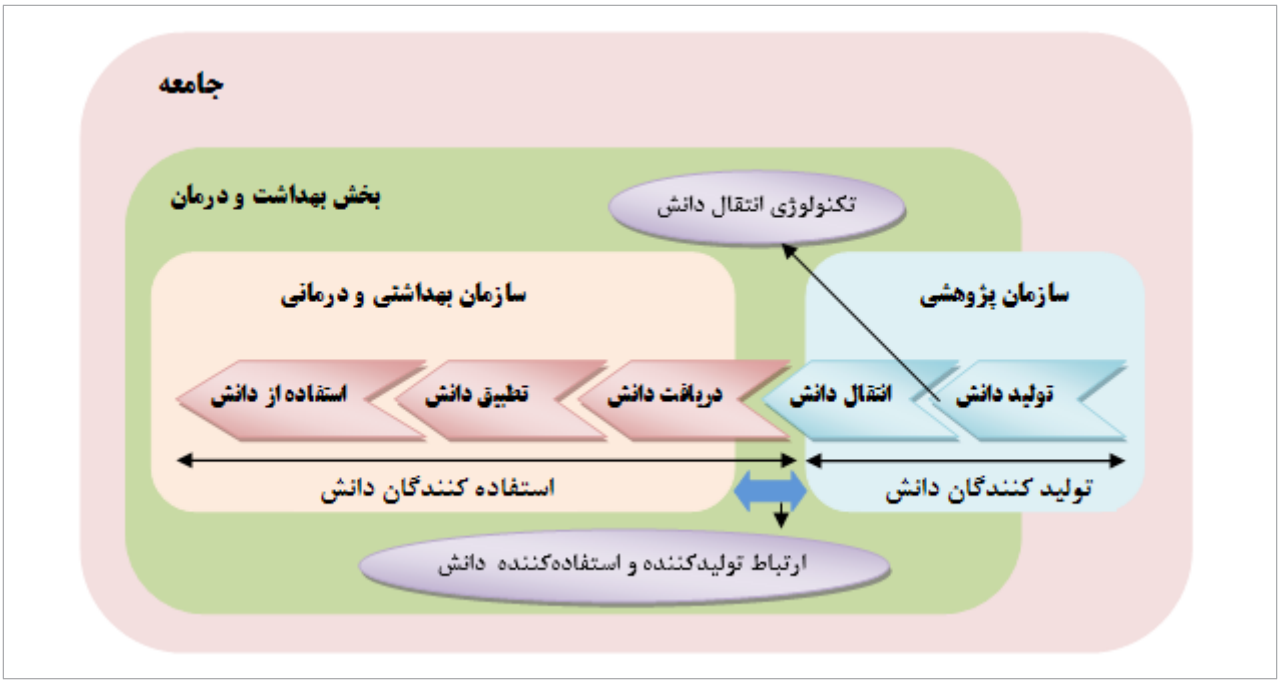
جدول ۴: بیش‌ترین موانع ترجمان دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت در قاره‌های جهان

قاره	موانع ترجمان دانش
اروپا	کمبود وقت برای تبادل و استفاده از دانش؛ دسترسی محدود به دانش؛ مشارکت اندک سیاست‌گذاران و مدیران در به‌کارگیری دانش؛ رهبری ضعیف و انگیزه‌ی پایین پژوهشگران
آمریکا	کمبود وقت برای تبادل و استفاده از دانش؛ کمبود منابع؛ محدودیت دسترسی به دانش و شواهد؛ انگیزه‌ی پایین تولیدکننده و استفاده‌کننده‌ی دانش؛ آگاهی کم کارکنان؛ عدم‌درک ارزش شواهد پژوهشی در عمل و حمایت کم سیاست‌گذاران از پژوهشگران
آسیا	کمبود منابع؛ کمبود وقت برای تبادل و استفاده از دانش؛ کیفیت پایین دانش؛ دسترسی محدود به دانش و آگاهی ناکافی
اقیانوسیه	دسترسی محدود به دانش و شواهد؛ آگاهی و دانش ضعیف برخی کارکنان؛ عدم‌استفاده از دانش توسط سیاست‌گذاران و مدیران؛ محدودیت زمانی و انگیزه‌ی کم برای تبادل دانش
آفریقا	آگاهی کم برخی مدیران؛ دسترسی محدود به دانش؛ فقدان فرهنگ حمایتی و مشارکتی؛ زمان ناکافی و مهارت ناکافی در جستجو

فرآیند ترجمان دانش شامل پنج مرحله‌ی تولید[10]، انتقال[11]، دریافت[12]، تطبیق[13] و استفاده از دانش[14] است. موانع ترجمان دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت شناسایی‌شده در پژوهش حاضر در شکل ۲ نشان داده‌شده‌است.

[10] Knowledge generation
[11] Knowledge dissemination
[12] Knowledge reception
[13] Knowledge adoption
[14] Knowledge utilization

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-08]



شکل ۲: تیپولوژی موانع ترجمان دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت

بحث

مطالعه‌ی حاضر با هدف شناسایی موانع ترجمان دانش در حوزه‌ی سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت انجام شد. در این پژوهش، با بررسی ۵۸ مستند به‌دست‌آمده از جستجوی نُه پایگاه اطلاعاتی و دو موتور جستجوگر در بازه‌ی زمانی ۲۵ سال گذشته، تعداد ۷۶ مانع ترجمان دانش در حوزه‌ی سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت شناسایی و در هفت دسته‌ی موانع مرتبط با ویژگی‌های بخش بهداشت و درمان، سازمان‌های بهداشتی و درمانی، دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت، تولیدکننده‌ی دانش، استفاده‌کننده‌ی دانش، ارتباط میان تولیدکننده و استفاده‌کننده‌ی دانش و تکنولوژی انتقال دانش دسته‌بندی گردید.

مطالعات مروری قبلی به تعداد کم‌تری از موانع ترجمان دانش در حوزه‌ی سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت اشاره کرده‌بودند. به‌عنوان مثال، اینوار[15] و همکاران در سال ۲۰۰۰ میلادی با مرور نظام‌مند ۲۴ مقاله‌ی پژوهشی کیفی منتشرشده در هشت پایگاه داده‌ای، به بررسی تسهیل‌کننده‌ها و موانع ترجمان دانش سیاست‌گذاری سلامت پرداختند. ایشان هشت مانع عدم‌ارتباط میان سیاست‌گذاران و پژوهشگران، عدم‌اعتماد متقابل میان سیاست‌گذاران و پژوهشگران، عدم‌انتشار به‌موقع نتایج، کیفیت پایین پژوهش، نامرتبط‌بودن پژوهش‌ها، کمبود بودجه، بی‌ثباتی سیاسی و جابه‌جایی بالای مدیران را بر سر راه ترجمان دانش سیاست‌گذاری سلامت یافتند [۲۱].

اولیور[16] و همکاران، با استفاده از روش مرور نظام‌مند و جستجو در ۱۱ پایگاه اطلاعاتی، تعداد ۱۴۵ مقاله را در بازه‌ی زمانی ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۲ میلادی در زمینه‌ی تسهیل‌کننده‌ها، موانع و استفاده از شواهد پژوهشی توسط سیاست‌گذاران سلامت پیدا کردند. مهم‌ترین تسهیل‌کننده‌های ترجمان دانش سیاست‌گذاری سلامت عبارت بودند از: موجودبودن پژوهش‌های مرتبط و دسترسی راحت به آن‌ها، بهبود انتقال دانش و شواهد پژوهشی، مشارکت و همکاری میان پژوهشگران و سیاست‌گذاران و بهبود ارتباطات و مهارت‌ها. در مقابل، دسترسی ضعیف به شواهد پژوهشی مرتبط، نداشتن وقت کافی برای استفاده از پژوهش‌ها، عدم‌دانش و مهارت سیاست‌گذاران در زمینه‌ی روش‌های پژوهشی و هزینه، بیش‌ترین موانع ترجمان دانش سیاست‌گذاری سلامت بودند [۲۲].

برخی ویژگی‌های بخش بهداشت و درمان، مانند بی‌ثباتی و عدم‌اطمینان صنعت سلامت، تخصص‌گرایی قوی، بی‌ثباتی سیاسی، نامناسب‌بودن محیط درمانی، ویژگی بیماران و پیچیدگی تشخیص و درمان، مانع تبادل و استفاده‌ی موثر از شواهد پژوهشی می‌شود [۳۱-۲۶]. صنعت سلامت از عدم‌اطمینان بالایی برخوردار بوده، با چالش‌های سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فناوری متعددی مواجه است. در نتیجه، دانش مورد نیاز برای رفع چالش‌های سازمان‌های بهداشتی و درمانی، بسیار پراکنده بوده و از منابع مختلفی تولید می‌شود [۲۶].

[15] Innvær

[16] Oliver

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-08]

تخصص‌گرایی، مانعی بر سر راه انتقال نوآوری و دانش در بخش سلامت است. تمایل متخصصان بهداشتی و درمانی به اشتغال در یک بخش تخصصی، منجر به مرزبندی تخصص‌ها شده و انتقال و تبادل دانش در بخش‌های مختلف را محدود ساخته‌است [۲۷]. شواهد پژوهشی ممکن است با ترجیحات بیماران در تناقض باشد[۳۰].

ماهیت سازمان‌های بهداشتی و درمانی و نوع وظایف آن‌ها نیز موانعی بر سر راه ترجمان دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت ایجاد می‌کنند. ساختار متمرکز و پیچیده‌ی سازمان‌های بهداشتی و درمانی، بوروکراسی پیچیده، مدیریت و رهبری ضعیف، جابه‌جایی بالای مدیران، ارتباطات نامناسب سازمانی، عدم‌شفافیت اهداف سازمانی، برنامه‌ریزی محدود، مقاومت مدیران و کارکنان در برابر تغییر، کمبود منابع، انگیزه‌ی کم مدیران و کارکنان، کمبود وقت، بار کاری زیاد کارکنان و مشارکت اندک آن‌ها در استفاده از دانش، آموزش ناکافی، خلاقیت و نوآوری محدود و فقدان فرهنگ کار تیمی و گروهی، از موانع ترجمان دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت در سطح سازمان‌های بهداشتی و درمانی است [۳۵-۳۲، ۲۱،۲۲].

ساختار و فرهنگ سازمانی، بر فرآیند انتقال موفقیت‌آمیز دانش موثر است. برای تسهیل تبادل دانش در سازمان، باید ساختارهای لازم ایجاد شوند. ساختار سازمانی متمرکز و سلسله‌مراتبی، چالش‌هایی بر سر راه انتقال و تبادل دانش ایجاد می‌کند [۱]. ساختار سازمانی مسطح با پیچیدگی، رسمیت و تمرکز کم‌تر، موجب تسهیل فرآیند ترجمان دانش در سازمان‌های بهداشتی و درمانی می‌شود. در چنین ساختار سازمانی باید افراد، مسئولیت‌ها و نقش‌های آن‌ها به‌خوبی مشخص شود. همچنین، لازم است واحد تحقیق و توسعه‌ی دانش در سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایجاد شده، نقش فعالی در افزایش مشارکت پژوهشگران در فرآیند ترجمان دانش ایفا کند. دعوت از پژوهشگران برای ارایه‌ی خلاصه‌ای از نتایج پژوهش‌ها و برگزاری ژورنال‌کلاب‌ها می‌تواند در این زمینه مفید باشد. با توجه به نوع دانش مورد نظر، باید از ابزارهای مناسبی استفاده شود. در مورد دانش تصریحی، استفاده از کتابچه‌ها، بروشورها و جزوه‌های آموزشی و در مورد دانش ضمنی، تشکیل جلساتی با حضور پژوهشگران و استفاده‌کنندگان دانش مفید می‌نماید.

عوامل فرهنگی نیز از موانع مهم ترجمان دانش در سازمان‌های بهداشتی و درمانی است [۳۳]. مقاومت در برابر تغییر، مانع مهمی در استفاده از شواهد پژوهشی در تصمیم‌گیری‌های مدیریتی است [۳۵]. فرهنگ سازمانی باید از تبادل دانش، حمایت و پشتیبانی کند. تعهد و حمایت مدیران ارشد، نقش به‌سزایی در موفقیت فعالیت‌های ترجمان دانش در سازمان دارد [۳۶]. ظرفیت مدیریت دانش سازمان‌های بهداشتی و درمانی باید برای تولید، تبادل و استفاده از دانش کاربردی تقویت شود. مدیران باید با به‌کارگیری اقدامات مناسب، زمینه‌ی تولید و دریافت دانش و شواهد علمی، انتشار در بخش‌های مختلف سازمان و استفاده‌ی درست از آن را فراهم کنند. مدیران برای موفقیت مدیریت دانش باید دارای استراتژی و برنامه‌ی مناسب برای استفاده‌ی بهینه از منابع و ظرفیت‌های سازمانی در راستای دستیابی به اهداف مدیریت دانش باشند.

سیاست‌گذاران و مدیران بهداشتی و درمانی برای تصمیم‌گیری‌های خود نیاز به اطلاعات و دانش مرتبط، موثق، دقیق و شفاف دارند. ماهیت و ویژگی‌های دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت، بر ترجمان این دانش تاثیرگذار است. کثرت، تنوع، پیچیدگی، ابهام، پراکندگی، کیفیت پایین و قدیمی، نامرتبط و غیرکاربردی‌بودن دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت، مانع انتقال و تبادل موثر آن میان تولیدکنندگان و استفاده‌کنندگان می‌شود [۴۳-۳۷،۷،۲۷].

تنوع و کثرت شواهد پژوهشی، مانعی در استفاده از نتایج پژوهش‌ها در عمل است [۳۷]. سیاست‌گذاران و مدیران سلامت با حجم زیادی از اطلاعات و دانش مواجه هستند، اما نمی‌توانند اطلاعات مورد نیاز را در زمان و مکان مقرر به‌دست آورند. از سال ۲۰۰۵ تا ۲۰۰۷ میلادی، روزانه ۲۰۰۰ تا ۴۰۰۰ مقاله به پایگاه مدلاین اضافه شد. در سال ۲۰۰۷، بیش از ۶۷۰ هزار مقاله به این پایگاه افزوده شد [۴۴]. وجود اطلاعات زیاد، موجب سردرگمی سیاست‌گذاران و مدیران سلامت شده‌است. آن‌ها نمی‌دانند که باید از کدام اطلاعات استفاده کنند و اگر با منابع اطلاعاتی متناقضی مواجه شوند، کدامیک از اعتبار بیش‌تری برخوردار است.

ویژگی‌های دانش، اثر قابل‌توجهی بر سادگی و سرعت انتقال آن در سازمان دارد. بنابراین، دانش باید برای سیاست‌گذاران و مدیران سلامت، واضح و قابل‌فهم باشد. دانش پیچیده و مبهم، علاقه‌ی لازم را برای استفاده‌ی در عمل در سیاست‌گذاران و مدیران ایجاد نمی‌کند [۳۹]. منظور از پیچیدگی دانش، تعداد زیاد روابط میان افراد، تکنولوژی‌ها و منابع مرتبط با یک دانش است. هراندازه پیچیدگی دانشی زیاد باشد، ابهام آن نیز بیش‌تر شده و انتقالش مشکل‌تر می‌گردد. افراد و سازمان‌های بسیاری در تولید دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت نقش دارند. در نتیجه، دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت، ماهیت پراکنده‌ای[17] داشته و ترجمان آن نیازمند همکاری بسیار میان افراد و سازمان‌های مختلف است.

[17] Fragmented

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-08]

نبود دانش مرتبط، یکی از مهم‌ترین دلایل عدم‌استفاده از دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت است [۳۳،۴۲]. گاهی شواهد پژوهشی موجود با نیازهای استفاده‌کننده مرتبط نبوده و یا به‌طور عملی، آزمون نشده‌اند [۴۳]. سیاست‌گذاران و مدیران سلامت نمی‌خواهند با به‌کارگیری شواهد غیرمعتبر، خطر کرده و تصمیم‌هایی اتخاذ کنند که با عواقب احتمالی منفی همراه است. با وجود این، ممکن است شواهد مورد قبول سیاست‌گذاران و مدیران، مانند ادبیات خاکستری[18] (خلاصه مقالات کنفرانس‌ها، گزارش مشاوران و انتشارات دولت)، از اعتبار کم‌تری نسبت‌به آن‌چه پژوهشگران درپی آن هستند، برخوردار باشد. سیاست‌گذاران و مدیران، بیش‌تر به تجربه اهمیت می‌دهند تا پژوهش؛ درحالی‌که پژوهشگران به اعتبار و کیفیت پژوهش و سیاست‌گذاران و مدیران، به قابلیت استفاده از شواهد پژوهشی در سازمان‌های بهداشتی و درمانی [۴۶،۴۵]. بنابراین، پژوهشگران باید به نیازهای اطلاعاتی سیاست‌گذاران و مدیران توجه داشته و مراحل اجرا و به‌کارگیری دانش در عمل را با جزییات منتشر کنند.

ویژگی‌های پژوهشگران نیز بر فرآیند ترجمان دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت اثرگذار است. دسترسی ناکافی پژوهشگران به پایگاه‌های معتبر اطلاعاتی، کمبود منابع، آموزش ناکافی، روش نامناسب انجام پژوهش، فرآیند طولانی انجام پژوهش، عدم‌ارایه‌ی به‌موقع نتایج پژوهش، درک ناکافی از مفهوم ترجمان دانش و در نتیجه، انگیزه‌ی پایین پژوهشگران برای تبادل دانش و در نهایت، عدم شناخت استفاده‌کنندگان دانش، از جمله موانع ترجمان دانش مرتبط با تولیدکنندگان دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت است [۵۵-۴۷].

فقدان منبع یادگیری مناسب، یکی از موانع عمده‌ای است که پژوهشگران سلامت با آن روبرو هستند [۳۰]. برخی پژوهشگران، به‌دلیل حجم زیاد دانش، به‌راحتی نمی‌توانند منبع مناسبی برای یادگیری و افزایش دانش پیدا کنند. به‌عنوان مثال، سالانه حدود ۴۰۰ هزار مقاله‌ی جدید در حوزه‌های مختلف پزشکی چاپ می‌شود [۴۰]. با این وجود، پژوهشگران نمی‌توانند تمامی این دانش علمی را به‌خاطر سپرده یا به‌درستی به‌کار گرفته و اطلاعات مورد نیاز خود را در زمان و مکان مناسب به‌دست آوردند. از طرفی دیگر، فقدان دسترسی به پایگاه‌های اطلاعاتی، از دیگر موانع ترجمان دانش در حوزه‌ی سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت است [۴۸-۴۷]. هزینه‌ی بالای برخی نشریات تخصصی و مهارت ناکافی در استفاده از زبان بین‌المللی باعث کاهش میزان دسترسی پژوهشگران به نتایج پژوهش‌ها شده که می‌تواند به کاهش کیفیت پژوهش آن‌ها بیانجامد [۴۹]. علاوه‌براین، کاهش دسترسی به منابع اطلاعاتی باعث می‌شود برخی پژوهشگران به‌دلیل عدم‌آگاهی و شناخت از منابع اطلاعاتی، به‌راحتی نتوانند پژوهش خود را در مجلات معتبر چاپ کنند. در نتیجه، این امر می‌تواند باعث ایجاد مانع در تبادل و ارایه‌ی به‌موقع دانش به استفاده‌کنندگان آن شود.

همچنین، طولانی‌بودن فرآیند پژوهش موجب می‌شود برخی پژوهشگران انگیزه‌ی قوی و وقت کافی برای انتقال دانش نداشته باشند [۵۰]. پژوهشگر باید از انگیزه، شایستگی و مهارت بالایی برخوردار باشد تا پژوهش باکیفیتی انجام دهد که مورد استفاده‌ی سیاست‌گذاران و مدیران قرار گیرد. حق‌الزحمه‌ی پایین پژوهشگران نسبت‌به زمانی که صرف پژوهش می‌کنند، موجب کاهش انگیزه‌ی ایشان برای توجه به ترجیحات سیاست‌گذاران و مدیران، افزایش کیفیت و تبادل دانش تولیدی می‌شود. آموزش اصول و مبانی روش تحقیق پیشرفته، افزایش دسترسی به پایگاه‌های اطلاعاتی، تجهیز آزمایشگاه‌های تحقیقاتی و پرداخت حق‌الزحمه‌ی منصفانه، منجر به افزایش توانمندی و انگیزه‌ی پژوهشگران می‌شود.

فرهنگ پژوهشگران نیز می‌تواند مانعی عمده در ترجمان دانش باشد [۳۰،۵۱]. معمولا پژوهشگران دارای فرهنگی فردگرا بوده، تمایل به حفظ دانش و اطلاعات خود دارند و برای کسب موفقیت بیش‌تر، از تبادل دانش خودداری می‌کنند. انگیزه و اولویت‌های تولیدکنندگان دانش ممکن است متفاوت از اولویت‌های سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت باشد. سیستم تشویقی ضعیف پژوهشگران می‌تواند مانعی برای ترجمان دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت باشد [۵۲]. به‌عنوان مثال، چاپ مقالات در مجلات معتبر و گرفتن گرانت آکادمیک به‌جای پژوهش‌های کاربردی مورد نیاز استفاده‌کنندگان دانش، مانع ترجمان دانش می‌شود [۵۳،۵۴].

همچنین، عدم‌شناخت استفاده‌کنندگان دانش، مانعی برای ترجمان دانش محسوب می‌شود [۵۵]. هر مخاطبی نیازهای اطلاعاتی و سبک ارتباطی متفاوتی دارد؛ بنابراین، اطلاعات مورد نیاز افراد باید به‌درستی فراهم شود. پژوهشگران برای این‌که از شواهد پژوهشی استفاده‌ی حداکثری شود، باید سیاست‌گذاران و مدیران گروه هدف نتایج پژوهش خود را شناسایی کرده و در مراحل مختلف پژوهش شرکت دهند. در نتیجه، نتایج برای سیاست‌گذاران و مدیران قابل‌فهم بوده و در تصمیم‌گیری‌های مدیریتی قابل‌استفاده می‌باشد.

ویژگی‌های استفاده‌کنندگان دانش نیز بر فرآیند انتقال و تبادل دانش اثر می‌گذارد. آگاهی کم از ارزش شواهد پژوهشی، عادت به آزمون و خطا، نداشتن تمایل به تغییر، اختیار محدود در استفاده از دانش، کمبود وقت

[18] Gray literature

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-08]

کافی برای استفاده از دانش، آموزش ناکافی، آشنایی محدود با پایگاه‌ها و منابع اطلاعاتی، دسترسی محدود به پایگاه‌های اطلاعاتی و شواهد پژوهشی، مهارت کم در استفاده از کامپیوتر، عدم‌پذیرش و درک نتایج پژوهش‌ها، توانایی و مهارت کم در ارزشیابی کیفیت و تفسیر اطلاعات علمی و انگیزه و علاقه‌ی کم به استفاده از نتایج پژوهش، از موانع مرتبط با استفاده‌کنندگان ترجمان دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت است [۶۰-۵۶].

نداشتن وقت کافی، یکی از موانع استفاده از دانش تولیدشده است [۵۷،۵۸]. سیاست‌گذاران و مدیران سلامت، با توجه به حجم کارهای روتین، وقت کمی به مطالعه‌ی دانش و شواهد علمی اختصاص می‌دهند. بسیاری از مدیران سازمان‌های بهداشتی و درمانی، اوقات خود را صرف کارهای روتین سازمان کرده، وقت کافی برای مطالعه‌ی پژوهش‌های انجام‌شده ندارند. ایجاد کتاب‌خانه‌های الکترونیک مجهز به منابع علمی معتبر، کاربردی، به‌روز و باکیفیت در موضوعات مرتبط با چالش‌ها و مشکلات سیاست‌گذاران و مدیران سلامت می‌تواند در این زمینه مفید باشد.

برخی مطالعات، آگاهی و دسترسی کم به شواهد و دانش را به‌عنوان موانع ترجمان دانش بیان کرده بودند [۳۰،۵۹]. برخی استفاده‌کنندگان دانش، از مهارت لازم در استفاده از کامپیوتر و جستجوی منابع اطلاعاتی برخوردار نیستند؛ در نتیجه نمی‌توانند مطالعات باکیفیت را به‌دست آورند. همچنین، آنها ممکن است تخصص و تجربه‌ی کافی در ارزشیابی کیفیت شواهد پژوهشی را نداشته باشند. در صورتی‌که سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت دانش، از مهارت و تجربه‌ی لازم در به‌دست آوردن مطالعات پژوهشی، ارزشیابی کیفیت و اعتبار آن‌ها و نحوه‌ی استفاده در عمل برخوردار نباشند، نمی‌توانند از شواهد علمی به‌درستی استفاده کنند [۳۳،۳۴،۵۰]. مدیران باید از مزایای شواهد پژوهشی مطلع شده، تشویق شوند که در پژوهش‌های کاربردی مشارکت نموده و دانش و مهارتشان را توسعه دهند تا بتوانند نتایج را بهتر تفسیر و درک کنند. بنابراین، دوره‌های آموزشی در زمینه‌های روش انجام پژوهش، نحوه‌ی جستجو و دسترسی به شواهد پژوهشی و ارزیابی انتقادی پژوهش‌ها باید برای سیاست‌گذاران و مدیران سلامت برگزار شود.

گاهی سیاست‌گذاران و مدیران در عمل مزایای چندانی در به‌کارگیری شواهد پژوهشی نیافته و بنابراین، انگیزه‌ای برای استفاده از شواهد پژوهشی ندارند. مشارکت استفاده‌کنندگان دانش در مراحل برنامه‌ریزی و طراحی پژوهش می‌تواند نقش تسهیل‌کننده در استفاده از نتایج را داشته‌باشد. آگاهی سیاست‌گذاران و مدیران سلامت از فرآیند ترجمان دانش و اعتقاد به مفیدبودن شواهد پژوهشی، ظرفیت، توانایی و انگیزه‌ی دریافت و استفاده از دانش، توانایی ارزشیابی کیفیت شواهد پژوهشی، تمایل به تغییر وضعیت موجود، تحمل سختی‌ها و مشکلات موجود بر سر راه یادگیری و به‌کارگیری دانش جدید در سازمان، ترجمان دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت را تسهیل می‌کند. در این راستا، دانشگاه‌ها و انجمن‌های حرفه‌ای باید با برگزاری دوره‌های آموزشی و پژوهشی، سیاست‌گذاران و مدیران را به استفاده از شواهد پژوهشی تشویق کرده و با ایجاد پایگاه‌های اطلاعاتی، شواهد معتبر علمی را برای سیاست‌گذاری و مدیریت فراهم آورند. دانشگاه‌ها باید دانش و مهارت‌های انجام پژوهش، تحلیل و تفسیر یافته‌ها و استفاده از نتایج را به دانشجویان سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت و مدیران سازمان‌های بهداشتی و درمانی آموزش دهند.

فرآیند انتقال و تبادل دانش، معمولا به‌صورت خطی نشان داده می‌شود که در آن پژوهشگران اطلاعات و دانشی را تولید و منتشر کرده و سیاست‌گذاران و مدیران، در عمل از آن استفاده می‌کنند. در حالی‌که روابط میان تولیدکنندگان و استفاده‌کنندگان دانش، پیچیده و پویا است. استفاده‌ی موثر از دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت، نیازمند ارتباطی دوطرفه و تعاملی سازنده میان پژوهشگران و سیاستگذاران و مدیران سلامت است. با این وجود، ضعف کار تیمی، موانع زبانی، عدم‌توافق دو طرف در نحوه‌ی استفاده از دانش، عدم‌ارتباط مناسب میان پژوهشگران و سیاست‌گذاران و مدیران، عدم‌اعتماد متقابل میان پژوهشگران و سیاست‌گذاران و مدیران، انگیزه‌ی کم محققان برای ارتباط با سیاست‌گذاران و مدیران و حمایت کم سیاست‌گذاران از محققان، مانع ارتباط اثربخش میان تولیدکنندگان و استفاده‌کنندگان دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت می‌شود [۳۳،۳۴،۵۲،۶۰].

ارتباطات شخصی ضعیف و تعامل نامناسب میان تولیدکنندگان و استفاده‌کنندگان دانش، مانعی جدی بر سر راه تبادل دانش میان آن‌ها است [۳۳،۳۴،۵۲]. این تعامل نامناسب می‌تواند ناشی از عدم‌اعتماد میان پژوهشگران و استفاده‌کنندگان دانش باشد [۶۰]. برخی پژوهشگران تا زمانی که احساس اعتماد نکنند، دانش خود را به‌اشتراک نمی‌گذارند. تقاضاهای متناقض پژوهشگران و سیاست‌گذاران می‌تواند موفقیت ترجمان دانش را با مشکل مواجه سازد.

موانع مربوط به تکنولوژی انتقال دانش، از دیگر موانع به‌کارگیری دانش است. کمبود تجهیزات مناسب انتقال و تبادل دانش، فقدان سیستم‌های اطلاعاتی، فقدان دسترسی به کامپیوتر و کمبود سیستم‌های تحلیل اطلاعات، تبادل دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت را میان سیاست‌گذاران و مدیران سلامت محدود می‌کند [۳۰،۶۱]. سیاست‌گذاران و مدیران سلامت اغلب در برابر نوآوری‌های رایانه‌ای مقاومت می‌کنند. ترس از شکل‌گیری ارتباط رسمی، امکان ردیابی اطلاعاتی که

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-08]

قبلا به‌صورت غیررسمی مبادله شده، به‌هم‌خوردن تعادل قدرت در ارتباطات میان مدیران و کارکنان و نگرش شخصی نسبت‌به تکنولوژی ارتباطات می‌تواند منجر به بروز این بی‌اعتمادی شود. تکنولوژی اطلاعات، یکی از توانمندسازهای مهم ترجمان دانش است. تکنولوژی‌های مدرن اطلاعاتی و روش‌هایی مانند داده‌کاوی، به سیاست‌گذاران و مدیران سلامت کمک می‌کند تا اطلاعات و دانش مورد نیاز را به‌سرعت دریافت کنند. به‌عنوان مثال، برای تبادل دانش، لازم است ابزارهای شبکه‌سازی تکنولوژیک فراهم شود تا امکان بحث رودررو میان سیاست‌گذاران و مدیران سلامت ایجاد گردد. علاوه‌براین، ایجاد کتاب‌خانه‌های الکترونیک، نقش به‌سزایی در دسترسی سیاست‌گذاران و مدیران به دانش و شواهد مورد نیاز دارد.

نتیجه گیری

سازمان‌های بهداشتی و درمانی، سیستم‌های اجتماعی چندتخصصی بسیار پیچیده هستند. مدیریت اثربخش و کارآمد این سازمان‌ها نیازمند به‌کارگیری دانش است. با وجود این، ویژگی‌های بخش بهداشت و درمان، سازمان‌های بهداشتی و درمانی، دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت، تولیدکننده‌ی دانش، استفاده‌کننده‌ی دانش، ارتباط میان تولیدکننده و استفاده‌کننده‌ی دانش و تکنولوژی انتقال دانش، موانع و چالش‌هایی بر سر راه ترجمان دانش ایجاد می‌کنند. بنابراین، برای ترجمان دانش سیاست‌گذاری و مدیریت، باید ساختارها و فرآیندهایی در سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایجاد شود. تشکیل انجمن‌ها و شبکه‌های میان سازمانی در این زمینه می‌تواند مفید واقع شود. سیاست‌گذاران سلامت باید مدیران سازمان‌های بهداشتی درمانی را تشویق به استفاده از شواهد پژوهشی کرده و منابع لازم را در اختیار ایشان قرار دهند. با ایجاد ساختارها و فرآیندهای لازم، استفاده از شواهد پژوهشی باید برای برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری در سازمان‌های بهداشتی و درمانی تسهیل شود.

پژوهش حاضر با استفاده از روش مرور حیطه‌ای و منطق استقرایی، به شناسایی و تبیین موانع ترجمان دانش در سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت پرداخت. نوع روش مطالعه و بازه‌ی زمانی نسبتا طولانی آن منجر به شناسایی موانع بیش‌تر ترجمان دانش و توسعه‌ی مدلی جامع، کامل و کاربردی شد. در مورد سیاست‌گذاری، کلمات اختصاصی‌تری چون health technology assessment نیز ممکن است وجود داشته‌باشد که در مطالعه‌ی مروری حاضر مورد بررسی قرار نگرفته و از محدودیت‌های آن به‌شمار می‌رود.

پیشنهاد می‌شود پژوهشگران با استفاده از مدل مفهومی توسعه‌یافته و موانع ترجمان دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت شناسایی‌شده در پژوهش حاضر و توسعه‌ی یک پرسش‌نامه، به کمّی‌سازی موانع ترجمان دانش در حوزه‌ی سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت پرداخته و میزان شیوع موانع ترجمان دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت را تعیین کنند. همچنین، پژوهشگران می‌توانند با بررسی استفاده‌ی زیاد، کم و غلط از دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت در سازمان‌های بهداشتی و درمانی، به تعیین وضعیت شکاف میان علم و عمل در حوزه‌ی سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت بپردازند.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

با توجه به ماهیت ویژه‌ی سازمان‌های بهداشتی و درمانی، محدودیت منابع و لزوم مسئولیت‌پذیری و پاسخ‌گویی در این سازمان‌ها، انجام پژوهش‌های کاربردی و استفاده از نتایج آن‌ها در تدوین سیاست‌ها و استراتژی‌ها ضروری است. سیاست‌گذاران و مدیران باید ترجمان دانش را مورد توجه قرار داده و از شواهد پژوهشی در تصمیم‌گیری‌ها و سیاست‌گذاری‌های سلامت استفاده کنند. پژوهش‌های متعددی توسط پژوهشگران و دانشجویان علوم سیاست‌گذاری، مدیریت و اقتصاد سلامت انجام شده و بودجه زیادی نیز به این امر اختصاص داده می‌شود، ولیکن، درصد کمی از سیاست‌گذاران و مدیران از نتایج آن‌ها استفاده می‌کنند. موانع متعددی مرتبط با ویژگی‌های بخش سلامت، سازمان‌های بهداشتی و درمانی، دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت، تولیدکننده‌ی دانش، استفاده‌کننده‌ی دانش، ارتباط میان تولیدکننده و استفاده‌کننده‌ی دانش و تکنولوژی انتقال دانش بر سر راه ترجمان دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت وجود دارد. شناسایی این موانع و اقدام برای حذف یا کاهش آن‌ها منجر به تقویت سیاست‌گذاری مبتنی‌برشواهد خواهد شد.

افزایش آگاهی پژوهشگران، سیاست‌گذاران و مدیران سلامت از فرآیند ترجمان دانش، افزایش اعتقاد به مفیدبودن شواهد پژوهشی در عمل، آموزش پژوهشگران در زمینه‌ی انجام پژوهش‌های کاربردی و تولید دانش مرتبط و ساده و قابل‌فهم، آموزش سیاست‌گذاران و مدیران در زمینه‌ی نحوه‌ی جستجوی شواهد پژوهشی و ارزشیابی کیفیت و اعتبار آن‌ها منجر به تسهیل ترجمان دانش سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از طرح تحقیقاتی با عنوان «موانع ترجمان دانش در سازمان‌های بهداشتی و درمانی» بود که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران اجرا شد. نویسندگان مقاله از داوران محترمی که با انتقادات سازنده و نظرات کارشناسی خود به ارتقای کیفیت مقاله کمک کردند، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-08]

References

1- Mosadeghrad AM. Essentials of healthcare organization and management, Tehran: Dibagran Tehran; 2015: 17.)In Persian(
2- WHO. The World health report 2000: Health systems: improving performance. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2000:29.
3- Mosadeghrad AM, Rahimi-Tabar P. Health system governance in Iran: A comparative study. Razi Journal of Medical Sciences. 2019; 26(9):10-28.)In Persian(
4- Mosadeghrad AM. An integrated health policy making and analysis model. Tehran University Medical Journal. 2020; 77 (12):791-791.)In Persian (
5- Alavi M, Leidner DE.Knowledge management and knowledge management systems: Conceptual foundations and research issues. MIS Quarterly, 2001; 25 (1): 107–136.
6- Oborn E, Barrett M, Racko G. Knowledge translation in healthcare: Incorporating theories of learning and knowledge from the management literature. Journal of Health Organization and Management, 2013; 27 (4): 412-31.
7- Santesso N, Tugwell P. Knowledge translation in developing countries. The Journal of Continuing Education in the Health Professions, 2006; 26 (1): 87-96.
8- Kudyba SP. Healthcare informatics: improving efficiency and productivity. CRC Press; Taylor & Francis Group, 2010: 76.
9- Green LW. Public health asks of systems science: to advance our evidence-based practice, can you help us get more practice-based evidence. American journal of public health, 2006; 96(30):406-409.
10- Hewison A. Evidence-based Medicine: What about evidence-based management? Journal of Nursing Management, 1997; 5 (4):195–8.
11- Walshe K, Rundall TG. Evidence based management: from theory to practice in health care. The Milbakn Quarterly, 2001; 79 (3): 429-457.
12- Blumenthal D, Edwards N. A tale of two systems: The changing academic health center. Health Affairs, 2000; 19(3):86–101.
13- Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. Social Science and Medicine, 1997; 45(12):1829–43.
14- Richards A, Carley J, Jenkins-Clarke S, Richards DA. Skill-mix between Nurses and Doctors Working in Primary Care—Delegation or Allocation? A Review of the Literature. International Journal of Nursing Studies, 2000; 37 (3):185–97.
15- Shepperd S, Iliffe S. The Effectiveness of hospital at home compared with in-patient hospital care: A systematic review. Journal of Public Health Medicine, 1998; 20(3):344–50.
16- Guthrie MB. Challenges in Developing physician leadership and management. Frontiers of Health Services Management, 1999; 15(4):3–26.
17- Shortell SM, Bennett CL, Byck GR. Assessing the impact of continuous quality improvement on clinical practice: What it will take to accelerate progress. Milbank Quarterly, 1998; 76(4):593–624.
18- Ferdosi M, Alavi S. An assessment of knowledge transfer and exchange in Isfahan Univeristy of Medical Sciences. Health Information Management, 2010; 7: 525-32.
19- Hoseini MA, Habibkhoda B, Fallahi M. Shokoh F. Danaei M. A survey of knowledge translation in Behzisti University. Education development in Medical sciences, 2009; 2 (3):9-16.
20- Hoseini M.A, Jafari P, Yazdani Sh, Rahgozar M. A survey of factors affecting knowledge transfer and exchange between Rehabilitation faculties and their services users.Leadership and Educational Management, 2008; 2 (2): 9-24.
21- Innvær S, Vist G, Trommald M, Oxman A. Health policy-makers' perceptions of their use of evidence: a systematic review, J Health Serv Res Policy, 2002; 7 (4): 239
22- 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(1):2.
23- Peters MD, Godfrey CM, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews. International Journal Evidence Based Health. 2015; 13(3):141–6.
24- Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework, International Journal of Social Research Methodology. 2005; 8(1): 19–32.
25- Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative research in psychology. Qualitative Research in Psychology. 2006; 3(2):77-101.
26- Ward A, Ladd MA. An investigation of environmental factors influencing knowledge transfer. Journal of Knowledge Management Practice, 2002: 32.
27- Ferlie E, Crilly T, Jashapara A, Peckham A. Knowledge mobilisation in healthcare: a critical review of health sector and generic management literature. Social science & medicine. 2012; 74(8):1297-304.
28- Damodaran L, Olphert W. Barriers and facilitators to the use of knowledge management systems. Behaviour & Information Technology. 2000; 19(6):405-13.
29- Cheraghi MA. Salsali M. Safari M. Ambiguity in knowledge transfer: the role of theory-practice gap. Iranian journal of nursing and midwifery research. 2010; 15(4):155.
30- Tacia L, Biskupski K, Pheley A, Lehto RH. Identifying barriers to evidence-based practice adoption: A focus group study. Clinical Nursing Studies. 2015;3(2):90-6.
31- Hannes K, Pieters G, Goedhuys J, Aertgeerts B. Exploring barriers to the implementation of evidence-based practice in psychiatry to inform health policy: a focus group based study. Community mental health journal. 2010;46(5):423-32.
32- Farmer J, Chesson R. Health care management: models for evidence based practice. Journal of Management in Medicine, 2001, 15:266–282.
33- Wilson MG, Rourke SB, Lavis JN, Bacon J, Travers R. Community capacity to acquire, assess, adapt, and apply research evidence: a survey of Ontario's HIV/AIDS sector. Implementation Science, 2011, 6:54.
34- Bowen S, Martens P. Demystifying knowledge translation: learning from the community. Journal of Health Services Research and Policy, 2005; 10(4), 203–211.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-08]

35- Ham C, Kipping R, McLeod H. Redesigning work processes in health care: lessons from the National Health Service. The Milbank Quarterly, 2003, 81 (3):415–439.
36- Holsapple CW, Joshi KD. An investigation of factors that influence the management of knowledge in organizations. Journal of Strategic Information Systems, 2009; 9 (2–3): 235–261.
37- Rousseu DM, McCarthy S. Educating managers from an evidence-based perspective. Academy of Management Learning & Education, 2007; 6(1):84-101.
38- Young KM. Informatics for healthcare professionals, FA Davis Co, 2000:69.
39- Simonin BL. Ambiguity and the process of knowledge transfer in strategic alliances. Strategic Management Journal, 1999; 20(7): 595-623.
40- Davenport TH, Lawrence P. Working Knowledge: How organizations manage: what they know. Cambridge, MA: Harvard Business School Press, 1998.
41- Shooshtari S. Factors that facilitate and impede effective knowledge translation in population health promotion: results from a consultation workshop in Iran. Health promotion perspectives, 2012; 2(2):126.
42- Dobbins M, Robeson P, Ciliska D, Hanna S, Cameron R, O'Mara L, DeCorby K, Mercer S. A description of a knowledge broker role implemented as part of a randomized controlled trial evaluating three knowledge translation strategies. Implementation science. 2009;4(1):23.
43- Willison DJ, MacLeod SM. The role of research evidence in pharmaceutical policy making: evidence when necessary but not necessarily evidence. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 1999. 5(2):243-249.
44- Medline, Fact Sheet, available from http://www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/medline.html [Access date 09/10/2008]
45- Weatherly H, Drummond M, Smith D: Using evidence in the development of local health policies. Some evidence from the United Kingdom. International journal of technology assessment in health care, 2002, 18 (4):771–781.
46- Hennink M, Stephenson R. Using Research to Inform Health Policy: Barriers and Strategies in Developing Countries. Journal of Health Communication, 2005; 10 (2):163–80.
47- Dadich A, Hosseinzadeh H. Healthcare reform: implications for knowledge translation in primary care. BMC health services research. 2013; 13(1):490.
48- Wolfe DM, Sargeant JM, Dobbins M, McEwen SA. Knowledge translation and exchange in the Canadian microbial food safety system: A quantitative assessment of researcher awareness, attitude, and activities with government policymakers. Food policy, 2012; 37(6):589-99.
49- Norton TC, Howell C, Reynolds C. Exploratory study of the role of knowledge brokers in translating knowledge to action following global maternal and newborn health technical meetings. Public health, 2016;140:235-43.
50- Archibald MM, Ambagtsheer R, Beilby J, Chehade MJ, Gill TK, Visvanathan R, Kitson AL. Perspectives of Frailty and Frailty Screening: protocol for a collaborative knowledge translation approach and qualitative study of Stakeholder Understandings and Experiences. BMC geriatrics, 2017; 17(1):87.
51- Newman M, Papadopoulos I, Sigsworth J. Barriers to evidence-based practice. Intensive and Critical Care Nursing. 1998; 14(5):231-8.
52- Mitton C. Adair CE, Mckenzie E, Patten SB, Perry BW. Knowledge Transfer and Exchange: Review and Synthesis of the Literature. The Milbank Quarterly, 2007; 85(4):729–768.
53- Fraser I. Organizational Research with Impact: Working Backwards. Worldviews on Evidence-Based Nursing, 2004; 1(suppl.1): 52–S59.
54- Burris H, Parkhurst J, Du-Sarkodie Y, Mayaud P. Getting research into policy - herpes simplex virus type-2 (HSV-2) treatment and HIV infection: international guidelines formulation and the case of Ghana. Health Research Policy and System, 2011; 9 (Suppl 1):5.
55- Barwick M, Boydell K, Ferguson B. Using knowledge transfer to facilitate the adoption of evidence-based practice. In: Report poster presented at the 5th international conference on the scientific basis of health services: global evidence for local decision, 2005.
56- Abrahamson E. Management Fashion. Academy of Management Review 1996; 21(1):254–85.
57- Dagenais C, Laurendeau MC. Briand-Lamarche M. Knowledge brokering in public health: a critical analysis of the results of a qualitative evaluation. Evaluation and program planning, 2015; 53:10-7.
58- Khammarnia M, Haj Mohammadi M, Amani Z, Rezaeian S, Setoodehzadeh F. Barriers to implementation of evidence based practice in Zahedan teaching hospitals, Iran, 2014. Nursing research and practice, 2015; 2015: 1-5.
59- Kilbourne AM, Neumann MS, Pincus HA, Bauer MS, Stall R. Implementing evidence-based interventions in health care: application of the replicating effective programs framework. Implementation Science, 2007;2(1):42.
60- Choi B, Pang T, Lin V, Puska P, Sherman G, Goddard M, Ackland M, Sainsbury P, Stachenko S, Morrison H, Clottey C. Can Scientists and Policy Makers Work Together? Journal of Epidemiology and Community Health, 2005; 59:632–37.
61- Lee SM, Hong S. An enterprise-wide knowledge management system infrastructure", Industrial Management & Data Systems, 2002; 102 (1):17-25.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-08]

Barriers to Knowledge Translation in Health Policy and Management: A Scoping Review

Ali Mohammad Mosadeghrad[1], Parvaneh Isfahani[2]*

1- PhD, Associate Professor, Health Economics and Management Department, Health Information Management Research Center, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2- PhD, Assistant Professor, Healthcare Services Management Department, School of Public Health, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran.

Abstract

Introduction: Knowledge translation in health policy and management is the process of utilizing evidence-based research in policy-making and managerial decision-making. This study aimed to identify the barriers to knowledge translation in health policy and management.

Methods: This study was conducted using the scoping review method at Tehran University of Medical Sciences in Spring 2020. All published articles on the barriers to knowledge translation in health policy and management from January 1, 1995, to December 31, 2019, in nine databases were searched. Finally, 58 documents were reviewed and analyzed using MAXQDA software.

Results: Overall, 76 barriers to knowledge translation in health policy and management were identified and grouped into seven categories, including barriers related to the characteristics of the healthcare system, healthcare organization, health policy and management knowledge, the knowledge producer, the knowledge user, knowledge transfer technology, and the communication between the knowledge producer and the user. A lack of access to knowledge and databases, time and resource constraints, inadequate policymakers' support, lack of motivation to exchange knowledge, insufficient education and training, lack of knowledge translation awareness, and lack of knowledge applicability were the most often reported barriers to knowledge translation in health policy and management.

Conclusion: The gap between theory and practice is high and there are many barriers to knowledge transfer in health policy and management. Therefore, policymakers and managers should take serious measures to make the optimal use of knowledge for enhancing healthcare organizations' performance.

Keywords: Knowledge Translation, Healthcare Policy, Healthcare Management, Scoping Review

Please cite this article as follows:

Mosadeghrad AM, Isfahani P. Barriers to health policy and management knowledge translation: A scoping review. Hakim Health Sys Res. 2020; 23(1): 86-103.

***Corresponding Author:** Healthcare Services Management Department, School of Public Health, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran. Tel: (+98)54322332190, Fax: (+98)54322332190. E-mail: p.esfahani@zbmu.ac.ir

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-08]