

موانع انتشار دانش در بین پرستاران بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان

ناهید زرین صدف^۱، عباس یزدان‌پناه^۲، رضا دهنویه^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: با توجه به اهمیت انتشار دانش در سال‌های اخیر و نیازی که پرستاران به عمل بر پایه تحقیق دارند تا یافته‌ها، تجربیات و اطلاعات خود را برای تصمیم‌گیری‌های آگاهانه در اعمال بالینی و تعامل با سایرین به کار گیرند، پژوهش حاضر، با هدف شناسایی موانع انتشار دانش در بین پرستاران انجام گرفت تا چالش‌های پیش روی آن را بررسی کند.

روش: در مطالعه کیفی حاضر با ۲۱ نفر از پرستاران بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان مصاحبه نیمه ساختار یافته صورت گرفت. همه مصاحبه‌ها ضبط و سپس، خط به خط دست‌نویس شد و با استفاده از روش Colaizzi تحلیل گردید.

یافته‌ها: موانع در ۶ طبقه اصلی متشکل از «فرهنگ»، «تسهیلات مالی»، «سیاست‌ها، قوانین و مقررات»، «ارتباطات»، «منابع انسانی» و «فرایند مدیریت» شناسایی شد.

نتیجه‌گیری: انتشار مؤثر دانش در بین پرستاران، با هدف افزایش سطح دانش و ارتقای خدمات آن‌ها در بیمارستان‌ها، امر ضروری است. همچنین، لازم است که تدابیری برای چالش‌های پیش روی آن اندیشیده شود و این امر نیازمند مدیریت و سیاست‌گذاری بیش از پیش است.

کلید واژه‌ها: مدیریت دانش، پرستاران، موانع، بیمارستان‌های آموزشی، ایران

ارجاع: زرین صدف ناهید، یزدان‌پناه عباس، دهنویه رضا. موانع انتشار دانش در بین پرستاران بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۶؛ ۶ (۲): ۲۰۰-۱۸۱.

تاریخ پذیرش: ۹۵/۲/۲۷

تاریخ دریافت: ۹۴/۸/۷

Archive

۱- کارشناسی ارشد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، پردیس علوم و تحقیقات فارس، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مرودشت، مرودشت، ایران

۲- استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مرودشت، مرودشت، ایران

۳- دانشیار، مرکز تحقیقات مدیریت ارایه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

Email: nzarinsadaf@yahoo.com

نویسنده مسؤول: ناهید زرین صدف

مقدمه

دانش، مجموعه‌ای از تجربه، ارزش‌ها و اطلاعات جدید می‌باشد و به عنوان دارایی در نظر گرفته شده است (۱). زمانی که دانش خلق شد، باید بین اعضای سازمان تسهیم شود تا بتواند همچون مبنایی برای نوآوری و خلق دانش در آینده عمل کند (۲).

مدیریت دانش، کشف، ایجاد و توسعه، به اشتراک گذاری، تعمیر و نگهداری، ارزیابی و استفاده مناسب برای دستیابی به بهره‌وری مؤثر از طریق منابع انسانی، فن‌آوری اطلاعات و ارتباطات می‌باشد (۱). یکی از مفاهیم اساسی مدیریت دانش، موضوع انتشار دانش است. زمانی که افراد اطلاعات مفید، دیدگاه‌ها، تجربیات، مزایا و درس‌آموخته‌های عملی یا غیر عملی خود را با دیگران به اشتراک می‌گذارند، بهره‌وری در بخش‌های مختلف سازمان افزایش پیدا می‌کند (۳). به عبارت دیگر، انتشار دانش فرایندی است که به وسیله آن دانش یک فرد به شکلی که قابل درک و استفاده برای دیگران باشد، تبدیل می‌شود. تأثیرگذاری انتشار دانش در سازمان‌ها یک عامل مهم برای موفقیت سازمان‌ها می‌تواند باشد (۴). انتشار دانش در سطح فردی و سازمانی رخ می‌دهد. در سطح فردی، انتشار دانش به منظور انجام بهتر، سریع‌تر و کارآمدتر کارها است و در سطح سازمانی به منظور دریافت دانش، سازمان‌دهی، استفاده مجدد و انتقال تجربه‌ها مبتنی بر دانش درون سازمانی است و این دانش در سازمان برای دیگران در دسترس می‌باشد (۵). ویژگی‌های محیط انتشار دانش نیز که تسهیم و تبادل دانش را محدود می‌کند و یا مانع از آن می‌شود، موانع انتشار دانش گفته می‌شود (۶).

امروزه انتشار دانش به عنوان یک پدیده اجتماعی تأثیرگذار در سازمان‌ها، از اهمیت به سزایی برخوردار است. سازمان‌ها و مؤسسات ارایه دهنده خدمات مانند بیمارستان‌ها نیز با کمک انتشار دانش می‌توانند دانش خود را در تمامی سطوح گسترش دهند و در ارایه خدمت به بیماران، موفقیت بیشتری کسب کنند. به علاوه، انتشار دانش در محیط‌های بهداشتی - درمانی موجب خدمت‌رسانی بهتر، تسهیل یادگیری، آموزش و پژوهش خواهد شد. از اهداف این سازمان‌ها، ارتقای کیفیت خدماتی نظیر محافظت از بیمار،

کاهش خطاهای پزشکی و استفاده فزاینده از فن‌آوری‌های پیشرفته در خدمات بهداشتی است که به کارگیری کارکنان آموزش دیده و متخصص را ضروری می‌سازد. ضمن آن که لزوم انجام کارها به صورت گروهی و حول بیمارمحوری، به اشتراک هرچه بیشتر دانش و سازمان‌دهی و مدیریت آن در این سازمان‌ها اهمیت به سزایی می‌بخشد (۷).

از طرف دیگر، مراقبت‌های بالینی پرستاری از دانش پرستاران فاصله دارد و باید با راه‌کارهای مناسبی در فاصله بین دانش نظری و عملکرد بالینی در بین پرستاران، حذف یا کاهش صورت گیرد (۸). فقدان دستورالعمل‌های مراقبتی مبتنی بر پژوهش نیز نه تنها شیوع بیماری‌ها و مدت اقامت بیماران را در بیمارستان افزایش می‌دهد، بلکه هزینه مضاعفی را بر عهده نظام خدمات بهداشتی و درمانی می‌گذارد (۹).

همچنین، پژوهش‌ها نشان داده است که پرستاران بخش مهمی از دانش خود را در خارج از محیط علمی دانشگاه به دست می‌آورند (۱۰). Estabrook و همکاران نیز بر این باورند که پرستاران از حیطه وسیعی از دانش و عملکرد خود که بیشتر بر پایه تجربه است تا پژوهش، استفاده می‌کنند و آن‌ها دانش خود را از طریق تجربه کار کردن با بیماران، دانشکده‌های پرستاری، کارگاه‌های آموزشی، کنفرانس‌ها و سمینارهای پزشکی و پرستاری، مقررات و دستورالعمل‌های پرستاری، بحث با پزشکان، مطالعه متون، کتاب‌های مرجع یا مجلات به دست می‌آورند (۱۱).

مسأله ارتقای کیفیت آموزش علوم پزشکی نیز همواره مورد توجه بوده و روز به روز اهمیت بیشتری پیدا می‌کند (۱۲)؛ به طوری که دانش پزشکی هر ۴-۵ سال به طور متوسط ۵۰ درصد و در طول ۱۰-۸ سال، ۷۵ درصد آن کهنه می‌شود و آموزش‌های دوران تحصیل و اخذ مدرک تحصیلی، دیگر نمی‌تواند مجوزی برای ارایه خدمات بالینی در تمام عمر باشد (۱۳). به دلیل تحولات سریع و غیر قابل پیش‌بینی، سازمان‌های درمانی هم باید همگام با این تغییرات به سوی توسعه حرکت نمایند (۱۴). مدیران و تصمیم‌گیران در بیمارستان‌ها هم بایستی در جهت ایجاد دانش، نشر و انتقال آن و گسترش فرهنگ یادگیری تیمی برنامه‌ریزی کنند (۱۵).

(Conformability)، اعتمادپذیری (Dependability) و قابلیت انتقال (Transferability) استفاده شد (۱۶). علاوه بر مصاحبه، استفاده از یادداشت‌های در عرصه (Field note) برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد. جهت قابلیت انتقال یافته‌ها، نمونه‌های مختلفی از مصاحبه شوندگان با توجه به سن و سابقه کار استفاده شد که ویژگی‌های مختلف مشارکت کنندگان در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک مشارکت کنندگان

ویژگی پرستاران	تعداد
سن (سال)	
کمتر از ۳۰ سال	۶
۳۰-۴۰	۹
بیشتر از ۴۰	۶
جنسیت	
مرد	۲
زن	۱۹
وضعیت تأهل	
متاهل	۱۴
مجرد	۷
تحصیلات	
ارشد	۲
لیسانس	۱۹
سابقه کار	
کمتر از ۵ سال	۵
۵-۱۰ سال	۸
۱۰-۱۵ سال	۲
۱۵-۲۰	۲
بیشتر از ۲۰	۴

برای تحلیل داده‌ها از روش هفت مرحله‌ای Colaizzi استفاده شد. بدین منظور، در مرحله اول مکالمات ضبط شده پیاده شد و سپس، سعی شد با چندین بار خواندن مطالب، به مفاهیم و عمق معانی گفته‌ها پی برده شود. سپس، هر مصاحبه در مرحله دوم مرور گردید و از آن‌ها عبارات یا جملاتی که به طور مستقیم به پدیده مورد نظر مربوط می‌شد، مشخص گردید. در مرحله سوم، برای هر کدام از جملات مهم استخراج شده مفهوم خاصی در نظر گرفته شد. پس از آن، با ادغام کدهای سطح یک مرتبط با هم، کدهای سطح

بنابراین، انتشار مؤثر دانش نیز در بیمارستان به خصوص در بین پرستاران که به تبع نیروهای عمده و تأثیرگذار بر عملکرد بیمارستان و رضایتمندی بیماران هستند، ضروری است و لازم است که موانع انتشار دانش در بین پرستاران، شناسایی و رفع گردد. همچنین، تدابیری برای موانع و چالش‌های پیش رو اندیشیده شود.

روش

پژوهش حاضر با استفاده از روش پدیدارشناسی در محدوده زمانی سه ماهه دوم سال ۱۳۹۴ در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهر کرمان انجام شد.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات در پژوهش، مصاحبه نیمه ساختاریافته با سؤالات باز بود که مصاحبه شوندگان آزادی عمل بیشتری داشته باشند و بتوانند آزادانه در مورد موضوع مورد نظر صحبت کنند. بخش اول سؤالات مصاحبه شامل مشخصات دموگرافیک افراد (سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات و سابقه کار) و بخش دوم سؤالات تأثیرگذار بر شناخت موانع انتشار دانش در بین پرستاران بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان شامل فعالیت‌های گروهی و به اشتراک‌گذاری تجربه‌ها بین پرستاران، مشکلات و چالش‌های پیش روی آن، عوامل به وجود آورنده این مشکلات بود. سپس، از ۲۱ نفر از پرستارانی که در انتشار دانش دخالت داشتند، مصاحبه، کدگذاری و سپس تحلیل انجام شد.

نمونه پژوهش نیز به صورت غیر احتمالی و از میان پرستارانی که به نوعی در انتشار دانش نقش داشتند و در دسترس بودند، انتخاب گردید و نمونه‌گیری تا جایی انجام شد که داده‌های حاصل از ۲۱ مصاحبه به سطح اشباع رسید. تعداد افراد مصاحبه شونده از بیمارستان مهندس افضل‌پور ۷ نفر، بیمارستان شهید دکتر باهنر ۶ نفر، بیمارستان شفا ۵ نفر و بیمارستان شهید دکتر بهشتی ۳ نفر بودند. مدت زمان مصاحبه‌ها نیز حداقل ۱۰ دقیقه و حداکثر ۴۰ دقیقه (با میانگین کل ۲۰ دقیقه) به طول انجامید.

برای اطمینان از صحت و دقت داده‌ها از چهار ملاک پیشنهاد شده اعتبارپذیری (Credibility)، تأییدپذیری

بودن اطلاعات، اجازه ضبط صدا به هنگام مصاحبه، اختیاری بودن شرکت در پژوهش و اختیار انصراف به هر یک از شرکت کنندگان داده شد.

یافته‌ها

تحلیل داده‌های پژوهش، در ۶ طبقه اصلی شامل فرهنگ، تسهیلات مالی، سیاست‌ها، قوانین و مقررات، ارتباطات، منابع انسانی و فرایند مدیریت شکل گرفت که در جدول ۲ طبقات و زیرطبقات مشاهده می‌شود و در ادامه نیز شرح آن‌ها آمده است.

دوم یا زیرمفهوم‌ها و مضمون‌های اصلی به دست آمد. در مرحله پنجم تجزیه و تحلیل، نتایج هر چیزی در یک توصیف جامع از موضوعات مورد بررسی جمع‌آوری شد و دسته‌های بزرگتری ایجاد گردید. در مرحله ششم، توصیف جامعی از پدیده مورد بررسی در یک بیان بدون ابهام ارائه گردید و سپس، نتایج حاصل تلفیق شد (۱۷).

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در زمینه اجرای پژوهش، از دانشگاه تأییدیه دریافت گردید و از مسؤولان مراکز آموزشی درمانی شهر کرمان اجازه کسب شد. همچنین، توضیحات کافی پیرامون اهمیت و اهداف پژوهش، محرمانه

جدول ۲. درون‌مایه‌های استخراج شده از تجارب شرکت کنندگان

طبقات	زیرطبقات	طبقات فرعی
۱) فرهنگ	۱-۱) اهمیت ناکافی به پرستاران و مدیر پرستاری ۱-۲) اهمیت ندادن کافی به اثر انتقال تجربیات ۱-۳) در نظر نگرفتن ارزش واقعی پرستاران و مطلوب نبودن احترام به قشر پرستاری ۱-۴) دخالت دادن نظرات شخصی در تبادل اطلاعات ۱-۵) وجود حس رقابت منفی در بین پرستاران ۱-۶) کمبود مطالعه فردی ۱-۷) وجود مشکلات تربیتی در خانواده و اجتماع ۱-۸) ترجیح دادن استراحت به آموزش	۲-۱-۱) شکاف پرداخت‌ها بین کارکنان ۲-۱-۲) به موقع پرداخت نشدن حقوق و دستمزد ۲-۲-۱) کمبود تجهیزات بیمارستانی و ناکارآمدی در بعضی مواقع ۲-۲-۲) امکانات آموزشی ناکافی در بخش‌ها (کتاب، اینترنت و سایر منابع) ۲-۲-۳) کمبود امکانات رفاهی (مهدکودک، ایاب و ذهاب)
۳) سیاست‌ها، قوانین و مقررات	۳-۱) حمایت ناکافی پرستاران از سوی مدیران و نداشتن حامی شغلی ۳-۲) توجه ناکافی به سیستم پرستاری ۳-۳) نداشتن استقلال شغلی ۳-۴) نداشتن تطابق حجم کار با کارکنان ۳-۵) وارد کردن افراد بی‌تجربه در سیستم درمانی ۳-۶) اشتغال پرستاران در بخش‌های خاص که منجر به تک بعدی شدن آن‌ها می‌شود. ۳-۷) عدم آموزش قوی به پرستاران از سوی بیمارستان ۳-۸) نامناسب بودن کلاس‌های آموزشی از جهت انتخاب مطالب و مدرس	
۴) ارتباطات	۴-۱) ارتباط غیرمستمر بین پرستاران ۴-۲) فراهم نکردن موقعیتی برای تجمیع پرستاران جهت انتشار دانش ۴-۳) ارتباطات چهره به چهره ضعیف ۴-۴) ارتباط ناکافی بین نوبت‌های مختلف کاری ۴-۵) تعامل ناکافی بین پرستاران و بیماران و کادر درمان ۴-۶) دلسردی از رفتار نامناسب بیمار و گاهی اوقات همراهی بیمار	

جدول ۲. درون‌مایه‌های استخراج شده از تجارب شرکت کنندگان (ادامه)

طبقات	زیرطبقات	طبقات فرعی
۵) منابع انسانی	۵-۱) ویژگی‌های فردی	۵-۱-۱) مسؤلیت‌پذیر نبودن ۵-۱-۲) سعی در بهتر نشان دادن خود ۵-۱-۳) خصوصیات اخلاقی و شخصیتی مانند تنگ‌نظری، خودخواهی و بخل‌ورزی ۵-۲-۱) استرس و عدم تمرکز حواس ۵-۲-۲) انگیزه ناکافی و ناراضی‌درونی پرستاران ۵-۲-۳) دغدغه فکری در خانه و محل کار ۵-۲-۴) سخت بودن افراد (قدیمی) در یادگیری تجربه‌های جدید ۵-۲-۵) راحت نبودن فرد در بیان مسأله
۶) فرایند مدیریت	۶-۱) سیستم آموزش پرستاری	۶-۱-۱) برنامه‌ریزی نامناسب آموزشی ۶-۱-۲) نیازسنجی نامناسب آموزشی ۶-۱-۳) ارزیابی نادرست نتایج آموزشی ۶-۱-۴) تأخیر در اطلاع‌رسانی ۶-۱-۵) استفاده از اطلاعات محدود و تخصصی ۶-۱-۶) برگزاری کلاس‌ها در زمان نامناسب ۶-۱-۷) ساعات طولانی کلاس ۶-۱-۸) برگزاری کم‌جلسات
	۶-۲) سیستم مدیریت پرستاری	۶-۲-۱) توجه ناکافی به توانمندی‌ها و تجربه افراد در احراز شغل ۶-۲-۲) توجه ناکافی مسؤولان به دغدغه‌ها و مشکلات کاری و شخصی پرستاران ۶-۲-۳) وجود برخی تبعیضات بین پرستاران ۶-۲-۴) بازخورد منفی به اعتراضات پرستاران ۶-۲-۵) توجیه نکردن کامل کارکنان توسط مسؤولان ۶-۲-۶) تشویق کم کارکنان از سوی مسؤولان ۶-۲-۷) توجه ناکافی به پیشنهادها ۶-۳-۱) انجام ندادن درست کارها (کاهش کارایی) ۶-۳-۲) همکاری و همفکری نامناسب بین پرستاران و سرپرستاران ۶-۳-۳) پایین بودن اعتماد اجتماعی ۶-۳-۴) پایین بودن امنیت شغلی در بعضی کارکنان ۶-۳-۵) گزارش‌دهی نامناسب مشکلات ۶-۳-۶) رفتار نامناسب مافوق ۶-۳-۷) کنترل ناکافی استرس‌های محیطی ۶-۳-۸) وابستگی زیاد کارکنان به تجهیزات پزشکی ۶-۳-۹) نبود منظم پزشک مقیم ۶-۳-۱۰) تعداد زیاد بیماران ۶-۳-۱۱) کمبود وقت پرستاران ۶-۳-۱۲) خستگی از محیط کار

فرهنگ

بر اساس نظر پرستاران، مشکلات فرهنگی به عنوان موانعی در زمینه انتشار دانش مشخص شده است. مشکلات فرهنگی مشخص گردیده شامل عدم اهمیت کافی به پرستاران و مدیر پرستاری، کم اهمیت شمردن اثر انتقال تجربیات، در نظر نگرفتن ارزش واقعی پرستاران و مطلوب نبودن احترام به قشر پرستاری، دخالت دادن نظرات شخصی در تبادل اطلاعات، وجود حس رقابت منفی در بین پرستاران، کمبود مطالعه فردی، وجود مشکلات تربیتی در خانواده، اجتماع و ترجیح دادن استراحت به آموزش بود که هر یک در ادامه آورده شده است.

۱- اهمیت ناکافی به پرستاران و مدیر پرستاری: در این زمینه اهمیت ناکافی به پرستاران از سوی خود پرستاران، سیستم آموزشی، مدیر پرستاری و به خصوص نظام پرستاری و نیز وجود برخی تبعیضات موجود در بیمارستان ذکر شد که در مواردی مسؤولان برای پزشکان نسبت به پرستاران قایل می‌شوند. پرستار مشارکت کننده ۱۹ اعتقاد داشت: «مدیران پرستاری و رده بالا زیاد بها نمی‌دهند و ریشه این مشکل می‌تواند بین خود پرستاران، در سطح کشور و نظام پرستاری باشد و مدیران حمایت لازم را به پرستاران نمی‌دهند. اتحاد پزشکان حتی وقتی مشکلی داشته باشند، بیشتر است و پرستاران در این مواقع هوای هم را ندارند». پرستار ۷ عنوان کرد: «نظام پرستاری، پرستار است، ولی در سیطره پزشکان و به نیروهای خود بها نمی‌دهند». همچنین، مشارکت کننده ۱۹ بیان نمود: «کلاس که می‌ری باید مرخصی بگیرد، ترجیح می‌دهی در خانه باشی تا بری کلاس، ولی پزشکان این طوری نیستند، بدون مرخصی می‌توانند بروند».

۲- اهمیت ندادن کافی به اثر انتقال تجربیات: بر اساس نظر پرستاران، گاهی اوقات به نظرات و پیشنهادهای آنها اهمیت داده نمی‌شود و همین مسأله موجب می‌گردد که پرستاران از انتقال نظرات و پیشنهادهای سازنده خود صرف نظر کنند و تجربیات خود را منتقل نکنند. در این زمینه، پرستار ۶ بیان نمود: «در اشتراک‌گذاری دانش مشکلی نداریم، ولی ممکن است به نظرات و پیشنهادهای کارهایمان ترتیب اثر ندهند. افراد ممکن است که نتیجه‌ای پیدا نکنند و

خودشان را کنار بکشند».

۳- در نظر نگرفتن ارزش واقعی پرستاران و مطلوب نبودن احترام به قشر پرستاری: طبق نظر پرستاران، ارزش و احترامی که در جامعه و محل کار برای آنها قایل می‌شوند، نامطلوب عنوان شد و همچنین، ذکر گردید که این احترام اگر از سوی مسؤولان و مافوق آنها باشد، می‌تواند به سایرین منتقل شده و موجب افزایش رضایت خاطر پرستاران گردد که به پیگیری و پیشرفت در امور نیز منجر خواهد شد. پرستار ۴ معتقد بود: «اگر احترام نگذارند، در جامعه بهت بها ندهند، نه دنبال اطلاعات کارت می‌روی، نه دنبال ترویج و پیشرفت کارت می‌روی. این احترام از صدا و سیما گرفته تا مافوق‌ها مثل رییس بیمارستان، پزشکان که به همان نسبت جامعه، همراه بیمار و بیمار از هم یاد می‌گیرند و انجام می‌دهند و احترام خاص به پرستار گذاشته می‌شود».

۴- دخالت دادن نظرات شخصی در تبادل اطلاعات: یکی از مشکلات در انتشار دانش این است که برخی مواقع افراد در تبادل اطلاعات، نظرات شخصی و دیدگاه‌های خود را بیان می‌کنند که باعث می‌شود تا دانش اصلی به خوبی اشتراک‌گذاری نگردد. در این مورد، مشارکت کننده ۴ عنوان نمود: «ممکن است نظرات شخصی در تبادل اطلاعات باشد و فرد از دیدگاه خودش مسأله را ببیند و بیان کند».

۵- وجود حس رقابت منفی در بین پرستاران: بر اساس نظر پرستاران، برخی مواقع رقابت منفی در بین پرستاران که ناشی از ویژگی‌های شخصیتی منفی افراد است و منجر به عدم اعتماد اجتماعی هم می‌شود، مشاهده می‌گردد. در این زمینه، پرستار ۶ چنین عنوان کرد: «ممکن است در بخش افرادی باشند که به خاطر رتبه و نمره، چند تا حرف دیگر روی آن می‌گذارند که فلانی این کار را کرده، یکی را خراب کنند تا خودشان را بهتر نشان بدهند». پرستار ۷ ذکر کرد: «ویژگی‌های شخصیتی مثل تنگ‌نظری که همکارش بیشتر از خودش نداند و ممکن است بدجنسی و زیرآب‌زنی در حق پرسنل باشد. به پرستار دیگر یاد ندهد که بگوید بیشتر بدم و نگاه سرپرستار عوض شود و نمره پرکیسش را بیشتر بدهد».

۶- کمبود مطالعه فردی: بر اساس نظر کارشناسان، یکی

تسهیلات مالی

مشکلات مرتبط با تسهیلات مالی، شامل مشکلات مربوط به انگیزه‌های مالی، تجهیزات و امکانات که مشکلات مربوط به هر یک در ادامه آورده شده است.

۱- انگیزه‌های مالی: بر اساس نظر پرستاران

۱-۱- شکاف پرداخت‌ها بین کارکنان: بر اساس نظرات پرستاران، پرداخت‌های مبتنی بر طرح عملکرد و قاصدک باعث شکاف بیشتر پرداخت‌ها بین کارکنان شده است که منجر به کاهش انگیزه در بین پرستاران می‌شود. پرستار ۷ در این زمینه عنوان کرد: «بودجه به درمان نمی‌دهند، مبتنی بر عملکرد پول بدهند و پول می‌رود به جیب پزشک». پرستار ۱۱ نیز معتقد بود: «طرح جدید پرکیس بالاتر می‌رود، اگر نیرو کمتر باشد بر اساس درآمد بخش، طرح خوبی نیست. توان من در یک شیفت است، پرکیسم می‌آید پایین، دو شیفت کار می‌کنم کاراییم می‌آید پایین. یک جای کار لنگ می‌زند» و همچنین، پرستار ۱۷ چنین ذکر کرد «کسانی که اضافه‌کار، شب‌کاری و مرخصی و Off و سابقشان عین همه، ولی می‌گویند نیرو بیشتر، پرکیس کمتر می‌شود، اصلاً توجه کننده نیست».

۱-۲- به موقع پرداخت نشدن حقوق و دستمزد: بر اساس نظر پرستاران، پرداخت قسمتی از حقوق و مزایای آن‌ها به موقع انجام نمی‌شود که می‌تواند منجر به کاهش انگیزه و اشتراک‌گذاری نامطلوب اطلاعات در بین پرستاران شود. پرستار ۶ معتقد بود «حقوق و مزایا را بالا ببرند و فقط در حد حرف‌اند. همه جا می‌گویند پرستاران حقوق و پرکیس می‌گیرند، ولی هیچ کدام را ندادند».

بر اساس نظر پرستاران، با افزایش مزایا و پرکیس آن‌ها در قبال کارهایی که انجام می‌دهند، علاوه بر انگیزه معنوی، انگیزه مالی هم افزایش می‌یابد و با پرداخت عادلانه حقوق و مزایا تا حدودی از رقابت منفی بین پرستاران هم کاسته خواهد شد. پرستار ۴ بیان کرد «مسئله مالی خیلی مهم است، اگر در قبال کاری که داری انجام می‌دهی لذت می‌بری، مبلغی هم دریافت کنی، دنبال مسئله بیشتر می‌روی».

از اصلی‌ترین دلایلی که منجر به افزایش دانش پرستاران می‌شود، برنامه‌ریزی و مطالعه فردی در آن‌ها است که با کار تجربی در بخش‌ها به یادگیری عمیق‌تر می‌انجامد. حتی استفاده از شنیده‌های محیطی در بخش مانند گوش فرا دادن به هنگام آموزش در راند پزشکان می‌تواند در افزایش دانش آن‌ها بسیار مؤثر باشد. در این زمینه، پرستار ۱ معتقد بود: «خودشان مطالعه کنند که در این صورت فرد سریع‌تر راه می‌افتد و از اصلی‌ترین دلایل است. بیشتر اطلاعات تجربی است و وقت نداریم. اگر اول مطالعه بشود، بعد به مرور ملکه ذهن می‌شود». پرستار ۸ نیز بیان کرد: «با محیط کاری مجبوریم کنار بیایم، اگر ساعت مشخصی اطلاعات را زیاد کنیم و خودم برنامه‌ریزی کنم، هم به نفع خودم است و هم به نفع مریض‌هایم. محیط کار را نمی‌شود دست زد، آدم خودش بتواند مدیریت کند و اطلاعاتش را زیاد کند، خیلی مهم است. خودش سعی کند یاد بگیرد، شنیده‌ها خیلی مهم است، مثلاً راندهای پزشکان که برای دانشجویان توضیح می‌دهند».

۷- وجود مشکلات تربیتی در خانواده و اجتماع: طبق نظر پرستاران، برخی اوقات افراد علاقه شخصی به مطالعه ندارند که همین مسأله خود ریشه در تربیت خانوادگی و جامعه دارد. پرستار ۸ در این زمینه عنوان کرد: «به اجتماع، تربیت خانوادگی و فرهنگ فرد بر می‌گردد که به کتاب خواندن علاقه داشته باشد. آدمی که نه کتاب می‌خواند، نه اخبار گوش می‌دهد، نه پای صحبت بقیه می‌نشیند، نه روزنامه می‌خواند، مطمئناً به کتاب خواندن هم علاقه‌ای ندارد».

۸- ترجیح دادن استراحت به آموزش: بر اساس نظر پرستاران، با اختیاری بودن کلاس‌ها آن‌ها علاقه‌ای به شرکت در کلاس و جلسات نخواهند داشت و حتی برخی اوقات، استراحت را به وقت آموزش ترجیح می‌دهند که این مسأله ناشی از مشکلات فرهنگی است که نیاز به نهادینه‌سازی فرهنگ آموزش و یادگیری فردی بیشتر در بین پرستاران مشاهده می‌شود. پرستار ۸ در این زمینه عنوان کرد: «اطلاع‌رسانی هم می‌شود، اما در کلاس ممکنه شرکت نکنند، اگر هم شرکت بکنند حواسشان جمع نمی‌کنند، حوصله ندارند، خسته‌اند، شیفت‌ها سنگین‌اند و مریض زیاده ترجیح می‌دهند استراحت کنند».

برای انتشار دانش آن‌ها محسوب می‌گردد. پرستار ۲ معتقد بود: «بعضی پرستاران بچه کوچک دارند، بعضی‌ها همسرشان کارمند است، نمی‌توانند در کلاس‌ها شرکت کنند. پرستاران مطمئن باشند که هر ساعت که بخواهند کلاس بروند، مهدکودک‌های مطمئن هست. دلایل اصلی‌شان شیفت و بچه‌هایشان است». پرستار ۱۵ عنوان کرد: «چند وقت پیش استانداری کلاس بود، به خاطر رفت و آمد خیلی‌ها نرفتند».

سیاست‌ها، قوانین و مقررات

بر اساس نظر پرستاران، مشکلات مرتبط با سیاست‌ها، قوانین و مقررات به عنوان موانعی در زمینه انتشار دانش مشخص شده است. مشکلات مرتبط با سیاست‌ها، قوانین و مقررات، شامل حمایت ناکافی پرستاران از سوی مدیران و نداشتن حامی شغلی، توجه ناکافی به سیستم پرستاری، نداشتن استقلال شغلی، نداشتن تطابق حجم کار با کارکنان، وارد کردن افراد بی‌تجربه در سیستم درمانی، اشتغال پرستاران در بخش‌های خاص که منجر به تک‌بعدی شدن آن‌ها می‌شود، عدم آموزش قوی به پرستاران از سوی بیمارستان، نامناسب بودن کلاس‌های آموزشی از جهت انتخاب مطالب و مدرس می‌باشد که هر یک در ادامه آورده شده است.

۱- **حمایت ناکافی پرستاران از سوی مدیران و نداشتن حامی شغلی:** حمایت ناکافی پرستاران از سوی مسؤولان به علت انتخاب نشدن برخی مسؤولان از میان پرستاران، می‌تواند منجر به درک ناکافی آن‌ها از مشکلات پرستاران شود که در نهایت، برخی مواقع حمایت و پشتیبانی مؤثری هم از پرستاران به عمل نخواهد آمد. پرستار ۶ عنوان کرد: «نظام پرستاری هوای پرستاران را ندارد. آن طوری که باید از پرستاران دفاع نمی‌کند. قشرهای دیگر، گروه‌های دیگر، اعتصاب می‌کنند، ولی پرستاران به دلیل شب‌کاری، صبح‌کاری، عصرکاری و شیفت کاری خسته‌اند و اصلاً از خودشان هم دفاع نمی‌کنند، چه برسد به نظام پرستاری. کارخانه، کار بیرون، کار بیمارستان، دیگر حوصله ندارند. مسؤولانی که خودشان کار کرده باشند، زجر کشیده باشند، کار پرستاری انجام داده باشند، شب‌کاری، جمعه‌کاری، حقوق کم، مزایای کم را تجربه کرده باشند تا بفهمند که ما چه

۲- تجهیزات و امکانات: بر اساس نظر پرستاران

۲-۱- **کمبود تجهیزات بیمارستانی و ناکارآمدی در بعضی مواقع:** اغلب کمبود تجهیزات بیمارستانی که در اکثر مواقع حتی ناکارآمد نیز می‌باشد و می‌تواند به عنوان مانعی برای انجام وظایف و کارهای حرفه‌ای پرستاران محسوب گردد، مشاهده می‌شود. انتظار می‌رود که تجهیزات و دستگاه‌های موجود در بیمارستان‌ها بازمینی و کمبودها در این زمینه مرتفع گردد. پرستار ۹ معتقد بود «تجهیزات بیمارستانی درست نیست یا کم است، سیستم مدیریتی ضعیفه که نمی‌تواند این عوامل را حذف کند. شخصیت افراد را نمی‌شود تغییر داد، ولی تجهیزات می‌شود سر و صدایشان کمتر باشد، آلام‌ها و دستگاه‌ها درست باشد. اکثر دستگاه‌ها در بیمارستان درست نیست».

۲-۲- **امکانات آموزشی ناکافی در بخش‌ها (کتاب، اینترنت و سایر منابع):** در بخش‌های بیمارستان‌ها کمبود امکانات آموزشی اعم از کتاب، اینترنت و سایر منابع مشاهده می‌گردد که با افزایش این امکانات پرستاران می‌توانند در مواقع لزوم و اوقات فراغت از کار سریع‌تر و مؤثرتر به افزایش اطلاعات خود بپردازند. پرستار ۱۸ چنین عنوان نمود: «اینترنت و منابع بیشتر باشد و محدود به سایت و دانشگاه نباشد و وقت بیکاری استفاده شود». پرستار ۱۹ نیز در این باره اشاره کرد: «بیمارستان‌ها هیچ کدام در بخش‌ها اینترنت ندارد که مطلب سرچ کنی یا بیکار می‌شوی مقاله دانلود کنی. به بیمارستان‌ها به محیط علمی نگاه نمی‌کنند و به محیط درمانی نگاه می‌کنند. دانشگاه نت وصل می‌شوی، ولی بیمارستان‌ها برای کادر پرستاری و بهیار این‌طوری نیست. شیفت کاری شروع می‌شود، در تکاپو هستند تا شیفت بعدی که تحویل بدهی. وقتی ندارند اطلاعاتشان را بروز کنند، هرچه تجربی در بخش عملی حین کار یاد بگیرند، و گرنه وقت ندارند. همان موقع سرچ می‌کردی ملکه ذهنت می‌شد، ولی تا خانه بروی پیدا کنی اصطلاح از ذهنت رفته».

۲-۳- **کمبود امکانات رفاهی (مهدکودک، ایاب و ذهاب):** طبق نظر پرستاران، کمبود امکانات رفاهی اعم از در نظر گرفتن مهدکودک و نیز ایاب و ذهاب برای مواقع شرکت در کلاس‌ها و کنفرانس‌های برون بیمارستانی مشاهده می‌شود که خود مانعی

این زمینه بیان نمود: «نیرو کم است، ممکن است یک پرستار در بخش با ۱۰ بیمار راحت باشد، اما در اورژانس دشوار است». پرستار ۳ نیز معتقد بود: «به طور قانونی همان طور که یک پرستار شیفت باید بدهد، شیفت دهد، مثلاً در ICU، ۱ مریض ۲ تا پرستار باید داشته باشد که ۳ تا مریض، ۱ پرستار دارد». پرستار ۸ نیز چنین ذکر کرد: «باید مریض‌ها را پیگیری کنیم و کوچکترین چیزی باعث مرگ مریض می‌شود. اگر استانداردها رعایت شود و هر پرستار مثلاً دو تا مریض داشته باشد، دغدغه کمتری پرستار دارد، مریض راحت‌تر است، استراحت بیشتر است، آرام‌تر است، وقتش آزادتر است، اول مدیریت تأثیر دارد».

۵- *وارد کردن افراد بی‌تجربه در سیستم درمانی:* بر اساس نظرات پرستاران، وجود افراد بی‌تجربه و با سطح علمی نامناسب در سیستم درمانی باعث کاهش عملکرد سیستم حرفه‌ای پرستاری شده است. پرستار ۱۱ در این باره معتقد بود: «جایی رفته اطلاعات پرسنل خیلی ضعیف بود. نمی‌دانستند برای زایمان، NPO با چه شروع کنند و چه طوری انجام بدهند. دعوا کردم با مترون و گفتم باید اطلاعات پرسنل را بیشتر کنید. درست است من خودم شاخه‌ای از دیابت کار نکردم، بالاخره این قدر اطلاعات داشتم که دیابت نماند برای مریض بعد از حاملگی» و در ادامه نیز این پرستار عنوان کرد: «به عقیده من دانشجو وارد سیستم کار شدن اشتباه است. هر یک ماه آدم درس می‌خواند، در هر یک ماه یک اطلاعات پرستاری بیشتر شود، خودش یک عالمه است. ترم‌های آخر اختصاصی‌ها هستند که هر بخشی کار کنی ملاک‌اند. قلب و بخش‌های مهم، ترم‌های آخرند. ظاهراً نه اختلالی ایجاد نمی‌کنند، خوب‌اند، کار می‌کنند، به نظر من اطلاعات باید کامل باشد».

۶- *اشتغال پرستاران در بخش‌های خاص که منجر به تک‌بعدی شدن آن‌ها می‌شود:* بر اساس نظرات پرستاران، اشتغال پرستاران در بخش‌های ویژه و خاص که نیاز به اطلاعات محدود و تخصصی دارند، می‌تواند منجر به تک‌بعدی شدن آن‌ها شود و مانعی برای انتشار دانش فراگیر بین آن‌ها محسوب شود. پرستار ۱۹ در این زمینه ذکر کرد:

می‌کشیم. متأسفانه، افرادی را اول کار رییس و سرپرستار انتخاب می‌کنند که شب‌کاری، عصرکاری و جمعه‌کاری نداشتند و نمی‌توانند درک کنند که ما چه می‌کشیم».

۲- *توجه ناکافی به سیستم پرستاری:* بر اساس نظرات پرستاران، سیستم پرستاری مورد توجه کافی قرار نمی‌گیرد و وقتی امور پرستاری ترجیح داده می‌شود به دانشجویان پزشکی محول گردد و انتخاب برخی مسؤولان از بین پرستاران صورت نمی‌گیرد، منجر به ضعیف شدن سیستم پرستاری و نیز کاهش عملکرد پرستاران می‌شود. پرستار ۱۹ در این زمینه اشاره کرد: «به عهده اینترن و رزیدنت می‌گذارند بیشتر تا کارها را انجام بدهند. انگیزه ندارد علمش را بروز کند، کارش که راه می‌افتد خودش را مجبور نمی‌کند برود یاد بگیرد». پرستار ۲۱ نیز معتقد بود: «پرستاران در صدر نیستند و به نظرات و فکرتان توجه نمی‌کنند. رؤسا پزشک هستند و از درد و دل پرستاران خبر ندارند. چند سالی هست که نظام پرستاری آمده و نمی‌توانند حمایت لازم را داشته باشند. قوی‌تر شدن سیستم پرستاری از همه لحاظ، رییس رؤسا مثل آموزش و پرورش که معلم‌اند، پرستار باشند و حرف آن‌ها را بفهمند».

۳- *نداشتن استقلال شغلی:* بر اساس نظرات پرستاران، آن‌ها از استقلال شغلی مطلوبی برخوردار نیستند و تحت سیطره پزشکان قرار دارند که خود مانعی برای به اشتراک‌گذاری دانش آن‌ها محسوب می‌شود. پرستار ۷ معتقد بود: «مترون را پزشک انتخاب می‌کند و تجویز دارو هم حق دارند، اما زیر نظر پزشک و پرستاران وابسته شدند و مشکل از بی‌سوادی خودمان است. پرستار می‌تواند با افزایش سطح علمی در Order نظر بدهد. مشارکت داشته باشند در درمان و تحویلشان بگیرند که مجبور شوند تحقیق کنند و فقط حرف گوش کن نباشند و در درمان سهیم باشند».

۴- *نداشتن تطابق حجم کار با کارکنان:* بر اساس نظرات پرستاران، مشکلات کمبود نیروی پرستاری و تعداد زیاد بیماران که نیاز به پیگیری و توجه از سوی پرستاران دارند، موجب عدم تطابق حجم کار با تعداد کارکنان می‌شود و طرح‌های اخیر در سیستم درمانی (طرح مبتنی بر عملکرد و قاصدک) این مشکلات را دوچندان کرده است. پرستار ۱ در

است». پرستار ۱۵ هم در ذکر ویژگی‌های مدرس چنین عنوان کرد که «مدرس به مطلبی که می‌گوید احاطه داشته باشد، سر کلاس دانش و اشتیاق داشته باشد».

ارتباطات

بر اساس نظر پرستاران، مشکلات مرتبط با ارتباطات به عنوان موانعی در زمینه انتشار دانش مشخص شده است. مشکلات مرتبط با ارتباطات، شامل ارتباط غیر مستمر بین پرستاران، فراهم نکردن موقعیتی برای تجمع پرستاران جهت انتشار دانش، ارتباطات چهره به چهره ضعیف، ارتباط ناکافی بین نوبت‌های مختلف کاری، تعامل ناکافی بین پرستاران و بیماران و کادر درمان، دلسردی از رفتار نامناسب بیمار و گاهی اوقات همراهی بیمار می‌باشد که هر یک در ادامه آورده شده است.

۱- *ارتباط غیر مستمر بین پرستاران:* ارتباط مؤثر و مستمری بین پرستاران وجود ندارد که خود مانعی برای انتشار دانش محسوب می‌گردد. پرستار ۶ در این باره بیان کرد: «ممکن است تا سمینار و کنفرانسی که برگزار می‌شود، سال تا سال همکاران همدیگر را نبینیم».

۲- *فراهم نکردن موقعیتی برای تجمع پرستاران جهت انتشار دانش:* مسؤولان و سوپروایزر آموزشی در بیمارستان‌ها ممکن است به علت حجم کاری بالا، شرایط تجمع همه پرستاران را برای به اشتراک‌گذاری دانش و اطلاعاتشان فراهم نکنند. پرستار ۳ معتقد بود: «ممکن است سوپروایزر آموزشی محیطی را فراهم نکند که منشأ آن می‌تواند از بیمارستان و مترون گرفته تا دانشگاه که فشار کاری روی بچه‌ها هست». همچنین، پرستار ۳ در ادامه عنوان کرد: «فراهم کردن موقعیتی که دور هم پرستاران جمع شوند و وقت داشته باشند که بر می‌گردد به سوپروایزر، زمانی که بخش مریض نداشته باشد، فلان ساعت جمع شویم».

۳- *ارتباطات چهره به چهره ضعیف:* ارتباطات چهره به چهره ضعیفی بین پرستاران وجود دارد و باید با همکاری‌های بین بخشی این ارتباطات تقویت گردد. پرستار ۱۱ در این زمینه عنوان نمود: «مریض با بیماری خاص در یک بخش بستری می‌شود، راجع به آن بیماری خاص از من سؤال می‌کنند و می‌روم بخش این باعث می‌شود که پرسنل

در بخش، مورد زیادی برای یادگیری چیزهای جدید نیست، در بخش‌ها یاد بگیری، یاد نگیری، مهم نیست، حتی در بیمارستان‌های خاص کیس مختلف نمی‌بینی و روند درمان و دارو هم نمی‌بینی چون بیمارستان خاص درمان روتین است».

۷- *عدم آموزش قوی به پرستاران از سوی بیمارستان:* بر اساس نظرات پرستاران، آموزش کارکنان شاغل و جدیدالورود مطلوب نیست و آموزش پرستاران در بخش‌ها به رابط‌های آموزشی واگذار می‌شود که نسبت به برگزاری کلاس مؤثر نیست و به شرط افزایش مهارت‌های عملی پرستاران آن‌ها می‌توانند حتی بدون استفاده از تجهیزات کمکی نیز به امور بپردازند. پرستار ۹ معتقد بود: «کارهای مهارتی، عملی، بالینی اول از همه از دانشکده که پرستار اول راه است شروع شود. با سیستم آموزشی درست انگیزه رو بالا ببرند». همچنین، عنوان کرد «آموزش در مرحله اول است. هر کارمند در هر ارگان علمش خوب باشد، وابسته به تجهیزات نیست». پرستار ۱۱ نیز در این باره گفت: «هر پرسنل در بخش کار می‌کند، باید دوره ببیند. دانشگاه و بیمارستان هم نقش دارد که نیروها دوره ببینند. ۲ ماه از طرح جایی دوره ببینند یا جزء نیروی اصلی نباشند یا جزء نیرویی باشند که دارند آموزش می‌بینند، بعد جزء برنامه حسابش کنند». پرستار ۱۳ نیز عنوان کرد: «بیشتر روی رابط‌ها آموزش انجام می‌شود و می‌گویند قانون باید این‌طوری باشد و بگویند به سرپرستار و بعد بین خودشان گفته شود، به جای این که کلاس بگذارند. کلاس بگذارند تا حساب ببرند که حتماً انجام شود و بیشتر روشن شود. از همان اول، طبقه طبقه آموزش بدهند و دقیقه نود نمی‌شود».

۸- *نامناسب بودن کلاس‌های آموزشی از جهت انتخاب مطالب و مدرس:* بر اساس نظرات پرستاران، در برگزاری کلاس‌های آموزشی انتخاب مطالب و مدرس نامناسب‌اند و بیشتر به ارایه مطالب کلی پرداخته می‌شود و مدرس نیز در مواردی از دانش و اشتیاق کافی برخوردار نیست. پرستار ۳ در این زمینه اشاره نمود: «به سرپرستاران مشکلات را منتقل می‌کنند و یکسری تذکرات و توضیحات می‌دهند، ولی به آن شدت نیست که همه متوجه شوند و همه بدانند و یک مطلب کلی می‌گویند، یک نفر تجربه خوبی پیدا کند بگوید، بهتر

مسئولیت‌پذیری کمی دارند و در همکاری و تقسیم وظایف متفاوت عمل می‌کنند. پرستار ۹ معتقد بود: «در کار گروهی همه شخصیت‌ها مثل هم نیست. ممکن است یکی همکاری‌اش خوب باشد، یکی دیگر زود خسته شود و یک نفر دیر خسته شود».

۲-۱- سعی در بهتر نشان دادن خود: برخی افراد برای بهتر نشان دادن خود، حتی می‌توانند باعث عدم اعتماد اجتماعی در بین پرستاران شوند. پرستار ۶ در این باره بیان کرد: «ممکن است در بخش افرادی باشند که خودشان را عزیز کنند، به خاطر رتبه و نمره، چند تا حرف دیگر می‌گذارند روش که فلانی این کار را کرده، یکی را خراب کنند تا خودشان را بهتر نشان دهند».

۳-۱- خصوصیات اخلاقی و شخصیتی مانند تنگ‌نظری، خودخواهی و بخل‌ورزی: بعضی از افراد با توجه به خصوصیات اخلاقی و شخصیتی خود که ذاتی نیز محسوب می‌شود، مانع انتشار دانش مؤثر بین سایر پرستاران می‌گردند. پرستار ۱ در این مورد معتقد بود «به روحیه افراد بستگی دارد و بعضی‌ها ناراحت نمی‌شوند، سؤالات را جواب می‌دهند، ولی بعضی‌ها می‌گویند کار نکردیم یا وقت نداریم. طرف بخواهد توضیح بدهد، توضیح می‌دهد. در کل، به ذات فرد بر می‌گردد. اگر موضوعی برای یکبار رفع شود دیگر نمی‌پرسد، مگر این که طرف مریض باشد و بخواهد دوباره سؤال بپرسد و به نوعی از زیر کار در برود. ممکن هم است از همه پرسیده شود، اما به جوابی که می‌خواهد نرسد».

۲- وضعیت روحی و روانی افراد

۱-۲- استرس و عدم تمرکز حواس: بر اساس نظر پرستاران، این عامل مانعی برای انتشار دانش محسوب می‌گردد. پرستار ۹ در این باره بیان نمود: «استرس محیطی خیلی نقش دارد. مثلاً مریض خیلی بدحال است، برنامه‌ریزی کردی راجع به یک بیماری صحبت کنی، ولی استرس بیمار اجازه نمی‌دهد صحبت کنی و اگر وقتش پیش بیاید فکر این هستی که این مریض چه طور می‌شود؟».

۲-۲- انگیزه ناکافی و نارضایتی درونی پرستاران: بر اساس نظر پرستاران، این عامل مانعی برای انتشار دانش محسوب می‌شود. پرستار ۱۳ معتقد بود: «پرسنل خودشان هم

همدیگر را بشناسند و صمیمیت بیشتر می‌شود و بیشتر همکاری می‌کنند. این باعث می‌شود با همکاری دوست شوی و دیگر فکر این که آن چقدر کار کرده و من چقدر کار کردم، نباشی. اگر با هم دوست نباشند، کانتکت پیش می‌آید، در تقسیم کار و کاری هم باشد ترجیح می‌دهند که بیندازند به عهده دیگری. دیدن پرسنل و با هم برخورد رو در رو داشته باشند، باعث می‌شود با هم دوست بشوند».

۴- ارتباط ناکافی بین نوبت‌های مختلف کاری: به علت حجم کاری بالا و نوبت‌های فشرده کاری، ارتباط مطلوبی بین پرستاران نوبت‌های مختلف وجود ندارد. در این زمینه پرستار ۱۴ معتقد بود: «پرستار می‌خواهد برود، یک پرستار دیگر هم می‌رسد از شیفت بعد که اصلاً آن هم آن قدر عجله دارد و آن پرستار هم تازه رسیده، اصلاً نمی‌توانند با هم ارتباط مؤثری داشته باشند».

۵- تعامل ناکافی بین پرستاران و بیماران و کادر درمان: بر اساس نظر پرستاران، بین پرستاران، بیماران و همچنین، کادر درمان تعامل مطلوبی وجود ندارد. پرستار ۸ در این باره عنوان نمود: «محل کار را خودمان می‌توانیم بهتر کنیم، گفتگوی کوچکی با مریض داشته باشی باعث می‌شود هم خودت هم مریض آرام شوی. بعضی وقت‌ها همراهی مریض می‌آید و می‌گوید پرستار مریض من کجاست؟ یادشان نمی‌ماند، روی تابلوها اسم نمی‌خوانند، ارتباطات خوب و این که طرف رو ببیند، ۱۰۰ درصد یادشان می‌ماند».

۶- دلسردی از رفتار نامناسب بیمار و همراهی بیمار: برخی مواقع بیمار و حتی همراه وی با رفتار نامطلوب موجب دلسردی کارکنان می‌شوند. پرستار ۱۹ در این مورد بیان کرد: «مریض نفرین می‌کند، فحش می‌دهد و همراهیان از مریض بدتر. اعصاب نمی‌ماند که مطلب علمی بخواند».

منابع انسانی

بر اساس نظر پرستاران شامل ویژگی‌های نامطلوب فردی و وضعیت نامناسب روحی و روانی افراد می‌باشد که مشکلات مربوط به هر یک از آن‌ها آورده شده است.

۱- ویژگی‌های فردی

۱-۱- مسئولیت‌پذیر نبودن: بعضی از افراد نسبت به بقیه

بخواهند و انگیزه داشته باشند».

۳-۲- دغدغه فکری در خانه و محل کار: بر اساس نظر پرستاران، تعارضات و دغدغه‌های فکری در خانه و محل کار در آن‌ها، مانعی برای انتشار دانش محسوب می‌شود. پرستار ۹ در این باره عنوان نمود: «تعارض بین کار و خانواده باعث می‌شود مشکلات خانواده وارد کار شود و دغدغه‌هایش را وارد محیط کار کند».

۴-۲- سخت بودن افراد (قدیمی) در یادگیری تجربه‌های جدید: مقاومت برخی افراد در یادگیری تجربه‌های جدید، مانعی برای انتشار دانش محسوب می‌شود. پرستار ۸ اشاره کرد: «کسانی که سطح تحصیلات پایین‌تری دارند، سن بالاتری دارند، چندین سال در یک حیطة کار کردند، ممکن است حرف آدم را قبول نکنند. می‌گوییم، ولی ممکن است در عمل تأثیر خودش را نگذارد». پرستار ۱۲ نیز چنین ذکر کرد: «من نیروی جدید هستم، ۷ سال دارم کار می‌کنم، بهتر از نیرویی که ۲۲، ۲۳ سال دارد کار می‌کند می‌توانم یاد بگیرم، تجربه خیلی مؤثر است، خیلی وقت‌ها می‌خواهیم از تجربه بقیه استفاده کنیم، حاضر نیستند یکی از حرفه‌ای ما را که تازه فارغ‌التحصیل شدیم که علممان بروز است گوش بدهند، بیشتر خودشان را قبول دارند».

۵-۲- راحت نبودن فرد در بیان مسأله: بر اساس نظر پرستاران، گاهی اوقات راحت نبودن افراد در بیان مسأله و مطرح نکردن مشکل، مانعی برای انتشار دانش محسوب می‌شود. پرستار ۶ معتقد بود: «بعضی پرسنل ممکن است رودروایی داشته باشند و راحت حرفشان را نزنند».

فرایند مدیریت

مشکلات مرتبط با فرایند مدیریت به عنوان موانعی در زمینه انتشار دانش مشخص شده است. مشکلات مرتبط با این عامل در زمینه سیستم آموزش پرستاری، سیستم مدیریت پرستاری و نیز سیستم درمانی می‌باشد که در ادامه آورده شده است.

۱- سیستم آموزش پرستاری

۱-۱- برنامه‌ریزی نامناسب آموزشی: بر اساس نظر پرستاران، برنامه‌ریزی نامناسب آموزشی (زمان، تعداد، نحوه انتخاب،

آماده‌سازی و برگزاری)، مانعی برای انتشار دانش محسوب می‌شود. پرستار ۹ اشاره کرد: «آموزش پرستاران در ساعات مختلف و تکرار شود، چندین نوبت در سال. یک بار آموزش داده شود که تعداد محدودی می‌توانند شرکت کنند». پرستار ۱۷ نیز چنین ذکر کرد: «تاریخ کلاس‌ها از قبل مشخص باشد و درخواست برنامه‌ریزی بدهیم». پرستار ۱۸ نیز معتقد بود: «از اول ماه اعلام کنند چه کلاسی چه تاریخی هست. ممکن است صبح یا عصر سر کار باشیم و نتوانم بروم که اگر برنامه‌ریزی دقیق باشد و هماهنگی بین کلاس و شیفت باشد، خیلی خوب است».

۲-۱- نیازسنجی نامناسب آموزشی: نیازسنجی نامناسب قبل از آموزش، مانعی برای انتشار دانش محسوب می‌شود که اطلاعات متناسب با نیاز آموزشی پرستاران را در اختیار آن‌ها قرار نداده و اشتراک‌گذاری مؤثری صورت نمی‌پذیرد. پرستار ۴ در این باره اعتقاد داشت: «بودجه برای کنگره و کنگره‌ای پرمحتوا، نه کنگره‌ای که اطلاعات خودت از آن بیشتر است. اطلاعات درست باشد و مثلاً داروی منسوخ شده را نیابند معرفی کنند و اطلاعات بروز و کامل باشد». پرستار ۷ نیز چنین بیان کرد: «در برنامه توسعه شخصی (PDP) یا Personal development plan نیازهای آموزشی مشخص می‌شود که در چه زمینه‌ای به آموزش نیاز دارند و نه فقط ساعت‌ها پر شود و بگویند این امکانات را داریم، این کارگاه‌ها را می‌توانیم برگزار کنیم».

۳-۱- ارزیابی نادرست نتایج آموزشی: بر اساس نظر پرستاران، ارزیابی نادرست نتایج آموزشی و مستندسازی‌های غیر ضروری، مانعی برای انتشار دانش محسوب می‌شود. پرستار ۷ در این باره معتقد بود: «کاغذبازی زیاد است، امتحان Post test و Pre test کپی می‌کردند فقط برای حاکمیت بالینی که مثلاً ۴۰ درصد شده ۸۵ درصد».

۴-۱- تأخیر در اطلاع‌رسانی: بر اساس نظر پرستاران، اگر اطلاع‌رسانی دقیق و به موقع انجام نشود، مانعی برای انتشار دانش محسوب می‌شود. پرستار ۲۰ در این باره عنوان نمود: «اطلاع‌رسانی درست و مداوم نه یک بار در سال گفته شود».

۵-۱- استفاده از اطلاعات محدود و تخصصی: بر اساس

شیفت بودی نخواهیدی، می‌روی چرت می‌زنی، نری هم حق و حقوقت را کم می‌کنند».

۱-۱- برگزاری کم‌جلسات: برگزاری تعداد محدودی از کلاس‌ها و جلسات در سال که بیشتر آن‌ها نمی‌توانند شرکت کنند، مانعی برای انتشار دانش محسوب می‌شود. پرستار ۹ در این باره بیان نمود: «آموزش پرستاران در ساعات مختلف و تکرار شود، چندین نوبت در سال. یک بار آموزش داده شود، تعداد محدودی می‌توانند شرکت کنند» و نیز از پرستار ۱۹ عنوان شد: «ماهی یک بار جلسات درون بخشی می‌گذارند، یک نفر کنفرانس می‌دهد، ۵ دقیقه صحبت می‌کند، از روی کاغذ می‌خواند و ۲ روز دیگر یادت می‌رود و با آن کاری نداری».

۲- سیستم مدیریت پرستاری

۱-۲- توجه ناکافی به توانمندی‌ها و تجربه افراد در احراز شغل: در احراز شغل پرستاری توجه کافی به توانمندی‌ها و تجربه افراد نمی‌شود و همین مسأله موجب بی‌انگیزه شدن پرستاران نیز می‌گردد. پرستار ۶ در این باره بیان کرد: «می‌بینی ۲۰ سال داری کار می‌کنی، این همه می‌دوی، ولی از بخش جابجایی نمی‌کنند». پرستار ۱۲ نیز معتقد بود: «بر اساس قابلیت یک نفر پست بگیرد یا اصلاً پست نگیرد، به انتشار دانش هم خیلی ربط دارد، رعایت شود خیلی خوب است. این طوری، بچه‌ها هم امیدی ندارند. مثل من دوست ندارم ادامه تحصیل بدهم، سیستم هم طوری بوده که فوق لیسانس مثل ما پرستار است و لیسانس‌ها رفتن بالا».

۲-۲- توجه ناکافی مسؤولان به دغدغه‌ها، مشکلات کاری و شخصی پرستاران: برخی اوقات مسؤولان به دغدغه‌ها، مشکلات کاری و شخصی پرستاران توجه کافی نکرده و همین امر موجب بی‌انگیزه شدن پرستاران نیز می‌گردد. پرستار ۸ معتقد بود: «عامل محیطی در محل کار و زندگی اگر آرام‌تر باشد، باعث می‌شود آرامش طرف بیشتر شود». پرستار ۱۲ نیز در این باره بیان کرد: «می‌گوییم مشکلات خانوادگی داریم، می‌گویند به ما ربطی ندارد. از خانه ممکن است با آرامش بیایی یا آرامش نداشته باشی، بچه‌هایم آرامش داشته باشند، من هم آرامش دارم. رییس می‌گوید که

نظر پرستاران، استفاده از اطلاعات محدود و تخصصی که فراگیر و مورد استفاده همه پرستاران نیز نمی‌باشد، مانعی برای انتشار دانش محسوب می‌شود. پرستار ۶ در این زمینه معتقد بود: «مقاله جدید، تست جدید، روند جدید و فرایند جدید آشنا می‌شویم. معمولاً سمینار خیلی نداریم، مثلاً هر ماه و هر روز نیست که تکراری باشد و خسته شویم. چون بخش تخصصی هستیم، آموزش‌هایی هم که از طرف بیمارستان هست، مربوط به بخش خودمان است و اگر از طرف دانشگاه یا بیمارستان‌های دیگر باشد، انتشار دانش بهتر صورت می‌گیرد. انتقال اطلاعات بیشتر محدود و تخصصی هستند و کسی که در بخش تخصصی کار می‌کند، داروهای دیگر را نمی‌شناسد. اگرچه این داروها را دوران دانشجویی خواندیم و در بخش‌ها کار کردیم، ولی کار ما تخصصی است و الان از بخش‌های دیگر بی‌خبریم. انگار به گوشمان نخورده و در این موارد می‌گوییم نمی‌دانم. بالاخره فراموش می‌شود و بهتر است این طور دانشی را داشته باشیم».

۶-۱- برگزاری کلاس‌ها در زمان نامناسب: بر اساس نظر پرستاران، برگزاری بیشتر کلاس‌ها بدون توجه به نوبت‌های کاری و در زمان نامناسبی می‌باشد که خود مانعی برای انتشار دانش محسوب می‌شود. پرستار ۵ معتقد بود: «کلاس‌هایی که گذاشته می‌شود، بیشتر صبح است و شیفت شب نمی‌توانند شرکت کنند و عصر هم دیگر درگیر بچه و مسایل خانواده هستند که مشکل اصلی همین است». پرستار ۹ نیز بیان کرد: «کلاس‌ها بیشتر صبح است که مشغول کاری یا بعد از شب‌کاری است، خسته‌ای یا شیفت عصری صبح بیایی، برگردی دوباره بیایی بیمارستان نمی‌شود».

۷-۱- ساعات طولانی کلاس: برگزاری کلاس‌ها در ساعات طولانی که بیشتر موجب خستگی و بی‌انگیزه شدن پرستاران می‌شود، مانعی برای انتشار دانش محسوب می‌شود. پرستار ۱۱ معتقد بود: «من با سمینارهایی که می‌گوید بیاید پول بریزید اعتقادی ندارم، خسته کننده است و ۵۰ نفر می‌نشینند و چرت می‌زنیم یا برای خودمانیم». پرستار ۱۶ نیز اشاره نمود: «ساعات تدریس مدرسین را منظم کنند». پرستار ۱۷ نیز در این باره ذکر کرد: «کلاس می‌گذارند، شب هم

می‌گردد. پرستار ۶ در این باره اشاره کرد: «در اشتراک‌گذاری دانش مشکلی نداریم، ولی ممکن است به نظرات، پیشنهادهای و کارهایمان ترتیب اثر ندهند. افراد ممکن است نتیجه‌ای پیدا نکنند و خودشان را کنار بکشند. افراد ممکن است ببینند حرفشان خریدار ندارد و به جایی نمی‌رسند، حرفشان را نزنند». پرستار ۲۰ نیز می‌گوید: «مدیران ارشد در تماس باشند و آن‌ها را تشویق کنند که پیگیری کنند، کلاس برگزار کنند و از آن‌ها مدیران ارشد بخواهند و پیشنهادهای جالب را مطرح کنند».

۳- سیستم درمانی: بر اساس نظر پرستاران

۳-۱- انجام ندادن درست‌کارها (کاهش کارایی): بر اساس نظر پرستاران، با درست انجام ندادن کارها در اکثر موارد توسط پرستاران، خود مانعی برای انتقال تجربیات و انتشار دانش محسوب می‌شود. پرستار ۴ معتقد بود: «ریشه تمام این عوامل این است که همه این‌ها درست اجرا شود». پرستار ۱۹ نیز اشاره کرد: «به عهده اینترنت و رزیدنت می‌گذارند بیشتر تا کارها را انجام بدهند. انگیزه ندارد علمش را به روز کند، کارش که راه بیفتد خودش را مجبور نمی‌کند برود یاد بگیرد».

۳-۲- همکاری و هم‌فکری نامناسب بین پرستاران و سرپرستاران: بر اساس نظر اکثر پرستاران، بین پرستاران و حتی سرپرستاران همکاری و هم‌فکری مناسبی وجود ندارد که خود مانعی برای انتقال اطلاعات محسوب می‌گردد. پرستار ۱ اعتقاد داشت: «مثلاً در شیفت، کار ساکشن بیمار را به پرستار سپرده بودم که انجام نداده بود و وقتی گفتم چرا انجام نشده، خندید. بعضی اوقات افراد همکاری نمی‌کنند و همه چیز ایده‌آل نیست و اتحاد پزشکان حتی وقتی مشکلی داشته باشند، بیشتر است و پرستاران در این مواقع هوای هم را ندارند».

۳-۳- پایین بودن اعتماد اجتماعی: گاهی پرستاران برای بهتر نشان دادن خود یا به علت داشتن ویژگی‌های شخصیتی نامطلوب، رفتارهایی خواهند داشت که موجب کم شدن اعتماد اجتماعی در بین پرستاران می‌گردد. پرستار ۱ بیان کرد: «همه همکاری نمی‌کنند، بعضی‌ها زیرآب زنی می‌کنند و همیشه افرادی هستند که بخواهند کار را خراب کنند و نظر دیگری داشته باشند».

۳-۴- پایین بودن امنیت شغلی در بعضی کارکنان: گاهی

مشکلات تو به من ربطی ندارد و این از همه چیز بدتر است». ۳-۲- وجود برخی تبعیضات بین پرستاران: بر اساس نظر پرستاران، وجود برخی تبعیضات بین پرستاران موجب بی‌انگیزه شدن پرستاران می‌گردد و خود ممکن است مانعی در انتشار دانش محسوب شود. پرستار ۱۲ عنوان کرد: «همه چیز بر اساس شایستگی و قابلیت فرد باشد. رییس‌ها همه را یکسان ببینند».

۳-۴- بازخورد منفی به اعتراضات پرستاران: برخی اوقات در پاسخ به اعتراضات پرستاران، بازخورد منفی صورت گرفته و همین امر موجب بی‌انگیزه شدن پرستاران نیز می‌گردد. پرستار ۶ اشاره کرد: «یا کسی را می‌کوبانند که دیگر حرف نزنند». پرستار ۱۲ نیز معتقد بود: «کلاً سیستم این طوری است، زیر نظر دانشگاه و دانشگاه زیر نظر بالایی بوده و کوچکترین مورد در بخش ممکن است همه را تحت تأثیر قرار بدهد. حق اعتراض هم به فرد، هم به سیستم ربط دارد و هر کسی که اعتراض می‌کند جواب‌هایی می‌دهند که مثلاً من قانع شوم، اما قانع نمی‌شوم».

۳-۵- توجیه نکردن کامل کارکنان توسط مسؤولان: تا زمانی که کارکنان به طور کامل برای آموزش توجیه نشده‌اند، نمی‌توان به اشتراک‌گذاری مؤثر دانش پرداخت. پرستار ۱۳ در این باره بیان کرد: «چون به رابط آموزشی واگذار می‌شود، از سوی بیمارستان بین پرستاران جنگ و جدل ایجاد می‌شود و توجیه نیستند».

۳-۶- تشویق کم کارکنان از سوی مسؤولان: بر اساس نظر پرستاران، این عامل موجب بی‌انگیزه شدن پرستاران می‌گردد. پرستار ۱۲ در این باره معتقد بود: «مشکلات بخش را بررسی کنند و درگیری‌ها بیشتر بوده بررسی کنند که اگر بخش مشکل نداشته، تشویق کنند که نمی‌کنند و چقدر خوب در بخش شما مشکل نبوده». پرستار ۱۷ نیز بیان کرد: «چند وقت پیش یکی از بچه‌ها در بخش یک تز داد، ولی تشویقی نمی‌شود و سودی ندارد».

۳-۷- توجه ناکافی به پیشنهادهای: بر اساس نظر اکثر پرستاران، بیشتر مسؤولان به پیشنهادهای و نظرات پرستاران توجهی نکرده و همین امر موجب بی‌انگیزه شدن پرستاران نیز

به روز وابسته شوند و عادت کنند و به این شکل ذهن پرستاران فرسوده می‌شود».

۳-۹- نبود منظم پزشک مقیم: برخی اوقات در نبود پزشک مقیم، فشار کاری بیش از پیش می‌شود و این مسأله می‌تواند مانعی برای انتشار دانش محسوب گردد. پرستار ۶ در این زمینه بیان کرد: «بعضی وقت‌ها پزشک مقیم نیست، مجبوریم کارهایشان را خودمان انجام دهیم».

۳-۱۰- تعداد زیاد بیماران: با توجه به تعداد زیاد بیماران و نیاز به پیگیری و مراقبت زیاد آن‌ها و از طرفی کمبود نیروی پرستاری، به انتشار دانش مؤثری پرداخته نمی‌شود. پرستار ۲ عنوان کرد: «به علت بار کاری و زیاد بودن اضافه‌کار و همچنین، از آن‌جا که پرستاری کار پرمسئولیتی است و با جان مریض سر و کار دارد، نمی‌توان گاهی اوقات مریض را رها کرد و سر کلاس رفت».

۳-۱۱- کمبود وقت پرستاران: به علت تعداد زیاد بیماران، نیاز به پیگیری و مراقبت زیاد آن‌ها و از طرف دیگر، کمبود نیروی پرستاری و نیز مستندسازی‌های غیر ضروری در بخش، پرستاران فرصت انتشار دانش مؤثری نخواهند داشت. پرستار ۹ در این باره بیان کرد: «به علت کمبود وقت در محل کار و خانه فرصت مطالعه نداریم. اگر از ۷ ساعت کار ۱/۴ وقت هم از اینترنت استفاده کنیم و یک مقاله بخوانیم، خیلی فرق می‌کند».

۳-۱۲- خستگی از محیط کار: بر اساس نظر همه پرستاران شرکت کننده در مصاحبه، پرستاران در اکثر مواقع به علت نوبت‌های کاری فشرده و بار کاری زیادی که متحمل می‌شوند، از محیط کار خسته بوده و این مسأله مانعی برای انتشار دانش محسوب می‌گردد. پرستار ۱۶ عنوان نمود: «اگر پرستار شب‌کار باشد، صبح و شب نمی‌تواند کلاس شرکت کند».

بحث

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که موانع اصلی انتشار دانش در بین پرستاران ناشی از فرهنگ، تسهیلات مالی، سیاست‌ها، قوانین و مقررات، ارتباطات، منابع انسانی و فرایند مدیریت بود. تسهیلات مالی شامل دو زیرطبقه انگیزه‌های مالی،

به علت ترس از دست دادن کار و کاهش انگیزاننده‌ها و نیز پایین بودن امنیت شغلی در بعضی کارکنان، مسایل و مشکلات مطرح نمی‌شود که خود مانعی برای انتشار دانش نیز محسوب می‌شود. پرستار ۱۷ عنوان کرد: «بعضی وقت‌ها به خاطر ترس از توبیخ و از دست دادن کار و کاهش نمره پرکیس مشکلاتشان را نمی‌گویند».

۳-۵- گزارش‌دهی نامناسب مشکلات: بر اساس نظر پرستاران، در بیشتر موارد، گزارش‌دهی مشکلات نامناسب است که خود مانعی برای انتشار دانش مؤثر محسوب می‌شود. پرستار ۲۰ ذکر کرد: «مدیران ارشد در تماس باشند و آن‌ها را تشویق کنند که پیگیری کنند، کلاس برگزار کنند و از آن‌ها مدیران ارشد بخواهند و پیشنهادهای جالب را مطرح کنند و به آن‌ها مرتب گزارش‌دهی کنند».

۳-۶- رفتار نامناسب مافوق: بر اساس نظر پرستاران، رفتار نامناسب مافوق در بعضی مواقع، می‌تواند مانع انتشار دانش محسوب گردد. پرستار ۹ در این زمینه بیان کرد: «گاهی اوقات رفتار مافوق مناسب نیست».

۳-۷- کنترل ناکافی استرس‌های محیطی: در محیط کار، استرس‌های محیطی مانند سر و صدا، نور کم و سایر عوامل استرس‌زا به طور کامل کنترل نمی‌شود که خود مانعی برای انتشار دانش محسوب می‌گردد. پرستار ۹ اشاره کرد: «مثلاً داری کار گروهی انجام می‌دهی، ویزیتورها می‌آیند، بیماربر می‌آید، سر و صدا زیاد است، نور کم است. استرس محیطی خیلی نقش دارد. مثلاً مریض خیلی بدحال است، برنامه‌ریزی کردی راجع به یک بیماری صحبت کنی، ولی استرس بیمار اجازه نمی‌دهد صحبت کنی و اگر وقتش هم پیش بیاید فکر این هستی که این مریض چه طور می‌شود؟».

۳-۸- وابستگی زیاد کارکنان به تجهیزات پزشکی: گاهی اوقات کارکنان به تجهیزات و دستگاه‌های پزشکی وابستگی شدیدی پیدا می‌کنند که خود مانعی برای انتشار دانش محسوب می‌گردد. در صورتی که با آموزش کافی می‌توان در غیاب آن‌ها نیز به خوبی عمل کرد. پرستار ۹ معتقد بود: «ممکن است انتشار دانش تجهیزات پزشکی پرستاران در زمینه‌هایی باعث شود پرستاران به یکسری تجهیزات جدید و

تمایل و نگرش فرد است. یعنی نگرش منفی افراد تمایل به کاهش تسهیم دانش را به همراه دارد (۲۳). مدیران سازمان‌های بهداشتی- درمانی برای داشتن عملکرد خوب در محیط کاری باید به مسایل و نیازهای کارکنان خود از جمله پرستاران توجه نمایند. در غیر این صورت علاوه بر دلسردی در آن‌ها کانال ارتباطی مدیر با آن‌ها قطع یا حداقل دچار خدشه می‌شود و این مسأله مدیر را از داشتن ارتباط برای هدایت و راهنمایی پرستاران در جهت منافع و اهداف بیمارستان محروم می‌سازد. پس گاهی ضمن توجه به کار پرستاران و ارایه تذکراتی جهت راهنمایی به درد دل‌های آن‌ها نیز باید گوش داد که این کار باعث تقویت ارتباط و تأثیرگذاری بر مجموعه کاری می‌گردد و نیز باعث می‌شود تا پرستاران با تمایل بیشتری به تسهیم دانش بپردازند (۲۴).

در مطالعه‌ای گزارش شد که بین ایجاد، پالایش، انتشار و کاربرد دانش با عملکرد آموزشی در سطح $(P < 0/05)$ رابطه چندگانه معنی‌دار وجود داشت که با عامل فرایند مدیریت در سیستم آموزش پرستاری مطابقت دارد (۲۵). در مطالعه‌ای نیز تأثیر انتقال دانش پنهان بر شایستگی بالینی پرستاران بیان شده است که با فرایند مدیریت (سیستم درمانی) مطابقت دارد و عنوان شده است که کاهش یادگیری حین عمل، مانع انتشار دانش پنهان می‌گردد (۲۶). مطالعه‌ای از دیدگاه مردم بیان می‌کند که اهداف نوع دوستانه کارکنان و مدیران تیم مراقبت بهداشتی و نوآوری تیمی بر اشتراک دانش تأثیر دارد و علاوه بر این، اهداف نوع دوستانه افراد، نقش واسطه‌ای را در روابط بین نوآوری تیمی و اشتراک دانش به همراه دارد که با فرایند مدیریت (سیستم درمانی) که مشکلات اتحاد ناکافی در بین پرستاران و وابستگی زیاد پرسنل به تجهیزات پزشکی و همکاری و همفکری نامناسب بین پرستاران و سرپرستاران را بیان می‌کند، مطابقت دارد (۲۷). پژوهشی نیز به عامل سازمانی در انتشار مدیریت دانش اشاره کرده و یکی از مزایای مدیریت دانش را افزایش بهره‌وری بیان کرده است که با فرایند مدیریت (سیستم مدیریت پرستاری) در این پژوهش همخوانی دارد (۲۸).

در مطالعه‌ای موانع تسهیم دانش، موانع فردی (فقدان

تجهیزات و امکانات است. منابع انسانی نیز از دو زیرطبقه ویژگی‌های فردی و وضعیت روحی و روانی افراد تشکیل شده است. همچنین، فرایند مدیریت در پژوهش شامل سه زیرطبقه سیستم آموزش پرستاری، سیستم مدیریت پرستاری و سیستم درمانی بود.

فرهنگ دانش به اشتراک‌گذاری شده و یادگیری سازمانی نیز به عنوان عوامل مؤثر اصلی تأثیرگذار بر عملکرد پرستاری بیان می‌شود (۱۸). در مطالعه‌ای از دیدگاه فردی، صلاحیت اطلاعاتی و علمی پرستار به عنوان یک عامل تأثیرگذار بر نگرش نسبت به مدیریت دانش مورد استفاده در فرهنگ‌های مختلف ذکر شد که با عامل سیاست‌ها، قوانین و مقررات مطابقت دارد و شامل نامناسب بودن کلاس‌های آموزشی از جهت انتخاب مطالب، مدرس و عدم آموزش قوی به پرستاران که خود باعث نداشتن استقلال پرستاران، تک‌بعدی شدن و نیز کسب مهارت ناکافی در افراد کم تجربه می‌شود (۱۹). برای افزایش انتشار دانش در بین پرستاران باید محیط را به گونه‌ای آماده کرد که پرستاران به راحتی بتوانند با یکدیگر ارتباطات مؤثری برقرار کنند. با افزایش ارتباطات در بین آن‌ها از طریق برگزاری جلسات حضوری و اطمینان دادن به پرستاران که ارتباطات آن‌ها در این بیمارستان زیر ذره‌بین مدیران قرار ندارد، می‌توان گشودگی ارتباطات را بیش از پیش تقویت کرد (۲۰). در پژوهشی، عوامل مؤثر بر دانش کارکنان بیمارستان در به اشتراک‌گذاری دانش را رفتار خلاق، روابط متقابل، کنترل رفتار، اعتماد و انتخاب کارکنانی که نوآوری و آموزش مداوم در مدیریت دانش بر اساس اعتماد دارند، ذکر می‌شود (۲۱).

امروزه یکی از چالش‌های پیش روی مؤسسات و سازمان‌ها این است که چگونه می‌توانند از ظرفیت‌های فکری افراد در فرایندهای حل مسأله، ارتقای دانش، بهبود یافتن مهارت فردی و افزایش کیفیت در انجام وظایف استفاده کنند؛ چرا که اغلب افراد دانش شخصی خود را به عنوان منبعی قدرتمند، اهرمی با نفوذ و یا به عنوان ضمانتی جهت استمرار شغل خود می‌پندارند و تمایلی ندارند که آن را با دیگران به اشتراک بگذارند (۲۲). در مطالعه‌ای بیان شد که بزرگترین مانع در اشتراک‌گذاری دانش،

پرستاران نقش به‌سزایی دارد که پیشنهاد می‌گردد با آموزش صحیح به افراد در مدارس و دانشگاه‌ها، کار تیمی و خلاقیت نهادینه شود.

۲- تسهیلات مالی: شکاف پرداخت‌ها، چالش‌های حقوقی، دستمزد و به موقع پرداخت نشدن آن، پایین بودن انگیزاننده‌های مالی، کمبود تجهیزات و ناکارآمدی در بعضی مواقع، کالیبره نکردن منظم تجهیزات، کمبود امکانات آموزشی و رفاهی موانعی برای انتشار دانش پرستاران محسوب می‌شود.

۳- سیاست‌ها، قوانین و مقررات: پیشنهاد می‌گردد که در این حوزه مسؤولان و متولیان امر سلامت، پشتیبانی مدیران از پرستاران، سیستم پرستاری، استقلال شغلی، حجم کاری و آموزش پرستاران را مورد تجدید نظر خود قرار دهند.

۴- ارتباطات: با ایجاد ارتباطات مجازی و غیر مجازی مستمر بین پرستاران، فراهم کردن موقعیتی برای تجمیع پرستاران و تلاش در جهت تعاملات سازنده بین پرستاران، مددجویان و کادر درمان می‌توان به بهبود ارتباطات پرداخت.

۵- منابع انسانی: ویژگی‌های فردی و خصوصیات اخلاقی و شخصیتی مانند تنگ‌نظری، خودخواهی و بخل‌ورزی و نیز وضعیت روحی و روانی افراد، استرس، تمرکز حواس، انگیزه و رضایت درونی، دغدغه‌های فکری، مقاومت افراد در یادگیری تجربه‌های جدید، راحت نبودن فرد در بیان مسأله در این زمینه موانعی برای انتشار دانش است.

۶- فرایند مدیریت: در این عامل مشکلات مربوط به سیستم آموزش پرستاری، مدیریت پرستاری و سیستم درمانی دخیل است و پیشنهاد می‌گردد که مسؤولان با برنامه‌ریزی، نیازسنجی، ارزیابی و اطلاع‌رسانی مناسب، در نظر گرفتن توانمندی‌ها و تجربه افراد در احراز شغل، توجه به دغدغه‌ها و مشکلات کاری و شخصی کارکنان، بازخورد مناسب به اعتراضات و پیشنهادات، تشویق کارکنان و همچنین، تلاش در جهت افزایش کارایی، همکاری و همفکری بین پرستاران، افزایش اعتماد اجتماعی و امنیت شغلی، گزارش‌دهی به موقع مشکلات و کنترل استرس‌های محیطی در رفع این موانع اهتمام ورزند.

اعتماد، ناآگاهی از دانش دیگران و ارزش آن، فقدان شبکه‌های اجتماعی، زمان و تفاوت زبان، موانع سازمانی (مسافت، تفاوت‌های سازمانی، پیچیدگی سازمان، ارتباط منافع تسهیم دانش با مدیریت، تفاوت بین فرهنگ تسهیم دانش و فقدان رقابت) و موانع تکنولوژیکی (تکنولوژی نامناسب و یا ناسازگار، مخالفت با استفاده از تکنولوژی منتخب) ذکر شد (۲۹) که با پژوهش حاضر مطابقت دارد. در مطالعه دیگری نیز موانع تسهیم دانش در تیم‌های جهانی، تکنولوژی، مهارت‌های فردی، هزینه، روش توسعه نرم‌افزاری و تفاوت‌های فرهنگی (۳۰) و در مطالعه کیفی Keyes موانع تسهیم دانش در سازمان‌های دانش محور شامل تفاوت سطح تحصیلات و سن، تفاوت قومیت، میزان اعتماد و اطمینان طرفین، امنیت شغل، سیاست‌های سازمان، زمان، سازمان‌دهی اطلاعات وسیع، مشکلات استفاده از ابزار تکنولوژی و سطح درگیری و حمایت مدیران عنوان شد (۳۱) که با نتایج پژوهش مطابقت دارد. در پژوهشی، موانع تسهیم دانش، موانع سازمانی (فرهنگ، سبک سازمان و نگرش سازمانی)، موانع فن‌آورانه (ناکارآمدی و ناسازگاری سیستم‌های تسهیم دانش و عدم توانایی تکنولوژی) و موانع فردی (مقاومت در برابر تغییر، فقدان اعتماد، عدم تمایل به تسهیم دانش) ذکر شده است که با مطالعه حاضر همخوانی دارد (۳۱). مؤلفه‌های تسهیم دانش در مطالعه‌ای نیز ادراک، اعتماد، باز بودن و گشودگی ارتباطات، مشارکت و همکاری، نظام‌های پاداش‌دهی، کانال‌های ارتباطی، اشتراک دانش اثربخش، مزیت نسبی درک شده، رقابت و ارتباط چهره به چهره ذکر شده است (۲۰).

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که انتشار دانش در بین پرستاران بیمارستان‌های آموزشی با موانعی روبه‌رو است که این موانع عبارتند از:

۱- فرهنگ: اهمیت ندادن کافی به پرستاران، مدیریت پرستاری، اثر انتقال تجربیات، مطلوب نبودن ارزش واقعی و احترام به قشر پرستار، حس رقابت منفی، کمبود مطالعه و مشکلات تربیتی در خانواده و اجتماع در انتشار دانش

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر بخشی از پایان نامه دوره کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی می باشد. از جناب آقای دکتر

محمدحسین مهرانحسینی، سرکار خانم مهندس آتوسا پورشیخعلی و همه مسؤولان و پرستاران که به نوعی در اجرای پژوهش یاری گر بودند، تشکر و قدردانی می گردد.

References

1. Najafi A, Afraze A. Using fuzzy cognitive maps for prediction of knowledge worker productivity based on real coded genetic algorithm. *International Journal of Industrial Engineering & Production Research Iran University of Science & Technology* 2011; 22(1): 21-30. [In Persian].
2. Ashena M, Asgari N, Moradi Saleh A, Ghafouri D. The role of organizational culture in facilitating knowledge management practices. *Journal of Information Technology Management* 2014; 5(17): 1-22. [In Persian].
3. Allameh M, Soltani F, Narimani M. To study the mediator role of social capital variable on the relationship between talent management and knowledge sharing in organizations (Case to study: all of the staff divisions of Iranian national petroleum company and its affiliated branches located in Tehran). *Management Researches in Iran* 2014; 18(2): 127-48. [In Persian].
4. Seonghee K, Boryung J. An analysis of faculty perceptions: Attitudes toward knowledge sharing and collaboration in an academic institution. *Libr Inf Sci Res* 2008; 30(4): 282-90.
5. Lin H. Knowledge sharing and firm innovation capability: An empirical study. *Int J Manpow* 2007; 28(3-4): 315-32.
6. Lindsey K. Unmasking barriers to knowledge sharing using a communication framework [PhD Thesis]. Memphis, Tennessee: The University of Memphis; 2003. 2017.
7. Piri Z, Asefzadeh S. How knowledge management (km) can be applied to healthcare organizations? *J Qazvin Univ Med Sci* 2006; 10(1): 124-32. [In Persian].
8. Adib-Hajbaghery M, Baharlooei F, Miranzadeh S. A survey on the nurses' views of factors affecting the gap between knowledge and practice in Kashan's Hospitals. *Iran J Med Educ* 2012; 12(2): 67-73. [In Persian].
9. Wallin L. Knowledge translation and implementation research in nursing. *Int J Nurs Stud* 2009; 46(4): 576-87.
10. Skar R. Knowledge use in nursing practice: The importance of practical understanding and personal involvement. *Nurse Educ Today* 2010; 30(2): 132-6.
11. Estabrooks CA, Rutakumwa W, O'Leary KA, Profetto-McGrath J, Milner M, Levers MJ, et al. Sources of practice knowledge among nurses. *Qual Health Res* 2005; 15(4): 460-76.
12. Zolfaghari M, Sarmadi M, Negarandeh R, Zandi B, Ahmadi F. Attitudes of nursing and midwifery school's faculty toward blended e-learning at Tehran University of Medical Sciences. *Hayat* 2009; 15(1): 31-9. [In Persian].
13. Bahri N, Khadivzadeh T, Bahri N. Effect of integrated teaching on learning clinical skills among rural trained birth attendants participating in a continuing midwifery education workshop. *Strides Dev Med Educ* 2010; 6(2): 165-72. [In Persian].
14. Yaghoubi M, Karimi S, Javadi M, Nikbakht A. A correlation study on organization learning and knowledge management in staffs in selected hospitals of Isfahan University of Medical Sciences. *J Health Adm* 2011; 13(42): 65-75. [In Persian].
15. Yaghoubi M, Javadi M. Relationship between knowledge management and team learning in selected hospitals of Isfahan University of Medical Sciences. *Iran J Med Educ* 2012; 11(9): 1083-90. [In Persian].
16. Guba EG. ERIC/ECTJ Annual review paper: Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *Educational Communication and Technology* 1981; 29(2): 75-91.
17. Farzi S, Abedi HA, Ghodousi A, Yazdannik AR. Medication errors experiences of nurses who working in hospitals of Isfahan at 2012. *J Qual Res Health Sci* 2014; 2(4): 310-9.
18. Alae N, Mohammadi Shahboulaghi F, Khankeh H, Mohammad Khan Kermanshahi S. Barriers to support for parents of children with cerebral palsy: A qualitative study. *J Qual Res Health Sci* 2015; 3(4): 305-16.
19. Lee EJ, Kim HS, Kim HY. Relationships between core factors of knowledge management in hospital nursing organisations and outcomes of nursing performance. *J Clin Nurs* 2014; 23(23-24): 3513-24.
20. Yun EK. Predictors of attitude and intention to use knowledge management system among Korean nurses. *Nurse Educ Today* 2013; 33(12): 1477-81.
21. Manian A, Mira SA, Karimi E. Analysis of effective factors on knowledge sharing among e-learning students (Case Study: Tehran University E-learning Campus). *Journal of Information Processing and Management* 2012;

- 27(1): 47-65. [In Persian].
22. Lee HS, Hong SA. Factors affecting hospital employees' knowledge sharing intention and behavior, and innovation behavior. *Osong Public Health Res Perspect* 2014; 5(3): 148-55.
 23. Goh SC. Managing effective knowledge transfer: An integrative framework and some practice implications. *Journal of Knowledge Management* 2002; 6(1): 23-30.
 24. Hsu MH, Ju TL, Yen CH, Chang CM. Knowledge sharing behavior in virtual communities: The relationship between trust, self-efficacy, and outcome expectations. *International Journal of Human-Computer Studies* 2007; 65(2): 153-69.
 25. Xue Y, Bradley J, Liang H. Team climate, empowering leadership, and knowledge sharing. *Journal of Knowledge Management* 2011; 15(2): 299-312.
 26. Rajaeepour S, Bahrami S, Kamali DolatAbadi A, Shabani A. The relationship between the applications of knowledge management indices in faulty member's teaching performance and Isfahan Medical Science University. *Health Inf Manage* 2013; 10(4): 619-26. [In Persian].
 27. Ghasemi K, Hosseini MA, A'zodi P, Fallahi-Khoshknab M, Khanke HR, Majdzadeh SR. The effect of tacit knowledge transfer on nursing clinical competency. *Rehabilitation* 2012; 12(4): 8-13. [In Persian].
 28. Liu FC, Cheng KL, Chao M, Tseng HM. Team innovation climate and knowledge sharing among healthcare managers: Mediating effects of altruistic intentions. *Chang Gung Med J* 2012; 35(5): 408-19.
 29. Krudys K, Li F, Florian J, Tornoe C, Chen Y, Bhattaram A, et al. Knowledge management for efficient quantitative analyses during regulatory reviews. *Expert Rev Clin Pharmacol* 2011; 4(6): 697-703.
 30. Kukko M. Knowledge sharing barriers in organic growth: A case study from a software company. *The Journal of High Technology Management Research* 2013; 24(1): 18-29.
 31. Keyes J. Identifying the barriers to knowledge sharing in knowledge intensive organizations [PhD Thesis]. Scottsdale, AZ: Northcentral University; 2008.

Barriers to Knowledge Sharing among Nurses in Educational Hospitals of Kerman City, Iran

Nahid Zarinsadaf¹, Abbas Yazdanpanah², Reza Dehnavieh³

Original Article

Abstract

Introduction: Considering the importance of knowledge sharing in recent years and the nurses' need to act based on research in order to use their findings, experiences, and information for conscious decision making in clinical practices and in interaction with others, this study aimed to identify barriers to knowledge sharing among nurses in order to examine the challenges facing it.

Method: This qualitative study was conducted using semi-structured interviews with 21 nurses in educational hospitals of Kerman City, Iran. All the interviews were recorded and then transcribed line by line and finally analyzed using Colaizzi method.

Results: The barriers were identified in six main categories including "culture", "financial facilities", "politics, rules and regulations", "communications", "human resources", and "management process".

Conclusion: Effective knowledge sharing among nurses with the aim of increasing knowledge level and enhancing their services in the hospitals is essential. In addition, it is necessary to use strategies to face challenges and this requires management and policymaking more than before.

Keywords: Knowledge management, Nurses, Barriers, Educational hospitals, Iran

Citation: Zarinsadaf N, Yazdanpanah A, Dehnavieh R. **Barriers to Knowledge Sharing among Nurses in Educational Hospitals of Kerman City, Iran.** J Qual Res Health Sci 2017; 6(2): 181-200.

Received date: 29.10.2015

Accept date: 16.05.2016

1- Department of Health Care Management, Fars Science and Research Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran

2- Assistant Professor, Department of Health Care Management, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran

3- Associate Professor, Health Services Management Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Corresponding Author: Nahid Zarinsadaf, Email: nzarinsadaf@yahoo.com