Original Article

Military Caring Sciences
Volume 7, Issue 4, Winter 2021 (Serial Number: 26)

Designing an Organizational Learning Management Model for Nurses

Moafimadani. S kh[1]
*Kazempour. E[2]
Khalkhali. A[3]
Rahimaghaee. F[4]

1- Ph.D., Student, Educational Management, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.
*2- (*Corresponding Author) PhD in Educational Management Associate Professor, Educational Management Department, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.*
Email: Kazempour.edu@gmail.com
3- PhD in Educational Management Associate Professor, Education Department, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.
4- Nursing Education Ph.D. in Associate Professor, Nursing Department, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

Abstract

Introduction: The complexity and diversity of nurses 'work in hospitals have led to many obstacles to the realization of organizational learning. Therefore, Considering the importance of nursing organizational learning management, the present study was designed to create an accurate plan to improve performance and provide a suitable model for organizing the organizational learning of nurses.

Objective: The present study aimed to design a model of nurses' organizational learning.

Materials and Methods: This study was qualitative-quantitative conducted at Iran University of Medical Sciences during 2019-2020. The preferred approach of the qualitative part of the study was Lived experience. For this purpose, 15 experts and nurses were invited to participate in nursing management based on purposeful sampling and theoretical saturation. Data were collected using semi-structured interviews and analyzed based on content analysis through thematic analysis. Then, it was designed based on statistical methods of structural equation modeling, and nurses' organizational learning management model.

Results: The results of the study were categorized into 142 open source codes, eight source codes, and three selective codes.

Discussion and Conclusion: The results showed that in the design of the nursing learning management model, three core indicators (individual, contextual, and structural factors) and axial indicators (the improvement of learners' personal capabilities, the enhancement of employees' learning motivation, the development of employees' participation culture, the realization of justice, the development of a systematic attitude of managers, the development of knowledge, the commitment of managers to continuous monitoring, development of efficiency of course planners) play key roles. Therefore, the realization of nurses' organizational learning management depends on the awareness and identification of health system executives regarding these factors.

Keywords: Hospitals, Learning, Nurses, Management, Organizational Learning, Organizational Learning.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.52547/mcs.7.4.381]

Moafimadani S kh, Kazempour E, Khalkhali A, Rahimaghaee F. Designing an Organizational Learning Management Model for Nurses. Military Caring Sciences. 2021; 7 (4). 381-393.
Submission: 3/2/2020 Accepted: 4/5/2019 Published: 15/3/2021

طراحی الگوی مدیریت یادگیری سازمانی پرستاران

سیده خدیجه معافی مدنی[1]، *اسماعیل کاظم پور[2]، علی خلخالی[3]، فلورا رحیم آقایی[4]

چکیده

مقدمه: پیچیدگی و تنوع کار پرستاران در بیمارستان‌ها موجب شده تا تحقق یادگیری سازمانی با موانع متعددی مواجه گردد. از این رو مطالعه حاضر، با توجه به اهمیت مدیریت یادگیری سازمانی پرستاران، به منظور ایجاد طرحی دقیق برای بهبود عملکرد و ارائه مدل مناسب جهت ساماندهی به یادگیری سازمانی پرستاران طراحی شده است.

هدف: این مطالعه با هدف، طراحی الگوی مدیریت یادگیری سازمانی پرستاران در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران انجام شد.

مواد و روش‌ها: رویکرد این پژوهش، آمیخته اکتشافی از نوع مطالعات کیفی-کمی بود که در بازه زمانی سال ۱۳۹۸-۱۳۹۷ در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور انجام گردید. رویکرد ترجیحی بخش کیفی مطالعه، روش گراندد تئوری، بود که از تجربه زیسته افراد و تحلیل متون در زمینه‌های مدیریت، یادگیری و یادگیری سازمانی به عنوان منابع ساخت الگو استفاده گردید. به همین منظور بر مبنای نمونه‌گیری هدفمند و با لحاظ اشباع نظری ۱۵ نفر از خبرگان و صاحب نظران در زمینه مدیریت پرستاری دعوت به مشارکت شد. داده‌ها با استفاده از مصاحبه نیمه ساختاریافته جمع‌آوری و بر مبنای تحلیل محتوا از نوع تحلیل مضمون مورد بررسی قرار گرفت. سپس از طریق روش‌های آماری مدل سازی، معادلات ساختاری الگوی مدیریت یادگیری سازمانی پرستاران، طراحی و برازش شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش در قالب ۱۴۲ کد باز، هشت کد محوری و سه کد گزینشی مقوله‌بندی و در نهایت منجر به استخراج و طراحی الگوی مدیریت یادگیری سازمانی پرستاران گردید.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد در طراحی الگوی مدیریت یادگیری پرستاران، سه شاخص هسته‌ای (عوامل فردی، بافتاری و ساختاری) و هشت شاخص محوری (توسعه قابلیت‌های فردی فراگیران، تقویت انگیزه یادگیری کارکنان، توسعه فرهنگ مشارکت‌پذیری کارکنان، تحقق عدالت محوری، توسعه نگرش سیستمی مدیران، توسعه دانش اندوزی، تعهد مدیران به انجام پایش مستمر، توسعه کارآمدی برنامه ریزان دوره‌های آموزشی) نقش کلیدی دارند؛ بنابراین تحقق مدیریت یادگیری سازمانی پرستاران منوط به آگاهی و شناسایی مدیران اجرایی نظام سلامت، نسبت به این عوامل می‌باشد.

کلمات کلیدی: بیمارستان‌ها، پرستاران، یادگیری، مدیریت یادگیری سازمانی، یادگیری سازمانی.

مجله علوم مراقبتی نظامی ■ سال هفتم ■ شماره ۴ ■ زمستان ۱۳۹۹ ■ شماره مسلسل ۲۶ ■ صفحات ۳۸۱-۳۹۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۱/۱۴
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۲/۱۵
تاریخ انتشار: ۱۳۹۹/۱۲/۲۵

مقدمه

امروزه سازمان‌های مراقبت بهداشتی درمانی، نیازمند استراتژی‌های جدیدی هستند. تا بتوانند در تعامل و تقابل با محیط و سازمان‌های دیگر، به توسعه نقش حساس خود در ارائه خدمات به مددجویان بپردازند. یکی از این استراتژی‌ها، اهمیت دادن به مدیریت یادگیری سازمانی پرستاران (Management of Nurses' Organizational Learning) در بیمارستان‌ها است. مدیریت یادگیری سازمانی، همان طراحی سیاست‌های دانشی، استراتژی‌ها و برنامه‌های

۱ـ دانشجوی دکترای تخصصی مدیریت آموزشی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.
۲ـ دکترای مدیریت آموزشی، دانشیار، گروه مدیریت آموزشی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران (*نویسنده مسئول).
آدرس الکترونیک: Kazempour.edu@gmail.com
۳ـ دکترای مدیریت آموزشی، دانشیار، گروه مدیریت آموزشی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.
۴ـ دکترای آموزش پرستاری، دانشیار، گروه آموزش پرستاری، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.52547/mcs.7.4.381]

اجرایی، توسعه آرمان‌ها، ارزش‌ها و انجام مأموریت سازمان، بهبود مستمر، درک پیچیدگی‌ها، شفاف کردن آرمان‌ها و توسعه بخشیدن به مدل‌های ذهنی مشترک است (۱). هدف در چنین رویکردی، بهبود شرایط آموزش پرستاری، تقویت انگیزه یادگیری فردی، یادگیری خود راهبر، ایجاد محیط‌های رقابتی و حمایتی و ارتقای سیستم‌های نظارتی است. بیمارستان‌ها در مقایسه با سایر سازمان‌ها، یک محیط پیچیده غیر قابل پیش بینی است که به طور شبانه روزی با مجموعه‌ای از کادر گسترده تخصصی و غیر تخصصی به امر خدمت رسانی به مراجعین متعدد و متنوع پرداخته و با چالش‌های عدیده در پیش رو مواجه می‌باشند. از این رو علاوه بر مأموریت اصلی خود که حفظ، ارتقاء و تأمین سلامت جامعه است، در ذات خود یک سیستم یادگیری (Learning System) محسوب می‌گردند. سازمان‌هایی هستند که پیوسته در تعامل با محیط اطراف خود بوده، دانش جدید تولید نموده و آن را به شکل یکپارچه در وضعیتی قرار می‌دهند تا دیگران بتوانند به آسانی، از آن بهره‌مند گردند (۲). نقش حیاتی تیم ارتقاء سلامت (Health Promotion Team) در پیشگیری و درمان بیماری‌ها و نقش محوری پرستاران، در ارائه خدمات به مددجویان، آنان را به مدیران و افراد ماهر تصمیم گیرنده در فعالیت‌های مهم و حیاتی تیم ارتقاء سلامت مبدل ساخته است از این رو در صورتی که بیمارستان‌ها به سوی مدیریت یادگیری سازمانی پرستاران حرکت نمایند؛ قادر خواهند بود تا با تمرکز بر توسعه شاخص‌های مدیریتی، موجب توسعه و تقویت یادگیری سازمانی آنان و در نتیجه ارتقاء کیفی و کمی سطح خدمات بهداشتی و درمانی در کشور گردند؛ به عبارت دیگر می‌توان گفت تحقق سلامت در جامعه منوط به اهمیت دادن به مدیریت یادگیری سازمانی پرستاران، توسعه ظرفیت‌های حرفه‌ای، آماده سازی پرستاران ماهر، توانمند و متعهد می‌باشد تا بتوانند خدمات پزشکی و بهداشتی را با کیفیتی مطلوب و استاندارد به مراجعین نیازمند، عرضه نمایند. وسنتین (Visentin) معتقد است مهارت‌های اساسی موفقیت در جامعه دانشی، توانایی یادگیری است. یادگیری در محل کار، محل تحصیل و زندگی شخصی و اجتماعی، یک مسئله حیاتی برای موفقیت در مسائل پیچیده و غیر قابل پیش بینی است (۳). انگرید و همکاران (Ingrid et al) می‌گویند مهم است که در سازمان‌های مراقبت‌های پاسخ‌گو (Accountable Care Organizations) یک فرهنگ سازمانی ایجاد نماییم تا کارکنان احساس امنیت نمایند، فرصت‌های بهبود را تجربه و با روش‌های جدید کار کنند (۴). نتایج مطالعه زینا (Xênia) و همکاران نشان می‌دهد که دانشگاه موسسه‌ای است که هدف آن ایجاد، تولید، به اشتراک گذاری و انتقال دانش، از طریق ارتباط چهره به چهره، توسعه ظرفیت جذب برای مدیریت دانش خود و سرمایه گذاری علنی در یادگیری سازمانی است (۵). ابراهیمی نشان داد که ایجاد چشم انداز روشن در زمینه ارتقاء یادگیری، تأثیر دادن یادگیری کارکنان در مسیر شغلی، توسعه استراتژی یادگیری در سازمان، باور به توانایی‌های فردی، می‌تواند تأثیر مثبتی در نهادینه کردن یادگیری سازمانی داشته باشد (۶). چاوشی و همکاران، معتقدند که مدیران پرستاری می‌توانند با اتخاذ روش‌های گروهی در آموزش و یادگیری پرستاران، دوره‌های آموزش ضمن خدمت برگزار نمایند و شرایطی فراهم سازند تا پرستاران به راحتی درباره خطاها و شکست‌هایشان بحث و تبادل نظر نموده و از تجارب یکدیگر بهره‌مند گردند (۷). نتایج مطالعه نوبهار نشان داد که بهبود شرایط آموزش پرستاری و تقویت انگیزه یادگیری فردی، ایجاد محیط‌های حمایتی و ارتقای سیستم‌های نظارتی می‌تواند منجر به کسب تجارب یادگیری در پرستاران تازه وارد در بخش‌های مراقبت ویژه گردد (۸). از این رو به منظور همگام شدن با تغییرات سریعی که در نظام سلامت (Health System)، رخ می‌دهد؛ توسعه یادگیری مداوم و اهمیت دادن به مدیریت یادگیری سازمانی در بدنه نظام سلامت و به ویژه کادر درمان و پرستاری، بسیار حساس و حیاتی است. از آنجا که تاکنون در سیستم بهداشتی درمانی کشور چنین الگویی طراحی نشده است و با توجه به نقش کلیدی و جایگاه ویژه پرستاران در مراکز درمانی، مطالعه حاضر در جهت ترمیم خلاء موجود در نظام سلامت و برمبنای تحلیل سه پرسش اصلی به شرح زیر صورت‌بندی شد. هدف پرسش اول شناسایی مولفه‌های مدیریت یادگیری سازمانی پرستاران بود. رویکرد ترجیحی برای این پرسش، کیفی و از نوع تجربه زیسته بود. پرسش دوم پژوهش با رویکرد کمی انجام شد. هدف این بخش، بررسی این پرسش اساسی بود که مولفه‌های استخراج شده جهت استقرار مدیریت یادگیری سازمانی پرستاران در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران در چه مدل

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-26]
[DOI: 10.52547/mcs.7.4.381]

ساختاری قابل مفهوم سازی است؟ پرسش سوم پژوهش حاضر، دارای ماهیتی کیفی-کمی بود. هدف این مرحله برازش مدل ساختاری مدیریت یادگیری سازمانی پرستاران در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور بود.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر به روش آمیخته اکتشافی (Exploratory Mixed Method) با رویکرد کیفی- کمی بود (۹). جامعه در مطالعه حاضر، شامل صاحب نظران، خبرگان در زمینه مدیریت پرستاری، شامل اعضای انجمن علمی پرستاری در ایران با ۲۹۵ عضو، صاحب نظران شاغل در ۱۹۲ دانشکده پرستاری دولتی و آزاد و برخی از مدیران صاحب نظر شاغل در بیمارستان‌ها بود. مبنای ورود در مطالعه حاضر، دارا بودن مدرک کارشناسی ارشد و بالاتر در یکی از رشته‌های مرتبط با مدیریت پرستاری و پرستاری بود. با توجه به جامعه و رویکرد تجربه زیسته (Lived Experienced)، نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و با لحاظ اشباع نظری، ۱۵ نفر از خبرگان، طبق جدول (۱) انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها در مطالعه، مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته انفرادی اکتشافی بود (۱۰). برای بررسی مقدماتی ۴-۶ سؤال مصاحبه استفاده شد که این سوال‌ها برگرفته از ادبیات و پیشینه مستخرج در رابطه با موضوع بود. در ضمن فاصله زمانی جمع‌آوری داده‌ها از مهر تا بهمن ماه ۱۳۹۷ و میانگین زمان مصاحبه ۶۲ دقیقه بود. روش تحلیل داده‌ها در مطالعه حاضر، رویکرد تحلیل مضمون (Thematic Analysis) براون وکلارک (Braun & Clarke) و طراحی الگو، از طریق روش‌های مدل سازی معادلات ساختاری (Structural Equation Modeling) بود (۱۱، ۱۲). ملاحظات اخلاقی در مطالعه حاضر شامل دریافت معرفی نامه کتبی از دانشگاه جهت ارائه به مشارکت کنندگان و اخذ کد اخلاق IR.IAU.RASHT.REC.۱۳۹۸.۰۰۷ حفظ احترام و رعایت حقوق، رازداری و آزادی برای شرکت در تحقیق و یا خروج از آن، بی‌طرفی پژوهشگر در زمینه مصاحبه، رعایت صداقت و امانت علمی در هنگام جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، ارائه نتایج پژوهش به مسئولین مراکز مربوطه پس از انجام پژوهش بود. ویژگی مصاحبه شوندگان در جدول شماره ۱ به شرح ذیل آمده است.

یافته‌ها

یافته‌های این مطالعه در پاسخ به تحلیل سه پرسش به شرح ذیل

جدول ۱- ویژگی‌های خبرگان و صاحب نظران مورد مصاحبه

خبره و صاحب نظر	درجه علمی
خبره و صاحبنظر ۱	هیئت علمی، دکترای آموزش پرستاری با سابقه کار ۹ سال (یکسال در بالین)
خبره و صاحبنظر ۲	سوپروایزر آموزشی بیمارستان با سابقه کار ۱۰ سال
خبره و صاحبنظر ۳	سرپرستار بیمارستان با سابقه کار ۱۶ سال
خبره و صاحبنظر ۴	هیئت علمی دانشیار، دکترای پرستاری با ۲۸ سال سابقه کار (۱۴ سال در بالین و ۱۴ سال آموزش پرستاری)
خبره و صاحبنظر ۵	هیئت علمی دانشیار، دکترای پرستاری سابقه کار ۲۳ سال (۵ سال در بالین و ۱۷ سال در آموزش پرستاری)
خبره و صاحبنظر ۶	پرستار بیمارستان با ۷ سال سابقه کار
خبره و صاحبنظر ۷	پرستار سازمان نظام پرستاری کشور با ۲۸ سال سابقه کار، همزمان کار مدیریتی و بالینی
خبره و صاحبنظر ۸	هیئت علمی، دکترای مدیریت پرستاری با سابقه کار ۲۳ سال (۱۶ سال در بالین و ۷ سال در آموزش پرستاری)
خبره و صاحبنظر ۹	هیئت علمی، استاد تمام، دکترای مدیریت پرستاری با ۲۹ سال سابقه کار (بخشی در بالین)
خبره و صاحبنظر ۱۰	مدیر خدمات پرستاری بیمارستان بازنشسته
خبره و صاحبنظر ۱۱	شاغل در معاونت پرستاری وزارت بهداشت سابقه کار ۱۶ سال مدیریتی و بالینی و دانشجوی دکترای تخصصی
خبره و صاحبنظر ۱۲	پرستار بیمارستان با سابقه کار ۱۰ سال و دانشجوی دکترای تخصصی پرستاری
خبره و صاحبنظر ۱۳	هیئت علمی، دانشیار، دکترای پرستاری شاغل در وزارت بهداشت با سابقه کار ۱۴ سال مدیریتی و بالینی
خبره و صاحبنظر ۱۴	پرستار بیمارستان با سابقه کار ۷ سال و دانشجوی دکترای تخصصی آموزش پرستاری
خبره و صاحبنظر ۱۵	مدیر خدمات پرستاری بیمارستان با ۱۸ سال سابقه کار بالینی و دانشجوی دکترای تخصصی پرستاری

منبع: (یافته‌های پژوهش حاضر)

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.52547/mcs.7.4.381]

تدوین شده است؛

۱- تحلیل پرسش اول مطالعه؛ مولفه‌های سازنده مدیریت یادگیری سازمانی پرستاران کدام‌ها هستند؟ به منظور تحلیل پرسش اول مطالعه، داده‌های حاصل از منابع مصاحبه به داده‌های متنی تبدیل و پس از آن، به منظور بررسی نظام مند، کدهای اولیه شناسایی و استخراج گردید در شروع تحلیل، کدگذاری باز انجام شد. در مرحله اولیه، هر مفهوم استخراج شده در یک مقوله قرار گرفت. در انتخاب مقوله‌ها، مواردی مدنظر بود که تا جای ممکن فضای مفهومی مورد نظر را پر کند؛ به همین منظور، مقوله‌هایی گزینش شدند که با مفاهیم منطبق بوده و در ضمن فضای مفهومی بیشتری را اشباع می‌کرد. با بررسی داده‌ها در مرحله اول کدگذاری باز، ۵۶ مفهوم به دست آمد. بعد از انجام عملیات مرحله اول، در مرحله دوم، مفاهیم و مقوله‌های مشابه در یکدیگر ادغام شدند. بدین ترتیب، پرمعنادارترین و فراوان‌ترین مفاهیم اولیه از طریق غربال کردن و کاهش میزان زیادی از داده‌ها انجام شد. در این مرحله ضمن مراجعه به مفاهیم و مقوله‌های مشابه و مقایسه آن‌ها با یکدیگر، مقوله‌های مشترک در قالب یک مفهوم و مقوله واحد قرار گرفتند؛ بنابراین، انبوه داده‌ها به تعداد محدودی از مقوله‌های کلی کاهش یافت. داده‌های این مرحله در قالب ۲۱ مقوله عمده طبقه‌بندی شدند. در مرحله کدگذاری محوری، جهت تعیین الگوی موجود در داده‌ها، بار دیگر تحلیل مقایسه داده‌ها انجام شد. بدین شکل که داده‌های کدگذاری شده با یکدیگر مقایسه و در قالب مقوله‌هایی که با هم تناسب بیشتری داشتند، سازماندهی شدند. در این مرحله، مقوله‌های عمده تا جایی مورد مقایسه قرار گرفتند که اطمینان حاصل شود هر طبقه از مقوله‌ها از یک دیگر مجزا هستند. سپس، رابطه مقوله‌ها بررسی و بر اساس ماهیت آن‌ها، در زیر عنوان مقوله گزینشی قرار گرفتند؛ به عبارت دیگر مقوله‌های عمده حول یک محور، با داخل شدن در ۳ مقوله گزینشی، یک بافت محکم از روابط را تشکیل دادند. در مرحله آخر، ارائه یک الگوی تلفیقی، همگرا و برخوردار از سطح انتزاعی بالا مد نظر بود. از این رو، ۲۱ مقوله بدست آمده که با یک دیگر شباهت مفهومی داشتند، در قالب ۳ مقوله کلی‌تر، تحلیلی‌تر و با قدرت انتزاعی‌تر بازسازی شدند. در ادامه به منظور کمی سازی میزان توافق متخصصین از فرمول لاوشه (Lawshe) که در سال ۱۹۷۵ معرفی شد استفاده گردید. با توجه به ۱۹ نفر مشارکت کننده، حداقل نمره توافق طبق جدول ۰/۴۲ برای CVR و ۰/۷۹ برای CVI باید باشد. درنهایت ۴ مقوله حذف و ۱۷ کد محوری و سه کد گزینشی به عنوان مولفه‌های مدیریت یادگیری سازمانی پرستاران شناسایی شد (جدول ۲). در ذیل نمونه‌های از روش کدگذاری مصاحبه‌ها، آمده است.

...جدی نمی‌گیرن نه اصلاً یادگیری جدی گرفته نمیشه فقط به نظر من بیش از ۹۰ درصد پرستارهای ما در بیمارستان‌ها برای امتیاز ارزشیابی سالانه توی کلاس‌های آموزشی شرکت می‌کنند... اگر برای کارکنان مهم باشه کلاس‌ها و یادگیری خودشون میرن سر کلاس و چیزی یاد می‌گیرن نه اینکه فقط امضای حضور بزنند (ش، ۱۴)... کمرنگ بودن یادگیری‌های رسمی در بیمارستان‌ها، شاید نیازهای واقعی را نمی‌بینند یک. دومش اینکه اینقدر پرستار و مشغول کردن توی بالین با چیزهای مختلف. چیزهایی که اخیراً اضافه کردن تو کارای بالین نمی‌گم نباشه یه سری کارا رو باید پرستار انجام بده. ولی چیزهای دیگه کار منشیه. مسئولین نظارت داشته باشن همین باعث شده پرستارا اون فرصت لازم و انگیزه لازم هم برای یادگیری هم برای مراقبت بالین رو از دست بدن... (ش ۸).

کدهای اولیه استخراج شده:

-جدی نگرفتن یادگیری، شرکت در کلاس‌های آموزشی صرفاً جهت کسب امتیاز، تفاوت در انگیزه‌های فردی یادگیری به دلیل تفاوت‌های فردی، انگیزه درونی عامل مهم در یادگیری، مانیتورینگ نشدن کلاس‌ها، نیاز سنجی نامناسب، حجم بالای کار، ضرورت حضور منشی، از دست دادن فرصت و انگیزه لازم برای یادگیری، عدم وجود نظارت کافی.

۲-تحلیل پرسش دوم پژوهش: مؤلفه‌های استخراج شده جهت استقرار مدیریت یادگیری سازمانی پرستاران در دانشگاه‌های علوم پزشکی در چه مدل ساختاری قابل مفهوم سازی است؟ در پاسخ به این سؤال پژوهش با استفاده از نرم افزار مدل سازی معادلات ساختاری (Structural Equation Model) PLS – SEM، مدل اولیه پژوهش طبق نمودار (۱) طراحی گردید (۱۳).

۳- در تحلیل پرسش سوم پژوهش؛ که آیا مدل طراحی شده مدیریت یادگیری سازمانی پرستاران از برازش مناسب برخوردار

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.52547/mcs.7.4.381]

جدول ۲- نتایج حاصل از مصاحبه کیفی با خبرگان و صاحبنظران

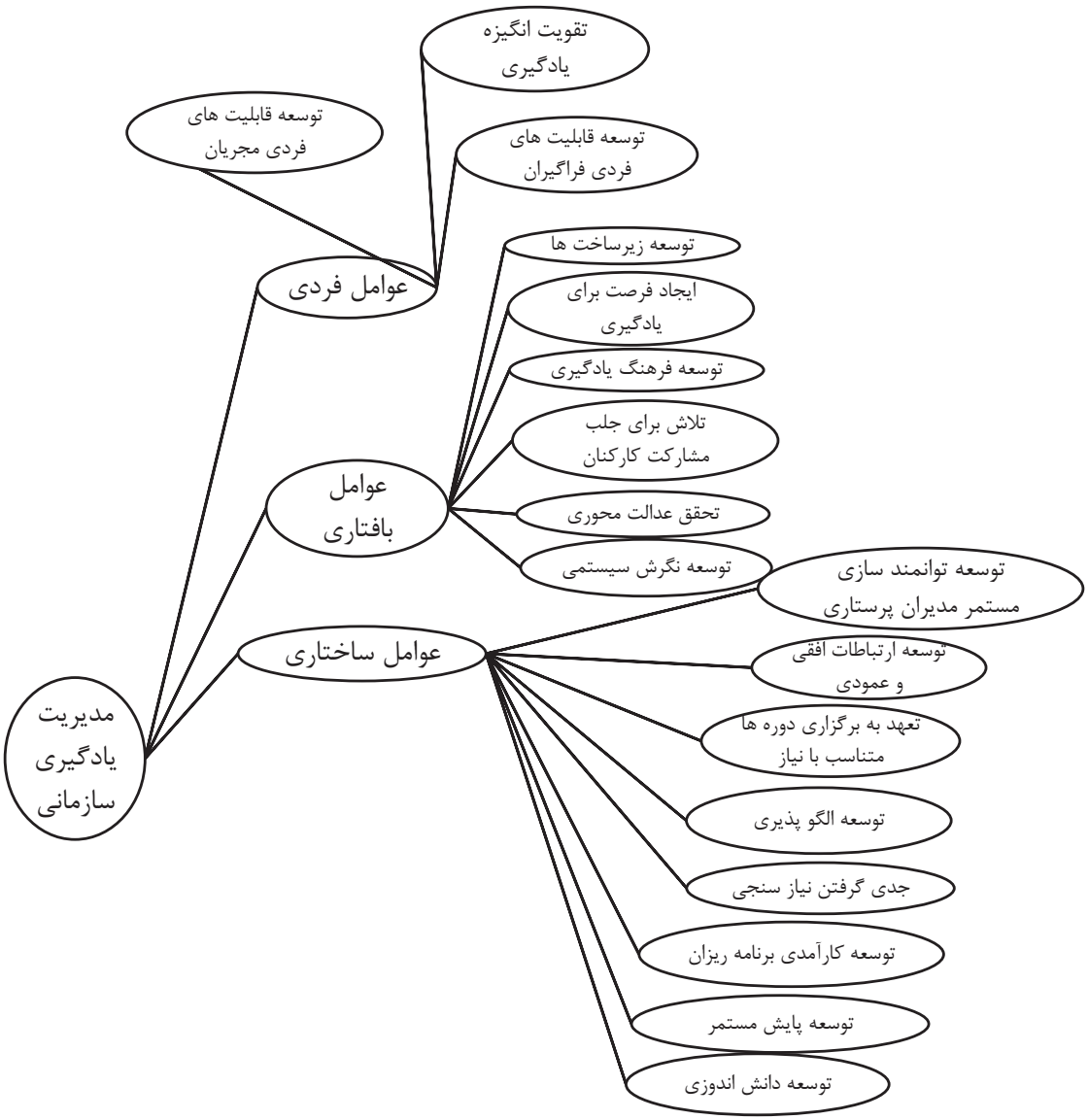
گزینشی	مقوله‌های محوری	کدهای مفهومی
فردی	توسعه قابلیت‌های فردی فراگیران	توسعه خود آموزی- توجه مدیران به تفاوت در علاقه ذاتی به یادگیری- توسعه حس تعهد و مسئولیت پذیری کارکنان- تقویت اعتماد به نفس در پرستار، با کمک افزایش مهارت و دانش- توسعه حس رقابت طلبی و غرور در کارکنان- توسعه توانایی یادگیری، تحلیل و کاربرد دانش – تقویت توانایی تبادل اطلاعات علمی و تجربی بین پرستار و دانشجویان
	تقویت انگیزه یادگیری	آگاه بودن کارکنان از روند آموزش و نظارت- توسعه مشارکت فعال مسئولین در کنار کارکنان- یادگیری به عنوان عامل ارتقاء شغلی/سازمانی- تقویت انگیزه درونی یادگیری- برقراری ارتباط قوی بین مترون و پرستاران- توسعه شناخت مدیران پرستاری از صلاحیت‌های پرستاران- توجه به اهمیت نقش علاقه فردی در بهره گیری از آموزش ضمن خدمت- ضرورت متناسب بودن موضوعات یادگیری با اهداف پرسنلی- دیدن اثرات مثبت یادگیری محرک برای یادگیری- تقویت انگیزه شرکت کارکنان در کلاس‌ها جهت یادگیری و نه فقط برای کسب امتیاز
بافتاری	توسعه فرهنگ مشارکت پذیری	قرار دادن اهرم‌های تشویقی و تنبیهی برای مشارکت و عدم مشارکت در دوره‌ها- توسعه حمایت از پرستاران با انگیزه- تلاش برای مشارکت پرستاران در نظر سنجی- الزام آور کردن شرکت در کلاس‌ها – استفاده از پرسنل متخصص وکارشناس (expert) به عنوان مجری آموزش- تشویق به مشارکت پرستاران برای انجام طرح‌های تحقیقاتی- لحاظ نمودن ساعت آموزشی در ارزیابی سالانه
	تحقق عدالت محوری	افزایش رضایت شغلی پرستاران– یکسان نمودن شانس ارتقاء برای همه پرستاران- افزایش اعتماد اجتماعی در سایه عملکرد مناسب- تشویق شدن پرستاران یادگیرنده- توسعه توجه مسئولین نسبت به یادگیری پرستاران
	توسعه نگرش سیستمی مدیران	توسعه نگاه سیستمی در مدیران- تقویت شناخت نسبت به مدیریت و فرآیند کارها به صورت سیستمی
ساختاری	توسعه دانش اندوزی	دعوت از اساتید مجرب و نامی - استفاده از مدرسین داخلی- یادگیری غیر رسمی مکمل یادگیری رسمی- برگزاری دوره‌های آموزشی توسط دانشجویان تحصیلات تکمیلی -انتشار آموخته‌ها از افراد شرکت کننده به دیگران در مواقع عدم امکان شرکت همه- شناسایی تقویت انگیزه‌های کارکنان با تجربه، برای انتقال آموخته‌ها- استفاده از شیوه‌های مناسب انتقال دانش- ایجاد شرایط محیطی انتقال آموخته‌ها - یادگیری از طریق انتقال تجارب افراد مجرب به جدید الورود، حین کار (منتوری)-تأمین تجهیزات لازم برای نهادینه کردن یادگیری
	تعهد مدیران به پایش مستمر	ارزیابی مسئولین از برآیندهای آموزشی- کنترل و نظارت تازه کارها - تقویت ارزیابی پلن های آموزشی حین کار- مداوم و چرخشی نمودن ارزیابی از فرآیند آموزش- ایجاد فرصت ارزیابی جامع از برنامه‌های آموزشی- توسعه نظارت بر نیاز سنجی آموزشی در مبدأ- امکان مانیتورینگ شدن حضور افراد در دوره‌ها- مانیتورینگ شدن پس خوراند دوره‌ها- صدورگواهی در صورت حضور کارکنان در کلاس‌های آموزشی
	توسعه کارآمدی برنامه‌ریزان	تقویت اجرای آموزش ضمن خدمت در کشور – استفاده از اساتید مجرب - واقعی نمودن و برنامه‌های آموزشی در اجرا- توسعه شناخت برنامه ریزان از دغدغه‌های بالینی- تحقق حضور نماینده پرستاربالینی در برنامه ریزی آموزشی- التزام به همپوشانی سامانه‌های متعدد وزارتخانه با هم- منطبق نمودن برنامه ریزی با ساختار و فرهنگ سازمانی جامعه – توسعه انجام بازدیدهای میدانی توسط برنامه ریزان

منبع: یافته‌های پژوهش گر

است؟ مطالعه حاضر ماهیتی کیفی-کمی-کیفی داشت. جهت برازش مدل به کمک برازش مدل‌های اندازه‌گیری و برازش مدل ساختاری و اعلام نظر توسط صاحب نظران و خبرگان به شرح ذیل مورد بررسی قرار گرفت. مدل اولیه به دلیل وجود شاخص‌های نامطلوب، پایایی و روایی همگرای مناسبی نداشت؛ بنابراین شاخص‌های نامطلوب حذف و برازش مدل، با ۸ کد محوری و ۳

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.52547/mcs.7.4.381]



نمودار ۱- الگوی اولیه طراحی شده
منبع: یافته‌های پژوهش حاضر

کد گزینشی به کمک روش‌های به شرح ذیل مورد بررسی قرار گرفت (نمودار ۲).

الف. معیار ضریب تعیین (R Squares) نشان از تأثیر یک عامل برون زا بر یک عامل درون زا دارد؛ و سه مقدار ۰/۱۹، ۰/۳۳ و ۰/۶۷ به عنوان ملاک برای مقادیر ضعیف، متوسط و قوی در نظر گرفته شد (جدول ۳).

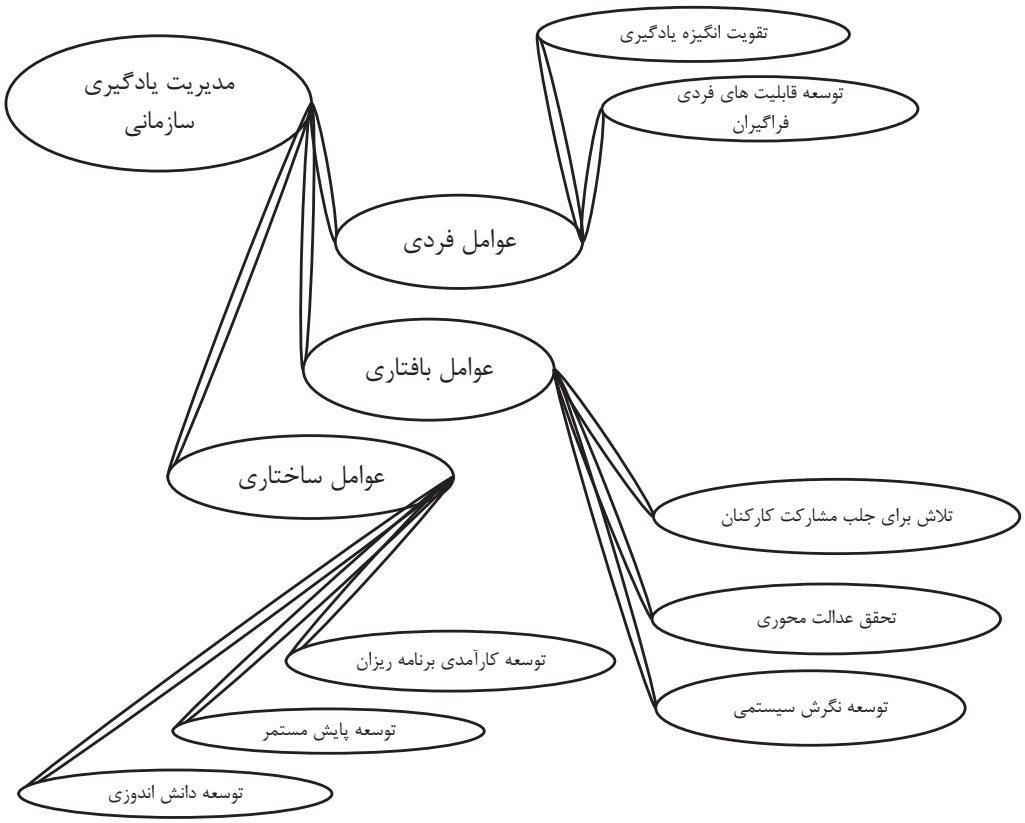
با توجه به جدول شماره ۳ مقدار R۲ برای همه عامل‌های وابسته مدل در حد قوی و متوسط قرار دارد و با توجه به مقدار ملاک، مناسب بودن برازش مدل ساختاری، تأیید شد.

ب. معیار Q^2 که توسط استون و گیزر (Stone- Geisser Criterion) در سال ۱۹۷۵ معرفی شد. قدرت پیش‌بینی مدل را مشخص می‌سازد و در صورتی که مقدار Q۲ در مورد یکی از عامل‌های درون زا سه مقدار ۰/۰۲، ۰/۱۵ و ۰/۳۲ را کسب نماید، به ترتیب نشان از قدرت پیش‌بینی ضعیف، متوسط و قوی عامل یا عامل‌های برون زای مربوط به آن دارد (جدول ۴).

همان طور که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود این معیار برای هر ۱۱ عامل درون زا در حد متوسط و قوی می‌باشد که نشان می‌دهد عامل‌های برون زا (مستقل) در پیش‌بینی عامل‌های وابسته مناسب هستند و برازش مناسب مدل ساختاری را بار دیگر تأیید نمود.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.52547/mcs.7.4.381]



نمودار ۲- الگوی نهایی برازش شده
منبع: یافته‌های پژوهش حاضر

جدول ۳- مقادیر ضریب تعیین برای شاخص‌های تحقیق

شاخص‌های تحقیق	ضریب تعیین
توسعه قابلیت‌های فردی فراگیران_KA۱	۰/۸۸۱
تقویت انگیزه یادگیری_KA۳	۰/۸۵۲
عوامل فردی_KA	۰/۵۶۸
تلاش برای جلب مشارکت کارکنان_KB۲	۰/۸۸۵
تحقق عدالت محوری_KB۳	۰/۸۶۲
توسعه نگرش سیستمی مدیران_KB۵	۰/۷۸۰
عوامل بافتاری_KB	۰/۸۳۲
توسعه دانش اندوزی_KC۲	۰/۸۷۲
توسعه پایش مستمر_KC۵	۰/۷۷۹
توسعه کارآمدی برنامه ریزان_KC۷	۰/۷۸۱
عوامل ساختاری_KC	۰/۸۸۸

منبع: خروجی نرم افزار؛ پیوست شماره ۱

ج. در نهایت معیار GOF (Goodness Of Fit)این معیار که توسط تننهاوس (Tenenhaus) و همکاران ابداع گردید. می‌تواند پس از بررسی برازش بخش اندازه‌گیری و بخش مدل عاملی تاییدی پژوهش خود، برازش بخش کلی را نیز کنترل نماید. معیار و فرمول آن در زیر آمده است.

$$GOF = \sqrt{\overline{R^2} * \overline{Communality}}$$

$\overline{Communality}$ = از میانگین مقادیر اشتراکی هر عامل درون‌زای مدل به دست می‌آید.

$\overline{R^2}$ = میانگین مقادیر ضریب تعیین عامل‌های درون زای مدل است.

$$GOF = \sqrt{۰/۸۱۶ \times ۰/۸۵۱} = ۰/۸۳۴$$

با توجه به سه مقدار ۰/۰۱، ۰/۲۵ و ۰/۳۶ در جدول شماره ۵ که به عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی برای GOF معرفی شده است؛ حصول مقدار ۰/۸۳۴ برای GOF، نشان از برازش مناسب مدل داشت (۱۴).

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف پاسخ به سؤال اصلی پژوهش که الگوی

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-26]
[DOI: 10.52547/mcs.7.4.381]

جدول ۴- مقادیر Q۲ برای شاخص‌های تحقیق

شاخص‌های تحقیق	SSO	SSE	-SSE/SSO۱
توسعه قابلیت‌های فردی فراگیران_KA۱	۷۰۰	۵۱۹/۶۳۸	۰/۲۵۸
تقویت انگیزه یادگیری_KA۳	۱۰۵۰	۶۶۸/۷۴۵	۰/۳۶۳
عوامل فردی_KA	۷۰۰	۶۰۷/۸۵۰	۰/۱۳۲
تلاش برای جلب مشارکت کارکنان_KB۲	۷۰۰	۴۰۸/۴۴۶	۰/۴۱۷
تحقق عدالت محوری_KB۳	۷۰۰	۴۹۷/۷۳۴	۰/۲۸۹
توسعه نگرش سیستمی مدیران_KB۵	۷۰۰	۵۶۷/۵۸۰	۰/۱۸۹
عوامل بافتاری_KB	۱۰۵۰	۸۵۲/۷۵۴	۰/۱۸۸
توسعه دانش اندوزی_KC۲	۷۰۰	۲۴۵/۵۲۲	۰/۶۴۹
توسعه پایش مستمر_KC۵	۷۰۰	۴۷۹/۴۹۸	۰/۳۱۵
توسعه کارآمدی برنامه ریزان_KC۷	۷۰۰	۴۳۵/۹۵۱	۰/۳۷۷
عوامل ساختاری_KC	۱۰۵۰	۵۰۶/۱۹۳	۰/۵۱۸

منبع: خروجی نرم افزار؛ پیوست شماره ۵
SSO = جمع مربع مقادیر مربوط به سؤال‌ها (Sum of Squares of Objects)
SSE = جمع مربع مقادیر خطا در پیش‌بینی سؤال‌های عامل وابسته (Sum of Squares of Errors)

جدول ۵- بررسی معیار GOF مدل

شاخص‌های تحقیق	ضریب تعیین	مقدار اشتراکی
KA۱ _قابلیت‌های فردی فراگیران توسعه	۰/۸۸	۰/۸۴۶
KA۳ _ انگیزه یادگیری تقویت	۰/۸۵۲	۰/۹۰۷
KA_ عوامل فردی	۰/۵۶۸	۰/۸۵۲
KB ۲ _ تلاش برای جلب مشارکت کارکنان	۰/۸۸۵	۰/۷۹۴
KB۳ _ تحقق عدالت محوری	۰/۸۶۲	۰/۷۶۹
KB۵ _ توسعه نگرش سیستمی مدیران	۰/۷۸۰	۰/۸۵۶
KB _عوامل بافتاری	۰/۸۳۲	۰/۸۳۳
KC ۲ _توسعه دانش اندوزی	۰/۸۷۲	۰/۹۸۳
KC۵ _توسعه پایش مستمر	۰/۷۷۹	۰/۸۱۴
KC۷ _توسعه کارآمدی برنامه ریزان	۰/۷۸۱	۰/۹۱۰
KC _ عوامل ساختاری	۰/۸۸۸	۰/۸۰۰
	۰/۸۱۶	۰/۸۵۱

منبع: یافته‌های پژوهش حاضر

مناسب مدیریت یادگیری سازمانی پرستاران در چه مدلی قابل مفهوم سازی است؟ طراحی و اجرا گردید.

۱- در پاسخ به پرسش اول پژوهش، مبنی بر اینکه عوامل سازنده مدیریت یادگیری سازمانی پرستاران کدام‌اند؟ در راستای پاسخ به سؤال اول پژوهش، مبنی بر شناسایی عوامل سازنده مدیریت یادگیری سازمانی پرستاران به منظور درک بهتر از بسترهای مفهومی از رویکرد کیفی از نوع تجربه زیسته استفاده شد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که الگوی مدیریت یادگیری سازمانی پرستاران در قالب سه شاخص هسته‌ای؛ عوامل فردی، عوامل بافتاری و عوامل ساختاری و هشت شاخص محوری توسعه قابلیت‌های فردی فراگیران، تقویت انگیزه یادگیری، تلاش برای جلب مشارکت کارکنان، تحقق عدالت محوری، توسعه نگرش سیستمی مدیران، توسعه پایش مستمر از فرآیند یادگیری، توسعه کارآمدی برنامه ریزان و توسعه دانش اندوزی قابل مدل سازی

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-26]
[DOI: 10.52547/mcs.7.4.381]

است. مطابق با یافته‌های این پژوهش و با توجه به موقعیت خاص پرستاران توجه به مدیریت یادگیری سازمانی این قشر بسیار حائز اهمیت است. چرا که پرستاران به دلیل ارتباط تنگاتنگ با مددجو و اهمیتی که در تأمین سلامت جامعه دارند؛ از نظر یادگیری در جایگاهی بسیار حساس و حیاتی قرار دارند. استمرار یادگیری آنان را قادر می‌سازد تا بتوانند خود را با تغییرات سریع علوم و تکنیک‌های مراقبت پرستاری، تطبیق داده و از عهده نقش خطیر خود برآیند؛ بنابراین یادگیری مستمر بخش الزامی برای حرفه‌ای شدن این گروه محسوب شده و هدایت گر و تسهیل کننده فرآیند توسعه عملکرد حرفه‌ای آنان در طول خدمت می‌باشد. واترمن و همکاران (Waterman) معتقدند که مهارت‌ها، دانش و نگرش‌های اولیه مراقبتی در افراد گروه بهداشتی درمانی، برای طول دوره زندگی آنان کافی نیست و یادگیری در طول مدت زندگی و توانایی رشد در محیط دائماً متغیر از ضروریات زندگی کاری پرستاران، محسوب می‌گردد (۱۵). نتایج مطالعات انجام شده در خصوص یادگیری سازمانی، همگی حاکی از آن بود که یادگیری سازمانی در دنیای امروز به یک چالش غیر قابل اجتناب تبدیل شده است به طوری که به چرات می‌توان گفت پرداختن به مدیریت یادگیری سازمانی و سرمایه گذاری جهت یادگیری سازمانی از اولویت‌های اساسی یک سازمان محسوب می‌گردد؛ بنابراین با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه پیرامون شناسایی مؤلفه‌های مدیریت یادگیری سازمانی پرستاران و در مقایسه با پژوهش‌های مشابه انجام شده در داخل و خارج از کشور که در این مقاله عنوان شده است، به چند شاخص مهم در زمینه عوامل سازنده مدیریت یادگیری سازمانی پرستاران دست یافته‌ایم که در متون دیگر اشاره‌ای به آن‌ها نشده است؛ که عبارت بود از: شاخص توسعه کارآمدی برنامه ریزان؛ این در حالی است که در تحقیق حاضر، بخش عمده‌ای از مشکلات مطرح شده در زمینه مدیریت یادگیری سازمانی پرستاران، در راستای ضعف شناخت برنامه‌ریزان از دغدغه‌های بالینی پرستاران، عدم مطابقت برنامه‌ها با ساختار فرهنگ سازمانی جامعه، اقتصاد و...جامعه، الگو برداری از مباحث آموزشی سایر کشورها و عدم توجه به بستر موجود در بیمارستان‌های کشور بود. شاخص دیگر مربوط به توسعه پایش مستمر از برنامه‌های آموزشی و نحوه انجام پایش بود در حالی که عمده پایش از پرستاران علاوه بر برآورد میزان دانش کسب شده از دوره‌های آموزشی، مربوط به میزان افزایش مهارت آنان در مراقبت‌های بالینی و طرح‌های آموزشی (Educational Plan) حین کار می‌باشد بنابراین بخش عمده بررسی پس خوراند دوره‌های آموزشی پرستاران، در مواجهه با بیماران و اقدامات درمانی آنان بایستی صورت پذیرد که در مطالعه‌ی اخیر جزو عوامل عمده، در الگوی مدیریت یادگیری سازمانی پرستاران محسوب می‌گردد. در خصوص شاخص توسعه دانش اندوزی، به منتورشیپ (Mentorship) و اهمیت یادگیری غیر رسمی به عنوان مکمل یادگیری رسمی، اشاره‌ای نشده است. در حالی که اغلب مشارکت کنندگان، به چالش‌های مربوط به این شاخص اشاره داشته‌اند. آنان ابراز نمودند که در بیمارستان‌ها منتوری اتفاق نمی‌افتد چراکه پرستاران مجرب، انگیزه لازم جهت انتقال تجارب بالینی خود به پرستاران جدید الورود را ندارند، آنان جهت انتقال تجارب خود تشویق نمی‌گردند. هیچ گونه امتیازی برای آنان در نظر گرفته نمی‌شود حتی منتوری گاهی اوقات امنیت شغلی آنان را به مخاطره می‌اندازد.

۲- در پاسخ به سؤال دوم پژوهش که مؤلفه‌های شناسایی شده مدیریت یادگیری سازمانی پرستاران، در چه مدلی، قابل مفهوم سازی است؟ حاصل نتایج پژوهش حاضر، استخراج مدل مدیریت یادگیری سازمانی پرستاران، با سه شاخص هسته‌ای و هشت شاخص محوری بود که با استفاده از مدل سازی معادلات ساختاری، اسمارت PLS، الگوی اولیه مدیریت یادگیری سازمانی پرستاران طراحی گردید. مقدار مربوط به آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی عامل‌ها هم در هر ۳ مقوله گزینشی و ۱۷ مقوله محوری بالاتر از ۰/۷ نبود، لذا، از پایایی ترکیبی و آلفای کرونباخ مناسب برخوردار نبودند علت نامناسب بودن شاخص‌های پایایی و روایی همگرا وجود شاخص‌های نامطلوب داخل مدل بود؛ بنابراین در گام بعدی پس از حذف شاخص‌های نامطلوب در مدل، با ۳ مقوله گزینشی و ۸ مقوله محوری و مطلوب، محاسبه شد. مقدار مربوط به این معیارها یعنی آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی عامل‌ها در هر ۱۱ شاخص بالاتر از ۰/۷ بود؛ که حاکی از پایایی مناسب مدل بود.

۳- در پاسخ به پرسش سوم پژوهش حاضر که آیا مدل طراحی شده از برازش کافی برخوردار است؟ دارای ماهیتی کیفی-کمی بود. مدل نهایی جهت اعلام نظر در اختیار صاحب نظران و خبرگان

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.52547/mcs.7.4.381]

قرار گرفت و برازش مدل از لحاظ نظری هم تأیید گردید. پس از انجام برازش مدل‌های اندازه‌گیری و تأیید کفایت مدل، برازش مدل عاملی تأییدی نیز طی چند روش انجام و مدل نهایی با ۱۱ شاخص تأیید و آماده استقرار و بهره‌برداری در بیمارستان‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور گردید.

در بررسی تطبیقی شاخص‌های شناسایی شده در الگوی پژوهش حاضر، با چارچوب نظری مطالعه؛ نتایج قابل توجهی کسب شد که می‌تواند به عنوان پشتوانه تأیید نظری الگوی طراحی شده حاضر باشد. به مواردی از مطابقت زیاد یافته‌های تحقیق حاضر با نظریه‌های یادگیری اشاره می‌گردد. در نظریه یادگیری در حد تسلط بلوم، تفاوت در شیوه و میزان یادگیری فراگیران، به پنج عامل بستگی دارد که سه عامل مربوط به فراگیر شامل؛ استعداد فراگیر، توانایی درک و میزان پشتکار فراگیر است و دو عامل دیگر مربوط به آموزش دهنده عبارت است از؛ کیفیت آموزش و فرصتی که صرف یادگیری فراگیر می‌گردد (۱۶) که در مدل طراحی شده حاضر، توجه به علاقه ذاتی فراگیر؛ میزان تلاش و حس رقابت‌پذیری فراگیر؛ توسعه توانایی یادگیری تحلیل و کاربرد دانش در شاخص توسعه قابلیت‌های فردی فراگیران و انگیزه یادگیری آمده است. در بخش مربوط به آموزش دهنده، نیز توسعه دانش اندوزی با استفاده از اساتید مجرب و نامی، تلاش در جهت جلب مشارکت فراگیران، توسعه کارآمدی برنامه‌ریزان و اختصاص فرصت یادگیری به پرستاران در طراحی و برنامه‌ریزی‌ها به دست آمده است. در مطابقت پژوهش حاضر با نظریه ویلیام گلاسر مبنی بر اینکه امور آموزشی از ابتدا تا انتها کنترل شده و مشخص، موجب انگیزه یادگیری، می‌گردد؛ علت بی‌توجهی فراگیران، بی‌ارتباطی موضوعات با نیازهای آموزشی آنان است از سوی دیگر آموزش دهنده‌های هدایت‌گر، هدایت کننده فراگیران، بوده و برای مشارکت آنان در یادگیری تلاش نموده و پاداش‌های درونی و معنی‌دار به آن‌ها می‌دهند (۱۷، ۱۸). در مطالعه حاضر، مشارکت کنندگان در شاخص‌های تقویت انگیزه یادگیری، تلاش برای جلب مشارکت کارکنان، دانش اندوزی، تحقق عدالت محوری پژوهش حاضر به طور مفصل به آن موارد اشاره نموده‌اند. الگوی طراحی شده مطالعه حاضر دارای هشت شاخص محوری است که با ابعاد یادگیری سازمانی نیفه، در پنج شاخص به اشتراک گذاشتن دانش، یادگیری تیمی، تفکر سیستمی، رهبری مشارکتی و توانمندسازی کارکنان (۱۹) و با سه اصل از پنج اصل سنگه قابلیت‌های فردی، نگرش سیستمی و یادگیری تیمی (۲۰) و سه محور از هفت محور یادگیری سازمانی واتکینز و مارسیک ایجاد فرصت یادگیری مستمر، یادگیری تیمی و توانمندسازی کارکنان (۲۱) و با سه رکن از چهار رکن یادگیری سازمانی گومز تعهد مدیریت، دانش اندوزی و نگرش سیستمی (۲۲) مشابهت داشت و با مفاهیم مشابه در شاخص‌ها و زیر شاخص‌های الگو با تفاوت اندک در ادبیات ارائه شده است؛ اما آنچه الگوی طراحی شده مطالعه حاضر را با مبانی نظری پشتیبان اندکی متمایز می‌نماید وجود سه شاخص محوری توسعه کارآمدی برنامه ریزان، توسعه پایش مستمر و تعهد مدیران به تحقق عدالت محوری در الگوی مطالعه حاضر بود. از این رو شناسایی این سه شاخص علاوه بر سایر شاخص‌های الگوی حاضر می‌تواند کمک نماید تا برنامه ریزان و مجریان دوره‌های آموزشی، نسبت به استقرار پروتکل‌های نظارتی با تأکید بر ارزیابی مستمر از برآیندهای آموزشی، کنترل و نظارت تازه کارها، نظارت بر نیازسنجی‌های آموزشی در مبدأ و مانیتورینگ حضور افراد در دوره‌های آموزشی، اهتمام ورزیده و نظارت مداوم را اساس کار خود قرار دهند؛ به طوری که در سایه پایش‌های میدانی، برنامه‌های آموزشی را مطابق با نیازهای فراگیران و منطبق بر شرایط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جامعه بومی‌سازی و قابل اجرا نمایند. از سوی دیگر ضرورت دارد که مدیران نسبت به اصلاح نگرش خود در جهت تحقق عدالت محوری در سازمان؛ با رعایت شایسته سالاری؛ اجرای عدالت در پرداختی‌های پرسنلی و توجه به تفاوت‌های فردی پرستاران که می‌تواند منجر به افزایش انگیزه و قابلیت‌های فردی آنان گردد اقدام نمایند؛ بنابراین از مهم‌ترین دستاوردهای این مطالعه، استخراج الگوی مدیریت یادگیری سازمانی پرستاران است که می‌تواند به عنوان یک مدل برای کلیه سازمان‌ها و خصوصاً در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی و بیمارستان‌های کشور مورد استفاده و بهره برداری قرار گیرد.

در راستای انجام مطالعه حاضر، محدودیت‌های متعددی وجود داشت که عبارت بودند از؛ به لحاظ جدید بودن مفهوم مدیریت یادگیری سازمانی، مهم‌ترین محدودیت پژوهش حاضر فقدان مبانی نظری مختص به مفهوم مدیریت یادگیری سازمانی و فقر

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-26]
[DOI: 10.52547/mcs.7.4.381]

در زمینه داشتن پیشینه تحقیق بود؛ بنابراین تلاش گردید تا از مفاهیم مرتبط در زمینه‌های مدیریت، یادگیری و یادگیری سازمانی به عنوان مفاهیم نظری اولیه و حمایت کننده بحث مورد نظر، جهت مفهوم‌سازی اولیه استفاده گردید. از طرفی به منظور تلفیق کدهای استخراج‌شده از بیانات مشارکت‌کنندگان در مصاحبه در خصوص یادگیری سازمانی پرستاران با مؤلفه‌های مدیریتی، لازم بود مصاحبه‌گر قبل از انجام مصاحبه با واژه‌ها و اصطلاحات و نظریه‌ها و مدل‌های پشتیبان مطالعه، ارتباط کافی برقرار نماید تا بتواند دو حیطه مدیریت و پرستاری را باهم ادغام نماید. یکی دیگر از محدودیت‌ها، گستردگی و بزرگ بودن جامعه مطالعه حاضر در بخش کیفی، دسترسی به خبرگان و صاحب‌نظران، در زمینه مدیریت پرستاری، از نقاط مختلف کشور و مشکلات عدیده در رابطه با انجام هماهنگی‌های لازم جهت اجرای مصاحبه حضوری و یا تلفنی با آنان، با توجه به ضیق وقت برخی از مشارکت‌کنندگان بود. موضوع محرمانه ماندن مصاحبه‌ها خصوصاً در کادر درمان شاغل که پس از کسب اطمینان از محرمانه ماندن کلیه گفتگوها، مشکل برطرف می‌گردید. این پژوهش در خصوص مدیریت یادگیری پرستاران انجام شده است؛ لذا، پیشنهاد می‌گردد در سایر سازمان‌ها و برای سایر کادر درمانی، پژوهش‌های مشابه صورت گیرد. این موضوع در خصوص انجام پژوهش در سایر کشورها هم صدق می‌کند. از سوی دیگر پیشنهاد می‌شود که بستری فراهم گردد تا مطالعه در زمینه مدیریت یادگیری پرستاران و موارد مشابه در نظام سلامت کشور ادامه داشته باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از رساله دکترای مدیریت آموزشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، با عنوان طراحی الگوی مدیریت یادگیری سازمانی پرستاران در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۷ در تاریخ ۲۰/۶/۹۷ به تصویب رسیده است. بدین وسیله نویسندگان، مراتب قدردانی خود را از همه عزیزانی که در بخش‌های کیفی و کمی مطالعه، صمیمانه همکاری نموده‌اند؛ ابراز می‌دارند.

تضاد منافع

بدین وسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

1- Hadavand S. Learning Management The Basis of Creating Knowledge. Managed Organizations Monthly Journal. 2010;20(147-148):23-9.
2- Yaghoubi M, Karimi S, Javadi M, Nikbakht A. A Study on the Relationship Between Organizational Commitment and the Level of Implementation of the Components of a Learning Organization among Educational Managers in Isfahan University of Medical Sciences. Health Information Management. 2010;7(2):74-65.
3- Visentin M. Learning to Learn. Italian Journal of Sociology of Education. 2017;9(1).
4- Nembhard IM, Tucker AL. Applying Organizational Learning Research to Accountable Care Organizations. Med Care Res Rev. 2016;73(6):673-84. http://dx.doi.org/10.1177/1077558716640415 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27034437
5- Xênia C, Giselly R, Bencciveni Franzoni AM, Cuatro S. Organizational learning in the context of University organizations: A systematic review of academic publications held in. SPACIOS. 2017;38(05):23.
6- Ebrahimi A, Nasr Esfahani A, Nilipour Tabatabai S. Designing a Model for Institutionalizing Organizational Learning and Its Relation to Self-Efficiency of Managers and Experts, A Case Study: The Red Crescent Society of the Whole. Quarterly Journal of Rescue and Rescue. 2018;8(2).
7- Chavoshi Z, Nikbakht M, Inventor H, Akbari A, Mir Bazgh F. The Relationship between Group and Individual Learning Dimensions in Organizational Learning of Clinical Nurses: A Case Study. Quarterly Journal of Nursing Management. 2015;4(4).
8- Nobahar M. Clinical learning experiences of newly arrived nurses in cardiac intensive care unit nursing education. Iranian Scientific Nursing Association, Nursing Education. 2015;3(2):12-26.
9- Sarmad Z, Bazargan A, Hejazi E. Research Methods in Behavioral Sciences. Iran: Ad Publications; 2014. 404 p.
10- Hooman H. Understanding the scientific method in behavioral sciences. Iran: Samat Publications; 2011. 394 p.
11- Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. 2006;3(2):77-101. http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa
12- Qasemi W. Structural Equation Modeling in Social Research using AMOS: Sociological Publications; 2011. 374 p.
13- Davari A, Rezazadeh A. Structural equation modeling with PLS software. Second ed: Daneshgahi Publishing Organization; 2014. 248 p.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-26]
[DOI: 10.52547/mcs.7.4.381]

14- Gildeh B, Moradi W. Statistical analysis with SPSS and AMOS software. Second ed. Iran: Mazandaran University Press; 2013.
15- Bhoyrub J, Hurley J, Neilson GR, Ramsay M, Smith M. Heutagogy: An alternative practice based learning approach. Nurse Educ Pract. 2010;10(6):322-6. http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2010.05.001 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20554249
16- Qashlaqi M. Learning Psychology. Iran: Mani Publications; 2009.
17- Fredixon B, Laftes J, Vagnar W, Hoxma S. Atkinson and Hilgard's field of psychology: Publications Arjmand.
18- Olson M, Hergenna B. An Introduction to Learning Theories. E ed: Doran Publications; 2011.
19- Neefe DO. Comparing levels of organizational learning maturity of colleges and universities participating in traditional and non-traditional (Academic quality improvement project) accreditation processes. Learning Organizations in Higher Education. 2001.
20- Stacy R. Strategic Management and Organization Daynamics: The Challenge of Compelexity. London: Routledge; 2007.
21- Watkins K, Marsick V. Sculpting the Learning Community: New Forms of Working and Organizing. NASSP Bulletin. 2016;83(604):78-87. http://dx.doi.org/10.1177/019263659908360410
22- Jerez-Gómez P, Céspedes-Lorente J, Valle-Cabrera R. Organizational learning capability: a proposal of measurement. Journal of Business Research. 2005;58(6):715-25. http://dx.doi.org/10.1016/j.jbusres.2003.11.002

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.52547/mcs.7.4.381]