

An Exploration of Information Literacy Challenges among Nurses in Intensive Care Settings: A Qualitative Study

Mahboubeh Rozeh¹, Zahra Abazari^{2*}, Shahzad Pashaeypoor³

1- Department of Knowledge and Information Science, NT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2- Department of Knowledge and Information Science, NT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.

3- Department of Community Health and Geriatrics Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Zahra Abazari, Department of Knowledge and Information Science, NT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Email: 3199847811@iau.ac.ir

Received: 2026/03/16

Accepted: 2026/08/1

Abstract

Introduction: Information literacy is recognized as a fundamental competency for nurses, particularly those working in intensive care settings, where rapid evidence-based decision-making is essential. Despite its recognized importance, a considerable gap remains between the expected and actual information literacy competencies of nurses. This study aimed to explore, in depth, the information literacy challenges and needs of nurses working in special care units from their own perspectives.

Methods: This study constituted the qualitative phase of a sequential exploratory mixed-methods design and was conducted using a conventional content analysis approach. Participants were recruited through purposive sampling with maximum variation from nurses working in special care units ICU, CCU and Emergency Departments of selected hospitals affiliated with Tehran University of Medical Sciences. Data were collected through semi-structured, in-depth interviews and continued until data saturation was achieved (15 interviews). Data were analyzed concurrently with data collection using the Graneheim and Lundman (2004) approach. The interview data were analyzed using MAXQDA (Version 20) software..

Results: Data analysis resulted in the extraction of 214 initial codes, which were categorized into 3 main categories and 12 subcategories. The main categories included: 1- Individual barriers (deficiencies in systematic and advanced search skills, time constraints due to workload, low self-efficacy in information utilization, skepticism regarding the accuracy of sources, limited digital and information technology literacy, and weaknesses in evaluating and identifying documented and credible information), 2- Organizational barriers (Inadequate communication and internet infrastructure, limited access to databases, failure to hold capacity-building workshops, and the absence of a librarian or information consultant) , and 3- Professional barriers (weakness of the evidence-based education system and lack of a professional attitude and culture regarding the use of evidence).

Conclusion: Nurses in intensive care units face an interconnected set of individual, organizational, and professional information literacy challenges that directly undermine the quality of evidence-based care. These findings highlight the urgent need for targeted, multi-level interventions – including practical training in advanced search skills, improvements in technological infrastructure, and revision of nursing curricula – to bridge the gap between perceived and actual competencies. Implementing these strategies can empower nurses to engage more actively in evidence-based clinical decision-making, ultimately enhancing the quality and safety of patient care.

Keywords: Information Literacy, Intensive Care Nurses, Evidence-Based Care, Qualitative Study, Conventional ContentAnalysis.

How to cite this article: Mahboubeh Rozeh, Zahra Abazari, Shahzad Pashaeypoor, An Exploration of Information Literacy Challenges among Nurses in Intensive Care Settings: A Qualitative Study, Iranian Journal of Nursing Research (IJNR). 2026. P: 58- 68 (in Persian).

Published by Iranian Nursing Association.

This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).



کاوش چالش های سواد اطلاعاتی پرستاران شاغل در بخش های ویژه: یک مطالعه کیفی

محبوبه روضه^۱، زهرا ابادری^{۲*}، شهزاد پاشایی پور^۳

۱. گروه علم اطلاعات و دانش شناسی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. گروه علم اطلاعات و دانش شناسی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۳. گروه سلامت جامعه و سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: زهرا ابادری، گروه علم اطلاعات و دانش شناسی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

ایمیل: ۳۱۹۹۸۴۷۸۱۱@iau.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۵/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۲/۲۵

چکیده

مقدمه: سواد اطلاعاتی به عنوان شایستگی حیاتی برای پرستاران، به ویژه در بخش های مراقبت ویژه که با شرایط بحرانی و نیاز به تصمیم گیری سریع و مبتنی بر شواهد مواجه هستند، شناخته می شود. با وجود اهمیت آن، شکاف قابل توجهی بین انتظارات و توانایی واقعی پرستاران در این زمینه وجود دارد. این مطالعه با هدف کاوش چالش ها و نیازهای سواد اطلاعاتی پرستاران شاغل در بخش های ویژه از دیدگاه خود آنان انجام شد.

روش کار: این پژوهش، بخش کیفی یک مطالعه ترکیبی از نوع متوالی اکتشافی بود که با رویکرد تحلیل محتوای قراردادی انجام شد. ۱۵ مشارکت کننده به روش نمونه گیری هدفمند با حداکثر تنوع از میان پرستاران شاغل در بخش های ویژه (ICU، CCU، اورژانس) بیمارستان های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران انتخاب شدند. داده ها از طریق مصاحبه های نیمه ساختار یافته و عمیق جمع آوری و تا رسیدن به اشباع داده ها ادامه یافت. تحلیل داده ها همزمان با جمع آوری و با استفاده از روش گرانهایم و لاندمن (۲۰۰۴) انجام شد. تحلیل مصاحبه ها با استفاده از نرم افزار MAXQDA نسخه ۲۰ انجام شد.

یافته ها: تحلیل داده ها منجر به استخراج ۲۱۴ کد اولیه شد که در قالب ۱۲ زیر طبقه و ۳ طبقه اصلی دسته بندی گردید. طبقات اصلی شامل: ۱- موانع فردی (ضعف در مهارت جستجوی نظام مند و پیشرفته، محدودیت زمانی ناشی از فشار کاری، خودکارآمدی پایین در بکارگیری اطلاعات، تردید نسبت به صحت منابع، ضعف در سواد دیجیتال و فناوری اطلاعات و ضعف در ارزیابی و تشخیص اطلاعات مستند و معتبر) ۲- موانع سازمانی (ضعف زیر ساخت های ارتباطی و اینترنت، محدودیت دسترسی به پایگاه های اطلاعاتی، عدم برگزاری کارگاه های توانمند سازی و نبود کتابدار یا مشاور اطلاعاتی) و ۳- موانع حرفه ای (ضعف نظام آموزش مبتنی بر شواهد و عدم نگرش و فرهنگ حرفه ای نسبت به استفاده از شواهد) بود.

نتیجه گیری: پرستاران شاغل در بخش های ویژه با مجموعه ای درهم تنیده از چالش های فردی، سازمانی و حرفه ای در حوزه سواد اطلاعاتی مواجه هستند که به طور مستقیم بر کیفیت مراقبت مبتنی بر شواهد تأثیر می گذارد. یافته ها بر ضرورت طراحی و اجرای مداخلات هدفمند و چند سطحی شامل آموزش عملی مهارت های جستجوی پیشرفته، بهبود زیرساخت های فناوری، و بازنگری در برنامه های درسی پرستاری تأکید دارد تا شکاف بین شایستگی های ادراک شده و بالفعل پرستاران کاهش یابد. اجرای این راهکارها می تواند پرستاران را برای مشارکت فعال تر در تصمیم گیری های بالینی مبتنی بر شواهد توانمند ساخته و در نهایت به ارتقای کیفیت و ایمنی مراقبت از بیماران منجر شود.

کلیدواژه ها: سواد اطلاعاتی، پرستاران بخش ویژه، مراقبت مبتنی بر شواهد، مطالعه کیفی، تحلیل محتوای قراردادی.

مقدمه

جهان معاصر در حال گذار به جامع های دانش بنیان است که در آن اطلاعات به عنوان یک دارایی استراتژیک شناخته می شود. در نظام سلامت، این تغییرات با انقلاب صنعتی چهارم و ظهور فناوری هایی نظیر هوش مصنوعی و کلان داده ها همراه شده است (۱، ۲). پرستاران، به عنوان بزرگترین گروه ارائه دهنده مراقبت، برای تصمیم گیری های بالینی دقیق و ارائه مراقبت ایمن و مبتنی بر جدیدترین شواهد، نیاز مبرمی به سواد اطلاعاتی دارند (۳). سواد اطلاعاتی مجموعه ای از توانایی ها شامل تشخیص نیاز اطلاعاتی، جستجوی هدفمند، ارزیابی انتقادی، تحلیل و استفاده اخلاقی از اطلاعات برای حل مسئله و ایجاد دانش جدید تعریف می شود (۴)

توسعه مهارت های سواد اطلاعاتی پرستاران بخشی اساسی از مهارت های آنان بوده و دارای اهمیت ویژه ای است، چرا که آنها را قادر می سازد تا از نظر عملی تصمیمات موثری بگیرند، مهارت های حل مسئله خود را بهبود بخشند، در زمینه های حرفه ای خود به طور انتقادی فکر کنند و اطلاعات را در استفاده عملی قرار دهند. سواد اطلاعاتی یک پایه مهم برای عملکرد پرستاری مبتنی بر شواهد است (۵). پرستاران بیشتر به سواد اطلاعاتی در زمینه تمرین مبتنی بر شواهد نیاز دارند که شیوه کار و الگوهای تفکر پرستاران را تغییر می دهد و الزامات جدیدی را برای توانایی پرستاران بالینی در جمع آوری، پردازش و استفاده از اطلاعات مطرح می کند (۶) بنابراین، پرستاران باید به مهارت های سواد اطلاعاتی برای به دست آوردن یافته های پژوهشی و اطلاعات به روز مجهز شوند (۷، ۸) این نیاز در محیط های پویا و پراسترس بخش های مراقبت ویژه (ICU، CCU) و اورژانس) به اوج خود می رسد. پرستاران این بخش ها با بیمارانی در شرایط بحرانی و ناپایدار مواجه اند که کوچکترین خطا در تشخیص یا تصمیم گیری می تواند عواقب جبران ناپذیری داشته باشد. مراقبت های ویژه با کیفیت بالا، فناوری پیشرفته، پرسنل ماهر و تصمیم گیری مؤثر به طور قابل توجهی به بهبودی بیماران در بخش های ویژه کمک می کنند و میزان مرگ و میر را ۲۸ تا ۳۰ درصد کاهش می دهند. لذا ضروری است پرستاران دانش و مهارت خود را به طور منظم از طریق مطالعه یافته های تحقیقاتی و پذیرش روش های مبتنی بر شواهد به روزرسانی کنند (۹). چرا که پرستاران مراقبت های ویژه مسئول ارزیابی بیماران

و ارائه مراقبت در بخش های مراقبت ویژه هستند و برای تشخیص تغییرات بالینی و پیشگیری از عوارض در بیماران به تخصص و شواهد نیاز دارند. پرستارانی که از روش های مبتنی بر شواهد پیروی می کنند، تصمیمات بهتری می گیرند، مراقبت های با کیفیت بالاتری ارائه می دهند، مدت بستری در بیمارستان را کاهش می دهند، هزینه ها را کاهش می دهند و هم مراقبت و هم اثربخشی سازمانی را افزایش می دهند و بر اهمیت EBP تأکید می کنند (۹).

با وجود این اهمیت حیاتی، مطالعات متعدد نشان داده اند که سطح سواد اطلاعاتی و مهارت های اجرای عملکرد مبتنی بر شواهد در بسیاری از پرستاران پایین تر از حد انتظار است (۱۰، ۱۱). همچنین، خلأهای دانشی قابل توجهی در این زمینه وجود دارد، اکثر مطالعات به صورت کمی و با استفاده از پرسشنامه انجام شده اند و به شناسایی عمیق و بومی نیازها و چالش های پرستاران، به ویژه در بخش های ویژه ایران، نپرداخته اند. بر این اساس، انجام یک مطالعه کیفی برای ورود به دنیای مشارکت کنندگان و شناخت عمیق و غنی از تجارب، درک ها و چالش های آنان، گامی ضروری و مقدماتی برای طراحی یک مداخله مؤثر محسوب می شود. هدف از مطالعه کیفی حاضر، شناسایی و تبیین مشکلات، مهارت ها و نیازهای سواد اطلاعاتی پرستاران شاغل در بخش های ویژه از دیدگاه خود آنان است تا بتواند زمینه ساز تدوین یک مداخله بومی و اثربخش گردد.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی است که با روش تحلیل محتوای قراردادی (Conventional Content Analysis) انجام شده است. این روش زمانی مناسب است که هدف، توصیف یک پدیده و استخراج طبقات و مضامین از عمق داده ها باشد، به ویژه زمانی که دانش نظری موجود در آن زمینه محدود باشد (۱۲، ۱۳) مشارکت کنندگان این پژوهش، پرستاران شاغل در بخش های ویژه (ICU، CCU) و اورژانس) بیمارستان های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند. محیط پژوهش، بخش های مذکور در بیمارستان امام خمینی (ره) تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران بود. مشارکت کنندگان پژوهش به صورت هدفمند (Purposeful) با حداکثر تنوع از نظر سن، جنس، سابقه کار، مدرک تحصیلی و بخش محل اشتغال انتخاب شدند. در مطالعات کیفی نمونه ها به نحوی انتخاب می شوند که غنی از

سازماندهی شدند. سعی شد درون طبقات، حداکثر همگنی و بین طبقات، حداکثر ناهمگونی وجود داشته باشد. مدیریت و تحلیل کدها با کمک نرم افزار MAXQDA نسخه ۲۰ انجام شد.

برای افزایش اعتبار یافته های کیفی، از معیارهای مقبولیت (Credibility)، قابلیت انتقال (Transferability)، تأییدپذیری (Confirmability) و باورپذیری (Dependability) استفاده شد (۱۵).

مقبولیت؛ با صرف زمان کافی در عرصه، انجام مصاحبه های عمیق، استفاده از روش جمع آوری داده (مصاحبه و یادداشت برداری)، انتخاب مشارکت کنندگان با حداکثر تنوع و بازنگری یافته ها توسط مشارکت کنندگان (Member Check) تأمین شد؛ قابلیت انتقال؛ ارائه شرح دقیق و غنی از زمینه پژوهش، مشارکت کنندگان و فرآیند تحلیل، امکان قضاوت در مورد کاربرد یافته ها در سایر زمینه های مشابه فراهم شد، تأییدپذیری؛ با بازنگری متن مصاحبه ها، کدها و طبقات استخراج شده توسط اساتید راهنما و مشاور و همچنین یک پژوهشگر کیفی خارج از مطالعه، از بی طرفی داده ها اطمینان حاصل شد؛ باورپذیری یا پایایی داخلی با بازنگری و بررسی مجدد داده ها توسط اعضای تیم تحقیق و استفاده از ناظر خارجی انجام شد.

پژوهش با اخذ تاییدیه اخلاقی (IR.TUMS.FNM.REC.1404.099) و معرفی نامه از دانشگاه علوم پزشکی تهران آغاز شد. پیش از هر مصاحبه ای، اهداف مطالعه، روش اجرا و محرمانه بودن داده ها برای مشارکت کنندگان توضیح داده شد و از آنها رضایت نامه کتبی آگاهانه اخذ گردید. همچنین به آنها اطمینان داده شد که در هر مرحله می توانند از مطالعه انصراف دهند و هویت آنها در گزارش نهایی ناشناس خواهد ماند.

یافته ها

در این بخش از مطالعه، ۱۵ پرستار شاغل در بخش های ویژه (۹ نفر زن و ۶ نفر مرد) با میانگین سنی 32.8 ± 7.8 سال و میانگین سابقه کار 4.7 ± 8.5 سال (در بخش ویژه) مشارکت داشتند. مشخصات دموگرافیک مشارکت کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است. از تحلیل مصاحبه ها، تعداد ۲۱۴ کد اولیه استخراج گردید که در قالب ۳ طبقه اصلی و ۱۲ زیرطبقه دسته بندی شدند (جدول ۲). یافته ها در ادامه به تفکیک طبقات تشریح می شوند.

اطلاعات باشند تا بتوانند درک جامعی از پدیده ارائه دهند (۱۴). معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن حداقل ۶ ماه سابقه کار در بخش ویژه، دارا بودن مدرک کارشناسی یا بالاتر، و تمایل به مشارکت بود. نمونه گیری تا اشباع داده ها ادامه یافت، داده ها پس از انجام ۱۳ مصاحبه به اشباع نظری رسید، اما برای اطمینان بیشتر، مصاحبه با ۲ نفر دیگر ادامه یافت و در نهایت داده های حاصل از ۱۵ مصاحبه تحلیل شد.

داده ها با استفاده از مصاحبه های نیمه ساختار یافته و عمیق (In-depth) جمع آوری شدند. مصاحبه ها به صورت چهره به چهره و انفرادی، در محیطی آرام و با هماهنگی قبلی با مشارکت کنندگان، از مهر تا دی ماه ۱۴۰۳ انجام شد. مدت زمان هر مصاحبه بین ۱۰ تا ۳۰ دقیقه متغیر بود. راهنمای مصاحبه شامل سوالات کلی و باز بود؛ سوالات اصلی عبارت بودند از: «آیا برای شما پیش آمده که در خصوص فرآیند مراقبت از بیمار خود با چالشی مواجه شوید که نیاز به اطلاعات جدید و به روزی داشته باشید؟»، «از چه راه هایی نیاز اطلاعاتی خود را برطرف می کنید و با چه موانعی مواجه هستید؟» و «در جهت بهبود این مسیر چه راهکارهایی می تواند به شما کمک کند؟». بر اساس پاسخ ها، سوالات اکتشافی و روشننگر پرسیده می شد. تمامی مصاحبه ها با کسب اجازه از مشارکت کنندگان ضبط و سپس به صورت کلمه به کلمه پیاده سازی گردید. همچنین، پژوهشگر از یادداشت برداری در عرصه برای ثبت مشاهدات استفاده کرد.

تحلیل داده ها همزمان با فرآیند جمع آوری و با استفاده از روش تحلیل محتوای قراردادی و بر اساس رویکرد گرانهایم و لاندمن انجام شد (۱۵). مراحل تحلیل به این شرح شامل آماده سازی (پیاده سازی کامل مصاحبه ها و خواندن مکرر متن برای کسب درک کلی)، تعیین واحدهای معنایی (جملات، پاراگراف ها یا کلماتی که دارای یک معنی و مفهوم واحد بودند، به عنوان واحد تحلیل در نظر گرفته شدند)، خلاصه سازی (فشرده سازی و کوتاه کردن واحدهای معنایی با حفظ هسته اصلی مفهوم)، کدگذاری اولیه (برچسب گذاری واحدهای معنایی با کدهای اولیه با توجه به محتوای آنها)، بود و سپس تشکیل زیرطبقات و طبقات کدهای اولیه بر اساس شباهت ها و تفاوت های مفهومی انجام و در گروه های همسان (زیرطبقات) قرار گرفتند و سپس زیرطبقات در طبقات اصلی سطح بالاتر

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک مشارکت کنندگان

مشارکت کنندگان	جنسیت	وضعیت تاهل	سن (سال)	تحصیلات	محل اشتغال	سابقه در بخش ویژه (سال)	مدت زمان مصاحبه (دقیقه)
۱	زن	مجرد	۲۹	فوق لیسانس	ICU	۵	۲۲
۲	مرد	متاهل	۳۷	لیسانس	اورژانس	۱۱	۲۷
۳	زن	متاهل	۲۳	لیسانس	CCU	۱	۱۴
۴	زن	متاهل	۳۱	لیسانس	CCU	۳	۲۱
۵	مرد	مجرد	۲۸	فوق لیسانس	اورژانس	۶	۲۹
۶	زن	متاهل	۳۳	فوق لیسانس	CCU	۹	۲۴
۷	مرد	متاهل	۴۴	لیسانس	CCU	۱۶	۱۵
۸	زن	متاهل	۳۲	فوق لیسانس	ICU	۸	۱۸
۹	زن	متاهل	۳۰	فوق لیسانس	اورژانس	۴	۲۱
۱۰	مرد	مجرد	۲۶	لیسانس	ICU	۳	۱۳
۱۱	زن	مجرد	۲۵	لیسانس	CCU	۲	۲۹
۱۲	مرد	متاهل	۳۹	فوق لیسانس	ICU	۱۷	۲۵
۱۳	زن	متاهل	۴۲	لیسانس	ICU	۱۵	۲۳
۱۴	زن	مجرد	۳۵	فوق لیسانس	CCU	۱۱	۱۶
۱۵	مرد	متاهل	۳۸	لیسانس	ICU	۱۶	۲۷

جدول ۲: طبقات استخراج شده از مصاحبه های کیفی

طبقات اصلی	زیر طبقات	کد
موانع فردی	ضعف در مهارت جستجوی نظام مند و پیشرفته	کمک گرفتن از دیگران
	محدودیت زمانی ناشی از فشار کاری	عدم آشنایی با نحوه جستجوی اصولی و علمی
	خودکارآمدی پایین در بکارگیری اطلاعات	مشغله زیاد
	تردید نسبت به صحت منابع	خستگی و فرسودگی شغلی
	ضعف در سواد دیجیتال و فناوری اطلاعات	عدم اطمینان به خود
	ضعف در ارزیابی و تشخیص اطلاعات مستند و معتبر	ترس از به کار بردن اطلاعات و شواهد
موانع سازمانی	ضعف زیر ساخت های ارتباطی و اینترنت	عدم اعتماد به اطلاعات
	محدودیت دسترسی به پایگاه های اطلاعاتی	ضعف سواد دیجیتالی
	عدم برگزاری کارگاه های توانمند سازی	عدم آشنایی با بخش های مختلف یک مطلب علمی
	نبود کتابدار یا مشاور اطلاعاتی	ضعف در جستجوی پیشرفته در اینترنت
	ضعف نظام آموزش مبتنی بر شواهد	سرعت پایین اینترنت
	عدم نگرش و فرهنگ حرفه ای نسبت به استفاده از شواهد بالینی	عدم دسترسی به علت تحریم ها و عدم اشتراک سازمان ها
موانع حرفه ای		دسترسی نداشتن به پایگاه ها و شواهد
		اهمیت نداشتن اجرای شواهد در بیمارستان
		کمبود آموزش های سازمانی
		نبود حمایت تخصصی اطلاعاتی
		ضعف در آموزش آی تی در دانشگاه ها
		کاستی های زیرساختی در آموزش
		اولویت دادن به تجربه شخصی
		الگوبرداری از همکاران

تردید نسبت به صحت منابع: بسیاری از پرستاران به اطلاعات موجود در اینترنت و حتی به اطلاعاتی که از همکاران دریافت می کردند، با تردید نگاه می کردند و این امر مانعی برای استفاده از آنها بود، یکی از آنها بیان داشت: *«اصولاً همیشه به هر اطلاعاتی استناد کرد، مخصوصاً در حوزه پزشکی که با جون آدم‌ها سروکار داره»* (مشارکت کننده شماره ۳).

ضعف در ارزیابی و تشخیص اطلاعات مستند و معتبر: پرستاران در تشخیص مدارک علمی و معتبر از مدارک غیر معتبر با مشکل مواجه بودند و نمی توانستند به راحتی ارزش یک منبع اطلاعاتی را ارزیابی کنند، آنها بیان کردند: *«خیلی از دوستانم یکسری مطالب رو از اینترنت پیدا میکنن و میگن این بهترین روشه، ولی نمیدونم اینا از کجا درآمده و چقدر معتبره.»* (مشارکت کننده شماره ۹).

موانع سازمانی: این طبقه به چالش‌هایی اشاره دارد که ناشی از سیاست‌ها، ساختارها و امکانات موجود در سازمان محل کار پرستاران است و شامل ۴ زیرطبقه می باشد:

ضعف زیر ساخت‌های ارتباطی و اینترنت: سرعت پایین و قطعی‌های مکرر اینترنت در بیمارستان‌ها و دانشگاه‌ها به عنوان یک مانع جدی برای دسترسی به پایگاه‌های اطلاعاتی و مطالعه مقالات بیان شد، آنها بیان کردند که: *«اینترنت خیلی کندی داریم تو بیمارستان، به خاطر این کندی خیلی مواقع نتایج خوبی در جستجوهای علمی نداریم.»* (مشارکت کننده شماره ۷)، *«حتی برای بدست آوردن یه سری اطلاعات محدود هم اکثر مواقع بخاطر سرعت پایین به مشکل برمی‌خوریم»* (مشارکت کننده شماره ۱۱) **محدودیت دسترسی به پایگاه‌های اطلاعاتی:** عدم اشتراک دانشگاه در بسیاری از پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر، مسدود بودن برخی سایت‌ها و تحریم‌ها، دسترسی به متن کامل مقالات را با مشکل مواجه کرده بود، یکی از پرستاران گفت: *«گاهی ما کلیدواژه رو سرچ می‌کنیم ولی به دلیل تحریم‌ها به متن کامل مقاله دسترسی نداریم و دانشگاه هم در خیلی از پایگاه‌ها اشتراک نداره.»* (مشارکت کننده شماره ۶)، *«به خاطر تحریم‌هایی که وجود داره، خیلی از مطالبی که لازم داریم رو از دسترسی بهش محروم شدیم، این خیلی اثر گذاشته.»* (مشارکت کننده شماره ۱۰). **عدم برگزاری کارگاه‌های توانمندسازی:** فقدان برنامه‌های آموزشی منظم و هدفمند در بیمارستان‌ها برای ارتقای مهارت‌های جستجو و سواد اطلاعاتی پرستاران بسیار

موانع فردی: این طبقه به چالش‌هایی اشاره دارد که ریشه در ویژگی‌ها، توانایی‌ها و شرایط فردی پرستاران دارد و شامل ۶ زیرطبقه است:

ضعف در مهارت جستجوی نظام‌مند و پیشرفته: مشارکت کنندگان به طور مکرر به ناتوانی خود در جستجوی سیستماتیک و پیشرفته اطلاعات اشاره کردند. آنها به ندرت از پایگاه‌های اطلاعاتی تخصصی استفاده می کردند و عمدتاً به جستجوهای ساده در گوگل یا پرسش از همکاران متکی بودند. یکی از آنها بیان کرد: *«من اصلاً بلد نیستم چطور توی اینترنت جستجو کنم، نمیدونم از کجا باید اطلاعات مورد نیازم رو پیدا کنم.»* (مشارکت کننده شماره ۱۱)، *«با اکثر پایگاه‌های اطلاعاتی تخصصی رشته خودمون آشنایی ندارم، برای پیدا کردن اطلاعات معمولاً از گوگل استفاده میکنم.»* (مشارکت کننده شماره ۲)

محدودیت زمانی ناشی از فشار کار: فشار کاری زیاد، شیفت‌های طولانی و مشغله‌های فراوان، مانعی جدی برای به روزرسانی اطلاعات و جستجوی شواهد جدید عنوان شد. پرستاران معتقد بودند زمانی برای این کار باقی نمی ماند، آنها بیان کردند *«به خاطر شیفت‌های کاری سنگین و خستگی ناشی از اون، فرصت نمی‌کنم که برم دنبال اطلاعات جدید.»* (مشارکت کننده شماره ۵)، *«بخش ما خیلی شلوغه و باعث میشه فرصتی برای سرچ کردن و پیدا کردن اطلاعات تازه نداشته باشیم.»* (مشارکت کننده شماره ۹).

خودکارآمدی پایین در بکارگیری اطلاعات: بسیاری از پرستاران به دلیل نداشتن مهارت کافی و همچنین احساس ناامنی ناشی از عدم تأیید سازمان، اعتماد به نفس پایینی برای به کارگیری اطلاعات جدید داشتند، یکی از مشارکت کنندگان توضیح داد که: *«فکر نمی‌کنم بشه تو بخش ما انجام داد. مخصوصاً من که جرات اینجور کارا رو ندارم.»* (مشارکت کننده شماره ۵).

ضعف در سواد دیجیتال و فناوری اطلاعات: عدم توانایی بکارگیری نرم افزارها و ابزارهای جستجوی پیشرفته و عدم آشنایی با ویژگی‌های فنی جستجو، یکی از چالش‌های اساسی بود، یکی از پرستاران بیان کرد که: *«با کامپیوتر و نت خیلی حال نمی‌کنم و اصلاً نمیتونم از نرم افزارها و تکنیک‌های جستجو استفاده کنم.»* (مشارکت کننده شماره ۱۱).

(مشارکت‌کننده شماره ۱۰) "وقتی استفاده از منابع علمی در بخش به یه فرهنگ تبدیل نشده باشه، طبیعتاً بیشتر افراد همون روش‌های قبلی رو ادامه می‌دن و احساس نیازی به جستجوی شواهد جدید ندارن." (مشارکت‌کننده شماره ۲)

بحث

یافته‌های این مطالعه کیفی، تصویری فراتر از یک فهرست ساده از کمبودهای مهارتی، از چالش‌های سواد اطلاعاتی پرستاران بخش‌های ویژه ترسیم می‌کند. سه طبقه اصلی استخراج شده (موانع فردی، سازمانی و حرفه‌ای) نه تنها پیچیدگی این پدیده را آشکار می‌سازند، بلکه نشان می‌دهند که این چالش‌ها در یک نظام علی و معلولی به هم پیوسته، یکدیگر را تقویت کرده و مانعی پایدار در مسیر دستیابی به مراقبت مبتنی بر شواهد ایجاد می‌کنند. به عبارتی، این موانع نه به صورت خطی و مجزا، بلکه به صورت مارپیچی و درهم تنیده، فضایی از انفعال اطلاعاتی را برای پرستاران رقم می‌زنند که خروج از آن، نیازمند مداخلات هماهنگ و چندسطحی است. آنچه در لایه‌های زیرین اظهارات مشارکت‌کنندگان نمود می‌یابد، وجود شکاف عمیقی میان شایستگی‌های ادراک شده و شایستگی‌های بالفعل آنان در حوزه‌ی سواد اطلاعاتی است؛ شکافی که ریشه در فقدان صلاحیت‌های اطلاعاتی پایه دارد و از دوران آموزش دانشگاهی تا محیط بالینی تداوم یافته است. این شکاف، فراتر از یک ناتوانی مهارتی ساده، به تدریج به یک مانع هویتی تبدیل می‌شود که احساس شایستگی و کارآمدی حرفه‌ای پرستاران را در عصر اطلاعات خدشه‌دار می‌سازد. این یافته‌ها با نتایج مطالعات پیشین در ایران و جهان همسویی قابل توجهی دارد، اما در عین حال، با واکاوی لایه‌های پنهان تجارب پرستاران، جنبه‌های جدیدی از چالش‌ها را در بافت بومی ایران آشکار می‌سازد. **موانع فردی:** از ضعف مهارت تا بحران معنا در تعامل با اطلاعات: در سطح فردی، یافته‌ها نشان داد که ضعف در مهارت جستجوی نظام‌مند و پیشرفته نه یک کمبود فنی ساده، بلکه نشانه‌ای از ناتوانی در استدلال اطلاعاتی و تبدیل یک نیاز بالینی مبهم به یک سؤال پژوهشی قابل جستجو است. به بیانی روشن‌تر، آنچه پرستاران را در نخستین گام فرایند اطلاعاتی زمین‌گیر می‌کند، نه صرفاً ناآشنایی با ابزارهای جستجو، بلکه فقدان توانایی صورت‌بندی مسئله‌ی بالینی به گونه‌ای است که قابلیت پاسخ‌گویی

مشهود بود، یکی از آنان بیان کرد: "تو بیمارستانا هیچ کارگاهی در خصوص نحوه جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی و پایگاه‌های مبتنی بر شواهد برگزار نمیشه بخاطر همین چون آموزشی ندیدم نمی‌تونیم نیازهایی که تو بخش پیدا می‌کنیم رو برطرف کنیم." (مشارکت‌کننده شماره ۸).

"پایگاه‌های اطلاعاتی رشته پرستاری رو نمی‌شناسم، در مورد اون پایگاه‌های مبتنی بر شواهد هم چیزی نشنیدم چونکه هیچ آموزشی در این خصوص ندیدیم" (مشارکت‌کننده شماره ۲).

نبود کتابدار یا مشاور اطلاعاتی: فقدان کتابدار یا مشاور اطلاعاتی در بیمارستان‌ها، راهنمایی پرستاران در جستجو، بازیابی و ارزیابی منابع علمی معتبر را با مشکل مواجه کرده بود. آنها بیان کردند که: "اگر کسی بود که راه جستجو توی پایگاه‌های علمی یا پیدا کردن مقاله‌های معتبر رو به ما یاد بده، خیلی از مشکلاتمون حل می‌شد، ولی متأسفانه چنین فردی تو بیمارستان نداریم" (مشارکت‌کننده شماره ۳).

"گاهی برای پیدا کردن یک مقاله ساعت‌ها وقت می‌ذارم، اما چون کسی نیست راهنماییم کنه، آخرش هم به نتیجه نمی‌رسم و بی‌خیال می‌شم." (مشارکت‌کننده شماره ۱۰). **موانع حرفه‌ای:** این طبقه به چالش‌هایی اشاره دارد که ریشه در نظام آموزش حرفه‌ای پرستاری، از دوران دانشجویی تا محیط کار دارد و شامل ۲ زیرطبقه است:

ضعف نظام آموزش مبتنی بر شواهد: اکثر مشارکت‌کنندگان از فقدان آموزش کافی در زمینه سواد اطلاعاتی، پایگاه‌های داده و جستجوی پیشرفته در دوران تحصیل خود در دانشگاه گلایه داشتند، آنها بیان کردند: "متأسفانه توی دانشگاه، واحد فناوری اطلاعات به شکل خیلی سطحی و نه چندان مفید بهمون ارائه شد و عملاً چیزی یاد نگرفتیم." (مشارکت‌کننده شماره ۳)، "هیچ آموزشی در دانشگاه در خصوص نحوه جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی ندیدم." (مشارکت‌کننده شماره ۱۳).

عدم نگرش و فرهنگ حرفه‌ای نسبت به استفاده از شواهد: غلبه فرهنگ اتکا به تجربه فردی و روال‌های معمول مراقبتی سبب کاهش انگیزه پرستاران برای به کارگیری منابع معتبر در تصمیم‌گیری‌های بالینی شده بود، آنها اظهار داشتند، "در بخش ما بیشتر کارها بر اساس تجربه همکاران انجام می‌شود و کمتر کسی برای پیدا کردن شواهد یا مطالعه مقاله وقت می‌گذارد."

نعیم و همکاران و اسمارت و همکاران (۱۸، ۱۹) همخوانی دارد و نشان می‌دهد که خودکارآمدی اطلاعاتی، پیش‌نیازی روان‌شناختی برای عبور از مرحله‌ی دسترسی به مرحله‌ی کاربری است.

تردید نسبت به صحت منابع و ضعف در سواد دیجیتال و فناوری اطلاعات در کنار ضعف در ارزیابی و تشخیص اطلاعات مستند و معتبر، سه‌گانه‌ای از چالش‌های به هم پیوسته را شکل می‌دهند که نشان از فقدان قضاوت اطلاعاتی در پرستاران دارد.

آنان نه تنها نمی‌دانند چگونه جستجو کنند، بلکه وقتی اطلاعاتی می‌یابند، توانایی تشخیص درست از نادرست را نیز ندارند. در واقع، این سه‌گانه، پرستار را در وضعیتی از «سردرگمی اطلاعاتی» قرار می‌دهد که حاصل آن، نه تنها عدم استفاده از شواهد معتبر، بلکه اتکای بیش از حد به تجربیات فردی و همکاران است. مطالعات مارتزکو و همکاران و الهجیلی و همکاران (۲۰، ۲۱) نیز نشان داده‌اند که دانشجویان و پرستاران در استفاده از ابزارهای دیجیتال، ارزیابی اعتبار منابع و بازیابی اطلاعات علمی با مشکلات مشابهی روبه‌رو هستند. آنچه این یافته‌ها را متمایز می‌کند، اشاره‌ی مکرر پرستاران به نبود الگوی بالینی برای ارزیابی اطلاعات است؛

به عبارتی، آنان در دوران تحصیل هرگز با یک فرایند عملی و گام به گام برای سنجش اعتبار یک مقاله یا راهنمای بالینی آشنا نشده‌اند و این خلأ، تا سال‌ها پس از فراغت از تحصیل با آنان همراه است (۱۹، ۲۲).

موانع سازمانی: زیرساخت‌های فرسوده و حمایت‌های غایب: در سطح سازمانی، یافته‌های مرتبط با محدودیت دسترسی به پایگاه‌های اطلاعاتی و ضعف زیرساخت‌های ارتباطی و اینترنت، ابعاد تلخ و بومی یک چالش ساختاری را آشکار می‌سازد. پرستاران این مطالعه نه با کمبود انگیزه، بلکه با دیواری از تحریم‌ها، عدم اشتراک سازمانی و اینترنت‌های کند و ناپایدار مواجه‌اند که آنان را از جدیدترین شواهد علمی محروم می‌کند. به جرأت می‌توان گفت که این چالش‌های زیرساختی، به عنوان یک عامل بازدارنده‌ی ساختاری، انگیزه‌ی جستجوی اطلاعات را در پرستاران به شدت تضعیف می‌کند، چرا که حاصل تلاش آنان در شبکه‌ای ناپایدار، اغلب به یأس و سرخوردگی ختم می‌شود. این یافته با پژوهش الهجیلی و گانسان (۲۰، ۲۳) که به محدودیت دسترسی به پایگاه‌های داده حرفه‌ای و

توسط پایگاه‌های اطلاعاتی را داشته باشد. پرستارانی که هرگز آموزش ندیده‌اند چگونه یک سؤال بالینی را به یک راهبرد جستجوی موثر ترجمه کنند، به ناچار به موتورهای جستجوی عمومی یا پرسش از همکاران روی می‌آورند. این یافته با نتایج فرخ‌زادبان و همکاران و خسروی و همکاران (۱۰، ۱۱) همسو است، اما تفسیر آن را می‌توان در چارچوب مدل شایستگی‌های اطلاعاتی بروس (Bruce) قرار داد که بر تمایز میان دسترسی به اطلاعات و تعامل معنادار با اطلاعات تأکید دارد. پرستاران این مطالعه در سطح نخست (دسترسی) متوقف مانده‌اند و هرگز به سطوح بالاتر تعامل انتقادی و خلق دانش جدید دست نیافته‌اند.

در این میان، محدودیت زمانی ناشی از فشار کاری به عنوان مهم‌ترین عامل بازدارنده‌ی فردی، نقشی دوگانه ایفا می‌کند: از یک سو، به عنوان یک مانع عینی و ساختاری (ناشی از نسبت نابرابر تعداد پرستار به بیمار در بخش‌های ویژه) عمل می‌کند و از سوی دیگر، به عنوان یک مهارکننده‌ی انگیزشی، چرخه‌ای معیوب از (نداشتن زمان برای یادگیری ← افت کیفیت مراقبت ← افزایش فشار روانی) را بازتولید می‌نماید. آنچه در این چرخه حائز اهمیت است، ادراک پرستاران از زمان به عنوان منبعی کمیاب و غیر قابل مدیریت است؛ ادراکی که ریشه در فرهنگ سازمانی و الگوهای کاری دارد و نه صرفاً در حجم بالای وظایف محوله. پژوهش‌های پیشین نیز این مانع را به عنوان یکی از موانع پایدار اجرای عملکرد مبتنی بر شواهد معرفی کرده‌اند (۱۱، ۱۶، ۱۷)، اما آنچه در مطالعه‌ی حاضر برجسته می‌شود، ادراک پرستاران از زمان به عنوان یک منبع کمیاب و غیر قابل مدیریت است که ریشه در فرهنگ سازمانی و الگوهای کاری دارد، نه صرفاً حجم کار.

خودکارآمدی پایین در بکارگیری اطلاعات یافته‌ای است که مرز میان دانستن و توانستن به کارگیری را آشکار می‌سازد. این یافته نشان می‌دهد که دسترسی به اطلاعات علمی، هرچند ضروری، کافی نیست؛ بلکه پرستار باید از توانایی روانی و شناختی لازم برای عبور از مرحله‌ی «داشتن اطلاعات» به مرحله‌ی «به‌کارگیری اطلاعات» در شرایط پرتنش بالینی نیز برخوردار باشد. بسیاری از پرستاران، حتی در صورت دسترسی به اطلاعات علمی، از به‌کارگیری آن در بالین بیمار خودداری می‌کنند؛ زیرا احساس می‌کنند سازمان از آنان حمایت نمی‌کند یا مبدا در صورت بروز خطا، مسئولیت آن متوجه آنان شود. این یافته با نتایج

ضعف زیرساخت‌های ارتباطی اشاره کرده‌اند، همسو است، اما در بافت ایران، این چالش ابعاد ژئوپلیتیکی و اقتصادی پیدا می‌کند که فراتر از اختیار یک بیمارستان یا دانشگاه است. با این حال، آنچه در حیطه‌ی اختیار سازمان‌هاست، یعنی عدم برگزاری کارگاه‌های توانمندسازی، نشان از غفلتی سیستماتیک در سرمایه‌گذاری بر منابع انسانی دارد. پرستاران به صراحت از نبود هرگونه آموزش هدفمند در زمینه‌ی جستجوی پیشرفته و پایگاه‌های مبتنی بر شواهد گلایه داشتند. این موضوع با نتایج مطالعه‌ی لی راکس (۲۴) که بر نیاز به برنامه‌های آموزشی فراتر از مهارت‌های پایه تأکید دارد، همخوان است.

نبود کتابدار یا مشاور اطلاعاتی در بیمارستان‌ها، شاید واضح‌ترین نشانه‌ی نادیده‌انگاری بعد اطلاعاتی مراقبت باشد. فقدان این نقش تخصصی، به معنای محروم ماندن پرستاران از راهنمایی‌های حیاتی در فرایندهای پیچیده‌ی جستجو، بازیابی و ارزیابی منابع است؛ راهنمایی‌هایی که می‌توانست ساعت‌ها سرگردانی در فضای مجازی را به دقایقی جستجوی هدفمند تبدیل کند. در حالی که نتایج تحقیقات دیکسون و لالور (۲۵، ۲۶) نشان داده است کتابداران با آموزش مهارت‌های جستجو، معرفی منابع معتبر و همراهی تیم درمان در بازیابی شواهد، نقشی بی‌بدیل در ارتقای توانمندی اطلاعاتی کارکنان سلامت ایفا می‌کنند، در نظام سلامت ایران، این نقش یا اصلاً تعریف نشده یا به حاشیه رانده شده است. به نظر می‌رسد سازمان‌ها، سواد اطلاعاتی را یک مهارت زائد یا مسئولیت شخصی پرستار می‌دانند، در حالی که این مسئولیتی سازمانی است که نیازمند تخصیص منابع، نیروی انسانی متخصص و برنامه‌ریزی راهبردی است.

موانع حرفه‌ای: بحران هویت در تلاقی آموزش و فرهنگ: در سطح حرفه‌ای، ضعف نظام آموزش مبتنی بر شواهد به عنوان ریشه‌ی اصلی بسیاری از چالش‌های فردی و سازمانی شناسایی شد. نظام آموزشی پرستاری، با غلبه‌ی رویکردهای سنتی و نظری-محور، بیشتر بر انتقال انبوهی از اطلاعات به دانشجویان متمرکز است تا پرورش مهارت‌های پویای جستجو، ارزیابی و کاربست شواهد در موقعیت‌های بالینی واقعی. پرستاران این مطالعه، فرزندان نظام آموزشی‌ای هستند که در آن، سواد اطلاعاتی یا به صورت سطحی و نظری (و نه عملی) تدریس شده، یا به کلی غایب بوده است. دروس فناوری اطلاعات در دانشگاه‌ها، اغلب به

آموزش مقدماتی کار با رایانه محدود می‌شود و هیچ‌گاه به پرستاران آموخته نمی‌شود که چگونه از پایگاه‌های معتبری مانند PubMed، Cochrane یا Up-to-date برای پاسخ به سؤالات بالینی خود استفاده کنند. این یافته با نتایج مطالعه شمسایی و همکاران (۲۷) که به ناکارآمدی نظام آموزشی دانشگاه در آماده‌سازی دانشجویان برای به‌کارگیری مراقبت مبتنی بر شواهد اشاره کرده‌اند و نیز با دیدگاه هبدا و تزار (۲۸) مبنی بر ناکافی بودن برنامه‌های آموزشی پرستاری در آموزش سواد اطلاعاتی، همسو است. اما فراتر از این، آنچه در مصاحبه‌ها برجسته بود، شکاف میان آموزش نظری و نیاز عملی است؛ پرستاران در دانشگاه می‌آموزند که «مراقبت باید مبتنی بر شواهد باشد»، اما هرگز تمرین نمی‌کنند که «چگونه» این شواهد را پیدا کرده، ارزیابی و در بالین به‌کار گیرند.

در نهایت، عدم نگرش و فرهنگ حرفه‌ای نسبت به استفاده از شواهد، چالش‌های فوق را در یک بستر فرهنگی نهادینه می‌سازد. غلبه‌ی فرهنگ اتکا به تجربه‌ی شخصی و روال‌های معمول (سنتی) مراقبتی، که در بسیاری از بخش‌ها ریشه دوانده است، پرستاران را به سوی «تقلید از همکاران» و «پیروی از عادت‌های رایج» سوق می‌دهد و هرگونه تلاش برای جستجوی شواهد جدید را بی‌معنی می‌سازد. این یافته نشان می‌دهد که ارتقای سواد اطلاعاتی، صرفاً یک مسئله‌ی آموزشی و فنی نیست؛ بلکه نیازمند تحول فرهنگی در محیط‌های بالینی است. ایجاد فضایی که در آن جستجوی علمی، استفاده از راهنماهای بالینی و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد به عنوان بخشی از هویت حرفه‌ای پرستاران شناخته شود، می‌تواند انگیزه‌ی آنان را برای یادگیری مستمر و به‌کارگیری شواهد علمی افزایش دهد. تشویق پرستاران به مشارکت در فعالیتهای پژوهشی، تشکیل ژورنال کلاب‌ها، برگزاری جلسات مرور شواهد و حمایت مدیران از کاربرد یافته‌های پژوهشی، از جمله راهکارهایی است که می‌تواند به نهادینه شدن فرهنگ استفاده از شواهد و در نهایت ارتقای کیفیت مراقبت‌های پرستاری منجر شود (۲۴، ۲۹).

مطالعه حاضر مانند سایر پژوهش‌های کیفی با محدودیت‌هایی مواجه بود. احتمال عدم بیان صادقانه‌ی برخی مشارکت‌کنندگان به دلیل نگرانی از قضاوت همکاران یا نارضایتی از سازمان محل کار، یکی از این محدودیت‌ها بود که پژوهشگر تلاش کرد با برقراری ارتباط مؤثر،

تکنیک محور به توانمندسازی فراشناختی، تلفیق آموزش با زمینه‌های بالینی واقعی، ایجاد زیرساخت‌های حمایتی نظیر حضور کتابداران بالینی، و اصلاح فرهنگ سازمانی به سوی پذیرش استفاده از شواهد به عنوان بخشی از هویت حرفه‌ای پرستاران است. تحقق این مهم، مستلزم اراده‌ی جمعی در سه سطح سیاست‌گذاری (تخصیص منابع و اصلاح استانداردهای آموزشی)، مدیریت پرستاری (ایجاد انگیزه و حمایت از یادگیری مستمر) و خود پرستاران (پذیرش نقش فعال در تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد) می‌باشد. تنها در سایه‌ی چنین رویکرد چند سطحی است که می‌توان از سواد اطلاعاتی به عنوان ابزاری راهبردی برای ارتقای کیفیت مراقبت و ایمنی بیماران در بخش‌های ویژه بهره‌رست.

سیاسگذاری

پژوهش حاضر بخشی از پایان نامه دکترای علم اطلاعات و دانش‌شناسی می‌باشد. پژوهشگر بر خود لازم می‌داند از همه پرستاران و مشارکت‌کنندگانی که ما را در این امر یاری نمودند تشکر و قدردانی نماید.

References

1. Jang K, Kim E, Kim N. The mediating effect of information literacy in the relationship between critical thinking disposition and self-directed learning ability among senior nursing students. *Journal of the Korean Data Analysis Society*. 2015;17(5):2823-35.
2. McMaster R. Is the Fourth Industrial Revolution relevant to you? *Nursing & health sciences*. 2018;20(2):139-41. <https://doi.org/10.1111/nhs.12542>
3. Cantwell LP, McGowan BS, Planchon Wolf J, Slebodnik M, Conklin JL, McCarthy S, et al. Building a bridge: a review of information literacy in nursing education. *Journal of Nursing Education*. 2021;60(8):431-6. <https://doi.org/10.3928/01484834-20210722-03>
4. ALA. Association of college and research libraries. Information literacy competency standards for higher education. 2016:2-3.
5. Janke R, Pesut B, Erbacker L. Promoting information literacy through collaborative service learning in an undergraduate research course. *Nurse education today*. 2012;32(8):920-3. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.09.016>

تأکید بر محرمانگی داده‌ها و صرف زمان کافی برای ایجاد اعتماد، آن را به حداقل برساند. با وجود این محدودیت، غنای داده‌ها و همسویی یافته‌ها با پژوهش‌های پیشین، اعتبار نتایج را افزایش می‌دهد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه، ماهیت به هم پیوسته‌ی چالش‌های سواد اطلاعاتی پرستاران بخش‌های ویژه را در سه سطح فردی، سازمانی و حرفه‌ای آشکار ساخت. شکاف عمیق میان ادراک ضرورت و توانایی عملی در به کارگیری اطلاعات، ریشه در نظام آموزشی نظری محور و فقدان فرصت‌های یادگیری تجربی در محیط‌های بالینی دارد. در حقیقت، آنچه از دل این یافته‌ها برمی‌آید، ضرورت گذار از نگاه ابزاری و تکنیک محور به سواد اطلاعاتی، به سوی نگاهی است که آن را به مثابه‌ی یک شایستگی کلیدی و فراشناختی در نظر می‌گیرد؛ شایستگی‌ای که در آن، پرستار می‌آموزد چگونه در مواجهه با انبوهی از اطلاعات، بهترین و معتبرترین آن را برای حل مسئله‌ی بالینی خود برگزیند. طراحی مداخلات مؤثر در این حوزه، نیازمند گذار از آموزش‌های

6. Wu C, Zhang Y, Wu J, Zhang L, Du J, Li L, et al. Construction and application on the training course of information literacy for clinical nurses. *BMC Medical Education*. 2023;23(1):614. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04505-9>
7. Carter-Templeton HD, Patterson RB, Mackey S. Nursing faculty and student experiences with information literacy: A pilot study. *J Nurs Educ Pract*. 2013;4(1):208-17. <https://doi.org/10.5430/jnep.v4n1p208>
8. Janavi E, Ansari M, Pashaepoor S. The association between information literacy and evidence-based practice in nurses of the critical care units of public hospitals, Tehran, Iran. *Shiraz E-Medical Journal*. 2018;19(6). <https://doi.org/10.5812/semj.62335>
9. Wallen GR, Mitchell SA, Melnyk B, Fineout-Overholt E, Miller-Davis C, Yates J, et al. Implementing evidence-based practice: effectiveness of a structured multifaceted mentorship programme. *Journal of advanced nursing*. 2019;66(12):2761-71. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05442.x>
10. Farokhzadian J, Jouparinejad S, Fatehi F, Falahati-Marvašt F. Improving nurses' readiness

- for evidence-based practice in critical care units: results of an information literacy training program. *BMC nursing*. 2021;20(1):1-9. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00599-y>
11. Khosravi A, Esfandiari A, Mirtaghi SZ. Study of Information literacy of Nurses to Provide Effective Evidence based Care in Bushehr Educational Hospitals in 2018. *Digital and Smart Libraries Researches*. 2020;6(4):25-40.
12. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*. 2008;62(1):107-15. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
13. Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*. 2005;15(9):1277-88. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
14. Gill SL. Qualitative sampling methods. *Journal of Human Lactation*. 2020;36(4):579-81. <https://doi.org/10.1177/0890334420949218>
15. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*. 2004;24(2):105-12. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
16. Farokhzadian J, Ahmadian L, Khajouei R, MANGOLIAN SP. Information literacy and training needs of nursing managers for evidence-based practice. 2016.
17. Wu C, He C, Yan J, Du J, He S, Ji Z, et al. Patterns of information literacy and their predictors among emergency department nurses: a latent profile analysis based on the person-context interaction theory. *BMC nursing*. 2024;23(1):71. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01756-9>
18. Naeem SB, Bhatti R. Measures of self-efficacy among doctors in conducting an online search for clinical decision making. *Health Information & Libraries Journal*. 2020;37(2):128-42. <https://doi.org/10.1111/hir.12289>
19. Smart AN, Carter-Templeton HD, Brown SC. Developing an Information Literacy Workshop to Foster Evidence-Based Practice Among Nurse Practitioner Students. *Journal of Doctoral Nursing Practice*. 2016;9(1):145-51. <https://doi.org/10.1891/2380-9418.9.1.145>
20. Alhejaili A, Wharrad H, Windle R, editors. Developing a Tool for Assessing the Process of Seeking Health Information: Online Think-Aloud Method. *Healthcare*; 2024: MDPI. <https://doi.org/10.3390/healthcare12101039>
21. Martzoukou K, Luders ES, Mair J, Kostagiolas P, Johnson N, Work F, et al. A cross-sectional study of discipline-based self-perceived digital literacy competencies of nursing students. *Journal of advanced nursing*. 2024;80(2):656-72. <https://doi.org/10.1111/jan.15801>
22. Ross J. Information literacy for evidence-based practice in perianesthesia nurses: readiness for evidence-based practice. *Journal of Perianesthesia Nursing*. 2018;25(2):64-70. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2010.01.007>
23. Ganesan P, Gunasekaran M. Assessment of information literacy skills and knowledge-based competencies in using electronic resources among medical students. *Digital Library Perspectives*. 2022;38(4):444-59. <https://doi.org/10.1108/DLP-10-2021-0087>
24. le Roux L, Bimerew M, Chipps J-A. A survey of nurse informatics competencies of professional nurses in clinical practice public hospitals in South Africa. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 2024;21:100783. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2024.100783>
25. Dixon BE, Barboza K, Jensen AE, Bennett KJ, Sherman SE, Schwartz MD. Measuring practicing clinicians' information literacy. *Applied clinical informatics*. 2017;26(01):149-61. <https://doi.org/10.4338/ACI-2016-06-RA-0083>
26. Lalor JG, Clarke M, Sheaf G. An evaluation of the effectiveness of information literacy training for undergraduate midwives to improve their ability to access evidence for practice. *Nurse Education in Practice*. 2017;12(5):269-72. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2012.06.005>
27. Shamsaee M, Mangolian Shahrabaki P, Ahmadian L, Farokhzadian J, Fatehi F. Assessing the effect of virtual education on information literacy competency for evidence-based practice among the undergraduate nursing students. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 2021;21:1-11. <https://doi.org/10.1186/s12911-021-01418-9>
28. Hebda T, Czar P. *Handbook of informatics for nurses & healthcare professionals*: Pearson Boston; 2013.
29. Alving BE, Christensen JB, Thrysøe L. Hospital nurses' information retrieval behaviours in relation to evidence based nursing: a literature review. *Health Information & Libraries Journal*. 2018;35(1):3-23. <https://doi.org/10.1111/hir.12204>