


Investigating the Knowledge Management Model in the Primary Healthcare System of Tabriz in the Field of Suicide Prevention

Leila Banifatemeh¹ , Mostafa Farahbakhsh² , Sedigheh Mohammad Esmail^{*} 

¹ Department of Knowledge and Information Science, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

² Research Center of Psychiatry and Behavioral Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

ARTICLE INFO

Article Type:
Original Article

Article History:
Received: 24 Sep 2022
Accepted: 4 Dec 2022
ePublished: 16 Mar 2023

Keywords:
Primary Prevention,
Suicide,
Knowledge
Management,
Primary Healthcare

Abstract

Background. Knowledge management seeks to convert individual and organizational information and assets into scientific knowledge and teamwork skills. Success in knowledge management requires creating a new work environment where knowledge and experience can be easily shared. The current study aimed to investigate the pattern of knowledge management in the primary healthcare system of Tabriz, Iran in the field of suicide prevention.

Methods. This study was a descriptive and cross-sectional research conducted in 2022. The study's statistical population included all healthcare providers involved in suicide prevention in the primary healthcare system of Tabriz city, Iran. To collect the data, a demographic questionnaire based on age, occupation, gender, education, work experience, and workplace was prepared and used along with the main scale of Lawson Knowledge Management Questionnaire. Measures of variability and mean were used to describe data. Independent t-test, chi-square and ANOVA were used to compare the groups. Data were analyzed using SPSS v.21.

Results. From the perspective of suicide care providers, the utilization of knowledge management in the primary healthcare system of Tabriz was about 46.5%. A statistically significant differences was found between men and women in this regard. A significant relationship was also observed among all aspects of knowledge management.

Conclusion. The application of knowledge and inclusion of knowledge management in suicide prevention program was below the average. There were differences between healthcare providers and education levels. To apply knowledge management in the primary healthcare system in the field of suicide prevention, it was recommended that knowledge management should be integrated with the mission, vision, strategic plans, and work processes of this system as an important principle.

Banifatemeh L, Farahbakhsh M, Mohammad Esmail S. Investigating the Knowledge Management Model in the Primary Healthcare System of Tabriz in the Field of Suicide Prevention. *Depiction of Health*. 2023; 14(1): 148-160. doi: 10.34172/doh.2023.11. (Persian)

* Corresponding author; Sedigheh Mohammad Esmail, E-mail: m.esmael2@gmail.com



Extended Abstract

Background

Knowledge management seeks to convert individual and organizational information and assets into scientific knowledge and teamwork skills. Success in knowledge management requires creating a new work environment where knowledge and experience can be easily shared. The current study aimed to investigate the pattern of knowledge management in the primary healthcare system of Tabriz in the field of suicide prevention.

Suicide has always been a public health concern. Nearly 800,000 people die from suicide, and many more make suicide attempt per year. Developing a suicide prevention strategy requires attention to all levels of prevention and to its components and needs the cooperation of related organizations and institutions.

To develop knowledge management in the health system, it is necessary to address the challenges facing the healthcare system, including structural, systemic, and functional review. This study aimed to determine the knowledge management model in the primary healthcare system in the field of suicide prevention.

Methods

This study was a descriptive and cross-sectional research conducted in 2022. The statistical population of this study included all healthcare providers involved in suicide prevention in the primary healthcare system of Tabriz city, Iran. The Lawson Knowledge Management Questionnaire and a demographic questionnaire based on age, occupation, gender, education, work experience and workplace were used to collect the data. The validity and reliability of this questionnaire had been confirmed in several studies. This questionnaire has 24 items, and includes six components which are: knowledge creation, knowledge acquisition, knowledge storage, knowledge organization, knowledge application, and knowledge dissemination. The obtained data were analyzed using SPSS 21. The sample size was estimated to be 270 people. Data were collected by electronic questionnaire and referral to health centers and health departments. Lawson's Knowledge Management Questionnaire is scored based on a Likert scale from "strongly disagree" to "strongly agree". Independent t- test was used to compare the groups.

The validity and reliability of this questionnaire had also been investigated in Iran. Poursoltani Zarandi and Irji Naqander (2012) examined and verified the validity of this questionnaire using the corrective comments of management and planning professors of physical education.

Also, the reliability of the questionnaire using Cronbach's alpha is 0.90 for the whole scale, and it is 0.85 for the knowledge creation subscale, 0.72 for the knowledge absorption subscale, 0.82 for the knowledge storage subscale, and 0.76 for the knowledge organization subscale. Applying knowledge is 0.78 and 0.86 for knowledge diffusion subscales. The minimum score and maximum score in this scale are 24 and 120, respectively.

Results

Out of 270 questionnaires distributed among the staff of health centers and health houses, 262 questionnaires were completed and a total of 97.03% of the questionnaires were completed by the participants.

According to the findings of this study, 9.9% (26 ones) of the respondents were male and 90.1% (236 ones) were female. As for the education level of the employees, 34.4% (90 ones) of the respondents had vocational doctorates and master's degrees, and 19.1% (50 ones) of them had high school diplomas.

As for the place of service, majority of the participants (138 ones, 52.7%) worked in health centers, and minority of them (33 ones, 12.6%) worked in the headquarters of the city health center.

The average age of participants in this study was 40 ± 8.42 years, and the average work experience was 9.1 ± 14.7 years.

As shown in Table 1 of the studied population, majority of participants (124 ones, 47.3%) were healthcare providers, and small number of them (21 people, 8%) were family physicians.

From the perspective of suicide care providers, according to our study results, the knowledge management status in the primary healthcare system of Tabriz was calculated about 46.5%.

This percentage was 52.5% among men and 45.9% among women. There was a significant relationship

between gender (men and women) and the overall level of knowledge management as well as the all aspects of knowledge management.

The relative average of knowledge storage in the present study was 48.2%. This index was 57.6% in men and 47.1% in women. Furthermore, the relative mean of knowledge acquisition in this study was 44.6%, which was 47.3% in men and 44.4% in women.

The percentage of appropriate knowledge management among physicians, psychologists, caregivers, and health workers were 35.1, 47.5, 44.2 and 45.5, respectively. There was a statistically significant relationship between psychologists and other healthcare providers in terms of knowledge storage and knowledge dissemination. Knowledge storage was 37.1% among family physicians, 56.2% among psychologists, 44.9% among healthcare providers, and 50.9% among health workers. The application of knowledge was 35.4% among family physicians, 53.8% among psychologists, 44.4% among healthcare providers, and 44.3% among health workers. The maximum score in knowledge storage field (57.6%) was achieved by men, and the maximum scores in dissemination of knowledge (47.2%) and knowledge storage (47.1%) were achieved by women.

Conclusion

The application of knowledge and inclusion of knowledge management in suicide prevention program was below the average. There were differences between the level of knowledge management of healthcare providers and their level of education. In order to apply knowledge management in the primary healthcare system in the field of suicide prevention, it was recommended that knowledge management should be integrated with the mission, vision, strategic plans, and work processes of this system as an important principle.

Also, it was suggested that health care providers should be encouraged to use the web-based software designed in the Ministry of Health and Medical Education, which facilitates the processes of identifying, creating, maintaining, sharing, and applying knowledge. It was also recommended that documentation, sharing and using experiences, holding meetings and rounds for establishing informal communications and friendly consultations among the staff involved in suicide prevention in in-service programs, and monthly counseling sessions for health centers and departments throughout the province should be encouraged.

بررسی الگوی مدیریت دانش در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی شهر تبریز در برنامه پیشگیری از خودکشی

لیلا بنی فاطمه^۱، مصطفی فرح‌بخش^۲، صدیقه محمد اسماعیل^{۱*}

^۱ گروه علم اطلاعات و مدیریت دانش، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

^۲ مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

چکیده

زمینه. مدیریت دانش شامل دسترسی به منابع، روش انتقال تجارب ارائه‌دهندگان خدمت، روش جمع‌بندی و تحلیل تجارب، تحلیل رویکرد ذخیره‌سازی و گزارش و رویکرد به اشتراک‌گذاری دانش تولید شده است. موفقیت در زمینه مدیریت دانش نیازمند ایجاد یک محیط جدید کاری می‌باشد که دانش و تجربه بتوانند به راحتی تسهیم شوند. مطالعه حاضر با هدف بررسی الگوی مدیریت دانش در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی شهر تبریز در حیطه پیشگیری از خودکشی انجام گرفت.

روش کار. این مطالعه یک پژوهش توصیفی و از نوع مقطعی بود که در سال ۱۴۰۱ انجام شد. جامعه آماری این پژوهش کلیه ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی در برنامه پیشگیری از خودکشی در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی شهر تبریز بودند. برای جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه دموگرافیکی براساس سن، شغل، جنسیت، تحصیل، سابقه کار و محل کار تهیه و همراه مقیاس اصلی پرسشنامه مدیریت دانش لوسون استفاده شد. داده‌های حاصل در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ وارد شد. برای گزارش داده‌ها از میانگین و شاخص پراکندگی استفاده شد. برای مقایسه گروه‌ها از آزمون T مستقل، کای اسکویر و ANOVA استفاده شد.

یافته‌ها. ۲۷۰ نفر پرسشنامه را تکمیل نمودند. بیشتر شرکت‌کنندگان با ۴۷/۳ درصد (۱۲۴ نفر) مراقب سلامت و کمترین پزشکان خانواده ۸ درصد (۲۱ نفر) بودند. ۹/۹ درصد شرکت‌کنندگان مرد و ۹۰/۱ درصد آنها زن بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در این مطالعه ۴۲/۸ ± ۴۰ سال و میانگین سابقه کار ۱۴/۷ ± ۹ سال می‌باشد. نتایج این مطالعه نشان داد از دیدگاه ارائه‌دهندگان مراقبت‌های مرتبط با خودکشی مؤلفه‌های مختلف مدیریت دانش در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی شهر تبریز در حدود ۴۶/۵ درصد بود. این درصد در بین مردان مورد مطالعه ۵۲/۵ و در بین زنان ۴۵/۹ درصد می‌باشد. در شاخص وضعیت مدیریت دانش، ارتباط معنی‌دار بین مرد و زن وجود داشت.

نتیجه‌گیری. دانش و استفاده از فرآیند مدیریت دانش در حیطه برنامه پیشگیری از خودکشی در سطح پایین‌تر از متوسط قرار داشت. جهت کاربرد مدیریت دانش در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی در برنامه پیشگیری از خودکشی لازم است که مدیریت دانش در رسالت، چشم‌انداز، برنامه‌های استراتژیک و فرآیندهای کاری این نظام به‌عنوان یک اصل مهم لحاظ شود.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۱/۰۷/۰۲

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۹/۱۳

انتشار برخط: ۱۴۰۱/۱۲/۲۵

کلیدواژه‌ها:

پیشگیری اولیه،

خودکشی،

مدیریت دانش،

مراقبت‌های اولیه

بهداشتی

مقدمه

کیفیت و بهره‌وری آمریکا (APQC) (American Productivity & Quality Center) مدیریت دانش یک استراتژی با هدف انتقال دانش صحیح به فرد مناسب در زمان مناسب است.^۳ بخش خدمات بهداشتی و درمانی، به دلیل ارتباط با سلامت افراد جامعه، نیازمند استفاده از روش‌هایی کارا

دانش (دانسته مبتنی بر تجربه) یک منبع کلیدی در هر سازمان است و تمرکز مدیریت دانش بر بهبود توانایی سازمان می‌باشد.^۱ مدیریت دانش در صدد یافتن راهی جهت خلق، شناسایی، ذخیره و توزیع دانش سازمانی جهت هماهنگی گروه‌های مختلف کاری است.^۲ طبق تعریف مرکز

* پدیدآور رابط: صدیقه محمد اسماعیل، آدرس ایمیل: m.esmael2@gmail.com

کاربران امکان می‌دهد جستجو، مرور و ارسال نظرات خود را برای نویسندگان آن انجام دهند.^{۱۰} سیتیگ (Sittig) به نقش پرونده‌های الکترونیک سلامت در توسعه مدیریت دانش اشاره کرده است.^{۱۱}

خودکشی همواره به‌عنوان یکی از مشکلات و نگرانی‌های بهداشت عمومی مطرح بوده است.^{۱۲} مرگ ناشی از آسیب آگاهانه‌ی فرد به خودش خودکشی تعریف می‌شود.^{۱۳} همه ساله نزدیک به ۸۰۰,۰۰۰ نفر جان خود را می‌گیرند و تعداد بیشتری نیز اقدام به خودکشی می‌کنند. در مطالعه فرح‌بخش و همکاران بروز خودکشی در استان آذربایجان شرقی ۵/۴۹ در یکصد هزار نفر بود.^{۱۴} بررسی‌های متعدد در این استان در رابطه با پیشگیری از خودکشی انجام گرفته است.^{۱۵-۱۷} هر خودکشی یک تراژدی است و بر خانواده و جامعه و کل کشور تأثیر می‌گذارد و اثرات طولانی مدتی بر بازماندگان دارد. خودکشی می‌تواند در هر سنی رخ دهد ولی در سراسر جهان دومین علت مرگ در افراد سنین ۱۵ تا ۲۹ سال است.^{۱۸} تخمین زده می‌شود در سال ۲۰۲۰ بیش از ۱/۵۳ میلیون نفر جان خود را با خودکشی از دست خواهند داد.^{۱۹} عوامل خطر خودکشی ممکن است به طور همزمان در افراد، خانواده‌ها و جامعه وجود داشته باشد و همزمانی این عوامل منجر به افزایش خودکشی می‌گردد. در تدوین استراتژی پیشگیری از خودکشی توجه به تمام سطوح پیشگیری ضرورت دارد.^{۲۰} برای توسعه مدیریت دانش در نظام سلامت، علاوه بر برطرف کردن چالش‌های انتقال دانش، باید در ساختار سیستم هم بازنگری انجام شود. راهکارهای مدیریت دانش با خلق و توسعه دانش متناسب با اهداف سازمانی، اثربخشی و عملکرد سازمان را ارتقا می‌دهد.^{۲۱} اشتراک دانش در نظام سلامت ایمنی بیمار را بالاتر می‌برد.^{۲۲} توسعه مدیریت دانش در نظام ارائه خدمات سلامت در خلق و توزیع و استفاده از گایدلاین‌ها و تجارب یکپارچگی ایجاد می‌کند.^{۲۳} همچنین خطاهای پزشکی را کاهش داده، کیفیت خدمت را بهتر کرده و هزینه‌ها را کاهش می‌دهد. این مطالعه با هدف تعیین الگوی مدیریت دانش در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی در حیطه پیشگیری از خودکشی انجام شد.

روش کار

این مطالعه یک پژوهش توصیفی-مقطعی بود که در سال ۱۴۰۱ انجام شد. جامعه آماری این پژوهش کلیه

در ارائه‌ی خدمات جهت بهبود کیفیت، هزینه‌های بهداشتی پایین و رفع به موقع نیازهای مراجعین است که این کار در سایه استفاده از روش‌های نوین مدیریت اطلاعات و تخصیص زمان مناسب به امر مدیریت دانش امکان‌پذیر است.^۴ بهداشت و درمان یک حوزه دانش محور است و کارکنان این حیطه نیاز دارند که به‌طور مداوم آموزش ببینند، به‌روز باشند و از اطلاعات و دانش موجود برای حل سریع مشکلات و بهبود فرآیند مراقبت‌های پزشکی و بهداشتی استفاده کنند.^۵ مدیریت دانش، نظام سلامت را به‌سوی کار هوشمندانه‌تر، کارآمدتر و مقرون به صرفه‌تر سوق می‌دهد. تقویت مدیریت دانش برای ترویج اجرای برنامه‌های مبتنی بر شواهد در آموزش علوم بهداشت ضروری است.^۶

یکی از مهم‌ترین اقدامات در این زمینه ایجاد ارتباط بین سیستم مدیریت اطلاعات بیمارستانی با سیستم مدیریت دانش است. همچنین برخی از موسسات پزشکی از ابزارهای مدیریت محتوا و سیستم‌های مدیریت دانش برای بهبود آموزش و رفع خطاهای احتمالی کارکنان بهداشت و سلامت استفاده می‌کنند.^۷ شاهمرادی در مرور سیستماتیک خود نشان داده است که استفاده از مدیریت دانش در مراقبت‌های بهداشتی دلگرم‌کننده است. تعداد زیادی فرصت برای پیاده‌سازی مدیریت دانش وجود دارد، اگر چه موانعی نیز وجود دارد.^۸ سگارا- ناوارو (Cegarra-Navarro) و همکاران مدلی را برای مدیریت دانش ارائه کردند که از سه جزء تشکیل شده است: (۱) چارچوبی که راه و روش را مشخص می‌کند که از طریق آن افراد موقعیت‌ها را مشاهده می‌کنند. (۲) چارچوبی برای توصیف چگونگی تغییر عادات فردی و (۳) چارچوبی برای توصیف شیوه‌ای که در آن دانش نوظهور در ساختارهای دانش موجود ادغام می‌شوند.^۹ هولس (Hulse) و همکاران مطالعه موردی مدیریت دانش را در Intermountain Healthcare گزارش کردند. مراحل اولیه KM در Intermountain به‌طور جدی در سال ۲۰۰۱ آغاز شد. در آن زمان تلاش‌ها برای ایجاد محیطی با قابلیت ذخیره، بازیابی، نوشتن و بررسی دارایی‌های دانش ساختاریافته انجام شد. ساختار سیستم طراحی شده برای تطبیق KM از چهار جزء اصلی تشکیل شده است. این اجزا شامل پایگاه داده و خدمات پشتیبان، خدمات بازیابی و انتشار محتوا، ابزار تألیف محتوای ساختاریافته و مرورگر مخزن دانش هستند. ابزار مخزن دانش آنلاین (KRO) به

پایایی این پرسش‌نامه توسط لوسون (Lowson) (۲۰۰۳) به روش آلفای کرونباخ بررسی شد و آلفای کرونباخ کل این پرسش‌نامه ۰/۷۰ به دست آمد. همچنین روایی پرسش‌نامه با استفاده از روایی همزمان و سنجش همبستگی با سایر ابزارها مناسب گزارش شد.

روایی و پایایی این پرسش‌نامه در ایران نیز مورد بررسی قرار گرفته است. پایایی پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۰ به دست آمد. حداقل نمره و حداکثر نمره در این مقیاس به ترتیب ۲۴ و ۱۲۰ است.

در پژوهش بالادهی^{۲۶} این پرسش‌نامه با ضریب آلفای کرونباخ ۹۴ درصد استفاده شد که نشانه پایایی بالای پرسش‌نامه می‌باشد. نیاز آذری نیز ضریب آلفای کرونباخ ۸۵ درصد را برای پرسش‌نامه مدیریت دانش لوسون بدست آورده است.^{۲۷}

برای جمع‌آوری داده‌های مرتبط با روانشناسان از پرسش‌نامه الکترونیکی استفاده شد. داده‌ها در Porsline در قالب یک پرسش‌نامه الکترونیکی طراحی شد.

برای جمع‌آوری داده‌های به‌روز پرسش‌نامه‌ها در اختیار مربیان خانه‌های بهداشت قرار داده شد. آموزش پرسش‌نامه و هدف مطالعه ارایه شد. این مربیان در مراجعات خود برای پایش خانه‌های بهداشت آنها را در اختیار به‌روزان قرار داده و جمع کردند. برای جمع‌آوری داده‌های پزشکان و مراقب‌ها پرسش‌نامه‌ها در اختیار ناظرین مراکز سلامت گذاشته شد و آنها داده‌ها را جمع‌آوری کردند؛ و همچنین با مراجعه حضوری به مراکز بهداشت جهت به حد نصاب رسیدن تعداد پرسش‌نامه‌ها تکمیل گردید. دوره زمانی تحویل، تکمیل و جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها حدود ۴۵ روز به طول انجامید.

تحلیل داده‌ها

داده‌های حاصل در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ وارد و از پراکندگی و شاخص مرکزی و درصد استفاده شد. برای مقایسه گروه‌ها از آزمون t مستقل، کای اسکویئر و ANOVA استفاده شد.

در تحلیل داده‌های مدیریت دانش ۵۰ درصد سطح متوسط در نظر گرفته شد. برای ارزیابی سطح مدیریت دانش داده‌های پرسش‌نامه به درصد تبدیل و از تحلیل چارکی استفاده شد داده‌های بالاتر از ۷۵ خیلی خوب، ۷۵-۵۰ خوب، ۵۰-۲۵ پایین و کمتر از ۲۵ خیلی پایین استفاده شد.

ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی در حیطه پیشگیری از خودکشی در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی شهر تبریز بودند. جمعیت هدف شامل کلیه کارکنان خانه‌های بهداشت و یا مراکز سلامت و یا ستاد مرکز بهداشت تبریز هست که به نحوی در برنامه پیشگیری از خودکشی در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی کار می‌کنند. این افراد شامل به‌روزان، پزشکان خانواده، مراقبین سلامت (بهداشت) و روانشناس هستند.

نمونه‌گیری و حجم نمونه

بر اساس مطالعه مشابه، نسبت مدیریت دانش ۶۰ درصد در نظر گرفته شد. با در نظر گرفتن خطای برآورد ۱۰ درصد P و آلفای ۰/۰۵ تعداد نمونه از فرمول حجم نمونه نسبت‌ها ۲۷۰ نفر برآورد گردید.^{۲۴} برای جمع‌آوری داده‌ها از روش نمونه‌گیری جمعیت در دسترس و در روانشناسان از نمونه‌گیری تصادفی استفاده شد. برای جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامه دموگرافیکی براساس سن، شغل، جنسیت، تحصیل، سابقه کار و محل کار تهیه و همراه مقیاس اصلی پرسش‌نامه مدیریت دانش لوسون^{۲۵} استفاده شد. برای استفاده از این پرسش‌نامه در حیطه پیشگیری از خودکشی تغییرات اندکی در آن اعمال شد. جهت بررسی پایایی کل سؤالات پرسش‌نامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. برای این منظور با بهره‌گیری از داده‌های حاصل از نمونه ۳۰ نفری که در دو زمان با فاصله ده روز به پرسش‌نامه پژوهش پاسخ داده بوده‌اند، همسانی درونی ابزار با ضریب آلفای کرونباخ به میزان ۰/۹۵ تعیین گردید.

پرسش‌نامه مدیریت دانش شرون لوسون (Lawson, Sheron)

Knowledge Management Assessment Instrument (KMAI):

این پرسش‌نامه که یکی از رایج‌ترین ابزارهای اندازه‌گیری مدیریت دانش است و اعتبار آن در مطالعات متعدد تایید شده است، توسط لوسون در سال ۲۰۰۳ ساخته شد و دارای ۲۴ گزینه است. این پرسش‌نامه شامل شش مولفه است که عبارتند از: دانش آفرینی، جذب دانش، ذخیره دانش، سازماندهی دانش، به‌کارگیری دانش و انتشار دانش.

نمره‌گذاری پرسش‌نامه مدیریت دانش لوسون در یک طیف لیکرت از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم است. نحوه امتیازدهی برای کاملاً مخالفم (۱) و برای کاملاً موافقم (۵) حساب شد.

یافته‌ها

بودند. از لحاظ تحصیلات بیشترین کارکنان ۳۴/۴ درصد (۹۰ نفر) از جمعیت مورد هدف دارای تحصیلات دکنترای حرفه‌ای و کارشناسی ارشد بوده‌اند و ۱۹/۱ درصد (۵۰ نفر) دارای مدرک دیپلم می‌باشند. به تفکیک محل خدمت بالاترین آمار شرکت‌کنندگان ۵۲/۷ درصد (۱۳۸ نفر) در مراکز سلامت و پایین‌ترین ۱۲/۶ درصد (۳۳ نفر) در ستاد مرکز بهداشت تبریز مشغول به کار بوده‌اند.

از ۲۷۰ پرسش‌نامه پخش شده در بین کارکنان مراکز سلامت و خانه‌های بهداشت ۲۶۲ پرسش‌نامه تکمیل گردید و در مجموع ۹۷/۰۳ درصد پرسش‌نامه‌ها به پژوهشگر عودت داده شد.

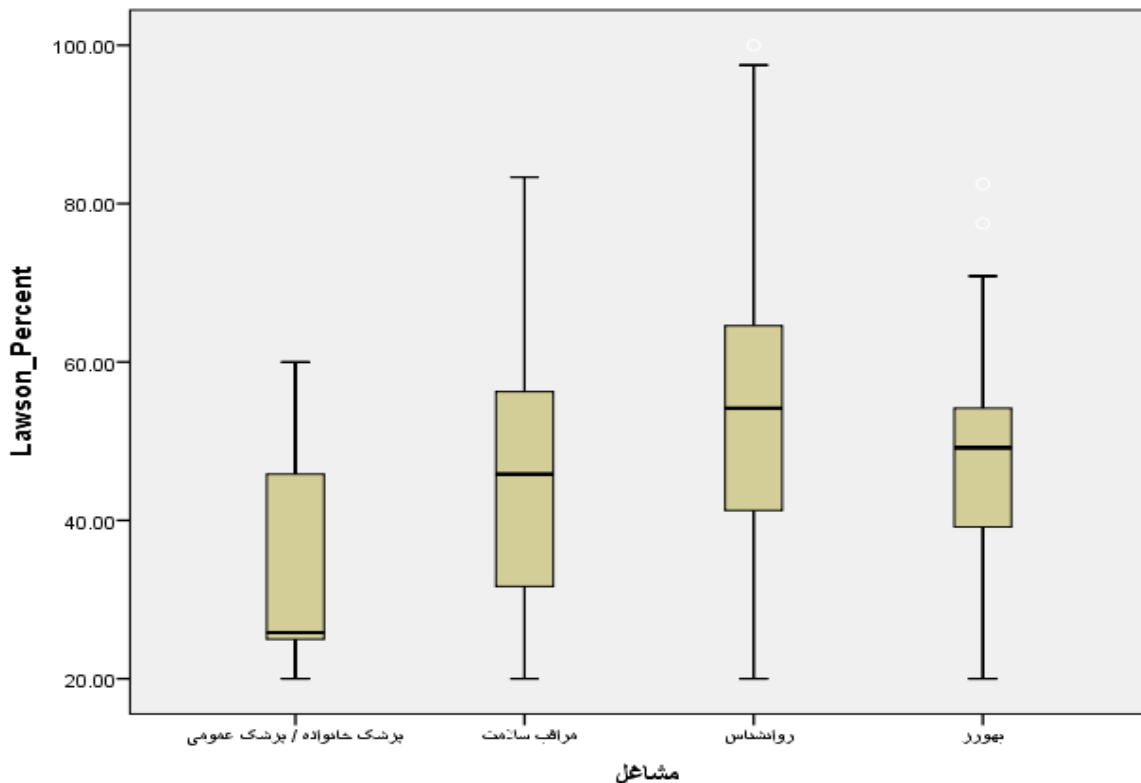
میانگین سنی شرکت‌کنندگان در این مطالعه $40 \pm 8/42$ سال و میانگین سابقه کار $9/1 \pm 14/7$ سال می‌باشد. طبق یافته‌های این مطالعه ۹/۹ درصد (۲۶ نفر) از جمعیت پاسخ‌دهندگان مرد و ۹۰/۱ درصد (۲۳۶ نفر) زن

جدول ۱. توزیع فراوانی جنسیت و موقعیت شغلی شرکت‌کنندگان

متغیر	تعداد	درصد فراوانی
جنسیت	مرد	۲۶
	زن	۲۳۶
موقعیت شغلی	پزشک عمومی / پزشک خانواده	۲۱
	مراقبین سلامت	۱۲۴
	روانشناس	۵۹
	بهورز	۵۸
	دیپلم و پایین‌تر	۵۰
تحصیلات	کاردانی	۳۹
	کارشناسی	۸۳
	تکمیلی	۹۰

۴۷/۱ درصد می‌باشد. همچنین میانگین نسبی جذب دانش در این مطالعه ۴۴/۶ درصد بود که در مردها ۴۷/۳ درصد و در زن‌ها ۴۴/۴ می‌باشد (جدول ۲). نمودار ۱ نشان می‌دهد وضعیت مدیریت دانش از دیدگاه پزشکان در مقایسه با سایر ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی از کمترین عملکرد برخوردار است.

براساس یافته‌های مندرج در جدول یک از جمعیت مورد مطالعه بیشتر شرکت‌کنندگان با ۴۷/۳ درصد (۱۲۴ نفر) مراقبین سلامت و کمترین پزشکان خانواده ۸ درصد (۲۱ نفر) را تشکیل می‌دهد. میانگین نسبی ذخیره دانش در مطالعه حاضر ۴۸/۲ درصد بود. این شاخص در مردها ۵۷/۶ درصد و در زن‌ها



نمودار ۱. وضعیت مدیریت دانش در برنامه پیشگیری از خودکشی از دیدگاه ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه بهداشتی.

* در نمودار ۱ محور افقی ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی و محور عمودی درصد استفاده از مدیریت دانش در برنامه پیشگیری از خودکشی را نشان می‌دهد.

جدول ۲. توزیع فراوانی وضعیت مدیریت دانش به تفکیک مرد و زن در برنامه پیشگیری از خودکشی در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی شهر تبریز در ۱۴۰۱

P-value	کل		زن		مرد		ابعاد
	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	میانگین	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	میانگین	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	میانگین	
۰/۰۴۷	۴۶/۵±۲	۴۶/۵	۴۵/۹±۲	۴۵/۹	۵۲/۵±۵/۲	۵۲/۵	مدیریت دانش
۰/۰۱۸	۴۶/۲±۷/۲	۴۶/۷	۴۵/۸±۲/۲	۴۵/۸	۵۴/۶±۵/۸	۵۴/۶	خلق دانش
۰/۴۴۰	۴۴/۶±۲/۲	۴۴/۶	۴۴/۴±۲/۲	۴۴/۴	۴۷/۳±۶/۸	۴۷/۳	جذب دانش
۰/۰۰۵	۴۵/۸±۲/۲	۴۵/۸	۴۴/۸±۲/۲	۴۴/۸	۵۵/۱±۵/۸	۵۵/۱	سازماندهی دانش
۰/۰۰۵	۴۸/۲±۲/۲	۴۸/۲	۴۷/۱±۲/۲	۴۷/۱	۵۷/۶±۷/۲	۵۷/۶	ذخیره دانش
۰/۱۹۰	۴۷/۷±۲/۲	۴۷/۷	۴۷/۲±۲/۲	۴۷/۲	۵۲/۱±۶/۴	۵۲/۱	انتشار دانش
۰/۴۴۰	۴۵/۸±۲/۲	۴۵/۸	۴۵/۵±۲/۲	۴۵/۵	۴۸/۴±۷/۲	۴۸/۴	کاربرد دانش

ابعاد مدیریت دانش

براساس آزمون t مستقل در ابعاد خلق دانش، سازماندهی و ذخیره دانش در بین مردها و زن‌ها ارتباط معنادار وجود دارد ($P\text{-value} < ۰/۰۵$). (جدول ۲) داده‌های جدول ۳ نشان داده است که درصد مدیریت دانش مناسب در بین پزشکان، روانشناسان، مراقب‌ها و بهورزان به ترتیب ۳۵/۱، ۴۷/۵، ۴۴/۲ و ۴۵/۵ بوده است.

نتایج این مطالعه نشان داد از دیدگاه ارائه‌دهندگان مراقبت‌های مرتبط با خودکشی، میانگین استفاده از مدیریت دانش در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی شهر تبریز حدود ۴۶/۵ درصد بود. این درصد در بین مردان مورد مطالعه ۵۲/۵ و در بین زنان ۴۵/۹ درصد می‌باشد. از نظر آماری تفاوت بین نظرات مردان و زنان معنی‌دار بود.

درصد و بهورزان ۵۰/۹ درصد می‌باشد. کاربرد دانش در بین پزشکان خانواده ۳۵/۴ درصد، روانشناسان ۵۳/۸ درصد، مراقبین سلامت ۴۴/۴ و در بین بهورزان ۴۴/۳ درصد می‌باشد.

در حیطه ذخیره دانش و انتشار دانش بین روانشناسان و سایر ارایه‌دهندگان خدمات بهداشتی ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد. ذخیره دانش در بین پزشکان خانواده ۳۷/۱ درصد، روانشناسان ۵۶/۲ درصد، مراقبین سلامت ۴۴/۹

جدول ۳. توزیع فراوانی وضعیت مدیریت دانش به تفکیک ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه بهداشتی در برنامه پیشگیری از خودکشی در ۱۴۰۱

P-value	بهورزان		مراقب‌های سلامت		روانشناسان		پزشکان خانواده		ابعاد
	فاصله اطمینان	میانگین	فاصله اطمینان	میانگین	فاصله اطمینان	میانگین	فاصله اطمینان	میانگین	
۰/۰۰۵	۴۵/۵±۳/۶	۴۵/۵	۴۴/۲±۲/۶	۴۴/۲	۴۷/۵±۴/۶	۴۷/۵	۳۵/۱±۵/۶	۳۵/۱	مدیریت دانش
۰/۰۱۷	۴۸/۷±۴	۴۸/۷	۴۳/۳±۶	۴۳/۳	۵۵/۳±۲/۶	۵۵/۳	۳۷/۱±۶/۶	۳۷/۱	خلق دانش
۰/۰۰۱	۴۶/۵±۴	۴۶/۵	۴۳/۱±۳	۴۳/۱	۵۰/۴±۵/۴	۵۰/۴	۳۲/۳±۷/۲	۳۲/۳	جذب دانش
۰/۰۰۵	۴۶/۶±۴	۴۶/۶	۴۳/۷±۲/۸	۴۳/۷	۵۴±۵/۴	۵۴	۳۳/۳±۶/۲	۳۳/۳	سازماندهی دانش
۰/۰۰۵	۵۰/۹±۴/۴	۵۰/۹	۴۴/۹±۲/۸	۴۴/۹	۵۶/۲±۴/۸	۵۶/۲	۳۷/۱±۸	۳۷/۱	ذخیره دانش
۰/۰۰۵	۴۴/۷±۴/۴	۴۸/۴	۴۴/۷±۲/۸	۴۴/۷	۵۷/۵±۵	۵۷/۵	۳۵/۲±۶/۲	۳۵/۲	انتشار دانش
۰/۰۰۱	۴۴/۴±۳	۴۴/۳	۴۴/۴±۳	۴۴/۴	۵۳/۸±۵/۲	۵۳/۸	۳۵/۴±۸/۶	۳۵/۴	کاربرد دانش

بحث

اطلاعاتی از قبیل گسترش واحدهای فناوری اطلاعات و امکانات سخت‌افزاری در محل کار آنها و هم چنین توجه نکردن به ذخیره دانش در قالب کتابچه‌ها و دفترچه‌های آموزشی برای همکاران می‌تواند از عوامل آن باشد.

انتشار دانش با میانگین (۴۷/۷±۲/۲) در سطح متوسط به پایین بود. انتقال و انتشار دانش می‌تواند از طریق اجرای برنامه‌های آموزش نظری و بالینی در جهت تعدیل و افزایش رفتارها انجام بگیرد.

کاربرد و استفاده دانش در بین ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی متوسط به پایین بود (۴۵/۸±۲/۲). این مولفه نشان می‌دهد که کارکنان از دانش خود برای رفع مشکلات پیش رو کمتر استفاده می‌کنند. هم‌چنین می‌تواند در اثر نبود مشوق و انگیزه از طرف سازمان مربوطه در جهت انتشار و در اختیار گذاشتن دانش فردی باشد.

میرغفوری و همکاران در مطالعه خود به‌کارگیری فرآیندهای مدیریت دانش در مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان یزد را (۲/۸۵) کمتر از حد متوسط ارزیابی نمودند و برای بهبود فرآیند مدیریت دانش پیشنهاد کردند که فرآیندهایی جهت تسهیم و انتشار اطلاعات و دانش از طریق کانال‌های ارتباطی و شبکه‌های مجازی ایجاد شده و جلسات بحث و مناظره برگزار گردد.^{۲۸} یافته‌های این مطالعه با نتایج به‌دست آمده در پژوهش ما همخوانی دارد.

در این مطالعه مدیریت دانش در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی شهر تبریز در بین ارایه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی مرتبط با برنامه پیشگیری از خودکشی بررسی شد. به‌کارگیری مدیریت دانش در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی شهر تبریز ۴۶/۵ درصد بود.

در این پژوهش دانش‌آفرینی یا خلق دانش با میانگین (۴۶/۷±۲/۲) درصد در ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی در سطح متوسط به پایین بود. نبود تبادل افکار و عدم همکاری جهت ثبت ایده‌های کارکنان در مراکز سلامت و خانه‌های بهداشت می‌تواند از علت‌های آن باشد.

جذب دانش در برنامه پیشگیری از خودکشی در ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی در سطح متوسط به پایین (۴۴/۶±۲/۲) بود. به‌نظر می‌رسد به‌دلیل نبود خط‌مشی لازم جهت تبدیل دانش فردی به دانش اجتماعی و عملیاتی‌کردن دانش فردی باشد. براساس نظر شرکت‌کنندگان در مطالعه، سازوکاری برای ارائه و ثبت دانش افراد به‌منظور استفاده افراد مراجعه‌کننده در برنامه پیشگیری از خودکشی در سطح مراکز سلامت وجود ندارد. سازماندهی دانش در ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی در سطح متوسط به پایین بود که عدم وجود گایدلاین‌ها می‌تواند آن را توجیه کند.

بعد ذخیره دانش ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی در سطح متوسط به پایین بود. عدم فراهم بودن بسترهای

سازمانی برای استقرار مدیریت دانش در مراکز سلامت و بهداشت، نبود فرهنگ سازمانی در جهت حمایت‌کردن از نوآوری در دانش در بین کارکنان مراکز و نبود رهبران و مدیران با تجربه جهت ارتقا و ارزشیابی افراد با توجه به میزان مشارکت آنها در امر استقرار مدیریت دانش در این مراکز اشاره کرد. در مطالعه‌ای که توسط امیراسماعیلی و همکاران^{۲۹} در سال ۹۵ انجام گرفت به این نتیجه دست یافتند که شاخص‌های فناوری اطلاعات و ارتباطات، فرآیندهای سازمانی، منابع انسانی، ساختار سازمانی و رهبری سازمانی با میانگین دارای وضعیت مناسب برای استقرار مدیریت دانش بودند.

در مقاله نوراشیکین (Nor'ashikin) و همکاران^{۳۰} در سال ۲۰۱۷ به این نتیجه رسیدند که از بین عوامل سیستم، کیفیت محتوای دانش به‌ویژه برای موفقیت سیستم‌های مدیریت دانش مهم است. از میان عوامل سازمانی، رهبری مهم‌ترین عوامل به‌شمار می‌آید.

نتیجه‌گیری

دانش و استفاده از فرآیند مدیریت دانش در حیطه برنامه‌پیشگیری از خودکشی در سطح پایین‌تر از متوسط قرار داشت. بین ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و نیز سطح تحصیلات تفاوت وجود داشت. جهت کاربرد مدیریت دانش در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی در حیطه پیشگیری خودکشی لازم است که مدیریت دانش در رسالت، چشم‌انداز، برنامه‌های استراتژیک و فرآیندهای کاری این نظام به‌عنوان یک اصل مهم لحاظ شود، در این صورت اساتید حوزه مربوطه، پزشکان و کارکنان بهداشت و ذینفعان ضمن اینکه فعالیت‌های آموزشی، پژوهشی و مراقبت و درمان بیماران را در حیطه پیشگیری از خودکشی انجام می‌دهند، در جهت شناخت، خلق، کسب، تسهیم و کاربرد دانش نیز به شکل نظام‌مند فعالیت خواهند کرد.

همچنین با توجه به مناسب نبودن الگوی مدیریت دانش در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی شهر تبریز در حیطه پیشگیری از خودکشی پیشنهاد می‌گردد استفاده از نرم‌افزار تحت وب طراحی شده در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از طریق شبکه داخلی (اینترانت) و یا اینترنت که پشتیبان فرآیندهای شناسایی، خلق، حفظ، تسهیم و به‌کارگیری دانش می‌باشد توسعه یابد، مستندسازی، به اشتراک‌گذاشتن و استفاده از تجارب

در مطالعه شریف کاظمی و همکاران^{۳۴} که به بررسی ابعاد مدیریت دانش در شبکه بهداشت و درمان شهرستان آبیگ انجام شده بود مدیریت دانش در این مطالعه با میانگین ۳/۲ (از پنج نمره) و انحراف معیار ۰/۷۴ بوده و در وضعیت «متوسط» قرار داشت که با نتایج مطالعه ما همخوانی دارد.

سطح مدیریت دانش در تمامی ابعاد آن در روانشناسان بالاتر از سایر ارائه‌دهندگان خدمات در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی بود. از علل آن می‌توان تخصصی‌کارکردن آنها در حیطه سلامت روان و برنامه‌پیشگیری از خودکشی، دسترسی داشتن روانشناسان به گایدلاین‌های تخصصی موجود در این زمینه، نظارت و پایش موثر آنها توسط گروه کارشناسی مرجع و نظام اطلاعات کارآمد مرتبط با حیطه کاری دانست. از طرفی وجود اساتید روانپزشکی و سایر کارگاه‌های آموزشی جهت آموزش بهتر روانشناسان این زمینه را برای آنها در بالا بردن میزان دانش و ذخیره آن فراهم نموده است. در سه گروه دیگر مشاغل پزشکان خانواده و مراقبین سلامت و بهورزان به دلیل اینکه فرآیندهای مختلف کاری را انجام می‌دهند و گروه‌های کارشناسی متعددی برای ارائه پروتکل با آنها در ارتباط می‌باشند اجزای مدیریت دانش در آنها کمتر می‌باشد.

از طرفی رابطه معناداری بین زنان و مردان در مدیریت دانش وجود داشت. البته با توجه به پایین بودن تعداد مردان نمی‌توان با قاطعیت آن را تایید کرد.

مدیریت دانش همچنین در سطح تحصیلات بالاتر و سابقه کاری بیشتر مناسب‌تر بوده است. این یافته از مطالعه ما با مطالعه شریف کاظمی و همکاران^{۳۴} که به بررسی ابعاد مدیریت دانش در شبکه بهداشت و درمان شهرستان آبیگ انجام شده بود همسو می‌باشد که بین سطح تحصیلات و سابقه خدمت کارکنان با تمامی ابعاد مدیریت دانش رابطه معناداری وجود داشت.

یافته‌های این مطالعه با مطالعه کریمی مونتقی و همکاران^۶ در سال ۹۳ که به "بررسی وضعیت مدیریت دانش در علوم پزشکی" پرداختند و گزارش کردند که مدیریت دانش در ابعاد مختلف یادگیری بالینی در علوم پزشکی وجود دارد و مدیریت دانش در علوم پزشکی برای تولید، تسهیم، ذخیره و کاربرد دانش پزشکی می‌تواند کاربرد داشته باشد همسو می‌باشد.

از علل پایین بودن سطح تمامی ابعاد مدیریت دانش در بین مشاغل مورد مطالعه می‌توان بر نبود فرآیندهای

مشارکت پدیدآوران

صدیقه محمد اسماعیل در قسمت بحث و روش کار، مصطفی فرح‌بخش در طراحی، تدوین مقاله و روش کار و لیلا بنی فاطمه در طراحی، روش کار و نوشتن مقاله نقش داشتند.

منابع مالی

منابع مالی ندارد.

ملاحظات اخلاقی

در طول پژوهش حاضر، ملاحظات اخلاقی در زمینه جمع‌آوری داده‌های پرسش‌نامه و حفظ اطلاعات و حریم شخصی افراد و نیز شرط صداقت و رعایت امانت در نوشتار در نظر گرفته شده است. این پروژه در کمیته اخلاق منطقه‌ای دانشگاه علوم پزشکی تبریز به شماره IR.TBZMED.REC.1401.451 تصویب شده است.

تعارض منافع

نویسندگان اظهار داشتند که تضاد منافی وجود ندارد.

تشویق شوند، ایجاد جلسات و راندهایی جهت تبادلات غیررسمی و مشورت دوستانه در بین کارکنان دخیل در حیطه پیشگیری از خودکشی در برنامه‌های ضمن خدمت و جلسات مشاوره و هم‌اندیشی ماهانه خانه‌های بهداشت و مراکز سلامت در سطح استان صورت پذیرد.

محدودیت‌های پژوهش

مشارکت کمتر آقاییان در این مطالعه از محدودیت‌های این مطالعه بود. دیدگاه‌ها و نظرات ارائه‌دهندگان خدمات سلامت بررسی نشد. هم‌چنین درباره فرآیند مدیریت دانش در حال حاضر بررسی صورت نگرفت.

پیامدهای عملی پژوهش

نتایج این مطالعه می‌تواند در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت به‌عنوان پایه‌ای برای ایجاد و توسعه سازوکارهای مناسب مدیریت دانش در سطوح مختلف ارائه خدمات بکار گرفته شود.

قدردانی‌ها

پژوهشگران از زحمات مدیران و کارشناسان مسئول مراکز بهداشت و سلامت شهر تبریز به خاطر تکمیل پرسش‌نامه‌ها کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

References

1. Paulin D, Suneson K. Knowledge transfer, knowledge sharing and knowledge barriers—three blurry terms in KM. *Leading Issues in Knowledge Management*. 2015, 27; 2(2): 73.
2. Ahmadi A, Salehi A. Knowledge management. 1th ed, Tehran: Payam-e nour, 2010. (Persian)
3. Ho CT. The relationship between knowledge management enablers and performance. *Industrial Management & Data Systems*. 2009; 109(1): 98-117. doi: 10.1108/02635570910926618
4. Rezaie Kalantari M, Bagheri H, Shabina S. Investigating the Relationship Between Religious Knowledge Management Dimensions Professionals of Islamic Azad University of Qarmsar. *Quarterly Leadership and Educational Management*. 2017; 11(2): 29-48. (Persian)
5. Bahador F, Ebrahimi M. Investigating the role of knowledge management in health information systems. *International Conference on Applied Research in Information Technology, Computer and Telecommunications*, 2016. (Persian)
6. Karimi Moneghi H, Hasanian Z, hanchian M. knowledge management in Medical Education. *Journal of medical education development*. 2014; 7(16): 94-106. (Persian)
7. Lin C, Wu JC, Yen DC. Exploring barriers to knowledge flow at different knowledge management maturity stages. *Information & Management*. 2012; 49(1): 10-23. doi:10.1016/j.im.2011.11.001
8. Shahmoradi L, Safadari R, Jimma W. Knowledge Management Implementation and the Tools Utilized in Healthcare for Evidence-Based Decision Making: A Systematic Review. *Ethiop J Health Sci*. 2017; 27(5): 541. doi:10.4314/ejhs.v27i5.13
9. Cegarra-Navarro JG, Wensley AKP, Polo MTS. A conceptual framework for unlearning in a homecare

- setting. *Knowledge Management Research & Practice*. 2013; 12(4): 375-386. doi:10.1057/kmrp.2013.6
10. Hulse NC, Galland J, Borsato EP. Evolution in clinical knowledge management strategy at Intermountain Healthcare. *AMIA Annu Symp Proc*. 2012; 3: 390-399.
 11. Sittig DF, Wright A, Meltzer S, Simonaitis L, Evans RS, Nichol WP, et al. Comparison of clinical knowledge management capabilities of commercially-available and leading internally-developed electronic health records. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2011; 11: 13. doi:10.1186/1472-6947-11-13
 12. Jafarnejad Z, Majidi H, Mahdavi Ara M, Fasnaghari H. Investigation of social harms in Ali Badr's novel Al-Kafereh based on Durkheim's theory: A case study of suicide. *The Journal of New Critical Arabic Literature*. 2021; 11(20): 29-57. (Persian)
 13. Azizpour Y, Asadollahi K, Sayehmiri K, Kaikhavani S. Investigation of the outcomes and varieties of violent suicides during a period of twenty years in Ilam, Iran. *Tehran University Medical Journal TUMS Publications*. 2017; 75(7): 530-537. (Persian)
 14. Farahbakhsh M, Asgari MN, Aslrahimi V, Hemmati A, Iranzad I, Azizi H. Socio-demographic status and 12 years trend of completed suicide in East Azerbaijan Province, Iran, during the period 2007-2018. *Middle East Current Psychiatry*. 2021; 28: 1-6. doi: 10.1186/s43045-021-00111-x
 15. Azizi H, Fakhari A, Farahbakhsh M, Esmaeili ED, Mirzapour M. Outcomes of community-based suicide prevention program in primary healthcare of Iran. *Int J Ment Health Syst*. 2021; 15: 1-11. doi: 10.1186/s13033-021-00492-w
 16. Esmaeili ED, Farahbakhsh M, Sarbazi E, Khodamoradi F, Azizi H. Predictors and incidence rate of suicide re-attempt among suicide attempters: A prospective study. *Asian J Psychiatr*. 2021: 102999. doi: 10.1016/j.ajp.2021.102999
 17. Fakhari A, Farahbakhsh M, Esmaeili ED, Azizi H. A longitudinal study of suicide and suicide attempt in northwest of Iran: incidence, predictors, and socioeconomic status and the role of sociocultural status. *BMC public health*. 2021; 21: 1-11. doi: 10.1186/s12889-021-11527-9
 18. Khadem Rezaiyan M, Jarahi L, Moharreri F, Afshari R, Motamedalshariati SM, Okhravi N, et al. Epidemiology of suicide attempts in Khorasan Razavi province, 2014-2015. *Iranian journal of epidemiology*. 2017; 13(2): 128-135. (Persian)
 19. World Health Organization. Suicide. 2018. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>
 20. Mirhashemi S, Motamedi MH, Mirhashemi AH, Taghipour H, Danial Z. Suicide in Iran. *The Lancet*. 2016; 387(10013): 29. doi:10.1016/S0140-6736(15)01296-9
 21. Malhotra Y. From information management to knowledge management: Beyond the hi-tech hidebound systems. In *Knowledge management and business model innovation*. IGI Global; 2001: 115-134. doi:10.4018/978-1-878289-98-8.ch007
 22. Myllärniemi J, Laihonen H, Karppinen H, Seppänen K. Knowledge management practices in healthcare services. *Measuring Business Excellence*. 2012; 16(4): 54-65. doi: 10.1108/13683041211276447
 23. Kim Y, Newby-Bennett D, Song H J. Knowledge Sharing and Institutionalism in the Healthcare Industry. *Journal of Knowledge Management*. 2012; 16(3): 480-494. doi: 10.1108/13673271211238788
 24. Sharifkazemi K, Seyedin SH, Jafari M. Dimensions of knowledge management in Health Network of Abyek city in 2015. *Journal of Health Administration*. 2016; 19(64): Pe65-Pe71. (Persian)
 25. Lawson S. Examining the relationship between organizational culture and knowledge management. Nova southeastern university; 2003.
 26. Baladehi A, Mirzaee M. Survey of the relationship between knowledge management & staf creativity of mazandaran entezami farmandehie. *The Quarterly Management on Police Training*. 2014; 7(1):1-12. (Persian)
 27. Niazazari K, Barimani A, Haji gholikhani S. Study of the affecting knowledge management in teacher creativity in high schools. *Pajouheshgar*. 2011; 8(21): 79-87. (Persian)
 28. Mirghafoori SH, Farhangnejad MA, Sadeghi - Arani Z. Performance Assessment of Yazd health sector in employing knowledge management process. *Journal of Health Administration*. 2010; 13(39): 79-88. (Persian)

29. Amiresmaili MR, Anbari Z, Mohammadi A, Amini S. Iran health centers' readiness for establishing knowledge management. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2017; 26(144): 180-191. (Persian)
30. Nor'ashikin A, Tretiakov A, Whiddett D, Hunter I. Knowledge management systems success in healthcare: Leadership matters. *Int J Med Inform*. 2017; 97: 331-340. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2016.11.004