

نقش نیروی انسانی در بهره‌وری پرستاری: تحقیقی کیفی

دکتر ناهید دهقان نیری* دکتر علی اکبر نظری** دکتر مهوش صلصالی*** دکتر فضل‌الله احمدی****

چکیده

زمینه و هدف: پرستاران نقش اساسی در تداوم مراقبت و ارتقای سلامت دارند و بهره‌وری کل سازمان را تحت تأثیر قرار می‌دهند. اما آن‌ها اذعان دارند که به لحاظ موانع گوناگون بهره‌وری کافی ندارند و بدین جهت کیفیت مراقبت در سطح پایینی نگاه داشته شده است. از این رو هدف این تحقیق بررسی دیدگاه پرستاران در باره نقش نیروی انسانی در بهره‌وری است.

روش بررسی: این مطالعه به روش کیفی و رویکرد گراند تئوری (تئوری زمینه‌ای) انجام شد. جهت جمع‌آوری اطلاعات غنی از مصاحبه‌های باز با راهنمای مصاحبه، مشاهده و جمع‌آوری روایات استفاده شد. مطالعه با نمونه‌گیری هدفمند شروع و در طی تکامل طبقات، با نمونه‌گیری نظری ادامه یافت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مقایسه‌ای به شیوه استراوس و کوربین استفاده شد.

یافته‌ها: مقوله: «منابع انسانی» به عنوان متغیر مرکزی و اصلی (طبقه محوری) ظهور یافت. مواردی چون محاسبه تعداد نیرو به طور سیستمی، گزینش صحیح و رعایت ضوابط در آن، تأمین نیروی کافی از رده‌های مختلف پرستاری، پذیرش بیمار با هماهنگی پرستار مسئول بخش و روابط مطلوب انسانی از مفاهیم فرعی این طبقه هستند.

نتیجه‌گیری: همان‌طور که شرکت‌کنندگان اذعان داشتند منابع انسانی مناسب می‌تواند بهره‌وری پرستاران را افزایش داده و به افزایش کیفیت مراقبت که مأموریت اصلی نظام سلامت است کمک کند.

نویسنده مسؤول: دکتر
ناهید دهقان نیری؛
دانشکده پرستاری و
مامایی دانشگاه علوم
پزشکی تهران
e-mail:
nahid.nayeri@gmail.com

واژه‌های کلیدی: بهره‌وری، منابع انسانی، پرستاری، تحقیق کیفی، گراند تئوری

- دریافت مقاله: مهر ماه ۱۳۸۴ - پذیرش مقاله: دی ماه ۱۳۸۵

مقدمه

نیروی انسانی مؤثر عامل اصلی تداوم، موفقیت و تحقق اهداف سازمان‌ها است. بهره‌وری گروه پرستاری اهمیت فوق‌العاده‌ای دارد، زیرا پرستاران نقش اساسی در کیفیت مراقبت و ارتقای سلامت داشته و منبع کاری بزرگی (۶۲٪ از کل کارکنان بیمارستان و ۳۶٪ از هزینه‌های بیمارستان) را تشکیل می‌دهند. گروه پرستاران بیش از هر گروهی بهره‌وری

عامل کل و پیشرفت سازمان را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۱). هیچ سازمان مراقبت بهداشتی بدون واحد پرستاری کارآمد نمی‌تواند دوام بیاورد (۲).

بر خلاف سازمان‌های صنعتی و تجاری، سازمان‌های مراقبت بهداشتی به ندرت روش‌های افزایش بهره‌وری در سطح کارکنان را بررسی نموده‌اند و بدون در نظر گرفتن پیامد، روی اندازه‌گیری بهره‌وری اداری تمرکز نموده‌اند. در صورتی که با توجه به محدودیت هزینه‌های پرستاری لازم است مدیران پرستاری از طریق توجیه بهره‌وری گروه،

* استادیار گروه آموزشی مدیریت پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
** استادیار گروه آموزشی پرستاری بهداشت جامعه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
*** دانشیار گروه آموزشی پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
**** دانشیار گروه آموزشی پرستاری دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس

پاسخگوی بودجه، پرداخت‌ها و تعداد کارکنان مورد نیاز باشند (۳). با این حال طُرق متفاوت تعریف بهره‌وری، اندازه‌گیری‌ها را غیرقابل مقایسه نموده است. از این رو بسیاری از تلاش‌های مدیران برای ارتقای بهره‌وری نارسا بوده است.

مطالعات متعدد از یک طرف فاصله مهم ادبیات موجود را از محیط عملی بهره‌وری و هزینه‌های پرستاری آشکار کرده (۴) و از سوی دیگر نشان داده‌اند که شیوه‌های رایج اندازه‌گیری بهره‌وری که عموماً از بخش صنعت اقتباس شده‌اند مناسب بهره‌وری پرستاری نیستند (۶ و ۵) ضمن این که دیدگاه پرستاران نسبت به بهره‌وری با آنچه که سازمان در پرتو این شیوه‌ها اندازه می‌گیرد متفاوت است (۷ و ۴). اما صاحب‌نظران معتقدند که درک بهره‌وری از دیدگاه کسانی که در آن دخیل و نقش آفرین هستند و به‌کارگیری ایده‌های آن‌ها، مهم‌ترین اقدام اولیه برای افزایش بهره‌وری است (۷).

در ایران نیز با وجود این که بهره‌وری گروه پرستاری به عنوان بزرگترین بخش نظام سلامت یکی از دغدغه‌های مدیران نظام سلامت در سال‌های اخیر بوده و آن‌ها در این راستا به اقداماتی مانند خصوصی‌سازی روی آورده‌اند، اما به ندرت به دیدگاه‌های پرستاران در این مورد توجه شده است. در حالی که درک دیدگاه پرستاران به مدیران اجازه می‌دهد تا عوامل مؤثر بر بهره‌وری آن‌ها را بهتر درک کرده و در برنامه‌ریزی‌های خود مورد توجه قرار دهند.

نتایج بررسی محققان مطالعه حاضر نشان داد که در ایران تحقیقی در این زمینه صورت

نگرفته و تحقیقات انجام شده در سایر کشورها نیز از یک سو به دلیل تفاوت شرایط فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی قابل تعمیم نبوده و از سوی دیگر کمتر به بررسی دیدگاه‌های پرستاران در زمینه بهره‌وری پرداخته‌اند. به همین دلیل مطالعه حاضر بر آن است تا با بررسی مفهوم بهره‌وری، نقش منابع انسانی را در این زمینه مورد کنکاش قرار دهد. زیرا منابع انسانی یکی از خصوصیات است که به کرات در توصیف بهره‌وری به کار رفته است (۸). چنانچه پرستاران بخواهند از نظر مالی و حرفه‌ای دوام بیاورند، یافتن راه‌حلی که بتواند همه تقاضاهایی را که از گروه پرستاری انتظار می‌رود تأمین سازد، حیاتی است (۹). با توجه به فقدان منابع کافی در این زمینه و با توجه به این که بهره‌وری پرستاری نمی‌تواند به عنوان یک نهاد مستقل مورد نظر قرار گیرد (۵) روش کیفی برای این مطالعه برگزیده شد تا در محیط طبیعی بیمارستان که بهره‌وری روی می‌دهد مورد بررسی قرار گیرد. زیرا این گونه تحقیقات به روشن‌سازی حیطه‌های مبهم و ناشناخته و درک عمیق پدیده کمک می‌نمایند.

روش بررسی

این مطالعه به روش کیفی و رویکرد گراند تئوری انجام شد. این روش جهت به دست آوردن داده‌های غنی و روشن‌سازی فرآیندهای اجتماعی نهفته در تعاملات انسانی به کار می‌رود (۱۰). هدف آن بود که با بررسی عمیق تجارب، اعمال بالینی و رفتارها در دنیای واقعی افراد به توضیح پدیده بهره‌وری نایل شویم.

مطالعه با نمونه‌گیری هدفمند شروع و با نمونه‌گیری نظری با حداکثر تغییرپذیری ادامه یافت. این نوع نمونه‌گیری با به دست آوردن اطلاعات متنوع موجب می‌شود ماهیت و ابعاد مختلف پدیده بهتر مورد تفحص قرار گیرد (۱۰ و ۱۱). در این مطالعه پرستارانی وارد شدند که حداقل ۵ سال سابقه کار داشتند. این امر به آن‌ها امکان می‌داد تا تجارب لازم برای تحلیل عمیق از عوامل مؤثر بر بهره‌وری خود و فرآیند آن کسب نموده باشند. نمونه‌گیری تا اشباع و تکراری شدن داده‌ها ادامه یافت.

روش جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه مصاحبه با استفاده از راهنمای آن، مشاهده و جمع‌آوری روایات بود. با توضیح هدف مطالعه و کسب رضایت شرکت‌کنندگان مصاحبه انجام می‌شد. به تمامی مصاحبه شونده‌ها اطمینان داده شد که مشخصات آن‌ها در گزارشات منتشره از تحقیق فاش نخواهد شد. در ابتدای هر مصاحبه از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا یک روز کاری خود را توصیف کنند. سپس سؤالات مربوط به بهره‌وری و عوامل مؤثر بر آن مطرح گردید. مدت مصاحبه با توجه به میزان پاسخ‌دهی شرکت‌کنندگان از ۳۰ تا ۷۰ دقیقه به طول انجامید. در هر مصاحبه سعی شد علاوه بر پوشش سؤالات کلی مطالعه، با توجه به روند پاسخگویی شرکت‌کننده، مصاحبه به صورت فردی پیش رود.

برای تجزیه تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مقایسه‌ای مداوم به شیوه Corbin و Strauss استفاده شد (۱۰). در این روش جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها هم‌زمان صورت می‌گیرد. بعد از

هر مصاحبه متون از نوار استخراج و قبل از اقدام به مصاحبه بعدی، داده‌ها کدگذاری می‌شدند. سه مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی بر روی داده‌ها انجام شد. به این منظور ابتدا داده‌ها خط به خط خوانده و کدهای باز (که همان کلمات خود شرکت‌کنندگان است) استخراج گردید. کدهای حاصل با کدهای قبلی مقایسه و کدهایی که از نظر مفهومی شبیه یکدیگر بودند در یک طبقه جای می‌گرفتند و به تدریج طبقات شکل می‌گرفت. طبقات نیز با یکدیگر مقایسه شده و در صورت نیاز با یکدیگر ادغام شده و یا در برخی از موارد یک طبقه به دو یا چند طبقه دیگر تفکیک می‌شد و یا محل کد از یک طبقه به طبقه دیگر تغییر پیدا می‌کرد تا در نهایت طبقه محوری به دست آمد. کدگذاری انتخابی نیز ارتباط طبقات را با یکدیگر آشکار کرد. لازم به ذکر است هم‌زمان با انجام تحلیل روی مصاحبه‌ها، یادداشت‌های عرصه (حاصل از مشاهدات انجام شده) نیز به همین نحو کدگذاری می‌شدند.

جهت اطمینان از صحت و پایایی داده‌ها از چهار معیار موثق بودن Lincoln و Gubba، اعتبار؛ تأییدپذیری؛ قابلیت اعتماد و انتقال‌پذیری استفاده گردید (۱۱). بدین منظور محقق با محل‌های تحقیق ارتباط طولانی مدت داشت که به جلب اعتماد شرکت‌کنندگان و همچنین به درک محیط مورد مطالعه کمک کرد. از بازنگری شرکت‌کنندگان نیز برای تأیید صحت داده‌ها و کدها استفاده شد. یعنی بعد از کدگذاری، متن مصاحبه به شرکت‌کننده بازگردانده می‌شد تا از صحت کدها و تفاسیر

جدول ۱: بیوگرافی شرکت‌کنندگان در مطالعه نقش نیروی انسانی در بهره‌وری پرستاری: تحقیقی کیفی در سال ۱۳۸۳

| سمت | تعداد | دامنه سابقه | میانگین سابقه |
|--------------|-------|-------------|---------------|
| مدیر پرستاری | ۳ | ۲۲-۲۹/۵ | ۱۷ |
| سوپروایزر | ۳ | ۱۱-۲۹/۵ | |
| سرپرستار | ۵ | ۱۹-۲۷ | |
| پرستار اول | ۶ | ۷-۲۵ | |
| پرستار | ۶ | ۵-۱۰ | |
| مری | ۳ | ۱۷-۲۹ | |

در این مقاله علاوه بر اشاره به مفهوم بهره‌وری از دیدگاه پرستاران مقوله منابع انسانی به عنوان متغیر مرکزی و اصلی (طبقه محوری) این مطالعه مورد بحث قرار می‌گیرد. در این مقوله مواردی چون محاسبه تعداد نیرو به طور سیستمی؛ گزینش صحیح و رعایت ضوابط در آن؛ تأمین نیروی کافی از رده‌های مختلف پرستاری؛ پذیرش بیمار با هماهنگی پرستار مسئول بخش و روابط مطلوب انسانی به عنوان مفاهیم فرعی این طبقه مورد بحث قرار می‌گیرند.

بهره‌وری از دیدگاه پرستاران

بهره‌وری از چگونگی دید و نظر کارکنان نسبت به نوع کاری که انجام می‌دهند تأثیر می‌پذیرد (۱۲). شرکت‌کنندگان مطالعه کنونی، بهره‌وری را «مؤثر بودن، استفاده بهینه از ساعت کار به منظور ارزیابی مراقبتی کیفی» دانسته‌اند. به عبارت دیگر از منظر آن‌ها پرستار هنگامی دارای بهره‌وری مناسب است که «مراقبت با کیفیت انجام داده و برای بیمار مفید و مثمر ثمر باشد». یکی از شرکت‌کنندگان می‌گوید: «به نظر من بهره‌وری پرستار به این

اطمینان حاصل شود. کدهایی که از نظر شرکت‌کنندگان بیانگر دیدگاه آنان نبود اصلاح می‌شد. راهبرد نمونه‌گیری مورد استفاده که افراد را در طیف وسیعی از نظر سابقه کار، بخش، جنس و سمت در بر می‌گرفت موجبات افزایش بیشتر اعتبار داده‌ها را فراهم نمود.

متن برخی از مصاحبه‌ها مورد بازنگری ناظرین قرار گرفت یعنی کدها و طبقات استخراج شده علاوه بر محققان توسط چند نفر از اعضای هیأت علمی مورد بررسی قرار گرفت. توافق بالایی در میان نتایج استخراج شده وجود داشت. جهت تأیید انتقال‌پذیری نیز، یافته‌ها با پرستارانی که در مطالعه شرکت نداشتند در میان گذارده شد و آن‌ها تناسب یافته‌ها را مورد تأیید قرار دادند.

یافته‌ها

در مجموع از مصاحبه با ۲۶ نفر از رده‌های مختلف پرستاری از جمله پرستار بالینی، سرپرستار، سوپروایزر، مدیر پرستاری، رؤسای پرستاری و مربیان پرستاری اشباع اطلاعاتی حاصل شد. شرکت‌کنندگان دارای سابقه کار بین ۵ تا ۲۹ سال بودند و در بخش‌های مختلف کار می‌کردند. مشخصات فردی شرکت‌کنندگان در جدول شماره ۱ آمده است. مشاهدات انجام شده (۲۰ مشاهده در بخش‌ها و ساعات مختلف) و روایات جمع‌آوری شده نیز به غنای اطلاعات کمک نمود.

انتظاری که از پرستاری داریم خیلی بیشتر از این‌هاست».

چگونگی تأثیر منابع انسانی بر بهره‌وری

نیروی انسانی یکی از عوامل مؤثری است که شرکت‌کنندگان مکرراً از آن یاد کرده‌اند. اتخاذ خط‌مشی‌های مناسب تأمین کمی و کیفی منابع انسانی توسط مدیران و سیاست‌گذاران موجب ارتقای بهره‌وری و حرفه خواهد شد و مددجویان را از بسیاری عوارض مصون خواهد داشت. با وجود آگاهی مدیران و سایر شرکت‌کنندگان از این مهم، از دیدگاه آن‌ها در اکثر موارد، بخش‌ها با کمبود نیرو مواجه هستند. این کمبود رده‌های مختلف پرستار حرفه‌ای و کمک پرستار را در بر می‌گیرد. عدم جایگزینی به موقع نیرو در هنگام مرخصی یا اتمام طرح و عدم مراجعه نیروی طرحی در برخی از ماه‌های سال و مایل نبودن آن‌ها به کار در این مراکز به دلیل نداشتن کمک پرستار، فشار حاصل را دو چندان می‌نماید.

هنگام تأمین و محاسبه نیروی پرستاری باید به صورت سیستمی عمل نمود. تأمین تعداد کافی نیرو با در نظر گرفتن میزان کار پرستاری بدون توجه به چگونگی تأثیر سایر قسمت‌ها، نوع بیمار و میزان مراقبت مورد نیاز او و میزان کارهای غیر پرستاری امکان‌پذیر نیست. ساختار فیزیکی بخش، امکانات و تجهیزات نیز از جمله مواردی هستند که تعداد کارکنان مورد نیاز را تحت تأثیر قرار می‌دهند. یکی از شرکت‌کنندگان می‌گوید «دو تا بخش را با هم ادغام کردند راهرو به این طولی تا بری‌ته

است که بتواند بهترین مراقبت را برای مددجو و بیمار خود انجام دهد و شرایطی را فراهم کند که این بیمار با کمترین عارضه و در کمترین مدت از بیمارستان مرخص شود و تا حد امکان به وضعیت قبل از بیماری باز گردد».

با این حال بسیاری از شرکت‌کنندگان معتقدند به دلیل عوامل متعدد، بهره‌وری کافی ندارند. برخی نیز معتقدند در شرایط موجود نباید انتظار بیشتری از پرستاران داشت. یکی از شرکت‌کنندگان می‌گوید «من فکر می‌کنم با آن چیزی که ما خوانده‌ایم و چیزی که انتظار داشتیم برای پرستار بهره‌وری حدود ۲۰٪ است». به اعتقاد او انرژی پرستاران عمدتاً صرف امور اداری و منشی‌گری شده و از این رو بهره‌وری پرستاری کاهش یافته است. شرکت‌کننده دیگری می‌گوید: «من فکر می‌کنم نسبت به امکانات و تعداد زیاد بیمار و... باز بهره‌وری پرستارها نسبت به کشورهای دیگر بیشتر است. ولی اگر نسبت به کشورهای خارج آن مراقبتی که بیمار باید دریافت کند را بسنجیم برای ایران جای تأسف دارد».

به اعتقاد شرکت‌کنندگان مطالعه عوامل مختلفی باعث کاهش بهره‌وری پرستاران گردیده است. یکی از پرستاران می‌گوید: «به خاطر عوامل متعدد پرستاران فقط ۲۰-۱۵ درصد بهره‌وری دارند چون ۸۰٪ کارهایی است که نباید انجام بدهیم». یکی دیگر از شرکت‌کنندگان ضمن اشاره به نامساعد بودن شرایط بهره‌وری می‌گوید: «افزایش بهره‌وری یک شرایطی دارد که حداقل‌های آن هم برای پرستاری موجود نیست. با توجه به تعداد پرستار که حتی ۳۰ یا ۵۰٪ حداقل هم نیست. اما

بخش چیزی نیاز داشته باشی دوباره خواهی بیایی سر بخش چقدر طول می‌کشد».

تجربه و مهارت نیروی پرستاری از موارد مهمی است که در تعیین تعداد نیرو و برنامه‌ریزی آنها باید مورد توجه قرار گیرد. در نظر گرفتن زمان لازم جهت آموزش توجیهی و همراهی پرستاران مجرب با نیروی جدیدالورود هنگام برنامه‌ریزی شیفت‌ها از اهم مواردی است که بهره‌وری گروه پرستاری را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اما شرکت‌کنندگان این تحقیق به ویژه مدیران به نارسایی‌های موجود در به‌کارگیری نیروی طرحی تازه فارغ‌التحصیل اشاره نموده‌اند. آنان نسبت زیاد نیروی طرحی به پرستاران رسمی و عدم استخدام دایم افراد و تغییر و تبدیل بیش از حد کارکنان را عامل فشار به سیستم، مدیران و افزایش عوارض برای بیمار دانسته‌اند. آن‌ها معتقدند «تأمین کمی نیرو دال بر بهره‌وری بالاتر نیست بلکه کیفیت و تجربه کارکنان نیز در این امر بسیار مهم هستند» (پرستار اول بخش). ضمناً شرکت‌کنندگان در مطالعه استخدام دایم را موجب افزایش احساس مسئولیت در قبال بیمار، سازمان و افزایش بهره‌وری ناشی از آن می‌دانند.

اختصاص ندادن ردیف‌های پرستاری به خود آن‌ها و یا مشغول شدن آن‌ها به ویژه کمک پرستاران به کار در محل‌هایی دیگر عاملی است که از تأمین صحیح نیرو جلوگیری نموده و بهره‌وری پرستار و انجام مراقبت مطلوب از بیمار را با مشکل مواجه می‌سازد. یک مدیر پرستاری در این مورد می‌گوید «ردیف‌های کمک بهیار ما رفتند اینور و انور مثل داروخونه

و... کار می‌کنن. وقتی بررسی می‌کنند می‌گویند تعداد کافیه».

پذیرش و بستری بی‌رویه و بدون هماهنگی بیمار در بخش‌ها نیز موجب برهم خوردن تناسب پرستار به بیمار می‌شود. از منظر شرکت‌کنندگان عدم رعایت هماهنگی از جانب پزشکان، مدیران بیمارستان، انتقال بیمار توسط سایر بیمارستان‌ها و اورژانس مرکزی، موجب تحمیل تعداد زیاد بیمار به بخش‌هایی می‌گردد که برای آن‌ها تعداد کافی پرستار در نظر گرفته نشده است. یکی از شرکت‌کنندگان در این خصوص ابراز می‌دارد «به خاطر انتقال بدون هماهنگی بیمار از سایر بیمارستان‌ها اشغال تخت آی سی یو ما ۱۱۰٪ شده یعنی با این نیرو بیش از توانمان کار کردیم و یک سری از کارها را هم نکردیم».

عوارض کمبود نیرو دو جانبه بوده، هم بیماران و هم پرستاران را در بر می‌گیرد. عدم اجرای آموخته‌ها، حذف و یا دقیق انجام نشدن مراقبت‌های مهم پرستاری نظیر آموزش به بیمار و ارتباط مناسب با او، عدم بررسی وضعیت بیمار و تشخیص و حل مسایل او، انجام صرف کارهای روتین، افزایش وقوع اشتباه و حتی عدم اطلاع از وجود بیمار در بخش تا هنگام ترخیص از مواردی است که از منظر شرکت‌کنندگان حاصل کمبود نیرو می‌باشد. همچنین کمبود گروه پرستاری موجب به‌کارگیری همراهان و یا خدمه جهت انجام مراقبت پرستاری شده و کاهش بهره‌وری، اُفت کیفیت مراقبت و عدم رضایت بیمار را در پی دارد.

کمبود نیروی انسانی صرفاً مراقبت بیمار را تحت‌الشعاع قرار نمی‌دهد، بلکه موجب کاهش انگیزه پرستاران، فراموشی آموخته‌ها، سرخوردگی، خستگی، فشار کار بیش از اندازه، تداخل وظایف، اضافه کاری‌های بیش از حد و اجباری، استرس در طول شیفت و بالاخره ترک خدمت، می‌شود. پرستاران تجربیات متعددی را از کمبود نیرو حین کار ابراز نمودند و عوارضی را که بر خود و بیمار داشته برشمردند. به عنوان نمونه یکی از آن‌ها می‌گوید «شده تو این بخش (طبی) سه تا مورد ICU داشتیم سه تا مریض بدسور بدحال و مریض گاوآزی و ساکشنی داشتیم و شاید سر یه پانسمان مریض، شده آدم یک ساعت معطل شده بعد چطور می‌تواند همه کارهای مریض را درست و سر موقع یک نفره انجام بدهی. وقتی مجبوری کار ۴ نفر را انجام بدهی خوب فشار عصبی برات ایجاد می‌شه».

فرآیند صحیح مدیریت از جمله ارزیابی صحیح و جامع از عملکرد کارکنان که از ضروریات دستیابی به بهره‌وری و افزایش کیفیت مراقبت است با کمبود نیرو تأثیر می‌پذیرد. سرپرستاری در این زمینه می‌گوید «وقتی از یک چیز از آن‌ها ایراد می‌گیریم می‌گویند یک نفر به ۲۰ نفر؛ می‌بینی حق داره ... مجبورم از خیلی چیزها چشم پوشی کنم». بالاخره تمامی شرکت‌کنندگان هنگام این سؤال که چگونه می‌توان بهره‌وری را افزایش داد، تأمین نیرو در رده‌های مختلف تا مرز استاندارد همراه با الگو و برنامه‌ریزی موظف کاری به طور صحیح را برای کارکنان مهم شمرده‌اند.

از آنجا که پرستاری یک حرفه خدمت به انسان‌ها است، کارکنان با انگیزه و پرتلاشی را می‌طلبند. شرکت‌کنندگان گزینش صحیح و طبق معیار پرستاران و دانشجویان این رشته را از عواملی دانسته‌اند که روند بهره‌وری پرستاران را افزایش می‌دهد. ضمناً انتخاب پرستاران شایسته جز از طریق رعایت ضوابط و گزینش توسط افراد با صلاحیت میسر نیست. یکی از سوپروایزرها در این زمینه می‌گوید «برای استخدام باید ضوابط رعایت شود ولی افرادی در گزینش دخیلند که اصلاً صلاحیتش را ندارند».

علاوه بر تعداد نیرو، ارتباطات مناسب تیمی بر کیفیت عملکرد گروه و کاهش فشارهای کاری ناشی از کمبود نیرو، تحمل مشکلات، افزایش هماهنگی و بهره‌وری متعاقب آن تأثیر به‌سزایی دارد. شرکت‌کنندگان به کرات تجربیات خود در زمینه روابط انسانی مناسب به ویژه مدیران و پیامدهای آن را بیان نمودند و آن را از اصول بهره‌وری دانسته‌اند. برای مثال یکی از آن‌ها معتقد است «برای صادقانه و درست کار کردن باید روابط خوبی بین همه کارکنان باشد که اگر خطایی سر زرد راحت عنوان شود تا جلوی ضررهای بعدی گرفته شود». با وجود این شرکت‌کنندگان معتقدند کمبود نیرو و فشار کار اثری منفی بر روابط بین افراد می‌گذارد.

در نهایت از دیدگاه شرکت‌کنندگان جهت نیل به بهره‌وری «زمینه و شرایط آن باید مهیا باشد، اما شرایط فعلی فاقد حداقل معیارهای لازم برای احراز بهره‌وری است» آن‌ها الگوی نامناسب منابع انسانی را مانع

عمده آن ذکر کرده‌اند «وقتی می‌خواهیم از بهره‌وری یک قشر سخن برانیم باید حداقل‌ها برایش موجود باشد بعد از آن‌ها توقع داشته باشیم. الان تو بخش ICU می‌بینی برای ۵ تا مریض یک پرستار در نظر گرفتند، در صورتی که تو دنیا برای ۲-۳ تا تخت ۳ تا نیرو دارند (شرکت‌کننده‌ای با سابقه بالین و مدیریت)».

بحث

تأمین نیروی مناسب و برنامه‌ریزی صحیح قطعاً یکی از مسایل اصلی بیمارستان‌ها است. روش تأمین نیروی انسانی فرآیندی منظم و بر پایه منطق عمیقی است که جهت تعیین صحیح تعداد و نوع نیروی مورد نیاز برای ارابه مراقبت استاندارد در یک مؤسسه به کار می‌رود (۱۳).

بر اساس نقطه نظر شرکت‌کنندگان بهره‌وری که از دیدگاه آنان مؤثر بودن و ارابه مراقبت درست و با کیفیت به بیمار است، با منابع مناسب انسانی می‌تواند به نحو قابل توجهی افزایش یابد و این به معنی تحقق مأموریت اصلی نظام بهداشتی و درمانی است. آنچه به کرات توسط شرکت‌کنندگان بیان شده، تأثیر کمبود نیرو در رده‌های مختلف به ویژه کمک پرستار بر بهره‌وری آنان است. نتایج مطالعات متعدد نیز این امر را تأیید می‌نماید. مطالعه Smeet نشان داد بهره‌وری در نتیجه الگو و روش‌های سازماندهی نیروی انسانی و درجه اتکا به کمک پرستار در میان بیمارستان‌ها تغییر می‌کند (۱). در مطالعه‌ای دیگر نیز ۳۷٪ شرکت‌کنندگان به حجم بیش از

حد کار و سازماندهی نامناسب هنگام کمبود نیرو، به عنوان مانع بهره‌وری اشاره کردند (۴). تقریباً تمامی شرکت‌کنندگان اذعان داشتند عدم استفاده از پرستار حرفه‌ای جهت مراقبت مستقیم و واگذاری کارهای غیر پرستاری یا کارهای رده‌های دیگر به آن‌ها، مانع مهم بهره‌وری آنان است. در مطالعه Eastaugh نیز بیمارستان‌هایی که نیروی انسانی آن‌ها صرفاً پرستاران پروانه‌دار بودند بدترین وضعیت بهره‌وری را داشتند. در عین حال مشخص شد استخدام کمک بهیار کارهای زاید را کاهش داده و موجب می‌شود خدمات پرستاران حرفه‌ای پروانه‌دار پیرامون فعالیت‌های مراقبتی بیمار قرار گیرد (۱).

هنگام تأمین نیروی انسانی جهت پیشگیری از کمبود و یا مازاد نیرو باید نگرشی سیستمی داشت. شرکت‌کنندگان در نظر گرفتن تأثیر ساختار بخش، کارهای غیر پرستاری، میزان و نحوه مراقبت مستقیم و غیر مستقیم، نوع بیمار، تجربه و مهارت نیروی پرستاری، حرفه‌ای یا غیر حرفه‌ای بودن پرستار را متذکر شده و بر تأمین نیرو برای روزهای مرخصی و آموزشی نیز تأکید نمودند. Houser نیز معتقد است بسیاری از مطالعات بر روی نیروی کار، توجه اندکی به تأثیر عناصر غیر نیروی انسانی نموده‌اند. پرستاران در حالت مجزا و منفرد از بیماران مراقبت نمی‌کنند بلکه در سازمان‌های پیچیده‌ای کار می‌کنند که تقاضاهای زیادی از آن‌ها دارند (۹). نتایج نمونه‌گیری از کار پرستاران در یک صد هزار مشاهده فردی در دو بیمارستان در طی ۷ سال نیز آشکار کرد که تقریباً دو سوم

زمان کار پرستاران صرف مراقبت غیر مستقیم و تنها یک سوم بر بالین بیمار و صرف مراقبت مستقیم می‌شود (۷). محققان معتقدند حجم کار پرستار حاصل استانداردهای پرستاری، تجربه و تخصص پرستار، خط‌مشی‌ها و رویه‌های مؤسسه، تجهیزات موجود و فعالیت‌های سایر افراد مراقبت بهداشتی است (۱۴) ضمناً فعالیت‌های پزشکان، توزیع حجم کار و کارآمدی سایر بخش‌ها روی بهره‌وری پرستاری تأثیر می‌گذارد و در تحلیل باید مدنظر قرار گیرد (۵).

شرکت‌کنندگان استخدام دایم پرستار و تغییر و تبدیل کمتر نیرو را عامل مؤثر بهره‌وری دانسته بودند. محققان نیز هشدار می‌دهند که تغییر و تبدیل کارکنان اثرات زیان‌آوری روی هزینه، بهره‌وری و پیامدهای کیفیت دارد (۱۵). در بررسی‌های اخیر مشخص شده میزان تغییر و تبدیل بالا منجر به افزایش هزینه هر ترخیص، کاهش برگشت سرمایه، افزایش مرگ و میر و افزایش طول اقامت بیمار می‌شود (۱۶).

از نظر شرکت‌کنندگان علاوه بر کمیت، کیفیت و تجربه کاری نیروی پرستاری در بهره‌وری تیم مؤثر است. محققین نیز در بررسی‌های خود دریافتند که افزایش ظاهری در نسبت پرستار به بیمار ممکن است فریبنده باشد و هنگامی که با محیط کاری منحن همراه می‌شود به طور زیان‌آوری روی پیامدهای بیمار تأثیر می‌گذارد (۱۷) به هر حال تحقیقات نشان داده‌اند که الگوها و ترکیب کارکنان، ترکیب مهارت‌ها و سطح آموزش آنان در بهره‌وری مؤثر است (۵) و نسبت بیشتر پرستاران مجرب هزینه‌های عملیاتی بیمارستان را کاهش می‌دهد (۱۸).

شرکت‌کنندگان لزوم گزینش صحیح و رعایت ضوابط را در استخدام پرستار ضروری شمردند. محققین معتقدند سوپروایزرهای ارشد و مدیران آن‌ها با استخدام افراد ماهر، کوشا و هوشمند روی بهره‌وری و کیفیت تأثیر می‌گذارند (۱۹). Hall نیز در این مورد می‌نویسد از آنجا که افراد در هوش، مهارت، انگیزه و شخصیت متفاوت هستند لازم است که سازمان‌ها تعیین کنند چه کیفیت و مطلوبیتی در استخدام نیرو لازم دارند (۳).

شرکت‌کنندگان تأثیر سوء کمبود نیرو برای خود را برشمردند. Huber نیز معتقد است تأمین نیروی انسانی و برنامه‌ریزی فعالیت‌هایی هستند که روی شغل، موقعیت، حجم کار، زندگی شخصی و روحیه پرستاران تأثیر می‌گذارد (۲۰). شرکت‌کنندگان معتقدند تعداد نیرو، بهره‌وری و فعالیت مراقبتی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. Huber نیز معتقد است ایمنی و کیفیت مراقبت مددجو از تأمین نیروی انسانی تأثیر می‌پذیرد.

اضافه کاری اجباری و بیش از حد ناشی از کمبود نیرو، یکی از موانع عمده بهره‌وری شرکت‌کنندگان این تحقیق بود. محققین نیز معتقدند ساعت کار بیش از اندازه، هم از نظر انسانی و هم از نظر مالی برای سازمان هزینه‌زاست. این امر با مرخصی ناشی از بیماری، غیبت، خستگی، ارایه کار ضعیف و کاهش بهره‌وری ارتباط دارد (۲۱). نتایج حاصل از مطالعه‌ای دیگر نشان داد اضافه کاری با افزایش سقوط بیمار، اشتباهات دارویی و طبی، کاهش رضایت کارکنان و افزایش شکایت بیماران رابطه دارد. این نتایج، مدارک حاصل از مدیریت بخش پرستاری را مبنی بر این که

پرستارانی که زیاد کار می‌کنند بهره‌وری کمتری نسبت به سایر پرستاران دارند، تأیید می‌کند (۱۸). یکی دیگر از مقوله‌های مؤثر در بهره‌وری رابطه گروهی است که در نتیجه کمبود نیرو می‌تواند خدشه‌دار شود. Houser نیز از تحقیق خود نتیجه می‌گیرد روابط، کار تیمی و تخصص اثرات مهمی روی پیامدهای بیمار حساس به پرستاری دارند. یافته‌های تحقیق وی ارتباط بین کار تیمی و اجتناب از عوارض را نشان دادند (۹). به هر حال یافته‌های این مطالعه نشان داد پرستاران خود را به اندازه کافی بهره‌ور نمی‌دانند و نگران کیفیت مراقبتی هستند که به بیمار ارایه می‌دهند. یافته‌های مطالعه اسمیت نیز مؤید این امر است (۴).

پرستاران مهیا بودن زمینه لازم را برای بهره‌وری بسیار ضروری تلقی نموده و تعیین تعداد نیروی مورد نیاز به طور سیستمی، گزینش صحیح و رعایت ضوابط در آن، تأمین کافی نیرو از رده‌های مختلف، پذیرش بیمار با هماهنگی پرستار مسئول و روابط مطلوب تیمی را موجب مهیا شدن زمینه دانسته‌اند که به نوبه خود به کاهش عوارض ناشی از تأمین نامناسب نیروی انسانی انجامیده و موجبات افزایش بهره‌وری را فراهم می‌نماید.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که منابع انسانی می‌تواند به عنوان عامل تسهیل‌کننده و یا بازدارنده بهره‌وری عمل کند. از آنجا که این مطالعه تصویر روشن و واضحی از دیدگاه پرستاران به بهره‌وری و چگونگی تأثیر منابع انسانی روی آن ارایه می‌دهد،

یافته‌های آن در بالین و مدیریت کاربرد دارد. پرستاران به اهمیت جنبه‌های کیفی بهره‌وری و عوامل سهم در آن پی می‌برند و از آنجا که هدف از بهره‌وری «سطح مراقبت پرستاری است که برای بیمار، پرستار و پزشک کافی، قابل حصول و مقبول باشد» (۲۲) با توجه به آن که با این تحقیق می‌توان راهی به سوی بهره‌وری بیشتر فراهم نمود، بسیاری از مزایای افزایش بهره‌وری نه تنها شامل حال بیماران می‌شود و به کیفیت مراقبت بالاتر می‌انجامد بلکه موجب حفظ و پیشبرد کیفیت زندگی کاری تجربه شده توسط پرستاران نیز می‌شود. برآیند دیگر بهره‌وری اثر مثبت آن روی نگرش بیماران، کارکنان و مدیران و همچنین رضایت از کار یا مراقبت، بهبود شرایط روحی و کنترل بودجه است.

مدیران نیز از آنچه که به نظر پرستاران موجب بهره‌وری می‌شود آگاهی حاصل نموده و بهتر می‌توانند زمینه افزایش بهره‌وری آن‌ها را فراهم نمایند. نتایج این مطالعه برای مدیران پرستاری جهت تعیین رفتارهای بهره‌ور و حفظ و گسترش آن در پرستاران بالین مفید است. از آنجا که ماهیت سازمان‌های خدمات بهداشتی پویاست، مطالعات آینده نیز در جهت بررسی روند بهره‌وری و تغییر عوامل مؤثر بر آن توصیه می‌شود. در پایان تکرار این مطالعه در سایر نقاط کشور و انجام مطالعه کمی برای تأیید یافته‌های این تحقیق پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله نهایت تشکر خود را از شرکت‌کنندگانی که انجام این تحقیق بدون همکاری آنان امکان‌پذیر نبود، اعلام می‌نمایم.

References

- 1 - Eastaugh SR. Hospital nurse productivity. *Journal of Health Care Finance*. 2002; 29(1): 14-22.
- 2 - Helmer T, Suver J. Pictures of performance: the key to improved nursing productivity. *Health Care Management Review*. 1988; 13(4): 65-70.
- 3 - McGillis Hall L. Nursing intellectual capital: a theoretical approach for analyzing nursing productivity. *Nursing Economics*. 2003; 21(1): 14-19.
- 4 - Mc-Neese-Smeet DK. Staff nurse view of their productivity and nonproductivity. *Health Care Management Review*. 2001; 26(2): 7-19.
- 5 - Jordan SD. Nursing productivity in rural hospitals. *Nursing Management*. 1994; 25(3): 58-62.
- 6 - Vincent O, Ravinder N. Measuring productivity: outcome versus output. *Nursing Management*. 1989; 20: 35-40.
- 7 - Williamson WJ, Johnston J. Understanding, evaluating, and improving nursing productivity. *Nursing Management*. 1988; 19(5): 49-52.
- 8 - Holcomb BR, Hoffart N, Fox MH. Defining and measuring nursing productivity: a concept analysis and pilot study. *Journal of Advanced Nursing*. 2002; 4: 378-86.
- 9 - Houser J. A model for evaluating the context of nursing care delivery. *Journal of Nursing Administration*. 2003; 33(1): 39-47.
- 10 - Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing, advancing the humanistic imperative*. Philadelphia: Lippincott; 2003.
- 11 - Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization*. Philadelphia: Lippincott Company; 1993.
- 12 - Hoffman JM, Mehra S. Programs management leadership and productivity improvement. *International Journal of Quality Management*. 1999; 2: 221-232.
- 13 - Swansburg RC, Swansburg RJ. *Introductory management and leadership for nurses*. Boston: Jones and Bartlett Publisher; 2000.
- 14 - Nursing professional advisory working group of the JPPC, MIS: nursing resource consumption; 1997. P. 1-34.
- 15 - Schroeder CA, Trehearne B, Ward D. Expanded role of nursing in ambulatory managed care part II: impact on outcomes of costs, quality, provider and patient satisfaction. *Nursing Economics*. 2000; 18(2): 71-78.
- 16 - Westchester. Workforce shortage undermines care quality. *Healthcare Financial Management*. 2003; 57(2): 23.
- 17 - Aiken LH, Clarke SP, Slone DM. Hospital restructuring does it adversely affect care and outcomes?. *Journal of Health and Human Services Administration*. 2001; 23(4): 416-42.
- 18 - Bloom JR, Alexander JA, Nuchols BA. Nurse staffing patterns and hospital efficiency in the US. *Social Science and Medicine*. 1997; 44(2): 147-155.
- 19 - Health Care Strategic Management. Quality compensation incentives work when system fosters quality. Chicago. 2001; 19(8): 15.
- 20 - Huber D. *Leadership and nursing care management*. Philadelphia: Saunders Company; 2000.
- 21 - Clayton MC, Mawhinney TC, Luke DE, et al. Improving the management of overtime costs through decentralized controls: managing an organizational metacontingency. *Journal of Organizational Behavior Management*. 1997; 17(2): 77-98.
- 22 - Walker DA. Bottom-line approach to nurse staffing. *Nursing Management*. 1996; 27: 31-32.

