

دیدگاه پرستاران در زمینه مفهوم بهره‌وری و عوامل موثر بر آن: "یک مطالعه کیفی"

ناهید دهقان نیری^۱، دکتر علی اکبر نظری^۲، دکتر محسن ادیب حاج باقری^۳، دکتر مهوش صلصالی^۴، دکتر فضل‌الله احمدی^۵

چکیده

سابقه و هدف: پرستاران نقش اساسی در تداوم مراقبت و ارتقا سلامت دارند و بهره‌وری کل سازمان را تحت تاثیر قرار می‌دهند. با این وجود دیدگاه آنها در زمینه مفهوم بهره‌وری مورد توجه قرار نگرفته و تحقیقی در این زمینه در ایران انجام نشده است. به همین دلیل این تحقیق با هدف سنجش دیدگاه پرستاران در باره بهره‌وری و عوامل موثر بر آن روی پرستاران شاغل در بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران، در سالهای ۱۳۸۳-۱۳۸۲ انجام گردید.

روش تحقیق: تحقیق با طراحی کیفی و به روش *Grounded Theory* روی پرستاران شاغل در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد. جهت جمع آوری اطلاعات از نمونه گیری هدفمند و مصاحبه های باز استفاده شد. جمع آوری داده ها آنقدر ادامه یافت تا اشباع داده ها (*Saturation*) حاصل گردید. تجزیه تحلیل داده ها به روش تحلیل مقایسه ای مداوم صورت گرفت.

یافته ها: تحقیق بر روی ۲۶ نفر از رده های مختلف پرستاری از جمله پرستار بالینی، سرپرستار، سوپروایزر، مترون و مریبان پرستاری، شامل ۷۷ درصد زن و ۲۳ درصد مرد در سنین $39/8 \pm 7/6$ سال و سابقه خدمت $17 \pm 7/9$ سال انجام شد. مشارکت کنندگان در این تحقیق بهره‌وری پرستار را در مثر ثمر و مفید بودن او برای بیمار و ارائه مراقبت با کیفیت دانستند. در عین حال اکثر شرکت کنندگان در تحقیق معتقد بودند که در کنار عواملی مانند کمبود پرستار و زیادبودن امور متفرقه غیر پرستاری، مدیریت ناکارآمد، دیکتاتوری، منفعت طلبی، تبعیض، روابط نامناسب و اهمیت ندادن به سازماندهی و هدایت صحیح پرسنل، باعث کاهش بهره‌وری پرستاران شده است.

نتیجه گیری و توصیه ها: مطالعات کیفی می‌توانند به روشن شدن متغیرهای موثر بر وضعیت های اجتماعی و سازمانی همانند بهره‌وری کمک کنند. بهره‌وری پرستار در مثر ثمر و مفید بودن او برای بیمار و ارائه مراقبت با کیفیت است. مدیریت موثر می‌تواند بهره‌وری پرستاران را افزایش داده و به افزایش کیفیت مراقبت که ماموریت اصلی نظام سلامت است، کمک کند. به کارگیری راهبردهای تحقیق کیفی برای شناخت ابعاد ابهام آمیز و فرایندهای نهفته در رفتارهای سازمانی پیشنهاد می‌شود.

واژگان کلیدی: بهره‌وری، پرستاری، مدیریت، گراندد تئوری

- ۱- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پرستاری مامایی.
- ۲- دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پرستاری مامایی.
- ۳- دانشگاه علوم پزشکی کاشان، دانشکده پرستاری مامایی.
- ۴- دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پرستاری مامایی.
- ۵- دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده پزشکی.

مقدمه

نیروی انسانی، عامل اصلی تولید و خدمت در سازمان ها و مهمترین عنصر موثر در بقا و موفقیت آنها محسوب می شود. بهره وری نیروی کار، به ویژه در بخش خدمات، جدی ترین چالشی است که مدیریت کشورها در دهه آینده با آن روبرو خواهد بود. در حالی که کاهش بهره وری، کاهش درآمد و مسائلی نظیر تورم، بیکاری، نزول سطح و کیفیت زندگی در جامعه (۱) و کاهش امنیت اجتماعی (۲) را به همراه می آورد، افزایش بهره وری موجب استفاده بهینه از امکانات مادی و معنوی سازمان ها شده و به واسطه آن توان، استعداد و امکانات بالقوه سازمان شکوفا گشته (۳) و افزایش دستمزدها، کاهش قیمت محصولات و خدمات، دستیابی به استانداردهای زندگی، سود بیشتر (۴)، توسعه اقتصادی (۵) (بقا، زیست پذیری و موفقیت سازمان (۶) را در پی خواهد داشت.

بهره وری پرسنل پرستاری موضوع بسیار مهمی است و بهره وری کل سازمان را تحت تاثیر قرار می دهد، زیرا پرستاران بزرگترین بخش از نیروی انسانی نظام سلامت را تشکیل داده و نقش اساسی در تداوم مراقبت و ارتقا سلامت دارند (۷و۸).

بر خلاف سازمان های صنعتی و تجاری، سازمان های مراقبت بهداشتی به ندرت روش های افزایش بهره وری را در سطح کارکنان خود بررسی نموده اند و غالباً بدون در نظر گرفتن پیامد، بر اندازه گیری بهره وری اداری (اجرایی) تمرکز نموده اند. از این رو بسیاری از تلاش های مدیران بهداشتی برای ارتقای بهره وری به عصبانیت و ترک خدمت سریع پرسنل انجامیده و افزایش اشتباهات دارویی، ناخوشی، مرگ و میر و نارضایتی بیماران را در پی داشته است. این درحالی است که لازم است مدیران پرستاری از طریق توجیه بهره وری گروه، پاسخگویی بودجه، پرداخت ها و تعداد پرسنل مورد نیاز

بوده و نیز در راه تامین حقوق آنها گام بردارند (۶). مطالعات متعدد نشان داده اند که از یک سو مدل های رایج برای اندازه گیری بهره وری (که عموماً از بخش صنعت اقتباس شده اند) برای اندازه گیری بهره وری در پرستاری مناسب نبوده (۹و۱۰) و از سوی دیگر دیدگاه پرستاران به بهره وری با آنچه که سازمان در پرتو این مدل ها اندازه می گیرد متفاوت است (۹و۱۱و۱۲). به همین دلیل صاحب نظران معتقدند که درک بهره وری از دیدگاه کسانی که در آن دخیل و نقش آفرین هستند و به کار گیری ایده های آنها مهم ترین اقدام اولیه برای افزایش بهره وری است (۱۳).

با وجودی که بهره وری سیستم پرستاری به عنوان بزرگترین بخش از نظام سلامت یکی از دغدغه های مدیران نظام سلامت در سالهای اخیر بوده و آنها در این راستا به اقداماتی مانند خصوصی سازی روی آورده اند (۸و۱۴)، به ندرت به دیدگاه های پرستاران در این مورد توجه شده است. در حالی که درک دیدگاه پرستاران به مدیران اجازه می دهد تا عوامل موثر بر بهره وری آنها را بهتر درک کرده و در برنامه ریزیهای خود مورد توجه قرار دهند.

نتایج بررسی محققان پژوهش 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 طرف دیگر بسیار اندک به بررسی دیدگاه های پرستاران در زمینه بهره وری پرداخته اند. به همین دلیل تحقیق حاضر با هدف سنجش دیدگاه پرستاران در باره بهره وری و عوامل موثر بر آن انجام شد. با توجه به فقدان منابع کافی در این زمینه محققان بر آن شدند تا با به کار گیری روش کیفی و بررسی عمیق تجارب، اعمال بالینی، رفتارها، عقاید و طرز فکرهای پرستاران به تعریف بهره وری و عوامل موثر بر آن از دیدگاه

مصاحبه اقدام می کرد. دوفتر از واحدهای پژوهش نیز پس از اعلام آمادگی از ادامه مشارکت در تحقیق صرف نظر نمودند. به تمامی مصاحبه شونده ها اطمینان داده شد مشخصات آنها در گزارش تحقیق فاش نخواهد گردید. راهنمای مصاحبه سؤالاتی نظیر موارد زیر را در بر می گرفت: به نظر شما بهره وری پرستار در چیست؟ عوامل و موانعی که بر سر راه بهره وری پرستار وجود دارد کدامند؟ در ابتدای هر مصاحبه از مشارکت کنندگان خواسته شد تا یک روز کاری خود را توصیف کنند. سپس سؤالات مربوط به بهره وری و عوامل موثر بر آن مطرح گردید. مدت مصاحبه با توجه به میزان پاسخ دهی مشارکت کنندگان از ۳۰ تا ۷۰ دقیقه به طول انجامید. محقق در هر مصاحبه سعی کرد علاوه بر توجه به پوشش سؤالات کلی تحقیق، با توجه به روند پاسخگویی مصاحبه شونده آن را به صورت فردی پیش برد.

تجزیه و تحلیل داده ها

برای تجزیه تحلیل داده ها از روش تحلیل مقایسه ای مداوم به شیوه اشتراوس و کوربین استفاده شد. در این روش جمع آوری و تحلیل داده ها هم زمان صورت می گیرد. بعد از اینکه هر مصاحبه انجام می شد، محقق آن را از نوار استخراج و قبل از اقدام به مصاحبه بعدی، کدگذاری می کرد. سه مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی مطابق با روش اشتراوس و کوربین بر روی داده ها انجام شد (۱۶). به این منظور ابتدا داده ها خط به خط خوانده و کدهای باز (که همان کلمات خود مشارکت کنندگان است) استخراج گردید. کدهای حاصل با کدهای قبلی مقایسه و کدهایی که از نظر مفهومی شبیه یکدیگر بودند در یک طبقه جای می گرفتند و به تدریج طبقات شکل گرفت. طبقات نیز با یکدیگر مقایسه شده و در صورت نیاز با یکدیگر

پرستاران دست یابند. این تحقیق در طی سال های ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۳ بر روی پرستاران شاغل در بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گردید.

روش تحقیق

تحقیق با طراحی مطالعه کیفی (Qualitative Research) و تحلیل محتوا با استفاده از روش گرانددتوری (Grounded Theory) انجام شد (۱۶۸، ۱۵). گرانددتوری معمولاً در زمینه هایی به کار می رود که قبلاً تحقیق زیادی در مورد آن صورت نگرفته است (۸). نمونه پژوهش از میان رده های مختلف پرستاران شاغل در پنج بیمارستان و یک دانشکده تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران که حد اقل ۵ سال سابقه کار داشتند انتخاب شد. نمونه گیری هدفمند (Purposeful) به صورت تئوریک (Theoretical sampling) (۱۷ و ۱۵) و به شرح زیر انجام شد: اولین نمونه ها از میان پرستاران بالینی انتخاب شدند. تجزیه و تحلیل داده های حاصل از هر مصاحبه، راهنمایی برای انتخاب نمونه های بعدی بود. به این ترتیب داده های حاصل از ۲ مصاحبه اول که با پرستاران بالینی انجام شد، محقق را به انجام مصاحبه با تعدادی از سرپرستاران، سوپروایزرها، مدیران پرستاری بیمارستان ها و مربیان پرستاری هدایت کرد. مشارکت کنندگان افرادی بودند که بتوانند اطلاعات دست اولی در اختیار محقق قرار دهند. نمونه گیری آنقدر ادامه یافت تا داده ها به اشباع (Saturation) برسند (۱۰). اشباع داده ها در تحقیق کیفی هنگامی بدست می آید که داده ها تکراری شده و کد جدیدی به دست نیاید (۱۸). در نهایت ۱۲ پرستار، ۵ سرپرستار، ۳ سوپروایزر، ۳ مدیر پرستاری بیمارستان و ۳ مربی پرستاری در تحقیق شرکت نمودند.

روش جمع آوری داده ها در این تحقیق مصاحبه باز بود. محقق در ابتدا هدف پژوهش را برای مشارکت کنندگان توضیح می داد و در صورت تمایل آنها به انجام

بودند و در بخشهای مختلف کار می کردند. سابقه کار مشارکت کنندگان در تحقیق بر حسب سمت در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول شماره ۱- سابقه کار مشارکت کنندگان در

تحقیق بر حسب سمت

سمت	تعداد	مدت اشتغال (سال)	دامنه تغییرات سابقه کار (سال)
مدیر پرستاری	۳	۲۵/۲±۳/۱	۲۲-۲۹
سوپروایزر	۳	۱۸/۵±۷/۹	۱۱-۲۹
سرپرستار	۵	۲۰/۶±۵/۹	۱۹-۲۷
پرستار	۱۲	۱۶/۸±۶/۷	۵-۲۵
مری	۳	۲۳±۴/۹	۱۷-۲۹
جمع	۲۶	۱۷± ۷/۹	۵-۲۹

از داده های تحقیق ۲۷۰ کد اولیه استخراج شد که تحت ۶ طبقه کلی مفهوم بهره وری، رفتارهای مدیریتی موثر بر بهره وری، ساختار سازمان، منابع انسانی، شان و منزلت اجتماعی پرستار، و تامین بودن از داده ها استخراج شد که دو طبقه مفهوم بهره وری و رفتارهای مدیریتی موثر بر آن در این مقاله مورد بررسی قرار گرفته است.

بهره وری از دیدگاه پرستاران

شرکت کنندگان در مطالعه حاضر، بهره وری را "مثمر ثمر بودن"، "کارایی"، "استفاده بهینه از ساعت کار به منظور ارائه خدمات باکیفیت" دانستند. به عبارت دیگر از دید آنها بهره وری "مفید بودن پرستار برای بیمار" است. به اعتقاد آنها پرستار هنگامی دارای بهره وری مناسب است که "مراقبت با کیفیت انجام داده و برای بیمار مفید و مثمر ثمر باشد". یکی از مشارکت کنندگان می گوید: "به نظر من بهره وری پرستار به این است که بتواند مراقبت بهینه و درستی را برای مددجو و بیمار خود

ادغام شده و یا در برخی از موارد یک طبقه به دو یا چند طبقه تفکیک شد و با محل یک کد از یک طبقه به طبقه دیگر تغییر پیدا می کرد تا در نهایت طبقه محوری پدیدار شد. روایی و پایایی داده ها: در طول مطالعه روش هایی برای اطمینان از صحت و پایایی تحقیق مورد استفاده قرار گرفت. از بازنگری مشارکت کنندگان برای تایید صحت داده ها و کدهای استخراج شده استفاده شد. کدهایی که از نظر مشارکت کنندگان بیانگر دیدگاه آنان نبود، اصلاح می گردید. برای بازنگری ناظرین، متن برخی از مصاحبه ها، کدها و طبقات استخراج شده علاوه بر محققان توسط ۳ نفر از اعضای هیئت علمی مورد بررسی قرار گرفت که ۹۵-۹۰٪ توافق در میان نتایج استخراج شده وجود داشت. برای محاسبه توافق از روش پیشنهاد شده پولیت و هانگلر استفاده شد (۱۹). به طور مثال تعداد کدهای استخراج شده از یکی از مصاحبه ها توسط محقق اصلی ۶۳ کد بود. فرد کد گذار دوم در ۵۷ مورد از این کدها با محقق اصلی توافق داشت. میزان توافق ۹۰/۴۷ درصد محاسبه شد (روش محاسبه: $۸۷/۰۵ = ۶۳ \times ۱۰۰$). هم چنین جهت بررسی قابلیت انتقال، یافته ها با برخی از پرستارانی که در تحقیق مشارکت نداشتند درمیان گذاشته شد و آنها تناسب یافته ها را با تجارب خود مورد تایید قرار دادند. برای جلوگیری از سوگیری نیز محقق در طول تحقیق نظرات خود را در باره پدیده مورد بررسی می نوشت و از این طریق سعی می نمود آنها را با دیدگاه مشارکت کنندگان افتراق گذارد.

یافته ها

در مجموع ۲۶ نفر از رده های مختلف پرستاری از جمله پرستار بالینی، سرپرستار، سوپروایزر، مترون، روسای پرستاری و مربیان پرستاری مصاحبه به عمل آمد. مشارکت کنندگان شامل ۷۷ درصد زن و ۲۳ درصد مرد با میانگین سنی $۳۹/۸ \pm ۷/۶$ سال و سابقه خدمت $۱۷ \pm ۷/۹$ سال

داشت ضمن اشاره به نامساعد بودن شرایط برای پرستاران می گوید: "افزایش بهره وری شرایطی دارد که حداقل های آن هم برای پرستاری موجود نیست. الان تعداد پرستار حتی ۳۰ یا ۵۰ درصد حداقل هم نیست، اما انتظاری که از پرستاری داریم خیلی بیشتر از اینهاست."

تاثیر رفتار و عملکرد مدیران بر بهره وری

رفتار مدیر و تاثیر آن بر بهره وری تیم پرستاری یکی از مواردی بود که مشارکت کنندگان مکررا از آن یاد کردند. از نظر شرکت کنندگان در تحقیق عواملی مانند عدم انتقال مشکلات پرستاران به رده های بالای مدیریت، عدم حمایت مدیران از پرسنل و اهمیت ندادن آنها به نظرات پرستاران، دیکتاتوری و اطاعت طلبی، به فکر حفظ سمت بودن، تبعیض قایل شدن، روابط نامناسب، اهمیت ندادن به سازماندهی و هدایت صحیح پرسنل، برخی از مهمترین عوامل مدیریتی هستند که مانع بهره وری پرستاران گردیده است.

از نظر مشارکت کنندگان، مدیر به منزله الگویی عمل می کند که رفتار پرسنل و در نهایت بهره وری آنان را تحت تاثیر قرار می دهد. یکی از پرستاران در این زمینه می گوید: "سرپرستار قبلی ام نمونه بود؛ یک الگو بود برای من. دقیقا رفتار و کار پرسنل بخش ها متأثر از سرپرستار بخش است". این رفتار الگویی تنها به زمینه های فنی محدود نمی شود، بلکه ابعاد مختلف رفتار و ارتباطات انسانی مدیر را در بر گرفته و انگیزه کارکنان را تحت تاثیر قرار می دهد. چنانچه خود پرستاران می گویند: "رابطه خوب مدیرها با ما باعث می شود حداقل به عشق اینکه ما را درک می کنند کارمان را بهتر انجام بدهیم".

توجه مدیران به نظرات پرستاران از عوامل عمده ایجاد و افزایش انگیزه به شمار می رود. برخی از مشارکت کنندگان به نظر خواهی سرپرستار هنگام برنامه نویسی اشاره نموده و آن را نشانه احترام او به پرستاران و موجب انگیزه بیشتر در کار و افزایش بهره وری تلقی

انجام دهد و شرایطی را فراهم کند که بیمار بهبود پیدا کند و به مرحله قبل از بیماری در صورت امکان برگردد".

پرستاران به کرات از تاثیر مثبت دانش، مهارت و تجربه بر بهره وری خود سخن به میان آورده و نادیده گرفتن آن توسط سیستم را مانعی برای بهره وری خود و درست انجام شدن مراقبت دانسته اند. آنها به کارگیری دانش و مهارت در بخش های تخصصی را به عنوان عامل موثر بر کیفیت مراقبت برشمرده و به همین واسطه بهره وری خود را در این بخش ها بالاتر می دانند. از دید برخی از مدیران مشارکت کننده در تحقیق، استفاده از نیروهای طرحی در شیفت ها به لحاظ نداشتن تجربه لازم موجب لطمه به سیستم خواهد شد. یکی از آنها در این رابطه می گوید: "شیفت ها با پرستاران طرحی اداره می شود که خواه ناخواه بی تجربه هستند و تا سازگار بشوند و چیز یاد بگیرند دودش توی چشم مریض می رود".

شرکت کنندگان معتقد بودند که در شرایط موجود، پرستاران بهره وری مناسب را ندارند و انرژی آنها عمدتا صرف امور اداری و منشی گری می شود. آنها بر این باور بودند که آنچه در حال حاضر انجام می دهند با آنچه برای آن آموزش دیده اند متفاوت است. در عین حال تاکید داشتند که در شرایط موجود به دلیل کمبود پرستار، فقدان امکانات کافی و زیاد بودن تعداد بیماران در بخش ها، افزایش امور متفرقه غیر پرستاری و مدیریت ناکارآمد، نمی توان انتظار بیشتری از پرستاران داشت. یکی از آنها می گوید: "من فکر می کنم نسبت به امکانات و تعداد زیاد بیمار، باز بهره وری 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 تاسف دارد"، "چون ۸۰٪ کارهای ما کارهایی است که نباید انجام بدهیم". یکی از مشارکت کنندگان که سوابق زیادی در بالین، مدیریت و آموزش پرستاری

مدیران در این زمینه شاکی هستند. به اعتقاد آنها بسیاری از کسانی که در جایگاههای مدیریتی قرار گرفته اند، نه تنها اهداف سازمان بلکه منافع کارکنان را نیز نادیده گرفته و تنها به منافع شخصی و حفظ جایگاه خود فکر می کنند. آنها می گویند: "به نظر می رسد بعضی مدیران نه به فکر سازمان هستند و نه به فکر زیر دستانشان. به جای اینکه ببینند چگونه زیر دستانشان را سازماندهی و هدایت کنند، همیشه از زیر دستان اطاعت می خواهند. فقط به فکر صندلی خودشان و حفظ آن هستند." "آنها مشکلات را حتی منتقل هم نمی کنند. اگر مشکلات را به رده های بالاتر منتقل می کردند تغییری صورت می گرفت."

به اعتقاد مشارکت کنندگان، انتظار بهره وری بالا از پرستاران جز در پرتو حمایت مدیران از آنها امکان پذیر نیست. آنها می گویند: "در صورتی شما (به عنوان مدیر) باید از پرستار بخواهید کارش را خوب انجام بدهد که شما هم خوب حمایتش کنید، چه مادی و چه معنوی." "وگرنه کار درست انجام نمی شود و مریض آن مراقبت لازم را نمی گیرد."

شرکت کنندگان افزایش بهره وری خود و تیم پرستاری را منوط به دانش و آگاهی مدیران از علم مدیریت دانسته اند. به همین دلیل برگزاری دوره های آموزشی مدیریت و روابط انسانی را برای همه مدیران پرستاری و از جمله سرپرستاران لازم دانسته و می گویند: "بازآموزی به خصوص دوره های مدیریت برای مدیران بر کار پرستار خیلی تاثیر دارد. همین که مدیری بداند با پرسنل چه رابطه ای داشته باشد و چگونه می تواند موجبات بهره وری آنها را فراهم کند، باعث میشود پرسنل هم خیلی بهتر کار کنند."

نموده اند. یکی از پرستاران به مقایسه رفتار دو نفر از مدیران و تاثیر آن بر رفتار کارکنان پرداخته و می گوید: "برخورد پرسنل اینجا با هم خیلی کم شده است، چون مترون به خوبی عمل می کند، جلسه هماهنگی می گذارد و اگر بخواهد تصمیمی بگیرد نظرات را می پرسد و بارش افکار انجام می دهد. مسلماً اینها خیلی روی کار ما تاثیر می گذارد." از سوی دیگر بی توجهی به نظرات پرسنل این احساس را در آنها ایجاد می کند که مدیر یا سرپرست برای نظرات و کار آنها ارزش مناسبی قایل نیست. این امر به نوبه خود از کیفیت کار آنها خواهد کاست. یکی از شرکت کنندگان که قبلاً سرپرستار بخش بوده می گوید: "اگر پرسنل فکر کند مدیر به آنها فقط به چشم یک ابزار نگاه می کند، مسلماً ان راندمانی را که باید داشته باشند ندارند. حتی ظاهراً ممکن است کار انجام شده باشد ولی از مریض که پیرسی می گوید اصلاً با ما ارتباط برقرار نمی کند. خوب مشارکت دادن، نظر خواستن و روابط انسانی روی بهره وری تاثیر دارد."

رعایت عدالت میان کارکنان از اصول مهم مدیریت است. پرستاران رعایت این اصل را عامل دلگرمی و افزایش بهره وری دانسته اند. پرستاری می گوید: "وقتی مدیر بین پرسنلش تبعیض قائل نشود و شیفت ها را بر اساس سابقه کار عادلانه تقسیم کند، همین موجب می شود ما با دلگرمی بیشتری کار کنیم و کارمان را درست تر انجام بدهیم." در مقابل وجود تبعیض انگیزه و کارایی پرسنل را می کاهد. اکثر مشارکت کنندگان این تحقیق نیز وجود تبعیض را مانعی برای بهره وری خود و بهینه انجام شدن مراقبت دانسته اند.

به نظر شرکت کنندگان در تحقیق، سازماندهی و هدایت صحیح پرسنل همراه با حل مشکلات کارکنان از وظایف مدیران بوده و نقش موثری در ارتقای بهره وری کارکنان و دستیابی به اهداف سازمان دارد. با این وجود آنها از ناتوانی

شرکت کنندگان این مطالعه به کارگیری

شیوه های نامناسب مدیریت از جمله روش استبدادی را از علل کاهش بهره وری پرستاران دانسته اند. بر اساس یافته ها درحالی که روابط خوب، الگو بودن و حمایت مدیران از پرستاران باعث افزایش بهره وری میشود، عدم حمایت از پرسنل و اهمیت ندادن به نظرات آنها، عدم انتقاد پذیری مدیران، ترجیح منافع شخصی و اطاعت طلبی صرف مدیران موجب کاهش بهره وری آنها می شود. این یافته ها با آنچه توسط *Mc-Neese* و *Smeets* (۱۹۹۵)، *Houser* (۲۰۰۳) و *Wickstrom* و همکاران (۱۹۹۸) گزارش شده است مطابقت دارد (۱۲ و ۱۱ و ۲۳). این محققان نیز گزارش نموده اند که عملکرد و بهره وری گروه ارتباط نزدیکی با جو مدیریتی و حمایت سوپروایزران دارد. البته *Sorrentino* (۱۹۹۲) گزارش نموده است که عوامل دیگری مانند وضوح نقش و اندازه بخش روی تاثیر این حمایت اثر می کنند (۲۴). بنا بر این به کارگیری اصول روابط انسانی توسط مدیران بهداشتی و به ویژه مدیران پرستاری می تواند به افزایش بهره وری و ارتقای کیفیت مراقبت و در نهایت به اثربخشی سیستم بهداشتی کمک کند. علاوه بر آن اقداماتی مانند ایجاد سیستم های پاداش بر اساس پیمان، پایش مداوم و ارزشیابی درست پرسنل چنانچه *Curtin* (۱۹۹۵)، *Johnson* و *Ray* (۱۹۹۳)، *Hoffman* و *Mehra* (۱۹۹۹) و *Helmer* و همکاران (۱۹۸۸) نیز اشاره کرده اند، بهره وری واحد را پیشرفت خواهد داد (۲۷-۲۵ و ۲۲).

این مطالعه گراند تئوری به بررسی ادراکات و تجارب پرستاران در زمینه بهره وری پرداخت. گراند تئوری یک روش تحقیق کیفی است که برای روشن سازی فرایندهای اجتماعی

مشارکت کنندگان در این تحقیق بهره وری پرستار را در متمر ثمر بودن او برای بیمار و ارائه مراقبت با کیفیت دانسته اند. با این حال آنها معتقد بودند که رفتار و عملکرد مدیران می تواند به عنوان عامل تسهیل کننده و یا بازدارنده بهره وری پرستاران عمل کند. از دید مشارکت کنندگان این تحقیق، مدیریت موثر می تواند بهره وری پرستاران را افزایش داده و به افزایش کیفیت مراقبت که ماموریت اصلی نظام سلامت است کمک کند. عواملی مانند عدم تعادل حجم کار و تعداد پرستار بر بهره وری پرستاران تاثیر می گذارد. با این وجود به نظر می رسد که این عامل نیز متأثر از ضعف مدیریت سطوح مختلف نظام سلامت است. مدیران نظام سلامت و از جمله مدیران سطوح مختلف پرستاری می توانند با تعدیل این عوامل و طرح ریزی مجدد نحوه ارائه مراقبت، بهره وری پرستاری را افزایش دهند (۹).

صاحب نظران علم مدیریت معتقدند رفتار مدیران و کارایی و صلاحیت آنان با اثر بر بهره وری کارکنان موجبات بقا، ارتقاء و موفقیت سازمان را فراهم می آورد. به همین دلیل بهره وری کارکنان از نشانه های صلاحیت و شایستگی مدیران تلقی شده است (۲۰ و ۲۰۷). *Paul* (۱۹۹۷) در تاکید بر این امر می گوید هنگامی که سرپرستی و رهبری فرو می ریزد، بهره وری پرسنل نیز از آن تبعیت خواهد کرد (۲۱).

مشارکت کنندگان این مطالعه به عدم سازماندهی و هدایت صحیح پرسنل توسط مدیران اشاره نموده بودند. تاثیر سازماندهی نامناسب در کمبود پرسنل در مطالعه مک نیس اسمیت نیز مورد تایید قرار گرفته است. به همین دلیل *Hoffman* و *Mehra* (۱۹۹۹) سازماندهی و هدایت اثربخش را از عوامل موفقیت برنامه های بهبود بهره وری دانسته اند (۲۲).

نتیجه گیری و توصیه ها

بر اساس یافته های این تحقیق بهره وری پرستار در متمر ثمر و مفید بودن او برای بیمار و ارائه مراقبت با کیفیت است. مدیریت موثر می تواند بهره وری پرستاران را افزایش داده و به افزایش کیفیت مراقبت که مأموریت اصلی نظام سلامت است، کمک کند. یافته های این مطالعه در بالین و مدیریت کاربرد دارد. پرستاران به اهمیت جنبه های کیفی بهره وری و عوامل سهم در آن پی می برند. مدیران نیز از آنچه که از دیدگاه پرستاران موجب بهره وری می شود آگاهی حاصل نموده و می توانند زمینه افزایش بهره وری آنها، ارتقای کیفیت مراقبت و نیز افزایش کیفیت زندگی کاری پرستاران را فراهم نمایند.

نهفته در پس تعاملات انسانی بکار می رود (۸). در شرایطی که متولیان نظام بهداشتی درمانی بدون در نظرگیری نظرات پرستاران، که بزرگترین بخش از ارائه دهندگان خدمات سلامت هستند و تنها بر اساس الگوهای اقتباس شده از کشورهای دیگر، به امید افزایش بهره وری به اقداماتی مانند خصوصی سازی در بخش پرستاری پرداخته و موجی از نگرانی را در میان مردم و جامعه پرستاری ایجاد نموده اند، استفاده از رویکردهای تحقیق کیفی به ویژه گراند تئوری میتواند اطلاعات مفیدی را برای درک فرایندها و متغیرهای اساسی موثر بر بهره وری در نظام سلامت فراهم آورد.

References:

1. Crawley DBB, Schmitt JA, Colleen M. The association between worker productivity and quality of life in GERD. *AJG*. 2001;96(9):96-103.

۲. براتی ا. بهره وری شاخص پیشرفت سازمانی و رشد و توسعه یافتگی. مدیریت دولتی. ۱۳۷۴. شماره ۲۸: ۵۲-۴۱.

۳. سلطانی ایرج. "نقش توسعه منابع انسانی در ارتقای بهره وری سازمانها. مدیریت دولتی. ۱۳۷۷. شماره ۳۹: ۶۷-۵۹.

4. Rantanen HK. Internal obstacles restraining productivity improvement in small Finnish industrial enterprises. *Int J Production Economics*. 2001;69: 85-91.

5. Lofsten H. Measuring maintenance performance in search for a maintenance productivity index. *Int J Production Economics*. 2000;63:47-58.

6. Mc Gillis Hall L. Nursing intellectual capital: a theoretical approach for analysing nursing productivity. *Nursing Economics*. 2003;21(1):4-19.

7. Eastaugh SR. Hospital nurse productivity. *J Health Care Finance*. 2002;29 (1):14-22.

8. Adib Hagbagheri M, Salsali M, Ahmadi M. A qualitative study of iraniannurses' undrestanding and experiences of professional power. *Human Resources for Health*. 2004;2:9.

9. Jordan SD. Nursing productivity in rural hospital. *Nursing Management*. 1994;25(3).

10. Vincent O, Ravinder N. Measuring productivity: outcome versuss output. *Nursing Management*. 1989;20 (4).

11. Houser J. A model for evaluating the context of nursing care delivery. *J Nurs Administrat*. 2003;33(1):39-47.

12. Mc-Neese-Smeet DK. Staff nurse view of their productivity and nonproductivity. *Health care Manage Rev*. 2001;26(2).

13. Williamson J, Johnston J. Understanding, evaluating and improving productivity nursing. *Nursing Management*. 1988;19(5):49-52.

14. Brundtland GH. Strategic directions for strengthening nursing and midwifery services. *World Health Organization Geneva*. 2002.

15.

۱۶. صلصالی م. پرویزی س. ادیب حاج باقری م. روش های تحقیق کیفی. تهران. انتشارات بشری. ۱۳۸۲.

17. Strauss A, Corbin J. *Grounded theory methodology*. In: Denzin NK, Lincoln YS(eds). *Strategies of qualitative inquiry*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1998:158-183.
18. Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing, advancing the humanistic imperative*. Philadelphia: Lippincott; 2003.

۱۹. پولیت دی اف، بک سی، هانگلر بی. اصول تحقیق در پرستاری - روشها، ارزیابی، کاربرد. ترجمه ناهید دهقان نیری و احمد علی اسدی نوغابی. تهران. انتشارات اندیشه رفیع: ۱۳۸۳.

20. Polit DF, Hungler BP. *Nursing research. Principles and methods*. 6th edition. Philadelphia: Lippincott; 1999.
21. Douglass IM. *Effective nurse manager and leadership*. ST. Louis: Mosby Co; 1996.
22. Paul F. *Damage control without discipline*. *HR Focus*. 1997;74 (10):13.
23. Hoffman JM, Mehra S. *Programs management leadership and productivity improvement*. *International Journal of Quality Management*. 1997;2(2).
24. Wickstrom GH, Hannus LJM, et al. *Factors related to good group performance in nursing*. *Int J Ind Ergon*. 1998;22:327-331.
25. Sorrentino EA. *The Effect of head nurse behaviors on nurse job satisfaction and performance*. *Hospital & Health services Administration*. 1992;37(1):103-113.
26. Curtin LL. *Nursing productivity from data to definition*. *Nursing Management*. 1995;26(4):25-32.
27. Johnson BA, Ray HH. *Employee -developed pay system increases productivity*. *Personnel Journal*. 1993;72:112-118.
28. Helmer F, Suver T, James D. *Pictures of performance: the key to improved nursing productivity*. *Health Care Management Review*. 1988;13(4):65-70.