

تجربه‌های مدیریتی یک پزشک جوان در مورد یادگیری سازمانی

احمد داوری *

چکیده

بررسی بعمل آمده از مرکز بهداشتی - درمانی شماره ۴ شهرستان اردکان نشان داد، تعداد مراجعه کنندگان به مرکز با وضعیت عمومی و بهداشتی - درمانی منطقه و همچنین جمعیت تحت پوشش تناسب ندارد. مطالعات بعدی این نکته را مشخص ساخت که با وجود نیاز جمعیت تحت پوشش به خدمات بهداشتی و درمانی، به دلیل پایین بودن نحوه و کیفیت خدمات ارائه شده، مردم استقبال چندانی از مرکز به عمل نمی‌آورند. با این توجه، سرپرست مرکز به صرف امکانات موجود و با اتکا به ایجاد انگیزش در کارکنان از طریق ضابطه‌مند کردن امور، تغییر در الگوهای رفتاری سازمان، و عطف توجه سازمان به محیط و منطقه تحت پوشش موفق گردید رضایت کارکنان، ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی - درمانی، جلب رضایت مردم نیازمند و به تبع آن افزایش درآمد مرکز را به ارمغان آورد.

واژه‌های کلیدی: انگیزش کارکنان - رفتار سازمانی.

مقدمه

یکی از راه‌های تقویت و رشد سازمان برای ادامه‌ی حیات مطلوب، یادگیری سازمانی است. یادگیری سازمانی فرایندی است که از طریق تعدیل و تطبیق اقدامات سازمانی بر اساس تجربه‌ی خود و دیگران دانش جدید تولید می‌کند، اطلاعات را توزیع و تفسیر می‌کند و ادامه‌ی حیات سازمان را فراهم می‌نماید. سازمان‌ها در طول تاریخ خود با کسب اطلاعات، به شیوه‌های گوناگون و به میزان متفاوت یادگیری سازمانی را تحقق می‌بخشند.

* - عضو هیأت علمی مؤسسه پژوهش و برنامه ریزی آموزش عالی

درست است که مهمترین اطلاعات از منابع خارج از سازمان به دست می‌آید، اما سازمان‌ها هم چنانکه رشد می‌کنند، از راه تجربه و جستجوی نظام‌مند نیز می‌توانند دانش جدید کسب کنند. تجربه یکی از راههای اولیه برای کسب دانش است. مدیران می‌توانند به طور نظام‌مند و از طریق برنامه‌های منظم، از موفقیت‌ها و شکست‌ها درس بگیرند. گزارش حاضر تجربه یک پزشک جوان ایرانی است که برای حل مشکلات بهداشتی - درمانی یک منطقه موفقیت‌هایی را کسب کرده است و امید آنکه این تجربه برای سازمان‌های بهداشتی و درمانی کشور قابل استفاده باشد.

دکتر سید محمد پورهاشمی، پزشک جوانی است که سرپرستی مرکز بهداشتی - درمانی شماره ۴ اردکان^(۱) را به عهده دارد. او پیش از این در مرکز بهداشتی - درمانی شماره ۳^(۲) تجربیاتی اندوخته، و اکنون فرصت یافته است که آن تجربیات را در پیشبرد اهداف و برنامه‌های مرکز مورد استفاده قرار دهد و تجربیات جدیدی بر آنها بیافزاید.

شهر اردکان با جمعیتی بالغ بر ۴۵ هزار نفر (۹۴۸۳ خانوار) بر سر راه تهران - بندر عباس و در پنجاه کیلومتری شهر یزد قرار دارد. متوسط تعداد افراد خانوار در شهر اردکان ۴/۷ نفر و رشد جمعیت در فاصله سالهای ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۵ صفر بوده است.

در حدود ۷۵/۶ درصد زنان و ۸۶/۷ درصد مردان شهر اردکان با سواد هستند، که این نسبت در شهرستان به ترتیب ۷۴/۸ و ۸۶/۳ محاسبه شده است.

۱- شهرستان اردکان با وسعتی بالغ بر ۲۳۴۷۸ کیلومتر مربع در شمال یزد قرار گرفته، به لحاظ وسعت بزرگترین شهرستان استان محسوب است. جمعیت شهرستان بر اساس نتایج سرشماری ۱۳۷۵، نزدیک به ۶۲ هزار نفر (۱۳۱۴۳ خانوار) اعلام شده و طی سالهای ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۵ از ۱/۵ درصد رشد برخوردار بوده است. (روابط عمومی فرمانداری اردکان = نگرشی اجمالی بر موقعیت و ویژگیهای سیاسی، اجتماعی، فرهنگی و تاریخی شهرستان اردکان و اهم نیازها، صفحات ۶ تا ۹).

۲- شهرستان اردکان دارای یک مرکز بهداشت، ۴ مرکز بهداشتی - درمانی شهری، ۶ مرکز بهداشتی - درمانی روستایی و ۱۸

۱- مرکز بهداشتی-درمانی شماره ۴ شهری

مرکز بهداشتی - درمانی شماره ۴ شهری در منتهی‌الیه جنوب شرقی اردکان و در فاصله‌ای نسبتاً دور از مناطق مسکونی قرار گرفته است.

این مرکز دارای ۱۴ واحد شامل: پزشک عمومی، بهداشت دهان و دندان، تزریقات و پانسمان، پذیرش، داروخانه، آزمایشگاه، بهداشت خانواده، بهداشت محیط، بهداشت حرفه‌ای، مبارزه با بیماریها، IUD، مشاوره قبل از ازدواج، اودیو متری، وازکتومی (N.S.V) است، که جمعاً ۱۹ پرسنل^(۱) دارد. مرکز دارای یک نوبت کاری از ساعت ۷ صبح تا ۲ بعدازظهر می‌باشد.

۲- منطقه تحت پوشش

چنانکه بیان گردید، شهر اردکان با جمعیتی بالغ بر ۴۵ هزار نفر، دارای چهار مرکز بهداشتی - درمانی شهری است. اما با توجه به اینکه مرکز شماره ۴ در محلی قرار گرفته است که حداقل در دو طرف آن منطقه مسکونی وجود ندارد، جمعیت تحت پوشش مرکز به ۷۸۰۰ نفر در ۱۷۸۰ خانوار محدود است.

بافت کلی منطقه تحت پوشش، به استثنای سه شهرک تازه تأسیس، قدیمی است. در اغلب خانه‌ها دامداری در حد محدود وجود دارد. بیش از ۷۰۰ دار قالی در منطقه تحت پوشش فعال است و متجاوز از هزار نفر به قالی‌بافی اشتغال دارند.

بیماری‌های عمده‌ی منطقه بنا بر اعلام خانواده‌ها حد اقل شامل ۱۱۱ مورد ابتلای به دیابت، ۱۹۷ مورد ابتلای به فشار خون، و ۱۰۵ مورد ابتلای به بیماری قلبی عنوان شده است. در عین حال، درصد ناچیزی از مردم تحت پوشش بیمه‌ی خدمات درمانی قرار دارند.

۳- بیان مسأله

جمعیت منطقه تحت پوشش، سطح نسبتاً پایین بهداشت، وجود دامداری در منازل، و تعداد

۱- پرسنل مرکز شامل پزشک عمومی، دندان پزشک، متصدی امور عمومی، بهداشت یار، کارشناس بهداشت محیط، دو کاردان

بهداشت حرفه‌ای، چهار کاردان بهداشت خانواده، ماما، بهیار، دارویار، متصدی آزمایشگاه، متصدی پذیرش، دو خدمتگذار و راننده

کارگاه‌های قالبی بافی که لزوماً از استانداردهای بهداشتی پیروی نمی‌کنند از یک سو، و تعداد واحدهای مرکز بهداشتی - درمانی از سوی دیگر، سرپرست مرکز را متوجه می‌سازد که تعداد مراجعات مرکز کمتر از حد مورد انتظار است.

این توجه باعث می‌شود که وی مطالعاتی را در این خصوص آغاز کند. بر اثر مطالعات اولیه وی در می‌یابد که:

۳-۱ ساختمان مورد استفاده مرکز اساساً برای بیمارستان طراحی و مکان‌یابی شده است. حال آنکه دسترسی به آن به عنوان یک مرکز بهداشتی - درمانی که مراجعات معمولی و مکرری را ایجاب می‌کند آسان نیست، بخصوص که مرکز تقریباً با محل سکونت اغلب افراد تحت پوشش فاصله زیادی دارد (۱).

۳-۲ حدود ۹۰ درصد از مراکز ارایه‌ی خدمات درمانی شامل مطب خصوصی پزشکان، بیمارستان‌ها، پلی کلینیک تخصصی، آزمایشگاه‌ها و رادیولوژی در منطقه‌ی تحت پوشش مرکز بهداشتی، درمانی شماره ۴ قرار دارند.

۳-۳ برخی از واحدهای مرکز از جمله واحد بهداشت دهان و دندان، و IUD فقط دو روز در هفته فعال هستند.

۳-۴ کیفیت ارایه خدمات در واحدهای مرکز کمتر از حد مورد انتظار مراجعان است.

۳-۵ شناخت مردم منطقه از وضعیت خود و امکانات بهداشتی - درمانی کافی و کامل نیست.

۴- در جستجوی راه حل

بهره برداری بهینه از امکانات مرکز و ضرورت پاسخگویی به نیازهای بالقوه‌ی مردم منطقه ایجاب می‌کرد که مشکلات بیان شده به نحوی از انحا مرتفع شود. در همین خصوص، اقداماتی به شرح زیر انجام شد:

۱- به گفته مراجع کنندگان، استفاده از امکانات مرکز به حداقل دو ساعت صرف وقت نیاز دارد. به علاوه، هزینه قابل توجهی

برای رفت و آمد باید مصرف شود، در حالیکه از نظر آنان کار خاصی که ارزش این هزینه را داشته باشد، برایشان انجام شود.

۱-۴ در خواست برقراری خط مینی بوسرانی شهری: منتج از هماهنگی با شهردار و مسئول مینی بوسرانی شهری طی نامه‌ای به شهرداری، با تشریح مشکلات مردم در دسترسی به امکانات مرکز در خواست شد مسیر مینی بوسرانی شهری به گونه‌ای تنظیم شود که دسترسی مردم، بخصوص ساکنان شهرک‌های اطراف مرکز بهداشتی - درمانی امکان پذیر گردد.

۲-۴ آگاهی بخشی به مراجعان: هر چند پایین بودن کیفیت خدمات مرکز قابل کتمان نبود، با این حال کم ارزش شمردن خدمات مرکز در قیاس با هزینه و زمانی که برای دسترسی به این خدمات مصروف می‌شد، می‌توانست از فقدان آموزش کافی و ناآگاهی مراجعان از کم و کیف خدمات بهداشتی - درمانی و آثار مترتب بر استفاده از آنها در زندگی فردی و خانوادگی، ناشی شده باشد. برای رفع این مانع ضروری بود که افراد و گروه‌های تحت پوشش مرکز به روش‌های گوناگون و متناسب با موقعیت خاص خود، مورد آموزش قرار گیرند. این برنامه در دو مسیر موردی طراحی و به اجرا گذاشته شد:

اجرای آموزش‌های موردی و خاص: نظر به اهمیت و اثر بخشی آموزش چهره به چهره، اجرای آموزش‌های موردی و خاص به عنوان جزیی از برنامه پزشک در جریان پذیرش، معاینه و مداوای مراجعان تعریف شد^(۱).

● برگزاری کلاسهای آموزشی مداوم برای مراجع کنندگان: به موازات این اقدام برای سه روز در هفته کلاس‌های آموزشی مداوم و مستمری برای مراجع کنندگان برگزار شد، با این هدف که تمامی مراجع کنندگان به مرکز، تحت پوشش آموزشهای لازم در زمینه‌های مربوط قرار گیرند و این در شرایطی بود که مراجع کنندگان اصولاً از اهمیت فعالیت‌های واحدهای مختلف مرکز آگاه نبودند و مراجع آنان - به عنوان نمونه، به واحد بهداشت خانواده - معمولاً به واکسناسیون کودک و یا دریافت وسایل پیشگیری از بارداری محدود بود. صرف نظر از این موارد محدود، ممکن بود برای ماهها و حتی سالها مراجع‌های به مرکز انجام نشود.

۱- در این حال، پزشک برحسب مورد ماهیت بیماری، علل بروز، روش‌های پیشگیری از ابتلا و سرایت بیماری، آثار و عوارض

برای جلب مراجعه کنندگان به شرکت در کلاسها، برنامه‌های آموزشی و زمان تشکیل کلاسها به اطلاع مراجعه کنندگان رسید، ضمن اینکه دعوت‌نامه شرکت در کلاسها از طریق رابطان بهداشت^(۱) برای گروه‌های هدف ارسال شد. از آنجا که احتمال داشت تعدادی از افراد تحت پوشش مرکز به دلایل گوناگون قادر به شرکت در کلاسهای آموزشی در محل مرکز نباشند، با کمک رابطان بهداشت، حسب مورد و لزوم نسبت به تشکیل کلاسهای آموزشی در محلات اقدام شد.

به لحاظ اهمیت بهداشت مدارس^(۲) هماهنگی‌های لازم با اداره آموزش و پرورش شهرستان به عمل آمد، و به دنبال آن جلسه‌آشنایی و هماهنگی با مدیران مدارس تحت پوشش مرکز برگزار و اهداف و فعالیت‌های بهداشت مدارس برای آنان تشریح گردید. بر اثر این هماهنگی، تشکیل کلاسهای آموزشی مدارس، علاوه بر کلاسهای مرکز و محلات در مدارس تحت پوشش منطقه بر حسب مقطع تحصیلی برنامه‌ریزی و به اجرا گذاشته شد. برای هماهنگی در تدریس سرفصلها، محتوا، و نکات مهم و اساسی هر مبحث بتدریج تدوین شد و در اختیار مدرسان قرار گرفت.

در مجموع، طی سال ۱۳۷۸، در حدود ۱۱۶ کلاس در مرکز، و ۲ کلاس در محلات برگزار شد، که در آن کلاسها به ترتیب ۱۰۱۳ و ۱۰۰ نفر شرکت کردند و همچنین، ۳۲ کلاس آموزشی، طی سه ماهه زمستان، در مدارس تحت پوشش برگزار شد. تشکیل کلاسهای آموزشی و توجیهی برای کلیه اصناف، و آموزش چهره به چهره به هنگام باز دید از کارگاهها را نیز باید بر این موارد افزود. در برگزاری کلاسهای اخیر، علاوه بر هدف کلی آموزش و اصلاح رفتار، سعی بر آن بود که ارتباطی دو طرفه بین مرکز و اصناف ایجاد شود. علاوه بر این موارد در جهت توسعه و عمق بخشیدن به

۱- هدف اصلی از اجرای طرح رابطان بهداشت، برقراری ارتباط دو طرفه بین مردم و مراکز بهداشتی - درمانی است. به موجب این طرح آحاد مردم که آمادگی انجام وظایف مربوط را داشته باشند، انتخاب می‌شوند و تحت آموزش قرار می‌گیرند. عمده وظایف رابطان بهداشت، آگاهی بخشی به مردم در حدود آموخته‌ها و پیگیری مسایل بهداشتی - درمانی آنان است.

۲- بهداشت مدارس از این حیث اهمیت داشت که اولاً، امکان آموزش جمعی را فراهم می‌ساخت تا آنجا، به لحاظ شرایط سنی دانش‌آموزان، زمینه آموزش عادت‌های صحیح بهداشتی به آنان فراهم بود. ثالماً دانش‌آموزان می‌توانستند رابطان مناسبی برای خانواده‌ها باشند.

آموزش‌ها، جزوه‌های کوچکی، به زبان ساده تهیه شد و به رایگان در اختیار مراجعه‌کنندگان قرار گرفت (۱).

۳-۱۴ ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی-درمانی: با توجه به تجارب به دست آمده در مرکز بهداشتی-درمانی شماره ۳، برای مدیر مرکز مشخص بود که افزایش کیفیت خدمات باعث ایجاد اعتماد مردم و به تبع آن موجب افزایش مراجعات ضروری آنان به مرکز و بهره‌گیری از امکانات بهداشتی-درمانی خواهد شد. بر همین اساس، در صدد برآمد تا علل پایین بودن کیفیت خدمت بهداشتی-درمانی مرکز را مورد بررسی قرار دهد. به همین دلیل وی از نخستین روزهای شروع به کار، عملکرد همکاران خود را در مرکز به دقت زیر نظر گرفت، مشکلات و گرفتاری‌های فردی و نارسایی‌های سازمانی را از فرد فرد آنان جویا شد. همچنین، خود را در معرض مراجعه‌کنندگان به مرکز قرارداد تا با طرز تلقی و دیدگاه‌های آنان در موضع خدمات بهداشتی-درمانی و عملکرد مرکز آشنا شود.

وی پس از انجام این مطالعه-به زعم خود-دلایل پایین بودن کیفیت خدمات بهداشتی-درمانی را در هفت مورد تبیین کرد:

- عدم نظارت بر فعالیتهای پرسنل مرکز
- درگیر نبودن پزشک مرکز در فعالیت واحدها
- عادی تلقی شدن فعالیتهای
- فقدان دانش کافی در خصوص فعالیتهای و اهمیت آنها به دلیل نادیده گرفتن ضرورت بازآموزی

کارکنان

- فقدان انگیزه در کارکنان (۲)

- بی ارزش شمردن مراجعان

۱- به عنوان نمونه، می‌توان به جزوه‌های پایش رشد و سلامت کودکان (۶صفحه)، تغذیه تکمیلی (۱۰صفحه)، و پیشگیری و

درمان اسهال (۱۰صفحه) اشاره کرد، که در محتوایی مناسب تهیه شده است.

۲- ناکافی بودن درآمد، وجود تبعیض، نظام تشویق و تنبیه نامتناسب و بیموقع، وجدان کاری رنگ باخته و گرفتاری‌های

شخصی از اهم دلایل مؤثر بر فقدان انگیزه عنوان شده بود.

● توجه مراکز بالادست به کمیت خدمات با این توجه، آگاهی بخشی به کارکنان و افزایش انگیزه آنان^(۱) برای خدمت بیشتر و مناسب‌تر به مردم، علاوه بر آموزش مراجعان بیشتر و مناسب‌تر به مردم، علاوه بر آموزش مراجعان به عنوان دو محور اساسی در بهبود نظام مدیریت مرکز مورد توجه نظام مدیریتی مرکز مورد توجه قرار گرفت.

در جهت افزایش آگاهی و بازآموزی کارکنان، دوره‌های آموزشی هفتگی در قالب کنفرانس‌های علمی با حضور پزشک مرکز برگزار شد. به علاوه، با برگزاری کلاسهای آموزش عملی، شیوه صحیح گرفتن فشار خون، معاینه تیروئید، معاینه سینه و... به صورت عملی آموزش داده شد. اما اجرای دوره‌های نوآموزی و بازآموزی به کارکنان مرکز محدود نماند، بلکه به رابطان نیز ارتباط پیدا کرد. در همین خصوص با کمک همکاران واحد بهداشت خانواده، کلاس کمکهای اولیه و امداد برای رابطان برگزار شد.

۴-۱۴ افزایش انگیزه کارکنان، در جهت انگیزه بخشیدن به کارکنان مدیریت مرکز از امکانات مالی محدودی برخوردار بود. با این حال، از همان آغاز این امکانات محدود نیز براساس ضوابطی مبتنی

۱- با توجه به تجربیات قبلی، برای مدیر مرکز مسلم بود که ایجاد انگیزه در کارکنان فقط با افزایش پرداختها فراهم نمی‌شود. به زعم وی قبل از هر چیز کارمند باید مدیریت را برای موقع و موضعی که در آن قرار گرفته است قبول داشته باشد و این همه ایجاب می‌کند که مدیر با کارکنان صادق باشد؛ خود در انجام آنچه از ایشان انتظار دارد پیشقدم باشد؛ قایل و عامل به تبعیض نباشد؛ در عین جدی و پیگیر بودن در مواردی هم که قابل اغماض است و ضرر و زیانی را به نظام و مردم متوجه نمی‌کند گذشت داشته باشد؛ هیچ‌گاه در صدد بهانه جویی و مچ‌گیری نباشد؛ در حل مشکلات کارکنان به آنان کمک کند و در مواردی که امکان کمک وجود نداشته باشد، با رفتار خود نشان دهد که مشکل را درک کرده است؛ در نقد عملکرد کارکنان به گونه‌ای عمل کند که آنان نقادی را نه در جهت تضعیف خود، بلکه به عنوان عاملی مؤثر در جهت بهبود فرآیند و ارتقای کیفیت خدمت بشناسند؛ در مورد مسایل و مشکلات غیر سازمانی کارکنان، بی‌اعتنا نباشد و در مصایب و دشواری‌ها از آنها دلجویی کند و...

بر کارکرد افراد و آثار مترتب بر فعالیت‌های آنان توزیع شد^(۱).

به موازات ضابطه‌مند کردن توزیع اضافه‌کار، مدیر مرکز تمامی آنچه را در مرکز بهداشتی - درمانی شماره ۳ آموخته بود، به اجرا در آورد و مبتنی بر آن اعمال ضوابط در همه شئون، مبنای کار قرار گرفت. برای هر یک از کارکنان شرح وظیفه‌ای مدون گردید و ارزیابی کارکنان بر اساس عمل به آن صورت گرفت.

علاوه بر آن، در آموزشهای چهره به چهره و کنفرانس‌های علمی و آموزشی، به عموم کارکنان القا شد که اثر بخشی فعالیت‌های خود را در رضایت مراجعان و استفاده‌ی بهینه و مؤثر آنان از خدمات بهداشتی - درمانی ببینید. در همین حال، مدیر مرکز با بازگذاشتن در اتاق خود رسیدگی به مسایل و مشکلات مبتلا به کارکنان و مراجعان - به عنوان ضامن هدایت امور به سمت اصلاح - را در اولویت امور جاری خود قرار داد.

نتیجه‌ی این نحو برخورد، مؤید تجربه قبلی بود و تنها در موارد محدودی دل‌نگرانی و رنجش خاطر، مقاومت مهمی در برابر این برنامه ایجاد کرد. ضابطه‌مند شدن امور این اطمینان خاطر را برای غالب کارکنان به وجود آورد که آثار مترتب بر رفتار و عملکرد آنان به راحتی قابل پیش‌بینی است، و هر کس می‌تواند با توجه به انتظاراتی که از مدیر و سازمان متبوع خود دارد در خصوص نحوه‌ی عمل خود تصمیم‌گیری کند. در عین حال آموزش کارکنان و آگاه ساختن آنان بر آثار اجتماعی فعالیت‌هایشان نیروی محرکی شد که کارکنان خدمت به هم‌نوعان خود را خدمت به خود تلقی کنند و مراجعان را جدای از خود نبینند.

۴-۵ خدمات تکمیلی: با توجه به فضای جدیدی که در روابط کارکنان از یک سو و مدیریت و کارکنان از سوی دیگر ایجاد شده بود، پاسخگویی به مراجعان به صورتی مناسب‌تر انجام شد. به علاوه به

۱- تغییر در توزیع اضافه‌کار ماهانه - به عنوان تنها امکان سریع‌الاثراعمال مدیریت - در آغاز با گلايه‌ها، مقاومتها و دلخوری‌هایی همراه شد. اما این آثار به زودی با تبیین ضوابط مورد عمل برای سؤوال‌کنندگان و آگاهی بخشی به آنان در خصوص ضرورت جایگزینی ضابطه به جای نظر شخصی و سلیقه‌ای مرتفع گردید، و فضایی آرامش بخش و مطمئن در بین کارکنان به وجود آورد.

صورتی برنامه ریزی شده از مراجعه افراد تحت پوشش به مرکز حسن استفاده به عمل آمد؛ به این ترتیب که خدمات یکسانی در اختیار آنان قرار گرفت. به عنوان نمونه، برای مادری که به خاطر واکسیناسیون فرزندش مراجعه می‌کرد، علاوه بر آموزش، اقداماتی نظیر پاپ اسمیر، معاینات دوره‌ای و... انجام می‌شد. به علاوه، سعی شد فعالیت‌هایی که جزو وظایف واحد بود، اما پرداختن به آنها به مرور کم رنگ یا منتفی شده بود دوباره احیا شده، جزو امور جاری قرار گیرد. این فعالیتها شامل معاینه قلب، ریه، تیروئید، پستان، اندازه‌گیری دقیق فشار خون، رسم منحنی رشد کودکان و موارد نظیر این بود که باز پرداختن به آنها تأثیر شگرفی در بازیابی اعتماد مردم به مرکز بهداشتی - درمانی داشت.

۴-۶ پیگیری نتیجه ارجاع بیماران: با توجه به اینکه یکی از وظایف معمولی مرکز بهداشتی - درمانی، حسب مورد لزوم ارجاع بیماران به سطوح بالاتر درمانی است. اطلاع از کم و کیف و حاصل اقدامات انجام یافته، برای ارجاع دهنده حایز اهمیت است. با توجه به آنکه پیش از این نتیجه ارجاع بیماران مشخص نبود، به ابتکار مرکز بهداشتی - درمانی و با هماهنگی به عمل آمده با متخصصان، فرم ارجاع پستی طراحی شد و مورد استفاده قرار گرفت. در خصوص بهره‌گیری از این فرم، لازم به یادآوری است که برای هر بیمار فرم ارجاع تکمیل می‌شد و در اختیار وی قرار می‌گرفت. بیمار با مراجعه به متخصص فرم را در اختیار وی قرار می‌داد. پزشک متخصص پس از معاینه، قسمت دوم فرم را تکمیل و از طریق پست به مرکز بهداشتی - درمانی ذریبط ارسال می‌کرد. به این ترتیب، مرکز ارجاع دهنده از نتایج ارجاع آگاه می‌شد و مدرک مزبور را در پرونده بیمار ضبط می‌کرد.

۴-۷ پیگیری بیماران دیابتی: طرح پیگیری بیماران دیابتی با هدف شناسایی بیماران در معرض خطر، از اوایل پاییز ۱۳۷۸ در مرکز بهداشتی - درمانی شماره ۴ شروع شد که تا پایان ۱۳۷۹ حدود ۸۰۰ نفر غربالگری شدند، که از آن میان ۳۷۵ نفر در معرض خطر قرار داشتند و ۳۱ نفر از آنان به عنوان بیمار دیابتی جدید شناخته شدند. به منظور اجرای این طرح، طی نامه‌ای به عنوان سرپرستان خانواده‌های تحت پوشش مرکز با تشریح آثار و عوارض ناشی از بیماری قند (دیابت) از آنان و تمام افراد سی ساله به بالای خانوارها دعوت به عمل آمد تا از حیث ابتلا به بیماری قند مورد آزمایش و معاینه قرار گیرند.

همچنین، از روحانیون ساکن در منطقه تحت پوشش (برای آشنایی با طرح بررسی بیماری دیابت

و عوارض آن) دعوت به عمل آمد و توضیحات لازم در این خصوص داده و از آنان درخواست شد تا مباحث مطروح شده را به مردم منعکس سازند.

علاوه بر این موارد، در جهت اطلاع از آخرین وضعیت بیماران دیابتی با توجه به اینکه احتمال داشت بیماران به پزشکان مختلفی در سطح شهر مراجعه کنند؛ طی نامه‌ای ضمیمه به فرم پیگیری بیماران دیابتی برای پزشکان شهر که در اختیار هر بیمار قرار می‌گرفت، از آنان خواسته شده بود که در صورت مراجعه بیماران دیابتی، روند درمان، وضعیت بیماری، عوارض احتمالی ناشی از بیماری و آزمایش‌های وی را پزشک در فرم بیمار ثبت کند. اطلاعات مندرج در این فرمها پس از تحویل به مرکز توسط بیمار، به فرم اصلی پیگیری بیماران دیابتی که در مرکز وجود داشت، انتقال می‌یافت و به این ترتیب، وضعیت بیماران دیابتی تحت پوشش مرکز همواره در دسترس بود.

۴-۸ بازدید مدارس و معاینه دانش‌آموزان: کلیه مدارس تحت پوشش منطقه از حیث بهداشت محیط

مورد بازدید قرار گرفت و نواقص بهداشتی موجود برابر فرمهای خاص به مدرسه و اداره کل آموزش و پرورش شهرستان منعکس شد، که با پیگیری به عمل آمده برای رفع بخشی از نواقص اقدام شد. در همین حال، کلیه دانش‌آموزان سال اول دبیرستان واکسینه شدند.

همچنین، کلیه دانش‌آموزان تحت پوشش^(۱) (۹۴۶ نفر) مورد معاینه قرار گرفتند و موارد بیماری پس از تشخیص، حسب مورد به مرکز بهداشتی-درمانی و یا مراکز تخصصی بالاتر ارجاع داده شد. نکته قابل توجه در این اقدام آن بود که با توجه به هماهنگی‌های به عمل آمده با اداره کل آموزش و پرورش، نام نویسی از داوطلبان ورود به کلاس اول ابتدایی، بدون اعلام معاینه آنان صورت نمی‌گرفت.

۴-۹ بهداشت حرفه‌ای: در منطقه، تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی شماره ۴، ۷۱۰ کارگاه خانگی

با ۱۰۳۴ کارگر و ۲۰۸ کارگاه غیرخانگی با ۵۰۹ کارگر وجود داشته است، که ۲۸۶ کارگاه خانگی مورد بازدید قرار گرفته و در مورد کارگاه‌های غیر خانگی ۸۵ پرونده بهداشتی تشکیل و ۷۱ مورد معاینات دوره‌ای انجام شده است.

۱-۴ سایر اقدامات حمایتی: به منظور کامل نمودن خدمات بهداشتی - درمانی و جلب اعتماد و رضایت بیماران و مراجعان اقدامات دیگری به شرح زیر صورت گرفت:

- با بررسی میزان مصرف دارو، ترتیبی اتخاذ شد که همواره کلیه داروهایی که در نمودار سازمانی مراکز بهداشتی - درمانی قرار دارد، در داروخانه مرکز موجود باشد
- به منظور رعایت حال مراجعان، دریافت حق معاینه به مورد تشخیص و تجویز دارو شد^(۱).
- واحد بهداشت دهان و دندان، از تیر ماه سال ۱۳۷۸ برای پنج روز در هفته فعالیت خود را آغاز کرد.

- تعداد رابطان بهداشت از ۲۰ نفر به ۳۳ نفر افزایش یافت.

۵- جمع‌بندی عملکرد

- ۵-۱ انجام خدمات مشاوره‌ای برای ۶۰۸ زوج جوان.
- ۵-۲ پاسخگویی به ۱۶۰۰ مورد مراجعه به واحد IUD.
- ۵-۳ برگزاری ۱۱۶ کلاس آموزشی در مرکز بهداشتی - درمانی با ۱۰۱۳ شرکت‌کننده، ۲ کلاس آموزشی در محلات با ۱۰۰ شرکت‌کننده و ۳۲ کلاس آموزشی در مدارس تحت پوشش منطقه.
- ۵-۴ افزایش نسبت مراجعان به واحدهای مختلف مرکز در فاصله خرداد ۱۳۷۸ تا خرداد ۱۳۷۹ از ۵۷/۳ درصد به ۶۰/۴ درصد (حوزه تنظیم خانواده)، از ۸۱ درصد به ۹۴/۸ درصد (حوزه مراقبت اطفال زیر یک سال) و از ۱۹/۵ درصد به ۲۳/۷ درصد (حوزه مراقبت از اطفال ۱-۶ سال).
- ۵-۵ اجرای طرح دیابت با بررسی ۸۰۰ نفر از افراد تحت پوشش و شناسایی ۶۷۵ بیمار در معرض خطر و ۳۱ بیمار جدید.
- ۵-۶ صدور ۴۳۲ کارت بهداشتی برای اصناف.
- ۵-۷ افزایش سهم بهسازی فروشگاه‌های عرضه مواد غذایی از ۵۸ درصد به ۶۶/۵ درصد و اماکن عمومی از ۴۳ درصد به ۵۱ درصد طی سال ۱۳۵۸.

۱- پیش از این مراجعه‌کننده حداقل در دو نوبت (معاینه و درخواست آزمایش، بررسی نتیجه آزمایش، تشخیص، و تجویز

۵-۸ بازدید از ۲۸۶ کارگاه خانگی، تشخیص ۸۹ کارگاه دارای نقص بهداشتی، معاینه ۴۹ نفر از کارگران و تشخیص موارد بیماری آنها، تشکیل ۸۵ پرونده بهداشتی و انجام ۷۱ مورد معاینات دوره‌ای برای کارگاه‌های غیر خانگی.

۵-۹ افزایش متوسط درآمد ماهانه‌ی واحد بهداشت دهان و دندان از حدود ۴۵۰ هزار ریال به ۱۵۰۰ هزار ریال.

۵-۱۰ افزایش تعداد آزمایش‌های انجام شده در مرکز از ۶۴۷۸ مورد در سال ۱۳۷۷ به ۷۴۵۷ مورد در سال ۱۳۷۸ و افزایش درآمد ناشی از آزمایش‌ها از ۹۴۰۰ هزار ریال به ۱۲۴۴۰ هزار ریال.

۵-۱۱ افزایش تعداد نسخ پیچیده شده در مرکز از ۲۸۱۰ مورد در سال ۱۳۷۷ به ۵۲۵۲ مورد در سال ۱۳۷۸ (۸۶ درصد).

۵-۱۲ افزایش درآمد مرکز از ۳۵۴۸۰۰ هزار ریال در سال ۱۳۷۷ به ۸۴۲۰۰ هزار ریال در سال ۱۳۷۸ (۲۳۵ درصد).

نتایج این بررسی موردی نشان می‌دهد که استقبال مردم از خدمات بهداشتی - درمانی و به تبع آن افزایش درآمد مرکز در ارتباط مستقیم با کیفیت خدمات بهداشتی - درمانی قرار دارد، که خود می‌تواند شاخص ارزیابی عملکرد مدیران باشد^(۱).

فهرست منابع

- ۱- نگرشی اجمالی بر موفقیت و ویژگی‌های سیاسی، اجتماعی، فرهنگی و تاریخی شهرستان اردکان و اهم نیازها، روابط عمومی فرمانداری اردکان، ص ۹-۶.

۱- در حال حاضر، دکتر سید محمد پور هاشمی با انتصاب به سرپرستی شبکه بهداشت و درمان شهرستان اردکان عرصه وسیع‌تری را برای اعمال تجربه‌های قبلی و کسب تجربه‌های جدید دارد. طبیعتاً ارزیابی عملکرد این مدیر جوان در مسؤلیت جدید، به بررسی دیگری نیازمند است.

The Exprience of a Young Physician in Organizational Behaviour

A. Davari*

The present study investigated the quality of services offered by No.4 Health Center in Ardekan. It was found that, due to the poor quality of the services, Patients are not reasonably attracted to the center. However, the head of the center managed to raise the quality of services and employee satisfaction through implementation of motivational program for the staff, Which also led to patient satisfaction.

Key words: Personal Motivation, Organization Behaviour.

* Faculty Members Higher Education Planning and Research Institue.