

فرهنگ بهره وری در قلمرو مراقبت بالینی: مطالعه کیفی

عباس حیدری^۱ / علی وفايي نجار^۲ / محمود بخشی^۳

چکیده

مقدمه: عمده‌ترین عامل رشد هزینه‌های سلامت در بسیاری از کشورها خدمات بیمارستانی است؛ بنابراین، توجه به مقوله بهره وری و شناسایی عوامل تاثیرگذار بر آن به عنوان یک اولویت مطرح است. مطالعه حاضر با هدف تبیین عوامل تاثیرگذار بر فرهنگ بهره وری از دیدگاه ارائه دهندگان خدمات سلامت انجام شده است.

روش‌ها: این مطالعه به روش قوم نگاری انجام شد. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از مصاحبه، مشاهده و بررسی مصنوعات فرهنگی در دو بیمارستان بزرگ دانشگاه علوم پزشکی مشهد صورت گرفت. مصاحبه‌ها به صورت نیمه‌ساختار با ۳۵ مطلع کلیدی از بین مدیران و سایر افراد حرفه‌ای سلامت انجام شد. تحلیل داده‌ها براساس روش مایلز و هابرمن انجام شد. به منظور تعیین صحت و اعتبار داده‌ها از معیارهای گوبا و لینکلن استفاده شد.

یافته‌ها: داده‌ها در دو قلمرو اصلی، یعنی مدیریت منابع و کیفیت مراقبت مفهوم‌پردازی شدند. وجدان‌کاری، دانش و تجربه، امکانات و تجهیزات و مسائل انگیزشی و مدیریتی، عوامل اصلی تاثیرگذار بر قلمروهای مطالعه بودند. وجدان‌کاری به عنوان مهم‌ترین عامل زمینه‌ای تاثیرگذار بر فرهنگ بهره وری، تحت تاثیر دانش و تجربه بالینی کارکنان و عوامل انگیزشی قرار داشت.

نتیجه‌گیری: حجم کاری زیاد، نبود انگیزش مناسب، کمبود دانش و آگاهی در مورد شیوه تامین و نگهداری وسایل و تجهیزات، محدودیت منابع و نظارت ضعیف، باعث می‌شود که بهره‌وری هر فرد، عمدتاً تحت تاثیر وجدان و تعهد فردی وی قرار گیرد؛ بنابراین، اقداماتی در راستای تقویت وجدان‌کاری و تعهد حرفه‌ای کارکنان، توجه به عوامل انگیزشی، اصلاح سیستم تامین منابع بیمارستانی، برگزاری دوره‌های آموزشی مرتبط با بهره وری و مدیریت موجودی بخش توصیه می‌شود. **واژه‌های کلیدی:** بهره وری، فرهنگ، وجدان، بیمارستان

• وصول مقاله: ۹۶/۰۷/۰۹ اصلاح نهایی: ۹۷/۰۱/۱۰ پذیرش نهایی: ۹۷/۰۵/۱۵

۱. استاد گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲. استاد گروه بهداشت و مدیریت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۳. استادیار گروه هوشبری و اتاق عمل، دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران؛

نویسنده مسئول (bakhshim@mums.ac.ir)

مقدمه

در سال‌های اخیر، تغییرات بی‌سابقه‌ای در اقتصاد سیستم‌های مراقبت و درمان رخ داده است. پیشرفت فناوری، توسعه درمان‌های جدید، افزایش توقعات اجتماعی و سن جمعیت، باعث افزایش سریع هزینه‌های مراقبت سلامت شده و به طور مداوم در حال افزایش است. [۱-۳] آمریکا پرهزینه‌ترین سیستم مراقبت سلامت را در جهان دارد و هزینه‌های خدمات سلامت آن همچنان در حال افزایش است، به طوری که، هزینه‌های مراقبت سلامت در سال ۲۰۱۴، ۱۷/۱ درصد گزارش شده است و پیش‌بینی می‌شود که در سال ۲۰۳۵ به ۲۶ درصد افزایش یابد. [۴،۵] کشورهای دیگر مقدار کمتری از تولید ناخالص داخلی خود را برای سلامت و درمان هزینه می‌کنند، اما در آنها نیز این هزینه‌ها در حال افزایش است. [۶] در ایران نیز هزینه‌های مراقبت و درمان در سال‌های گذشته شتاب گرفته است و فشارهای جدی بر سیستم سلامت از نظر تامین منابع وارد می‌شود [۷]؛ چنان‌که سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی از ۴/۴ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۶/۹ درصد در سال ۲۰۱۴ افزایش یافته است. [۸]

در بین اجزای مختلف سیستم‌های بهداشت و درمان، بیمارستان‌ها استفاده‌کنندگان عمده منابع مالی نظام سلامت هستند و در کشورهای در حال توسعه، تقریباً ۵۰ تا ۸۰ درصد از هزینه کل بخش بهداشت و درمان به خدمات بیمارستانی اختصاص دارد. [۹] محدودیت شدید منابع و افزایش روزافزون هزینه خدمات بیمارستانی، توجه به اقتصاد سلامت و بهره‌وری در ارائه خدمات بیمارستانی را دوجندان کرده است. [۱۰] یکی از اقدامات سازمان‌های مراقبت و درمان در پاسخ به چالش‌های اقتصادی در حوزه خدمات بیمارستانی، افزایش بهره‌وری نیروی کار است. [۱۱] ارائه‌دهندگان خدمات سلامت تلاش می‌کنند با ارتقای بهره‌وری، مدیریت بهتر نیروی کار، استفاده منطقی از وسایل، موجودی و تجهیزات، کنترل هدررفت، بهبود فعالیت‌های بالینی، ترخیص سریعتر بیمار و در عین حال کنترل هزینه‌ها، نقش موثری در مدیریت اقتصادی

بیمارستان ایفا کند. [۱۲،۱۳] مطالعات متعددی در زمینه عوامل سازمانی موثر بر عملکرد و بهره‌وری، [۱۴،۱۵] نقش مدیران اجرایی و بالینی در بهبود عملکرد شغلی و بهره‌وری کارکنان [۱۶-۱۸] و نحوه مصرف منابع در بیمارستان و مسائل اقتصادی مرتبط با آن [۱۹-۲۱] انجام شده است که در آنها ارتباط عوامل مختلف محیط کاری با بهره‌وری بررسی شده است. عوامل زمینه‌ای مانند ویژگی‌های شغلی، سبک مدیریت، جهت‌گیری کیفیت خدمات، جبران و مزایا بر نگرش کارکنان نسبت به محیط بالینی خود و انتظارات بالینی آنها تاثیر دارد و به نوبه خود بر پیامد شغلی آنها مانند رضایت شغلی، میل به ترک، تنش شغلی، تعهد سازمانی و در نهایت بهره‌وری تاثیر می‌گذارد، [۲۲،۲۳] اما از دیدگاه صاحب‌نظران، بررسی‌های اقتصادی نباید بدون توجه به زمینه تصمیم‌گیری و تعاملات اجتماعی انجام شود. [۲۴،۱۰] در مطالعه اقتصادی در بیمارستان، لازم است علاوه بر جستجوی ابعاد مختلف بهره‌وری، نقش عوامل زمینه‌ای مختلف در شکل‌گیری ارزش‌ها و باورهای فرهنگی و در نتیجه عملکرد کارکنان بررسی شود. [۲۵] زندگی و کار در بیمارستان، فرهنگی را به وجود می‌آورد که به طور هم‌زمان به وسیله کارکنان و شرایطی که آنها باید در آن حاضر باشند، به وجود می‌آید. [۲۶] فرهنگ به مجموعه‌ای از ارزش‌ها، فرضیات و عقاید اساسی مشترک گفته می‌شود که بر روش انجام فعالیت‌ها در محیط کاری تاثیر می‌گذارد. [۲۷] فرهنگ ممکن است از طریق ارزش‌ها، عقاید و هنجارهای جاگرفته درون بیمارستان، بر کارآیی و اثربخشی فعالیت‌های مراقبتی، نحوه مدیریت منابع و امور مالی بیمارستان تاثیر بگذارد که در مقابل به شکل‌گیری روش‌هایی که اعضای سازمان با یکدیگر تعامل می‌کنند و درگیر هستند، کمک می‌کند. [۲۸،۲۹] مطالعات قبلی در زمینه بهره‌وری بیمارستان عمدتاً به روش کمی انجام شده است و نقش عوامل مختلف از جمله ویژگی‌های فردی، شغلی، سازمانی، مدیریتی، آموزشی و غیره به صورت جداگانه و بدون توجه به تاثیر زمینه بررسی شده و کمتر به نقش آنها در شکل‌گیری فرهنگ بهره‌وری محیط کاری ارائه‌دهندگان پرداخته شده است. در حالی که

مصاحبه، مشاهده و بررسی مستندات و مصنوعات فرهنگی در بازه زمانی مهرماه ۹۲ تا آبان ۹۴ انجام شد. مستندات مورد بررسی شامل بایگانی و تابلوهای اعلانات واحدهای بالینی، برنامه راهبردی بیمارستان، دستورالعمل‌ها، پرونده بیماران، وبسایت بیمارستان، موجودی انبار واحدهای بالینی و بیمارستان، اطلاعات عددی مانند ضریب اشغال تخت، تعداد پذیرش و ترخیص در ماه، آمار فوتی‌ها و غیره بود. مصاحبه‌ها به صورت رسمی و نیمه‌ساختارمند با مشارکت کنندگان، از قبیل ارائه‌دهندگان مستقیم خدمات شامل پزشکان و پرستاران و سایر افراد حرفه‌ای سلامت مانند روسا، مدیران و مسئولان واحدها انجام شد. بیان تجربیات توسط مشارکت کنندگان در زمینه بهره‌وری اقتصادی خدمات بیمارستانی و عوامل موثر بر آن، سؤال اصلی مصاحبه بود. در مجموع ۳۵ مصاحبه رسمی با مشارکت کنندگان شامل شش پزشک (رئیس، معاون و مدیر بیمارستان)، دو مدیر خدمات پرستاری (مترون)، شش مدیر ناظر پرستاری (سوپروایزر)، ۱۱ سرپرستار، دو داروساز مسئول داروخانه، دو مسئول تجهیزات پزشکی، دو حسابدار، دو کارپرداز و دو مسئول انبار انجام شد. انتخاب مشارکت کنندگان به روش نمونه‌گیری هدفمند و با راهبرد نمونه‌گیری با حداکثر تنوع انجام شد. مشارکت کنندگان ویژگی‌های متفاوت از نظر سن، سابقه کار، مسئولیت، محل فعالیت و دیدگاه‌های متفاوت در مورد بهره‌وری داشتند. این افراد به واسطه مواجهه و درک بیشتر اقتصاد واحد مربوطه، اطلاعات باارزشی داشتند. همچنین، در گام‌های نخست مطالعه، افراد با تجربه و مطلع در زمینه پدیده مورد بررسی را معرفی می‌کردند. همزمان با پیشرفت پژوهش و آشنایی بیشتر پژوهش‌گر، مشارکت کنندگان بیشتری شناسایی شدند. جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها تا رسیدن به اشباع داده‌ها و دستیابی به توصیفی غنی از پدیده مورد مطالعه ادامه یافت.

فرآیند تحلیل هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها، از طریق فرآیندی تحلیلی چرخشی و با رویکرد استقرایی انجام شد. برای تحلیل داده‌ها از نردبان انتزاع تحلیلی کارنی توصیه شده به وسیله مایلز و هابرن استفاده شد. [۳۱] بر اساس نردبان انتزاع تحلیلی کارنی، تحلیل داده‌ها در سه مرحله صورت می‌گیرد. در این

بهره‌وری و مسائل اقتصادی دارای ابعاد پیچیده و چندبعدی است و بررسی زوایای مختلف آن نیاز به کاوش عمیق و درگیری طولانی مدت در زمینه مطالعه دارد. برای درک فرهنگ زمینه‌ای تاثیرگذار بر بهره‌وری اقتصادی کارکنان و عوامل زمینه‌ای موثر و نقش متقابل آنها، نیاز است مطالعات گسترده و با عمق بیشتری انجام شود. از آنجا که پژوهش‌های کیفی غنی و کل‌نگر برای آشکارساختن پیچیدگی‌ها مفید هستند، ظرفیت زیادی برای روشن کردن چگونگی کارآیی و اثربخشی سیستم‌های مراقبت و درمان و عوامل موثر بر آن دارند. [۳۰، ۳۱] در مجموع کیفیت و نحوه ارائه خدمات مراقبتی در بخش دولتی مطلوب به نظر نمی‌رسد و با وجود اینکه منابع زیادی به بیمارستان‌های دولتی که عمدتاً آموزشی نیز هستند، تخصیص داده می‌شود، هزینه عملیاتی آنها بالا و کارآیی پائینی دارند. [۳۲] تجارب بالینی پژوهش‌گر نیز نشان‌دهنده نگرانی برخی مسئولان از نحوه استفاده از منابع است. عمدتاً کارکنان در مورد هزینه و سایل و تجهیزات مورد استفاده در بخش و به طور کل هزینه درآمد بخش‌های بالینی آگاهی ندارند. با توجه به پائین بودن نسبی میزان پاسخ‌گویی در حوزه‌های مختلف در بیمارستان‌های آموزشی در شهر مشهد و وجود شکاف بین اولویت‌های دریافت کنندگان خدمات و عملکرد بیمارستان‌های آموزشی در حوزه‌های مختلف، [۳۳] و ضرورت توجه بیشتر به شناخت عوامل زمینه‌ای تاثیرگذار بر بهره‌وری در حوزه خدمات بیمارستانی و تلاش در راستای کنترل این عوامل به منظور نهادینه شدن این فرهنگ، مطالعه حاضر با هدف تبیین عوامل تاثیرگذار بر فرهنگ بهره‌وری از دیدگاه کارکنان ارائه‌دهنده خدمات سلامت در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شده است.

روش‌ها

پژوهش حاضر بخشی از مطالعه قوم‌نگاری است که با هدف بررسی عوامل زمینه‌ای تاثیرگذار بر فرهنگ بهره‌وری در دو بیمارستان آموزشی عمومی و بزرگ وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شده است. جمع‌آوری داده‌ها از طریق

پژوهش با توجه به هدف مطالعه که تعیین عوامل زمینه‌ای تاثیرگذار بر فرهنگ بهره‌وری بود، تحلیل داده‌ها تا مرحله دوم نردبان انتزاع تحلیلی کارنی پیش رفت. در مرحله اول، مدیریت و سازماندهی داده‌ها به منظور تفسیر بیشتر و درک کلی داده‌ها از طریق تولید مفاهیم توصیفی و تحلیلی صورت گرفت. در این مرحله، مصاحبه‌های قوم‌نگاری ضبط، رونویسی و تایپ شدند. سپس، پژوهش‌گر محقق از طریق خواندن و دوباره خواندن داده‌ها سعی کرد در آنها غوطه‌ور شود. پس از مرور داده‌ها و کسب درکی کلی از آن، متن داده‌ها با استفاده از نرم افزار MAXQDA10 کدگذاری شد که منجر به شناسایی کدهای توصیفی گردید. از طریق مرتب‌سازی و غربال‌گری کدهای توصیفی، عبارات مشابه شناسایی و کدهای توصیفی به مجموعه‌های کوچکتری مرتب شدند. این عمل منجر به تهیه فهرستی از حوادث کلیدی شد که برای شناسایی عقاید و باورهای مشارکت‌کنندگان در مراحل بعدی تحلیل ضروری بود. مرور مکرر و بررسی کدهای توصیفی و حوادث کلیدی نشان داد که این مفاهیم در دو قلمرو کلی با عنوان قلمرو «مدیریت منابع» و «کیفیت مراقبت» قابل تفکیک هستند. مرحله دوم سطح دو تحلیل شامل مطالعه عمیق‌تر تجربیات، عقاید و دیدگاه‌های مشارکت‌کنندگان در ارتباط با قلمروهای بهره‌وری و حوادث کلیدی استخراج شده بود. در این مرحله برای شناخت بهتر دیدگاه‌های درونی از ساختار هر قلمرو و افزایش روایی داده‌ها، از پرسشنامه فهرست آزاد استفاده شد. «چه منابعی در بیمارستان استفاده می‌شوند؟» و «چه عواملی بر مدیریت منابع در بیمارستان تاثیر دارند، اهمیت هر یک را مشخص کنید؟»، سؤال‌های اصلی در قلمرو مدیریت منابع بودند. در قلمرو کیفیت مراقبت نیز دو سؤال اصلی «تمرکز روی چه قسمت‌هایی از فعالیت‌های مرتبط با ارائه خدمات مراقبتی و درمانی با بهره‌وری مرتبط است؟» و «چه عواملی بر ارائه اقدامات مراقبتی و درمانی در بیمارستان تاثیر دارند، اهمیت هر یک را مشخص کنید؟» بودند. بر اساس پاسخ مشارکت‌کنندگان به سئوالات مذکور، اجزای هر یک از قلمروهای مطالعه استخراج شد. سپس، از مشارکت‌کنندگان

درخواست شد تا عوامل تاثیرگذار بر هر قلمرو را فهرست کرده و پاسخ‌های خود را بر اساس اهمیت اولویت‌بندی کنند و به هر یک از عوامل موثر بر قلمروهای مطالعه بر اساس مقیاس یک تا ۱۰، رتبه بدهند. مشاهدات و مصاحبه با مشارکت‌کنندگان تا حدود زیادی به شناسایی عوامل تاثیرگذار بر بهره‌وری کمک کرد و این روش به افزایش روایی کار کیفی کمک کرد و باعث شد تا وزن‌دهی به عوامل زمینه‌ای تسهیل گردد. سپس پاسخ‌ها در هر یک از قلمروهای اکتشافی مطالعه تحلیل شد و با استفاده از فرمول $S = F^2 / [N(\sum R)]$ [۳۴] نمره اهمیت یا برتری برای هر عامل به دست آمد و بر اساس اهمیت مرتب شدند. در این فرمول اهمیت یا برتری هر متغیر (S)، به فراوانی متغیر (F)، تعداد پاسخ‌دهنده (N) و مجموع رتبه همه پاسخ‌ها به یک متغیر ($\sum R$) بستگی دارد. به عنوان مثال در قلمرو مدیریت منابع، وجدان کاری افراد بیشترین تاثیر و اهمیت را داشت به طوری که از ۳۵ مشارکت‌کننده، ۳۱ نفر این عامل را به عنوان یکی از عوامل موثر در این قلمرو ذکر کردند و مجموع رتبه‌های این متغیر بر اساس اولویت‌بندی انجام شده توسط مشارکت‌کنندگان عدد ۵۳ به دست آمد. برای محاسبه اهمیت (S) متغیر وجدان کاری با توجه به معادله فوق، توان دوم فراوانی متغیر (عدد ۳۱^۲) که همان تعداد افراد بیان‌کننده این متغیر به عنوان عامل تاثیرگذار بر مدیریت منابع بود بر حاصل ضرب تعداد مشارکت‌کننده (عدد ۳۵) در مجموع رتبه‌های داده شده توسط همه پاسخ‌دهندگان به این متغیر (عدد ۵۳) تقسیم شده و اهمیت یا برتری برای عامل وجدان کاری عدد ۰/۵۱ به دست آمد که از سایر عوامل تاثیرگذار بر قلمرو مدیریت منابع بالاتر بود و این بدان مفهوم است که از دیدگاه مشارکت‌کنندگان مطالعه، وجدان کاری بر قلمرو مدیریت منابع بیشترین تاثیر را داشت.

طرح مطالعه به وسیله کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد تصویب شد. قبل از شروع هر مصاحبه به مشارکت‌کنندگان درباره اهداف و روش مطالعه آگاهی داده شد. فرم رضایت آگاهانه از همه مصاحبه‌شوندگان کسب شد.

انعکاسی از واقعیت موجود باشند. تحلیل کلی به وسیله اعضای گروه و نیز پژوهش‌گر دیگری مرور شد که با روش پژوهش آشنا بود.

یافته‌ها

بر اساس جمع‌بندی نتایج اولیه از تحلیل داده‌های حاصل از مشاهدات و مصاحبه‌ها، دو قلمرو اصلی در حیطه بهره‌وری استخراج گردید که شامل قلمرو «مدیریت منابع» و «کیفیت مراقبت» بود. با تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها و پرسشنامه‌های فهرست آزاد، اجزای ساختاری هر قلمرو تعیین گردید که در جدول شماره یک نشان داده شده است. در قلمرو مدیریت منابع، اجزای ساختاری عبارت از منابع انسانی، دارو و وسایل مصرفی، دستگاه‌ها و تجهیزات و در قلمرو کیفیت مراقبت اجزای ساختاری شامل مدیریت بخش، گایدلاین‌های بالینی، دوره‌های آموزشی و ارتباطات بود.

به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که پاسخ آنها به صورت محرمانه حفظ خواهد شد. به همه پدیده‌های قابل شناسایی در ارتباط با بیمارستان، مشارکت‌کنندگان و بیماران برای حفظ محرمانگی و خصوصی بودن کد اختصاصی داده شد.

در مطالعه حاضر به منظور به حداکثر رساندن صحت و دقت یافته‌ها، از چهار معیار معتبر بودن، وابسته بودن، تأییدپذیری و قابلیت انتقال استفاده گردید که توسط لینکلن و گوبا معرفی شد. [۳۵] برای دستیابی به داده‌های معتبر، پژوهش‌گر سعی کرد از طریق نمونه‌گیری گسترده از مشارکت‌کنندگان در مصاحبه، مثلث‌سازی در جمع‌آوری داده‌ها (مصاحبه، مشاهده و فهرست آزاد)، ثبت فوری مکالمات با مشارکت‌کنندگان، مطابقت مکرر کدها و نتایج حاصله با داده‌های اولیه، غرق شدن در داده‌ها، چک کردن داده‌ها با مشارکت‌کنندگان و انجام یک سری ممیزی جامع در زمینه ثبت همه نتایج، تفسیرات و توصیه‌های بیرون کشیده شده از داده‌ها، نتایج،

جدول ۱: ساختار حیطه بهره‌وری از دیدگاه مشارکت‌کنندگان

قلمرو فرهنگی	اجزای ساختاری
مدیریت منابع	منابع انسانی - دارو و وسایل مصرفی - دستگاهها و تجهیزات
کیفیت مراقبت	مدیریت بخش - دستورالعمل‌های بالینی - دوره‌های آموزشی - ارتباطات

جدول ۲: خصوصیات مشارکت‌کنندگان مطالعه

متغیر	فراوانی	درصد	متغیر	فراوانی	درصد
گروه سنی به سال	۳۰-۴۰	۶	۱۷	۲	۶
	۴۰-۵۰	۱۹	۵۴	۴	۱۱
	بالای ۵۰	۱۰	۲۹	۲	۶
جنس	زن	۱۵	۴۳	۶	۱۷
	مرد	۲۰	۵۷	۱۱	۳۰
سابقه کار به سال	کمتر از ۱۰	۳	۹	۲	۶
	۱۰-۲۰	۲۴	۶۸	۲	۶
محل کار	بالای ۲۰	۸	۲۳	۲	۶
	بیمارستان الف	۱۸	۵۱	۲	۶
	بیمارستان ب	۱۷	۴۹	۲	۶

جدول شماره دو، ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان مطالعه را سال و دارای سابقه کاری بین ۱۰-۲۰ سال بودند. نشان می‌دهد. بیشتر مشارکت‌کنندگان در محدوده سنی ۴۰-۵۰

جدول ۳: عناصر تاثیرگذار بر قلمرو فرهنگی مدیریت منابع مصرفی

متغیر	زیر گروه‌ها	تعداد	فراوانی متغیر	مجموع رتبه‌ها	اهمیت
وجدان کاری	وجدان و تعهد کاری	۳۵	۳۱	۵۳	۰/۵۱
دانش و تجربه	تجربه و مهارت بالینی آموزش کافی درباره استفاده صحیح از تجهیزات آگاهی از قیمت وسایل و تجهیزات	۳۵	۲۴	۷۶	۰/۲۱
امکانات و تجهیزات	وجود وسایل و تجهیزات با کیفیت در دسترس بودن وسایل و تجهیزات	۳۵	۱۴	۷۷	۰/۰۷
مسائل انگیزشی	کاهش حجم و شیفت کاری سهیم نمودن پرسنل در درآمد بخش رضایت‌مندی پرسنل (حقوق و امکانات رفاهی)	۳۵	۱۴	۱۲۰	۰/۰۴
نظارت مدیریتی	نظارت بیشتر و بهبود سیستم مدیریتی و نظارتی	۳۵	۸	۱۱۶	۰/۰۱

جدول شماره سه، جزئیات عوامل تاثیرگذار بر قلمرو فرهنگی مدیریت منابع را نشان می‌دهد و شامل کلیه عوامل تاثیرگذار بر این قلمرو بر اساس پاسخ مشارکت‌کنندگان بود. عوامل موثر بر این قلمرو به ترتیب اهمیت عبارت از وجدان کاری، دانش و تجربه، امکانات، مسائل انگیزشی و نظارت مدیریتی بودند.

جدول ۴: عوامل تاثیرگذار بر قلمرو فرهنگی کیفیت مراقبت

متغیر	زیر گروه‌ها	تعداد	فراوانی متغیر	مجموع رتبه‌ها	اهمیت
وجدان کاری	وجدان و تعهد کاری	۳۵	۲۳	۴۵	۰/۳۳
دانش و تجربه	دانش و تجربه بالینی آموزش مداوم ضمن خدمت کاهش حجم کاری	۳۵	۱۶	۵۲	۰/۱۴
مسائل انگیزشی	برخورداري از حقوق و مزایای کافی توجه و تشویق افراد کارآمد	۳۵	۱۴	۴۸	۰/۱۱
امکانات و تجهیزات	محیط مناسب وسایل و تجهیزات کافی و باکیفیت	۳۵	۱۴	۷۸	۰/۰۷
نظارت مدیریتی	نظارت بیشتر و بهبود سیستم مدیریتی و نظارتی	۳۵	۸	۱۰۶	۰/۰۱

مشاهدات و مصاحبه با مشارکت‌کنندگان نشان داد که اکثر آنها و وجدان و تعهد افراد را مهم‌ترین عامل موثر در ارائه مراقبت کارآمد می‌دانستند و معتقد بودند افراد دارای وجدان کاری از کارآیی بالاتری برخوردار هستند. یک سرپرستار گفت «اگر پرسنل به طور اتومات و وجدانی کار

جدول شماره چهار، جزئیات عوامل تاثیرگذار بر قلمرو فرهنگی کیفیت مراقبت را نشان می‌دهد و شامل کلیه عوامل تاثیرگذار بر این قلمرو بر اساس پاسخ مشارکت‌کنندگان است. مهم‌ترین عوامل تاثیرگذار بر قلمرو کیفیت مراقبت به ترتیب وجدان کاری، دانش و تجربه، مسائل انگیزشی، امکانات و نظارت مدیریتی بیان شده است.

فهمی آگاهی داره. مثلاً" وقتی پانسما تراکوستومی مریض رو می خواد عوض کنه، ست استریل باز می کنه» (مصاحبه ۸).
برخی مشارکت کنندگان معتقد بودند تا افراد موقعیتی را شخصاً تجربه نکنند در آن زمینه دانش و مهارت کسب نمی کنند و بیان می کردند که هر فرد خود باید در آن شرایط قرار بگیرد تا اهمیت رعایت اصول مراقبتی صحیح را درک نماید. یک سوپروایزر گفت: «بعضی چیزها هست که هر چی هم شما آموزش بدین فایده نداره. اون باید تو اون موقعیت قرار بگیره، تا متوجه بشه که همچین چیزی هست» (مصاحبه ۲۲).

مهارت کافی کارکنان در زمینه کار با وسایل و تجهیزات باعث استفاده بهینه از آنها می شود و علاوه بر پیشگیری از تحمیل هزینه های اضافی بر سازمان، امکان ارائه خدمات با کیفیت بیشتر را فراهم می نماید. اکثر مشارکت کنندگان بر این باور بودند که کارکنان کم تجربه، در هنگام استفاده از وسایل و تجهیزات از دقت کافی برخوردار نیستند و تعهد پائینی دارند. در همین زمینه یک سرپرستار گفت «کسانی که تازه کار و کم تجربه هستند، صرفه جو نیستند، در استفاده از وسایل مثل سرننگ و دستکش دقت کافی ندارند و وسایل را در سیستم به خوبی ثبت نمی کنند. افرادی که باتجربه هستند نسبت به افراد تازه کار، در کلاس های آموزشی بیشتری هم شرکت کردند چون هر سال بعضی کلاس های آموزشی برای پرسنل تکرار می شود» (مصاحبه ۴).

در مقابل، کارکنان قدیمی و باتجربه در زمینه کنترل عملکرد تجهیزات و کار با آنها دقت بیشتری داشتند و مصاحبه با مشارکت کنندگان نیز تأیید کننده این یافته بود. مدیر بیمارستان (ب) گفت «کارکنان قدیمی خیلی بیشتر مراقب هستند تا کابل پالس اکسیمتر زیر نرده کنار تخت قرار نگیره و تحت فشار یا کشش قرار نگیره. یا اگر مراقبت آنها نبود ما الان این تشک های موج رو این مدت طولانی نمی تونستیم تو خط نگه داریم» (مصاحبه ۱۵). در همین زمینه مسئول تجهیزات پزشکی بیمارستان الف گفت: «گاهی می بینی سرم می ریزه روی دستگاه، اتفاق می افته. یکی می بینه سریع خشک می کنه ولی یکی توجهی نمی کنه، آب میره داخل مدارهای ونتیلاتور

خود را انجام دهد، هم کیفیت مراقبت بالا میره و هم هزینه ها کاهش پیدا می کنه» (مصاحبه ۳).

اکثر مشارکت کنندگان وجدان را شرط لازم برای افزایش کارایی کارکنان درمانی می دانستند و ترخیص سریع تر بیمار را نشان گر مراقبت با کیفیت و کارآمد بیان می کردند. یک پزشک گفت: «اگر یک آدم با وجدانی باشه، با بیمار یک طوری برخورد می کنه که خدای ناکرده یک عفونت بیمارستانی روی بیمار سوار نشه و مجبور بشه ۱۲ روز تو ICU بیشتر بمونه. بلکه سعی می کنه مدت زمان بستری بیمار را توی بخش کمتر کنه» (مصاحبه ۱۹).

کارکنان ارائه دهنده خدمات سلامت به عنوان کاربران اصلی منابع و تجهیزات که عمدتاً گران قیمت هستند باید از وجدان و تعهد بالایی برخوردار باشند، در غیر این صورت قادر به انجام وظایف شغلی خود به خوبی نخواهند بود. اجبار و نظارت بر عملکرد کارکنان پرستاری به تنهایی نمی تواند تضمین کننده استفاده صحیح و کارآمد از منابع باشد. در همین راستا یک مدیر بیمارستان گفت: «پرسنل در درجه اول باید وجدان کاری داشته باشد تا در زمینه استفاده درست از وسایل و تجهیزات بخش احساس مسئولیت داشته باشد. اگر من بخوام با نظارت و توییح پرسنل را ملزم به اجرای کاری کنم، این همیشه موثر نیست. ممکنه تا وقتی من هستم رعایت کنه، ولی زمانهایی که نیستم، هر طور دوست داشته باشه، کار می کنه» (مصاحبه ۱۲).

کارکنان توانمند و دارای دانش و تجربه کافی، جزو مهمترین و حیاتی ترین دارایی هر سازمان هستند و افراد با سطح دانش و مهارت بالا نقش موثرتری در کارآمدی و بهره وری سازمان خواهند داشت. مشارکت کنندگان بر این باور بودند که در بیمارستان، کارکنانی که دارای دانش و مهارت هستند و در سال های خدمت تجربه کافی به دست آورده اند، خدمات بهتر و با کیفیت تری را به بیمار ارائه می دهند. سرپرستار در حالی که به یکی از کارکنان باتجربه پرستاری اشاره می کرد، گفت «پرسنلی که آگاه ترند و تجربه کافی دارند، بیشتر رعایت می کنند و اصلاً نیاز به کنترل ندارند. ما افرادی مثل آقای رجیبی کم داریم، اینقدر قشنگ کارشو انجام می ده، می

حقوقی که پرسنل دریافت می‌کنند، یک هزارم اون زحمتی نیست که می‌کشند» (مصاحبه ۷).

نتایج نشان داد علاوه بر حجم زیاد و سختی شرایط کار، بیشتر کارکنان پرستاری از وجود تفاوت زیاد در میزان حقوق دریافتی پزشکان و سایر افراد حرفه‌ای سلامت و نیز نحوه نامنا سب ارزشیابی عملکرد ناراضی بودند و معتقد بودند افراد کارآمد به طور مناسبی مورد توجه قرار نمی‌گیرند. در همین زمینه یک مدیر پرستاری گفت «کارانه برخی پزشکان چندین میلیون است در حالی که کارانه پرستاران حدود ۳۰۰-۲۰۰ هزار است و تفاوت دریافتی‌ها خیلی زیاد است» (مصاحبه ۱۸).

دسترس‌پذیری وسایل و تجهیزات باکیفیت و به میزان نیاز، یکی از عوامل موثر بر مدیریت مصرف منابع است و باعث تسهیل در امر مراقبت، افزایش کارایی و بهبود کیفیت خدمات می‌شود. مشارکت‌کنندگان معتقد بودند در دسترس بودن وسایل و تجهیزات کافی و باکیفیت باعث بهبود کیفیت خدمات می‌شود و کمبود برخی وسایل و تجهیزات را نوعی دردسر می‌دانستند. سرپرستاری گفت «وقتی یک وسیله یا دارو را نداریم اگر توی بیمارستان کم باشه بعد از درخواست مکرر، یه چندتایی به ما میدن. وقتی هم که بیمارستان نداره یا باید پیگیری کنیم که خریداری کنن که وقت و انرژی زیادی از ما می‌گیره یا بعضی وقت‌ها مجبوریم نسخه کنیم همراه بیمار از بیرون تهیه کنه که بعضی‌هاشون واقعا ندارن ما خودمون خجالت می‌کشیم» (مصاحبه ۱۱).

محدودیت‌های مالی و نبود تامین منابع بیمارستانی به میزان کافی و باکیفیت لازم، باعث اختلال در امر ارائه مراقبت می‌شود و از طرفی، هزینه‌های جانبی زیادی بر سیستم درمان تحمیل می‌کند. کمبود دارو و برخی وسایل مصرفی، می‌تواند باعث نوعی نگرانی از کمبود احتمالی در کارکنان شود و آنها را به نوعی به سوی ذخیره منابع در انبار بخش سوق دهد. ذخیره منابع در انبار بخش‌های بیمارستانی باعث رکود سرمایه بیمارستان در انبار می‌گردد و خود، باعث محدودیت‌های مالی بیشتر و کمبود شدیدتر منابع می‌شود. در بیمارستان‌های مورد مطالعه، کمبود موردی برخی منابع وجود داشت و برخی

خراب میشه. افرادی که باتجربه هستند و وجدان کاری هم دارند بهتر از وسایل و تجهیزات مراقبت می‌کنند» (مصاحبه ۲۷).

کارکنان علاوه بر آشنایی با هزینه‌ها، باید از مسئولیت خود در قبال وسایل و تجهیزات آگاه باشند. در حالی که برخی مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که مسئولیت کارکنان در این زمینه مشخص نشده و به نوعی به آنها در این زمینه آگاهی کافی داده نشده است.

یکی از عوامل موثر بر بهره‌وری نیروی انسانی، عوامل انگیزشی است که بر عملکرد و بهره‌وری اعضای سازمان نقش اساسی دارد. در همین زمینه یک مدیر گفت «یکی از مهم‌ترین چیزها بحث تشویق هست. از نظر مالی پرسنل رو تامین کنن. همین کارانه‌ها، همین چیزهایی که عقب می‌افته. مثلاً کارانه‌ها یکساله عقب افتاده، اگر سر وقت پرداخت کنند، حتما روی عملکرد آنها تاثیر مثبت میذاره» (مصاحبه ۱۶).

کاهش یا کمبود انگیزه کاری در کارکنان می‌تواند باعث کاهش رضایت شغلی و در نهایت کاهش کیفیت مراقبت از بیمار و افزایش میزان خطا شود که هزینه‌های سنگینی بر سازمان و بیمار وارد خواهد کرد. در همین راستا، مدیر بیمارستان ب گفت «اتفاقاً من صبح داشتم به آقای دکتر غلامی همین رو می‌گفتم که اگر فشار کاری روی پرسنل زیاد باشه، از یک کانال دیگه سیستم مشکل‌دار میشه. مثلاً وقتی یک کاتر دابل لومن رو باز می‌کنند براشون اهمیت نداشته باشه و دقت نکنند بیفته روی زمین، نزدیک ۳۰۰ هزار تومان ضرر بیمارستانه» (مصاحبه ۲۳).

در پژوهش حاضر، مشارکت‌کنندگان بیان داشتند که بیشتر کارکنان از میزان حقوق دریافتی ماهانه ناراضی هستند و معتقدند در قبال حجم زیاد فعالیت‌های درمانی و مراقبتی، حقوق و مزایای کافی دریافت نمی‌کنند. بیشتر کارکنان اضافه کاری داشتند و برخی علاوه بر اضافه کاری در بیمارستان اصلی، در بیمارستان‌های خصوصی نیز کار می‌کردند. یک سرپرستار گفت «با توجه به مسئولیت زیاد و سختی شرایط کار، حقوق پائین است. واقعا بیماران پرکار هستند. واقعا

در عین حال مشاهدات و مصاحبه با مشارکت کنندگان نشان داد که آنها کنترل و نظارت بر عملکرد کارکنان را جزو عوامل اولیه موثر بر کیفیت ارائه خدمات و بهره‌وری کارکنان نمی‌دانستند، بلکه معتقد بودند کیفیت خدمات در درجه اول به وجدان و تعهد شخصی فرد و در درجات بعد به ترتیب به عواملی همچون تجربه و مهارت فرد، عوامل انگیزشی، امکانات و در نهایت به نظارت و کنترل بستگی دارد. یک پزشک گفت: «به نظر من کیفیت خدمات در درجه اول به خود فرد بستگی دارد که چقدر نسبت به بیمار احساس تعهد داشته باشد. در عین حال پرسنلی که آگاهترند، بیشتر رعایت می‌کنند و اصلاً نیاز به اینکه ما نظارت کنیم نداره. کسی که آگاهی دارد، کاری رو که میدونه درست انجام میده. همیشه من میگم که اگه سطح آگاهی بره بالا، ناخودآگاه روی کار تاثیر میذاره» (مصاحبه ۲۶).

بحث

در این مطالعه مشارکت کنندگان عواملی همچون وجدان کاری، دانش و تجربه، تجهیزات و امکانات، مسائل انگیزشی و نظارت مدیریتی را بر شکل‌گیری عقاید، ارزش‌ها و رفتارهای ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در قلمروهای بهره‌وری، یعنی مدیریت منابع و کیفیت مراقبت موثر دانستند. از دیدگاه آنها، نقش وجدان کاری در مورد بهره‌وری و پیامدهای اقتصادی عمل بالینی نسبت به سایر عوامل برجسته‌تر بود و آن را مهم‌ترین عامل تاثیرگذار بر استفاده صحیح از وسایل و تجهیزات و نیز ارائه مراقبت کارآمد، با کیفیت و کم‌هزینه به بیمار بیان کردند. در عین حال، حجم زیاد کار، نارضایتی از حقوق و مزایا باعث شده بود که هر فرد با توجه به وجدان و تعهد شخصی خود در قبال منابع بیمارستان احساس مسئولیت کند؛ بنابراین، اگر تمام شرایط زمینه‌ای برای انجام فعالیت‌های درمانی و مراقبتی اثربخش و کارآمد وجود داشته باشد، اما کارکنان ارائه‌دهنده خدمات سلامت از وجدان و تعهد اخلاقی کافی برخوردار نباشند، فرآیندها و پیامدهای مراقبتی، نمره قابل قبولی در قلمروی بهره‌وری کسب نخواهند کرد. به هر حال نقش وجدان به عنوان تعهدی درونی برای انجام کارها به صورت اخلاقی و

تجهیزات بخش‌ها فرسوده و مستعمل بودند. کمبود سرم، باند کشی، لوله‌های رابط دستگاه تهویه مکانیکی، سوند داخل بطن مغز و برخی داروها از جمله مواردی بودند که کمبود آنها ثبت شد. مسئول انبار گفت «از نظر وسایل مصرفی گاهی پیش‌مید مشکل داشته باشیم. بعضی وقت‌ها دوره‌ای می‌بینی مثلاً سوند نلاتون سبز نیست مثلاً فلان سرم نیست. هر دوره‌ای می‌بینی از نظر یک وسیله‌ای به مشکل بر می‌خوریم» (مصاحبه ۳۲).

در سازمان‌ها به شیوه‌های مختلفی کنترل و نظارت به عنوان راهی برای اطمینان از انجام فعالیت‌ها توسط کارکنان صورت می‌گیرد. ساختار پیچیده و ویژگی‌های تخصصی کارکنان در سیستم‌های بهداشت و درمان، باعث می‌شود که کنترل و نظارت کارکنان نیز ابعاد پیچیده‌ای داشته باشد. در پژوهش حاضر، مدیریت بخش و بیمارستان سعی داشت با انجام بازدیدهای مستقیم و مکرر بر کیفیت ارائه خدمات نظارت کند و علاوه بر نظارت روزانه مدیران ناظر پرستاری، مسئولان کمیته‌های مختلف حاکمیت بالینی بیمارستان مثل کمیته آموزش به بیمار، کمیته کنترل عفونت، کمیته بهبود کیفیت و غیره در فواصل منظم از بخش‌ها بازدید به عمل می‌آوردند و روند فعالیت‌های مراقبتی، اجرای دستورالعمل‌های بالینی و کیفیت ارائه خدمات را بررسی می‌کردند. داروخانه و انبار مرکزی بیمارستان بر داروهای مصرفی و وسایل بخش کنترل داشتند که این نظارت از طریق بررسی دریافتی و مصرفی بخش که در سیستم HIS بیمارستان ثبت شده بود و نیز بازدیدهای مستقیم از انبار بخش صورت می‌گرفت. همچنین حسابداری درآمد بیمارستان، با کنترل پرونده بیماران ترخیصی، مصرفی ثبت شده در سیستم HIS را با مصرفی ثبت شده کنترل می‌کرد و در صورت تناقض، برای اصلاح آن به بخش مربوطه بازخورد داده می‌شد. مشارکت کنندگان معتقد بودند که نظارت و حسابرسی مصرف منابع باعث بهبود مصرف آن می‌شود. مدیر بیمارستان الف گفت «از موقعی که نظارت بیشتر شده، مصرف داروها و وسایل با دقت بیشتری انجام می‌گیرد و حساب و کتابش دقیق‌تر شده. کنترل و سختگیری سیستم مدیریتی باعث شده که در مصرف وسایل صرفه‌جویی شود» (مصاحبه ۲۱).

کارکنان، عامل مهمی در ارتقای عملکرد بالینی و کارآیی آنها است. در مطالعه استورسوند و مک موری در زمینه کیفیت عمل بالینی در بخش‌های مراقبت ویژه، مشارکت کنندگان دانش را به عنوان اساس ارائه مراقبت باکیفیت و خوب بیان کردند. آنها عقیده داشتند که کارکنان بدون تجربه و دارای دانش ناکافی عواقب شدیدی را به وجود خواهند آورد. مشارکت کنندگان بیان کردند دانش تخصصی از طریق تجربه و آموزش رسمی به دست می‌آید و بر لزوم برگزاری دوره‌های آموزش مداوم و یادگیری فردی تاکید داشتند. [۳۹] نتایج مطالعه دال و همکاران ارتباط مثبتی بین تحصیلات و آگاهی و مهارت کارکنان و کاهش مرگ و میر ناشی از عفونت ریوی بیمارستانی، اکستوباسیون غیرمنتظره، عفونت‌های خونی بیمارستانی و مدت اقامت بیمار نشان داد. [۴۰] مانیون نیز به نقش تجربه و سابقه کاری در عملکرد و تعهد کاری کارکنان اشاره کرد. وی دریافت تعهد کارکنان به وسیله ماهیت و کیفیت تجربه کاری که آنها در سالهای سابقه کاری به دست آورده‌اند، تحت تاثیر قرار می‌گیرد [۴۱]؛ بنابراین، توصیه می‌شود، برای افزایش کیفیت مراقبت و مدیریت کارآمد منابع، دانش کارکنان از طریق برگزاری کارگاه‌ها و کلاس‌های آموزشی به صورت نظری و عملی ارتقا داده شود. توجه کارکنان درباره وظیفه آنها در قبال منابع بیمارستان و آگاهی از هزینه‌های ناشی از خرابی و تعمیر تجهیزات، به استفاده بهتر و بهینه کمک خواهد کرد.

در مطالعه حاضر، مشاهدات و مصاحبه با مشارکت کنندگان نشان داد، در بیمارستان‌های دولتی وجود مسئولیت‌های زیاد، حجم کاری بالا، نوبت کاری فشرده، اضافه کاری اجباری، ابلاغ دستورالعمل‌های متعدد و الزام به انجام کارهای غیرتخصصی، فشار کاری کارکنان را دو چندان کرده است. مشارکت کنندگان معتقد بودند، با وجود حجم زیاد فعالیت‌های روزانه، کارکنان حقوق و مزایای کافی دریافت نمی‌کنند و از وجود تبعیض در پرداخت‌ها شاکي هستند. یافته‌ها موید آن است که شرایط کاری سخت همراه با کمبود عوامل انگیزشی باعث کاهش رضایت شغلی و تعهد حرفه‌ای کارکنان پرستاری، کاهش کیفیت مراقبت و استفاده ناکارآمد از منابع می‌شود.

درست، غیرقابل انکار است. مطالعات متعددی به نقش وجدان و خصوصیات فردی افراد، بر بهره‌وری سازمانی اشاره داشته‌اند. [۳۶-۳۸] جلالی و همکاران در مطالعه‌ای با هدف بررسی تجربه کارکنان سلامت از وجدان، دریافتند که مشارکت-کنندگان وجدان را به عنوان حاکم و هدایت‌گر در اعمال خود درک کرده بودند و معتقد بودند وجدان آنها را از انجام فعالیت‌های بدون کیفیت لازم برای بیمار و نزدیکان وی باز می‌دارد. [۳۷] با توجه به اینکه در این مطالعه و سایر مطالعات در زمینه بالینی انجام شده در کشور، وجدان و تعهد فردی نقش برجسته‌ای در عملکرد کارکنان ارائه دهنده خدمات سلامت دارد و نیز با توجه به توصیه‌های مسئولان عالی‌رتبه نظام جمهوری اسلامی مبنی بر رعایت وجدان کاری و انضباط اجتماعی در امور اجتماعی و شغلی، لازم است به مسئله وجدان و عوامل موثر در تقویت فعالیت‌های وجدان‌محور در محیط‌های بیمارستانی توجه ویژه‌ای صورت گیرد. آنچه مسلم است، برنامه‌ریزی برای کاهش حجم و فشار کاری کارکنان، کاستن از فعالیت‌های اداری و غیرموظف همراه با عوامل انگیزشی مناسب است که می‌تواند در تقویت وجدان و تعهد کاری آنها و تقویت تعهد اخلاقی در قبال مراقبت از بیمار و منابع بخش و در نتیجه افزایش بهره‌وری اقدامات بالینی وی تاثیر مثبتی داشته باشد. در این راستا، ضروری است علاوه بر تاکید و تقویت رویکرد اخلاق‌محور در محیط‌های بالینی بر اساس آموزه‌های اسلامی، اقدامات ویژه‌ای برای اصلاح ساختار سازمانی بیمارستان‌ها و بهبود شرایط محیط کاری، در راستای کاهش موارد نقض حقوق کارکنان و افزایش رضایت شغلی و تعهد سازمانی آنها انجام گردد.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، مشارکت کنندگان بر این باور بودند، افرادی که دارای دانش و مهارت هستند و در سال‌های خدمت تجربه کافی به دست آورده‌اند، مراقبت بهتر و باکیفیت-تری را به بیمار ارائه می‌دهند و در زمینه پیشگیری از عوارض، آگاهانه‌تر و در مورد نگهداری و مراقبت از وسایل و تجهیزات و کنترل موجودی بیمارستان بهتر عمل می‌کنند و احساس تعهد بیشتری نسبت به بیمار دارند. بدون شک دانش و تجربه

خطرات برای بیمار و کارکنان در محیط کار می‌شود. نبود دارو و تجویز نکردن به موقع آن می‌تواند باعث اقامت طولانی‌تر بیمار در بیمارستان، اقدامات درمانی اضافی، عوارض بیشتر و تحمیل هزینه زیاد به سیستم درمان شود. همچنین نبود وسایل در محیط کار باعث تحمیل استرس بیشتری به کارکنان ارائه‌دهنده خدمات می‌شود. [۴۷] در دسترس بودن وسایل و تجهیزات باکیفیت و به میزان نیاز باعث تسهیل در امر مراقبت و درمان، افزایش کارآیی و اثربخشی خدمات می‌شود. در مقابل وجود محدودیت‌های مالی و نبود تامین منابع بیمارستانی به میزان کافی و باکیفیت لازم، باعث اختلال در امر ارائه مراقبت می‌شود و هزینه‌های جانبی زیادی بر سیستم درمان تحمیل می‌کند؛ بنابراین، برای ارائه مراقبت کارآمد و کنترل هزینه‌ها، وجود وسایل و تجهیزات کافی و باکیفیت مناسب ضروری است. در این زمینه تقویت سیستم تامین منابع در بیمارستان در راستای تامین وسایل و تجهیزات کافی و باکیفیت و استفاده اصولی از آنها، گام مناسبی در راستای مدیریت منابع در بیمارستان‌ها خواهد بود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر محدودیت در تعمیم‌پذیری نتایج است. همه مطالعات کیفی به درجاتی با محدود بودن تعمیم‌پذیری نتایج مواجه هستند، در نتیجه تعمیم نتایج به سایر جوامع باید با احتیاط و در نظر گرفتن تفاوت‌های موجود صورت گیرد. در مطالعه حاضر تلاش بر این بود تا با حداکثر تنوع در نمونه‌گیری، قابلیت تعمیم نتایج افزایش یابد و سعی شد تا تعداد مطلعین بیشتری مشاهده و مصاحبه شوند. در عین حال نتایج این مطالعه نمی‌تواند نماینده دیدگاه همه مدیران بیمارستانی در مورد بهره‌وری باشد. زمینه‌های مراقبتی مشابه در داخل و خارج کشور می‌توانند از نتایج استفاده کنند و کاربرد یافته‌ها باید با احتیاط باشد. همچنین، یافته‌های این مطالعه محدود به بیمارستان‌های دولتی-آموزشی بوده و ممکن است فرهنگ سازمانی و سیستم مراقبتی و نحوه مدیریت منابع در آنها با بیمارستان‌های خصوصی متفاوت باشد. لازم است، عوامل تاثیرگذار بر فرهنگ بهره‌وری در بیمارستان‌های خصوصی نیز بررسی و با نتایج مطالعه حاضر مقایسه شود.

پرسون و همکاران در مطالعه خود ارتباط بهره‌وری را با محیط کاری بررسی کردند. آنها دریافتند که بهره‌وری پائین، محیط کاری نامناسب، رضایت شغلی کم و کیفیت پائین مراقبت از بیمار به هم مرتبط هستند. [۴۲] مصدق راد نشان داد که شایعترین عوامل استرس‌زای شغلی برای ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در بیمارستان‌ها، پرداخت ناکافی، بی‌عدالتی و نابرابری در پرداخت، حجم کار زیاد، کمبود نیروی انسانی، عدم به رسمیت شناختن، فشار زمان، نبود امنیت شغلی و نبود حمایت مدیریتی است [۴۳]؛ بنابراین، نیاز است تا تاکید بیشتری بر ایجاد محیط بالینی مطلوب به عنوان راهبردی برای افزایش رضایت شغلی کارکنان در راستای کسب اهداف سازمانی به-ویژه دستیابی به مراقبت باکیفیت با کمترین هزینه صورت گیرد. در این پژوهش، مدیریت واحدهای بالینی و بیمارستان سعی داشتند با انجام بازدیدهای مستقیم و مکرر بر کیفیت ارائه خدمات و چگونگی استفاده از منابع و تجهیزات نظارت کنند. مشارکت کنندگان نیز معتقد بودند که نظارت و حسابرسی باعث بهبود مصرف و ارتقای کیفیت خدمات می‌شود. حجم زیاد کار و انجام وظایف تخصصی در بیمارستان‌ها، مسئله نظارت و رعایت استانداردهای مراقبتی را دو چندان می‌کند. مطالعات متعددی به نقش مدیر واحد در ارتقای بهره‌وری و رضایت شغلی کارکنان، [۴۴،۴۵] بهبود شرایط کاری، [۴۳] تعدیل و کنترل هزینه‌های بخش‌های بالینی [۴۶] پرداخته‌اند. دهقان نیری و همکاران دریافتند که مدیریت مهم‌ترین عاملی است که می‌تواند باعث ارتقا یا مانع بهره‌وری کارکنان پرستاری شود. [۴۵] لتواک و بوک تاکید کردند، مدیران باید تلاش‌های زیادی در زمینه بهبود محیط کاری پرستاری در راستای کاهش تنیدگی شغلی و افزایش رضایت کارکنان، بهبود توانایی آنها برای ارائه مراقبت باکیفیت انجام دهند. [۴۴]

در مطالعه حاضر مشارکت کنندگان معتقد بودند، دسترس-پذیری وسایل و تجهیزات کافی و باکیفیت باعث بهبود اثربخشی و کیفیت مراقبت می‌شود. آنها کمبود برخی وسایل و تجهیزات را تنش‌زا و نوعی دردسر می‌دانستند که با نتایج مطالعه اسکوترز همخوانی دارد. نتایج مطالعه وی نشان داد که مشکلات مربوط به مدیریت تامین منابع پزشکی باعث افزایش

References

1. Abel E, Longworth JC. Developing an economic IQ in primary care. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners. 2002;14(1):3-10.
2. Carruth PJ, Carruth AK. Controlling medical costs: perspectives from financial and nurse executives. Journal of Business & Economics Research (JBER). 2011;5(5):1-8.
3. Penner SJ. Economics and financial management for nurses and nurse leaders. Second Edition ed: Springer Publishing Company; 2013.
4. Keehan S, Sisko A, Truffer C, Smith S, Cowan C, Poisal J, et al. Health spending projections through 2017: the baby-boom generation is coming to Medicare. Health Affairs. 2008;27(2):w145-w55.
5. The World Bank. Health expenditure, total (% of GDP). available from: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>. date access: May 25, 2016.
6. Kaplan RS, Porter ME. How to solve the cost crisis in health care. Harv Bus Rev. 2011;89(9):46-52.
7. Davari M, Haycox A, Walley T. Health care financing in Iran; is privatization a good solution? Iranian J Publ Health. 2012;41(7):14-23.
8. The World Bank. Health expenditure, total (% of GDP). available from: <http://www.who.int/countries/irn/en/>. date access: October 11, 2016.

عواملی همچون وجدان‌کاری، دانش و تجربه، تجهیزات و امکانات، مسائل انگیزشی و نظارت مدیریتی، بیشترین تاثیر را در شکل‌گیری فرهنگ بهره‌وری در حوزه خدمات بیمارستانی دارند. شرایط زمینه‌ای مانند حجم و فشار کاری زیاد، نبود عوامل انگیزشی مناسب، کمبود دانش و آگاهی در مورد شیوه تامین و نگهداری وسایل و تجهیزات، محدودیت منابع و نظارت ضعیف باعث می‌شود که بهره‌وری هر فرد، عمدتاً تحت تاثیر وجدان و تعهد فردی وی قرار بگیرد. برای افزایش کارآیی، اثربخشی و در کل بهره‌وری اقتصادی کارکنان، مدیران بیمارستان باید اقداماتی را در چهار محور لحاظ کنند؛ محور اول، ترویج و تبلیغ نگرش و رویکرد اخلاق‌محور در محیط‌های بالینی است که از طریق توجه به مسائل انگیزشی، افزایش دانش و آگاهی کارکنان در مورد هزینه‌های مراقبت و مسئولیت حرفه‌ای و اخلاقی آنها در راستای کنترل هزینه‌ها حاصل می‌گردد؛ محور دوم، بهبود سیستم و زنجیره تامین منابع بیمارستانی است تا منابع به مقدار کافی و در شرایط نیاز در اختیار بخش‌های بالینی قرار گیرد؛ محور سوم، اجرای دوره‌های آموزشی در مورد موضوعات مرتبط با بهره‌وری، نحوه تامین و ذخیره‌سازی منابع در بخش و همچنین نحوه استفاده و محافظت از دستگاه‌ها و تجهیزات است که باید به صورت نظری و عملی برای افزایش آگاهی کارکنان برگزار گردد؛ محور چهارم، در نظر گرفتن اقداماتی برای افزایش انگیزش و رضایت شغلی کارکنان است که با کاهش حجم و فشار کاری، بهبود فرآیند ارزشیابی عملکرد، در نظر گرفتن مشوق‌های مالی و تسهیلات رفاهی مبتنی بر عملکرد قابل انجام است.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی با عنوان فرهنگ اقتصاد مراقبت سلامت در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌ها، مصوب دانشگاه علوم پزشکی مشهد، در سال ۱۳۹۱ و با کد اخلاق ۹۱۱۳۲۰ است که با حمایت معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد اجرا شده است.

9. Rezapour A, Asefzadeh S. Study economic efficiency of teaching hospitals of Qazvin University of Medical Sciences (1999-2007). *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2009;18(71):55-63. [In persian]
10. Baghbanian A, Torkfar G. Economics and resourcing of complex healthcare systems. *Aust Health Rev*. 2012;36:394-400.
11. Jazwicz RM. Economics, productivity and effectiveness. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 1987;18(1):8-14.
12. Oliveira WTd, Rodrigues AVD, Haddad MdCL, Vannuch MTO, Taldivo MA. Conceptions of nurses from a public university hospital regarding the cost management report. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2012;46(5):1184-91.
13. Bendavid Y, Boeck H. Using RFID to improve hospital supply chain management for high value and consignment items. *Procedia Computer Science*. 2011;5:849-56.
14. Gurses AP, Carayon P. Performance obstacles of intensive care nurses. *Nursing research*. 2007;56(3):185-94.
15. Mehmet T. Organizational variables on nurses' job performance in Turkey: Nursing assessments. *Iranian journal of public health*. 2013;42(3):261.
16. Sorrentino EA, Nalli B, Schriesheim C. The effect of head nurse behaviors on nurse job satisfaction and performance. *Journal of Healthcare Management*. 1992;37(1):103-13.
17. McNeese-Smith D. Job satisfaction, productivity, and organizational commitment: the result of leadership. *Journal of Nursing Administration*. 1995;25(9):17-26.
18. Treacy CB. Organizational commitment of nurses in an acute-care hospital setting. Saint Louis, Missouri: Webster University; 2009.
19. Oye RK, Bellamy PE. Patterns of resource consumption in medical intensive care. *CHEST*. 1991;99(3):685-9.
20. Welton JM, Meyer AA, Mandelkehr L, Fakhry SM, Jarr S. Outcomes of and resource consumption by high-cost patients in the intensive care unit. *Am J Crit Care*. 2002;11(5):467-73.
21. Anderson DR. The impact of resource management on hospital efficiency and quality of care [dissertation]. College Park: University of Maryland; 2013.
22. Smith HL, Hood JN, Waldman JD, Smith VL. Creating a favorable practice environment for nurses. *Journal of Nursing Administration*. 2005;35(12):525-32.
23. Noh JW, Kwon YD, Yoon SJ, Hwang JI. Internal and external environmental factors affecting the performance of hospital-based home nursing care. *International nursing review*. 2011;58(2):263-9.
24. Drummond M. Evaluation of health technology: Economic issues for health policy and policy issues for economic appraisal. *Soc Sci Med*. 1994;38(12):1593-600.
25. Holland CK. An ethnographic study of nursing culture as an exploration for determining the existence of a system of ritual. *Journal of Advanced Nursing*. 1993;18(9):1461-70.

26. Van der Geest S, Finkler K. Hospital ethnography: introduction. *Social science & medicine*. 2004;59(10):1995-2001.
27. Guidet B, González-Romá V. Climate and cultural aspects in intensive care units. *Crit Care*. 2011;15(6):1-7.
28. Jacobs R, Mannion R, Davies HT, Harrison S, Konteh F, Walshe K. The relationship between organizational culture and performance in acute hospitals. *Social science & medicine*. 2013;76:115-25.
29. Fry M. An ethnography: Understanding emergency nursing practice belief systems. *International emergency nursing*. 2012;20(3):120-5.
30. Fitzpatrick R, Boulton M. Qualitative methods for assessing health care. *Quality in health care*. 1994;3(2):107.
31. Miles M, Huberman AM. An expanded sourcebook: Qualitative data analysis 2nd ed. London: Sage publications; 1994.
32. Aboulhallaje M, Hatamabad N, Abachizadeh K. Revenue sources of educational hospitals affiliated to Iranian Medical Universities (2007) *Journal of Gorgan University of Medical Sciences* 2011;13(3):94-100.[In persian]
33. Fazaeli S, Yousefi M, Ershadnia ZS. Non-clinical quality of care in teaching hospitals: responsiveness level and relative importance of different domains. *Journal of Payavard Salamat*. 2017;11(4):421-32.[In persian]
34. Thompson EC, Juan Z. Comparative cultural salience: measures using free-list data. *Field methods*. 2006;18(4):398-412.
35. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage; 1985.
36. McNeese DK. Staff nurse views of their productivity and nonproductivity. *Health Care Management Review*. 2001;26(2):7-19.
37. Jalali R, Hasani P, Abedsaeedi Z. Nurses' experience of the perception of nursing conscience: A phenomenological study. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2013;8(3):1-9.[In persian]
38. Moneke NI, Umeh OJ. How organizational commitment of critical care nurses influence their overall job satisfaction. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2014;4(1):148.
39. Storesund A, McMurray A. Quality of practice in an intensive care unit (ICU): a mini-ethnographic case study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2009;25(3):120-7.
40. Dall TM, Chen YJ, Seifert RF, Maddox PJ, Hogan PF. The economic value of professional nursing. *Medical care*. 2009;47(1):97-104.
41. Manion J. Strengthening organizational commitment: Understanding the concept as a basis for creating effective workforce retention strategies. *The Health Care Manager*. 2004;23(2):167-76.
42. Pearson A, O'Brien-Pallas L, Thomson D, Doucette E, Tucker D, Wiechula R, et al. Systematic review of evidence on the impact of nursing workload and staffing on establishing healthy work environments. *International Journal of Evidence Based Healthcare*. 2006;4(4):337-84.

43. Mosadeghrad AM, Ferlie E, Rosenberg D. A study of relationship between job stress, quality of working life and turnover intention among hospital employees. *Health Services Management Research*. 2011;24(4):170-81.
44. Letvak S, Buck R. Factors influencing work productivity and intent to stay in nursing. *Nursing Economics*. 2008;26(3):159-65.
45. Dehghan Nayeri N, Nazari AA, Salsali M, Ahmadi F, Adib Hajbaghery M. Iranian staff nurses' views of their productivity and management factors improving and impeding it: a qualitative study. *Nursing & health sciences*. 2006;8(1):51-6.
46. Dunham-Taylor J, Pinczuk JK. *Health care financial management for nurse managers: Applications in hospitals, long-term care, home care, and ambulatory care*: Jones and Bartlett Publishers; 2005.
47. Squires A, Juárez A. A qualitative study of the work environments of Mexican nurses. *International journal of nursing studies*. 2012;49(7):793-802.



Culture of Productivity in clinical care: A qualitative study

Heydari A¹ / Vafae-najar A² / Bakhshi M³

Abstract

Introduction: Hospital services are considered to be the principal factors contributing to increasing healthcare costs in many countries; therefore, considering productivity issues and identifying background factors affecting them is one of the top priorities of health care management. This study aimed to determine factors affecting the culture of productivity from the perspectives of health services providers.

Methods: In this ethnography study, data were collected through interviews, observations and cultural artifacts in two major hospitals affiliated with Mashhad University of Medical Sciences. Semi-structured interviews were conducted with 35 key informants among clinical managers, and other health professionals. Data analysis was performed using Miles and Huberman methods. To determine the rigor of data, Guba and Lincoln's criteria were used.

Results: Data was conceptualized in the two major domains of resources, i.e., management and healthcare quality. Conscientiousness in the workplace, knowledge and experience, facilities and equipment, motivations and management factors were the main factors affecting the areas under study. Conscientiousness in the workplace was turned out to be the most important factor affecting the culture in the study group and was influenced by knowledge and clinical experience and motivational factors in the workplace.

Conclusions: Excessive work pressure, lack of motivation and knowledge regarding the maintenance of equipment, resource constraints and weak supervision were the factors affecting the individual's productivity which is mainly under the influence of conscientiousness and commitment in the workplace. Therefore, it is proposed to take measures to foster Conscientiousness and commitment of professional staff in the workplace, pay greater attention to motivational factors, modify the system of funding hospitals and organize training courses related to productivity and inventory management.

Keywords: Productivity, Culture, Conscientiousness, Hospital

• Received: 31/Aug/2017 • Modified: 9/April/2018 • Accepted: 6/Aug/2018

1. Professor, Department of Medical-Surgical nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

2. Professor, Department of Health and Management, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

3. Assistant Professor, Department of Operating Room and Anesthesia, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran; Corresponding author (bakhshim@mums.ac.ir)