

فعالیت های پرستاران و زمان های صرف شده برای مراقبت و ارتباط آن با رضایت بیماران در بخش داخلی بیمارستان ۵ آذر گرگان

قنبر روحی^{۱*}، سید عابدین حسینی^۲، حمید آسایش^۳، ناصر بنام پور^۴، حسین رحمانی^۵

چکیده

زمینه و هدف: امروزه تامین خدمات بهداشتی کافی و مناسب به عوامل زیادی وابسته است. نیروهای انسانی یکی از مهمترین این عوامل می باشد. مدیران پرستاری می توانند با شناخت دقیق تر کارکرد پرستاران از اتلاف منابع جلوگیری نمایند. ازسوی دیگر یک نظام درمانی کارآ فقط از طریق ارائه خدمات مطلوب به اهداف خود می رسد. یکی از راههای موثر ارزیابی خدمات سنجش رضایت بیماران از کیفیت خدمات است. این پژوهش با هدف اندازه گیری زمان مراقبت های پرستاری و رابطه آن با رضایت بیماران به مورد اجرا در آمده است.

روش بررسی: این مطالعه بصورت توصیفی-تحلیلی در بخش داخلی بیمارستان ۵ آذرگرگان بمدت یک ماه انجام شد. جهت اندازه گیری فعالیت های پرستاران از چک لیستی که توسط سایر محققین استفاده و اعتبار محتوایی آن نیز توسط صاحب نظران تایید شد، استفاده گردید و برای سنجش رضایتمندی بیماران نیز از پرسشنامه ای که اعتبار علمی آن را با روش اعتبار محتوایی و اعتماد علمی آن با روش آزمون آلفای کرونباخ ($\alpha = 916$) محاسبه گردید استفاده شد. داده ها با نرم افزار SPSS و استفاده از آزمون های آماری تجزیه و تحلیل صورت گرفت.

یافته ها: یافته ها نشان می دهد ۴۶/۴۶ درصد از زمان به مراقبت مستقیم، ۱۵/۱۸ درصد به خدمات نوشتاری، ۷/۴۳ درصد به ارزیابی بیمار و ۲۲/۵ درصد به فعالیت های توسعه فردی اختصاص دارد. همچنین ۶۰/۳ درصد از بیماران از مراقبت های راضی و ۲۴/۸ درصد رضایت متوسط داشتند و آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن بین زمان مراقبت با رضایت بیماران ارتباط معنی داری نشان داد که با افزایش زمان مراقبت مستقیم رضایت بیماران افزایش یافت (ضریب همبستگی برابر ۰/۲۷۲ و $P = 0/001$).

بحث و نتیجه گیری: ضروریست مدیران پرستاری با آشنایی با اصول علمی مدیریت، اصلاح مقررات و استفاده از تجهیزات و تکنولوژی روز آمد همچنین سپردن برخی از فعالیت ها به افراد دارای تحصیلات پائین تر از مقاطع دانشگاهی موجب افزایش زمان مراقبت مستقیم شوند که موجب ارتقاء کیفیت مراقبت رضایت بیشتر بیماران شوند.

واژه های کلیدی: پرستاری، مراقبت مستقیم، زمان ارائه مراقبت، رضایتمندی بیمار

* نویسنده مسئول:

قنبر روحی؛

دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه

علوم پزشکی گلستان

Email : Roohi-43@yahoo.com

- دریافت مقاله : مهر ۸۷ - پذیرش مقاله : فروردین ۸۸

مقدمه

با پیشرفت جوامع بشری انواع و حجم خدمات بهداشتی مورد نیاز جامعه روز به روز در حال گسترش است و افزایش حجم خدمات مستلزم صرف هزینه های زیادی می باشد که بخش عمده ای از این منابع صرف هزینه های بیمارستانی می شود (۱).

در ایران سهم بهداشت و درمان از تولید ناخالص داخلی برابر ۶ درصد است که به نسبت کشورهای

^۱ کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

^۲ کارشناس ارشد پرستاری داخلی و جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

^۳ کارشناس ارشد روان پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

^۴ کارشناس ارشد آمار حیاتی دانشکده پیراپزشکی و بهداشت دانشگاه علوم پزشکی گلستان

^۵ کارشناس ارشد پرستاری داخلی و جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

بخش های داخلی و جراحی در یک بیمارستان دانشگاهی در کشور سوئد مورد استفاده قرار می گیرد (۹). همچنین «هارسیون و همکاران» در مطالعه ای که به روش خود گزارش دهی طی مدت ۷ روز در یک بخش مراقبت ویژه در انگلستان انجام دادند، نشان دادند که ۲۴ درصد از زمان برای انجام مراقبت های مستقیم و ۶۵ درصد برای سایر مراقبت ها و ۱۱ درصد برای توسعه فردی توسط پرستاران صرف می شود (۱۰). «کیکاس و همکاران» نیز اعتقاد دارند ۳۵/۲ درصد از زمان برای مراقبت مستقیم پرستاری و ۴۶ درصد برای سایر مراقبت ها و ۱۸/۸ درصد برای فعالیت های توسعه فردی مصرف می شود (۱۱). «دس جاردینس و همکاران» نیز زمان مراقبت مستقیم را ۳۲/۸ درصد و زمان سایر مراقبت ها را ۶۷/۲ درصد تعیین کرده اند (۱۲).

مصرف کنندگان یا مشتریان بیمارستان ها بهانه و علت وجودی برای ایجاد بیمارستان ها هستند (۱۳). موثق ترین راه ارزیابی کمی و کیفی خدمات درمانی دستیابی به نظرات بیماران است (۱۴). همانطور که «پازارگادی و همکاران» کیفیت مراقبت پرستاری از دیدگاه صاحب نظران و پرستاران بالینی را «ارائه خدمات ایمن و مطابق با استانداردهای پرستاری به مددجو به گونه ای که منجر به رضایت بیمار گردد» تعریف نموده اند، بنابراین مدیران خدمات پرستاری می توانند با توجه به نظرات، نیازها و جلب رضایت بیماران زمینه های لازم را برای بهبود فرآیندهای کاری و ارتقاء کیفیت بیمارستان فراهم سازند (۱۷-۱۵). اگر رضایت مشتریان تامین نشود، آن ها از دست خواهند رفت و همین امر اثر معکوسی بر بهره وری خواهد داشت (۱۸). استفاده مناسب از منابع انسانی گروه های کاری یکی از عمده ترین مسائل سازمان ها و از جدی ترین چالش هایی است که مدیریت کنونی مراکز درمانی با آن روبرو هستند (۶). استفاده بهینه از این

مانند آمریکا، کانادا، انگلستان و فرانسه که تولید ناخالص آنها به ترتیب برابر ۱۴/۶ و ۹/۶ و ۷/۷ و ۹/۷ درصد است، کمتر می باشد (۲). در ایران، منابع ملی اختصاص یافته به بخش بهداشت و درمان رو به کاهش است (۱). از طرفی، این منابع اندک نیز در برخی از بخش های بهداشت و درمان ایران به هدر می رود. از سویی نیروی انسانی شاغل در سازمان ها یکی از عمده ترین گروه های صرف کننده این هزینه هاست (۳-۴). نیروی انسانی عامل اصلی خدمت، بقاء و موفقیت سازمان ها محسوب می شود (۵). پرستاران نیز بعنوان بزرگترین منبع انسانی سازمان های مراقبت بهداشتی و درمانی اهمیت بسزایی دارند، بطوریکه این سازمان ها بدون نیروی پرستاری کارآمد نمی توانند موفق باشند (۶). موفقیت و کارآمدی پرستاران بستگی به استفاده کارآمد بر پایه علوم رفتاری دارد که به گونه ای فزاینده مدیران و دست اندر کاران را به خود مشغول داشته است. برای رویارویی با این چالش ها شناخت مفاهیم موثر بر کارآمدی نیروی انسانی لازم و ضروری است (۷). لذا مدیران و تصمیم گیرندگان باید با آشنایی با مفاهیم موثر بر بهره وری نیروی انسانی و سایر مفاهیم و روش های مدیریت علمی از این منابع کمیاب به منظور ارتقاء سطح کمی و کیفی خدمات استفاده نمایند (۸).

بمنظور بهره مندی هرچه بیشتر مراکز بهداشتی، درمانی از نیروی انسانی پرستار ضروریست این سازمان ها عملکرد پرستاران را مورد ارزیابی دقیقتری قرار داده تا بتوانند به اهداف خود دست یابند. زمان صرف شده برای ارائه مراقبت های پرستاری بعنوان یکی از شاخص های ارزیابی عملکرد پرستاران مورد استفاده قرار می گیرد. «لاندرگن و همکاران» اعلام داشتند حداکثر ۵۰ درصد از زمان برای ارائه مراقبت مستقیم، ۲۷ درصد برای سایر مراقبت ها و ۲۳ درصد برای فعالیت های توسعه فردی توسط پرستاران در

منابع بدون ارزیابی عملکرد نیروی انسانی سازمان امکانپذیر نیست، لذا پژوهشگر بمنظور ارزیابی عملکرد پرستاران، حجم فعالیت‌ها و زمان صرف شده توسط آنان برای ارائه مراقبت‌های پرستاری و تعیین رابطه آن با رضایتمندی بیماران تصمیم به طراحی و اجرای پژوهش حاضر در بخش داخلی مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر گرگان گرفت.

روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی است که با همکاری کلیه پرستاران شاغل در بخش داخلی مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر گرگان و تعداد ۹۴ بیمار بستری در بخش فوق بمدت یک ماه در سال ۱۳۸۶ صورت گرفت.

به منظور اجرای این پژوهش ابتدا چک لیست اولیه فعالیت‌های پرستاران بر اساس چک لیست‌های موجود Bradshaw، Harrison و Norri تهیه شد (۲۰-۱۹ و ۱۰). سپس این چک لیست توسط صاحب‌نظران، اعضاء هیات علمی دانشگاه مطالعه و اعتبار محتوایی آن مورد تأیید قرار گرفت و سپس در محیط پژوهش توسط ۱۰ تن از پرستاران شاغل تکرار گردید و شکاف‌های موجود اصلاح شد و پس از ارائه آموزش به پرستاران در مورد اهداف و نحوه اجرا، چک لیست فوق در اختیار آنان قرار گرفت و بطور آزمایشی بمدت ۲۴ ساعت، مدت زمان صرف شده برای فعالیت‌های پرستاری در آن ثبت شد که زمان بدست آمده با زمان‌های محاسبه شده بر اساس چک لیست‌ها که به روش خود گزارش دهی اجرا شده بود اختلاف معنی داری نداشت. در مرحله اجرا چک لیست نهایی در اختیار پرستاران (صبحکار، عصرکار و شبکار) قرار گرفت. بمنظور تکمیل دقیقتر چک لیست در هر شیفت یکی از پرستاران مسئولیت نظارت بر اجرای کار را برعهده داشت. اعمال نظارت صرفاً برای

جلوگیری از عدم ثبت زمان اجرای فعالیت در چک لیست انجام شد و ناظرین هیچ نقشی در ثبت زمان صرف شده نداشتند، در ضمن تأکید شد که نتایج حاصل از زمان ثبت شده توسط افراد بصورت کاملاً محرمانه و بدون ذکر نام افراد بوده و هیچ تأثیری در وضعیت شغلی و حقوق و مزایای آنها نخواهد داشت. پس از تکمیل شدن چک لیست، فعالیت‌های ثبت شده طبق چک لیست دسته بندی شد (جدول ۱). بمنظور تعیین میزان رضایت بیماران بستری نیز از پرسشنامه (۳۲ گویه‌ای) برگرفته از مقیاس سنجش و استاندارد سازی تنظیم و با مقیاس لیکرت ۵ تایی (کاملاً ناراضی، ۲ ناراضی، ۳ متوسط، ۴ راضی و ۵ کاملاً راضی) NRS (Numeric Rating Scale) استفاده شد که اعتبار علمی آن را با روش اعتبار محتوا و اعتماد علمی آن با روش آزمون آلفای کرونباخ توسط محقق نیز تعیین شد ($\alpha = 0.916$). پرسشنامه‌ها در هنگام ترخیص بیماران در اختیار آنان قرار گرفت و پس از تکمیل تحویل گرفته شد و میزان رضایتمندی هر بیمار از نحوه ارائه مراقبت‌های پرستاری برای هر شیفت بطور جداگانه سنجیده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز پس از تکمیل چک لیست زمان صرف شده برای اجرای فعالیت، اطلاعات در جداول مربوطه وارد و مجموع زمان صرف شده برای ارائه خدمات با استفاده از برنامه نرم افزاری Excel محاسبه شد. از طرف دیگر میزان رضایت بیماران نیز بر اساس توزیع نرمال در ۵ گروه صورت گرفت، بشکلی که نمرات بین ۳۲ الی ۴۸ رتبه کاملاً راضی، نمرات بین ۴۹ الی ۸۰ رتبه راضی، نمرات بین ۸۱ الی ۱۱۲ رتبه متوسط، نمرات بین ۱۱۳ الی ۱۴۴ رتبه راضی و نمرات بین ۱۴۵ الی ۱۶۰ رتبه کاملاً راضی را به خود اختصاص دادند. سپس داده‌ها پس از کد گذاری در برنامه نرم افزاری SPSS وارد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای توصیف اطلاعات کمی از

شاخصهای مرکزی و پراکندگی و برای توصیف اطلاعات کیفی از جداول استفاده شد و برای تعیین رابطه بین متغیرهای مستقل و متغیر وابسته نیز با توجه به ماهیت داده ها از آزمون ضرایب همبستگی استفاده شد.

جدول ۱: دسته بندی فعالیت های پرستاران در بخش داخلی

الف- مراقبت مستقیم از بیمار:	ج- وظایف غیر پرستاری:
- گفتگو و مکالمات روزمره با بیمار	- نظافت فضا و منظم کردن وسایل انباشته در بخش
- ساکشن کرن ترشحات دهان بیمار	- برقرای تماس های تلفنی غیر مرتبط با بیمار
- آماده سازی و تجویز داروها (اجرای برنامه دارو دادن)	- چک کردن تجهیزات بخش مانند: برق، تلفن، سیستم سرد و گرم کننده
- بهداشت بیمار (حمام در تخت، مراقبت از دهان، چشم، تغییر محل)	- وظایف دفتری غیر پرستاری مانند: تکمیل کردن فرمها
- پانسمان کردن زخم های بیمار و کاتر های متصل به بیمار	د- فعالیت های غیر مستقیم بیمار محور:
- آماده سازی بیمار برای همودیالیز	- گفتگو با خویشاوندان بیمار در مورد بیمار (حضور و تلفنی)
- تعویض محل تزریق سرم بیمار و چک کردن دستگاه های متصل به بیمار	- کنترل قبل از عمل بیمار و پیگیری ترخیص بیمار
- آماده کردن غذای بیمار و دادن غذا از طریق لوله یا دهان	- راهنمایی برای سایر کارکنان بخش (غیر پرستار)
- فیزیوتراپی، آندوسکوپی و انتقال بیمار به سایر بیمارستان ها و بخشها	- تنظیم برنامه انتقال بیمار به سایر بخش ها و بیمارستان ها
- اجرای مراقبت هایی مانند گذاشتن لوله معده، سنداژ مثانه و....	- ارائه نظارت بعنوان یک پرستار با تجربه
- حرکت بیمار به تخت دیگر، خارج کردن بیمار از تخت	ه- ارزیابی بیمار:
- تغییر در برنامه مراقبتی و معالجه و درمان بیمار	- بررسی بیمار برای ارزیابی وضعیت فیزیولوژیکی و روانشناختی او
- انجام کارهای دفتری مرتبط با مراقبت های فوق	- فراهم کردن اطلاعات بیمار برای اعضای تیم درمان (پزشک، فیزیوتراپست و...)
ب- خدمات نوشتاری پرستاری:	- آماده کردن فضا برای استفاده بیمار و شرکت در راند بخش
- مشاهده و ثبت نشانه هایی مانند: جذب و دفع، علائم حیاتی و....	- کنترل تجهیزات بخش و مشخص کردن تجهیزات آسیب دیده
- پیگیری و ثبت نتایج آزمایشات	- مطالعه گزارشات مربوط به بیمار و ارائه مشاوره برای سایر پرستاران
- ثبت اطلاعات پژوهشی بیمار	و- فعالیت های توسعه فردی:
- نوشتن گزارش پرستاری کلیه بیماران	- شرکت در جلسات، خوردن صبحانه، مطالعه کتاب، شرکت در برنامه های آموزشی و جلسات آموزش ضمن خدمت و...

یافته ها

یافته‌های بدست آمده نشان داد که ۳۰ درصد از پرستاران شاغل مورد مطالعه استخدام رسمی، ۱۰ درصد پیمانی، ۲۰ درصد طرحی و ۳۰ درصد قراردادی بودند، همچنین ۹۰ درصد از پرستاران دارای مدرک کارشناسی و ۱۰ درصد دارای مدرک بهیاری بودند. نتایج حاکی از آنست که در شیفت صبح ۳۹/۷ درصد از زمان صرف شده توسط پرستاران مربوط به مراقبت مستقیم پرستاری و صرفاً ۲/۲ درصد از آن مربوط به وظایف غیر پرستاری است و در شیفت عصر ۵۱/۲ درصد از زمان صرف شده توسط پرستاران مربوط به مراقبت مستقیم پرستاری و ۱/۲

درصد از آن مربوط به وظایف غیر پرستاری است. همچنین در شیفت شب ۴۸/۳ درصد از زمان صرف شده توسط پرستاران مربوط به مراقبت مستقیم پرستاری و ۳/۲ درصد از آن مربوط به وظایف غیر پرستاری می‌باشد. بطور کلی نتایج حاکی از آنست که ۴۶/۴۶ درصد از این زمان مربوط به مراقبت مستقیم پرستاری، ۱۵/۱۸ درصد برای خدمات نوشتاری پرستاری، ۷/۴۳ درصد برای ارزیابی بیمار، ۶/۳۲ درصد برای فعالیت‌های غیر مستقیم بیمار محور، ۲/۲۱ درصد برای وظایف غیر پرستاری و ۲۲/۵ درصد برای فعالیت‌های توسعه فردی صرف شده است (جدول ۲).

جدول ۲ : زمان کارکرد پرستاران بخش داخلی مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر گرگان

نوع فعالیت	شیفت			
	صبح (درصد)	عصر (درصد)	شب (درصد)	هرسه شیفت (درصد)
مراقبت مستقیم از بیمار	۳۹/۷	۵۱/۲	۴۸/۳	۴۶/۴۶
خدمات نوشتاری پرستاری	۲۰/۵	۱۵/۳	۹/۷	۱۵/۱۸
ارزیابی بیمار	۱۰/۲	۳/۹	۸/۱	۷/۴۳
فعالیت‌های غیر مستقیم بیمار محور	۹/۲	۴/۹	۴/۸	۶/۳۲
وظایف غیر پرستاری	۲/۲	۱/۲	۳/۲	۲/۲۱
فعالیت‌های توسعه فردی	۱۸/۲	۲۳/۴	۲۵/۹	۲۲/۵
جمع	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

همچنین نتایج نشان داد که کلیه ۹۴ نفر بیمار شرکت کننده در پژوهش در طیف سنی ۲۵ سال تا ۷۸ سال بوده‌اند و ۷۷/۶ درصد از آنها متاهل و ۲۲/۴ درصد مجرد بودند.

همچنین بیشتر آנהادارای مدرک دیپلم (۴۰/۴ درصد) و اکثریت بیماران (۴۴/۷ درصد) کارمند و بازنشسته

بودند. همچنین طیف مدت بستری بیماران بین ۵ روز تا ۱۴ روز در نوسان بوده است و بیشتر افراد (۵۹/۶ درصد) به مدت ۵ روز در بخش بستری بودند. نتایج پژوهش در خصوص میزان رضایت شرکت کنندگان از نحوه ارائه مراقبت‌ها نیز بر حسب شیفت در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳: توزیع فراوانی میزان رضایت بیماران بستری در بخش داخلی مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر گرگان بر مبنای شیفت کاری

ردیف	شیفت کاری	متوسط		راضی		کاملاً راضی		جمع	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱	صبح	۳۷	۳۹/۴	۴۸	۵۱/۱	۹	۹/۶	۹۴	۱۰۰
۲	عصر	۳۳	۳۵/۱	۳۰	۳۱/۹	۳۱	۳۳	۹۴	۱۰۰
۳	شب	۰	۰	۹۲	۹۷/۹	۲	۲/۱	۹۴	۱۰۰
۴	جمع	۷۰	۲۴/۸	۱۷۰	۶۰/۳	۴۲	۱۴/۹	۲۸۲	۱۰۰

همچنین آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد بین زمان مراقبت با رضایت بیماران ارتباط معنی داری وجود دارد (ضریب همبستگی برابر ۰/۲۷۲ و ۰/۰۰۱ و $Pvalue=$ بطوری که با افزایش میزان زمان مراقبت مستقیم میزان رضایت بیماران افزایش یافته است و بنظر می رسد این همبستگی از نمونه ما قابل تعمیم به یک جامعه بزرگتر می باشد.

بحث

نتایج پژوهش حاکیست ۴۶/۴۶ درصد از کل زمان صرف شده برای ارائه خدمات پرستاری مربوط به مراقبت مستقیم پرستاری و ۵۳/۵۴ درصد مربوط به زمان سایر مراقبت پرستاری است که با پژوهش های «بروشا» سال ۱۹۸۹، «نوری» سال ۱۹۹۷ که زمان صرف شده برای ارائه خدمات پرستاری، برای ارائه مراقبت مستقیم را به ترتیب ۴۹/۱، ۴۰ درصد و زمان ارائه سایر مراقبت ها را به ترتیب ۵۰/۹، ۵۹ درصد بیان داشته اند همخوانی دارد (۲۰-۱۹). در حالیکه «لاندرگرنی» (۲۰۰۰) نشان داد زمان مراقبت مستقیم ۳۷ درصد و زمان سایر فعالیت ها ۶۷ درصد است (۹). همینطور «هارسیون» ۲۰۰۲ که زمان مراقبت مستقیم را ۲۴ درصد و زمان سایر مراقبت ها را ۷۶

درصد اعلام نمود (۱۰). «کیکاس» (۲۰۰۵) نیز زمان مراقبت مستقیم را ۳۵/۲ درصد و زمان سایر مراقبت ها را ۶۴/۸ درصد تعیین کرد (۱۱). «دس جاردینز و همکاران» (۲۰۰۸) زمان مراقبت مستقیم را ۳۲/۸ درصد و زمان سایر مراقبت ها را ۶۷/۲ درصد بیان نمودند که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارند (۱۲). سیر نزولی زمان صرف شده برای مراقبت مستقیم مشاهده شده در پژوهش سایر محققین و تفاوتی که با نتایج پژوهش حاضر مشاهده شد می تواند به علت ارتقای سطح تکنولوژی مورد استفاده، بالاتر بودن مهارت های بالینی (صرف وقت کمتر برای ارائه مراقبت های مستقیم پرستاری) نسبت به سالهای گذشته، اعمال روش های مدیریت علمی و داشتن شرح وظایف مدون در کشورهای پیشرفته باشد که به موجب آن پرستاران روز به روز زمان کمتری را برای ارائه مراقبت های مستقیم صرف نموده و به دنبال آن میزان زمان صرف شده برای سایر فعالیت ها سیر صعودی پیدا نموده است، از جمله این که مراقبت های غیر مستقیم که نقش انکار ناپذیری در مراقبت و درمان بیماران بستری دارد ارزیابی بیمار است که شامل (مشاهده و بررسی بیمار، تشخیص پرستاری، فراهم آوردن اطلاعات در مورد بیمار برای سایر

دیده‌اند متفاوت است. همچنین اظهار می‌دارند که عواملی مانند عدم انتقال مشکلات پرستاران به رده‌های بالای مدیریت، عدم حمایت مدیران از کارکنان و اهمیت ندادن آنها به نظرات پرستاران، اطاعت طلبی محض، روابط نامناسب، اهمیت ندادن به سازماندهی و هدایت صحیح کارکنان موجب بی‌انگیزگی و پایین آمدن کارایی پرستاران می‌شود (۲۱). لازم است مدیران پرستاری به نظرات پرستاران توجه کرده که موجب افزایش انگیزه، تقویت احساس مسئولیت و ایجاد دلبستگی بیشتر پرستاران به سازمان می‌شود که نتیجه آن افزایش بهره‌وری و استفاده بهینه از منابع انسانی است.

نتایج مطالعه حاضر حاکی از آنست که ۷۵/۱ درصد از بیماران از کیفیت مراقبت‌ها راضی و کاملاً راضی بودند. مطالعه «انصاری و همکاران» نشان داد به ترتیب ۸۷/۱٪ و ۶۹/۷٪ از بیماران بستری در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران از مراقبت‌های جسمی و روانی پرستاری رضایت دارند (۲۲). پژوهش «شیخی» مشخص کرد که رضایت بیماران از مراقبت‌های پرستاری در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قزوین ۸۲/۴ درصد می‌باشد (۲۳). همچنین پژوهش «هاشمی» در دانشگاه علوم پزشکی بوشهر نشان داد ۹۵ درصد از بیماران از عملکرد کلی پرستاران رضایت داشتند، که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد (۱۳). از آنجائیکه کارایی سازمان و رضایت مشتری با یکدیگر ارتباط مستقیم دارند، اگر رضایت مشتریان تامین نشود، سازمان آنها را از دست خواهد داد و همین امر اثر معکوسی بر بهره‌وری سازمانی خواهد داشت. علی‌رغم بالا بودن میزان رضایت بیماران از خدمات ارائه شده لازم است تلاش مضاعفی برای افزایش میزان رضایت بیماران صورت گیرد (۱۸).

اعضای تیم درمانی، بحث و تبادل نظر با سایر پرستاران و ارائه مشاوره به سایر پرستاران) است که در پژوهش «برادشاو» و پژوهش حاضر به ترتیب ۸/۱ و ۷/۴ درصد از زمان صرف شده برای بیمار را بخود اختصاص داده است (۱۹). در حالیکه نتایج پژوهش‌های انجام شده توسط «هارسیون» و «کیکاس» حاکی از آن است که به ترتیب ۳۸ و ۱۸/۶ درصد از زمان صرف شده به ارزیابی بیمار اختصاص یافته است که نشان می‌دهد پرستاران شرکت‌کننده در این پژوهش به توجه و ارزیابی بیماران که درحقیقت تعیین‌کننده اهداف مراقبت‌های پرستاری و شروع یک فرآیند پرستاری برای بیمار است کم توجه می‌باشند، و اکثراً به دنبال انجام مراقبت‌های بالینی می‌باشند در حالیکه علی‌رغم اهمیتی که انجام مراقبت‌های بالینی برای درمان بیمار دارد، تشخیص صحیح پرستاری به پرستاران کمک می‌کند که با طراحی یک برنامه مراقبتی مناسب ضمن اجرای دستورات پزشکان موجب ارائه مراقبت‌های هدفمندتر و دستیابی هر چه سریعتر بیماران به سلامت را موجب شوند (۱۱-۱۰).

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ۲۲/۵ درصد از زمان برای انجام فعالیت‌های توسعه فردی صرف شده است، در حالیکه نتایج سایر مطالعات حاکی از صرف زمان کمتر برای انجام فعالیت‌های شخصی است (هاریسون ۱۱ درصد، نوری ۱۱ درصد و کیکاس ۱۸/۸ درصد) (۲۰ و ۱۱). هر چند که این تفاوت اندک می‌باشد و می‌تواند ناشی از شرایط شغلی حاکم بر حرفه پرستاری از جمله انگیزه پایین، مقایسه خود با سایر حرفه‌های همسطح و سایر مشکلات اقتصادی و اجتماعی در مراکز درمانی باشد، پرستاران نیز معتقدند، در شرایط موجود پرستاران بهره‌وری مناسب ندارند و آنها بر این باورند که آنچه در حال حاضر انجام می‌دهند با آنچه برای آن آموزش

غیر پرستاری و خدمات نوشتاری پرستاری می شود (در مجموع ۳۹/۸ درصد از زمان صرف شده را بخود اختصاص داده اند) و افزایش زمان مراقبت مستقیم و هدایت زمان صرف شده توسط پرستاران بسوی ارزیابی بیمار موجبات افزایش کیفیت مراقبت ها، کارآیی و نزدیک شدن به استانداردهای مراقبتی را فراهم سازند. همچنین می توان با اصلاح محیط فیزیکی کار، نحوه دسترسی به وسایل کار، چگونگی ارتباطات، نوع فرم های موجود، نحوه تکمیل فرم ها، استفاده از کامپیوتر و برنامه های نرم افزاری، میزان زمان صرف شده برای خدمات نوشتاری و وظایف غیر پرستاری را کاهش داده و از این زمان بهینه تر استفاده نمود.

نتیجه گیری

امروزه به دلیل تاکید فراوان روی مدیریت منابع، کنترل هزینه ها، اثر بخشی مراقبت از بیمار، ارتقاء کیفیت و مراقبت خوب از بیمار ضروری است و بنظر می رسد مدیران پرستاری می توانند با آشنایی بیشتر با اصول علمی مدیریت و کسب توانایی بکارگیری این مهارت ها، نسبت به اعمال نظارت دقیقتر و استفاده از مدیریت زمان، با اصلاح مقررات و کاهش زمان برخی از سایر مراقبت های پرستاری با طراحی یک برنامه مراقبتی مناسب تر، موجب ارائه مراقبت های هدفمندتر و موجب افزایش کیفیت مراقبت ها و رضایتمندی بیشتر بیماران گردند.

تشکر و قدردانی

مجربان پژوهش بر خود لازم می دانند که از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گلستان که پژوهش حاضر با حمایت مالی آن حوزه صورت گرفته و همکاران محترم آن حوزه و همچنین مسئول

صاحب نظران بهبود فرآیند های کاری و ارتقاء کیفیت بیمارستان را بدون توجه به نظرات، نیاز ها و جلب رضایت بیماران امکان پذیر نمی دانند و نظر بیماران را ملاک کیفیت کار می دانند همانطوریکه در پژوهش «پازارگادی» پرستاران تعریف نهایی کیفیت را «ارائه خدمات ایمن و مطابق با استانداردهای پرستاری به مددجو به گونه ای که منجر به رضایت بیمار گردد» اظهار داشتند (۱۷-۱۶). همچنین استاندارد بودن خدمات و رضایتمندی مددجو را بیش از همه مورد توجه قرار دادند و از دیدگاه آنان رضایت مددجو، برآیند مهمی در ارزیابی کیفیت مراقبت های پرستاری می باشد (۱۵). همچنین پژوهشی در تایلند ارائه خدمات ایمن و مطابق با استانداردهای پرستاری به مددجو، به گونه ای که منجر به رضایت بیمار گردد را مراقبت های با کیفیت می داند (۲۴). نتایج مطالعه حاضر نشان داد بین زمان مراقبت مستقیم و غیرمستقیم و رضایت بیماران رابطه معنی داری وجود دارد که با افزایش میزان زمان مراقبت مستقیم میزان رضایت بیماران نیز افزایش می یابد که با پژوهش «فیرچایلد و همکاران» که اعتقاد دارند انجام مراقبت های پرستاری به روش علمی و دانشگاهی با رضایت بیماران ارتباط دارد همخوانی دارد. همچنین میزان کارآیی و بهره وری بطور مشخصی برای مراقبت های بهداشتی در هنگام استفاده از پرستاران پاره وقت نسبت به پرستارانی که وقت بیشتری را در محل کار حضور داشتند (تمام وقت) بیشتر است در حالیکه کیفیت کار در هر دو گروه مشابه بوده است (۲۵). همچنین با پژوهش «حاجی نژاد و همکاران» که بین رفتارهای مراقبتی کارکنان پرستاری و رضایت بیماران رابطه ای معنی داری را اعلام داشته اند همسو است (۲۶). بنظر می رسد تصمیم گیرندگان و مدیران خدمات پرستاری می توانند با کاهش زمان مراقبت های غیرمستقیم مخصوصاً زمانی که صرف کارهای شخصی، وظایف

محترم بخش داخلی مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر و کلیه پرستاران شاغل در آن بخش که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، تشکر و قدردانی نمایند.

منابع

1. Asefzadeh S. Hospital Management & Research .Qazvin University of Medical Sciences 2003; 1: 35-36 [Article in Persian].
2. Amini A, Hejazi Azad Z. Analysis and Evaluation of Health Roles in Promotion of Manpower Productivity in Iran Economy. Journal of Iranian Economic Research 2007 ; 30:163-137[Article in Persian].
3. Abasi Moghadam MA. Analysis Treatment cost Nerve surgery ward Imam khomeini hospital [Thesis in Persian]. Tehran: Science & Research Branch Islamic Azad University of Theran, 1995.
4. Maleki MR. Survey unit cost & Efficiency Health services of Damavand [Thesis in Persian]. Tehran: Iran University of Medical sciences, 1986.
5. Hall McGillis L. Nursing Intellectual Capital: A Theoretical Approach for Analyzing Nursing Productivity. Nursing Economics 2003; 21(1): 14-19.
6. Estaugh SR."Hospital Nurse Productivity. " Journal of Health Care Finance 2002; 29(1):14-22.
7. Hooma H. Development and Standardization of a Job Satisfaction Scale. Tehran: State Management Training Center; 2002 . P. 4-5[Book in Persian].
8. Baghbanyan AB, Aghamohamadi G, Shaei A, Rahmani H, Sheed pur J. Management in Health Care. Tehran : Gap; 2003. p. 310 [Book in Persian].
9. Lundgren S, Segesten K. Nurses' use of time in a medical-surgical ward with all-RN staffing. Journal of Nursing Management Jan 2001;9: 13-20.
10. Harrison L, Nixon G. Nursing activity in general intensive care. J C N 2002; 11: 158-167.
11. Kiekkas P, Pouloupoulou M, Papahatzi A, Androutopoulou C, Maliouki M, Prinou A. Nursing Activities and Use of Time in the Post anesthesia Care Unit. Journal of Per Anesthesia Nursing 2005; 20(5): 311-322.
12. Desjardinw F, Cardinal L, Belzile E, McCusker J. Reorganizing nursing work on surgical units: a time-and-motion study. Nurse Leadersh 2008; 21 (3):26-38.
13. Hashemi SM, Mohamadi Baghmolai M, Ghaedi H, Ghafarian Shirazi HR. The patient's satisfaction from hospitals facilities in Bushehr Province. Iranian South Medical Journal 1999 Oct; 4(1):53-59[Article in Persian].
14. Sadaghiani E. Organization & Hospital . Tehran: Jahan Rayane; 1998. P. 46-47 [Book in Persian].
15. Pazargadi M, Zagheri Tafreshi M, Abed Saedi Z. Nurses' perspectives on quality of nursing care: a qualitative study. Journal of the Faculty of Medicine in Shaheed Beheshti University of Medical sciences 2007; 31(2): 147-153[Article in Persian].
16. Parker SE, Kreboth FJ. Practical programs of conduction patient satisfaction. J Nurse Care 1991; 6(5): 430-35.
17. Thomas LH. Measuring patients' satisfaction with nursing care. JAN 2006; 17(1): 52-63.

18. Karimi I . Health Economics . Theran: Gap; 2004.p. 5-7[Book in Persian].
19. Bradshaw KE, Sittig DF, Gardner M, Pryor TA, Budd M. Computer based data entry for nurses in the ICU". MD Compute 1989 Sep-Oct; 6(5):274-280.
20. Norrie P. "Nurses' time management in intensive care. Nursing in Critical Care1997; 2 (3): 121-125.
21. Dehghan Nayeri N, Nazari AA, Adib Haj Bagheri M, Salsali M, Ahmadi F. Nurses' views on productivity and its influencing factors Feze. Kashan University of Medical sciences & Health Services 2005 Jan; 32(8): 43-51[Article in Persian].
22. Ansari H, Ebadi F, Molla Sadeghi A. Evaluation of patients satisfaction in hospitals under Iran University of Medical Sciences. Journal of Birjand University of Medical sciences 2004; 11:38-45[Article in Persian].
23. Sheikhi MR, Javadi A. Patients' satisfaction of medical services in Qazvin educational hospitals. The Journal of Qazvin Univ of Medical sciences 2004 Feb; 29: 62-66[Article in Persian].
24. Kunaviktikul W, Anders RL, Srisuphan W, Chontawan R, Nuntasupawat R, Pumarporn O. Development of quality of nursing care in Thailand. J Advanc Nurs 2001; 36:776-84.
25. Fairchild DG, Mcloughlin KS, Gharib S, Horsky J, Portnow M, Richter J, etal. Productivity, Quality, and Patient Satisfaction Comparison of Part-time and Full-time Primary Care. Journal of General Internal Medicine 2004; 16 (10):663-667.
26. Davis SL, Adams Greenly M. Integrating patient satisfaction with a quality improvement program. J Nurse Adm 1994; 24(12):28-31.