

نقش مدیران پرستاری در عملکرد مناسب پرستاران (مطالعه کیفی)

اعظم محمودی^۱، اکرم مهدیان^۲، مرضیه سبحانی^۳

چکیده

مدیریت منابع انسانی یکی از اساسی‌ترین منابع مدیریت در خدمات سلامت است. در بیشتر بیمارستان‌ها اطمینان از اینکه بخش‌ها به تعداد کافی پرستار برای ارائه مراقبت پرستاری باکیفیت به بیماران در اختیار دارد چالش بزرگی در مدیریت بیمارستان است. شواهد نشان می‌دهد حضور مؤثر پرستاران در بالین بیماران تأثیر قابل توجهی در کیفیت بهتر درمان، عوارض کمتر و مراقبت مؤثرتر از بیماران دارد. این پژوهش که با هدف بهبود شیوه‌های کاری مدیران در به‌کارگیری نیروهای خود در بخش‌های بالینی در سال ۱۴۰۲ انجام گردید، به‌صورت پدیدارشناسی با رویکرد توصیفی انجام شد. ۱۲ مدیر پرستاری و ۳۱ پرستار از بین جامعه آماری شامل پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دانشگاهی، شهر اصفهان با روش نمونه‌گیری غیر تصادفی هدفمند انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از مصاحبه نیمه ساختاریافته جمع‌آوری شد. به‌منظور تحلیل داده‌ها از تحلیل محتوای کیفی استفاده گردید. در نتایج حاصل از یافته‌های این مطالعه نقش مدیران بیمارستان در ۵ مضمون شامل تعداد کارکنان، کفایت کارکنان، کیفیت کارکنان، تهیه شرح وظایف و جبران خدمات تقسیم‌بندی شد. پیامد مدیریت غیر صحیح و تعداد ناکافی پرسنل و یا مراقبت بی‌کیفیت ایشان، به خطر افتادن ایمنی بیمار و کاهش کیفیت مراقبت از بیمار است لذا باید همواره با توجه به اهمیت نقش مدیران از وقوع این عواقب پیشگیری کرد. مدیران پرستاری باید تجربه کافی در ارزیابی نیازهای پرسنلی داشته باشند تا تعداد و ترکیب مناسب برای هر بخش در نظر گرفته شود. تعیین شرح وظایف برای کار در هر بخش و همچنین توانمندسازی مداوم حرفه‌ای در ارتقای کیفیت کارکنان پرستاری بسیار ضروری است و

۱. عضو هیات علمی گروه پرستاری، واحد دهقان، دانشگاه آزاد اسلامی، دهقان، ایران (نویسنده مسئول)
mahmoodi.a53@gmail.com

۲. عضو هیات علمی گروه پرستاری، واحد دهقان، دانشگاه آزاد اسلامی، دهقان، ایران

۳. عضو هیات علمی گروه پرستاری، واحد دهقان، دانشگاه آزاد اسلامی، دهقان، ایران

به منظور افزایش رضایت شغلی و ارائه مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت پرستاران باید پاداش مناسب با خدماتشان را دریافت کنند.

کلیدواژه: عملکرد پرستاران، مدیران پرستاری، روش کیفی، تعداد کارکنان، کفایت کارکنان، کیفیت کارکنان، شرح وظایف، جبران خدمات

طبقه‌بندی موضوعی: I10

مقدمه

بهبود بیماران به میزان زیادی تحت تأثیر مراقبت‌های پرستاری قرار می‌گیرد؛ بنابراین داشتن نیروی کافی پرستاری که وظایف خود را انجام دهند، بهره‌مندی بیماران از مراقبت‌های لازم را تضمین می‌نماید. (Choi & et al, 2016) در پژوهش خود دریافتند که با کاهش نسبت بیمار به پرستار و به تبع آن افزایش ساعات کاری پرستاران ایمنی بیمار کاهش می‌یابد. همچنین اضافه‌کاری پرستاران بر ایمنی بیماران تأثیر داشته و منجر به مراقبت‌های ناتمام آن شیفت می‌شود این در حالی است که انجام کلیه وظایف پرستاری و مراقبت کامل از بیمار قبل از پایان هر شیفت کاری از وظایف حرفه‌ای ایشان است؛ بنابراین اطمینان از ایمن بودن بیمار و انجام تمام مراقبت‌های لازم قبل از اتمام شیفت، انگیزه‌ای برای کار بیشتر خواهد بود. هرچند نسبت زیادی از پرستاران به دلیل داشتن بیماری که نیاز به مراقبت شدیدی دارند حتی با انگیزه قوی برای انجام تمام مراقبت‌ها تا پایان شیفت قادر به تکمیل مراقبت‌های پرستاری خود نیستند.

شیفت‌های ناکافی منجر به تنوع مراقبت‌ها، شیفت‌های کاری چالش‌برانگیز و تغییراتی در شیوه کار می‌شود که بر کیفیت مراقبت از بیمار تأثیر می‌گذارد. هنگامی که مراقبت تغییر می‌یابد، حذف می‌شود یا به تأخیر می‌افتد، زمان کمتری صرفت تعامل با بیمار و خانواده وی می‌شود و زمان کمتری برای ایجاد روابط و حمایت عاطفی باقی می‌ماند. (Nelson, 2011) بنابراین تعداد ناکافی پرستاران هم بر زندگی شخصی و هم مسئولیت حرفه‌ای ایشان تأثیر داشته و در نهایت باعث می‌شود که بر مراقبت از بیمار، عملکرد بخش و ارتباطات درون بخش تأثیرگذار باشد. مطالعات انجام شده در مورد رضایت شغلی ارتباط بین تعداد پرستاران و رضایت شغلی را نشان داده است. درخواست پرستاران برای حضور در حوزه بالین تحت تأثیر درک مطلوب از محیط کار است چنانکه

(Kalisch & et al 2014) اظهار داشتند تعداد ناکافی کارکنان پرستاری، رضایت

شغلی در میان پرستاران را کاهش می‌دهد.

در تحقیقات دیگری اعتقاد بر این است که کیفیت مراقبت پرستاری مستقیماً با سطح کارکنان پرستاری، محیط کاری، نارضایتی شغلی، خستگی عاطفی بالا و فرسودگی شغلی مرتبط است. (Aiken et al 2012, Nantsupawat & et al, 2015) بنابراین تعداد کافی کارکنان برای عملکرد بهتر بخش ضروری است. عملکرد پرستاران بر ساختار و سیستم بخش تأثیر می‌گذارد و برای سرمایه‌گذاری بهتر باید به اصول اولیه کارکنان بخش به‌ویژه پرستاران توجه نمود.

در سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی پیشرفته مانند بریتانیا علت ناکافی بودن کارکنان پرستاری مربوط به کاهش پذیرش دانشجوی پرستاری در دانشگاه، شرایط سخت استخدام و حفظ نیروی پرستاری است. (Bridges et al, 2019; Buchan et al, 2015). در حالی که در ایران علیرغم افزایش هر ساله تعداد دانشکده‌های پرستاری و افزایش پذیرش دانشجو در رشته پرستاری و همچنین ایجاد رشته‌های تخصصی پرستاری در مقاطع تحصیلات تکمیلی و توسعه کمی و کیفی آموزش پرستاری و توانمندی‌های قابل توجه پرستاران و اعضای هیئت‌علمی دانشکده‌های پرستاری و تشکیل سازمان نظام پرستاری، هنوز مراکز درمانی کشور، کمبود شدیدی در زمینه تعداد پرستاران بالینی دارند. که یکی از دلایل کمبود مربوط به ترک کار پرستاران ناشی از عوامل زیر است:

۱- عوامل سازمانی: نظیر فشار کاری، استرس شغلی و فرسودگی شغلی، الگوی مدیریتی، قدرت و اختیار، ادراک نقش، شانس رشد سازمانی کمتر. ۲- عوامل فردی: نظیر جنس، سن و سنوات خدمت، سطح تحصیلات و صلاحیت حرفه‌ای. ۳- حقوق و مزایا، میزان دریافتی در قیاس با سایر گروه‌های همکار و رضایتی شغلی پایین. ۴- عوامل اجتماعی- فرهنگی: تصویر نامناسب اجتماعی، ضعف در اجرای قوانین مرتبط با پرستاری (Hayes, 2012).

از سویی تحقیقات تأکید می‌کنند که کارکنان پرستاری برای پیشرفت و تکامل سیستم مراقبت بهداشتی ضروری است و به تعداد کافی پرستار برای ارتقا سطح سلامت جامعه نیاز است. بنابراین در همه سطوح سیستم مراقبت بهداشتی پرستاران باید نقش فعالی در

تصمیم‌گیری کارکنان ایفا کنند. (انجمن پرستاری آمریکا ۲۰۱۹). این امر این استدلال را تقویت می‌کند که پرستاران به‌ویژه مدیران پرستاری نقش محوری در فعالیت‌های سیستم مراقبت‌های بهداشتی دارند که نقطه اتکا همه این تصمیمات هستند. مدیران پرستاری باید توانمندی ویژه‌ای برای ارزیابی منطقی نیازهای بخش و تعداد و ترکیب مناسب پرسنل برای ارائه خدمات درمانی مؤثر و کارآمد داشته باشند.

تنوع زیادی در شیوه به‌کارگیری پرسنل پرستاری وجود دارد و در سیستم مراقبت بهداشتی سیاست‌های متفاوتی دیده می‌شود و اتفاق نظری در این مورد وجود ندارد. (Sochalski et al, 2008; Twigg et al, 2016).

مطالعات قبلی انجام شده بر روی پرسنل تأثیر اقدامات انجام گرفته در سطح بخش، بر ارائه مراقبت‌های بهداشتی را گزارش کرده‌اند. این یافته‌ها در مطالعاتی که از سیستم‌های بهداشتی پیشرفته مانند آمریکا، بریتانیا، استرالیا، تایلند و چین نشأت گرفته گزارش شده‌اند. (Bridges et al, 2019; Griffiths et al, 2019; Griffiths et al, 2016).

برای تعیین تعداد و ترکیب کادر پرستاری اصول در نظر گرفته شده از سوی انجمن پرستاران آمریکا ۲۰۱۹ (ANA) مهم است. این اصول عبارتند از:

۱- گیرنده مراقبت‌های بهداشتی: تصمیم‌گیری برای تعداد و ترکیب کارکنان باید بر اساس تعداد و نیازهای بیماران خانواده آنها گروه‌ها جوامع و جمعیت مراقبت گیرنده باشد.

۲ تیم‌های بین حرفه‌ای: مراقبت مؤثر و بهینه از طریق همکاری با سایر اعضای تیم درمان به دست می‌آید و پرستاران نقش محوری در ارائه مراقبت‌های بهداشتی باکیفیت دارند.

۳- فرهنگ محل کار: رهبران سازمانی باید محیطی در محل کار ایجاد کنند که برای پرستاران به‌عنوان اعضای اصلی تیم مراقبت ارزش قائل شوند.

۴ فضای ارائه مراقبت: سیستم‌های ارائه مراقبت پرستاری باید منابع لازم برای برآوردن نیازهای فردی گیرندگان مراقبت‌های بهداشتی و همچنین تقاضای بخش مراقبت را فراهم کنند.

۵ ارزیابی: سازمان‌ها باید برنامه‌های مناسبی برای پرسنل داشته باشند بنابراین محیط‌های بالینی باید استراتژی‌های پرسنلی را متناسب با پرونده‌های قابل اندازه‌گیری پرستاری توسعه دهند.

با توجه به یافته‌های مطالعات که شرح آن گفته شد چنین استنباط می‌گردد که در سیستم مراقبت بهداشتی پرسنل پرستاری بسیار مهم بوده و باید توجه جدی به پرسنل پرستاری بخش‌ها با تعداد کافی برای اطمینان از اصول نتایج مطلوب بهداشتی فراهم شود. (Bridges, 2019). علی‌رغم اهمیت این موضوع مطالعات کمی در مورد عملکرد مدیران پرستاری در به‌کارگیری پرسنل بخش‌ها در بیمارستان‌های ایران وجود دارد. این مطالعه به دنبال توصیف نحوه جذب نیروی پرستاری، کفایت کادر پرستاری در بخش‌ها، کیفیت کادر پرستاری، تدوین برنامه و تقسیم وظایف و جبران خدمات در بخش‌هاست و هدف این است که مواردی را به‌صورت علمی و تحقیق شده برای بهبود شیوه‌های کاری مدیران در به‌کارگیری نیروهای خود در بخش‌های بالینی ارائه دهد.

بررسی سیستم بهداشتی درمانی ایران

نظام بهداشتی و درمانی، در قالب یک شبکه منسجم فعالیت می‌کند که سه سطح به شرح زیر، شبکه مذکور را تشکیل می‌دهند:

سطح اول: شامل واحدهایی است که اولین و وسیع‌ترین تماس جامعه با نظام ارائه خدمات بهداشتی در آن به وقوع می‌پیوندد. واحدهای مورد نظر عبارتند از: خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی و درمانی روستایی و شهری. افرادی که در خانه‌های بهداشت مشغول فعالیت هستند، عمدتاً شامل بهورز زن و مرد و در مراکز بهداشتی و درمانی، پزشک عمومی، کاردان‌ها و تکنسین‌های بهداشتی می‌باشند.

سطح دوم: این سطح شامل واحدهایی است که قادرند خدمات بهداشتی و درمانی را در سطح تخصصی‌تری ارائه دهند که این واحدها شامل مراکز بهداشت و بیمارستان شهرستان می‌باشند. در مراکز بهداشت پزشکان عمومی با آموزش و تجارب بهداشتی و با مجموعه‌ای از کارشناسان خدمات بهداشتی، امکانات تشخیصی مثل آزمایشگاه و رادیولوژی، دندانپزشکی و مامایی خدمت می‌کنند. بیمارستان مرکز ارجاع بیماران، برای دریافت خدمات بستری و سرپایی تخصصی است.

در کشور ایران، مجموعه واحدهای سطح اول و دوم را، در محدوده جغرافیایی شهرستان، شبکه بهداشتی و درمانی آن استان می‌نامند.

سطح سوم: این سطح خدمات تخصصی‌تر و فوق تخصصی آموزشی را دربرمی‌گیرد و مکمل سطح دوم است. بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی در مرکز بهداشت استان، در این سطح قرار دارند. در این سطح غالباً خدمات آموزش پزشکی و پیراپزشکی نیز ارائه می‌شود. حرکت بیماران بین سطوح مذکور، در قالب سیستم ارجاع صورت می‌گیرد.

در کشور ایران بخش دولتی و خصوصی در کنار هم ارائه خدمات مختلف بهداشتی و درمانی را به عهده دارند. ولی عمدتاً بخش دولتی و بویژه وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، در این زمینه از سهم بیشتر برخوردار است. در زیر سازمان‌های مرتبط ذکر گردیده است.

بیش از ۷۰.۹ درصد از مؤسسات درمانی کشور وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی است که مستقیماً زیر نظر وزارت بهداشت و درمان فعالیت می‌کنند. تا پیش از سال ۱۳۷۳ ادارات منطقه‌ای مسئولیت برخی از واحدهای درمانی را به عهده داشته‌اند که پس از آن تمام واحدها به دانشگاه‌های مربوطه واگذار شده است. تمامی مراکز بهداشتی و درمانی نیز، شامل درمانگاه، کلینیک، پلی کلینیک و مراکز بهداشت کاملاً در اختیار وزارتخانه مذکور است.

روش‌شناسی

این مطالعه کیفی از نوع پدیدارشناسی توصیفی کلایزی با هدف بهبود شیوه‌های کاری مدیران در به‌کارگیری نیروهای خود در بخش‌های بالینی انجام شد. در این نوع پدیدارشناسی، به ارائه توصیفی دقیق از پدیده مورد مطالعه می‌پردازد، بدون اینکه لزوماً معنای آن تجربیات را تفسیر یا تحلیل کند. جامعه آماری این پژوهش شامل پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهر اصفهان بودند که به پیشنهاد دانشگاه علوم پزشکی پژوهش در ۳ بیمارستان انتخابی اصفهان انجام شد. تعداد ۱۲ مدیر و ۳۱ پرستار با روش نمونه‌گیری غیر تصادفی هدفمند از پرسنل بخش‌های داخلی و جراحی،

اورژانس، اطفال و بخش‌های ویژه انتخاب شدند. ملاک پایان نمونه‌گیری اشباع نظری داده‌ها بوده است. معیار ورود نمونه‌ها به مطالعه عبارت بودند از:

- ۱- مدیران پرستاری باید توسط مدیر بیمارستان به‌عنوان مسئول بخش شناخته شوند.
- ۲- پرستاران باید همکاری تمام‌وقت با بیمارستان داشته باشند. ۳- شرکت‌کنندگان باید از حداقل ۶ ماه گذشته در بیمارستان کار می‌کردند و با شرکت داوطلبانه در مطالعه موافقت کنند.

روند جمع‌آوری اطلاعات

در روش پدیدارشناختی توصیفی بر اساس نظریه هوسرل (۲۰۱۲) تمرکز بر بررسی تجربیات افراد است. این روش شامل بازگشت به پدیده‌های مورد مطالعه با تجربه زیسته شرکت‌کنندگان است. از طریق مصاحبه صاحب‌شرکت‌کنندگان تجربیات خود از پدیده مورد مطالعه را توصیف کرده و محقق مؤلفه‌های مهم تجربه و نقشی که بر فرد یا گروه داشته را شناسایی می‌کند. (Koch, 1995). در این طرح، محقق از شرکت‌کنندگان می‌خواست تجربیات فردی خود از عملکرد کارکنان بخش را بیان کنند.

داده‌ها به‌صورت مجزا از هر بیمارستان جمع‌آوری شدند و از شرکت‌کنندگان در شیفتهای صبح ۱۴-۷ بعدازظهر ۲۰-۱۳، مصاحبه به عمل آمد. بحث‌های گروهی در زمان استراحت انجام گردید که در کار بخش وقفه ایجاد نشود.

در این پژوهش از روش تجزیه و تحلیل کلایزی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. این روش شامل ۷ مرحله است که در این پژوهش به‌قرار زیر انجام شد. ابتدا تمام توصیف‌های ارائه‌شده توسط شرکت‌کننده در مطالعه به‌منظور به دست آوردن یک احساس و مانوس شدن با آنها چندین بار خوانده شد. پس از رسیدن به یک درک کلی و احساس مانوس شدن با داده‌ها، مرحله دوم از فرایند تجزیه و تحلیل آغاز شد. طی این مرحله، به هر یک از پروتکل‌ها مراجعه و جملات و عباراتی را که مستقیماً به پدیده مورد مطالعه مرتبط است، استخراج گردید. سپس هر یک از مصاحبه‌ها با توجه به معانی استخراج شد. همچنین در راستای تعیین درون‌مایه‌های اولیه کدبندی شد. در مرحله سوم، متون کدگذاری شده توسط اعضای تیم پژوهش مورد بحث، تجزیه و تحلیل قرار گرفت و یک درک مشترک از توصیفات ارائه‌شده از طرف مشارکت‌کنندگان در مطالعه

حاصل گردید. در مرحله چهارم، مراحل فوق را برای هر پروتکل تکرار شده و معانی فرموله شده و مرتبط به هم در خوشه‌هایی از تم‌ها (مقوله‌ها) قرار گرفت. برای این کار به متن اصلی مصاحبه‌ها رجوع شد و اعتبار خوشه‌ها را مورد بررسی قرار گرفت. طی مرحله پنجم و با استفاده از روش مقایسه و مقابله متون، نسبت به تعیین و توصیف درون‌مایه‌ها اقدام گردید و نتایج در قالب یک توصیف جامع از موضوع مورد پژوهش تلفیق شد. در مرحله ششم، یافته‌های مطالعه در قالب درون‌مایه‌های استخراج شده فوق توسط اعضای گروه پژوهش مورد بحث و بررسی قرار گرفت. در مرحله هفتم، ضمن شرح نتایج برای شرکت‌کنندگان، طرح نهایی یافته‌ها در قالب درون‌مایه‌های اصلی ارائه شد.

قبل از شروع مصاحبه برای شرکت‌کنندگان هدف از پژوهش معیارهای انتخاب نمونه پژوهش مزایای شرکت در پژوهش حق امتناع از ادامه پژوهش توضیح داده شد. ملاحظات اخلاقی مربوط به تحقیق در مورد شرکت‌کنندگان از جمله اخذ رضایت آگاهانه، مشارکت داوطلبانه، حذف اسامی و اطلاعات شناسایی از متن مصاحبه و استفاده از نام مستعار برای محرمانه بودن اطلاعات، انجام گرفت. شرکت‌کنندگان می‌توانستند سؤالات خود در مورد مطالعه را بپرسند و در صورت تمایل به شرکت، فرم رضایت‌نامه را امضا کنند. مصاحبه‌های عمیق با مدیران پرستاری در دفتر آنها انجام شد. بحث‌های گروهی در اتاق استراحت پرستاران و با هماهنگی واحد آموزش ضمن خدمت، قبل و یا بعد از شیفت انجام گرفت. مصاحبه‌های انجام گرفته با سؤالاتی در خصوص عملکرد کارکنان بخش هدایت می‌شد و همه مصاحبه‌ها ضبط گردید. کد اخلاق از سوی کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه آزاد واحد دهقان دریافت گردید.

تجزیه و تحلیل داده‌ها:

تحلیل محتوا برای استخراج ایده‌ها مفاهیم و برچسب‌گذاری جملات شرکت‌کنندگان انجام گرفت. محقق تمامی متن مصاحبه را چندین بار مطالعه کرده و به هر جمله توجه ویژه‌ای داشت و با تطبیق جملات با فایل ضبط شده مصاحبه سعی نمود همه موارد را شناسایی نماید تا بتواند از تجربه زیسته فردی و راه‌های شرکت‌کنندگان با توجه به تجربیات خود و درک عمیق از رویدادی که اتفاق افتاده بود ارائه می‌دادند، استفاده نماید.

پس از گوش دادن و پیاده کردن دقیق اطلاعات، محققین، کلمات، جملات و عبارات را کدگذاری نمودند. همه کدهای ایجاد شده با دقت ثبت و خوانده شد و بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌ها و ویژگی‌هایشان ترکیب شده و کدهای جدیدی ثبت شد. با گروه‌بندی کدهای مهم، مضامین ایجاد شد و مضامین اصلی و فرعی مشخص گردید.

قابلیت اعتماد، یکی از معیارهای اعتبار و پایایی پژوهش‌های کیفی است. قابلیت اعتماد بیان‌کننده اطمینان از یافته‌هایی است که تا حد ممکن منعکس‌کننده معنای مورد نظر شرکت‌کنندگان است. بنابراین در پژوهش کیفی برای رسیدن به پایایی، کاربرد ۴ راهکار ضروری است: استفاده از مصاحبه‌های ساختاریافته و همگرا، سازمان‌دهی فرایندهای ساختاریافته برای ثبت و تفسیر داده‌ها، وجود حداقل دو نفر برای انجام مصاحبه به صورت موازی با یکدیگر و مقایسه یافته‌ها و وجود کمیته راهنما برای ارزیابی و اجرای برنامه مصاحبه. چنانچه اعضای کمیته در مورد موضوع بررسی به اجماع برسند ارزیابی جمعی آنها صورت علمی و معتبر به خود خواهد گرفت (Bryman, 2016).

از مشارکت‌کنندگان درخواست شد برای اطمینان از اخذ کامل اطلاعات حداقل ۶۰ دقیقه در مصاحبه حضور داشته باشند. بررسی مداوم داده‌های ثبت شده برای اطمینان از اینکه تمام تجربیات ثبت شده‌اند انجام گرفت. برای بررسی صحت اطلاعات داده شده توسط شرکت‌کنندگان مصاحبه‌های ضبط شده برای شرکت‌کنندگان پخش شد تا گوش دهند و تجربیات خود را تأیید کنند و محقق از اینکه یافته‌ها منعکس‌کننده دیدگاه شرکت‌کنندگان هست اطمینان حاصل کرد.

اعتبار بیرونی به توانایی یافته‌های تحقیق برای تأمین پذیری اشاره دارد. این معیار که در پژوهش‌های کیفی معیار انتقال‌پذیری نامیده می‌شود در اصل همان بحث تأمین نتایج تحقیق است. در پژوهش‌های کیفی اعتبار بیرونی از طریق تکرارپذیری تئوریک در نمونه مصاحبه شونده ایجاد می‌گردد؛ بنابراین کارشناسان خبره در زمینه‌های مختلف برای اطمینان از این امر انتخاب می‌شوند. (Rao&perry, 2003).

بر این اساس به منظور اطمینان از مقبولیت و صحت و درستی داده‌ها و تأیید پذیری، درگیری مداوم با داده‌ها و تأیید داده‌ها توسط مشارکت‌کنندگان، همکاران تیم تحقیق و سه نفر متخصص خارج از تیم تحقیق همکاری کردند.

نتایج

جدول شماره ۱ ویژگی‌های دموگرافیک ۳۱ پرستاری که در بحث گروهی متمرکز شرکت کردند نشان می‌دهد ۹۰.۵٪ پرستاران زن بودند. رده سنی شرکت‌کنندگان بین ۲۵ تا ۴۴ سال بود. از ۳۱ شرکت‌کننده، اکثریت آنها (۶۱٪) بین ۲۵ تا ۳۰ سال سن داشتند. از ۳۱ پرستار شرکت‌کننده اکثر آنها (۸۴٪) کارشناس پرستاری بودند و (۱۶٪) از آنها کارشناس ارشد بودند.

جدول شماره ۱- مشخصات دموگرافیک پرستاران شرکت‌کننده در بحث گروهی

| شرکت‌کنندگان | | | | | | | | | | متغیر |
|--------------|---------|-------|--------|-----|----------|---------|---------------|-----|-------------|-------|
| کل | ویژه | | اطفال | | اورژانس | | داخلی و جراحی | | بخش | |
| ۳۱(۱۰۰٪) | ۵(۱۶٪) | | ۴(۱۳٪) | | ۸(۲۶٪) | | ۱۴(۴۵٪) | | | |
| کل | ۴۱-۴۵ | | ۳۶-۴۰ | | ۳۱-۳۵ | | ۲۵-۳۰ | | گروه سنی | |
| ۳۱(۱۰۰٪) | ۲(۶.۵٪) | | ۳(۱۰٪) | | ۷(۲۲.۵٪) | | ۱۹(۶۱٪) | | | |
| کل | زن | مرد | زن | مرد | زن | مرد | زن | مرد | جنس | |
| ۳۱(۱۰۰٪) | ۴(۱۳٪) | ۱(۳٪) | ۱۳ | ۰ | (۱۹.۵٪) | ۲(۶.۵٪) | ۱۴(۴۵٪) | ۰ | | |
| | | | ۴(٪) | | ۶ | | | | | |
| کل | | | | | کارشناسی | | کارشناسی ارشد | | مدرک تحصیلی | |
| ۳۱(۱۰۰٪) | | | | | ۲۶(۸۴٪) | | ۵(۱۶٪) | | | |

جدول شماره ۲ ویژگی‌های دموگرافیک ۱۲ مدیر پرستاری شرکت‌کننده در مصاحبه را نشان می‌دهد از میان ۱۲ مدیر پرستاری حداقل سن ۳۳ سال و حداکثر ۵۸ سال بود. میانگین سنی ۴۲.۵ سال بود. (SD: 52.5)

از بین ۱۲ مدیر پرستاری اکثریت (۵۹٪) دارای مدرک تحصیلی کارشناسی و (۴۱٪) مدرک کارشناسی ارشد داشتند. ۸۳٪ از مدیران شرکت‌کننده زن بودند. از بین مدیران تنها یک مورد تحصیلات مرتبط با سمت خود را داشتند و اکثر آنها (۷۵٪) دارای حداقل ۵ سال سابقه مدیریت بودند.

جدول شماره ۱- مشخصات دموگرافیک پرستاران شرکت‌کننده در بحث گروهی

| شرکت‌کنندگان | سن | جنس | تحصیلات | سابقه پرستاری | سابقه مدیریت | تحصیلات مرتبط با مدیریت |
|--------------|----|-----|------------------|---------------|--------------|-------------------------|
| ۱ | ۵۸ | مرد | کارشناسی | | ۲۶ | خیر |
| ۲ | ۴۵ | زن | کارشناسی | | ۱۵ | بله |
| ۳ | ۳۵ | زن | کارشناسی ارشد | | ۱ | خیر |
| ۴ | ۴۲ | زن | کارشناسی | | ۸ | خیر |
| ۵ | ۳۳ | زن | کارشناسی ارشد | | ۲ | خیر |
| ۶ | ۴۰ | زن | کارشناسی | | ۱۱ | خیر |
| ۷ | ۴۴ | زن | کارشناسی | | ۱۷ | خیر |
| ۸ | ۳۸ | زن | کارشناسی ارشد | | ۵ | خیر |
| ۹ | ۴۶ | زن | کارشناسی | | ۱۵ | خیر |
| ۱۰ | ۴۹ | مرد | کارشناسی | | ۲۲ | خیر |
| ۱۱ | ۳۹ | زن | کارشناسی ارشد | | ۱۶ | خیر |
| ۱۲ | ۴۱ | زن | کارشناسی ارشد | | ۳ | خیر |

مضامین به‌دست‌آمده از مطالعه شامل: درخواست کارکنان، کفایت کارکنان، کیفیت کارکنان، تنظیم برنامه و تقسیم وظایف و جبران خدمات اضافی بود.

تعداد کارکنان:

نتایج مطالعه نشان داد درخواست نیروی کار بر اساس تعداد پرستارانی است که به دلیل مرخصی و یا به دلیل ادامه تحصیل و یا ... کار می‌کنند و نه بر اساس نیاز بیماران. تعداد پرستارانی که در بخش‌ها مشغول به کار می‌شوند بستگی به تعداد پرستاران متقاضی کار در معاونت بهداشت و درمان استان دارد؛ و در شرایط اضطراری از پرستاران سایر بخش‌های بیمارستان کمک گرفته می‌شود. مدیران پرستاری تا زمانی که پرستاران جدید به بیمارستان معرفی شوند باید با کمبود پرستاران دست و پنجه نرم کنند.

پرستار ۷ چنین می‌گوید:

الآن خانم... و خانم... مرخصی هستند. خوب تعدادمون کمتر هم شده در صورتی که ما حتی نیروی کمکی هم لازم داشتیم. خوب با این وضعیت ما چه کار کنیم. البته شنیدیم که قراره بیمارستان چند تا نیرو بگیره. اگه بهمون نیرو بدند حتماً بهتر کار می‌کنیم... پرسنل مدعی هستند درخواست سرپرستاران برای به‌کارگیری نیروی جدید جنبه علمی ندارد و بر اساس نیاز بیماران نیست. بلکه بر اساس تعداد نیروی خروجی از بخش‌ها است. مدیران زمانی کمبود پرستاران را مطلع می‌شوند که پرسنل مرخصی بگیرند و یا به دلیل شرایط بحرانی مجبور به جابجایی نیرو از بخش‌های دیگر می‌شوند. مدیر پرستاری دیگری در مورد اینکه چگونه بخش مدیریت می‌شود چنین می‌گوید:

... اگر کسی مریض بشه یا مرخصی بگیره وظیفه بقیه تغییر می‌کنه و بخش باید با همون تعداد کمتر ولی با وظایف بیشتر بقیه، اداره بشه...

... با مرخصی یا بیماری یکی از پرسنل در شرایط اورژانسی و بحرانی معمولاً از بخش‌هایی که کار کمتر دارند نیرو می‌گیرند و موقتاً مثلاً ۱ ماه یا تا وقتی نیروی قبلی برگرده اونجا کار می‌کنه.

اظهارات نقل قول شده از پرستاران و مدیران نشان می‌دهد در درخواست نیرو برای بخش‌ها عوامل دیگری غیر از نیاز بیماران و مراقبت کافی از بیماران دخالت دارد.

کفایت کارکنان:

اطلاعات ارائه شده از سوی پرستاران و سرپرستاران حاکی از مشکلات مدیران مربوط به ناکافی بودن تعداد پرستاران بخش بود. به خصوص این مسئله در بیمارستان‌های اطراف و دور از مرکز که متقاضی کمتری دارند بیشتر است .

یکی از سرپرستاران می‌گوید:

... منابع انسانی در بیمارستان‌ها به اندازه کافی نیست. ولی بدون توجه به این مسئله از تو می‌خواهند بخش و بیمارستان را مدیریت کنی. به همین خاطر همیشه استرس داریم... یکی از چالش‌های دیگری که پرستاران با آن مواجه می‌شوند بارداری است. برخی از پرستاران باردار می‌شوند و یا شیردهی دارند که مجبورند یا مرخصی بگیرند یا به دلیل شیردهی زودتر بخش را ترک کنند.

یکی از سرپرستاران می‌گوید:

...یه تعداد از پرستاران، مادر شیرده هستند و بعضی باردارند؛ بنابراین باید زودتر برن خون و از بچه‌شون مراقبت کنند...

صحبت‌های شرکت‌کنندگان در مطالعه با صراحت بیان می‌کند که ناکافی بودن تعداد پرسنل چالش اصلی در انجام وظایف مراقبتی بیماران است؛ که البته این مسئله یکی از چالش جدی در حرفه پرستاری است. طبق تحلیل‌های موجود، مشکل کمبود پرستاران در آینده به چند دلیل تشدید خواهد شد:

۱- به‌طور مرتب، از تعداد پرستاران باتجربه در مراکز درمانی کشور کاسته می‌شود. عمده این مسئله ناشی از مهاجرت، اشتغال در کارهای اداری و ترک خدمت بالینی است. فرسودگی زیاد شغل پرستاری، عدم تفاوت قابل توجه دریافتی پرستاران نسبت به سایر شغل‌های هم‌رده و در بسیاری موارد اشتغال در کارهای بسیار آسان‌تر از پرستاری ولی با درآمد بالاتر همگی عواملی شده‌اند تا برخی از پرستاران تغییر شغل بدهند، یا با انگیزه کمتری کار بکنند.

۲- بازگشایی مراکز درمانی جدید و پیشرفت‌های جدید در روش‌های درمانی و ایجاد بخش‌های درمانی جدید و نیاز به روش‌های مراقبتی نوین، افزایش روزافزون تعداد سالمندان و بسیاری دلایل از این قبیل، همگی موجب افزایش تقاضا برای پرستاران بیشتر و نیاز به پرستاران باتجربه و آموزش‌دیده در آینده نه‌چندان دور خواهد شد...

۳- علاوه بر دلایل بالا هنوز در کشور ما جایگاه پرستاری از بیمار و منزلت پرستاران در فرهنگ عمومی کشور، به سطح شایسته خود نرسیده است و بنابراین نمی‌توان انتظار زیادی داشت که در شرایط فعلی، تعداد زیادی در صف ورود به این رشته باشند

۴- مسئله دیگری که در مورد پرستاران ایران وجود دارد و ارتباط مستقیم با مشکلات اقتصادی و عدم درآمد کافی پرستاران دارد، زیاد بودن ساعات کاری پرستاران است.

کیفیت کارکنان :

یکی از مشکلاتی که از مصاحبه با مدیران پرستاری مشخص شد توانایی کاری برخی از پرستارانی بود که برای کار به بیمارستان معرفی می‌شوند. یکی از سرپرستاران می‌گوید: بارها و بارها گزارش کردیم... چیزی که من می‌بینم اینه که سطح توانایی بعضی از پرستارانی که به اینجا میان واقعاً مشکل داره. اگه شما ببینید چطوری گزارش می‌نویسند. اگه ببینید که چه چیزهای ساده‌ای رو نمی‌دونند...

در بحث‌های گروهی هم بخش‌هایی که به تعداد کافی پرسنل داشتند از اینکه بیشتر آنها کارایی و بهره‌وری کافی نداشتند شاکی بودند.

...توی بخش ما به اندازه کافی نیرو هست؛ اما فکر می‌کنید همه نیروهامون کارایی دارند؟ این مشکلیه که باید بهش توجه کنیم. بعضی از اونها خیلی سابقه دارند و دیگه خسته شدند و نیروی کافی برای مراقبت از بیمار ندارند. فقط می‌اند و می‌رند بیشتر می‌شینند و منتظرند که وقت بگذره...

...بعضی وقت‌ها که به لیست پرسنل شیفتم نگاه می‌کنم می‌بینم ۴-۵ تا نیرو دارم اما خودم باید همه کارا رو انجام بدم چون اونا کارایی برای من ندارند. حتی بعضی وقت‌ها می‌گند: ما ۳۰ سال کار کردیم و حالا وقت استراحتمون. نوبت شماست که کار کنید. واقعاً این نیروها فایده‌ای ندارد...

تنظیم برنامه و تقسیم وظایف:

یکی از چالش‌های دیگر در مدیریت مدیران پرستاری آماده کردن برنامه‌ای بود که حداکثر انطباق را با پرسنل رده‌های مختلف در مراقبت از بیماران داشته باشد.

موضوعات مهمی که مدیران باید در این امر در نظر بگیرند عبارتند از: اندازه بخش، سطح هوشیاری بیماران، ترکیب کارکنان قوی و ضعیف، آمار بیماران، صلاحیت و شایستگی پرستاران و نگرش کلی پرستاران.

مدیران پرستاری معتقدند قبل از تأیید درخواست کارکنان در یک بخش باید ابتدا با یک دوره آزمایشی، کارایی پرسنل ارزیابی شود.

...وقتی به برنامه نگاه می‌کنید افرادی هستند که می‌توانند تنهایی کار کنند و نیاز به نظارت ندارند. این افراد هستند که مناسب شیفت شب هستند و بهشون اطمینان دارم... برای چیدن ترکیب مناسب از پرسنل نیاز به زمان است؛ که بتوان پرسنل قوی را با پرسنل ضعیف‌تر کنار هم گذاشت تا از نحوه مراقبت از بیمار مطمئن شد. سرپرستار فلان می‌گوید:

...من پرسنلم را خوب می‌شناسم. درسته که همه پرستار هستیم ولی بعضی ضعیف و بعضی قوی‌تر هستند. بنابراین وقتی برنامه شیفت می‌نویسی باید این دو گروه را با هم ترکیب کنید. ضعیف با قوی...

برنامه شیفت ماهانه با در نظر گرفتن درخواست‌های پرسنل و برنامه یک ماهه پیش رو و احتمالاً موارد غیرقابل‌پیش‌بینی آماده می‌گردد. با توجه به اینکه افراد، منحصر به فرد و دارای نیازهای خاص می‌باشند و به‌منظور تأمین رضایت شغلی ایشان این چالش‌ها در برنامه ماهانه غیرقابل‌اجتناب است. یکی از سرپرستاران می‌گوید:

...به نظر من اکثر پرستاران هر ماه یک برنامه خاص دارد مثلاً عروسی، مسافرت، میهمانی و... بنابراین من قبل از اینکه برنامه را بنویسم با پرسنلم هماهنگ می‌کنم. سعی می‌کنم **off** روزهای تعطیل را هم بین همه تقسیم کنم...

اما پرستاران مدعی‌اند در تنظیم برنامه ماهانه، ترکیب کارکنان به‌اندازه تعداد، اهمیت ندارد که با ادعای سرپرستار مطابقت ندارد.

... در هر شیفت تعداد پرستاری که فکر می‌کنند مناسب است می‌گذارند و مهم تعداد پرستاران هر شیفت است نه توانایی و مهارت آنها. معمولاً برنامه را می‌نویسند و تصمیم می‌گیرند و از ما نظر نمی‌خواهند. آگه برای کسی مشکلی پیش بیاد مجبوره خودش شیفتشو با همکار دیگه‌ای جابجا کنه...

اصولاً در نوشتن برنامه‌ی شیفت‌ها تأکید بر این است که در هر شیفت پرستاران توانمند و باکیفیتی برای ارائه‌ی مراقبت به بیمار وجود دارد. بنابراین برای تحقق این هدف گاهی لازم است حتی پرستاران باسابقه‌تر هم روزهای تعطیل شیفت باشند. یکی از پرستاران می‌گوید:

... تو بخش ما برنامه‌ی جوری نوشته‌ی میشه که ما که سابقه‌ی بیشتری داریم ضرر می‌کنیم. چون بعضی وقت‌ها شده ۳ هفته پشت سر هم بدون هیچ مرخصی باید شیفت باشم...

سرپرستاران معتقدند پرسیدن اولویت‌ها از پرسنل و اهمیت دادن به برنامه‌های آنها می‌تواند نوعی انگیزه و رضایت شغلی برای پرسنل باشد. سرپرستار ۱۱ می‌گوید:

...بعضی از بخش‌ها اجازه نمی‌دهند پرستاران هر برنامه‌ای که می‌خواهند داشته باشند؛ اما من برای ایجاد انگیزه در پرسنلم از شون می‌خوام از نیمه ماه برنامه‌های پیشنهادی خودشونو برای من بفرستند. البته قول نمی‌دهم که همه آنها را بتوانم پیاده کنم...

جبران خدمات اضافه:

اینکه پرسنل در قبال خدمات بیشتری که انجام می‌دهند پاداش بگیرند موتور محرکه نیرومندی برای انجام کار بهتر است. به نظر برخی، پرستاران در انجام اضافه‌کاری‌ای که هیچ پاداشی ندارد و یا پاداش کمی دارد قربانی می‌شوند. در بعضی از بخش‌ها هم معامله پایاپای می‌کنند؛ یعنی پرستار در قبال قبول کردن شیفت پرستار دیگری پول دریافت می‌کند. یکی از پرستاران می‌گوید:

... در قبال کاری که می‌کنی پول اضافه بهت نمیدند. بعضی وقت‌ها من شیفت صبح و عصرم و خیلی سخته. به‌خصوص شیفت عصر که ممکنه هیچ کمکی دیگه‌ای نداشته باشی ولی جایی دیده نمی‌شه. اگه خوش‌شانس باشی ممکنه موقع پرداخت کارانه‌ها یه مقدار جبران بشه...

یکی دیگر از پرستاران می‌گوید:

... هر چند ماه یه مقدار کارانه به ما می‌دهند که مبلغش هم زیاد نیست؛ اما هر کار اضافه‌تری که می‌کنید به حساب این گذاشته می‌شه.

همچنین در صورتی که قرار باشد مشکل کسی با جابجایی فرد دیگری در شیفت حل شود باید از نظر سطح توانایی یکسان باشد تا ترکیب پرسنل یک شیفت رعایت شود. ... در صورتی که نیاز به جابجایی شیفت خودتان با فرد دیگری پیدا بشه باید حتماً با شما در یک سطح باشد که بتواند نظر سرپرستار را برای جابجایی جلب کند... تعامل با سایر همکاران راهکاری برای مواقعی است که امکان حضور در شیفت طبق برنامه نیست. پرستار ۲۴ می گوید:

... توی بخش ما وقتی این مورد پیش میاد معمولاً سرپرستار سعی می‌کنه توی برنامه بعدی یک آف اضافه‌تر به شما بده...

به جز راهکار تعامل با همکاران دیگر برخی از پرسنل به مواردی اشاره می‌کنند که مجبورند در قبال قبول شیب توسط همکار خود پول پرداخت کنند. پرستار ۱۹ می‌گوید:

... توی بخش ما سرپرستار دوست نداره شیفت تو با پرستار دیگه‌ای جابجا کنه؛ بنابراین باید شما به همکاری که قراره به‌جای شما شیفت بده پول بدی و مقدار پول را هم همکار، تصمیم می‌گیرد البته معمولاً با هم توافق می‌کنیم...

قطعاً این شیوه در برنامه‌ریزی شیفت‌ها یک روش غیرحرفه‌ای و نامناسب است که باید از اجرای آن جلوگیری شود.

بحث:

در بیشتر کشورها درصد بیشتری از پرستاران را زنان تشکیل می‌دهند. در این مطالعه که در ایران انجام شد نیز بیشتر پرستاران و مدیران شرکت‌کننده زن بودند و از تعداد ۱۲ مدیر پرستاری و ۳۱ پرستاری که مصاحبه به عمل آمد ۸۸ درصد زن و ۱۲ درصد مرد بودند که با مطالعات قبلی مطابقت دارد ([Shafiei2023Eghtedar 2023](#))

[Mahmoudi 2015Ebadi 2014](#) اکثریت مدیران سابقه کاری بالای ۵ سال داشتند و اینکه مدیران پرستاری باید از بین پرستاران باتجربه و باسابقه انتخاب شوند در این مطالعه مصداق دارد. ([Shahangi2021 najafi2022 Farajzadeh 2022](#))

[Rouhi2024](#)

همچنین اکثر پرستارانی که در بحث گروهی شرکت کردند ۲۵-۳۰ ساله بودند که نشان می‌دهد سیستم بهداشت و درمان توسط نیروی کار جوان اداره می‌شود که لزوم

حفظ صلاحیت و شایستگی حرفه‌ای آنها توسط آموزش‌های توانمندسازی، تفویض اختیار و نظارت پرستاران با سابقه بالاتر را ایجاد می‌کند.

این مطالعه به بررسی شیوه‌های مدیریت سرپرستاران در بخش پرداخت و یافته‌ها نشان داد که درخواست نیرو یکی از مؤلفه‌های اصلی در عملکرد مدیران است. یافته‌های این مطالعه نشان داد تعداد نیروهای یک بخش متأسفانه ساختارمند و علمی نیست و آنچنان که انجمن پرستاران آمریکا گفته از متغیرهایی همچون نیاز بیماران به‌عنوان مصرف‌کنندگان خدمات بهداشتی درمانی، سایر اعضای تیم درمان، فرهنگ محل کار و ارزیابی عملکرد منطبق بر اصول مراقبت‌های پرستاری متأثر نمی‌شود. (انجمن پرستاران آمریکا ۲۰۱۹)؛ که این اصول بر اهمیت وجود تعداد پرستاران کافی در همه سطوح نظام سلامت به‌منظور ارتقاء سلامت تأکید دارد؛ بنابراین ضروری است به مدیران پرستاری آموزش داده شود که بتوانند مهارت لازم در ارزیابی نیازهای پرسنلی داشته باشند و با استدلال و منطق تعداد نیروی کافی درخواست کنند. ناکافی بودن تعداد پرستاران به‌عنوان یک مسئله اصلی تأثیرگذار بر عملکرد بخش شناسایی شده است (Haegdorens et al, 2019). نیروی پرستاری ناکافی چالش بزرگی در بخش‌ها است که مراقبت از بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Griffiths et al, 2019).

نلسون (۲۰۱۹) معتقد است وقتی مراقبت از بیمار تغییر می‌کند، حذف می‌شود یا به تأخیر می‌افتد، زمان کمتری صرف تعامل با بیمار و خانواده می‌شود و زمان کمتری برای برقراری رابطه و حمایت عاطفی باقی می‌ماند. مهم است که سرپرستاران برای داشتن حداکثر اثربخشی و کارایی با در نظر گرفتن مؤلفه‌های تعیین‌کننده، نیاز بخش به نیرو را تعیین کرده و به آنها آموزش داده شود که با محاسبات ساده‌ای ترکیب و تعداد پرستاران هر شیفت را محاسبه نمایند. از شاخص بار کاری در برآورد نیروی انسانی^۱ (WISN) می‌توان استفاده کرد. روشی که با استفاده از آن تعیین می‌شود چه تعداد نیروی انسانی از یک نوع مشخص نیاز است تا جوابگوی حجم کاری مرکز ارائه‌دهنده خدمت باشیم. کاربرد این روش در تمامی سطوح ارائه خدمت و مراقبت (مراقبت‌های اولیه تا بیمارستان‌های فوق تخصصی) و همچنین حوزه‌های بالینی و غیربالینی در سطوح

¹ Workload Indicators of Staffing Need

منطقه‌ای، استانی و ملی و در تمامی مراکز دولتی و غیردولتی و خصوصی قابل انجام است.

این روش از حیث فنی و تکنیکی قابل قبول و قابل فهم و توجیه مدیران سلامت است. روش WISN فراهم کننده زمینه‌ای برای مدیریت منابع انسانی و بودجه‌ریزی است. (WHO2016)

با توجه به اینکه بیشتر پرستاران زن هستند، مشکل تعداد نیرو با بارداری ایشان بدتر می‌شود. شاید این مشکل به‌راحتی قابل حل نباشد ولی وقتی مدیریت می‌شود که در چیدمان پرستاران یک بخش به ویژگی‌های دموگرافیک پرستاران توجه نموده و در نظر گرفته شود که تعداد زیادی از پرستاران زن جوان در یک بخش جمع نشوند. این مطالعه با مطالعه نلسون (۲۰۱۱) مطابقت دارد. در پژوهش وی شرکت‌کنندگان بیان می‌کردند که در برخی شیفت‌ها برای جبران ناکفایتی پرسنل ضعیف یک بخش، از پرستاران بخش‌های دیگر درخواست نیروی کمکی می‌کنند. برای مدیران پرستاری اینکه بیماران مراقبت کافی دریافت می‌کنند و درعین حال برای تأمین مراقبت از بیمار فشار اضافی به پرسنل تحمیل نمی‌شود بسیار مهم است. بنابراین در این موارد سرپرستار از بخش‌های دیگری که نیروی اضافه دارند درخواست نیرو می‌کند. این ناکارآمدی در ترکیب و تعداد نیرو باعث نارضایتی و فرسودگی شغلی پرستاران می‌شود.

نتایج این مطالعه همچنین کیفیت کارکنان پرستاری را یک نگرانی مهم مدیران شناسایی کرد. سرپرستاران و پرستاران بر این نظر بودند که کیفیت پرسنل پرستاری پایین‌تر از استانداردهای مورد انتظار است؛ و برخی پرستاران صلاحیت لازم برای کار پرستاری را ندارند و عدم کیفیت کارکنان یکی از موانع اجرای صحیح مراقبت‌های پرستاری است. چراکه کیفیت کار پرستاران ارتباط مستقیم با مراقبت‌های پرستاری دارد. پرسنل کارآمد و حرفه‌ای ایمنی بیمار را تضمین می‌کند؛ بنابراین باید پرستارانی که مسئولیت مراقبت از بیمار را به عهده می‌گیرند صلاحیت لازم را داشته باشند تا بتوانند خدمات پرستاری باکیفیت ارائه دهند. چنانچه واحد توانمندسازی و آموزش ضمن خدمت بیمارستان، در آموزش پرستاران، نیازهای آموزشی بخش‌ها را در نظر بگیرند و آموزش اصولی و واقع‌بینانه باشد، شایستگی حرفه‌ای پرسنل افزایش می‌یابد.

علاوه بر این یکی از مفاهیم دیگری که از این مطالعه به دست آمد تنظیم برنامه و تقسیم کار توسط سرپرستاران بخش‌ها بود؛ که یکی از قسمت‌های مهم حرفه پرستاری است. برای رسیدن به حداکثر انطباق برنامه با بخش و پرسنل نیاز به مشارکت همه پرستاران دارد. در تهیه و تنظیم برنامه عوامل زیادی از جمله اندازه بخش، تعداد بیماران، ترکیب پرسنل، صلاحیت و شایستگی پرستاران، نگرش کلی پرستاران و ترجیح آنها برای روزهای مرخصی دخالت دارد؛ بنابراین برای رسیدن به حداکثر کارایی پرسنل در بخش باید به این عوامل توجه شود.

در تنظیم برنامه یکی از مواردی که معمولاً سرپرستاران به آن توجهی ندارند، زمان‌های شیفت پرسنل است که می‌تواند انگیزه‌ای برای کار بهتر پرستاران باشد. (Toode et al, 2011) مدیران پرستاری باید در تنظیم برنامه، زمان‌های بهتر را به پرستارانی که عملکرد بهتری دارند اختصاص دهند. این امر می‌تواند باعث افزایش انگیزه و رضایت شغلی پرستاران گردد. همچنین اخذ نظرات پرسنل در تنظیم برنامه نشان می‌دهد سرپرستار برای پرستار ارزش قائل بوده و به آنها اهمیت می‌دهد؛ و مشارکت ایشان در تصمیم‌گیری تعهد کارکنان را نسبت به کارهای بخش افزایش می‌دهد.

و در نهایت جبران خدمات ارائه‌شده توسط پرستاران یکی دیگر از یافته‌های این مطالعه است. از آنجاکه پرستاران هر روز با چالش‌های زیادی در مراقبت از بیمار مواجه هستند، دستمزد و پاداش انگیزه‌ای برای تلاش بیشتر است. (Griffiths et al, 2019). عملکرد خوب پرستاران باعث ایجاد فضای کاری بهتر و ارائه مراقبت‌های باکیفیت‌تر و مدیریت مؤثرتر بخش می‌گردد. (Simpson et al, 2016) و این نتایج باعث افزایش رضایت پرسنل و بیماران می‌گردد. تحقیقات نشان می‌دهد حقوق و دستمزد به میزان قابل توجهی با رضایت شغلی و تعهد پرسنل پرستاری مرتبط است. (Carter &

Tourangeau, 2012

پیشنهاد‌های کاربردی:

۱. اجرای برنامه‌های آموزشی جامع:

- اقدام: برنامه‌های توسعه حرفه‌ای مستمر برای سرپرستان که بر مهارت‌های رهبری، مدیریت پرسنل و استراتژی‌های مراقبت از بیمار تمرکز دارند، ایجاد کنید.

- تأثیر: با افزایش شایستگی‌های سرپرستان، آنها برای ارزیابی دقیق نیازهای کارکنان و اجرای مؤثر توزیع وظایف، آگاه‌تر خواهند شد. (McCoy, I. A. 2019) در مطالعه خود دریافتند که بیمارستان‌هایی با برنامه‌های آموزشی قوی برای مدیران پرستاری شاهد بهبود ۲۰ درصدی در میزان نگهداری کارکنان بودند.

۲. از مدل‌های کارکنان داده محور استفاده کنید:

- اقدام: از ابزارهای تجزیه و تحلیل داده‌ها برای ارزیابی خواسته‌های مراقبت از بیمار و معیارهای عملکرد کارکنان به‌طور منظم استفاده کنید.

- تأثیر: این امر می‌تواند به تصمیم‌گیری‌های آگاهانه‌تر در مورد سطوح و ترکیب کارکنان منجر شود. تحقیقات نشان می‌دهد که بیمارستان‌هایی که از تحلیل‌های پیش‌بینی‌کننده برای پرسنل استفاده می‌کنند، کاهش ۱۵ درصدی در زمان انتظار بیمار و افزایش ۱۰ درصدی در نمرات رضایت بیمار را گزارش کرده‌اند (Twigg, D. E., Whitehead, L., Doleman, G., & El-Zaemey, S. (2021)).

۳. تقویت کانال‌های ارتباطی:

- اقدام: انجمن‌های منظم برای کارکنان ایجاد کنید تا نگرانی‌ها را بیان کنند، بینش‌ها را به اشتراک بگذارند و بازخورد خود را در مورد حجم کار و توزیع وظایف ارائه دهند.

- تأثیر: ارتباطات باز، فرهنگ فراگیری را تقویت می‌کند و می‌تواند منجر به بهبود روحیه کارکنان پرستاری شود. یک نظرسنجی انجام شده توسط انجمن پرستاران آمریکا (ANA) نشان داد که تسهیلاتی در جهت شیوه‌های ارتباطی مؤثر، سطوح رضایت شغلی بالاتری را در میان پرستاران ایجاد می‌کنند.

۴. اولویت دادن به پیشرفت تحصیلی:

- اقدام: ایجاد مشارکت با مؤسسات آموزشی برای تسهیل فرصت‌های آموزش مداوم برای پرستاران.

- تأثیر: ارائه دسترسی به آموزش پیشرفته نه تنها به پرستاران کمک می‌کند تا نیازهای در حال تحول مراقبت‌های بهداشتی را برآورده کنند، بلکه تعهد سازمان را به رشد حرفه‌ای خود نشان می‌دهد. بر اساس گزارش شورای ملی شورای دولتی پرستاری (NCSBN)، سازمان‌هایی که از آموزش مداوم حمایت می‌کنند، شاهد افزایش قابل توجهی در نتایج مراقبت باکیفیت هستند.

۵. بازنگری ساختارهای جبران خسارت:

- اقدام: بررسی جامع مقیاس‌های حقوق و دستمزد را برای اطمینان از رقابتی بودن آنها در بازار انجام دهید.

- تأثیر: غرامت کافی برای حفظ سطوح بالای انگیزه در میان کارکنان پرستاری بسیار مهم است. اداره آمار کار (۲۰۲۳) نشان می‌دهد که حقوق رقابتی مستقیماً با نرخ گردش مالی کمتر و افزایش رضایت کارکنان مرتبط است.

تشخیص این نکته ضروری است که این پیشنهادها باید متناسب با زمینه خاص مرکز مراقبت‌های بهداشتی شما باشد، با در نظر گرفتن عواملی مانند محدودیت‌های بودجه، سیاست‌های موجود و نیازهای منحصربه‌فرد کارکنان پرستاری. علاوه بر این، درگیر کردن ذینفعان - از جمله کارکنان پرستاری - در فرآیند تصمیم‌گیری می‌تواند منجر به اجرای مؤثرتر این استراتژی‌ها شود.

بنابراین سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی با تمرکز بر آموزش جامع، مدل‌های پرسنل مبتنی بر داده‌ها، ارتباطات پیشرفته، پیشرفت تحصیلی و پاداش رقابتی، می‌توانند عملکرد کارکنان و نتایج مراقبت از بیمار را به‌طور قابل‌توجهی بهبود بخشند. اجرای این پیشنهادها نه تنها باعث ایجاد یک محیط کاری مثبت می‌شود، بلکه تضمین می‌کند که استانداردهای بالاتر مراقبت از بیمار به‌طور مداوم رعایت می‌شود.

نتیجه‌گیری

عملکرد مدیران و سرپرستاران نقش مهمی در پیشرفت مراقبت از بیمار دارد. سرپرستاران باید تجربه کافی در ارزیابی نیازهای پرسنل داشته باشند تا بهترین تعداد و ترکیب مناسب پرسنل را به دست آورند. همچنین برنامه‌ریزی و تقسیم وظایف در بخش بسیار مهم بوده و باید سعی نمود حداکثر مقبولیت را برای تمام پرسنل داشته باشد. توجه به نیازهای آموزشی پرستاران در توسعه و پیشرفت حرفه مؤثر بوده و باعث افزایش کیفیت کار کارکنان می‌گردد. پرستاران باید با دریافت حقوق و دستمزد کافی تلاش، انگیزه و رضایت بیشتری برای انجام خدمات و مراقبت‌های باکیفیت داشته باشند.

تعارض منافع

«هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است»

References

- Africa Health Workforce Observatory (2010), Ghana Human Resources for Health Country Profile, WHO Document Production Services, Geneva.
- Aiken, L.H., Cerón, C., Simonetti, M., Lake, E.T., Galiano, A., Garbarini, A., Soto, P., Bravo, D. and Smith, H.L. (2018), "Hospital nurse staffing and patient outcomes", *Rev. Med. Clin. Condes*, Vol. 23 No. 1, pp. 322-327, doi: 10.1097/00003465-200401000-00011.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Lake, E.T. and Cheney, T. (2009), "Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes", *Journal of Nursing Administration*, Vol. 38 No. 5, pp. 223-229, doi: 10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7.Effects.
- Aiken, L.H., Sermeus, W., Van Den Heede, K., Sloane, D.M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A.M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M.T., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne, I.S., Smith, H.L. and Kutney-Lee, A. (2012), "Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the USA", *BMJ (Online)*, Vol. 344 No. 7851, pp. 1-14, doi: 10.1136/bmj.e1717.
- Alsadaan, N., Salameh, B., Reshia, F. A. A. E., Alruwaili, R. F., Alruwaili, M., Awad Ali, S. A., ... & Jones, L. K. (2023). Impact of nurse leaders behaviors on nursing staff performance: A systematic review of literature. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 60, 00469580231178528
- American Nurse Association (2019), "ANA's principles for nurse staffing", American Nurses Association (Third Edit), available at: https://ay17.moodle.umn.edu/pluginfile.php/42054/mod_book/chapter/1125/A...
- Asamani, J.A., Amertil, N.P., Ismaila, H., Francis, A.A., Chebere, M.M. and Nabyonga-Orem, J. (2019), "Nurses and midwives demographic shift in Ghana - the policy implications of a looming crisis", *Human Resources for Health*, Vol. 17 No. 1, pp. 1-5, doi: 10.1186/s12960-019-0377-1.
- Bridges, J., Griffiths, P., Oliver, E. and Pickering, R.M. (2019), "Hospital nurse staffing and staff-patient interactions: an observational study", *BMJ Quality and Safety*, Vol. 28 No. 9, pp. 706-713, doi: 10.1136/bmjqs-2018-008948.
- Bryman, A. (2016). *Social research methods*. Oxford university press
- Buchan, J. and Seccombe, I. (2013), "The end of growth? Analysing NHS nurse staffing", *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 69 No. 9, pp. 2123-2130, doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06118.x.

- Buchan, J., Twigg, D., Dussault, G., Duffield, C. and Stone, P.W. (2015), "Policies to sustain the nursing workforce: an international perspective", *International Nursing Review*, Vol. 62 No. 2, pp. 162-170, doi: 10.1111/inr.12169.
- Carter, M.R. and Tourangeau, A.E. (2012), "Staying in nursing: what factors determine whether nurses intend to remain employed?", *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 68 No. 7, pp. 1589-1600, doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05973.x.
- Cho, E., Lee, N.J., Kim, E.Y., Kim, S., Lee, K., Park, K.O. and Sung, Y.H. (2016), "Nurse staffing level and overtime associated with patient safety, quality of care, and care left undone in hospitals: a cross-sectional study", *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 60, pp. 263-271, doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.05.009.
- Ebadi A, Khalili R. Nursing Staff Shortage in Iran: a Serious Challenge. *Journal of Hayat* 2014; 20 (1) :1-5
- Eghtedar S, Soheili A, Nemati S. The Communication Skills Of Nursing Managers And Their Associations With Nurses' Job Satisfaction And Anxiety. *Nursing and Midwifery Journal* 2023; 21 (9) :708-717
- Farajzadeh Z, Nasiri A. Nursing managers' experiences of factors affecting job motivation: A qualitative study. *3 JNE* 2022; 11 (3) :42-52
- Ghana Health Service (2005), *Restructuring the Additional Duty Hours Part I of Volume II Job Descriptions for Clinical, Nursing & Midwifery*, Vol. II, Ministry of Health, Accra.
- Griffiths, P., Ball, J., Drennan, J., Dall'Ora, C., Jones, J., Maruotti, A., Pope, C., Recio Saucedo, A. and Simon, M. (2016a), "Nurse staffing and patient outcomes: strengths and limitations of the evidence to inform policy and practice. A review and discussion paper based on evidence reviewed for the national institute for health and care excellence safe staffing guideline development", *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 63, pp. 213-225, doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.03.012.
- Griffiths, P., Ball, J., Murrells, T., Jones, S. and Rafferty, A.M. (2016b), "Registered nurse, healthcare support worker, medical staffing levels and mortality in English hospital trusts: a cross-sectional study", *BMJ Open*, Vol. 6 No. 2, pp. 1-8, doi: 10.1136/bmjopen-2015-008751.
- Griffiths, P., Maruotti, A., Recio Saucedo, A., Redfern, O.C., Ball, J.E., Briggs, J., Dall'Ora, C., Schmidt, P.E. and Smith, G.B. (2019), "Nurse staffing, nursing assistants and hospital mortality: retrospective longitudinal cohort study", *BMJ Quality and Safety*, Vol. 28 No. 8, pp. 609-617, doi: 10.1136/bmjqs-2018-008043.

- Haegdorens, F., Van Bogaert, P., De Meester, K. and Monsieurs, K.G. (2019), "The impact of nurse staffing levels and nurse's education on patient mortality in medical and surgical wards: an observational multicentre study", *BMC Health Services Research*, Vol. 19 No. 1, pp. 1-9, doi 10.1186/s12913-019-4688-7.
- Hayes LJ, O'Brien-Pallas L, Duffield C, Shamian J, Buchan J, Hughes F, et al. Nurse Turnover: a literature review - an update. *Int J Nurs Stud*. 2012 Jul; 49(7): 887-905.
- Hayes, B., Bonner, A. and Pryor, J. (2010), "Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting: a review of recent literature", *Journal of Nursing Management*, Vol. 18 No. 7, pp. 804-814, doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01131.x.
- Husserl, E. (2012), *Ideas General Introduction to Pure Phenomenology*, Routledge, Collier Books, New York. ISBN 9780415519038
- Junianti, E. (2023). Employee Turnover: Career Growth, Salary, Job Satisfaction, Organization Culture. *Dinasti International Journal of Management Science*, 4(5), 881-889.
- Kalisch, B. and Lee, K.H. (2014), "Staffing and job satisfaction: nurses and nursing assistants", *Journal of Nursing Management*, Vol. 22 No. 4, 465471, doi: 10.1111/jonm.12012.
- Koch, T. (1995), "Interpretive approaches in nursing research: the influence of Husserl and Heidegger", *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 21 No. 5, pp. 827-836, doi: 10.1046/j.1365-2648.1995.21050827.x.
- Lopez, K.A. and Willis, D.G. (2004), "Descriptive versus interpretive phenomenology: their contributions to nursing knowledge", *Qualitative Health Research*, Vol. 14 No. 5, pp. 726-735, doi: 10.1177/1049732304263638.
- Mahmoudi A, Alavi M. experience of diabetic patients and health team of diabetes control: A qualitative study. *JHPM* 2015; 4 (3) :70-80
- McCoy, I. A. (2019). *Work Engagement Outcomes in Higher Education: A Systematic Review of Management's Role in Supporting Job and Career Development* (Doctoral dissertation, University of Maryland University College).
- Ministry of Health (2014), *National Community Health Planning and Services (CHPS) Policy*, Ministry of Health, Accra.
- najafi B, vagharseyyedin . S A, Mahmoudirad G. Explaining Nurses' Experiences concerning Characteristics of an Effective Leadership: A Qualitative Study. *IJNR* 2022; 17 (4) :47-57
- Nantsupawat, A., Nantsupawat, R., Kulnaviktikul, W. and Mchugh, M.D. (2015), "Relationship between nurse staffing levels and nurse outcomes in community hospitals, Thailand", *Nursing and Health Sciences*, Vol. 17 No. 1, pp. 112-118, doi: 10.1111/nhs.12140.

- Nelson, B.A. (2011), "Healthcare team members' perception of staffing adequacy in a comprehensive cancer center", *Oncology Nursing Forum*, Vol. 38 No. 1, pp. 52-59, doi: 10.1188/11.ONF.52-59.
- Paarima, Y., Kwashie, A.A. and Ofei, A.M.A. (2020), "Financial management skills of nurse managers in the Eastern region of Ghana", *International Journal of Africa Nursing Sciences*, Vol. 22 No. 2, doi: 10.1016/j.ijans.2020.100269.
- Paulsen, R. (2018), "Taking nurse staffing", *Nursing Management*, Vol. 49 No. July, pp. 42-48, available at: www.nursingmanagement.com.
- Rao, Sally & Perry. Chad (2003), Convergent interviewing to build a theory in under-researched areas: principles and an example investigation of Internet usage in inter-firm relationships, *Qualitative Marke Research: An International Journal*, Volume6 Number4 2003 pp. 236-247.
- Rouhi Balasi L, Shafaati Shamami H, Alizadeh A, Pasandidehfar S, Makhsoos M, Gholami A. Professional Nursing Autonomy and Safe Nursing Care in Newly Graduated Nurses Working in Emergency Departments. *JGUMS* 2024; 33 (1) :32-41
- Shafiei M R, Saadati M, Shirani F, Moradi M, Niknezhad R, Akbari M. Evaluation Of Managerial Performance Based On 360-Degree Evaluation Model In Head Nurses Of Shahid Chamran Heart Training And Medical Center In Isfahan In 2021. *Nursing and Midwifery Journal* 2023; 21 (5) :366-374
- Shahangi M, Vafae najar A L, Boushrouei shargh B, Rajaei P, Hooshmand E. Challenges In Evaluating The Performance Of Nurses In Hospitals Affiliated To Mashhad University Of Medical Sciences From The Perspective Of Nursing Managers: A Qualitative Study. *Nursing and Midwifery Journal* 2021; 19 (9) :704-715
- Simpson, K.R., Lyndon, A. and Ruhl, C. (2016), "Consequences of inadequate staffing include missed care, potential failure to rescue, and job stress and dissatisfaction", *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, Vol. 45 No. 4, pp. 481-490, doi: 10.1016/j.jogn.2016.02.011.
- Sochalski, J., Konetzka, R.T., Zhu, J. and Volpp, K. (2008), "Will mandated minimum nurse staffing ratios lead to better patient outcomes?", *Medical Care*, Vol. 46 No. 6, pp. 606-613, do: 10.1097/MLR.0b013e3181648e5c.
- Toode, K., Routasalo, P. and Suominen, T. (2011), "Work motivation of nurses: a literature review", *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 48 No. 2, pp. 246-257, doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.09.013.

- Twigg, D. E., Whitehead, L., Doleman, G., & El-Zaemey, S. (2021). The impact of nurse staffing methodologies on nurse and patient outcomes: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 77(12), 4599-4611.
- Twigg, D.E., Myers, H., Duffield, C., Pugh, J.D., Gelder, L. and Roche, M. (2016), "The impact of adding assistants in nursing to acute care hospital ward nurse staffing on adverse patient outcomes: an analysis of administrative health data", *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 63, pp. 189-200, doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.09.008.
- Ulrich, B.T., Buerhaus, P.I., Donelan, K., Norman, L. and Dittus, R. (2005), "3 the joint commission on accreditation of healthcare organizations, 4 the IOM, 5 the Robert wood Johnson foundation, 6 sigma Theta Tau international, 7 and others", *Journal of Nursing Administration*, Vol. 20 No. 38, pp. 389-396.
- WHO (2016), *Workload Indicators of Staffing Need (WISN): Selected Country Implementation Experiences (Issue 15)*, WHO Document Production Services, Geneva.

COPYRIGHTS

© 2023 by the authors. Licensee *Advances in Modern Management Engineering Journal*. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

