

عوامل بازدارنده ارتقاء کیفیت خدمات پرستاری از دیدگاه پرستاران شاغل

معصومه اکبربگلو*، رقیه بایرامی**

دریافت: ۸۹/۱/۲۰، پذیرش: ۸۹/۱۰/۱۵

چکیده:

مقدمه و هدف: اجرای فرایند ارتقاء کیفیت خدمات پرستاری به سبب ماهیت پیچیده ارائه خدمات در مراکز آموزشی درمانی کشور با موانع متعددی روبروست که موجب فقدان کارایی و اثربخشی ارائه خدمات برای مددجویان می شود. لذا مطالعه حاضر در راستای شناخت موانع ارتقاء کیفیت خدمات پرستاری از دیدگاه پرستاران شاغل در بیمارستانهای آموزشی درمانی خوی، در سال ۱۳۸۷ صورت گرفته است.

روش کار: این مطالعه از نوع توصیفی بوده، حجم نمونه شامل ۵۶ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستانهای آموزشی درمانی خوی و نمونه گیری به روش تصادفی ساده انجام شد. گردآوری داده ها با استفاده از پرسشنامه انجام گردید. روایی ابزار به روش روایی محتوایی، و پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ (۰/۸۸) انجام شد.

نتایج: آزمون فریدمن نشان داد تفاوت آماری معنی داری بین هفت حیطه از موانع ارتقاء کیفیت از دیدگاه پرستاران وجود دارد. بیشترین عوامل بازدارنده "عدم برنامه ریزی بلند مدت توسط مدیران" و "عدم مشارکت" می باشد و کمترین عامل بازدارنده "ارتباطات" در سازمان می باشد.

نتیجه نهایی: با توجه به نتایج به نظر می رسد که فرایند مدیریت و کاربرد عناصر آن جهت ارائه مطلوب مراقبت و خدمات پرستاری با اهمیت می باشد.

کلید واژه ها: ارتقاء کیفیت / پرستار / خدمات پرستاری / موانع

مقدمه:

میباشند (۵). در تعریف کیفیت، شناخت دیدگاه های مختلف گروههای ذی نفع شامل بیماران، ارائه دهندگان مراقبت، پرداخت کنندگان هزینه ها و عموم مردم مهم است از سوی دیگر، شناخت موانع موجود در ارائه بهتر کیفیت خدمات پرستاری مسئولین مربوطه را قادر می سازد تا با از میان برداشتن بخشی از این موانع و مشکلات، راحتتر برنامه های تضمین و ارتقای کیفیت خدمات را طراحی کنند (۶) از آنجایی که پرستاران بزرگ ترین گروه در میان کارکنان بهداشتی بوده (۷) و از دیدگاه قانونی و اخلاقی باید پاسخگوی کیفیت مراقبت های ارائه شده

انجمن کیفیت آمریکایی، American Society for Quality (ASQ) کیفیت را، توانایی یک فرآورده یا خدمت برای ارضاء نیازهای ابراز شده (۱) و میزانی برای برآوردن انتظارات مشتری یا مددجو است (۲). کیفیت خدمات بهداشتی، میزان دستیابی به مطلوبترین برآیندهای سلامتی است (۳) به گونه ای که خدمات ارائه شده اثربخش، کارا و به صرفه باشد (۴).

کیفیت، ساختار پیچیده ای از ارزشها، عقاید و نگرشهای افرادی است که در مراقبتهای بهداشتی با یکدیگر در تعامل

* کارشناس ارشد پرستاری کودکان دانشکده پرستاری و مامایی خوی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (m.akbarbegloo@yahoo.com)

** دانشجوی دوره دکتری مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

نقش موثری دارد. همچنین پرستاران گروهی بسیار مهم - و بزرگترین کارمندان فنی، از کارمندان شاغل در مراقبت از بیماران در بیمارستان را پس از پزشکان را تشکیل می‌دهند (۱۰). طی سالیان اخیر متولیان امور بهداشت و درمان با درک اهمیت موضوع سعی در ارتقاء کیفیت خدمات پرستاری نموده اند اما بدیل مواجه شدن با موانع متعدد عملاً در اداره کار ناموفق و بعضاً شکست خورده اند. رقابت همه جانبه ای که امروزه در عرصه ارائه خدمات و محصولات وجود دارد سازمان های مختلف را به این باور رسانده است که توجه به کیفیت مهمترین جز موفقیت و محور اساسی فعالیت ها می باشد (۱۱).

نتایج تحقیقاتی نشان داده که برخورد تشریفاتی مدیران با مدیریت جامع کیفیت و اکتفا نمودن آنها به ایراد سخنرانی ها و شعار دادن و محول نمودن تلاشهای ارتقاء کیفیت به کارکنان از علل ناکامی در ارتقاء کیفیت در ایجاد تغییر و تحول بوده است (۹).

مسئور در پژوهشی تحت عنوان موانع اجرایی برنامه های بهبود کیفیت خدمات بهداشتی درمانی، و موانع مذکور را شامل مسائل فرهنگی سازمان، مسائل مدیریتی، مشکلات تیم ارتقاء کیفیت، مسائل مالی و مشکلات تضمین و کنترل کیفیت میداند (۱۲).

باید اذعان داشت اجرای فرایند ارتقای کیفیت خدمات پرستاری به سبب ماهیت پیچیده ارائه خدمات در مراکز آموزشی درمانی کشور با موانع متعددی روبروست، که موجب فقدان کارایی و اثر بخشی ارائه خدمات پرستاری برای مددجویان خواهد گردید. عدم توجه به موانع موجود اثرات زیانباری بر سلامت مددجویان داشته، بهبود آنان را به مخاطره می اندازد و هزینه های گزافی را بر بخش بهداشت و درمان کشور وارد خواهد آورد. مطالعه حاضر در راستای شناخت موانع ارتقای کیفیت خدمات پرستاری از دیدگاه پرستاران شاغل در بیمارستانهای آموزشی درمانی شهرستان خوی صورت گرفت تا از طریق شناسایی موانع موجود شاهد ارائه خدمات پرستاری با کیفیت مطلوب به مددجویان و کاهش هزینه های بهداشت و درمان باشیم.

باشند (۵) همچنین پرستاری یک جنبه بسیار مهم از سلامتی است و یک پرستار در تماس مداوم با مددجویان میباشد، از اینرو نقش او در حفظ سلامتی و ایجاد اعتماد در مددجویان از بیشترین اهمیت برخوردار میباشد. لذا دیدگاه آنان در مورد کیفیت مراقبتهای بهداشتی و موانع موجود در این زمینه از جایگاه ویژه ای برخوردار است.

تلاشهایی جهت شناسایی دیدگاه های مختلف در مورد کیفیت انجام شده است از جمله ویلیامز در سال ۱۹۹۸ پژوهشی با رویکرد کیفی انجام داد، در یافته های این مطالعه، کمبود نیروی انسانی و منابع فیزیکی کافی که منجر به کاهش زمان لازم جهت ارائه مراقبت با کیفیت شده بود به عنوان موانع موجود ذکر گردید، به طوریکه برای غلبه بر این مشکل، پرستاران از فرایندی بنام تمرکز انتخابی (Selective focusing) استفاده می کردند به این معنا که بر اساس زمان موجود و شرایط بیمار، مراقبت ها را اولویت بندی کرده و بیشترین زمان را به ایمنی بیماران تخصیص می دادند (۸).

کیفیت مراقبت و نحوه اداره مراقبت پرستاری منعکس کننده تصویری از بیمارستان ها و اسایشگاه سالمندان میباشد (۹)، بنابراین شناخت و آگاهی از عوامل موثر بر ارتقاء خدمات و مراقبت های پرستاری و شناخت موانع موجود در این راه و از بین بردن و یا به حداقل رسیدن این موانع در پیشرفت و ارتقاء خدمات پرستاری و رضایت مددجویان بسیار حائز اهمیت میباشد.

برای موفقیت در عرصه خدمات بهداشتی و درمانی نیاز به فعالیتی است که نه تنها علمی، بلکه نظام گونه بوده و با مشارکت کلیه کارکنان و شناخت ادراکات و انتظارات مشتریان و در پی افزایش بهره وری و بهبود مستمر فرایندها و فرآوردهای سازمان و تامین نیازها و انتظارات حال و آینده مشتریان باشد (۹). در این راستا برای رسیدن به سطح برتر و کیفیت ممتاز، شناخت موانع و حذف آنها مهم می باشد.

خدمات پرستاری یکی از مهمترین اجزای تشکیل دهنده خدمات بیمارستانی است و به عنوان بخشی از سیستم سلامتی در تامین نیازهای پرستاری افراد جامعه

روش کار:

مطالعه حاضر از نوع توصیفی و جامعه مورد پژوهش شامل پرستاران شاغل در بیمارستانهای آموزشی درمانی شهرستان خوی سال ۸۷ می باشد. مشخصات واحدهای مورد پژوهش شامل پرستارانی می شد که حداقل دارای یک سال سابقه کار بودند و دارای مدرک کارشناسی یا بالاتر می باشند و در حین انجام پژوهش مشغول به کار در مراکز آموزشی درمانی می باشند. حجم نمونه با استفاده از مطالعه مقدماتی که روی ۱۰ نفر از پرستاران انجام گردید و با احتساب $\alpha = 0/05$ با استفاده از فرمول $n = \frac{z^2 s^2}{d^2}$ ، ۵۶ نفر تعیین گردید و نمونه‌گیری به طریقه تصادفی ساده انجام شد. گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه ۳۱ گزینه‌ای مربوط به موانع ارتقاء کیفیت خدمات پرستاری انجام شد که از طریق مقیاس لیکرت (از یک= اصلاً تا چهار= زیاد) نمره دهی شده بود. پرسشنامه دارای هفت زیر گروه شامل برنامه ریزی بلند مدت (۴ آیتم)، آموزش کارکنان (۵ آیتم)، تعهد مدیریت (۵ آیتم)، مشتری (۴ آیتم)، کار تیمی (۴ آیتم)، مشارکت (۵ آیتم) و ارتباطات (۴ آیتم) می باشد. روایی ابزار مذکور به روش روایی محتوایی و پایایی ابزار توسط آلفای کرونباخ با شرکت ۲۰ پرستار بررسی گردید ($\alpha = 0/88$). پس از ورود داده‌ها در کامپیوتر، تجزیه تحلیل با استفاده از نرم افزار (ver 16) SPSS و استفاده از آمار توصیفی (فراوانی و درصد معتبر) و استنباطی (آزمون فریدمن) انجام گردید.

نتایج:

نتایج در قسمت اطلاعات دموگرافیک نشان داد که حدود ۲۷٪ از افراد شرکت کننده در پژوهش مذکور و ۷۳٪

مؤنث بودن. میانگین سنی افراد شرکت کننده ($34 \pm 7/6$) سال و درد حدود ۲۰٪ مجرد و ۸۰٪ متأهل بودند. میانگین سابقه کار در بیمارستان ($9/8 \pm 7$) سال بود. ۹٪ از افراد شرکت کننده تحصیلات کارشناسی ارشد داشتند و حدود ۵۰٪ از آنها استخدام رسمی در بیمارستان بودند. میانگین سابقه کار مدیریتی در بیمارستان توسط افراد شرکت کننده ($2/6 \pm 4/2$) سال بود و در حدود ۵۷٪ از آنها هیچ گونه سابقه کار مدیریتی نداشتند. در حدود ۵۵/۴٪ از افراد در برنامه‌های ارتقاء کیفیت شرکت داشتند.

طبق نتایج جدول ۱ بیشترین مانع در زیرگروه "برنامه ریزی بلند مدت" استفاده نامناسب از استانداردها در اجرای فرایند (۷۵٪) در زیر گروه "آموزش کارکنان" ارزشیابی نامناسب از مهارت و دانش کارکنان ($71/4$ ٪)، در زیر گروه "تعهد مدیریت" تقدیر نکردن از تلاش‌ها و دستاوردهای کارکنان (80 ٪)، زیر گروه "مشتری" آگاهی ناکافی مددجویان از ارائه خدمات ($67/9$ ٪)، زیر گروه "کار تیمی" مشخص نبودن شرح وظایف هر یک از اعضاء در ارائه خدمات ($67/9$ ٪)، زیر گروه "مشارکت" سیستم ارزشیابی نامناسب در محیط کار ($87/2$ ٪)، زیر گروه "ارتباطات" ندادن فیدبک منظم در رابطه با عملکرد کارکنان توسط مدیران ($67/3$ ٪) بود.

همچنین طبق نتایج جدول ۲ آزمون فریدمن تفاوت آماری معنی داری ($P < 0/045$) را بین هفت حیطة از موانع ارتقاء کیفیت خدمات پرستاری نشان داد و بیشترین رتبه میانگین مربوط به حیطة "برنامه ریزی بلند مدت" و "مشارکت" و کمترین مربوط به حیطة "ارتباطات" بود.

جدول ۱: توزیع مطلق و نسبی موانع ارتقاء کیفیت خدمات پرستاری

بیانیه ها	اصلاً و کم تعداد (درصد)	متوسط و زیاد تعداد (درصد)
۱- مشخص نبودن اهداف ارتقاء کیفیت در سازمان	۱۸ (۳۲/۷)	۳۷ (۶۷/۳)
۲- برنامه ریزی نامناسب جهت دستیابی به اهداف ارتقاء کیفیت در سازمان	۱۶ (۲۹/۱)	۳۹ (۷۰/۹)
۳- استفاده نامناسب از استانداردها در اجرای فرایند	۱۴ (۲۵)	۴۲ (۷۵)
۴- ادغام نکردن فعالیتهای ارتقاء کیفیت در وظایف روزمره سازمان	۱۵ (۲۷/۳)	۴۰ (۷۲/۷)
۵- آگاه نبودن مدیران از نیازهای آموزشی کارکنان	۱۸ (۳۲/۱)	۳۸ (۶۷/۹)
۶- استفاده نکردن از روشهای جدید آموزشی	۱۹ (۳۳/۹)	۳۷ (۶۶/۱)
۷- عدم کاربرد مهارتهای فراگرفته شده در محیط کار	۱۸ (۳۲/۷)	۳۷ (۶۷/۳)
۸- ارزشیابی نامناسب از مهارت و دانش کارکنان	۱۶ (۲۸/۶)	۴۰ (۷۱/۴)
۹- مشارکت غیرفعال کارکنان در آموزش	۱۹ (۳۴/۵)	۳۶ (۶۵/۵)
۱۰- آشنا نبودن مدیران با اصول و مفاهیم بهبود کیفیت	۱۸ (۳۲/۱)	۳۸ (۶۷/۹)
۱۱- حمایت نکردن مدیران ارشد از فعالیتهای بهبود کیفیت	۲۰ (۳۵/۷)	۳۶ (۶۴/۳)
۱۲- مشارکت نکردن مدیران در تیم های ارتقاء کیفیت	۲۰ (۳۵/۷)	۳۶ (۶۴/۳)
۱۳- تقدیر نکردن مدیران از تلاش ها و دستاوردهای کارکنان	۱۱ (۲۰)	۴۴ (۸۰)
۱۴- ارائه نکردن سیاستهای روشن و مکتوب در ارتباط با فرایندهای بهبود کیفیت توسط مدیران	۲۱ (۴۰/۴)	۳۱ (۵۹/۶)
۱۵- آگاهی ناکافی کارکنان از نیازهای مددجویان	۲۶ (۴۴/۴)	۳۰ (۵۲/۶)
۱۶- آگاهی ناکافی مددجویان از ارائه خدمات	۱۸ (۳۲/۱)	۳۸ (۶۷/۹)
۱۷- استفاده نکردن از نظرات و پیشنهادات مددجویان	۲۶ (۴۴/۴)	۳۰ (۵۲/۶)
۱۸- مشخص نبودن ویژگی خدمات مورد انتظار مددجویان	۲۰ (۳۶/۴)	۳۵ (۶۳/۶)
۱۹- مشخص نبودن شرح وظایف هر یک از اعضاء در ارائه خدمات	۱۸ (۳۲/۱)	۳۸ (۶۷/۹)
۲۰- همکاری نامناسب اعضاء در ارائه خدمات	۲۳ (۴۱/۱)	۳۳ (۵۸/۹)
۲۱- معیار نامناسب جهت انتخاب اعضاء تیم	۱۹ (۳۳/۹)	۳۷ (۶۶/۱)
۲۲- مشخص نبودن روش ارتقاء فرایند در تیم	۲۳ (۴۲/۶)	۳۱ (۵۷/۴)
۲۳- سیستم ارزشیابی نامناسب در محیط کار	۱۲ (۲۱/۸)	۴۳ (۷۸/۲)
۲۴- عدم ایجاد تنوع کاری برای کارکنان توسط مدیران	۱۳ (۲۴/۱)	۴۱ (۵۷/۹)
۲۵- ندادن قدرت و اختیار به کارکنان توسط مدیران	۱۸ (۳۲/۷)	۳۷ (۶۷/۳)
۲۶- همکاری و هماهنگی نامناسب بین واحدهای سازمان	۱۸ (۳۴/۶)	۳۴ (۶۵/۴)
۲۷- استفاده نامناسب از پیشنهادات کارکنان توسط مدیران	۱۵ (۲۷/۸)	۳۹ (۷۲/۲)
۲۸- سیستم ارتباطی نامناسب در گزارش دهی	۲۱ (۳۸/۹)	۳۳ (۶۱/۱)
۲۹- استفاده نامناسب از تکنولوژی های ارتباطات در فرایند کاری	۱۹ (۳۵/۲)	۳۵ (۶۴/۸)
۳۰- ارتباط نامناسب کارکنان با مدیران	۲۴ (۴۳/۶)	۳۱ (۵۶/۴)
۳۱- ندادن فیدبک منظم در رابطه با عملکرد کارکنان توسط مدیران	۱۸ (۳۲/۷)	۳۷ (۶۷/۳)

جدول ۲: تفاوت تاثیرگذاری هفت حیطة از موانع ارتقاء کیفیت خدمات پرستاری

بیانیه ها	رتبه میانگین (mean rank)	آزمون فریدمن
برنامه ریزی بلند مدت	۴/۴۳	
آموزش کارکنان	۴/۱۷	
تعهد مدیریت	۴/۱۴	
مشتری	۳/۵۶	۶Df=
کار تیمی	۳/۸۱	۰/۰۴۵P<
مشارکت	۴/۳۵	
ارتباطات	۳/۵۴	

بحث:

این پژوهش جهت بررسی دیدگاه پرستاران در زمینه موانع ارتقاء کیفیت خدمات پرستاری صورت گرفته است و یافته ها با توجه به نتایج پژوهش به شرح زیر بحث می گردد.

بیشترین مانع در زیرگروه "برنامه ریزی بلند مدت" استفاده نامناسب از استانداردها در اجرای فرایند بود. حسینی، ۱۳۸۶ معتقد است که از عوامل مؤثر بر ارتقاء کیفیت خدمات پرستاری ایجاد و توسعه استانداردهای مراقبتی و آموزشی، اجرای فرایند پرستاری در مراکز بهداشتی و درمانی، ایجاد تیم های ارتقاء کیفیت در مراکز بهداشتی و درمانی کشور که پرستاران نیز از اعضای آن باشند و ملزوم ساختن مدیران مراکز بهداشتی و درمانی و پرستاری به کنترل کیفیت خدمات ارائه شده با توجه به استانداردهای موجود و اصلاح و رفع انحراف ها و گزارش ماهیانه فعالیت های کنترل، بهبود و ارتقاء خدمات بخش و مؤسسه به مدیران سطوح بالاتر و ارشد می باشد (۹) در مطالعه حاضر استفاده نامناسب از استانداردها را می توان به دلایلی از قبیل عدم وجود استانداردهای واضح و صریح در مراکز بهداشتی و درمانی و همچنین عدم آگاهی یا عدم وجود الزام در مدیران برای به اجرا در آوردن این استانداردها مرتبط دانست.

بیشترین مانع در زیرگروه "آموزش کارکنان"، ارزشیابی نامناسب از مهارت و دانش کارکنان بود. برای اکثر سرپرست ها و کارکنان بطور مشابه، ارزشیابی عملکرد تداعی کننده یک یک فرایند رسمی است که یکبار در سال انجام می گیرد، هر چند که باید فرایند ارزشیابی یک تجربه غیررسمی، مستمر و روزمره باشد. اکثر سازمانهایی که بررسی های عملکرد را انجام می دهند تنها از سرپرست مستقیم بعنوان ارزشیابی کننده استفاده می کنند و یا از قضاوت های سرپرست ها به همراه سایر ارزیابی ها استفاده می کنند. چندین دلیل منطقی برای این عقیده وجود دارد یکی اینکه سرپرست های مستقیم از الزام های شغلی خود آگاه هستند و قادر هستند چگونگی ارتباط هر شغل با ساختار کلی سازمان را

مشخص نمایند همچنین در تماس نزدیک با کارکنان بوده و بر پاداش ها و توبیخ های کارکنان خود نظارت دارند و احتمالاً بیشترین اعتبار را به ارزیابی آنها خواهند داد (۹). به نظر محقق ارزشیابی نامناسب از مهارت کارکنان در تحقیق حاضر را می توان به درک ناقص یا عدم برقراری ارتباط مسئولین و سرپرستاران با پرستاران شیفتهای مختلف (بخصوص شیفت عصر و شب) و عدم وجود موازین کنترلی در محیط کار که متناسب با بخشی که فرد در آن کار می کند، دانست که در نتیجه اندازه گیری و ارزشیابی عملکرد را با مشکل مواجه می سازد.

بیشترین مانع در زیرگروه "تعهد مدیریت"، تقدیر نکردن از تلاش ها و دستاوردهای کارکنان می باشد. تحقیقات نشان داده است که متأسفانه اکثر سرپرست ها و مدیران بازخورد منفی را تقریباً به صورت آنی نشان می دهند اما درباره تأکید و تقویت عملکرد مثبت به نظر می رسد تا زمان بررسی رسمی عملکرد فرد صبر می کنند. برای آنکه ارزیابی های عملکرد اثر مطلوبی در اصلاح عملکرد داشته باشد، باید دادن بازخورد مثبت و تقدیر کردن از کارکنان و هم بازخورد منفی بطور مستمر صورت گیرد (۹). بنابراین مدیران نیاز دارند تا اطلاعات بیشتری را در خصوص علت عدم دستیابی به اهداف کسب کنند و در صورت نیاز با کارمندان خود مشاوره نمایند همچنین باید مدیران به کارمندانی که مراقبت پرستاری را مطابق با استانداردهای سازمانی فراهم می کنند پاداش بدهند.

بیشترین مانع در زیرگروه "مشتری" آگاهی ناکافی مددجویان از ارائه خدمات می باشد. پارانت در پژوهشی که با عنوان "مدیریت کیفیت در مرکز پزشکی امریکا" انجام داد به این نتیجه دست یافت که از طریق حمایت کامل از استفاده کنندگان نهایی (مشتری)، آموزش مناسب (به دلیل آگاهی ناکافی مددجویان) و بردباری میتوان ارتقاء مستمر کیفیت را به طور موفقیت آمیز اجرا نمود (۱۳). متأسفانه به نظر می رسد که نه تنها مددجویان بلکه جامعه و خود پرسنل بیمارستانی نیز از شرح وظایف پرستاری آگاهی ناکافی دارند بنابراین نیاز است که

مسئولین اطلاع رسانی کافی در خصوص حیطة وظایف پرستاری در سطح جامعه داشته باشند.

بیشترین مانع در زیرگروه "کار تیمی" مشخص نبودن شرح وظایف هر یک از اعضاء در ارئه خدمات می باشد. مسنر در پژوهشی که با عنوان "موانع اجرای برنامه های بهبود کیفیت" انجام داد مشخص نبودن شرح وظایف هریک از اعضاء در کار تیمی را به عنوان موانع اجرایی برنامه های بهبود کیفیت دانسته اند (۱۲) که مطابق با نتایج مطالعه حاضر است.

بیشترین مانع در زیرگروه "مشارکت" سیستم ارزشیابی نامناسب در محیط کار می باشد. آلبرت (۱۹۷۲) ارزیابی مرسوم عملکرد را به عنوان ارزشیابی منظم و استاندارد شده یک کارمند به وسیله سوپروایزر با هدف قضاوت درباره ارزش کارمند، کیفیت کار و به عنوان یک عامل بالقوه برای پیشرفت تعریف کرد. یکی از وظایف مدیران خدمات پرستاری اطمینان از صحت عملکرد کارکنان است زیرا که نارسایی در کار این گروه به علت نقش مهمی که در بهبود بیماران دارند، عوارض غیر قابل جبرانی به بار خواهد آورد. نظر به اینکه جامعه به ما اعتماد کرده و بیماران را در اختیار ما قرار داده اند، ما نیز مسئولیت داریم بهترین خدمات ممکن را به آنها عرضه نمایم (۹). همانطور که قبلاً نیز ذکر گردید ارزشیابی کارمند باید بر اساس استانداردهای معین عملکرد رفتاری و برای پست مورد تصدی باشد همچنین سعی گردد علاوه بر مدیران خود پرسنل شاغل در یک بخش نیز به دلیل شناخت و آشنایی بیشتر از روحیات و فعالیتهای همکار خود، او را ارزیابی کند تا از انجام ارزشیابی های نامناسب که موجب نارضایتی کارکنان می گردد جلوگیری بعمل آید.

بیشترین مانع در زیرگروه "ارتباطات" ندادن فیدبک منظم در رابطه با عملکرد کارکنان توسط مدیران بود. لامعی می نویسد: یکی از اساسی ترین موانع ارتقاء کیفیت وجود سیستم ارتباطی ضعیف می باشد. باید در یک سیستم ارتباط قوی و کارآمد وجود داشته باشد تا از طریق آن نیازها و انتظارات مشتری شناخته شود و به آنها پاسخ و فیدبک مناسب داده شود و موفقیت ها از طریق

آن در کل سازمان منتشر شود (۱۴).

آزمون فریدمن نیز نشان داد که بیشترین مانع از بین هفت حیطة از موانع ارتقاء کیفیت خدمات پرستاری مربوط به عدم وجود "برنامه ریزی بلند مدت" می باشد. بنظر می رسد که در مدیریت سازمانها، امر برنامه ریزی در درجه اول اهمیت قرار دارد. این اهمیت از آنجا ناشی می شود که برنامه ریزی موثر رفتار مدیریت و سازمان را عمیقاً تحت تاثیر قرار داده و کنترل موثر را امکان پذیر می سازد. برنامه ها، مبانی لازم برای کارگزینی، هماهنگی و هدایت و رهبری فراهم می کنند و با مشخص کردن جوانب عملی و رفتاری فعالیتهای سازمان میزان بلا تکلیفی را کاهش می دهند. اگر برنامه ای با ملاحظات لازم و کافی تهیه شود و مورد تأیید مدیریت و مورد قبول کارکنان سازمان باشد، این امکان را فراهم می سازد که با اجرای آن سازمان بتواند خود را با تغییرات سازگار کند (۱۵).

یکی از سوالات مهمی که در برنامه ریزی مطرح می شود این است که: آیا برنامه باید کوتاه مدت باشد یا بلند مدت؟ در بعضی از موارد ممکن است برنامه ریزی هفتگی لازم باشد، گاهی ممکن است برنامه ریزی چند ساله مناسب باشد ولی آنچه که مهم بنظر می رسد این است که برنامه ریزی منطقی باید دارای مدت زمانی باشد که بتواند تکافوی انجام تعهدات ناشی از تصمیمات امروزی را بکند (۱۶).

سپاسگزاری:

بدینوسیله از همکاران و سرپرستاران بخش های مختلف بیمارستان های خوی که همکاری لازم را در جمع آوری داده های پژوهش داشته اند، تشکر و قدردانی می گردد.

منابع:

1. American Society for Quality (ASQ). 2004. Available from: <http://www.asq.org/2004>.
2. Hoy WK, Miskel CG. Educational administration. 2nd ed. Philadelphia: McGraw-Hill, 2000.
3. Marquis BL, Huston CJ. Leadership roles and management functions in nursing. 4th ed. Philadelphia: Lippincott, 2003: 124.
4. Foely ME. Nurses: assuring quality care for all populations. 2nd ed. American Nurses Association, 2001: 24-34.

5. Gunther M, Alligood MR. A discipline-specific determination of high quality nursing care. *J Advanc Nurs* 2002; 38 (4): 353-59.
6. Huycke L, All AC. Quality in health care and ethical principles. *J Advanc Nurs* 2000; 32 (3): 562-71.
7. Brooten D, Youngblut JM, Kutcher J, Bobo C. Quality and the nursing workforce: APNs, patient outcomes and health care costs. *Nurs Outlook* 2004; 52 (1): 45-52.
8. Williams AM. The delivery of quality nursing care: a grounded theory study of the nurse's perspective. *J Advanc Nurs* 1998; 27 (4): 808-16.
9. Hoseini M. [Management principles of nursing services]. 1st ed. Tehran: Boshra-Tohfeh, 2007:65-71. (Persian)
10. Ghabeleju M. [Using of management skills in nursing services]. 1st ed. Tehran: Hedayat, 1989: 44-46. (Persian)
11. Rezaeenejad AR. [Information system management]. 2nd ed. Tehran: Rasa, 1989: 137-17. (Persian)
12. Masner K. Barriers to implementing a Quality improvement program. *Nursing Management* 1998; 29 (1): 32-35.
13. Parent DB. The implementation of the composite health care system in total quality management in military medical treatment facilities. *Milmed* 1993; 158(9):627-30.
14. Lameii A. [Essentials of quality management]. 3rd ed. Tehran: Ministry of health and education committee to promote quality, 2001:80-89. (Persian)
15. Alaghemand A. [Primary education management]. 1st ed. Tehran: Besat, 1992. (Persian)
16. Rezaeeian A. [Management principles]. 6th ed. Tehran: Samt, 1995: 24-26. (Persian)