

سالانه میلیاردها دلار در آمریکا صرف مراقبتهای بهداشتی می شود در عوض آنها از مراقبان بهداشتی انتظار دارند تا بگویند که چگونه این پولها صرف شده و چه نتیجه ای حاصل می شود .

از آنجائیکه نرخ قدیم مراقبتهای بهداشتی ، سرعتی بیش از همه نرخهای تورم ، افزایش می یابد ، مشتریان و سیاستمداران متقاضی کاهش خرید مراقبتهای بهداشتی ، اختصاص دقیقتر منابع محدود و شواهدی دال بر اینکه مراقبتهای داده شده دارای کیفیت مناسبی هستند می باشند .

بنابراین فشار مالی تحمیل از خارج سازمان ، موسسات مراقبتهای بهداشتی را مجبور می سازد تا توجه بیشتری را به مقوله بهره وری در سالهای اخیر داشته باشند . پرستاری یکی از سرویسهای مراقبتهای بهداشتی است که در معرض ارزشیابی بهره وری قرار دارد . نه تنها پرستاری مشتمل بر بزرگترین گروه از مراقبین بهداشتی است بلکه ۵۰٪ یا حتی بیشتر از بودجه عملیاتی موسساتی نظیر بیمارستان ها و خانه های پرستاری ( بهداشت ) را به خود اختصاص می دهد . لذا با توجه به اندازهخ و تعداد سرویسهای پرستاری و احتمالاً به خاطر برداشت بودجه و تقسیم شدن آن ، بودجه کاهش یافت زیرا درصد کاهش بودجه در پرستاری مقایسه با کاهش در پارلمانهای کوچک دیگر ناچیز به نظر می رسد .

همچنین تعریف و اندازه گیری و بهره وری پرستاری بعنوان بالاترین اولویت برای

بسیاری شده است (۸) .

### تعریف بهره وری

الف- در اقتصاد و صنعت :

معمولاً بهره وری به صورت نستاده تقسیم بر داده مشخص می شود . (۲۴)

بهره وری =  $\frac{\text{---}}{\text{---}}$

بهره وری به وسیله راههای مختلفی اندازه گیری می شود ، معمولترین شیوه آن اندازه

گیری آمار بهره وری کار می باشد .

بهره وری کار از طریق ارزش دلاری ستاده به ساعت صرف شده توسط فرد برای تولید

یک ستاده می باشد .

اما این فاکتور ساده داده/ستاده برای بررسی دلایل ممکن برای افزایش یا کاهش کارایی

نسبت به ارزش کار یا اینکه چقدر کارکنان به سختی کار می کنند نارسا است لذا یک

معیار بهره وری کامل می تواند برای محاسبه توزیع داده ها نسبت به کار مورد استفاده

قرار گیرد .

## ب- تعریف بهره وری در مراقبت های بهداشتی و پرستاری

پیدا کردن تعریفی در بهره وری برای مراقبت بهداشتی پیچیده تر از تعیین کار یا تمامی عوامل آشکاری است که بایستی برای اندازه گیری داده ها<sup>۱</sup> به تنهایی مورد استفاده قرار بگیرند. بنابراین این سوال باقی می ماند که چه عاملی بایستی به عنوان داده در نظر گرفته شود.

بعلاوه موضوع قابل بحث بعدی این است که چگونه ستاده<sup>۲</sup> را بایستی اندازه گیری کرد. داده ها شامل کار، مواد و تجهیزاتی است که در تولید سرویسها مورد استفاده قرار می گیرند (۸) در مورد واحد پرستاری، داده ها معمولاً شامل ساعات پرسنل، هزینه های صرف شده برای وسایل، هزینه های تعمیرات و غیره می باشد.

ما اندازه گیری این داده ها به راحتی آنچه به نظر می رسد نمی باشند. پرسنل پرستاری به عنوان مثال، گروه همسانی نیستند و حتی سطح آموزش، تجربه و مهارتهای آنها با هم متفاوت است. (۲۵) و (۸).

از طرفی ساعات مراقبت بیمار مورد استفاده ترین شاخص بهره وری در سازمانهای بیمارستانی است (۲۶).

1- Input

2- output

سا لیوان به نقل از فلد شتاین (۱۹۷۱) می گوید: همانگونه که تعیین داده نسبتاً مشکل است، تعیین ستاده در مراقبت بهداشتی حتی مشکلتر به نظر می رسد. معمولاً ستاده بیمارستانی اغلب به صورت روزهای بستری بیماری، تعداد کل روزهای بستری بیماران در یک زمان معین (۸) همچنین در بیانی دیگر ستاده در مراقبت از بیمار، معمولاً به صورت ساعات یا روزهای مراقبت اعمال شده برای بیمار بیان می شود (۲۵)

## ۲-۱-۱-۲- اندازه گیری بهره وری در پرستاری

کارترا به نقل از جینگیر استاگرز می گوید: مدیران پرستاری این نکته را درک کرده اند که اگر نتوانند چیزی را اندازه گیری می کنند، نمی توانند آنرا اداره کنند (۱۶) اخیراً از راههای زیادی برای ارزشیابی بهره وری سرویسهای پرستاری استفاده می شود. اگرچه برخی از این روشها تعریف مشخصی از بهره وری را بعنوان نسبت ستاده به داده مشخص نمی کنند، ولی اطلاعات مهمی را برای مدیر پرستاری درباره کارایی ارائه مراقبتهای پرستاری فراهم می کنند. در ادامه شش فرمول اندازه گیری بهره وری لیست

خواهند شد.

ساعات پرستاری بر روزهای بستری بیمار به عنوان شاخص عمده بهره وری کار

پرستاری است که به راحتی و آسانی قابل دستیابی است .

$$(1) \text{ بهره وری} = \frac{\text{جمع ساعات داده شده به پرسنل پرستاری}}{\text{جمع تعداد روزهای بستری بیماران در زمان معین}}$$
$$(2) \text{ بهره وری} = \frac{\text{جمع ساعات داده شده به پرسنل پرستاری برای مراقبت مستقیم در زمان معین}}{\text{جمع تعداد روزهای بستری در زمان معین}}$$

فرمولهای دیگر نیز بر اساس ارزش دسمزد بر اساس روزهای بستری بیمار است . که

این شاخص میزان مناسبتری از قبلی است .

$$(3) \text{ بهره وری} = \frac{\text{جمع هزینه پرداخت شده به پرسنل پرستاری در زمان معین}}{\text{جمع تعداد روزهای بستری بیمار در زمان معین}}$$
$$(4) \text{ بهره وری} = \frac{\text{جمع هزینه پرداخت شده برای ارائه مراقبت پرستاری مستقیم در زمان معین}}{\text{تعداد روزهای بستری بیمار در زمان معین}}$$

این شاخص به صورت محاسبه ساعات مراقبت مستقیم بیماران در یک روز محاسبه شده

و حاصل آن بر جمع ساعات مراقبت مورد نیاز بیماران که بر اساس مستقیم طبقه بندی

بیمار می باشد محاسبه می شود .

$$(5) \text{ بهره وری} = \frac{\text{ساعات مراقبت مستقیم بیماران ( در یک روز)}}{\text{جمع ساعات یا روزهای مورد نیاز مراقبت ( براساس طبقه بندی بیمار)}}$$

در فرمولی دیگر :

$$(6) \text{ بهره وری} = \frac{\text{جمع هزینه های پرداختی به پرسنل پرستاری در زمان معین}}{\text{جمع ساعات ( یا روزهای ) مورد نیاز مراقبت در زمان معین}}$$

اگرچه فرمولهای شماره (۱) و (۲) شاخصهای مناسبی برای بهره وری پرستاری هستند .

اما فقط زمانی مناسب هستند که طبیعت روز بستری بیمار به صورت ثابت باقی می ماند

. چنانچه سطح وابستگی بیمار در دو زمان معین یکسان باقی بماند ، بهره وری کار بدون

تغییر باقی می ماند . اما اگر در سطح وابستگی به بیمار مراقبتهای پرستاری افزایش پیدا کند بهره وری کار نیز افزایش می یابد . لذا یکی از روشهای تعیین سطح وابستگی بیمار برای استاندارد کردن روزهای بستری بیمار استفاده از سیستم طبقه بندی بیمار است که برای اندازه گیری فشار کار پرستاری طراحی شده است .

بنابراین ساعات مراقبت مورد نیاز فرد را می توان به وسیله سیستم طبقه بندی بیمار جایگزین نمود (فرمول ۵) در صورت تمایل می توان ساعات مراقبت مورد نیاز ذرا به عدد ۲۴ تقسیم نمود تا روزهای مورد نیاز بستری بدست بیاید (۸) .

## ۲-۱-۱-۳- تاثیر بهره وری بر هزینه ها

هیوبو به نقل از بارنوم<sup>۱</sup> و مالارد<sup>۲</sup> (۱۹۸۹) می نویسد :

مددلهای مالی برای بهره وری شامل مدل هزینه - اثر بخشی<sup>۳</sup> و مدل هزینه سودهی<sup>۴</sup> می باشند .

مدل هزینه اثر بخشی مدل هدف محور<sup>۵</sup> در بهره وری است . این روش هزینه های دو یا چند روش مختلف را مقایسه کرده و وسیله ای رسیدن به اهداف مورد نظر بر آینده را مشخص می کند . بعنوان مثال راههای ارتقاء یک پرستار را در نظر بگیریم .

1-huber

2- Bc

3- Cost-effectiveness model

4- cost-benefit model

5- goal-driven

برگرداندن پرستار برای آموزش بیشتر یا هدایت یک پروژه در واحد کاری ولی در راه و روشی هستند که می توان برای رسیدن به هدف مورد نظر انتخاب نمود . مدارکی نظیر بررسی زمان و هزینه در فرآیند تصمیم گیری در نظر گرفته می شوند .

از لحاظ اهمیت مدل هزینه - سوددهی روشی منبع محور<sup>۱</sup> است. این مدل برنامه یا پروژه های مختلفی را که حتی اهداف آنها متفاوتند مقایسه می کند . بنابراین در این روش برنامه های مختلف از لحاظ هزینه داده های متفاوت و همچنین سودمندی برایندهای متفاوتشان مورد مقایسه قرار می گیرند . بعنوان مثال : یک برنامه برای فراهم کردن غذا برای افراد بی خانمان بایستی در برنامه سرویس پزشکی برای افراد بی خانمان مورد مقایسه قرار گیرد از روش جمع آوری داده ها آنالیز آماری دقیقی برای اندازه گیری بهره وری استفاده می شود . بهر حال اینگونه آنالیز نیازمند اندازه های استاندارد شده و مقایسه شده دارد .

یک راه واضح تشخیص اینکه هر چیزی اندازه گیری شده و یا اینکه اندازه گیری نشده نماینده یا وکیلی است که برای مشاهده بهره وری کمک نموده و از نتایج برای بهبود عملکرد استفاده نموده است (۲۷) .

### ارتقاء کیفیت:

پرستاران یک کیفیت در ارائه سیستم مراقبتهای پرستاری هستند. با وجود نقش بی نظیر آنها بعنوان هماهنگ کننده مراقبت در ارائه مراقبت از مدد جو بیمارستان، پرستاران هستند که کیفیت مراقبت را مدیریت نموده قسمت اعظم نظارت و مشاهده کیفی را به عهده دارند (۲۷)

مدیریت کیفیت جامع<sup>۱</sup> بعنوان برنامه مدیریتی فراگیر برای ایجاد بهبود مداوم در کیفیت می باشد. این روش شامل استفاده از فرآیندها، برآیندها و ارزشیابی استانداردها به برنامه های معین حتی برای بهبود کیفیت می باشد (۲۸)

در اجرای مدیریت کیفیت جامع، مدیر پرستاری جزء اساسی و دارای اطلاعات در تیم بهداشتی خصوصاً حیطه هائی که مدیر پرستاری بایستی در آنها دخالت کند شامل: استراتژیهای برنامه ریزی، مراقبت از بیمار بعنوان فرآیند مقطعی - عملکردی، کار تیمی، رهبری، مشارکت پرسنل پزشکی می باشد.

بهره وری و کیفیت باهم وابسته دارند و این ارتباط با نگاهی به موارد ضعیف در عملکرد، به بهترین وجه قابل توصیف است. انجام دادن کارهای اشتباه و انجام دادن کار به گونه ای نادرست، ساده ترین مثالهای ممکن برای ارتقاء کیفیت در زمانی هستند که با مشاهده از طریق مدیریت کیفیت جامع مشخص شده باشند.



برای دسدتیابی به کیفیت و بهره وری ، لازمست تا اطلاعات خوبی را فراهم آورده و

اهداف بهبود را تنظیم کرده باشیم چنانچه انتظارات مشتری ( موجود ) واضح باشند در

نتیجه انجام کارهای صحیح ، با روش مناسب با تعداد درست کارکنان ، منجر به حداکثر

بهره وری و کیفیت خواهد شد (۲۹)

راههای افزایش بهره وری در پرستاری

جانسون<sup>۱</sup> به نقل از ساند و، کروک و دوکت<sup>۲</sup> (۱۹۹۲) می نویسد :

می توان بهره وری را بعنوان عامل خارجی در شغل پرستاری با استفاده از الگوهائی که

بیمار، و پرستار محور هستند بهبود بخشید .

در مطالعه ای از هر نا نذر و دیگران در سال (۱۹۸۸) ارتباطی بین فرآیند سازماندهی و

بهره وری در سبیت گروه کار پرستاری انجام شد که می توانند باعث افزایش بهره وری

شوند که شامل تصمیم گیری مشارکتی ، جریان ارتباطی باز ، ساختار گروههای کاری ،

تشویق به عملکرد بهتر و بسیاری عوامل دیگر (۱۳)

سالیوان به نقل از جلیک و دنیس<sup>۳</sup> (۱۹۷۲) می گوید :

1- Janson

2- sandhu kerouac & doquette

3- jelinkand dennis

راه دیگر افزایش بهره وری ایجاد تغییر در فرآیند مراقبت است که به مدیر پرستاری

اجازه می دهد تا خلاقیتش را تا حد امکان بکار گیرد . در یک مرور جامع بر ادبیات بهره

وری پرستاری ، فرآیند کار با عنوان « تکنولوژی پرستاری » نامیده می شود .

با توجه به تعریف تکنولوژی : شامل تمامی روشهایی است که برای تبدیل input داده به

ستاده output بکار می رود و شامل سازماندهی مدیریتی و فیزیکی سرویسهای پرستاری ،

رهبری و نظارت ، سیستمهای ارائه خدمات پرستاری ، برنامه ریزی و استخدام ، برنامه

ریزی مراقبتی و سرویسهای ثبت و اجرای فعالیتهای پرستاری می شود (۸) .

نظریه Z یا روش مشارکتی<sup>۱</sup> که توسط ویلیام اوسی<sup>۲</sup> در سال ۱۹۸۱ معرفی شده است ،

یکی از روشهای مدیریت مشارکتی است که بر طرق برانگیختن کارمندان و توسط آن

افزایش رضایت شغلی آنها و ارتقاء بهره وری متمرکز است . مدیریت مشارکتی ترکیبی

از عناصر مدیریت با هدف ، اصول انگیزشی و ارتقاء کارمندان می باشد . بعلاوه این

روش بر اساس تعیین کردن ساختار و سیاستهای سازمان ، نیازهای کارمندان و انگیزش

آنها و اندازه های بهره وری می باشد .

---

1- Participative approach ( z theory )

2- william ouchi

ویژگی مشخصه مدیریت مشارکتی « چرخه کیفیت »<sup>۱</sup> می باشد که در بر گیرنده تصمیم گیری گروهی است .

در این روش ساختار و سازمان غیر متمرکز بوده MBO اعمال شده و تصمیم گیری گروهی به طور اثر بخشی قدرت را به سطحی که در آن تصمیمات باید گرفته شوند انتقال می دهد .

مدیریت مشارکتی از تصمیم گیری در رده بخشی حمایت کرده و بنابراین جوابگویی پرسنل را تقویت می کند .

اجرا و بکارگیری مدیریت مشارکتی مستلزم آموزش و جامع به پرسنل و باز خورد دادن مکرر به پیشرفت می باشد . پرستاران در این نوع از مدل مدیریتی مسئول اجرای هدف در سطح بخشی هستند و آنها باید به پرستاری بعنوان یک شغل تمایل داشته باشند .(۳۵)

#### ۲-۱-۲- مزایای مدیریت مشارکتی و نظام پیشنهادها

۱- کارکنان را ترغیب می کند تا از دانش آگاهی خود در زمینه بهره وری در محیط کار استفاده کنند و آن را از قوه به فعل درآورند .

۲- مشارکت نسبت کارکنان را در زمینه هیا کاری خودشان جلب می کند .

۳- موجب رشد و شکوفایی قدرت خلاقیت کارکنان و توانایی آنها در پرداختن ه هر

مساله خواهد شد .

۴- نظام پیشنهادها حرکتی است به سوی دستیابی جامعه به مشارکت .

۵- زمینه ساز ایجاد تفکر خود کنترلی است .

۶- یک جریان عظیم و همه سو از ارتباطهای دو جانبه در شرکت بوجود می آورد .

۷- نظام پیشنهادها ساده ترین نظامی است که به کمک آن آراء و نظریات کارکنان به

گوش مقامهای بالاتر می رسد و مورد توجه قرار می گیرد (۱)

۸- مدیریت کارکنان دانشگر را در سیستم شناسایی می کند (۲۱)

۹- باعث ایجاد همدلی بین کارکنان و رده های مختلف سرپرستی و مدیریت می شود.

۱۰- باعث ایجاد احساس سهیم بودن در دانش و اطلاعات محل کار می شود .

۱۱- باعث ایجاد حس مشارکت در تصمیم گیری سازمان می شود .

۱۲- ایجاد احساس وجود فردی که در زمان نیاز می توان با او تماس برقرار کرد .

۱۳- احساس اینکه مجموعه به نیازهای شما پاسخگو است (۳۶)

۲-۱-۸- و دیه های عملیاتی در نظام پیشنهادها :

۱- ایجاد اعتقاد راسخ در مدیر ارشد از طریق ایجاد احساس نیاز در مدیر عامل و مدیران

ارشد سازمان

بایستی مدیران ارشد و مدیر عامل سازمان توجیه شده و اعتقادی راسخ در مدیران ارشد نسبت به کارآمد بودن نظام و اینکه دستاوردهای آن برای مدیریت مفید خواهد بود ایجاد کرد، تا براحتی پشتیبانی آنها را برای اجراء و پیاده سازی نظام پیشنهادها جلب نمود. آموزش صحیح و توجیه این مدیران، اولین قدمی است که باید با استواری برداشته شود.

۲- ایجاد شرایط و بستر مناسب جهت اجرای نظام پیشنهادها

۲-۱- آموزش مدیران ارشد برای پیاده سازی نظام پیشنهادها

پس از جلب حمایت مدیر عامل سازمان، آموزش مدیران ارشد در درجه اهمیت بالایی برخوردار است. با توجه به این نکته که مدیر ارشد در حوزه عملکرد سازمانی خود حکم رهبر سازمان است.

از طرفی دیگر مدیران ارشد با مدیر سازمانی بی واسطه در ارتباط هستند و می توانند مشکلات و موانع نظام را مطرح نموده و برای برطرف کردن آنها حمایت مدیر سازمان را نیز جلب نمایند.

آموزش مدیران و سرپرستاران (سرپرستارها)

حلقه اتصال مدیران ارشد با کارکنان در هر سازمانی، مدیران بانی و سرپرستاران می باشند. توجیه آنها به شیوه هایی گوناگون نسبت به نظامی که مراحل اولیه خود را آغاز کرده است، موجب تسهیل در روند پیاده سازی نظام می گردد.

مدیران و سرپرستاران باید توجیه شوند که با برقراری نظام پیشنهادها، می توان آراء و نظرات کارکنان را در اتخاذ تصمیماتی که حال و آینده سازمان را تعیین می نماید، جمع آوری نموده و از آنها استفاده نمود.

آموزش عمومی و آگاهی کارکنان نسبت به فواید مشارکت و نقش آنان در نظام

پیشنهادها:

نظام پیشنهادها همواره با جمع آوری و به کارگیری و نظرات کارکنان به عنوان یکی از روشهای افزایش بهره وری در موسسات و شرکتهای مطرح بوده است و کارکنان (سرپرستاران) بعنوان اصلی ترین رکن این نظام می باشند.

بعد از همراه نمودن مدیران ارشد و میانی برای پیاده سازی نظام پیشنهادها نوبت به کارکنان می رسد. همانطور که بدون حمایت مدیران ارشد و مدیران میانی، نظام راه اندازی نمی شود و در صورت راه اندازی نمی تواند به اهداف خود برسد، بدون مشارکت کارکنان نیز نظام پیشنهادها در بدو امر متوقف می گردد. پس باید با آموزش

صحیح و مستمر کارکنان را با مفاهیم و اصول نظام پیشنهادها آشنا کرد (۱)

سازماندهی اجرایی نظام پیشنهادها :

تعیین آیین نامه و دستورالعملهای اجرایی نظام پیشنهادها :

برای اجرای اصولی هر نظامی باید یک سرزی مقدمات مهیا شود و سپس با در نظر گرفتن شرایط و بازخورها و رعایت یک سری ملاحظات ، روش اجرایی را برای پیاده سازی و استقرار نظام تدوین نمود . این روش باید بیانگر حدود کاربرد ، مسئولیتها ، ساختار سازمانی نظام ، وظایف واحدهای سازمانی نسبت به نظام ، روش اجرایی نظام و ... باشد .

آیین نامه و نظام باید متناسب با شرایط فرهنگی ، اقتصادی و وظیفه ای و حتی المقدور به کمک مشاوره مدیران و کارشناسان سازمان تدوین و به تصویب مدیر ارشد سازمان برسد .

اهم مواردی را که لازم است در آیین نامه مورد توجه قرار گیرد ، می توان به شرح زیر خلاصه نمود :

۱- اهداف

۲- لزوم

۳- ساختار ، سازمان و ارکان تشکیلاتی

۴- شرایط و چگونگی پیشنهادها

۵- روش اجرا و گردش کار نظام پیشنهادها

۶- ارزشیابی پیشنهاد و نحوه محاسبه پرداخت پاداش

۷- نحوه قدردانی از کارشناسان و بررسی کنندگان و مجریان پیشنهادها

۸- مدیریت جلسات

حال به تشریح موارد فوق با جزئیات بیشتر پرداخته می شود :

۱- اهداف نظام پیشنهاد :

هدف نهایی پیشنهادها بهبود بهره وری ، کاهش هزینه ها ، افزایش ایمنی و ... از طریق مشارکت کارکنان در امور مشارکت در چارچوب یک نظام منظم و مدون می باشد که

اهداف زیر را نیز می تواند در بر گیرد :

۱- بهبود حس همدلی و روحیه مشارکت و همکاری و کار گروهی

۲- بهبود امور شرکت و ایجاد آمادگی لازم جهت پذیرش دگرگونیهای سازنده

۳- بهبود ارتباطات و روابط متقابل بین کارکنان و مدیران به منظور ارتقای بهره وری

۴- تقویت احساس مسئولیت در بین کارکنان برای رشد روزافزون شرکت .

۵- تقویت نوآوری و توان طرح و ارائه افکار نو در کارکنان از طریق پرورش اندیشه ها و

شکوفایی استعدادهای بالقوه .

۶- همسو نمودن اهداف و آرزوهای کارکنان با اهداف سازمانی



۷- مکتوب و مستند نمودن مشکلات و موانع موجود و استفاده از تجربه کارکنان در حل

آنها (۱)

لزوم استقرار و نظام پیشنهادها :

انسانها موجوداتی هستند که همواره در صدد بهبود وضعیت محیط پیرامون خونین هستند و همواره برای رفع مشکلات خود راهی را به دست می آورندبا این وجود پرورش نیروی انسانی از هر طریقی ( مانند برقراری نظام پیشنهادها ) موجب رفع بسیاری از مشکلات می شود .

لزوم برقراری نظام پیشنهادها به اختصار در زیر بیان شده است :

۱- کاهش وابستگی به دانش فنی خارج از سازمان

۲- کاهش اوقات فراغت و بیکاری کارکنان از طذیق ایجاد اشتغال فکری میان آنها .

۳- ایجاد حس تعلق به سازمان در میان کارکنان

۴- دخالت دادن نظرات کارکنان در تصمیمهای مدیران

۵- ایجاد فرهنگ مشارکت ، انسجام ، وحدت و یکپارچگی میان کارکنان

ساختار ، سازمان در ارکان تشکیلاتی :

کمیته ارزیابی و تعیین پاداش :

بخش اساسی هر نظام پیشنهادها کمیته ارزیابی و تعیین پاداش است . تصمیمات این کمیته اثر عظیمی روی طرح پیشنهادها دارد و موجب افزایش اشتیاق کارکنان برای ارایه ایده هایی در راستای بهبود در عملیات خواهد شد که این بهبودها بی معطلی نتیجه و اثر خود را نشان خواهد داد . تعداد اعضای کمیته با توجه به حجم و موضوعات مختلف پیشنهادها متغیر می باشد .

بازرس یا بررسی کننده پیشنهادها :

بررسی کننده پیشنهادها ممکن است بر اساس نساخ و با توجه به توانایی خالص او موقتاً تعیین گردد . در هر حالت بررسی کننده مسئول بررسی پیشنهادهایی است که در ارتباط با حوزه سرپرستی او ارایه می شود . ضروری است که بررسی کننده پیشنهاد برای تعیین داده و اطلاعات مورد نیاز برای ارزیابی منصفانه پیشنهاد شایسته باشد و دانش و تجربه مورد نیاز برای تعیین نحوه انجام فعالیت یا فردی که توانایی انجام مسئولیت را به طور مناسب و درست داشته باشد .

کمیته عالی نظام پیشنهادها :

الف- وظایف :

۱- سیاستگذاری ، تعیین خط سنی ، اصلاح آئین نامه و دستورالعملهای اجرایی لازم

برای بهبود راهبری نظام پیشنهادها .

۲- تهیه خط مشی های لازم جهت تحقیق اهداف نظام پیشنهادها .

۳- تلاش در جهت رفع موانع موجود در مقابل نظام پیشنهاد و ایجاد تسهیلات مورد نیاز

۴- ایجاد تسهیلات در خصوص برگزاری همایشها و سخنرانیهای لازم جهت پیشبرد

نظام پیشنهادها .

۵- قردادانی ( مالی و غیر مالی ) از اعضای کمیته ها

۶- تشکیل جلسات ماهانه به منظور رسیدگی به پیشنهادهایی که به نحوی به کمیته عالی

مربوط می شود .

۷- تنظیم و توزیع صورت جلسات به منظور آگاهی ، پیگیری و انجام امور محوله به

اعضاء (۱)

ب-اعضاء :

اعضای کمیته عالی می تواند مدیر عامل سازمان و جمعی از مدیران ارشد سازمان باشد

و با توجه به موضوعات مختلف از افراد مرتبط به صورت کتبی دعوت می شود تا در

جلسات کمیته عالی شرکت نمایند .

دبیر اجرایی نظام پیشنهادها که مسئول اجرای طرح نیز می باشد هدایت جلسات کمیته

عالی را عهده دار است و به عنوان دبیر کمیته ای که مدیر ارشد سازمان ریاست آن را

عهده دار است انجام وظیفه می نماید .

ج- رئیس کمیته عالی و وظیفه ایشان :

مدیر ارشد سازمان به عنوان رئیس کمیته عالی و وظایف زیر را عهده دار است .

۱- هدایت ، رهبری ، نظارت و کنترل کمیته عهالی و راهبری این کمیته برای نیل به

اهداف و اثر بخشی نظام پیشنهادها .

۲- هدایت و رهبری جلسات و نه کمیته عالی .

۳- تصویب صورتجلسه و دستور توزیع آن بین اعضاء .

د- دبیر کمیته عالی و وظایف ایشان :

دبیر اجرایی نظام پیشنهادها و وظایف زیر را بر عهده دارد .

۱- تهیه صورت جلسه ها ، تقدیر نامه ها و کلیه مکاتبات کمیته عالی

۲- تست ، بررسی اولیه طرح پیشنهاد و کمیته عالی و بایگانی اسناد و مدارک ذیربط

۳- برقراری ارتباط با اعضای کمیته های مرکزی و دبیران کمیته های اجرایی برای ارسال

و دریافت نتایج و آگاهی های لازم از تصمیمات اتخاذ شده .

ه- توالی تشکیل جلسات

تشکیل جلسات به صورت ماهیانه در زمان تشکیل می تواند با نظر اعضای کمیته به یک

روز مشخص در هفته تعیین شود (مثال آخر ماه)

کمیته اجرای پیشنهادهای پذیرفته شده :

با توجه به اهمیت اجرای پیشنهادهای پذیرفته شده ، کمیته ای که بتواند هماهنگیهای

لازم در خصوص ایجاد شرایط اجرای پیشنهادهای آورده لازم است . این کمیته

وظیفه دارد مراحل اجرای پیشنهاد را پیگیری و به کمیته عالی گزارش نماید و در

صورتی که مانعی بر سر راه اجرای پیشنهاد به وجود آمد با پیگیری مستمر آن را حل

نماید . در ضمن این کمیته افرادی را که برای اجرای پیشنهاد همکاری نموده اند معرفی

می نماید تا از ایشان تقدیر به عمل آید (۱)

شرایط و چگونگی پیشنهادهای :

برای اینکار نیاز به مقدماتی وجود دارد که عبارتند از :

- ایجاد سیستمی برای دریافت پیشنهادهای

- تهیه فرم و روشی برای ارائه پیشنهادهای

- ایجاد سیستمی برای ثبت ، ارزیابی پیشنهادهای

- تنظیم دستورالعملی برای پاداش دادن به پیشنهادهای (۳۷).

کلیه کارکنان سازمان می توانند پیشنهادهای خود را در قالب فرم ارائه پیشنهاد و در

تمامی زمینه های فعالیت سازمان ، به کمیته اجرایی مستقر در واحد مرتبط ( در صورت

وجود ) تحویل نمایند .

موضوعاتی که می توان در راستای آنها پیشنهاد ارایه نمود ::

۱- بهبود ایمنی و شرایط کاری و روابط انسانی ( فاکتورهای انسانی )

۲- افزایش کیفیت

۳- تسهیل در کار

۴- صرفه جویی در هزینه ها و کاهش قیمت تمام شده محصول

۵- مسایل رفاهی ، آموزشی ، پرسنلی ، مراقبتی و ....

برای دریافت پیشنهادهای می توان از صندوقهای جمع آوری پیشنهاد استفاده نمود . بدین

صورت که با نصب صندوقهای چوبی یا فلزی سر پوش دار ساده در محل های پر رفت و

آمد به راحتی می توان ایده های مکتوب کارکنان ندارد قالب فرم ارایه پیشنهاد دریافت

نمود . و یک نفر از دبیر خانه نظام هر ۱۰ روز یکبار صندوق را باز نموده پیشنهادهای را

جمع آوری و برای ثبت و دسته بندی به دبیرخانه انتقال می دهد . ارزیابی اولیه را می

توان از پیشنهاد انجام داد . در صورتیکه پیشنهاد در مرحله ارزیابی اولیه رد شود ظرف

مدت ۱۵ روز از تاریخ دریافت پیشنهاد ، پاسخ لازم به پیشنهاد دهنده اطلاع داده خواهد

شد .

بررسی فوری پیشنهاد با اهمیت است و باید در مقابل تاخیرها که یک نقطه ضعف

مشترک در اجرای نظامهای پیشنهادی است. شدیداً ایستادگی و مقاومت کرد. اگر

پیشنهاد به توجه خاصی نیاز داشته باشد و زمان برای موارد دیگر مورد نیاز باشد. زمان

بررسی پیشنهاد نسبتاً طولانی می شود. تجربه نشان می دهد که محدوده زمانی فرآیند

بررسی پیشنهاد از ۱۰ تا ۳۶۰ روز و به طور متوسط ۲۲ روز می باشد (۱)

نحوه قدردانی و پرداخت پاداش: به کلیه پیشنهاد دهندگانی که پیشنهاد آنها پذیرفته می

شود علاوه بر جوایز نقدی و غیر نقدی، تقدیر نامه نیز اعطاء می گردد (جوایز غیر نقدی

بخشی از کل پاداش است)

پاداش سالیانه برای پیشنهاد دهندگان بر تر: پاداش سالیانه به سه نفر از بهترین پیشنهاد

دهندگان سال اعطا می شود. این پاداش شامل تقدیر نامه و یک جایزه ویژه است که

کمیته عالی در مورد آن تصمیم می گیرد (۱)

۳-۶- مدیریت جلسات

جلسه را می توان به عنوان گردهمایی سه نفر یا بیشتر از کسانی دانست که دارای هدف

مشترک باشند و ارتباطات (شفاهی و یا کتبی) را به وسیله اصلی نیل به این هدف قرار

دهند.

جلسه موثر جلسه ای است که در حداقل زمان ممکن به هدفهایش رسیده و بتواند

رضایت شرکت کنندگان را جلب نماید (۳۸) دستور جلسه باید قبل از تشکیل جلسه در

اختیار اعضای گروه قرار گیرد ، فرصت کافی برای فکر کردن روی موضوعات را داشته

باشند (۳۹)

الف- نمونه دستور جلسه :

۱- افتتاح جلسه با بیان علت تشکیل جلسه به هدف و مدت آن

۲- مسایلی که باید به بحث گذاشته شود (۲۸)

۳- محل تشکیل جلسه تعیین شود

۴- مدت زمان پرداختن به هر موضوع تعیین شود .

۵- ترتیب موضوعهای مورد بررسی تعیین شود .

۶- فشرده ای از طرحهای اجرایی و ضروریات مربوط را فراهم آورد .

ب- انواع نشستها :

۱- مشکل گشایی : برای شناسایی دلیل که مسئله را پدید آورده است .

۲- تصمیم گیری : برای انتخاب یک راه اجرایی

۳- برنامه ریزی و اجراکردن : برای اطمینان حاصل کردن از اینکه تصمیمها زمانی

کامیاب شمرده می شوند که به اجرا گذاشته می شوند.

۴- مشکل گشایی خلاق : بوجودآوردن راه کارهای تازه و متفاوت برای مشکلات کنونی

(۲۱)



۵- بررسی موقعیت : برای جداکردن دامنه تای موضوعها و مشخص کردن برنامه های

اجرایی برای حل آنها (۲۱)

۶- بازنگری روشها : جلساتی که بین تمام اعضای گروه به منظور بررسی روشهای کاری تشکیل می شوند .

۷- جلسه گروه : جلسه های منظمی هستند که به منظور کسب اطلاع از میزان پیشرفت کار با حضور کلیه اعضا تشکیل می شوند (۳۹)

بررسی موانع مشارکت در خارج و نظام اداری ایران :

شیخ محمدی به نقل لوتیان و جانسون (۱۹۸۳) می گوید آنهایی که مخالف مدیریت مشارکتی هستند مدعی هستند که برنامه های مشارکت آخرین شکل از کوششهای مدیریت سنتی برای تامین همکاری داوطلبانه کارکنان در تحقق اهداف سازمان است . مدیران و کارکنان ممکن است در شرایط سخت با هم همکاری کنند اما بعد از آن به همان روهای قدیمی برگشت خواهند کرد . زیرا مدیران مشارکت را پرهزینه ارزیابی خواهند کرد و کارکنان در می یابند که مزایای همکاری بسیار جزئی است .

هلال و براون (۱۹۸۱) انتقادات زیادی را علیه مدیریت مشارکتی مطرح ساخته اند به عقیده آنها مشارکت :

۱- انتقادات و قولهای غیر واقعی ایجاد می کند .

۲- وقت گیر است .

۳- جوابگویی را خدشه دار می سازد .

۴- تضادهای شکننده ای را ایجاد کرده موجب از بین رفتن اقتدار مدیریتی می شود (۱).

اگرچه شیوه های مدیریتی مشارکتی متنوعی از جمله ، تصمیم گیری گروهی ، ایجاد

گروههای خودگران ، تیم سازی ، تشکیل گروههای کنترل کیفیت و ... معرفی شده اما به

لحاظ ساده بودن و برخوردار بودن از امکان اجرایی بیشتر ، نظام پیشنهادها در ایران به

اجرا در آمده است و پیشنهاد می شود که سازمانهایی که به دنبال اجرای برنامه مدیریت

مشارکتی هستند کار از ایجاد نظام پیشنهادها شروع کنند . موانع و دشواریهای خاص

اجرای نظام پیشنهادها عبارتند از :

۱- نبود اعتقاد و حمایت عملی مدیریت عالی سازمان

۲- نبود اعتقاد و باور قلبی مدیران میانی سازمان

۳- مغایرت سبکهای مدیریت مدیران ارشد با نظام پیشنهادها

۴- اجرا نشدن عدالت در اهدای جایزه ها و پاداشهای مربوط به پیشنهادها .

۵- تعلل و تصور در ارائه بازخورد به پیشنهادهای کارکنان

۶- بلند پروازانه بودن بعضی از پیشنهادها

۷- دخالت دادن سلیقه های شخصی در ارزیابی پیشنهادها

۸- بموقع و مناسب بودن پاداشها

۹- موانع عالی ( نبود بودجه کافی برای اجرای پیشنهادها )

۱۰- عمل نکردن به وعده های داده شده از سوی مدیران

اما اجرای برنامه های مشارکت کارکنان در نظام اداری نیازمند سلسله ای از آمادگیها و انجام اقدامهای که به بعضی از آنها اشاره می شود :

الف- رفع موانع و محدودیتهای قانونی ، فرهنگی ، ... مشارکت کارکنان در اداره امور سازمانی

ب- تغیز ساختارها و فرآیندهای اداری به گونه ای که امکان مشارکت کارکنان را فراهم آورد .

ج- رفع تبعیضهای موجود میان کارکنان و مدیران و ایجاد این نگرش که کارکنان نیز در حکم نیروی انسانی اندیشه هایی دارند که می تواند برای سازمان مفید فایده قرار گیرد .

د- آموزش مدیران و کارکنان و ایجاد باور قلبی در مدیران بر اینکه مشارکت کارکنان به منزله گرفتن حق مسئولیت آنان نیست . (۳۳)

مروری بر مطالعات انجام شده

الف- تحقیقات خارجی

۱- اردن و رود<sup>۱</sup> در مطالعه ای با عنوان ابراز تصمیم گیری برای توصیف منابع و طراحی محدود شغل که در سال ۱۹۹۷ در میشیگان آمریکا انجام داده اند . از تکنیک نمونه

کاری<sup>۲</sup> که برای بررسی زمانی است، استفاده کرده اند. ابزاری که آنها مورد استفاده قرار داده اند به گونه ای بوده که کارها را به صورت شاخصهای معین لیست نموده و آنها در طول یکسال موارد را بررسی نموده اند تا بفهمند برای هر کاری چه مقدار زمان صرف خواهد شد. نتایج مطالعه نشان می دهد که بیشترین میزان مراقبت مستقیم<sup>۳</sup> در بخش کودکان بوده که ۴۲٪ زمان کاری را به خود اختصاص می داده است و کترین میزان مراقبت مستقیم در بخش داخلی - جراحی با تعداد ۳۲٪ زمان کاری بوده است که معدل آن تقریباً ۳۷٪ می شود.

در بخش جراحی نیز پرستاران تعداد ۴۱٪ زمان کاری را صرف مراقبت مستقیم می کردند و پرسنل دیگر پرستاری نیز ۳۹٪ را صرف مراقبت مستقیم می کرده اند. از مطالعه فوق می توان نتیجه گرفت که چگونه بایستی از زمانهای در اختیار پرسنل به طور بهره ور تر استفاده نمود لذا بخشها نیاز به طراحی مجدد شغلی برای بهتر استفاده کردن از زمانهای خود دارند. بعلاوه این مطالعه نشان می دهد که می توان از مدل ارائه شده در آن بعنوان بخشی از فرآیند تصمیم گیری در زمان پرستاری استفاده نمود لذا با توجه به نتایج بحث شده در تحقیق فوق و اینکه مطالعه فوق فقط حیطه ارزیابی مراقبتها به

بررسی پرداخته است ، انجام تحقیقی جامعتر با دخالت تصمیم گیری در ارائه مراقبتها  
ضروری به نظر میرسد .

۲- اپنیکر<sup>۱</sup> نیز در تحقیقی که با عنوان ارزیابی نمونه کاری و ارزیابی کارایی پرستاری در  
سال ۱۹۹۸ در بیمارستانی در سیاتل آمریکا انجام داده است . ولی ۵ تیم عملکردی  
نسبت تشکیل داد که کار آنها اجرا و ارزشیابی ارائه مراقبتهای به بیمار و  
استانداردهای مراقبتی بود که در نهایت می خواست ارتباط بین مقدار زمانی به  
فعالیتهای مراقبت مستقیم و غیر مستقیم را مشخص کند تا علت عدم کارایی معلوم  
شود. نتایج تحقیق نشان داد که پرستاران<sup>۱</sup> میزان ۳۰٪ زمان کاری را به ارائه مراقبتهای  
پرستاری مستقیم اختصاص می دهند ( یعنی ۲ ساعت و ۲۴ دقیقه در طول شیفت ۸  
ساعته ) که به طور متوسط ( ۲ ساعت و ۳۰ دقیقه ) می شود . و بقیه زمانها صرف  
ثبت ۱۳٪ گزارش دادن ۱۲٪ کارهای شخصی ۸٪ و انجام وظایف همکاران دیگر ۷٪  
و پذیرش و ترخیص ۷٪ می شود .

و بعد از یکسال که سیستم پیوسته ادامه پیدا کرد و اندازه گیری مجدد انجام شد میزان  
مراقبت سیستم پرسنل پرستاری در حدود ۳٪ افزایش پیدا کرد و این میزان در پرستاران  
RN به حد ۱۱٪ افزایش در ادامه مراقبتهای مستقیم رسید (۱۰) .

---

1-Upnieks  
1- RN =Registered nurse

با بررسی این تحقیق مشخص می شود کار تیمی باعث بهبود میزان کارایی پرستاران در ادامه مراقبتهای مستقیم می شود و از طرفی دیگر به مقوله تصمیم گیری و نقش آن در افزایش کارایی پرداخته نشده است .

۳- در معادله ای که جینکز و هوپ<sup>۲</sup> با عنوان پرستاران چه کار می کنند؟ بررسی مشاهده ای فعالیت های پرستاران در بخش جراحی و توانبخشی حاد ، در سال ۲۰۰۰ در انگلستان انجام داده اند ، به تجزیه و تحلیل فعالیت های پرستاری ارائه شده در یک بیمارستان عمومی و کوچک و یک مجتمع بیمارستانی پرداخته اند .

پس از ۲۰ ساعت مشاهده ۱۰ پرستار RN دریافتند که در هر دو قسمت انواع مشابهی از کارها انجام می شود و یافته های تحقیق نشان داد که حدود ۳۰٪ زمان در بیمارستان عمومی کوچک و ۳۷٪ زمان در مجتمع بیمارستانی ، صرف ارائه مراقبتهای مستقیم می شود . چیزی که مشخص است این است که مطالعه تنها به بررسی روز فعالیتی پرستاران پرداخته و به فرآیند تصمیم گیری توجه نداشته است (۱۲) لذا نیاز به انجام کاری که مکمل این تحقیق باشد ضروری بنظر می رسد .

واگردوار<sup>۱</sup> در تحقیقی موردی کیفی با عنوان «چگونه می توان دخالت مراقبان را در جریان تصمیم گیری تسهیل نمود؟» که در سال ۲۰۰۱ در بیمارستانی در ادینبورگ<sup>۲</sup>

2- Jinks & hope  
1- Walker & dewar

2- Edinburgh

انگلستان انجام داده است ، از اعضای تیم پرستاری و مراقبت دهندگان درباره نظرات و تجربیات آنها مصاحبه بعمل آورده است . همچنین این افراد از طریق جلسات خانوادگی جلسه تیمی خانوادگی ، جلسه تیمی از همه گروهها و در حال ارائه روتینهای بخش مورد مشاهده قرار گرفتند . نتایج حاصل از تحقیق نشان می دهد که چهار عامل عمده وجود دارد که باعث احساس رضایتمندی در پرسنل می شود :

۱- احساس اینکه افراد در ارائه اطلاعات سهیم هستند .

۲- احساس دخالت در تصمیم گیری

۳- احساس اینکه کسی وجود دارد که می توان در موقع نیاز با او صحبت کرد.

۴- محل کار فرد در محافل نیازهای وی جوابگوست (۳۶)

با توجه به این تحقیق نیز مشخص می شود که دخالت در تصمیم گیری و شریک شدن در آن می تواند باعث افزایش رضایتمندی پرسنل شود از طرفی می توان تاثیر این احساس را در عملکرد فرد نیز مورد آزمایش قرار داد .

۵- لانگرن و سجستن<sup>۱</sup> نیز در تحقیقی با عنوان استفاده پرستاران از وقت خود در بخش

داخلی - جراحی با پرسنل پرستاری که تماماً RN ثبت شده هستند در سال ۲۰۰۱ در

سوئد انجام داده اند ، از روش مشاهده غیر محسوس در فاصله ۲ سال تحقیق استفاده

کرده اند . به اینصورت که سه هفته متوالی در ۲ موقعیت سنجیده شد : بین دو

مساءده ، سازماندهی کاری از حالت عملکردی به صورت فعالیت گروهی و

همبستگی در آمد و لذا مراقب مستقیم بیماران ۳۳٪ زمان کاری را بر خود اختصاص

می داد اما بعد از ایجاد تغییر میزان مراقبت مستقیم به ۳۷٪ افزایش پیدا کرد (۴۱) .

چیزی که در تمامی تحقیقات خارجی انجام شده مشخص است این است که ارتباط با

تصمیم گیری با میزان بهره وری به طور کامل سنجیده نشده است و هر کدام از زاویه ای

به کار آیی میزان مراقبت مستقیم ، مشارکت در تصمیم گیری و عملکرد تیمی نگاه کرده

اند ضروری بنظر می رسد تا تحقیقی به صورت ارتباط فرآیند تصمیم گیری در مدیریت

مشارکتی با بهره وری بخش صورت بگیرد .

#### تحقیقات داخلی :

۱- صندوقچین تحقیقی را با عنوان « بررسی نگرش پرستاران تحت سر پرستی

سرپرستاران از نحوه مدیریت آنها دذر بیمارستانهای مشهد در سال ۱۳۶۷ در مشهد

انجام داده است .

وی از بیمارستانهای دانشگاه ، علوم پزشکی مشهد چهار بیمارستان را به روش تصادفی

انتخاب نموده و با توزیع پرسشنامه ، نظرات ۱۳۶ پرستار را نسبت به ۳۶ سرپرستارشان



از نظر مهارت‌های مدیریتی ( طرح و برنامه ریزی ، سازماندهی ، هدایت و رهبری ، کنترل و نظارت ، مدیریت تمام ) جمع آوری نموده است .

نتایج بررسی نشان می دهد که از مجموع ۳۶ سرپرستار مورد مطالعه فقط ۷ سرپرستار (۲۱٪) غالباً از مهارت‌های رهبری و هدایت استفاده می کرده اند در حالیکه ۲۹ سرپرستار ۷۹٪ دیگر غالباً از مهارت فوق بهره نمی جسته اند (۲۲) .

نتایج بررسی فوق نشان می دهد که بایستی مدیران پرستاری ( سرپرستاران ) تحت آموزشهای مدیریتی قرار بگیرند و بعلاوه ارزشهای مناسب در ارائه خدمات پرستاری استفاده نمایند .

۲- سرداری تحقیقی را با عنوان تاثیر بهسازی نیروی انسانی بر میزان بکارگیری تصمیم گیری مشارکتی مدیران پرستاری و بیمارستانهای و دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران در سال ۱۳۵۷ در تهران انجام داده است .

روش کار :

نتایج نشان داده است که آموزش ضمن خدمت در مورد تصمیم گیری موجب افزایش قابل ملاحظه ای در تغییرات بکارگیری مدیران پرستاری در خصوص تصمیم گیری بالانحص تصمیم گیری مشارکتی شده است (۲۰)

نتایج تحقیق فوق هم نشان می دهد که آموزش در مدیریت تاثیر داده لذا آموزش شیوه های مدیریتی در بهبود روند مدیریت سرپرستاران می تواند مفید واقع گردد .

۳- به نقل از طلوعی انتصاریان تحقیقی با عنوان تعیین ساعات مراقبت پرستاری در

بخش جراحی در سال ۱۳۵۴ در تهران انجام داده است .

وی سه بیمارستان امیرعلم ، آپادانا و طرفه را مورد بررسی قرار داده و جمعاً ۱۴ بیمار

جراحی از سه بیمارستان انتخاب و ۲۴ ساعت یعنی سه شیفت متوالی ساعت کارهای

پرستاری که برای آنها توسط پرسنل پرستاری انجام گ گرفته است اندازه گیری شده

است.

نتایج نشان داده است که میزان ساعات مراقبت مستقیم مورد نیاز برای بیماران بخش

جراحی ۲ ساعت و ۴۸ دقیقه در روز تعیین شده است که بیمار جراحی شده بطور

متوسط به ۲ ساعت و ۴۸ دقیقه مراقبت پرستاری در شبانه روز احتیاج دارد با میزان ۲

ساعت و ۱۶ دقیقه که در تحقیقات جان هاپکنیز آمریکا بدست آمده است ، مقایسه شده

است (۹)

در تحقیق فوق میزان ساعات مراقبت مستقیم بررسی شده است .

۴- وفائی نیز تحقیقی را با عنوان « اندازه گیری » ساعات مراقبتهای بالینی مستقیم صرف

شده توسط پرستاران در شیفت صبح بخشهای جراحی عمومی بیمارستانهای

دانشگاههای علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۶۹ انجام داده است .

در این پژوهش ۸۶ نفر از پرستاران در بخشهای جراحی عمومی بیمارستانهای وابسته به

دانشگاههای علوم پزشکی تهران مورد بررسی قرار گرفته اند که در آن انواع مراقبتهای

ارائه شده در بخشهای جراحی عمومی در برگه های مشاهده نسبت و زمانهای صرف شده برای انجام مراقبتها اندازه گیری شده است . نتایج نشان می دهد که میانگین مدت زمان ۱ ساعت و ۴۶ دقیقه صرف انجام مراقبتهای بالینی مستقیم ، ۸۶ دقیقه صرف مراقبتهای غیر مستقیم و ۸ دقیقه صرف آموزش بهداشت و ۸۵ دقیقه برای انجام کارهای غیر پرستاری صرف شده است (۱۱) در تحقیق فوق نیز بهره وری به طور کامل سنجیده نشده و یکی از شاخصهای آن مورد بررسی قرار گرفته است .

۵- شکوه نیز در تحقیقی با عنوان طبقه بندی بیمارستان بستری در بخشهای داخلی و جراحی بر اساس مراقبتهای پرستاری در یکی از بیمارستانهای آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۷۴ انجام داده است .

وی کارهای بخشهای مذکور را در هر روز محاسبه نموده و در نهایت طبقات مراقبتی بیماران را مشتمل بر چهار طبقه I, II, III, IV قرار داده و به هر یک به ترتیب ۰ تا ۵۰ دقیقه ، ۵۰ تا ۱۵۰ دقیقه ، ۱۵۰ تا ۲۵۰ دقیقه و بیش از ۲۵۰ دقیقه زمان مراقبت اختصاص داده شده است (۳)

در بررسی تحقیقات انجام شده در ایران نسیز مشاهده می شود ، با توجه به انجام آموزشهای ضمن خدمت در مورد تصمیم گیری مشارکتی اندازگیری زمان مراقبت مستقیم ، تعیین طبقه بندی بیماران هنوز تحقیقی که در بر گیرنده تمامی عناصر نامبرده باشد انجام نشده است . در حالیکه در برخی فرمولهای بهره وری می توان از دو شاخص

جهت خرید فایل word به سایت [www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com) مراجعه کنید  
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

مراقبت مستقیم و طبقه بندی بیمار برای اندازه گیری بهره وری استفاده نمود و از طرفی

با ارائه برنامه مدیریت مشارکتی تاثیر آنرا بر بهره وری بخش سنجید .

[www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com)

[www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com)

[www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com)

## منابع

- ۱- شیخ محمدی ، م و تولیست زواره ، م ر ، مدیریت مشارکت پذیر بر اساس نظام پیشنهادها ، چاپ اول تهران ، انستیتو ایز ایران ، صفحه ۶۷-۷۰ ، ۱۳۸۰ .
- ۲- هروآبادی ، ش و مرباغی ۱ مدیریت پرستاری و مامائی ، چاپ اول ، تهران دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران صفحه ۲۸۵-۲۳۹ ، ۱۳۷۵ .
- ۳- شکوه ، ف ، طبقه بندی بیماران بستری در بخشهای داخلی و جراحی بر اساس مراقبتهای پرستاری در یکی از بیمارستانهای آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۷۴ پایان نامه کارشناسی ارشد : گرایش مدیریت داخلی - جراحی دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی ، تهران ۱۳۷۴ .
- ۴- اورعی ، س و پیماندرام ص ، تحلیل و محاسبه بهره وری ، چاپ اول تهران کتاب مرو مقدمه ۱۳۷۸ .
- ۵- مدیریت بهره وری در سطح موسسات طرح ایمروپشر ترجمه معاونت اقتصادی و برنامه ریزی بنیاد مستضعفان و جانبازان انقلاب اسلامی ، چاپ اول تهران ، صفحه ۷-۸ ، ۱۳۷۲ .

۶- سی می زو ، دانیای ، ک و ناگاهی ک ، اندازه گیری بهره وری ارزش افزوده و

روشهای تجربی برای بهبود مدیریت ، سازمان بهره وری ملی ایران ، چاپ اول ،

تهران صفحه ۷ ، ۱۳۷۳ .

۷- راهنمای جامع مدیریت بهره وری ، ترجمه معاونت اقتصادی و برنامه ریزی ، بنیاد

مستضعفان و جانبازان انقلاب اسلامی ، چاپ اول ، تهران ص ۱۸ ، ۱۳۷۴ .

8-Sullivan & Decker , effective management in nursing , mosby , p: vo-ss ,

۹-طلوعی ، م ، بررسی مدت اقامت بیماران جراحی زمام و زایمان در بیمارستانهای

منتخب شهر تهران ، پایان نامه کارشناسی ارشد ، رشته مامائی ، دانشکده علوم پزشکی

دانشگاه تربیت مدرس تهران ، ۱۳۶۶ .

10- Upenieks W ,work sampling : assessing nursing efficiency , nurs maage

, 29 (4) :P : 27-29,1998.

۱۱- وفائی ، ع ، اندازه گیری ساعات مراقبتهای بالینی مستقیم صرف شده توسط

پرستاران در شیفت صبح بخشهای جراحی عمومی بیمارستانهای دانشگاههای علوم

پزشکی تهران ، پایان نامه کارشناسی ارشد ، آموزش پرستاری ، گرایش مدیریت

خدمات پرستاری ، دانشکده علوم پزشکی ، دانشگاه تربیت مدرس ، تهران ، ۱۳۶۹ .

12- Jink M & hope what do nurses do ? an observational survey of the

activites of nurses on acute surjical and rehabilitation wards J Nurs manage

vol 8 , P: 273-279 , 2000 .

13- Janson C,Uaderstanding organizational outture and increasing

productivity , network , 2001.

۱۴- داگاس ، ل ، مدیر و رهبر اثر بخش در پرستاری ، ترجمه فاطمه نیک شکر نیا ،

چاپ اول تهران ، نشر و تبلیغ بشری ، صفحه ۴۰-۳۹ ، ۱۳۷۵ .

۱۵- دری نجف آبادی ، بهره وری در فرهنگ اسلامی ، چاپ اول ، تهران ، نشر بصیر

با نظارت سازمان بهره وری ملی ایران صفحه ۲۵-۲۴ ، ۱۳۷۶ .

۱۶- قرآن کریم ، سوره سوری آیه ۳۸ .

۱۷- نهج البلاغه - حکم ۵۴ .

۱۸- کونتر ، هـ ، اصولا مدیریت ، ترجمه چاپ جلد دوم ،

تهران ، مرکز آموزش مدیریت دولتی صفحه ۲۳۹-۲۳۸ ، ۱۳۷۰ .

۱۹- ابطحی ، ح ، کاظمی ، ب ، بهره وری ، چاپ اول ، تهران ، موسسه مطالعات و

پژوهشهای بازرگانی ، صفحه ۱۱۴-۱۱۲ ، ۱۳۷۵ .

۲۰- سرداری ، تاثیر بهسازی نیروی انسانی بر میزان بکارگیری تصمیم گیری مشارکتی

مدیران پرستاری در بیمارستانهای دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی -

درمانی تهران ، پایان امه کارشناسی ارشد : آموزش پرستاری ، گرایش مدیریت خدمات

پرستاری ، دانشکده علوم پزشکی ، دانشگاه تربیت مدرس ، تهران ، ۱۳۷۵ .

۲۱- پلدنکت ، ل ، فورنیه ، ر ، مدیریت مشارکت جواحرای سپردن اختیار ، چاپ

دوم ، تهران ، مرکز آموزش مدیریت دولتی ، صفحه ۱۱-۳ ، ۱۳۸۰ .

۲۲- صندوقچین ، ار ، بررسی نگرش پرستاران تحت سرپرستی سرپرستاران ار نحوه

مدیریت آنها در بیمارستانهای مشهد ، پایان نامه کارشناسی ارشد : آموزش پرستاری ،

گرایش مدیریت خدمات پرستاری ، دانشگاه علوم پزشکی ، دانشگاه تربیت مدرس

تهران ، ۱۳۶۷ .

۲۳- ریان ، ر ، بررسی کیفیت مراقبتهای خاص پرستاری از بیماران تحت درمان با

مایعات و الکترولیتهای و ریدی بعد از اعمال جراحی سیستم گوارش در بخشهای

عمومی بیمارستانهای وابسته به دانشگاههای علوم پزشکی تهران ، پایان نامه

کارشناسی ارشد : آموزش پرستاری ، گرایش داخلی - جراحی ، دانشکده علوم

پزشکی ، دانشگاه تربیت مدرس تهران ، ۱۳۶۷ .

24-

25- P=156

26 -Carter M, Use of a nursing labor computer productivity measurement  
tool nursing economics 18(5) : p: 240,2000 .

27- Huber d ,leadership and nursing care management , w-b .saunders  
company , second edition , p:421 , 2000 .

28- Ellis JR Harhey CL Managing and coordinating nursing care lippin cott  
third edition , p: 52, 2000 .

29- Byers SR ,The executive nurse leadership for new health care  
transitions , Delmar publishers , P:130-131 , 1997 .

۳۰- کارمایر ، ل ، اصول مدیریت ، ترجمه اصغر زمردیان - آرمن مهرورژان ، چاپ

چهارم ، تهران ، مرکز آموزش مدیریت دولتی صفحه ۱۲ ، ۱۳۷۰ .



31- Aiken L.A ,Patrician PA ,Measuring organizational traits of hospitals :  
the revised nursing work Index , nursing Researd 49 (3) : p : 147 , 2000 .

32- Diene mann JAA,Nursing Administion Managing patient care secont  
edition , stamford , appliton & lange A simo and schuster company , p: 417  
, 1998 .

۳۳- زارعی ، ح ، بررسی موانع مشارکت در نظام اداری ایران ، تحول اداری ، دوره  
ششم ، شماره ۲۴ و ۲۵ صفحه ۷۷ ، ۱۳۷۸ .

۳۴- رهنورد ، ف ، تنهایی کاری اوج مدیریت مشارکتی ، تحول اداری ، دوره ششم ، ۲۴  
و ۲۵ صفحه ۶۷-۵۱ ، ۱۳۷۸ .

۳۵- سولیوان ، م پ ، چکید اصول مدیریت و رهبری در پرستاری ترجمه مروت گیوی  
، چاپ اول تهران موسسه فرهنگی ، نوردانش ، صفحه ۸۴-۸۲ ، ۱۳۷۸ .

36- Valker E ,Dewar B,How do we facilitate carers in vohement in decision  
making JO Adv nurs , 34 (3) : p : 329 , 2001 .

۳۷- میر سپاسی ، ن ، چگونه نظام پیشنهادها را طراحی و اجراکنیم ، تهران ، سومین  
همایش ملی نظام پیشنهادها ، صفحه ۲۲۰ ، ۱۳۸۰ .

۳۸- تهران ، سومین همایش ملی نظام پیشنهادها ،  
صفحه ، ۱۳۸۰

۳۹- هلر ، ر ، مدیریت گروهها ، ترجمه سعید علیمیرزائی ، چاپ اول ، تهران ، نشر  
سارگل ، صفحه ۳۸-۳۹ ، ۱۳۸۱ .

40- Vrden LD ,Roode JL, work sampling A Decision –Making Tool for  
Determining Resowces and work redesign , JONA , 27 (9) : P: 34 –41 ,  
1997 .

41- Lundgren S ,Segesteen K ,Nurses use of time in a medical –surgical  
word with all- RN staffing , J Nurs manage , vol9 , P : 13-20 , 2001 .

جهت خرید فایل word به سایت [www.kandoo.cn.com](http://www.kandoo.cn.com) مراجعه کنید  
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

Filename: Document1  
Directory:  
Template: C:\Documents and Settings\hadi tahaghoghi\Application  
Data\Microsoft\Templates\Normal.dotm  
Title: -  
Subject:  
Author: mahdi  
Keywords:  
Comments:  
Creation Date: 4/1/2012 10:36:00 PM  
Change Number: 1  
Last Saved On:  
Last Saved By: hadi tahaghoghi  
Total Editing Time: 0 Minutes  
Last Printed On: 4/1/2012 10:36:00 PM  
As of Last Complete Printing  
Number of Pages: 42  
Number of Words: 5,616 (approx.)  
Number of Characters: 32,012 (approx.)