

## وضعیت های تأثیر گذار بر کیفیت مراقبت پرستاری در مراکز سوختگی تهران

\*دکتر فروغ رفیعی<sup>۱</sup> دکتر سیده فاطمه حق دوست اسکویی<sup>۲</sup> دکتر منصوره یادآور نیکروش<sup>۳</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** پرستاری در بخش های سوختگی نیازمند مراقبتی دقیق و چالش انگیز است که تحت تأثیر عوامل متعددی قرار می گیرد. کیفیت مراقبت توسط پرستاران به عنوان بزرگترین گروه مراقبتی در مراکز سوختگی از اهمیت به سزایی برخوردار است. پیچیدگی و چندبعدی بودن مراقبت در این بخش ها تفسیرهای متعددی را ایجاد می کند. لذا کاوش و توصیف دیدگاه افراد درگیر در مراقبت جهت پی بردن به عوامل مؤثر در کیفیت مراقبت ها ضرورت می یابد. این مطالعه با هدف کاوش و توصیف وضعیت های تأثیر گذار بر کیفیت مراقبت پرستاری در مراکز سوختگی تهران صورت گرفت. **روش بررسی:** در این پژوهش از روش تحقیق کیفی گراند تئوری استفاده شد. بوسیله نمونه گیری هدف دار و نظری، ۳۸ نفر در مطالعه شرکت کردند و داده ها با استفاده از مصاحبه های بدون ساختار و مشاهده با مشارکت، جمع آوری گردید. به منظور تحلیل داده ها از روش مقایسه مداوم استفاده شد.

**یافته ها:** داده ها بیانگر آن بود که دو طبقه از عوامل ساختاری شامل وضعیت های درون سازمانی و برون سازمانی بر کیفیت مراقبت ها تأثیر گذار بوده اند. وضعیت های درون سازمانی شامل وضعیت های مربوط به مدیران، کارکنان، مشکلات مالی، سنگینی بار کاری، اعضای تیم، امکانات و تجهیزات، شرایط و عوامل محیطی و بیماران بود. وضعیت های برون سازمانی به صورت خودگردانی بیمارستان ها، عدم وجود سازمان های حمایت کننده از بیماران و سنگینی هزینه درمان، بالا بودن هزینه زندگی و کم بودن حقوق کارکنان دولت، عدم وجود مجوز استخدام، بی توجهی مدیران ارشد و بازرسی به فرایندها و توجه بیش از حد آنان به موارد نوشتاری، قوانین دست و پاگیر مربوط به تخلفات اداری، پزشک سالاری و بازتاب منفی حرفه پرستاری در جامعه پدیدار گردید.

**نتیجه گیری:** تعامل وضعیت های درون سازمانی و برون سازمانی منجر به تنیدگی جسمی و روحی کارکنان پرستاری، کاهش انگیزه و ناراضی و در نتیجه کاهش کیفیت مراقبت ها شد. یافته های پژوهش لزوم تعدیل و اصلاح عوامل برون سازمانی و درون سازمانی و برنامه های کاهش تنیدگی را مطرح می کند.

**کلید واژه ها:** کیفیت مراقبت بهداشتی - مراقبت پرستاری - مراقبت از بیمار - پرستاری - سوختگی ها

تاریخ دریافت: ۸۵/۱۱/۲۵، تاریخ پذیرش: ۸۶/۱۰/۵

<sup>۱</sup> استادیار گروه پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران و عضو مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری، تهران، ایران (\*مؤلف مسئول)

<sup>۲</sup> دانشیار گروه پرستاری بهداشت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران و عضو مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری

<sup>۳</sup> دانشیار گروه پرستاری بهداشت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

## مقدمه

امکان پذیر نمی‌سازد، چون ساختارها اکثراً در کنترل مدیران قرار داشته و اغلب تغییر ناپذیرند.<sup>(۸)</sup>

پرستاران در خلاء عمل نمی‌کنند بلکه به‌طور مداوم تحت تأثیر عوامل واقع در حیطه مراقبتی قرار دارند.<sup>(۹)</sup> Sieloff و همکاران براساس چارچوب سیستمی و نظریه دستیابی به هدف King، پرستاری را فرایندی بین فردی از کنش، واکنش، تعامل و تبادل (Transaction) در نظر می‌گیرند و متذکر می‌شوند که هیچگونه جدایی بین موجودات انسانی و محیط وجود ندارد.<sup>(۱۰)</sup> Garrett و Mc Daniel نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که تأثیرات محیط از اهمیت ویژه‌ای در حیطه‌های کاری پرستاری برخوردار است.<sup>(۱۱)</sup> در همین راستا Steen Kamp و Vander Merwe معتقدند که محیط‌های کاری پرتنش بر عملکرد روانی-اجتماعی پرستاران سوختگی مؤثر می‌باشد.<sup>(۱۲)</sup>

بیمار و پرستار هر یک خصوصیات خاص خود را به عرصه مراقبت می‌آورند و بر ماهیت مراقبت‌ها تأثیر می‌گذارند. Sumner در این خصوص معتقد است، مراقبت کردن در پرستاری تداعی کننده تارو پود پیچیده پرده‌ای است که نمایانگر ارتباط بین پرستار و بیمار است، در این پرده پیچیده ارتباط، هر یک از افراد، پیش زمینه تاریخی و فرهنگی خود را در موقعیت‌های مراقبتی به عرصه می‌آورند به‌طوری‌که اجزای شناختی، عاطفی و نگرشی هر یک از افراد در آن نمایان می‌شود.<sup>(۱)</sup>

کیفیت از دیدگاه افراد مختلف دارای معانی متفاوتی است. به عبارت دیگر پرستاران، بیماران و مدیران، هر یک مراقبت با کیفیت را به نحو متفاوتی توصیف می‌کنند. Masso مطرح می‌کند که ویژگی مراقبت با

پرستاری از رابطه‌ای یکتا بین بیمار و پرستار تشکیل شده که چند بعدی و بسیار پیچیده می‌باشد.<sup>(۱)</sup> برآوردن نیازهای فردی بیمار، محور مراقبت‌های پرستاری را تشکیل داده<sup>(۲)</sup> و هدف نهایی پرستار، انجام مراقبت با کیفیت از بیمار است.<sup>(۳)</sup> به عبارت دیگر، مراقبت با کیفیت حق تمام بیماران و مسئولیت تمام پرستاران مراقبت‌دهنده است.<sup>(۴)</sup>

مراقبت پرستاری با کیفیت، نگرانی عمده مدیران پرستاری است. مطالعات نشان می‌دهد که مراقبت با کیفیت می‌تواند در پیشگیری از مرگ و میرهای غیر ضروری بسیار با اهمیت باشد.<sup>(۵)</sup> با این حال تعریف کیفیت مثل ماهیت پرستاری، مشکل است و از دهه ۱۹۶۰، پرستاران کوشیده‌اند تا مفهوم آن‌را نشان دهند.<sup>(۶)</sup> Redfern و Norman معتقدند که کیفیت چیزی است که همواره می‌کوشیم به آن دست یابیم و ممکن است هیچگاه به آن نرسیم.<sup>(۷)</sup>

کیفیت در پرستاری به‌عنوان فرایندی تعریف شده است که در پی رسیدن به بالاترین درجه مطلوب در اجرای مراقبت از بیمار می‌باشد.<sup>(۷)</sup> این در حالی است که اطلاعات جمع‌آوری شده توسط پژوهشگر نشان می‌دهد: مرکز سوختگی شهید مطهری با ۷۰ تخت فعال، از ۸۸ نفر پرسنل پرستاری و مرکز سوختگی توحید(این دو مرکز پس از پژوهش حاضر ادغام شدند) با ۷۰ تا ۸۰ تخت فعال از ۵۴ پرسنل پرستاری برای مراقبت ۲۴ ساعته از بیمار برخوردار می‌باشند و عوامل ساختاری معیوبی بر این مراکز حکم فرماست و در این حال پرستاران کنترلی بر این عوامل ندارند. Hogston نیز معتقد است که فضای سیاسی حاکم بر پرستاری، کنترل پرستاران بر ساختارهای مراقبتی را

کیفیت این است که دارای دو بعد مراقبت دهندگان و مددجویان می باشد؛ و چنین عنوان می کند که کیفیت مراقبت بستگی به این دو متغیر دارد. بنابراین کیفیت مراقبت پدیده‌های ذهنی است که برای افراد مختلف، از جمله پرستاران و بیماران معانی متفاوتی دارد.<sup>(۱۳)</sup>

دیدگاه مدیران از مراقبت با کیفیت نیز با دیدگاه پرستاران در این مورد متفاوت است. مدیران مسئول بازسازی سازمانی هستند و این امر اضطراب زیادی را در پرستاران ایجاد می کند. پرستاران ابراز می کنند که کوچک کردن و سودآور کردن بیمارستان‌ها به مراقبت پرستاری با کیفیت لطمه می زند. آنها معتقدند که دیگر مراقبت با کیفیت از بیمار اساس نیست و پول است که حرف اول را می زند.<sup>(۱۴)</sup> هدف مدیران این است که وظایف پرستاری حتی الامکان به صورت اثربخش (یعنی با سرعت) و مقرون به صرفه (یعنی با حداقل کارکنان) انجام گیرد. واضح است که ممکن است بین این مدیران و پرستارانی که بر مراقبت کردن به عنوان تعامل بین فردی ارزش می نهند، اصطکاک و تنش به وجود آید. مدیران در پی کنترل اعمال پرستاری، محدود کردن زمان مراقبت و خواهان پی آمدهای قابل لمس و قابل اندازه گیری برای صحیح جلوه دادن اعمال خودشان هستند، در حالی که پرستاران خواهان زمانی برای وظایف مراقبتی مورد نظر خود (مثل گوش فرا دادن به نگرانی‌های بیمار) می باشند که پی آمدهای قابل لمس و اندازه گیری به صورت کمی، به جز رضایت و خشنودی بیمار را در بر ندارد. پرستاران بالینی حتی در حیطه خود، از کنترل حرفه‌ای بر کارشان برخوردار نیستند، در نتیجه ممکن است مجبور به توسل به رفتارهای متفاوت با استانداردهای اجتماعی و اخلاقی مورد قبول و تا حدی

جسورانه شوند تا با حداقل کارکنان، مراقبت امن و با کیفیتی را ارائه دهند.<sup>(۱۵)</sup>

بنابراین مراقبت با کیفیت، پدیده‌ای پیچیده اما برانگیزنده است و مستعد تفسیرهای متفاوتی است که توصیف دقیق آن را مشکل می سازد. مشهود است که ماهیت کیفیت در پرستاری دربرگیرنده موضوعاتی مثل قابلیت و مهارت پرستاران حرفه‌ای بوده و به دلیل ماهیت شخصی آن که برای افراد مختلف معانی متفاوتی می دهد، دارای عناصری از ذهنیت می باشد.<sup>(۸)</sup>

چنانچه ذکر شد، هدف نهایی پرستاری انجام مراقبت با کیفیت است. این مراقبت نقش مهمی در پیشگیری از مرگ و میر بیماران دارد و لازم است پرستاران همواره در پی فرصت‌هایی باشند تا کیفیت مراقبت‌ها را ارتقاء دهند. مراقبت پرستاری در بخش‌های سوختگی نیز تحت تأثیر عوامل متعددی قرار دارد، به علاوه پرستاران، بیماران و مدیران، هر یک دیدگاه‌های خاص خود را به عرصه مراقبت سوختگی می آورند و عملکرد پرستاران تحت تأثیر این خصوصیات و همچنین قابلیت‌ها و مهارت‌های آن‌ها قرار می گیرد. بنابراین مراقبت با کیفیت در حیطه بخش‌های سوختگی پدیده‌ای بسیار پیچیده و چالش انگیز است که مستعد تفسیرهای متفاوتی است و کمبود توجه به این تفسیرهای متعدد و دیدگاه‌های چندگانه نشان می دهد که انجام تحقیقات کیفی و ایجاد یک نظریه استقرایی بر اساس عوامل مداخله کننده در ماهیت مراقبت کارکنان پرستاری بخش‌های سوختگی امری منطقی و ضروری است. بر این اساس مقاله حاضر به منظور پاسخ دادن به این سؤال پژوهش که وضعیت‌های تأثیرگذار بر رفتارهای مراقبتی و کیفیت مراقبت کارکنان پرستاری در مراکز سوختگی تهران چیست؟، تدوین گردید.

یادآور می شود که این مقاله بخشی از پژوهشی وسیع‌تر را پوشش می دهد.

### روش بررسی

گراندد تئوری به‌عنوان یک روش تحقیق کیفی تمامی ابعاد پدیده مورد نظر و کلیه عوامل مؤثر بر تعاملات اجتماعی را در بر می گیرد. بر این اساس برای پی بردن به وضعیت‌های تأثیرگذار بر رفتارهای مراقبتی و کیفیت مراقبت کارکنان پرستاری، این روش تحقیقی انتخاب شد. گراندد تئوری از داده‌هایی که به‌طور نظام‌دار جمع آوری و در طول پروسه تحقیق تحلیل می‌شود استنتاج می‌گردد.<sup>(۱۶)</sup> جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها در گراندد تئوری به شکل هم زمان صورت می‌گیرد و تحلیل هنگامی به پایان می‌رسد که داده‌های جدید، بینش تازه‌ای ایجاد نکنند. این وضعیت به‌عنوان اشباع طبقاتی (Category saturation) شناخته شده است.<sup>(۱۷)</sup>

پس از کسب اجازه از مسئولین مراکز سوختگی تهران (توحید و شهید مطهری) و اخذ رضایت‌نامه کتبی از شرکت‌کنندگان، داده‌ها از طریق مصاحبه‌های بدون ساختار (Unstructured interviews) و مشاهده بامشارکت جمع‌آوری شد. در مجموع ۳۸ نفر در مصاحبه‌ها شرکت کردند که ۲۵ نفر را کارکنان پرستاری زن و مرد در سطوح مختلف تشکیل دادند و ۸ نفر از سایر اعضای تیم سوختگی بودند. نمونه کارکنان پرستاری شامل ۸ پرستار، ۸ بهیار، ۲ کمک بهیار، ۳ سرپرستار، ۲ سوپروایزر و ۲ مدیر پرستاری بود. از آنجا که کارکنان پرستاری به برخی موضوعات مربوط به تیم سوختگی اشاره کردند با یک پزشک، یک مددکار اجتماعی، ۲ فیزیوتراپیست و ۴ بیمار نیز در

فرایند نمونه‌گیری نظری (Theoretical sampling) مصاحبه شد. به علاوه ۵ نفر از مریبان پرستاری که سال‌ها سرپرستی دانشجویان را در این مراکز به عهده داشته و از تجارب ارزنده‌ای برخوردار بودند در پژوهش شرکت نمودند.

معیار گزینش شرکت‌کنندگانی که به نحوی در مراقبت از بیمار نقش داشتند حداقل یک سال تجربه در مراکز سوختگی تهران بود. بیماران نیز بر اساس تمایل به همکاری و همچنین ثبات جسمانی و روانی انتخاب شدند.

برخی مشخصات کارکنان پرستاری در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱- خصوصیات فردی کارکنان پرستاری

مشخصات	میانگین و انحراف معیار	دامنه
سن شرکت کنندگان	۳۹±۹/۵	۲۳-۵۲
سابقه کار	۱۷/۵±۱۰/۵	۱-۲۹/۵
سابقه در بیمارستان مورد مطالعه	۱۲/۸۵±۱۰/۹	۱-۲۹/۵

نمونه‌گیری هدف‌دار و نظری (Theoretical) از تمامی بخش‌های هر دو مرکز صورت گرفت. داده‌های مربوط به دو مصاحبه انتهایی تکراری بوده و داده جدیدی را عرضه نکرد. به این سبب جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه خاتمه یافت. تمامی مصاحبه‌ها به جز یک مورد بر روی نوار ضبط شد. مصاحبه‌ها با استفاده از راهنمای عناوین، شامل ساختار، فرایند و پیامد مراقبت انجام شد.<sup>(۱۸)</sup>

جدول ۱- چگونگی کد گذاری کدهای باز و محوری مربوط به طبقه عمده وضعیت‌های درون سازمانی (وضعیت‌های خرد)

کد گذاری محوری	کد گذاری باز
وضعیت‌های مربوط به مدیران	ناخوانی مدیران ناشی از عوامل برون سازمانی
	بی توجهی به حل مسائل کارکنان
	بی توجهی به کیفیت مراقبت‌ها
	توجه بیش از حد به موارد نوشتاری و امور ظاهری مشکلات نظارتی
	کمبود تعداد کارکنان
	کمبود کارکنان غیر حرفه‌ای
	استفاده از نیروهای کم تجربه
	فرسودگی سنی کارکنان
	استفاده از نیروهای غیر متخصص برای کارهای تخصصی
	عدم جایگزینی پرسنل
وضعیت‌های مربوط به کارکنان	عدم امکان استفاده از مرخصی
	کمبود بیشتر کارکنان در نوبت کاری عصر و شب
	استفاده از کارکنان خاطی
	استفاده از کارکنان در چند نوبت کاری
	قرار نداشتن کارکنان در جایگاه خود (ابهام نقش)
	کمبود کارکنان مرد
	عدم کنترل کارکنان بر شرایط
	برتری دادن به بیماریها
	استفاده از سیستم وظیفه‌ای
	بی علاقتی به کار سوختگی و انتخاب اجباری مراکز سوختگی
الگوی نامناسب در زمان کار	

اولین سؤالی که از شرکت‌کنندگان پرستاری پرسیده شد سؤالی بسیار باز بود: «لطفاً در مورد مراقبت پرستاری در بخش خود صحبت کنید». سؤالات بعدی بر اساس پاسخ‌های شرکت‌کنندگان و نیازمندی‌های نظریه‌پدیدار شده مطرح گردید. پس از اختتام مصاحبه، مشاهده با مشارکت در تمامی بخش‌ها و نوبت‌های کاری صبح، عصر و شب صورت گرفت. مشاهده طولانی مدت در عرصه، احتمال تغییر رفتار شرکت‌کنندگان را کاهش داد. بلافاصله پس از هر جلسه مشاهده، یادداشت‌ها به‌طور نظام‌دار در برگه‌های مخصوص ثبت شد.

با توجه به روش گراند تئوری، جمع‌آوری، تحلیل و تفسیر داده‌ها به‌طور هم‌زمان وقوع یافت. پس از هر مصاحبه، نوشتار کلمه به کلمه تایپ و در رایانه ذخیره شد و پس از آن بر روی کاغذ چاپ گردید و فرصتی را فراهم کرد تا با پخش مجدد نوار، مضامین (Themes) بهتر مشخص شوند. یادداشت‌های عرصه نیز به همین ترتیب تایپ و تحلیل شد. یادداشت‌های تایپ شده دوباره خوانی شده و کد گذاری باز و محوری صورت گرفت. فرایند تلفیق و تصفیه نظریه در کد گذاری انتخابی روی داد (۱۶). جدول شماره ۱ بخشی از فرایند کد گذاری داده‌ها را نشان می‌دهد.

وضعیت‌های مربوط به امکانات و تجهیزات	کد گذاری باز	کد گذاری محوری	کد گذاری باز	کد گذاری محوری
وضعیت‌های مربوط به امکانات و تجهیزات	مشکلات ساختمان و تاسیسات بیمارستان	وضعیت‌های مربوط به مشکلات مالی	کمبود حقوق و مزایای کارکنان	وضعیت‌های مربوط به مشکلات مالی
	کمبود امکانات و وسایل (با توجه به مصرفی بودن بیمارستان)		محدود بودن تشویق های مالی	
وضعیت‌های مربوط به شرایط و عوامل محیطی	قدیمی بودن تجهیزات و ابزارهای نامناسب	وضعیت‌های مربوط به مشکلات مالی	محدودیت پرداخت مبالغ اضافه کاری و تاخیر در پرداخت اضافه کاری و کارانه	وضعیت‌های مربوط به مشکلات مالی
	شرایط محیطی بخش های سوختگی		اجبار کارکنان به انجام کار اضافی	
وضعیت‌های مربوط به شرایط و عوامل محیطی	شرایط اطاق های پانسمان	وضعیت‌های مربوط به مشکلات مالی	محدودیت امکانات رفاهی کارکنان	وضعیت‌های مربوط به مشکلات مالی
	وضعیت اجتماعی اقتصادی و فرهنگی بیماران		بدهی های معوقه بیمارستان	
وضعیت‌های مربوط به بیماران	عدم همکاری بیماران با درمان‌ها	وضعیت‌های مربوط به سنگینی بار کاری	سنگینی کار فیزیکی	وضعیت‌های مربوط به سنگینی بار کاری
	وخامت بیماران (نیاز شدید بیماران به مراقبت فیزیکی)		حجم وظایف نوشتاری	
وضعیت‌های مربوط به بیماران	مشکلات روانی و زندگی بیماران و خودسوزی	وضعیت‌های مربوط به سنگینی بار کاری	سنگینی کار رگ گیری، مایع درمانی و داروها	وضعیت‌های مربوط به سنگینی بار کاری
	مرگ و میر بیماران		سنگینی بار کاری ناشی از راهبردهای جبران ضعف مالی بیمارستان	
وضعیت‌های مربوط به بیماران	اعتیاد	وضعیت‌های مربوط به سنگینی بار کاری	کار فشرده در اطاق پانسمان	وضعیت‌های مربوط به سنگینی بار کاری
	ابتلا به بیماریهای خطرناک و واگیردار		بی توجهی سایر اعضای تیم به وظایف خود	
وضعیت‌های مربوط به بیماران		وضعیت‌های مربوط به سنگینی بار کاری	اشکال در هماهنگی تیمی	وضعیت‌های مربوط به سنگینی بار کاری
			اعضای تیم	

داده‌ها (Data source triangulation) و تلفیق روشی (Method triangulation) نیز صورت گرفت.<sup>(۳۰)</sup> نمونه‌گیری با حداکثر تنوع (Maximum variation sampling)، مشاهده با مشارکت و استفاده از ادبیات منتشر شده نیز این معیار را برآورد. پس از کامل شدن توصیف پدیده، ۴ شرکت‌کننده از هر مرکز، نظریه ایجاد شده را تأیید کردند (Member checks). بافت اصلی مطالعه تا حد امکان توصیف شد، بنابراین قضاوت در مورد قابلیت انتقال، توسط خوانندگان امکان پذیر گردید. جهت برآوردن معیار ثبات، فرایند مطالعه

به منظور بررسی اعتبار و اعتماد داده‌ها در این مطالعه از روش Lincoln و Guba استفاده شد. این نویسندگان، روایی درونی را در تحقیق کیفی قبول بودن (Credibility)، روایی برونی را انتقال بودن (Transferability)، قابلیت اعتماد را ثبات (Dependability) و عینیت را تأییدپذیری (Confirmability) عنوان کرده‌اند.<sup>(۱۹)</sup>

برای اطمینان از قابل قبول بودن داده‌ها ۸ ماه وقت صرف جمع‌آوری داده‌ها گردید و به‌علاوه تلفیق منابع

حسابرسی شد. به این منظور ۴ نفر از اساتید فن، فرایند مطالعه را بازنگری کرده و در مورد نتایج پژوهش به توافق رسیدند. از آنجا که در این مطالعه، واقعیت، قابل انتقال بودن و ثبات تأمین شده است، معیار تأییدپذیری نیز خود به خود برآورده شد.<sup>(۱۹)</sup> به عبارت دیگر تمام مطالعه به‌عنوان یک حسابرسی تحقیقی عمل کرد.

### یافته‌ها

وضعیت‌های تأثیرگذار بر رفتارهای مراقبتی و کیفیت مراقبت‌های کارکنان پرستاری به صورت وضعیت‌های درون سازمانی و وضعیت‌های برون‌سازمانی پدیدار شد. وضعیت‌های درون سازمانی شامل هشت طبقه و هر طبقه دارای خصوصیات متعددی بود. وضعیت‌های برون سازمانی نیز در هشت طبقه پدیدار شد. توضیحات مربوط به هر طبقه و خصوصیات آن همراه با استناد به اظهارات شرکت‌کنندگان، جزئیات وضعیت‌های حاکم بر مراکز سوختگی و نحوه تأثیر آن بر مراقبت‌ها را نمایان می‌کند.

#### الف: وضعیت‌های درون سازمانی

۱- وضعیت‌های مربوط به مدیران: وضعیت‌های مربوط به مدیران شامل شرایطی بود که با افزایش تدریجی بار مشکلات و فشار بر کارکنان کیفیت مراقبت‌ها را دگرگون می‌نمود. این وضعیت‌ها شامل: ناتوانی مدیران ناشی از عوامل برون سازمانی، بی‌توجهی مدیران به حل مسایل کارکنان، بی‌توجهی مدیران به کیفیت مراقبت‌ها، توجه بیش از حد مدیران به موارد نوشتاری و امور ظاهری، و مشکلات نظارتی بودند.

ناتوانی مدیران ناشی از عوامل برون‌سازمانی و دیگر مشکلات، با خودگردانی و بدهی‌های معوقه بیمارستان، عدم وجود مجوز استخدام، اهمیت مدیران ارشد به ثبت و قوانین مربوط به تخلفات اداری ارتباط داشت. کارکنان معتقد بودند که مدیران با بی‌توجهی به حل مسایل آنها، موجبات نارضایتی آنها را فراهم آورده‌اند. به‌علاوه بی‌توجهی مدیران به کیفیت مراقبت‌ها نیز موجب کاهش انگیزه کارکنان شده بود، چون هدف مدیران تنها انجام شدن کار و سود دهی بیمارستان بود. مدیران توجه بیش از حد به ثبت و امور ظاهری داشتند که از مراقبت بالینی مناسب ممانعت می‌کرد. بالاخره، مشکلات نظارتی از عواملی بود که به سبب عدم ارزشیابی مناسب، موجبات کاهش کیفیت مراقبت را فراهم می‌کرد.

یکی از شرکت‌کنندگان در رابطه با ناتوانی مدیران چنین گفت:

“بودجه دست مدیران پرستاری نیست، ما فقط تو کتاب‌ها این را خواندیم. ما باید زیر نظر مدیر داخلی باشیم، اگر سطح اضافه کاریمون افزایش پیدا کرد باید جوابگو باشیم. دستمون بسته است، یک سقفی داریم، البته اون‌ها هم تقصیری ندارند، بیمارستان پول نداره، خودگردانه.”

۲- وضعیت‌های مربوط به کارکنان: کمبود تعداد کارکنان پرستاری، برجسته‌ترین عامل تأثیرگذار بر کیفیت خدمات بود. این امر شامل کمبود کارکنان غیر حرفه‌ای و کمبود کارکنان مرد نیز می‌شد. کمبود بیشتر کارکنان در نوبت کاری عصر و شب عاملی بود که کیفیت مراقبت را در این اوقات به‌شدت زیر سؤال می‌برد. کمبود تعداد کارکنان منجر به استفاده از نیروهای کم تجربه مثل پرستاران طرحی و دانشجویان،

استفاده از نیروهای غیر متخصص برای امور تخصصی، ادامه استفاده از کارکنان خاطی و استفاده از کارکنان در چند نوبت کاری و عدم جایگزینی پرسنل بازنشسته یا ترک خدمت کرده می‌شد، که خود عواقبی مانند عدم امکان استفاده از مرخصی، قرار نداشتن در جایگاه خود (ابهام نقش)، عدم کنترل بر شرایط، و در نهایت فرسودگی کارکنان به علت عدم موافقت با بازنشستگی آن‌ها را در پی داشت. استفاده غلط از سیستم وظیفه‌ای (Functional method) توسط کارکنان، بی‌علاقگی به کار سوختگی و الگوهای نامناسب نیز از جمله خصوصیات مربوط به وضعیت‌های کارکنان بود که به گونه‌های متفاوتی کیفیت مراقبت‌ها را تحت تأثیر قرار داد.

یکی از شرکت‌کنندگان در رابطه با کمبود کارکنان و تأثیرات آن چنین گفت:

«پرسنل به هر حال مشکل‌دارن، مرخصی می‌خوان برن، کسی نیست جایگزین اینها بشه. بعد از ۱۸ ساعت کار کردن مجبورم بگم دوباره وایسا، اینها همه اون احساس رضایتمندی پرسنل رو میاره پایین، بنابراین درسته میاد کار می‌کنه، با نارضایتی میاد، مسلماً روی عملکردها هم اثر خواهد داشت.»

۳- وضعیت‌های مربوط به مشکلات مالی: داده‌ها نشان داد که خودگردانی بیمارستان‌ها، هزینه سنگین درمان و عدم وجود سازمان‌های حمایت‌کننده دست به دست هم داده و مشکلات عدیده‌ای را در مراکز سوختگی ایجاد کرده‌اند که در نهایت منجر به مشکلات مالی برای کارکنان شده است.

کمبود حقوق و مزایای کارکنان از عواملی بود که کیفیت مراقبت را سخت تحت تأثیر قرار داد. یافته‌ها بیانگر آن بود که بدهی‌های معوقه بیمارستان منجر به محدود شدن تشویق‌های مالی، محدودیت پرداخت

مبالغ اضافه کاری، تأخیر در پرداخت اضافه کار و کارانه و محدودیت امکانات رفاهی کارکنان شده و آن‌ها را وادار به انجام کار اضافی در داخل یا خارج از بیمارستان کرده که البته این امر با کمبود تعداد کارکنان نیز ارتباط داشته است. لذا کارکنان خسته بودند و کسالت و خوابیدن در بخش و بی‌توجهی به نیاز بیماران به منظور ذخیره کردن انرژی برای نوبت کاری بعدی امری رایج در این مراکز به شمار می‌رفت.

یکی از شرکت‌کنندگان در مورد مشکلات مالی و نتایج آن چنین گفت:

«من تو هفته‌ای که هفت روز باشه، شاید بگم یک شب یا دو شب خونه‌ام. بقیه شبانه روز به‌طور حتم دارم می‌چرخم. اینجا و یک جای دیگه. مجبورم، به خاطر مشکلات زندگی. امروز که صبح و عصرم، دیشب هم شیفت بودم بیرون، امشب هم باز بیرون شیفتم. من بعضی روزها اصلاً اونقدر بهم ریخته‌ام، اینقدر خسته ام که اصلاً حوصله مریض را ندارم.»

۴- وضعیت‌های مربوط به سنگینی بار کاری: سنگینی بار کاری به‌عنوان یکی از عمده‌ترین عوامل خستگی و فرسایش جسمی و روحی کارکنان و کاهش کیفیت مراقبت‌ها پدیدار شد. سنگینی بار کاری خود با عواملی مانند کمبود کارکنان، ناتوانی جسمی ناشی از سن بالا و لزوم انجام کار یدی، تجهیزات و امکانات نامناسب، نیروهای کم مهارت و عدم همکاری و وخامت حال بیماران ارتباط داشت.

سنگینی بار کاری بیش از همه مربوط به سنگینی کار فیزیکی در بخش سوختگی بود. به‌علاوه حجم وظایف نوشتاری، سنگینی کار رگ‌گیری، مایع درمانی و داروها و کار فشرده در اطاق‌های پانسمان، از عواملی بود که شرکت‌کنندگان عموماً به آن اشاره کردند. علاوه بر



بده، مثلاً پزشک نمیدانم از روانشناس بخواهد یا پرستار فکر می‌کنم خودم وارده، من فکر می‌کنم فرهنگ تیمی وجود ندارد.

۶- وضعیت‌های مربوط به امکانات و تجهیزات: با توجه به هزینه‌بر بودن سوختگی، خودگردانی و بدهی‌های معوقه بیمارستان‌ها و مصرفی بودن مراکز سوختگی، مشکلات مربوط به امکانات و تجهیزات به‌طور برجسته‌ای نمایان بود و منجر به سنگینی بار کاری، صدمات جسمی به کارکنان، عدم رعایت اصول بهداشتی و نارضایتی بیمار می‌شد. این وضعیت‌ها شامل مشکلات ساختمان و تأسیسات بیمارستان، کمبود امکانات و وسایل و قدیمی بودن تجهیزات و ابزارهای نامناسب بود. یکی از شرکت‌کنندگان در این مورد چنین گفت:

گاهی وقت‌ها ملافه نداریم، مریض پانسمان می‌شه، دوباره میاد روی همون ملافه می‌خوابه. اینجا بیمارستان سوختگیه، مصرف خیلی بالاست، مایع صابون و آب ژاول به موقع نداریم برای شستشوی تشک مریض، شما فکر می‌کنید این اطاق پانسمان را باید با چی شست؟

۷- وضعیت‌های مربوط به شرایط و عوامل محیطی: شرکت‌کنندگان معتقد بودند که شرایط و عوامل محیطی بخش‌های سوختگی و شرایط اطاق‌های پانسمان، کارکنان را به شدت تحت فشار قرار داده و منجر به فرسایش جسمی و روانی کارکنان و کاهش کیفیت مراقبت‌ها شده است.

۸- وضعیت‌های مربوط به بیماران: عوامل مربوط به بیماران وجه تفاوت اصلی بیمارستان سوختگی با سایر مراکز درمانی و از مهم‌ترین این عوامل وضعیت اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی بیماران بود. بیماران از این جنبه‌ها در سطوح پایینی قرار داشتند، لذا آموزش

این موارد، سنگینی بار کاری با راهبردهای جبران ضعف مالی بیمارستان نیز ارتباط داشت چون این امر منجر به بستری کردن تعداد زیاد بیماران و اعمال جراحی متعدد و در نتیجه افزایش طول اقامت بیماران در بیمارستان می‌شد. یکی از سوپروایزرها در مورد سنگینی بار کاری ناشی از راهبردهای جبران ضعف مالی بیمارستان و اثرات آن چنین گفت:

از زمانی که مسایل مالی قاطعی مسایل درمانی شده متأسفانه کیفیت کار به همین شکل تنزل پیدا کرده. بخشی که ظرفیتش ۲۰ تا مریض بوده، حالا عادت شده که ۲۷ تا می‌خوابونن. شما فکر می‌کنید بخشی که ظرفیتش، پرسنلش، سرویس دهیش بر اساس ۲۰ تا تخته، چه جوری می‌خواد این وسط حلش بکنه؟ خوب فشار میاد دیگه، به پرسنلش فشار میاد، به کیفیت پرستاریش فشار میاد.

۵- وضعیت‌های مربوط به سایر اعضای تیم: یافته‌ها بیانگر آن بود که عوامل بازدارنده تأثیرگذار بر پرستاران، بر سایر اعضای تیم نیز تأثیر مشابهی داشته است و پزشکان، فیزیوتراپ‌ها، روانشناسان و مددکاران نیز به نوعی به این عوامل واکنش نشان داده‌اند. شرکت‌کنندگان معتقد بودند که مراقبت از بیماران سوختگی نیازمند رویکرد تیمی است و بی‌توجهی سایر اعضای تیم به وظایف خود، سنگینی کار پرستاران را در پی دارد. به علاوه اشکال در هماهنگی تیمی، باعث شده بود که هر یک از اعضای تیم صرفاً کار خود را انجام دهد و کاهش کیفیت مراقبت در اثر بی‌توجهی به کلیت بیمار ایجاد گردد. دو تن از روانشناسان در این مورد چنین گفتند:

متأسفانه اون ارتباط درمانی بین افراد تیم نیست، معمولاً هر کس تمایل داره انگار که کارش را تنها انجام

۲- عدم وجود سازمان‌های حمایت کننده از بیماران سوختگی و سنگینی هزینه درمان سوختگی: شرکت‌کنندگان معتقد بودند که به خاطر پرهزینه بودن درمان سوختگی وجود سازمان‌های حمایت کننده از بیماران ضرورت دارد اما در حال حاضر چنین سازمانی موجود نیست و این امر درمان و پیگیری را با مشکل مواجه کرده و از نظر عاطفی بر کارکنان فشار می‌آورد. یکی از پزشکان در این مورد چنین گفت:

«اینجا یک بیمارستانی که حقیقتاً محروم مونده، از جهت این که خوب حمایت نمی‌شه متأسفانه. وگرنه اینجا نبایستی متکی به خودش باشه. اینجا یک بیمارستان ویژه است، افراد فوق‌العاده ویژه‌ای دارن اینجا کار می‌کنند و بیماران ویژه‌ای.»

۳- بالا بودن هزینه زندگی و کم بودن حقوق کارکنان دولت: شرکت‌کنندگان اظهار کردند که حقوق کارکنان دولت به‌طور کلی بسیار کم است و با توجه به هزینه‌های بالای زندگی و بار سنگین کار در این مراکز، فشار زیادی بر آنان وارد می‌شود. این امر منجر به انجام کار خصوصی، خستگی و کاهش کیفیت مراقبت شد.

۴- عدم وجود مجوز استخدام: این امر منجر به استفاده از کارکنان طرحی و دانشجویان پرستاری برای جبران کمبود کارکنان شد که کاهش کیفیت مراقبت را در پی داشت. از سوی دیگر اغلب کسی داوطلب خدمت در این مراکز نمی‌شد. یکی از شرکت‌کنندگان در این مورد گفت:

«اصلاً، اصلاً مجوز استخدام ندارن. کسی هم نمیدانم اینجا، نمیان مگر تو شرایطی که مجبورشون کنند، وگرنه هیچکس با میل شخصی و با رغبت و به‌خاطر نداشتن هیچ مزایا و انگیزه ای نمیدانم اینجا کار کنه.»

آنها مشکل بود و فقر مالی آنها نیز کارکنان را تحت فشار عاطفی قرار می‌داد. به‌علاوه، عدم همکاری بیماران با درمان‌ها، وخامت حال بیماران، مشکلات روانی و زندگی بیماران و خودسوزی، مرگ و میر بیماران و اعتیاد و ابتلا به بیماری‌های خطرناک واگیردار، پرستاران و سایر کارکنان را به شدت تحت فشار قرار می‌داد و با توجه به سایر وضعیت‌های خرد که به آن اشاره شد کیفیت مراقبت را بیش از پیش کاهش داد. پژوهشگر در یکی از مشاهدات خود چنین نوشت:

«۱۴ بیمار در بخش وجود دارد. بیماران تماماً بدحال هستند و سطح سوختگی آنها بین ۱۰۰-۴۵ درصد از نوع درجه ۲ و ۳ است و اکثراً خودسوزی کرده‌اند. اکثر بیماران طبق استاندارد به ۲ پرستار نیاز دارند در حالی که تنها ۲ پرستار و یک کمک بهیار در بخش کار می‌کنند.»

ب: وضعیت‌های برون سازمانی

۱- خودگردانی بیمارستان‌ها با توجه به فقر مالی بیماران سوختگی: خودگردانی بیمارستان‌ها منجر به توسعه راهبردهایی برای جبران ضعف مالی بیمارستان شد که سنگینی بار کاری پرستاران را در پی داشت و از سوی دیگر منجر به بی‌توجهی به نیازهای مالی و رفاهی کارکنان شده و رضایت شغلی آنان را به شدت کاهش داد. یکی از شرکت‌کنندگان در این مورد چنین گفت:

«از وقتی که خودگردانی شده متأسفانه بدتر هم شده. الان بچه‌ها یک‌سال کارانه طلب دارن، بچه‌هایی هستند که دارن دو شیفت کار می‌کنند. ساعت اضافه طلب‌دارن، هنوز بهشون ندادن و چون بیمارستان نیاز داره هنوز دارن میان.»

هستند و همه مزایا از جمله کارانه به آنان تعلق می‌گیرد، در صورتی که پرستاران زحمت زیادی می‌کشند و این امر موجب کاهش انگیزه، تنیدگی شغلی و کاهش کیفیت مراقبت‌ها می‌شود. یکی از شرکت‌کنندگان در این مورد گفت:

« کارانه اکثراً مال پزشکان است و پرستاران سهم اندکی می‌برند. خود همین پزشکان تصمیم‌گیری می‌کنند، هیچ قانون خاصی نداره که کسی بیاد نظارت کنه، هر جور دلشون بخواد. همیشه همینطور پزشک سالاری بوده.»

۸- بازتاب منفی حرفه پرستاری در جامعه: شرکت‌کنندگان بارها اشاره کردند که مردم حرفه پرستاری را نمی‌شناسند و دیدگاه خوبی نسبت به آن ندارند و این امر موجب شده است که پرستاران از انجام کارهای بالینی بیمار رویگردان باشند و ارزش نفس حرفه‌ای و انگیزه آن‌ها برای مراقبت بالینی کاهش یابد. یکی از شرکت‌کنندگان در این مورد اظهار داشت: « خوب خیلی‌ها فرهنگ اینو ندارن، فکر می‌کنند وظیفه تو فقط اینه. وقتی که داری کیسه ادرار مریض را خالی می‌کنی، با ترحم بهت می‌گه که خسته نباشی، من خیلی بهم برمی‌خوره، یعنی فکر نمی‌کنند که این جنبه علمی داره، فکر می‌کنند پرستار فقط کارش اینه، این انگیزه من را واقعاً ازم می‌گیره.»

### بحث و نتیجه‌گیری

داده‌ها نشانگر آن بود که تأثیر تعاملی وضعیت‌های درون سازمانی و برون سازمانی، کارکنان پرستاری سوختگی را تحت فشار شدید جسمی و روانی قرار داده و این امر در نهایت پیامدهای ناخوشایندی را برای سازمان و بیماران در پی داشته است.

۵- بی‌توجهی مدیران ارشد به فرایندها و توجه بیش از حد آنها به ثبت: داده‌ها بیانگر آن بود که مدیران و کارشناسان آن‌ها اکثراً به برخی عوامل ساختاری (وسایل و امکانات) اهمیت داده و فرایندها را بر اساس اطلاعات دست دوم ارزیابی می‌کنند. شرکت‌کنندگان ثبت و نوشتن بیش از حد را بیهوده و صوری دانسته و معتقد بودند که این امر تنها بار کاری آن‌ها را سنگین کرده است. یکی از سرپرستاران در این مورد اظهار کرد:

« وقتی میان یک سری نوشته‌ها را می‌خوان، حسابرسی‌هایی که شده، برای دیدن مراقبت‌ها خودتون می‌دونید باید یک نفر طوری تو بخش باشه که حداقل یکی دو شیفت کامل را باشه ببینه واقعاً مراقبت انجام شده، چون از من سؤال کنند که من می‌گم انجام شده دیگه، این باز دیده‌ها باید یک نکته مثبتی به ما بده دیگه، ولی هیچوقت این طوری نبوده.»

۶- قوانین دست و پاگیر مربوط به تخلفات اداری: شرکت‌کنندگان معتقد بودند که این قوانین باعث شده است که کارکنان خاطی و بی‌مسئولیت بر سرکار بمانند و مشکلی بر مشکلات آنان بیفزایند. طبق این قوانین اغلب کارکنان خاطی به سایر نقاط و از جمله بیمارستان‌های سوختگی منتقل می‌شوند. یکی از شرکت‌کنندگان در این مورد گفت:

« با پرسنل رسمی متأسفانه این مشکل را داریم. کلاً یکی از مشکلات ما تو سیستم اینه که کارکنان رسمی به گردن آویزانند. یعنی باید یک سیستمی را پیاده کنند که الان من به‌عنوان یک پرسنل رسمی بدونم اگر کار خلافی کردم به هر حال یک اخراجی هم هست.»

۷- پزشک سالاری: شرکت‌کنندگان معتقد بودند که در تمامی مؤسسات بهداشتی پزشکان تصمیم‌گیرنده

در حالیکه بار کاری همه کارکنان سنگین است.<sup>(۹)</sup> Gibbs و همکاران در مروری که بر ادبیات ترکیب مهارتی (Skill-mix) انجام دادند نتیجه گرفتند در بخش‌هایی که سطح کلی کارکنان و نسبت پرستاران کارآموده در رابطه با بار کاری پایین بوده است تنها نیازهای ساده جسمانی بیماران برآورده شده است.<sup>(۲۲)</sup> Dewe نیز نشان داد که کارکنان پرستاری سوختگی به کرات با مشکلات ناشی از کمبود کارکنان مواجه شده و علاوه بر احساس فشار عاطفی، خستگی زیادی را تجربه کرده‌اند.<sup>(۲۳)</sup>

در پژوهش حاضر شرکت‌کنندگان بارها به بی‌توجهی مدیران و مسئولین به کیفیت اشاره کرده و اظهار نمودند که هدف مدیران انجام کار و سوددهی است و این امر از انگیزه آن‌ها می‌کاهد. پرستاران مطالعه Hirkas و Paunonen نیز اظهار کردند که آن‌ها به کیفیت و انجام بهترین مراقبت برای بیمار می‌اندیشند، اما وقتی که مدیران تنها بر معیارهای اقتصادی تأکید دارند، این وضعیت دوامی نخواهد داشت.<sup>(۲۴)</sup>

شرکت‌کنندگان کنترل‌چندانی بر شرایط کاری خود نداشتند. Kunkler و Whittick فقدان کنترل بر وقایع را به‌عنوان یکی از هشت عامل مهم تنش‌زای شغلی بر می‌شمارند.<sup>(۲۵)</sup> Snapp اظهار می‌کند که فشار روحی شاغلین، تنها نتیجه سطوح بالای تنیدگی شغلی نیست، بلکه در نتیجه ترکیبی از تقاضاهای زیاد و در عین حال کنترل اندک بر روی شغل ایجاد می‌شود و همین تنیدگی، فرصت بروز بیماری‌های جسمی را در فرد شاغل افزایش می‌دهد.<sup>(۲۶)</sup>

استفاده از سیستم مراقبتی وظیفه‌ای منجر به مهارت‌شکنی (De-skilling)، کاهش ارتباط با بیماران سوختگی و بی‌توجهی به کلیت بیمار شد. Gibbs و

Hoops<sup>(۲۱)</sup> در مرور یکی از کتاب‌های Maslach و Leiter متذکر می‌شود که کارکنان در هر رسته‌ای تنیدگی شغلی را تجربه می‌کنند و محیط‌های کاری نه تنها از نظر اقتصادی بر کارکنان فشار وارد می‌کنند، بلکه جنبه‌های روانی آن‌ها را نیز متأثر می‌سازند. وی نتیجه می‌گیرد که ریشه این مشکل در ابعاد اقتصادی، تکنولوژی و فلسفه مدیریتی است. در چنین محیطی، کارکنان دیگر سرمایه‌های ارزشمندی نیستند و چیزی که بیشتر مطرح می‌باشد، جنبه‌های مالی است. Hoops معتقد است که نویسندگان کتاب این پیام را منتقل می‌کنند که تنیدگی شغلی مسئله فرد نیست، بلکه مسئله محیط اجتماعی کار است و بهایی که برای تنیدگی شغلی پرداخت می‌شود نه تنها بر شغل اثر می‌گذارد، بلکه عملکرد فردی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد.

کارکنان مدیران را در انجام وظایف خود ناتوان دیدند و معتقد بودند که آن‌ها منابع کافی برای جامه عمل پوشاندن به وظایف خود در دسترس نداشته‌اند. Fletcher در طول مصاحبه با ۲۲ مدیر پرستاری پی برد که یکی از عوامل عمده عدم کامیابی خواسته‌های مدیران، کمبود منابع در دسترس است و این امر منجر به عدم حمایت کافی از کارکنان شده و در نتیجه به نارضایتی آن‌ها می‌انجامد.<sup>(۹)</sup> یکی از منابع مهم، نیروی انسانی است، اما عدم مجوز استخدام منجر به کاهش شدید تعداد کارکنان شده و در عین حال کاری در این زمینه از دست مدیران ساخته نیست. Fletcher اشاره می‌کند که کمبود تعداد کارکنان از عوامل مهم نارضایتی و تنیدگی پرستاران است اما مدیران نسبت به مسئله کمبود تعداد کارکنان همچنان بی‌توجه هستند و در هنگام مواجهه با کمبود، از کارکنان می‌خواهند که از همکاران خود کمک بگیرند،

عدم وجود هماهنگی لازم در تیم، کیفیت مراقبت را به شدت تحت تأثیر قرار داد. Smith نیز معتقد است که کار تیمی پیش بینی کننده مهم کیفیت است.<sup>(۲۸)</sup> کمبود امکانات و تجهیزات نیز منجر به فشار عاطفی و فیزیکی بر کارکنان و کاهش کیفیت مراقبت‌ها شد. گودرزی در این رابطه اظهار می‌کند که مراکز سوختگی ایران اکثراً از استانداردهای لازم برخوردار نیستند.<sup>(۲۹)</sup> این در حالی است که طبق نظریه دو عاملی انگیزش، شرایط فیزیکی مناسب از الزامات کاری و از عوامل ابقاء یا بهداشتی می‌باشد.<sup>(۲۷)</sup>

شرایط محیطی بخش‌های سوختگی کارکنان را به شدت تحت تنش‌های جسمی و عاطفی قرار داد. Jonsson و همکاران در این مورد به درد شدید و فریادهای بیماران سوختگی اشاره می‌کنند.<sup>(۳۰)</sup> و Mc Grath نیز مطرح می‌کند که پرستار هر روز با رنج و درد سخت و مرگ و میرهایی روبروست که سایرین به ندرت با آن مواجه می‌شوند.<sup>(۳۱)</sup>

شرکت‌کنندگان، عدم همکاری و متابعت بیماران سوختگی از درمان‌ها را عامل مهم کاهش شدید کیفیت مراقبت می‌دانستند. Mahon عدم متابعت را نشانه نارضایتی بیمار می‌داند.<sup>(۳۲)</sup> و Donabedian مطرح می‌کند که بیان رضایت یا عدم رضایت، قضاوت بیمار در مورد تمام جنبه‌های کیفیت مراقبت است و خصوصاً بر فرآیند بین فردی توجه دارد.<sup>(۱۸)</sup>

خودگردانی بیمارستان‌های سوختگی بیش از همه کیفیت مراقبت را تحت تأثیر قرار داد. معاون وقت توسعه وزارت بهداشت در این رابطه اعلام کرد که، متأسفانه نگاه سیاستمداران کلان کشور به مقوله بهداشت نگاه وظیفه‌ای است نه سرمایه‌ای. در حالی که

همکاران اشاره می‌کنند که سازمان دادن کار به صورت تقسیم وظایف باعث می‌شود که پرستاری به اجزایی تقسیم شود که برخی از آن‌ها ساده‌تر از بقیه می‌باشند و انجام هر یک از آن‌ها ساده‌تر از انجام کلی فرایند است.<sup>(۲۲)</sup> نویسندگان ادامه می‌دهند که این الگوی نوظبی، پرستاران را از بالین دور می‌کند و باعث می‌شود که با ورود کارکنان مراقبتی کمکی، پرستاران کارآزموده بیشتر نظارت و سرپرستی دیگران را به عهده گیرند و مراقبت نزدیک و مستقیم خود را رها کنند.

شرکت‌کنندگان پژوهش به شدت تحت تأثیر فشارهای مالی قرار داشتند و این امر کیفیت مراقبت آن‌ها را دگرگون کرد. بسیاری از نظریه‌های انگیزشی سازمان بر تأثیر شدید پول و میزان پرداختی برای کار انجام شده صحنه می‌گذارند. در مکتب مدیریت علمی، پول و پاداش‌های مادی به عنوان ابزارهای اصلی انگیزش عنوان گردیده است. پرداخت حقوق و مزایا و امکانات رفاهی، بر اساس نظریه سلسله مراتب نیازها اولین سطح را به خود اختصاص می‌دهد. در نظریه دو عاملی انگیزش نیز پول جزء عوامل ابقاء کارکنان محسوب شده است. بر اساس نظریه احتمال و انتظار نیز، انگیزه فرد برای انجام یک کار خاص، ناشی از میزان انتظار و احتمالی است که او بر حصول نتایج خاص مترتب می‌داند.<sup>(۲۷)</sup>

داده‌ها بر سنگینی بار کاری و خستگی کارکنان پرستاری دلالت داشت. مطالعه Wan der Steen Kamp و Merwe در مورد عملکرد روانی اجتماعی پرستاران سوختگی نیز نشان داد که بار کاری و کمبود پاداش، مهم‌ترین عوامل تنش‌زای درک شده توسط پرستاران بوده‌اند.<sup>(۱۲)</sup>

لازم است نگاه معطوف به سلامت، سرمایه‌ای باشد، به این معنی که انسان سالم، مساوی با سرمایه است.<sup>(۳۳)</sup>

عدم وجود مجوز استخدام منجر به افزایش بار کاری شد. در این رابطه ILNA به نقل از رئیس هیئت مدیره اتحادیه کارکنان بیمارستان‌ها و مراکز درمانی عنوان کرد: استانداردهای تخت و بیمار با تعداد پرسنل شاغل فعلی همخوانی ندارد و با وجودی که در حال حاضر به ۸۰ هزار پرستار نیاز داریم ولی پرستاران بیکار به دنبال کارهای متفرقه سرگردان هستند.<sup>(۳۴)</sup>

شرکت‌کنندگان معتقد بودند که قدرت همواره در دست پزشکان است و آن‌ها تصمیم گیرنده مطلق هستند. الوانی و معمارزاده اظهار می‌کنند که قدرت می‌تواند موجب افزایش یا محدودیت اثربخشی سازمان شود.<sup>(۳۵)</sup> به عبارت دیگر وقتی پزشکان در همه مؤسسات درمانی در رأس قدرت باشند طبیعی است که پرستاران همواره زیردست و هدف تصمیمات خواهند بود. Kittrell نیز اشاره می‌کند که نیاز به توسعه قدرت و اختیارات قانونی برای پرستار بیشتر شده، اما پرستاران با مقاومت‌های سیاسی معنی‌داری مواجه می‌شوند و این امر تا حدی به علت حالت دفاعی طب سازمان یافته است که اغلب می‌پندارد توسعه حیطه پرستاری به معنی کاهش نقش پزشک است یا تهدیدی بر وضع اقتصادی پزشکان به شمار می‌آید.<sup>(۳۶)</sup>

طبق نظریه نیازها، عنوان شغل یا منزلت اجتماعی آن، نیازهای احترام را برآورده می‌کند.<sup>(۳۵)</sup> در واقع پرستاران پژوهش احساس کردند که از منزلت اجتماعی در کار خود برخوردار نیستند و این امر موجب احساس ناخشنودی و ناراضی‌آنها شده و از انگیزه آنها برای مراقبت بالینی کاست.

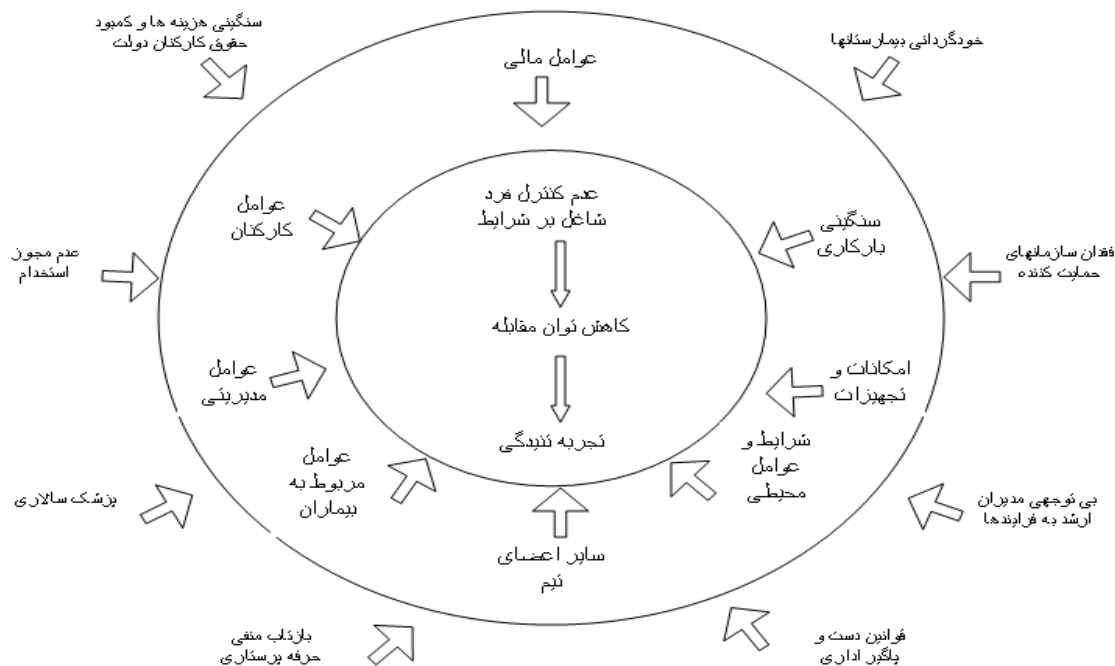
شرکت‌کنندگان معتقد بودند که قوانین دست و پاگیر اداری امکان اخراج کارکنان خاطی رسمی را می‌کاهد. الوانی در این رابطه به نظام ناشیستگی در نظام اداری جهان سوم اشاره کرده و مطرح می‌کند که در این نظام سازمان‌ها در انتصاب و ارتقاء پابند ضوابط و مقررات نبوده و عواملی از قبیل خویشاوندی و آشنایی، توصیه مقامات ذی‌نفوذ، وابستگی به مراتب عالی سازمان و روابط شخصی اساس استخدام قرار می‌گیرد.<sup>(۳۷)</sup>

کنترل مدیریتی فرایندی است که از طریق اجرای آن برنامه‌ها و تحقق اهداف از طریق برقراری استانداردها، سنجش عملکرد، مقایسه عملکرد واقعی با استانداردها، و تصمیم‌گیری در مورد کنش‌های ضروری تصحیح کننده و بازخورد صورت می‌گیرد.<sup>(۳۷)</sup> این تعریف نشان می‌دهد که هرگونه کنترل مدیریتی بایستی با توجه به فرایندها و عملکردها صورت گیرد و ارزیابی عملکردها تنها از روی کاغذ و بر اساس گزارش‌های ثبت شده امکان پذیر نیست، بلکه باید وقت کافی برای بررسی آن صرف شود.

هر چند ماهیت تحقیقات کیفی فرصت بررسی عمیق پدیده‌ها را فراهم می‌کند، اما محدودیت تعمیم پذیری یافته‌ها در این پژوهش‌ها، لزوم انجام تحقیقات بیشتر جهت وسعت دادن نتایج مطالعه به دیگر جمعیت‌ها و مراکز درمانی و تحکیم نتایج این پژوهش را پیشنهاد می‌کند.

تعامل وضعیت‌های خرد و کلان، خصوصاً عوامل کلیدی منجر به خستگی و فرسایش جسمی و روحی کارکنان شد. پرستاران احساس کردند که کنترلی بر شرایط ندارند، بنابراین تنیدگی شغلی را تجربه کردند و به این ترتیب کیفیت مراقبت آنها کاهش یافت (شکل ۱).

شکل ۱- نحوه تأثیر تعاملی وضعیت‌های برون سازمانی و درون سازمانی بر کیفیت مراقبت پرستاری



است. به علاوه انجام پژوهش‌های مشابه در بیمارستان‌های عمومی و سایر بیمارستان‌های تخصصی و بخش‌های ویژه توصیه می‌شود.

#### تقدیر و تشکر

پژوهشگران حمایت‌های مالی دانشگاه علوم پزشکی ایران را در اجرای این پژوهش ارج نهاده و سپاس خود را از تمامی شرکت‌کنندگان در مطالعه و مدیران مراکز سوختگی ابراز می‌دارند.

#### فهرست منابع

1- Sumner J. Caring in nursing: a different interpretation. JAN; 2001. 35(6): 926- 932.

نتایج پژوهش لزوم تعدیل و تصحیح وضعیت‌های خرد و کلان حاکم بر مراکز سوختگی و اجرای برنامه‌های کاهش تنیدگی برای کارکنان پرستاری را مطرح می‌کند.

با توجه به یافته‌ها، تحقیقات متعددی قابل طرح می‌باشد. از جمله بررسی درک مدیران رده بالا از عوامل کلان حاکم بر سازمان‌های مراقبتی، تأثیر خودگردانی بیمارستان‌ها بر رضایت شغلی پرستاران، ارتباط بین درک مدیران و پرستاران از اولویت‌های مراقبتی و کیفیت مراقبت، ارتباط بین قدرت مدیران پرستاری و رضایت شغلی پرستاران، و ارتباط بین نظارت بالینی و کیفیت مراقبت پرستاری قابل ذکر

- 15-Morse JM, Solberg SM, Neander WL, Bottorff, JL, Johnson JL. Concepts of caring and caring as a concept. *Adv Nurs Sci*; 1990. 13(1): 167- 171.
- 16- Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research; techniques and procedures for developing grounded theory. First published. Thousand oaks: Sage publication; 1998. p.140-145.
- 17-Field PA, Morse JM. Nursing research; the application of qualitative approaches. Beckenham: Croom Helm; 1991. p. 203-208.
- 18-Donabedian A. The quality of care, how can it be assessed?. *JAMA*; 1988. 260(12): 1743-1748.
- 19-Guba E, Lincoln Y. Effective evaluation: improving the usefulness of evaluation results through responses and naturalist approaches. San Francisco: Jossey- Bass; 1985. p. 432-438.
- 20-Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Essentials of nursing research; methods, appraisal, and utilization. 5th ed. Philadelphia: Lippincott; 1999. p. 130- 136.
- 21-Hoops BK. The truth about burn-out: how organizations cause personal stress and what to do about it. *Psychiatr Rehabil J*; 1999. 23(2): 1-3.
- 22-Gibbs I, MC Caughan D, Griffiths M. Skill mix in: a selective review of the literature. *JAN*; 1991. 16: 242-249.
- 23-Dewe PJ. Stressor frequency, tension, tiredness and copying: some measurement issues and a comparison across nursing groups. *JAN*; 1989. 14(4): 308- 320.
- 24-Hyrkas K, Paunonen IMM. The effects of clinical supervision on the quality of care: examining the results of team supervision. *JAN*; 2001. 33(4): 492- 502.
- 25-Kunkler J, Whittick J. Stress management groups for nurses: practical problems and possible solutions. *JAN*; 1991. 16: 172- 176.
- 26-Snapp MB. Occupational stress, social support, and depression among black and white professional managerial women. *Women Health*; 1992. 18(1): 41-75.
- 27- Alvani S.M. General Management. Tehran: Nashr-E-Ney; 2000.p. 137-166.
- 2- Williams AM. The delivery of quality nursing care: a grounded theory study of the nurse's perspective. *JAN*; 2000. 27(4): 808- 816.
- 3- Mander R. Encouraging students to be research minded. *Nurs Edu*; 2003. 8: 30- 35.
- 4- Redfren SJ, Norman IJ. Measuring the quality of nursing care: a consideration of different approaches. *JAN*; 1990.15: 1260- 1271.
- 5- Chang BL, Lee JL, Pearson ML, Kaban KL, Elliott MN, Rubenstein LL. Evaluating quality of nursing care: The gap between theory and practice. *JONA*; 2002. 37(7/8): 405-416.
- 6- Taylor AG, Haussmann GM. Meaning and measurement of quality nursing care. *Appl Nurs Res*; 2000. 1(2): 84- 88.
- 7- Lang NM, Clinton JF. Assessing the quality of nursing and health care. *Annu Rev Nurs Res*; 2003. 2:135- 163.
- 8- Hogston R. Quality nursing care: a qualitative enquiry. *JAN*; 2004. 21(1): 116- 124.
- 9- Fletcher CE. Hospital RN's job satisfaction and dissatisfaction. *JONA*; 2001. 31(6):324- 331.
- 10- Sieloff CL, Ackermann ML, Brink SA, Clanton JA, Jones CG, Tomey AM, et all. Imogene King: systems framework and theory of goal attainment. In *AM. Nursing theorists and their work*. 4th ed. London: Mosby; 1998.p.300-329.
- 11- Garrett DK, MC Daniel AM. A new look at nurse burnout, the effects of environmental uncertainty and social climate. *JONA*; 2001. 31(2): 91- 96.
- 12- Steenkamp WC, Van der Merwe AE. The psychosocial functioning of nurses in a burn unit. *Burns*; 1998. 24(3): 253-258.
- 13-Masso M. The quality assurance dilemma. *Aust J Adv Nurs*; 2000. 7(1): 12-22.
- 14- Foley BJ, Kee CC, Minick P, Hervey SS, Jennings CBM. Characteristics of nurses and hospital work environments that foster satisfaction and clinical expertise. *JONA*; 2002. 32(5): 273- 282.



28- Smith T. Relationship between quality and organizational behavior. *Qual Saf Health Care*; 2002. 11: 98-100.

29- Goudarzi K.H. The status of burn patients and allocated beds in Iran. The national congress on burn (Iran University of Medical Sciences); 2002; Tehran, Iran. P. 34.

30- Jonsson CE, Holmstern A, Dahlstrom L, Jonsson J. Background pain in burn patients: routine measurement and recording of pain intensity in a burn unit. *Burns*; 1998. 24(5): 448- 454.

31- MC Grath A. Occupational stress in nursing. *Int J Nurs Stud*; 1989. 26(4): 343-356.

32- Mahon PY. An analysis of the concept "patient satisfaction" as it relates to contemporary nursing care. *JAN*; 1996. 24: 1241-1248.

33- Sam-Geis B. Staff nurses of 20 hospitals in protest. *Shargh Newspaper*; 2004, 1(169). p. 18.

34- ILNA. Need to 80000 nurses. *SHARGH Newspaper*. 22 April 2004. 1(169), p.18.

35- Alvani S.M., Memarzadeh GH. Organizational behavior. Tehran: Morvarid Publications; 2000. P. 304-318.

36- Kittrell CK. Professional nursing, concepts and challenges. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1997. p. 175-178.

37- Buchanan DA, Huczynski AA. Organizational behavior. Englewood cliffs. New Jersey: Prentice Hall International; 1985. p. 203-208.

# Conditions Affecting Quality of Nursing Care in Burn Centers of Tehran

\*F. Rafiee<sup>1</sup> PhD SF. Haghdoost Oskouie<sup>2</sup> PhD M.Nikraves<sup>3</sup> PhD

## Abstract

**Background & Aim:** Nursing care in burn centers requires a heavy work which is influenced by many factors. The quality care of nurses as the largest group care providers in burn centers is of great importance and complexity and pan dimensionality of the care in these centers requires multiple interpretations that necessitate exploring and describing the perspectives of whom involved in care giving to understand the factors affecting the quality of care. The study was carried out with the aim of exploring and describing the factors involved in quality nursing care in burn centers of Tehran.

**Material & Method:** Grounded theory was used as method. Thirty- eight participants were recruited through purposeful and theoretical sampling. Data were generated by unstructured interviews and participant observations. Constant comparison was used for data analysis.

**Results:** Data revealed that two categories of structural factors including intra and extra organizational conditions have influenced the quality of care. Intra organizational conditions included conditions related to administrators, staff, financial problems, workload, team members, facilities and equipments, environmental elements, and patients. Extra organizational conditions included self-management of burn centers, lack of supportive organizations for patients and heavy expenses of treatment, high living expenditure and low salary of governmental personnel, lack of employment permission, inattention of senior managers and inspectors to the work processes and their over attention to documentation, troublesome rules related to official violations, physicians governorship, and negative social perspective into nursing profession.

**Conclusion:** Interaction between intra and extra organizational conditions resulted in physical and psychological stress, loss of motivation and dissatisfaction of staff nurses and poor quality of care. Findings were suggestive of correcting and modifying the intra and extra organizational factors and implementing stress reduction programs.

**Key words:** Quality of Health Care, Nursing Care, Patient Care, Nursing, Burns

**Accepted for Publication: 26 Desember 2007**

**Submitted for Publication: 14 February 2007**

---

<sup>1</sup> Assistant Professor in Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services and member of Center for Nursing Care Research, Tehran, Iran (\*Corresponding Author).E-mail: foroughrafii@yahoo.com.

<sup>2</sup> Associate Professor in Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services and member of Center for Nursing Care Research.

<sup>3</sup> Associate Professor in Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services.