

شناسایی چالش‌های واحد تغذیه در یک بیمارستان آموزشی منتخب: یک مطالعه کیفی

نرگس حیدری^{۱*}، مهرانگیز یزدانپناه^۱، محمود نکویی مقدم^۲، محمدرضا امیراسماعیلی^۳، اعظم حیدری^۳،
مجید حیدری جامع بزرگی^۴

• پذیرش مقاله: ۹۸/۶/۱۶

• دریافت مقاله اصلاح شده: ۹۸/۶/۱۴

• دریافت مقاله: ۹۸/۲/۲۱



چکیده

مقدمه: واحد تغذیه از مهم‌ترین واحدهای پشتیبانی بیمارستان می‌باشد و رضایت‌مندی بیماران را به مقدار زیادی تحت تأثیر قرار می‌دهد. توجه مدیران به کیفیت خدمات بخش تغذیه باعث کاهش هزینه‌های بیمارستان خواهد شد. در نتیجه این مطالعه به منظور شناسایی چالش‌های واحد تغذیه در یک بیمارستان آموزشی منتخب انجام شد.

روش بررسی: مطالعه حاضر از نوع کیفی بود که به شیوه پدیدارشناسی در سال ۱۳۹۷ انجام شد. نمونه‌ها به روش هدفمند و گلوله برفی وارد مطالعه شدند. روش گردآوری داده‌ها، مصاحبه نیمه ساختار یافته بود. ۲۵ نفر از افراد مرتبط با فعالیت بخش تغذیه و مطلع در این زمینه انتخاب شدند. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل چارچوبی انجام شد.

یافته‌ها: در مطالعه حاضر چالش‌های شناسایی شده در قالب ۷ کد اصلی و ۲۱ کد فرعی شناسایی شدند. کدهای اصلی شامل قراردادهای و مناقصات، نظارت ستادی، تأمین مالی، نظارت صفی، نیروی انسانی، کیفیت غذا و فضای فیزیکی بودند.

بحث و نتیجه‌گیری: توجه به بخش تغذیه در بیمارستان یکی از مهم‌ترین عوامل در بهبود سلامت بیماران و امری جداناپذیر از فرآیند درمان است. بنابراین لازم است مدیران بیمارستان‌ها و سیاست‌گذاران توجه ویژه‌ای به این موضوع داشته باشند، در همین راستا می‌توان با بازنگری در قراردادهای و مناقصات، نظارت ستادی، تأمین مالی، نظارت صفی، تأمین نیروی انسانی، افزایش کیفیت غذا و فضای فیزیکی می‌توان وضعیت بخش تغذیه بیمارستان را بهبود بخشید.

واژگان کلیدی: واحد تغذیه، کیفیت، غذا، بیماران، بیمارستان آموزشی، مطالعه کیفی

ارجاع: حیدری نرگس، یزدانپناه مهرانگیز، نکویی مقدم محمود، امیراسماعیلی محمدرضا، حیدری اعظم، حیدری جامع بزرگی مجید. شناسایی چالش‌های واحد تغذیه در یک بیمارستان آموزشی منتخب: یک مطالعه کیفی. مجله پژوهش‌های سلامت محور ۱۳۹۸؛ ۵(۲): ۱۴-۲۰۳.

۱. کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۲. استاد، گروه مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، کرمان، ایران

۳. دانشجوی کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۴. دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده علوم پزشکی سیرجان، سیرجان، ایران

* نویسنده مسئول: نرگس حیدری

آدرس: کرمان، هفت باغ علوی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی

Email: Narges.heidary93@gmail.com

تلفن: ۰۳۴۳۱۳۲۵۱۴۷

مقدمه

واحد تغذیه از مهم‌ترین بخش‌های بیمارستان و به عنوان یکی از ارکان سلامت بیماران و همچنین ارتقاء بهبود بیماران در بیمارستان می‌باشد و در نهایت رضایتمندی بیماران را به مقدار زیادی تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). در همین رابطه پژوهشگران بر این اعتقاد هستند که این واحدها باید به عنوان بخش جدایی‌ناپذیر در فرآیند درمان و رضایت بیماران مورد توجه قرار گیرند (۲).

یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در کیفیت خدمات بیمارستان‌ها توجه به واحد تغذیه بیمارستان می‌باشد که عاملی اساسی در فرآیند درمان و مدت‌زمان بهبودی قلمداد می‌شود (۳). از آنجایی که بیماران به عنوان مشتریان اصلی بیمارستان شناخته می‌شوند، درمان صحیح و جلب رضایت آن‌ها مهم‌ترین هدف در نظام سلامت می‌باشد (۴). بیمارستان‌ها خدمات مشابه ولی با کیفیت متفاوت ارائه می‌دهند (۵) بنابراین، هرچه کیفیت خدمات بالاتر باشد، رضایت و وفاداری بیماران به بیمارستان افزایش می‌یابد و این عامل سبب ماندگاری و رشد یک بیمارستان می‌شود (۶،۷).

امروزه، مدیران سازمان‌ها با چالش‌های بسیاری از جمله کیفیت خدمات مواجه می‌باشند. در این خصوص بیمارستان‌ها به دلیل اهمیتی که در نظام سلامت دارند، بیش از سایر سازمان‌ها با این موضوع روبه‌رو هستند (۸). ارزیابی نظرات بیماران و مسئولان مرتبط با واحد تغذیه بیمارستان در ارتقاء و بهبود کیفیت سرویس غذایی بیمارستان نقش قابل‌توجهی دارد (۹). همچنین توجه مدیران به کیفیت خدمات بخش تغذیه باعث کاهش هزینه‌های بیمارستان خواهد شد (۱۰). ارزیابی خدمات بخش تغذیه در

بیمارستان‌ها نه فقط برای رفاه و تغذیه بیماران مهم است بلکه در کنترل هزینه‌های بیمارستان هم حائز اهمیت می‌باشد (۲) بنابراین، مدیریت و نظارت درست و صحیح بر بخش تغذیه عامل مهمی در کاهش هزینه و کسب رضایت بیماران می‌باشد (۱۱). مطالعات انجام شده در این زمینه نشان می‌دهند کیفیت خدمات غذایی بیمارستان، مشکلی رایج در بیشتر بیمارستان‌ها می‌باشد (۹، ۱۲). بر همین اساس طبق نتایج به دست آمده از مطالعه Abdelhafez و همکاران یکی از چالش‌های بخش تغذیه نامناسب بودن دمای غذا می‌باشد (۹). Sahin و همکاران در این زمینه بیان می‌کند که اکثر بیماران به دلیل عدم رضایت از کیفیت غذای بیمارستان، مقدار بسیار کمی از غذا را مصرف می‌کردند (۲). ارزیابی سرویس‌های غذایی در بیمارستان نه فقط برای رفاه و تغذیه بیماران مهم است بلکه در کنترل هزینه‌های بیمارستان هم حائز اهمیت می‌باشد. لازم به ذکر است در کشور ما مطالعه‌ای در این زمینه صورت نپذیرفته است و مطالعات انجام شده در این حوزه معمولاً مربوط به رضایتمندی بیماران، پرسنل، پزشکان و غیره از کیفیت خدمات بخش تغذیه می‌باشند بنابراین، بررسی چالش‌های واحد تغذیه بیمارستان لازم و ضروری به نظر می‌رسد. مطالعه حاضر با هدف شناسایی چالش‌های واحد تغذیه بیمارستان آموزشی منتخب در شهر کرمان انجام شد تا از این طریق گامی در جهت بهبود وضعیت تغذیه بیماران و ارائه خدمات در بیمارستان برداشته شود.

روش بررسی

مطالعه حاضر یک پژوهش کیفی بود که به شیوه پدیدارشناسی در سال ۱۳۹۷ در بیمارستان آموزشی

افضلی‌پور در شهر کرمان انجام شد. دلیل انتخاب این بیمارستان بزرگی و حجم بالای ارائه خدمات این بیمارستان به بیماران و دانشجویان بود. داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه ساختار یافته گردآوری شدند. شرکت‌کنندگان در مصاحبه از بین پرسنل واحد تغذیه، مدیران و رؤسای بیمارستان، کارکنان مرتبط با بخش تغذیه معاونت درمان و معاونت توسعه مدیریت و منابع و پیمانکار واحد تغذیه بیمارستان منتخب بودند. این افراد بر اساس معیارهایی از قبیل داشتن مهارت و اطلاعات کافی در این زمینه، داشتن علاقه به موضوع پژوهش و همچنین مرتبط بودن مصاحبه‌شوندگان با بخش تغذیه وارد پژوهش شدند. نمونه‌گیری به روش هدفمند و گلوله برفی انجام شد و حجم نمونه تا اشباع داده‌ها به ۲۵ نفر رسید. جهت انجام مصاحبه ابتدا طی تماس تلفنی با مصاحبه‌شوندگان، زمان انجام مصاحبه‌ها و محل مناسب از نظر مصاحبه‌شوندگان تعیین شد. مدت‌زمان برای هر مصاحبه‌شونده، ۳۰ تا ۴۰ دقیقه بود. مصاحبه‌ها به کمک ضبط‌صوت، ضبط شدند. مصاحبه‌ها، فردی و بدون ساختار و با یک سؤال کلی آغاز شد و به تدریج به سمت سؤالات بیشتر و عمیق‌تر پیش رفت. از مصاحبه‌شوندگان، رضایت آگاهانه اخذ گردید. رضایت آگاهانه شامل حق شرکت اختیاری در مطالعه، ضبط مصاحبه بدون نام، رعایت رازداری توسط محقق، آگاهی از نتایج کلی مطالعه بود.

ابتدا داده‌های مصاحبه‌ها، تایپ شدند. سپس به منظور استخراج کدها، داده‌ها کلمه به کلمه خوانده شد. کلمه‌ها، جمله‌ها و پاراگراف‌هایی از گفته‌های مصاحبه‌شوندگان که حاوی نکات مهم و مرتبط با موضوع پژوهش بودند، به عنوان واحد معنایی

(Meaning Unit) در نظر گرفته شدند و یادداشت‌نویسی در حاشیه متن انجام شد و تجارب مصاحبه‌شوندگان ثبت شد. برای کدگذاری اولیه از کلمات خود مصاحبه‌شوندگان و برداشت‌های پژوهشگر از گفته‌های آن‌ها استفاده شد. موضوع‌ها چندین بار بازخوانی شدند تا بر اساس تشابه معنایی در کدهای اصلی و فرعی جایگزین شوند. موضوع‌ها بر اساس تشابه، تفاوت معنایی و مفهومی طبقه‌بندی شدند.

برای اطمینان از پایایی و روایی داده‌های کیفی از چهار معیار قابل قبول بودن، انتقال‌پذیری، قابلیت اطمینان و تأییدپذیری استفاده شد (۱۳). برای اطمینان از قابل قبول بودن داده‌ها، نمونه‌گیری با حداکثر تنوع صورت گرفت. ضمن این که مصاحبه‌ها در بازه زمانی ۶ ماهه انجام شد و مواردی همچون تخصیص زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها و حسن ارتباط با شرکت‌کنندگان در تحقیق و یادداشت‌برداری هم‌زمان با ضبط‌صوت و ثبت داده‌ها در طول اجرای پژوهش لحاظ گردید. علاوه بر این کدهای تهیه شده از مصاحبه‌ها در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و بعد از اعمال اصلاحات مورد نظر به تأیید آن‌ها رسید. به منظور اطمینان از قابلیت انتقال، سعی گردید که کلیه مراحل اجرای پروژه، محیط و زمینه اجرای مطالعه به طور کامل برای مصاحبه‌شوندگان شرح داده شود. برای تأمین معیار قابلیت اطمینان نیز فرآیند انجام مطالعه در اختیار اساتید با سابقه انجام پژوهش‌های کیفی قرار گرفت و آن‌ها پس از بازنگری فرآیند مطالعه، نتایج پژوهش را مورد تأیید قرار دادند. جهت تأییدپذیری، داده‌ها به تأیید مشارکت‌کنندگان و همچنین همکاران گروه تحقیق و دو نفر از اعضای هیأت علمی خارج از گروه تحقیق رسید. برای تجزیه

تجربیات و تحقیقات انجام شده با هم مقایسه و الگوها و روابط مورد نظر از یافته‌ها استخراج گردید.

یافته‌ها

در بررسی چالش‌ها و مشکلات بخش تغذیه بیمارستان آموزشی منتخب در شهر کرمان، ۷ کد اصلی و ۲۱ کد فرعی شناسایی شد.

و تحلیل مصاحبه‌ها از روش تحلیل چارچوبی استفاده شد. بدین ترتیب که پژوهشگران بعد از آشنایی با دامنه و تنوع مطالب، مفاهیم و موضوعات کلیدی را شناسایی و بر اساس آن، یک چارچوب موضوعی تنظیم کردند و سپس تمام نوشته‌های مربوط به مصاحبه‌های فردی را بر اساس چارچوب موضوعی حاصل مورد بازبینی قرار دادند و یک منبع موضوعی مناسب چیدمان نمودند. مفاهیم، تضادها، نظریه‌ها،

جدول ۱: کدهای اصلی و فرعی مربوط به چالش‌های واحد تغذیه در بیمارستان آموزشی منتخب

ردیف	کدهای اصلی	کدهای فرعی
۱	قراردادها و مناقصات	عدم شفافیت مناقصات محدود بودن تعداد شرکت کنندگان در مناقصات ابهام در ملاک‌های تعیین صلاحیت شرکت کنندگان در مناقصات نبود حجم و مقدار یکسان در قرارداد طبخ و توزیع غذا نبود تعدیل سالیانه قراردادها دقیق نبودن برآورد و مبانی قیمت‌ها
۲	نظارت ستادی	عدم ضمانت اجرایی جریمه‌های تعیین شده برای پیمانکار عملکرد ضعیف معاونت پشتیبانی در خصوص پیمانکاران
۳	تأمین مالی	ضعف مالی بیمارستان هزینه‌های بالای صنعتی سازی آشپزخانه
۴	نظارت صفی	حذف شدن ناظران ریزین توسط پیمانکار حل شدن ناظران در سیستم عدم حضور ناظر مقیم در شیفت‌های عصر و شب در بیمارستان تعویض متعدد ناظرین
۵	نیروی انسانی	عدم تفکیک وظایف بین بهداشت محیط و کارشناسان تغذیه عدم حمایت مدیریت بیمارستان از کارشناسان تغذیه اختیار ناکافی پیمانکار در خصوص پرسنل آشپزخانه
۶	کیفیت غذا	کیفی بودن شاخص تغذیه کیفیت پایین غذا به خاطر پخت سنتی
۷	فضای فیزیکی	مشکلات زیرساختی آشپزخانه رعایت نکردن ضوابط فنی، مهندسی و طراحی آشپزخانه و فضاهای مرتبط

کد اصلی اول- مشکلات مربوط به قراردادهای و مناقصات

اولین موضوع اصلی استخراج شده از نظرات شرکت‌کنندگان در رابطه با چالش‌های بخش تغذیه، مشکلات مربوط به قراردادهای و مناقصات بود. قراردادهای و مناقصات به اقتضای طبع و ماهیت آن دارای اصول و قواعد ویژه‌ای هستند و قانون‌گذار در جهت تأمین منافع عمومی افراد جامعه، قوانین و مقررات خاصی برای آن‌ها تدوین نموده است. سالیانه مبالغ زیادی از بودجه عمومی دولت صرف انعقاد قراردادهای در فعالیتهای عمرانی و طرح‌های خدماتی می‌گردد و از این رو در راستای حسن اجرای طرح‌های مزبور، لازم است قراردادهای پیمانکاری مربوط، به نحوی مطلوب منعقد و مفاد آن‌ها اجرا گردد. در رابطه با این موضوع ۶ کد فرعی استخراج شد. عدم شفافیت مناقصات یکی از کدهای فرعی بود که مصاحبه‌شوندگان به آن اشاره کردند. مصاحبه‌شونده ۱۱ در این باره عنوان نمود که «در مناقصات معمولاً شرکت‌های با نفوذ و قدر با هم تباخی دارند که هر پیمانکار کدام بیمارستان انتخاب کند» (م. ۱۱). یکی دیگر از موضوعات مطرح شده، محدود بودن تعداد شرکت‌کنندگان در مناقصات بود که مصاحبه‌شونده ۲۵ بیان نمود که «یکی از مشکلات مناقصه در شهرهای کوچک، انحصاری بودن و تقریباً مادام‌العمر بودن اون هست و رقابت وجود نداره» (م. ۲۵).

ابهام در ملاک‌های تعیین صلاحیت شرکت‌کنندگان در مناقصات بحث دیگری بود که در موضوع مناقصات مطرح شد. مصاحبه‌شونده‌ای در این خصوص اظهار داشت: «در مناقصه‌ها معمولاً بحث احراز شرایط یا تعیین صلاحیت وجود نداره و تنها قیمت پایین ملاک انتخاب قرار می‌گیره» (م. ۱۳).

کدهای فرعی دیگری که به آن‌ها اشاره شد عبارت بودند از نبود حجم و مقدار یکسان در قرارداد طبخ و توزیع غذا، دقیق نبودن برآورد و مبانی قیمت‌ها در مناقصات و نبود تعدیل سالیانه قراردادهای در این خصوص تعدادی از مصاحبه‌شوندگان عنوان کردند: «قراردادهای تعدیل سالیانه ندارند به طوری که اگر تورم افزایش پیدا کند، مبلغ قرارداد زیاد نمی‌شه» (م. ۲۴). شرکت‌کننده دیگری اظهار داشت «شرکت‌هایی که در مناقصات شرکت می‌کنن زیاد نیستن و این روی حق انتخاب ما تأثیر می‌ذاره» (م. ۲۲).

کد اصلی دوم: مشکلات مربوط به نظارت ستادی

دومین کد اصلی شناسایی شده از مصاحبه‌ها مشکلات مربوط به نظارت ستادی بود که از اهمیت ویژه‌ای در کیفیت خدمات برخوردار بود که در صورت نظارت دقیق هزینه‌ها، کاهش یافته و کارایی افزایش می‌یابد. عدم ضمانت اجرایی جریمه‌های تعیین شده برای پیمانکار (عدم تویخ پیمانکاران توسط معاونت پشتیبانی) و نظارت ضعیف بر عملکرد پیمانکار دو کد فرعی این مبحث بودند که مصاحبه‌شوندگان به آن‌ها اشاره کردند. مصاحبه‌شونده‌ای در این باره اظهار داشت: «جریمه‌های تعیین شده برای پیمانکار، ضمانت اجرایی ندارد و معاونت پشتیبانی جلوی پیمانکاران ضعیف عمل می‌کند» (م. ۱۷). مشارکت‌کننده دیگری بیان کرد «اگر پیمانکار در اجرای قرارداد کوتاهی کنه و جریمه بشه در اکثر مواقع با رابطه‌هایی که وجود داره، موضوع حل میشه و جریمه‌ای پرداخت نمی‌شه» (م. ۸). همچنین مشارکت‌کننده شماره ۲ بیان کرد «معمولاً به خاطر این که مشکلات مالی وجود داره و بیمارستان‌ها به پیمانکاران بدهکارن، معاونت پشتیبانی خوب نمی‌تونه به کار پیمانکارا نظارت کنه» (م. ۲).

کد اصلی سوم: مشکلات مربوط به تأمین مالی

سومین کد اصلی استخراج شده، مشکلات مربوط به تأمین مالی بود. محدودیت‌های بودجه‌ای در زمان‌های خاص و یا در زمان‌هایی که غیرقابل پیش‌بینی است، بخش عمده‌ای از نگرانی‌ها را تشکیل می‌داد. ضعف مالی بیمارستان یکی از کدهای فرعی بود که مصاحبه‌شوندگان به آن اشاره کردند. مصاحبه‌شونده شماره ۲ در این باره عنوان نمود که «یکی از مشکلات ضعف مالی بیمارستان هست که به علت بدهی به پیمانکاران، معمولاً جلوی پیمانکار کوتاه می‌آیند». کد فرعی دوم، هزینه‌های بالای صنعتی‌سازی آشپزخانه بود که مصاحبه‌شونده‌ای در این باره بیان کرد: «تجهیزات ظرف‌شویی بدون حرارت خشک، کار می‌کند و بهداشتی نیست و استفاده از تجهیزات مدرن هزینه بالایی دارد» (م. ۱۰). مصاحبه‌شونده دیگری بیان کرد «بودجه‌های تعیین شده جوایگوی هزینه‌ها نیست، بنابراین بیمارستان‌ها در اکثر اوقات به پیمانکاران بدهکار» (م. ۵).

کد اصلی چهارم: مشکلات مربوط به نظارت صفی
چهارمین کد اصلی مشکلات مربوط به نظارت صفی بود که یکی از مهم‌ترین چالش‌های حال حاضر در این زمینه می‌باشد که اگر نظارت‌های صفی به خوبی صورت بگیرد منجر به افزایش کیفیت خدمات و کاهش هزینه‌ها می‌گردد. در این رابطه چهار کد فرعی استخراج گردید. حذف شدن ناظران ریزین توسط پیمانکار یکی از موضوعاتی بود که به آن اشاره شد. مصاحبه‌شونده‌ای در این باره عنوان نمود که: «اگر ناظری خیلی از کار پیمانکار ایراد بگیرد معمولاً پیمانکار اون فرد را کنار می‌ذاره» (م. ۱۴). مصاحبه‌شونده‌ای دیگر بیان نمود «یکی از مشکلاتی که وجود

دارد، قدرت نداشتن ناظر هست که همین مسئله باعث حذفش میشه» (م. ۲۱).

یکی دیگر از موضوعاتی که مطرح شد، حل شدن ناظران در سیستم بود که مصاحبه‌شونده‌ای در این باره بیان کرد: «ناظر معمولاً چند ماهی خوب کار می‌کنن ولی بعد در سیستم حل می‌شوند. ریزینی و دقتشون پایین می‌یاد» (م. ۸). موضوع دیگر، عدم حضور ناظر مقیم در شیفت‌های عصر و شب در بیمارستان بود. مصاحبه‌شونده‌ای در این خصوص اظهار داشت: «ما با کمبود نیرو مواجه هستیم به طوری که توی شیفت‌های عصر و شب ناظر تغذیه حضور ندارد» (م. ۱۹). مشکل دیگر، تعویض متعدد ناظرین بود. در این خصوص مصاحبه‌شونده‌ای عنوان کرد: «مشکل دیگه‌ای که هست اینه که ناظر زود به زود عوض می‌شن مثلاً در عرض ۳ ماه اخیر، ۳ تا ناظر عوض شده است» (م. ۲۳).

کد اصلی پنجم: مشکلات مربوط به نیروی انسانی

پنجمین کد اصلی شناسایی شده، مشکلات مربوط به نیروی انسانی است که عدم توجه به این مسئله منجر به چالش‌های اساسی در بخش‌های بیمارستانی می‌شود و دربرگیرنده سه کد فرعی بود. عدم تفکیک وظایف بین بهداشت محیط و کارشناسان تغذیه یکی از کدهای فرعی بود. مصاحبه‌شونده‌ای در این باره اظهار داشت: «وظایف کارشناسی بهداشت محیط و کارشناسی تغذیه به درستی تفکیک نشده و عملاً کارشناسی تغذیه باید درگیر کارای مربوط به بهداشت آشپزخانه هم باشند» (م. ۴). موضوع دیگری که به آن اشاره شد، عدم حمایت مدیریت بیمارستان از کارشناسان تغذیه بود. در این خصوص مصاحبه‌شونده‌ای بیان کرد: «مدیریت بیمارستان به کارشناسی بخش تغذیه اهمیت نمی‌ده و به درخواست‌های اون‌ها

توجه نمی‌کنه و دست کارشناس تغذیه برای عملکرد بهتر باز نیست» (م.۱۵). اختیار ناکافی پیمانکار در خصوص پرسنل آشپزخانه (پیمانکاران رابطه استخدامی با نیروی خود ندارند) از دیگر مشکلات این واحد بود که مصاحبه شونده‌ای در این باره اظهار داشت: «پیمانکاران رابطه استخدامی با نیروهای خودشان ندارند و فقط می‌توانند آشپز و سرآشپز و نگهبان را برای همکاری پیشنهاد دهند و نیروهای دیگر را اگرچه پیمانکار از کار آن‌ها راضی نباشه، حق تعویض یا اخراج آن‌ها را نداره» (م.۱۱).

کد اصلی ششم: مشکلات مربوط به کیفیت غذا

ششمین کد اصلی، مشکلات مربوط به کیفیت غذا بود. در صورتی که کیفیت غذا افزایش یابد منجر به رضایت بیماران می‌شود. اولین کد فرعی، کیفی بودن شاخص تغذیه (نسبی و سلیقه‌ای بودن کیفیت غذا) بود. مصاحبه شونده‌ای گفت «کیفیت غذا یک موضوع نسبی و سلیقه‌ای است، هر کس بنا به ذائقه خودش غذا را می‌پسندد» (م.۱۴). یکی دیگر از موضوعاتی که مطرح شد، کیفیت پایین غذا به خاطر پخت سنتی بود که مصاحبه شونده‌ای در این باره بیان کرد: «به خاطر پخت سنتی کیفیت غذا پایین می‌یاد و همچنین پخت سنتی نیروهای زیادی را در آشپزخانه درگیر می‌کنه» (م.۱).

کد اصلی هفتم: مشکلات مربوط به فضای فیزیکی

هفتمین کد اصلی شناسایی شده، مشکلات مربوط به فضای فیزیکی بود. فضای فیزیکی مربوط به بخش تغذیه باید استانداردهای خودش را داشته باشد تا بتواند خدمات مربوطه را ارائه نماید. مصاحبه شونده‌ای در خصوص مشکلات زیرساختی آشپزخانه اظهار داشت: «بیشتر مشکلات مربوط به عوامل فیزیکی و زیرساخت‌ها است که در برخی از بخش‌ها

از جمله آشپزخانه بیمارستان استانداردهای لازم رعایت نشده است» (م.۱۵). موضوع دیگر، رعایت نکردن ضوابط فنی، مهندسی و طراحی آشپزخانه و فضاهای مرتبط (استاندارد نبودن مکان آماده‌سازی و نگهداری مواد و طبخ غذا) بود. در این خصوص مصاحبه کننده‌ای بیان کرد: «ما ضوابط فنی، مهندسی و طراحی آشپزخانه استاندارد نداریم مثلاً جایی که مواد نگهداری و غذا برای طبخ آماده می‌شود معمولاً استاندارد نیست» (م.۲۰).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد واحد تغذیه در بیمارستان‌ها با چالش‌های بسیاری روبه‌رو می‌باشد. مهم‌ترین چالش‌ها از نظر مشارکت‌کنندگان در زمینه قراردادهای و مناقصات، نظارت ستادی، تأمین مالی، نظارت صفی، نیروی انسانی، کیفیت غذا و فضای فیزیکی از چالش‌های واحد تغذیه بودند. در این مطالعه، زیرمجموعه‌های قراردادهای و مناقصات شامل شفافیت مناقصات، محدود بودن تعداد شرکت‌کنندگان در مناقصات، ابهام در ملاک‌های تعیین صلاحیت شرکت‌کنندگان در مناقصات، نبود حجم و مقدار یکسان در قرارداد طبخ و توزیع غذا، نبود تعدیل سالیانه قراردادهای، دقیق نبودن برآورد و مبانی قیمت‌ها بود. در همین رابطه طبیبی و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان «ارزشیابی راهبرد کاهش تصدی در خدمات پشتیبانی بیمارستان‌های تابعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» به این نتیجه رسیدند که یکی از دلایل محدود بودن تعداد پیمانکاران و شرکت‌کنندگان در مناقصات مواردی از قبیل عدم وجود پیمانکاران توانمند در سطح منطقه، ناتوانی بیمارستان‌ها در شناسایی و انتخاب پیمانکاران

نشان داد که اولین چالش جهت برون‌سپاری، عدم وجود بودجه کافی و مشکلات مالی بیمارستان می‌باشد (۱۷-۱۹). نتایج مطالعات با مطالعه حاضر همسو بود که دلیل این را می‌توان در اختصاص بودجه پایین در کشور به بعضی از بیمارستان‌ها دید و در نتیجه بیمارستان‌ها با این بودجه‌ها توان صنعتی کردن آشپزخانه‌ها و همچنین برون‌سپاری بخش تغذیه را ندارند.

مشکل بعدی، نظارت صفی بود که شامل حذف شدن ناظران ریزین توسط پیمانکار، حل شدن ناظران در سیستم، عدم حضور ناظر مقیم در شیفت‌های عصر و شب در بیمارستان و تعویض متعدد ناظرین بود. در همین خصوص Acikel و همکاران بیان می‌کند که علاوه بر آموزش، نظارت کارکنان هم امری ضروری در زمینه بهداشت آشپزخانه بیمارستان است (۲۰). در این باره مطالعه Réglier-Poupet و همکاران نیز ذکر کرد که بیمارستان‌ها به بخش تغذیه اهمیت کافی نمی‌دهند و نظارت مناسبی بر تهیه و توزیع بهداشتی غذا انجام نمی‌شود (۲۱). از این رو می‌توان با توجه به نتایج مطالعه حاضر این گونه تحلیل کرد، عدم نظارت کافی و بی‌اهمیت بودن نسبت به بخش تغذیه باعث کاهش کیفیت غذا و همچنین افزایش هزینه‌ها می‌شود.

چالش دیگر، در خصوص نیروی انسانی بود که دربرگیرنده عدم تفکیک وظایف بین بهداشت محیط و کارشناسان تغذیه، عدم حمایت مدیریت بیمارستان از کارشناسان تغذیه و اختیار ناکافی پیمانکار در خصوص پرسنل آشپزخانه بود. صادقی فر و همکاران در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که به دلیل توزیع نامناسب نیرو در واحدهای مختلف بیمارستان، در بخش تغذیه کمبود نیروی انسانی وجود دارد (۲۲).

توانمند، عدم توانایی بیمارستان‌ها در تعیین واحد خدمت، حجم فعالیت و تعیین بهای واحد خدمت بود (۱۴). همچنین نتایج مطالعه محمدزاده و اسکندری نیز نشان داد یکی از مشکلات مهمی که در مناقصات وجود دارد عدم شفافیت در برگزاری مناقصات است (۱۵). نتایج مطالعات با مطالعه حاضر هم‌راستا می‌باشد که این می‌تواند به دلیل این باشد که سایتی جهت اطلاع‌رسانی عمومی به شرکت‌کنندگان حقیقی و حقوقی وجود ندارد و همچنین محدود بودن تعداد شرکت‌کنندگان که منجر به این می‌شود که به صلاحیت شرکت‌کنندگان به خوبی پرداخته نشود.

چالش دیگر واحد تغذیه، نظارت ستادی بود که دربرگیرنده عدم ضمانت اجرایی جریمه‌های تعیین شده برای پیمانکار (عدم توبیخ پیمانکاران توسط معاونت پشتیبانی)، عملکرد ضعیف معاونت پشتیبانی در خصوص پیمانکاران بود. نتایج مطالعه طبیبی و همکاران و Al-Abri و Al-Balushi نشان داد که نظارت دقیق بر کار پیمانکار و مواد و تجهیزات که وی فراهم می‌کند؛ صورت نمی‌گیرد. ارزشیابی‌ها به دلیل طراحی نادرست چک لیست‌های ارزیابی دقیق نمی‌باشد و ناظر بر قراردادهای وجود ندارد یا به درستی نظارت نمی‌کند (۱۶-۱۴). نتایج مطالعات با مطالعه حاضر همسو می‌باشد که این می‌تواند ناشی از این باشد که فقدان نظارت دقیق بر روند اجرایی پیمانکاران در کشور باعث این مشکل می‌شود.

مشارکت‌کنندگان از مشکل تأمین مالی جهت برون‌سپاری واحد تغذیه شکایت داشتند. امروزه مواردی از قبیل ضعف مالی بیمارستان و هزینه‌های بالای صنعتی‌سازی آشپزخانه از چالش‌های بسیار جدی بخش تغذیه می‌باشد (۲، ۱۱). نتیجه مطالعات

Réglier-Poupet و همکاران نیز در مطالعه‌ای عنوان کرد بر طبق استانداردها، اکثر کشورها با کمبود کارشناسان تغذیه روبه‌رو هستند (۲۱). همچنین نتایج مطالعه قنبری جهرمی و همکاران نیز نشان داد که اهمیت دادن مدیران بیمارستان به بخش تغذیه و کارشناسان تغذیه می‌تواند روی سطح سلامت مراجعه‌کنندگان تأثیر مثبت بگذارد (۲۳). نتایج مطالعات مختلف با مطالعه حاضر هم‌راستا بود که می‌توان دلیل این هم‌راستا بودن را در واقف نبودن مدیران سیستم بهداشت و درمان به اهمیت کارشناسان تغذیه دید. همچنین از آنجایی که پیمانکاران بخش تغذیه، خود اختیاری برای تأمین نیروهای بخش تغذیه ندارند باعث پدید آمدن این چالش می‌شوند.

مشکل بعدی کیفیت غذا بود که شامل ابعاد کیفی بودن شاخص تغذیه (نسبی و سلیقه‌ای بودن کیفیت غذا) و کیفیت پایین غذا به خاطر پخت سنتی بود. در همین خصوص مطالعه De Giusti و همکاران نیز نشان دادند که به کارگیری فناوری‌های جدید می‌تواند کیفیت غذا را افزایش دهد (۲۴). در نتیجه می‌توان این گونه تحلیل کرد که دسترسی به غذای سالم و با کیفیت، حق هر انسانی است. خدمات غذایی مناسب و مراقبت تغذیه‌ای در بیمارستان، در بهبود بیماران اثرات مفید و انکارناپذیری دارد. ابتلاء بیماران بستری به سوء تغذیه، غیر قابل قبول است و منجر به افزایش مدت اقامت بیماران در بیمارستان، طولانی شدن مدت بازتوانی و هزینه‌های غیرضروری برای مراقبت‌های بیمار خواهد شد.

چالش دیگر در واحد تغذیه، فضای فیزیکی مناسب و کافی اعلام شد که شامل مشکلات زیر ساختی آشپزخانه و رعایت نکردن ضوابط فنی،

مهندسی و طراحی آشپزخانه و فضاهای مرتبط (استاندارد نبودن مکان آماده‌سازی و نگهداری مواد و طبخ غذا) بود. در همین رابطه O'Connor و همکاران بیان کردند که یکی از راه‌های بهبود کیفیت سرویس‌های غذایی، تجهیزات سالم و کافی می‌باشد (۲۵). همچنین Stephenson نیز بیان کرد که آشپزخانه‌های تهیه و توزیع سرویس‌های غذایی باید از لحاظ فیزیکی به طور مناسب ساخته شوند (۲۶). قنبری جهرمی و همکاران نیز در مطالعه‌ای بیان کرد که بهسازی آشپزخانه‌ها و فراهم نمودن تجهیزات مناسب می‌تواند کیفیت مواد غذایی را افزایش دهد تا برای انتخاب و استفاده از تجهیزات، کمترین فشار به پرسنل وارد شود (۲۳). با توجه به هم‌راستا بودن نتایج مطالعات دیگر با مطالعه حاضر این‌گونه می‌توان این نتایج را تحلیل کرد که تأمین زیرساخت‌های لازم می‌تواند بر روی کیفیت غذا و حتی تعداد نیروهای شاغل در بخش تغذیه می‌تواند تأثیر بگذارد.

چالش‌هایی شناسایی شده در این مطالعه نشان از ضعف در قسمت‌های مختلف واحد تغذیه داشت. اهمیت عملکرد واحد تغذیه بیمارستان‌ها از نظر حساسیت بهداشتی، درمانی، اقتصادی و حتی گاهی اوقات اجتماعی اگر از بخش‌های دیگر بیمارستان بیشتر نباشد، به طور یقین کمتر نیز نخواهد بود بنابراین، برطرف کردن مشکلات شناسایی شده باید در صدر برنامه‌های بیمارستان‌ها خصوصاً بیمارستان افضل‌پور شهر کرمان قرار گیرد زیرا هرگونه مشکل رفع نشده در این زمینه نهایتاً به نارضایتی بیماران منجر می‌گردد. نتایج حاصل از این مطالعه می‌تواند برای بهبود کیفیت ارائه خدمات بخش تغذیه بیمارستان‌ها مورد استفاده قرار گیرد. می‌توان گفت چالش‌های مطرح شده در این مطالعه به احتمال زیاد

جزو چالش‌های کشوری نیز می‌باشد که باید مدنظر مسئولین دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور برای استفاده در برنامه‌ریزی‌های کاربردی مربوط به بخش تغذیه قرار گیرد تا بدین‌وسیله بتوان رضایت همه جانبه بیماران از بخش تغذیه را کسب نمود.

پیشنهادها

ضرورت دارد که اعمال جریمه‌ها در خصوص عدم انجام تعهدات، ضمانت اجرایی داشته باشد. نظارت بر واحدهای خرید و توزیع و پخت، جداگانه صورت بگیرد. تفکیک وظایف به درستی انجام شود. از طریق انعقاد قرارداد بلندمدت و مشارکت با بخش خصوصی، صنعتی‌سازی آشپزخانه‌ها اجرایی شود. همچنین برای بهبود وضعیت مناقصات رتبه‌بندی استاندارد برای پیمانکاران از لحاظ سابقه فعالیت انجام خدمات با کیفیت بالا انجام گیرد.

سپاسگزاری

این مطالعه حاصل طرح پژوهشی تحت عنوان «بررسی چالش‌های موجود در بخش تغذیه و ارائه راهکار: یک مطالعه کیفی» با شماره قرار داد ۹۵۰۰۰۲۳۷ و کد اخلاق IR.KMU.REC.1395.749 از دانشگاه علوم پزشکی کرمان بود. در پایان از ریاست و مدیریت محترم بیمارستان افضل‌پور شهر کرمان، معاونت مدیریت و منابع، معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی کرمان و تمامی افرادی که در انجام این مطالعه ما را یاری فرمودند کمال تشکر را داریم.

تضاد منافع

در مطالعه حاضر تضاد منافی وجود نداشت.

References

1. Farhadfar A. Studying the nutrition department selected hospitals in Isfahan on the basis of the prerequisites for implementation of HACCP. *Journal of Hospital* 2006; 6(23): 24-7. [In Persian]
2. Sahin B, Demir C, Celik Y, Teke AK. Factors affecting satisfaction level with the food services in a military hospital. *J Med Syst* 2006;30(5):381-7. doi: 10.1007/s10916-006-9022-3
3. Aryaeian N. Food health in hospital. *Journal of Hospital* 2007; 6(2):62-7. [In Persian]
4. Ansari H, Ebadi F, Mollasadeghi G. Evaluation of Patients Satisfaction in Hospitals under Iran University of Medical Sciences. *J Birjand Univ Med Sci* 2004;11(3):38-46. [In Persian]
5. Lim PC, Tang NK. A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2000;13(6-7):290-9. doi: 10.1108/09526860010378735
6. Arasli H, Ekiz EH, Katircioglu ST. Gearing service quality into public and private hospitals in small islands: empirical evidence from Cyprus. *Int J Health Care Qual Assur* 2008;21(1):8-23. doi: 10.1108/09526860810841129
7. Bruce TA, Bowman JM, Brown ST. Factors that influence patient satisfaction in the emergency department. *J Nurs Care Qual* 1998;13(2):31-7. doi: 10.1097/00001786-199812000-00005
8. Sahney S, Banwet DK, Karunes S. An integrated framework for quality in education: Application of quality function deployment, interpretive structural modelling and path analysis. *Total Quality Management & Business Excellence* 2006; 17(2): 265-85. doi.org/10.1080/14783360500450376
9. Abdelhafez AM, Al Qurashi L, Al Ziyadi R, Kuwair A, Shobki M, Mograbi H. Analysis of Factors Affecting the Satisfaction Levels of Patients toward Food Services at General Hospitals in Makkah, Saudi Arabia. *American Journal of Medicine and Medical Sciences* 2012; 2(6): 123-30. doi: 10.5923/j.ajmms.20120206.03
10. Mosadeghrad AM. *Hospital Organization and Professional Administration Handbook*. Tehran: Dibagran; 2004. [In Persian]
11. Somanchi M, Tao X, Mullin GE. The facilitated early enteral and dietary management effectiveness trial in hospitalized patients with malnutrition. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2011;35(2):209-16. doi: 10.1177/0148607110392234.
12. Wong KC, Coveney J, Ward P, Muller R,

- Carter P, Verity F, Tsourtos G. Availability, affordability and quality of a healthy food basket in Adelaide, South Australia. *Nutrition & Dietetics* 2011;68(1):8-14. doi:10.1111/j.1747-0080.2010.01490.x
15. Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Company; 2010.
16. Tabibi SJ, Kakhani MJ, Ehsani Chimeh E. An evaluation of the outsourcing strategy in supportive services in the hospitals affiliated to the Ministry of Health and Medical Education. *Journal of Health Administration* 2008; 10(30): 59-66. [In Persian]
17. Mohammadzadeh A, Eskandari Y. Analysis of the barriers in the public sector tenders. *Quantitative Researches in Management* 2012; 3(2): 101 - 20. [In Persian]
18. Al-Abri R, Al-Balushi A. Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. *Oman Med J* 2014;29(1):3-7. doi: 10.5001/omj.2014.02.
19. Augurzky B, Scheuer M. Outsourcing in the German hospital sector. *The Service Industries Journal* 2007;27(3):263-77. doi:10.1080/02642060701207080
20. Khalilifar O, Nejati Zarnaghi B, Bakhtiari Aliabad M, Valadkhani A. Survey role of outsourcing in nutrition unit: comparison of selected hospitals with military selected hospitals in Tehran. *Journal of Hospital* 2015; 13(4):105-13. [In Persian]
21. Kavousi Z, Setoudehzade F, Kharazmi E, Khabiri R, Ravangard R, Rahimi H. The level of propensity to outsource Study: Based on hospital services features by managers and staff perspective in hospitals of Shiraz University of Medical Science, 2010. *Journal of Hospital* 2012; 11(1):9-18. [In Persian]
22. Acikel CH, Ogur R, Yaren H, Gocgeldi E, Ucar M, Kir T. The hygiene training of food handlers at a teaching hospital. *Food Control* 2008; 19(2): 186-90. doi:10.1016/j.foodcont.2007.03.008
23. Réglie-Poupet H, Parain C, Beauvais R, Descamps P, Gillet H, Le Peron JY, et al. Evaluation of the quality of hospital food from the kitchen to the patient. *J Hosp Infect* 2005;59(2):131-7. doi: 10.1016/j.jhin.2004.07.023
24. Sadeghifar J, Pourreza A, Ahmadi B, Zeraati H, Arab M. Assessment of necessary staff for hospitals of Ilam university of medical sciences in accordance with personnel criteria and standards of Iranian health ministry. *Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences* 2011; 19(1): 24-31. [In Persian]
25. Ghanbari Jahromi M, Khammarnia M, Jafari A, Sotodeh Zadeh F. Investigation of food services quality in hospitals and strategies for its improvement, a review study. *Sadra Medical Sciences Journal* 2014; 2(2): 195-206. [In Persian]
26. De Giusti M, Tufi D, Tassoni A, Del Cimmuto A, Villari P. Quality assurance of cooked food in conventional hospital food service. *Ig Sanita Pubbl* 2004 60(3):163-74. [In Italian]
27. O'Connor J, Youde LS, Allen JR, Hanson RM, Baur LA. Outcomes of a nutrition audit in a tertiary paediatric hospital: implications for service improvement. *J Paediatr Child Health* 2004;40(5-6):295-8. doi: 10.1111/j.1440-1754.2004.00367.x
28. Stephenson J. Determining optimal work surface height for Surrey Memorial Hospital food service workers. *J Can Diet Assoc* 1994;55(1):39-41.

Challenges of Nutrition Department in a Selected Teaching Hospital: a qualitative study

Heidari Narges^{1*}, Yazdanpanah Mehrangiz¹, Nekoui Moghadam Mahmood², Amiresmaili Mohamadreza², Heidari Azam³, Heidarijamebozorgi Majid⁴

Received: 11. 05. 2019

• Revised: 05. 09. 2019

• Accepted: 07. 09. 2019



Abstract

Background & Objectives: Department of Nutrition is one of the most important parts of a hospital that has a significant role in patient's satisfaction. Managers' attention to the quality of nutrition services reduces hospital costs. This study was conducted to identify the challenges of the nutrition department of a selected teaching hospital.

Methods: The present study was a qualitative study done with phenomenological approach in 2018. Purposeful sampling and snowball sampling were used. Data collection was done through semi-structured interview. Participants were 25 individuals involved in the nutrition department of the selected teaching hospital in Kerman. Finally, data analysis was done using framework analysis.

Results: The identified challenges were classified into 7 main codes and 21 sub-codes. Main codes were the contracts and tenders, staff supervision, financing, operational line monitoring, human resources, quality of food and physical space.

Conclusion: Paying attention to the hospitals' nutrition departments is one of the main factors in patients' recovery and an inseparable part of the treatment process. Therefore, hospital managers and policymakers should pay particular attention to this part and to improve the nutrition department status of the hospitals through reviewing and modifying contracts and tenders, staff supervision, financing, queue monitoring and providing sufficient human resources, high quality food and required physical space.

Keywords: Nutrition department, Line and staff, Quality, Teaching Hospital

•Citation: Heidari N, Yazdanpanah M, Nekoui Moghadam M, Amiresmaili M, Heidari A, Heidarijamebozorgi M. Challenges of Nutrition Department in a Selected Teaching Hospital: a qualitative study. Journal of Health Based Research 2019; 5(2): 203-14. [In Persian]

1. MSc in Healthcare Management, Department of Health Management, Policy and Economics, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2. Professor, Department of Health Management, Policy and Economics, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3. MSc in in Healthcare Management, Department of Health Management, Policy and Economics, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

4. PhD in Healthcare Management, Department of Public Health, Sirjan Faculty of Medical Sciences, Sirjan, Iran

* **Corresponding Author:** Narges Heidari

Address: Faculty of Management and Medical Information Science, Kerman University of Medical Sciences, Haft Bagh Alavi Blvd., Kerman, Iran

Tel: 00983431325147

Email: Narges.heidary93@gmail.com