J Crit Care Nurs. 2023 SEP;16(3):73-82

doi 10.30491/JCC.16.3.73 **Research Article**

Factors Affecting Safe Nursing Care in the Intensive Care Unit: A Qualitative Study

MozhdehTajari[1], Tahereh Ashktorab[2*], Abbas Ebadi[3]

[1] Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
[2] Department of Management, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran
[3] Behavioral Sciences Research Center, Life Style Institute, Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

[*] **Corresponding Author:** Tahereh Ashktorab, Department of Management, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail: taherehashk@gmail.com

How to Cite: Tajari M, Ashktorab T, Ebadi A. Factors Affecting Safe Nursing Care in the Intensive Care Unit: A Qualitative Study. J Crit Care Nurs. 2023;16(2):73-82. doi: 10.30491/JCC.16.3.73

Received: 27 June 2023 **Accepted:** 31 January 2024 **Online Published:** 3 February 2024

Abstract

Background & aim: The Intensive Care Unit (ICU) is a specialized hospital unit designed to provide care for critically ill patients. Nurses who work in these departments play an important role in ensuring patient safety and providing safe and quality nursing care. However, various factors can affect nurses' ability to provide safe nursing care in these settings. This study was conducted with the aim of investigating the factors affecting safe nursing care in the ICU department.

Methods: The present study was a qualitative study of conventional content analysis. The participants included nurses, doctors, and specialists in the field of patient safety, patients and accompanying patients. A total of 20 individuals were included in the study using purposive sampling method. Data collection was done using individual, in-depth and semi-structured interviews. Then, data analysis was done using the method proposed by Graneheim and Landman (2004) and the views of nurses and people related to patient safety in ICU were identified.

Results: Two themes including holistic care and safety-oriented organization and four categories including systematic care, comprehensive care of all systems, human resource management and safe environment were extracted as effective factors in providing safe nursing care in ICU departments.

Conclusion: The results of this study reveal the importance of promoting safe nursing care in ICU departments through a holistic care approach as well as a safety-oriented organization. These findings support previous research that emphasizes the importance of systems thinking and safe nursing care in improving patient safety and overall quality of care. In this way, by implementing targeted interventions and strategies based on these factors, healthcare organizations can create a safer environment not only for patients but also for the staff of the ICU.

Keywords: Intensive Care Unit, Patient Safety, Holistic Care, Safety-Oriented Organization.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-09-21]

[DOI: 10.30491/JCC.16.3.73]

Copyright © 2023 The Author(s). This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

مجله پرستاری مراقبت‌های ویژه
مقاله پژوهشی
دوره ۱۶، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۲
10.30491/JCC.16.3.73

عوامل مؤثر بر مراقبت پرستاری ایمن در بخش مراقبت‌های ویژه: یک مطالعه کیفی

مژده تجری[۱]، طاهره اشک تراب[۲*]، عباس عبادی[۳]

[۱] گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران، تهران، ایران
[۲] گروه مدیریت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران، تهران، ایران
[۳] مرکز تحقیقات علوم رفتاری، مؤسسه سبک زندگی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله، تهران، ایران

[*] **نویسنده مسئول:** طاهره اشک تراب، گروه مدیریت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران، تهران، ایران. پست الکترونیک: taherehashk@gmail.com

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۹/۲۷ **پذیرش مقاله:** ۱۴۰۲/۱۱/۱۱ **انتشار مقاله:** ۱۴۰۲/۱۱/۱۴

چکیده

زمینه و هدف: بخش مراقبت ویژه (ICU) واحد بیمارستانی تخصصی است که برای ارائه مراقبت از بیماران بدحال طراحی شده است. پرستاران شاغل در این بخش‌ها نقش مهمی در تضمین ایمنی بیمار و ارائه مراقبت پرستاری ایمن و با کیفیت دارند. با این حال، عوامل مختلفی می‌تواند بر توانایی پرستاران برای ارائه مراقبت پرستاری ایمن در این محیط‌ها تأثیر بگذارد. این مطالعه با هدف تعیین عوامل مؤثر بر مراقبت پرستاری ایمن در بخش ICU انجام شده است.

روش‌ها: مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوای قراردادی است. مشارکت‌کنندگان شامل پرستاران، پزشکان، متخصصان در زمینه ایمنی بیمار، بیمار و همراه بیماران و در مجموع بیست نفر بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند وارد مطالعه شدند. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های انفرادی، عمیق و نیمه‌ساختار یافته انجام شد. سپس تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش پیشنهادی Graneheim و Lundman (۲۰۰۴) انجام و دیدگاه‌های پرستاران و افراد مرتبط با ایمنی بیمار در ICU شناسایی شد.

یافته‌ها: دو درون‌مایه شامل مراقبت کل‌نگر و سازمان ایمنی محور و چهار طبقه شامل مراقبت نظام‌مند، مراقبت جامع از کلیه سیستم‌ها، مدیریت نیروی انسانی و محیط ایمن به عنوان عوامل مؤثر بر ارائه مراقبت پرستاری ایمن در بخش‌های ICU استخراج شدند.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه اهمیت ترویج مراقبت‌های پرستاری ایمن در بخش‌های ICU را از طریق رویکرد مراقبت کل‌نگر و همچنین سازمان ایمنی محور نشان می‌دهد. این یافته‌ها از تحقیقات قبلی که بر اهمیت تفکر سیستمی و مراقبت پرستاری ایمن در بهبود ایمنی بیمار و کیفیت کلی مراقبت تأکید دارد حمایت می‌کند. به این ترتیب با اجرای مداخلات و استراتژی‌های هدفمند بر اساس این عوامل، سازمان‌های بهداشتی و درمانی می‌توانند محیط ایمن‌تری را نه تنها برای بیماران بلکه برای کارکنان بخش‌های مراقبت‌های ویژه نیز ایجاد کنند.

کلمات کلیدی: بخش مراقبت‌های ویژه، ایمنی بیمار، مراقبت کل‌نگر، سازمان ایمنی محور.

مقدمه

بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) واحدهای بیمارستانی تخصصی هستند که از بیماران بدحال مراقبت می‌کنند (۱). این بیماران به دلیل شرایط پیچیده پزشکی نیاز به نظارت مداوم و مراقبت‌های تخصصی دارند [۲]. پرستاران ICU مسئول ارائه مراقبت‌های عملی، نظارت بر علائم حیاتی، تجویز دارو و کمک به اقدامات پزشکی هستند [۳]. پرستاران ICU باید در ارائه مراقبت‌های تخصصی به این بیماران ماهر و آگاه باشند [۴]. تحقیقات نشان داده است که عوامل متعددی می‌توانند ایمنی و امنیت را در ICU ارتقا دهند. یکی از مهم‌ترین عوامل، نیروی انسانی کافی است [۵]. وجود پرسنل کافی برای اطمینان از اینکه بیماران مراقبت به موقع و مناسب دریافت می‌کنند بسیار مهم است [۶]. پرسنل ناکافی می‌تواند منجر به اشتباهات و کوتاهی در مراقبت شود که می‌تواند ایمنی بیمار را به خطر بیندازد [۷]. محیط فیزیکی و طراحی ICU همچنین می‌تواند بر ایمنی و امنیت بیماران و کارکنان تأثیر بگذارد [۸]. بر اساس نتایج مطالعه‌ای، بخش‌های ICU با تعداد تخت‌های کمتر به بخش‌های ICU با تعداد تخت‌های زیاد، ارجح هستند، زیرا امکان دید بیشتر و ارتباط بهتر را برای کارکنان فراهم می‌سازد [۹]. در دسترس بودن عوامل پیشگیری‌کننده و تسهیل‌کننده بالینی برای راهنمایی و حمایت از پرستاران نیز برای ارتقاء یک محیط ایمن بسیار مهم است [۱۰]. عواملی مانند آگاهی مراقبت‌دهندگان از خطاها، رفاه مراقبت‌دهندگان، وجود کار تیمی، محیط غیر تنبیهی، مدیریت شغل، رهبری بیمارستان و

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-09-21]
[DOI: 10.30491/JCC.16.3.73]

رهبری ICU می‌تواند موجب تأمین مراقبت ایمن در ICU شود [۱۱].

علاوه بر مطالعات مذکور که در سایر کشورها انجام شده است، در ایران نیز مطالعه ویس مرادی و همکاران (۲۰۱۲) در زمینه تبیین فرآیند و ارائه مدل نظری مراقبت پرستاری ایمن [۱۲]، مطالعه رشوند و همکاران (۲۰۱۶) در زمینه طراحی و روانسنجی ابزار سنجش مراقبت پرستاری ایمن [۱۳] و مطالعه کیفی نادری و همکاران (۲۰۱۹) در زمینه تعیین عوامل مرتبط با ایمنی بیمار [۱۴]، از جمله مطالعات ارزشمند در زمینه ایمنی بیمار هستند. اما مطالعات مذکور در سطح بیمارستانی بوده و تفاوتی بین بخش‌های عمومی و بخش ICU قایل نشده است. و این در حالی است که در این بخش‌ها به دلایلی چون پیچیدگی شرایط بیمار و فرایند درمان، وجود دستگاه‌ها و تجهیزات الکترونیکی فراوان، عدم هوشیاری بیماران و وابستگی آنها به مراقبین و دستگاه‌های حمایت حیات، امکان بروز رویدادهای ناخواسته به حداکثر می‌رسد [۱۵].

در بخش‌های مراقبت‌های ویژه، علاوه بر بیماران، پرستاران نیز شرایط ویژه‌ای را تجربه می‌کنند که از آن جمله می‌توان به استرس شغلی زیاد، ساعات کاری طولانی، فرسودگی شغلی، نارضایتی شغلی، بحران‌های اخلاقی، تنش با خانواده بیماران و تصمیم‌گیری‌های مرتبط با مراقبت‌های انتهای حیات اشاره کرد. لذا در این مطالعه محققان برای درک بهتر عوامل مؤثر بر ارائه مراقبت پرستاری ایمن در بخش ICU، به شناسایی دیدگاه‌ها و نظرات پرستاران شاغل در این بخش‌ها و افراد مرتبط با ایمنی بیماران پرداختند به این ترتیب این مطالعه کیفی با هدف تعیین عوامل مؤثر بر مراقبت پرستاری ایمن در بخش ICU انجام شده است.

روش‌ها

این پژوهش بخشی از پایان‌نامه مقطع دکترای نویسنده اول است که با روش کیفی و رویکرد تحلیل محتوای قراردادی انجام شده است. جمع‌آوری داده‌ها در فاصله زمانی بهمن ۱۴۰۱ تا مرداد ۱۴۰۲ انجام شده است. تحلیل محتوای کیفی، یکی از رایج‌ترین اشکال تحلیل داده‌های کیفی در مطالعات پرستاری، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها است.

در پژوهش حاضر، مشارکت‌کنندگان شامل پرستاران، پزشکان متخصص مراقبت‌های ویژه، افراد مرتبط با ایمنی بیماران، بیماران و همراه بیماران بستری در بخش‌های ICU بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و دانشگاه‌های علوم پزشکی شهید بهشتی، ایران و تهران بودند که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند. معیارهای ورود برای کادر درمان شامل دارا بودن حداقل دو سال سابقه کاری در بخش مراقبت ویژه یا شاغل بودن در قسمت‌های مرتبط با ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها و یا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بود. برای دستیابی به نظرات بیماران، بیماران بستری در این بخش‌ها که کاملاً هوشیار و بیدار بودند و بر اساس نظر متخصص بیهوشی مقیم ICU توانایی انجام مصاحبه را داشتند، وارد مطالعه شدند. همچنین فرزند یکی از بیماران بستری در ICU نیز وارد مطالعه شد. همه افرادی که به آنها مراجعه شد با شرکت در مطالعه موافقت کردند و رضایتنامه کتبی از آنها اخذ شد.

شرکت‌کنندگان از طریق نمونه‌گیری هدفمند و با روش حداکثر تنوع از نظر سمت یا رشته، سن، جنسیت، سابقه کار و سطح تحصیلات انتخاب شدند. جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها بصورت همزمان و تا زمان اشباع داده‌ها، یعنی زمانی که هیچ داده جدیدی ظاهر نشد و همه مضامین شناسایی شده به اندازه کافی توسط داده‌های جمع‌آوری‌شده پشتیبانی می‌شدند ادامه یافت. به این ترتیب تعداد هفت پرستار، دو سرپرستار، یک سوپروایزر، یک پرستار کارشناس هماهنگ‌کننده ایمنی، پنج پزشک متخصص مراقبت‌های ویژه، دو بیمار، یک همراه بیمار و یک مسئول ایمنی بیمار در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و در مجموع ۲۰ نفر وارد مطالعه شدند.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان

شماره	سمت	سن(سال)	جنس	تحصیلات	سابقه کار(سال)
۱	پرستار (مربی پرستاری)	۲۷	مرد	کارشناسی ارشد	۵
۲	سرپرستار (مربی پرستاری)	۳۴	مرد	کارشناسی ارشد	۱۱
۳	پرستار	۳۲	زن	کارشناسی	۱۱
٤	پزشک	۵۰	مرد	متخصص مراقبت ویژه	۲۴
۵	کارشناس هماهنگ‌کننده ایمنی	۳۴	زن	کارشناسی	۱۲
٦	کارشناس کشوری ایمنی بیمار	۵۵	زن	کارشناسی	۲۴
۷	پرستار	۳۶	مرد	کارشناسی ارشد	۱۲
۸	سوپروایزر	۵۵	زن	کارشناسی	۲۵
۹	پرستار	۳۶	زن	کارشناسی	۱۳
۱۰	پرستار	۳۳	زن	کارشناسی ارشد	۷

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-09-21]

[DOI: 10.30491/JCC.16.3.73]

۱۱	پرستار	۳۶	زن	کارشناسی	۱۳
۱۲	بیمار	۳۲	زن	کارشناسی	–
۱۳	پرستار	۳۰	مرد	کارشناسی	۸
۱٤	سرپرستار	۳۶	زن	کارشناسی	۱۴
۱۵	همراه بیمار	۵۳	مرد	دکترا	–
۱٦	پزشک	۶۵	مرد	متخصص مراقبت ویژه	۳۵
۱۷	پزشک (عضو هیئت علمی)	۵۵	مرد	متخصص مراقبت ویژه	۲۵
۱۸	پزشک(عضو هیئت علمی)	۶۰	مرد	متخصص مراقبت ویژه	۳۰
۱۹	پزشک	۵۰	مرد	متخصص مراقبت ویژه	۲۴
۲۰	بیمار	۴۱	زن	کارشناسی ارشد	–
میانگین		۴۲/۵ سال			۱۷/۲۳

روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه‌های انفرادی، نیمه ساختاریافته و عمیق بود که توسط نویسنده اول انجام شد. فرد مصاحبه‌کننده دانشجوی دکترای پرستاری بود که دوره‌های پژوهش کیفی، مصاحبه کیفی و تحلیل داده‌های کیفی را گذرانده بود. همچنین در چند پژوهش کیفی دیگر نیز مشارکت کرده بود. مصاحبه‌کننده جزء کارکنان بیمارستان نبود و تضاد منافعی با هیچ یک از مشارکت‌کنندگان نداشت.

مصاحبه‌ها در بیمارستان‌ها و مصاحبه با کارشناس کشوری ایمنی بیمار، در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و بر اساس یک راهنمای مصاحبه انجام شدند. این راهنما شامل سه بخش اصلی مبتنی بر یک راهنمای پرسشگری بود که شامل سه بخش سؤالات باز اولیه، سؤالات میانی (اصلی) و سؤالات اختتامیه بود. نمونه‌هایی از سؤالات باز اولیه مانند *"لطفا درباره سوابق کاری خود توضیح دهید"* پرسیده شد. در بخش اصلی مصاحبه، اقدامات، احساسات و افکار ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی مورد بررسی قرار گرفت. در این قسمت از مصاحبه، سؤالاتی از قبیل: *"در هر شیفت کاری چه اقداماتی در رابطه با بیمار خود انجام می‌دهید؟"* یا *"لطفا یک شیفت کاری خود در ICU را توصیف کنید"* پرسیده شدند.

پس از پاسخ هر یک از شرکت‌کنندگان، سؤالات پیگیری پرسیده شد تا آنها را در گفتگو درگیر کند. در پایان مصاحبه از شرکت‌کنندگان سؤال شد که آیا چیزی برای اضافه کردن دارند. بعد از هر مصاحبه سؤالات بر اساس تحلیل داده‌ها بازنگری شدند. مدت زمان این مصاحبه‌ها از حداقل ۲۰ دقیقه تا حداکثر ۸۰ دقیقه و به طور میانگین ۳۸/۵ دقیقه بود. جمع‌آوری داده‌ها تا زمان رسیدن به اشباع داده‌ها انجام شد.

یک مصاحبه پایانی برای اطمینان از اشباع داده‌ها انجام شد. همچنین برای استفاده از تلفیق در روش‌های جمع‌آوری داده‌ها و افزایش اعتبار مطالعه، با حضور محقق در محیط پژوهش، ثبت مشاهدات در فرآیند مصاحبه، یادداشت‌های عرصه و یادآورنویسی نیز انجام شد. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل محتوای کیفی قراردادی معرفی شده توسط Graneheim و Lundman(۲۰۰۴) استفاده شد. متن مکتوب مصاحبه‌ها بلافاصله پس از مصاحبه تهیه شد. هر یک از مصاحبه‌ها برای صحت توسط مصاحبه‌کننده بررسی شد. مصاحبه‌کننده به صداهای ضبط‌شده گوش داد و آن را با متن رونویسی شده بررسی کرد. مصاحبه‌های رونویسی‌شده برای بررسی صحت برای مصاحبه‌شوندگان ارسال شد. برای غوطه‌ور شدن در متون و درک کامل آنها، متن از ابتدا تا انتها چندین بار توسط مصاحبه‌کننده خوانده شد، عبارات مهم استخراج و هر عبارت با یک کد برچسب‌گذاری شد.

کدها در جلسات مشترک توسط همه نویسندگان مورد بحث قرار گرفت. کدهای مشابه ابتدا در زیر طبقات و سپس در طبقات قرار گرفتند. کدهایی که یک الگو را ایجاد کردند در درونمایه‌ها خلاصه شدند. مقایسه مستمر کدها و دسته‌بندی‌ها و دسته‌بندی مجدد در طول مطالعه در جلسات با اعضای تیم تحقیقاتی انجام شد. نتایج مطالعه به سه شرکت‌کننده در مطالعه ارائه شد. مشارکت‌کنندگان موافقت خود را با الگوهای اصلی مشاهده شده اعلام نمودند.

این مطالعه پس از اخذ مجوزهای لازم از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران و با کد IR.IAU.TMU.REC.1399.481 انجام شده است.

یافته‌ها

همانطور که در (جدول یک) نشان داده شد، متوسط سن مشارکت‌کنندگان ۴۲/۵۵ سال و متوسط سابقه‌کار در مشارکت‌کنندگان کادر درمان ۱۷/۲۳ سال بود. نیمی از مشارکت‌کنندگان زن بودند. مدت زمان مصاحبه‌ها به طور متوسط ۳۸/۵۰ دقیقه بود. در رابطه با نتایج تحلیل داده‌ها، تعداد ۱۳۰۵ کد اولیه به دست آمد. با مرور مکرر کدهای استخراجی توسط تیم پژوهش و حذف موارد تکراری و ادغام موارد مشابه، تعداد کدها در نهایت به ۱۰۷۸ کد اولیه کاهش پیدا کرد که در دو درونمایه، چهار طبقه و ۲۲ زیر طبقه دسته‌بندی شدند (جدول دو).

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-09-21]

[DOI: 10.30491/JCC.16.3.73]

جدول ۲. درونمایه، طبقات و زیر طبقات مراقبت پرستاری ایمن در ICU

درونمایه	طبقه	زیر طبقه
مراقبت کل‌نگر	مراقبت نظام‌مند	ارزیابی اولیه بیمار
		تشخیص‌های پرستاری
		برنامه‌ریزی
		ارزشیابی مراقبت‌ها
		مراقبت مستمر
		عدم آسیب و عوارض اکتسابی
	مراقبت جامع از کلیه سیستم‌ها	مراقبت از سیستم تنفسی بیمار
		مراقبت از سیستم گوارشی و تغذیه بیمار
		مراقبت از سیستم عصبی بیمار
		مراقبت از سیستم ادراری تناسلی بیمار
		مراقبت از سیستم قلبی- عروقی و همودینامیک بیمار
		مراقبت از پوست و مخاط بیمار
		توجه به وضعیت روحی، روانی و عاطفی بیمار و همراه بیمار
سازمان ایمنی محور	مدیریت نیروی انسانی	بکارگیری نیروی با صلاحیت
		نظارت بر عملکرد نیروها
		گزارش و کنترل خطاها
		نحوه چینش نیرو
		تأمین نیروی کافی
		ارائه آموزش‌های عمومی و اختصاصی به پرسنل
		نقایص سیستم مدیریتی
	محیط ایمن	تجهیزات ایمن
		سازه ایمن

۱. مراقبت کل‌نگر

در رابطه با درونمایه مراقبت کل‌نگر، مشارکت‌کنندگان به توانایی پرستاران در اجرای فرایندهای پرستاری، بهره‌مندی پرستاران از تفکر انتزاعی و توانایی تجزیه و تحلیل در مراقبت از سیستم‌ها و در کل توانایی پرستاران برای ارائه مراقبت همه جانبه و محافظت از بیماران در برابر خطرات بالقوه اشاره کردند. به این ترتیب این درونمایه از طبقات مراقبت نظام مند و مراقبت جامع از کلیه سیستم‌ها تشکیل شد.

۱-۱. مراقبت نظام‌مند

شرکت‌کنندگان معتقد بودند اجرای گام‌های فرایند پرستاری از شروط اصلی ارائه مراقبت ایمن به بیماران است. همچنین آنها استمرار مراقبت‌ها در زمان‌های مختلف و در رابطه با بیماران مختلف را از مصادیق مراقبت پرستاری ایمن می‌دانستند. به این ترتیب این طبقه از زیر طبقات ارزیابی اولیه بیمار، تشخیص‌های پرستاری، برنامه‌ریزی، ارزشیابی مراقبت‌ها، مراقبت مستمر و محافظت از آسیب و عوارض اکتسابی تشکیل شد.

۱-۱-۱. ارزیابی اولیه بیمار

در رابطه با اهمیت ارزیابی اولیه یکی از پرستاران با ۱۱ سال تجربه کار در ICU اینچنین عنوان می‌کند:

"ارزیابی اولیه کمک خیلی زیادی می‌کنه که نسبت به شرایط مریض مطلع بشیم و بدونیم چه ملاحظاتی نیاز هست. مثلاً BMI بیمار در میاد از شرایط تغذیه‌ای بیمار مطلع می‌شیم و اگه دچار سوء تغذیه باشه به پزشکش اطلاع می‌دیم و درخواست مشاوره تغذیه می‌شه و پزشک یکسری ویتأمین‌ها و سرم‌های آمینو اسیدی یا لیپیدی براش دستور می‌ده یا حساسیت‌های بیمار مشخص می‌شه یا از سوابق فامیلی و مصرف داروهاش با خبر می‌شیم." (شرکت‌کننده شماره ۱۱: پرستار)

۱-۱-۲. تشخیص‌های پرستاری

در این رابطه یکی از پرستاران که علاوه بر سابقه کار در ICU در دفتر بهبود کیفیت نیز فعالیت می‌کند اینچنین عنوان می‌کند:

"وقتی ارزیابی بیمار رو انجام می‌دیم همونجا تشخیص‌های پرستاری هم در میاد. مشخص می‌شه چه خطراتی مریضو تهدید می‌کنه یا چه مخاطراتی الان وجود داره. وقتی همراه بیمار می‌گه مریض من کم شنواست خوب بیشتر از بقیه مریض‌ها در معرض خطر دلیریوم قرار داره." (شرکت‌کننده شماره۱۱: پرستار)

۱-۱-۳. برنامه‌ریزی

در بسیاری از موارد بیماران بستری در بخش ICU نیازمند دریافت داروهای متعدد، انجام اقدامات پاراکلینیکی، ارائه مراقبت‌های متعدد بالینی و ثبت اقدامات پرستاری و پیگیری موارد متعدد هستند. در این شرایط از جمله مهارت‌های پرستار برای ارائه مراقبت ایمن به بیماران برنامه‌ریزی برای انجام کارها است. در این رابطه یکی از خانم‌های پرستار روش مورد استفاده خود برای انجام مراقبت‌ها را اینچنین عنوان می‌کند: *"معمولاً سرپرستار یه مریض ساده و یه مریض بدحال به ما می‌ده. من*

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-09-21]

[DOI: 10.30491/JCC.16.3.73]

همیشه برنامه‌ریزی می‌کنم و اول کارهای اساسی مریض بدحالو انجام می‌دم و بعد کارهای مریضی که شرایط بهتری داره." (شرکت‌کننده شماره۹: پرستار)

۱-۱-٤. ارزشیابی مراقبت‌ها

در رابطه با ارزشیابی مراقبت‌ها یکی از شرکت‌کنندگان با ۷ سال سابقه کار در ICU و همچنین سابقه مربی‌گری پرستاری عنوان می‌کند:

"باید ببینیم آیا مراقبت‌ها اثرگذار بوده یا نه. تو همکارای کم تجربه دیدم وقتی به مریض مسکن می‌زنه و مریض همچنان تاکیکارده یا بیقراره به این فکر می‌کنه که مریضو مهار فیزیکی کنه. در صورتی که ممکنه این بیقراری بخاطر کافی نبودن مسکن بوده باشه. اینجا باید طبق دستور یا دوز مسکن رو زیاد کنه یا از سایر داروها برای تسکین درد استفاده کنه." (شرکت‌کننده شماره ۱: پرستار)

۱-۱-۵. مراقبت مستمر

شرکت‌کنندگان ارائه مراقبت‌ها بصورت مستمر را عاملی در ارائه مراقبت پرستاری ایمن ذکر کردند. منظور از مراقبت مستمر ارائه بدون وقفه مراقبت در طول یک شیفت کاری و همچنین ارائه مراقبت مداوم به بیماران مراحل پایانی است. شرکت‌کنندگان کاهش و یا توقف مراقبت‌ها به این بیماران را از مظاهر مراقبت غیر ایمن ذکر کردند. به عنوان مثال:

خانمی با ۱۳ سال سابقه کار و ۱۰ سال سابقه سرپرستاری بخش ICU عنوان می‌کند:

"نکته مهم در ارائه مراقبت ایمن به بیمار استمرار مراقبته، اینکه وقتی پرستاران میرن استراحت، باید بیمار به یه پرستار دیگه تحویل داده بشه و این استمرار مراقبت باید تو دفتر تقسیم کار ثبت بشه. و وقتی پرستار میره رست باید همه اطلاعات مهم مربوط به بیمار رو به پرستار جانشینش گزارش بده." (شرکت‌کننده شماره ۱۴: سرپرستار)

۱-۱-٦. عدم آسیب و عوارض اکتسابی

در این رابطه شرکت‌کنندگان به آسیب‌های ایجاد شده توسط پرسنل و سیستم درمانی اشاره داشتند. به عنوان مثال یکی از پرستاران مسئول شیفت که ۱۳ سال سابقه کار در یک ICU جنرال دارد اظهار می‌دارد:

"مثلاً یکی اومده جراحی کرده و بعدش بر اثر عارضه جراحی آسیب‌دیده و حتی فوت کرده. ایمنی یعنی چنین چیزی برای بیمار اتفاق نیفته. البته این عوارض مربوط به پزشک و پرستاره. هم پزشک وظیفه‌اش رو درست انجام بده و هم پرستار. پزشک جراحی رو درست انجام بده، پرستار محل جراحی رو درست بررسی کنه. علائم حیاتی بیمار رو درست چک کنه و وقتی به موردی شک کرد سریع اطلاع بده. وقتی انجام ندیم یعنی مراقبت ایمن نکردیم." (شرکت‌کننده شماره ۹: پرستار)

۱-۲. مراقبت جامع از کلیه سیستم ها

شرکت‌کنندگان معتقد بودند مراقبت از کلیه سیستم‌های بدن و توجه توأم به جسم و روان بیمار تضمین‌کننده ایمنی و از مصادیق تأمین مراقبت ایمن برای بیماران است. با توجه به اظهارات شرکت‌کنندگان این طبقه از زیرطبقات مراقبت از سیستم تنفسی بیمار، مراقبت از سیستم گوارشی و تغذیه بیمار، مراقبت از سیستم عصبی بیمار، مراقبت از سیستم ادراری تناسلی بیمار، مراقبت از سیستم قلبی عروقی و همودینامیک بیمار، مراقبت ایمن از پوست و مخاط بیمار و توجه به وضعیت روحی، روانی و عاطفی بیمار و همراه بیمار تشکیل شده است.

۱-۲-۱. مراقبت از سیستم تنفسی بیمار

آقای پرستار ۳۶ ساله با ۱۲ سال سابقه کار در ICU شیوه بررسی سیستم تنفسی بیمار را اینگونه عنوان می‌کند:

"من همون اول شیفت به صدای تنفسی مریض گوش می‌دم. به وجود دیسترس در بیمار توجه می‌کنم. اینکه رال داره یا نه. قفسه سینه دو طرفه و متقارن بالا و پایین بره. به نتایج ABG دقت می‌کنم و حتی به رنگ و نوع ترشحات توجه می‌کنم. چون تغییر رنگ ترشحات می‌تونه بخاطر پنومونی باشه." (شرکت‌کننده شماره ۷: پرستار)

۱-۲-۲. مراقبت از سیستم گوارشی و تغذیه بیمار

یکی از متخصصان مراقبت‌های ویژه اهمیت توجه و مراقبت از سیستم گوارشی را اینگونه عنوان می‌کند:

"یکی از مراقبت‌های مهم درباره بیمار ICU اولسراتیو پروتکشن (محافظت از زخم) و الویت بودن (بالا بودن) سر بیمار برای پیشگیری از ریفلاکس هست. ساده است اما مهمه. پیشگیری از پنومونی آسپیراسیون با همین دو کار ساده است. تغذیه بیمار بصورت دهانی، نازوگاستریک یا تغذیه کامل وریدی با دقت زیاد انجام بشه." (شرکت‌کننده شماره۱۹: متخصص مراقبت‌های ویژه)

۱-۲-۳. مراقبت از سیستم عصبی بیمار

خانمی ۳۲ ساله که در ICU تروما به عنوان کارشناس پرستاری مشغول به کار است درباره اهمیت توجه به سیستم عصبی بیمار می‌گوید و پیامدهای این بی‌توجهی را در قالب خاطره‌ای عنوان می‌کند. این متخصص مراقبت ویژه نیز خاطره دردناکی از بی‌توجهی به وضعیت سیستم عصبی بیمار مطرح می‌کند:

"یه بیمار ترومایی بود که ظاهراً ترومای سر و اندامش شناسایی شده بود. تو معاینات اولیه اثری از آسیب به ستون فقرات و نخاعش نبود. بچه‌ها هم بدون احتیاط جابجاش می‌کردند اما بعد از یک هفته مشخص شد بیمار پاراپلژی شده. اگه نروسرجر یا پزشک مقیم ICU یا حتی پرستار معاینه روزانه انجام داده بودند این مریض تا آخر عمر فلج نمی‌شد." (شرکت‌کننده شماره۴: متخصص مراقبت‌های ویژه)

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-09-21]

[DOI: 10.30491/JCC.16.3.73]

۱-۲-٤. مراقبت از سیستم ادراری تناسلی بیمار

یکی از شرکت‌کنندگان که آقایی ۳۴ ساله و کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه است درباره لزوم اهمیت بررسی دقیق سیستم ادراری توسط پرستاران ICU اینچنین می‌گوید:

"گاهی وقتی بیمار الیگوری که پرستار تجزیه تحلیل نمی‌کنه که علت اولیگوری رو بفهمه. سریع به بیمار فوروزماید می‌زنه. تو نیروهای کم تجربه زیاد دیدم. بهشون می‌گم اول مسیر سوند و وضعیت مثانه رو ببین. بعد میزان مایعات دریافتی و مقدار CVP بیمار رو چک کن. بعد وضعیت داروها و آزمایشات رو ببین. اول از همه نرو سراغ درمان آخر." (شرکت‌کننده شماره۲: سرپرستار)

۱-۲-۵. مراقبت از سیستم قلبی عروقی و همودینامیک بیمار

در رابطه با اهمیت بررسی و مراقبت از سیستم قلبی و عروقی عمده نظرات و توصیه‌ها مربوط به متخصصان مراقبت‌های ویژه بود و همه شرکت‌کنندگان پزشک، مواردی را عنوان کردند که در اینجا دو مورد از آنها عنوان می‌شود:

"فشار خون، ضربان قلب و نبض بیمار، سیرکولیشن و دمای انتهاها باید بررسی بشه. باید به MAP (فشار متوسط شریانی) بیمار حواسمون باشه. وقتی مپ بیمار پایینه وقتی انتهاها سرده یعنی خونرسانی بافتی خوب نیست. باید پزشک حواسش باشه و اگه پرستار متوجه شد گزارش بده. وقتی مریض تاکیکارده یا فشارش بالاست باید علت شناسایی بشه. شاید دیستانسیون شکمی داره شاید رتانسیون ادرار داره. شاید درد داره، شاید تب داره یا هایپوکسیک شده. نباید به مریض تاکیکارد سریع متورال و ایندرال بدیم. اول باید وضعیت قلب و عروقش بررسی بشه." (شرکت‌کننده شماره۴: متخصص مراقبت‌های ویژه)

۱-۲-٦ مراقبت ایمن از پوست و مخاط بیمار

مراقبت و توجه به سیستم پوست و مخاط بیمار از جمله مواردی بود که تمام پرستاران و پزشکان شرکت‌کننده در این پژوهش به آن پرداختند. اظهارات آقای ۳۶ ساله کارشناس ارشدی که تمام ۱۱ سال سابقه کاری خود را در بخش ICU سپری کرده است:

"ابتدای شیفت با حضور خودم با کمکی به بیمار تغییر پوزیشن میدم و پوستشو چک می‌کنم که زخم یا قرمزی نداشته باشه. ملحفه‌ها چروک نباشه. عرق کرده نباشه. پوستش خیس نباشه. زیر بدنش اتفاقی چیزی نباشه. از برجستگی‌های استخوانیش با پد یا بالش کوچیک حمایت می‌کنم. نگاه می‌کنم تشک مواجش عملکرد درست داشته باشه. محیط بخش رو سرد نگه می‌داریم تا بیار عرق نکند." (شرکت‌کننده شماره۷: پرستار)

۱-۲-۷ مراقبت از وضعیت روحی، روانی و عاطفی بیمار و همراه وی

برخی شرکت‌کنندگان توجه به وضعیت روحی و روانی و عاطفی بیمار را بخشی از مراقبت پرستاری ایمن می‌دانستند. به عقیده آنها تجربه حس امنیت در بیمار برابر با ایمنی بود. خانم جوانی که توجه و مراقبت پرستار به وضعیت روحی و روانی‌اش را به عنوان تجربه خوشایند خود بازگو کرده و در عین حال به احساس نیاز به همراهی همسرش برای آرامش روحی و روانی‌اش در زمان بستری در ICU اشاره می‌کند:

"اون لحظه‌های اول ترس و اضطراب داشتم که صحبت‌ها و توضیحات پرستار خیلی خوب بود و آرومم می‌کرد. بعد از دو روز که حالم بهتر شده بود خیلی دلم می‌خواست همراهمو ببینم. دیدن همسرم بیشتر از هر چیزی برام مهم بود. دل نازک شده بودم. همه‌اش گریه‌ام می‌گرفت. اما دیدن همسرم بهم آرامش می‌داد. با اینکه کوتاه بود اما من لحظه شماری می‌کردم. نمی‌دونم چرا بعضی‌ها اجازه می‌دادن بعضی‌ها اجازه نمی‌دادن. نمی‌دونم قانونی هست یا نه. اما انگار سلیقه‌ای بود." (شرکت‌کننده شماره ۱۲: بیمار)

۲. سازمان ایمنی محور

مشارکت‌کنندگان تلاش پرستاران برای ارائه مراقبت ایمن به بیماران را در گرو سازمانی ایمنی محور میدانند و سیاست گذاری‌های خرد و کلان و همچنین رفتار و عملکرد مدیران برای تأمین نیروی انسانی و برنامه‌ریزی در رابطه با تربیت و آموزش این نیروها را عاملی مهم برای تأمین ایمنی بیمار می‌دانند. علاوه بر مدیریت نیروی انسانی تأمین تجهیزات ایمن و ایمن‌سازی محیط ICU را نیز عاملی اثرگذار بر ارائه مراقبت ایمن به بیماران می‌دانند. به این ترتیب این درون مایه از طبقات مدیریت نیروی انسانی و محیط ایمن تشکیل شده است.

۲-۱. مدیریت نیروی انسانی

ارائه مراقبت پرستاری ایمن به بیماران اقدامی تیمی و بر عهده همه گروه‌های درمانی است. در این میان مدیران رده بالا با سیاست‌گذاری‌های صحیح در بکارگیری نیروهای با صلاحیت و مدیران رده میانی و رده پایینی با کنترل و نظارت بر عملکرد نیروها و برنامه‌ریزی جهت آموزش و توانمندسازی آنها نقشی اساسی در ارائه مراقبت ایمن به بیماران ایفا می‌کنند. نقایص موجود در سیستم مدیریتی عاملی بازدارنده در ارائه مراقبت پرستاری ایمن است. به این ترتیب بر اساس تحلیل نظرات شرکت‌کنندگان و برداشت‌های پژوهشگر این طبقه از زیر طبقات بکارگیری نیروی با صلاحیت، نظارت بر عملکرد نیروها، گزارش و کنترل خطاها، نحوه چینش نیرو، تأمین نیروی کافی، ارائه آموزش‌های عمومی و اختصاصی به پرسنل و نقایص سیستم مدیریتی تشکیل شد.

۲-۱-۱. بکارگیری نیروی با صلاحیت

شرکت‌کنندگان معتقد بودند ارائه مراقبت پرستاری ایمن به بیماران در ICU در گرو بکارگیری نیروهای با صلاحیت در این بخش است.

دیدگاه کارشناس کشوری ایمنی بیمار در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به این شرح بود:

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-09-21]

[DOI: 10.30491/JCC.16.3.73]

"به لحاظ شایستگی، کارکنان ICU باید به حدی از صلاحیت‌ها رو قبل از احراز شغل و در حین دوره کاری دارا باشند. صلاحیت کارکنان یعنی دانش و مهارت کارکنان در نحوه ارائه خدمات. یعنی همان Knowledge و Skill اونها."
(شرکت‌کننده شماره ۶: کارشناس کشوری ایمنی بیمار)

۲-۱-۲. نظارت بر عملکرد نیروها

شرکت‌کنندگان معتقد بودند نظارت بر عملکرد نیروها منجر به دقت و توجه بیشتر و در نتیجه ارائه مراقبت ایمن به بیماران می‌شود. به عنوان مثال این خانم ۳۴ ساله عضو دفتر بهبود کیفیت معتقد بود:

"بحث ایمنی یه مقوله تیمی هست. کل تیم مسئوله. چه پزشک چه پرستار چه کمکی و اینجا باید نظارت رده شغلی بالاتر به کار رده پایینتر مورد توجه باشه. پرستار باید رو کار کمکی نظارت داشته باشه. پزشک رو کار پرستار و حتی پزشک و پرستار باید برای نظافت رو کار کمکی و خدمات نظارت داشته باشند."
(شرکت‌کننده شماره۵: کارشناس هماهنگ‌کننده ایمنی)

۲-۱-۳. گزارش خطاها

در این رابطه بسیاری از شرکت‌کنندگان معتقد بودند گزارش خطا مانع تکرار خطا و در حتی در بسیاری از موارد باعث یادگیری افراد می شود. به عنوان مثال یک عضو هیئت علمی دانشگاه اظهار می‌دارد:

"اگه در رابطه با هر بیمار مواردی از عدم رعایت استانداردها یا وقوع خطاها رو ببینم به پرستارش یا مسئول شیفت یا سر پرستار تذکر می‌دم. هم یاد می‌گیره و هم دقت می‌کنه خطا نکنه. این فرهنگ گزارش خطا باید برای همه جا بیفته. همه باید خطاها رو گوشزد کنند و گزارش بدن." (شرکت‌کننده شماره۱۷: متخصص مراقبت‌های ویژه)

۲-۱-٤. نحوه چینش نیرو

شرکت‌کنندگان معتقد بودند حضور نیروهای خبره در کنار نیروهای کم تجربه و همچنین تقسیم کار عادلانه و در مجموع چینش صحیح نیروها نقش اساسی در ارائه مراقبت پرستاری ایمن به بیماران دارد. یکی از سرپرستاران روش خود برای تقسیم کار را اینگونه عنوان می‌کند:

"به نظر من باید تو هر شیفت پرستارهای با تجربه رو کنار کم تجربه‌ها داشته باشیم تا بتونند ساپورت کنند. تقسیم کار هم باید درست انجام بشه و بر اساس شرایط بیمار و سطح مراقبتی تقسیم بشن. و به توانمندی و تجربه و مهارت پرستارها توجه کنیم. مثلاً از اول نباید به یه پرستار تازه کار بیماران پیچیده و پرکار داده بشه و اینجوری ایمنی مریض رو به خطر بندازیم."
(شرکت‌کننده شماره۱۴: سرپرستار)

۲-۱-۵. ارائه آموزش‌های عمومی و اختصاصی به پرسنل

توانمندسازی پرسنل از طریق آموزش‌های عمومی و اختصاصی به آنها از جمله عوامل مؤثر در ارائه مراقبت ایمن به بیماران ذکر شد. این مورد بیشتر توسط مدیران رده‌های مختلف عنوان شد:
خانم سوپروایزر به آموزش‌های عمومی بدو ورود اشاره داشت:

"باید به پرسنل برای مواقع آتش‌سوزی و زلزله آموزش داده بشه. مسیرهای فرار اضطراری رو آموزش بدیم یا در مورد برق گرفتگی‌ها چه کاری انجام بدن. در مورد شستشو و ضد عفونی محیط ICU و تجهیزات به نیروهای پرستار و کمکی آموزش داده بشه."(شرکت‌کننده شماره ۸: سوپروایزر)

۲-۱-٦. نقایص سیستم مدیریتی

از جمله عوامل بازدارنده در ارائه مراقبت ایمن به بیماران نقایص موجود در سیستم مدیریتی است. اغلب پرستاران شاغل در ICU به این مورد اشاره داشتند. به عنوان مثال آقای کارشناس ارشد پرستاری که ۷ سال سابقه کار در بخش ICU داشت اظهار کرد:

"خیلی وقت‌ها سیاست‌های غلط بیمارستان باعث عدم ارائه مراقبت ایمن به بیمار می‌شه. مثلاً میان می‌گن هر پرستار باید ۳ تا مریض داشته باشه. یا نیروهای جدیدالورود تازه کارو می‌فرستند ICU. یا نسبت به تهیه تجهیزات ایمن بی‌توجه هستند یا الویتشون نیست." (شرکت‌کننده شماره ۱: پرستار)

۲-۲. محیط ایمن

بر اساس نظرات شرکت‌کنندگان محیط ایمن بخش جدایی ناپذیر مراقبت ایمن است و مراقبت‌های پرستاری در صورتی می‌تواند ایمن باشد که تجهیزات مربوط به مراقبت، کافی و ایمن باشد. علاوه بر آن محیط فیزیکی یا سازه نیز عامل تأثیرگذار بر ایمنی بیماران بوده و امکان ارائه مراقبت ایمن در سازه‌ای غیر ایمن وجود ندارد. با در نظر گرفتن نظرات مشارکت‌کنندگان و برداشت‌های پژوهشگر این طبقه از زیر طبقات تجهیزات ایمن و سازه ایمن تشکیل شد.

۲-۲-۱. تجهیزات ایمن

در موارد بسیاری شرکت‌کنندگان تعداد کافی و کارکرد صحیح تجهیزات موجود در بخش ICU را عاملی مؤثر در ارائه خدمات ایمن به بیماران می دانستند. صحبت‌های کارشناس کشوری ایمنی بیمار در وزارت بهداشت:

"در ارتباط با تجهیزات بستری گارد تخت کارکرد درستی داشته باشه و مانع سقوط بیمار بشه، اگه بیمار مستعد زخم فشاری هست تشک مواج مناسب و سالم در بخش موجود باشه. مثلاً انفوزیون پمپ برای تزریق داروهای هشدار بالا وجود داشته باشه، تخت مناسب و سالم، دستگاه ساکشن، ونتیلاتور، الکترو شوک و کلاً همه تجهیزات باید سالم و کافی باشند."
(شرکت‌کننده شماره ۶: کارشناس کشوری ایمنی بیمار)

۲-۲-۲. سازه ایمن

تعدادی از شرکت‌کنندگان نیز علاوه بر تجهیزات ایمن به استانداردهای سازه ICU اشاره کردند و سازه ایمن را عامل مؤثر

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-09-21]

[DOI: 10.30491/JCC.16.3.73]

بر مراقبت ایمن و ایمنی بیمار دانستند. به عنوان مثال کارشناس کشوری ایمنی بیمار در رابطه با محیط فیزیکی بخشICU اینگونه عنوان می‌کند:

"بخش باید تهویه مناسب داشته باشه و فواید آن هم برای بیمار و هم پرسنل هست، زاویه‌ها تو محیط کم باشه، بخش دارای فشار منفی باشه، روشنایی بخش باید به محیط طبیعی نزدیک باشه، فضا به گونه‌ای باشه که فاصله استاندارد تخت‌ها رعایت بشه." (شرکت‌کننده شماره ۶: کارشناس کشوری ایمنی بیمار)

بحث

نتایج این مطالعه اهمیت ترویج مراقبت پرستاری ایمن در بخش‌های ICU را از طریق رویکرد سازمان ایمنی محور و مراقبت جامع نشان می‌دهد. یک سازمان ایمنی محور با مدیریت صحیح نیروی انسانی و فراهم کردن محیط ایمن می‌تواند موجب ارتقا ایمنی بیمار در بخش‌های ICU شود. مدیریت صحیح نیروی انسانی با بکارگیری نیروی با صلاحیت، نظارت بر عملکرد نیروها، گزارش و کنترل خطاها، نحوه چینش نیرو، تأمین نیروی کافی، ارائه آموزش‌های عمومی و اختصاصی به پرسنل و نقایص سیستم مدیریتی است. ایجاد محیط ایمن نیز با ایمنی سازه و فراهم کردن تجهیزات ایمن ارتباط مستقیم دارد. همسو با مطالعه حاضر، نادری و همکاران (۲۰۱۹) نیز در مطالعه خود وضعیت منابع انسانی، مدیریت و سازمان، تعامل و کار گروهی، تجهیزات، محیط و همچنین ارزیابی و پایش را از جمله عوامل اصلی مؤثر بر ایمنی بیمار در بیمارستان معرفی کردند [۱۴]. در مطالعه دیگری، تأمین کارکنان کافی راهی برای اطمینان از ایمنی بیماران و کارکنان شناسایی شد. همچنین گزارش شد پرستارانی که بیش از حد کار می‌کنند بیشتر مرتکب خطا می‌شوند [۱۶]. در مطالعه Lima و همکاران(۲۰۱۸) عوامل سازمانی به عنوان تهدیدی برای ایمنی بیمار شناسایی شد. بدان معنا که کارکنان در صورت ادراک خطر از جانب سازمان، از ارائه مراقبت ایمن به بیمار باز می‌مانند [۱۷]. در مطالعه Oliveira و همکاران (۲۰۱۵) نیز حجم کاری کارکنان، آموزش و صلاحیت حرفه‌ای، کار تیمی، استخدام قراردادی، عدم امنیت شغلی و رفتارهای مخرب به عنوان عوامل مداخله‌گر در ایمنی بیمار معرفی شدند [۱۸]. در مدل نظری مراقبت پرستاری ایمن که در سال ۲۰۱۲ توسط ویس مرادی و همکاران ارائه شده‌است نیز حذف موانع سازمانی به عنوان یکی از استراتژی‌های بهبود ایمنی بیمار شناسایی شده است [۱۲]. اطمینان از ارتباطات مؤثر برای حفظ ایمنی بیمار و تداوم مراقبت بسیار مهم است. این امر می‌تواند با اجرای پروتکل‌های ارتباطی استاندارد، ارائه آموزش و آموزش منظم در زمینه ارتباطات مؤثر و ترویج فرهنگ همکاری و کار گروهی محقق شود. علاوه بر آن خطر خطاها و سوء تفاهم‌ها را کاهش و نتایج کلی ایمنی بیمار و کیفیت مراقبت را بهبود می‌یابد [۱۹]. به این ترتیب، بر اساس نتایج مطالعه حاضر و سایر مطالعات، می‌توان گفت سازمان‌های خدمات بهداشتی و درمانی با اتخاذ رویکرد ایمنی محور نقش بسزایی در ایمنی بیمار و ارائه مراقبت ایمن به بیمار ایفا می‌کنند. در مطالعه حاضر مراقبت کل نگر نیز به عنوان عاملی مؤثر بر ارائه مراقبت پرستاری ایمن شناسایی شد. مراقبت کل‌نگر به معنای ارائه مراقبت نظام‌مند و همچنین مراقبت جامع از کلیه سیستم‌های بدن بیمار است. این یافته‌ها از تحقیقات قبلی که بر اهمیت تفکر سیستمی و مراقبت پرستاری ایمن در بهبود ایمنی بیمار و کیفیت کلی مراقبت تأکید می‌کند، حمایت می‌کند [۲۰]. تقویت مهارت‌های تفکر سیستمی در میان پرستاران و سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی شامل نگاه کردن به تصویر بزرگ و درک چگونگی تعامل بخش‌های مختلف یک سیستم با یکدیگر است. این را می‌توان با ارائه آموزش در مورد تفکر سیستمی، تشویق همکاری بین متخصصان مراقبت‌های بهداشتی و ترویج فرهنگ بهبود مستمر به دست آورد. با به کارگیری تفکر سیستمی، پرستاران می‌توانند خطرات ایمنی بالقوه را شناسایی کرده و استراتژی‌های مؤثری برای رسیدگی به آنها ایجاد کنند که می‌تواند منجر به بهبود نتایج بیمار و کیفیت کلی مراقبت شود [۲۱].

بر اساس نتایج مطالعه Wickو همکاران(۲۰۱۵) مراقبت جامع، رسیدگی به نیازهای جسمی، عاطفی، اجتماعی و معنوی بیماران معرفی شد و اجرای یک مدل مراقبت جامع به عنوان راه حلی برای بهبود نتایج و رضایت بیمار و همچنین افزایش رضایت پرستار و کاهش فرسودگی شغلی گزارش شد [۲۲]. در مطالعه طراحی ابزار مراقبت پرستاری ایمن توسط رشوند و همکاران (۲۰۱۶) نیز توجه به نیازهای جسمی و توجه به نیازهای روانی بیمار به عنوان عوامل اصلی مراقبت پرستاری ایمن معرفی شد [۲۳]. علاوه بر مطالعات ذکر شده، یافته‌های این مطالعه همراستا با نظریه‌های کل‌نگر و پرکاربرد در پرستاری است. از جمله این نظریه‌ها، تئوری راجرز، مارگارت نیومن و واتسون است. مروری تلفیقی بر تئوری‌های کل‌نگر مشخص می‌سازد که پرستاری کل‌نگر فرآیند ارتباط دو جانبه انسان با انسان است که در آن پرستار با حضور قلبی، هدفمند و هوشیارانه، در فرآیند مراقبت از مددجو، به عنوان یک کل واحد که قابل احترام بوده و در تعامل با میدان محیطی غیر قابل کاهش خویش است مشارکت می‌کند و پیامد آن ارتقای احساس خوب بودن برای پرستار و بیمار و ارتقاء کیفیت مراقبت و در نهایت ایمنی بیمار است[۲۴].

نتیجه‌گیری

ارائه مراقبت پرستاری ایمن تحت تأثیر عوامل متعددی است. بر اساس یافته‌های حاصل از این مطالعه پرستاران با ارایه

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-09-21]

[DOI: 10.30491/JCC.16.3.73]

مراقبت‌های کل‌نگر و پایبندی به اجرای فرایند پرستاری و همچنین مراقبت از کلیه سیستم‌های بیمار سهم بسزایی در تأمین ایمنی بیمار دارند. از سوی دیگر سازمان‌های بهداشتی و درمانی با تأمین تجهیزات ایمن و فراهم کردن ایمنی محیط می‌توانند سهم خود را در این امر مهم به انجام برسانند. یک سازمان ایمنی محور با فراهم کردن یک محیط ایمن و تجهیزات ایمن درICU می‌تواند روند ارائه مراقبت ایمن به بیماران را تسهیل کند، و علاوه بر تأمین ایمنی بیمار می‌توانند کارایی کارکنان را بهبود ببخشد، خطر خطاها را کاهش دهد و در نهایت نتایج مرتبط با بیمار و کیفیت کلی مراقبت را بهبود بخشند. سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی با گزینش صحیح نیروها، نظارت بر عملکرد آنها و تأمین نیازهای آموزشی کارکنان می‌تواند شرایط ارائه مراقبت‌های ایمن به بیماران را فراهم کند. پرستاران با صلاحیت، با ارائه مراقبت‌های جامع و نظام‌مند می‌توانند مراقبت ایمن و با کیفیت به بیماران ارائه دهند. توجه به این نکته مهم است که این توصیه‌ها نیازمند تلاش مشترک سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی، پرستاران و سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی برای دستیابی به نتایج مطلوب است.

تقدیر و تشکر

این مقاله بخشی از یافته‌های پایان‌نامه مقطع دکتری است که پس از اخذ مجوزهای لازم و کسب کد اخلاق به شماره IR.IAU.TMU.REC.1399.481 از دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران به انجام رسیده است. تیم پژوهش از کارکنان دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران و کلیه مشارکت‌کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را به عمل می‌آورند.

تضاد منافع

نویسندگان در این مطالعه هیچ گونه تضاد منافعی نداشته‌اند.

منابع

1. Marshall JC, Bosco L, Adhikari NK, Connolly B, Diaz JV, Dorman T, et al. What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. J Crit Care. 2017;37:270-6. doi. 10.1016/j.jcrc.2016.07.015
2. Poncette AS, Spies C, Mosch L, Schieler M, Weber-Carstens S, Krampe H, Balzer F. Clinical Requirements of Future Patient Monitoring in the Intensive Care Unit: Qualitative Study. JMIR Med Inform. 2019;7(2):e13064. doi. 10.2196/13064
3. Leary B, Cuccovia B, Nixon C. Nursing Considerations. In: Duncan CN, Talano J-AM, McArthur JA, editors. Critical Care of the Pediatric Immunocompromised Hematology/Oncology Patient: An Evidence-Based Guide. Cham: Springer International Publishing; 2019. p. 337-407. doi. 10.1007/978-3-030-01322-6_19
4. Khalafi A, Elahi N, Ahmadi F. Continuous care and patients' basic needs during weaning from mechanical ventilation: A qualitative study. Intensive Crit Care Nurs. 2016;37:37-45. doi. 10.1016/j.iccn.2016.05.005
5. Moradi Y, Baghaei R, Hosseingholipour K, Mollazadeh F. Challenges experienced by ICU nurses throughout the provision of care for COVID-19 patients: A qualitative study. J Nurs Manag. 2021;29(5):1159-68. doi. 10.1111/ jonm.13254
6. Vinckx MA, Bossuyt I, Dierckx de Casterle B. Understanding the complexity of working under time pressure in oncology nursing: A grounded theory study. Int J Nurs Stud. 2018;87:60-8.
7. Di Muzio M, Dionisi S, Di Simone E, Cianfrocca C, Di Muzio F, Fabbian F, et al. Can nurses' shift work jeopardize the patient safety? A systematic review. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2019;23(10):4507-19.doi. 0.1016/j. ijnurstu. 2018.07.010
8. Al Ma'mari Q, Sharour LA, Al Omari O. Fatigue, burnout, work environment, workload and perceived patient safety culture among critical care nurses. Br J Nurs. 2020;29(1):28-34. doi. 10.12968/bjon.2020.29.1.28
9. Keys Y, Stichler JF. Safety and Security Concerns of Nurses Working in the Intensive Care Unit: A Qualitative Study. Crit Care Nurs Q. 2018;41(1):68-75. doi.10.1097/ CNQ. 00000 00000000187
10. Jakimowicz S, Perry L, Lewis J. An integrative review of supports, facilitators and barriers to patient-centred nursing in the intensive care unit. J Clin Nurs. 2017;26(23-24):4153-71.
11. Garrouste-Orgeas M, Flaatten H, Moreno R. Understanding medical errors and adverse events in ICU patients. Intensive Care Med. 2015; doi. 10.1007/s00134-015-3968-x.
12. Vaismoradi M. Exploration of the Process of the development of a theoretical model of safe nursing care. Tehran, Iran: Tehran University of Medical Sciences; 2012.
13. Rashvand F EA, Vaismoradi M, Salsali M. Designing and validation of safe nursing care assessment tool: A sequential exploratory mixed-methods design. Tehran, Iran: Tehran University of Medical Sciences; 2015.
14. Naderi S, Zaboli R, Khalesi N, Nasiripour AA. Factors affecting patient safety: a qualitative content analysis. Ethiopian Journal of Health Development. 2019;33(2).
15. Marzban S MM, Pour AN, Jahangiri K. Assessment of patient safety management system in ICU. Qazvin University of Medical Science. 2013;17(5):47-55.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-09-21]

[DOI: 10.30491/JCC.16.3.73]

16. Rangachari P, J LW. Preserving Organizational Resilience, Patient Safety, and Staff Retention during COVID-19 Requires a Holistic Consideration of the Psychological Safety of Healthcare Workers. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(12). doi.10.3390/ijerph 17124 267
17. D'Lima DM, Murray EJ, Brett SJ. Perceptions of risk and safety in the ICU: a qualitative study of cognitive processes relating to staffing. Critical care medicine. 2018;46(1):60.
18. Oliveira RM, Leitao IMTdA, Aguiar LL, Oliveira ACdS, Gazos DM, Silva LMSd, et al. Evaluating the intervening factors in patient safety: focusing on hospital nursing staff. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2015;49:104-13.
19. Muller M, Jurgens J, Redaelli M, Klingberg K, Hautz WE, Stock S. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. BMJ Open. 2018;8(8):e022202. doi. 10.1136/ bmjopen-2018-022202
20. Moazez M, Miri S, Foroughameri G, Farokhzadian J. Nurses' perceptions of systems thinking and safe nursing care: A cross-sectional study. J Nurs Manag. 2020;28(4):822-30. doi. 10.1111/jonm.13000
21. Tetuan T, Ohm R, Kinzie L, McMaster S, Moffitt B, Mosier M. Does Systems Thinking Improve the Perception of Safety Culture and Patient Safety? Journal of Nursing Regulation. 2017;8(2):31-9. doi.10.1016/s2155-8256(17) 30096-0
22. Wick EC, Galante DJ, Hobson DB, Benson AR, Lee KH, Berenholtz SM, et al. Organizational Culture Changes Result in Improvement in Patient-Centered Outcomes: Implementation of an Integrated Recovery Pathway for Surgical Patients. J Am Coll Surg. 2015;221(3):669-77; quiz 785-6. doi. 10.1016/j. jamcollsurg. 2015. 05.008
23. Rashvand F, Ebadi A, Vaismoradi M, Salsali M, Yekaninejad MS, Griffiths P, Sieloff C. The assessment of safe nursing care: development and psychometric evaluation. Journal of nursing management. 2017;25(1):22-36.
24. Yazdi k, Talebi R. Holistic Nursing from the Dossey's Theory of Integral Nursing Lens:A Narrative Review Study. 2 Journal of Nursing Education. 2023;12(1):88-103.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-09-21]

[DOI: 10.30491/JCC.16.3.73]