J Crit Care Nurs. 2020 July;13(2)

Published online 2020

Research Article

Nurses' Experience of Nursing Care in the Intensive Care Unit: a Qualitative Study

Nasrin Rezaee[1], Alireza Salar[1*], Aliakbar Keykha[2]

1. Community Nursing Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran
2. School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Corresponding author: Alireza Salar, Community Nursing Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran. E-mail: Salar293@gmail.com

Abstract

Introduction: The quality of patient and nurse care varies. Differences can be influenced by factors such as the type of department, individuals' beliefs, and rules. Nurses play an important role in providing care in intensive care units. Qualitative studies are very helpful in identifying the challenges and obstacles in the way of care. Therefore, the present study was conducted to identify nurses' experiences of nursing care in the intensive care unit.

Materials: This was a qualitative research using conventional content analysis. Based on purposed sampling 15 nurses, head nurses and supervisors participant which working in the intensive care unit. Data were collected through individual and semi-structured interviews. The data were analyzed based on Graneheim and Lundman proposed method.

Results: Three categories and six subcategories were extracted. The "working nature of the ward" with two sub-categories of working conditions and the structure of the ward, the "safe care" with the two subcategories, sustain standards and optimal conditions, and the "unsafe care" included two subcategories of negligence and ignorance.

Conclusion: Data analysis showed that in order to provide optimal care, while paying attention to the nature of the intensive care unit, the role of safe care should also be considered.

Keywords: Nurse, Nursing Care, Intensive Care Unit

Copyright © 2018, Critical Care Nursing. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

مجله پرستاری مراقبت‌های ویژه
دوره ۱۳، شماره۲، ۱۳۹۹
صفحات: ۵۳-٤٦

تجربه پرستاران از مراقبت پرستاری در بخش‌های مراقبت ویژه: یک مطالعه کیفی

نسرین رضائی[۱]، علیرضا سالار[۱*]، علی اکبر کیخا[۲]

*۱. مرکز تحقیقات پرستاری جامعه، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
۲. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

نویسنده مسوول: علیرضا سالار، مرکز تحقیقات پرستاری جامعه، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران. E-mail: Salar293@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: کیفیت مراقبت از منظر بیمار و پرستار متفاوت است. تفاوت‌ها می‌تواند متأثر از عواملی هم‌چون نوع بخش، باورهای افراد و قوانین باشد. پرستاران نقش اصلی و مهمی در ارائه مراقبت در بخش‌های مراقبت ویژه دارند. مطالعات کیفی در شناسایی چالش‌ها و موانع موجود در سر راه مراقبت بسیار کمک‌کننده هستند. بنابراین مطالعه حاضر با هدف شناسایی تجارب پرستاران از نحوه‌ی مراقبت پرستاری در بخش‌های مراقبت‌های ویژه انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه کیفی به روش تحلیل محتوای قراردادی با مشارکت ۱۵ نفر پرستار، سرپرستار و سوپروایزر شاغل در بخش‌های مراقبت‌های ویژه به شیوه هدفمند انجام شد. گردآوری داده‌ها از طریق مصاحبه‌های فردی و نیمه ساختار یافته انجام شد. داده‌ها بر اساس روش پیشنهادی گرانیهایم و لاندمن تحلیل شدند.

یافته‌ها: سه طبقه اصلی و شش زیر طبقه استخراج شد. طبقه"ماهیت کاری بخش" با دو زیر طبقه شرایط کاری و ساختار بخش، طبقه"مراقبت ایمن" با زیر طبقات رعایت استانداردها و شرایط بهینه و طبقه"مراقبت غیر ایمن" شامل دو زیر طبقه سهل‌انگاری و ناآگاهی بود.

نتیجه‌گیری: تحلیل داده‌ها نشان داد به منظور ارائه مراقبت بهینه ضمن توجه به ماهیت‌کاری بخش‌های مراقبت ویژه باید به نقش مراقبت ایمن توجه داشت.

کلیدواژه‌ها: پرستار، مراقبت پرستاری، بخش‌های مراقبت ویژه، مطالعه کیفی

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

مقدمه

مراقبت همه جانبه یکی از ارکان اصلی در زمینه خدمات بهداشت و درمان است. در این بین مراقبت‌های پرستاری دارای اهمیت قابل توجهی هستند. مراقبت اصلی‌ترین محور رشته پرستاری است و پرستاران بزرگترین گروه ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی را تشکیل می‌دهند و در تداوم مراقبت، ارتقاء و حفظ سلامت در سطوح مختلف سیستم ارائه خدمات سلامت نقش اساسی ایفا می‌کنند[۱و۲]. البته در این زمینه سؤالاتی پیش می‌آید از قبیل اینکه به راستی مراقبت پرستاری به چه معناست؟ پرستار چه نقشی در ارائه مراقبت دارد؟ مراقبت یک پرستار با مراقبت پزشک، مادر یا یک فرد روحانی چه تفاوت‌هایی دارد؟ فلسفه مراقبت پرستاری چیست؟ پاسخ به این قبیل سؤالات نیاز به شناخته شدن و تعریف مراقبت دارد. لذا مراقبت باید به عنوان یکی از سؤالات مهم پژوهش در جهت حفظ سلامت افراد طرح شود. تحقیقات پرستاری که در این زمینه انجام شده است بیشتر در زمینه مراقبت‌های حرفه‌ای بوده و کمتر به کیفیت مراقبت و سلامت و دانش مورد نیاز در جهت مراقبت با کیفیت توجه داشته است[۳].

در یک مراقبت با کیفیت پرستاران باید بتوانند با تلفیق مهارت-های فنی و دانش حرفه‌ای خود و بر اساس شواهد علمی، مشکلات بیماران را تشخیص دهند و به طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه مراقبتی برای حل این مشکلات بپردازند[۴]. کیفیت مراقبت همواره در کانون توجهات پرستاران و بیماران بوده و امروزه از زمانی که در تمام زمینه‌های پزشکی، به کارگیری روش‌ها و استانداردها در سطوح بالا انتظار می‌رود، ارتقاء کیفیت مراقبت به عنوان هدفی والا در نظر گرفته می-شود[۵]. کیفیت به عنوان مهم‌ترین موضوع در عرصه خدمات بهداشتی درمانی در طی دهه‌های ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰ مورد توجه قرار گرفت. اخیراً مؤسسات مراقبت بهداشتی شروع به شناسایی ارزش کیفیت مراقبت نموده‌اند[۶]. کیفیت مراقبت میزانی برای برآوردن انتظارات بیمار یا مددجو است. در واقع کیفیت، دستیابی به مطلوب‌ترین برآیندهای سلامتی است به گونه‌ای که خدمات ارائه شده مثمرثمر، کارا و به صرفه باشد[۲و۶]. نتایج یک مرور سیستماتیک چالش‌های بهبود کیفیت مراقبت‌های پرستاری در ایران را ضعف آموزشی، مدیریتی، حجم کاری بالای پرستاران، استرس جسمی و روانی پرستاران و قدیمی بودن روش تقسیم کار شناسایی کردند[۶]. کیفیت ساختار پیچیده‌ای از ارزش‌ها، عقاید و نگرش‌های افرادی است که در نظام مراقبت‌های سلامتی در تعامل با یکدیگر هستند. نتایج یک مطالعه کیفی نشان داد تضمین کیفیت آموزش برای متخصصان آینده پرستاری برای حفظ سلامت جمعیت و توسعه اجتماعی- اقتصادی ضروری است و برای بهبود آن باید شیوه‌های بالینی ارتقاء یابند و برنامه درسی نظری مورد باز نگری قرار گیرند[۷].

مراقبت به عنوان یک جزء اساسی در زمینه خدمات بهداشتی درمانی به حساب می‌آید بنابراین باید به آن توجه ویژه داشت[۲]. پرستاری در بخش مراقبت ویژه یکی از بالاترین تخصص‌های پرستاری است و بیش از نیم قرن است که در کشورهای متعدد پایه گذاری شده است و هدف آن مراقبت تخصصی با پیشرفته-ترین امکانات از بیمارانی است که زندگیشان در خطر است[۸]. برای بهبود کیفیت مراقبت در بخش‌های ویژه شناسایی مهارت-ها و ارتقاء مهارت‌های مورد نیاز برای پرستاران ضروری است[۹].

بخش مراقبت ویژه یکی از ارکان ضروری و حیاتی بیمارستان‌ها است که بیماران با وضعیت وخیم را که در معرض خطر مرگ قرار دارند در خود جای می‌دهد. این بخش با ارائه صحیح خدمات درمانی و استفاده بهینه از تجهیزات مدرن پزشکی و بهره‌گیری از کادر مجرب و واجد صلاحیت و تصمیم‌گیری گروهی تیم درمان در مورد بیمار می‌تواند در بازگرداندن سلامت به بیماران بدحال مؤثر باشد. البته باید توجه داشت که کارکردن در بخش مراقبت ویژه استرس بیشتری به پرستاران وارد می‌کند و کیفیت مراقبت آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در کنار این موارد قدرت تصمیم‌گیری، استقلال و مسئولیت پذیری از دیگر شاخص‌های مراقبت با کیفیت در بخش‌های ویژه معرفی شده است[۱۰].

طبق مرور متون به نظر می‌رسد کیفیت مراقبت در مطالعات کمی از منظر بیمار و پرستار مورد بررسی قرار گرفته و با یکدیگر متفاوت بوده است. این تفاوت‌ها می‌تواند متأثر از عواملی هم-چون نوع بخش، باورهای افراد و قوانین باشد. با وجود نظرات متفاوت آنان در خصوص کیفیت مراقبت، آنها در یک چیز مشترک هستند و آن ارائه مراقبت با کیفیت در بخش‌های مراقبت ویژه است[۶] . یکی از راههایی که می‌توان به این تفاوت‌ها و چرایی آنها پاسخ داد بهره‌گیری از پژوهش‌هایی با رویکرد کیفی است. بنابراین مطالعه حاضر با هدف تبیین تجارب پرستاران از کیفیت مراقبت پرستاری در بخش‌های مراقبت ویژه انجام شد.

روش‌ها

در این مطالعه کیفی از روش تحلیل محتوا استفاده شد. در تحلیل داده‌ها از روش پیشنهادی گرانیهایم و لاندمن (Lundman, Graneheim) بهره گرفته شد. به این ترتیب که ابتدا متن مصاحبه‌ها بازخوانی شد، سپس کدگذاری انجام شد، کدها مقایسه شدند و بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌های معنایی کدها، زیر طبقات و در نهایت طبقات شناسایی شدند. گردآوری و تحلیل داده‌ها همزمان و در شش ماهه اول ۲۰۱۸ صورت گرفت. پرستاران به شیوه هدفمند وارد مطالعه شدند. ملاک انتخاب مشارکت‌کنندگان، داشتن حداقل مدرک

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

کارشناسی، داشتن حداقل یک سال سابقه کار در بخش مراقبت ویژه و تمایل به برقراری ارتباط با پژوهشگر بود.
بر این اساس، ۱۵ پرستار در مطالعه شرکت کردند. مکان مطالعه، بخش‌های مراقبت ویژه بزرگسالان دو بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زاهدان(علی ابن ابیطالب و خاتم الانبیا) بودند.
جهت گردآوری داده‌ها از مصاحبه‌های فردی، نیمه‌ساختار یافته به مدت ۳۰ تا ۴۵ دقیقه استفاده شد. زمان و محل مصاحبه برای اینکه اختلال در کار پرستار ایجاد نکند در ساعاتی غیر از شیفت کاری و در محلی که پرستار تمایل داشت(پارک، محل کار پژوهشگر) انجام شد. با هر پرستار یک مصاحبه انجام شد. مصاحبه‌ها با استفاده از Voice Recorder ضبط شد.
در مصاحبه ابتدا یک سؤال کلی مبنی بر این که "مراقبت در بخش مراقبت‌های ویژه چگونه مراقبتی است؟" و در ادامه سؤالاتی هم‌چون" در طول یک شیفت کاری چه مراقبت‌های پرستاری برای بیمار آی سی یو انجام می‌دهید؟ " و " از نظر شما چگونه می‌توان مراقبت با کیفیت انجام داد؟ "پرسیده شد و جهت دستیابی به اطلاعات بیشتر مصاحبه با سؤالات کنکاشی همانند" در این رابطه منظور شما چیست" و یا " در این رابطه بیشتر توضیح دهید؟" ادامه می‌یافت. مصاحبه‌ها تا اشباع داده‌ها یعنی تا زمانی که کدهای جدید بدست نیامد، ادامه یافتند.
برای اطمینان از صحت داده‌ها از معیارهای چهارگانه لینکن و گوبا(Lincoln,Guba) استفاده شد[۱۱].
به منظور اعتبار(Credibility) درگیری مداوم با موضوع و داده‌ها وجود داشت. از نظرات تیم تحقیق درباره روند انجام مصاحبه‌ها و تحلیل داده‌ها استفاده شد. متن مصاحبه‌ها و یافته‌ها نیز در اختیار برخی از پرستاران شرکت‌کننده در تحقیق قرار داده شد.
جهت اعتماد(Dependability)، از نظرات یک ناظر خارجی به عنوان محققی که با متدولوژی تحقیق کیفی آشنایی داشت ولی عضو گروه تحقیق نبود، استفاده شد که در مورد نتایج توافق حاصل بود. برای تأییدپذیری(Conformability) نیز کلیه فعالیت‌های صورت گرفته ثبت شده و گزارشی از فرآیند تحقیق تهیه شد. جهت انتقال پذیری(Transferability) نیز نتایج با ۲ نفر از پرستاران خارج از مطالعه که شرایطی مانند شرکت‌کنندگان داشتند، در میان گذاشته شد که داده‌ها مورد تأیید آنان نیز بود.

قبل از گردآوری داده‌ها، اهداف پژوهش به مشارکت کنندگان توضیح داده شد و پس از کسب رضایت آگاهانه کتبی، نسبت به ضبط مصاحبه اقدام شد. هم‌چنین رازداری و آزادی مشارکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش یا خروج از آن، محرمانه بودن اطلاعات رعایت شد.

نتایج

در این مطالعه ۱۵ پرستار شرکت کردند. مصاحبه‌ها با یک سوپروایزر، سه سرپرستار و یازده پرستار با سابقه کار بالینی ۲ تا ۲۹ سال انجام شد. از بیانات مشارکت‌کنندگان ۲۹۰ کد استخراج شد. این کدها پس از چند بار مرور و خلاصه‌سازی بر اساس تشابه و تناسب طبقه‌بندی شدند. از معنای درونی کدها با تحلیل و مقایسه مداوم سه طبقه اصلی"ماهیت کاری بخش"،"مراقبت ایمن" و "مراقبت غیر ایمن" به همراه ۶ زیر طبقه پدیدار شد(جدول۱).

الف. ماهیت کاری بخش: ماهیت بخش‌های مراقبت ویژه نشان می‌دهد بخش آی سی یو با ویژگی‌هایی هم‌چون شرایط کاری بخش و ساختار بخش بر روی نحوه مراقبت از بیمار تأثیر گذار است. نمونه‌ای از نقل قول مشارکت کنندگان در خصوص شرایط کاری ارائه می‌شود. *" ... به عنوان نمونه پرستاری که در بخش اورتوپدی کار می‌کند حجم کارش کمتر است منظورم این است که کمتر با بیمار ارتباط دارد ولی ما پرستارانی که در بخش آی سی یو کار می‌کنیم بیشتر ساعت شیفت بر بالین بیمار هستیم حتی دانشجویان پرستاری به ما این گونه بازخورد دادند که پرستارهای سایر بخش‌ها توی ایستگاه پرستاری هستند و فقط به بیمارها دارو می‌دهند اما شما در این بخش دائم بالای سر بیمار هستید و مراقبت‌های مختلفی برای بیمار انجام می-دهید"* (پرستار۲)
مشارکت کننده دیگری چنین گفت: *آی سی یو بخشی است که تجربه کار در این بخش با بقیه بخش‌ها خیلی متفاوت است. بیماران ممکن است یک تا یک ماه و نیم در بخش بمانند بنابر این ما باید خیلی استریل و تمیز نسبت به سایر بخش‌ها مراقبت کنیم. اما وقتی بیمار ما داره حالش بهتره می‌شه متأسفانه یک مشکل مثل سپسیس مطرح می‌شود و باید یه درمان دیگه برای بیمار شروع کنیم. این موارد در بخش‌های دیگه کمتر رخ می-دهد"* (پرستار۴)
مشارکت کننده دیگری در خصوص ساختار بخش چنین گفت: *"برای کار در آی سی یو لازم است پرستار یک سری مهارت-های خاص را یاد بگیرید. متأسفانه یک عیب بزرگ که در ساختار آموزشی این بخش است اکثر افرادی که در بخش کار می‌کنند دوره آموزش کار در بخش مراقبت‌های ویژه را ندیده‌اند، هر پرستار تازه کاری که وارد این بخش می‌شود ابتدا از او می-خواهند۱۰ روز اول را شیفت صبح بیاید تا آموزش ببیند ولی اینقدر حجم کار زیاد است که پرسنل فرصت نمی‌کنند به این فرد جدید آموزش دهند. این می‌شود برنامه آموزشی بخش تخصصی!!!..."* (پرستار۱)

ب. مراقبت ایمن: مراقبت ایمن در شرایط رعایت استانداردها و فراهم بودن شرایط بهینه امکان پذیر است. پرستاران مشارکت

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

جدول۱: طبقات و زیر طبقات شناسایی شده در مراقبت از بیمار ان در بخش مراقبت‌های ویژه

طبقات	زیر طبقات	کدهای هدایت کننده
ماهیت کاری بخش	شرایط کاری بخش	شرایط کاری بخش
		ماهیت بخش آی سی یو
		برخورداری از امکانات
		ماهیت متفاوت بخش آی سی یو
		توانایی کار باکمبودها و نواقص
		ارتباط با بستگان بیماران بیهوش
		ارائه برنامه‌های آموزشی ضمن خدمت
	ساختار بخش	انجام کارهای روتین
		مدیریت اجرای پروسیجرها
		اولویت‌بندی کارها
		استاندارد نبودن ساختار بخش
		ساعات ملاقات تأخیر در انجام کارهای بیمار
		تقسیم ناعادلانه بیمار منجر به مراقبت کم از بیمار
مراقبت ایمن	رعایت استانداردها	مراقبت بیمار محور
		نظارت پزشک مساوی با مراقبت بهتر
		ارزشیابی توسط مافوق کمک به بهبود مراقبت
		تعامل خوب پزشک و پرستار یعنی استفاده بهتر
		از افراد آموزش دیده
		کنترل وسایل مورد نیاز
		ثبت اقدامات پرستاری
	شرایط بهینه	انجام کار تیمی در امر مراقبت
		داشتن وجدان کاری
		انتخاب بیمار بر اساس نظر پرستار مراقب
		تشخیص اولویت‌ها
		انجام پروسیجرهای مراقبتی بر اساس نیاز بیمار
		مراقبت از بیمار پر کار توسط فرد با تجربه
		ارتباط خوب مافوق تأثیرگذار بر امر مراقبت
		استفاده ار تجارب برای ارائه خدمات بهتر
		همکاری در شیفت
مراقبت غیر ایمن	سهل انگاری	عفونت به دلیل عدم رعایت پرسنل
		عدم رعایت شستشوی دست در مراقبت از چند بیمار
		مراقبت ناکافی به دلیل کمبود وقت
		مراقبت ناکافی به دلیل حجم زیاد کار
		عدم رعایت استانداردها
		کمبود وقت، سرپوشی برای سهل انگاری
		ویزیت نامنظم پزشکان
	ناآگاهی	دانش نظری کم پرسنل
		استفاده از کارکنان آموزش ندیده
		دانش کم در امر مراقبت
		انجام کار توسط افراد غیر مسئول
		استفاده از پرسنل ناآگاه
		توجه به مسائل با اولویت کمتر

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

پرستار در بخش مسئولیت یک بیمار را داشته باشد مثل مطالب علمی که تو کتاب‌های پرستاری نوشته شده‌است. به عنوان مثال بیان یک ماه این کار را عملی کنند اون وقت می‌شه گفت چقدر روی جواب کشت‌های مثبت بیماران تأثیرگذار بوده است. واقعاً اگه کیس متد در بخش آی سی یو کار کنیم عفونت‌ها اتفاق نمی افتد و کاهش پیدا می‌کنه"(پرستار۳)

پرستار دیگری چنین گفت:"*در دوران دانشجویی دروس تئوری را خوب یاد می‌گیریم اما این برای کار در آی سی یو کافی نیست برای کار در این بخش لازم است که دوره آموزش تخصصی را پرستار پشت سر بگذراند در غیر این صورت آن فرد معیارهای کار در بخش آی سی یو را ندارد. من تنها واحدهای درسی کارشناسی پرستاری را گذراندم و فکر می‌کنم که این مقدار کافی نیست تا من بتوانم همه اقدامات درمانی را که لازم است در آی سی یو انجام شود را انجام دهم و یا بتوانم مستقل عمل کنم. نیاز به آموزش تکمیلی از استانداردهای کار در این بخش است*"(پرستار۱۱)

پرستار دیگری چنین گفت:"*تقسیم کار توسط مسئول بخش انجام می‌شود اون حواسش هست و بیمار پرکار آی سی یو را به پرستاری می‌دهد که تجربه کافی دارد و سریع می‌تواند کارهای مریض را انجام دهد، قدرت تصمیم‌گیری خوبی دارد فوری تصمیم می‌گیرد برای بیمار چه کاری باید انجام شود. با این شیوه کارهای بیماران و بخش با سرعت بیشتر و کیفیت بهتری انجام می‌شود*"(پرستار۱۴)

ج. مراقبت غیر ایمن: مراقبت غیر ایمن طبقه‌ای است که در امر مراقبت از بیمار با خصوصیاتی هم‌چون سهل‌انگاری و ناآگاهی اتفاق می‌افتد. پرستاری در خصوص سهل‌انگاری چنین گفت:"*ما توی بخش آی سی یو با کمبود وقت برای انجام کارها مواجهیم و می‌خواهیم کارها سریع‌تر انجام شود مثلاً چون سه تا بیمار داریم و نمی‌شود به همه کارها برسیم، سهل‌انگاری اتفاق می‌افتد. مثلاً ساکشن بیمار انجام می‌شود در کنار آن انتقال عفونت هم به دلیل سهل‌انگاری در شستن دست برای بیمار اتفاق می‌افتد*"(پرستار۵)

پرستار دیگری در خصوص سهل‌انگاری چنین گفت:" *گاهی اوقات پرسنل برای انتقال بیمار نداشتیم بنابراین از همراه بیمار کمک می‌گرفتیم، خب این کار خیلی پر استرس و درد سرساز بود. ممکن بود لوله بیمار حین انتقال خارج شود که این اتفاق بعضی مواقع اتفاق می‌افتاد خب همراهی آموزش ندیده‌است حتی متوجه حساسیت ماجرا هم نمی‌شود که خروج لوله‌های بیمار در اون موقعیت می‌تواند منجر به مرگ بیمار شود. همه این دردسرها از سهل‌انگاری بوجود می‌آمد*"(پرستار۱۵)

پرستار دیگری در خصوص ناآگاهی چنین گفت:" *تغییر پوزیشن در بخش آی سی یو توسط کمک بهیار انجام می‌شود اما وقتی بیمار زخم داشته باشد پرستار پانسمان زخم را انجام می‌دهد. در موقع تغییر پوزیشن بیمار، لازم است ماساژ پشت انجام شود اما این کار توسط کمک بهیار انجام نمی‌شود آنها اصلاً نمی‌دانند چرا باید این کار را انجام بدهند. پرستاران هم به علت کار زیاد، نظارتی بر کار آنها ندارند و تنها زمانی نظارت می‌کنند که بیمار زخم داشته باشه و لازم باشد پانسمان انجام شود*"(پرستار۹)

بحث

این مطالعه با هدف تبیین تجربه پرستاران از روند مراقبت پرستاری در بخش‌های مراقبت‌های ویژه انجام شد. از تحلیل داده‌ها سه طبقه"ماهیت‌کاری بخش"،"مراقبت‌ایمن"و" مراقبت غیر ایمن" استخراج شد. یافته‌ها نشان دهنده عواملی است که در امر مراقبت از بیماران در بخش‌های مراقبت‌های ویژه نقش دارند.

"ماهیت کاری بخش" در روند مراقبت نقش واضحی داشت و به عنوان یک طبقه از داده‌ها استخراج شد. نتایج سایر مطالعات نیز نشان دادند ماهیت بخش نقش مهمی در ارائه مراقبت با کیفیت دارد. این یافته هم‌سو با مطالعه نوبهار و همکاران (۲۰۱۴) بود که نشان داد ساختار بخش و امکانات آن بر کیفیت مراقبت تأثیر دارد[۱۲]. یافته‌های مطالعات با رویکرد کمی نیز نشان دادند امکانات بخش‌های ویژه در کیفیت مراقبت از بیمار نقش دارند. نتایج مطالعه‌ای که در بخش‌های مراقبت ویژه استان مازندران انجام شده‌بود نشان داد، میانگین بار کاری پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه در هر سه نوبت کاری بالا بوده‌است[۱۳]. مرور مطالعات نشان داد بار کاری در کشورهای متفاوت برای پرستاران بخش‌های ویژه با درجات متفاوت وجود دارد[۱۴]. هم‌چنین مطالعه‌ای در کشور برزیل انجام شده بود نشان داد بار کاری بیماران ترومایی در بخش‌های مراقبت ویژه با بیماران تنفسی متفاوت است[۱۵]. نتایج مطالعه ادیب حاج باقری(۲۰۱۸) در مورد ماهیت بخش‌های مراقبت ویژه نشان داد در این بخش‌ها مراقبت مستقیم بیش از مراقبت غیرمستقیم است[۱۶]. در همین راستا نتایج مطالعه‌ای Om Hashem و همکاران(۲۰۱۳)نشان داد برای حفظ پرستاران در بخش‌های ویژه باید به بار کاری آنها توجه شود[۱۴]. مطالعه فلاحیان و همکاران(۲۰۱۳) نشان داد ساختار بخش مراقبت‌های ویژه در بعد ساختاری کمتر از حد مطلوب استاندارد بوده است و پیشنهاد داد ارتقاء استانداردهای ساختاری ضامن ارتقاء کیفیت و عملکرد بهینه در بخش‌های مراقبت ویژه خواهد بود[۱۷]. دلیل اختلاف بار کاری در کشورها و بخش‌های مراقبت ویژه مختلف، می‌تواند به نسبت پرستار به بیمار در هر نوبت کاری، مشخصات بیماران و نوع بیماران بستری و قوانین و مقررات حاکم بر نحوه ارائه خدمات درمانی و مراقبتی کشورها مرتبط باشد.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

"مراقبت ایمن" با دو زیر طبقه رعایت استانداردها و مراقبت بهینه طبقه دیگر مطالعه حاضر است. یافته‌های مطالعه‌ای نشان داد مراقبت ایمن در بخش مراقبت‌های ویژه در حد متوسط قرار داشته است. در این مطالعه بین بعد ایمنی جسمی و مهارت پرستار ارتباط معناداری وجود داشت[۱۸]. این یافته تأییدکننده نقش مراقبت ایمن در کیفیت مراقبت است. در راستای مراقبت ایمن مطالعه مرزبان و همکاران(۲۰۱۳) نشان داد ایمنی در بخش مراقبت‌های ویژه کمتر از حد انتظار بوده است. در این مطالعه آشنایی و مسئولیت‌پذیری گروه بالینی، مدیران و کارکنان بیمارستانی در قبال ایمنی بیماران پایین بود و ریشه بسیاری از آسیب‌ها و رویدادهای ناخواسته در بخش مراقبت ویژه، به مسایل سازمانی و مدیریتی بر می‌گشت[۱۹]. نتایج مطالعه بیات منش و همکاران(۲۰۱۹) نشان داد ارائه مراقبت‌های پرستاری مرتبط با ایمنی بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه با استانداردها فاصله دارد و انجام حسابرسی‌های منظم و تلاش در جهت ارتقاء فرآیندهای مراقبتی توسط مدیران و انجام اصلاحات برای بهبود عملکرد کارکنان ضروری است[۲۰]. هم‌چنین یافته‌ها نشان داد در بخش مراقبت‌های ویژه عملکرد پرستاران در مراقبت ایمن نقش دارد[۱۸،۲۱]. نتایج مطالعات نشان می‌دهند شرط اول برای داشتن مراقبت ایمن در بخش‌های مراقبت ویژه رعایت استانداردها است و اگر این شرایط در این بخش‌ها فراهم نشود مراقبت بهینه و به دنبال آن کیفیت مراقبت، پایین خواهد بود.

"مراقبت غیر ایمن" با دو زیر طبقه سهل انگاری و ناآگاهی طبقه‌ای نا متمایز با دیگر طبقات مطالعه حاضر است. یافته‌های مطالعه‌ای نشان داد در مراقبت غیر ایمن خطاها نقش مهمی دارند و در اکثر موارد در مواجهه با خطا پاسخ‌های غیر تنبیهی وجود دارد و در صورتی که به خطای پرستار واکنش مناسبی نشان داده نشود خطا مجدد اتفاق خواهد افتاد[۲۲،۲۱]. مطالعه دیگری در رابطه با عوامل تأثیرگذار در مراقبت غیر ایمن به مواردی هم‌چون آگاهی ناکافی پرستاران از نحوه دارو دادن ایمن، فشار کاری زیاد، وجود فرهنگ نادرست ایمنی در بخش‌ها و سیاستگذاری نامناسب در تأمین ایمنی بیماران اشاره داشت[۲۳].

یافته‌ها نشان داد کار گروهی در بخش‌های مراقبت ویژه از بسیاری از خطاها جلوگیری می‌کند. در کار گروهی مستقیماً بر عملکرد، آگاهی و دانش فرد نظارت می‌شود[۲۴]. کار گروهی در بخش‌های مراقبت ویژه نه تنها برای کاهش خطا و پیشگیری از سهل انگاری بلکه در ارتقاء دانش و کسب مهارت پرستاران اقدام مؤثری می‌تواند باشد. در راستای مراقبت ایمن و غیر ایمن باید گفت که بین فرهنگ ایمنی و رفتار حرفه‌ای پرستار ارتباط وجود دارد[۲۵]. هر جا پرستار حرفه‌ای عمل کند برای بیمار مراقبت ایمن فراهم می‌شود و در جایی که پرستار حرفه‌ای عمل نکند مراقبت غیر ایمن اتفاق می‌افتد. زیر طبقات این مطالعه نیز نشان دادند که سهل انگاری و ناآگاهی پرستار ویژگی‌های غیر حرفه ای عمل کردن است و بدنبال آن خطا و مراقبت غیر ایمن اتفاق می‌افتد.

طبقات حاصل از این مطالعه کیفی نشان دادند در روند مراقبت از بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه ماهیت کاری بخش، مراقبت ایمن و غیر ایمن نقش دارند. در واقع یافته‌ها نشان دادند برای اینکه بتوان مراقبت با کیفیت ارائه داد باید ضمن اینکه به شرایط کاری و ساختار بخش توجه شود، استانداردها و شرایط بهینه نیز باید رعایت شوند و از کنار سهل‌انگاری و ناآگاهی پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه نباید بی تفاوت گذشت.

محدودیت‌های پژوهش

از محدودیت‌های این مطالعه همانند سایر مطالعات کیفی می‌توان به عدم تعمیم‌دهی نتایج اشاره کرد با این وجود به نظر پژوهشگر بخش‌های مراقبت ویژه وابسته به دانشگاههای علوم پزشکی کشور از ساختار و امکانات تقریباً مشابهی برخوردارند لذا نتایج این مطالعه با احتیاط قابل تعمیم‌دهی است. بنابراین پیشنهاد می‌شود مسئولین رده بالای پرستاری برای اصلاح ساختار و موانع موجود در بخش‌های مراقبت‌های ویژه با رویکردی مبتنی بر شواهد از نتایج حاصل از این مطالعه بهره‌مند شوند.

تشکر و قدرانی

این مطالعه با کد اخلاق IR.ZAUMS.REC.1394.426 در دانشگاه علوم پزشکی زاهدان به ثبت رسیده است. نویسندگان مقاله از پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه که با مشغله فراوان در این پژوهش شرکت کردند کمال تشکر را دارند.

تعارض منافع: هیچ‌گونه تضاد منافعی بین نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

منابع

1. Zabolypour S, Dastan K, Ghorbani S, Anbari A, Mohammadi S. Investigating the Quality of Caring Behaviors of Nurses and Patient Satisfaction in Shahid Beheshti Hospital of Yasuj. J Res Dev Nurs Midwifery. 2017;13(1):25-31.

2. Negarandeh R, Mohammadi S, Zabolypour S, Arazi Ghojegh T. Relationship between quality of senior nursing students' caring behaviors and patients' satisfaction. Journal of hayat. 2012;18(3):10–21.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

3. Whittingham K, Barnes S, Gardiner C. Tools to measure quality of life and career burden in informal careers of heart failure patients: a narrative review. Palliat Med. 2013;27(7):596-607.
4. Martin B, Reneau K. How Collaborative Practice Agreements Impede the Administration of Vital Women's Health Services. J Midwifery Womens Health. Jmwh. 2020;11(10):11.
5. Rezaei S, Hajizadeh M, Zandian H, Fathi A, Nouri B. Service quality in Iranian hospitals: A systematic review and meta-analysis. Med J Islam Repub Iran. 2018 11;32:59.
6. Taghadosy M, Hosieini F. Challenges for Improving the Quality of Nursing Care in Iran: A Systematic Review. SJNMP. 2018;4(1):6-16.
7. López- Entrambasaguas OM, Calero- García MJ, Díaz- Meco- Niño AM, Martínez- Linares JM. Quality Assurance in Nursing Education: A Qualitative Study Involving Students and Newly Graduated Nurses. Int J Environ Res Public Health. 2019 Dec 29;17(1).
8. McCleery E, Christensen V, Peterson K, et al. Evidence Brief: The Quality of Care Provided by Advanced Practice Nurses. 2014 Sep. In: VA Evidence Synthesis Program Evidence Briefs [Internet]. Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US);2011.
9. Kaldan G, Nordentoft S, Herling SF, Larsen A, Thomsen T, Egerod I. Evidence characterising skills, competencies and policies in advanced practice critical care nursing in Europe: a scoping review protocol. BMJ Open. 2019; 9(9):e031504.
10. Kerr L, Macaskill A. Advanced Nurse Practitioners' (Emergency) perceptions of their role, positionality and professional identity: A narrative inquiry. J Adv Nurs. 2020;76(5):1201-1210.
11. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today. 2004;24(2):105–112.
12. Nobahar M. Care Quality in Critical Cardiac Units from Nurses Perspective: A Content analysis. J Qual Res Health Sci. 2014;3(2):149-161.
13. Alizadeh M, Heidari Gorji M A, Khalilian A R, Esmaeili R. Assessment of Nursing Workload and Related Factors in Intensive Care Units Using the Nursing Activities Score. J Mazandaran Univ Med Sci. 2015;24(122):147-57.
14. Om Hashem Gomaa Ragab, Mohamed Ali Mohamed Al Torky and Samah Mohamed Abdalla. Nurses' Workload and its' Impact on Productivity in Trauma and Post-Operative Intensive Care Units at Assiut University Hospital. J Am Sci. 2013;9(12):927-39.
15. Lilia de Souza Nogueira, Cristiane de Alencar Domingues , Renato Se´ rgio Poggetti , Regina Marcia Cardoso de Sousa. Nursing Workload in Intensive Care Unit Trauma Patients: Analysis of Associated Factors. Plos one. November 2014;(11):112-125.
16. Adib-Hajbaghery M, Ahmadishad M. Assessing the time of direct and indirect nursing care in coronary care units and related factors in Shahid Behesti Hospital of Kashan in 2016. J Neyshabur Univ Med Sci. 2018;6(3):13-25.
17. Falahinia G, zareian A, oshvandi K, farhanchi A, moghimbigi A. Comparison of intensive care units Structural Standards . 3. 2013; 5 (4):222-227.
18. Kalantari M, Sajadi SA, Pishgooi SAH. Evaluation of Nurses 'Performance from Nurses' Viewpoints on Providing Safe Care to Patients in AjA Hospitals in 2018. MCS. 2019; 5(3):173-181.
19. Marzban S, Maleki M, Nasiri pour A, Jahangiri K. Assessment of patient safety management system in ICU. J Qazvin Univ Med Sci. 2013;17(5):47-55.
20. Bayatmanesh H, Zagheri Tafreshi M, Manoochehri H, Akbarzadeh Baghban A. Patient Safety Observation by Nurses Working in the Intensive Care Units of Selected Hospitals Affiliated to Yasuj University of Medical Sciences. Iran South Med J. 2019;21(6):493-506.
21. Arshadi Bostanabad M, Jebreili M, kargari rezapour M. Assessment of Nursing Safe Performance in Neonatal Intensive Care Units of Tabriz. JPEN. 2015;1(2):49-60.
22. Farzi S, Moladoost A, Bahrami M, Farzi S, Etminani R. Patient Safety Culture in Intensive Care Units from the Perspective of Nurses: A Cross-Sectional Study. Iran J Nurs Midwifery Res. 2017; 22(5):372-376.
23. Kalroozi F, Joolaee S. Safety in Pediatric Intensive Care Units in Iran: An Integrative Review. IJN. 2018; 31 (112):6-19.
24. Torka beydokhti M, Hajinabi K, Jahangiri K. The Relationship between the Patient's Safety and Nurses' Team Working in Surgical and Intensive Care Units in Gilan Province Selected Hospitals. Manage Strat Health Syst. 2018;3(1):33-43.
25. Jabbari F , Ooshaksaraie M, Azadehdel MR , Mehrabian F. Relationship between patient safety culture and professional conduct of nurses in context of clinical governance implementation. Journal of Holistic Nursing and Midwifery.2014; 25(77): 27-33.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]