

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

Nasrin Rezaee¹, Alireza Salar^{1*}, Aliakbar Keykha²

- * 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.

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

نسرين رضائي^۱، عليرضا سالار^{۱*}، على اکبر کيخا^۲

۱. مرکز تحقیقات پرستاری جامعه، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

۲. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

نویسنده مسؤول: 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 تجارت پرستاران از نحوه مراقبت پرستاری در بخش‌های مراقبت‌های ویژه انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه کیفی به روش تحلیل محتواهی 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 ماهیت کاری بخش‌های مراقبت ویژه باید به نقش مراقبت ایمن توجه داشت.

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

مقدمه

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 پیشرفت‌ترین امکانات از بیمارانی است که زندگیشان در خطر است^[۸]. برای بهبود کیفیت مراقبت در بخش‌های ویژه شناسایی مهارت‌ها 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 م梗ب و واجد صلاحیت و تصمیم‌گیری گروهی تیم درمان در مورد بیمار می‌تواند در بازگرداندن سلامت به بیماران بحال 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 می‌توانند متأثر از عواملی هم‌چون 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 تجارت 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 گرانهایم 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

مراقبت همه جانبی 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^[۱۱]. 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 داشت مورد نیاز در جهت مراقبت با کیفیت توجه داشته است^[۳].

در یک مراقبت با کیفیت پرستاران باید بتوانند با تلفیق مهارت‌های 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 می‌شود^[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 مضمثمر، کارا و به صرفه باشد^[۷]. 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 کردن^[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].

نتایج

در این مطالعه ۱۵ پرستار شرکت کردند. مصاحبه‌ها با یک سوپروایزر، سه سرپرستار و یا زده 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 (جدول ۱).

الف. ماهیت کاری بخش: ماهیت بخش‌های مراقبت ویژه نشان می‌دهد بخش آئی سی یو با ویژگی‌هایی همچون شرایط کاری بخش و ساختار بخش بر روی نحوه مراقبت از بیمار تأثیر گذار است. نمونه‌ای از نقل قول مشارکت‌کنندگان در خصوص شرایط کاری ارائه می‌شود. "... به عنوان نمونه پرستاری که در بخش اوتوفوپدی کار می‌کند حجم کارش کمتر است منظورم این است که کمتر با بیمار ارتباط دارد ولی ما پرستارانی که در بخش آئی 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 می‌دهید" (پرستار ۲)

مشارکت‌کننده دیگری چنین گفت: آئی سی یو بخشی است که تجربه کار در این بخش با تجربه 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 به درمان دیگه برای بیمار شروع کنیم. این موارد در بخش‌های دیگه کمتر رخ می‌دهد" (پرستار ۴)

مشارکت‌کننده دیگری در خصوص ساختار بخش چنین گفت: "برای کار در آئی سی یو لازم است پرستار یک سری مهارت‌های خاص را باید 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 می‌خواهند ۱۰ روز اول را شیفت صبح بیاید تا آموزش ببیند ولی اینقدر حجم کار زیاد است که پرسنل فرصت نمی‌کند به این فرد جدید آموزش دهن. این می‌شود برنامه آموزشی بخش تخصصی!!!!" (پرستار ۱)

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

کارشناسی، داشتن حداقل یک سال سابقه کار در بخش مراقبت ویژه و تمايل 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 الانبیاء) 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 ساعتی غیر از شیفت کاری و در محلی که پرستار تمايل 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 آئی 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 سوالات 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 گوبال (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 مشارکت‌کنندگان 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، محترمانه بودن اطلاعات رعایت شد.

جدول ۱: طبقات و زیر طبقات شناسایی شده در مراقبت از بیمار ان در بخش مراقبت‌های ویژه

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

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 باشد و لازم باشد پансمان انجام شود" (پرستار^۹)

بحث

این مطالعه با هدف تبیین تجربه پرستاران از روند مراقبت پرستاری در بخش‌های مراقبت‌های ویژه انجام شد. از تحلیل داده‌ها سه طبقه "ماهیت کاری 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 شده بود نشان داد، میانگین بار کاری پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه در هر سه نوبت کاری بالا بوده است [۱۳]. مرور مطالعات نشان داد بار کاری در کشورهای متفاوت برای پرستاران بخش‌های ویژه با درجات متفاوت وجود دارد [۱۴]. همچنین مطالعه‌ای در کشور بزریل انجام شده بود نشان داد بار کاری بیماران تروما بی 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 ضمن 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.

پرستار در بخش مسئولیت یک بیمار را داشته باشد مثل مطالب علمی که توکتاب‌های پرستاری نوشته شده است. به عنوان مثال بیان یک ماه این کار را عملی کنند اون وقت می‌شه گفت چقدر روی جواب کشت‌های مشیت بیماران تأثیرگذار بوده است. واقعاً اگه کسیس متند در بخش آی سی بیو کار کنیم عفوونت‌ها اتفاق نمی‌افتد و کاهش پیدا می‌کنه" (پرستار^{۱۰})

پرستار دیگری چنین گفت: "در دوران دانشجویی دروس تئوری را خوب یاد می‌گیریم اما این برای کار در آی سی بیو 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 بیو 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 بیو انجام شود را انجام دهم و یا بتوانم مستقل عمل کنم. نیاز به آموزش تکمیلی از استانداردهای کار در این بخش است" (پرستار^{۱۱})

پرستار دیگری چنین گفت: "تضمیم کار توسط مسئول بخش انجام می‌شود اون حواسش هست و بیمار پرکار آی سی بیو را به پرستاری می‌دهد که تجربه کافی دارد و سریع می‌تواند کارهای مرضی را انجام دهد، قدرت تضمیم‌گیری خوبی دارد فوری تضمیم می‌گیرد برای بیمار چه کاری باید انجام شود. با این شیوه کارهای بیماران و بخش با سرعت بیشتر و کیفیت بهتری انجام می‌شود" (پرستار^{۱۲})

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 بیو با کمبود وقت برای انجام کارها مواجهیم و می‌خواهیم کارها سریع‌تر انجام شود مثلاً چون سه تا بیمار داریم و نمی‌شود به همه کارها بررسیم، سهل‌انگاری اتفاق می‌افتد. مثلاً ساکشن بیمار انجام می‌شود در کنار آن انتقال عفوونت هم به دلیل سهل‌انگاری در شستن دست برای بیمار اتفاق می‌افتد" (پرستار^{۱۳})

پرستار دیگری در خصوص سهل‌انگاری چنین گفت: "گاهی اوقات پرسنل برای انتقال بیمار نداشتم بنا بر این 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 می‌افتد خب همراهی آموزش ندیده است حتی متوجه حساسیت ماجرا هم نمی‌شود که خروج لوله‌های بیمار در اون موقعیت می‌تواند منجر به مرگ بیمار شود. همه این در درسرها از سهل‌انگاری بوجود می‌آمد" (پرستار^{۱۴})

پرستار دیگری در خصوص ناآگاهی چنین گفت: "تغییر پوزیشن در بخش آی سی بیو توسط کمک بهیار انجام می‌شود اما وقتی بیمار زخم داشته باشد پرستار پансمان زخم را انجام می‌دهد. در

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 حرفه‌ای 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 زاهدان به ثبت رسیده است. نویسنده‌گان 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 نویسنده‌گان 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.

"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 سهل‌انگاری و ناآگاهی طبقه‌ای نا متمایز با دیگر طبقات مطالعه حاضر است. یافته‌های مطالعه‌ای نشان داد در مراقبت غیر ایمن نقش مهمی دارند و در اکثر موارد در مواجهه با خطای پاسخ‌های غیر تبیه‌ی وجود دارد و در صورتی که به خطای پرستار واکنش مناسبی نشان داده نشود خطای 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 خطایها 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 خطای و پیشگیری از سهل‌انگاری بلکه در ارتقاء دانش و کسب مهارت پرستاران

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.* 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, Hosseini 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, Esmaeli 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 Beheshti 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, Pishgoor 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.