J Crit Care Nurs. 2023 SEP;16(3):31-40

10.30491/JCC.16.3.31 **Research Article**

The Relationship between Professional Collaboration and Quality of Nursing Care in Intensive Care Units: A Cross-Sectional Study

Mozhgan Rivaz[1] Banafsheh Tehranineshat*[2]

[1] Department of Nursing, Community Based Psychiatric Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.
[2] Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran

* **Corresponding Author:** Banafsheh Tehranineshat, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran. E-mail: tbanafsheh@yahoo.com

How to Cite: Rivaz M, Tehranineshat B. The Relationship between Professional Collaboration and Quality of Nursing Care in Intensive Care Units: A Cross-Sectional Study. J Crit Care Nurs. 2023;16(2):31-40. doi: 10.30491/JCC.16.3.31

Received: 30 August 2023 **Accepted:** 27 December 2023 **Online Published:** 27 December 2023

Abstract

Background & aim: Professional collaboration is regarded as a major contributory factor in the development of high-quality and safe care. However, only a few studies have explored this factor. The present study has aimed to investigate the relationship between professional collaboration and the quality of nursing care of nurses in Intensive Units (ICUs) of the hospitals affiliated to Shiraz University of Medical Sciences.

Methods: This cross-sectional study was conducted from May 2021 to March 2022 on 330 ICU nurses from large teaching hospitals affiliated to Shiraz University of Medical Sciences. The subjects were selected by stratified random sampling. Data were collected using the Professional Collaboration scale related to Professional Practice Environment Nursing Instrument and the Nursing Care Quality Scale. The P value was set <0.05.

Results: The means of the nurses' ages and work experience were 28.5 ± 4.54 and 7.99 ± 6.51 years respectively. The nurses' mean score for the professional collaboration subscale was 20.47 ± 5.04; their quality of nursing care mean score was 135.94 ± 18.20. The results showed a significant direct correlation between the variables of professional collaboration and the quality of nursing care (r = 0.62, P<0.001). The results of multivariate regression model showed that compared to the other dimensions of nursing care quality, the dimension of ethics-oriented activities was more explained by professional collaboration (ß = 0.39, P<0.001). In addition, the professional collaboration can predict 0.52% of the variance in the quality of nursing care.

Conclusion: According to the findings of this study it can be stated that it is essential that educational programs with an emphasis on professional ethics values be developed to enhance nurses' competence in professional collaboration and quality of care.

Keywords: Professional, Collaboration, Quality of Care, Nursing.

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JCC.16.3.31]

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.

دوره ۱۶، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۲
10.30491/JCC.16.3.31

بررسی ارتباط مشارکت حرفه‌ای با کیفیت مراقبت پرستاری بخش‌های مراقبت ویژه: یک مطالعه مقطعی

مژگان ریواز [۱]، بنفشه تهرانی نشاط*[۲]

[۱] گروه پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های روان جامعه‌نگر، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
[۲] گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران

* **نویسنده مسئول:** بنفشه تهرانی نشاط، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران. پست الکترونیک: tbanafsheh@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۶/۰۸ **پذیرش مقاله:** ۱۴۰۲/۱۰/۰۶ **انتشار مقاله:** ۱۴۰۲/۱۰/۰۶

چکیده

زمینه و هدف: مشارکت حرفه‌ای به عنوان عاملی مهم در توسعه مراقبت با کیفیت و ایمن مطرح شده است ولی در مطالعات اندکی بدان پرداخته شده است؛ لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط مشارکت حرفه‌ای با کیفیت مراقبت پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه مقطعی در ۳۱۰ نفر از پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز به روش نمونه‌گیری طبقه‌بندی مبتنی بر حجم نمونه از خرداد ۱۴۰۰ الی اردیبهشت ۱۴۰۱ انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل زیرمقیاس مشارکت حرفه‌ای از پرسشنامه محیط عملکرد حرفه‌ای پرستاری ریواز و همکاران و مقیاس کیفیت مراقبت پرستاری کوی و همکاران بود. سطح معنی‌داری ($P<۰/۰۵$) در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین سنی پرستاران ۴/۵۴ ± ۲۸/۵ سال و با میانگین سابقه کار ۶/۵۱ ± ۷/۹۹ سال بود. میانگین نمره زیرمقیاس مشارکت حرفه‌ای ۵/۰۴ ± ۲۰/۴۷ و میانگین نمره کیفیت مراقبت پرستاری ۱۸/۲۰ ± ۱۳۵/۹۴ بود. بین مشارکت حرفه‌ای و کیفیت مراقبت پرستاری ارتباط مستقیم و معنی‌دار ($P<۰/۰۰۱$)، ($R = ۰/۶۲$) وجود داشت. نتایج مدل رگرسیون چند متغیره نشان داد متغیر مشارکت حرفه‌ای پرستاران، بعد رفتارهای اخلاق مدار ($P<۰/۰۰۱$)، ($\beta = ۰/۳۹$) را در مقایسه با سایر ابعاد کیفیت مراقبت ۰/۳۹ پرستاری، بیشتر تبیین کرده و در مجموع متغیر مشارکت حرفه‌ای به میزان ۵۲ درصد تغییرات کیفیت مراقبت پرستاری را پیشگویی کرد.

نتیجه‌گیری: به دلیل ارتباط مستقیم معنی‌دار بین مشارکت حرفه‌ای و کیفیت مراقبت پرستاری ضروری است که برنامه‌ریزی آموزشی با تأکید بر ارزش‌های اخلاقی حرفه پرستاری برای ارتقاء توانایی پرستاران در زمینه مشارکت حرفه‌ای و کیفیت مراقبت پرستاری انجام شود.

کلیدواژه‌ها: مشارکت حرفه‌ای، کیفیت مراقبت، پرستاری، بخش ویژه.

مقدمه

بخش مراقبت ویژه (ICU) یک محیط کاری پیچیده و پر استرس است که به دلیل ماهیت بحرانی بیماران بستری، دستگاهها و تجهیزات پیشرفته مورد استفاده در بخش، نیاز به سرعت عمل پرستاران در مراقبت از بیماران دارد. ماهیت بخش مراقبت ویژه، بر مشارکت و ارتباط پرستاران تأثیر گذاشته و نیاز به مشارکت حرفه‌ای پرستاران در زمینه مراقبت از بیماران، احترام پرستاران به یکدیگر و افزایش اعتماد و تبحر پرستاران دارد [۱].

مشارکت حرفه‌ای در پرستاران، یک ویژگی و تعهد حرفه‌ای پرستاری، و عامل مهمی در ارائه مراقبت‌های سلامتی شناخته شده و راه حل مناسبی برای بسیاری از مشکلات موجود در نظام سلامت و ارائه مراقبت با کیفیت مطلوب است [۲]. لذا

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-18]
[DOI: 10.30491/JCC.16.3.31]

مؤسسه‌های بهداشتی ملزم به طراحی مجدد برنامه‌های خود در جهت آموزش ایمنی و کیفیت مراقبت شدند تا بتوانند نیازهای آموزشی اعضای تیم سلامت را برآورده کنند. بر همین اساس رهبران پرستاری نیز «برنامه آموزش کیفیت و ایمنی برای پرستاران" را طراحی کردند. این برنامه بر آموزش شش مهارت اصلی تمرکز دارد که یکی از این مهارت‌ها «کار تیمی و مشارکت» است [۳].

مشارکت حرفه‌ای در پرستاران، فرآیندی حرفه‌ای است که در طی آن اعضای پرستاری برای دستیابی به یک هدف مشترک گرد هم می‌آیند و برای حل مشکلات مراقبتی بیمار یا سیستم مراقبت بهداشتی، دانش و منابع خود را با احترام به اشتراک می‌گذارند [۴]. مشارکت موثر حرفه‌ای در پرستاری بهترین پیامدها را برای بیماران، پرستاران و سازمان‌ها به دنبال داشته و با بهبود کیفیت مراقبت از بیمار، کاهش مدت زمان بستری شدن، افزایش رضایت شغلی، بهبود عملکرد فردی، بهبود تصمیم‌گیری، کاهش میزان غیبت و تأخیر در کار و بهبود اجزای عملکرد حرفه‌ای مانند هماهنگی، مسئولیت مشترک و نوآوری همراه است [۵]. این در حالی است که مشارکت پرستاری درون حرفه‌ای ناکافی یا ناقص، غالباً منجر به کاهش کیفیت مراقبت و عملکرد می‌شود. مشارکت و ارتباط ناکارآمد تداوم مراقبت را مختل کرده و باعث درمان نامناسب می‌شود. به دنبال ارتباطات ضعیف، بیماران در معرض خطر خطاهای پزشکی و عوارض جانبی قرار می‌گیرند. همچنین انسجام و استمرار مراقبت از بین رفته و احتمال ترک شغل پرستاران افزایش می‌یابد [۵-۷].

پویایی و کیفیت مراقبت پرستاری در بخش‌های مراقبت ویژه یکی از ارکان ضروری و حیاتی بیمارستان‌ها است چرا که بیماران با وضعیت وخیم را که در معرض خطر مرگ قرار دارند در خود جای می‌دهد. بعلاوه در این بخش با ارائه صحیح خدمات درمانی و استفاده بهینه از تجهیزات مدرن پزشکی و بهره‌گیری از کادر مجرب و تصمیم‌گیری گروهی می‌توان در بازگرداندن سلامت به بیماران بدحال مؤثر بود [۸]. ولی شواهد حاکی از آن است کارکردن در بخش مراقبت ویژه استرس زیادی به پرستاران وارد می‌کند و کیفیت مراقبت آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد و عواملی از قبیل مشارکت حرفه‌ای، حمایت و روحیه کار تیمی بر روی نحوه مراقبت از بیمار تأثیرگذار بوده است [۱]. مشارکت حرفه‌ای در بخش‌های مراقبت ویژه عاملی ضروری در سازگاری با مراقبت‌های پیچیده مورد نیاز بیماران مطرح شده است [۸].

نتایج مطالعه آدامز Adams و همکاران (۲۰۱۹) حاکی از آن بود اکثر پرستاران ICU مورد توهین قرار گرفتن، عدم حمایت مافوق، تعارضات درون حرفه‌ای و ارتباطات ضعیف بین همکاران را تجربه کرده بودند و ۷۱ درصد استرس شغلی زیاد و رضایت شغلی پایین را گزارش نمودند [۹]. در مطالعه Sasidharan و Dhillon (۲۰۲۱) خصومت درون حرفه‌ای، فقدان مشارکت حرفه‌ای و فقدان روحیه کمک رسانی، باعث استرس شدید روانی در محل کار شده بود [۱۰]. نتایج مطالعه Attia و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد نمره همکاری پرستار-پرستار اکثر پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه مطلوب نبود که به دلیل درک پایین پرستاران و سرپرستاران از کار تیمی و تا حد زیادی عدم آموزش کار گروهی و عدم حمایت مدیران پرستاری از کار تیمی بیان شد [۱۱].

این در حالی است که یک عنصر ضروری برای انجام مراقبت‌های با کیفیت بالا در بخش‌های مراقبت‌های ویژه مشارکت یا همکاری درون حرفه‌ای بین پرستاران است که تبادل دانش و اطلاعات را تسهیل می‌کند و در نتیجه عملکرد را بهبود می‌بخشد [۱۲]. روابط خوب درون حرفه‌ای پرستار-پرستار نه تنها برای خود پرستاران، بلکه برای بیماران و سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی اهمیت دارد چرا که موجب افزایش رضایت شغلی و تعهد حرفه‌ای و کاهش تمایل به ترک شغل می‌شود [۱۳]. متقابلاً رضایت شغلی پرستاران با رضایت بیماران [۱۴] و افزایش کیفیت مراقبت پرستاری ارتباط دارد [۱۵].

با توجه به افزایش هزینه‌های خدمات بهداشتی و درمانی، ارتقای مداوم کیفیت خدمات پرستاری امری لازم و کنترل کیفیت خدمات پرستاری به منظور افزایش رضایت بیماران ضرورت دارد [۱۶].

امروزه اداره بیماران به همکاری افراد مختلف نیازمند است. تفاوت در دیدگاههای افراد می‌تواند منجر به اداره غیر موثر بیماران شود. ارائه مراقبت ایمن و مؤثر به کار تیمی نیازمند است. ولی شواهد نشان می‌دهد که عملکرد تیمی در بین اعضای تیم سلامت با ضعف‌هایی روبرو است که متعاقباً کیفیت مراقبت پرستاری را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱۷]. با توجه به اینکه مشارکت اعضای تیم مراقبت بهداشتی به عنوان یکی از خصوصیات سازمانی محیط کار [۱۸]، عاملی ضروری برای مراقبت با کیفیت و ایمن از بیماران مطرح شده و بر اهمیت آموزش مشارکت حرفه‌ای تأکید شده است [۱۹] و شواهد محدودی در خصوص ارتباط مشارکت حرفه‌ای و کیفیت مراقبت پرستاری در دسترس است. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط مشارکت حرفه‌ای و کیفیت مراقبت پرستاری در پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شد

روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی بود که در بخش‌های مراقبت ویژه بزرگسالان بیمارستان‌های آموزشی وابسته به

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JCC.16.3.31]

دانشگاه علوم پزشکی شیراز از خردادماه ۱۴۰۰ الی اردیبهشت ۱۴۰۱ انجام شد. جامعه پژوهش را ۳۴۰ نفر از پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه بزرگسالان تشکیل دادند. حجم نمونه بر اساس سطح اطمینان ۹۵ درصد، توان ۸۰ درصد و ریزش ۱۵ درصد و بر اساس مطالعه عسکری و همکاران محاسبه شد [۲۰].

پرستارانی که معیار ورود به مطالعه را داشتند به روش طبقه‌بندی مبتنی بر حجم نمونه و به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل پرستاران با داشتن حداقل یک سال سابقه کار در بخش‌های مراقبت ویژه، پرستاران دارای مدرک لیسانس یا بالاتر، موافقت برای شرکت در مطالعه و نداشتن خستگی به دلیل بارکاری بخش بود. در صورت عدم همکاری در تکمیل پرسشنامه‌ها، خروج از سازمان (ترک بیمارستان) و تغییر بخش (از بخش ویژه به سایر بخش‌ها) نمونه‌های مطالعه از مطالعه خارج شدند. پس از أخذ مجوزهای لازم، پژوهشگر در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های علوم پزشکی شیراز حضور یافت و اهداف پژوهش و نحوه پر کردن پرسش‌نامه را به واحدهای مورد پژوهش توضیح داد و از پرستاران واجد شرایط خواست در صورت تمایل، پرسشنامه را تکمیل کنند. تعداد ۱۸ نفر تمایلی به تکمیل پرسشنامه نداشتند و ۱۲ پرسشنامه ناقص تکمیل شده بود، لذا از مطالعه کنار گذاشته شد و در نهایت ۳۱۰ پرسشنامه تکمیل شد.

ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه خصوصیات جمعیت‌شناسی و زیر مقیاس مشارکت حرفه‌ای از پرسشنامه محیط عملکرد حرفه‌ای پرستاری (Professional Practice Environment Nursing Instrument) (NPPEI) بود. پرسشنامه محیط عملکرد حرفه‌ای پرستاری در ایران توسط ریواز و همکاران (۲۰۱۷) بر اساس یک مطالعه ترکیبی اکتشافی متوالی طراحی و روانسنجی شد. روایی سازه ابزار به روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی شد که منجر به استخراج ۳۶ گویه و شش زیرمقیاس رهبری کارآمد (۱۰گویه)، مشارکت حرفه‌ای (۶ گویه)، بیمارمحوری (۶ گویه)، جو حرفه‌ای تعالی‌بخش (۵ گویه)، کفایت منابع (۶ گویه) و شفافیت خط مشی‌ها (۳ گویه) شد. در مطالعه حاضر از زیر مقیاس مشارکت حرفه‌ای برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد. پایایی کل ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و برای هرکدام از ابعاد بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۲ بدست آمد.

پایایی زیر مقیاس حرفه‌ای ۰/۸ بود [۱۸]. نسبت روایی محتوا (Content Validity Ratio) (CVR) گویه‌ها بالاتر از ۰/۷۸ و روایی محتوای کل ابزار (Scale –content validity index) (S-CVI) ۰/۹۹ بدست آمد.

پایایی زیر مقیاس مشارکت حرفه‌ای در مطالعه حاضر ۰/۷۸ بدست آمد. پایایی زیر مقیاس مشارکت حرفه‌ای در این مطالعه، از طریق آزمون- بازآزمون بررسی شد، بدین ترتیب که ۳۰ مشارکت‌کننده زیر مقیاس را در طی دو مرحله با فاصله زمانی دو هفته تکمیل نمودند. سپس نمرات حاصل از دو آزمون (قبل و بعد) با استفاده از ضریب همبستگی بین دو آزمون ۰/۷۸ و در سطح P< ۰/۰۰۱ معنی‌دار بدست آمد.

کیفیت مراقبت پرستاری با استفاده از نسخه فارسی مقیاس کیفیت مراقبت پرستاری (Cambodian Nursing Care Quality Scale) (CNCQS) Koy و همکاران (۲۰۱۷) بررسی شد. این مقیاس توسط تهرانی و همکاران در سال ۲۰۲۳ ترجمه و روایی صوری، روایی سازه (تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی)، ثبات درونی و پایایی آزمون- بازآزمون نسخه فارسی مقیاس CNCQS محاسبه شد. روایی سازه ابزار به روش تحلیل عاملی اکتشافی منجر به استخراج ۳۵ گویه شد که در قالب ۶ بعد پیامدهای بیمار (۹ گویه)، رفتارهای اخلاق مدار (۷ گویه)، الزامات شغلی پرستار (۶ گویه) و ویژگی‌های پرستار (۶ گویه)، توسعه فرایند پرستاری (۴ گویه) و محیط فیزیکی (۳ گویه) جای گرفتند که ۶۰/۷۶ درصد واریانس کل را تبیین کردند. گویه‌های پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای از کاملاً موافقم (۵) تا کاملاً مخالفم (۱) تدوین شد.

همسانی درونی کل پرسشنامه ۰/۹۴ و برای زیرمقیاس‌های پیامدهای بیمار (۰/۸۸)، رفتارهای اخلاق مدار (۰/۸۷)، الزامات شغلی پرستار (۰/۸۱) و ویژگی‌های پرستار (۰/۸۴)، توسعه فرایند پرستاری (۰/۷۶) و محیط فیزیکی (۰/۷۶) و پایایی ابزار ۰/۸۵ بدست آمد [۲۱].

داده‌ها با استفاده از نرم افزار $SPSS_{22}$ و از طریق آزمون‌های توصیفی (فراوانی و میانگین) و استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون، کای دو و مدل رگرسیون چند متغیره) تجزیه و تحلیل شدند، سطح معنی‌داری ۰/۰۵در نظر گرفته شد. برای بررسی وجود اختلاف معنی‌دار بین مشارکت حرفه‌ای و کیفیت مراقبت پرستاری و متغیرهای جمعیت‌شناسی از آزمون کای دو استفاده شد. سطح معناداری (P<۰/۰۵) در نظر گرفته شد. سپس متغیر های جمعیت‌شناسی و ابعاد کیفیت مراقبت پرستاری که با مشارکت حرفه‌ای اختلاف معنی‌دار (P<۰/۲۵) داشتند وارد مدل رگرسیون چند متغیره شدند. لازم به ذکر است قبل از انجام رگرسیون چندمتغیره فرضیات شامل نرمال بودن داده‌ها، همگنی واریانس و مستقل بودن باقی‌مانده ارزیابی شد.

این مطالعه توسط کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شیراز با کد اخلاق IR.SUMS.REC.1399.1197 مورد تأیید قرار گرفت. اطلاعات کافی در مورد اهداف، اهمیت مطالعه، حفظ بی‌نامی، و محرمانه نگهداشتن اطلاعات مشارکت‌کنندگان ارائه داده شد. به علاوه، در مورد شرکت داوطلبانه در پژوهش و خروج آزادنه در هر مرحله از پژوهش نیز توضیح داده شد.

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JCC.16.3.31]

یافته‌ها

نتایج داده‌های جمع‌آوری شده از ۳۱۰ پرستار در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های بزرگ آموزشی دانشگاه تجزیه و تحلیل شد. میانگین سنی پرستاران ۴/۵۴ ± ۲۸/۵ سال با دامنه سنی ۵۴–۲۵ سال و با میانگین سابقه کار ۶/۵۱ ± ۷/۹۹ سال بود. اکثر پرستاران (۷۳/۲ درصد) زن بودند. خصوصیات جمعیت‌شناسی مشارکت‌کنندگان در (جدول یک) آورده شده است.

جدول ۱. خصوصیات جمعیت‌شناسی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه شرکت‌کننده در مطالعه (n=۳۱۰)

متغیرها		فراوانی	درصد	P Value
جنس	مرد	۸۳	۲۶/۸	۰/۴۳۲
	زن	۲۲۷	۷۳/۲	
گروه سنی	<۲۴	۶۷	۲۱/۶	۰/۵۱۴
	۲۹–۲۵	۱۰۶	۳۴/۲	
	۳۴–۳۰	۵۰	۱۶/۲	
	۳۹–۳۵	۵۱	۱۶/۵	
	۴۴–۴۰	۲۵	۸	
	۵۰–۴۵	۹	۲/۹	
	>۵۰	۲	۰/۶	
وضعیت تأهل	متأهل	۱۴۲	۴۵/۸	۰/۴۱۰
	مجرد	۱۶۸	۵۴/۲	
میزان تحصیلات	کارشناسی پرستاری	۲۸۳	۹۱/۳	۰/۵۲۰
	کارشناسی ارشد	۲۷	۸/۷	
وضعیت استخدام	طرحی	۱۱۳	۳۶/۵	۰/۳۲۱
	قراردادی یا شرکتی	۱۰۷	۳۴/۵	
	رسمی	۹۰	۲۹	
رده شغلی	پرستار	۲۹۸	۹۶/۱	۰/۳۶۱
	سرپرستار	۸	۲/۶	
	سوپروایزور	۴	۱/۳	
نوع شیفت	شیفت ثابت (صبح یا عصر یا شب)	۵۶	۱۸/۱	۰/۳۱۱
	شیفت در گردش	۲۵۴	۸۱/۹	

میانگین نمره زیر مقیاس مشارکت حرفه‌ای ۵/۰۴ ± ۲۰/۴۷ و میانگین نمره کیفیت مراقبت پرستاری ۱۸/۲۰ ± ۱۳۵/۹۴ بود. میانگین نمرات ابعاد کیفیت مراقبت پرستاری در (جدول دو) آورده شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره ابعاد کیفیت مراقبت پرستاری از دیدگاه پرستاران مشارکت‌کننده

ابعاد	میانگین	انحراف معیار
پیامدهای بیمار	۳۵/۴۸	۵/۳۷
رفتاراخلاق مدار	۲۷/۴۴	۴/۸۹
الزامات شغلی پرستاران	۲۷/۳۶	۴/۳۹
ویژگی‌های پرستار	۲۸/۱۸	۴/۱۶
توسعه فرایند پرستاری	۱۱/۹۲	۱/۹۷
محیط فیزیکی	۹/۶۳	۲/۹۷

نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد بین مشارکت حرفه‌ای و نمره کل کیفیت مراقبت پرستاری ارتباط مستقیم و معنادار وجود دارد (P<۰/۰۰۱) (r = ۰/۶۲). همچنین بین مشارکت حرفه‌ای و ابعاد کیفیت مراقبت پرستاری شامل پیامدهای بیمار (P<۰/۰۰۱) (r = ۰/۳۶)، رفتارهای اخلاق مدار (P<۰/۰۰۱) (r = ۰/۵۷)، الزامات شغلی پرستار (P<۰/۰۰۱) (r = ۰/۳۴)، ویژگی‌های پرستار (P<۰/۰۰۱) (r = ۰/۳۱)، توسعه فرایند پرستاری (P<۰/۰۰۱) (r = ۰/۲۷). و محیط فیزیکی (P<۰/۰۰۱) (r = ۰/۳۴). ارتباط مستقیم و معنی‌دار وجود داشت (جدول سه).

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JCC.16.3.31]

جدول ۳. ارتباط بین مشارکت‌حرفه‌ای پرستار با کیفیت مراقبت پرستاری و ابعاد آن با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون

متغیرها	مشارکت حرفه‌ای پرستاران r, P value
مشارکت حرفه‌ای پرستاران	۱
کیفیت مراقبت پرستاری	r=۰/۶۲, P<۰/۰۰۱
پیامدهای بیمار	r=۰/۳۶, P<۰/۰۰۱
رفتارهای اخلاق مدار	r-۰/۵۷, P<۰/۰۰۱
ویژگی‌های پرستار	r-۰/۳۱, P<۰/۰۰۱
الزامات شغلی پرستار	r-۰/۳۴, P<۰/۰۰۱
توسعه فرایند پرستاری	r-۰/۲۷, P<۰/۰۰۱
محیط فیزیکی	r=۰/۳۴, P<۰/۰۰۱

ولی بین مشارکت حرفه‌ای با خصوصیات جمعیت‌شناسی مشارکت‌کنندگان ارتباط معنی‌داری وجود نداشت (P>۰/۰۵).
سپس نتایج آزمون مدل رگرسیون چند متغیره نشان داد ارتباط مثبت و معناداری بین مشارکت حرفه‌ای با پیامدهای بیمار، رفتارهای اخلاق‌مدار، ویژگی‌های پرستار، الزامات شغلی پرستار، توسعه فرایند پرستاری و محیط فیزیکی وجود دارد (P<۰/۰۰۱) بطوری که با افزایش یک واحد مشارکت حرفه‌ای پرستار به ترتیب پیامدهای بیمار، رفتارهای اخلاق‌مدار، ویژگی‌های پرستار، الزامات شغلی، توسعه فرایند پرستاری و محیط فیزیکی به میزان ۰/۳، ۰/۳۹، ۰/۲۲ و ۰/۲۵ افزایش خواهد داشت. بعلاوه نتایج نشان داد مشارکت حرفه‌ای با کیفیت مراقبت پرستاری ارتباط مستقیمی دارد و قادر است به میزان ۵۲ درصد تغییرات کیفیت مراقبت پرستاری را تبیین کند (جدول چهار).

جدول ٤. ارتباط بین مشارکت حرفه‌ای پرستار با ابعاد کیفیت مراقبت پرستاری با استفاده از مدل رگرسیون چند متغیره

ابعاد کیفیت مراقبت پرستاری	مقدار برآورد (B)	خطای استاندارد	حدود اطمینان ۹۵ درصد		T-Statistics	P value
پیامدهای بیمار	۰/۳	۰/۰۳	۰/۳۶	۰/۲۲	۷/۹۴	P<۰/۰۰۱
رفتارهای اخلاق مدار	۰/۳۹	۰/۰۲۹	۰/۴۰	۰/۲۳	۷/۱۹	P<۰/۰۰۱
ویژگی‌های پرستار	۰/۲۲	۰/۰۰۳	۰/۳	۰/۱۵	۰/۰۵۱	P<۰/۰۰۱
الزامات شغلی پرستار	۰/۲۵	۰/۰۳۶	۰/۳۲	۰/۱۷	۰/۰۵	P<۰/۰۰۱
توسعه فرایند پرستاری	۰/۱۲	۰/۰۰۲	۰/۲۲	۰/۱۳	۰/۰۳	P<۰/۰۰۱
محیط فیزیکی	۰/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۲۰	۰/۱۱	۰/۰۱	P<۰/۰۰۱
Adjusted R^2 = ۰/۵۲						

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد نمرات مشارکت حرفه‌ای و کیفیت مراقبت پرستاری نسبتاً مطلوب بود و بین دو متغیر ارتباط متوسطی وجود داشت، همچنین بعد رفتار اخلاق مدار ارتباط بیشتری با مشارکت حرفه‌ای پرستاران در مقایسه با سایر ابعاد کیفیت مراقبت پرستاری داشت.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد ادراک پرستاران از مشارکت حرفه‌ای نسبتاً مطلوب بود. مشابه با مطالعه حاضر، در مطالعه تدین و همکاران مشخص شد وضعیت همکاری پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه با یکدیگر مناسب بود [۱]. نتایج مطالعه Hassona و همکاران نیز نشان داد مشارکت حرفه‌ای پرستار–پرستار در سطح مطلوب بود [۲۲].

نتایج مطالعه Ylitörmänen و همکاران (۲۰۲۳) مشارکت حرفه‌ای از دیدگاه پرستاران به معنای مشارکت در جهت دستیابی به هدف مشترک یعنی مراقبت بیمار محور بود. مشارکت حرفه‌ای منجر به اشتراک گذاشتن دانش و مهارت‌ها و حمایت از یکدیگر و سهیم شدن در کار شده بود. بعلاوه مشارکت حرفه‌ای بطور عمیق بر خوب بودن پرستاران تأثیر گذاشته بود [۱۳]. بر خلاف نتایج مطالعه حاضر، نتایج مطالعه Serrano-Gemes و Rich-Ruiz نشان داد عواملی از قبیل فقدان احترام، مشکلات حرفه‌ای و فقدان مسئولیت‌پذیری از جمله موانع مشارکت حرفه‌ای در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه بود [۸] و در مطالعه‌ایی دیگر میزان مشارکت حرفه‌ای پرستاران بخش‌های ویژه پایین بود [۲۲]. از آنجایی که حوزه‌هایی از قبیل روابط مشارکتی با همتایان، مدیران حمایتی، عملکرد حرفه‌ای و استقلال معمولاً بر ادراک پرستاران از محیط کار تأثیر می‌گذارند لذا مشارکت حرفه‌ای و مهارت‌های ارتباطی بایستی در طی آموزش پرستاران مورد توجه و تأکید قرار گیرد

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-18]
[DOI: 10.30491/JCC.16.3.31]

[۲۳]. تفاوت در نتایج شاید به دلیل درک پایین پرستاران از کار تیمی و مشارکتی، عدم آموزش کار گروهی و عدم حمایت مدیران پرستاری از کار تیمی باشد. لذا مسئولان و مربیان پرستاری باید برنامه‌های آموزشی را طراحی کنند که بر ایجاد فرصت‌های نوآورانه برای پرستاران تمرکز داشته باشد تا در مورد همکاری درون حرفه‌ای در محیط عمل بیاموزند.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد کیفیت مراقبت پرستاری و ابعاد آن از دیدگاه پرستاران نسبتاً مطلوب است. نتایج مطالعه اسماعیل‌پور زنجانی و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد وضعیت کیفیت مراقبت‌های پرستاری از دیدگاه پرستاران مطلوب است اما تأمین‌کننده انتظارات بیماران در برخی ابعاد مورد بررسی نمی‌باشد [۲۴]. نتایج مطالعه Holmes و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد کیفیت مراقبت پرستاری از دیدگاه بیماران مبتلا به سرطان پروستات بالابود [۲۵]. نتایج مطالعه دیگر نشان داد از دیدگاه پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه محیط کاری مساعد برای تضمین مراقبت‌های پرستاری با کیفیت بسیار مهم است. آنها اذعان داشتند عوامل مرتبط با محیط کار از قبیل بار کاری، عدم رضایت شغلی، نداشتن روحیه اشتراک مساعی، عدم رویکرد تیم محور و عدم هماهنگی بر کیفیت مراقبت‌های پرستاری در بخش مراقبت ویژه تأثیرگذار می باشد [۲۶]. در مطالعه دیگر کیفیت مراقبت پرستاری بخش‌های مراقبت ویژه در بعد روانی و اجتماعی پایین بود [۲۰] از آنجا که یکی از وظایف مهم پرستار برآوردن نیازهای اولیه بیمار با برقراری ارتباط، مداخله کردن در ابعاد مختلف روانی اجتماعی، جسمی و ارتباطی و همچنین کمک و همیاری بیمار در امر درمان است، لذا ارزیابی مجدد استانداردهای کیفیت مراقبت در سه بعد ساختار، فرایند و برآیند از دیدگاه پرستاران و بیماران، اتخاذ تدابیری جهت افزایش ارتباط درمانی مناسب بین پرستار و بیمار و توجه به نیازهای روانی و اجتماعی بیماران تا حد امکان می‌تواند سودمند واقع شود [۲۴]. بر اساس نتایج مطالعات می‌توان اذعان داشت آموزش مستمر در رابطه با شاخص‌های کیفیت مراقبت پرستاری به منظور ارتقاء آگاهی و عملکرد پرستاران ضروری است [۲۷]. همچنین با توجه به حساس بودن بخش مراقبت‌های ویژه، شرایط پیچیده و بحرانی بیماران و اهمیت مراقبت حیاتی در این بیماران، پرستاران مراقبت‌های ویژه بیش از سایر اعضای تیم درمانی در دسترس هستند و وقت بیشتری صرف می‌کنند لذا وجود پرستاران ماهر و کارآزموده با روحیه کار تیمی را می‌طلبد. بنابراین به نظر می‌رسد علت نتایج کیفیت مراقبت پرستاری مطلوب را بایستی در مهارت پرستاران بخش ویژه جستجو نمود. از سویی دیگر ماهیت بخش مراقبت‌های ویژه نیاز به همکاری عالی و تعاملات مختلف بین همه ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی برای ارائه مراقبت ایمن و با کیفیت دارد.

یکی دیگر از یافته‌های مطالعه حاضر وجود ارتباط مثبت و معنی‌داری بین مشارکت حرفه‌ای و کیفیت مراقبت پرستاری است. در مطالعه Urisman و همکاران (۲۰۱۷) راندهای بالینی بین حرفه‌ای به منظور تقویت مشارکت پرستاران و جراحان در بخش مراقبت ویژه اعمال شد. میزان مشارکت بین حرفه‌ای پس از مداخله افزایش یافته بود و میزان سقوط و اکستوبه شدن خودبخودی بیماران، کاهش و بطور کلی کیفیت مراقبت پرستاری در دوره پس از مداخله افزایش یافته بود [۲۸]. در مطالعه میلتون Milton و همکاران (۲۰۲۰) پس از مداخله سازمانی شامل تغییر جو ایمنی و شرایط کاری و بازشناسی استرس، ادارک پرستاران و پزشکان نسبت به جو ایمنی و کار تیمی به طور معنی‌داری بهبود یافته بود [۲۹].

نتایج مطالعه بلک Black و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد مداخلات مبنی بر مشارکت بین حرفه‌ای کیفیت مراقبت پرستاری را افزایش می‌دهد [۳۰]. نتایج مطالعه Nishiguchi و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد هرچه دانش اعضای تیم حرفه‌ای (پرستاران، مدیران مراقبت و سایر اعضای تیم حرفه‌ای) در رابطه با مشارکت حرفه‌ای بالاتر باشد میزان کیفیت مراقبت انتهایی در خانه‌های سالمندان ارتقاء می‌یابد [۳۱]. در مطالعه Anderson و همکاران (۲۰۱۹) و Celik و همکاران (۲۰۱۹) بین درک پرستاران از کار تیمی و مراقبت با کیفیت و رفتارهای مراقبتی پرستاران ارتباط مستقیم معنی‌دار وجود داشت. در واقع پرستاران دارای افکار و نگرش مثبت در خصوص ضرورت مشارکت بین اعضای تیم برای ارائه مراقبت با کیفیت داشتند [۳۲,۳۳].

در مطالعه قزلجه و همکاران (۲۰۲۱) مشخص شد هرچه کار تیمی در پرستاران بخش اورژانس یالاتر باشد میزان مراقبت پرستاری فراموش شده کاهش می‌یابد [۳۴]. یکی از اجزاء مهم در مشارکت حرفه‌ای، کارتیمی است. نگرش ضعیف نسبت به کار تیمی و فقدان توانایی برای کار تیمی عاملی مهم در افزایش خطاها و کاهش ایمنی بیمار است. یک پرستار به تنهایی نمی‌تواند کلیه مراقبت‌های ضروری بیمار را ارائه دهد. اعضای تیم حرفه‌ای، شغل و وظایف خود را به عنوان مسئولیت کل تیم در نظر می‌گیرند و با تقسیم‌بندی وظایف و تصمیم‌های به موقع و مناسب، بروز مراقبت پرستاری فراموش شده را کاهش می‌دهند [۱۱]. بر اساس یافته‌ها ضروری است دوره‌های آموزشی نظری برنامه‌ریزی شود و کارگاه‌های آموزشی به منظور ارتقاء توانایی اعضای تیم حرفه‌ای به صورت مشارکت گروهی و حرفه‌ای افزایش یابد.

بر اساس نتایج مطالعه ارتباط مثبت و معناداری بین مشارکت حرفه‌ای با کلیه ابعاد کیفیت مراقبت پرستاری شامل پیامدهای بیمار، رفتارهای اخلاق‌مدار، ویژگی‌های پرستار و الزامات شغلی، توسعه فرایند پرستاری و محیط فیزیکی وجود

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JCC.16.3.31]

داشت. که از بین این ابعاد ضریب همبستگی بین مشارکت حرفه‌ای و بعد رفتارهای اخلاق مدار در مقایسه با سایر ابعاد کیفیت مراقبت پرستاری بالاتر بود. بر اساس نتایج مطالعات قبلی مشارکت حرفه‌ای در پرستاری پیامدهای مطلوبی را برای بیماران و پرستاران دارد و با افزایش رضایت بیمار و رضایت شغلی پرستار، توسعه محیط کار حمایتی، ارتقاء کیفیت مراقبت، بهبود تصمیم‌گیری و افزایش انگیزه شغلی همراه است [۵،۶].

نتایج مطالعه نوبهار و همکاران (۲۰۲۳) نشان داد میزان بالاتر کار تیمی با افزایش حساسیت اخلاقی و کاهش مراقبت‌های پرستاری از دست رفته در پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه همراه است [۳۵]. نتایج مطالعه Schluter و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد پرستاران خوب از بیماران محافظت نموده، به تمایلات و نظرات بیماران و دیگران اهمیت داده و سعی در ترویج کارگروهی دارند [۳۶].

نتایج یک مطالعه مروری نشان داد مسئولیت‌پذیری در قبال اعضای تیم درمان و بیمار؛ روحیه کار تیمی، مشارکت دادن بیمار، ارتباطات انسان گرایانه، اعتماد دو طرفه، حفظ خلوت بیمار، هماهنگی با تیم درمان و نوع دوستی از جمله ارزش‌های اخلاقی هستند که در امر کیفیت مراقبت تأثیرگذار است که بایستی مورد توجه قرار گیرد [۳۷]. نتایج مطالعه زاغری تفرشی نشان داد از دیدگاه پزشکان، پرستاران، بیماران و همراهان حفظ احترام، روحیه کار تیمی، مسئولیت‌پذیری و حمایت از بیمار به معنای مراقبت با کیفیت است [۳۸].

به نظر می‌رسد وقتی ارزش‌های گروهی بر ارزش‌های فردی اولویت داده شوند، سطح کار تیمی و میزان مشارکت ممکن است افزایش یابد و می‌تواند منجر به افزایش کیفیت مراقبت‌های پرستاری در بخش‌های مراقبت ویژه شود. لذا برگزاری کارگاه‌های آموزشی به منظور افزایش آگاهی در زمینه همکاری تیمی و مشارکت حرفه‌ای در راستای حفظ ارزش‌های اخلاقی برای ارتقاء کیفیت مراقبت پرستاری سودمند است.

یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر جمع‌آوری اطلاعات صرفاً در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های آموزشی بود، لذا تعمیم نتایج به پرستاران سایر بخش‌ها بایستی با احتیاط صورت گیرد و محدودیت دیگر جمع‌آوری اطلاعات به صورت خودگزارشی بود؛ گرچه پژوهشگر تلاش کرد از طریق توضیح اهداف مطالعه همکاری مشارکت‌کنندگان را برای تکمیل صادقانه پرسشنامه جلب نماید. پیشنهاد می‌شود این مطالعه در سطح وسیع‌تر انجام شود و حتی‌الامکان از ابزارهای مشاهده‌ای نیز استفاده شود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد ارتباط مثبت و معنادار بین مشارکت حرفه‌ای و کیفیت مراقبت پرستاری در بخش‌های مراقبت ویژه وجود دارد. همچنین بعد رفتارهای اخلاق مدار ارتباط بیشتری با مشارکت حرفه‌ای در پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه داشت. سیستم مراقبت بهداشتی نیازمند پرستارانی است که به طور موفقیت‌آمیز و با رعایت ارزش‌های اخلاق حرفه‌ای با یکدیگر ارتباط بر قرار کنند، به دلیل اینکه درمان و ارتقاء سلامت بیمار در بخش‌های مراقبت ویژه نیازمند کار تیمی در محیط حرفه‌ای احترام آمیز است. همکاری و مشارکت درون حرفه‌ای به عنوان یکی از راهکارهای تحقق حفظ ایمنی بیمار و ارائه خدمات بیمار محور و با کیفیت حائز اهمیت است. توصیه می‌شود در مطالعات آینده دیدگاه سایر اعضای تیم مراقبت بهداشتی لحاظ شود و تأثیر مداخلات آموزشی مبتنی بر مشارکت درون حرفه‌ای بر کیفیت مراقبت پرستاری مورد بررسی قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

این مطالعه توسط کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شیراز با کد اخلاق IR.SUMS.REC.1399.1197 ثبت شده است قرار گرفت. به این وسیله از همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه که با تصویب این طرح تحقیقاتی، امکان انجام آن را فراهم ساختند و از کلیه پرستاران شرکت‌کننده در این مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع: بدین وسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند هیچ گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع

1. Tadayon A, Heidarzadeh M, Aghamohammadi M. Nurses-nurses professional collaboration status from the nurses' viewpoints in critical care units of Ardabil educational hospitals, 2017. Journal of Health and Care. 2019; 21(4):272-82.
2. Moore J, Prentice D, McQuestion M. Social interaction and collaboration among oncology nurses. Nursing research and practice. 2015; 31: 248067. doi. 10.1155/2015/248067
3. Khademian Z, Neshat T. The relationship between interpersonal communication skills and nursing students' attitudes toward teamwork. Sadra Medical Sciences Journal. 2017; 5(2):99-110.
4. Prentice D, Moore J, Crawford J, Lankshear S, Limoges J. Collaboration among registered nurses and licensed practical nurses: A scoping review of practice guidelines. Nursing Research

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JCC.16.3.31]

and Practice. 2020 Jun 2;2020. doi. 10.1155/2020/5057084.
5. Ibraheem EE, Eid NM, Rashad ZM. Intra professional nursing collaboration: a concept analysis. Menoufia Nursing Journal. 2020; 5(1):97-102.
6. Brown SS, Lindell DF, Dolansky MA, Garber JS. Nurses' professional values and attitudes toward collaboration with physicians. Nursing ethics. 2015;22(2):205-16. doi. 10.1177/0969733014533233
7. Careau E, Briere N, Houle N, Dumont S, Vincent C, Swaine B. Interprofessional collaboration: development of a tool to enhance knowledge translation. Disability and rehabilitation. 2015 Feb 13;37(4):372-8. doi. 10.3109/09638288.2014.918193
8. Serrano-Gemes G, Rich-Ruiz M. Intensity of interprofessional collaboration among intensive care nurses at a tertiary hospital. Enfermería Intensiva (English ed.). 2017;28(2):48-56. doi.10.1016/j.enfi.2016.10.007.
9. Adams AM, Chamberlain D, Giles TM. The perceived and experienced role of the nurse unit manager in supporting the wellbeing of intensive care unit nurses: An integrative literature review. Australian Critical Care. 2019;32(4):319-29.
10. Sasidharan S, Dhillon HS. Intensive care unit stress and burnout among health-care workers: The wake-up call is blaring! Indian journal of psychiatry. 2021;63(6):606-9. doi.10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_464_21
11. Attia NM, Abdeen MA, El-sayed SH. Impact of nursing teamwork on missed nursing care in intensive care units at Zagazig University Hospitals. Zagazig Nursing Journal. 2014;10(2):201-17. doi.10.12816/0029158
12. Al- Ajarmeh DO, Rayan AH, Eshah NF, Al-Hamdan ZM. Nurse–nurse collaboration and performance among nurses in intensive care units. Nursing in Critical Care. 2022;27(6):747-55. doi. 10.1111/nicc.12745
13. Ylitörmänen T, Turunen H, Mikkonen S, Kvist T.Good nurse–nurse collaboration implies high job satisfaction: A structural equation modelling approach. Nursing open. 2019; 6(3): 998-1005.
14. Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, Bruyneel L, Rafferty AM, Griffiths P, Moreno-Casbas MT, Tishelman C. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. Bmj. 2012; 344. doi. 10.1136/bmj. e1717
15. Zhang A, Tao H, Ellenbecker CH, Liu X. Job satisfaction in mainland China: comparing critical care nurses and general ward nurses. Journal of Advanced Nursing. 2013; 69(8):1725-36. doi. 10.1111/jan.12033
16. Armstrong SJ, Rispel LC, Penn-Kekana L. The activities of hospital nursing unit managers and quality of patient care in South African hospitals: a paradox?. Global health action. 2015; 8(1):26243. doi. 10.3402/gha.v8.26243.
17. Mohammadi N, Abdi M, Dinmohammadi M. The Association Between Quality of Nursing Care in the ICU and Severity of Illness. Journal of Client-Centered Nursing Care. 2022; 8(1):1-8. 1-8. http://jccnc. iums. ac.ir/ article-1-337-en.html
18. Rivaz M, Tavakolinia M, Keshtvarz Hesamabadi AM. Assessing nurses' perception of nursing professional practice environment in intensive care units; descriptive cross-sectional study. Journal Critical Care Nursing. 2021;14(1):36-43. http://jccnursing.com/article-1-537-en.html
19. Pakpour V, Ghafourifard M, Salimi S. Iranian nurses' attitudes toward nurse-physician collaboration and its relationship with job satisfaction. Journal of caring sciences. 2019;8(2):111. doi. 10.15171/jcs.2019.016
20. Asgari Z, Pahlavanzadeh S, Alimohammadi N, Alijanpour S. Quality of holistic nursing care from critical care nurses' point of view. Journal of Critical Care Nursing. 2019;12(1):9-14. http://jccnursing.com/article-1-445-en.html
21. Tehranineshat B, Rivaz M, Kargar Dolatabadi E. Psychometric testing of the Persian version of the Nursing Care Quality Scale: A methodological study. Nursing Open. 2023;10(9):6491 .doi. 10.1002/nop2.1900
22. Hassona FM, El-Aziz MA. Relation between nurse-nurse collaboration and missed nursing care among intensive care nurses. IOSR Journal of Nursing and Health Science. 2017;6(2):28-35. doi.10.9790/1959-0602092835
23. 23.Ylitörmänen T, Kvist T, Turunen H. Intraprofessional collaboration: A qualitative study of registered nurses' experiences. Collegian. 2023;30(1):17-24 doi. 10.1016/j.colegn.2022.05.008
24. Esmaeilpourzanjani, S. and S. Mashouf, Nursing cares quality in nurses. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2018. 3(4): p. 1-14. http://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-139-en.html
25. Holmes JA, Bensen JT, Mohler JL, Song L, Mishel MH, Chen RC. Quality of care received and patient- reported regret in prostate cancer: analysis of a population- based prospective cohort. Cancer. 2017;123(1):138-43. doi. 10.1002/cncr.30315
26. Khan A, Muhammad D. Perspective of Nurses Regarding Factors Affecting Quality of Nursing Care in ntensive Care Units: A Qualitative Study. Rehman Journal of Health Sciences, 2022. 4(2): 121-130. doi. https://doi.org/10.52442/rjhs.v4i2.289
27. Silveira TV, Prado Júnior PP, Siman AG, Amaro MD. The importance of using quality indicators in nursing care. Revista gaucha de enfermagem. 2015; 36:82-8. doi.10.1590/1983-1447.2015.02.47702

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JCC.16.3.31]

28. Urisman A, Molinaro RJ, Fischer N, Plummer SJ, Casey G, Klein EA, Malathi K, Magi-Galluzzi C, Tubbs RR, Ganem D, Silverman RH. Identification of a novel Gammaretrovirus in prostate tumors of patients homozygous for R462Q RNASEL variant. PLoS pathogens. 2006; 2(3): e25. doi.10.1371/journal.ppat.0020025
29. Milton J, Chaboyer W, Åberg ND, Andersson AE, Oxelmark L. Safety attitudes and working climate after organizational change in a major emergency department in Sweden. International Emergency Nursing. 2020;53: 100830. doi.10.1016/j.ienj.2020.100830.
30. Black DA, Taggart J, Jayasinghe UW, Proudfoot J, Crookes P, Beilby J, Powell-Davis G, Wilson LA, Harris MF. The Teamwork Study: enhancing the role of non-GP staff in chronic disease management in general practice. Australian Journal of Primary Health. 2013;19(3):184-9. doi. 10.1071/PY11071
31. Nishiguchi S, Sugaya N, Saigusa Y, Inamori M. Effect of interprofessional collaboration among nursing home professionals on end-of-life care in nursing homes. Drug Discoveries & Therapeutics. 2021;15(2):93-100. doi. 10.5582/ddt.2021.01030
32. Anderson JE, Ross AJ, Lim R, Kodate N, Thompson K, Jensen H, Cooney K. Nursing teamwork in the care of older people: A mixed methods study. Applied ergonomics. 2019; 80:119-29. doi. 10.1016/j.apergo.2019.05.012
33. Çelik GK, Taylan SE, Güven ŞD, Cakir H, Kilic M, Akoğlu CA. The relationship between teamwork attitudes and caring behaviors among nurses working in surgical clinics: A correlational descriptive study. Nigerian journal of clinical practice. 2019; 22(6): 849-54. doi. 10.4103/njcp.njcp_623_18.
34. Ghezeljeh TN, Gharasoflo S, Haghani S. The relationship between missed nursing care and teamwork in emergency nurses: a predictive correlational study. Nursing Practice Today. 2021; 8(2). doi. 10.18502/npt.v8i2.5121
35. Nobahar M, Ameri M, Goli S. The relationship between teamwork, moral sensitivity, and missed nursing care in intensive care unit nurses. BMC nursing. 2023;22(1):241. .doi: doi. 10.1186/s12912-023-01400-y
36. Schluter J, Seaton P, Chaboyer W. Understanding nursing scope of practice: A qualitative study. International journal of nursing studies. 2011;48(10): 1211-22.doi. 10.1016/j.ijnurstu.2011.03.004.
37. Shahriari M, Mohammadi E, Abbaszadeh A, Bahrami M. Nursing ethical values and definitions: A literature review. Iranian journal of nursing and midwifery research. 2013;18(1):1-8. PMID: 23983720
38. Zagheri Tafreshi M, Atashzadeh Shorideh F, Pazargadi M, Barbaz AH. Quality of Nursing Care: Nurses', Physicians', Patients' and Patients Family's Perspectives: A Qualitative Study. Nursing and Midwifery Journal, 2012. 10(5). http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-1093-en.html

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JCC.16.3.31]