

## تبیین فرایند مراقبت‌های پرستاری در بخش مراقبت ویژه قلب: گراند تئوری

منیر نوبهار<sup>۱</sup>

### مقاله پژوهشی

#### چکیده

**مقدمه:** مراقبت، پایه و اساس پرستاری است. نجات جان بیماران از شرایط بحرانی در بخش‌های مراقبت ویژه، به فرایند مراقبت‌های پرستاری بستگی دارد. هدف از انجام این مطالعه، تبیین فرایند مراقبت‌های پرستاری در بخش مراقبت ویژه قلب بود.

**روش:** مطالعه حاضر با رویکرد کیفی گراند تئوری انجام شد. نمونه‌گیری ابتدا به صورت هدفمند شروع گردید و به تدریج بر اساس کدها و طبقات به دست آمده، با نمونه‌گیری تئوری و تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. روش جمع‌آوری داده‌ها شامل مصاحبه نیمه ساختار یافته، مشاهده و یادداشت‌های عرصه بود. در این مطالعه با ۱۵ پرستار، ۳ پزشک، ۳ بیمار و ۲ نفر از بستگان بیماران در بیمارستان فاطمیه سمنان در سال‌های ۹۲-۱۳۹۱ مصاحبه انجام گرفت. زمان مصاحبه‌ها بین ۴۰ تا ۹۰ دقیقه به طول انجامید و به صورت دیجیتالی ضبط گردید و بلافاصله کلمه به کلمه نوشته شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها هم‌زمان با جمع‌آوری آن‌ها به روش تحلیل مقایسه‌ای مداوم Straus و Corbin انجام شد. اطمینان از صحت و استحکام تحقیق با استفاده از معیارهای Lincoln و Guba انجام گرفت.

**یافته‌ها:** ۳۲۳۵ کد اولیه، ۲۲ طبقه اولیه و ۶ طبقه در فرایند مراقبت‌های پرستاری استخراج گردید که عبارت از «تهدید حیات بیمار، کم‌توجهی به هویت حرفه‌ای پرستاران، شایستگی‌های پرستاری، ارتباطات حرفه‌ای نامطلوب، محیط تنش‌زا و کفایت/ بی‌کفایتی» بود. هر یک از این طبقات، شامل طبقات فرعی با ویژگی‌های اختصاصی بود.

**نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد که فرایند مراقبت‌های پرستاری در بخش مراقبت ویژه قلب، مفهومی پویا، پیچیده، مداوم، همبسته و متأثر از عوامل مؤثر بر مراقبت می‌باشد. شرایط تهدید کننده حیات بیماران از یک سو و محیط، شرایط کاری، ارتباطات و شایستگی‌های پرستاران از سوی دیگر بر فرایند مراقبت از بیماران در بخش مراقبت ویژه قلب تأثیرگذار است.

**کلید واژه‌ها:** پرستاری، مراقبت‌های پرستاری، بخش مراقبت ویژه قلب، گراند تئوری

**ارجاع:** نوبهار منیر. تبیین فرایند مراقبت‌های پرستاری در بخش مراقبت ویژه قلب: گراند تئوری. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۴؛ ۴ (۲): ۹۹-۱۱۱.

تاریخ پذیرش: ۹۴/۵/۲۶

تاریخ دریافت: ۹۴/۲/۱۴

۱- استادیار، گروه پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشکده پرستاری و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران  
نویسنده‌ی مسؤول: منیر نوبهار  
Email: nobahar43@semums.ac.ir

## مقدمه

پرستاری عبارت از «حفظ، ارتقا و بهینه سازی سلامتی و توانایی‌ها، پیشگیری از بیماری‌ها و آسیب، تسکین رنج و درد طی تشخیص و درمان و حمایت از اشخاص، خانواده‌ها، جوامع و انسان‌ها از طریق مراقبت» می‌باشد. مراقبت، تعامل سودمندی بین پرستار و بیمار است که با هدف ارتقای آگاهی و احساس آسایش و راحتی برای بیمار ارایه می‌گردد (۱) و به عنوان اصل و جوهره پرستاری از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است (۲) که باعث ارزش‌گذاری، احساس تعهد و مسؤولیت‌پذیری در پرستار می‌گردد (۳).

مراقبت یک هنر در حال رشد و تکامل در پرستاری می‌باشد (۴) که بعد از گذشت سال‌ها، هنوز هم ذهن بسیاری از صاحبان رشته پرستاری را به خود مشغول کرده است. کاربرد این واژه در موقعیت‌های گوناگون، ادراک یکسانی ایجاد نکرده است و با چالش همراه می‌باشد. همچنین، با وجود این‌که مفهوم مراقبت در فلسفه و دیدگاه و رسالت بسیاری از سازمان‌ها و مؤسسات سلامت ارایه شده، اما هنوز مفهوم مراقبت پرستاری در سیستم سلامت پیچیده است و تعریف دقیق و مشخصی ندارد (۵). مفهوم مراقبت در عملکرد پرستاری غیر قابل درک، غیر عینی، انتزاعی و غیر محسوس می‌باشد. بحث و مناظره بسیاری پیرامون مراقبت پرستاری و تحلیل آن در بین دانشمندان وجود دارد. از آنجایی که مراقبت بیانگر نیازهای ضروری انسان و عنصر اصلی حرفه پرستاری است، بنابراین فهم عمیق آن به پرستاران کمک خواهد کرد تا ارایه خدمات و مراقبت را با کیفیت بالا انجام دهند و به اهمیت پرستاری واقف شوند. علم مراقبت در برگیرنده هنر و انسانیت می‌باشد. در واقع این علم بیانگر تجارب، پدیده‌ها و فرایند مراقبت و دارای ابعاد زیستی- فیزیکی، روانی، فرهنگی، اجتماعی و محیطی است که در جهت تأمین مراقبت جامع‌نگر از بیمار، باید مورد مطالعه و بررسی قرار گیرد (۳).

مراقبت پرستاری ویژه، شرایط خاص پرستاری است که بیش از نیم قرن قبل در کشورهایی مانند ایالات متحده آمریکا، اروپا و استرالیا و با حمایت از تکنولوژی پیشرفته در

مدیریت بیمارانی که بیماری‌های تهدید کننده زندگی را تجربه می‌کنند، فراهم گردید (۶). بخش‌های مراقبت ویژه شامل مجموعه‌ای از بیماران با شرایط تهدید کننده زندگی و پرستاری است (۷). مراقبت ویژه اصطلاحی در برگیرنده مجموعه‌هایی می‌باشد که با بیماران دارای شرایط تهدید کننده زندگی و یا بیماری ناتوان کننده نیازمند مراقبت پرستاری سر و کار دارند (۸). محیط بخش‌های مراقبت ویژه فعال است و به واسطه ماهیت غیر قابل پیش‌بینی و تغییرات سریع در وضعیت بالینی بیماران، تصمیم‌گیری در رابطه با مراقبت از بیمار به طور مستمر صورت می‌گیرد. پرستاران مراقبت ویژه در استرالیا، مسؤول مراقبت همه جانبه از بیماران خود می‌باشند. هر مؤسسه‌ای دارای پروتکل‌ها، قوانین و تکنیک‌هایی برای هدایت عملکرد پرستاران مراقبت ویژه در محیط کاری است (۹). بخش مراقبت ویژه قلب از جمله بخش‌هایی به شمار می‌رود که پرستاران نقش مهمی در اداره آن‌ها دارند (۱۰).

عدم پوشش پزشکی ۲۴ ساعته در بخش‌های مراقبت ویژه از دلایلی است که نیاز به ارایه خدمات مراقبتی در تمامی طول مدت شبانه‌روز را ضروری می‌سازد. پرستاران در این بخش‌ها ۲۴ ساعته در بالین بیمار حضور دارند و با بررسی مداوم و بر اساس نیاز بیمار، مراقبت‌های ضروری را انجام می‌دهند (۱). آن‌ها به صورت مستمر به بررسی وضعیت مددجویان می‌پردازند و از تغییرات وضعیت آن‌ها آگاه می‌شوند و مراقبت‌ها به صورت ساعتی انجام می‌گردد. همچنین از طریق پرستاران مراقبت ویژه، تغییرات وضعیت مددجویان به سایر کارکنان گروه پزشکی انتقال می‌یابد. با وجود اطلاعات مراقبتی، سایر افراد گروه پزشکی قادر به انجام درمان‌های مطلوب می‌باشند. آن‌ها در حیطه‌های خاص پرستاری با استفاده از تکنولوژی پیشرفته و اطلاعات اختصاصی عمل می‌کنند (۹). بنابراین برای پرستاران که نقش حمایت بیماران را بر عهده دارند، توانایی کافی جهت مراقبت از بیماران بسیار مهم است (۱۱). کاهش قابل توجه مرگ و میر بیماران به فرایند مراقبت‌های پرستاری بستگی دارد (۱۲). بخش‌های مراقبت ویژه یکی از حساس‌ترین بخش‌های حرفه‌ای

تمرکز بر تبیین نظری فرایند مراقبت پرستاری در بخش مراقبت ویژه قلب، منجر به بهبود فرایند مراقبت‌های پرستاری به خصوص با توجه به تفاوت‌های فرهنگی موجود در رابطه با نحوه مراقبت‌های پرستاری ایرانی می‌شود و تولید دانش حرفه‌ای، ارتقای سلامت بیماران، رضایتمندی بیشتر بیماران و پرستاران را به همراه دارد. همچنین، با توجه به این که فرایند مراقبت پرستاری متأثر از جنبه‌های مختلف انسانی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و محیطی است و گراند تئوری به بررسی تعاملات اجتماعی، ساختارها و فرایندهای پدیده تحت مطالعه می‌پردازد (۱۴)، جهت مطالعه فرایند مراقبت پرستاری، مناسب تشخیص داده شد. هدف گراند تئوری، کشف نمادها، الگوها، فرایندها و چگونگی تعامل بین آن‌ها، بررسی عمیق اعمال بالینی، رفتارها، عقاید و طرز تفکر افراد و گروه‌ها به همان گونه‌ای است که در زندگی واقعی آن‌ها روی می‌دهد (۱۴). روش گراند تئوری و قابلیت آن در تبیین فرایند مراقبت‌های پرستاری در بخش مراقبت ویژه قلب حایز اهمیت می‌باشد تا محقق با استفاده از گفته‌ها و تفاسیر افراد مشارکت کننده در تحقیق به فهم پدیده مورد نظر نایل گردد (۱۵، ۱۴). بنابراین مطالعه حاضر با هدف تبیین فرایند مراقبت پرستاری در بخش مراقبت ویژه قلب انجام شد.

### روش

فرایند مراقبت پرستاری مفهومی پیچیده و تعاملی است و از آن‌جا که روش‌های کیفی می‌تواند برای درک پدیده‌های پیچیده (۱۶) و بررسی تصمیم‌گیری بالینی با بررسی روتین‌ها و قوانین رفتاری در بخش‌های مراقبت ویژه مورد استفاده قرار گیرد (۱۵)، بنابراین بهترین روش کیفی برای انجام این پژوهش، گراند تئوری بود. نمونه‌گیری به صورت هدفمند (Purposeful) شروع شد و به صورت تئوریک (Theoretical) ادامه یافت (۱۵). نمونه‌های مورد مطالعه شامل پرستاران ساکن شهر سمنان و حداقل دارای مدرک کارشناسی و یک سال سابقه کار مفید و تمام وقت در بخش مراقبت ویژه قلب بود. در این مطالعه ابتدا محقق نمونه‌هایی را انتخاب کرد که غنی از اطلاعات باشند و بتوانند تصویر

بیمارستان می‌باشد. در این بخش‌ها از بیماران مبتلا به بیماری‌های حاد مخاطره‌آمیز حیات، تحت نظر ماهرترین کارکنان و با استفاده از وسایل و امکانات پیشرفته، مراقبت ویژه به عمل می‌آید.

پژوهشگر در فرایند مراقبت از بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه قلب به این نتیجه رسید که بیماران بستری شده با توجه به محیط پرتنش بخش و همچنین وجود شرایط سخت و بیماری، محیط ناشناخته، دوری از نزدیکان و بستگان، قرار گرفتن تحت اعمال مراقبتی تهاجمی و... با چالش‌های بی‌شماری روبرو می‌باشند. در این بین پرستاران نیز با استرس‌های محیطی، حجم کاری بالا، کمبود کارکنان، شرایط سخت مراقبتی بیمار و مسایل متعددی مواجه هستند که در فرایند مراقبت‌های پرستاری تأثیر می‌گذارد. همچنین از آن‌جا که فقدان مدل‌های تعریف شده واضح جهت مراقبت و مهارت‌های ضروری برای پرستاران می‌تواند کیفیت مراقبت ارایه شده و ایمنی بیماران را به خطر اندازد (۱۲)، بنابراین تبیین فرایند مراقبت‌های پرستاری در بخش مراقبت ویژه قلب، منجر به روشن‌سازی حیطه‌های مراقبتی ناشناخته و عوامل تأثیرگذار بر فرایند مراقبت‌های پرستاری می‌گردد که ارتقای بهره‌وری در حرفه پرستاری، بهبودی و نجات جان بیماران از شرایط بحرانی را به همراه دارد. مفهوم مراقبت از فردی به فرد دیگر، از ملیتی به ملیت دیگر و از فرهنگی به فرهنگ دیگر متفاوت است و در این باره باید تحقیقات بیشتری در هر منطقه صورت گیرد (۱۳).

پرستاران باید نقش خود را در ایجاد و گسترش پرستاری و ارایه مراقبت‌های پرستاری بر پایه مستندات کیفی درک کنند و تصویر روشنی را از تجارب انسانی در بافت فرهنگی - اجتماعی ایران به وجود آورند و همچنین زمینه مناسبی را برای مراقبت مطلوب جهت مداخله‌های مؤثر و کارا و در نتیجه ارتقای کیفیت مراقبت از بیماران بخش مراقبت ویژه قلب ایجاد نمایند. با توجه به این که مطالعات ارزشمندی در رابطه با فرایند مراقبت‌های پرستاری انجام شده، اما در ایران تاکنون مطالعه‌ای در زمینه تبیین فرایند مراقبت‌های پرستاری در بخش مراقبت ویژه قلب صورت نگرفته است. توجه و

به همین منظور محقق بعد از حضور در بخش، خود را به بیماران و پرستاران معرفی و آنان را از اهداف تحقیق مطلع کرد. سپس با مشاهده اعمال طبیعی و عادی مشارکت کنندگان و توجه دقیق نسبت به حوادث، به شرح آن‌ها پرداخت. فعالیت اصلی محقق در این مطالعه به صورت حضور و مشاهده کننده (Observer as participant) بود و سعی داشت بدون ایجاد مزاحمت، به گونه‌ای که حضور او محسوس نباشد، با قرار گرفتن در گوشه‌ای از بخش و مشاهده مراقبت‌ها و تعاملات پرستاران با بیماران و پرستاران با پرستاران و همچنین ارتباط آن‌ها با کارکنان بیمارستان، رفتارهای مراقبتی کلامی و غیر کلامی را دریابد. از یادداشت‌های عرصه برای مستند کردن مشاهدات و به عنوان بخشی از تحلیل داده‌ها استفاده گردید. محقق آنچه را می‌دید یا می‌شنید و فکر و یا تجربه می‌کرد، می‌نوشت. ثبت یادداشت‌های عرصه در موقعیت مناسب و بلافاصله پس از وقوع انجام می‌گرفت. همچنین هر ایده‌ای که حین مرور مصاحبه‌ها، کدها یا طبقات به ذهن او می‌رسید، یادداشت می‌کرد و پس از تجزیه و تحلیل جهت بررسی صحت مطالب با مشارکت کننده در میان گذاشت و در صورت نیاز، تغییرات لازم به منظور دستیابی به درک یکسان مشارکت کنندگان و محقق اعمال می‌گردید.

از روش Straus و Corbin برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد (۱۸). محقق با مقایسه مداوم داده‌ها (Constant comparative analysis) و نوشتن کلمه به کلمه متن مصاحبه‌ها، یادداشت‌های عرصه و موارد ثبت شده و فرایندهای مفهوم‌سازی، تفسیر و تئوری‌سازی، جوهره اصلی اطلاعات به دست آمده را کسب نمود. هر مصاحبه قبل از انجام مصاحبه بعدی کدگذاری و تجزیه و تحلیل شد. بدین منظور مرحله کدگذاری باز (Open coding)، محوری (Axial coding) و انتخابی (Selective coding) انجام گرفت. در کدگذاری باز، متن هر مصاحبه چند بار خوانده و جملات اصلی آن استخراج و به صورت کدهای مبتنی بر گفته مشارکت کننده و یا کدهای دلالت کننده (برداشت محقق از گفته‌ها) ثبت می‌شد. سپس کدهایی که به لحاظ مفهومی با

مطمئن‌ی از پدیده تحت مطالعه ارایه نمایند (۱۴). نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع اطلاعات ادامه یافت (۱۷). پس از اخذ معرفی‌نامه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سمنان، شرکت کنندگان بر اساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند. توضیحات لازم به مشارکت کنندگان داده شد و در صورت اعلام رضایت، زمان و مکان مصاحبه با موافقت آن‌ها تعیین گردید. مصاحبه‌ها در اتاق مسوول بخش مراقبت ویژه قلب انجام گرفت و در زمان انجام مصاحبه کسی در اتاق حضور نداشت. در ابتدای هر مصاحبه، هدف از انجام مصاحبه دوباره ذکر می‌شد و برای ضبط صدا و شرکت در مصاحبه و پاسخگویی به سؤالات اجازه گرفته می‌شد و رضایت‌نامه با امضا دریافت می‌گردید. در مورد محرمانه بودن اطلاعات و صدای ضبط شده نیز به مشارکت کنندگان اطمینان داده شد.

داده‌ها با استفاده از روش‌های مصاحبه نیمه ساختار یافته (Semi-structural interview)، مشاهده (Observation) و یادداشت‌های عرصه (Field note) جمع‌آوری شد (۱۶). مصاحبه‌ها در اتاقی ساکت و راحت انجام گرفت و از مشارکت کنندگان درخواست گردید که یک شیفت کاری خود در بخش مراقبت ویژه قلبی را توضیح دهند؟ و گفتگو به تدریج بر فرایند مراقبت پرستاری متمرکز می‌شد و سؤالاتی مانند «لطفاً تجربیات خود را در مورد مراقبت از بیماران در بخش شرح دهید؟» و در صورت نیاز از سؤالات کاوشی مانند «می‌توانید بیشتر توضیح دهید؟» یا «یک مثال بزنید»، استفاده شد. در پایان از مشارکت کننده تقدیر و تشکر به عمل آمد و از آن‌ها درخواست گردید تا اگر مطلبی باقی مانده است، بیان کنند. هر مصاحبه کلمه به کلمه تایپ شد. سپس پژوهشگر آن را مورد نقد و بررسی قرار داد و نقاط مبهم و نیازمند توجه در مصاحبه‌های بعد مورد بررسی قرار گرفت.

یکی از روش‌های دیگر برای جمع‌آوری داده‌ها، مشاهده است. دانش به تجربه و تجربه به مشاهده وابسته است (۱). هدف از مشاهده، جمع‌آوری داده‌های دست اول از محیط طبیعی می‌باشد. هدف از انجام پژوهش، بررسی وضعیت فرایند مراقبت‌های پرستاری در بخش مراقبت ویژه قلب بود و

یکدیگر مشابه بود، به صورت دسته‌بندی‌هایی درآمد. در کدگذاری محوری، کدها و دسته‌های اولیه که در کدگذاری باز ایجاد شده بودند، با یکدیگر مقایسه و ضمن ادغام موارد مشابه، دسته‌هایی که به یکدیگر مربوط بودند، حول محور مشترکی قرار گرفت. لازمه این مرحله، مقایسه مداوم کدها بود. آنگاه محقق هر طبقه را با سایر طبقات مقایسه می‌نمود تا اطمینان حاصل شود که طبقات از یکدیگر متمایز هستند. سپس با تمرکز بر شرایطی که به پدیده مورد نظر منجر می‌شد، زمینه‌هایی که پدیده در آن روی می‌داد و استراتژی‌هایی که برای کنترل پدیده به کار می‌رفت، کدگذاری انتخابی و متغیر اصلی (Core variable) مشخص گردید. محقق به دنبال متغیر اصلی و فرایند موجود در داده‌ها بود. مرور مکرر داده‌ها، کدها و طبقات پدیدار شده، یادآور نویسی‌ها و دیگرام‌هایی که در طول تجزیه و تحلیل داده‌ها نوشته می‌شد و نوشتن داستان اصلی، کمک کرد تا محقق متغیر اصلی مطالعه را مشخص نماید. روند تحلیل به صورت دستی انجام گرفت. سپس محقق به صورت حکایتی (Story line) شروع به نوشتن نظریه زمینه‌ای حاصل از داده‌ها نمود و فرایند مراقبت‌های پرستاری در بخش مراقبت ویژه قلب را ارایه کرد.

به منظور اطمینان از صحت و استحکام تحقیق، روش‌های خاصی مورد استفاده قرار گرفت. مقبولیت داده‌ها (Credibility) با مرور دست‌نوشته‌ها توسط مشارکت‌کنندگان (Member check) و درگیری طولانی مدت (Prolonged engagement) محقق و تماس و ارتباط وی با مشارکت‌کنندگان (که از یک طرف به جلب اعتماد شرکت‌کنندگان و از طرف دیگر به درک تجارب آن‌ها توسط پژوهشگر کمک می‌کرد) صورت گرفت. همچنین نمونه‌گیری با حداکثر تنوع (انتخاب پرستاران با میزان تجربه کاری و سمت‌های مختلف، تفاوت‌های سنی، تنوع فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی) باعث افزایش اعتبار داده‌ها شد. قابلیت تأیید (Confirmability) با رعایت بی‌طرفی محقق، توافق روی کدها و درون‌مایه‌ها، بررسی متن مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده توسط دو نفر از اعضای هیأت علمی

### یافته‌ها

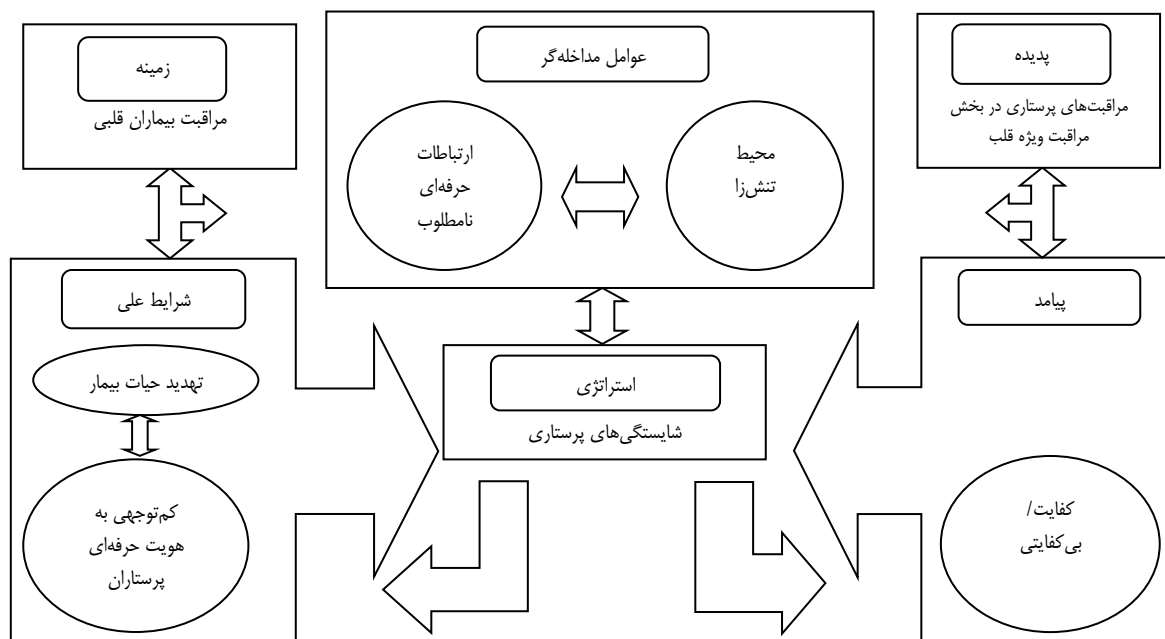
از مصاحبه با ۱۵ پرستار، ۳ پزشک، ۳ بیمار و ۲ نفر از بستگان بیمار، ۳۲۳۵ کد سطح اول، ۲۲ طبقه اولیه و ۶ طبقه شامل «تهدید حیات بیمار، کم‌توجهی به هویت حرفه‌ای پرستاران، شایستگی‌های پرستاری، ارتباطات حرفه‌ای نامطلوب، محیط تنش‌زا و کفایت/بی‌کفایتی» استخراج گردید (شکل ۱).

#### تهدید حیات بیمار

یکی از طبقات مفهومی و نگرانی اصلی مشارکت‌کنندگان، مواجهه پرستاران با تهدید حیات بیمار بود. اختلالات قلبی واقعه تهدید کننده حیات می‌باشد که نقش بسیار مهمی در فرایند مراقبت از بیمار دارد. این طبقه شامل شرایط حاد و کمبود آگاهی بیمار بود. همه مشارکت‌کنندگان معتقد بودند، بیماری که در بخش مراقبت ویژه قلب بستری می‌شود، با شرایط حاد و تهدید حیات روبرو می‌باشد. «مریض قلبی است، هر لحظه ممکنه که آریتمی بده... بیماری که با وی تک آمده، سریعاً به شوک نیاز داره، جان مریض به خطر می‌افته» (پرستار شماره ۱، زن ۳۱ ساله).

«بیمار ۳۰ ساله با ام‌آی اکستنسویو آمد. اس‌کا دادیم، فشارش پایین آمد... اس‌کا را قطع کردیم، کاهش سطح هوشیاری و تغییرات نواری داشت... ایتوبه شد و به دستگاه وصل شد، اما مریض اکسپایر شد» (پرستار شماره ۵، زن ۴۰ ساله).

کمبود آگاهی بیمار شرایط تهدید کننده حیات را تشدید می‌کرد. «مریض قلبی که این همه مراقبت می‌گیره، تی‌ان‌جی و دوپامین به او وصل است، می‌خواد رضایت بده از تخت پایین بیاد» (پرستار شماره ۹، زن ۳۱ ساله).



شکل ۱. فرایند مراقبت‌های پرستاری در بخش مراقبت ویژه قلب

### کم‌توجهی به هویت حرفه‌ای پرستاران

یکی از طبقات مفهومی و نگرانی‌های پرستاران، مواجهه با کم‌توجهی به هویت حرفه‌ای آنان بود. هویت حرفه‌ای مفهومی است که شغل و محیط کار پرستاری، همکاران، بیماران و اجتماع پیرامون آن‌ها را برایشان می‌سازد. این طبقه شامل فشار کاری، فقدان سلسله مراتب، محیط غیر حمایتی و کمبود حقوق بود.

کمبود پرستار در بخش مراقبت ویژه قلب، منجر به افزایش تعداد شیفت‌های کاری برای پرستاران این بخش می‌شد. «برنامه کاری فشرده می‌دهند؛ چون نیرو ندارند. من اضافه کار نمی‌خوام، اما چاره‌ای ندارم و باید همکاری کنم... مجبورم، خیلی تحت فشار هستم» (پرستار شماره ۷، زن ۳۷ ساله).

رسیدگی به تمام نیازهای بیماران بر عهده پرستاران بود و در بسیاری از موارد حتی خدمه در بخش حضور نداشتند. نداشتن خدمه ثابت در بخش منجر به این شده بود که پرستاران حتی مجبور به برآورده نمودن نیازهای دفعی بیماران بودند. این امر سبب تشدید فشارهای روحی و جسمی در آنان می‌شد. همچنین گاهی به علت عدم حضور منشی در بخش، انجام کارهای غیر مستقیم مانند مرتب نمودن اوراق پرونده و

چسباندن آزمایش‌های بیماران هم به آن‌ها واگذار می‌شد و این توان پرستاران را بیش از پیش کاهش می‌داد. «یک خدمه را سه تا بخش می‌گذارند، پیجر ندارند. ده دقیقه دنبال خدمه می‌گردیم و پیدایش نمی‌کنیم، مجبور می‌شویم به علت نبود خدمه به بیمارها لوله و لگن بدهیم... الآن منشی بخش نداریم، باید آزمایش بیمارها را هم ما بچسبانیم» (پرستار شماره ۱۲، زن ۳۵ ساله).

محیط غیر حمایتی حاکم بر پرستار، باعث تشدید احساس کم‌توجهی به هویت پرستاران می‌شد. «سیستم تشویق خیلی ضعیف است، اما اگر به خطا سر بزنه، فوراً برخورد می‌کنند» (پرستار شماره ۳، زن ۳۸ ساله).

بیشتر پرستاران اظهار می‌کردند که حقوق دریافتی آنان کم است. «به دفعات با خودم می‌گم که اگر حقوقم یک میلیون تومان باشه، دیگه سر کار به قسط‌هام فکر نمی‌کنم... ماه آینده اسم بچمو می‌تونم مهدکودک بنویسم یا نه؟» (پرستار شماره ۱، زن ۳۱ ساله).

### نایستگي‌های پرستاری

یکی از طبقات مفهومی و متغیر اصلی پدیدار شده در مطالعه، نایستگي‌های پرستاری بود. ارایه مراقبت‌های پرستاری در

کمیود امکانات ضروری شامل دارو و خرابی دستگاه‌ها باعث ایجاد تنش در پرستاران می‌شود و بر فرایند مراقبت‌های پرستاری تأثیرگذار است. «قبلاً آ اس آ نداشتیم، حالا پلاویکس نیست. موقعی که نیاز داشتیم، دستگاه شوک کار نمی‌کرد... مریض را می‌خواستیم اینتوبه کنیم، دستگاه لارنگوسکوپ چراغش روشن نمی‌شد» (پرستار شماره ۱۰، زن ۲۶ ساله).

پرستاران مطرح کردند که با وجود کار سخت و فشارهای کاری، از جایگاه اجتماعی مناسبی برخوردار نیستند. «بعضی از مریض‌ها هنوز فرق پرستار با خدمه را نمی‌دونند، می‌گه به پرستار بگو بیاد به من لوله بده» (پرستار شماره ۱۲، زن ۳۵ ساله).

#### کفایت/ بی‌کفایتی

یکی از طبقات مفهومی و پیامد فرایند مراقبت‌های پرستاری در بخش مراقبت ویژه قلب، کفایت/ بی‌کفایتی بود. کفایت شامل تجربه کسب شایستگی و نجات جان بیمار می‌باشد. در رابطه با کسب شایستگی و تجربه کفایت یکی از مشارکت کنندگان گفت: «حتی پیش آمده که به پزشک بگیریم دکتر شما داری اینجا اشتباه می‌کنی، باید این جا این کار را بکنی» (پرستار شماره ۴، زن ۴۱ ساله).

همچنین در مواردی که مراقبت‌های به عمل آمده از بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه قلب به نجات جان بیماران منجر می‌شد، تجربه کفایت را به همراه داشت. «بیمار جوان ۳۷ ساله‌ای داشتیم که ام‌آی کرده بود، اس‌کا گرفت، وی‌اف کرد، شوک دادم و مریض برگشت، هوشیار شد و با پای خودش رفت. اگر برای مریض کاری کنم که مفید باشه و مریض برگرده، خودم راضی و دل‌خوشم» (پرستار شماره ۷، زن ۳۷ ساله).

شایستگی ناکافی، خستگی و فرسودگی شغلی، بروز خطا، عوارض و مرگ و میر باعث تجربه بی‌کفایتی پرستار می‌شد. مشارکت کنندگان مطالعه بیان نمودند که کمیود نیروی پرستاری، شیفت‌های زیاد، خستگی و فرسودگی از یک سو و شایستگی ناکافی برخی از پرستاران در بخش مراقبت ویژه احتمال بروز خطا و عوارض و مرگ و میر را در بخش افزایش می‌داد. «پرستار نیتروگلیسرین را داخل ست معمولی ریخت،

بخش مراقبت ویژه قلب نیازمند سطح بالای شایستگی‌های پرستاران به عنوان استراتژی جهت مقابله با شرایط تهدید کننده حیات بیماران و کم‌توجهی به هویت حرفه‌ای بود. پرستاران برای ایفای مسؤولیت مراقبت از بیماران تلاش می‌نمایند. انجام مراقبت‌های پرستاری در زمان طلایی تنها توسط پرستاران که مانیتورینگ دائمی را بر عهده دارند، امکان‌پذیر می‌باشد.

«ممکن است بیمار ارست تنفسی داشته باشد که سریع اینتوبه می‌کنیم یا اگر تغییرات نواری داشته باشند، سریع ای‌کی‌جی می‌گیریم» (پرستار شماره ۵، زن ۴۰ ساله). «پزشک‌ها بیش از ۵ دقیقه در روز با مریض ارتباط ندارند، آنچه که مریض را درمان می‌کنه، واقعاً پرستارهای اکسپرت هستند» (پزشک شماره ۲، مرد ۴۰ ساله).

#### ارتباطات حرفه‌ای نامطلوب

ارتباطات حرفه‌ای نامطلوب یکی از طبقات مفهومی و از عوامل مداخله‌گر در فرایند مراقبت‌های پرستاری در بخش مراقبت ویژه قلب به شمار می‌رود. ارتباط عمودی پرستاران با سرپرستاران، سوپروایزر و مدیریت پرستاری مناسب نبود. ارتباطات نامطلوب، رضایتمندی پرستاران را دچار خدشه می‌کند. «بعد از یک شبکاری، صبح می‌خواستم مریض‌ها را تحویل سرپرستار بدم. سعی کردم که همه کارها را به درستی انجام بدم، یک شماره پرونده بالای سرنسخه نوشتیم، سرپرستار این را بهانه می‌کنه و هرچه دوست داره بهم می‌گه، سرم داد می‌زنه و دعوا می‌کنه... ناراحت می‌شم و گریه می‌کنم، خودخوری می‌کنم... می‌رم تو خونه، هی برام تکرار می‌شه» (پرستار شماره ۱۲، زن ۳۵ ساله).

#### محیط تنش‌زا

یکی از طبقات مفهومی و عوامل مداخله‌گر در فرایند مراقبت‌های پرستاری در بخش مراقبت ویژه قلب، محیط تنش‌زا می‌باشد. عواملی تأثیرگذار در ایجاد محیط تنش‌زا عبارت از ساختار نامناسب بخش، کمیود امکانات و گاهی خراب شدن آن‌ها و فقدان جایگاه اجتماعی برای پرستاران بود. «اگر بخش طبق استاندارد U شکل بود، می‌توانستیم همه مریض‌ها را ببینیم» (پرستار شماره ۹، زن ۳۱ ساله).

نیتروگلیسرین پنج میکرو در دقیقه با پنج قطره ست معمولی رفت... مریض رفت تو شوک و رفت» (پزشک شماره ۳، مرد ۳۵ ساله). جدول ۱ مشخصات پرستاران مشارکت کننده را نشان می‌دهد.

### بحث

با انجام گراند تئوری، مفاهیم اساسی مؤثر در فرایند مراقبت‌های پرستاری در بخش مراقبت ویژه قلب پدیدار گردید که شامل «تهدید حیات بیمار، کم‌توجهی به هویت حرفه‌ای پرستاران، شایستگی‌های پرستاری، ارتباطات حرفه‌ای نامطلوب، محیط تنش‌زا و کفایت/ بی‌کفایتی» با مفهوم مرکزی «شایستگی‌های پرستاری» بود. فرایند مراقبت‌های پرستاری در بخش مراقبت ویژه از تهدید حیات بیمار با شرایط حاد و کمبود آگاهی او شروع می‌شود. مطالعات Katz و همکاران (۱۹) و Herlitz و همکاران (۲۰) هر دو شدت بالای بیماری و شرایط تهدید کننده زندگی بیماران پذیرش شده در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی را تأیید نمودند. بخش مراقب ویژه قلب با استفاده از تکنولوژی پیشرفته، به منظور مدیریت بیمارانی که بیماری‌های تهدید کننده زندگی را تجربه می‌کنند، ایجاد شده است (۱۶). پژوهش Driscoll و همکاران در استرالیا نیز پیچیدگی شرایط بیمار طی مدت زمان و نیاز مراقبتی بیماران قلبی با شدت بیماری را نشان داد (۱۲).

Aari و همکاران بیان کردند که بیماران بخش مراقبت ویژه اغلب شرایط نامن و ناراحت کننده‌ای دارند و نیازمند

کسب اطلاعات در مورد شرایط خودشان هستند (۲۱). همچنین افزایش آگاهی افراد جامعه از علایم و نشانه‌های حمله قلبی، به مراجعه زودرس آن‌ها به بیمارستان منجر می‌شود (۱۲). اگرچه آموزش جزء حقوق اساسی بیماران، وظایف اصلی پرستاران و از معیارهای اعتباربخشی سازمان‌های ارائه دهنده خدمات بهداشتی است، اما از کمیت و کیفیت مطلوبی برخوردار نیست و استمرار این وضعیت، موجب بروز پیامدهای منفی فردی، خانوادگی و اجتماعی می‌گردد (۲۲).

از سوی دیگر، نتایج مطالعه نشان داد که پرستاران بخش مراقبت ویژه قلب با کم‌توجهی به هویت حرفه‌ای مواجه می‌باشند. در نظام‌های بهداشتی، هویت حرفه‌ای به مفهوم پرستاری بر مبنای عملکرد و فلسفه پرستاری است (۲۳). مفاهیم فشار کاری، فقدان سلسله مراتب، محیط غیر حمایتی و کمبود حقوق در کم‌توجهی به هویت حرفه‌ای مطرح شد. Williams و همکاران با مروری بر بخش‌های ویژه در استرالیا، بررسی اثرات فشار کاری بر پرستاران این بخش‌ها و حفظ پرستاران را امری ضروری مطرح کردند و برنامه کاری پرستاران، شرایط آموزشی و ارتباطات را مورد تأکید قرار دادند (۲۴).

بر اساس مطالعه Darvas و Hawkins، مشکلات پرستاران مراقبت ویژه شامل اختلال در زندگی فردی، خستگی زیاد، بیماری و افسردگی ناشی از کار کردن طولانی مدت بود (۲۵). پرستاران خواهان ایجاد تعادل بین زندگی فردی و حرفه‌ای می‌باشند. این عوامل در مطالعه Friedrich نیز مورد تأکید قرار گرفت (۲۶).

جدول ۱. مشخصات پرستاران مشارکت کننده

متغیر	حداکثر - حداقل	میانگین
سن (سال)	۲۶-۴۵	۳۵/۲۰
جنس	۱۴ زن و ۱ مرد	
وضعیت تأهل	۱۲ متأهل و ۳ مجرد	
تعداد فرزندان	۴ مورد متأهل بدون فرزند ۲ مورد ۱ فرزند ۶ مورد ۲ فرزند	
سابقه کار (سال)	۳-۲۴	۸/۷۳
سابقه کار در بخش مراقبت ویژه قلب (سال)	۱-۱۱	۴/۰۶
بخش‌هایی که پرستاران پیش‌تر کار می‌کردند	داخلی، جراحی، مراقبت ویژه، دیالیز و اورژانس	



ارتباطات حرفه‌ای نامطلوب و شیوه‌های نادرست مدیریت پرستاری و اثرات منفی آن بر ارتباط، توسط اغلب پرستاران در این بخش تجربه می‌شود. بیشتر پرستاران مشارکت کننده به اهمیت جو روانی حاکم بر محیط کار در ارتقای شایستگی حرفه‌ای تأکید کردند. یکی از مهم‌ترین عوامل اساسی در محیط کار پرستاری، رضایتمندی از سبک رهبری است (۲۶). نظارت اثربخش به توسعه مهارت‌های حرفه‌ای پرستاران منجر می‌گردد و یکی از روش‌های ارتقای شایستگی می‌باشد (۳۸). مدیریت پرستاری اثربخش از ضروریات جدایی ناپذیر در حفظ و ارتقای کیفیت مراقبت‌های پرستاری در بخش مراقبت ویژه قلب به شمار می‌رود (۳۹).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، محیط تنش‌زا نیز در فرایند مراقبت از بیماران تأثیرگذار بود. فضای محیطی نامناسب، عدم امکان مشاهده برخی از بیماران به علت استاندارد نبودن بخش مراقبت ویژه قلب، کمبود امکانات، خرابی دستگاه‌ها و وسایل مورد نیاز از چالش‌های روزمره برای پرستاران این بخش محسوب می‌شد که انرژی فراوانی از پرستاران سلب می‌کرد و بر خستگی آنان می‌افزود. یکی از فلسفه‌های تأسیس بخش‌های مراقبت ویژه، دسترسی به امکانات و تجهیزات حیات‌بخش می‌باشد. وجود امکانات ضروری، به میزان کافی و مناسب از خصوصیات بخش‌های مراقبت ویژه قلب به شمار می‌رود (۴۰). همچنین یکی از چالش‌های عمده و مخدوش کننده انگیزه و تشدید کننده فرسودگی شغلی پرستاران در بخش مراقبت ویژه قلب، فقدان جایگاه اجتماعی درخور شأن پرستاران بود. van Bogaert و همکاران بر این باورند که شرایط اجتماعی عامل محافظتی مهمی علیه فشار کاری و فرسودگی شغلی است که بر کیفیت مراقبت‌های پرستاری تأثیر می‌گذارد (۴۱).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که نجات جان بیماران از شرایط بحرانی و تجربه شایستگی برای پرستاران بخش مراقبت ویژه قلب، با احساس کفایت همراه است. کفایت کارکنان پرستاری، شرط اساسی در ارائه مراقبت ایمن و کفایت مراقبت‌های پرستاری محسوب می‌شود (۴۳، ۴۲)؛ در حالی که تهدید حیات بیمار و کم‌توجهی به هویت حرفه‌ای

Letvak در تحقیق خود نشان داد که فقط ۶ درصد از بیمارستان‌ها، نیاز به رسیدگی به فشار کاری برای پرستاران را مطرح نمودند (۲۷). تجربه حمایت شدن و اتحاد یکی از ملزومات حرفه‌ای شدن است (۲۸). در یک حرفه، معیارهایی همچون دانش، اخلاق، حقوق مناسب، سازماندهی رایج خدمات، استقلال و داشتن مجوز کار مورد تأیید، از جمله ضروریات به شمار می‌رود (۲۹). با توجه به رایج خدمات وسیع بهداشتی - درمانی پرستاران به آحاد مختلف جامعه، بیماران و خانواده‌های آنان، همکاران، مسؤولین و پزشکان و سایر کارکنان تیم بهداشتی - درمانی، رعایت انصاف و عدالت در هویت حرفه‌ای پرستاران ضروری به نظر می‌رسد (۳۰). به کارگیری روش‌های استبدادی در ارتباطات حرفه‌ای، اثرات منفی بر هویت حرفه‌ای پرستاران دارد؛ در حالی که روش‌های جدید ارتباطی و مشارکت می‌تواند هویت حرفه‌ای آنان را ارتقا دهد (۳۲، ۳۱).

نتایج مطالعه نشان داد که پرستاران در مواجهه با تهدید حیات بیمار و کم‌توجهی به هویت حرفه‌ای آن‌ها از استراتژی شایستگی‌های پرستاری بهره‌مند می‌شوند. پرستاران بزرگ‌ترین بخش رایج دهنده خدمات بهداشتی را تشکیل می‌دهند و دارای نقش اساسی در تداوم مراقبت و پاسخگویی خدماتی هستند که نیازمند شایستگی آنان است (۳۳). پرستار بخش مراقبت ویژه از عملکرد وسیع در پزشکی و شایستگی‌های پرستاری گسترده برای فراهم نمودن مراقبت از بیمار و نجات جان آن‌ها استفاده می‌نماید (۳۴). پنج مقوله اصلی شامل شایستگی خلاقیت، برقراری ارتباطات مناسب، نگرش صحیح، مهارت کافی و دانش مطلوب می‌باشد و پرستاران نقش مهمی را در کسب این شایستگی‌ها ایفا می‌کنند (۳۵). Meng و همکاران عوامل مؤثر بر فرایند مراقبت را شامل نگرش، دانش، شایستگی و درک از مراقبت مطرح نمودند و از بین این طبقات، نگرش مراقبتی را به عنوان متغیر اصلی در فرایند مراقبت‌های پرستاری برگزیدند (۳۶). Jiang و همکاران بیان کردند که تجارب زندگی و حرفه‌ای، منجر به بهبود شایستگی‌های پرستاران می‌شود و می‌تواند رفتارهای مراقبتی آنان را ارتقا بخشد (۳۷).

جامع‌نگری به فرایند مراقبتی بیمار داشت و برای افراد، جامعه و سازمان‌ها به ویژه سازمان بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کمک کننده می‌باشد و در روند سایر مطالعات به خصوص مراقبت از بیمار قابلیت کاربرد دارد. کاربرد این تئوری در بالین، توجه به اهمیت شایستگی‌های پرستاری، رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای، تأکید بر برقراری ارتباطات مناسب، رضایتمندی کادر درمان و بیماران و همراهان و کاهش خطاهای بالینی را به همراه دارد. این تئوری در آموزش به اهمیت آموزش‌های دانشگاهی برای تربیت پرستاران، به کارگیری بهترین شرایط آموزشی با استفاده از لایق‌ترین افراد در آموزش پرستاران به منظور دستیابی به شایستگی‌های پرستاری تأکید دارد. پیشنهاد کسب شایستگی‌های پرستاری از چالش‌های مهم در فرایند مراقبت‌های پرستاری در بخش مراقبت ویژه قلب و از کاربردهای مهم و با ارزش این پژوهش محسوب می‌شود. کاربرد این تئوری در مدیریت و انتخاب مدیران توانمند و دلسوز و خلاق، ایجاد شرایط کاری مطلوب، محیط حمایتی مناسب، شناخت چالش‌های موجود و حل مشکلات ایجاد شده در محیط کار به عنوان وظایف مدیران پرستاری، نیازمند توجه بیشتری می‌باشد. تأکید بر حفظ ارتباط مناسب حرفه‌ای که در اغلب موارد با توجه به کار طاقت‌فرسای پرستاری نادیده گرفته می‌شود، به توجه نیاز دارد. از جمله نکات قابل تأمل و ارزشمند مطالعه حاضر، توجه به محیط تنش‌زا و برخورداری از حمایت‌های سازمانی و اجتماعی بود. این تئوری در پژوهش می‌تواند زمینه‌ساز پژوهش‌های کمی و کیفی محسوب گردد. خانم بودن اغلب پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه قلب، از محدودیت مطالعه بود و امکان تبیین تجارب مشارکت‌کنندگان مرد وجود نداشت.

### نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که فرایند مراقبت‌های پرستاری در بخش مراقبت ویژه قلب، مفهومی پویا، پیچیده، مداوم، همبسته و متأثر از عوامل مؤثر بر مراقبت می‌باشد. شرایط تهدیدکننده حیات بیماران از یک سو و محیط، شرایط کاری، ارتباطات و

پرستاران از یک سو و ارتباطات حرفه‌ای نامطلوب و محیط تنش‌زا از سوی دیگر، زمینه را برای فرسودگی شغلی بیشتر در پرستاران بخش مراقبت ویژه فراهم می‌کند و فرسودگی شغلی، احتمال بروز خطا و عوارض و مرگ و میر را افزایش می‌دهد و با احساس بی‌کفایتی همراه است. شواهد نشان می‌دهد که ماهیت شغلی پرستاری، پرستاران را مستعد فرسودگی شغلی می‌کند. پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه، درجه بالاتری از فرسودگی شغلی را تجربه می‌کنند که نتایج ناخواسته و افزایش مرگ و میر بیماران را به دنبال دارد (۴۴، ۱۲). خطر بروز نتایج منفی برای بیمار، بروز اثرات نامطلوب برای پرستار را افزایش می‌دهد (۴۶، ۴۵). Nelson معتقد است که در فرایند مراقبت از بیماران، شناسایی نیازها و مشکلات آنان اولویت محسوب می‌شود و پیامدهای مراقبتی بهتری را به همراه دارد (۴۷).

نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن بود که پرستاران در بخش مراقبت ویژه قلب با تهدید حیات بیمار مشتمل بر شرایط حاد بیمار و کمبود آگاهی بیمار مواجه می‌باشند و از طرف دیگر، کم‌توجهی به هویت حرفه‌ای پرستاری را تجربه می‌کنند. راهبردهای آنان جهت مقابله با این شرایط، کسب شایستگی‌های پرستاری بود. ارتباطات حرفه‌ای نامطلوب و محیط تنش‌زا نقش بسیار مهمی در دستیابی پرستاران به این شایستگی‌ها داشت و باعث تشدید استرس، فرسودگی شغلی و تجربه بی‌کفایتی در پرستاران می‌شد. آن‌ها انتظار داشتند که به واسطه انجام مراقبت‌های حیات‌بخش در شرایط تهدیدکننده حیات بیمار، مورد توجه مسؤولین، بیماران و نزدیکان آنان و افراد جامعه و تحت حمایت سیستم باشند. آن‌ها در صورت نجات جان بیماران، تجربه کسب شایستگی‌های پرستاری و احساس کفایت را تجربه می‌کردند، اما در صورت بروز خطا و عوارض و مرگ و میر بیماران، احساس شایستگی ناکافی و فرسودگی شغلی داشتند و از تجربه بی‌کفایتی رنج می‌بردند.

فرایند مراقبت‌های پرستاری در بخش مراقبت ویژه قلب تحت تأثیر متغیر اصلی «شایستگی‌های پرستاری» قرار گرفت که بر اساس تجارب عمیق پرستاران و با رویکرد کیفی، نگاه

بدین وسیله از معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی سمنان به جهت همکاری در اجرا و تقبل هزینه‌های انجام پژوهش و مشارکت کنندگانی که تجارب ارزشمند خود را بیان نمودند و همچنین از واحد توسعه تحقیقات بالینی مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی کوثر دانشگاه علوم پزشکی سمنان بابت تأیید و تأمین تسهیلات این تحقیق صمیمانه تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

شایستگی‌های پرستاران از سوی دیگر، بر فرایند مراقبت از بیماران در بخش مراقبت ویژه قلب تأثیرگذار می‌باشد.

### تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از طرح پژوهشی شماره ۴۵۵ مورخ ۱۳۹۱/۷/۲۲ مصوب جلسه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سمنان به شماره ۹۱/۲۱۶۸۲۹ در تاریخ ۱۳۹۱/۶/۲۱ می‌باشد.

### References

1. Meleis AI. Theoretical Nursing: Development and progress. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
2. McEwen M, Wills EM. Theoretical basis for nursing. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
3. Karaoz S. Turkish nursing students' perception of caring. Nurse Educ Today 2005; 25(1): 31-40.
4. Pajnkihar M. Is caring a lost art in nursing? International Journal of Nursing Studies 2008; 45(5): 807-8.
5. Ghafari S, Mohammadi F. Concept analysis of nursing care: a hybrid model. J Mazandaran Univ Med Sci 2012; 21(1): 153-64. [In Persian].
6. Bench S, Crowe D, Day T, Jones M, Wilebore S. Developing a competency framework for critical care to match patient need. Intensive Crit Care Nurs 2003; 19(3): 136-42.
7. Gill FJ, Leslie GD, Grech C, Latour JM. A review of critical care nursing staffing, education and practice standards. Aust Crit Care 2012; 25(4): 224-37.
8. Fulbrook P. Critical care or intensive care? Conn World Crit Care Nurs 2010; 7: 107.
9. Berner KH, Ives G, Astin F. Critical care nurses' perceptions about their involvement in significant decisions regarding patient care. Aust Crit Care 2004; 17(3): 123-31.
10. Riba AL. Evidence-based performance and quality improvement in the acute cardiac care setting. Crit Care Clin 2008; 24(1): 201-29, x.
11. Manias E, Street A. The interplay of knowledge and decision making between nurses and doctors in critical care. Int J Nurs Stud 2001; 38(2): 129-40.
12. Driscoll A, Currey J, George M, Davidson PM. Changes in health service delivery for cardiac patients: implications for workforce planning and patient outcomes. Aust Crit Care 2013; 26(2): 55-7.
13. McCance TV, McKenna HP, Boore JR. Caring: theoretical perspectives of relevance to nursing. J Adv Nurs 1999; 30(6): 1388-95.
14. Corbin J, Strauss A. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. London, UK: SAGE Publications; 2008.
15. Lingard L, Albert M, Levinson W. Grounded theory, mixed methods, and action research. BMJ 2015; 337: a567.
16. Sinuff T, Cook DJ, Giacomini M. How qualitative research can contribute to research in the intensive care unit. J Crit Care 2007; 22(2): 104-11.
17. Morse JM, Barrett M, Mayan M, Olson K, Spiers J. Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. International Journal of Qualitative Methods 2002; 1(2): 13-22.
18. Strauss A, Corbin JM. Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques. London, UK: Sage Publications; 1990.
19. Katz JN, Shah BR, Volz EM, Horton JR, Shaw LK, Newby LK, et al. Evolution of the coronary care unit: clinical characteristics and temporal trends in healthcare delivery and outcomes. Crit Care Med 2010; 38(2): 375-81.
20. Herlitz J, Dellborg M, Karlsson T, Evander MH, Berger A, Luepker R. Epidemiology of acute myocardial infarction with the emphasis on patients who did not reach the coronary care unit and non-AMI admissions. Int J Cardiol 2008; 128(3): 342-9.
21. Aari RL, Tarja S, Helena LK. Competence in intensive and critical care nursing: a literature review. Intensive Crit Care Nurs 2008; 24(2): 78-89.
22. Ashghali-Farahani M, Mohammadi E, Ahmadi F, Maleki M, Hajizadeh E. Obstacles of patient education in CCU and post CCU: A grounded theory study. Iran J Nurs 2009; 22(58): 55-73. [In Persian].
23. Slade D, Scheeres H, Manidi M, Iedem R, Dunston R, Stein-Parbury J, et al. Emergency communication: the discursive challenges facing emergency clinicians and patients in hospital emergency departments. Discourse &

- Communication 2008; 2(3): 271-98.
24. Williams S, Ogle KR, Leslie G. ACCCN national nursing workforce survey of intensive care units. *Aust Crit Care* 2001; 14(2): 50-4.
  25. Darvas JA, Hawkins LG. What makes a good intensive care unit: a nursing perspective. *Aust Crit Care* 2002; 15(2): 77-82.
  26. Friedrich B. Staying power. *Nurs Manage* 2001; 32(7): 26-8.
  27. Letvak S. Retaining the older nurse. *J Nurs Adm* 2002; 32(7-8): 387-92.
  28. Bruhn JG. Being good and doing good: the culture of professionalism in the health professions. *Health Care Manag (Frederick)* 2001; 19(4): 47-58.
  29. Pinkerton S. The future of professionalism in nursing. *Nursing Economics* 2001; 19(3): 130-2.
  30. Mahmoodi Shan GH, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnejad A. Ethics in nurses' lifestyle: a qualitative study. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2009; 2(4): 63-78. [In Persian].
  31. MacIntosh J. Reworking professional nursing identity. *West J Nurs Res* 2003; 25(6): 725-41.
  32. Nedd N. Perceptions of empowerment and intent to stay. *Nurs Econ* 2006; 24(1): 13-8, 3.
  33. Memarian R, Salsali M, Vanaki Z, Ahmadi F, Hajizadeh E. Factors affecting the process of obtaining clinical competency. *J Zanjan Univ Med Sci* 2006; 14(56): 40-9. [In Persian].
  34. Donald F, Bryant-Lukosius D, Martin-Misener R, Kaasalainen S, Kilpatrick K, Carter N, et al. Clinical nurse specialists and nurse practitioners: title confusion and lack of role clarity. *Nurs Leadersh (Tor Ont)* 2010; 23 Spec No 2010: 189-201.
  35. Nesami M, Rafiee F, Parvizi S, Esmaili R. Concept analysis of competency in nursing: Qualitative research. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2008; 18(67): 35-42. [In Persian].
  36. Meng M, Zhang X, Jiang A. A theoretical framework of caring in the Chinese context: a grounded theory study. *J Adv Nurs* 2011; 67(7): 1523-36.
  37. Jiang LL, Ruan H, Xiang XJ, Jia Q. Investigation and analysis of the caring attitude and behaviour of nurses in Shanghai, China. *Int J Nurs Pract* 2015; 21(4): 426-32.
  38. Arvidsson B, Fridlund B. Factors influencing nurse supervisor competence: a critical incident analysis study. *J Nurs Manag* 2005; 13(3): 231-7.
  39. Nobahar M. Care quality in critical cardiac units from nurses perspective: a content analysis. *J Qual Res Health Sci* 2014; 3(2): 149-61. [In Persian].
  40. Asgari MR, Soleimani M. Comprehensive book intensive nursing care in ICU, CCU and dialysis ward. Tehran, Iran: Boshra Publications; 2012. [In Persian].
  41. van Bogaert P, Kowalski C, Weeks SM, van Heusden D, Clarke SP. The relationship between nurse practice environment, nurse work characteristics, burnout and job outcome and quality of nursing care: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud* 2013; 50(12): 1667-77.
  42. Clarke SP. Nurse staffing and patient outcomes: getting to the heart of the matter in research, practice, and policy. *Pa Nurse* 2008; 63(4): 8-9.
  43. Nobahar M. Principles & arts of nursing. Tehran, Iran: Hakim Hidaji Publications; 2012. [In Persian].
  44. Person SD, Allison JJ, Kiefe CI, Weaver MT, Williams OD, Centor RM, et al. Nurse staffing and mortality for Medicare patients with acute myocardial infarction. *Med Care* 2004; 42(1): 4-12.
  45. Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Aiken LH, Schaffert-Witvliet B, Sloane DM, et al. Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the international hospital outcomes study. *Int J Qual Health Care* 2008; 20(4): 227-37.
  46. Schubert M, Clarke SP, Glass TR, Schaffert-Witvliet B, De GS. Identifying thresholds for relationships between impacts of rationing of nursing care and nurse- and patient-reported outcomes in Swiss hospitals: a correlational study. *Int J Nurs Stud* 2009; 46(7): 884-93.
  47. Nelson AM. Best practice in nursing: a concept analysis. *Int J Nurs Stud* 2014; 51(11): 1507-16.

## Exploration of the Nursing Care Process in the Cardiac Intensive Care Unit: Grounded Theory

Monir Nobahar<sup>1</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** Care is the basis and foundation of nursing. In the cardiac intensive care unit (CICU), rescuing patients in critical conditions depends on the nursing care process. The aim of this study was the exploration of the nursing care process in the CICU.

**Method:** This study was conducted using the qualitative research method of grounded theory. Sampling was begun purposefully and gradually continued, according to the obtained codes and categories, using theoretical sampling until data saturation. Data collection methods included semi-structured interviews, observations, and field notes. In this study, interviews were conducted with 15 nurses, 3 physician, 3 patients, and 2 relatives of patients in Semnan Fatemeh Hospital in 2012-2013. The time duration of interviews was between 40 to 90 minutes. Interviews were digitally recorded and immediately transcribed verbatim. Data analysis was performed simultaneously to data collection using the constant comparative analysis method of Strauss and Corbin. The accuracy and rigor of the study were confirmed using the criteria of Lincoln and Guba.

**Results:** In the present study, 3235 primary codes, 22 primary categories, and 6 categories in the nursing care process were extracted. The categories include "threatening patient's life", "low attention to nurses' professional identity", "nursing competence", "undesirable professional communications", "stressful environment", and "adequacy/inadequacy". Each of these categories contained subcategories with specific characteristics.

**Conclusion:** The results show that the nursing care process in the CICU is a correlated, dynamic, and complex concept continually influenced by factors effective on care. On the one hand, life-threatening conditions of patients, and the other hand, environment, working conditions, communication, and competence of nurses are effective on the patient care process in the CICU.

**Keywords:** Nursing, Nursing care, Cardiac intensive care unit, Grounded theory.

**Citation:** Nobahar M. Exploration of the Nursing Care Process in the Cardiac Intensive Care Unit: Grounded Theory. *J Qual Res Health Sci* 2015; 4(2): 99-111.

Received date: 4.5.2015

Accept date: 16.8.2015

1- Assistant Professor, Department of Nursing, Nursing Care Research Center, School of Nursing and Allied Medical Sciences, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

**Corresponding Author:** Monir Nobahar, Email: nobahar43@semums.ac.ir