

Implementation of Independent Nurses' Interventions in the ICU: Content Analysis

Bahareh Najafi¹, Maryam Nakhaei², Seyyed Abolfazl Vagharseyyedin^{3*}

1- PhD Student in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.

3- Associate Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.

Corresponding Author: Seyyed Abolfazl Vagharseyyedin, Associate Professor of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.

Email: waghars@bums.ac.ir

Abstract

Introduction: Independent interventions to any kind of care that the nurse performs on behalf of the patient and do not require a doctor's order and promote the comfort, comfort and health of patients. Therefore, this study was conducted with the aim of performing independent interventions in the ICU.

Methods: This study was conducted with a qualitative approach and using the content analysis method of the contract. Participants included 12 nurses who were included in the study by purposive sampling method and were interviewed face to face and semi-structured. After collecting data, all interviews were conducted and reviewed and classes were extracted. First, the semantic similarities were reviewed and sub-categories were identified, and then the sub-categories were re-examined in one category.

Results: Or the results of nurses' experiences were extracted from the implementation of independent interventions, 3 with the main class and 8 with the subclass. Categories under the headings "Nurse Characteristics" with 3 subcategories (scientific and practical mastery, motivation, ability to communicate interpersonal), category "Barriers to independent intervention" with 3 subcategories (executing doctors' orders, high workload of nurses, distrust of nurses) The category of "facilitators of independent interventions" was extracted with two subcategories (support of nurses, support of physicians).

Conclusions: Data analysis showed that in order to provide optimal care while paying attention to the nature of work of intensive care units, the role of the nurse in providing safe care and independent interventions should be considered and management and implementation barriers identified and to remove barriers, Support measures should be taken.

Keywords: Independent interventions, Nursing, Content analysis, Qualitative study.

اجرای مداخلات مستقل پرستاران در بخش آی سی یو: تحلیل محتوی

بهاره نجفی^۱، مریم نخعی^۲، سیدابوالفضل وقار سیدین^{۳*}

۱- دانشجوی دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ایران.

۲- استادیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ایران.

۳- دانشیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ایران.

نویسنده مسئول: سیدابوالفضل وقار سیدین، دانشیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ایران.
ایمیل: waghars@bums.ac.ir

چکیده

مقدمه: مداخلات مستقل به هر نوع مراقبتی که پرستار به نمایندگی از بیمار انجام می دهد و برای انجام آنها نیازی به دستور پزشک نمی باشد و موجب ارتقاء، آسایش و سلامتی بیماران می شود. لذا این مطالعه با هدف اجرای مداخلات مستقل در بخش آی سی یو انجام شده است.

روش کار: این مطالعه با رویکرد کیفی و با بهره گیری از شیوه تحلیل محتوی قرار دادی انجام شده است. مشارکت کنندگان شامل ۱۲ نفر از پرستاران بودند که به روش نمونه گیری هدفمند وارد مطالعه شدند و مورد مصاحبه های چهره به چهره و نیمه ساختار مند قرار گرفتند. بعد از گردآوری داده ها، تمام مصاحبه ها پیاده سازی شدند و مورد بازنگری قرار گرفتند و طبقات استخراج گردید. در ابتدا شباهتهای معنایی مورد بازنگری قرار گرفت و زیر طبقات مشخص شدند و سپس بازنگری مجدد زیر طبقات مرتبط در یک طبقه قرار گرفتند.

یافته ها: یافته های حاصل از تجارب پرستاران از اجرای مداخلات مستقل ۳ با طبقه اصلی و ۸ زیر طبقه استخراج شد. طبقات تحت عنوانین "ویژگی پرستار" با ۳ زیرطبقه (تسلط علمی و عملی، وجود انگیزه، توانایی برقراری ارتباط بین فردی)، طبقه "موانع مداخلات مستقل" با ۳ زیرطبقه (مجری دستورات پزشکان، حجم کاری بالای پرستاران، بی اعتمادی همراهان به پرستاران)، طبقه "تسهیل کننده های مداخلات مستقل" با دو زیر طبقه (حمایت سرپرستاران، حمایت پزشکان) استخراج گردید.

نتیجه گیری: تحلیل داده ها نشان داد به منظور ارائه مراقبت بهینه ضمن توجه به ماهیت کاری بخش های مراقبت ویژه باید به نقش پرستار در ارائه مراقبت ایمن و انجام مداخلات مستقل توجه شود و موانع مدیریتی و اجرای شناسایی شده و در جهت رفع موانع، اقدامات حمایتی بعمل آید.

کلید واژه ها: مداخلات مستقل، پرستاری، تحلیل محتوی، مطالعه کیفی.

مقدمه

و درمانی بوده مدت زمان زیادی را با بیماران سپری می کنند پاسخ به درمان را در طول ساعات کاری پیگیری می کنند و نقش انکار ناپذیری در جهت پیشگیری از عوارض درمانی و حصول به نتیجه مطلوب درمانی در بخشهای ویژه دارند (۳).

بیشتر مطالعات برآسیب شناسی، بررسی و درمان مداخلات پزشکی تمرکز کرده است و به مداخلات پرستاری کمتر توجه شده است. گوردون در سال ۱۹۷۹ مداخلات پرستاری را به عنوان اقدامات انجام شده توسط پرستاران برای دستیابی

تیم بهداشتی و درمانی در زمره سازمان هایی قرار دارد که هدف اصلی آنها حفظ سلامت افراد جامعه است. پرستاران با توجه به گستردگی و اهمیت حیطة فعالیت هایشان از عناصر کلیدی این سیستم محسوب می شوند (۱). پرستاران نقشهای مختلفی بر عهده دارند شامل: مراقبتی، درمانی، آموزشی، حمایتی، آسایش دهنده، هماهنگ کننده می باشد (۲).

از آنجایی که پرستاران از اعضای کلیدی تیم مراقبتی

به بهبود بیمار تعریف کرده است (۴).

مداخله مستقل به هرنوع مراقبتی که پرستار به نمایندگی از بیمار انجام می دهد گفته می شود و به راحتی توسط پرستاران قابل اجرا می باشد. در تعریف دیگر مداخله مستقل پرستاری به یک سری اقدامات یا فعالیتهایی برای انجام آنها نیاز به دستور پزشک نمی باشد و موجب ارتقاء آسایش و سلامتی بیماران می شود (۵).

به عنوان مثال استفاده از روشهای غیر دارویی معمولا در حیطه وظایف مستقل پرستاری مطرح می باشد. آشنایی پرستاران با مداخلات مستقل موجب فراهم نمودن آسایش و رفاه بیماران می شود. همچنین آرامش ایجاد شده موجب ارتقاء سلامت، احساس بهزیستی، افزایش بینش، کاهش استرس و تقویت سیستم ایمنی بیماران می شود (۶).

مطالعه انجام شده توسط شورفی در سال ۲۰۱۰ نشان داد ۵۹٪ پرستاران دید مثبتی در مورد مداخلات مستقل دارند (۷). از نظر تاریخی مداخلات مستقل از زمان شروع شغل پرستاری وجود داشته به طوری که ناتینگل مداخلاتی مانند استفاده صحیح از هوای تازه، نور، گرما، پاکیزگی، سکوت و انتخاب رژیم غذایی برای سلامتی و رفاه بیماران، مهم و حیاتی برشمرده و به عنوان مداخلات مستقل بیان نموده است (۸). مداخلات مستقل ممکن است به صورت درمان های مکمل نه به عنوان جایگزین درمان اصلی مورد استفاده قرار گیرند (۹).

از آنجائی که بیماران بستری در ای سی یو با چالش های جسمی و عاطفی زیادی روبه رو می شوند و علائمی مانند استرس، اضطراب و کمبود خواب تجربه می نمایند (۱۰).

یکی از محیط های مراقبتی که در آن مداخلات مستقل اهمیت بیشتری می یابند بخش ای سی یو است. به دلیل فضای فیزیکی بخشهای ویژه، تعداد محدود پرسنل پرستاری و در نتیجه تعاملات نزدیک و طولانی مدت بیمار و پرستار و حضور طولانی مدت پرستار بر بالین بیماران به دلیل بحرانی بودن شرایط جسمانی بیماران و عدم وضعیت ثابت بیماران در بخش های ویژه نسبت به بخش های عمومی از پرستاران شاغل در بخش ویژه انتظارات بالاتری می رود و نشان دهنده نقش مهم پرستاران در امر درمان و مراقبت پرستاری از جمله مداخلات مستقل می باشد (۱۱).

با توجه به اینکه پرستاران با افراد از فرهنگ های مختلف

مراقبت می کنند بایستی از طیف گسترده از روشهای درمانی در فرهنگ های مختلف آگاهی داشته باشند در استفاده از مداخلات مستقل پرستار بایستی به عواملی چون فرهنگ، جنسیت، سن، سبک مقابله فردی، باورهای معنوی، پاتوفیزیولوژی بیماری توجه کند و پس از ارزیابی، با همکاری بیماران برای برنامه ریزی، پیاده سازی و روش های انتخابی توسط بیماران اقدام شود (۱۲). بر اساس مطالعه ترسی ۲۰۱۱ و شورفی ۲۰۱۰ انجام شده، مداخلات مستقل نقش مهمی در بهبود روند بیماران دارد و یکی از وظایف عمده پرستاران ایجاد بهبودی و آسایش بیماران می باشد (۶). همچنین با توجه به اینکه مراقبت ارائه شده توسط پرستاران ممکن است تأثیر چشمگیری بر کیفیت مراقبت های بهداشتی و نتایج بهبودی بیماران داشته باشد با توجه به نتایج مطالعه ترسی ۲۰۱۱ و شورفی ۲۰۱۰ که مفید بودن مداخلات مستقل در کشورها دیگر بیان نموده است. هر کشوری ممکن است قوانین متفاوتی از نظر دامنه عملکرد پرستاران برای مداخلات داشته باشد (۵). همچنین از آنجایی که سازمان های مراقبت سلامت در ایران با سایر کشورها متفاوت می باشد. نتایج مطالعات سایر کشورها در ایران کاربردی نخواهد داشت.

بنابراین لازم است تجربیات پرستاران شاغل در بخش های ای سی یو در خصوص مداخلات مستقل پرستاری مورد بررسی قرار گیرد. چنین تجربیاتی میتواند در ارتقاء مداخلات مستقل پرستاری و احتمالا کاهش موانعی که بر سر راه این مداخلات وجود دارند موثر باشند. از آنجائیکه نمی توان پدیده های انسانی را در قالب فرمولهای ریاضی خلاصه نمود بنابراین لازم است برای دستیابی به واقعیات عمیق و درونی انسانها، از راهبردهای تحقیقی مناسبتر استفاده نمود (۱۳). در این میان پژوهش های کیفی می تواند نقش موثر تری را در روشن سازی حیطه های ابهام آمیز و ناشناخته ایفا نماید (۱۴). تعیین تجربیات پرستاران نیاز به تمرکز بر درک تجربیات زنده افراد مورد پژوهش و دیدگاه آنان دارد. با توجه به موضوع مورد مطالعه یک رویکرد کیفی میتواند بهتر از رویکرد کمی در دستیابی به هدف مطالعه مفید واقع شود. به همین منظور این مطالعه با هدف توصیف تجارب پرستاران از مداخلات مستقل انجام شده است، مطالعه تجارب پرستاران به شیوه کیفی می تواند شناخت عمیق و واقعی تری از مداخلات مستقل پرستاری را فراهم نماید.

توجه به وقت و حوصله مشارکت کننده، اطلاعات بدست آمده و تمایل افراد ممکن است در یک یا چند نوبت انجام شد.

از آنجا که محیط تحقیق کیفی عرصه واقعی است. یعنی محلی که در آن فرایند روی می دهد و تجارب مشارکت کنندگان در آن رخ می دهد، انتخاب شرکت کنندگان در بیمارستان ها انجام شد. برای تجزیه و تحلیل کیفی محتوی به روش گرانهمیم و لاندمنتامی مصاحبه ها و گزارشات پرستاران گردآوری شده، از فرایند استقرایی و کد گذاری با رویکرد قراردادی استفاده شد، به معنی بیرون کشیدن کامل طبقات و درونمایه ها از داده ها می باشد. چهار مرحله اصلی تحلیل محتوی با برخی تعدیلات برای پیدا نمودن کدها انجام شد و پس از چندین بار خواندن متون فرایند کدگذاری سطح اول با شناسایی و پررنگ کردن جملات و پاراگراف های واحد تحلیل آغاز گردید.

از قبل تصمیم گرفته شد در مرحله دوم کدگذاری، کدهای برتر با معنای مشابه با یکدیگر طبقه بندی شدند پس از طبقه بندی، توسط تفسیر به صورت الگوی مفهومی معنی دار کنار هم گذاشته شد و ارتباط بین طبقات شناسایی و درونمایه ها ظاهر گردیدند.

جلب رضایت آگاهانه و حفظ اسرار مشارکت کنندگان و محرمانه بودن اطلاعات، حق کناره گیری از پژوهش در هر زمان دلخواه، رعایت شده است. اصول اخلاقی با ارایه اطلاعات شفاهی و کتبی در خصوص مطالعه با مشارکت کنندگان، اختیاری بودن شرکت و ادامه مطالعه با تکمیل رضایت نامه کتبی، رعایت گردید. به شرکت کنندگان در خصوص محرمانه ماندن گفتگوها اطمینان داده شد. اطمینان از صحت و کیفیت و ارزش درستی داده ها، یکی از مسائل مهم در تحقیقات کیفی میباشد. این مطالعه دارای کد اخلاق با شماره IR.BUMS.REC.1399.295 می باشد.

چهار معیار مهم برای اثبات موثق بودن یک تحقیق کیفی عبارتند از: ۱. معتبر بودن یا مقبولیت Credibility ۲. قابلیت وابستگی یا اعتماد Dependability ۳. قابلیت انتقال transferability ۴. تایید پذیری Confirmability. در این پژوهش محقق با در نظر گرفتن این معیارها از روشهای مختلفی مانند بررسی و مشاهده مداوم تخصیص زمان کافی برای جمع آوری داده ها و حسن ارتباط با مشارکت کنندگان جهت افزایش مقبولیت و قابلیت و اعتماد داده ها استفاده شد. علاوه بر این مرور و اصلاح و تایید دست نوشته ها

لذا این مطالعه به طریق کیفی و با روش تحلیل محتوی انجام شده است. تحلیل محتوی به طور بالقوه یکی از مهم ترین فن های پژوهشی در علوم اجتماعی است که در پی شناخت داده ها به تحلیل آنها می پردازد و این روش در تحقیق و آموزش پرستاری در تنوع وسیع داده ها و برای داشتن تفسیر عمیق بکار گرفته شده است (۱۵).

مطالعه از بهمن ۱۳۹۸ تا مهر ۱۳۹۹ در شهر بیرجند انجام شد. شرکت کنندگان ۱۲ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان های شهر بیرجند بودند. مشارکت کنندگان از بین کسانی انتخاب شدند که مایل به شرکت در مطالعه بوده و توانایی بیان تجارب خود در مورد مداخلات مستقل داشتند، به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. متناسب با روش کیفی جهت گردآوری داده ها از مصاحبه های عمیق، و نیمه ساختار یافته با پرستاران استفاده شد. مصاحبه ها با هماهنگی قبلی و رضایت شرکت کنندگان برای ضبط انجام شد و بلافاصله در ۲۴ ساعت اول کلمه به کلمه تایپ شده و به عنوان داده های اصلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. مدت زمان مصاحبه حداقل بیست و حداکثر ۴۵ دقیقه و تا جایی که دیگر داده جدیدی استخراج نشد و در اصلاح تا رسیدن به اشباع داده ها مصاحبه ادامه یافت. ویژگی فردی: سن، جنس، سطح تحصیلات و سابقه کار و سمت مورد سوال قرار گرفت و همچنین پاسخ هایی شرکت کنندگان در زمینه تجربیات پرستاران از انجام مداخلات مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بعضی از این سوالات تنها به منزله راهنمای مصاحبه مورد استفاده قرار گرفت شامل "لطفا تجربه خود را از انجام مراقبت در بخش آی سی یو توصیف نمایید؟" و سوالات دیگری "مراقبت در بخش آی سی یو را چگونه توصیف می نمایید؟" سوالات دیگری "لطفا تجربیات خود را در مورد اجرای مداخلات مستقل در بخش آی سی یو بیان نمایید؟"

سپس سوالات دیگر بر اساس راهنمای مصاحبه و پاسخ مصاحبه شوندگان پرسیده خواهد شد. همچنین بر حسب نیاز در ادامه مصاحبه ممکن است از سوالات کاوشی مانند "می توانید بیشتر توضیح دهید؟" و یا "وقتی می گویند... منظور شما چیست؟" استفاده شد و در پایان مصاحبه از شرکت کنندگان خواسته شد اگر صحبتی باقی مانده بیان کنند. در پایان پس از تشکر و قدردانی در مورد احتمال انجام مصاحبه های بعدی، صحبت شد. مصاحبه ها با

با میانگین سنی ± 47 سال قرار داشتند و ۴ نفر مرد و ۸ نفر زن، ۹۰ درصد متاهل و بین ۱ تا ۲۰ سال سابقه کار در بخش ای سی یو داشتند. نتایج حاصل از (مصاحبه های انجام شده پس از حذف کدهای تکراری و ادغام کدهای مشابه با تعداد ۱۱۲۵ کد باز)، در نهایت در ۳ طبقه اصلی و ۸ زیر طبقه بدست آمد. طبقات تحت عنوان «ویژگی پرستار» با ۳ زیرطبقه (تسلط علمی و عملی، وجود انگیزه، توانایی برقراری ارتباط بین فردی)، طبقه «موانع مداخلات مستقل» با ۳ زیرطبقه (مجری دستورات پزشکان، حجم کاری بالای پرستاران، بی اعتمادی همراهان به پرستاران)، طبقه «تسهیل کننده های مداخلات مستقل» با دو زیر طبقه (حمایت سرپرستاران، حمایت پزشکان) استخراج گردید.

توسط شرکت کنندگان بازنگری متن پیاده شده کدهای نهایی انجام و سپس کدها و دسته ها و مضامین استخراج شده از هر مصاحبه و نیز استفاده از ناظران خارجی دو نفر اساتید دانشگاه، با روش تحقیق کیفی و تجزیه و تحلیل داده آشنایی داشتند و صحت فرآیند کد گذاری را تایید نمودند استفاده گردید. نهایتاً یافته های تحقیق به صورت طبقه و زیر طبقه نوشته شده و برای تایید مطالب از صحبت های افراد مثال آورده شد.

یافته ها

در این مطالعه ۸ نفر در دامنه سنی (۲۵ تا ۴۵) سال با میانگین سنی ± 30 و ۴ نفر در دامنه سنی (۴۵ تا ۵۰) سال

جدول ۱: طبقات و زیر طبقات تجارب مشارکت کنندگان

طبقه و زیر طبقه ویژگی پرستار
• تسهیل کننده مداخلات مستقل
• حمایت سرپرستار
• حمایت پزشکان
تسهیل کننده مداخلات مستقل
• حمایت سرپرستار
• حمایت پزشکان
موانع مداخلات مستقل
• مجری دستورات پزشکان
• حجم کاری بالای پرستاران
• بی اعتمادی همراهان به پرستاران

سیو داشت و خیلی ماهر و با تجربه بود و خلاصه حتی از پزشکانمون هم بهتر مریض ها رو اینتوباسیون می کرد و طوری شده بود که اگر مریض بدحال میشد و ما به پزشک زنگ میزدیم میگفت بگید به پرستار فلانی مریض را اینتوبه کنه و این باعث افتخار ما بود که همکارمون کارش اینقدر خوبه که پزشکان از اون میخواهند که کاری در حیطه پزشکی هست را انجام بده و و حسابی به کارش مسلط بود" (مشارکت کننده شماره ۶).

بسیاری از پرستاران به لزوم برقراری ارتباط بین فردی پرستار و بیمار اشاره نمودند. یکی از مشارکت کنندگان در این زمینه اظهار داشت "ما یه مریضی تو ای سی یو داشتیم که تراکیاستومی شده بود و نمیتونست صحبت کنه و دستهای مریض هم شکسته بود و نمیتونست بنویسه من و همکارهام، تمامی حروف الفبا، روی به وایت برد کوچیک

طبقه «ویژگی پرستار»

ویژگی پرستاران توسط مشارکت کنندگان به عنوان متغیر دیگر شناخته شده در انجام مداخلات مستقل بیان شد. در واقع شرکت کنندگان معتقد بودند سواد علمی، تجربه و اعتماد به نفس پرستار در انجام مداخلات مستقل تاثیر گذار بوده و پرستار در صورت دارا بودن این ویژگیها به نحو مطلوب تری در بالین بیمار عمل می نمایند. بطوریکه حاوی زیر طبقه های (تسلط علمی و عملی، وجود انگیزه و توانایی برقراری ارتباط بین فردی) می باشد.

مشارکت کنندگان در این مطالعه بیان نمودند پرستاران با سابقه کاری و تجربه و سواد بالاتر در انجام مداخلات مستقل بهتر عمل می نمایند. یکی از مشارکت کنندگان در این زمینه اظهار داشت "من در بخش ای سی یو بودم و ما یه همکاری داشتیم که حدود ۲۵ سال سابقه کاری در آی

زمینه می گوید" چون بیشتر پرستاران که در ای سی یو کار می کنند مدت زمان طولانی در بخش حضور دارند و از نزدیک با عملکرد آنها آشنایی داشته و به آنها اعتماد دارند و زمانیکه پزشکان نگرش مثبتی نسبت به انجام مداخلات مستقل دارند و با انجام این اقدامات مخالفتی نداشتند پرستاران بهتر میتونن مداخلات را اجرا کنند و این موجب رغبت بیشتری در بکارگیری انجام مداخلات مستقل میشه چون وقتی پزشک ازت حمایت میکنه تو هم بیشتر برای بهتر شدن حال مریضات تلاش میکنی" (مشارکت کننده شماره ۲).

طبقه «موانع مداخلات مستقل»

براساس یافته های بدست آمده از مشارکت کنندگان موانع بسیاری در زمینه انجام مداخلات مستقل تاثیر گذار می باشد. در تایید این موضوع زیر طبقات (مجری دستورات پزشکان، حجم کاری بالای پرستاران، بی اعتمادی همراهان به پرستاران) بدست آمد.

اکثریت مشارکت کنندگان بیان نمودند مجری دستورات پزشکان بگونه ای است که پرستاران را به سمت روتین محوری سوق داده است و خودداری پرستاران از انجام مداخلات مستقل را ترویج مینماید. در این زمینه یکی از مشارکت کنندگان اظهار داشت «وقتی یکی از مریضها بدحال میشن و ما به پزشک تماس میگیریم میگه هیچ اقدامی انجام ندید تا خودم بیام وقتی من پرستار بدون اجازه دکتر نمیتونیم حتی یه قرص استامینوفن به مریض بدهیم و ما اصلا از پیش خودمون نمیتونیم هیچ کاری برای مریض انجام بدیم" (مشارکت کننده شماره ۶).

بیشتر مشارکت کنندگان بیان میداشتند حجم کاری بالای پرستاران یک مشکل بزرگ برای سیستم مراقبتهای بهداشتی درمانی است. فشار کاری زیادی به پرستاران تحمیل میشه و توانایی پرستاران برای انجام مداخلات مستقل به میزان زیادی کاهش میابد. در این زمینه یکی از مشارکت کنندگان اظهار داشت "ما بعضی وقتا که در بخش آی سی یو شیفت میدیم انقدر سرمان شلوغ است و فشار بالای کاری داریم که تا از اول شیفت تا آخر شیفت فقط باید دنبال کار مریض بدویم و من اون وقتا که تازه اومده بودم ای سی یو حتی وقت کم میاوردم که کارهای مریضام رو انجام بدم و حتی وقتی شیفتم تموم میشد، کارهای مریضهام میموند و مجبور میشدم وایسم و کارهای که ناتمام مونده رو انجام بدم و اصلا وقتی برای انجام مداخلات مستقل باقی نمیومد.

نوشته بودیم و بالا سر مریض گذاشته بودیم طوریکه اون بیمار با حرکت ابروهایش حروفهایی رو که مد نظرش بود رو به ما نشون میداد و اینجوری ما میتونستیم باهاش ارتباط برقرار کنیم و ما به اون بیمار مثل یه عضوی از خانواده خودمون نگاه میکردیم. (مشارکت کننده شماره ۵).

اکثر مشارکت کنندگان در این مطالعه وجود انگیزه را یکی از عوامل موثر در انجام مداخلات مستقل بیان نمودند. یکی از مشارکت کنندگان اظهار داشت "همینکه مریض با هوشیاری پایین در ای سی یو بستری میشه و بعد از مدتی میفهمی مراقبت و کاری که تو برای مریض انجام دادی باعث شده حالش خوب بشه و مریض با پای خودش از ای سی یو ترخیص بشه احساس خوشایندی بهت دست میده و انگیزه در من ایجاد میشه که به کارم و مراقبتم ادامه بدم" (شرکت کننده شماره ۱۱).

طبقه «تسهیل کننده های مداخلات مستقل»

یکی از طبقات حاصل از بخش کیفی پژوهش حاضر که از طریق مصاحبه با پرستارانی که مداخلات مستقل را تجربه کرده بودند و تحلیل محتوی آن صورت گرفته و به عنوان عوامل مهم و کمک کننده در انجام مداخلات مستقل استخراج گردید، حمایت سرپرستاران می باشد. اکثریت مشارکت کنندگان عنوان نمودند که حمایت سرپرستار نقش موثری در انجام مداخلات مستقل دارد.

اکثریت مشارکت کنندگان این مطالعه حمایت سرپرستار به عنوان عامل موثر در انجام مداخلات مستقل بیان نمودند. یکی از مشارکت کنندگان در این زمینه اظهار داشت "ما یه سرپرستاری داشتیم، از اینکه ما برای مریض کاری انجام میدادیم و به نفع مریضه خیلی خوشحال بود و ما رو حمایت میکرد مثلا ما برای مریضها موسیقی میذاشتیم سرپرستارمون مدرک ارشد بود و درک بالایی داشت و میدونست که موسیقی برای مریضها به خصوص تو ای سی یو یه اقدام موثره، ما رو تشویق می کرد و خیلی رفتار حمایتی داشت و همینکه ما می دیدیم سرپرستارمون ما رو حمایت میکنه بیشتر ما راغب میشدیم از این جور اقدامات برای مریضها انجام بدیم" (مشارکت کننده شماره ۸).

حمایت و همسویی پزشکان موجب سهولت در انجام مداخلات مستقل میشود غالب مشارکت کنندگان اعتقاد داشتند که پزشکان به عملکرد آنها اعتماد دارند، از آنها حمایت کرده و حتی بعضی از آنها روش های بکار گرفته شده را تایید می کنند و یکی از مشارکت کنندگان در این

وقتی به جای اینکه دو تا مریض به ، به پرستار ۳ تا مریض بدحال ای سی یو ، میدن اصلا وقتی نیمونه که بخواهیم کارهای دیگه ای برای بیماران انجام بدیم" (مشارکت کننده شماره ۱۱).

مشارکت کنندگان تاکید داشتند برخوردهای رفتاری نامناسب همراهیان و بیماران موجب دلسردی و تنیدگی در پرستاران میشود. یکی از مشارکت کنندگان اظهار داشت "ما در بخش ای سیو بعضی وقتا مجبور هستیم زمانیکه بیماران بیقرار میشوند برای اینکه لوله تراشه یا ترکیاستومی را خارج نکنند علیرغم اینکه دوست نداریم دستهای مریض مهار کنیم و محدودیت فیزیکی برای بیماران بیقرار اجرا کنیم و یکی از همراهی های مریض وقتی که به ملاقات مریض آمده و مریض دیده که مهارش کردیم خیلی حرفهای زشتی گفت (مگه شما کافر هستید که دست و پای مریض مار و بسته اید و حسابی ما رو سرزنش کرد). من اون لحظه خیلی ناراحت شدم ما وقتی مراقبتی، به نفع مریض هست رو ارایه میدهیم از طرف همراهی مواخذه بشویم خیلی سخته" (مشارکت کننده شماره ۷). از آنجاییکه پرستاران مرتبا با افراد گوناگون در تعامل هستند بیشتر تحت تاثیر ارتباطات و تعاملات با سایر اعضای تیم بهداشتی و خانواده بیمار قرار میگیرند. بسیاری از پرستاران بیان میکردند به دنبال رفتارهای ناشایست و ارتباطات نادرست همراهان بیمار، دچار ناراحتی میشوند. همین ناراحتی بر انجام مراقبتهای پرستاری آنان تاثیرگذار بود.

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف تجارب پرستاران از مداخلات مستقل انجام شد، یافته های حاصل از انجام مطالعه درک ما را در مورد تجربه پرستاران از انجام مداخلات مستقل در بخش ای سی یو افزایش ومنجر به کسب اطلاعات مفید و منحصر به فرد در این زمینه شد.

یکی از طبقاتی که در این مطالعه آشکار گردید طبقه «ویژگی های فردی» که شامل زیر طبقه های (تسلط علمی و عملی، وجود انگیزه و توانایی برقراری ارتباط بین فردی) بود در این رابطه، مطالعه انجام شده توسط بورگیالت و هیر سچوکون سال ۲۰۰۵، عوامل موثر بر عملکرد ارائه دهندگان مراقبت سلامت، در رابطه با استفاده از مداخلات مستقل به ویژگی فردی ارائه دهنده مراقبت، سابقه و تجربه کاری، گذراندن دوره های آموزشی اشاره شده بود (۱۶). همچنین

فلثفچیر و همکاران سال ۲۰۱۴ به بررسی ادراکات مدیران و ارایه دهندگان طب مکمل در یک سازمان بهداشتی وابسته به علوم نظامی در آمریکا پرداخته بودند. یکی از درون مایه های استخراج شده، تجربه و مهارت پرسنل را به عنوان تسهیل گر معرفی کرده بودند (۱۷). تا حدودی با یافته های مطالعه حاضر همسو می باشد بطوری که در این مطالعه نیز تجربه و مهارت پرسنل، از عوامل تسهیل گر در انجام مداخلات مستقل بیان شده است.

بر اساس مطالعات انجام شده و نتایج بدست آمده از این مطالعات تجربه و سابقه کاری و دانش پرستاران به عنوان عوامل موثر در انجام مداخلات گزارش نموده اند و پرستاران باید دانش نظری و مهارتهای ضروری را برای انجام مداخلات مستقل و عملکرد مطلوب کسب نمایند. بایستی به ویژگیهای مورد نیاز در پرستاران مورد توجه قرار گرفته شود و برای ارتقاء دانش و تجربه تلاش گردد.

در خصوص زیر طبقه "وجود انگیزه"، در این مطالعه انگیزه پرستار جز عوامل انگیزشی در انجام مداخلات مستقل شناسایی شد یافته های مطالعه مسعودی ۲۰۱۶ نیز نشان داد، در واقع عوامل انگیزشی نیروی قوی در فرآیند انجام و اجرای مراقبت هستند و در صورت فقدان انگیزه نتیجه مطلوبی حاصل نخواهد شد و با توجه به اینکه موفقیت هر سازمانی به وجود نیروی با انگیزه بالا تامین خواهد شد بایستی عوامل انگیزشی و ارتقا آنها در نظر گرفته شود تا مطلوب ترین نتیجه حاصل شود عواملی چون احساس موفقیت، به رسمیت شناختن، احساس مسئولیت و گرفتن ترفیع از عوامل انگیزشی مهم بشمار می آیند (۱۸). یافته ای مطالعه حاضر نیز انگیزه در پرستاران را عامل موثر در انجام مداخلات مستقل بیان نمود. نبود انگیزه در بین پرستاران اثرات بسیار روی بهداشت و درمان و سلامت بیماران و جامعه دارد.

در خصوص طبقه تسهیل کننده های مداخلات مستقل که شامل زیر طبقات (حمایت سرپرستار و حمایت پزشکان) بود. در این رابطه مطالعه ای که با روش پدیدار شناختی به بررسی تجارب پرستاران در رابطه با استفاده از طب مکمل و جایگزین در آسایشگاههای کشور نروژ پرداخته بودند همانند پژوهش فعلی به نقش مهم مدیران پرستاری از جمله سرپرستاران و پزشکان اشاره نموده اند. داشتن دید مثبت ، مشارکت در تهیه وسایل و اهمیت دادن به درمان های مکمل از نکات مهم مورد تاکید مشارکت کنندگان در رابطه

بهاره نجفی و همکاران

این اقدامات نداشته و اجازه انجام چنین اقداماتی رو نمیدهند و از آنجایی که بیشتر بیماران در ای سی یو بیهوش هستند و وضعیت بالینی خوبی ندارند پزشکان هم از اینگونه اقدامات حمایتی نمی کنند و یکی از مواردی که باعث کمتر انجام دادن اینگونه مراقبتها میشود نیز همین موارد میباشد.

در خصوص زیر طبقه "حجم کاری بالا"، در مطالعه فخر موحدی و همکاران یافته ها نشان داد، افزایش حجم کاری از عواملی که موجب کمبود وقت پرستاران برای انجام مراقبت های مورد نیاز بیماران می شود (۲۳). به طور مشابه همچنین در مطالعه ای بربرایر و همکاران در کانادا انجام شد، نتایج نشان داد مهمترین موانع انجام مداخلات مستقل، کمبود پرسنل می باشد (۲۴). همچنین مطالعه ای توسط ماتیو انجام شد، نشان داد بیشترین موانع انجام مداخلات مستقل، کمبود وقت می باشد (۲۵). براساس مطالعات انجام شده، استاندارد نبودن تعداد پرستاران بخش به نسبت بیماران و بارکاری زیاد مانع انجام مداخلات مستقل می باشد و مدیران با برنامه ریزی نیروی انسانی نقش اساسی در کاهش حجم کاری پرسنل دارند و فرصتی برای ایفای نقش پرستاران در انجام مداخلات مستقل فراهم نمایند.

در رابطه با زیر طبقه "بی اعتمادی همراهان به پرستاران" در پژوهش کانت و همکاران که با رویکردی کیفی و با هدف شناسایی تسهیل کننده ها و بازدارنده های استفاده پرستاران از درمان های مکمل در بیمارستان گزارش نموده اند. تسهیل کننده های عمده در این مطالعه شامل علاقه و حمایت همکاران، اثر بخشی مداخلات و حمایت از جانب مدیران و افراد کلیدی بیان شده است و از طریق توجیه و توضیح دادن و نشان دادن اثرات مفید روش ها روی بیماران مقاومت افراد مخالف را کاهش داده بودند (۲۶). تا حدودی با یافته های این مطالعه مشابه می باشد بطوریکه در مطالعه حاضر برای کاهش مقاومت افراد مخالف و جلب اعتماد همراهان بیمار از توجیه و توضیح و نشان دادن اثرات مفید روشهای درمانی و مراقبتی استفاده شد.

در این پژوهش محققان تلاش نموده اند تا با برقراری ارتباط مناسب با مشارکت کنندگان و استفاده از نظرات تکمیلی همکاران و مرور دست نوشته ها برای مشارکت کنندگان، بررسی داده ها توسط سایر محققان برای افزایش مقبولیت داده ها در جهت افزایش دقت علمی نتایج استفاده نمایند. مانند تمام مطالعات کیفی انتقال پذیری یافته ها

با نقش سرپرستاران و مدیران پرستاری بود، تا حدودی با یافته های مطالعه حاضر مشابه می باشد (۱۹).

به طور مشابه در تحقیقی با رویکرد اقدام پژوهی، تجربه پرستاران نیروژی در رابطه با رایحه درمانی در بیماران دمانسی مبتلا به اختلال خواب بررسی شده است، یکی از عوامل تسهیل کننده در این مطالعه، حمایت از جانب مدیران پرستاری بیان نموده است (۲۰). همچنین مطالعه کریستینیک (۲۰۱۱) با رویکرد پدیدار شناختی به بررسی تجارب پرستاران امریکایی استفاده کننده از درمان های مکمل پرداخته بود، مشارکت کنندگان که همگی در زمینه درمان های مکمل آموزش دیده بودند و عواملی مانند حمایت و تایید پزشکان، حمایت مدیران پرستاری و استفاده از راهبردهای خلاقانه در مواجهه با مشکل، از دلایل موفقیت در ادغام درمان های مکمل در عملکرد پرستاری معرفی نمودند (۲۱). با توجه به مطالعات انجام شده همراهی و موافقت همکاران متعهد و مدیران پرستاری و سرپرستاران حامی به عنوان فاکتورهای مهم در استفاده از مداخلات مستقل معرفی گردید و با مد نظر قرار دادن نقش مهمی که مدیران و سرپرستاران در اجرای مداخلات مستقل دارند در جهت بهبودی و ارتقا بیشتر خدمات بایستی تلاش شود.

یکی از یافته های مطالعه حاضر، طبقه موانع مداخلات مستقل که شامل زیر طبقات (مجری دستورات پزشکان، حجم کاری بالاپرستاران و بی اعتمادی همراهان به پرستار ان) بود. در رابطه با "اجری دستورات پزشکان"، پرستاران در این پژوهش صرفا مجری دستورات پزشکان بودن را به عنوان عوامل بازدارنده مداخلات مستقل بیان نمودند به طور مشابه پژوهش گاودین و همکاران ۲۰۱۰ در بسیاری از موارد عدم برخورداری از اختیار و قدرت تصمیم گیری در مورد وضعیت بیمار احساس اجبار و مطیع بودن از دستورات پزشکان، در کارپرستاریه عنوان یکی از عواملی که مانع انجام مداخلات مستقل بیان نمودند (۲۲). با توجه به مطالعات انجام شده مجری دستورات پزشکان، پرستاران را به پرسنلی تبدیل نموده است که از خودشان توانایی تصمیم گیری و مداخله ندارند. برعکس همکاری بین پزشک و پرستار مقولات مهمی است که میتواند مراقبت از بیمار را به طور جدی تحت تاثیر قرار دهد بدیهی است در صورت وجود همکاری حرفه ای مثبت و کارا مراقبت و درمان بر همین اساس از کیفیت بالاتری برخوردار می باشد. بطوریکه در بعضی از موارد، پزشکان دید مثبتی نسبت به

آموزش بر میزان آگاهی و مهارتهای پرستاران تاثیر گذاشته و کیفیت ارائه خدمات پرستاری در زمینه های مراقبتی، درمانی، و آموزشی را بالا برده و برای این منظور می توان از آموزش های ضمن خدمت استفاده نمود.

این مطالعه دارای محدودیت هایی از جمله، پرستار بودن محقق تا حدودی ممکن است باعث شود شرکت کنندگان نتوانند موانع و محدودیتهای خود در انجام مداخلات مستقل بیان نموده که تا حد امکان سعی شده با ایجاد رابطه مطلوب و جلب اعتماد و اطمینان افراد و القاء آزاد بودن تاثیر این عامل به حداقل رسانده شود. طبیعت ذهنی بودن اطلاعات و با توجه به ماهیت کیفی مطالعه نتایج آن از نظر تعمیم محدود خواهد بود.

سیاسگذاری

این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی مصوب در دانشگاه علوم پزشکی بیرجند می باشد. بدین وسیله پژوهشگران مراتب سپاس و قدر دانی خود را از مسئولان این دانشگاه، کارکنان بیمارستان و همچنین پرسنل محترم بویژه پرستاران شرکت کننده بخش ای سی یو بیمارستانهای شهر بیرجند که، ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، ابراز می نماید. این مطالعه دارای کد اخلاقی به شماره IR.BUMS . REC.1399.295 می باشد.

References

1. Taylor C, Lynn P, Bartlett J. Fundamentals of nursing: The art and science of person-centered care: Lippincott Williams & Wilkins; 2018.
2. Dogass M. Principles of patient care, nursing society. Translated by faculty member of Shahid Beheshti nursing school 3th ed Tehran: Ministry of Health and Medical Research Training. 2012.
3. Adib Haj Bagheri M, Ahmadi F. Clinical decision-making: a way to professional empowerment in nursing. Iranian Journal of medical education. 2003;3(2):3-13.
4. Gordon M. Nursing diagnoses and the diagnostic process. The American journal of nursing. 1976:1298-300.
5. Zator Estes M. Health assessment and physical examination. Delmar Cengage Learning. 2002.
6. Tracy MF, Chlan L. Nonpharmacological interventions to manage common symptoms in patients receiving mechanical ventilation. Critical care nurse. 2011;31(3):19-28.

پژوهش بدلیل رویکرد کیفی مطالعه و انجام آن در بخش مراقبت ویژه محدود می باشد. لذا مطالعات بیشتری برای تبیین هر چه بیشتر تجربیات پرستاران از انجام مداخلات مستقل در مکان های و بخش های دیگر بیمارستان ضروری به نظر می رسد.

با توجه به یافته های مطالعه حاضر جهت بهبود و ارتقاء مداخلات پرستاری در بخش ای سی یو مواردی مانند افزایش دانش و آگاهی پرستاران و ایجاد انگیزه در آنان و همچنین بهبود ارتباط آنها با بیمار موثر می باشد. علاوه بر این افزایش حمایت سر پرستاران و پزشکان از پرستاران شاغل در ای سی یو در این خصوص مهم است. با توجه به اینکه مشارکت کنندگان در مطالعه به نقش اعتماد بین پرستار و همراهان بیمار در اجرای مداخلات مستقل پرستاری در بخش ای سی یو اشاره کردن در این زمینه مدیران لازم است در شناسایی نقش و مسئولیت پرستاران ای سی یو به عموم جامعه که منجر به افزایش آگاهی همراهان نیز خواهد شد تلاش کنند. در نهایت بهبود شرایط کاری پرستاران مانند کاهش حجم کاری و همچنین آگاه سازی همراهان بیمار از نقش پرستار می تواند در انجام مداخلات مستقل در ای سی یو مفید باشد. همچنین از آنجا که پرستاران بعنوان گردانندگان اصلی بیمارستان ها در مراقبت از بیماران نقش بسیار مهمی دارند. بنابراین می توان از طریق

7. Shorofi SA, Arbon P. Nurses' knowledge, attitudes, and professional use of complementary and alternative medicine (CAM): A survey at five metropolitan hospitals in Adelaide. Complementary therapies in clinical practice. 2010;16(4):229-34.
8. Nightingale F. Notes on nursing: What it is, and what it is not: Lippincott Williams & Wilkins; 1992.
9. Nurses ICo, editor Nursing's next advance: an international classification for nursing practice (ICNP)-a working paper 1993: ICN.
10. Hofhuis JG, Spronk PE, van Stel HF, Schrijvers AJ, Rommes JH, Bakker J. Experiences of critically ill patients in the ICU. Intensive and critical care nursing. 2008;24(5):300-13.
11. Fraenkel DJ, Cowie M, Daley P. Quality benefits of an intensive care clinical information system. Critical Care Medicine. 2003;31(1):120-5.
12. Kreitzer MJ. Healing practices: trends, challenges, and opportunities for nurses in acute

- and critical care. AACN Advanced Critical Care. 2000;11(1):7-16.
13. Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
 14. Renz SM, Carrington JM, Badger TA. Two strategies for qualitative content analysis: An intramethod approach to triangulation. Qualitative health research. 2018;28 (5):824-31.
 15. Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qualitative health research. 2005; 15 (9):1277-88.
 16. Hirschhorn KA, Bourgeault IL. Conceptualizing mainstream health care providers' behaviours in relation to complementary and alternative medicine. Social Science & Medicine. 2005;61(1):157-70.
 17. Fletcher CE, Mitchinson AR, Trumble EL, Hinshaw DB, Dusek JA. Perceptions of providers and administrators in the Veterans Health Administration regarding complementary and alternative medicine. Medical care. 2014; 52 (0 5 0 0 0 0 0-0 0 0 0-0):S91.
 18. Masoudi R, Etemadifar S. Critical Care Nursing Graduates' Perceptions of Factors Affect Clinical Competence: A Content Analysis. Journal of Medical Education Development. 2016;8(20):106-14.
 19. Johannessen B, Garvik G. Experiences with the use of complementary and alternative medicine in nursing homes: A focus group study. Complementary therapies in clinical practice. 2016;23:136-40.
 20. Johannessen B. Nurses experience of aromatherapy use with dementia patients experiencing disturbed sleep patterns. An action research project. Complementary therapies in clinical practice. 2013;19(4):209-13.
 21. Kristiniak SB. Exploring the experiences of complementary nurses: A qualitative phenomenological study: University of Phoenix; 2011.
 22. Gaudine A, LeFort SM, Lamb M, Thorne L. Clinical ethical conflicts of nurses and physicians. Nursing ethics. 2011;18(1):9-19.
 23. Fakhr-Movahedi A, Salsali M, Negharandeh R, Rahnavard Z. A qualitative content analysis of nurse-patient communication in Iranian nursing. International nursing review. 2011;58(2):171-80.
 24. Zargarzadeh M, Memarian R. Assessing barriers for using of complementary medicine in relieving pain in patients by nurses. Journal of nursing management . 20 13. 4 (1): 45-54.
 25. Leach MJ, Gillham D. Are complementary medicine practitioners implementing evidence based practice? Complementary therapies in medicine. 2011; 19 (3):128-36.
 26. Cant S, Watts P, Ruston A. The rise and fall of complementary medicine in National Health Service hospitals in England. Complementary therapies in clinical practice. 2012; 18 (3):135-9.