

مراقبت‌های پرستاری فراموش شده و عوامل مرتبط با آن از دیدگاه پرستاران دانشگاه علوم پزشکی کرمان سال ۱۳۹۶

رحیمه خواجهی* بهناز باقریان** مه‌لقا دهقان*** منصوره عزیززاده فروزی**

نوع مقاله:

چکیده

مقاله اصیل

زمینه و هدف: مراقبت پرستاری جزء اساسی خدمات بهداشتی درمانی است. مراقبت‌های پرستاری فراموش شده مفهومی جدید است که اشاره به مراقبت‌هایی دارد که حذف و یا به تأخیر افتاده باشد. هدف این مطالعه تعیین مراقبت‌های پرستاری فراموش شده و عوامل مرتبط با آن از دیدگاه پرستاران دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال ۱۳۹۶ است.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی از نوع مقطعی ۳۰۰ پرستار شرکت کردند. از پرسشنامه‌های مراقبت پرستاری فراموش شده و عوامل مرتبط جهت جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ و شاخص‌های مرکزی و پراکنندگی صورت گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمره مراقبت‌های پرستاری فراموش شده $32/28 \pm 7/41$ بود که از حد میانه پرسشنامه پایین‌تر است. بیش‌ترین میانگین مراقبت پرستاری فراموش شده به «شرکت در کنفرانس‌های بین رشته‌ای مراقبت از بیمار» اختصاص یافته و بیش‌ترین میانگین عوامل مرتبط با مراقبت فراموش شده به «حجم فعالیت‌های مربوط به پذیرش و ترخیص بیماران» اختصاص یافته است.

نتیجه‌گیری: میزان مراقبت پرستاری فراموش شده در مطالعه حاضر از حد میانه پایین‌تر بود که می‌توان با مدیریت مناسب سطح آن را پایین‌تر آورد. همچنین با کم کردن حجم کار مراقبان عوامل ایجاد کننده مراقبت پرستاری فراموش شده را کاهش داد.

نویسنده مسؤول:
منصوره عزیززاده
فروزی؛ دانشکده
پرستاری و مامایی،
دانشگاه علوم پزشکی
کرمان، کرمان، ایران
e-mail:
forozy@gmail.com

واژه‌های کلیدی: مراقبت‌های پرستاری، مراقبت‌های پرستاری فراموش شده، عوامل مرتبط

- دریافت مقاله: دی ماه ۱۳۹۷ - پذیرش مقاله: اسفند ماه ۱۳۹۷ - انتشار الکترونیک مقاله: ۹۸/۲/۱۸

مقدمه

پرستاری به عنوان بخشی جدایی‌ناپذیر نظام مراقبت‌های بهداشتی شامل فعالیت‌های ارتقای سلامت، پیش‌گیری از بیماری و مراقبت از بیماران مبتلا به اختلالات جسمی، روانی و از کار افتاده در همه سنین است. در واقع وظیفه پرستار پاسخ به همه مشکلات بالقوه و بالفعل بیمار، افراد، خانواده‌ها و گروه‌ها است. ارایه

مؤثر مراقبت در خط مقدم خدمات پرستاری باعث رضایت و سلامتی بیش‌تر بیماران می‌شود (۱). به عبارت دیگر وظیفه پرستار در مراقبت پرستاری، حفاظت، ارتقا و بهینه‌سازی سلامت، پیش‌گیری از بیماری‌ها و جراحات، کاهش درد و رنج بیماران از طریق تشخیص و درمان واکنش‌های انسان و حمایت در مراقبت از افراد، خانواده‌ها و جمعیت‌ها است (۲).

یکی از حقوق بیماران بستری در بیمارستان اطمینان از برآورده شدن نیازها، دریافت مراقبت ایمن و همه جانبه از نظام

* گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
** گروه آموزشی پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران؛ مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
*** گروه آموزشی پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران؛ مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

مراقبت بهداشتی است، اما در بعضی از شرایط به دلیل کمبود کارکنان بعضی از فعالیت‌های مراقبتی حذف یا فراموش می‌شود. از آنجا که پرستاران در یک نوبت کاری تنها می‌توانند تعدادی از مسئولیت‌ها را انجام دهند، بنابراین تمایل دارند که مراقبت را اولویت‌بندی کرده و براساس آن تصمیم‌گیری کنند که چه مراقبتی حذف یا چه مراقبتی را در اولویت قرار دهند که نتیجه آن فراموش کردن بعضی از مراقبت‌ها است (۳).

پدیده مراقبت فراموش شده اولین بار توسط Kalisch (۲۰۰۶) در یک مطالعه توصیف شد که در آن هفت مراقبت فراموش شده مشخص گردید و در ادامه توسط افراد دیگر در سایر کشورها مورد پژوهش و مطالعه قرار گرفت. مراقبت فراموش شده به هر جنبه از مراقبت اطلاق می‌شود که مورد نیاز بیمار است، ولی فراموش یا حذف می‌گردد. مدل مراقبت فراموش شده توسط Kalisch و همکاران در سال ۲۰۰۹ ارائه گردید (۴). این مدل دارای متغیرهای ساختاری (خصوصیات بیمارستان، خصوصیات بخش، پی‌آمدهای مرتبط با کارکنان و پی‌آمدهای مرتبط با بیمار) است (۵). براساس مدل یاد شده عواملی مانند منابع انسانی، منابع مالی و ارتباطات می‌تواند منجر به نارسایی در امر مراقبت شود (۶). مراقبت‌های فراموش شده مشخصاً و مکرراً پیامدهایی از جمله، افزایش طول بستری، کاهش رضایت (۷) و امنیت بیمار، پایین آمدن اعتبار بیمارستان از نظر بیماران (۸)، مشکلات پوستی و خطاهای دارویی به دنبال دارد (۳). Kalisch و همکاران معتقدند در مجموع مراقبت فراموش

شده پدیده‌ای منحصر به فرد است که قابل تعمیم در بسیاری از موقعیت‌ها بالینی می‌باشد. عواقب مراقبت پرستاری فراموش شده تهدیدهایی را برای امنیت بیمار به همراه دارد و باید در توسعه سیاست‌های ملی و منطقه‌ای در سطح جهان مورد توجه قرار گیرد (۴).

علی‌رغم این که مراقبت‌های پرستاری فراموش شده مشکل قابل توجهی در بیمارستان‌های مراقبت‌های حاد در سطح دنیا و مفهومی مهمی در پرستاری است، اما به یک موضوع غیرقابل بحث در واحدهای مراقبت تبدیل شده است که می‌توان آن را به علی چون احساس گناه پرستار، ناتوانی در اصلاح وضعیت پیش آمده و ترس نسبت داد (۱). در واقع علم مراقبت‌های پرستاری فراموش شده در مراحل ابتدایی خود قرار دارد و جهت افزایش آگاهی در این مورد نیاز به مطالعات بیش‌تری است (۹).

Hessels و همکاران میزان مراقبت فراموش شده در مطالعه خود را ۱۰ تا ۲۷٪ اعلام کردند و این میزان در مطالعه Blackman و همکاران ۳۴٪ گزارش شده است (۱ و ۱۰). نتایج مطالعه Winsett و همکاران نشان داد که مراقبت‌های فراموش شده مواردی از جمله نادیده گرفتن دستورات پزشک، تأخیر در دادن داروها به مدت بیش از ۳۰ دقیقه و مراقبت‌های دهان است (۱۱). نتایج مطالعه Kalisch و همکاران نشان داد تغییر وضعیت بیمار ۳ مرتبه در روز یا براساس دستور پزشک بیش‌ترین مراقبت فراموش شده بوده است، مراقبت‌های فراموش شده دیگر نیز شامل شرکت در جلسات گفتگوی درون بخشی،

مراقبت‌های دهان، بررسی و ارزیابی بیمار در هر نوبت کاری، کنترل قند خون و علائم حیاتی بوده است (۱۲). در مطالعات دیگر نیز مراقبت‌های پرستاری فراموش شده شامل مراقبت‌های دهان، تغییر وضعیت بیمار، آموزش هنگام ترخیص، آموزش به بیماران، گوش دادن به مشکلات آن‌ها، کنترل قند خون و بررسی تأثیر داروها، پاسخ به زنگ بیمار و کمک به توالد رفتن بیمار بوده است (۱۶و۵-۱۳). یافته‌های پژوهش برزویی نشان داد که بیش‌ترین و کم‌ترین مراقبت فراموش شده به ترتیب بررسی درجه حرارت و ثبت و گزارش حجم ادرار بوده است (۱۷).

مسئله‌های عواملی در بروز مراقبت‌های فراموش شده دخیل است که می‌تواند مرتبط با منابع انسانی، برقراری ارتباط و منابع مالی باشد (۱۸). نتایج مطالعات، عواملی چون افزایش غیرمنتظره در حجم پذیرش و ترخیص بیمار، کمبود کارکنان، در دسترس نبودن داروها و موقعیت‌های اورژانسی را عامل مراقبت‌های فراموش شده گزارش کرده است (۱۱). براساس نتایج مطالعات دیگر منابع مادی و کمبود داروها در زمان احتیاج (۱۲)، عوامل مربوط به نیروی انسانی شامل کمبود پرستاران، سنگینی کار، تغییر نوبت کاری، توزیع نامناسب وظایف توسط نوبت کاری قبلی، بی‌تجربه بودن برخی از پرستاران، مشارکت برخی از پرستاران شاغل در کارهای غیر پرستاری و از طرفی امکانات و تجهیزات که شامل در دسترس نبودن مواد، تجهیزات و داروها و همچنین ارتباطات (۱۳)، کمبود امکانات و تجهیزات، نوع کشیک، تخصیص

نامناسب امکانات پرستاری، ارتباطات حرفه‌ای بهداشتی درمانی، میزان حجم کاری، ارزیابی حجم کاری، رضایت پرستاران از شغل فعلی خود و تمایل پرستاران برای باقی ماندن در حرفه (۱۰)، تعداد کارکنان، کمبود تجهیزات و محیط سازمانی نامطلوب در مراقبت‌های پرستاری فراموش شده، تأثیرگذار است (۱۹). دهقان‌نیری و همکاران در گزارش مطالعه خود ساختار نظام، عوامل زیرساخت و موانع گزارش مراقبت‌های فراموش شده را به عنوان عوامل مرتبط با مراقبت‌های فراموش شده اعلام کرده‌اند (۲۰).

با توجه به این مطلب که مراقبت‌های پرستاری فراموش شده به تازگی نگرانی‌های گسترده‌ای در حیطه بهداشت و درمان مطرح کرده و با وجود شیوع و اهمیت بالای آن، مطالعات کمی در مورد آن به انجام رسیده است، تلاش برای جلوگیری از مراقبت‌های پرستاری فراموش شده نیاز به تحقیقات گسترده در حیطه بهداشت و درمان دارد (۱). از آن جا که در جهان حجم عظیمی از مراقبت‌های فراموش شده در کنار خطاهای پزشکی گزارش شده و این پدیده در ایران مورد توجه و تمرکز کم‌تری قرار گرفته است، بنابراین اطلاعات کمی در مورد گستره این مشکل و عوامل مرتبط با آن وجود دارد. همچنین با توجه به تجربه پژوهشگر بعضی از مراقبت‌های پرستاری تا انتهای نوبت کاری به علت کمبود کارکنان، وقت کم و کار زیاد انجام نمی‌گیرد، ناگفته نماند که به همین دلایل پرستاران مجبور به در اولویت قرار دادن مراقبت‌های حیاتی شده و مراقبت‌هایی را که ضرورت حیاتی ندارند، به

عهده سایر افراد یا حتی افراد خانواده بیمار قرار می‌دهند که نظارت بر انجام آن نیز به خوبی صورت نمی‌گیرد. همچنین باید یادآور شد عوامل بروز مراقبت فراموش شده می‌تواند وابسته به محیط پژوهش، منابع مالی و فردی نظام بهداشتی هر جامعه متفاوت باشد، چنین موضوعی این سؤال را پیش می‌آورد که به طور اختصاصی چه مراقبت‌هایی فراموش می‌شود و در پی آن چه عواملی باعث فراموش کردن یا حذف مراقبت می‌شود. بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین مراقبت‌های پرستاری فراموش شده و عوامل مرتبط با آن از دیدگاه پرستاران بیمارستان‌های دولتی شهر کرمان سال ۱۳۹۶ انجام گرفته است.

روش بررسی

مطالعه حاضر مطالعه‌ای توصیفی-مقطعی است. جامعه پژوهش را پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان (شفا، افضلی‌پور، باهنر) در سال ۱۳۹۶ تشکیل می‌دادند. با در نظر گرفتن این که جمعیت کل پرستاران در سه بیمارستان ۱۲۰۰ نفر گزارش شده بود، حجم نمونه با استفاده از جدول مورگان ۲۹۱ نفر برآورد شد. در جدول مورگان سطح اطمینان ۹۵٪ و دقت نمونه‌گیری d برابر با ۵٪ فرض شده است (۲۱). با در نظر گرفتن احتمال ریزش تعداد ۳۰۰ نفر به روش تصادفی سهمیه‌ای (با توجه به تعداد پرستاران هر بیمارستان) از بیمارستان‌های شفا، باهنر و افضلی‌پور به ترتیب ۸۵، ۸۵ و ۱۲۱ نفر انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل، دارا بودن حداقل شش

ماه سابقه کار در بیمارستان، رضایت به مشارکت در پژوهش و دارا بودن مدرک کارشناسی و بالاتر بود.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل:

۱- پرسشنامه مشخصات جمعیت‌شناختی و حرفه‌ای شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، مدرک تحصیلی، سابقه کار، نوبت کاری، سمت، نوع استخدام، نوع بیمارستان.

۲- پرسشنامه مراقبت‌های پرستاری فراموش شده (MISS CARE). این پرسشنامه توسط Kalisch در سال ۲۰۰۶ تهیه شده و در سال ۲۰۰۹ توسط همین نویسنده مورد روان سنجی قرار گرفته است (۲۲) و در مطالعات متعددی استفاده شده و شامل ۲۴ گویه است، مانند حرکت بیمار، چرخاندن، ارزیابی، آموزش، برنامه‌ریزی ترخیص، تجویز دارو ... (۱۵). برای هر یک از این گویه‌ها، چهار گزینه در قالب لیکرت طراحی شده است: «به ندرت فراموش می‌کنم» نمره ۱، «هر از گاهی فراموش می‌کنم» نمره ۲، «مرتباً فراموش می‌کنم» نمره ۳ و «همیشه فراموش می‌کنم» نمره ۴ تعلق می‌گیرد. بیش‌ترین نمره ۹۶ و کم‌ترین نمره ۲۴ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده بالاتر بودن امکان فراموش شدن مراقبت است (۲۳). لازم به یادآوری است که این پرسشنامه مقیاس فرعی ندارد.

۳- پرسشنامه عوامل مرتبط با مراقبت‌های فراموش شده در سال ۲۰۱۴ توسط Blackman و همکاران در کشور استرالیا طراحی شده است. این پرسشنامه ۱۷ سؤالی شامل سه مقیاس فرعی «منابع انسانی، منابع مادی و ارتباطات» است (۱۰). در زمان بررسی

یافته‌ها

نتایج مطالعه نشان داد میانگین و انحراف معیار سنی کارکنان پرستاری (۳۱/۷۵(۷/۲۱) و سابقه کار (۸/۳۸(۶/۹۱) بوده است. بیش‌ترین پرستاران مورد مطالعه، زن (۸۵/۷٪)، متأهل (۶۷/۷٪)، دارای مدرک تحصیلی کارشناسی (۹۲/۳٪)، در سمت پرستار بالینی (۹۲/۷٪) نوبت کاری در گردش (۸۴/۳٪) و طرحی (۳۷/۳٪) بودند (جدول شماره ۱).

یافته‌های مرتبط با مراقبت‌های پرستاری فراموش شده نشان داد که میانگین کل و انحراف معیار مراقبت‌های پرستاری فراموش شده (۳۲/۲۸(۷/۴۱) بوده است. بیش‌ترین میانگین مرتبط با مراقبت پرستاری فراموش شده به ترتیب مربوط به مورد «شرکت در کنفرانس‌های بین رشته‌ای مراقبت از بیمار» با میانگین (۱/۸(۰/۸۴)، «نظارت بر آماده کردن غذا برای بیماری که خودش می‌تواند غذا بخورد» با میانگین (۱/۷۱(۰/۹۴)، «نظارت بر توالست رفتن بیمار در ۱۵ دقیقه اول درخواست» با میانگین (۱/۶۹(۰/۸۶) بود. کم‌ترین میانگین نمره به گویه «اندازه‌گیری علایم حیاتی براساس دستور پزشک» با میانگین (۱/۱(۰/۳۴)، «ثبت کامل اطلاعات ضروری در پرونده» با میانگین (۱/۱(۰/۳۷) و «کنترل قندخون با گلوکومتر» با میانگین (۱/۱(۰/۳۲) اختصاص یافت (جدول شماره ۲).

یافته‌ها نشان داد که میانگین کل و انحراف معیار عوامل مرتبط با مراقبت فراموش شده (۶۸/۶(۱۲/۳۶) بوده است. بیش‌ترین میانگین به ترتیب به عوامل «حجم فعالیت‌های مربوط به پذیرش و ترخیص

روایی براساس تفاوت‌های نظام پرستاری ایران ۳ گویه به این پرسشنامه اضافه گردید و پرسشنامه با ۲۰ گویه براساس مقیاس لیکرت بی‌اهمیت (۱)، کم اهمیت (۲)، با اهمیت متوسط (۳) و پر اهمیت (۴) در نظر گرفته شد.

در این مطالعه برای ترجمه و فرایند تطابق فرهنگی پرسشنامه مراقبت‌های پرستاری فراموش شده و عوامل مرتبط با آن از روش ترجمه و باز ترجمه استفاده شده؛ بدین ترتیب که پرسشنامه توسط سه فرد متخصص در ترجمه متون انگلیسی ترجمه و دوباره توسط ۳ نفر از متخصصان به زبان انگلیسی برگردانده شد. سپس میزان تطابق‌ها و عدم تطابق‌ها بررسی و نسخه فارسی پرسشنامه نهایی مورد استفاده قرار گرفت. روایی پرسشنامه مراقبت پرستاری فراموش شده و عوامل مرتبط با آن توسط ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان و افراد متخصص دیگر انجام یافت. شاخص *Content Validity Index* برای پرسشنامه مراقبت پرستاری فراموش شده و عوامل مرتبط با آن به ترتیب ۰/۹۹ و روایی پرسشنامه عوامل مرتبط با مراقبت فراموش شده ۰/۹۸ برآورد شد. جهت انجام پایایی از ۳۰ نمونه استفاده شد و ضریب آلفای کرونباخ در پرسشنامه مراقبت فراموش شده ۰/۹۱ و در پرسشنامه عوامل مرتبط با مراقبت فراموش شده ۰/۹۸ به دست آمد لازم به ذکر است که ۳۰ نمونه وارد مطالعه نشدند.

به منظور تحلیل داده‌های گردآوری شده، با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰، از روش‌های آمار توصیفی میانگین و انحراف معیار استفاده شد.

سایر مراکز کمکی و حمایتی» با میانگین ۳/۳۳(۰/۸۷) اختصاص یافت (جدول شماره ۳). با توجه به این که پرسشنامه عوامل مرتبط با مراقبت‌های فراموش شده دارای سه مقیاس فرعی شامل: منابع مادی، منابع کاری و ارتباطات است، میانگین نمرات و انحراف معیار در هر یک از این سه مقیاس فرعی به ترتیب ۱۰/۵۹(۲/۱۶)، ۲۶/۹۵(۵/۴۳) و ۳۱/۰۶(۵/۷۵) بوده است.

بیماران» با میانگین ۳/۵۶(۰/۷۱)، «در دسترس نبودن داروها در مواقع لزوم» با میانگین ۳/۵۶(۰/۸) و «افزایش غیرمنتظره در تعداد بیماران» با میانگین ۳/۵۰(۰/۸۴) تعلق گرفت و کم‌ترین میانگین به ترتیب به «دستورات غیرمعمول پزشک برای بیمار» با میانگین ۳/۱۸(۰/۹)، «ارایه ندادن مراقبت‌های مورد نیاز توسط سایر بخش‌ها» با میانگین ۳/۲۳±۰/۸۳ و «تنش یا ارتباط ضعیف با

جدول ۱- توصیف خصوصیات جمعیت شناختی پرستاران دانشگاه علوم پزشکی کرمان سال ۱۳۹۶

متغیر	فراوانی(درصد)
جنس	زن ۲۵۷(۸۵/۷)
	مرد ۴۳(۱۴/۳)
وضعیت تأهل	متاهل ۲۰۲(۶۷/۷)
	مجرد ۹۳(۳۱)
	سایر ۴(۱/۳)
مدرک تحصیلی	کارشناسی ۲۷۷(۹۲/۳)
	کارشناسی ارشد ۲۳(۷/۷)
سمت	پرستار بالینی ۲۷۸(۹۲/۷)
	سرپرستار / سوپروایزر ۲۲(۷/۳)
نوبت کاری	ثابت ۴۷(۱۵/۷)
	در گردش ۲۵۲(۸۴/۳)
بخش	داخلی-جراحی ۱۵۶(۵۲)
	مراقبت ویژه ۱۰۸(۳۶)
	اورژانس ۳۶(۱۲)
بیمارستان	شهید باهنر ۸۶(۲۸/۷)
	افضلی‌پور ۱۱۲(۳۷/۳)
	شفا ۱۰۲(۳۴)
نوع استخدام	رسمی ۷۴(۲۴/۷)
	پیمانی ۵۹(۱۹/۷)
	قراردادی ۵۵(۱۸/۳)
	طرح نیروی انسانی ۱۱۲(۳۷/۳)

جدول ۲- شاخص‌های توصیفی مراقبت‌های فراموش شده از دیدگاه پرستاران دانشگاه علوم پزشکی کرمان سال ۱۳۹۶

میانگین(انحراف معیار)	به طور مکرر/ همیشه فراموش می‌کنم		نوع مراقبت
	به ندرت/گاهی اوقات فراموش می‌کنم	فراروانی(درصد)	
۱/۸(۰/۸۴)	۴۸(۱۶/۳)	۲۵۱(۸۳/۷)	۱- شرکت در کنفرانس‌های بین رشته‌ای مراقبت از بیمار
۱/۷۱(۰/۹۴)	۵۶(۱۸/۷)	۲۴۲(۸۱/۳)	۲- نظارت بر آماده کردن غذا برای بیماری که خودش می‌تواند غذا بخورد
۱/۱۶۹(۰/۸۶)	۴۸(۱۶/۱)	۲۵۰(۸۳/۹)	۳- همکاری و نظارت در توالی رفتن بیمار در ۱۵ دقیقه اول درخواست
۱/۱۶۲(۰/۸۵)	۴۱(۱۳/۷)	۲۵۹(۸۶/۳)	۴- نظارت بر غذا دادن به بیمار قبل از این که سرد شود.
۱/۱۶۱(۰/۷۸)	۳۶(۱۲)	۲۶۳(۸۷/۹۵)	۵- انجام مراقبت‌های دهان
۱/۵۷(۰/۷۹)	۳۷(۱۲/۳)	۲۶۲(۸۷/۳)	۶- انجام یا نظارت بر حمام بیمار و مراقبت‌های پوست
۱/۴۷(۰/۶۴)	۱۴(۴/۷)	۲۸۵(۹۵/۳)	۷- جابه جاکردن بیمار هر ۲ ساعت
۱/۴۵(۰/۷)	۲۵(۸/۳)	۲۷۵(۹۱/۷)	۸- حمایت عاطفی از بیمار و خانواده
۱/۴(۰/۶۵)	۱۶(۵/۳)	۲۸۴(۹۴/۷)	۹- ارزیابی تاثیر داروها
۱/۳۳(۰/۵۷)	۱۱(۳/۷)	۲۸۹(۹۶/۳)	۱۰- آموزش به بیمار درباره بیماری، آزمایش‌ها و تست‌های تشخیصی و ...
۱/۳۲(۰/۵۴)	۹(۳)	۲۹۱(۹۷)	۱۱- تمرکز بر ارزیابی مجدد بیمار براساس شرایط وی
۱/۳۲(۰/۵۳)	۷(۲/۳)	۲۹۲(۹۷/۳)	۱۲- شستن دست‌ها قبل از انجام مراقبت
۱/۳۱(۰/۵۴)	۸(۲/۷)	۲۹۲(۹۷/۳)	۱۳- حرکت دادن بیمار ۲ بار در روز یا براساس دستور پزشک
۱/۲۸(۰/۵۷)	۱۳(۴/۳)	۲۸۶(۹۵/۷)	۱۴- مراقبت از زخم پوستی
۱/۲۶(۰/۵۴)	۹(۳)	۲۹۱(۹۷)	۱۵- آموزش بیمار هنگام ترخیص
۱/۱۸(۰/۴۴)	۵(۱/۷)	۲۹۱(۹۸/۳)	۱۶- پاسخ به زنگ اخبار بیمار حداکثر ظرف ۵ دقیقه
۱/۱۷(۰/۴۷)	۶(۲)	۲۹۳(۹۷/۹۹)	۱۷- تجویز داروهای PRN حداکثر ظرف ۱۵ دقیقه بعد از درخواست بیمار
۱/۱۵(۰/۴۳)	۵(۱/۷)	۲۹۵(۹۸/۳)	۱۸- ارزیابی کلی بیمار در هر نوبت کاری
۱/۱۵(۰/۴۳)	۷(۲/۳)	۲۹۳(۹۷/۷)	۱۹- ارزیابی و مراقبت از مسیرهای وریدی محیطی و مرکزی بیمار
۱/۱۴(۰/۴۱)	۵(۱/۷)	۲۹۴(۹۸/۳)	۲۰- تجویز داروها در بازه زمانی حداکثر ۳۰ دقیقه قبل یا بعد از زمان برنامه ریزی شده
۱/۱۴(۰/۴)	۵(۱/۷)	۲۹۵(۹۸/۳)	۲۱- کنترل جذب و دفع مایعات
۱/۱(۰/۳۴)	۴(۱/۳)	۲۹۵(۹۸/۳)	۲۲- اندازه گیری علایم حیاتی براساس دستور پزشک
۱/۱(۰/۳۷)	۵(۱/۷)	۲۹۴(۹۸)	۲۳- ثبت کامل اطلاعات ضروری بیمار شامل ...
۱/۱(۰/۳۲)	۲(۰/۷)	۲۹۸(۹۹/۳)	۲۴- کنترل قندخون با گلوکومتر
۳۲/۲۸(۷/۴۱)			نمره کل

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار عوامل مرتبط با مراقبت‌های فراموش شده از دیدگاه پرستاران دانشگاه علوم پزشکی کرمان سال ۱۳۹۶

شماره	عوامل مرتبط با مراقبت فراموش شده	میانگین(انحراف معیار)
۱	کمبود کارکنان پرستاری	۳/۵۲(۰/۹۳)
۲	شرایط اضطراری بیماران (به عنوان مثال بدتر شدن وضعیت بیمار)	۳/۵۵(۰/۷۹)
۳	افزایش غیرمنتظره در تعداد بیماران و یا شلوغی بخش‌ها	۳/۵(۰/۸۴)
۴	کمبود نیروی کمکی و یا منشی (به عنوان مثال کمکی، کارمندان بخش، بیمار بر)	۳/۴۹(۰/۸)
۵	دستورات غیرمعمول پزشک برای بیمار	۳/۱۸(۰/۹)
۶	دردسترس نبودن داروها در مواقع لزوم	۳/۵۶(۰/۸)
۷	تحويل و تحول ناکارآمد نوبت کاری در زمان تحويل نوبت کاری یا انتقال بیمار	۳/۴۱(۰/۸۳)
۸	ارایه ندادن مراقبت‌های مورد نیاز توسط سایر بخش‌ها (به عنوان مثال حرکت ندادن بیمار از سوی تیم فیزیوتراپی)	۳/۲۳(۰/۸۳)
۹	در دسترس نبودن وسایل و تجهیزات در مواقع لزوم	۳/۵۲(۰/۷۹)
۱۰	درست کار نکردن وسایل و تجهیزات در موقع لزوم	۳/۵۳(۰/۸۲)
۱۱	عدم حمایت از سوی اعضای تیم درمان	۳/۴۲(۰/۸۳)
۱۲	تنش یا ارتباط ضعیف با سایر مراکز کمکی و حمایتی	۳/۳۳(۰/۸۷)
۱۳	تنش یا ضعف ارتباطات در تیم پرستاری	۳/۳۵(۰/۹۳)
۱۴	تنش یا اختلال در ارتباطات با کادر پزشکی	۳/۳۴(۰/۸۷)
۱۵	عدم توضیح کمک پرستار یا مراقب در مورد علل انجام ندادن مراقبت	۳/۳۳(۰/۸۲)
۱۶	دردسترس نبودن یا عدم حضور پرستار موظف به انجام مراقبت از بیمار	۳/۵۲(۰/۷)
۱۷	حجم زیاد فعالیت‌های مربوط به پذیرش و ترخیص بیماران	۳/۵۶(۰/۷۱)
۱۸	درگیر شدن پرستار با اقدامات دیگر مثل وظایف منشی و...	۳/۴۶(۰/۸۶)
۱۹	حجم زیاد اطلاعاتی که باید در پرونده نوشته شود	۳/۵۳(۰/۸)
۲۰	مربوط نبودن مراقبت ذکر شده با وظایف پرستار فعلی	۳/۴۳(۰/۸۴)
	نمره کل	۶۸/۶(۱۲/۳۶)

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های مرتبط با تعیین مراقبت‌های پرستاری فراموش شده، نشان داد که بیش‌ترین میانگین نمره مراقبت‌های فراموش شده به گویه شرکت در کلاس‌های بین‌رشته‌ای مراقبت از بیمار تعلق گرفته است. Kalisch و همکاران و Lee و Kalisch نیز در گزارش پژوهش خود می‌نویسند، شرکت در کنفرانس‌های بین‌رشته‌ای مراقبت از بیمار بیش‌ترین میانگین نمره را به خود اختصاص داده است (۱۲ و ۲۴). در مورد انتخاب گویه شرکت در کلاس‌های آموزشی به عنوان بالاترین مراقبت فراموش

شده می‌توان ذکر کرد که نامناسب بودن زمان تشکیل کلاس‌ها می‌تواند یکی از دلایل مهم باشد؛ البته امکان دارد که در نگاه اول این مورد اگر فراموش شود زیاد مهم نباشد؛ ولی باید یادآور شد، شرکت نکردن پرستاران در کلاس‌های آموزشی باعث کاهش اطلاعات و به روز نبودن معلومات پرستاران در بالین می‌شود و در نهایت بر کیفیت مراقبت‌های پرستاری تأثیر منفی می‌گذارد. زمانی که پرستاران در یک موقعیت مراقبتی اطلاعات کافی را نداشته باشند، قطعاً کیفیت پایینی از مراقبت را ارایه خواهند داد. بنابراین به نظر می

رسد برای جلوگیری از فراموش شدن این مراقبت، متولیان باید آموزش‌ها را در ساعات مناسب و متناسب با نیاز پرستار و بیمار برنامه‌ریزی نمایند. Price و Reichert بیان می‌کنند که آموزش مداوم که شامل آموزش غیررسمی، دوره‌های کوتاه مدت و کنفرانس‌ها است، می‌تواند مراقبت با کیفیت را برای بیماران فراهم آورد (۲۵).

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که کم‌ترین نمره مراقبت‌های فراموش شده در این مطالعه کنترل علائم حیاتی، کنترل قندخون و ثبت اطلاعات در پرونده بوده است. این یافته‌ها با نتایج مطالعه John و همکاران و Kalisch و همکاران مطابقت دارد (۱۲ و ۳). همچنین در مورد مراقبت کنترل قندخون با مطالعه Kalisch و همکاران، Smith و همکاران سازگاری دارد (۱۲ و ۲۶). احتمالاً دلیل این که ثبت علائم حیاتی و کنترل قندخون به عنوان مراقبت کمتر فراموش شده از طرف پرستاران تحت مطالعه انتخاب شده است، می‌تواند وجود سیستم دقیق ثبت این موارد در پرونده و در اوراق مخصوص باشد که به کارکنان در یادآوری انجام این مراقبت‌ها کمک می‌کند. با توجه به سیستم مستندسازی دقیق اطلاعات حیاتی بیمار و توجهاتی که در این زمینه صورت می‌گیرد که در اعتباربخشی بیمارستان‌ها نیز تأثیر قابل توجهی دارد؛ پایین بودن میزان مراقبت فراموش شده ثبت کامل اطلاعات ضروری بیمار، نتیجه‌ای قابل انتظار می‌باشد. ضمناً این موارد که کمتر فراموش می‌شدند از جنبه‌های حیاتی برای بیمار هستند و از طرفی هر نوبت کاری موظف است که این

گونه اطلاعات را به نوبت کاری بعدی تحویل دهد. Cardona-Morrell و همکاران می‌نویسند که شیوه رایج کنترل و ثبت وضعیت سلامت بیمار یا وخامت حال وی در بیمارستان اغلب از طریق بررسی علائم حیاتی مانند فشارخون، اکسیژن خون، میزان نبض و تنفس و درجه حرارت است (۲۷).

نتایج نشان داد که بیش‌ترین عوامل مرتبط با مراقبت فراموش شده شامل حجم فعالیت‌های مربوط به پذیرش و ترخیص بیماران بوده است که با مطالعات Blackman و همکاران، Winsett و همکاران و Kalisch و همکاران مطابقت دارد (۱۰-۱۲). آنچه مسلم است فرایند پذیرش و ترخیص بیمار وقت زیادی را از کارکنان پرستاری می‌گیرد و پیچیدگی این فرایند ممکن است پرستاران را در موقعیتی قرار دهد که بعضی از مراقبت‌ها را فراموش کنند. Blackman و همکاران در این خصوص می‌نویسند افزایش ناگهانی میزان پذیرش و ترخیص می‌تواند از عوامل فراموش کردن مراقبت‌ها باشد (۱۰). Alper و همکاران و Pope و همکاران نیز در این خصوص می‌نویسند ترخیص بیماران از بیمارستان فرایند پیچیده‌ای می‌باشد و باید برای تعیین سطح مناسب برنامه‌ریزی ترخیص چاره‌ای اندیشید و ترخیص هر بیمار از بیمار دیگر متفاوت است و متخصصان بالینی و مدیران و سیاست‌گذاران تحت فشار هستند که فشارهای ناشی از پذیرش بیمار را کم‌تر نمایند (۲۸ و ۲۹). Hesselink و همکاران می‌نویسند در صورتی که فرایند ترخیص و پذیرش بیمارستان نامناسب باشد، کیفیت خدمات پرستاری به طور

چشمگیری تحت تأثیر قرار می‌گیرد. همچنین مطالعات نشان داده است که از هر ۵ بیمار یک بیمار در زمان ترخیص دچار حوادث ناخواسته می‌شود که ۶۲٪ این حوادث قابل پیشگیری است. همچنین اگر فرایند ترخیص براساس استانداردها انجام نشود احتمال بستری مجدد بیمار در بخش‌های بیمارستان افزایش می‌یابد (۳۰).

یافته‌ها نشان داد که کم‌ترین میانگین نمره مربوط به عوامل مراقبت فراموش شده به عامل «دستورات غیرمعمول پزشکی برای بیمار» تعلق گرفته است. رایج ندادن مراقبت توسط سایر بخش‌ها، تنش یا ارتباط ضعیف با سایر مراکز کمکی و حمایتی و عدم توضیح پرستار در مورد علل انجام ندادن مراقبت در مراتب بعد قرار گرفتند که با مطالعه Winsett و همکاران هم‌خوانی داشت (۱۱). از آنجا که دستورات غیرمعمول پزشکی شرایط اورژانسی دارد، بنابراین نمی‌تواند از نظر پرستاران مورد مطالعه عاملی برای مراقبت‌های فراموش شده باشد، به همین دلیل نمره پایینی را دریافت کرده است. Winsett و همکاران و Winters و Neville می‌نویسند که پرستاران مراقبت‌های پرستاری را براساس دستور پزشکی اولویت بندی می‌کنند (۱۱ و ۳۱).

در بحث ابعاد عوامل مرتبط با مراقبت فراموش شده، بعد منابع مادی بالاترین میانگین نمره را به خود اختصاص داد. Kalisch کمبود لوازم و وسایل را از علل مراقبت فراموش شده اعلام کرده است (۳۲). اصولاً مدیریت منابع مالی یکی از مسایل مهم در نظام بهداشت و درمان می‌باشد، زیرا که بر نتایج بالینی

تأثیرگذار است (۳۳)، در گذشته تمرکز پرستاران بر رایج مراقبت با کیفیت بوده است زیرا که منابع مادی مشکل چندانی نداشته، ولی اکنون با افزایش هزینه‌های سنگین مادی بعضی از مراقبت‌های مرتبط با این امر نادیده گرفته می‌شود (۳۴). مصدق‌راد در نتایج مطالعه خود می‌نویسد، در دسترس بودن منابع بر کیفیت خدمات بهداشتی تأثیر می‌گذارد. رایج خدمات با کیفیت بالا نیازمند ورودی‌های با کیفیت بالا است، کمبود منابع مادی همچنین باعث افزایش استرس شغلی کارکنان می‌شود که در نتیجه کیفیت کار آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مدیران و سیاست‌گذاران منابع مالی به عنوان مهم‌ترین عامل تأثیرگذار بر کیفیت خدمات درمانی هستند که باید سعی در رفع مشکلات در منابع مالی داشته باشند تا رایج خدمات به خوبی صورت گیرد. همچنین مدیریت کارآمد کارکنان و نظارت دقیق با اهداف واضح در این زمینه مؤثر است. این موضوع نیز نباید از نظر دور بیفتد که هزینه‌های مراقبت غیرایمن بیشتر از خود مراقبت است (۳۵ و ۳۶). به طوری که Langlois معتقد است که هزینه تخمین زده شده برای مراقبت غیرایمن تقریباً ۱۰٪ کل مخارج بهداشتی است که یک کشور می‌پردازد (۳۷).

از مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش می‌توان به حجم کاری زیاد پرستاران و کمبود وقت برای پرکردن پرسشنامه اشاره نمود که ممکن است منجر به کم دقتی در کامل کردن پرسشنامه شده باشد. علاوه بر این شرایط روانی و میزان انگیزش پرستاران و تمایل و دقت آن‌ها در پاسخ به سؤالات، ممکن است در

نتایج تأثیرگذار باشد. با توجه به انتخاب حجم نمونه از بخش‌های داخلی جراحی و بخش‌های ویژه و همچنین اورژانس، تفاوت‌های حجم کاری در این بخش‌ها، ممکن است در تعمیم پذیری نتایج تأثیرگذار باشد. همچنین در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات فقط از پرسشنامه استفاده شده است، در حالی که اگر از مصاحبه و روش‌های کیفی جمع‌آوری اطلاعات نیز استفاده می‌شد، نتایج دقیق‌تر به دست می‌آمد.

این مطالعه توصیفی از مطالعات قبلی پشتیبانی می‌کند و نشان می‌دهد که مراقبت فراموش شده یک مشکل رایج در بیمارستان‌هاست و نیاز به مطالعات بیشتری در این زمینه می‌باشد و مهم‌تر از شناخت مراقبت‌های فراموش شده، شناخت عواملی است که در ایجاد مراقبت فراموش شده تأثیرگذار است. اطلاعات به دست آمده نشان می‌دهد که برای کاهش مراقبت فراموش شده در بیمارستان‌ها نیاز به یک رویکرد بنیادی است و قطعاً هزینه زیادی را نیز در بردارد. نتایج حاکی از آن است که مراقبت‌های پرستاری فراموش شده اغلب در زمان افزایش حجم کاری و تقاضاهای بیماران افزایش می‌یابد و متأسفانه در بسیاری از مواقع پرستاران ظرفیت پاسخ‌گویی به بیماران در زمان پذیرش و ترخیص زیاد و یا افزایش حجم کاری در زمان بدحال شدن بیماران را ندارند. به طور خاص کمبود کارکنان عامل اصلی مراقبت فراموش شده شناسایی نشد، اگرچه یک

عامل مؤثر و مهم بود. علاوه بر این کمبود دارو و تجهیزات نیز به عنوان یک عامل مؤثر شناخته شد. با توجه به این که مهم‌ترین نیاز بیماران، تجویز به موقع داروهای آن‌هاست، به نظر می‌رسد تأمین داروهای مورد نیاز بیماران تأثیر زیادی در کاهش مراقبت فراموش شده داشته باشد. در مطالعه ما مراقبت فراموش شده با افزایش سابقه کار کاهش می‌یافت و این نتیجه حاصل می‌شود که نیروی با تجربه یک جز اساسی در انجام مراقبت صحیح است. نتایج این مطالعه برای بیمارستان‌ها قابل توجه و کاربردی است. مدیران پرستاری می‌توانند از نتایج این مطالعه در جهت کاهش عوامل تأثیرگذار بر مراقبت فراموش شده و در نهایت کاهش مراقبت‌های پرستاری فراموش شده استفاده کنند. با توجه به این که بهبود بیماران ارتباط مستقیمی با کیفیت مراقبت دارد، نتایج این بررسی می‌تواند راهنمایی در جهت افزایش کیفیت مراقبت در بیمارستان‌ها باشد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی با کد اخلاق (IR.KMU.REC.1396.1310) است. پژوهشگران از کلیه پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش جهت همکاری صمیمانه‌شان تقدیر و تشکر می‌نمایند و همچنین از معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان به جهت حمایت از این پژوهش تقدیر و تشکر می‌شود.

منابع

- 1 - Hessels AJ, Flynn L, Cimiotti JP, Cadmus E, Gershon RR. The impact of the nursing practice environment on missed nursing care. *Clin Nurs Stud*. 2015 Dec; 3(4): 60-65. doi: 10.5430/cns.v3n4p60.
- 2 - Tankamani N, Safari Nia M, Ghobadi L. [Predicting job performance based on humor components and mental health among staff of Ziaeyan hospital]. *Journal of Hospital*. 2017; 16(1): 114-123. (Persian)
- 3 - John ME, Mgbeke MA, Nsemo AD, Maxwell GI. Missed nursing care, patient outcomes and care outcomes in selected hospitals in Southern Nigeria. *Journal of Nursing & Healthcare*. 2016; 2(1): 1-5.
- 4 - Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2009 Jul; 65(7): 1509-17. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x.
- 5 - Kalisch BJ, Tschannen D, Lee KH. Do staffing levels predict missed nursing care?. *Int J Qual Health Care*. 2011 Jun; 23(3): 302-8. doi: 10.1093/intqhc/mzr009.
- 6 - Moreno-Monsivais MG, Moreno-Rodriguez C, Interrial-Guzman MG. Missed nursing care in hospitalized patients. *Aquichan*. 2015; 15(3): 318-28. doi: 10.5294/aqui.2015.15.3.2.
- 7 - Lake ET, Germack HD, Viscardi MK. Missed nursing care is linked to patient satisfaction: a cross-sectional study of US hospitals. *BMJ Qual Saf*. 2016 Jul; 25(7): 535-43. doi: 10.1136/bmjqs-2015-003961.
- 8 - Ball J, Griffiths P. Missed nursing care: a key measure for patient safety. Agency for Healthcare Research and Quality, PSNet, 2018.
- 9 - Burch J. Resuming a normal life: holistic care of the person with an ostomy. *Br J Community Nurs*. 2011 Aug; 16(8): 366-73. doi: 10.12968/bjcn.2011.16.8.366.
- 10 - Blackman I, Henderson J, Willis E, Hamilton P, Toffoli L, Verrall C, et al. Factors influencing why nursing care is missed. *J Clin Nurs*. 2015 Jan; 24(1-2): 47-56. doi: 10.1111/jocn.12688.
- 11 - Winsett RP, Rottet K, Schmitt A, Wathen E, Wilson D. Medical surgical nurses describe missed nursing care tasks-Evaluating our work environment. *Appl Nurs Res*. 2016 Nov; 32: 128-133. doi: 10.1016/j.apnr.2016.06.006.
- 12 - Kalisch BJ, Tschannen D, Lee H, Friese CR. Hospital variation in missed nursing care. *Am J Med Qual*. 2011 Jul-Aug; 26(4): 291-9. doi: 10.1177/1062860610395929.
- 13 - Piscotty RJ Jr, Kalisch B. The relationship between electronic nursing care reminders and missed nursing care. *Comput Inform Nurs*. 2014 Oct; 32(10): 475-81. doi: 10.1097/CIN.000000000000092.
- 14 - Heck C. A study of moral distress in novice and experienced nurses. Villanova University, 2016.
- 15 - Kalisch BJ, Tschannen D, Lee KH. Missed nursing care, staffing, and patient falls. *J Nurs Care Qual*. 2012 Jan-Mar; 27(1): 6-12. doi: 10.1097/NCQ.0b013e318225aa23.
- 16 - Kalisch BJ, McLaughlin M, Dabney BW. Patient perceptions of missed nursing care. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2012 Apr; 38(4): 161-7.
- 17 - Borzouei N. [A survey of missed nursing care by ICU nurses in selected hospitals of Shahid Beheshti University of Medical Sciences in 2016]. MSc. Thesis, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, 2016. (Persian)
- 18 - Hernandez-Cruz R, Moreno-Monsivais MG, Cheverria-Rivera S, Diaz-Oviedo A. Factors influencing the missed nursing care in patients from a private hospital. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017 Jul 10; 25: e2877. doi: 10.1590/1518-8345.1227.2877.
- 19 - Dehghan-Nayeri N, Ghaffari F, Shali M. Exploring Iranian nurses' experiences of missed nursing care: a qualitative study: a threat to patient and nurses' health. *Med J Islam Repub Iran*. 2015 Oct 12; 29: 276.

- 20 - Dehghan-Nayeri N, Shali M, Navabi N, Ghaffari F. Perspectives of Oncology Unit Nurse Managers on Missed Nursing Care: A Qualitative Study. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2018 Jul-Sep; 5(3): 327-336. doi: 10.4103/apjon.apjon_6_18.
- 21 - Karimi R. [Estimated sample size with the Cochran formula and the Morgan table]. Available at: <http://kharazmi-statistics.ir/Uploads/Public/MY%20article/%D8%A8%D8%B1%D8%A2%D9%88%D8%B1%D8%AF%20%D8%AD%D8%AC%D9%85%20%D9%86%D9%85%D9%88%D9%86%D9%87.pdf>. (Persian)
- 22 - Kalisch BJ, Williams RA. Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *J Nurs Adm*. 2009 May; 39(5): 211-9. doi: 10.1097/NNA.0b013e3181a23cf5.
- 23 - Menard KI. Collegiality, the nursing practice environment, and missed nursing care. Ph.D Thesis, The University of Wisconsin-Milwaukee, 2014.
- 24 - Kalisch BJ, Lee KH. Missed nursing care: Magnet versus non-Magnet hospitals. *Nurs Outlook*. 2012 Sep-Oct; 60(5): e32-9. doi: 10.1016/j.outlook.2012.04.006.
- 25 - Price S, Reichert C. The importance of continuing professional development to career satisfaction and patient care: Meeting the needs of novice to mid-to late-career nurses throughout their career span. *Administrative Sciences*. 2017 Jun; 7(2): 17.
- 26 - Smith JG, Morin KH, Wallace LE, Lake ET. Association of the nurse work environment, collective efficacy, and missed care. *West J Nurs Res*. 2018 Jun; 40(6): 779-798. doi: 10.1177/0193945917734159.
- 27 - Cardona-Morrell M, Prgomet M, Lake R, Nicholson M, Harrison R, Long J, et al. Vital signs monitoring and nurse-patient interaction: A qualitative observational study of hospital practice. *Int J Nurs Stud*. 2016 Apr; 56: 9-16. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.12.007.
- 28 - Alper E, O'Malley TA, Greenwald J. Hospital discharge and readmission. UpToDate website: Available at: <https://www.uptodate.com/contents/hospital-discharge-and-readmission>. Accessed August 14, 2015.
- 29 - Pope I, Burn H, Ismail SA, Harris T, McCoy D. A qualitative study exploring the factors influencing admission to hospital from the emergency department. *BMJ Open*. 2017 Aug 29; 7(8): e011543. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011543.
- 30 - Hesselink G, Schoonhoven L, Barach P, Spijker A, Gademan P, Kalkman C, et al. Improving patient handovers from hospital to primary care: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2012 Sep 18; 157(6): 417-28. doi: 10.7326/0003-4819-157-6-201209180-00006.
- 31 - Winters R, Neville S. Registered nurse perspectives on delayed or missed nursing cares in a New Zealand Hospital. *Nurs Prax N Z*. 2012 Mar; 28(1): 19-28.
- 32 - Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. *J Nurs Care Qual*. 2006 Oct-Dec; 21(4): 306-13.
- 33 - Iannone R, Lambiase A, Miranda S, Riemma S, Sarno D. Modelling hospital materials management processes. *International Journal of Engineering Business Management*. 2013; 5: 5-15.
- 34 - Callender C, Grasman SE. Barriers and best practices for material management in the healthcare sector. *Engineering Management Journal*. 2010; 22(4): 11-9.
- 35 - Mosadeghrad AM. Factors influencing healthcare service quality. *Int J Health Policy Manag*. 2014 Jul 26; 3(2): 77-89. doi: 10.15171/ijhpm.2014.65.
- 36 - Ashghali Farahani M, Ghaffari F, Oskouie F, Zagheri Tafreshi M. Attrition among Iranian nursing students: a qualitative study. *Nurse Educ Pract*. 2017 Jan; 22: 98-104. doi: 10.1016/j.nepr.2017.01.002.
- 37 - Langlois PE. Quality of care and patient safety: a global priority. Available at: <https://www.sidiief.org/wp-content/uploads/SIDIIEF-PositionStatement-VF.pdf>. 2015.

Missed nursing care and its related factors from the points of view of nurses affiliated to Kerman University of Medical Sciences in 2017

Rahimmeh Khajooee* Behnaz Bagherian** Mahlagha Dehghan*** Mansooreh Azizzadeh Forouzi**

Abstract

Article type:
Original Article

Received: Jan. 2019
Accepted: Mar. 2019
e-Published: 8 May 2019

Background & Aim: Nursing care is an essential part of health care services. Missed nursing care is a new concept referring to any aspect of care, that is omitted or delayed. The present study aimed to assess missed nursing care and its related factors from the viewpoints of nurses working in the hospitals affiliated to Kerman University of Medical Sciences in 2017.

Methods & Materials: In this descriptive, cross-sectional study, 300 nurses participated. Two questionnaires on missed nursing care, and its related factors were used for data collection. Data were analyzed through the SPSS software version 20 using descriptive indices.

Results: The mean score of missed nursing care was 32.28 ± 7.41 , which was lower than the median (range) of the questionnaire. The highest mean score of missed nursing care and its related factor, respectively were “attending the interprofessional patient care conferences” and “the volume of activities related to patients’ admission and discharge”.

Conclusion: The level of missed nursing care was lower than the median in the present study, which can be lowered by proper management. In addition, by decreasing nurses’ workload, missed nursing care related factors can be reduced.

Corresponding author:
Mansooreh Azizzadeh Forouzi
e-mail:
forozy@gmail.com

Key words: nursing care, missed nursing care, related factors

Please cite this article as:

- Khajooee R, Bagherian B, Dehghan M, Azizzadeh Forouzi M. [Missed nursing care and its related factors from the points of view of nurses affiliated to Kerman University of Medical Sciences in 2017]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2019; 25(1): 11-24. (Persian)

* Dept. of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

** Dept. of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran; Nursing Research Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

*** Dept. of Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran; Nursing Research Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran