

Missed Nursing Care and Its Related Factors in Ardabil and Khalkhal Educational and Medical Centers in 2020

Ebadi J¹, Najafi E², Aghamohammadi V³, Saeedi S⁴, Nasiri K*⁴

1. Student Research Committee, Khalkhal University of Medical Sciences, Khalkhal, Iran

2. Department of Public Health, Khalkhal University of Medical Sciences, Khalkhal, Iran

3. Department of Nutrition, Khalkhal University of Medical Sciences, Khalkhal, Iran

4. Department of Nursing, Khalkhal University of Medical Sciences, Khalkhal, Iran

* *Corresponding author.* Tel: +989118109081, E-mail: Khadije.nasiri@yahoo.com

Received: Mar 26, 2021 Accepted: Jul 11, 2021

ABSTRACT

Background & aim: Missed nursing care includes all aspects of the partial and general care needed by the patient that has been forgotten or delayed. The aim of this study was to determine the missed care and its related factors in nurses of Ardabil and Khalkhal educational and medical centers in 2020.

Methods: The present study was a descriptive-analytical study performed on 414 nurses of Ardabil and Khalkhal educational centers who were selected by random sampling method. Data collection tools were questionnaire of Kalish missed nursing care and its related factors. Data were analyzed using SPSS software and t-test, Chi-square, Pearson correlation and Mann-Whitney tests.

Results: The mean and standard deviation of total score of missed nursing care was 40.47 ± 9.68 and the highest mean score of missed care was assigned to "rotating the patient every 2 hours" and the highest mean score of related factors with missed care was "the unavailability of drugs when needed". Also, there was no statistically significant difference between the views of nurses working in two universities in missed nursing care and its related factors.

Conclusion: The findings of this study showed that status of missed nursing care was moderate, which can be improved by planning and principled management. Also, the unavailability of all the medicines needed by the patients was the main related factor in the missed nursing care. These medicines and equipment needed by the patients can be provided by managing financial resources. It seems that providing the drugs needed by patients will play a key role in reducing neglected care.

Keywords: Missed Nursing Care, Nurse, Human Resources

مراقبت فراموش شده و عوامل مرتبط با آن در پرستاران مراکز آموزشی- درمانی اردبیل و خلخال در سال ۱۳۹۹

جواد عبادی^۱، اسماعیل نجفی^۲، وحیده آقامحمدی^۳، سولماز سعیدی^۴، خدیجه نصیری^{۴*}

۱. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده علوم پزشکی خلخال، خلخال، ایران

۲. گروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی خلخال، خلخال، ایران

۳. گروه تغذیه، دانشکده علوم پزشکی خلخال، خلخال، ایران

۴. گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی خلخال، خلخال، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۱۸۱۰۹۰۸۱ ایمیل: Khadijeh.nasiri@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: مراقبت‌های پرستاری فراموش شده شامل تمام جنبه‌های جزئی و کلی مراقبت‌های مورد نیاز بیمار است که مورد فراموش قرار گرفته یا به تأخیر افتاده است. این مطالعه با هدف تعیین مراقبت فراموش شده و عوامل مرتبط با آن در پرستاران مراکز آموزشی- درمانی اردبیل و خلخال در سال ۱۳۹۹ انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- تحلیلی است که روی ۱۴ نفر از پرستاران مراکز آموزشی- درمانی اردبیل و خلخال که با روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند، انجام گرفت. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه‌های مراقبت پرستاری فراموش شده کالیش و عوامل مرتبط با آن بود. داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار آماري SPSS و آزمون‌های آماری تی تست، کای اسکوئر، همبستگی پیرسون و من ویتنی تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: میانگین نمره کل مراقبت‌های پرستاری فراموش شده $40/47 \pm 9/68$ بود و بیشترین میانگین نمره مراقبت فراموش شده به «چرخاندن بیمار هر ۲ ساعت یک بار» اختصاص داشت. مهمترین عامل در مراقبت فراموش شده، «در دسترس نبودن داروها در مواقع لزوم» بود. بین دیدگاه پرستاران شهرهای اردبیل و خلخال در زمینه مراقبت پرستاری فراموش شده و عوامل مرتبط با آن، تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه نشان داد که وضعیت مراقبت‌های پرستاری فراموش شده در حد متوسط می‌باشد که می‌توان با برنامه‌ریزی و مدیریت اصولی، وضعیت را بهبود بخشید. همچنین در دسترس نبودن تمام داروهای مورد نیاز بیماران، عامل اصلی مرتبط در مراقبت پرستاری فراموش شده می‌باشد که با مدیریت منابع مالی می‌توان دارو و تجهیزات مورد نیاز بیماران را فراهم ساخت. به نظر می‌رسد تامین داروهای مورد نیاز بیماران، نقش اساسی در کاهش مراقبت‌های فراموش شده خواهد داشت.

واژه‌های کلیدی: مراقبت پرستاری فراموش شده، پرستار، عوامل انسانی

پذیرش: ۱۴۰۰/۰۴/۲۰

دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۰۶

مقدمه

سطوح مختلف سیستم ارائه خدمات سلامت ایفا می‌کنند (۲، ۱). در واقع وظیفه پرستار پاسخ به همه مشکلات بالقوه و بالفعل بیمار، افراد، خانواده‌ها و گروه‌ها است و ارائه مراقبت موثر در خط مقدم

پرستاران به عنوان اولین خط تماس در مراکز درمانی و بزرگترین گروه ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی نقش اساسی را در تداوم مراقبت، ارتقاء و حفظ سلامت در

واحدهای مراقبت مبدل شده است که می‌توان آن را به عللی چون احساس گناه پرستار، ناتوانی در اصلاح وضعیت پیش آمده و ترس نسبت داد (۳). از آنجا که پرستاران در یک شیفت کاری، فقط می‌توانند تعدادی از مسئولیت‌ها را انجام دهند، بنابراین مجبور هستند مراقبت‌های پرستاری را اولویت‌بندی کرده و بر اساس آن تصمیم‌گیری کنند که در این بین ممکن است یک مراقبت را حذف یا مراقبت دیگر را در اولویت قرار دهند که نتیجه آن فراموش کردن برخی از مراقبت‌ها خواهد بود (۴). نتایج مطالعه هرماندز^۳ و همکاران در کشور مکزیک نشان داد که بیشترین مراقبت فراموش شده مربوط به مراقبت از دهان و کمترین مراقبت فراموش شده مربوط به مراقبت از پا و زخم بود (۱۱).

عوامل بسیاری از جمله منابع انسانی (کمبود کارکنان، حجم کاری بالا) و منابع مادی به عنوان عوامل کمک‌کننده در مراقبت فراموش شده گزارش شده‌اند (۱۳، ۱۲). دهقان نیری و همکاران در مطالعه خود ساختار، عوامل زیرساختی و موانع گزارش مراقبت‌های فراموش شده را به عنوان عوامل مرتبط با مراقبت‌های فراموش شده اعلام کردند (۱۴). در مطالعه‌ای که توسط عبدالحماد دیاب^۴ و همکاران در کشور مصر انجام شد، شایع‌ترین عوامل موثر بر مراقبت از دست رفته «منابع کار، منابع مالی و عوامل ارتباطی» بودند (۱۵). مدیران پرستاری به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم با مشکلات ناشی از مراقبت‌های پرستاری فراموش شده مواجه می‌شوند و در جهت برقراری ارتباط با پرسنل، افزایش توانمندی و رفع مشکلات پرستاری تلاش می‌کنند (۱۰)، اما علی‌رغم اهمیت بسیار زیاد مراقبت‌های پرستاری فراموش شده مطالعات اندکی تاکنون در ایران در این زمینه انجام شده است، از طرفی مهمترین منبع برای آگاهی از میزان مراقبت‌های فراموش شده و عوامل

خدمات پرستاری باعث ایجاد رضایت و سلامت هر چه بیشتر بیماران می‌شود (۳). یکی از حقوق بیماران بستری در بیمارستان اطمینان از برآورده شدن نیازها، دریافت مراقبت ایمن و همه‌جانبه از نظام مراقبت بهداشتی است، اما در بعضی از شرایط به دلیل کمبود پرسنل بعضی از فعالیت‌های مراقبتی فراموش می‌شود (۴). مراقبت‌های پرستاری فراموش شده یک مفهوم تازه تعریف شده است که از روی غفلت صورت گرفته و به تمام جنبه‌های جزئی و کلی مراقبت‌های مورد نیاز بیمار که فراموش شده یا به تأخیر افتاده است، اشاره می‌کند (۵). بنابراین، مراقبت‌های پرستاری فراموش شده نه تنها نوعی خطای پرستاری است که می‌تواند بر ایمنی بیمار تأثیر بگذارد، بلکه منجر به نادیده گرفته شدن حقوق بیماران شده و بازتوانی و بهبود آنان را به خطر می‌اندازد (۴). پدیده مراقبت پرستاری فراموش شده اولین بار توسط کالیش^۱ (۲۰۰۶) توصیف شد و در آن ۹ مراقبت فراموش شده، شناسایی گردید (۶). در واقع علم مراقبت‌های پرستاری فراموش شده در مراحل اولیه خود قرار دارد و جهت افزایش آگاهی در این باره نیاز به مطالعات بیشتری است (۷). تعدادی از مطالعات نشان داده‌اند که وقوع مراقبت‌های پرستاری فراموش شده در بیمارستان‌های آمریکا و اروپا رواج دارند (۹، ۸، ۵). در مطالعه‌ای که توسط هسلز^۲ و همکاران در ایالات متحده انجام شد، شیوع مراقبت‌های پرستاری فراموش شده ۱۰ تا ۲۷ درصد گزارش شد (۳). توجه، رسیدگی و گزارش مراقبت‌های فراموش شده می‌تواند در کاهش آن تأثیرگذار باشد (۱۰، ۴). می‌توان گفت مراقبت‌های پرستاری فراموش شده، مشکل قابل توجهی در مراکز درمانی مراقبت حاد در سطح دنیا و مفهوم مهمی در پرستاری است، اما به یک موضوع غیرقابل بحث در

¹ Kalisch

² Hessels

³ Hernández-Cruz

⁴ Abd El-Hamed Diab

موثر بر آن پرستاران می‌باشند؛ لذا، مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان مراقبت‌های پرستاری فراموش شده و عوامل مرتبط با آن در پرستاران مراکز آموزشی- درمانی شهرهای اردبیل و خلخال انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- تحلیلی بود که پس از اخذ مجوز از دانشکده علوم پزشکی خلخال، روی ۴۱۴ نفر از پرستاران شاغل در مراکز آموزشی درمانی شهرهای اردبیل و خلخال شامل بیمارستان‌های امام خمینی (ره)، علوی، فاطمی، بوعلی و امام رضا (ع) اردبیل و امام خمینی (ره) خلخال در سال ۱۳۹۹ انجام شد. بر اساس حجم نمونه بدست آمده با توجه به تعداد پرستاران شاغل در هر یک از بیمارستان‌ها، ۱۰۰ نفر از بیمارستان امام خمینی (ره) اردبیل، ۷۰ نفر از هر کدام از بیمارستان‌های فاطمی، علوی، بوعلی و امام رضا (ع) اردبیل و ۴۰ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان امام خمینی (ره) خلخال به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. حجم نمونه بر اساس مطالعه خواجه‌پویی و همکاران (۲۰) و با در نظر گرفتن $SD=7/41$ در این مطالعه و افت ۱۰ درصدی نمونه‌ها، ۴۲۰ نفر تعیین شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل یک سال سابقه کار پرستاری، دارا بودن مدرک کارشناسی و بالاتر و رضایت به مشارکت در مطالعه بود.

برای انجام کار، محقق به واحدهای پژوهش در دانشگاه‌های علوم پزشکی اردبیل و خلخال مراجعه و با کسب اجازه از مسئولین بیمارستان‌ها و پس از توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از پرستاران، پرسشنامه‌ها را در اختیار آنها قرار داد. از مجموع ۴۲۰ پرسشنامه توزیع شده در بین پرستاران، ۶ پرسشنامه به دلیل تکمیل ناقص از مطالعه خارج شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه سه قسمتی بود که قسمت اول شامل اطلاعات فردی پرستاران

شرکت‌کننده در مطالعه (سن، جنس، بیمارستان محل کار، بخش محل کار، وضعیت تاهل و سمت)، قسمت دوم؛ پرسشنامه مراقبت‌های پرستاری فراموش شده^۱ و قسمت سوم؛ پرسشنامه عوامل مرتبط با مراقبت‌های فراموش شده بود. پرسشنامه مراقبت‌های پرستاری فراموش شده توسط کالیس در سال ۲۰۰۶ تدوین و در سال ۲۰۰۹ توسط همین محقق مورد روان‌سنجی قرار گرفته است (۶،۵). روایی این ابزار در ایران توسط خواجه‌پویی و همکاران بررسی و پایایی آن ۰/۹۱ محاسبه شده است (۱۶). در مطالعه حاضر، پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه شد. این پرسشنامه شامل ۲۴ گویه از قبیل حرکت بیمار، چرخاندن، ارزیابی، آموزش، برنامه‌ریزی ترخیص و تجویز دارو می‌باشد. برای هر یک از این گویه‌ها، چهار گزینه در قالب لیکرت طراحی شده که شامل «به ندرت فراموش می‌کنم» (نمره ۱)، «هر از گاهی فراموش می‌کنم» (نمره ۲)، «مربطاً فراموش می‌کنم» (نمره ۳) و «همیشه فراموش می‌کنم» (نمره ۴) می‌باشد. بیشترین نمره، ۹۶ و کمترین نمره، ۲۴ بوده و نمره بالاتر، نشان‌دهنده بالاتر بودن امکان فراموش شدن مراقبت است.

پرسشنامه عوامل مرتبط با مراقبت‌های فراموش شده در سال ۲۰۱۴ توسط بلک من^۲ و همکاران در کشور استرالیا طراحی شده است. این پرسشنامه ۱۷ سؤالی شامل سه مقیاس فرعی منابع انسانی، منابع مادی و ارتباطات است (۱۷). در زمان بررسی روایی در مطالعه خواجه‌پویی، بر اساس تفاوت‌های نظام پرستاری ایران، ۳ گویه به این پرسشنامه اضافه گردید و پرسشنامه با ۲۰ گویه بر اساس مقیاس لیکرت بی اهمیت (نمره ۱)، کم‌اهمیت (نمره ۲)، با اهمیت متوسط (نمره ۳) و پراهمیت (نمره ۴) در نظر گرفته شد. روایی این

¹ Missed Care

² Blackman

اکثریت پرستاران مونث، متاهل و با مدرک تحصیلی لیسانس بودند (جدول ۱). میانگین نمره کل مراقبت‌های پرستاری فراموش شده $40/47 \pm 9/68$ بود که حاکی از سطح متوسط آن می‌باشد. بیشترین و کمترین میانگین نمره مراقبت پرستاری فراموش شده به ترتیب مربوط به «چرخاندن بیمار هر ۲ ساعت» با میانگین $2/61 \pm 1/35$ و «اندازه‌گیری علائم حیاتی بر اساس دستور پزشک» با میانگین $1/35 \pm 0/59$ بود (جدول ۲). بیشترین و کمترین میانگین نمره عوامل مرتبط با مراقبت فراموش شده به ترتیب مربوط به عوامل «در دسترس نبودن داروها در مواقع لزوم» با میانگین $3/49 \pm 0/62$ و «درگیر شدن پرستار با اقدامات دیگر مثل وظایف منشی» با میانگین $2/97 \pm 0/83$ بود (جدول ۳).

پرسشنامه در مطالعه خواجه‌بوی، تایید و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ $0/98$ تعیین شد (۱۶). در مطالعه حاضر نیز پایایی این ابزار به روش آلفای کرونباخ، $0/96$ به دست آمد. داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-26 تجزیه و تحلیل شد. با استفاده از شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار نمره هر یک از متغیرها بدست آمد. جهت تعیین ارتباط بین متغیرهای پژوهش از آزمون‌های آماری تی-تست، من ویتنی و کای اسکوئر و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سن و سابقه کاری پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه به ترتیب $34/50 \pm 7/63$ و $8/95 \pm 6/70$ بود.

جدول ۱. مشخصات فردی پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه

متغیر	گروه	تعداد (درصد)
جنس	زن	۲۹۸ (۷۱/۹)
	مرد	۱۱۶ (۲۸/۱)
وضعیت تاهل	مجرد	۱۱۰ (۲۶/۸)
	متاهل	۲۹۷ (۷۱/۷)
	سایر	۷ (۱/۵)
مدرک تحصیلی	لیسانس	۳۴۱ (۸۲/۳)
	فوق لیسانس	۶۱ (۱۴/۷)
	دکتری	۱۳ (۳)
سمت	سوپروایزر بالینی	۹ (۲/۲)
	سرپرستار	۲۲ (۵/۳)
	پرستار بالینی	۳۸۳ (۹۲/۵)
بخش	داخلی- جراحی	۲۴۲ (۵۸/۴)
	مراقبت‌های ویژه	۶۷ (۱۶/۲)
	اورژانس	۱۰۵ (۲۵/۴)

جدول ۲. میانگین آیتم‌های مراقبت پرستاری فراموش شده از دیدگاه پرستاران اردبیل و خلخال

ردیف	نوع مراقبت	Mean ± SD
۱	چرخاندن بیمار هر ۲ ساعت	۲/۶۱ ± ۱/۳۵
۲	همکاری و نظارت بر توالیت رفتن بیمار در ۱۵ دقیقه اول درخواست	۱/۹۳ ± ۰/۹۰
۳	شرکت در کنفرانس‌های بین رشته‌ای مراقبت از بیمار	۱/۸۷ ± ۰/۸۹
۴	حرکت دادن بیمار ۳ بار در روز یا براساس دستور پزشک	۱/۸۲ ± ۱/۰۴
۵	انجام مراقبت‌های دهان	۱/۸۱ ± ۰/۷۲
۶	انجام یا نظارت بر حمام بیمار و مراقبت‌های پوست	۱/۷۵ ± ۰/۸۲
۷	نظارت بر غذا دادن به بیمار قبل از اینکه سرد شود	۱/۶۹ ± ۰/۷۵
۸	حمایت عاطفی از بیمار و خانواده	۱/۶۸ ± ۰/۶۸
۹	نظارت بر آماده کردن غذا برای بیماری که خودش می‌تواند غذا بخورد	۱/۶۴ ± ۰/۷۱
۱۰	مراقبت از زخم پوستی	۱/۶۳ ± ۰/۷۷
۱۱	ارزیابی کلی بیمار در هر شیفت	۱/۶۱ ± ۱/۴۶
۱۲	آموزش بیمار در زمان ترخیص	۱/۵۸ ± ۰/۷۲
۱۳	پاسخ به زنگ اخبار بیمار حداکثر ظرف ۵ دقیقه	۱/۵۶ ± ۰/۸۳
۱۴	کنترل قند خون با گلوکومتر	۱/۵۶ ± ۰/۷۵
۱۵	ارزیابی تاثیر داروها	۱/۵۴ ± ۰/۶۸
۱۶	ارزیابی و مراقبت از مسیرهای وریدی محیطی و مرکزی بیمار	۱/۵۴ ± ۰/۷۰
۱۷	تجویز داروهای PRN حداکثر ظرف ۱۵ دقیقه بعد از درخواست بیمار	۱/۵۲ ± ۰/۶۷
۱۸	آموزش بیمار درباره بیماری، آزمایشات و تست‌های تشخیصی	۱/۵۱ ± ۰/۷۰
۱۹	کنترل جذب و دفع مایعات	۱/۵۱ ± ۰/۶۶
۲۰	تمرکز بر ارزیابی مجدد بیمار بر اساس شرایط بیمار	۱/۴۹ ± ۰/۶۵
۲۱	شستن دست‌ها قبل از انجام مراقبت	۱/۴۹ ± ۰/۶۳
۲۲	تجویز داروها در بازه زمانی حداکثر ۳۰ دقیقه قبل یا بعد از زمان برنامه ریزی شده	۱/۴۵ ± ۰/۶۲
۲۳	ثبت کامل اطلاعات ضروری در پرونده	۱/۳۸ ± ۰/۵۸
۲۴	اندازه گیری علائم حیاتی براساس دستور پزشک	۱/۳۵ ± ۰/۵۹
	نمره کل	۴۰/۴۷ ± ۹/۶۸

جدول ۳. میانگین عوامل مرتبط با مراقبت‌های پرستاری فراموش شده از دیدگاه پرستاران

ردیف	عوامل مرتبط با مراقبت پرستاری فراموش شده	Mean ± SD
۱	در دسترس نبودن داروها در مواقع لزوم	۳/۴۹ ± ۰/۶۲
۲	شرایط اضطرابی بیماران (به عنوان مثال بدتر شدن وضعیت بیمار)	۳/۴۱ ± ۰/۷۹
۳	کمبود نیروی کمکی و یا منشی (به عنوان مثال کمکی، کارمندان بخش، بیمار بر)	۳/۴۰ ± ۰/۶۸
۴	دستورات غیر معمول پزشک برای بیمار	۳/۳۶ ± ۰/۷۰
۵	افزایش غیر منتظره در تعداد بیماران و یا شلوغی بخش‌ها	۳/۳۴ ± ۰/۷۶
۶	کمبود کارکنان پرستاری	۳/۳۲ ± ۰/۸۳
۷	تحویل و تحول ناکارآمد نوبت کاری در زمان تحویل نوبت کاری یا انتقال بیمار	۳/۲۷ ± ۰/۷۸
۸	ارائه ندادن مراقبت مورد نیاز توسط سایر بخش‌ها (به عنوان مثال حرکت ندادن بیمار از سوی تیم فیزیوتراپی)	۳/۲۴ ± ۰/۷۳
۹	عدم حمایت از سوی اعضای تیم درمان	۳/۲۱ ± ۰/۷۴
۱۰	درست کار نکردن وسایل و تجهیزات در موقع لزوم	۳/۲۲ ± ۰/۷۷
۱۱	در دسترس نبودن وسایل و تجهیزات در مواقع لزوم	۳/۲۲ ± ۰/۷۸
۱۲	حجم زیاد فعالیت‌های مربوط به پذیرش و ترخیص بیماران	۳/۱۱ ± ۰/۸۰
۱۳	حجم زیاد اطلاعاتی که باید در پرونده نوشته شود	۳/۰۸ ± ۰/۸۰
۱۴	مربوط نبودن مراقبت ذکر شده با وظایف پرستار فعلی	۳/۰۷ ± ۰/۹۱

۳/۰۶ ± ۰/۷۹	تنش یا ضعف ارتباطات در تیم پرستاری	۱۵
۳/۰۴ ± ۰/۸۲	تنش یا اختلال در ارتباط با کادر پزشکی	۱۶
۳/۰۳ ± ۰/۸۴	در دسترس نبودن یا عدم حضور پرستار موظف به انجام مراقبت از بیمار	۱۷
۳/۰۱ ± ۰/۸۳	تنش یا ارتباط ضعیف با سایر مراکز کمکی و حمایتی	۱۸
۲/۹۸ ± ۰/۸۹	عدم توضیح کمک پرستار یا مراقب در مورد علل انجام ندادن مراقبت	۱۹
۲/۹۷ ± ۰/۸۳	درگیر شدن پرستار با اقدامات دیگر مثل وظایف منشی و...	۲۰

همچنین نتایج آزمون آماری تی نشان داد که بین میانگین نمرات دیدگاه پرستاران شاغل در دو دانشگاه از نظر مراقبت پرستاری فراموش شده و عوامل مرتبط با آن، تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت. در خصوص ارتباط مشخصات دموگرافیک با مراقبت فراموش شده، نتایج آزمون تی نشان داد که بین گروه‌های سنی و سنوات کاری با میانگین نمرات مراقبت فراموش شده، تفاوت آماری معنی داری وجود داشت ($p < ۰/۰۵$). همچنین نتایج آزمون کای اسکوئر نشان‌دهنده تفاوت معنی دار آماری بین سطح تحصیلات و میانگین نمرات مراقبت فراموش شده بود ($p < ۰/۰۰۱$). بین سابقه کار و نمره مراقبت فراموش شده نیز ارتباط آماری معکوس و معنی دار مشاهده شد ($r = -۰/۱۷$ و $p = ۰/۰۰۲$). میانگین مراقبت‌های فراموش شده از نظر وضعیت تاهل در بین گروه‌های مختلف سنی تفاوت معنی داری داشت که بعد از انجام مقایسه دو به دو به وسیله آزمون من-ویتنی (به دلیل عدم ثبات واریانس در بین گروه‌ها) این اختلاف، ناشی از سایر گروه‌ها بود. با این حال، بین میانگین نمره مراقبت فراموش شده بین دو جنس، تفاوت آماری معنی داری مشاهده نشد ($p = ۰/۰۹۵$).

جدول ۴. ارتباط مشخصات دموگرافیک با میانگین نمره مراقبت فراموش شده پرستاران

متغیر	گروه	تعداد (درصد)	میانگین	سطح معنی داری
جنسیت	مرد	۲۹۸ (۷۴/۹)	۴۱/۷۴ ± ۹۵/۶	۰/۰۹۵
	زن	۱۰۰ (۲۵/۱)	۳۹/۹۶ ± ۱۰/۶۸	
وضعیت تاهل	مجرد	۹۴ (۲۳/۹)	۳۹/۰۹ ± ۷/۰۴	۰/۰۴۹
	متاهل	۲۹۳ (۷۴/۴)	۴۰/۵۳ ± ۱۰/۴۰	
	سایر	۷ (۱/۸)	۴۰/۴۱ ± ۹/۸۴	
سمت	سوپروایزر بالینی	۹ (۲/۳)	۳۶ ± ۵/۲۹	۰/۴۷۱
	سرپرستار	۲۲ (۵/۵)	۳۶ ± ۵/۷۷	
	پرستار بالینی	۳۶۸ (۹۲/۲)	۳۸/۹۵ ± ۸/۸۲	
بخش	داخلی-جراحی	۲۳۷ (۶۰/۲)	۴۰/۰۸ ± ۱۰/۵۱	۰/۳۵۸
	مراقبت‌های ویژه اورژانس	۶۵ (۱۶/۵)	۳۸/۱۰ ± ۹/۲۲	
سطح تحصیلات	لیسانس	۳۳ (۸۴/۱)	۳۹/۰۳ ± ۹/۱۵	۰/۰۰۱
	کارشناسی ارشد	۵۵ (۱۳/۹)	۴۸/۳۴ ± ۱۰/۰۸	
	دکتری	۸ (۲/۰)	۳۲/۰۲ ± ۷/۵۱	
سن	۱۸-۲۹	۱۱۷ (۳۰/۷)	۴۱/۱۰ ± ۹/۴۵	۰/۰۲۷
	۳۰-۴۰	۱۸۱ (۴۶/۶)	۳۹/۲۳ ± ۹/۲۸	
	بالای ۴۰	۹۰ (۲۳/۹)	۴۳/۱۵ ± ۱۱/۲۰	
سنوات	زیر پنج سال	۱۶۱ (۴۰/۹۰)	۴۳/۱۵ ± ۱۵	۰/۰۰۱
	۵-۱۰	۹۳ (۲۳/۶)	۳۸/۴۱ ± ۷/۲۱	
	بالای ۱۰	۱۴۰ (۳۵/۵)	۳۸/۵۷ ± ۱۰	

بحث

این مطالعه که با هدف تعیین میزان مراقبت‌های پرستاری فراموش شده و عوامل مرتبط با آن در پرستاران مراکز آموزشی درمانی شهرهای اردبیل و خلخال انجام شد، نشان داد که «تغییر وضعیت بیمار»، «همکاری و نظارت بر توالی رفتن بیمار در ۱۵ دقیقه اول درخواست» و «شرکت در کنفرانس‌های بین رشته‌ای مراقبت از بیمار» بیشترین مراقبت‌های پرستاری فراموش شده پرستاران شاغل در بیمارستان‌های اردبیل و خلخال بودند که با یافته‌های خواجه‌پوری در کرمان و کالیس^۱ در آمریکا هم راستا می‌باشد (۱۶،۹). به نظر می‌رسد فراموشی مراقبت‌هایی همچون «تغییر وضعیت بیمار» و «همکاری و نظارت بر توالی رفتن بیمار در ۱۵ دقیقه اول درخواست» می‌تواند ناشی از کمبود نیروی پرستاری و کمک پرستار در بیمارستان‌ها باشد. همچنین عدم ثبت این مراقبت‌ها در هیچ بخشی از پرونده یا گزارش پرستاری و عدم بررسی آن توسط پرستاران حین تحویل شیفت از دیگر علل فراموشی این مراقبت می‌باشد. از نظر آوسرهوفر^۲ و همکاران؛ پرستاران به دلیل فشار کاری بالا برای انجام وظایف محوله، اغلب مراقبت‌ها را اولویت‌بندی و محدود می‌کنند (۱۸). همچنین در مورد گویه «شرکت در کنفرانس‌های بین رشته‌ای مراقبت از بیمار» که جزء بیشترین مراقبت‌های فراموش شده در مطالعه حاضر بوده و با نتایج مطالعه چگینی و همکاران هم‌راستا (۱) و با نتایج مطالعه هرماندز-کروز و همکاران همخوانی ندارد (۱۱)؛ نیز می‌توان گفت نبود برنامه مدون و منطبق بر زمان‌های آزاد پرستاران با نوبت کاری متفاوت و عدم اهمیت چنین کنفرانس‌هایی برای پرستاران و نهایتاً عدم نظارت بر اجرای آخرین استانداردهای مراقبت از سوی بیمارستان‌ها منجر به

فراموشی این بخش از مراقبت توسط پرستاران شده است. این در حالی است که ارتقاء کیفیت خدمات پرستاری و در نهایت رضایت بیماران در گرو استفاده از دستورالعمل‌های به روز و اثربخش می‌باشد. بطوری که پرایس^۳، آموزش مداوم شامل آموزش غیررسمی، دوره‌های کوتاه‌مدت و کنفرانس‌ها را عامل اصلی در مراقبت با کیفیت از بیماران ذکر می‌کند (۱۹).

در ارتباط با عوامل مرتبط با مراقبت پرستاری فراموش شده، مهمترین عامل از دیدگاه پرستاران بیمارستان‌های آموزشی درمانی اردبیل و خلخال «در دسترس نبودن داروها در مواقع لزوم» بود که با نتایج مطالعه کالیس و هرماندز-کروز همخوانی دارد (۱۱،۱۹). در این مطالعات، کمبود منابع مادی از عوامل مرتبط با مراقبت فراموش شده گزارش شده است. نتایج دیگر مطالعات با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی ندارد (۲۰،۱۶،۱). در مطالعه خواجه‌پوری و همکاران حجم فعالیت‌های مربوط به پذیرش و تریاژ بیماران به عنوان مهمترین عامل مرتبط با مراقبت پرستاری فراموش شده گزارش گردید (۱۶). در مطالعه چراغی و همکاران نیز نتایج مشابه با مطالعه خواجه‌پوری گزارش شده است (۱). همچنین در مطالعه الحامد دیاب، شایع‌ترین عوامل موثر بر مراقبت از دست‌رفته «منابع کار، منابع مالی و سپس عوامل ارتباطی» مطرح گردید (۱۵). به نظر می‌رسد منابع مالی محدود در دسترس برای تامین داروهای مورد استفاده، در مطالعه حاضر عاملی موثر در فراموشی مراقبت‌های پرستاری می‌باشد. ارائه 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 (۲۱). آنچه مسلم است در دسترس نبودن داروها در مواقع لزوم به طور

¹ Kalisch

² Ausserhofer

³ Price

کمبود وقت پرستاران و در نتیجه احتمال عدم دقت کافی در تکمیل پرسشنامه‌ها شود.

نتیجه گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که وضعیت مراقبت فراموش‌شده در بین پرستاران مراکز آموزشی-درمانی اردبیل و خلخال در حد متوسط بوده و در دسترس نبودن داروهای مورد نیاز بیماران، عامل اصلی مرتبط در مراقبت پرستاری فراموش‌شده می‌باشد. به نظر می‌رسد شناسایی عوامل مرتبط می‌تواند در کاهش مراقبت‌های فراموش‌شده به مدیران پرستاری کمک نماید، چرا که کاهش مراقبت‌های فراموش‌شده منجر به افزایش کیفیت مراقبت‌ها و در نهایت افزایش رضایتمندی بیماران خواهد شد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه توسط کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده علوم پزشکی خلخال و با کد اخلاق IR.KHALUMS.REC.1398.006 تصویب و حمایت مالی شده است. بدینوسیله پژوهشگران از تمامی پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه تشکر و قدردانی می‌نمایند.

چشمگیری از کیفیت مراقبت‌های پرستاری می‌کاهد و باعث به‌خطر افتادن جان بیماران می‌شود. یافته‌های این مطالعه نشان داد که کمترین میانگین نمره مربوط به مراقبت فراموش‌شده به عامل «درگیر شدن پرستار با اقدامات دیگر مثل وظایف منشی و...» تعلق گرفته است که با نتایج مطالعه خواجه‌پوی و همکاران و وینست^۱ و همکاران همخوانی ندارد (۲۱،۱۶). در مطالعه مذکور کمترین میانگین نمره مراقبت فراموش‌شده مربوط به عامل «اندازه‌گیری علائم حیاتی بر اساس دستور پزشک» می‌باشد که علت این اختلاف را می‌توان به شرایط کاری متفاوت در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور نسبت داد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره کل مراقبت‌های پرستاری فراموش‌شده با یافته‌های مطالعات خواجه‌پوی و همکاران و هرناندز-کروز و همکاران تطابق نداشت (۱۶،۱۱) که احتمالاً دلیل آن می‌تواند اختلاف در اندازه حجم نمونه و شرایط کاری متفاوت پرستاران از نظر حجم کاری و تعداد بیماران تحت مراقبت در سایر کشورها و حتی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور باشد.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به حجم کاری بالا در شرایط ناشی از پاندمی کرونا و تنش روانی ناشی از آن اشاره کرد که می‌توانست منجر به

¹ Winsett

References

- 1- Chegini Z, Jafari-Koshki T, Kheiri M, Behforoz A, Aliyari S, Mitra U. Missed nursing care and related factors in Iranian hospitals: a cross-sectional survey. *Journal of Nursing Management*. 2020;28(8):2205-15.
- 2- Zolriasatein F, Parvindarabad F, Abedsaeedz Z, Baqestani A. ICU nurse's attitude to evidence based practice in Ardebil University of Medical Science's hospitals in 1391. *Advances in Nursing & Midwifery*. 2014;23(83):21-26.
- 3- Hessels AJ, Flynn L, Cimiotti JP, Cadmus E, Gershon RR. The impact of the nursing practice environment on missed nursing care. *Clinical Nursing Study*. 2015;3(4):60-65.
- 4- John ME, Mgbekem MA, Nsemo AD, Maxwell GI. Missed nursing care, patient outcomes and care outcomes in selected hospitals in Southern Nigeria. *Journal of Nursing & Health care*. 2016;2(1):1-5.
- 5- Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2009;65(7):1509-17.

- 6- Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. *Journal of Nursing Care Quality*. 2006;21(4):306-13.
- 7- Burch J. Resuming a normal life: holistic care of the person with an ostomy. *British Journal of Community Nursing*. 2011;16(8):366-73.
- 8- Lucero RJ, Lake ET, Aiken LH. Nursing care quality and adverse events in US hospitals. *Journal of Clinical Nursing*. 2010;19(15):2185-95.
- 9- Kalisch B, Tschanen D, Lee KH. Missed nursing care, staffing and patient falls. *Journal of Nursing Care Quality*. 2011;27(1):6-12.
- 10- Schuckhart MC. The miss care nursing survey: a secondary data analysis. fort worth, tx: University of north Texas health science center. University of North Texas Health Science Center at Fort Worth. ProQuest Dissertations Publishing; 2010.
- 11- Hernández-Cruz R, Moreno-Monsiváis MG, Cheverría-Rivera S, Díaz-Oviedo A. Factors influencing the missed nursing care in patients from a private hospital. *Revista latino-Americana De Enfermagem*. 2017;10(25):2877.
- 12- Moreno-Monsiváis MG, Moreno-Rodríguez C, Interrial-Guzmán MG. Missed nursing care in hospitalized patients. *Aquichan*. 2015;15(3):318-28.
- 13- Ball JE, Murrells T, Rafferty AM, Morrow E, Griffiths P. 'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Quality & Safty*. 2014;23(2):116-16.
- 14- Dehghan-Nayeri N, Shali M, Navabi N, Ghaffari F. Perspectives of oncology unit nurse managers on missed nursing care: a qualitative study. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. 2018;5(3):327-36.
- 15- Abd El-Hamed Diab GM, Rashad Ebrahim RM. Factors leading to missed nursing care among nurses at selected hospitals. *American Journal of Nursing Research*. 2019;7(2):136-47.
- 16- Khajooee R, Bagherian B, Dehghan M, Azzadeh 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*. 2019;25(1):11-24 [Persian].
- 17- Blackman I, Henderson J, Willis E, Hamilton P, Toffoli L, Verrall C, et al. Factors influencing why nursing care is missed. *Journal of Clinical Nursing*. 2015;24(1-2):47-56.
- 18- Ausserhofer D, Zander B, Busse R, Schubert M, De Geest S. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Quality & Safty*. 2014;23(2):126-35.
- 19- 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;7(2):17.
- 20- Winsett RP, Rottet K, Schmitt A, Wathen E, Wilson D. Medical surgical nurses describe missed nursing care tasks-Evaluating our work environment. *Applied Nursing Research*. 2016;32:128-33.
- 21- Mosadeghrad AM. Factors influencing healthcare service quality. *International Journal of Health Policy and Management*. 2014;3(2):77-89.