

October–November 2021, Volume 16, Issue 4

Causes of Missed Nursing Care in Emergency Departments in Selected Hospitals of Tehran University of Medical Sciences: A Descriptive Study in Iran

Karimi H¹, Rooddehghan Z^{2*}, Mohammadnejad E³, Sayadi L⁴, Haghani SH⁵

1- Student Nursing in MSc, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Phd, Assistant Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- Phd, Assistant Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- Phd, Assistant Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

5- MS in Biostatistics, Iran.

Corresponding author: Rooddehghan Z, Phd, Assistant Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Email: zrooddehghan@yahoo.com

Received: 24 Jan 2021

Accepted: 9 April 2021

Abstract

Introduction: Missed care means elimination or delay of any aspect of patient care (whether part of care or the whole care). Incidence of missed care as a common threat to the quality of care and patient safety leads to many health outcomes for patients in emergency departments. This study was conducted to investigate the causes of missed nursing care in emergency departments of selected hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences.

Methods: This cross-sectional and descriptive study was conducted on 146 nurses working in emergency departments of selected hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences. The samples were selected by census method. Inclusion criteria included having a bachelor's degree in nursing and at least 6 months of experience in the emergency department and consent to participate in the study. The method of data collection was self-report and the data collection tool was two demographic information questionnaires and Kalish Missing Nursing Care Questionnaire. The validity of the instrument was calculated by content validity method and its reliability was calculated by Cronbach's alpha method with a coefficient of 0.743. Data analysis was carried out by SPSS-16 software using descriptive statistics.

Results: In general, the overall mean score of causes of missed care was 0.44 ± 2.90 . The reasons for missed care in the areas of human resources with the mean score of 3.26, material resources with the mean score of 2.82 and communication with the mean score of 2.73 had the highest and lowest mean, respectively.

Conclusions: The results of this study showed that causes of missed care are rooted in three areas of human resources, material resources and communication. Therefore, nursing managers are recommended to consider the root causes of missed nursing care in each area of human resources, material resources and communication.

Keywords: Missed care; Nursing; Emergency; Descriptive study, Iran.

علل مراقبت‌های پرستاری از دست‌رفته در بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران: یک مطالعه توصیفی

حمید کریمی^۱، زهرا روددهقان^{۲*}، اسماعیل محمدنژاد^۳، لیلا صیادی^۴، شیمیا حقانی^۵

- ۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
- ۲- دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
- ۳- دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
- ۴- دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
- ۵- کارشناس ارشد آمار، ایران.

نویسنده مسئول: زهرا روددهقان، دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
ایمیل: zrooddehghan@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱/۲۰

چکیده

مقدمه: مراقبت از دست‌رفته، به معنای حذف یا تأخیر در انجام هر جنبه‌ای از مراقبت مورد نیاز بیمار (چه قسمتی از مراقبت و چه کل آن) است. بروز مراقبت از دست‌رفته به عنوان یک تهدید مشترک برای کیفیت مراقبت و ایمنی بیمار منجر به عوارض جانبی زیادی برای سلامت بیماران در بخش‌های اورژانس می‌شود. این مطالعه به منظور بررسی علل مراقبت‌های پرستاری از دست‌رفته در بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد. **روش کار:** این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی بود. ۱۴۶ نفر از پرستاران شاغل در بخش‌های اورژانس به روش سرشماری در این پژوهش شرکت کردند. معیارهای ورود شامل داشتن مدرک کارشناسی پرستاری و حداقل ۶ ماه سابقه کار در بخش اورژانس و رضایت برای شرکت در مطالعه بود. روش جمع‌آوری اطلاعات خودگزارشی و ابزار جمع‌آوری اطلاعات دو پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه مراقبت پرستاری از دست‌رفته کالیش بود. روایی ابزار به روش روایی محتوا و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ با ضریب ۰/۷۴۳ محاسبه شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم افزار SPSS16 با استفاده از روش‌های آمار توصیفی انجام شد.

یافته‌ها: به طور کلی میانگین دلایل مراقبت از دست‌رفته $2/90 \pm 0/44$ بود. دلایل مراقبت از دست‌رفته در حیطه منابع انسانی با میانگین ۳/۲۶، منابع مادی با میانگین ۲/۸۲ و حیطه ارتباط با میانگین ۲/۷۳ به ترتیب بیشترین و کمترین میانگین را کسب کردند.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان داد که هر سه حوزه منابع انسانی، منابع مادی و حیطه ارتباط از علل مراقبت از دست‌رفته در بخش‌های اورژانس هستند؛ لذا توصیه می‌شود جزئیات علل مراقبت‌های پرستاری از دست‌رفته در هر حیطه مورد توجه مدیران پرستاری قرار بگیرد تا بتوان اقدامات مناسبی را در جهت رفع آن‌ها انجام داد. **کلیدواژه‌ها:** مراقبت از دست‌رفته، پرستاری، اورژانس، مطالعه توصیفی.

مقدمه

اهداف اصلی پرستاری است. اما مراقبت پرستاری از دست‌رفته تهدیدی جدی در دستیابی به مراقبت پرستاری جامع و ایمن است که جان بیماران را تهدید می‌کند (۲). مراقبت از دست‌رفته، به معنای حذف یا تأخیر در انجام هر جنبه‌ای از مراقبت مورد نیاز بیمار (چه قسمتی از مراقبت و چه کل

پرستاران به عنوان بزرگ‌ترین نیروی کار در زمینه مراقبت‌های بهداشتی نقش مهمی در تضمین ایمنی و کیفیت مراقبت در بیمارستان‌ها ایفا می‌کنند (۱). مراقبت‌های پرستاری جامع و متناسب با نیازهای بیمار از

برای اولویت‌بندی ارزیابی‌ها و مداخلات استفاده کنند؛ که این امر منجر به ایجاد محدودیت در مداخلات و یا حذف جنبه‌های مراقبت می‌شود که ممکن است خطر پیامدهای منفی برای بیمار را افزایش دهد (۱۴، ۱۵). به‌طور بین‌المللی شیوع مراقبت از دست رفته در میان کارکنان پرستاری در بخش‌های مراقبت‌های حاد بالا است (۵۵-۹۸٪) (۱۶، ۱۷). از نظر کالایش برای مراقبت از دست‌رفته، ۱۷ دلیل اصلی در سه حیطه کلی ارتباطات، منابع انسانی و منابع مادی وجود دارد. از جمله‌ی این موارد می‌توان به تعداد کم پرستاران، وقوع وضعیت‌های اضطراری برای بیمار (مثلاً وخیم شدن شرایط بیمار)، افزایش غیرمنتظره تعداد بیماران یا شلوغی بخش، تعداد ناکافی پرسنل کمکی (مثلاً کمک پرستاران، تکنسین‌ها، منشی و ...)، تقسیم کار نامتعادل و ناعادلانه، در دسترس نبودن داروها در هنگام نیاز، تحویل و تحول نامناسب بیمار از شیفت قبلی یا بخش دیگر، عدم اجرای مراقبت‌های مورد نیاز توسط سایر افراد تیم درمان، در دسترس نبودن لوازم و تجهیزات در هنگام نیاز، عدم کارکرد مناسب لوازم و تجهیزات در هنگام نیاز، عدم حمایت از سوی اعضای تیم درمان، تنش یا ارتباط ضعیف با سایر بخش‌های حمایتی و کمکی، تنش یا ارتباط ضعیف در تیم پرستاری، تنش یا ارتباط ضعیف با کادر پزشکی، اطلاع ندادن مراقبت از دست رفته توسط کمک پرستار، در دسترس نبودن یا عدم حضور پرستار جهت ارائه مراقبت به بیمار و فعالیت‌های بیش از حد مربوط به پذیرش و ترخیص بیماران. در همه مطالعات، علت‌های انسانی بیشترین سهم را دارد. هر عامل کوچکی که موجب به وجود آمدن این پدیده شود مربوط به یکی از این سه عامل است اما مهمترین فاکتور که در ایجاد این پدیده دخالت دارد، ساعت‌های مراقبت مستقیم پرستاری برای هر بیمار است که در بعد ارتباطی می‌گنجد. این فاکتور شامل تمام اعضای تیم پرستاری متشکل از پرستار، کمک پرستار و پیراپزشکان می‌شود. هر چقدر میزان ساعت‌های مراقبت مستقیم پرستاری برای هر بیمار بیشتر باشد، میزان عفونتهای بیمارستانی و سقوط بیمار کمتر می‌شود. این فاکتور معیار خوبی است که میزان مراقبت‌ها را پیشگویی می‌کند (۳).

در این میان احتمال بروز مراقبت پرستاری از دست رفته در بخش‌های اورژانس به دلیل سیستم‌های کاری پیچیده و چالش‌برانگیز این بخش زیاد است (۱۸، ۱۹). اورژانس و بخش سوانح یا فوریت‌های پزشکی، که وظیفه امدادسانی و درمان سریع و همه‌جانبه کلیه بیماران اورژانسی،

آن است (۳). مطالعاتی از کشورهای مختلف جهان بر روی مراقبت پرستاری از دست رفته (MNC) و یا مراقبت انجام نشده، مراقبت ناتمام یا فراموش شده و یا ناقص صورت گرفته است. این مطالعات به چندین عامل مرتبط با MNC از قبیل ویژگیهای بیمارستان، بخش و کارکنان و همچنین کار گروهی پرستاری اشاره کرده‌اند همچنین محیط کار پرستاران با کیفیت مراقبت، میزان مرگ و میر، مراقبت فردی و مراقبت پرستاری از دست رفته مرتبط بوده است (۴). در حال حاضر مراقبت از دست رفته به یک نگرانی در حال رشد در سطح بین‌المللی تبدیل شده که به عنوان یک تهدید مشترک برای کیفیت و ایمنی، تأثیر منفی بر کیفیت مراقبت داشته و منجر به عوارض جانبی می‌شود (۱). شواهد نشان می‌دهد که در هر شیفت برخی از فعالیت‌های مراقبتی توسط پرستاران از دست می‌رود (۵). نتایج مطالعه‌ی نشان داد که اکثر پرستاران (۸۶٪) گزارش دادند که در شیفت قبلی خود یک یا چند فعالیت مراقبتی را به علت کمبود وقت، انجام نداده‌اند (۶). مطالعه‌ی بر روی مراقبت‌های فراموش‌شده نشان داد که میانگین نمره مراقبت‌های فراموش‌شده توسط پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان متوسط است (۷). نتایج یک مطالعه‌ی بزرگ مقطعی بر روی ۳۳۶۵۹ پرستار در ۴۸۸ بیمارستان در ۱۲ کشور اروپایی نشان داد که بیشترین مراقبت پرستاری از دست رفته شامل «راحتی یا صحبت با بیماران» (۵۳٪)، «توسعه یا به روز رسانی برنامه‌های مراقبت پرستاری یا روش‌های مراقبتی» (۴۲٪) و «آموزش به بیماران و خانواده‌ها» (۴۱٪) بود. در بیمارستان‌های با محیط کاری مطلوب تر، نسبت بیمار به پرستار کمتر و نسبت کمتر پرستارانی که کارهای غیرپرستاری انجام می‌دهند، پرستاران میزان کمتر مراقبت پرستاری از دست رفته را گزارش کردند (۸). مطالعات متعددی در سطح بین‌المللی ارتباط بین کمبود کارکنان پرستاری و محیط‌های کاری غیر حمایتی را با پیامدهای ناگوار برای بیمار از قبیل افزایش میزان ابتلا به بیماری، مرگ و میر و هزینه‌ها مورد تأکید قرار داده‌اند (۹-۱۲). یکی از مکانیسم‌های پیشنهادی برای این یافته‌ها این است که شرایط کاری نامطلوب منجر به جیره‌بندی مداخلات و مراقبت‌های پرستاری می‌شود. جیره‌بندی مراقبت به «خودداری یا عدم انجام مداخلات پرستاری ضروری برای بیمار به دلیل فقدان منابع پرستاری مانند کارکنان، ترکیب مهارتی یا زمان» اشاره دارد (۱۳). وقتی منابع ناکافی هستند، پرستاران مجبورند میزان توجه خود را در میان بیماران جیره‌بندی کنند و از قضاوت بالینی خود

به علت مرجع بودن این دو بیمارستان برای کل کشور و همچنین مشابهت های موارد مراجعه کننده، قوانین و گایدلاین ها در مدیریت بیمارستان به عنوان محیط پژوهش انتخاب شدند. لازم به ذکر است هر کدام از این بیمارستان ها دارای دو بخش اورژانس هستند که در مجموع ۱۵۵ نفر پرسنل پرستاری اعم از بهیار، کارشناس پرستاری، کارشناسی ارشد و دکترای پرستاری در سمت های پرستار بالینی، استف، سرپرستار و سوپروایزر در بخش های اورژانس این دو بیمارستان مشغول به کار بودند (۷۲ نفر در بیمارستان الف و ۸۳ نفر در بیمارستان ب) که از این تعداد ۱۴۶ نفر که دارای معیارهای ورود به مطالعه یعنی حداقل مدرک کارشناسی پرستاری، حداقل ۶ ماه سابقه کار در بخش اورژانس و تمایل به شرکت در مطالعه را داشتند، از طریق روش سرشماری وارد مطالعه شدند. در بخش اورژانس بیمارستان الف ۶ نفر بهیار به علت نداشتن معیار ورود داشتن حداقل مدرک کارشناس پرستاری و یک نفر پرستار به علت نداشتن حداقل شش ماه سابقه کار بالینی در بخش اورژانس و در بخش اورژانس بیمارستان ب دو نفر بهیار وارد مطالعه نشدند. بعد از نمونه گیری ریزش نمونه رخ نداد و تمامی نمونه ها پرسشنامه مطالعه را با روش خودگزارشی تکمیل کردند.

جمع آوری داده ها از طریق خودگزارشی و با ابزار پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه MISSCARE (۲۰۰۶) انجام شد. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل اطلاعاتی از جمله سن، جنس، سمت، وضعیت تأهل، استخدام، نوع شیفت و تجربه کار به عنوان پرستار و سابقه کار در بخش اورژانس بود. پرسشنامه MISSCARE توسط Kalisch (۲۰۰۶) جهت تعیین علل مراقبت پرستاری از دست رفته طراحی شده است. دارای ۲ قسمت (قسمت های A و B) است. قسمت A شامل ۲۴ فعالیت پرستاری است که معمولاً در محیط مراقبت حاد انجام می شود. قسمت B که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت، شامل ۱۷ دلیل بالقوه برای مراقبت از دست رفته است. این ۱۷ گویه در سه حیطه منابع انسانی، ارتباطات و منابع مادی تقسیم می شوند. نحوه امتیازدهی به صورت لیکرت ۴ امتیازی شامل علت اصلی (۴)، علت متوسط (۳)، علت خفیف (۲) و علت مراقبت از دست رفته نیست (۱) بود. امتیاز بالاتر نشان دهنده اهمیت بیشتر آن گویه در از دست رفتن مراقبت میباشد. دامنه امتیازات بین ۲۱-۸۴ است و امتیاز بالاتر نشان دهنده اهمیت بیشتر آن گویه در از دست رفتن مراقبت است. برای انجام مطالعه از نسخه فارسی شده این ابزار که بارها در مطالعات داخل کشور که در بخش های مراقبت ویژه به کار گرفته شده است، استفاده

مصدومین حوادث و سوانح را به عهده دارد، یکی از ارکان ضروری و اجتنابناپذیر بیمارستان های عمومی است (۲۰) و ارائه مراقبت های باکیفیت در بخش اورژانس به عنوان یکی از مهم ترین شاخص های خدمات در ارائه خدمات بهداشتی به شمار می رود (۲۱). از ویژگی های بخش اورژانس، افزایش مداوم تعداد بیماران است که منجر به اتخاذ تصمیمات بیشتر در زمانی محدود می گردد (۲۲) و به عنوان یک محیط پرخطر در رابطه با تقاضای خدمات و پتانسیل خطاهای انسانی شناخته می شود (۲۳). علاوه بر این، بیمار در بخش اورژانس در نقطه شروع کلیه تصمیمات مراقبتی و درمانی قرار دارد (۲۴) و این تصمیم گیری ها می تواند عواقبی جدی برای زندگی شخصی بیمار به دنبال داشته باشد (۲۵). همچنین بیماران در بخش اورژانس، آسیب پذیر هستند و احساس رهاشدگی، عدم وجود محدوده قلمرو، شرمندگی، نادیده گرفته شدن و ناامنی می نمایند و حق اختیار و استقلال خود را از دست می دهند (۲۲، ۲۶). عوامل متعددی از جمله تعداد زیاد بیماران، کمبود پرستار و تجهیزات پزشکی، وجود بیماری حاد و تهدیدکننده حیات و کمبود تخت های خالی جهت بستری بیماران محیط این بخش را مستعد بروز مراقبت پرستاری از دست رفته می سازد (۲۷). در عین حال غیر قابل پیش بینی بودن بخش اورژانس و وجود عواملی مانند فوریت، تاریخچه ناشناخته بیمار و حجم زیاد کار، به آسیب پذیر شدن بیمار می افزاید. ویژگی های ذکر شده برای بخش اورژانس، تصمیم گیری برای بیمار را به چالشی جدی تبدیل می کند (۲۲). بنابراین با توجه به آمار بالای مراقبت پرستاری از دست رفته در بیمارستانها، کمی تحقیقات انجام شده در این حوزه که بیشتر متمرکز بر بخشهای مراقبت ویژه بوده است و مشخص نبودن دقیق فراوانی و علل بروز این پدیده در بخشهای اورژانس، این مطالعه به منظور بررسی علل مراقبت های پرستاری از دست رفته در بخشهای اورژانس بیمارستان های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۸ انجام شده است.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع توصیفی - مقطعی است که در بازه زمانی ژانویه تا می ۲۰۲۰ با هدف تعیین علل مراقبت های پرستاری از دست رفته در بخشهای اورژانس بیمارستانهای منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد. در مطالعه حاضر جامعه ی پژوهش پرستاران شاغل در بخش اورژانس دو بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران بود.

شده است.

این مطالعه مصوب کمیته اخلاق دانشکده پرستاری و مامایی و دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تهران با کد اخلاق IR.TUMS.FNM.REC.1398.109 بود. پس از ارائه توضیحات لازم درباره هدف مطالعه، رضایت آگاهانه کتبی از کلیه واحدهای مورد پژوهش جهت شرکت در مطالعه اخذ شد و به آنان اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات محرمانه بوده و شرکت و خروج از مطالعه آزاد خواهد بود.

یافته ها

از ۱۴۶ نفر شرکت کننده در این پژوهش، ۱۰۶ نفر (۷۲/۶٪) زن بودند و میانگین سنی افراد مورد پژوهش $32/29 \pm 5/95$ سال بود. ۷۶ نفر (۵۲/۱٪) در بخش اورژانس مجتمع بیمارستانی الف مشغول به کار بودند. ۱۳۶ نفر (۹۳/۲٪) شرکت کنندگان در سمت پرستار بالینی مشغول به کار بودند. ۸۸ نفر (۶۰/۲٪) متأهل بودند و ۴۸ نفر (۳۲/۹٪) از پرستاران مورد پژوهش، وضعیت استخدام رسمی داشتند. (جدول ۱) مشخصات فردی و جمعیت شناختی شرکت کنندگان را نشان می دهد.

روایی پرسشنامه مطالعه ی حاضر از طریق روایی محتوا و با استفاده از نظرات ۱۲ نفر از اساتید عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران و سوپروایزران و سرپرستاران بخش های اورژانس محیط پژوهش تعیین شد. پایایی ابزار دلایل مراقبت از دست رفته به دو روش آلفای کرونباخ جهت بررسی همبستگی درونی سوالات و آزمون بازآزمون جهت بررسی تکرارپذیری انجام شد. ضریب آلفای کرونباخ برای حیطة ارتباط $0/737$ ، برای حیطة منابع انسانی $0/771$ ، منابع مادی $0/734$ و برای کل ابزار $0/743$ به دست آمد. ضریب همبستگی برای حیطة ارتباط، منابع انسانی و منابع مادی به ترتیب برای $0/951$ ، $0/947$ و $0/948$ به دست آمد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ صورت گرفت. جداول توزیع فراوانی برای متغیرهای کیفی پژوهش و شاخص های عددی کمینه، بیشینه، میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای پژوهش استفاده شد.

جدول ۱. توزیع فراوانی مشخصات فردی پرستاران بخش های اورژانس، سال ۱۳۹۸

درصد	فراوانی	مشخصات فردی
۷۲/۶ ۲۷/۴	۱۰۶ ۴۰	جنسیت زن مرد
۵۲/۱ ۴۷/۹	۷۶ ۷۰	بیمارستان الف ب
۹۳/۲ ۰/۷ ۱/۲ ۱/۴	۱۳۶ ۱ ۳ ۶	سمت پرستار بالینی استف سرپرستار سوپروایزر
۳۹/۸ ۶۰/۲	۵۸ ۸۸	وضعیت تأهل مجرد متاهل
۳۲/۹ ۲۱/۹ ۸/۲ ۱۲/۳ ۲۴	۴۸ ۳۲ ۱۳ ۱۸ ۳۵	وضعیت استخدام رسمی پیمانی قراردادی طرحی شرکتی
۷/۵ ۱/۴ ۱۹/۹ ۲۶/۷ ۱۶/۴ ۲۵/۳	۱۱ ۶ ۲۹ ۳۹ ۲۴ ۳۷	نوع شیفت صبح عصر شب صبح و عصر عصر و شب درگردش
۸۹/۷ ۱۰/۳	۱۳۱ ۱۵	مدرک تحصیلی کارشناسی کارشناسی ارشد
۶۵/۸ ۳۴/۲	۹۶ ۵۰	اشتغال در بیمارستان دیگر بله خیر
$32/29 \pm 5/95$ ۲۳-۴۹		سن (سال) انحراف معیار \pm میانگین بیشینه-کمینه
$8/43 \pm 5/69$ (سال) ۶-۲۷ ماه		تجربه کار به عنوان پرستار (سال) انحراف معیار \pm میانگین بیشینه-کمینه
$5/98 \pm 4/62$ (سال) ۶-۲۵ ماه		تجربه کار در اورژانس (سال) انحراف معیار \pm میانگین بیشینه-کمینه

حمید کریمی و همکاران

مهمترین حیطة مرتبط با مراقبت از دست رفته است و پس از آن به ترتیب حیطة منابع مادی و ارتباط قرار دارند.

طبق داده های (جدول ۲) به طور کلی میانگین دلایل مراقبت از دست رفته ۲/۹۰ (انحراف معیار=۰/۴۴) بود. پرستاران اعتقاد داشتند که منابع انسانی با میانگین ۳/۲۶

جدول ۲. شاخص های عددی دلایل مراقبت پرستاری از دست رفته در بخش های اورژانس بیمارستان های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران - سال ۱۳۹۸

دلایل مراقبتهای پرستاری از دست رفته	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار
ارتباط	۱	۴	۲/۷۳	۰/۵۷
منابع انسانی	۱/۸۰	۴	۳/۲۶	۰/۴۲
منابع مادی	۱	۴	۲/۸۲	۰/۶۷
کل	۱/۷۱	۴	۲/۹۰	۰/۴۴

مراقبت از دست رفته بوده است. در حیطة منابع انسانی کمترین میانگین (۲/۸۴) مربوط به فعالیت های بیش از حد مربوط به پذیرش و ترخیص بیماران بود. در دسترس نبودن لوازم و تجهیزات در هنگام نیاز و عدم کارکرد مناسب لوازم و تجهیزات در هنگام نیاز با میانگین ۲/۸۳ و ۲/۸۰ به ترتیب بیشترین و کمترین میانگین را در حیطة منابع مادی کسب کردند. (جدول ۳).

از نظر پرستاران بخش های اورژانس مورد پژوهش، عدم حمایت از سوی اعضای تیم درمان با میانگین ۳/۰۴ مهمترین دلیل مراقبت از دست رفته بوده است. همچنین در این حیطة، عدم اطلاع کمک پرستار مبنی بر عدم ارائه مراقبت کمترین میانگین ۲/۵۴ را کسب کرده است. در حیطة منابع انسانی از نظر پرستاران بخش های اورژانس مورد پژوهش، تعداد کم پرستاران و افزایش غیرمنتظره تعداد بیماران یا شلوغی بخش با میانگین ۳/۵۸ مهمترین دلیل

جدول ۳. توزیع فراوانی علل مراقبت های پرستاری از دست رفته به تفکیک گویه ها در بخش های اورژانس بیمارستان های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران - سال ۱۳۹۸

حیطة	دلایل مراقبت از دست رفته	علت اصلی (۴)		علت متوسط (۳)		علت خفیف (۲)		علت از دست رفتن مراقبت نیست (۱)		میانگین (انحراف معیار)
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
ارتباط	۱) تنش یا ارتباط ضعیف در تیم پرستاری	۳۱	۲۱/۲	۴۷	۳۲/۲	۵۴	۳۷	۱۴	۹/۶	۲/۶۵ (۰/۹۲)
	۲) تنش یا ارتباط ضعیف با کادر پزشکی	۳۲	۲۱/۹	۵۹	۴۰/۴	۴۳	۲۹/۵	۱۲	۸/۲	۲/۷۶ (۰/۸۸)
	۳) تنش یا ارتباط ضعیف با سایر بخش های حمایتی و کمکی	۲۵	۱۷/۱	۶۵	۴۴/۵	۴۴	۳۰/۱	۱۲	۸/۲	۲/۷۰ (۰/۸۴)
	۴) عدم اطلاع کمک پرستار مبنی بر عدم ارائه مراقبت	۲۴	۱۶/۴	۴۴	۳۰/۱	۶۵	۴۴/۵	۱۳	۸/۹	۲/۵۴ (۰/۸۷)
	۵) تقسیم کار نامتعادل و ناعادلانه	۴۲	۲۸/۸	۶۲	۴۲/۵	۳۸	۲۶	۴	۲/۷	۲/۹۷ (۰/۸۱)
	۶) عدم حمایت از سوی اعضای تیم درمان	۴۵	۳۰/۸	۶۶	۴۵/۲	۳۱	۲۱/۲	۴	۲/۷	۳/۰۴ (۰/۷۹)
	۷) تحویل و تحول نامناسب بیمار از شیفت قبلی	۳۱	۲۱/۲	۵۵	۳۷/۷	۴۵	۳۰/۸	۱۵	۱۰/۳	۲/۶۹ (۰/۹۲)
	۸) عدم اجرای مراقبتهای مورد نیاز توسط سایر افراد تیم درمان (بعنوان مثال حرکت ندادن بیمار توسط فیزیوتراپ)	۳۲	۲۱/۹	۴۸	۳۲/۹	۵۳	۳۶/۳	۱۳	۸/۹	۲/۶۷ (۰/۹۱)
	۹) در دسترس نبودن یا عدم حضور پرستار جهت ارائه مراقبت به بیمار	۳۵	۲۴	۳۶	۲۴/۷	۵۵	۳۷/۷	۲۰	۱۳/۷	۲/۵۸ (۱)
منابع انسانی	۱۰) فعالیت های بیش از حد مربوط به پذیرش و ترخیص بیماران	۴۲	۲۸/۸	۴۹	۳۳/۶	۴۶	۳۱/۵	۹	۶/۲	۲/۸۴ (۰/۹۱)
	۱۱) تعداد کم کارکنان (پرستاران)	۱۰۰	۶۸/۵	۳۲	۲۱/۹	۱۴	۹/۶	۰	۰	۳/۵۸ (۰/۶۶)
	۱۲) تعداد ناکافی پرسنل کمکی (مثلا کمک پرستاران، تکنسینها، منشی و ...)	۷۶	۵۲/۱	۵۱	۳۴/۹	۱۸	۱۲/۳	۱	۰/۷	۳/۳۸ (۰/۷۲)
	۱۳) وقوع وضعیت های اضطراری برای بیمار (مثلا وخیم شدن شرایط بیمار)	۳۲	۲۱/۹	۷۹	۵۴/۱	۲۴	۱۶/۴	۱۱	۷/۵	۲/۹۰ (۰/۸۲)
منابع مادی	۱۴) افزایش غیرمنتظره تعداد بیماران یا شلوغی بخش	۹۸	۶۷/۱	۳۸	۲۶	۷	۴/۸	۳	۲/۱	۳/۵۸ (۰/۶۸)
	۱۵) در دسترس نبودن لوازم و تجهیزات در هنگام نیاز	۳۶	۲۴/۷	۵۶	۳۸/۴	۴۸	۳۲/۹	۶	۴/۱	۲/۸۳ (۰/۸۴)
	۱۶) در دسترس نبودن داروها در هنگام نیاز	۴۰	۲۷/۴	۵۳	۳۶/۳	۴۱	۲۸/۱	۱۲	۸/۲	۲/۸۲ (۰/۹۲)
	۱۷) عدم کارکرد مناسب لوازم و تجهیزات در هنگام نیاز	۳۳	۲۲/۶	۵۹	۴۰/۴	۴۷	۳۲/۲	۷	۴/۸	۲/۸۰ (۰/۸۴)
	۱۸) بیانگیزگی یا خستگی پرستار	۶۳	۴۳/۲	۵۶	۳۸/۴	۲۳	۱۵/۸	۴	۲/۷	۳/۲۱ (۰/۸۰)
	۱۹) نداشتن مهارت کافی	۳۷	۲۵/۳	۳۵	۲۴	۵۵	۳۷/۷	۱۹	۱۳	۲/۶۱ (۱)
	۲۰) عدم وجود دستورالعمل شفاف وظایف حرفه ای	۳۴	۲۳/۳	۵۰	۳۴/۲	۵۱	۳۴/۹	۱۱	۷/۵	۲/۷۳ (۰/۹۰)
۲۱) عدم وجود سیستم شفاف، ساده و جامع شناسایی بیماران بستری در بخش اورژانس	۴۱	۲۸/۱	۵۳	۳۶/۳	۴۲	۲۸/۸	۱۰	۶/۸	۲/۸۵ (۰/۹۰)	

بحث

مراقبت پرستاری کمتر از حد مطلوب در مطالعات مختلف با عناوین مختلفی مثل مراقبت ناتمام، مراقبت جیره بندی شده و مراقبت از دست رفته، مراقبت انجام نشده و مراقبت ناقص گزارش شده است (۶، ۱۶، ۱۷). در این مطالعه از واژه "مراقبت پرستاری از دست رفته" استفاده شد. مراقبت از دست رفته به معنای حذف یا تأخیر در انجام هر جنبه‌ای از مراقبت موردنیاز بیمار (چه قسمتی از مراقبت و چه کل آن) است (۳).

ما در این مطالعه به بررسی علل مراقبت های پرستاری از دست رفته در بخش های اورژانس پرداختیم. به طور بین‌المللی شیوع مراقبت از دست‌رفته در میان کارکنان پرستاری در بخش‌های مراقبت‌های حاد بالا است (۵۵-۹۸٪) (۱۶، ۱۷). در این میان احتمال بروز مراقبت پرستاری از دست‌رفته در بخش‌های اورژانس به دلیل سیستم‌های کاری پیچیده و چالش برانگیز این بخش زیاد است (۱۸، ۱۹). پرستاران اعتقاد داشتند که منابع انسانی با میانگین ۳/۲۶ مهمترین حیطه مرتبط با مراقبت از دست رفته است و پس از آن به ترتیب حیطه منابع مادی و ارتباط قرار دارند. در مطالعه Raúl Hernández-Cruz و همکاران نیز منابع انسانی به عنوان مهمترین عامل مرتبط با مراقبت از دست رفته شناخته شد و حیطه ارتباط و منابع مادی به ترتیب در رده های بعدی قرار گرفتند (۲۸).

در مطالعه ی خواجویی و همکاران (۲۰۱۹) به ترتیب اهمیت، حیطه های منابع مادی، منابع انسانی و ارتباط به عنوان عوامل مرتبط با مراقبت های فراموش شده معرفی شدند (۲۹).

نتایج تجزیه و تحلیل نظری فعالیت های کاری پرستاران و حجم کار آنها در مطالعه Ramunė ČIARNIENĖ و همکاران (۲۰۱۹)، اهمیت مدیریت منابع انسانی پرستاری را نشان داد. همچنین این مطالعه نشان داد فعالیت ها و حجم کاری پرستاران به مقدار زیادی به نیازهای بیماران و استقلال آنها بستگی دارد (۳۰).

تعداد کافی کارکنان برای تأمین ارزش پرستاری حرفه ای ضروری است. سیستم‌های پرستاری موجود غالباً قدیمی بوده و انعطاف پذیر نیستند. لذا می توان از مدل‌های پرستاری که تعداد پرستاران و یا نسبت‌های پرستار به بیمار را در نظر می گیرند، بهره ی بیشتری برد. عواملی که بر نیازهای پرستار تأثیر می گذارد عبارتند از: پیچیدگی بیمار،

پایداری یا وخامت وضعیت بیمار، تعداد پذیرش، ترخیص و انتقال؛ پرسنل حرفه ای، سطح مهارت و سایر توانایی های کارکنان؛ فضای فیزیکی و چیدمان واحد پرستاری؛ و در دسترس بودن یا نزدیکی به پشتیبانی فنی یا منابع دیگر (۳۱).

یافته ها نشان داد که میانگین کل و انحراف معیار علل مراقبت های پرستاری از دست رفته ۲/۹۰ (۰/۴۴) بوده است. بیشترین میانگین به ترتیب مربوط به گویه های «تعداد کم کارکنان (پرستاران)» با میانگین ۳/۵۸ (۰/۶۶)، «افزایش غیرمنتظره تعداد بیماران یا شلوغی بخش» با میانگین ۳/۵۸ (۰/۶۸) و «تعداد ناکافی پرسنل کمکی (مثلا کمک پرستاران، تکنسین ها، منشی و ...» با میانگین ۳/۳۸ (۰/۷۲) بود.

بطور کلی مهمترین دلیل مراقبت از دست رفته تعداد کم پرستاران و افزایش غیرمنتظره تعداد بیماران یا شلوغی بخش بوده است که این یافته با سایر مطالعات همسو بود (۶، ۱۶، ۲۸، ۳۲). کمبود منابع انسانی متخصص از جمله پرستار که از مشکلات ساختاری حوزه بهداشت و درمان است (۳۳). تعداد ناکافی پرسنل پرستاری منجر به افزایش نسبت بیمار به پرستار شده و می تواند بار کاری پرستار و میزان مراقبت های حذف شده را افزایش دهد (۳۴). یافته های مطالعه یعقوبی و همکاران (۱۳۹۸) نشان داد مراقبت های از دست رفته مشاهده شده توسط پرستارانی که تعداد کارکنان را مطلوب می دانند نسبت به پرستارانی که خلاف آن را احساس می کنند بصورت معنی داری کمتر است (۳۵).

Duffy و همکاران (۲۰۱۸) نیز دو دلیل از سه دلیل مهم برای مراقبت پرستاری از دست رفته را تعداد کم پرسنل مطرح کردند (در دسترس نبودن دارو در هنگام نیاز ۵۱/۱٪)، تعداد نامناسب کارکنان کمکی (۵۰٪) و تعداد ناکافی کارکنان (۴۸/۶٪) (۳۶).

در حیطه ارتباط، از نظر پرستاران بخش های اورژانس مورد پژوهش، عدم حمایت از سوی اعضای تیم درمان با میانگین ۳/۰۴ مهمترین دلیل مراقبت از دست رفته بوده است. نتایج مطالعه Kim و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که "کفایت کارکنان و منابع" و "توانایی مدیریت پرستاری، رهبری و حمایت از پرستاران" در بین عوامل محیط کار پرستاری تأثیر زیادی بر مراقبت پرستاری از دست رفته دارد (۳۷).

در توجیه این یافته می توان بیان کرد که انتظارات بیش از حد سایر اعضای تیم درمان از پرستاران و حجم کار بالای

فعالیت‌های بیش از حد مربوط به پذیرش و ترخیص بیماران بود که در این خصوص می‌توان اظهار نمود که با توجه به اینکه اکثر بیماران در اولین مراجعه ی خود به بیمارستان وارد اتاق تریاژ شده و اطلاعات آنها به صورت الکترونیک وارد سیستم HIS می‌شود و پس از آن نیز تشکیل پرونده در قسمت پذیرش انجام می‌شود و همچنین با توجه به حضور منشی‌ها در بخش اورژانس و انجام بخشی از امور مربوط به پذیرش و ترخیص بیماران، پرستاران وقت کمتری را صرف پذیرش و ترخیص بیماران می‌نمایند. دلیل دیگر این یافته می‌تواند کمتر شدن برگه‌های مربوط به ارزیابی پرستار از بیمار و برگه‌های مربوط به ترخیص و آموزش به بیمار حین ترخیص و خلاصه تر شدن محتوای آنها باشد. در دسترس نبودن لوازم و تجهیزات در هنگام نیاز و عدم کارکرد مناسب لوازم و تجهیزات در هنگام نیاز با میانگین $2/83$ و $2/80$ به ترتیب بیشترین و کمترین میانگین را در حیطه منابع مادی کسب کردند. در مطالعات دیگر نیز به کمبود تجهیزات و داروها در هنگام نیاز به عنوان یکی از عوامل تأثیرگذار بر بروز مراقبت‌های پرستاری از دست رفته اشاره شده است (۲، ۲۹، ۴۳-۴۵).

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که هر سه عامل منابع انسانی، منابع مادی و ارتباط جزو عوامل تأثیرگذار بر MNC در بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند. شناخت این عوامل برای مدیران پرستاری و پرستاران مفید و کاربردی است و به آنها کمک می‌کند تا با پیش‌بینی راهکارهای مناسب برای بهبود کیفیت خدمات پرستاری در بخش‌های اورژانس، تدابیر و راهکارهای لازم را تنظیم و اجرا نمایند.

محدودیت‌های پژوهش

پژوهشگر در انجام پژوهش با محدودیت خاصی رو به رو نبوده است فقط چون پژوهش در زمان شیوع پاندمی بیماری کووید-۱۹ بود پژوهشگر مدتی جهت حضور در بخش‌های محل پژوهش با محدودیت مواجه شد که با فروکش کردن پیک اول بیماری در کشور این مشکل رفع شد.

سپاسگزاری

این پژوهش برگرفته از پایان نامه مقطع کارشناسی

پرستاران در بخش اورژانس و گاهی درگیر شدن پرستاران به کارهای غیرپرستاری و مشارکت کمتر سایر اعضای تیم درمان از جمله پزشکان، پرسنل آزمایشگاه، فیزیوتراپ و غیره در اموری همچون پاسخ به سوالات بیماران یا همراهان، پاسخ دادن به تماس‌های تلفنی و غیره، احتمالاً باعث می‌شود که پرستاران واحدهای مورد پژوهش در حیطه ی ارتباط، خلأ عدم حمایت از سوی تیم درمان را احساس نمایند.

در حیطه منابع انسانی از نظر پرستاران بخش‌های اورژانس مورد پژوهش، تعداد کم پرستاران و افزایش غیرمنتظره تعداد بیماران یا شلوغی بخش با میانگین $3/58$ مهمترین دلیل مراقبت از دست رفته بوده است. در حیطه ی منابع انسانی گویه ی «افزایش غیرمنتظره ی تعداد بیماران یا شلوغی بخش» یکی از مهمترین دلایل از دست رفتن مراقبت‌ها از دیدگاه پرستاران مورد مطالعه بود. در مطالعه ی عساری و همکاران (۲۰۱۸) نیز که خطاهای درمانی، مراقبتی و پرستاری رتبه ی سوم خطاهای پزشکی در بخش اورژانس را به خود اختصاص داد، شلوغی بخش اورژانس و حجم بالای کار یکی از علل بروز خطاهای مراقبتی معرفی شده است (۳۸). نتایج مطالعات مختلف نشان می‌دهد که شلوغی بخش اورژانس با کاهش کیفیت مراقبت و افزایش بروز عوارض جانبی برای بیماران همراه است (۳۹-۴۱). Kim و همکاران (۲۰۲۰) نیز در مطالعه ای دریافتند که شلوغی بیش از حد بخش اورژانس، باعث افزایش وقوع ویزیت مجدد در طی ۷۲ ساعت و احتمال پذیرش پس از ویزیت مجدد می‌شود (۴۲). در تحلیل این یافته می‌توان بیان کرد که با توجه به عمومی بودن اورژانس بیمارستان‌های محل پژوهش و واقع بودن این بیمارستان‌ها در مرکز شهر، تعداد بیماران مراجعه کننده به اورژانس این بیمارستان‌ها زیاد بوده و این موضوع باعث شلوغی بخش اورژانس می‌شود. از طرفی تعداد پرستاران در یک شیفت ثابت است ولی بستری بیماران علاوه بر روی تخت‌های اضافه، حتی بر روی صندلی نیز انجام می‌شود. هرچند گاهی پرسنل کمکی به عنوان نیروی کمکی به بخش اورژانس فرستاده می‌شوند ولی به دلیل آشنا نبودن به کار در اورژانس و بیشتر اوقات به دلیل تعداد زیاد بیماران، چندان کارساز نیست و متأسفانه باعث افزایش میزان مراقبت‌های پرستاری از دست رفته می‌شود.

در حیطه منابع انسانی کمترین میانگین $(2/84)$ مربوط به

و فناوری دانشگاه علوم پزشکی تهران به جهت حمایت از این پژوهش تقدیر و تشکر می کنند.

ارشد پرستاری داخلی جراحی با کد اخلاق (IR.FNM.1398.109 REC) است. پژوهشگران از کلیه پرستاران شرکت کننده در این پژوهش و همچنین از معاونت تحقیقات

References

1. Cho E, Lee N-J, Kim E-Y, Kim S, Lee K, Park K-O, et al. Nurse staffing level and overtime associated with patient safety, quality of care, and care left undone in hospitals: a cross-sectional study. *International journal of nursing studies*. 2016;60:263-71. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.05.009>
2. 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. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2015;29:276.
3. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*. 2009;65(7):1509-17. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>
4. Vryonides S, Papastavrou E, Charalambous A, Andreou P, Eleftheriou C, Merkouris A. Ethical climate and missed nursing care in cancer care units. *Nursing ethics*. 2018;25(6):707-23. <https://doi.org/10.1177/0969733016664979>
5. Lake ET, Germack HD, Viscardi MK. Missed nursing care is linked to patient satisfaction: a cross-sectional study of US hospitals. *BMJ quality & safety*. 2016;25(7):535-43. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-003961>
6. 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 & safety*. 2014;23(2):116-25. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001767>
7. Almasian M. The relationship between patient safety and unfinished care in nurses working in Neonatal intensive care ward in selected hospitals of Kerman province in 2017: Kerman University of Medical Sciences; 2017.
8. Ausserhofer D, Zander B, Busse R, Schubert M, De Geest S, Rafferty AM, et al. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ quality & safety*. 2014;23(2):126-35. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002318>
9. McGahan M, Kucharski G, Coyer F, Paper WABNR. Nurse staffing levels and the incidence of mortality and morbidity in the adult intensive care unit: a literature review. *Australian Critical Care*. 2012;25(2):64-77. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2012.03.003>
10. Stalpers D, de Brouwer BJ, Kaljouw MJ, Schuurmans MJ. Associations between characteristics of the nurse work environment and five nurse-sensitive patient outcomes in hospitals: a systematic review of literature. *International journal of nursing studies*. 2015;52(4):817-35. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.01.005>
11. Bae S-H, Fabry D. Assessing the relationships between nurse work hours/overtime and nurse and patient outcomes: systematic literature review. *Nursing outlook*. 2014;62(2):138-56. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2013.10.009>
12. Brennan CW, Daly BJ, Jones KR. State of the science: the relationship between nurse staffing and patient outcomes. *Western Journal of Nursing Research*. 2013;35(6):760-94. <https://doi.org/10.1177/0193945913476577>
13. Rochefort CM, Rathwell BA, Clarke SP. Rationing of nursing care interventions and its association with nurse-reported outcomes in the neonatal intensive care unit: a cross-sectional survey. *BMC nursing*. 2016;15(1):46. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0169-z>
14. Papastavrou E, Andreou P, Efstathiou G. Rationing of nursing care and nurse-patient outcomes: a systematic review of quantitative studies. *The International journal of health planning and management*. 2014;29(1):3-25. <https://doi.org/10.1002/hpm.2160>
15. Bragadóttir H, Kalisch BJ, Tryggvadóttir GB. Correlates and predictors of missed nursing care in hospitals. *Journal of clinical nursing*. 2017;26(11-12):1524-34. <https://doi.org/10.1111/jocn.13449>
16. Jones TL, Hamilton P, Murry N. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *International journal of nursing studies*. 2015;52(6):1121-37. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012>
17. Jones TL, Gemeinhardt G, Thompson JA, Hamilton P. Measuring unfinished nursing care: What to consider when choosing and scoring surveys.

- Journal of nursing care quality. 2016;31(1):90-7. <https://doi.org/10.1097/NCQ.000000000000143>
18. Chana P, Burns EM, Arora S, Darzi AW, Faiz OD. A systematic review of the impact of dedicated emergency surgical services on patient outcomes. *Annals of surgery*. 2016;263(1):20-7. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000001180>
 19. Weigl M, Müller A, Holland S, Wedel S, Woloshynowych M. Work conditions, mental workload and patient care quality: a multisource study in the emergency department. *BMJ quality & safety*. 2016;25(7):499-508. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003744>
 20. Rahmani H, Ghoreishi SAA. The Relation of Demographic and Professional Characteristics of Emergency Ward Managers and Structure, Process and Practice. *Health Inf Manage*. 2013;11(5):664-57.
 21. Jennings N, Clifford S, Fox AR, O'Connell J, Gardner G. The impact of nurse practitioner services on cost, quality of care, satisfaction and waiting times in the emergency department: a systematic review. *International journal of nursing studies*. 2015;52(1):421-35. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.006>
 22. Muntlin Å. Identifying and Improving Quality of Care at an Emergency Department : Patient and healthcare professional perspectives [Doctoral thesis, comprehensive summary]. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis; 2009.
 23. Grover E, Porter JE, Morphet J. An exploration of emergency nurses' perceptions, attitudes and experience of teamwork in the emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal*. 2017;20(2):92-7. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2017.01.003>
 24. Frank C, Fridlund B, Baigi A, Asp M. Patient participation in the emergency department: an evaluation using a specific instrument to measure patient participation (PPED). *Journal of advanced nursing*. 2011;67(4):728-35. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05524.x>
 25. Naess AC, Foerde R, Steen PA. Patient autonomy in emergency medicine. *Med Health Care Philos*. 2001;4(1):71-7. <https://doi.org/10.1023/A:1009982710625>
 26. Gordon J, Sheppard LA, Anaf S. The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research. *International emergency nursing*. 2010; 18 (2):80-8. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2009.05.004>
 27. Kianmehr N, Mofidi M, Saidi H, Hajibeigi M, Rezai M. What are Patients' Concerns about Medical Errors in an Emergency Department? *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2012;12(1):86-92. <https://doi.org/10.12816/0003092>
 28. Hernandez-Cruz R, Moreno-Monsivais MG, Cheverria-Rivera S, Diaz-Oviedo A. Factors influencing the missed nursing care in patients from a private hospital. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2017;25:e2877. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1227.2877>
 29. 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*. 2019;25(1):11-24.
 30. Čiarnienė R, Suprikenė R, Čiutienė R, Daunorienė A, Riklikienė O. Managing human resources in nursing: the relationship of nurses' working time and patients' independence level. *Journal of Business Economics and Management*. 2019;20(1):192-207. <https://doi.org/10.3846/jbem.2019.8339>
 31. McMenamin PD, Peterson CM, McHugh M, Sochalski JA, editors. *Optimal Nurse Staffing to Improve Quality of Care and Patient Outcomes 4 EXECUTIVE SUMMARY* 2015.
 32. Lima JCd, Silva AEBdC, Caliri MHL. Omission of nursing care in hospitalization units. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2020;28:e3233-e. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3138.3233>
 33. Bahadori M, Shams L, Sadeghifar J, Hamouzadeh P, Nejati M. Classification of health structural indicators using scalogram model in golestan province, northern iran. *Iran J Public Health*. 2012;41(5):58-65.
 34. Aiken LH, Sloane D, Griffiths P, Rafferty AM, Bruyneel L, McHugh M, et al. Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ quality & safety*. 2017;26(7):559-68. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005567>
 35. Yaghoubi M, Ebrahimi Toriki M, Salesi M, Ehsani-Chimeh E, Bahadori M. The Relationship between Teamwork and Missed Nursing Care: Case Study in a Military Hospital in Tehran. *Journal of Military Medicine*. 2019;21(1):63-72.

36. Duffy JR, Culp S, Padrutt T. Description and Factors Associated With Missed Nursing Care in an Acute Care Community Hospital. *The Journal of nursing administration*. 2018;48(7-8):361-7. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000630>
37. Kim KJ, Yoo MS, Seo EJ. Exploring the Influence of Nursing Work Environment and Patient Safety Culture on Missed Nursing Care in Korea. *Asian nursing research*. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2018.04.003>
38. Assari M, Bahadori M, Alimohammadzadeh K. The Prediction of Medical Errors in the Emergency Department of The Military Hospitals Using the TOPSIS technique. *Journal of Military Medicine*. 2018;20(5):500-8.
39. McCusker J, Vadeboncoeur A, Lévesque JF, Ciampi A, Belzile E. Increases in emergency department occupancy are associated with adverse 30-day outcomes. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*. 2014;21(10):1092-100. <https://doi.org/10.1111/acem.12480>
40. Moskop JC, Sklar DP, Geiderman JM, Schears RM, Bookman KJ. Emergency Department Crowding, Part 1-Concept, Causes, and Moral Consequences. *Annals of Emergency Medicine*. 2009;53(5):605-11. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2008.09.019>
41. Kulstad EB, Sikka R, Sweis RT, Kelley KM, Rzechula KH. ED overcrowding is associated with an increased frequency of medication errors. *The American journal of emergency medicine*. 2010;28(3):304-9. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2008.12.014>
42. Kim D-U, Park YS, Park JM, Brown NJ, Chu K, Lee JH, et al. Influence of Overcrowding in the Emergency Department on Return Visit within 72 Hours. *J Clin Med*. 2020;9(5):1406. <https://doi.org/10.3390/jcm9051406>
43. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee H, Friese CR. Hospital variation in missed nursing care. *American journal of medical quality : the official journal of the American College of Medical Quality*. 2011;26(4):291-9. <https://doi.org/10.1177/1062860610395929>
44. Piscotty RJ, Jr., Kalisch B. The relationship between electronic nursing care reminders and missed nursing care. *Computers, informatics, nursing : CIN*. 2014;32(10):475-81. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000092>
45. Winsett RP, Rottet K, Schmitt A, Wathen E, Wilson D, Group MNCC. Medical surgical nurses describe missed nursing care tasks-Evaluating our work environment. *Applied Nursing Research*. 2016;32:128-33. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.06.006>