Iranian Journal of Nursing Research (IJNR) Orginal Article

April-May 2025, Volume 20, Issue 1

"Investigating the Relationship Between Moral Sensitivity and Missed Nursing Care in Clinical Nurses"

Vali Kolagar Langori[1] , Mitra Khoobi[2*], Aliakbar Rasekhi[3]

1- MS Student, Nursing Department, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.
2- Assistant Professor, Nursing Department, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.
3- Associate Professor, Bostatistics Department, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

Correspond author: Assistant Professor, Nursing Department, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.
Email: m.khoobi@modares.ac.ir

Received: 2025/01/7 Accepted: 2025/01/26

Abstract

Introduction: Moral sensitivity is one of the essential elements for adhering to moral principles in nursing care. However, due to certain barriers, nurses sometimes lack sufficient moral sensitivity, leading to confusion and occasional neglect in addressing moral issues in patient care, which may result in missed nursing care. Missed nursing care refers to care that is omitted or delayed, affecting the quality and safety of care.

Methods: In this descriptive-analytical cross-sectional study, 217 nurses were selected using cluster sampling from private and public hospitals in Tehran in 2024. Data were collected using the Missed Nursing Care Questionnaire and the Nurses' Moral Sensitivity Questionnaire. Data analysis was performed using SPSS version 22, Spearman's correlation coefficient, and T-test at a significance level of 0.05.

Results: The mean score of moral sensitivity among clinical nurses was 59.93 +_ 10.28, indicating a moderate level of moral sensitivity. The highest moral sensitivity score was in the dimension of awareness of how to communicate with patients, and the lowest was in the dimension of professional knowledge. The mean missed nursing care score was 37.15 +_10.66. This mean score of 37.15 on a scale ranging from 24 to 96 indicates a relatively low level of missed nursing care. The highest mean score for missed nursing care was related to attending scientific conferences (mean = 2.03) and supervising the preparation of food for patients who can eat by themselves (mean = 1.86). The lowest mean score for missed nursing care was related to blood glucose monitoring with a glucometer (mean = 1.21) and complete documentation of essential patient information (mean = 1.3). The results showed a significant and inverse relationship between moral sensitivity and missed nursing care (p-value < 0.001, r = -0.248).

Conclusions: Although nurses have acceptable levels of moral sensitivity, this level of sensitivity is not sufficient for providing complete patient care, as there are still instances of missed nursing care. Therefore, further enhancement of moral sensitivity among nurses should be a priority in the nursing system.

Keywords: Missed nursing care, Nurses' moral sensitivity, Ethics, Nursing.

نشریه پژوهش پرستاری | مقاله پژوهشی

فروردین و اردیبهشت ۱۴۰۴، دوره ۲۰، شماره ۱

بررسی ارتباط حساسیت اخلاقی و مراقبت پرستاری فراموش شده در پرستاران بالینی

ولی کلاگر لنگوری[۱]، میتراخوبی[۲*]، علی اکبر راسخی[۳]

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
۲- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
۳- دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: میترا خوبی، استادیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
ایمیل: m.khoobi@modares.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۱۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۷

چکیده

مقدمه: داشتن حساسیت اخلاقی یکی از عناصر لازم برای رعایت اصول اخلاقی در امر مراقبت پرستاری است. اما به سبب برخی موانع، گاهی پرستاران حساسیت اخلاقی کافی را ندارند و نوعی سردرگمی و گاهی کم‌توجهی در مواجهه با موضوعات اخلاقی در مراقبت از بیمار در آن‌ها ظهور می‌یابد که ممکن است منجر به مراقبت پرستاری فراموش شده گردد. مراقبت‌های پرستاری فراموش شده اشاره به مراقبت‌هایی دارد که حذف شده و یا به تأخیر افتاده باشد که کیفیت و ایمنی مراقبت را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

روش کار: در این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی، تعداد ۲۱۷ پرستار به روش خوشه‌ای از بیمارستان‌های خصوصی و دولتی شهر تهران در سال ۱۴۰۳ انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه مراقبت پرستاری فراموش شده و پرسشنامه حساسیت اخلاقی پرستاران جمع‌آوری شد. آنالیز داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و ضریب همبستگی اسپیرمن، آزمون T-test، در سطح معناداری ۰٫۰۵ انجام شد.

یافته‌ها: میانگین حساسیت اخلاقی در بین پرستاران بالینی ۵۹٫۹۳ با انحراف معیار ۱۰٫۲۸ می‌باشد که نشان می‌دهد پرستاران دارای سطح متوسطی از حساسیت اخلاقی هستند. بیشترین نمره حساسیت اخلاقی پرستاران در بعد میزان آگاهی از نحوه ارتباط با بیمار و کمترین نمره حساسیت اخلاقی پرستاران در بعد میزان دانش حرفه‌ای می‌باشد. میانگین مراقبت پرستاری فراموش شده ۳۷٫۱۵ با انحراف معیار ۱۰٫۶۶ می‌باشد. این میانگین نمره ۳۷٫۱۵ در مقیاسی که از ۲۴ تا ۹۶ متغیر است، نشان‌دهنده این است که وضعیت مراقبت پرستاری فراموش شده در سطح نسبتاً پایینی قرار دارد. بیشترین میانگین نمره مراقبت پرستاری فراموش شده مربوط به شرکت در کنفرانس‌های علمی با میانگین ۲٫۰۳ و نظارت بر آماده کردن غذا برای بیماری که خودش می‌تواند غذا بخورد با میانگین ۱٫۸۶ می‌باشد. کمترین میانگین نمره مراقبت پرستاری فراموش شده مربوط به کنترل قند خون با گلوکومتر با میانگین ۱٫۲۱ و ثبت کامل اطلاعات ضروری بیمار با میانگین ۱٫۳ می‌باشد.. نتایج نشان می‌دهد که بین حساسیت اخلاقی و مراقبت پرستاری فراموش شده ارتباط معنی‌دار و معکوسی برقرار است ($p\text{-value} < ۰.۰۰۱, r = -۰.۲۴۸$).

نتیجه‌گیری: اگرچه پرستاران از سطوح قابل قبولی از حساسیت اخلاقی برخوردار هستند، اما این سطح از حساسیت اخلاقی برای ارائه مراقبت کامل از بیمار کافی نیست، زیرا همچنان شاهد سطوحی از مراقبت‌های پرستاری از دست رفته هستیم. بنابراین ارتقای هرچه بیشتر حساسیت اخلاقی در میان پرستاران می‌تواند جزئی از اولویت‌های سیستم پرستاری قرار گیرد.

کلیدواژه ها: مراقبت پرستاری فراموش شده، حساسیت اخلاقی پرستاران، اخلاق، پرستاری.

مقدمه

مراقبت های پرستاری ، مراقبت هایی هستند که مورد نیاز بیماران بوده و برای بهبود هر چه بهتر و سریع تر بیماران لازم و ضروری هستند و مراقبت های پرستاری فراموش شده اشاره به مراقبت هایی دارد که حذف و یا به تاخیر افتاده باشد و کیفیت و ایمنی مراقبت را تحت تاثیر قرار می دهد. مراقبت های پرستاری فراموش شده یکی از چالش های حرفه ای مهم در پرستاری است. kalish و همکاران (۲۰۰۹) مراقبت های پرستاری فراموش شده را به عنوان مراقبت های مورد نیاز بیماران تعریف کردند که در پاسخ به تقاضاهای مضاعف و منابع ناکافی، ممکن است حذف شوند و یا به تاخیر افتند (۱) .رایج ترین مراقبت های پرستاری فراموش شده در بعد مداخلات مبتنی بر ارایه مراقبت های پایه و اولیه، ارزیابی و ارزشیابی بیمار، و بعد آموزش می باشد (۲, ۳).

علی رغم اهمیت بسیار زیاد مراقبت های پرستاری فراموش شده مطالعات اندکی در ایران در این زمینه انجام شده است . در واقع آگاهی از (۴). تعدادی از مطالعات نشان داده اند که وقوع مراقبت های پرستاری فراموش شده در بیمارستان های آمریکا و اروپا نیز رواج دارند. در مطالعه ای که توسط هسلز و همکاران در ایالات متحده انجام شد، شیوع مراقبت های پرستاری فراموش شده در ابعاد مختلف بین ۱۰ تا ۲۷ درصد گزارش شد (۵). Jones و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه ی مروری خود گزارش کردند شیوع مراقبت های پرستاری فراموش شده (۵۵ درصد) در میان کارکنان پرستاری شاغل در بخش های مراقبتی بیمارستان های عمومی و غیر عمومی بالابوده است (۶). مطالعات در ایران نشان می دهد که مراقبت فراموش شده یک مشکل رایج در بیمارستان هاست و نیاز به مطالعات بیشتری و ارایه ی امار دقیق تری در این زمینه می باشد و مهم تر از شناخت و توصیف مراقبت های پرستاری فراموش شده ،تحلیل عواملی است که در ایجاد مراقبت فراموش شده تاثیر می گذارند (۴). خواجوی و همکاران (۲۰۱۹) نیز در مطالعه خود میانگین مراقبت پرستاری فراموش شده را ۳۲/۷ درصد گزارش نمودند (۷). امامی و همکاران (۲۰۱۵) نشان دادند که مراقبت پرستاری فراموش شده در بخش مراقبت ویژه نوزادان در سطح متوسط می باشد (۳).

مراقبت پرستاری فراموش شده پیامد های جدی برای بیماران داشته و به عنوان شاخص سنجش کیفیت مراقبت تلقی می شود که با مرگ و میر بیماران، میزان بستری مجدد آنان، عوارض جانبی و کاهش رضایتمندی بیماران ارتباط دارد. پیامدهایی نظیر سقوط بیماران، ایجاد زخم های فشاری، افزایش خطاهای دارویی و عفونت دستگاه ادراری را به دنبال دارد. این پدیده علاوه بر بیماران، پیامد های نامناسبی برای پرستاران نیز به دنبال دارد که از جمله آنها می توان به پریشانی اخلاقی، فرسودگی شغلی، جابه جایی، غیبت و ترک کار، اختلال و فشار در نقش و احساس ناامیدی اشاره نمود (۸).

پر اهمیت ترین عوامل مرتبط با مراقبت پرستاری فراموش شده شامل منابع انسانی، منابع مالی می باشد (۹). در مطالعات متعدد گزارش شده که مهمترین دلیل بروز مراقبت پرستاری فراموش شده پرستاران، مربوط به تعداد کم پرستار ،افزایش غیر منتظره تعداد بیماران و یا شلوغی بخش می باشد (۲, ۶, ۱۰). Cleary-Holdforth (۲۰۱۹) در مطالعه خود بیان نمود مراقبت های روانی اجتماعی از جمله: تعامل با بیماران، آموزش به بیمار و ارایه حمایت عاطفی، به طور مرتب در لیست مراقبت های پرستاری فراموش شده قرار دارند (۱۱).

یکی از عوامل بالقوه موثر بر مراقبت پرستاری فراموش شده، حساسیت اخلاقی است .لوتزن (۱۹۹۳م) حساسیت اخلاقی را بر مبنای توانایی شناختی افراد تعریف می کند. بدین معنی فردی دارای حساسیت اخلاقی است که بتواند به موقع مشکلات بیماران را تشخیص دهد و بهترین تصمیم را اتخاذ کند (۱۲). حساسیت اخلاقی موضوعی است که با ویژگی هایی مانند مهربانی ، صداقت ، خیرخواهی و کمک به دیگران ، سبب می گردند که آرمان هایی در پرستار ایجاد گردد تا نسبت به بیمار، خانواده وی و همچنین همکاران بی اعتنا نبوده و درصدد انجام رفتار اخلاقی و مراقبتی با آنها برآید. کسانی که از حساسیت اخلاقی بالایی برخوردارند، در مقابل خواسته ها و نیازهای دیگران مسوول و پاسخگو هستند و این وظیفه را به دلیل دانش و آگاهی، و نگرش حرفه ای انجام می دهند (۱۳)، مفهوم حساسیت اخلاقی را می توان واکنش صحیح و مناسبی دانست که مبتنی بر انگیزه های درونی و بیرونی و همراه با شناخت همه جانبه از خود و دیگران بوده و سبب می گردد تا پرستار در مقابل مددجویان و اعضای تیم سلامت، احساس مسوولیت کرده و خود را پاسخگو بداند. پرستارانی که از حساسیت اخلاقی قابل قبولی برخوردار هستند، نسبت به بیمار متعهد بوده

و تـلاش مـی کننـد تـا از بیمـار خـود ، شـناخت بهتـری پیـدا کننـد تـا بهتریـن مراقبـت پرسـتاری اخـلاق مـدار و همـه جانبـه ارایـه دهنـد (۱۴). پرسـتاران بـا توجـه بـه اصـول اخلاقـی بایـد بـه نفـع بیمـار و بـدون ضرررسـانی بـه بیمـار و بـا احتـرام بـه ارزش هـا و ترجیهـات بیمـار، و بـا حساسـیت اخلاقـی، مراقبـت اخـلاق مـدار را ارایـه دهنـد (۱۵). از انجـا کـه جوهـره ی مراقبـت پرسـتاری بـا ارزش هـا و اصـول اخلاقـی عجیـن اسـت مراقبـت اخلاقـی جزیـی جدایـی ناپذیـر از مراقبـت پرسـتاری اسـت (۱۶). بـی تفـاوت بـودن پرسـتار مـی توانـد بـر رضایـت بیمـاران از ارایه ی مراقبـت هـای پرسـتاری تاثیـر بگـذارد ، بنابرایـن پرسـتاران به عنـوان حامیـان بیمـار ، نیـاز بـه درک موقعیـت هـا و حسـاس بـودن نسـبت بـه مسـایل اخلاقـی دارنـد (۱۷). حساسـیت اخلاقی پرسـتار نـه تنهـا مـی توانـد از زیـر پـا گذاشـتن اصـول اخلاقـی جلوگیـری کنـد بلکـه در تصمیـم گیـری اخلاقـی در امرارایـه ی مراقبـت اخـلاق مـدار نیـز تاثیـر گـذار اسـت (۱۷, ۱۸). کولمـان و همـکاران (۲۰۱۹) در نتایـج خـود اورده انـد کـه کاهش حساسـیت اخلاقـی در میـان برخـی از پرسـتاران و پزشـکان در ارایـه خدمـات درمانـی و مراقبتـی مشـاهده مـی شـود (۱۹). حساسـیت اخلاقـی منجـر بـه افزایـش توجه پرسـتاران بـه ملاحظـات اخلاقـی در امر ارایـه ی مراقبـت مـی شـود (۲۰). از انجـا کـه چارچـوب پرسـتاری شـامل ارایـه ی مراقبـت اخـلاق مـدار در رفع نیازهای جسـمی و روانـی اجتماعـی بیمـاران اسـت پـس مـی تـوان گفـت حساسـیت اخلاقـی جـز ضـروری بـرای ارایـه مرقبـت اخـلاق مـدار اسـت (۲۰). داشـتن سـطوح قابـل قبولـی از حساسـیت اخلاقـی یکـی از عناصـر لازم در امـر مراقبـت پرسـتاری اسـت (۲۱). امـا بـه سـبب برخـی موانـع گاهـی پرسـتاران حساسـیت اخلاقـی کافـی را ندارنـد و نوعـی سـردرگمی و گاهـی کـم توجهـی در مواجهـه بـا موضوعـات اخلاقـی در مراقبـت از بیمـار در آن هـا ظهـور مـی یابـد و حتـی ممکـن اسـت منجـر بـه مراقبـت پرسـتاری فراموش شـده گـردد (۲۲).

نتایـج مطالعـه منیـر نوبهـار و همـکاران (۲۰۲۳) کـه بـر روی ۲۰۰ پرسـتار در بیمارسـتان هـای وابسـته بـه دانشـگاه سـمنان انجـام شـد ، نشـان داد ؛ میانگیـن و انحـراف معیـار حساسـیت اخلاقـی و مراقبـت پرسـتاری فرامـوش شـده بـه ترتیـب ۶۴/۱۹±۱۳/۴۳ و ۵۵/۰۴±۳۴/۱۰ مـی باشـد. سـطح بالاتـر حساسـیت اخلاقـی بـا کاهـش مراقبـت هـای پرسـتاری فرامـوش شـده در بیـن پرسـتاران ارتبـاط دارد (۲۳).

در مطالعـه ای کـه توسـط نایبـر آهـن سـاز و همـکاران (۲۰۲۴) انجـام شـد ، در گـزارش خـود اذعـان داشـتند کـه اکثـر پرسـتاران (۹۷ درصـد) حساسـیت اخلاقـی متوسـطی را نشـان دادنـد. ایـن حساسـیت اخلاقـی بـا ایمنـی بیمـار ارتبـاط مسـتقیمی دارد .نتایـج مطالعـه نشـان داد کـه تقریبـا ۵/۱۳ درصـد از بیمـاران در طـول بسـتری شـدن در بیمارسـتان یـک اتفـاق ناگـوار را تجربـه مـی کننـد. عـلاوه بـر ایـن، تقریبـا سـه چهـارم پرسـتاران حداقـل یـک مراقبـت را در آخریـن شـیفت کاری خـود از دسـت داده انـد . هزینـه تخمینـی مراقبـت هـای نـا ایمـن حـدود ۱۰ درصـد از کل هزینـه هـای مراقبـت هـای بهداشـتی را تشـکیل مـی دهـد (۲۴).

نتایـج مطالعـه ی کریمـی و همـکاران (۲۰۲۱) بـا عنـوان بررسـی عوامـل موثـر بـر مراقبـت پرسـتاری فرامـوش شـده نشـان داد کـه اکثـر پرسـتاران (۸۶ درصـد) گـزارش دادنـد کـه در شـیفت قبلـی خـود یـک یـا چنـد فعالیـت مراقبتـی فراموش شـده داشـته انـد. ایـن مطالعـه نشـان داد هـر چنـد کـه مراقبـت پرسـتاری فرامـوش شـده تحـت تاثیـر عوامـل مختلفـی از جملـه شـرایط سـازمانی و عوامـل محیطـی و اخلاقـی و فـردی قـرار دارد، درک علـل تاثیرگـذار دیگـری چـون حساسـیت اخلاقـی و تصمیـم گیـری و قضـاوت بالینـی نیازمنـد مطالعـات بیشـتری مـی باشـد (۹).

وطـن خـواه و همـکاران (۲۰۲۰) بـروز مراقبـت هـای پرسـتاری فرامـوش شـده را یکـی از علـل کاهش رضایـت مندی و بسـتری مجـدد بیمـاران در بیمارسـتان هـا و بـروز خطاهـای دارویـی و عـوارض ناشـی از مصـرف داروهـا و سـقوط بیمـاران از تخـت مـی دانـد . وی معتقـد اسـت مراقبـت هـای پرسـتاری فرامـوش شـده در نهایـت سـبب افزایـش بـار کاری پرسـتاران و بـالا رفتـن فشـارهای روانـی در محیـط کار و کاهـش رضایـت منـدی بیمـاران و پرسـتاران و بـالا رفتـن هزینـه هـای تحمیـل شـده بـه بیمـار و بیمارسـتان اسـت (۲۵). بـا توجـه بـه نتایـج پیـش گفـت مطالعـه ی پیـش رو بـا هـدف بررسـی ارتبـاط حساسـیت اخلاقـی و مراقبـت هـای پرسـتاری فرامـوش شـده در پرسـتاران بالینـی انجـام شـد.

روش کار

مطالعـه حاضـر یـک مطالعـه ی مقطعـی از نـوع توصیفی-تحلیلی مـی باشـد کـه در سـال ۱۴۰۳ در تهـران انجـام شـد.

جامعـه مـورد مطالعـه ایـن پژوهـش، پرسـتاران بالینـی شـاغل در بخـش هـای بیمارسـتان هـای دولتـی و خصوصـی تهـران هسـتند. معیارهـای ورود بـه مطالعـه عبارتنـد از: پرسـتاران شـاغل در بخـش هـای بالینـی بیمارسـتان بانـک ملـی، ضیاییـان و ابـن سـینا کـه مسـولیت مسـتقیم مراقبـت از بیمـار را دارد. پرسـتارانی

کـه تحصیـلات لیسـانس و بالاتـر دارنـد و فاقـد پرونـده و سـابقه روانپزشـکی طبـق خوداظهـاری هسـتند و سـابقه کار بالینـی حداقـل شـش مـاه در بیمارسـتان هـای مذکـور را دارنـد.
تنهـا معیـار خـروج از مطالعـه پـر نکـردن پرسشـنامه هـا بـود. ابتـدا کـد اخـلاق بـرای کار پژوهشـی در دانشـگاه تربیـت مـدرس صـادر شـد. نمونـه گیـری بـه صـورت خوشـه‌ای از بیمارسـتان هـای خصوصـی و دولتـی سـطح شـهر تهـران (از مناطـق ۲۲ گانـه شـهر تهـران) انجـام شـد. محیـط پژوهـش بیمارسـتان های بانـک ملـی، ضیاییـان و ابـن سـینا بـه صـورت خوشـه ای انتخاب شـدند (بیمارسـتان بانـک ملـی و ابن سـینا خصوصی و بیمارسـتان ضیاییـان دولتـی هسـتند)و تمـام بخـش های بسـتری بیمارسـتان هـای مذکـور، محیـط پژوهـش ایـن مطالعـه قـرار گفتنـد. سـپس نامـه کتبـی از طـرف دانشـگاه تربیـت مـدرس مبنـی بـر موافقـت کار پژوهشـی در بیمارسـتان هـای منتخـب ارسـال شـد. بـا توجـه بـه اینکـه تعـداد پرسـتاران در هـر سـه بیمارسـتان یکسـان اسـت در هـر بیمارسـتان بـه طـور میانگیـن ۲۵۰ پرسـتار شـاغل در هـر سـه شـیفت وجـود دارد و طبـق فرمـول محاسـبه امـاری در ایـن مطالعـه بـا تـوان ازمـون ۸۰ درصـد و الفـای ۰،۰۵ و مقـدار «متوسـط» بـرای ضریـب همبسـتگی (انـدازه اثـر) r=.۲۰ اختیـار می‌شـود. در ایـن مطالعـه بـا توجـه بـه فرمـول زیـر (۲۰۰) پرسـتار بـه عنـوان نمونـه هـای پژوهـش نیـاز داشـتیم کـه بـا احتسـاب ده درصـد ریـزش نمونـه هـای پژوهـش ۲۲۰ نفـر در نظـر گرفتـه شـدند و از هـر بیمارسـتان ۷۴ پرسـتار انتخـاب شـد.

$$n = \frac{(z_{1-\alpha}+z_{1-\beta})^2}{[C(r)]^2} + 3$$

امـا بعـد از تکمیـل پرسشـنامه هـا ۲۱۷ نفـر پرسشـنامه هـا را کامـل کردنـد. در نهایـت ابـزار گـرداوری داده هـا در ایـن پژوهش شـامل پرسشـنامه حساسـیت اخلاقـی پرسـتاران در تصمیـم گیـری – لوتـزن و پرسشـنامه مراقبـت هـای پرسـتاری فرامـوش شـده کالیـش و ویلیامـز (۲۰،۲۶) و پرسشـنامه جمعیـت شناسـی اسـت. پرسشـنامه ی جمعیـت شناسـی شـامل سـن، جنـس، سـابقه کار، نـوع اسـتخدامی، تحصیـلات، وضعیـت تاهـل، وضعیـت شـیفت،وضعیت اقتصـادی ، رضایـت از کار ،اضافـه کاری ،شـاغل در بخـش ویـژه ویـا بخـش غیـر ویژه،دولتـی وغیـر دولتـی وحقـوق ماهیانـه مـی باشـد. پرسشـنامه اسـتاندارد حساسـیت اخلاقـی پرسـتاران در تصمیـم گیـری توسـط لوتـزن و همـکاران در سـوئد تدویـن شـد و سـپس در کشـورهای مختلـف از جملـه ایـران بـه کار گرفتـه شـده اسـت .پرسشـنامه دارای ۲۵ سـوال کـه میـزان حساسـیت اخلاقـی و ابعـاد آن را سـنجش مـی نمایـد. ابعـاد حساسـیت اخلاقـی شـامل شـش حیطـه اسـت کـه عبارتنـد از: میـزان اقـدام بـه اسـتقلال مددجـو (۴ سـوال)، میـزان آگاهـی از نحـوه ارتبـاط بـا بیمـار (۵ سـوال)، میـزان دانـش حرفـه ای (۲ سـوال)، تجربـه مشـکلات و کشـمکش هـای اخلاقـی (۳ سـوال)، بـه کارگیـری مفاهیـم اخلاقـی در تصمیـم گیـری هـای اخلاقـی (۵ سـوال) و صداقـت و خیرخواهـی (۶ سوال)است . ایـن پرسشـنامه بـه روش لیکـرت ۵ تایـی از کامـلا موافـق تـا کامـلا مخالـف نمـره گـذاری مـی گـردد و دارای نمـره بیـن صفـر تـا ۴ اسـت. بیشـترین امتیـاز ۱۰۰ و کمتریـن امتیـاز صفـر اسـت . امتیـاز بالاتـر نشـان مـی دهـد کـه پرسـتاران دارای سـطح حساسـیت اخلاقـی بالاتـری هسـتند. بـر اسـاس ایـن پرسشـنامه پرسـتارانی که نمـره بین ۰ تا ۲۵ را کسـب کننـد دارای حساسـیت اخلاقـی کـم ، پرسـتارانی کـه نمـره بیـن ۲۶ تـا ۷۵ را کسـب کننـد دارای مراقبـت پرسـتاری متوسـط و پرسـتارانی کـه نمـره بیـن ۷۶ تـا ۱۰۰ را کسـب کننـد دارای حساسـیت اخلاقـی بالایـی مـی باشـند. روایـی پرسشـنامه اسـتاندارد حساسـیت اخلاقـی پرسـتاران در تصمیـم گیـری در ایـران توسـط حسـن پـور و همـکاران در کرمـان بررسـی شـد و قابـل قبـول گـزارش شـد و پایایـی آن ۰/۸۱ بـه دسـت آمـد. پایایـی پرسشـنامه هـا در مطالعـه ی حاضـر از طریـق محاسـبه آلفـای کرونبـاخ بـا ۲۵ نفـر از پرسـتاران سـنجیده شـد. ضریـب پایایـی آلفـای کرونبـاخ پرسـش نامـه حساسـیت اخلاقـی پرسـتاران ۰/۷۵ محاسـبه شـد. پرسشـنامه مراقبـت هـای پرسـتاری فرامـوش شـده توسـط کالیـش (۲۰۰۹) بـه منظـور سـنجش مراقبـت هـای پرسـتاری فرامـوش شـده طراحـی و تدویـن شـده اسـت. ایـن پرسشـنامه دارای ۲۴ سـوال (هـر سـوال یـک بعـد) مـی باشـد ماننـد حرکـت دادن بیمـار، ارزیابـی، آمـوزش، برنامـه ریـزی ترخیـص، تجویـز دارو، کنتـرل قنـد خـون و..... . بـرای هـر یـک از ایـن گویـه هـا، چهـار گزینـه در قالـب لیکـرت طراحـی شـده اسـت: بـه نـدرت فرامـوش مـی کنـم (نمـره ۱) هـر از گاهـی فرامـوش مـی کنـم (نمـره ۲) مرتبـا فرامـوش مـی کنـم (نمـره ۳) همیشـه فرامـوش مـی کنـم (نمـره ۴) تعلـق مـی گیـرد . بیشـترین نمـره ۹۶ و کمتریـن نمـره ۲۴ اسـت. نمـره بالاتـر نشـان دهنـده بالاتـر بودن امـکان فرامـوش شـدن مراقبـت اسـت.مینه و میانگیـن نمـرات ایـن پرسشـنامه ۶۰ مـی باشـد. روایـی پرسشـنامه در پژوهـش خواجـوی و همـکاران (۱۳۹۸) روایـی محتوایـی و صـوری و ملاکـی ایـن پرسشـنامه مناسـب ارزیابـی شـده اسـت. ضریـب آلفـای کرونبـاخ محاسـبه شـده در پژوهـش خواجـوی و همـکاران

(۱۳۹۸) بـرای ایـن پرسشـنامه بـالای ۰/۷بـرآورد شـد. پایایـی پرسشـنامه هـا در مطالعـه ی حاضـر از طریـق محاسـبه آلفـای کرونبـاخ بـا ۲۵ نفـر از پرسـتاران سـنجیده شـد . ضریـب پایایـی آلفـای کرونبـاخ پرسشـنامه مراقبـت پرسـتاری فرامـوش شـده ۰/۹۱ کـه قابـل قبـول بـود.

افـراد نمونـه بـه روش اسـتفاده از اعـداد تصادفـی بـه تعـداد ۲۲۰ نفـر از هـر سـه بیمارسـتان انتخـاب شـدند. پرسشـنامه هـا از طریـق پـرس لایـن طراحـی شـده از طریـق سـه لینـک جـدا جهـت سـوالات پرسشـنامه هـای حساسـیت اخلاقـی ، مراقبـت پرسـتاری فرامـوش شـده و جمعیـت شناسـی و در ابتـدای هر سـه شـیفت و بـا رعایـت زمـان بنـدی تـا پرسـتاران بتواننـد در محیـط آرام و بـدون اسـترس و بـا تمرکـز کامـل بـه پرسشـنامه ها پاسـخ دهنـد بـه افـراد ارسـال شـد. بـرای پرسشـنامه هـای حساسـیت اخلاقـی و مراقبـت پرسـتاری فرامـوش شـده ۲۰ دقیقـه و بـرای پرسشـنامه دموگرافیـک ۱۰ دقیقـه وقـت در نظـر گرفتـه شـد. پـس از کامـل شـدن پرسشـنامه هـا اطلاعـات از طریـق نـرم افـزار SPSS22 مـورد تجزیـه و تحلیـل قـرار گرفـت. در بررسـی اولیـه پژوهـش ابتـدا نرمـال بـودن توزیـع نمونـه هـا بـا آزمـون کولموگـروف اسـمیرنوف بررسـی شـد، داده هـا از توزیـع نرمـال تبعیـت نکردنـد. بـا اسـتفاده از ضریـب همبسـتگی اسـپیرمن ، میـزان ارتبـاط بیـن حساسـیت اخلاقـی و مراقبـت پرسـتاری فرامـوش شـده سـنجیده شد.سـطح معنـاداری آزمـون هـا هـم زیـر ۰/۰۵ معنـادار در نظـر گرفتـه شـد.

یافته ها

جـدول ۱ (توزیـع فراوانـی مشـخصات جمعیـت شناسـی) نشـان مـی دهـد کـه ۶۶/۴ درصـد شـرکت کننـدگان زن بودنـد . میانگیـن سـن واحدهـای پژوهـش ۳۵ سـال بـود. ۵۳ درصـد از واحدهـای پژوهـش متاهـل بودنـد. ۹۵/۴ درصـد آن هـا دارای مـدرک تحصیلـی لیسـانس بودنـد. پرسـتاران بـا سـابقه کار ۱ تـا ۱۰ سـال دارای بالاتریـن میانگیـن بودنـد. ۶۵درصـد بـه صـورت اسـتخدام قـراردادی و شـرکتی بودنـد. ۳۰درصـد شـیفت هـا بـه صـورت گردشـی بـود. ۶۲/۲درصـد واحـد هـای پژوهـش در بخـش هـای غیـر ویـژه بودنـد. حقـوق ۷۹/۷ درصـد پرسـتاران کمتـر از ۲۰ میلیـون تومـان در مـاه بـود. ۶۴/۱ درصـد دارای رضایـت شـغلی کـم هسـتند .۶۲/۲ درصـد پرسـتاران بیـن ۴۰ تـا ۵۹ سـاعت در هفتـه کار مـی کننـد.

جدول ۱: جدول توزیع فراوانی جمعیت شناسی و مقایسه ارتباط ان با مراقبت پرستاری فراموش شده

متغیر	زیر گروه	فراوانی	درصد	مراقبت فراموش‌شده	p-value
جنسیت	زن	۱۴۴	۶۶/۴	۳۹/۴۸	۰/۰۲
	مرد	۷۳	۳۳/۶	۳۵/۹۷	
تاهل	مجرد	۱۰۲	۴۷	۳۶/۷۱	۰/۵۵
	متاهل	۱۱۵	۵۳	۳۷/۵۵	
تحصیلات	لیسانس	۲۰۷	۹۵/۴	۳۶/۹۱	۰/۱۳
	فوق لیسانس	۱۰	۴/۶	۴۲/۱۰	
رضایت شغلی	کم	۱۳۹	۶۴/۱	۳۶/۲۲	۰/۰۸
	زیاد	۷۸	۳۵/۹	۳۸/۸۲	
بخش	ویژه	۸۲	۳۷/۸	۳۳/۹۱	p-value<۰/۰۰۱
	غیر ویژه	۱۳۵	۶۲/۲	۳۹/۱۱	
شیفت	روزکار	۸۰	۳۶/۹	۳۶/۱۴	۰/۴۲
	شب کار	۷۲	۳۳/۱	۳۸/۴۲	
	درگردش	۶۵	۳۰	۳۷	
بیمارستان	بانک ملی	۷۶	۳۵	۳۶/۰۳	۰/۳۷
	ضیاییان	۷۰	۳۲/۳	۳۸/۵۱	
	ابن سینا	۷۱	۳۲/۷	۳۷/۰۱	

حقوق	کمتر از ۲۰ میلیون تومان	۱۷۳	۷۸/۷	۳۷/۰۶	۰/۸
	بیشتر از ۲۰میلیون	۴۴	۲۱/۳	۳۷/۵۰	
میزان کار در هفته	کمتر از ۴۰ ساعت	۷۶	۳۵/۱	۴۰/۶۵	۰/۰۱
	۴۰تا۵۹ساعت	۱۳۵	۶۲/۲	۳۵/۵۸	
	بیشتر از ۶۰ ساعت	۶	۲/۷	۳۸/۵۸	
سن	۲۰تا ۳۰ سال	۱۰۱	۴۶/۵	۳۶/۶۲	۰/۴۳
	۳۱تا۴۰ سال	۸۲	۳۷/۷	۳۷/۸۸	
	۴۱ تا ۵۰ سال	۲۹	۱۳/۳	۳۸/۰۷	
	۵۱تا۶۰ سال	۵	۲/۳	۳۰/۶۰	
نوع استخدامی	رسمی	۴۶	۲۱/۲	۴۰/۶۵	۰/۱۲
	پیمانی	۲۰	۹/۲	۳۵/۱۵	
	قراردادی	۷۱	۳۲/۷	۳۶/۷۹	
	طرحی	۹	۴/۱	۳۸/۱۱	
	شرکتی	۷۱	۳۲/۷	۳۵/۶۹	

نتایج جدول ۱ نشان می دهد در متغیر جنسیت، پرستاران زن کمتر از پرستاران مرد مراقبت پرستاری فراموش شده دارند (p value=۰/۰۲) .همچنین پرستاران در بخش های ویژه ، دارای مراقبت پرستاری فراموش شده ی کمتری نسبت به بخش های غیرویژه دارند (p value<۰/۰۰ ۱).

همچنین نتایج نشان داد پرستارانی که بین ۴۰ تا ۶۰ ساعت در هفته کار می کنند دارای مراقبت پرستاری کمتری نسبت به پرستارانی که کمتر یا بیشتر از این مقدار کار می کنند هستند (p value= ۰/۰۱۳). در سایر متغیرها تفاوت معنی دار نبود.

جدول ۲: آمار توصیفی ابعاد پرسشنامه مراقبت پرستاری فراموش شده: هر کدام از سوالات یک بعد است.

نوع مراقبت	میانگین	انحراف معیار
۱ .شرکت در کنفرانس های علمی مراقبت از بیمار	۲/۰۳	۰/۹۶۹
۲. نظارت بر آماده کردن غذا برای بیماری که خودش می تواند غذا بخورد	۱/۸۶	۱/۰۵۱
۳. همکاری و نظارت در توالت رفتن بیمار در ۱۵ دقیقه اول درخواست	۱/۵۱	۰/۷۸۲
۴. نظارت بر غذا دادن به بیمار قبل از آنکه سرد شود	۱/۸۵	۰/۹۷۵
۵.انجام مراقبت های دهان و دندان	۱/۸۲	۰/۹۲۱
۶. انجام یا نظارت بر حمام بیمار و مراقبت های پوست	۱/۷۵	۱/۰۵۶
۷. جابه جا کردن بیمار هر ۲ ساعت	۱/۵۸	۰/۷۴۸
۸. حمایت عاطفی از بیمار و خانواده	۱/۶۹	۰/۸۵۲
۹. ارزیابی تاثیر داروها	۱/۷۶	۰/۹۸۸
۱۰. آموزش به بیمار درباره بیماری آزمایش ها و تست های تشخیصی	۱/۶۱	۰/۸۵۴
۱۱. تمرکز بر ارزیابی مجدد بیمار بر اساس شرایط وی	۱/۶۱	۰/۸۱۶
۱۲. شستن دست ها قبل از انجام مراقبت	۱/۵۷	۰/۷۵۵
۱۳. حرکت دادن بیمار ۲ بار در روز یا بر اساس دستور پزشک	۱/۵۰	۰/۷۵۸
۱۴. مراقبت از زخم پوستی	۱/۳۵	۰/۶۱۴
۱۵. آموزش بیمار هنگام ترخیص	۱/۴۱	۰/۷۰۲
۱۶. پاسخ به زنگ اخبار بیمار حداکثر ظرف ۵ دقیقه	۱/۳۵	۰/۵۹۰
۱۷. تجویز داروهای PRN حداکثر ظرف ۱۵ دقیقه بعد از درخواست بیمار	۱/۳۷	۰/۵۶۴
۱۸. ارزیابی کلی بیمار در هر نوبت کاری	۱/۵۲	۰/۷۴۰

۱۹. ارزیابی و مراقبت از مسیرهای وریدی محیطی و مرکزی بیمار	۱/۳۵	۰/۶۶۳
۲۰. تجویز داروها در بازه زمانی حداکثر ۳۰ دقیقه قبل یا بعد از زمان برنامه ریزی شده	۱/۴۰	۰/۵۸۶
۲۱. کنترل جذب و دفع مایعات	۱/۴۲	۰/۶۸۴
۲۲. اندازه گیری علایم حیاتی بر اساس دستور پزشک	۱/۳۴	۰/۵۸۷
۲۳. ثبت کامل اطلاعات ضروری بیمار	۱/۳۰	۰/۵۴۴
۲۴. کنترل قند خون با گلوکومتر	۱/۲۱	۰/۵۳۴
نمرهٔ کل	۳۷/۱۵	۱۰/۶۶۲

جدول ۲ (آمار توصیفی ابعاد پرسشنامه مراقبت پرستاری فراموش شده) نشان می دهد بیشترین میانگین نمره مراقبت پرستاری فراموش شده مربوط به شرکت در کنفرانس های علمی با میانگین ۲/۰۳ و نظارت بر آماده کردن غذا برای بیماری که خودش می تواند غذا بخورد با میانگین ۱/۸۶ می باشد و این بدین معنی است که بیشتر از سایر موارد فراموش می شود.

کمترین میانگین نمره مراقبت پرستاری فراموش شده مربوط به کنترل قند خون با گلوکومتر با میانگین ۱/۲۱ وثبت کامل اطلاعات ضروری بیمار با میانگین ۱/۳ می باشد. و این بدین معنی است که کمتر از سایر موارد فراموش می شود. میانگین مراقبت پرستاری فراموش شده ۳۱/۸۹ می باشد که از حد میانه کمتر بوده است.

جدول ۳: بررسی تاثیر حساسیت اخلاقی و ویژگی های دموگرافیک بر مراقبت های پرستاری فراموش شده با استفاده از رگرسیون خطی چندگانه

متغیر	سطح	ضریب	خطای معیار	مقدار احتمال
جنسیت	مرد (سطح مرجع)	----	----	-----
	زن	-۳/۰۸	۱/۵۴	۰/۰۴۶
رضایت	کم (سطح مرجع)	----	----	----
	زیاد	۵/۶۷	۱/۴۹	<۰/۰۰۱
بخش	ویژه (سطح مرجع)	----	-----	----
	غیر ویژه	۵/۴۲	۱/۴۶	<۰/۰۰۱
وضعیت استخدامی	رسمی (سطح مرجع)	----	----	----
	پیمانی	-۵/۱۸	۲/۶۷	۰/۰۵۴
	قراردادی	-۱۲/۲۰	۴/۳۷	۰/۰۰۵
	شرکتی	-۲/۹۶	۲/۳۸	۰/۲۱۶
بیمارستان	بانک ملی (سطح مرجع)	-----	-----	-----
	ضیاییان	۴/۵۲	۲/۳۲	۰/۰۵۲
	ابن سینا	۱۰/۴۶	۴/۶۸	۰/۰۲۶
حساسیت اخلاقی پرستاران	----	-۰/۳۰	۰/۰۶۵	<۰/۰۰۱

متغیر وابسته = مراقبت های پرستاری فراموش شده
چون تعداد طرحی ها کم بود در شرکتی ها ادغام شد.

میزان مراقبت های پرستاری فراموش شده در زنان نسبت به مردان (سطح مرجع) با ثابت بودن بقیه متغیرها به طور متوسط ۳/۰۸ کمتر است .میزان مراقبت های پرستاری فراموش شده در بخش غیر ویژه نسبت به ویژه (سطح مرجع) با ثابت بودن بقیه متغیرها به طور متوسط ۵/۴۲ بیشتر است . میزان مراقبت های پرستاری فراموش شده در وضعیت استخدامی قراردادی نسبت به رسمی (سطح مرجع) با ثابت بودن بقیه متغیرها به طور متوسط ۱۲/۲۰ کمتر است .میزان مراقبت های پرستاری فراموش شده در بیمارستان خصوصی نسبت به بیمارستان دولتی (سطح مرجع) با ثابت بودن بقیه متغیرها به طور متوسط ۱۰/۴۶ بیشتر است .به ازای یک واحد افزایش متغیر حساسیت

اخلاقی پرستاران ، متغیر مراقبت های پرستاری فراموش شده به طور متوسط ۰/۳ کاهش می یابد.

جدول ٤: آمار توصیفی حساسیت اخلاقی با توجه به ابعاد آن در پرستاران: (حیطه ها به مقیاس ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شدند تا مقایسه نمره های آن ها امکان پذیر شود).

ابعاد حساسیت اخلاقی	بیشینه و کمینه	میانگین و انحراف معیار
Modifying autonomy میزان احترام به استقلال مددجو	۶۸/۷۵ – ۱۲/۵۰	۴۷/۴۶ (۱۲/۰۱)
Relational orientation میزان آگاهی از نحوه ارتباط با بیمار	۱۰۰ –۵	۷۲/۲۳ (۱۶/۵۸)
Following the rules دانش حرفه ای	۱۰۰ –۰	۴۰/۱۴ (۲۳/۵۱)
Experiencing moral conflict تجربه مشکلات و کشمکش های اخلاقی	۱۰۰ – ۱۶/۶۷	۶۶/۲۴ (۱۵/۵۹)
Structuring moral meaning به کارگیری مفاهیم اخلاقی در تصمیم گیری های اخلاقی	۱۰۰ – ۵	۵۷/۳۵ (۱۵/۷۴)
Expressing benevolence صداقت و خیرخواهی	۱۰۰ – ۷/۱۴	۵۳/۸۵ (۱۶/۵۱)
نمره دهی کل پرسشنامه	۱۰۰ – ۵	۵۹/۹۳ (۱۰/۲۸)

نتایج جدول ۴: (امار توصیفی را در خصوص حساسیت اخلاقی و ابعاد آن در پرستاران) نشان می دهد، بیشترین میانگین نمره ی حساسیت اخلاقی پرستاران در بعد آگاهی از نحوه ارتباط با بیمار با میانگین ۷۲/۲۳ می باشد و این به این معناست که پرستاران دارای حساسیت اخلاقی بالاتری در این بعد نسبت به سایر ابعاد هستند و کمترین میانگین نمره ی حساسیت اخلاقی پرستاران در بعد میزان دانش حرفه ای با میانگین ۴۰/۱۴ می باشد . که این به این معناست که پرستاران دارای حساسیت اخلاقی کمتری در این بعد نسبت به سایر ابعاد هستند . همچنین نتایج نشان داد میزان نمره حساسیت اخلاقی در بین پرستاران ۵۹/۹۳ می باشد که در سطح متوسط (۷۵–۲۶) قرار دارد. نمره ابعاد بر اساس تعداد آیتم ها تعدیل شد تا مقایسه بین آن ها منطقی باشد.

میزان ارتباط بین حساسیت اخلاقی پرستاران و مراقبت پرستاری فراموش شده با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن محاسبه شد.(p-value<۰/۰۰۱ و r=- ۰/۲۴۸. تفاوت معنی دار است و رابطه معکوس دارند.

جدول ۵: ارتباط بین نمرات حساسیت اخلاقی و ابعاد آن با مراقبت های پرستاری فراموش شده

متغیر	حساسیت اخلاقی پرستاران	بعد میزان احترام به استقلال مددجو	بعد میزان آگاهی از نحوه ارتباط با بیمار	بعد میزان دانش حرفه ای	تجربه مشکلات و تعارض های اخلاقی	به کارگیری مفاهیم اخلاقی در تصمیم گیری های اخلاقی	صداقت و خیرخواهی
ضریب همبستگی اسپیرمن مراقبت پرستاری فراموش شده	–۰/۲۴۸	–۰/۲۳۵	–۰/۴۰۴	–۰/۰۱۳	–۰/۱۷۷	–۰/۲۹۲	–۰/۰۰۹
مقدار احتمال مراقبت پرستاری فراموش شده	p< ۰/۰۰۱	p< ۰/۰۰۱	p< ۰/۰۰۱	۰/۸۴۷	۰/۰۰۹	p< ۰/۰۰۱	۰/۸۹۹

نتایج جدول ۵ نشان می دهد بین نمرات حساسیت اخلاقی و مراقبت پرستاری فراموش شده ارتباط معنادار و معکوس وجود دارد.

همچنین نتایج نشان می دهد بین ابعاد احترام به استقلال مددجو، آگاهی از نحوه ارتباط با بیمار، تجربه مشکلات و تعارض های اخلاقی و به کارگیری مفاهیم اخلاقی در تصمیم گیری های اخلاقی با مراقبت پرستاری فراموش شده ارتباط معناداری وجود دارد. بنابراین میان حساسیت اخلاقی در تمامی ابعاد با مراقبت پرستاری فراموش شده ارتباط معنادار معکوسی وجود دارد.

بحث

یافته مطالعه حاضر نشان داد که مراقبت پرستاری فراموش شده در پرستاران بالینی نسبتا کم می باشد. هم راستا با مطالعه حاضر خواجوی و همکاران در کرمان (۲۰۱۹) نیز در مطالعه خود میانگین نمره مراقبت پرستاری فراموش شده را کم گزارش نمودند (۷). اما مطالعه امامی و همکاران (۲۰۱۵) نشان دادند که مراقبت پرستاری فراموش شده در

بخش مراقبت ویژه نوزادان در سطح متوسط می باشد (۳). یکی از دلایل احتمالی تفاوت در نتایج می تواند مربوط به نوع بخش پرستاران مورد مطالعه باشد. در مطالعه حاضر پرستاران شاغل در بخش های بزرگسال وارد مطالعه شدند . ماهیت مراقبت ، بیماران تحت مراقبت و فرایندهای مراقبتی در این بخش ها با بخش ویژه متفاوت می باشد. همچنین مطالعه Jones و همکاران (۲۰۱۵) هم گزارش کردند که به طور بین المللی شیوع مراقبت های پرستاری فراموش شده در میان کارکنان پرستاری شاغل در بخش های مراقبتی بالاست (۶). بیشترین میانگین نمره مراقبت های فراموش شده به شرکت در کنفرانس های علمی جهت مراقبت از بیمار تعلق گرفته است .kalisch و Tschannen(۲۰۱۱) و Kalisch و Lee (۲۰۱۲) نیز در نتایج اذعان داشتند که شرکت در کنفرانس های علمی مراقبت از بیمار بعدی بود که پرستاران کمترین توجه را بدان داشتند. (۲۷, ۲۸). در مورد شرکت در کنفرانس های علمی به عنوان بالاترین مراقبت فراموش شده می توان ذکر کرد که نا مناسب بودن زمان تشکیل کلاس ها می تواند یکی از دلایل مهم باشد . البته امکان دارد که در نگاه اول این مورد اگر فراموش شود زیاد مهم نباشد ولی باید یاداور شد شرکت نکردن پرستاران در کلاس های افزایش دانش و توانمندی مراقبت باعث کاهش اطلاعات و به روز نبودن دانش مراقبت پرستاران در بالین می شود و در نهایت بر کیفیت ارایه ی مراقبت های پرستاری تاثیر منفی می گذارد. Reichert و همکاران (۲۰۱۷) زمان برگزاری و مکان برگزاری دوره های اموزشی پرستاران در بیمارستان را در امر شرکت در دوره های اموزش مراقبتی موثر می دانند (۲۹). بر خلاف بیشترین مراقبت پرستاری فراموش شده در بخش عدم شرکت در اموزش های مراقبتی ، وطن خواه و همکاران بیان کردند بالاترین مراقبت های پرستاری فراموش شده مربوط است به آماده کردن وعده های غذایی برای بیمارانی که خودشان غذا می خورند. می توان گفت پرستاران این گونه اقدامات اولیه جهت برطرف کردن نیاز های فیزیولوژیک بیمار را جز شرح وظایف پرستاری تلقی نمی کنند (۲۵).

شایان ذکر است، کمترین مراقبت های فراموش شده در این مطالعه در بخش کنترل قند خون و ثبت اطلاعات در پرونده بوده است . این یافته ها با نتایج مطالعه John (۲۰۱۶) و همکاران و kalisch و همکاران (۲۰۱۲) مطابقت دارد (۲۷, ۳۰). از دلایل کم تر فراموش شدن کنترل قند خون و ثبت اطلاعات از طرف پرستاران می تواند وجود سیستم دقیق ثبت این موارد در پرونده و در اوراق مخصوص باشد که به پرستاران در یاداوری انجام این مراقبت کمک می کند. یکی دیگر از دلایل کمتر فراموش شدن موارد پیش گفت می تواند اهمیت ان از جنبه های حیاتی برای بیمار باشد و از طرفی از نظر قانونی پرستار در هر نوبت کاری موظف است که این گونه اطلاعات را به نوبت کاری بعدی تحویل دهد (۳۱).

متغییر حساسیت اخلاقی پرستاران، در مطالعه ما در سطح متوسط گزارش شد بیشتر پرستاران مطالعه ی حاضر سطوح متوسطی از حساسیت اخلاقی را نشان دادند. متوسط بودن حساسیت اخلاقی پرستاران، نشان دهنده اهمیت دادن نسبی پرستاران به رعایت اصول اخلاقی در امر ارایه مراقبت اخلاق مدار به بیماران است. سطح متوسط حساسیت اخلاقی در میان پرستاران نشان دهنده آگاهی و توجه آنها به این جنبه از اخلاق حرفه ای است. با این حال، این سطح از حساسیت اخلاقی ممکن است برای ارایه مراقبت جامع از بیمار کافی نباشد و می تواند منجر به نادیده گرفته شدن مواردی در ارایه ی مراقبت شود (۳۲). بر اساس یافته های مطالعه مقامی و همکاران (۲۰۱۸) سطح حساسیت اخلاقی پرستاران، نیز متوسط بود (۳۳). در مطالعه کیم و همکاران که در سال ۲۰۰۵ انجام شد، میانگین نمره حساسیت اخلاقی پرستاران متوسط گزارش گردید (۳۴). صدر اللهی و خلیلی (۱۳۹۴) با بررسی حساسیت اخلاقی ۲۲۱ نفر از پرستاران، سطح حساسیت اخلاقی ۶۳/۸ درصد آنان را در حد متوسط گزارش نمودند (۳۵). بر خلاف موارد پیش گفت زوزلو و همکاران (۲۰۰۷) در مطالعه ای که در ایالات متحده انجام داد، میزان حساسیت اخلاقی پرستاران را در حد بالا گزارش نمود (۳۶). فیلیپوا و همکاران نیز (۲۰۰۹) نشان دادند که پرستاران برای تصمیم گیری مراقبتی، از حساسیت اخلاقی کافی برخوردار نیستند (۳۷). در جمع بندی می توان گفت برخورداری از حساسیت اخلاقی در پرستاران تحت تاثیر عوامل زیادی است که می توان به جو فرهنگی منطقه مورد پژوهش، انگیزه پرستاران جهت ادامه کار، نوع محل اشتغال، میزان توجهات سازمان به مطالبات پرستاران و وضعیت روحی و روانی آنان اشاره کرد (۳۵).

در مطالعه حاضر در میان ابعاد حساسیت اخلاقی بیشترین حساسیت پرستاران در حیطه میزان آگاهی از نحوه ارتباط با بیمار بوده است. همراستا با نتایج ذکر شده در مطالعه

فراست کیش و همکاران (۲۰۱۵) نیز بیشترین امتیاز، در بعد آگاهی از نحوه ارتباط با بیمار بود (۳۸). برقراری ارتباط موثر، عاطفی و دلسوزانه همراه با همدلی و همدردی پرستاران زمینه اطمینان و اعتماد بیماران و سایرین را فراهم می کند و از نشانه های داشتن حساسیت اخلاقی در پرستاران است. در مطالعه ایزدی و همکاران (۱۳۹۲) که هدف آن بررسی همبستگی حساسیت اخلاقی پرستاران در تصمیم گیری با رفتار مراقبتی آنها بود، پرستاران در بعد آگاهی از نحوه ارتباط با بیمار بیشترین نمره حساسیت اخلاقی را کسب کردند که همسو با مطالعه حاضر بود (۳۹). اما در مطالعه ابدو و همکاران (۲۰۱۰) بعد صداقت و خیر خواهی بالاترین نمره را در میان ابعاد حساسیت اخلاقی به خود اختصاص داده است (۴۰). اعمال اخلاقی پرستاران فرایند پیچیده ای است که با فرایند تصمیم گیری اخلاقی و رفتارهای فرد همراه است . عواملی مثل ارزش های شخصی و حرفه ای پرستار، تجربیات، دانش، مهارت، قوانین و دستورالعمل ها نقش مهمی در این فرایند دارند و می توان منجر به ایجاد حساسیت در ابعاد مختلف در افراد گردد (۳۰). حاجی بابایی و همکاران (۲۰۲۲) در مطالعه خود ابراز داشتند که در میان ابعاد حساسیت اخلاقی پرستاران ، تجربه مشکلات و تعارض های اخلاقی بالاترین سطح را بخ خود اختصاص داده است (۴۱). در مطالعه حاجی بابایی و همکاران که در طول پاندمی کووید ۱۹ انجام شده است پرستاران بالاترین میزان تعارض های اخلاقی را تجربه نموده اند که مساله بر حساسیت اخلاقی پرستاران بسیار تاثیرگذار است. نتایج مطالعه ایزدی و همکاران نشان داد بیشترین نمره ی حساسیت اخلاقی پرستاران در بعد میزان احترام به استقلال مددجو بوده است (۴۲).

در مطالعه ی ما نیز در میان ابعاد حساسیت اخلاقی کمترین نمره مربوط به حیطه دانش حرفه ای است . مطالعه فراست کیش و همکاران (۲۰۱۵) با عنوان بررسی حساسیت اخلاقی پرستاران بخش مراقبت ویژه در مرکز قلب و عروق شهید رجایی انجام شد نیز بعد دانش حرفه ای دارای کمترین امتیاز بود. حساس نبودن پرستاران به کسب و بکار گیری دانش حرفه ای از یک سو اشاره به گپ بین دانش نظری و بکار گیری در عمل دارد. گویی پرستاران زمانی که دانش کافی ندارند روی به روتین کاری می اورند تا صرفا مسولیت هایی که به عهده ی انان است را به اتمام برسانند. شرایط محیط کار، عدم تناسب پرستار به بیمار و دستمزد نا متعادل باعث می شود تا انگیزه پرستاران نسبت به یادگیری دانش و بکارگیری ان کمتر گردد (۳۸).

نتایج نشان می‌دهد که بین حساسیت اخلاقی و مراقبت پرستاری فراموش شده ارتباط معنی‌دار و معکوسی برقرار است. همچنین حساسیت اخلاقی پرستاران و مراقبت پرستاری فراموش شده از طریق رگرسیون خطی چندگانه مورد بررسی قرار گرفت که به ازای یک واحد افزایش متغیر حساسیت اخلاقی، متغیر مراقبت پرستاری فراموش شده به طور متوسط ۰/۳ کاهش می یابد .در مطالعه فولادی و همکاران (۲۰۲۴) بین حساسیت اخلاقی و مراقبت پرستاری فراموش شده رابطه معکوس و معنادار گزارش شده است (۳۲) به نظر می رسد عواملی چون منابع انسانی، مالی و ارتباطات، به عنوان پیش بینی کننده مراقبت از دست رفته پرستاری مطرح می باشد (۳۲). در مطالعه Xiaobing و همکاران (۲۰۲۴) که با هدف بررسی ارتباط بین حساسیت اخلاقی، مراقبت پرستاری فراموش شده و دیسترس اخلاقی در میان پرستاران جدید الورود انجام شده است. متغیر مراقبت پرستاری فراموش شده با حساسیت اخلاقی رابطه منفی و معنادار داشت (۴۳) همچنین در مطالعه نوبهار و همکاران (۲۰۲۳) بین کار گروهی ،حساسیت اخلاقی و مراقبت پرستاری فراموش شده رابطه معنادار و منفی وجود داشت. بر خلاف مطالعات ذکر شده در مطالعه آهن ساز و همکاران (۲۰۲۱) که با عنوان مراقبت پرستاری فراموش شده و رابطه آن با حساسیت اخلاقی پرستاران انجام شده است ارتباط معناداری بین حساسیت اخلاقی و مراقبت پرستاری فراموش شده وجود نداشت (۲۴). یکی از دلایل نتایج ضد و نقیص در خصوص ارتباط بین مراقبت پرستاری فراموش شده و حساسیت اخلاقی می تواند عوامل محیطی و سازمانی چون شرایط کاری، فشارهای زمانی، کمبود منابع و نیروی انسانی باشد، از دلایل دیگر می توان به عدم تناسب کفایت آموزش پرستاری و بکارگیری ان در عمل اشاره کرد. عامل دیگری چون خصوصیات و ویژگی‌های فردی شخصیتی، انگیزه‌ها و نگرش‌های فردی پرستاران نیز می‌توانند در معنادار نبودن ارتباط حساسیت اخلاقی و مراقبت پرستاری فراموش شده تأثیرگذار باشد. برخی پرستاران ممکن است به دلایل شخصی نتوانند با اینکه از سطوح قابل قبولی از حساسیت اخلاقی برخوردار هستند، حساسیت اخلاقی خود را به درستی در مراقبت‌های پرستاری نشان دهند. فرهنگ سازمانی بیمارستان یا مرکز درمانی نیز می‌تواند

تأثیر زیادی بر رفتار پرستاران داشته باشد. اگر فرهنگ سازمانی به اهمیت حساسیت اخلاقی توجه نکند، پرستاران نیز ممکن است در عمل و در امر ارایه ی مراقبت نتوانند به درستی ایفای نقش نمایند.

در بررسی ارتباط متغییرهای دموگرافیک با مراقبت پرستاری فراموش شده و حساسیت اخلاقی پرستاران نوع بخش ، جنس و نوع استخدام ،نوع بیمارستان با متغیرهای پیش گفت ارتباط معناداری داشتند.

نتایج مطالعه حاضر نشان می دهد ،مراقبت پرستاری فراموش شده در پرستاران شاغل در بخش های ویژه کمتر و حساسیت اخلاقی شان بیشتر است .به این علت که پرستاران شاغل در بخش های ویژه با بیماران در معرض خطر بیشتری کار می کنند و این بیماران نیاز به مراقبت بیشتر و دقیق تری دارند لذا پرستاران با حساسیت بیشتری به ارایه ی مراقبت از بیماران می پردازند (۳۲) در مطالعه قربان زاده و همکاران (۲۰۲۳) نشان داد که میانگین مراقبت پرستاری فراموش شده در پرستاران شاغل در بخش های ویژه کمتر از جنرال بوده است (۳).

در مطالعه حاضر پرستاران زن مراقبت های پرستاری فراموش شده کمتری نسبت به پرستاران مرد داشتند و حساسیت اخلاقی بیشتری نسبت به پرستاران مرد نشان دادند. گویی ویژگی های شخصیتی و نقش مادری در زنان سبب شده تا از حساسیت بیشتری در حرفه برخوردار باشند.

میزان مراقبت پرستاری فراموش شده در پرستارانی که در بیمارستان خصوصی کار می کنند نسبت به پرستارانی که در بیمارستان دولتی مشغول به کار هستند بیشتر است .از دلایل این تفاوت می توان به وضعیت پرداختی بهتر و بیشتر بودن انگیزه پرستاران بیمارستان دولتی و یک جا کار بودن ان ها به واسطه ثبات استخدامی شان اشاره کرد. اما در مقایسه وضع استخدامی نتایج نشان داد که پرستاران قراردادی حساسیت اخلاقی بالاتر و مراقبت پرستاری فراموش شده کمتری نسبت به پرستاران رسمی داشتند .یکی از دلایل احتمالی این امر می تواند انگیزه این افراد برای تبدیل وضعیت و ارایه ی سابقه ی درخشان کاری باشذ .

نتیجه گیری

از انجا که نتایج نشان داد که نیاز به ارتقای حساسیت اخلاقی پرستاران و فراهم کردن شرایط لازم برای کاهش مراقبت پرستاری فراموش شده کماکان حایز اهمیت است. مراقبت پرستاری فراموش شده می تواند اثرات مضر بر ایمنی بیمار کیفیت مراقبت و رضایت کلی بیمار داشته باشد. بنابراین مدیران پرستاری باید رسیدگی به این موضوع را در الویت برنامه ریزی خود قرار دهند. برای کاهش مراقبت پرستاری فراموش شده می توان از طریق آموزش ضمن خدمت، الگوسازی، ارایه دستورالعمل های اخلاقی و تشویق، حساسیت اخلاقی را تقویت نمود .علاوه بر این ، کاهش بار کاری پرستاران و ساعات کار ماهانه و بهبود درآمد آن ها می تواند مفید باشد. مدیران پرستاری همچنین باید به طور دوره ای سطوح حساسیت اخلاقی پرستاران و عوامل موثر بر آن و همچنین مراقبت پرستاری فراموش شده را ارزیابی کنند. این اطلاعات می تواند به آنها در طراحی مداخلات کمک کند و با اجرای مداخلات مناسب مانند آموزش باعث افزایش حساسیت اخلاقی و به دنبال آن کاهش مراقبت پرستاری فراموش شده شوند.

محدودیت های مطالعه

از محدودیت های این مطالعه می توان به رغبت کم پرستاران در پر کردن پرسشنامه ها اشاره کرد که این امر به حجم کاری زیاد پرستاران و کمبود وقت برای پرکردن پرسشنامه بر می گردد. علاوه بر این شرایط روانی و میزان انگیزش پرستاران و تمایل و دقت آن ها در پاسخ به سوالات، ممکن است در نتایج تاثیر گذار باشد.

سپاسگزاری

این پژوهش برگرفته از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد پرستاری سلامت جامعه در دانشگاه تربیت مدرس دانشکده علوم پزشکی با کد اخلاق IR.MODARES.REC.1402.239 است. پژوهشگران از کلیه پرستاران شرکت کننده در پژوهش جهت همکاری صمیمانه شان تقدیر و تشکر می نمایند.

References

1. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw ASJJoan. Missed nursing care: a concept analysis. 2009;65(7):1509-17. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x
2. Hernández-Cruz R, Moreno-Monsiváis MG, Cheverría-Rivera S, Díaz-Oviedo AJRl-ade. Factors influencing the missed nursing care in patients from a private hospital. 2017;25:e2877. https://doi.org/10.1590/1518-8345.1227.2877
3. Ghorbanzadeh S, Mancheri H, Sabzi ZJSJoN, Midwifery, Faculty P. Investigating Missed nursing care and factors related to them in general and intensive care departments from the nurses' point of view. 2023;9(2):187-99.
4. Ebadi J, Najafi E, Aghamohammadi V, Saeeidi S, NASIRI K. Missed nursing care and its related factors in Ardabil and Khalkhal educational and medical centers in 2020. 2021. https://doi.org/10.52547/jhc.23.1.78
5. Hessels AJ, Flynn L, Cimiotti JP, Cadmus E, Gershon RRJCns. The impact of the nursing practice environment on missed nursing care. 2015;3(4):60. https://doi.org/10.5430/cns.v3n4p60
6. Jones TL, Hamilton P, Murry NJIjons. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. 2015; 52(6):1121-37. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012
7. Khajooee R, Bagherian B, Dehghan M, Forouzi MA. Missed nursing care and its related factors from the points of view of nurses affiliated to Kerman University of Medical Sciences in 2017. 2019.
8. Papastavrou E, Andreou P, Efstathiou GJTIjohp, management. Rationing of nursing care and nurse-patient outcomes: a systematic review of quantitative studies. 2014;29(1):3-25. https://doi.org/10.1002/hpm.2160
9. Karimi H, Rooddehghan Z, Mohammadnejad E, Sayadi L, Haghani S. Causes of missed nursing care in emergency departments in selected hospitals of Tehran University of Medical Sciences: a descriptive study in Iran. 2021.
10. Lima JCd, Silva AEBdC, Caliri MHLJRl-ade. Omission of nursing care in hospitalization units. 2020;28:e3233. https://doi.org/10.1590/1518-8345.3138.3233
11. Cleary - Holdforth JJWoEBN. Missed nursing care: A symptom of missing evidence. 2019;16(2):88-91. https://doi.org/10.1111/wvn.12351
12. Lutzen K. Moral sensitivity: A study of subjective aspects of the process of moral decision-making in psychiatric nursing. 1995.
13. Shadi AZ, Zohreh V, Eesa M, Anoshirvan KJBn. Moral sensitivity of nursing students: a systematic review. 2024;23(1):99. https://doi.org/10.1186/s12912-024-01713-6
14. Lützen K, Blom T, Ewalds-Kvist B, Winch SJNe. Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals. 2010; 17 (2):213-24. https://doi.org/10.1177/0969733009351951
15. Varkey BJMP, Practice. Principles of clinical ethics and their application to practice. 2021;30(1):17-28. https://doi.org/10.1159/000509119
16. Sanjari M, Zahedi F. Ethical codes of nursing and the practical necessity in Iran. 2008.
17. Soltani Y, Moosazadeh Z, Alipour A, Esmaeili SJJonricp. Effective interventions for improvement of moral sensitivity among nurses: a systematic review. 2023:30-7. https://doi.org/10.32598/JNRCP.23.20
18. Hakimi H, Joolaee S, Ashghali Farahani M, Rodney P, Ranjbar HJBME. Moral neutralization: Nurses' evolution in unethical climate workplaces. 2020;21:1-10. https://doi.org/10.1186/s12910-020-00558-3
19. Kuilman L, Jansen GJ, Middel B, Mulder LB, Roodbol PFJJoan. Moral reasoning explained by personality traits and moral disengagement: A study among Dutch nurse practitioners and physician assistants. 2019;75(6):1252-62. https://doi.org/10.1111/jan.13939
20. Nazari S, Poortaghi S, Sharifi F, Gorzin S, Afshar PFJBHSR. Relationship between moral sensitivity and the quality of nursing care for the elderly with Covid-19 in Iranian hospitals. 2022;22(1):840. https://doi.org/10.1186/s12913-022-08258-x
21. Aljabouri A, Khoobi M, Ahmadi F, Rasekhi AJHE, Promotion H. The Relationship between Nurses' Moral Sensitivity and Patient Satisfaction in Iraqi Emergency Wards in 2021. 2023;11(3):373-9.
22. HosseinabadiFarahani M, Abbaszadeh A, Borhani FJME. Moral Sensitivity and its Dimensions in Iranian Critical Care Nurses. 2020;14(45):1-11.

23. Nobahar M, Ameri M, Goli SJBn. The relationship between teamwork, moral sensitivity, and missed nursing care in intensive care unit nurses. 2023;22(1):241. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01400-y
24. Ahansaz N, Adib-Hajbaghery M, Baghaei RJBn. Missed nursing care and its relationship with nurses' moral sensitivity: a descriptive-analytical study. 2024;23(1):169. https://doi.org/10.1186/s12912-024-01854-8
25. Vatankhah I, Rezaei M, Baljani EJIJN. The correlation of missed nursing care and perceived supervisory support in nurses. 2020; 33(126):103-16. https://doi.org/10.52547/ijn.33.126.103
26. Khajooee R, Bagherian B, Dehghan M, Azizzadeh Forouzi MJH. Missed nursing care and its related factors from the points of view of nurses affiliated to Kerman University of Medical Sciences in 2017. 2019;25(1):11-24.
27. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee H, Friese CRJAJoMQ. Hospital variation in missed nursing care. 2011;26(4):291-9. https://doi.org/10.1177/1062860610395929
28. Kalisch BJ, Lee KHJNo. Missed nursing care: Magnet versus non-Magnet hospitals. 2012;60(5):e32-e9. https://doi.org/10.1016/j.outlook.2012.04.006
29. Price S, Reichert CJAS. 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. 2017;7(2):17. https://doi.org/10.3390/admsci7020017
30. John ME, Mgbekem MA, Nsemo AD, Maxwell GIJJoN, Healthcare. Missed nursing care, patient outcomes and care outcomes in selected hospitals in Southern Nigeria. 2016;1(2):1-5. https://doi.org/10.33140/JNH/01/02/00011
31. Smith JG, Morin KH, Wallace LE, Lake ETJWjonr. Association of the nurse work environment, collective efficacy, and missed care. 2018;40(6):779-98. https://doi.org/10.1177/0193945917734159
32. Fouladi E, Mohammadi MA, Mozaffari NJJoN, Sciences M. Predicting Missed Nursing Care Based on Moral Sensitivity and Care-Related Factors. 2024(In Press). https://doi.org/10.5812/jnms-143728
33. Maghami M, Yektatalab S, Torabizadeh CJJGN. The attitude and the level of ethical sensitivity of nurses towards elderly patients in selected hospitals affiliated to Shiraz University of Medical Sciences. 2018;4:35-46.
34. Kim Y-S, Park J-W, You M-A, Seo Y-S, Han S-SJNe. Sensitivity to ethical issues confronted by Korean hospital staff nurses. 2005;12(6):595-605. https://doi.org/10.1191/0969733005ne829oa
35. A survey of professional moral sensitivity and associated factors among the nurses in west Golestan province of Iran. 2015;8(3):50-61.
36. Zuzelo PRJNe. Exploring the moral distress of registered nurses. 2007;14(3):344-59. https://doi.org/10.1177/0969733007075870
37. Filipova AAJNe. Licensed nurses' perceptions of ethical climates in skilled nursing facilities. 2009;16(5):574-88. https://doi.org/10.1177/0969733009106650
38. Farasatkish R, Shokrollahi N, Zahednezhad HJIJoCN. Critical care nurses' moral sensitivity in Shahid Rajaee heart center hospital. 2015;4(3):36-45.
39. Izadi A, Imani H, Noughabi F, Hajizadeh N, Naghizadeh FJIjome, medicine ho. Moral sensitivity of critical care nurses in clinical decision making and its correlation with their caring behavior in teaching hospitals of Bandar Abbas in 2012. 2013;6(2):43-56.
40. Abduo H, Baddar FJAu, Egypt. The relationship between work environment and moral sensitivity among faculty assistances at faculty of nursing. 2010;11(11):1375-87.
41. Hajibabaee F, Salisu WJ, Akhlaghi E, Farahani MA, Dehi MMN, Haghani SJBn. The relationship between moral sensitivity and caring behavior among nurses in iran during COVID-19 pandemic. 2022;21(1):58. https://doi.org/10.1186/s12912-022-00834-0
42. EIzadi A, Khademi Z, Asadi Noughabi FJIJME. The correlation of moral sensitivity of critical care nurses with their caring behavior. 2013;6(2):43-56.
43. Xu X, Wang Y, Meng J, Xia X, Cao W, Liu Y JJoCN. The Relationship Between Moral Sensitivity, Missed Nursing Care and Moral Distress Among New Nurses: A Cross-Sectional Study. 2024. https://doi.org/10.1111/jocn.17420