



Perspective of Pediatric Nurses about Missed Nursing Care and Related Factors

Mojgan Baraty¹, Naiire Salmani^{2*}, Azam Asgari³

1- Master Student Shahrekord University of Medical Sciences, Department, Shahrekord University of Medical Sciences, Sharekord, Iran.

2- Associate Professor, Children Growth Disorder Research Center, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

3- Bachelor, Shahid Sadoughi University of Medical Science, Shahid Sadoughi Hospital, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

Corresponding author: Naiire Salmani, Associate Professor, Children Growth Disorder Research Center, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

Email: n.salmani@ssu.ac.ir

Received: 9 May 2023

Accepted: 20 June 2023

Abstract

Introduction: Pediatric nursing care is different from adult nursing care because nurses are responsible for caring for children in a wide range of development and must also care for the sick child's family, so the occurrence of lost care in the department Children can have profound effects. The present study aims to determine the views of pediatric nurses about missed nursing care and factors related to it was conducted in Yazd hospitals in 1401.

Methods: The present descriptive-cross-sectional study was carried out on 80 nurses by counting all method. Data were collected through demographic questionnaire and missed nursing care questionnaire(factors related and types of) Data analysis was done by descriptive statistics (mean -standard deviation - frequency) using SPSS software version 23.

Results: The highest amount of missed care in terms of the three points above was respectively related to "oral care" with an average of 3.44 ± 1.29 , "change position every 2 hours or according to the order with an average of 3.37 ± 1.15 and evaluating the effectiveness of drugs with the average is 3.28 ± 1.19 . The investigation of the causes of missed care in three areas showed that in the area of work resources, "insufficient number of nurses" with an average of 3.5 ± 0.67 , the area of communication "incomplete delivery of the previous shift or sent unit" with an average of 3.77 ± 0.48 and the area of resources material "unavailability of drugs when needed" with an average of 3.79 ± 0.47 were the three main reasons.

Conclusions: It seems necessary that nursing managers plan interventions regarding the importance of paying attention to oral care, using standard shift delivery checklists and managing the supply and distribution of children's medicine to take a step towards reducing the missed nursing care.

Keywords: Nurses, Pediatric, Missed Care.



دیدگاه پرستاران بخش کودکان در رابطه با مراقبت پرستاری از دست رفته و عوامل مرتبط

مژگان براتی کهریزسنگی^۱، نیر سلمانی^{۲*}، اعظم عسگری^۳

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی شهرکرد، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.
۲- دانشیار، مرکز تحقیقات اختلالات رشد کودکان، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران
۳- کارشناس، بیمارستان شهید صدوقی یزد، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.

نویسنده مسئول: نیرسلمانی، دانشیار، مرکز تحقیقات اختلالات رشد کودکان، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران
ایمیل: n.salmani@ssu.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۳/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۲/۱۹

چکیده

مقدمه: مراقبت های پرستاری کودکان متفاوت از مراقبت های پرستاری بزرگسالان است زیرا پرستاران از یک سو مسئولیت مراقبت از کودکان در طیف گسترده ایی از تکامل را بر عهده دارند و از سوی دیگر بایستی از خانواده ی کودک بیمار نیز مراقبت کنند لذا وقوع مراقبت از دست رفته در بخش کودکان می تواند اثرات عمیقی را بر جا بگذارد. مطالعه حاضر با هدف تعیین دیدگاه پرستاران بخش کودکان درباره ی مراقبت پرستاری از دست رفته و عوامل مرتبط با آن در بیمارستان های شهر یزد در سال ۱۴۰۱ انجام شد.

روش کار: مطالعه ی توصیفی- مقطعی حاضر به شیوه ی تمام شماری بر روی ۸۰ پرستار انجام شد. ابزار جمع آوری داده ها شامل پرسشنامه های دموگرافیک و مراقبت پرستاری از دست رفته (علل وقوع و انواع) بود. داده های جمع آوری شده در نرم افزاری آماری SPSS نسخه ۲۳ با استفاده از آمار توصیفی (میانگین انحراف معیار- فراوانی) تحلیل شد.

یافته ها: بیشترین میزان مراقبت از دست رفته بر حسب سه امتیاز بالا از لحاظ میانگین و انحراف از معیار به ترتیب، "مراقبت از دهان" $3/44 \pm 1/29$ ، "تغییر وضعیت دادن کودک هر ۲ ساعت یا طبق دستور" $3/37 \pm 1/15$ و ارزیابی اثربخشی داروها $3/28 \pm 1/19$ بررسی علل مراقبت از دست رفته نشان داد که بر حسب سه امتیاز بالا از لحاظ میانگین و انحراف از معیار به ترتیب در حیطه ی منابع کاری، "تعداد ناکافی پرستاران" $3/5 \pm 0/67$ ، حیطه ارتباطات "تحويل دادن ناکامل شیفت قبلی یا واحد ارسالی" $3/77 \pm 0/48$ و حیطه منابع مادی "در دسترس نبودن داروها در صورت نیاز" $3/79 \pm 0/47$ سه علت اصلی بودند.

نتیجه گیری: ضروری است که مدیریت پرستاری در رابطه با اهمیت توجه به مراقبت دهان، استفاده از چک لیست های استاندارد تحويل شیفت و مدیریت نحوه تامین و توزیع داروهای بخش کودکان مداخلاتی را برنامه ریزی نمایند تا گامی در جهت کاهش مراقبت پرستاری از دست رفته برداشته شود.

کلیدواژه ها: پرستاران، کودکان، مراقبت از دست رفته.

مقدمه

مراقبت را رعایت نکنند و ممکن است طول معمول مراقبت را کوتاه کنند، مراقبت را به تاخیر بیندازند و یا مراقبتی را حذف کنند(۱). در این راستا برای اولین بار اصطلاح مراقبت از دست رفته در سال ۲۰۰۶ توسط Kalisch تعریف شد و شامل هر نوع مراقبت مورد نیاز

در میان تقاضاهای چند منظوره و کمبود منابع، پرستاران بایستی در مورد ارائه مراقبت با کیفیت قابل قبول انتخاب هایی را انجام دهند و گاهی اوقات، شرایط نامطلوب باعث می شود که پرستاران به دلایل مختلف استانداردهای

بررسی ونتایج نشان داد که نیمی از پرستاران حداقل در شیفت خود یک مورد یا بیشتر از یک مورد مراقبت از دست رفته را گزارش نمودند که در رابطه با ثبت گزارش، آموزش سلامتی، آمادگی ترخیص، بهداشت دهان، تجویز داروهای سروقت دارای مراقبت از دست رفته بوده و اگر چه مدیریت درد بعنوان یک الویت در بخش کودکان مورد توجه قرار می گیرد اما علی رغم با اهمیت بودن کنترل درد، تعداد کمی از پرستاران در این رابطه نیز مراقبت از دست رفته را گزارش کرده بودند (۱۶). Lima و همکاران (۲۰۲۰) نیز در بررسی مراقبت های پرستاری از دست رفته در بخش های مختلف بیمارستان اعم از کودکان، مراقبت ویژه نوزادان، داخلی، جراحی، ارتوپدی، مراقبت ویژه، مادران نوزادان، مراقبت ویژه جراحی و بخش بیماران گرمسیری به این نتیجه دست یافتند که پرستاران در بیرون از تخت نشانند بیمار، سه بار جابجایی بیمار در طی روز و مشارکت با تیم بین حرفه ایی جهت بحث درباره ی مراقبت سلامتی بیمار، مراقبت از دست رفته را گزارش می کنند (۱۷).

از آن جایکه مراقبت های پرستاری کودکان متفاوت از مراقبت های پرستاری بزرگسالان است و پرستاران بخش کودکان از یک سو مسئولیت مراقبت از کودکان را در طیف گسترده ایی از تکامل را بر عهده دارند و از سوی دیگر بایستی از خانواده ی کودک بیمار نیز مراقبت کنند (۱۸) و در مشارکت دادن والدین در امر مراقبت از کودک، آموزش والدین و ایجاد آمادگی برای ترخیص نقش مهمی را ایفا می کنند (۱۹) و وقوع مراقبت از دست رفته در بخش کودکان می تواند اثرات عمیقی را بر جا بگذارد که ناشی از تنوع طیف تکامل، افزایش شیوع بیماری های مزمن دوران کودکی و نیازمندی خانواده به مراقبت است (۱۸) لذا بهبود دادن کیفیت و ایمنی مراقبت های ارائه شده به کودکان بیمار وظیفه ی همه ی مراقبین است و ارائه به موقع و مناسب مراقبت پرستاری جهت کسب پیامدهای مناسب نبایستی دست کم گرفته شود و درک کردن نقش مراقبت پرستاری از دست رفته در بخش اطفال و نتایج ناشی از آن و شناسایی مداخلات کاهنده ی وقوع مراقبت از دست رفته می تواند یک حوزه ی بسار مهم پدیدار شده جهت انجام مطالعات بین حرفه ایی و بهبود دهنده مراقبت بیمارستانی کودکان باشد (۲۰).

لذا مطالعه ی حاضر با هدف تعیین دیدگاه پرستاران بخش کودکان درباره ی مراقبت پرستاری از دست رفته و عوامل

بیمار است که بطور کامل یا ناقص مورد غفلت قرار گرفته و یا به تاخیر افتاده می باشد (۲). البته مراقبت از دست رفته به عنوان یک نگرانی در کشورها به صورت های مختلف از جمله «مراقبت ناتمام»، «مراقبت انجام نشده باقی مانده»، «وظایف انجام نشده»، «تکمیل نشدن کار»، «نیازهای مراقبت پرستاری برآورده نشده» و «جیره بندی ضمنی پرستاری» توصیف شده است (۳).

اولین مطالعه توسط Kalisch، نشان داد، مراقبت های مورد نیاز بیماران که انجام نمی گیرد شامل حرکت دادن، برگرداندن، تغذیه، آموزش بیمار، برنامه ترخیص، حمایت عاطفی، بهداشت، ثبت جذب و دفع، سر کشی کردن و بررسی کردن بیمار بود (۲) و وقوع مراقبت از دست رفته می تواند پیامدهایی از قبیل زخم فشاری (۴)، خطاهای دارویی، سقوط، عفونت (۵، ۶)، پذیرش مجدد و حتی مرگ (۶) را برای بیماران به همراه داشته باشد و به موازات آن پرستاران نارضایتی شغلی، افزایش قصد ترک شغل و فرسودگی شغلی را تجربه می کنند و برای سازمان ها هم به نوبه ی خود پیامدهایی از قبیل افزایش هزینه های سازمان ناشی از افزایش طول مدت بستری بیمار، بستری مجدد و جبران خسارات وارده به بیماران را به دنبال خواهد داشت (۷).

لذا در سال های اخیر مطالعات مربوط به این موضوع به میزان قابل توجهی افزایش یافته و مراقبت های از دست رفته به عنوان یک مشکل در سراسر جهان مطرح شده است (۸) بطوریکه مرور متون خارج از کشور نشان داد که مطالعه ایی در امریکا شیوع مراقبت از دست رفته را ۲۷٪- ۱۰٪ (۹)، مطالعه ایی دیگر در ۱۲ کشور اروپایی، میانگین تعداد مراقبت پرستاری از دست رفته را ۱۳-۳/۶٪ (مراقبت ۱۰) و در انگلستان ۸۶٪ پرستاران حداقل یکی از سیزده مراقبت پرستاری لازم الاجرا را ناتمام گزارش کرده بودند (۱۱) و در ایران مطالعه ایی نشان داد که ۷۲/۱٪ پرستاران حداقل یک مورد مراقبت از دست رفته در طی شیفت قبلی را گزارش می کنند (۱).

در مجموع مرور متون حاکی از توجه و تمرکز به مراقبت از دست رفته در بخش های مربوط به بزرگسالان بوده (۱۵-۱۲) و در بخش کودکان این موضوع کمتر مورد بررسی و شناسایی قرار گرفته است بطوریکه در یک مطالعه، Lake و همکاران (۲۰۱۷) میزان مراقبت از دست رفته در بخش های کودکان، مراقبت ویژه نوزادان و مراقبت ویژه کودکان بیمارستان های مختلف کشور امریکا را از دیدگاه پرستاران

مؤگان براتی کهریزسنگی و همکاران

در زمینه ی ترجمه ی متون انگلیسی، به زبان فارسی ترجمه شده و سپس توسط تیم تحقیق، ترجمه ها بررسی و با یکدیگر مقایسه و تلفیق شده و نسخه نهایی فارسی آماده و جهت ترجمه برگردان آن به زبان انگلیسی به دو نفر متخصص در زمینه ی ترجمه ی متون فارسی به انگلیسی ارسال شد و بعد از دریافت نسخه های ترجمه شده و بررسی و ادغام آنها، نسخه ی نهایی ترجمه شده انگلیسی آماده شده و بعد از تایید نهایی توسط تیم تحقیقاتی و طراح ابزار، پژوهشگران روایی صوری و روایی محتوای و پایایی را بررسی کردند.

روایی محتوای به دو شیوه ی کمی و کیفی از طریق دریافت نظرات ده نفر از متخصصین انجام شد. پایایی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ بدست آمده و پایایی ابزار تایید شد و بعد از تایید روایی و پایایی، پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفت.

جهت جمع آوری داده ها پژوهشگران طی شیفت های مختلف صبح، عصر و شب به بخش های کودکان چهار بیمارستان (شهید صدوقی، شهدای کارگر، سیالشهداء و مجیبیان) مراجعه و بعد از معرفی خود و بیان اهداف مطالعه و نحوه ی انجام آن و بررسی معیار ورود به مطالعه و توضیح دادن در رابطه با کد اخلاقی مطالعه (IR.SSU.REC.1401.019) و جلب رضایت آگاهانه ی شفاهی و کتبی پرستاران حاضر در شیفت جهت شرکت در مطالعه از آنان درخواست شد تا به سوالات پرسشنامه پاسخ داده و پژوهشگر در بخش حضور داشته و در صورت نیاز به سوالات آنها پاسخ داد. بعد از جمع آوری پرسشنامه، جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی (میانگین- انحراف معیار - فراوانی) در نرم افزار آماری Spss نسخه ۲۳ استفاده شد.

یافته ها

یافته ها نشان داد که میانگین سنی پرستاران $6/65 \pm$ سال، میانگین سابقه کاری کلی $112/61 \pm 82/56$ ماه، میانگین سابقه کار در بخش کودکان $67/14 \pm 71/88$ میانگین ساعت کاری $26/77 \pm 169/08$ ساعت در ماه می باشد. یافته های سایر متغیرهای جمعیت شناختی در جدول ۱ ارائه شده است.

مرتبط با آن در بیمارستان های شهر یزد در سال ۱۴۰۱ انجام شد.

روش کار

این مطالعه توصیفی مقطعی در سال ۱۴۰۱ بر پرستاران شاغل در بخش های کودکان بیمارستان های شهر یزد انجام شد. کلیه ی پرستاران شاغل در سه نوع بیمارستان (دولتی، تامین اجتماعی و خصوصی) به روش تمام شماری که تعدادشان ۸۰ نفر بود وارد مطالعه شدند.

برای جمع آوری داده ها از دو پرسشنامه استفاده شد. پرسشنامه شامل اطلاعات جمعیت شناختی و شغلی: سن- وضعیت تاهل- سطح تحصیلات- شیفت کاری- سابقه کار کلی - سابقه کار در بخش کودکان - ساعت کاری در ماه بود و پرسشنامه دوم پرسشنامه مراقبت پرستاری از دست رفته و علل مربوطه بود که اولین بار توسط Bagnasco و همکاران (۲۰۱۸) طراحی و روان سنجی شده است. این ابزار دارای ۲۹ گویه جهت بررسی مراقبت های پرستاری از دست رفته با طیف لیکرت ۵ تایی (همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، بندرت، هرگز و یا کاربردی ندارد) می باشد (۲۷). ۱۷ گویه جهت بررسی علل وقوع مراقبت پرستاری از دست رفته می باشد که در سه حیطه ی منابع انسانی، ارتباط و منابع مالی تقسیم بندی شده و دارای طیف لیکرت ۴ تایی (پراهمیت، با اهمیت متوسط، کم اهمیت، بی اهمیت) می باشد. روایی ابزار بصورت صوری و محتوای بررسی و تایید شده است. در بررسی روایی محتوای CVI-S بررسی و $0/88$ I-CVI نیز بررسی و در طیف $0/97$ - $0/60$ گزارش شده است. برای بررسی پایایی ابزار از روش آزمون -بازآزمون استفاده و ICC محاسبه و $0/75$ گزارش شده است همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای بخش علل بررسی و به ترتیب برای ابعاد منابع انسانی $0/91$ ، ارتباط $0/82$ و منابع مالی $0/81$ بدست آمده و پایایی ابزار تایید شده بود. همچنین بخش علل ابزار از لحاظ روایی سازه با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی و سه حیطه ی مربوطه مورد تایید قرار گرفته بود (۲۸).

در مطالعه حاضر بعد از تصویب طرح و دریافت کد اخلاق به شماره IR.SSU.REC.1401.019 اجازه از طراح ابزار کسب شد و ترجمه ابزار به زبان فارسی توسط دو نفر متخصص

جدول ۱: فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی مورد بررسی

متغیر	رده متغیر	فراوانی	درصد
وضعیت تاهل	مجرد	۲۲	۲۷/۵
	متاهل	۵۸	۷۲/۵
سطح تحصیلات	کارشناسی	۷۷	۹۶/۳
	کارشناسی ارشد	۳	۳/۷
	شرکتی	۱۲	۱۵/۰
	طرحی	۱۴	۱۷/۵
وضعیت استخدامی	قراردادی	۸	۱۰/۰
	پیمانی	۱۴	۱۷/۵
	رسمی آزمایشی	۶	۷/۵
شیفت کاری	رسمی	۲۶	۳۱/۵
	ثابت صبح	۹	۱۱/۳
	چرخشی	۷۱	۸۸/۷
	دولتی (شهید صدوقی)	۵۱	۶۳/۷
نوع بیمارستان	تامین اجتماعی (شهادی کارگر)	۱۱	۱۳/۸
	خصوصی	۱۸	۲۲/۵

بیشترین میزان مراقبت از دست رفته بر حسب سه امتیاز
 بالا از لحاظ میانگین و انحراف از معیار به ترتیب، «مراقبت
 از دهان» $3/44 \pm 1/29$ ، «تغییر وضعیت دادن کودک هر ۲
 ساعت یا طبق دستور» $3/37 \pm 1/15$ و ارزیابی اثربخشی
 داروها» $3/28 \pm 1/19$ (جدول ۲).

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار میزان اهمیت علل موثر در وقوع مراقبت از دست رفته به تفکیک بیمارستان ها

میانگین کل سه بیمارستان (انحراف معیار)	میانگین میزان اهمیت علل موثر در وقوع "مراقبت از دست رفته" (انحراف معیار)			علل موثر در وقوع "مراقبت از دست رفته"	بسته ها
	بیمارستان خصوصی	بیمارستان تامین اجتماعی	بیمارستان دولتی		
۳/۲۹(۰/۶۴)	۳/۰۶(۰/۷۳)	۳/۱۸(۰/۴۱)	۳/۳۹(۰/۶۴)	۱-وقفه های مکرر حین کار	علل مربوط به منابع کاری
۳/۷۴(۰/۶۱)	۳/۶۱(۰/۸۵)	۳/۳۶(۰/۸۱)	۳/۸۶(۰/۴۰)	۲-افزایش غیرمنتظره تعداد بیماران بستری (و/یا) حاد شدن وضعیت بخش	
۳/۸۱(۰/۴۸)	۳/۶۱(۰/۵۰)	۳/۹۱(۰/۳۰)	۳/۸۶(۰/۴۹)	۳-وضعیت اورژانسی بیمار (به عبارت دیگر، بدتر شدن وضعیت بیمار)	
۳/۸۶(۰/۳۵)	۳/۷۲(۰/۴۶)	۳/۶۴(۰/۵۱)	۳/۹۶(۰/۲۰)	۴-تعداد ناکافی پرستاران	
۳/۵۰(۰/۶۷)	۳/۳۹(۰/۷۰)	۳/۳۶(۰/۵۱)	۳/۵۷(۰/۷۰)	۵-تعداد ناکافی کمک پرستاران	
۳/۵۲(۰/۶۷)	۳/۱۱(۰/۹۶)	۳/۴۵(۰/۵۲)	۳/۶۹(۰/۵۱)	۶-تخصیص نامتعادل بیماران	
۳/۵۱(۰/۷۳)	۳/۰۰(۰/۹۱)	۳/۵۵(۰/۶۹)	۳/۶۹(۰/۵۸)	۷-تنش یا اختلالات ارتباطی در تیم پرستاری	علل مربوط به ارتباطات
۳/۶۹(۰/۵۴)	۳/۲۸(۰/۷۵)	۴/۰۰(۰/۰۰)	۳/۷۶(۰/۴۳)	۸-عدم همکاری اعضای تیم (اعم از پرستاران، کمک پرستاران، پزشکان)	
۳/۴۴(۰/۷۸)	۳/۱۷(۰/۷۱)	۳/۵۵(۰/۵۲)	۳/۵۱(۰/۸۳)	۹-اعلام نکردن کمک پرستار که فلان مراقبتی برای کودک انجام نشده است.	
۳/۵۶(۰/۶۱)	۳/۲۲(۰/۸۱)	۳/۸۲(۰/۴۱)	۳/۶۳(۰/۵۳)	۱۰-تنش یا قطع ارتباط با کادر پزشکی	
۳/۵۵(۰/۵۹)	۳/۵۶(۰/۶۲)	۳/۵۵(۰/۶۹)	۳/۵۵(۰/۵۸)	۱۱-تنش یا اختلالات ارتباطی با سایر خدمات یا بخش ها	
۳/۶۶(۰/۵۳)	۳/۶۷(۰/۵۹)	۳/۶۴(۰/۵۱)	۳/۶۷(۰/۵۲)	۱۲-عدم انجام مراقبت های لازم توسط سایر خدمات یا بخش ها	
۳/۷۷(۰/۴۸)	۳/۳۳(۰/۶۹)	۴/۰۰(۰/۰۰)	۳/۸۸(۰/۳۳)	۱۳-تحویل دادن ناکامل شیفت قبلی یا واحد ارسالی	

مؤگان براتی کهریزسنگی و همکاران

۳/۶۷(۰/۶۳)	۳/۱۱(۰/۹۶)	۳/۹۱(۰/۳۰)	۳/۸۲(۰/۳۹)	۱۴-عدم دسترسی به لوازم/تجهیزات در صورت نیاز	نگار فریاد ط ر ن
۳/۶۸(۰/۵۹)	۳/۱۷(۰/۸۶)	۳/۸۲(۰/۴۱)	۳/۸۲(۰/۳۹)	۱۵-درست کار نکردن منابع و تجهیزات در صورت نیاز به آنها	
۳/۷۹(۰/۴۷)	۳/۴۴(۰/۷۱)	۳/۹۱(۰/۳۰)	۳/۸۸(۰/۳۳)	۱۶-در دسترس نبودن داروها در صورت نیاز	
۳/۶۸(۰/۵۷)	۳/۰۶(۰/۷۳)	۳/۸۲(۰/۴۱)	۳/۸۲(۰/۳۹)	۱۷-عدم آشنایی با تجهیزات / طرز کار / روش ها	

واحد ارسالی « $480 \pm 3/77$ » و حیطة منابع مادی «در دسترس نبودن داروها در صورت نیاز» $3/79 \pm 0/47$ سه علت اصلی بودند (جدول ۳).

بررسی علل مراقبت از دست رفته نشان داد که بر حسب سه امتیاز بالا از لحاظ میانگین و انحراف از معیار به ترتیب درحیطه ی منابع کاری، «تعداد ناکافی پرستاران» $0/67 \pm$ $3/5$ ، حیطة ارتباطات «تحویل دادن ناکامل شیفت قبلی یا

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار میزان مراقبت از دست رفته به تفکیک بیمارستان ها

میانگین کل سه بیمارستان (انحراف معیار)	میانگین میزان مراقبت از دست رفته (انحراف معیار)			مراقبت از دست رفته
	خصوصی	تامین اجتماعی	دولتی	
۳/۰۷(۱/۲۷)	۳/۰۶(۱/۲۶)	۳/۲۷(۱/۱۹)	۳/۰۴(۱/۳۱)	۱- حضور در راندهای روزانه ی کنار تخت بیمار
۳/۱۳(۱/۲۳)	۳/۳۹(۱/۱۵)	۲/۶۴(۱/۲۹)	۳/۱۴(۱/۲۳)	۲. در صورتیکه شرایط بالینی بیمار اجازه می دهد، بیمار سه بار در روز و یا طبق طرح پرستاری جابجا می شود.
۳/۲۸(۱/۱۹)	۳/۶۱(۱/۲۴)	۲/۸۲(۱/۴۷)	۳/۲۷(۱/۱۵)	۳. ارزیابی اثربخشی داروها
۳/۳۷(۱/۱۵)	۳/۶۷(۱/۱۹)	۳/۰۰(۱/۱۸)	۳/۳۳(۱/۱۳)	۴. به حرکت در آوردن کودک هر ۲ ساعت یا طبق دستور
۳/۴۴(۱/۲۹)	۳/۸۳(۱/۲۵)	۳/۲۷(۱/۲۷)	۳/۳۵(۱/۳۱)	۵. مراقبت از دهان
۲/۷۶(۱/۱۵)	۳/۲۲(۱/۱۱)	۲/۵۵(۰/۸۲)	۲/۶۵(۱/۲۰)	۶- مشارک دادن والدین در مراقبت کودکان
۲/۷۴(۱/۱۷)	۳/۲۲(۱/۳۱)	۲/۵۵(۱/۲۹)	۲/۶۱(۱/۰۶)	۷. آموزش بیمار و خانواده
۲/۶۵(۱/۱۷)	۳/۰۶(۱/۳۱)	۲/۱۸(۱/۰۸)	۲/۶۱(۱/۱۲)	۸. بحث با کودک و خانواده او در مورد برنامه های ترخیص و مراقبت در منزل
۳/۲۱(۱/۱۸)	۳/۵۶(۱/۱۰)	۲/۸۲(۰/۹۸)	۳/۱۶(۱/۱۷)	۹. ارتقاء رشد و تکامل عصبی، با توجه به سن و شرایط بالینی کودک
۲/۸۰(۱/۱۸)	۲/۸۹(۱/۳۷)	۲/۸۲(۱/۵۴)	۲/۷۶(۱/۰۵)	۱۰. ارزیابی درد با رویکردهای مراقبت دارویی یا غیردارویی، طبق پروتکل
۲/۹۲(۱/۱۸)	۳/۱۷(۱/۲۰)	۳/۱۸(۱/۰۸)	۲/۷۸(۱/۱۹)	۱۱. انجام دادن درخواست های دارویی در عرض ۱۵ دقیقه
۲/۸۸(۱/۲۷)	۳/۴۴(۱/۴۲)	۲/۸۲(۱/۳۳)	۲/۵۷(۱/۰۸)	۱۲. مستندسازی کامل تمام داده های ضروری
۲/۷۲(۱/۱۸)	۳/۲۸(۱/۳۶)	۲/۸۲(۱/۳۳)	۲/۵۱(۱/۰۳)	۱۳. دسترسی به کلیه ی اطلاعات مربوطه در هنگام تغییر یا تحویل شیفت
۳/۰۰(۱/۲۵)	۳/۳۳(۱/۳۳)	۲/۸۲(۱/۲۵)	۲/۹۲(۱/۲۳)	۱۴. برآوردن نیازهای غذایی کودک با توجه به شرایط بالینی کودک
۲/۷۰(۱/۱۶)	۳/۱۷(۱/۴۳)	۳/۰۰(۱/۲۷)	۲/۴۷(۰/۹۹)	۱۵. تجویز داروها ۳۰ دقیقه قبل یا بعد از زمان برنامه ریزی شده
۲/۹۳(۱/۲۵)	۳/۱۷(۱/۲۰)	۳/۲۷(۱/۵۶)	۲/۷۶(۱/۱۹)	۱۶. کمک به کودک جهت برآورده کردن نیازهای توالی در ۵ دقیقه اول بعد از زمان درخواست،
۲/۴۸(۱/۱۵)	۳/۰۶(۱/۳۱)	۲/۶۴(۱/۲۹)	۲/۲۴(۰/۹۹)	۱۷. پاسخ دادن به چراغ اعلان، درخواست مداخله یا زنگ هشدار در ۵ دقیقه اول بعد از اعلان یا درخواست
۲/۷۸(۱/۱۸)	۳/۱۷(۱/۳۴)	۲/۷۳(۱/۲۷)	۲/۶۵(۱/۰۹)	۱۸. حمایت عاطفی از کودک و/یا خانواده
۲/۱۸(۱/۲۳)	۲/۷۲(۱/۴۹)	۲/۲۷(۱/۳۵)	۱/۹۶(۱/۰۶)	۱۹. تهیه کردن نمونه آزمایشگاهی بر حسب دستور
۲/۸۹(۱/۱۲)	۳/۱۷(۱/۰۴)	۲/۸۲(۱/۰۸)	۲/۸۰(۱/۱۷)	۲۰. مراقبت از پوست و بهداشت بدن
۲/۲۶(۱/۲۰)	۲/۷۲(۱/۴۵)	۲/۲۷(۱/۳۵)	۲/۱۰(۱/۰۴)	۲۱. ارزیابی خط وریدی مرکزی و خط وریدی محیطی بر طبق پروتکل
۲/۴۰(۱/۱۸)	۲/۷۲(۱/۲۷)	۲/۸۲(۱/۱۷)	۲/۲۰(۱/۱۱)	۲۲. مراقبت از خط وریدی مرکزی و خط وریدی محیطی بر طبق پروتکل
۲/۵۶(۱/۰۵)	۳/۰۰(۱/۱۹)	۲/۵۵(۱/۲۹)	۲/۴۱(۰/۹۲)	۲۳. اتخاذ احتیاط لازم برای کنترل عفونت ها طبق پروتکل
۲/۶۵(۱/۰۱)	۲/۸۳(۰/۰۹۸)	۲/۶۴(۱/۰۳)	۲/۵۹(۱/۰۲)	۲۴. نظارت بر جذب و دفع جامدات و مایعات

۲/۲۱(۱/۳۰)	۲/۷۲(۱/۳۶)	۱/۷۳(۱/۴۲)	۲/۱۴(۱/۰۴)	۲۵. ارزیابی علائم حیاتی بر اساس برنامه پرستاری
۲/۴۱(۱/۰۵)	۲/۲۸(۰/۸۹)	۲/۱۸(۱/۳۳)	۲/۵۱(۱/۰۵)	۲۶. ارزیابی مجدد متمرکز از وضعیت کودک برای ارزیابی بهبود یا وخامت در طول شیفت
۲/۳۷(۱/۱۹)	۲/۹۴(۱/۱۶)	۲/۴۵(۱/۲۹)	۲/۱۶(۱/۱۴)	۲۷. شستن دست
۲/۵۵(۱/۱۲)	۲/۷۲(۱/۲۳)	۲/۷۳(۱/۳۵)	۲/۴۵(۱/۰۵)	۲۸. ارزیابی فعالیت های مربوط به ارائه دهنه ی مراقبت
۲/۷۶(۱/۲۳)	۳/۱۷(۱/۴۳)	۲/۸۲(۱/۴۷)	۲/۵۷(۱/۱۴)	۲۹. بررسی ایمنی و بهداشت تجهیزات کنار تخت یک بار در هر شیفت طبق پروتکل

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که پرستاران مورد مطالعه تمامی مراقبت های پرستاری را گاهی اوقات از دست می دهند. همسو با این یافته، مطالعه ی lake و همکاران (۲۰۱۷) نیز نشان داد که بیشتر از نیمی از پرستاران مورد مطالعه شاغل در بخش های کودکان و مراقبت ویژه نوزادان، در شیفت قبلی خود مراقبت از دست رفته را گزارش کرده و بطور میانگین تعداد مراقبت از دست رفته ۱/۵ مراقبت اعلام شده بود (۱۸). Chaea و Kim (۲۰۲۲) در بررسی وضعیت مراقبت پرستاری از دست رفته بخش مراقبت ویژه نوزادان بیان داشتند که همه شرکت کنندگان حداقل یک فعالیت را از دست داده و به طور متوسط ۱۹/۳۵ فعالیت را در طول یک روز کاری معمولی از دست داده بودند (۲۸). Incekar و همکاران (۲۰۲۰) نیز در ترکیه بیان می کنند که ۹۸/۶٪ پرستاران حداقل یک مراقبت پرستاری از دست رفته را در طی شیفت خود گزارش می کنند (۲۹).

نتایج نشان داد که بطول کلی بر حسب بالاترین میزان میانگین کسب شده، سه مراقبت از دست رفته اول شامل "مراقبت از دهان"، "تغییر وضعیت دادن کودک هر ۲ ساعت یا طبق دستور" و "ارزیابی اثربخشی داوها" می باشد. همسو با این یافته، Srulovici و همکاران (۲۰۱۷) نیز بیان می کنند که انجام دادن مراقبت معمول روزانه ی بیماران شامل مراقبت از دهان، غذا دادن بیمار و حمام دادن بیمار از جمله مراقبت های پرستاری هستند که مکررا مورد غفلت قرار می گیرند (۳۰). Tubbs-Cooley و همکاران (۲۰۱۹) نیز طی مطالعه ای در بخش مراقبت ویژه نوزادان، مراقبت دهانی نوزادان تحت تهویه ی مکانیکی (۳۱) و Gathara و همکاران (۲۰۲۰) تغییر وضعیت دادن نوزادان را از جمله مراقبت های از دست رفته پرستاری گزارش کردند (۲۵).

همچنین در مطالعه ی مرووری Ogboenyiya و همکاران (۲۰۲۰) بررسی مراقبت های از دست رفته پرستاری در بخش

کودکان و مراقبت ویژه نوزادان نشان داد که یکی از مراقبت های ضروری از دست رفته پرستاری در ۱۴ مطالعه مورد بررسی، مراقبت از دهان بوده است (۲۴) و این در حالی است که بهداشت دهان و دندان به عنوان آینه ای تلقی می شود که سلامت عمومی از طریق آن منعکس می شود (۳۲) و تأثیر بسزایی بر رفاه و کیفیت زندگی دارد. با این حال، شرایط مربوط به بستری شدن در بیمارستان و بیماری می تواند منجر به حذف بهداشت دهان شود و به عنوان یک نیاز اساسی بیمار در نظر گرفته نمی شود (۳۳، ۳۴) و می تواند به این خاطر باشد که تأثیر بهداشت دهان و دندان بر سلامتی و وضعیت سلامتی، کمتر توسط پرستاران تشخیص داده شده است (۳۵) و در کشور ایران اغلب رفتارهای مراقبتی پرستاران متمرکز بر ابعاد فیزیکی مراقبت است در حالی که پرستاران موظف به ارائه ی مراقبت جامع به بیماران هستند (۳۶).

دومین مراقبت از دست رفته، «تغییر وضعیت دادن کودک هر ۲ ساعت یا طبق دستور» بود. این یافته همسو بود با یک مطالعه ی وطن خواه و همکاران که در شهر اورمیه انجام داده بود و پرستاران بخش های مختلف وارد مطالعه شده و تغییر وضعیت بیمار هر ۲ ساعت یکبار بعنوان مراقبت از دست رفته گزارش کردند (۳۷).

در مطالعه CalikusuIncekar و همکاران (۲۰۲۰) در ترکیه بعنوان سومین مراقبت از دست رفته ی گزارش شده توسط ۱۲/۲٪ پرستاران بود (۳۸). Kalisch و همکاران (۲۰۱۶) نیز برآورده نکردن نیازهای حرکتی بیماران توسط پرستاران را بعنوان یکی از مراقبت های از دست رفته پرستاری معرفی کرده اند (۳۹) و در مطالعه ی John و همکاران (۲۰۱۶) هم ۲۹/۶٪ پرستاران تغییر وضعیت دادن بیماران را جزء مراقبت های از دست رفته رایج گزارش کردند (۴۰) که این وضعیت می تواند ناشی از آن باشد که پرستاران بیشترین تمرکز مراقبتی خود را برای حل مسائل بالینی و مهم بیماران اختصاص می دهند (۴۱).

مؤگان براتی کهریزسنگی و همکاران

ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی برای فشرده سازی اطلاعات و مدیریت کردن آن، ممکن است منجر به «از دست رفتن تدریجی اطلاعات، فراموشی یا عدم انتقال اطلاعات شود (۴۴) و وجود چنین شکافی در ارتباطات پرستاران می تواند باعث عدم تداوم در ارائه مراقبت های ایمن شود (۴۵) و مسیر درمانی را برای بیمار مختل نموده و تهدیدات عمده ایمنی بیمار را ایجاد می کند و می تواند بر کیفیت مراقبت ارائه شده تأثیر بگذارد (۴۶) در همین راستا Saunders (۲۰۱۸) بیان می کند که برای کاهش مراقبت های از دست رفته ی ناشی از تحویل ناکامل لازم است برای تحویل شیفت، چارچوب مشخصی وجود داشته باشد و برحسب آن تحویل شیفت بیمار صورت گیرد (۴۷).

در حیطه علل از دست رفته مربوط به منابع مادی، "در دسترس نبودن داروها در صورت نیاز" بعنوان با اهمیت ترین علت ذکر شد. همسو با این یافته Lima و همکاران (۲۰۲۰) بیان می کنند که فقدان داروهای مورد پرستاران یکی از دلایل مراقبت از دست رفته است و پرستاران مسئول مدیریت منابع مادی هستند و با نظارت کردن بر مقدار منابع و نحوه ی مصرف آن می توانند کیفیت مراقبت را تضمین کنند از قطع تداوم مراقبت جلوگیری نمایند (۱۷) و Monsivais و همکاران (۲۰۱۵) هم به فقدان مواد و تجهیزات مورد نیاز پرستاران اشاره کرده و بیان می کنند که ۵۰٪ پرستاران عدم دسترسی به داروهای مورد احتیاج را علت مراقبت از دست رفته گزارش کردند (۴۸). در داخل کشور نیز عبادی و همکاران یکی از مهمترین علل مراقبت از دست رفته را "در دسترس نبودن داروها در مواقع لزوم" اعلام داشتند (۴۹) که به نظر می رسد یکی از دغدغه های مشترک کنونی موحود در بسترهای مراقبتی باشد و لزوم توجه مدیران بیمارستان ها را در رابطه با تامین بودجه کلفی جهت تهیه ی ی به موقع اقلام دارویی مورد نیاز را مورد تاکید قرار می دهد.

از جمله محدودیت های این مطالعه تعداد کم نمونه بود که علی رغم نمونه گیری به شیوه ی تمام شماری بعلت آنکه در شهر یزد فقط چهار بیمارستان داخل بخش اطفال بود لذا حجم نمونه اندک بوده است همچنین خود گزارشی پرستاران امکان آنکه دقت آنان را در گزارش مراقبت های از دست رفته تحت تاثیر قرار دهد وجود داشته و این محدودیت ها قابل کنترل نبود.

سومین مراقبت از دست رفته شناسایی شده در مطالعه ی حاضر، "ارزیابی اثر بخشی داروها" بود. Xie و Kalisch (۲۰۱۴) نیز طی مطالعه ایی گزارش کرده اند که ۸۶٪ پرستاران اثر بخشی داروها را بررسی نمی کنند (۴۲). John و همکاران (۲۰۱۶) هم در بیمارستان های جنوب نیچریه وضعیت مراقبت از دست رفته را بررسی و نتایج نشان داد که ۲۸٪ پرستاران اثربخشی داروهای مسکن تجویز شده بررسی نمی کنند (۴۰). بر اساس همسو بودن یافته های مطالعات به نظر می رسد که پرستاران در فرایند دارو دهی بیشترین زمان خود را صرف آماده نمودن داروها و تجویز داروها می کنند و سعی شان بر آن است که در اجرای این مراحل خطایی رخ ندهد و بندرت بعد از تجویز دارو، زمانی را برای بررسی اثرات داروها اختصاص می دهند که این امر بر حسب تجربه پژوهشگران می تواند ناشی از نگرش پرستاران به اهمیت این بخش از فرایند دارو دهی و یا ناشی از حجم کاری بالای پرستاران باشد که فرصت ارزیابی بیماران بعد از دریافت دارو را ندارند.

در بررسی علل وقوع مراقبت از دست رفته نتایج نشان داد که مهمترین علل شناسایی شده شامل در حیطه ی منابع انسانی "تعداد ناکافی پرستاران" است. همسو با این یافته ها Lima و همکاران (۲۰۲۰) در برزیل، یکی از دلایل رایج برای وقوع مراقبت از دست رفته را ناکافی بودن تعداد پرسنل بیان می کنند و تعداد ناکافی پرستاران می تواند باعث افزایش تعداد بیماران به نسبت پرستاران شده و بار کاری پرستاران زیاد شده لذا شانس وقوع مراقبت از دست رفته افزایش می یابد (۱۷) بطوریکه lake و همکاران (۲۰۱۷) بیان می کنند با افزایش هر بیماری برای پرستار احتمال وقوع مراقبت از دست رفته تا ۷۰٪ افزایش خواهد یافت (۱۶). در کشور ایران طبق گزارش سازمان نظام پرستاری، کمبود پرستار یک معضل قدیمی در نظام سلامت می باشد و وزارت بهداشت اعلام کرده است که در حال حاضر تعداد پرستار به ازای هر تخت بیمارستانی در کشور، در استانهای مختلف در بازه ۰٫۶ تا ۱٫۵ نفر است. یعنی به ازای هر تخت بیمارستانی، در برخی استان ها ۰٫۶ نفر پرستار (کمتر از یک پرستار) و در برخی استان های دیگر ۱٫۵ پرستار (بیشتر از یک پرستار به صورت میانگین) وجود دارد (۴۳).

در حیطه ی ارتباطات، "تحویل دادن ناکامل شیفت قبلی یا واحد ارسالی" مهمترین علت گزارش شده توسط پرستاران در مطالعه حاضر بود. مرور متون نشان می دهد که تلاش

نتیجه گیری

در مجموع نتایج حاصل نشان داد که بیشترین میزان مراقبت از دست رفته در بیمارستان های مورد مطالعه شامل مراقبت از دهان، تغییر وضعیت دادن کودک هر ۲ ساعت یا طبق دستور و ارزیابی اثربخشی داروها می باشد و مهمترین علل موثر شامل "تعداد ناکافی پرستاران"، "تحويل دادن ناکامل شیفت قبلی یا واحدارسالی" و "در دسترس نبودن داروها در صورت نیاز" بود. لذا ضروری به نظر می رسد که سرپرستاران بخش کودکان توجه به نیازهای بهداشتی کودکان و نقش پرستاران در برآورده این نیازها را مورد تاکید قرار داده و جهت بهبود فرایند تحويل شیفت از چک لیستهای معتبر تحويل شیفت استفاده نموده همچنین طی هماهنگی با مدیریت بیمارستان و داروخانه در جهت تامین داروهای ضروری بخش کودکان و تحويل به موقع برنامه ریزی نمایند و با توجه به آنکه در این مطالعه میزان تاثیرگذاری علل مختلف شناسایی شده به علت کم بودن تعداد نمونه های در دسترس در بیمارستانهای مختلف قابل بررسی نبود لذا توصیه می شود

در مطالعات بعدی نمونه گیری در سطح وسیعتری و با تعداد نمونه بیشتر جهت شناسایی میزان اثرگذاری علل مختلف در میزان بروز مراقبت های از دست رفته و تعیین راهکارهای موثر جهت جلوگیری از وقوع مراقبتهای از دست رفته انجام شود. در مطالعه ی حاضر نمونه ی گیری به شیوه ی غیر تصادفی در دسترس بوده که بایستی تعمیم پذیری نتایج با احتیاط انجام می شود. همچنین با توجه به آنکه در این مطالعه پرستاران خود گزارشی از مراقبت پرستاری از دست رفته داشتند لذا پیشنهاد می شود در مطالعات آتی انواع مراقبت های از دست رفته از دیدگاه والدین کودکان بستری مورد بررسی قرار گیرد.

سیاسگذاری

بدین وسیله از کلیه ی پرستاران شرکت کننده در این طرح تحقیقاتی و از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد که در انجام مطالعه ی حاضر مساعدت نمودند کمال تشکر و قدردانی را بجا می آوریم.

Reference

1. Chegini Z, Jafari-Koshki T, Kheiri M, Behforoz A, Aliyari S, Mitra U, Islam SMS. Missed nursing care and related factors in Iranian hospitals: A cross-sectional survey. *J NursManag.* 2020;28(8):2205-2215. <https://doi.org/10.1111/jonm.13055>
2. 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>
3. 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 Jun 1;52(6):1121-37. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012>
4. Valles JH, Monsiváis MG, Guzmán M, Interrial G, Arreola LV. Nursing care missed in patients at risk of or having pressure ulcers. *Revistalatio-americana de enfermagem.* 2016;24. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1462.2817>
5. Kowinsky AM, Shovel J, McLaughlin M, Vertacnik L, Greenhouse PK, Martin SC, et al. Separating predictable and unpredictable work to manage interruptions and promote safe and effective work flow. *J Nurs care Qual.* 2012;27(2):109-15. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e3182385df1>
6. Recio-Saucedo A, Dall'Ora C, Maruotti A, Ball J, Briggs J, Meredith P, Redfern OC, Kovacs C, Prytherch D, Smith GB, Griffiths P. What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. *Journal of clinical nursing.* 2018;27(11-12):2248-59. <https://doi.org/10.1111/jocn.14058>
7. Bogossian F, Winters-Chang P, Tuckett A. "The Pure Hard Slog That Nursing Is...": A Qualitative Analysis of Nursing Work. *J Nurs Sch.* 2014;46(5):377-88. <https://doi.org/10.1111/jnu.12090>
8. 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 Jun 1;52(6):1121-37. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012>
9. Hessels AJ, Flynn L, Cimioti JP, Cadmus E, Gershon RR. The impact of the nursing practice environment on missed nursing care. *ClinNurs Stud.* 2015; 3(4): 60-65. <https://doi.org/10.5430/cns.v3n4p60>
10. Ausserhofer D, Zander B, Busse R, Schubert M, De Geest S, Rafferty AM, Ball J, Scott A, Kinnunen J, Heinen M, Sjetne IS. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the

- multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ quality & safety*. 2014 Feb 1;23(2):126-35.. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002318>
11. Ball, J. E., Murrells, T., Rafferty, A. M., Morrow, E., & Griffiths, P. (2014). 'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ QualSaf*, 23(2), 116-125. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001767>
 12. Henderson J, Willis E, Blackman I, Toffoli L, Verrall C. Causes of missed nursing care: qualitative responses to a survey of Australian nurses. *Labour & Industry: a journal of the social and economic relations of work*. 2016;26(4):281-97. <https://doi.org/10.1080/10301763.2016.1257755>
 13. Alshammari, M. H., Pacheco, H., Pasay-an, E., Alshammari, F., Alsharari, A., Felemban, E., & Dayrit, R. D. Nurses' perspectives on the degree of missed nursing care in the public hospitals in Hail City, Kingdom of Saudi Arabia. *Belitung Nursing Journal*. 2020;6(6):190-5. <https://doi.org/10.33546/bnj.1233>
 14. Zeleníková R, Jarošová D, Plevová I, Janíková E. Nurses' Perceptions of Professional Practice Environment and Its Relation to Missed Nursing Care and Nurse Satisfaction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020 ;17(11):3805. <https://doi.org/10.3390/ijerph17113805>
 15. Ogboenyi AA, Tubbs-Cooley HL, Miller E, Johnson K, Bakas T. Missed nursing care in pediatric and neonatal care settings: An integrative review. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 2020 ;45(5):254-64. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000642>
 16. Lake ET, de Cordova PB, Barton S, Singh S, Agosto PD, Ely B, Roberts KE, Aiken LH. Missed nursing care in pediatrics. *Hospital Pediatrics*. 2017 ;7(7):378-84. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2016-0141>
 17. Lima JC, Silva AE, Caliri MH. Omission of nursing care in hospitalization units. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2020;28. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3138.3233>
 18. Gasper EA. Does a shortage of specially trained nurses pose a threat to the provision of optimum care for sick children in hospital?. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*; 2017,40 (1):1-5. <https://doi.org/10.1080/24694193.2017.1289740>
 19. Purdy IB, Craig JW, Zeanah P. NICU discharge planning and beyond: recommendations for parent psychosocial support. *Journal of Perinatology*. 2015;35(1):S24-8. <https://doi.org/10.1038/jp.2015.146>
 20. Tubbs-Cooley HL, Gurses AP. Missed nursing care: Understanding and improving nursing care quality in pediatrics. *Hospital Pediatrics*. 2017 ; 1;7(7):424-6. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2017-0083>
 21. Dizon, J. M., Machingaidze, S., & Grimmer, K. To adopt, to adapt, or to contextualise? The big question in clinical practice guideline development. *BMC research notes*. 2016,9(1):442. <https://doi.org/10.1186/s13104-016-2244-7>
 22. 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.
 23. Dehghan-Nayeri N, Shali M, Navabi N, Ghaffari F. Perspectives of Oncology Unit Nurse Managers on Missed Nursing Care: A Qualitative Study. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2018; 5(3):327-336. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_6_18
 24. Ogboenyi AA, Tubbs-Cooley HL, Miller E, Johnson K, Bakas T. Missed Nursing Care in Pediatric and Neonatal Care Settings: An Integrative Review. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2020 Sep/Oct;45(5):254-264. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000642>
 25. Gathara D, Serem G, Murphy GAV, Obengo A, Tallam E, Jackson D, Brownie S, English M. Missed nursing care in newborn units: a cross-sectional direct observational study. *BMJ QualSaf*. 2020 Jan; 29(1):19-30. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-009363>
 26. Khajooee R, Bagherian B, Dehghan M, Azizzadeh Forouzi M. [Missed nursing care and its related factors from the points of view of nurses affiliated to Kerman University of Medical Sciences in 2017]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2019; 25(1): 11-24.
 27. Bagnasco A, Zanini M, Aleo G, Catania G, Kalisch BJ, Sasso L. Development and validation of the Misscare survey-Pediatric version. *Journal of advanced nursing*. 2018 Dec;74(12):2922-34. <https://doi.org/10.1111/jan.13837>
 28. Kim, Soohyun; Chae, Sun-Mi. Missed

- nursing care and its influencing factors among neonatal intensive care unit nurses in South Korea: a descriptive study. *Child Health Nursing Research*, 2022, 28.2: 142. <https://doi.org/10.4094/chnr.2022.28.2.142>
29. Incekar, Mujde Calikusu, et al. Turkish validation of the Misscare survey-Pediatric version. *Journal of Pediatric Nursing*, 2020, 53: e156-e163. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.03.012>
 30. Srulovici, E., & Drach-Zahavy, A. Nurses' personal and ward accountability and missed nursing care: Across-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 2017; 75, 163-171. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.003>
 31. Tubbs-Cooley, H. L., Mara, C. A., Carle, A. C., Mark, B. A., & Pickler, R.H. Association of nurse workload with missed nursing care in the neonatal intensive care unit. *JAMA Pediatrics*, 2019; 173(1), 44-51. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.3619>
 32. Kalisch BJ, Landstrom, G. Williams, RA. Missed nursing care: Errors of omission. *Nursing Outlook*, 2009; 57(1):3-9. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2008.05.007>
 33. Vryonides, S. Papastavrou E, Charalambous A, et al. The ethical dimension of nursing care rationing. A thematic synthesis of qualitative studies. *Nursing Ethics*. 2015; 22(8):881-900. <https://doi.org/10.1177/0969733014551377>
 34. Papastavrou E, Andreou P, Efstathiou G. Rationing of nursing care and nurse-patient outcomes: A systematic review of quantitative studies. *International Journal of Health Planning and Management*. 2014: 29(1), 3-25. <https://doi.org/10.1002/hpm.2160>
 35. Salamone K, Yacoub E, Mahoney AM, Karenleigh E. Oral Care of Hospitalised Older Patients in the Acute Medical Setting. *Nursing Research and Practice*. 2013; 2013:827670.
 36. Peyrovi H, Bahadori A, Ashghali-Farahani M, Haghani H. Comparison of inpatients' satisfaction with different domains of nursing care. *Quarterly Journal of Nursing Management*. 2013; 2(1):59-66.
 37. Vatankhah I, Rezaei M, Baljani E. The Correlation of Missed Nursing Care and Perceived Supervisory Support in Nurses. *IJN* 2020; 33 (126) :103-116. <https://doi.org/10.52547/ijn.33.126.103>
 38. Calikusu Incekar M, İspir Ö, Sönmez B, Selalmaz M, Kartal Erdost Ş. Turkish Validation of the Misscare Survey - Pediatric Version. *J Pediatr Nurs*. 2020 Jul-Aug; 53:e156-e163. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.03.012>
 39. Kalisch, B. J., Terzioglu, F., & Duygulu, S. (2012). The MISSCARE survey-Turkish: Psychometric properties and findings. *Nursing Economics*, 30(1), 29-37.
 40. John, Mildred Edet, et al. Missed nursing care, patient outcomes and care outcomes in selected hospitals in Southern Nigeria. *nursing*, 2016, 5.4: 1-5. <https://doi.org/10.33140/JNH/01/02/00011>
 41. Patterson ES, Ebright PR, Saleem JJ. Investigating stacking: how do registered nurses prioritize their activities in real-time? *Int J Ind Ergon*. 2011; 41(4):389-393. <https://doi.org/10.1016/j.ergon.2011.01.012>
 42. Kalisch, Beatrice J.; XIE, Boqin. Errors of omission: missed nursing care. *Western journal of nursing research*, 2014, 36.7: 875-890. <https://doi.org/10.1177/0193945914531859>
 43. Iranian Nursing Organization. <https://ino.ir/1/1578/1316>. Accessed May 18, 2023.
 44. Anthony MK, Preuss G. Models of care: The influence of nurse communication on patient safety. *Nurs Econ*. 2002; 20(5):209-215. 248
 45. Cook RI, Render M, Woods DD. Gaps in the continuity of care and progress on patient safety. *BMJ*. 2000; 320(7237):791-794. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.791>
 46. Friesen MA, White SV, Byers JF. Handoffs: Implications for Nurses. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Apr. Chapter 34.
 47. Saunders, Angela. Standardizing Handoff Decreases Episodes of Missed Care. 2018; 63, 10; 3005678.
 48. Moreno-Monsivais, María Guadalupe; Moreno-Rodriguez, Catalina; Interrial-Guzman, Ma Guadalupe. Missed nursing care in hospitalized patients. *Aquichan*, 2015, 15.3. <https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.3.2>
 49. Ebadi J, Najafi E, Aghamohammadi V, Saeedi S, Nasiri K. Missed Nursing Care and Its Related Factors in Ardabil and Khalkhal Educational and Medical Centers in 2020. *JHC* 2021; 23 (1) :78-87. <https://doi.org/10.52547/jhc.23.1.78>