J Crit Care Nurs. 2023 March;16(1):16-25

10.30491/JCC.16.1.16 **Research Article**

# The Rate and Causes of Missed Nursing Care of COVID- 19 Hospitalized Patients in Intensive Care Units: A Multicenter Cross-sectional Study

**Sheida Muhammadi[1], Sina Valiee[2], Bijan Nouri[3], Mohammad Fathi[2*]**

[1] Students Research Committe, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
[2] Clinical Care Research Center, Research Institute for Health Development & Faculty of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
[3] Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

[*] **Corresponding Author:** Mohammad Fathi, Clinical Care Research Center, Research Institute for Health Development & Faculty of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. E-mail: fathi_sanan@yahoo.com

**How to Cite:** Muhammadi Sh, Valiee S, Nouri B, Fathi M. The Rate and Causes of Missed Nursing Care of COVID- 19 Hospitalized Patients in Intensive Care Units: A Multicenter Cross-sectional Study. J Crit Care Nurs. 2023;16(1):16-25. doi: 10.30491/JCC.16.1.16

**Received:** 13 August 2022 **Accepted:** 11 January 2023 **Online Published:** 11 June 2023

## Abstract

**Background & aim:** The outbreak of the COVID-19 crisis has unprecedented pressure to the health systems around the world. Missed nursing care as a care that is needed by the patient but is omitted affects the quality and safety of care. The aim of this study was to investigate the rate and causes of missed nursing care of COVID-19 hospitalized patients in Intensive Care Units (ICUs) of Saqez and Diwandara hospitals.
**Methods:** This cross-sectional descriptive study was conducted in 2021 on 110 nurses working in the special care units for COVID-19. Demographic Characteristics Questionnaire and the Forgotten Care Questionnaires were used to collect information. Data were analyzed using STATA version 12 software and Mann-Whitney, Kruskal-Wallis and Spearman's correlation coefficient tests.
**Results:** The mean score of missed nursing care in ICUs for Covid-19 was 55.18 (20.24). The most common missed nursing care was controlling the patient's $O_2$ saturation (18.75%) and recording the necessary information of patients (17.86%). The highest percentage of the factors related to missed nursing care was assigned to the lack of nursing staff (86.61%). The most common causes of neglected nursing care were lack of nursing staff (86.61%), lack of assistants or secretaries (74.77%), and the large volume of activities related to the admission and discharge of patients (67.66%).
**Conclusion:** A high percentage of nursing care in the special care units of Covid-19 is lost under the influence of factors such as the shortage of nursing staff and forced overtime working hours beyond the tolerance of nurses. Nursing managers can create appropriate interventions to support the professional role of nurses during the pandemic by considering related factors.

**Keywords:** Covid-19, Intensive Care Unit, Missed Nursing Care.

**Copyright** © 2023 The Author(s). This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

[ Downloaded from jccnursing.com on 2025-07-12 ]

[ DOI: 10.30491/JCC.16.1.16 ]

دوره ۱۶، شماره ۱، بهار ۱۴۰۲
doi 10.30491/JCC.16.1.16

# میزان و علل مراقبت‌های پرستاری فراموش‌شده در مراقبت از بیماران مبتلا به کووید- ۱۹ بستری در بخش‌های مراقبت ویژه: یک مطالعه مقطعی چندمرکزه

شیدا محمدی[۱]، سینا ولیئی[۲]، بیژن نوری[۳]، محمد فتحی[۲*]

[۱] کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
[۲] مرکز تحقیقات مراقبت بالینی، پژوهشکده توسعه سلامت و دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج ایران
[۳] مرکز تحقیقات عوامل عمومی سلامت، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

* **نویسنده مسئول:** محمد فتحی، مرکز تحقیقات مراقبت بالینی، پژوهشکده توسعه سلامت و دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج ایران. پست الکترونیک: fathi_sanan@yahoo.com

**دریافت مقاله:** ۱۴۰۱/۰۵/۲۲ **پذیرش مقاله:** ۱۴۰۱/۱۰/۲۱ **انتشار مقاله:** ۱۴۰۲/۰۵/۱۸

## چکیده

**زمینه و هدف:** شیوع بحران کووید- ۱۹ موجب وارد آمدن فشار بی‌سابقه‌ای به سیستم‌های بهداشتی سراسر جهان شد. مراقبت فراموش‌شده به عنوان مراقبتی است که مورد نیاز بیمار بوده ولی انجام نشده و کیفیت و ایمنی مراقبت را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان و علل مراقبت‌های پرستاری فراموش‌شده در مراقبت از بیماران مبتلا به کووید- ۱۹ بستری در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های شهرستان سقز و دیواندره انجام شد.

**روش‌ها:** این پژوهش یک مطالعه توصیفی مقطعی است که در سال ۱۴۰۰ بر روی ۱۱۰ نفر پرستار شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه کووید- ۱۹ انجام شد. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه مشخصات جمعیت‌شناسی و پرسشنامه‌های مراقبت فراموش‌شده استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار STATA نسخه ۱۲ و آزمون‌های من ویتنی،کروسکال والیس و ضریب همبستگی اسپیرمن تحلیل شد.

**یافته‌ها:** میانگین نمره مراقبت‌های پرستاری فراموش‌شده در بخش‌های مراقبت ویژه کووید- ۱۹ (۲۴/۲۰) ۵۵/۱۸ بود. شایع‌ترین مراقبت‌های پرستاری فراموش‌شده کنترل اشباع $O_2$ بیمار (۱۸/۷۵ درصد)، ثبت کامل اطلاعات ضروری بیمار (۱۷/۸۶ درصد) بود. بیشترین درصد عوامل مرتبط مراقبت پرستاری فراموش‌شده به کمبود کارکنان پرستاری (۸۶/۶۱ درصد) اختصاص یافت. شایع‌ترین علل مراقبت‌های پرستاری فراموش‌شده هم به ترتیب کمبود کارکنان پرستاری (۸۶/۶۱ درصد)، کمبود نیروی کمکی یا منشی (۷۴/۷۷ درصد) و حجم زیاد فعالیت‌های مربوط به پذیرش و ترخیص بیماران (۶۷/۶۶ درصد) گزارش شد.

**نتیجه‌گیری:** درصد بالایی از مراقبت‌های پرستاری در بخش‌های مراقبتی ویژه کووید- ۱۹ تحت تأثیر عواملی نظیر کمبود کارکنان پرستاری، اضافه کاری اجباری خارج از تحمل پرستار از دست می‌رود. مدیران پرستاری می‌توانند با در نظرگرفتن عوامل مرتبط، مداخلات مناسب را برای حمایت از نقش حرفه‌ای پرستاران در طول همه‌گیری ایجاد کنند.

**کلیدواژه‌ها:** کووید- ۱۹، مراقبت ویژه، مراقبت‌های پرستاری فراموش‌شده

## مقدمه

پرستاران بزرگترین گروه ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی بوده که نقش مهمی را در مراقبت از بیماران ایفا می‌کنند. مراقبت از بیمار اصلی‌ترین محور رشته پرستاری است [۲, ۱]. مفهوم مراقبت نمونه بارز احساس و فکر و عمل است که موجب راحتی جسمانی و روانی می‌شود [۳]. مراقبت در واقع اصل و جوهره‌ی پرستاری است و نظریه‌پردازان پرستاری به دفعات مفهوم سلامت را با مراقبت مرتبط دانسته‌اند [۴]. تضمین ایمنی و کیفیت پیامدهای نهایی بیماران از مراقبت‌های پرستاری به عنوان یک چالش بزرگ برای کارکنان و مدیران پرستاری مطرح است و به عنوان یک مسئله فردی و سازمانی در نظر گرفته می‌شود که در صورت عدم

[ Downloaded from jccnursing.com on 2025-07-12 ]
[ DOI: 10.30491/JCC.16.1.16 ]

دریافت مراقبت کامل ایمنی بیماران کاهش می‌یابد که پیامدهای نامطلوبی به دنبال دارد [۶، ۵]. عواملی نظیرکمبود کارکنان پرستاری، وجود چالش‌هایی در ارتباطات بین پرسنل یا کار تیمی، همچنین کمبود امکانات و تجهیزات موجب می‌شود پرستاران برخی از مراقبت‌ها و مسئولیت‌ها را اولویت‌بندی کنند و تصمیم‌گیری کنند که چه مراقبتی حذف یا انجام شود که نتیجه آن حذف برخی از مراقبت‌ها است [۹-۷] لذا مراقبت از دست‌رفته یا فراموش‌شده یکی از جنبه‌های جدایی‌ناپذیر مراقبت پرستاری است [۱۰].

مراقبت از دست‌رفته به عنوان مراقبتی تعریف می‌شود که مورد نیاز بیمار است ولی در حین انجام فرآیند درمان فراموش یا حذف می‌شود [۱۱]. مراقبت فراموش‌شده پیامدهای جدی برای بیماران داشته و به عنوان شاخص کیفیت مراقبت ضعیف‌تر تلقی می‌شود [۱۲] که با مرگ و میر بیماران، میزان بستری مجدد آنان، عوارض جانبی و کاهش رضایتمندی بیماران ارتباط دارد [۱۳]. پیامدهایی نظیر سقوط بیماران، ایجاد زخم‌های فشاری، افزایش خطاهای دارویی و عفونت دستگاه ادراری را به دنبال دارد [۱۲]. این پدیده علاوه بر بیماران پیامدهای نامناسبی برای پرستاران نیز به دنبال دارد که از جمله آنها می‌توان به پریشانی اخلاقی، فرسودگی شغلی [۱۴]، جابه جایی، غیبت و ترک کار، اختلال و فشار در نقش و احساس ناامیدی اشاره نمود [۱۰]. این پدیده مخصوصاً در شرایط خاص و ویژه و برخی بخش‌ها به خاطر شلوغی و حجم کار بالا بیشتر است. اخیراً نیز پاندمی کووید-۱۹ تمام این شرایط را با هم برای پرستاران ایجاد کرد [۱۵].

پاندمی کووید- ۱۹ که برای اولین بار در دسامبر ۲۰۱۹ در شهر ووهان کشور چین ظاهر شد [۱۶]، چالش‌های بهداشتی مهمی را در سراسر دنیا به وجود آورد [۱۷]. بیماران مبتلا به کووید- ۱۹ با نیازهای مراقبتی متفاوت‌تری بستری شده و نیازمند کادر درمانی کافی، تخت، ونتیلاتور، اکسیژن و دارو بودند و این در حالی بود که به علت آمار بالای ابتلا و بستری و کمبود امکانات و تجهیزات، پرستاران نمی‌توانستند مراقبت‌های پرستاری کافی و جامعی را ارائه دهند [۱۸]. با توجه به ماهیت عفونت، پرستاران اجباراً مراقبت‌های پرستاری مربوط به اکسیژن‌رسانی، تغییر وضعیت جهت رسیدن به حداکثر انبساط ریه‌ها و تجویز آنتی‌بیوتیک‌ها و داروهای ضد ویروسی را به سایر وظایف مراقبتی پرستاری ترجیح می‌دادند [۱۹]. به خاطر شرایط بحران و ناشناخته بودن بیماری و به دنبال آن تغییر در روش‌های مدیریت بیمار و همچنین استفاده از وسایل حفاظت فردی، پرستاران قادر به ارائه مراقبت‌های پرستاری مخصوصاً برای خانواده بیماران نبودند [۲۰]. این در حالی است که کیفیت مراقبت پرستاری به عنوان یک عامل تعیین‌کننده در نتایج سلامتی بیماران مطرح است [۲۱]. اما فشارهای مضاعف تحمیل شده بر کادر پرستاری در پاندمی کووید- ۱۹ زیربنای حرفه پرستاری یعنی مراقبت از بیمار را تحت تأثیر قرار داد [۱۰] و مراقبت‌های تخصصی پرستاری در بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) را آشکارتر نمود [۲۲].

در بخش ICU در حالت عادی نسبت پرستار به بیمار ۱ به ۱ است ولی در بحران کووید- ۱۹ برخی اوقات یک پرستار وظیفه مراقبت ۶ بیمار را بر عهده داشت که ارائه مراقبت‌های ویژه کامل را تحت تأثیر قرار می‌داد و نیازهای مراقبتی به طور صحیح برآورده نمی‌شد [۱۸]. در شرایط همه‌گیری بیماری‌ها به پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه استرس بالایی وارد می‌شود که تأثیر منفی بر عملکرد و امور مراقبتی آنان دارد [۲۲]. با این وجود درک عواملی که در ایجاد و افزایش مراقبت‌های پرستاری از دست‌رفته در طول همه‌گیری کووید- ۱۹ نقش داشته‌اند مبهم بوده و انجام مطالعه در این زمینه ضروری است چون تدوین اقدامات سازمانی مرتبط برای جلوگیری از عود مراقبت از دست‌رفته نیازمند این بررسی‌ها است [۷]. بر اساس دانش و جستجوی انجام گرفته مطالعات در این زمینه محدود بوده و در محیط پژوهش حاضر انجام نشده است. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان و علل مراقبت‌های پرستاری فراموش‌شده در مراقبت از بیماران مبتلا به کووید- ۱۹ بستری در بخش‌های مراقبت ویژه انجام شد.

## روش‌ها

مطالعه حاضر مطالعه‌ای توصیفی- مقطعی است که در سال ۱۴۰۰ و در بیمارستان‌های امام خمینی و شفا شهرستان سقز و امام خمینی شهرستان دیواندره انجام شد. جامعه پژوهش تمام پرستاران شاغل در ICU کووید- ۱۹ بوده که ۱۱۰ نفر از آنها به صوت تمام‌شماری و به روش هدفمند وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن مدرک تحصیلی کارشناسی پرستاری و بالاتر، داشتن حداقل ۶ ماه سابقه کار در ICU و تمایل به شرکت در مطالعه بود. تنها معیار خروج نیز تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها بود. جهت جمع‌آوری داده‌ها از فرم مشخصات جمعیت‌شناختی پرستاران شامل؛ سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، سابقه کار، سابقه کار در بخش ICU کووید- ۱۹، گذراندن کارگاه در زمینه مراقبت‌های فراموش‌شده، نوبت‌کاری و نوع استخدام و پرسشنامه‌های مراقبت‌های از دست‌رفته (MISS CARE) Kalisch و همکاران (۲۰۰۹ ) و علل مراقبت‌های از دست‌رفته (۲۰۱۴) Blackman و همکاران (۲۰۱۴) بود.

پرسشنامه‌های مراقبت‌های از دست‌رفته توسط Kalisch طراحی‌شده و شامل ۲۴ گویه مانند حرکت بیمار، چرخاندن، ارزیابی، آموزش، برنامه‌ریزی ترخیص، تجویز دارو است. برای هر یک از این گویه‌ها، چهار گزینه در قالب لیکرت طراحی شده است: (به ندرت فراموش می‌کنم) نمره ۱، (هر از گاهی فراموش می‌کنم) نمره ۲، (مرتباً فراموش می‌کنم) نمره ۳ و (همیشه فراموش می‌کنم) نمره ۴ تعلق می‌گیرد. بیشترین نمره ۹۶ و کمترین نمره

[ Downloaded from jccnursing.com on 2025-07-12 ]

[ DOI: 10.30491/JCC.16.1.16 ]

۲۴ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده بالاتر بودن امکان فراموش‌شدن مراقبت است [۲۳]. روایی محتوایی، صوری و ملاکی این پرسشنامه در پژوهش خواجوی و همکاران (۱۳۹۸) مناسب ارزیابی شده است [۲۳].

پرسشنامه علل مراقبت‌های از دست‌رفته در سال (۲۰۱۴) توسط Blackman و همکاران (۲۰۱۴) در کشور استرالیا طراحی شده است. این پرسشنامه ۱۷سؤالی شامل سه مقیاس فرعی منابع انسانی، منابع مادی و ارتباطات است. در زمان بررسی مراقبت‌های پرستاری فراموش‌شده و عوامل مرتبط با آن بر اساس تفاوت‌های نظام پرستاری ایران ۳ گویه به این پرسشنامه اضافه شد و پرسشنامه با ۲۰ گویه بر اساس مقیاس لیکرت بی‌اهمیت (۱)،کم اهمیت (۲)، با اهمیت متوسط (۳) و با اهمیت (۴) در نظر گرفته شد. روایی محتوایی، صوری و ملاکی این پرسشنامه در پژوهش خواجوی و همکاران (۱۳۹۸) مناسب ارزیابی شده است [۲۳].

در مطالعه حاضر روایی صوری هر دو پرسشنامه توسط دو گروه ۱۰ نفری از اعضای هیئت علمی و پرسنل پرستاری انجام شد. جهت سنجش هر چه بهتر تمام موارد مراقبتی در ICU کووید- ۱۹ به پرسشنامه مراقبت‌های از دست‌رفته ۵ گویه و به سؤالات مربوط به قسمت علل مراقبت‌های فراموش‌شده ۶ گویه اضافه شد که هدف فقط هم خوان کردن با شرایط کووید- ۱۹ بود. جهت سنجش پایایی، پرسشنامه‌ها به ۳۰ نفر پرستار داده شد و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ برای مراقبت‌های از دست‌رفته و ۰/۹۵ برای علل مراقبت‌های از دست‌رفته محاسبه شد.

این مطالعه مصوب کمیته اخلاق دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کردستان با کد اخلاق (IR.MUK.REC.1400.175) بود. پس از ارائه توضیحات لازم در مورد هدف انجام مطالعه، رضایت کتبی آگاهانه از کلیه واحدهای مورد پژوهش اخذ شد و به آنان اطمینان داده شد کلیه اطلاعات محرمانه خواهد بود و شرکت و خروج از مطالعه آزاد است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزارSTATA نسخه ۱۲ و از دو روش آمار توصیفی (جداول و شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی‌ها) و آمار استنباطی (آزمون من ویتنی،کروسکال والیس و ضریب همبستگی اسپیرمن) استفاده شد. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن پرستاران بخش‌های مراقبتی ویژه کووید- ۱۹در مطالعه ۶/۳۰ ± ۳۰/۲۱ سال بود. بیشتر پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه (۵۶/۲۵ درصد) مرد، متأهل (۵۸/۹۳ درصد)، دارای مدرک کارشناسی پرستاری (۹۵/۴۵ درصد)، دارای وضعیت استخدامی پیمانی (۳۶/۶۱ درصد)، نوبت‌کاری در گردش(۸۶/۶۱ درصد)، (۶۶/۳۶ درصد) شاغل در بیمارستان امام خمینی بوده که (۶۹/۸۱ درصد) از شرکت‌کنندگان در کارگاه مراقبت‌های فراموش‌شده و علل آن شرکت کرده بودند. میانگین سابقه کاری (۵/۶۳ ± ۶/۱۲ سال)، سابقه خدمت درICU کووید- ۱۹ (۰/۶۰ ± ۱/۰۳ سال) و سابقه خدمت در بخش ICU (۱/۹۴± ۱/۵۶ سال) بود (جدول۱).

**جدول ۱.** توزیع فراوانی مشخصات جمعیت‌شناسی و سوابق بالینی پرستاران بخش‌های مراقبتی ویژه کووید- ۱۹ و ارتباط آن با فراوانی مراقبت‌های فراموش‌شده

| متغیر | | فراوانی (درصد) | میانگین (انحراف) | P-Value | میانگین (انحراف) | P-Value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| جنسیت | مرد | ۶۳ (۵۶/۲۵) | ۵۲/۷۳ (۱۹/۲۴) | ۰/۶۳ | ۸۳/۵۳ (۱۲/۳۸) | ۰/۱۰ |
| | زن | ۴۹ (۴۳/۷۵ ) | ۵۸/۳۴ (۲۹/۳۰) | | ۸۶/۵۵ (۱۴/۵۱) | |
| وضعیت تاهل | مجرد | ۴۶ (۴۱/۰۷) | ۵۷/۵۸ (۲۶/۴۶) | ۰/۶۶ | ۸۳/۷۸ (۱۲/۵۳) | /۲۰ |
| | متاهل | ۶۶ (۵۸/۹۳) | ۵۳/۵۱ (۲۲/۵۶) | | ۸۵/۶۰ (۱۳/۹۸) | |
| تحصیلات | کارشناسی | ۱۰۵(۹۵/۴۵) | ۵۴/۵۳ (۲۴/۱۳) | ۰/۱۴ | ۸۵/۱۵ (۱۲/۵۳) | ۰/۵۹ |
| | کارشناسی ارشد | ۵ (۴/۵۵) | ۶۲/۴۰ (۲۱/۷۷) | | ۸۲/۷۸ (۱۳/۳۳) | |
| بیمارستان محل خدمت | امام خمینی | ۷۳ (۶۶/۳۶) | ۵۸/۰۱ (۲۶/۵۶) | ۰/۴۷ | ۸۵/۲۸ (۱۲/۳۱) | ۰/۹۴ |
| | شفا | ۳۷ (۳۳/۶۴) | ۵۰/۰۰ (۱۸/۶۲) | | ۸۴/۴۳ (۱۲/۱۳) | |
| نوبت‌کاری | ثابت | ۱۵ (۱۳/۳۹) | ۵۷/۴۶ (۲۹/۱۰) | ۰/۹۸ | ۸۵/۶۰ (۱۳/۹۸) | ۰/۵۲ |
| | در گردش | ۹۷ (۸۶/۶۱) | ۵۴/۸۳ (۲۳/۵۲) | | ۸۵/۱۸ (۱۲/۴۳) | |
| شرکت در کارگاه | بله | ۳۲ (۳۰/۱۹) | ۶۰/۸۱ (۲۸/۸۰) | ۰/۱۹ | ۸۴/۴۵ (۱۳/۵۱) | ۰/۸۶ |
| | خیر | ۷۴(۶۹/۸۱) | ۵۰/۹۴ (۲۰/۳۴) | | ۸۳/۱۸ (۱۲/۷۳) | |
| وضعیت استخدامی | رسمی | ۲۳(۲۰/۵۴) | ۵۷/۵۸ (۲۶/۴۶) | | ۸۳/۷۳ (۱۶/۰۱) | ۰/۷۵ |
| | پیمانی | ۴۱(۳۶/۶۱) | ۵۰/۹۴ (۲۰/۳۴) | ۰/۷۶ | ۸۳/۷۸ (۱۲/۲۲) | |
| | طرح | ۳۹(۳۴/۸۲) | ۵۴/۵۳ (۲۴/۱۳) | | ۸۴/۴۵ (۱۱/۵۱) | |
| متغیر | | میانگن | انحراف معیار | | | |
| سن | | ۳۰/۲۱ | ۶/۳۰ | ۰/۴۸ | | ۰/۵۹ |



[ Downloaded from jccnursing.com on 2025-07-12 ]

[ DOI: 10.30491/JCC.16.1.16 ]

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| سابقه کار | ۶/۱۲ | ۵/۶۳ | ۰/۹۵ | ۰/۱۸ |
| سابقه کار در ICU | ۱/۵۶ | ۱/۹۴ | ۰/۹۹ | ۰/۹۸ |
| سابقه کار در ICU کووید- ۱۹ | ۱/۰۳ | ۰/۶۰ | ۰/۱۹ | ۰/۲۵ |

میانگین مراقبت‌های پرستاری فراموش‌شده در بخش‌های مراقبتی ویژه کووید- ۱۹(۲۴/۲۰ ± ۵۵/۱۸) به دست آمد. شایع‌ترین مراقبت‌های پرستاری فراموش‌شده در ICU کووید- ۱۹ به ترتیب کنترل اشباع $O_2$ بیمار (۱۸/۷۵ درصد)، ثبت کامل اطلاعات ضروری بیمار (۸۶/ [illegible]، زنگ اخبار بیمار حداکثر ظرف ۵ دقیقه (۱۷/۲۷ درصد)، تستن دست‌ها قبل از انجام مراقبت (۱۶/۲۲ درصد) و انجام فیزیوتراپی تنفسی برای بیماران (۱۵/۱۸ درصد) بود (جدول۲).

**جدول۲**.توزیع فراوانی مراقبت پرستاری از دست‌رفته به تفکیک گویه‌ها در بخش‌های مراقبتی ویژه کووید- ۱۹

| ردیف | مراقبت‌های فراموش‌شده | همیشه | مرتباً | هر از گاهی | بندرت |
|---|---|---|---|---|---|
| | | فراوانی (درصد) | | | |
| ۱ | شرکت در کنفرانس‌های داخل و خارج رشته‌ای مراقبت از بیمار | (۹/۸۲)۱۱ | (۲۶/۷۹)۳۰ | (۳۷/۵۰)۴۲ | (۲۵/۸۹)۲۹ |
| ۲ | نظارت بر تغذیه مناسب برای بیماری که خودش می‌تواند غذا بخورد | (۸/۰۴) ۹ | (۲۵/۰۰)۲۸ | (۳۳/۹۳)۳۸ | (۳۳/۰۴)۳۷ |
| ۳ | همکاری و نظارت در توالت رفتن بیمار در ۱۵ دقیقه اول درخواست | (۹/۸۲)۱۱ | (۱۸/۷۵)۲۱ | (۳۸/۳۹)۴۳ | (۳۳/۰۴)۳۷ |
| ۴ | نظارت بر غذا دادن به بیمار قبل از این که سرد شود | (۱۴/۴۱)۱۶ | (۲۱/۶۲)۲۴ | (۴۱/۴۴)۴۶ | (۲۲/۵۲)۲۵ |
| ۵ | انجام مراقبت‌های دهان و دهان شویه مناسب بیماران | (۱۴/۲۹)۱۶ | (۲۳/۲۱)۲۶ | (۲۷/۶۸)۳۱ | (۳۴/۸۲)۳۹ |
| ۶ | انجام یا نظارت بر حمام بیمار و مراقبت‌های پوست | (۱۲/۶۱)۱۴ | (۲۵/۲۳)۲۸ | (۲۸/۸۳)۳۲ | (۳۳/۳۳)۳۷ |
| ۷ | جابه جاکردن بیمار هر ۲ ساعت | (۱۱/۷۱)۱۳ | (۱۵/۳۲)۱۷ | (۲۸/۸۳)۳۲ | (۴۴/۱۴)۴۹ |
| ۸ | حمایت عاطفی از بیمار وخانواده | (۹/۸۲)۱۱ | (۲۰/۵۴)۲۳ | (۲۵/۰۰)۲۸ | (۴۴/۶۴)۵۰ |
| ۹ | ارزیابی تأثیر داروها | (۷/۱۴)۸ | (۱۷/۸۶)۲۰ | (۲۲/۳۲)۲۵ | (۵۲/۶۸)۵۹ |
| ۱۰ | آموزش به بیمار درباره بیماری،آزمایش‌ها وتست‌های تشخیصی | (۹/۸۲)۱۱ | (۱۷/۸۶)۲۰ | (۲۵/۰۰)۲۸ | (۴۷/۳۲)۵۳ |
| ۱۱ | تمرکز بر ارزیابی مجدد بیمار بر اساس شرایط وی | (۹/۰۱)۱۰ | (۱۸/۹۲)۲۱ | (۳۰/۶۳)۳۴ | (۴۱/۴۴)۴۶ |
| ۱۲ | شستن دست‌ها قبل از انجام مراقبت | (۱۶/۲۲)۱۸ | (۱۵/۳۲)۱۷ | (۲۵/۲۳)۲۸ | (۴۳/۲۴)۴۸ |
| ۱۳ | حرکت دادن بیمار ۳ بار در روز یا بر اساس دستور پزشک | (۱۱/۶۱)۱۳ | (۱۶/۰۷)۱۸ | (۲۵/۸۹)۲۹ | (۴۶/۴۳)۵۲ |
| ۱۴ | مراقبت از زخم پوستی | (۱۴/۲۹)۱۶ | (۹/۸۲)۱۱ | (۱۹/۶۴)۲۲ | (۵۶/۲۵)۶۳ |
| ۱۵ | آموزش بیمار هنگام ترخیص | (۱۱/۷۱)۱۳ | (۱۰/۸۱)۱۲ | (۲۲/۵۲)۲۵ | (۵۴/۹۵)۶۱ |
| ۱۶ | پاسخ به زنگ اخبار بیمار حداکثر ظرف ۵ دقیقه | (۱۷/۲۷)۱۹ | (۱۴/۵۵)۱۶ | (۱۸/۱۸)۲۰ | (۵۰/۰۰)۵۵ |
| ۱۷ | تجویز داروهایPRN بعد از درخواست بیمار و یا صلاحدید پرستار یا پزشک | (۸/۹۳)۱۰ | (۱۳/۳۹)۱۵ | (۱۶/۹۶)۱۹ | (۶۰/۷۱)۶۸ |
| ۱۸ | ارزیابی کلی بیمار در هر نوبت‌کاری | (۱۱/۷۱)۱۳ | (۱۱/۷۱)۱۳ | (۳۰/۶۳)۳۴ | (۴۵/۹۵)۵۱ |
| ۱۹ | ارزیابی و مراقبت از مسیرهای وریدی محیطی و مرکزی بیمار | (۱۰/۹۱)۱۲ | (۱۰/۹۱)۱۲ | (۲۰/۰۰)۲۲ | (۵۸/۱۸)۶۴ |
| ۲۰ | تجویز داروها در زمان۳۰ دقیقه قبل یا بعد از زمان برنامه‌ریزی‌شده | (۹/۸۲)۱۱ | (۱۶/۰۷)۱۸ | (۲۵/۸۹)۲۹ | (۴۸/۲۱)۵۴ |
| ۲۱ | کنترل جذب و دفع مایعات | (۸/۰۴)۹ | (۱۵/۱۸)۱۷ | (۱۸/۷۵)۲۱ | (۵۸/۰۴)۶۵ |
| ۲۲ | اندازه‌گیری علایم حیاتی بر اساس دستور پزشک | (۶/۲۵)۷ | (۱۴/۲۹)۱۶ | (۱۴/۲۹)۲۱ | (۶۵/۱۸)۶۵ |
| ۲۳ | ثبت کامل اطلاعات ضروری بیمار | (۱۷/۸۶)۲۰ | ۸/۹۳)۱۰ | (۲۳/۲۱)۲۶ | (۵۰/۰۰)۵۶ |
| ۲۴ | کنترل قند خون با گلوکومتر | (۱۴/۲۹)۱۶ | (۱۰/۷۱)۱۲ | (۸/۹۳)۱۰ | (۶۶/۰۷)۷۴ |
| ۲۵ | حفظ پوزیشن‌های متناسب با وضعیت بیمار (پوزیشن سجده،SSP) | (۱۳/۶۳)۱۵ | (۹/۰۹)۱۲ | (۱۳/۶۴)۱۰ | (۶۳/۶۴)۷۴ |
| ۲۶ | تعدیل وضعیت بیمار از نظر سرما و گرما | (۹/۸۲)۱۱ | (۱۲/۵۰)۱۴ | (۲۶/۷۹)۳۰ | (۵۰/۸۹)۵۷ |
| ۲۷ | انجام فیزیوتراپی تنفسی برای بیمار | (۱۵/۱۸)۱۷ | (۸/۰۴)۹ | (۲۵/۰۰)۲۸ | (۵۱/۷۹)۵۸ |
| ۲۸ | آموزش اسپیرومتری و ورزش‌های تنفسی به شرط هوشیاری بیمار | (۱۲/۵۰)۱۴ | (۱۱/۶۱)۱۳ | (۲۱/۴۳)۲۴ | (۵۴/۴۶)۶۱ |
| ۲۹ | کنترل اشباع $O_2$ بیمار | (۱۸/۷۵)۲۱ | (۷/۱۴)۸ | (۱۴/۲۰)۱۶ | (۵۹/۸۲)۶۷ |
| | | انحراف معیار | | میانگین کل | |
| | | ۲۴/۲۰ | | ۵۵/۱۵ | |

[ Downloaded from jccnursing.com on 2025-07-12 ]

[ DOI: 10.30491/JCC.16.1.16 ]

میانگین علل مراقبت‌های پرستاری فراموش‌شده در ICU کووید- ۱۹،(۱۳/۳۸ ± ۸۴/۸۵) بود. شایع‌ترین علل مراقبت‌های پرستاری فراموش‌شده در بخش‌های مراقبت ویژه کووید- ۱۹ به ترتیب کمبود کارکنان پرستاری (۸۶/۶۱ درصد)، کمبود نیروی کمک پرستار و یا منشی (۷۴/۷۷ درصد)، حجم زیاد فعالیت‌های مربوط به پذیرش و ترخیص بیماران (۶۷/۶۶ درصد)، افزایش ساعات کاری نظیر اضافه‌کاری اجباری خارج از تحمل پرستار و نداشتن مرخصی‌های به موقع (۶۳/۳۹ درصد) و درگیرشدن پرستار با اقدامات دیگر مثل وظایف منشی و افزایش غیرمنتظره در تعداد بیماران و شلوغی بخش‌ها (۶۲/۵۰ درصد) بود (جداول ۴ و ۳).

**جدول۳.** شاخص‌های عددی دلایل مراقبت‌های پرستاری فراموش‌شده بخش‌های مراقبتی ویژه کووید- ۱۹

| علل مراقبت پرستاری فراموش‌شده | میانگین | انحراف معیار |
|---|---|---|
| بُعد منابع انسانی | ۴۶/۴۵ | ۷/۰۲ |
| بُعد منابع مادی | ۱۹/۹۱ | ۳/۶۳ |
| بُعد ارتباطات | ۱۸/۴۸ | ۴/۰۵ |
| جمع | ۸۴/۸۵ | ۱۳/۳۸ |

**جدول٤.** توزیع فراوانی دلایل مراقبت پرستاری از دست‌رفته به تفکیک گویه‌ها در بخش مراقبتی ویژه کووید- ۱۹

| ردیف | دلایل مراقبت‌های فراموش‌شده | با اهمیت فراوانی (درصد) | با اهمیت متوسط فراوانی (درصد) | کم اهمیت فراوانی (درصد) | بی اهمیت فراوانی (درصد) |
|---|---|---|---|---|---|
| ۱ | کمبود کارکنان پرستاری | (۸۶/۶۱)۹۷ | (۱۰/۷۱)۱۲ | (۰/۸۹)۱ | (۱/۷۹)۲ |
| ۲ | شرایط اضطراری بیماران | (۶۰/۰۰)۶۶ | (۳۰/۹۱)۳۴ | (۷/۲۷)۸ | (۱/۸۲)۲ |
| ۳ | افزایش غیر منتظره در تعداد بیماران و یا شلوغی بخش‌ها | (۶۲/۵۰)۷۰ | (۳۰/۳۶)۳۴ | (۴/۴۶)۵ | (۲/۶۸)۳ |
| ۴ | کمبود نیروی کمکی و یا منشی | (۷۴/۷۷)۸۳ | (۱۷/۱۲)۱۹ | (۶/۳۱)۷ | (۱/۷۰)۲ |
| ۵ | دستورات غیر معمول پزشک برای بیمار | (۳/۹۳)۳۸ | (۳۸/۳۹)۴۳ | (۲۵/۰۰)۲۸ | (۲/۶۸)۳ |
| ۶ | در دسترس نبودن داروها در مواقع لزوم | (۴۸/۲۱)۵۴ | (۳۵/۷۱)۴۰ | (۱۰/۷۱)۱۲ | (۵/۳۶)۶ |
| ۷ | تحویل و تحول ناکارآمد نوبت‌کاری در زمان تحویل نوبت‌کاری یا انتقال بیمار | (۴۷/۲۲)۵۱ | (۳۲/۴۱)۳۵ | (۱۴/۸۱)۱۶ | (۵/۵۶)۶ |
| ۸ | ارایه ندادن مراقبت توسط سایر بخش‌ها | (۴۳/۷۵)۴۹ | (۳۳/۹۳)۳۸ | (۱۶/۹۶)۱۹ | (۵/۳۶)۶ |
| ۹ | در دسترس نبودن وسایل و تجهیزات در مواقع لزوم | (۵/۸۹)۵۷ | (۴/۸۲)۳۹ | (۱۰/۷۱)۱۲ | (۳/۵۷)۴ |
| ۱۰ | درست کار نکردن وسایل و تجهیزات در موقع لزوم | (۵۲/۶۸)۵۹ | (۳۱/۲۵)۳۵ | ۹(/۸۲)۱۱ | (۶/۲۵)۷ |
| ۱۱ | عدم حمایت از سوی سایر اعضای تیم درمان | (۴۷/۳۲)۵۳ | (۳۳/۰۴)۳۷ | (۱۱/۶۱)۱۳ | (۸/۰۴)۹ |
| ۱۲ | تنش یا ارتباط ضعیف با سایر مراکز کمکی و حمایتی | (۳۵/۷۱)۴۰ | (۳۴/۸۲)۳۹ | (۱۰/۷۱)۲۵ | (۳/۵۱)۸ |
| ۱۳ | تنش یا ضعف ارتباطات در تیم پرستاری | (۴۱/۰۷)۴۶ | (۳۳/۰۴)۳۷ | (۲۰/۵۴)۲۳ | (۵/۳۶)۶ |
| ۱۴ | تنش یا اختلال در ارتباطات با کادر پزشکی | (۳۹/۶۴)۴۴ | (۴۴/۱۴)۴۹ | (۱۲/۶۱)۱۴ | (۳/۶۰)۴ |
| ۱۵ | عدم توضیح کمک پرستار در مورد علل عدم انجام مراقبت | (۳۴/۸۲)۳۹ | (۴۲/۸۶)۴۸ | (۱۸/۷۵)۲۱ | (۳/۵۷)۴ |
| ۱۶ | در دسترس نبودن یا عدم حضور پرستار موظف به انجام مراقبت از بیمار | (۵۰/۰۰)۵۶ | (۲۵/۸۹)۲۹ | (۱۶/۹۶)۱۹ | (۷/۱۴)۸ |
| ۱۷ | حجم زیاد فعالیت مربوط به پذیرش و ترخیص بیماران | (۶۶/۶۷)۷۴ | (۲۰/۷۲)۲۳ | (۷/۲۱)۸ | (۵/۴۱)۶ |
| ۱۸ | درگیرشدن پرستار با اقدامات دیگر مثل وظایف منشی | (۶۲/۵۰)۷۰ | (۲۹/۴۶)۳۳ | (۶/۲۵)۷ | (۱/۷۹)۲ |
| ۱۹ | حجم زیاد اطلاعاتی که باید در پرونده نوشته شود | (۵۳/۲۱)۵۸ | (۲۹/۳۶)۳۲ | (۱۴/۶۸)۱۶ | (۲/۷۵)۳ |
| ۲۰ | مربوط نبودن مراقبت ذکر شده با وظایف پرستار فعلی | (۵۲/۶۸)۵۹ | (۳۱/۲۵)۳۵ | (۱۲/۵۰)۱۴ | (۳/۵۷)۴ |
| ۲۱ | ترس از ابتلا به بیماری | (۴۲/۸۶)۴۸ | (۳۱/۲۵)۳۵ | (۱۸/۷۵)۲۱ | (۷/۱۴)۸ |
| ۲۲ | پایین بودن امید به بهبودی بیماران | (۲۷/۶۸)۳۱ | (۹۶/۴۱)۴۷ | (۲۲/۳۲)۲۵ | (۸/۰۴)۹ |
| ۲۳ | کاهش حساسیت به مرگ ناشی از آمار بالای مرگ | (۳۹/۰۹)۴۳ | (۳۸/۱۸)۴۲ | (۱۳/۶۴)۱۵ | (۹/۰۹)۱۰ |
| ۲۴ | ترس و نگرانی از انتقال بیماری به خانواده | (۴۷/۷۵)۵۳ | (۳۴/۲۳)۳۸ | (۹/۰۱)۱۰ | (۹/۰۱)۱۰ |
| ۲۵ | کافی نبودن تجهیزات و امکانات حفاظت شخصی | (۵۶/۲۵)۶۳ | (۲۱/۲۳)۲۶ | (۱۶/۹۶)۱۹ | (۳/۵۷)۴ |
| ۲۶ | افزایش ساعات کاری نظیر اضافه‌کاری اجباری خارج از تحمل پرستار و نداشتن مرخصی به موقع | (۶۳/۳۹)۷۱ | (۲۴/۱۱)۲۷ | (۸/۹۳)۱۰ | (۳/۵۷)۴ |

[ Downloaded from jccnursing.com on 2025-07-12 ]

[ DOI: 10.30491/JCC.16.1.16 ]

جهت تعیین ارتباط بین نمره میانگین میزان مراقبت‌های پرستاری فراموش‌شده و علل آن با مشخصات جمعیت‌شناسی پرستاران، از آزمون‌های یو من ویتنی، کوریسکال والیس و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که بر اساس نتایج فراوانی مراقبت‌های پرستاری فراموش‌شده و علل آن با هیچ کدام از مشخصات جمعیت‌شناسی پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه بیماران مبتلا به کووید- ۱۹ ارتباط معناداری از نظر آماری نداشت (P>۰/۰۵) (جدول۱).

## بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان و علل مراقبت‌های پرستاری فراموش‌شده در مراقبت از بیماران مبتلا به کووید- ۱۹ بستری در بخش‌های مراقبت ویژه انجام شد. بر اساس نتایج، میزان مراقبت‌های پرستاری فراموش‌شده در این بیماران در حد متوسط بوده و شایع‌ترین مراقبت‌های پرستاری فراموش‌شده در بخش مراقبت ویژه کووید- ۱۹ به ترتیب کنترل اشباع $O_2$ بیمار، ثبت کامل اطلاعات ضروری بیمار، پاسخ سریع به زنگ اخبار بیمار، شستن دست‌ها قبل از انجام مراقبت و انجام فیزیوتراپی تنفسی برای بیماران بود.

با وجود فشار ناشی از پاندمی کووید- ۱۹ بر پرستاران و کمبود تجهیزات محافظت فردی و مشاهده رنج و مرگ و میر بیماران، فراموشی مراقبت‌های پرستاری در سطح متوسط قابل انتظار است اما از آنجا که فراموشی این مراقبت‌ها عواقب خطرناکی برای بیماران دارد لذا باید با مدیریت و انجام تدابیر لازم به حداقل برسد. در مورد نوع مراقبت فراموش‌شده نیز به نظر می‌رسد چون سنجش اکسیژن اشباع شریانی در این بیماران مهم بوده و باید به صورت مرتب کنترل می‌شد لذا گاهی فراموش می‌شده است. ثبت نیز یکی از ارکان اصلی مراقبت پرستاری است ولی در اکثر موارد کامل انجام نمی‌گیرد.

به صورت همسو با نتایج مطالعه حاضر در مطالعه Falk و همکاران (۲۰۲۲) از دیدگاه پرستاران مراقبت‌کننده از بیماران مبتلا به کووید- ۱۹ نشان داده شد که ثبت و گزارش ناقص اطلاعات ضروری بیمار شایع‌ترین مراقبت‌های از دست‌رفته بودند [۲۴]. به صورت ناهمسو با نتایج مطالعه حاضر در مطالعه Labrague و همکاران (۲۰۲۲) بر ۲۹۵ پرستار خط مقدم مبارزه با کووید- ۱۹در کشور فیلیپین نشان داد نظارت کافی بر بیمار، صحبت کردن با بیمار و مراقبت از پوست شایع‌ترین مراقبت‌های از دست‌رفته بودند [۲۵].

نوع مراقبت فراموش‌شده از بخشی به بخش دیگر و از محیط پژوهش به محیطی دیگر متفاوت است. مثلاً برخی مراقبت‌ها در مورد بیماران مبتلا به کووید- ۱۹ مطرح است که در بخش‌های عادی مطرح نیست لذا تلاش برای کاهش فراوانی این مراقبت‌های فراموش‌شده و استفاده از مداخلات مناسب برای آن ضروری به نظر می‌رسد.

در مورد علل مراقبت‌های فراموش‌شده هم شایع‌ترین علل به ترتیب کمبود کارکنان پرستاری، کمبود نیروی کمکی و یا منشی، حجم زیاد فعالیت‌های مربوط به پذیرش و ترخیص بیماران، افزایش ساعات کاری نظیر اضافه‌کاری اجباری خارج از تحمل پرستار و نداشتن مرخصی‌های به موقع و درگیرشدن پرستار با اقدامات دیگر مثل وظایف منشی و افزایش غیر منتظره در تعداد بیماران و شلوغی بخش‌ها گزارش شد.

پرستاری یک حرفه‌ی علمی است و در این حرفه بر حسب شرایط بخش و نیازهای بیماران فرمول‌های زیادی برای تعیین نسبت تعداد پرستار به بیمار وجود دارد. به هر دلیل اگر این نسبت رعایت نشود فشار کاری بر پرستاران وارد شده و طبعاً به دنبال آن مراقبت‌های زیادی فراموش می‌شود؛ لذا این یافته قابل انتظار است. همسو با نتایج مطالعه حاضر در مطالعه حسینی و همکاران (۲۰۲۲) نیز که بر روی پرستاران شاغل در بخش کووید- ۱۹ انجام گرفت، شایع‌ترین علل مراقبت از دست‌رفته، موقعیت‌های فوری بیمار، کارکنان ناکافی و افزایش غیر منتظره حجم بیمار عنوان شد [۲۶].

همچنین در مطالعه‌ای که توسط von Vogelsang و همکاران (۲۰۲۱) در کشور انجام گرفت نتایج نشان داد که عدم رعایت نسبت پرستار به بیماران از دلایل اصلی فراموشی مراقبت‌های پرستاری بود [۱۵]. مهمترین دلایل فراموشی مراقبت‌ها از دیدگاه پرستاران مراقبت‌کننده از بیماران مبتلا به کووید- ۱۹ در مطالعه Falk و همکاران (۲۰۲۲) ناکافی بودن تعداد نیروی انسانی و افزایش تعداد بیماران بودند [۲۴]. از نظر محقق انجام پژوهش با اهداف یکسان و در گروهی هدفی به پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه کووید- ۱۹ از دلایل کسب نتایج هم سو است.

Tubbs Cooley و همکاران (۲۰۱۵) با انجام یک مطالعه بر روی پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه نوزادان نشان دادند که تقریباً نیمی از شرکت‌کنندگان تعداد ناکافی پرستاران را از دلایل مراقبت از دست‌رفته می‌دانند [۲۷]. مطالعه Ball و همکاران (۲۰۱۴) نیز نشان داد سطوح پایین پرسنل پرستاری موجب مراقبت‌های پرستاری از دست‌رفته می‌شود که همسو با نتایج حاصل از مطاله حاضر بود [۲۸].

بر طبق نتایج مطالعه Kim و همکاران (۲۰۱۸) «کفایت کارکنان و منابع» و «توانایی مدیریت پرستاری، رهبری و حمایت از پرستاران» در بین عوامل محیط کاری پرستاران تأثیر زیادی بر مراقبت پرستاری از دست‌رفته دارد [۲۹]. در اکثر مطالعات مشخص شده است که توجه به تعداد نیروی انسانی مورد نیاز بیماران در هر بخش ضروری بوده و لذا می‌توان گفت تمرکز بر روی آن می‌تواند در کاهش میزان فراموشی مراقبت‌های پرستاری

[ Downloaded from jccnursing.com on 2025-07-12 ]

[ DOI: 10.30491/JCC.16.1.16 ]

دخیل باشد. اما به صورت نا همسو در مطالعه صفدری و همکاران (۲۰۲۲) که به صورت کیفی انجام شد نتایج نشان داد که از علل اصلی مراقبت‌های فراموش‌شده بی‌توجهی به مراقبت، حذف خودسرانه مراقبت و حذف اجباری مراقبت بود [۳۰]. به نظر می‌رسد که دلیل اصلی این ناهمسویی روش مطالعه باشد چون صفدری و همکاران به روش کیفی و بدون استفاده از ابزار استاندارد، علل مراقبت‌های فراموش‌شده را بررسی نموده‌اند.

از نتایج دیگر پژوهش این بود که فراوانی مراقبت‌های پرستاری فراموش‌شده و علل آن با هیچ کدام از مشخصات جمعیت‌شناسی پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه بیماران مبتلا به کووید- ۱۹ ارتباط معناداری از نظر آماری نداشت. به صورت همسو با نتیجه مطالعه حاضر در مطالعه امامی و همکاران (۱۳۹۶) و Cho و همکاران (۲۰۲۱) نیز بین فراوانی مراقبت‌های فراموش‌شده و مشخصات جمعیت‌شناسی نیز رابطه معناداری از نظر آماری وجود ندارد [۳۲-۳۱]. اما به صورت ناهمسو با نتایج مطالعه حاضر در مطالعه عبادی و همکاران (۱۳۹۹) تحت عنوان مراقبت فراموش‌شده و عوامل مرتبط با آن در پرستاران مراکز آموزشی- درمانی اردبیل و خلخال مشخص شد که میزان مراقبت‌های فراموش‌شده با سن، سابقه کاری، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل ارتباط معنی‌داری دارد و پرستاران متأهل بین ۳۰ تا ۴۰ سال و با تحصیلات بالاتر مراقبت‌های فراموش‌شده بالاتری دارند [۳۳].

در مورد ارتباط میزان و علل مراقبت‌های پرستاری فراموش‌شده با مشخصات جمعیت‌شناسی بنظر می‌رسد که نمی‌توان به صورت قطعی یک عامل خاص از مشخصات جمعیت‌شناسی را به عنوان پیش‌بینی‌کننده مراقبت‌های فراموش‌شده در پرستاران ذکر نمود و بر حسب شرایط، جو سازمانی و از محیطی به محیط دیگر متفاوت است. اما لازم است به آنها توجه شده و ضمن مدیریت صحیح این مشخصات در جذب نیرو در بخش‌های ویژه توجه بیشتری شود.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر انجام پژوهش فقط در ICU کووید- ۱۹ بود لذا پیشنهاد می‌شود این مطالعه در بخش‌های عادی کووید- ۱۹ هم انجام گیرد. همچنین چون هدف اصلی مطالعه استفاده از رگرسیون نبود لذا تعیین اثرات متغیرها میسر نبود و توصیه می‌شود در مطالعات بعدی جهت تحلیل از رگرسیون استفاده شود.

## نتیجه‌گیری

در پاسخ به اهداف و سؤالات پژوهش می‌توان گفت که میزان مراقبت‌های پرستاری فراموش‌شده از نظر پرستاران مراقبت‌کننده از بیماران مبتلا به کووید- ۱۹ در بخش‌های ویژه در حد متوسط است که با توجه به اهمیت آن در سلامتی و رضایت بیماران لازم است برای کاهش آن تلاش صورت گیرد. شایع‌ترین مراقبت‌های پرستاری فراموش‌شده در بخش مراقبت ویژه کووید- ۱۹ به ترتیب کنترل اشباع $O_2$ بیمار، ثبت کامل اطلاعات ضروری بیمار بود که لازم است به مراقبت‌های اختصاصی هر بخش توجه بیشتری شود و نیاز به تکرار مداوم آن باعث فراموشی آن نشود. همچنین شایع‌ترین علل مراقبت‌های پرستاری فراموش‌شده به ترتیب کمبود کارکنان پرستاری، کمبود نیروی کمکی و یا منشی، حجم زیاد فعالیت‌های مربوط به پذیرش و ترخیص بیماران بود که لازم است مدیران پرستاری با اتخاذ تدابیر درست و تأمین به موقع نیروی انسانی و کاهش ساعات کار در راستای کاهش مراقبت‌های پرستاری فراموش‌شده گام بردارند.

## تقدیر و تشکر

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری داخلی- جراحی با کد اخلاق (IR.MUK.REC.1400.175) است. پژوهشگران از کلیه پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش و از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کردستان به جهت حمایت از این پژوهش تقدیر و تشکر می‌نماید.

## تعارض منافع

نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

## منابع

1. Zabolypour S, Dastan K, Ghorbani S, Anbari A, Mohammadi S. Investigating the quality of caring behaviors of nurses and patient satisfaction in Shahid Beheshti Hospital of Yasuj. Journal of Research Devolopment in Nursing & Midwifery. 2017;13(1):25-31.
2. Reza N, Sepideh M, Soheyla Z, Tajmohammad Arazi G. Relationship between quality of senior nursing students' caring behaviors and patients' satisfaction. HAYAT-Journal of Faculty of Nursing and Midwifery. 2012; 18 (3): 10-21.
3. Soltani M, Hejazi M, Nornematolahi S, Ashkanifar M. The effect of aquatic aerobic training on Expanded Disability Status Scale (EDSS) in Multiple Sclerosis (MS) patients. Juornal of Screeing and Geographical Medicine. 2011;17(1):15-20.
4. Asadi N, Salmani F, Pourkhajooyi S, Mahdavifar M, Royani Z, Salmani M. Investigating the relationship between corona anxiety and nursing care behaviors working in corona's referral hospitals. Iranian Journal of Psychiatry and

[ Downloaded from jccnursing.com on 2025-07-12 ]

[ DOI: 10.30491/JCC.16.1.16 ]

Clinical Psychology. 2020;26(3):306-19. doi. 10.32598/ijpcp.26.3476.1
5. Kalisch BJ, Williams RA. Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. JONA. 2009;39(5):211-9. doi. 10.1097/NNA.0b013e3181a23cf5
6. Siqueira LDC, Caliri MHL, Kalisch B, Dantas RAS. Cultural adaptation and internal consistency analysis of the MISSCARE Survey for use in Brazil. Rev lat Am enfermagem. 2013;21:610-7. doi.10.1590/S0104. 11692013000200019
7. Labrague LJ, de Los Santos JAA, Fronda DC. Factors associated with missed nursing care and nurse-assessed quality of care during the COVID-19 pandemic. J Nurs Manag. 2022;30(1):62-70. doi.10.1111/jonm.13483
8. Ronald J Piscotty J, Kalisch B. The relationship between electronic nursing care reminders and missed nursing care. CIN. 2014;32(10):475-81. doi.10.1097/CIN.0000000000000092
9. John ME, Mgbekem MA, Nsemo AD, Maxwell GI. Missed nursing care, patient outcomes and care outcomes in selected hospitals in Southern Nigeria. Journal of Nursing & Healthcare. 2016;1(2):1-5.
10. Najafi. A missing link in care. J Cancer Nurs. 2021;1(4):8-17.
11. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. J Adv Nurs. 2009;65(7):1509-17.
12. Lake ET, Riman KA, Sloane DM. Improved work environments and staffing lead to less missed nursing care: A panel study. J Nurs Manag. 2020;28(8):2157-65. doi.10.1111/jonm.12970
13. 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.
14. Tubbs-Cooley HL, Pickler RH, Younger JB, Mark BA. A descriptive study of nurse-reported missed care in neonatal intensive care units. J Adv Nurs. 2015;71(4):813-24. doi.10.1111/jan.12578
15. Von Vogelsang AC, Göransson KE, Falk AC, Nymark C. Missed nursing care during the COVID-19 pandemic: A comparative observational study. Journal of Nursing Management. 2021;29(8):2343-52. doi.10.1111/jonm.13392
16. Rothan HA, Byrareddy SN. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. J Autoimmun. 2020;109:102433.
17. Padula WV, Nagarajan M, Davidson PM, Pronovost PJ. Investing in skilled specialists to grow hospital infrastructure for quality improvement. J Patient Saf. 2021;17(1):51. doi:10.1097/PTS.0000000000000623
18. Firouzkouhi M, Abdollahimohammad A, Shahrai-Vahed A. Nurses\'Moral Distress in Caring for COVID 19 Patients. Health, Spirituality and Medical Ethics. 2021;8(2).
19. Danielis M, Mattiussi E. The care of patients through the lens of the fundamentals into times of the COVID-19 outbreak. Intensive Crit Care Nurs. 2020;60:102883.
20. Crowe S, Howard AF, Vanderspank-Wright B, Gillis P, McLeod F, Penner C, et al. The effect of COVID-19 pandemic on the mental health of Canadian critical care nurses providing patient care during the early phase pandemic: A mixed method study. Intensive Crit Care Nurs. 2021;63. doi.10.1016/j.iccn.2020.102999
21. Palese A, Ambrosi E, Prosperi L, Guarnier A, Barelli P, Zambiasi P, et al. Missed nursing care and predicting factors in the Italian medical care setting. Intern Emerg Med. 2015;10(6):693-702.
22. Keykha A, Ramezani M, Heydari A. Attitude and Barriers of Teamwork in Intensive Care Unit from the Perspective of Nurses in COVID-19 Pandemic. J Mil Med. 2021;23(4):329-37.
23. 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. 2019;25(1):11-24.
24. Falk A-C, Nymark C, Göransson KE, von Vogelsang A-C. Missed nursing care in the Critical care unit, before and during the COVID-19 pandemic: a comparative cross-sectional study. Intensive and Critical Care Nursing. 2022. doi. 10.1016/j.iccn.2022.103276
25. Labrague LJ, de Los Santos JAA, Fronda DC. Factors associated with missed nursing care and nurse-assessed quality of care during the COVID-19 pandemic. Journal of Nursing Management. 2022;30(1):62-70. doi. 10.1111/jonm.13483
26. Hosseini Z, Raisi L, Maghari AH, Karimollahi M. Missed nursing care in the COVID-19 pandemic in Iran. International Journal of Nursing Knowledge. 2022.
27. Tubbs-Cooley HL, Pickler RH, Younger JB, Mark BA. A descriptive study of nurse-reported missed care in neonatal intensive care units. Journal of Advanced Nursing. 2015;71(4):813-24. doi.10.1111/jan.12578
28. 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.
29. Kim K-J, 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;12(2):121-6. doi.10.1016/j.anr.2018.04.003
30. Safdari A, Rassouli M, Jafarizadeh R, Khademi F, Barasteh S. Causes of Missed Nursing Care During COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study in Iran. Frontiers in Public Health. 2022;10. doi.10.3389/fpubh.2022.758156

[ Downloaded from jccnursing.com on 2025-07-12 ]

[ DOI: 10.30491/JCC.16.1.16 ]

31. Emami N. Correlation Between job satisfaction and Missed carefrequency andit's Reasons from the perspective of neonatal intensive care units nurses in Tabriz University of Medical Sciences Hospitals-2016. MSC Thesis. 1395;Tabriz University of Medical Sciences Faculty of Nursing and Midwifery. 2018.
32. Cho H, Han K, Ryu E, Choi E. Work schedule characteristics, missed nursing care, and organizational commitment among hospital nurses in Korea. Journal of Nursing Scholarship. 2021;53(1):106-14. doi.10.1111/jnu.12612
33. 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. Journal of Health and Care. 2021;23(1):78-87.

[ Downloaded from jccnursing.com on 2025-07-12 ]

[ DOI: 10.30491/JCC.16.1.16 ]