Quarterly Journal of Nursing Management (IJNV) Orginal Article

Volume 13, Issue 2, Summer 2024

Unfinished Nursing Care and Its Causes in Iran: A Systematic Review

Khaloobagheri E[1], Sharifi KH[2*]

1- PhD Candidate in Nursing, Department of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Science, Kashan, Iran./ Dept. of Internal Surgery Nursing, Ali-ibn Abi-Taleb Hospital, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.
2- Assistant Professor, Department of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Science, Kashan, Iran.

***Corresponding author:** Sharifi KH, Assistant Professor, Department of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Science, Kashan, Iran.
Email: Sharifi81k@yahoo.com

Received: 14 May 2024 Accepted: 31 Dec 2024

Abstract

Introduction: Incomplete nursing care affects treatment results, the quality of nurses' work, and the goals of the organization. Therefore, the purpose of this study is to review the studies conducted in the field of incomplete nursing care and its causes in Iran.

Methods: This review study examined the articles published between 1396 and 1402 from sid, magiram, google scholar, pubmed and scopuse databases in both Farsi and English languages. Keywords incomplete care, lost care, incomplete care, forgotten care, nurses, Iran were used in Persian sources and incomplete care, unfinished care, forgotten care, miss care, nursing, Iran in English sources. After evaluating the quality of articles from 28 studies, 13 articles were qualified and included in the study.

Results: The results showed that incomplete nursing care in Iran is at a higher than average level with an average between 25.66±12.59 (scale 24-96) and 82.04±8.50 in three educational fields respectively. , support and protection happens. Its causes include; Human resources (insufficient number of nurses, increase in the number of patients, lack of auxiliary or secretarial staff, incompatibility of nursing care with the duties of nurses, unusual prescription of doctors), material resources (unavailability of drugs, supplies and equipment) and communication resources. lack of support for nurses, lack of teamwork, incomplete delivery of the previous shift or sent unit, tension and poor communication with other support centers).

Conclusions: Unfinished nursing care in Iran is at a higher than average level and mostly in the educational field. The most important reason is the lack of human resources and nurses. Reducing and eliminating neglected care improves the quality of care and increases patient satisfaction, so health system managers should try to reduce it as much as possible by considering the relevant causes.

Keywords: Incomplete nursing care, Iranian nurses, Systematic review.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-29]

Extended Abstract

Introduction

Incomplete or missed nursing care is a relatively new concept (1) that has garnered significant attention worldwide in recent years (2). It refers to any type of care required by a patient that is either partially or entirely neglected or delayed (3). Incomplete nursing care negatively impacts patient outcomes, the quality of nursing work, and organizational goals (2). It also threatens the quality of care and patient safety (6), leading to the neglect of patients' rights, hindering their rehabilitation and recovery (7), and causing feelings of guilt, fear of blame, and punishment among nurses (4). As a result, it has become a growing concern globally (8). Given the importance of incomplete nursing care on the quantity and quality of nursing services, the varying reports on its causes, the novelty of this concept, and the lack of review articles in this field in Iran, the present study aims to review existing research to investigate the status of incomplete nursing care in Iran and its causes. The study seeks to answer the following questions: What is the level of incomplete nursing care in Iran? What are the causes of incomplete nursing care?

Methods

Data

In the initial search, 28 articles related to unfinished nursing care were identified. After removing duplicates, studies involving non-nurse healthcare personnel, and qualitative studies, a total of 13 articles (8 Persian and 5 English) met the eligibility criteria. The inclusion criteria for articles were: descriptive or interventional studies related to the topic, publication between 2017 and 2023, Persian or English language, publication in reputable academic or research journals, and full-text availability. Exclusion criteria included a score below 20 for descriptive studies and below 25 for interventional studies.

Instrument

To assess the quality of descriptive studies, the STROBE checklist was used (18). This checklist consists of 22 sections, with a total score of 30 and a minimum acceptable score of 20. For evaluating interventional studies, the CONSORT checklist was employed (19). This checklist includes 25 items, with a total score of 37 and a minimum acceptable score of 25 in this study.

The search was conducted in Persian and English using databases such as SID, Magiran, Google Scholar, PubMed, and Scopus. keywords included "incomplete care", "unfinished care", "forgotten care", "missed care", "nursing", "Iran", and their MeSH equivalents, combined with Boolean operators (OR/AND). Keywords were determined by two experts, and the search was performed independently by two researchers. To assess relevance, article titles and abstracts were reviewed first. Articles were then confirmed based on implementation location, publication year, and topic alignment. Full texts of eligible articles were thoroughly examined.

Results

Among the 13 reviewed articles, 8 were in Persian and 5 in English. Of the included studies, 10 were descriptive-cross-sectional and 3 were descriptive-correlational. Three studies were conducted in Tehran, 2 in Ardabil, 2 in Urmia, and the remaining studies were carried out in Birjand, Sanandaj, Kerman, Yazd, Tabriz, and Rasht. The smallest sample size across the studies was 80 participants, and the largest was 453. Sampling methods included census sampling in 7 studies, random sampling in 4 studies, and convenience or consensus sampling in 2 studies.

Discussion

The findings of this study indicate that the level of incomplete nursing care in Iran is higher than average. The results also reveal that incomplete nursing care occurs most frequently in three areas: educational, supportive, and protective. In the educational domain, the most commonly neglected aspects include participation in interdisciplinary care conferences, discharge education, and patient education regarding their disease, tests, and diagnostic examinations. In the supportive domain, incomplete nursing care primarily involves emotional and psychological support for patients and their families. In the protective domain, incomplete care includes tasks such as changing patient positions, fully documenting essential information in patient files, monitoring blood sugar levels with a glucometer, providing primary care interventions (e.g., assisting patients with toileting, feeding, bathing, skin care, and oral care), monitoring vital signs, checking oxygen saturation, wound care, managing intravenous catheters, and evaluating the effectiveness of medications. The causes of incomplete nursing care identified in this study fall

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-29]

into three categories: human resources, material resources, and communication resources. In the area of human resources, the primary causes include an insufficient number of nurses, an increasing patient load, a shortage of auxiliary or secretarial staff, a mismatch between nursing care responsibilities and nurses' duties, and unusual prescriptions by doctors. The most common reason for missed nursing care is the shortage of nurses combined with an increasing number of patients. While nurse shortages exist to some extent in most countries, the Nursing System Organization in Iran has identified it as a significant issue. The involvement of nurses in non-nursing tasks, such as secretarial duties and medical assistance, exacerbates the problem. Studies suggest that with each additional patient assigned to a nurse, the likelihood of missed care increases by 70% (45). To address this issue, healthcare officials and nursing managers must consider factors such as the nurse-to-patient ratio, patient complexity, the stability or deterioration of patients' conditions, the number of admissions, discharges, and transfers, the skill level of staff, the physical layout of nursing units, and the availability of technical support and other resources. In terms of material resources, the most common causes of incomplete nursing care are the unavailability of medications, supplies, and equipment. It is worth noting that the costs associated with unsafe care can sometimes exceed the costs of the care itself, accounting for up to 10% of a country's total healthcare expenditure (53). Healthcare managers and officials should prioritize monitoring resources and ensuring their proper utilization to guarantee the quality of care.

In the area of communication, the primary causes of incomplete nursing care include a lack of support for nurses, insufficient teamwork, incomplete handovers between shifts or units, and poor communication with other support centers. The most common cause of missed nursing care in this domain is the lack of support for nurses. Providing support from authorities can strengthen nurses' positive attitudes and feelings, enhance their commitment to the organization, and help prevent missed care. Another significant cause is the lack of teamwork. As nursing services become increasingly complex, the need for specialized expertise in performing nursing tasks has grown. Therefore, teamwork is essential to address and meet the complex needs of patients effectively.

Keywords
Incomplete nursing care, Iranian nurses, Systematic review.

Acknowledgments
The researchers deem it necessary to express their gratitude to all scholars whose articles were utilized in this study.

Ethical Approval
Not applicable

Funding
This research does not have any financial support

Authors' contributions
All authors have equal contributions to this article.

Conflict of Interest
There was no conflict of interest in the conduct, extraction, and reporting of the results of this study.
.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-29]

فصلنامه مدیریت پرستاری
مقاله پژوهشی

دوره ۱۳، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۳

مراقبت های ناتمام پرستاری و علل آن در ایران: مرور سیستماتیک

الهام خالوباقری[۱]، خدیجه شریفی[۲*]

۱- مرکزتحقیقات ترومای پرستاری ، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران./گروه داخلی جراحی، پرستاری، بیمارستان علی بن ابیطالب (ع)، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.
۲-دانشیار، مرکزتحقیقات ترومای پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.

***نویسنده مسئول:** خدیجه شریفی، دانشیار، مرکزتحقیقات ترومای پرستاری ، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.
ایمیل: sharifi81k@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۲/۲۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۱۰

چکیده

مقدمه: مراقبت ناتمام پرستاری نتایج درمان، کیفیت کار پرستاران و اهداف سازمان را تحت تاثیر قرار می دهد. لذا هدف از این مطالعه، مروری بر مطالعات انجام شده در زمینه مراقبت های ناتمام پرستاری و علل آن در ایران می‌باشد.

روش کار: این مطالعه مروری مقالات منتشر شده بین سالهای ۱۳۹۶ تا۱۴۰۲را از پایگاه های اطلاعاتی , sid,magiram, google scholar,pubmed و scopuse به دو زبان فارسی و انگلیسی مورد بررسی قرار داد. کلمات کلیدی مراقبت ناتمام، مراقبت از دست رفته، مراقبت ناکامل، مراقبت فراموش شده، پرستاران، ایران در منابع فارسی و incomplete care, unfinished care, forgotten care, miss care, nursing, iran در منابع انگلیسی مورد استفاده قرار گرفت. پس از ارزیابی کیفیت مقالات از ۲۸ مطالعه، ۱۳ مقاله واجد شرایط و به مطالعه وارد شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد مراقبت های ناتمام پرستاری در ایران در سطح بالاتر از حد متوسط با میانگین بین ۱۲/۵۹ ۲۵/۶۶± (مقیاس۹۶-۲۴) و ۸/۵۰ ± ۸۲ /۰۴ می باشد و به ترتیب در سه حیطه آموزشی، حمایتی و حفاظتی اتفاق می افتد. علل آن به ترتیب مشتمل بر؛ منابع انسانی (ناکافی بودن تعداد پرستاران، افزایش تعداد بیماران، کمبود نیروی کمکی یا منشی، عدم تطابق مراقبت های پرستاری با وظایف پرستاران، تجویز غیر معمول پزشکان)، منابع مادی (در دسترس نبودن دارو ها و لوازم و تجهیزات) و منابع ارتباطی(عدم حمایت از پرستاران، عدم وجود کار تیمی، تحویل دادن ناکامل شیفت قبلی یا واحد ارسالی، تنش و ارتباط ضعیف با سایر مراکز پشتیبانی) می باشد.

نتیجه گیری: مراقبت های ناتمام پرستاری در ایران در سطح بالاتر از حد متوسط و بیشتر در حیطه آموزشی می باشد. مهمترین علت آن منابع انسانی و ناکافی بودن پرستاران است. کاهش و حذف مراقبت های نادیده گرفته شده موجب ارتقاء کیفیت مراقبت و افزایش رضایتمندی بیماران می گردد، لذا مدیران نظام سلامت لازم است با در نظر گرفتن علل مربوطه در راستای کاهش هر چه بیشتر آن تلاش نمایند.

کلیدواژه ها: مراقبت ناتمام پرستاری، پرستاران ایرانی، مرور سیستماتیک.

مقدمه

مراقبت های ناتمام پرستاری یا از دست رفته مفهوم جدیدی است (۱) که در سالهای اخیر در سطح جهان مورد توجه بسیاری قرار گرفته است (۲). مراقبت ناتمام پرستاری به هرنوع مراقبت مورد نیاز بیمار، که بطور کامل یا ناقص مورد غفلت واقع شده و یا به تاخیر افتاده است، اطلاق می شود (۳). مراقبت ناتمام پرستاری یا از دست رفته در سطح بین الملل مترادف با مراقبت انجام نشده، مراقبت باقی مانده، وظایف انجام نشده، تکمیل نشدن کار، نیازهای مراقبت پرستاری برآورده نشده و جیره بندی ضمنی پرستاری می باشد و از آن بعنوان یکی از انواع متمایز نقص در مراقبت های بهداشتی یاد می شود (۴).

مراقبت های ناتمام پرستاری در ۹ حیطه مشتمل بر؛ حرکت دادن بیمار ambulation، برگرداندن بیمار turning، تأخیر در

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-29]

تغذیه بیمار و یا غفلت از آن delayed or missed feedings، آموزش به بیمار patient teaching، برنامه ترخیص discharge planning، حمایت های روحی emotional support، بهداشت hygiene، مستندسازی شرایط بیمار intake and output documentation و سرزدن و بررسی شرایط بیمار surveillance اتفاق می افتد (۵).

مراقبت ناتمام پرستاری نتایج درمانی بیماران، کیفیت کارپرستاران و اهداف سازمان را تحت تاثیر قرار می دهد (۲) و کیفیت مراقبت و ایمنی بیماران را تهدید می نماید (۶) و منجر به نادیده گرفته شدن حقوق بیماران، به خطر افتادن بازتوانی و بهبود بیماران (۷)، احساس گناه ، ترس از سرزنش و تنبیه در پرستاران می شود (۴). به همین علت در جهان به یک نگرانی درحال رشد تبدیل شده است (۸). لذا ضروری است مدیران و دست اندرکاران نظام سلامت برای کاهش و حذف مراقبت های ناتمام پرستاری برنامه ریزی جامعی داشته باشند و در راستای کاهش این مقوله تلاش نمایند. قبل از هر تلاشی در این راستا در ابتدا باید وضعیت موجود مراقبت پرستاری ناتمام و علل آن شناسایی شود.

مطالعات انجام شده وضعیت مراقبت ناتمام پرستاری را متفاوت گزارش کرده اند. بطوریکه پژوهش های محرابیان و همکاران (۱۴۰۰) در رشت مراقبت های ناتمام پرستاری را در۶۹ درصد پرستاران (۹) و چگینی و همکاران (۱۳۹۹) در تبریز در ۷۲/۱ در صد پرستاران (۸) گزارش کرده اند. هسلز و همکاران (۲۰۱۵) در امریکا شیوع مراقبت ناتمام را ۲۷-۱۰ درصد (۴) اوسرهوفر و همکاران (۲۰۱۴) در ۱۲ کشور اروپایی به طور متوسط ۶/ ۳ درصد از سیزده مراقبت پرستاری ضروری را گزارش کرده اند (۱۰). نتایج پژوهش بال و همکاران (۲۰۱۴) نیز در انگلستان نشان داد، ۸۶ درصد پرستاران حداقل یکی از سیزده مراقبت پرستاری لازم الاجرا را ناتمام گزارش کرده اند (۱۱). در اتیوپی و سوئد، ۷۴ درصد از پرستاران گزارش دادند که معمولاً حداقل یک جنبه از مراقبت پرستاری را از دست داده اند (۱۱, ۱۲). همچنین چو و همکاران (۲۰۱۵) در کره مراقبت های ناتمام پرستاری را ۸۴ درصد گزارش کرده اند (۱۳).

یافته های مطالعات انجام شده همچنین در خصوص علل مراقبت ناتمام پرستاری به علل متعددی از جمله؛ کمبود کارکنان، حجم کاری بالا و منابع انسانی (۱۱, ۱۴)، منابع مالی (۱۵)، ساختار، عوامل زیرساختی، موانع گزارش (۱۶)، شرایط کاری نامناسب (۱۷) و ارتباطات (۳) اشاره دارند. نظر به اهمیت مراقبت ناتمام پرستاری بر کمیت و کیفیت مراقبت پرستاری و اهداف نظام سلامت، متفاوت گزارش شدن علل مراقبت ناتمام پرستاری، جدید بودن این مفهوم و عدم وجود مقاله مروری در این زمینه در ایران، مطالعه حاضر با هدف مروری بر مطالعات جهت بررسی وضعیت مراقبت های ناتمام پرستاری در ایران وعلل آن انجام شده است تا بتوان به این سوالات پاسخ داد: مراقبت ناتمام پرستاری ایران در چه سطحی است؟ چه عللی باعث بروز مراقبت های ناتمام پرستاری می شود؟

روش کار

این مطالعه، مروری سیستماتیک است که در سال ۱۴۰۲ انجام و به بررسی مراقبت های ناتمام پرستاری و علل آن در ایران از اول فروردین ماه ۱۳۹۶ تا آخر مهر ماه ۱۴۰۲ پرداخته است. پایگاه های sid,magiram, google scholar,pubmed و scopuse مورد بررسی قرار گرفتند. جهت جستجو از دو زبان فارسی و انگلیسی استفاده شد. به این منظور از کلمات مراقبت ناتمام، مراقبت از دست رفته، مراقبت ناکامل، مراقبت فراموش شده، پرستاران، ایران در منابع فارسی و از کلمات incomplete care, unfinished care, forgotten care, miss care, nursing, iran و معادل های Mesh آن در منابع انگلیسی با استفاده از عملگرهای OR و AND مورد استفاده قرار گرفت شد. کلمات کلیدی توسط دو متخصص در حوزه پرستاری تعیین و جستجوی عبارات در پایگاه های اطلاعاتی توسط دو پژوهشگر مستقل صورت گرفت. جهت تعیین تناسب مقاله ها با موضوع پژوهش، ابتدا عنوان و سپس چکیده مقالات مورد بررسی قرار گرفت و پس از تایید مقاله از لحاظ مکان اجرا، سال انجام و موضوع، جهت بررسی بیشتر تمام متن مقالات مطالعه گردید. جهت بررسی کیفیت مقالات توصیفی از چک لیست استروب استفاده گردید (۱۸). این چک لیست دارای ۲۲ قسمت می باشد که امتیاز دهی بر اساس اهمیت هرقسمت با توجه به مطالعه حاضر انجام شد. امتیاز نهایی چک لیست ۳۰ بود و حداقل امتیاز قابل قبول ۲۰ بود. جهت بررسی کیفیت مقالات مداخله ای از چک لیست کانسورت استفاده گردید (۱۹). این چک لیست دارای ۲۵ آیتم می باشد. امتیاز نهایی چک لیست ۳۷ و حداقل امتیاز قابل قبول در این مطالعه ۲۵ بود.

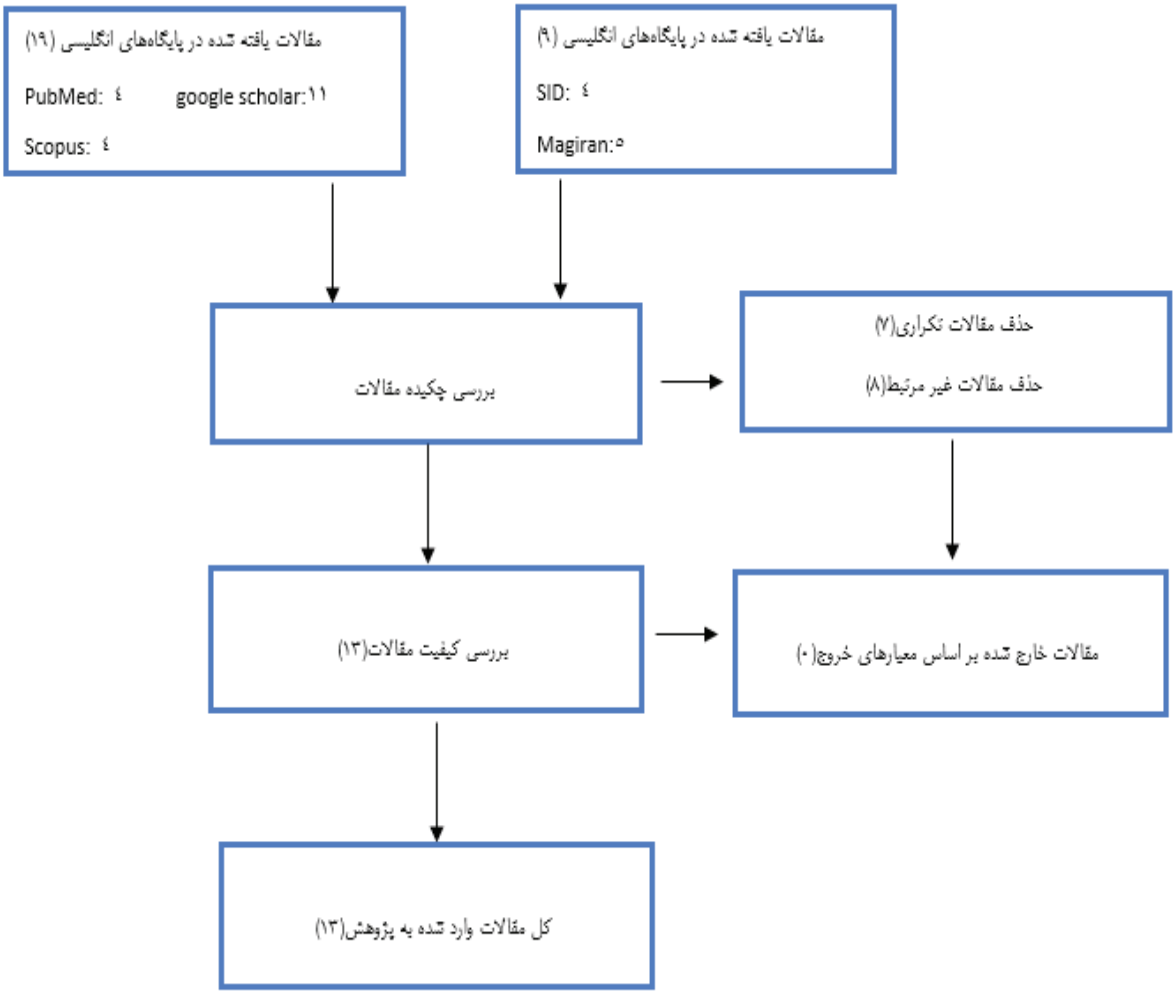
[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-29]

معیارهـای انتخـاب مقـالات بـرای ورود بـه تحقیـق شـامل؛ مقـالات توصیفـی و مداخلـه ای مرتبـط بـا موضـوع، انتشـار در بـازه زمانـی ۱۳۹۶ تـا ۱۴۰۲، زبـان فارسـی و انگلیسـی، انتشـار در مجـلات پژوهشـی و دانشـگاهی معتبـر، دسترسـی بـه متـن کامـل مقالـه و معیارهـای خـروج از مطالعـه شـامل کسـب امتیـاز کمتـر از ۲۰بـرای مطالعـات توصیفـی و ۲۵بـرای مطالعـات مداخلـه ای بـود .

اکثـر مقـالات از پرسشـنامه مراقبـت هـای از دسـت رفتـه کالیـش اسـتفاده کـرده بودنـد . پرسشـنامه مذکـور در سـال ۲۰۰۹ توسـط کالیـش طراحـی و روانسـنجی شـده اسـت. ایـن ابـزار دارای ۲۴ سـوال مـی باشـد کـه بـر اسـاس مقیـاس ۴ گزاینـه ای از هرگـز (صفـر) تـا همیشـه (چهـار) نمـره گـذاری مـی شـود. نمـرات قابـل کسـب بیـن ۲۴ تـا ۹۶ مـی باشـد. نمـرات بالاتـر نشـان دهنـده مراقبـت پرسـتاری از دسـت رفتـه بیشـتری اسـت (۲۰). روایـی محتوایـی، صـوری و ملاکـی ایـن پرسشـنامه در مطالعـه خواجـوی و همـکاران (۱۳۹۸) مناسـب ارزیابـی شـده و ضریـب آلفـای کرونبـاخ ۰/ ۹۱ بـرآورد شـده اسـت (۲۱).

استخراج داده ها:

جهـت اسـتخراج داده هـا از فـرم اسـتخراج داده هـا کـه شـامل بخـش هایـی از جملـه مشـخصات نویسـندگان و سـال انتشـار، محـل انجـام پژوهـش، نـوع پژوهـش، حجـم نمونـه، گـروه هـدف، روش نمونـه گیـری و ابـزار جمـع آوری اطلاعـات و نتایـج بـود، اسـتفاده گردیـد. پـس از تکمیـل ایـن فـرم نتایـج بـه دسـت آمـده از بررسـی مقـالات تجزیـه و تحلیـل، جمـع بنـدی و نهایتـا گـزارش گردیـد. در جسـتجوی اولیـه ۲۸ مقالـه مرتبط بـا مراقبـت هـای ناتمـام پرسـتاری یافـت شـد. بـا حـذف مـوارد تکـراری، جامعـه پژوهـش بـودن سـایر افـراد نظـام سـلامت غیـر از پرسـتاران و مطالعـات کیفـی در مجمـوع ۱۳ مقالـه (۸ مقالـه فارسـی و ۵ مقالـه انگلیسـی) واجـد شـرایط شـناخته شـد (نمـودار شـماره ۱).



نمودار ۱: نمودار شاخه ای (فلوچارت) جستجوی مقالات

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-29]

یافته ها

از ۱۳ مقاله بررسی شده ۸ مقاله به زبان فارسی و ۵ مقاله به زبان انگلیسی بود. نوع مطالعه ۱۰ مقاله وارد شده به پژوهش توصیفی – مقطعی و ۳ مطالعه توصیفی – همیستگی بود. ۳ مقاله در تهران (۲۲-۲۴)، ۲ مقاله در اردبیل (۲۵, ۲۶)، ۲ مقاله در ارومیه(۲۷, ۲۸) و بقیه مطالعات در شهرهای بیرجند، سنندج، کرمان، یزد ، تبریز و رشت انجام شده بود (۸, ۹, ۲۹-۳۱). کمترین حجم نمونه در مطالعات ۸۰ نفر و بیشترین ۴۵۳ نفر بود (۲۷, ۳۲). نمونه گیری در۷ مطالعه به طریق سرشماری (۲۲-۲۴, ۲۸, ۳۰-۳۲)، ۴ مطالعه تصادفی (۸, ۹, ۲۶, ۲۹) و در ۲ مطالعه در دسترس و توافقی (۲۵, ۲۷) انجام شده بود. خلاصه ای از ویژگی مقالات وارد شده به مطالعه در جدول ۱ نمایش داده شده است.

جدول ۱: یافته های مطالعات صورت گرفته پیرامون مراقبت های ناتمام پرستاری و دلایل آن در ایران

ردیف	مقاله	نویسنده / شهر /سال	نوع مطالعه	حجم نمونه / نمونه گیری	ابزار جمع آوری اطلاعات	نتیجه
۱	دیدگاه پرستاران بخش کودکان در رابطه با مراقبت پرستاری از دست رفته و عوامل مرتبط (۳۲).	براتی کهریزسنگی و همکاران / یزد / ۲۰۲۳	مقطعی	۸۰ پرستار بخش های کودکان / سرشماری	پرسشنامه های دموکرافیک و مراقبت ناتمام پرستاری باگناسگو	بیشترین میزان مراقبت از دست رفته به ترتیب به «مراقبت از دهان» ، « تغییر وضعیت دادن کودک هر ۲ ساعت یا طبق دستور» و ارزیابی اثربخشی داروها» تعلق داشت . علل مراقبت از دست رفته به ترتیب در ۳حیطه منابع کاری(تعداد ناکافی پرستاران)، ارتباطات(تحویل دادن ناکامل شیفت قبلی یا واحد ارسالی) و منابع مادی(در دسترس نبودن داروها در صورت نیاز) بود.
۲	مراقبت های پرستاری از دست رفته در طول همه گیری کووید- ۱۹ درآموزش و مراکز درمانی شمال ایران (۹).	محرابیان و همکاران /رشت/ ۲۰۲۳	مقطعی	۳۲۶ پرستار بخش های غیر اورژانس / تصادفی ساده	پرسشنامه های استرس پرستاری گسترش یافته (ENSS) و مراقبت های ناتمام پرستاری کالیش	۶۹ درصدپرستاران حداقل یک جنبه از مراقب های ناتمام پرستاری را گزارش کردند. میانگین مراقبت از دست رفته در هر شیفت، ۴ مورد بود. شرکت در کنفرانس های مراقبت های بین رشته ای، مداخلات برای مراقبت های اولیه و حمایت های روانی برای بیماران بیشترین موارد حذف شده بودند. بیشترین (۵۳ در صد)دلیل مراقبت پرستاری از دست رفته منابع انسانی بود.
۳	میزان و علل مراقبت های پرستاری فراموش شده در مراقبت از بیماران مبتلا به کووید- ۱۹ بستری در بخش های مراقبت ویژه (۳۱).	محمدی و همکاران/ سنندج/ ۲۰۲۳	مقطعی چند مرکزه	۱۱۰پرستار بخش های مراقبت ویژه کووید- ۱۹ / سرشماری	پرسشنامه های دموگرافیک و مراقبت ناتمام پرستاری کالیش و بلاکمن	میانگین و انحراف معیار مراقبت های ناتمام پرستاری ۲۴/۲۰±۵۵/۱۸(مقیاس۹۶-۲۴) بود. شایعترین مراقبت های پرستاری فراموش شده کنترل اشباع اکسیژن و ثبت کامل اطلاعات ضروری بیمار بود. شایع ترین علل به ترتیب کمبود کارکنان پرستاری، کمبود نیروی کمکی یا منشی، حجم زیاد فعالیت های مربوط به پذیرش و ترخیص بیماران گزارش شد.
۴	مراقبت های پرستاری از دست رفته در همه گیری کووید- ۱۹ در ایران(۲۵).	زینب حسینی و همکاران / اردبیل/ ۲۰۲۲	مقطعی	۱۳۵ پرستار بخش های کووید-۱۹ / نمونه گیری توافقی	پرسشنامه های دموگرافیک و مراقبت ناتمام پرستاری کالیش	مهمترین عوامل مراقبت از دست رفته شامل؛ موقعیت های غیرقابل پیش بینی، منابع انسانی، ارتباطات، مسئولیت ها و منابع مادی بود. مراقبت های ناتمام پرستاری بیشتر شامل؛ آموزش بیمار در مورد بیماری، آزمایش‌ها و بررسی های تشخیصی، حمایت عاطفی از بیمار و خانواده‌اش و تغذیه به بیمار در زمان مناسب، بود.
۵	مراقبت فراموش شده و عوامل مرتبط با آن در پرستاران مراکز آموزشی – درمانی اردبیل و خلخال در سال ۱۳۹۹ (۲۶).	جواد عبادی و همکاران/ اردبیل/ ۲۰۲۱	توصیفی	۴۱۴ پرستار مراکز آموزشی درمانی / تصادفی	پرسشنامه های دموگرافیک ، مراقبت ناتمام پرستاری کالیش و بلکمن	میانگین و انحراف معیار مراقبت های ناتمام پرستاری ۹/۶۸±۴۰/۴۷(مقیاس۹۶-۲۴) بود. بیشترین مراقبت فراموش شده به»چرخاندن بیمار هر دوساعت یکبار» و همکاری و نظارت بر «درخواست توالت رفتن بیمار در ۱۵ دقیقه اول" اختصاص داشت. مهمترین عامل در مراقبت فراموش شده"دردسترس نبودن داروها در مواقع لزوم"بود

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-29]

۶	علل مراقبت های پرستاری ازدست رفته در بخش های اورژانس بیمارستان های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران : یک مطالعه توصیفی(۲۴).	حمید کرمی و همکاران/ تهران/ ۲۰۲۱	توصیفی	۱۴۶پرستاربخش های اورژانس / سرشماری	پرسشنامه های دموگرافیگ ، مراقبت ناتمام پرستاری کالیش	دلایل مراقبت از دست رفته در سه حیطه مشتمل بر؛ منابع انسانی (تعداد کم پرستاران و افزایش غیرمنتظرۀ تعداد بیماران یا شلوغی بخش مهمترین دلیل مراقبت از دست رفته) ، منابع مادی (بیشترین علت در دسترس نبودن لوازم و تجهیزات در هنگام نیاز و عدم کارکرد مناسب لوازم و تجهیزات در هنگام نیاز)و ارتباطی(مهم ترین علت عدم حمایت از سوی اعضای تیم درمان) بود.
۷	رابطه بین مراقبت از دست رفته پرستاری و کار تیمی در پرستاران اورژانس :یک مطالعه همبستگی(۲۲).	نجفی قزلجه و همکاران / تهران/ ۲۰۲۱	توصیفی همبستگی	۲۱۳ پرستار بخش های اورژانس / سرشماری	پرسشنامه های دموگرافیک، کار تیمی پرستاری (NTS) و مراقبت ناتمام پرستاری کالیش	بین مراقبت از دست رفته پرستاری و تمامی ابعاد کار تیمی (رهبری تیم، آگاهی از کارتیمی، حمایت متقابل، مدل ذهنی مشترک و اعتماد کردن) رابطه منفی معناداری وجود داشت. رهبری تیمی و مدل ذهنی مشترک بیشترین تاثیر بر مراقبت از دست رفته داشت.
۸	مراقبت های پرستاری از دست رفته و عوامل مرتبط با آن در بیمارستان های ایران(۸).	چگینی و همکاران / تبریز/ ۲۰۲۰	مقطعی	۲۱۵ پرستار بخش جراحی / تصادفی ساده	پرسشنامه های دموگرافیک، عوامل سازمانی ، مراقبت های ناتمام پرستاری بلکمن و کالیش	۷۲,۱ درصد از پرستاران حداقل یک مورد مراقبت‌های پرستاری از دست رفته را در آخرین شیفت خود گزارش کرده اند. برنامه‌ریزی و آموزش ترخیص بیمار، حمایت عاطفی از بیمار و/ یا خانواده و حضور در کنفرانس‌های مراقبت‌های بین‌رشته‌ای از بیشترین مراقبت های ناتمام پرستاری بود . منابع انسانی، منابع مادی و ارتباطات از مهمترین علل گزارش شد. بین مراقبت از دست رفته پرستاری با تعداد بیماران تحت مراقبت ، تعداد بیماران مرخص شده و رضایت از کار تیمی ارتباط معنادار آماری مشاهده شد
۹	مراقبت های پرستاری از دست رفته، عوامل سازمانی مرتبط و راهکارهای کاهش آن از دیدگاه پرستاران بیمارستان های دانشگاهی بیرجند در سال ۲۰۱۹-۲۰۲۰(۳۰).	قربانی و همکاران / بیرجند/ ۲۰۲۰	مقطعی همبستگی	۱۲۲ پرستار / سرشماری	پرسشنامه های دموگرافیک، عوامل سازمانی ، مراقبت های ناتمام پرستاری بلکمن و کالیش	مراقبت های ناتمام پرستاری بسیار زیاد با میانگین و انحراف معیار ۸/۵۰ ± ۰۴/ ۸۲ (مقیاس۹۶-۲۴) گزارش شده است. بیشترین مراقبت های پرستاری از دست رفته مربوط به کنترل قند خون با دستگاه گلوکومتر، ثبت کامل اطلاعات ضروری در پرونده، اندازه گیری علائم حیاتی طبق دستور پزشک، ارزیابی کلی بیمار و تأخیر در انجام مراقبت های پرستاری بود. مهمترین علل از دست رفتن مراقبت‌های پرستاری به ترتیب مربوط به عدم تطابق مراقبت‌های مذکور با وظایف پرستار، تجویز غیرمعمول پزشک ، تنش و ارتباط ضعیف با سایر مراکز پشتیبانی بود.
۱۰	ارتباط مراقبت های پرستاری از دست رفته و حمایت سرپرستی درک شده پرستاران(۲۸).	وطن خواه و همکاران / ارومیه/ ۲۰۲۰	توصیفی- همبستگی	۱۳۹ پرستار / سرشماری	پرسشنامه های دموگرافیک، مراقبت های ناتمام پرستاری کالیش وحمایت سرپرستی درک شده توسط سر پرستار(FSSB)	میانگین و انحراف معیار مراقبت ناتمام پرستاری ۱۲/۵۹±۲۵/۶۶ (مقیاس۹۶-۲۴) بیشترین مراقبت های پرستاری از دست رفته، کمک به توالت بیمار، آماده کردن وعده های غذایی، تغییر پوزیشن هر دو ساعت، مراقبت از دهان و پوست و استحمام بیمار بودند. بین حمایت درک شده و مراقبت های پرستاری از دست رفته ارتباط معکوس معنی داری وجود داشت
۱۱	مراقبت های پرستاری فراموش شده و عوامل مرتبط با آن از دیدگاه پرستاران دانشگاه علوم پزشکی کرمان سال۱۳۹۶ (۲۹).	خواجویی و همکاران/ کرمان / ۲۰۱۹	مقطعی	۳۰۰پرستار / تصادفی سهمیه ای	پرسشنامه های دموگرافیگ ، مراقبت های ناتمام پرستاری کالیش و بلکمن	میانگین و انحراف معیار مراقبت ناتمام پرستاری ۲۸/۳۲±۴۱/۷ (مقیاس۹۶-۲۴) بود. بیشترین مراقبت پرستاری فراموش شده به شرکت در کنفرانس های بین رشته ای مراقبت از بیمار اختصاص یافته است. بیشترین عوامل مرتبط با مراقبت فراموش شده به ترتیب شامل؛ حجم فعالیت های مربوط به پذیرش و ترخیص بیماران ، در دسترس نبودن داروها در مواقع لزوم و افزایش غیرمنتظره در تعداد بیماران بود. بر اساس اهمیت، حیطه های منابع مادی، منابع انسانی و ارتباطی به ترتیب مهمترین علل مراقبت های فراموش شده پرستاری گزارش شدند.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-29]

۱۲	مراقبتهای پرستاری ازدست رفته در بیمارستان های آموزشی، خصوصی و تأمین اجتماعی(۲۷).	رضایی و همکاران/ ارومیه/ ۲۰۱۹	توصیفی	۴۵۳پرستار بیمارستان های آموزشی، خصوصی و تأمین اجتماعی / در دسترس	پرسشنامه های دموگرافیگ و مراقبت ناتمام پرستاری کالیش	مراقبتهای پرستاری از دست رفته در بیمارستان های آموزشی نسبت به بیمارستان های تأمین اجتماعی و خصوصی کمتر بود. حضور درکلاس های آموزشی و کنفرانس ها، مراقبت از زخم، کنترل قندخون در کنار تخت بیمار، ترخیص و آموزش بیمار، تغییرپوزیشن هر دو ساعت، مراقبت از کتترها ی وریدی یا مرکزی و ارزیابی بر اساس دستورها و خط مشی های بیمارستانی جزء بیشترین مراقبت های پرستاری ازدست رفته بود.
۱۳	رابطه کار گروهی با مراقبت های پرستاری از دست رفته در یک بیمارستان نظامی در شهر تهران (۲۳).	یعقوبی و همکاران / تهران/ ۲۰۱۹	مقطعی	۱۹۶پرستار / سرشماری	پرسشنامه های دموگرافیک ، کار گروهی و مراقبت های ناتمام پرستاری کالیش	بین کار گروهی و مراقبت های از دست رفته پرستاری رابطه معنادار معکوس وجود داشت. پرستاران دارای سابقه بیشتر، بصورت معنا دار مراقبت های از دست رفته بیشتری را گزارش کرده اند.

بحث

یافته های مطالعه حاضر نشان داد مراقبت ناتمام پرستاری در ایران در سطح بالاتر از حد متوسط می باشد. پژوهش های انجام شده در امریکا (۴) و ۱۲ کشور اروپایی (۱۰) مراقبت ناتمام پرستاری را در سطح کمتر از متوسط و در انگلستان (۱۱)، اتیوپی، سوئد (۱۱, ۱۲) و کره (۱۳) در سطح بالاتر از متوسط نشان داده است. متفاوت بودن وضعیت مراقبت ناتمام پرستاری در کشورهای مختلف بیانگر متفاوت بودن منابع انسانی، مالی و ارتباطات در محیط های شغلی پرستاران است . کافی نبودن منابع، مراقبت ناتمام پرستاری را اجتناب ناپذیر می نمایید و پرستاران در این شرایط ناگزیرند که از قضاوت بالینی خود برای اولویت بندی مراقبت ها استفاده کنند (۳۳-۳۵). از این رو لازم است که مدیران نظام سلامت با فراهم آوردن شرایط کاری مناسب؛ تامین منابع انسانی و مالی بیمارستان ها، مراقبت های ناتمام پرستاری را کاهش دهند و موجبات ارتقاء کیفیت خدمات بهداشتی درمانی را فراهم سازند. نتایج پژوهش همچنین نشان داد، مراقبت های ناتمام پرستاری به ترتیب در سه حیطه آموزشی، حمایتی و حفاظتی بیشتر اتفاق می افتد. در حیطه آموزشی به ترتیب شرکت در کنفرانس های مراقبت های بین رشته ای، آموزش های ضمن ترخیص و آموزش به بیمار در مورد بیماری، آزمایش‌ها و بررسی های تشخیصی توسط پرستاران بیشتر نادیده گرفته می شود. یافته ها همچنین بیانگر این است که در حیطه حمایتی مراقبت های ناتمام پرستاری شامل حمایت عاطفی و روانی بیماران و خانواده هایشان می باشد. در حیطه حفاظتی مراقبت ناتمام پرستاری به ترتیب مشتمل بر؛ تغییر پوزیشن، ثبت کامل اطلاعات ضروری در پرونده، کنترل قند خون با دستگاه گلوکومتر، مداخلات در مراقبت های اولیه (کمک در توالت بردن بیمار، غذا دادن و استحمام، مراقبت از پوست و دهان)، کنترل علائم حیاتی، کنترل اشباع اکسیژن مراقبت از زخم، مراقبت از کتترهای وریدی و ارزیابی اثربخشی داروها بود.

بیشترین نوع مراقبت حذف شده در حیطه آموزشی، عدم حضور پرستاران در کنفرانس های مراقبت های بین رشته ای از بیماران بود که با یافته های مطالعه کالیش و همکاران (۲۰۱۱) و کالیش و لی (۲۰۱۱) (۳۶, ۳۷) هم راستا می باشد. عدم حضور پرستاران در دوره های آموزشی می تواند به علت عدم برگذاری این دوره ها در زمان مناسب، عدم توجه به نیازهای آموزشی پرستاران در این دوره های آموزشی و عدم واقف بودن پرستاران به اهمیت علمی این دوره ها باشد. با توجه به اینکه افزایش سطح اطلاعات پرستاران مراقبت با کیفیت برای بیماران فراهم می سازد برای کاهش این نوع مراقبت ناتمام پرستاری ضروری است، متولیان آموزش پرستاران در بیمارستان ها، دوره های آموزش ها را در ساعات و روزهای مناسب و متناسب با نیاز پرستاران و بیماران برنامه ریزی نمایند.

یافته های پژوهش حاضر نشان داد، حمایت عاطفی و روانی بیماران و خانواده هایشان توسط بسیاری از پرستاران نادیده گرفته می شود. یافته های مطالعه تابز کولی و همکاران (۲۰۱۷) در ۷ ایالت آمریکا نیز بیانگر ارتباط نامناسب پرستاران با بیماران و خانواده هایشان می باشد (۳۸). حجم زیاد کار و کمبود نیروی پرستاری احتمالا موجب توجه بیشتر پرستاران به نیازها و مسائل جسمانی و در اولویت قرار دادن این نیازها می شود. بعلاوه عدم نیاز به گزارش دهی فعالیت های مرتبط با حمایت عاطفی و روانی بیماران و خانواده هایشان توسط پرستاران می تواند موجب شود، پرستاران این نوع مراقبت از دست رفته را به عنوان وظیفه

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-29]

مهمی تلقی ننمایند.

بیشترین مراقبت های ناتمام پرستاری در حیطه حفاظتی در این مطالعه تغییر پوزیشن بود. یافته های پژوهش CalikusuIncekar و همکاران (۲۰۲۰) در ترکیه نیز تغییر پوزیش را سومین مراقبت پرستاری ناتمام توسط ۱۲,۲درصد از پرستاران نشان داده است(۳۹). همچنین جون و همکاران (۲۰۱۶) در نیجریه تغییر وضعیت دادن بیماران را جزء مراقبت های از دست رفته رایج در ۲۹/۶ پرستاران گزارش کرده اند (۴۰) که می تواند ناشی از این باشد که پرستاران بیشترین تمرکزمراقبتی خود را برای حل مسائل بالینی بیماران اختصاص می دهند (۴۱).

علل مراقبت های ناتمام پرستاری در این مطالعه به ترتیب منابع انسانی، منابع مادی و ارتباطی بود. در زمینه منابع انسانی علل مراقبت ناتمام پرستاری به ترتیب شامل؛ ناکافی بودن تعداد پرستاران، افزایش تعداد بیماران، کمبود نیروی کمکی یا منشی، عدم تطابق مراقبت های پرستاری با وظایف پرستاران، تجویز غیر معمول پزشکان بود. بیشترین علت ندیده گرفته شدن مراقبت های پرستاری کمبود تعداد پرستاران و افزایش تعداد بیماران بود که با یافته های مطالعات بسیاری از جمله؛ وینست و همکاران (۴۲) در آمریکا، کیم و همکاران (۲۰۱۸) در کره (۴۳)، تابس گولی و همکاران (۲۰۱۵) در آمریکا (۴۴) هم راستا می باشد. کمبود پرستار کم و بیش در اغلب کشورها وجود دارد اما بر اساس گزارش سازمان نظام پرستاری در ایران یک معضل محسوب می شود . درگیر شدن پرستاران با اقداماتی مانند وظایف منشی، کمک بهیار و عدم تطابق فعالیت های پرستاران با وظایف پرستاری وضعیت را بغرنج تر می نماید و با افزایش هر بیمار برای پرستار شانس وقوع مراقبت از دست رفته تا ۷۰ درصد افزایش می یابد (۴۵). در جهت کاهش این معضل ضروری است، مسئولین نظام سلامت و مدیرا ن پرستاری نسبت پرستار به بیمار، پیچیدگی بیمار، پایداری یا وخامت وضعیت بیمار، تعداد پذیرش، ترخیص و انتقال؛ پرسنل حرفه ای، سطح مهارت کارکنان، فضای فیزیکی و چیدمان واحد پرستاری و در دسترس بودن یا نزدیکی به پشتیبانی فنی و سایر منابع را مد نظر داشته باشند.

نتایج پژوهش نشان داد، در زمینه منابع مادی به ترتیب در دسترس نبودن دارو ها و لوازم و تجهیزات بیشترین علت مراقبت های ناتمام پرستاری است. با یافته های مطالعات لیما و همکارا (۲۰۲۰) در برزیل (۴۶) و مورنو مونسیوایس و همکاران (۲۰۱۵) در مکزیک (۴۷) هم راستا می باشد. کمبود منابع مادی موجب افزایش استرس شغلی کارکنان می شود که علاوه بر افزایش مراقبت ناتمام پرستاری، کیفیت مراقبت های ارائه شده را تحت تأثیر قرار می دهد. این نکته درخور توجه است که هزینه های مراقبت های غیر ایمن گاهی بیشتر از خود مراقبت است و تقریباً تا ۱۰ تا درصد کل مخارج بهداشتی یک کشور تخمین زده شده است (۵۳) که مد نظر مدیران و مسئولین نظام سلامت باید قرار گیرد. شاید بتوان از طریق نظارت کردن بر منابع و نحوه ی مصرف درست تا حدی کیفیت مراقبت ها را تضمین کرد.

در زمینه ارتباطی بیشترین علت مراقبت پرستاری ناتمام به ترتیب عدم حمایت از پرستاران، عدم وجود کار تیمی، تحویل دادن ناکامل شیفت قبلی یا واحد ارسالی، تنش و ارتباط ضعیف با سایر مراکز پشتیبانی بود. همانطور که ذکر شد، بیشترین علت نادیده گرفته شدن مراقبت پرستاری در حیطه ارتباطی عدم حمایت پرستاران بود که با نتایج پژوهش کیم و همکاران (۲۰۱۸) در کره منطبق بود (۴۳) احتمالا حمایت مسئولین نگرش و احساسات مثبت پرستاران را تقویت و تعهد آنها به سازمان را فزایش می دهد که می تواند از بروز مراقبت های از دست رفته جلوگیری نماید. یکی دیگر از بیشترین علل مراقبت از دست رفته پرستاری در حیطه ارتباطی کار تیمی بود، که با یافته های مطالعه کلیش و همکاران (۲۰۱۰) در آمریکا هم راستا بود(۴۸). علاوه بر کاهش مراقبت های ناتمام پرستاری، افزایش پیچیدگی در خدمات پرستاری موجب افزایش نیاز به تخصص در انجام کار پرستاری شده است . لذا برای رسیدگی و تامین تمامی نیازهای پیچیده بیماران کار تیمی الزامی به نظر می رسد.

نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی مراقبت های ناتمام پرستاری و دلایل آن در ایران انجام شد. نتیجه بررسی مطالعات انجام شده، نشان داد، مراقبت های ناتمام پرستاری در ایران در سطح بالاتر از حد متوسط قرار دارد و به ترتیب در سه حیطه آموزشی، حمایتی و حفاظتی اتفاق می افتد. علل مراقبت های ناتمام پرستاری به ترتیب مشتمل بر؛ منابع انسانی (ناکافی بودن تعداد پرستاران، افزایش تعداد بیماران،

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-29]

کمبود نیروی کمکی یا منشی، عدم تطابق مراقبت های پرستاری با وظایف پرستاران، تجویز غیر معمول پزشکان)، منابع مادی (در دسترس نبودن دارو ها و لوازم و تجهیزات) و منابع ارتباطی (عدم حمایت از پرستاران، عدم وجود کار تیمی، تحویل دادن ناکامل شیفت قبلی یا واحد ارسالی، تنش و ارتباط ضعیف با سایر مراکز پشتیبانی) بود. با توجه به تاثیر مراقبت های ناتمام پرستاری بر حقوق و رضایت بیماران، کیفیت کار پرستاران و اهداف سازمان علاوه بر تلاش مدیران نظام سلامت بویژه مدیران پرستاری برای حل و کاهش این مغضل ضروری است، محققین این حرفه از طریق انجام پژوهش های تجربی بدنبال راهکارهای این مسئله باشند. از محدودیت این مطالعه می توان به عدم دسترسی به متن کامل بعضی مقالات اشاره نمود.

سپاسگزاری

محققین بر خود لازم می دانند از تمام محققانی که از مقالات آن ها در این مطالعه استفاده شد، تشکر و قدردانی نمایند.

تعارض منافع

نویسندگان تصریح می نمایند که هیچ گونه تضاد منافعی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

1. Burch J. Resuming a normal life: holistic care of the person with an ostomy. British journal of community nursing. 2011;16(8):366-73. https://doi.org/10.12968/bjcn.2011.16.8.366
2. Jones TL, Hamilton P, Murry N. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. International journal of nursing studies. 2015;52(6):1121-37. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012
3. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. Journal of advanced nursing. 2009;65(7):1509-17. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x
4. Hessels AJ, Flynn L, Cimiotti JP, Cadmus E, Gershon RR. The impact of the nursing practice environment on missed nursing care. Clinical nursing studies. 2015;3(4):60. https://doi.org/10.5430/cns.v3n4p60
5. Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. Journal of nursing care quality. 2006;21(4):306-13. https://doi.org/10.1097/00001786-200610000-00006
6. Cho E, Lee N-J, Kim E-Y, Kim S, Lee K, Park K-O, et al. Nurse staffing level and overtime associated with patient safety, quality of care, and care left undone in hospitals: a cross-sectional study. International journal of nursing studies. 2016;60:263-71. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.05.009
7. John ME, Mgbekem MA, Nsemo AD, Maxwell GI. Missed nursing care, patient outcomes and care outcomes in selected hospitals in Southern Nigeria. nursing. 2016;152:81-7.
8. Chegini Z, Jafari-Koshki T, Kheiri M, Behforoz A, Aliyari S, Mitra U, et al. Missed nursing care and related factors in Iranian hospitals: A cross-sectional survey. Journal of nursing management. 2020;28(8):2205-15. https://doi.org/10.1111/jonm.13055
9. Mehrabian F, Javadi-Pashaki N, Ashouri A, Fakhr-Mousavi A. Missed Nursing Care During the COVID-19 Pandemic in Educational and Medical Centers in Northern Iran: A Cross-sectional Study. J Nurs Midwifery Sci. 2023;10(1):e134379. https://doi.org/10.5812/jnms-134379
10. Ausserhofer D, Zander B, Busse R, Schubert M, De Geest S, Rafferty AM, et al. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. BMJ quality & safety. 2014;23(2):126-35. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002318
11. Ball JE, Murrells T, Rafferty AM, Morrow E, Griffiths P. 'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. BMJ quality & safety. 2014;23(2):116-25. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001767
12. Obregón-Gutiérrez N, Puig-Calsina S, Bonfill-Abella A, Forrellat-González L, Subirana-Casacuberta M. "Care left undone" and quality of care during the COVID-19 pandemic: Influential factors and modulating strategies. Enfermería Clínica (English Edition). 2022;32(1):4-11. https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2021.06.004 https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.06.003
13. Cho SH, Kim YS, Yeon K, You SJ, Lee I. Effects of increasing nurse staffing on missed nursing care.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-29]

International nursing review. 2015;62(2):267-74. https://doi.org/10.1111/inr.12173
14. Moreno-Monsiváis MG, Moreno-Rodríguez C, Interial-Guzmán MG. Missed nursing care in hospitalized patients. Aquichan. 2015;15(3):318-28. https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.3.2
15. Diab G-H, Ebrahim RMR. Factors leading to missed nursing care among nurses at selected hospitals. Am J Nurs Res. 2019;7(2):136-47.
16. Dehghan-Nayeri N, Shali M, Navabi N, Ghaffari F. Perspectives of oncology unit nurse managers on missed nursing care: A Qualitative study. Asia-Pacific journal of oncology nursing. 2018;5(3):327-36. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_6_18
17. Rochefort CM, Rathwell BA, Clarke SP. Rationing of nursing care interventions and its association with nurse-reported outcomes in the neonatal intensive care unit: a cross-sectional survey. BMC nursing. 2016;15:1-8. https://doi.org/10.1186/s12912-016-0169-z
18. Alkhaqani AL. Application of Strengthening the Reporting of Observational Studies (STROBE) Statement Guideline in Nursing Studies: Analytical Review. Al-Rafidain Journal of Medical Sciences (ISSN 2789-3219). 2022;2:93-100. https://doi.org/10.54133/ajms.v2i.66
19. Nejstgaard CH, Boutron I, Chan A-W, Chow R, Hopewell S, Masalkhi M, et al. A scoping review identifies multiple comments suggesting modifications to SPIRIT 2013 and CONSORT 2010. Journal of Clinical Epidemiology. 2023;155:48-63. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2023.01.003
20. 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
21. Khajooee R, Bagherian B, Dehghan M, AZIZZADEH FM. Missed nursing care and its related factors from the points of view of nurses affiliated to Kerman University of Medical Sciences in 2017. 2019.
22. Ghezeljeh TN, Gharasoflo S, Haghani S. The relationship between missed nursing care and teamwork in emergency nurses: a predictive correlational study. Nursing Practice Today. 2020.
23. Yaghoubi M, Torki ME, Salesi M, Ehsani-Chimeh E, Bahadori M. The Relationship between Teamwork and Missed Nursing Care: Case Study in a Military Hospital in Tehran. Journal of Military Medicine. 2019;21(1):63-72.
24. 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.
25. Hosseini Z, Raisi L, Maghari AH, Karimollahi M. Missed nursing care in the COVID-19 pandemic in Iran. International Journal of Nursing Knowledge. 2023;34(3):179-84. https://doi.org/10.1111/2047-3095.12390
26. 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. https://doi.org/10.52547/jhc.23.1.78
27. REZAEE S, BALJANI E, Feizi A. Missed Nursing Care In Educational, Private And Social Welfare Hospitals. Nursing And Midwifery Journal. 2019;17(4):300-8.
28. Vatankhah I, Rezaei M, Baljani E. The correlation of missed nursing care and perceived supervisory support in nurses. Iran J Nurs. 2020;33(126):103-16. https://doi.org/10.52547/ijn.33.126.103
29. Khajooee R, Bagherian B, Dehghan M, Azizzadeh Forouzi M. Missed nursing care and its related factors from the points of view of nurses affiliated to Kerman University of Medical Sciences in 2017. Hayat. 2019;25(1):11-24.
30. Ghorbani SH, Chenari HA, Yazdanparast E, Javanmard Z, Davoudi M. Missed Nursing Care, the Related Organizational Factors, and Strategies for Decreasing it from the Viewpoints of Nurses in University-Affiliated Hospitals of Birjand in 2019-2020. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2023;28(5):604-9. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_255_20
31. Mohammadi S, 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. Journal of Critical Care Nursing. 2023;16(1):16-25.
32. Baraty M, Salmani N, Asgari A. Perspective of Pediatric Nurses about Missed Nursing Care and

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-29]

Related Factors.
33. Stalpers D, de Brouwer BJ, Kaljouw MJ, Schuurmans MJ. Associations between characteristics of the nurse work environment and five nurse-sensitive patient outcomes in hospitals: a systematic review of literature. International journal of nursing studies. 2015;52(4):817-35. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.01.005
34. Bae S-H, Fabry D. Assessing the relationships between nurse work hours/overtime and nurse and patient outcomes: systematic literature review. Nursing outlook. 2014;62(2):138-56. https://doi.org/10.1016/j.outlook.2013.10.009
35. Brennan CW, Daly BJ, Jones KR. State of the science: the relationship between nurse staffing and patient outcomes. Western Journal of Nursing Research. 2013;35(6):760-94. https://doi.org/10.1177/0193945913476577
36. Kalisch BJ, Lee KH. Missed nursing care: Magnet versus non-Magnet hospitals. Nursing outlook. 2012;60(5):e32-e9. https://doi.org/10.1016/j.outlook.2012.04.006
37. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee H, Friese CR. Hospital variation in missed nursing care. American Journal of Medical Quality. 2011;26(4):291-9. https://doi.org/10.1177/1062860610395929
38. Tubbs-Cooley HL, Pickler RH, Mara CA, Othman M, Kovacs A, Mark BA. Hospital Magnet® designation and missed nursing care in neonatal intensive care units. Journal of Pediatric Nursing. 2017;34:5-9. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2016.12.004
39. Incekar MC, İspir Ö, Sönmez B, Selalmaz M, Erdost ŞK. Turkish validation of the MISSCARE survey-Pediatric version. Journal of Pediatric Nursing. 2020;53:e156-e63. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.03.012
40. 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. 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? International Journal of Industrial Ergonomics. 2011;41(4):389-93. https://doi.org/10.1016/j.ergon.2011.01.012
42. Winsett RP, Rottet K, Schmitt A, Wathen E, Wilson D, Group MNCC. Medical surgical nurses describe missed nursing care tasks-Evaluating our work environment. Applied Nursing Research. 2016;32:128-33. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.06.006
43. 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;72:103276. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103276
44. 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. https://doi.org/10.1111/jan.12578
45. Lake ET, de Cordova PB, Barton S, Singh S, Agosto PD, Ely B, et al. Missed nursing care in pediatrics. Hospital pediatrics. 2017;7(7):378-84. https://doi.org/10.1542/hpeds.2016-0141
46. Lima JCd, Silva AEBdC, Caliri MHL. Omission of nursing care in hospitalization units. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2020;28:e3233. https://doi.org/10.1590/1518-8345.3138.3233
47. Moreno-Monsivais MG M-RC-G, . MG. Missed nursing care in, hospitalized patients. Aquichan, 15.3. https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.3.2
48. Kalisch BJ, Lee H, Rochman M. Nursing staff teamwork and job satisfaction. Journal of nursing management. 2010;18(8):938-47. https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01153.x

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-29]