

# The Missed Cares of Old Adults and Underlying Reasons from the Perspective of Nurses and Old Adult Patients Referring to Emergency Departments: A Descriptive-Comparative Study

Fatemeh Salehi<sup>1</sup>, Hossein Feizollahzadeh<sup>1\*</sup>, Azad Rahmani<sup>1</sup>, Neda Gilani<sup>2</sup>, Faranak Jabbarzadeh<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of Medical-Surgical Nursing, Nursing and Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

<sup>2</sup> Department of Statistics and Epidemiology, Faculty of Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

## ARTICLE INFO

### Article Type:

Original Article

### Article History:

Received: 3 Jun 2025

Revised: 12 Aug 2025

Accepted: 16 Sep 2025

ePublished: 17 Mar 2026

### Keywords:

Aged,  
Emergency Medical  
Service,  
Nursing Care,  
Quality of Health Care

## Abstract

**Background.** Nurses' systemic challenges drive missed nursing care (MNC), linked to adverse outcomes. Despite global MNC rates of 55–98%, old adult patients in emergency departments (EDs) are understudied. This study examines MNCs and their underlying reasons from the perspective of nurses and older adult patients referring to EDs.

**Methods.** This descriptive-comparative study enrolled 150 eligible nurses and 150 older adult patients from five teaching hospitals in Tabriz in 2024. Data were gathered using validated questionnaires on missed care and its underlying reasons (specific versions for nurses and patients) (Cronbach's  $\alpha = 0.90-0.95$ ). Descriptive statistics, the t-test of independent groups, and one-way analysis of variance were used to analyze the data.

**Results.** Patients (50% female) prioritized unmet educational needs, while nurses (65.3% female) emphasized physical care and privacy lapses. The mean scores of MNCs were significantly higher in patients ( $75.02 \pm 17.32$  vs. nurses'  $51.66 \pm 17.98$ ,  $P < 0.001$ ). The mean scores of underlying reasons differed significantly between groups (nurses:  $52.17 \pm 11.11$ ; patients:  $46.98 \pm 7.38$ ,  $P < 0.001$ ). The shortage of nursing staff and unit overcrowding were identified as common MNC reasons in both perspectives.

**Conclusion.** This study revealed a perceptual divide between nurses and patients regarding MNCs and their reasons. Patients reported a greater extent of MNC, whereas nurses emphasized the contributing factors with greater intensity. Multifaceted interventions such as geriatric-specific skill training for nurses and optimized nurse-to-patient ratios are recommended to reduce MNCs.

Salehi F, Feizollahzadeh H, Rahmani A, Gilani N, Jabbarzadeh F. The Missed Cares of Old Adults and Underlying Reasons from the Perspective of Nurses and Old Adult Patients Referring to Emergency Departments: A Descriptive-Comparative Study. *Depiction of Health*. 2026; 17(1): 60-72. doi: 10.34172/doh.2026.06. (Persian)

## Extended Abstract

### Background

Missed nursing care, defined as the omission or delay of essential nursing interventions, constitutes a prevalent phenomenon threatening care quality, particularly among

vulnerable populations such as older adults. This deficit may precipitate irreversible sequelae, including increased medical complications, hospital readmissions, and diminished patient satisfaction.<sup>1-2</sup> Identifying and

\* Corresponding author; Hossein Feizollahzadeh, E-mail: [feizollahzadehh@tbzmed.ac.ir](mailto:feizollahzadehh@tbzmed.ac.ir)



analyzing its underlying determinants—such as staffing shortages, excessive workload, occupational stress, and organizational-structural constraints represents a critical step toward designing effective mitigation strategies.<sup>3-6</sup>

Emergency departments (EDs) are high-risk environments for MNC due to their unpredictable nature, high patient volumes, clinical urgencies, and time constraints. Reported prevalence rates in acute care settings range from 55% to 98%.<sup>3</sup> Older adults face elevated risk owing to functional decline, multi-morbidity, complex care needs, and vulnerabilities such as communication deficits or cognitive impairment.<sup>3,7</sup> Nevertheless, extant research predominantly focuses on general patient populations, with scant data on the extent and etiology of MNC specific to geriatric patients, particularly within Iranian EDs.<sup>4,7</sup> This study was conducted to determine MNCs and the underlying reasons in old adult patients admitted to the EDs of hospitals affiliated with Tabriz University of Medical Sciences.

## Methods

This descriptive-comparative study was conducted in the EDs of five teaching hospitals affiliated with Tabriz University of Medical Sciences in 2024. A total of 150 nurses working in the EDs and 150 older adult patients ( $\geq 60$  years) were enrolled via proportional stratified random sampling and convenience sampling with proportional allocation among hospitals, respectively.

Inclusion criteria for nurses were having at least a bachelor's degree in nursing, having at least 6 months of full-time work experience in EDs, and giving informed consent to participate in the study. Inclusion criteria for older adults were age  $\geq 60$  years, stable physical, cognitive, and psychological status (as assessed by Mini-Mental State Examination score  $\geq 24$  and hemodynamic stability), and an Emergency Severity Index (ESI) triage level  $\geq 3$  indicating non-life-threatening conditions. Nurses or patients who left more than 10% of the questionnaire items unanswered were excluded from the study. In this study, three questionnaires were used to collect data, including MNCs for nurses, revised MNCs for patients, and underlying reasons associated with MNCs. The face and content validity of the questionnaires were verified by a panel of 15 nursing faculty members at Tabriz University of Medical Sciences. In addition, a pilot study with 20 eligible nurses and 20 patients was conducted to reassess reliability, and Cronbach's alpha coefficients were calculated as 0.95 for MNCs (nurses), 0.90 for patients, and 0.92 for the reasons of MNCs questionnaires.

The sampling was conducted over 3 months, from August 2024 to the end of October. The nurses completed the MNCs and underlying reasons

questionnaires, which were administered at the beginning of the shift and returned at the end. The researcher completed the MNCs questionnaire (patient version) and the underlying reasons while interviewing the patients at discharge from the ED. Descriptive statistics, the independent groups t-test, and one-way analysis of variance were used to analyze the data in IBM SPSS Statistics version 26.

## Results

In this study, 50% of the old adult participants were female, 77.3% were married, and 54.4% were illiterate. Their mean age was  $78.2 \pm 5.2$  years. The mean age of the participating nurses was  $33.56 \pm 8.14$  years, and their mean work experience in the ED was  $6.52 \pm 5.79$  years.

The overall mean score for MNCs from nurses' perspective was  $51.66 \pm 17.98$ , and from the old adult patients' perspective, it was  $75.02 \pm 17.32$ , compared to the obtainable score (0-130). The overall mean score of underlying reasons for MNCs from the nurses' perspective was  $52.17 \pm 11.11$ , and from older adult patients' perspective, it was  $46.98 \pm 7.38$ , compared to the obtainable score (17-68). The results of the independent groups t-test showed statistically significant differences between the mean scores of MNCs ( $P < 0.001$ ) and their underlying reasons ( $P < 0.001$ ) from the perspectives of nurses and older adult patients.

From the old adult patients' perspective, the highest mean score of MNC was related to the item "nurses explained skin care and pressure ulcer prevention" (mean  $4.13 \pm 1.05$ ). From the nurses' perspective, the highest mean score of MNC was related to the item "provision of a private environment for old adult patients during history taking and examination" (mean  $2.34 \pm 1.14$ ).

From the perspective of older adult patients, the highest mean scores of underlying reasons for MNCs were related to the items "unexpected rise in patient volume/unit overcrowding" (mean  $3.38 \pm 0.76$ ), "lack of support from healthcare team members" (mean  $3.33 \pm 0.87$ ), and "inadequate number of nursing staff" (mean  $3.0 \pm 58.84$ ). From the nurses' perspective, the highest mean scores of underlying reasons for MNCs were related to the items "inadequate number of nursing staff" (mean  $3.58 \pm 0.84$ ), "unexpected increase in the number of patients or overcrowding in the ED" (mean  $3.49 \pm 0.83$ ), and "insufficient ancillary staff" (mean  $3.0 \pm 33.86$ ).

## Conclusion

This study underscores a significant perceptual divide between nurses and older adult patients regarding MNCs and their underlying reasons. Results indicated that older adult patients emphasize unmet educational and communicative needs, while nurses focus more on

physical and practical domains of care. The shortage of nursing staff and unexpected rise in patient volume/unit overcrowding were identified as common challenges in both perspectives, leading to increased MNCs and a decline in care quality. It is recommended that effective steps be taken to reduce care gaps by designing and implementing geriatric-specific communication skills training for nurses, reducing workload through health information technology integration, and improving supportive infrastructure, such as human resources, to optimize patient-to-nurse ratios.

### **Practical Implications of Research**

- The perception of missed nursing care and its underlying reasons may differ between nurses and patients in the emergency department.

- Elder patients most frequently reported missed care in the educational and communicative domains of nursing care.

-Nurses tended to emphasize physical and practical domains as areas where care is most often missed.

- Elder patients reported a higher frequency of missed nursing care, whereas nurses placed greater emphasis on the contributing factors underlying such omissions.

- Staff shortages and emergency department overcrowding are associated with increased rates of missed nursing care.

## مراقبت‌های از دست رفته سالمندان و دلایل زمینه‌ای آن از دیدگاه پرستاران و بیماران سالمند مراجعه‌کننده به بخش‌های اورژانس: مطالعه توصیفی - مقایسه‌ای

فاطمه صالحی<sup>۱</sup>، حسین فیض‌اله‌زاده<sup>۱\*</sup>، آزاد رحمانی<sup>۱</sup>، ندا گیلانی<sup>۲</sup>، فرانک جبارزاده<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup> گروه پرستاری داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری و مام<sup>۱</sup> ای، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

<sup>۲</sup> گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

### چکیده

**زمینه.** مشکلات سیستمیک پرستاران به مراقبت‌های از دست رفته با پیامدهای نامطلوب سلامتی می‌انجامد. با وجود آمارهای جهانی مراقبت‌های از دست رفته بین ۵۵ تا ۹۸ درصد، فرآیند مراقبت از بیماران سالمند در بخش‌های اورژانس کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است. این مطالعه، مراقبت‌های از دست رفته و دلایل زمینه‌ای آن را از دیدگاه پرستاران و بیماران سالمند مراجعه‌کننده به بخش‌های اورژانس بررسی می‌کند.

**روش کار.** این مطالعه توصیفی- مقایسه‌ای، بر روی ۱۵۰ پرستار و ۱۵۰ بیمار سالمند واجد شرایط در پنج بیمارستان آموزشی در شهر تبریز، در سال ۱۴۰۳ انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های معتبر مراقبت‌های از دست رفته و دلایل آن (نسخه‌های اختصاصی پرستاران و بیماران) جمع آوری شد ( $\alpha = 0/90 - 0/95$ ). برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی، آزمون t گروه‌های مستقل و آنالیز واریانس یکطرفه استفاده شد.

**یافته‌ها.** بیماران (۵۰ درصدن) نیازهای آموزشی برآورده نشده را در اولویت قرار دادند، در حالی‌که پرستاران (۶۵/۳ درصد زن) بر مراقبت‌های فیزیکی و نقص حریم خصوصی تأکید کردند. میانگین نمرات مراقبت‌های از دست رفته در بیماران ( $17/32 \pm 7/5$ ) نسبت به پرستاران ( $17/98 \pm 5/66$ ) به طور قابل توجهی بزرگ‌تر بود ( $P < 0/001$ ). میانگین نمرات دلایل زمینه‌ای بین دو گروه به طور قابل توجهی متفاوت بود (پرستاران:  $11/11 \pm 5/17$ ؛ بیماران:  $7/38 \pm 4/6/98$ ). در هر دو دیدگاه کمبود کادر پرستاری و شلوغی بخش به‌عنوان دلایل رایج مراقبت‌های از دست رفته شناسایی شدند.

**نتیجه‌گیری.** این مطالعه شکاف ادراکی بین پرستاران و بیماران در مورد مراقبت‌های از دست رفته و دلایل آنها را نشان داد. بیماران میزان بالاتری از مراقبت‌های از دست رفته را گزارش کردند، در حالی‌که پرستاران بر عوامل مؤثر با شدت بیشتری تأکید داشتند. مداخلات چندوجهی مانند آموزش مهارت‌های مراقبت از سالمندان برای پرستاران و ایجاد نسبت مناسب پرستار به بیمار برای کاهش مراقبت‌های از دست رفته توصیه می‌شود.

### اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۰۳/۱۳

اصلاح نهایی: ۱۴۰۴/۰۵/۲۱

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۶/۲۵

انتشار برخط: ۱۴۰۴/۱۲/۲۶

کلیدواژه‌ها:

سالمند،

خدمات پزشکی اورژانس،

مراقبت پرستاری،

کیفیت مراقبت‌های

بهداشتی

### مقدمه

کمبود پرسنل، حجم کاری بیش از حد، استرس شغلی، و محدودیت‌های سازمانی و ساختاری بیمارستان، گام حیاتی برای طراحی مداخلات مؤثر جهت کاهش آن است.<sup>۱-۳</sup> در این راستا بخش اورژانس به دلیل ماهیت غیرقابل پیش‌بینی، حجم بالای بیمار، فوریت‌های پزشکی و محدودیت‌های زمانی، محیطی با استرس بالا و مستعد بروز مراقبت‌های از دست رفته است. شیوع این پدیده در

مراقبت‌های پرستاری از دست رفته، به معنای حذف یا تأخیر در ارائه مداخلات ضروری پرستاری، پدیده‌ای شایع در اغلب بیمارستان‌هاست که کیفیت مراقبت به‌ویژه برای جمعیت‌های آسیب‌پذیر مانند سالمندان را تهدید می‌کند و می‌تواند منجر به عواقب جبران‌ناپذیری مانند افزایش عوارض پزشکی، بستری مجدد و کاهش رضایت بیمار شود.<sup>۱، ۲</sup> شناسایی و تحلیل علل زمینه‌ای این پدیده، مانند

\* پدیدآور رابط؛ حسین فضل‌اله‌زاده، آدرس ایمیل: feizollahzadehh@tbzmed.ac.ir

این تحقیق با اهداف تعیین مراقبت‌های از دست رفته سالمندان و دلایل زمینه‌ای آن از دیدگاه پرستاران و بیماران سالمند، و تعیین و مقایسه میانگین نمرات مراقبت‌های از دست رفته سالمندان و دلایل زمینه‌ای آن از دیدگاه پرستاران و بیماران سالمند انجام گرفت.

## روش کار

### طرح مطالعه و نمونه‌گیری

این مطالعه توصیفی-مقایسه‌ای در بخش‌های اورژانس پنج بیمارستان آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۴۰۳ انجام شد. در مجموع ۱۵۰ پرستار شاغل در بخش‌های اورژانس و ۱۵۰ بیمار سالمند (۶۰ سال یا بیشتر) به ترتیب از طریق نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌بندی‌شده و نمونه‌گیری در دسترس با تخصیص متناسب بین بیمارستان‌ها انتخاب شدند. پرستاران واجد شرایط با استفاده از [www.random.org/sequences](http://www.random.org/sequences) به صورت تصادفی انتخاب شدند. حجم نمونه بر اساس تحلیل توان حاصل از نتایج مطالعه عبادی و همکاران با در نظر گرفتن اندازه اثر ۲ و ۲۰ درصد ریزش نمونه محاسبه شد که ۱۵۰ شرکت‌کننده در هر گروه به دست آمد.<sup>۱۵</sup>

معیارهای ورود پرستاران شامل داشتن حداقل مدرک لیسانس پرستاری، داشتن حداقل ۶ ماه سابقه کار تمام وقت در بخش‌های اورژانس و رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه بود. معیارهای ورود برای بیماران سالمند شامل داشتن سن  $\leq 60$  سال، وضعیت پایدار جسمی (سطح تریاژ شاخص شدت اورژانس  $\leq 3$  که نشان‌دهنده شرایط غیر تهدیدکننده زندگی است)، داشتن وضعیت پایدار شناختی و روانی (کسب نمره  $\leq 24$  در آزمون مختصر وضعیت روانی) و رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه بود. پرستاران یا بیمارانی که بیش از ۱۰ درصد از سوالات پرسش‌نامه را بدون پاسخ گذاشتند، از مطالعه حذف شدند.

### ابزار جمع‌آوری داده‌ها

در این مطالعه، از سه پرسش‌نامه برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد که شامل پرسش‌نامه مراقبت‌های از دست رفته برای پرستاران، پرسش‌نامه مراقبت‌های از دست رفته برای بیماران (نسخه اصلاح شده) و پرسش‌نامه دلایل زمینه‌ای مرتبط با مراقبت‌های از دست رفته بود.

بخش مراقبت‌های حاد ۵۵ تا ۹۸ درصد گزارش شده است.<sup>۳</sup> سالمندان به دلیل کاهش عملکرد جسمی، بیماری‌های متعدد، نیازهای مراقبتی پیچیده و آسیب‌پذیری‌هایی مانند اختلال در ارتباط یا نقص شناختی، در معرض خطر بیشتری برای مراقبت‌های از دست رفته قرار دارند.<sup>۲،۳</sup> با این وجود، اکثر مطالعات خارجی و داخلی بر جمعیت کلی بیماران در بخش‌های بستری بیمارستان‌ها متمرکز شده و مراقبت‌های از دست رفته و علل آن را از دیدگاه پرستاران بررسی کرده‌اند.<sup>۴-۶</sup> در نتیجه داده‌های کمی محدودی در مورد میزان و علل مراقبت‌های از دست رفته در سالمندان، به‌ویژه در اورژانس‌های ایران و از دیدگاه بیماران، وجود دارد. رضایی شهسواری و همکاران در مطالعه خود عوامل موثر بر مراقبت از دست رفته در سالمندان بستری در بیمارستان از دیدگاه پرستاران را به روش کیفی بررسی کرده و ساختار نامناسب، مراقبت ناکارآمد و ضعف سالمندان را به‌عنوان عوامل تشدیدکننده آن گزارش کرده‌اند.<sup>۷</sup> همچنین وجود مشکلات ساختاری در سیستم بهداشتی ایران مانند کمبود شدید پرستار و پرستاران چند شغله، لزوم انجام پژوهش‌های بیشتر در این زمینه را نشان می‌دهد.<sup>۴،۶،۷</sup>

از سوی دیگر قرن بیست و یکم شاهد پیری سریع جمعیت جهانی است. پیش‌بینی می‌شود جمعیت بالای ۶۰ سال تا سال ۲۰۵۰ به ۲ میلیارد نفر (۲۲ درصد جمعیت جهان) برسد.<sup>۸،۹</sup> ایران نیز با سرعت بالایی در حال پیری است و انتظار می‌رود سهم سالمندان تا سال ۲۰۵۰ به ۲۴ درصد برسد.<sup>۱۰</sup> پیری با افزایش شیوع بیماری‌های مزمن و کاهش ظرفیت‌های جسمی-روانی همراه است؛<sup>۱۱،۱۲</sup> که نیاز به خدمات مراقبتی پیچیده‌تری را افزایش می‌دهد و بار قابل توجهی بر سیستم‌های بهداشتی تحمیل می‌کند.<sup>۱۳</sup> در این میان، پرستاران نقش محوری در حفظ کیفیت مراقبت، ایمنی بیماران به‌ویژه سالمندان و برآوردن نیازهای مراقبتی پیچیده آنان ایفا می‌کنند.<sup>۱۴،۱۳</sup> با توجه به عدم وجود داده‌های جامع در مورد میزان و علل مراقبت‌های از دست رفته در میان سالمندان در اورژانس‌های بیمارستان‌های آموزشی درمانی کشور ایران، این مطالعه با هدف تعیین میزان و تجزیه و تحلیل دلایل مراقبت‌های از دست رفته در بیماران سالمند بستری در اورژانس‌های بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شد. بنابراین،

دانشگاه علوم پزشکی تبریز توزیع شد. به منظور تعیین روایی محتوایی ابزارها، از دو ضریب CVI و CVR استفاده شد. بدین منظور از اعضای هیئت علمی مذکور خواسته شد جهت تعیین CVR، هر یک از گویه‌ها را (ضروری است، مفید است ولی ضروری نیست، ضرورتی ندارد) ارزیابی کنند. CVR محاسبه شده برای تمامی گویه‌ها بزرگ‌تر از ۰/۸۵ بود. برای محاسبه CVI از خبرگان مذکور خواسته شد در یک طیف چهار قسمتی میزان واضح بودن (کاملاً واضح است، واضح اما نیاز به بازبینی دارد، نیاز به بازبینی جدی دارد، مبهم است)، سادگی (کاملاً ساده است، ساده اما نیاز به بازبینی دارد، نیاز به بازبینی جدی دارد، مبهم است) و مرتبط بودن (کاملاً مرتبط است، مرتبط اما نیاز به بازبینی دارد، نیاز به بازبینی جدی دارد، مرتبط نیست) هر گویه را تعیین کنند. برای محاسبه CVI، تعدادی که گزینه اول و دوم را انتخاب کرده بودند بر تعداد کل تقسیم، و اگر حاصل آن از ۰/۷ کوچک‌تر بود، گویه حذف و اگر بین ۰/۷ تا ۰/۷۹ بود بازبینی، و اگر از ۰/۷۹ بزرگ‌تر بود، قابل قبول در نظر گرفته شد. با در نظر گرفتن نمرات CVI و CVR هر یک از گویه‌ها و همچنین پس از جمع‌بندی نظرات پیشنهادی خبرگان و اعمال اصلاحات لازم، پرسش‌نامه‌های نهایی تدوین شدند.

علاوه بر این، یک مطالعه مقدماتی با شرکت ۲۰ پرستار واجد شرایط و ۲۰ بیمار برای ارزیابی پایایی انجام شد و ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسش‌نامه‌های مراقبت‌های از دست رفته (نسخه پرستاران) ۰/۹۵، برای نسخه بیماران ۰/۹۰ و برای پرسش‌نامه دلایل مراقبت‌های از دست رفته ۰/۹۲ محاسبه شد.

### جمع‌آوری داده‌ها

نمونه‌گیری به مدت ۳ ماه از مرداد ماه تا آبان ۱۴۰۳ انجام شد. پژوهشگر، در ابتدا در هر سه شیفت کاری از بیمارستان‌های منتخب تبریز بازدید کرده و پرستاران بخش اورژانس و بیماران سالمند مراجعه‌کننده به بخش اورژانس را بر اساس معیارهای ورود آنها انتخاب کرد. وی پس از اطمینان از پایدار بودن علائم حیاتی و وضعیت عمومی بیمار، در زمان مناسب با بیماران دارای واجد شرایط ملاقات کرده و پس از معرفی خود، توضیح دادن اصول کلی و اهداف مطالعه، رضایت کتبی و موافقت آنها را برای

بخش جمعیت‌شناسی پرسش‌نامه برای پرستاران شامل اطلاعاتی مانند سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، سال‌های سابقه کار در اورژانس، الگوی شیفت و نوع استخدام بود. بخش جمعیت‌شناسی پرسش‌نامه مربوط به بیمار شامل اطلاعاتی مانند سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، وضعیت اقتصادی، نوع بیمه، محل سکونت، بیماری‌های همراه، سطح تریاژ، محدودیت‌های حرکتی و ویزیت‌های قبلی اورژانس در ۶ ماه گذشته بود.

پرسش‌نامه مراقبت‌های از دست رفته یک پرسش‌نامه خودگزارشی است که متشکل از ۲۶ مورد مربوط به مراقبت‌های پرستاری در اورژانس است و از پرسش‌نامه‌های مراقبت‌های از دست رفته و نظرسنجی تجربه بیمار اقتباس شده است.<sup>۱۶، ۱۷</sup> از پرستاران درخواست شد تا میزان هر یک از مراقبت‌های از دست رفته سالمندان در اورژانس توسط خود یا همکاران را در یک مقیاس ۶ درجه‌ای (۱ = هرگز از دست رفته تا ۵ = همیشه از دست رفته؛ ۰ = قابل اجرا نیست) ارزیابی کنند. دامنه نمرات کل از ۰ تا ۱۳۰ متغیر می‌باشد و نمرات بالاتر نشان‌دهنده مراقبت‌های از دست رفته بیشتر بود. پرسش‌نامه مراقبت‌های از دست رفته (نسخه بیمار) شامل فهرستی از ۲۶ مورد مراقبت پرستاری است که کیفیت مراقبت‌ها را از دیدگاه بیماران در مقیاس ۶ درجه‌ای ارزیابی می‌کند (۱ = عالی تا ۵ = ارائه نشده، ۰ = درست نیست، یا قابل اجرا نیست). دامنه نمرات کل از ۰ تا ۱۳۰ متغیر است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده مراقبت‌های از دست رفته بیشتر است.

پرسش‌نامه مربوط به دلایل مرتبط با مراقبت‌های از دست رفته، بخش B پرسش‌نامه مراقبت‌های از دست رفته است و شامل فهرستی از ۱۷ دلیل بالقوه در سه حوزه منابع انسانی، ارتباطات و منابع مادی است. از پرستاران و بیماران درخواست شد که هر عامل را با استفاده از یک مقیاس ۴ امتیازی (بسیار مهم = ۴، نسبتاً مهم = ۳، کمی مهم = ۲ و غیر مهم = ۱) ارزیابی کنند. نمرات کل از ۱۷ تا ۶۸ متغیر بوده و نمرات بالاتر نشان‌دهنده تأثیر درک شده بیشتر عوامل بر مراقبت‌های از دست رفته است.<sup>۱۶</sup>

### روایی و پایایی

برای بررسی روایی صوری و محتوایی، ابتدا پرسش‌نامه‌ها بین ۱۵ نفر از اعضای هیئت علمی پرستاری

اطلاعات فردی- اجتماعی شرکت‌کنندگان به همراه میانگین نمرات مراقبت‌های از دست رفته و علل زمینه‌ای با جزئیات بیشتر در جدول ۱ نشان داده شده است. میانگین نمره کلی مراقبت‌های از دست رفته از دیدگاه پرستاران  $17/98 \pm$  و از دیدگاه بیماران سالمند  $17/32 \pm$  و  $75/02 \pm$  و  $51/66 \pm$  مقایسه با نمره قابل کسب (۰-۱۳۰) بود. میانگین نمره کلی دلایل زمینه‌ای مراقبت‌های از دست رفته از دیدگاه پرستاران  $11/11 \pm$  و  $52/17 \pm$  و از دیدگاه بیماران سالمند  $7/38 \pm$  و  $46/98 \pm$  در مقایسه با نمره قابل کسب (۰-۶۸) بود. نتایج آزمون t گروه‌های مستقل تفاوت آماری معنی‌داری بین میانگین نمرات مراقبت‌های از دست رفته ( $P < 0/001$ ) و دلایل زمینه‌ای آن ( $P < 0/001$ ) از دیدگاه پرستاران و بیماران سالمند نشان داد.

پس از محاسبه و مقایسه میانگین نمرات مراقبت‌های از دست رفته و علل زمینه‌ای آن برحسب متغیرهای جمعیت‌شناسی در گروه پرستاران و بیماران سالمند، نتایج آزمون‌های آماری نشان داد که در هر دو گروه پرستاران ( $P < 0/001$ ) و بیماران ( $P < 0/05$ ) بین میانگین نمرات مراقبت‌های از دست رفته و متغیر بیمارستان رابطه معنی‌دار آماری وجود دارد. با این حال فقط در گروه پرستاران بین میانگین نمرات علل زمینه‌ای و متغیر بیمارستان اختلاف معنی‌دار آماری وجود داشت (جدول ۱). نتایج آزمون تعقیبی LSD نشان داد که بین نمرات بیمارستان‌های مدنی و طالقانی با سایر بیمارستان‌ها تفاوت معنی‌دار آماری وجود دارد.

شرکت در مطالعه اخذ کرده و پرسش‌نامه‌ها را تکمیل نمود. پژوهشگر پرسش‌نامه مراقبت از دست رفته (نسخه بیمار) و دلایل زمینه‌ای را هنگام مصاحبه با بیماران هنگام ترخیص از بخش اورژانس تکمیل کرد (میزان پاسخ‌دهی = ۱۰۰ درصد). همچنین پرسش‌نامه‌های مراقبت‌های از دست رفته نسخه پرستاران و دلایل زمینه‌ای در ابتدای شیفت بین پرستاران واجد شرایط توزیع شده و پس از تکمیل در پایان شیفت جمع‌آوری شد.

### تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار IBM SPSS Statistics نسخه ۲۶ تجزیه و تحلیل شدند. از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) برای خلاصه کردن داده‌ها و نمرات مراقبت‌های از دست رفته استفاده شد. نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون Shapiro-Wilk ارزیابی شد. از آزمون t گروه‌های مستقل و آزمون آنالیز واریانس یکطرفه برای مقایسه تفاوت‌های بین گروه‌ها استفاده شد. مقدار  $P < 0/05$  از نظر آماری معنی‌دار در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

در این مطالعه، ۵۰ درصد از سالمندان شرکت‌کننده زن، ۷۷/۳ درصد متأهل و ۵۴/۴ درصد بی‌سواد بودند. میانگین سنی آنها  $5/2 \pm 78/2$  سال بود. میانگین سنی پرستاران شرکت‌کننده  $8/14 \pm 33/56$  سال و میانگین سابقه کار آنها در بخش اورژانس  $5/79 \pm 6/52$  سال بود.

جدول ۱. ارتباط اطلاعات فردی- اجتماعی شرکت‌کنندگان در مطالعه با نمرات مراقبت‌های از دست رفته و علل زمینه‌ای

متغیر	طبقه	پرستار تعداد (درصد)	مراقبت‌های از دست رفته (انحراف معیار $\pm$ میانگین)	علل زمینه‌ای (انحراف معیار $\pm$ میانگین)	بیمار تعداد (درصد)	مراقبت‌های از دست رفته (انحراف معیار $\pm$ میانگین)	علل زمینه‌ای (انحراف معیار $\pm$ میانگین)
جنس	زن	۹۸(۶۵/۳)	$50/37 \pm 18/10$	$52/36 \pm 10/75$	۷۵(۵۰)	$73/38 \pm 18/85$	$47/05 \pm 7/60$
	مرد	۵۲(۳۴/۷)	$54/07 \pm 17/66$	$51/80 \pm 11/85$	۷۵(۵۰)	$76/66 \pm 15/59$	$46/92 \pm 7/21$
	$P^b$	*	$0/232$	$0/770$	*	$0/248$	$0/912$
وضعیت تاهل	مجرد	۸۲(۵۴/۷)	$51/31 \pm 17/98$	$50/86 \pm 11/95$	۵(۳/۳)	$68/40 \pm 14/90$	$41/80 \pm 6/14$
	متاهل	۶۸(۴۵/۳)	$52/07 \pm 18/11$	$53/75 \pm 9/86$	۱۱۶(۷۷/۳)	$76/46 \pm 18$	$47/00 \pm 7/27$
	بیوه	-	-	-	۲۸(۱۸/۷)	$70/57 \pm 14/20$	$47/39 \pm 7/66$
	مطلقه	-	-	-	۱(۰/۷)	$66 \pm 15$	$60 \pm 15/12$
	$P$	*	$0/799^b$	$0/114^b$	*	$0/33^d$	$0/129^d$

متغیر	طبقه	پرستار تعداد (درصد)	مراقبت‌های از دست رفته (انحراف معیار ± میانگین)	علل زمینه‌ای (انحراف معیار ± میانگین)	بیمار تعداد (درصد)	مراقبت‌های از دست رفته (انحراف معیار ± میانگین)	علل زمینه‌ای (انحراف معیار ± میانگین)
سطح تحصیلات	بی‌سواد	-	-	-	۸۱(۵۴/۴)	۷۴/۸۵ ± ۱۷/۰۳	۴۶/۶۳ ± ۷/۰۷
	زیر دیپلم	-	-	-	۴۹(۳۲/۹)	۷۷/۵۱ ± ۱۸/۲۸	۴۷/۶۷ ± ۷/۲۲
	دیپلم	-	-	-	۹(۶)	۷۶/۴۴ ± ۱۴/۷۴	۴۵/۶۶ ± ۸/۸۸
	کارشناسی	۱۳۹(۹۳/۳)	۵۱/۰۷ ± ۱۷/۷۱	۵۲/۳۳ ± ۱۰/۷۳	۱۰(۶/۷)	۶۲/۶۰ ± ۱۴/۱۹	۴۷/۲۰ ± ۱۰/۱۳
	ارشد	۱۰(۶/۷)	۶۱/۷۰ ± ۱۹/۶۷	۴۸/۵۰ ± ۱۵/۴۱	-	-	-
P	*	۰/۰۷۱ <sup>b</sup>	۰/۲۹۳ <sup>b</sup>	*	۰/۱۰۲ <sup>d</sup>	۰/۸۳ <sup>d</sup>	
بیمارستان	امام رضا	۶۱(۴۰/۶۷)	۵۹/۱۴ ± ۱۸/۳۳	۴۹/۴۴ ± ۱۳/۰۴	۶۱(۴۰/۶۷)	۷۹/۴۴ ± ۱۶/۹۶	۴۵/۳۷ ± ۷/۵۱
	طالقانی	۱۲(۸)	۳۹/۰۸ ± ۱۰/۴۰	۵۵/۸۳ ± ۷/۸۹	۱۲(۸)	۶۴/۳۳ ± ۱۱/۲۸	۵۰/۰۹ ± ۸/۳۹
	سینا	۲۷(۱۸)	۵۳/۲۹ ± ۱۶/۸۰	۵۲/۶۶ ± ۹/۳۱	۲۷(۱۸)	۷۳/۴۴ ± ۱۸/۵۰	۴۷/۷۴ ± ۷/۵۴
	مدنی	۲۹(۱۹/۳۳)	۴۲/۵۱ ± ۱۳/۳۶	۵۲/۲۰ ± ۹/۹۶	۲۹(۱۹/۳۳)	۷۴/۱۷ ± ۲۱/۳۰	۴۸/۲۷ ± ۷/۶۴
	شهدا	۲۱(۱۴)	۴۷/۶۱ ± ۱۷/۷۸	۵۷/۳۳ ± ۸/۰۴	۲۱(۱۴)	۷۱/۵۲ ± ۶/۶۹	۴۷/۲۸ ± ۵/۱۹
P <sup>d</sup>	*	< ۰/۰۰۱	۰/۰۴۶	*	۰/۰۴۴	۰/۱۹۶	

<sup>b</sup> آزمون t گروه‌های مستقل، <sup>d</sup> آزمون آنالیز واریانس یکطرفه

مراقبت از دست رفته مربوط به گویه «فراهم کردن یک محیط خصوصی برای بیماران سالمند در طول گرفتن شرح حال و معاینه» بود (میانگین  $1/14 \pm 2/34$ ). جدول ۲ مراقبت‌های از دست رفته را با جزئیات بیشتری نشان می‌دهد.

در تجزیه و تحلیل برحسب گویه‌های پرسش‌نامه‌ها، از دیدگاه بیماران سالمند بالاترین میانگین نمره مراقبت از دست رفته مربوط به گویه «توضیحات پرستاران در مورد مراقبت از پوست و پیشگیری از زخم فشاری» بود (میانگین  $1/05 \pm 4/13$ ). از دیدگاه پرستاران، بالاترین میانگین نمره

**جدول ۲.** مراقبت‌های از دست رفته از دیدگاه پرستاران و بیماران سالمند مراجعه‌کننده به بخش‌های اورژانس

ردیف	گویه	پرستاران (انحراف معیار ± میانگین)	بیماران سالمند (انحراف معیار ± میانگین)
۱	بررسی بیمار سالمند در عرض ۵ دقیقه اول بعد از ورود به اورژانس	۱ ± ۲	۲/۳۲ ± ۱/۲۶
۲	دریافت مراقبت‌های پرستاری توسط بیمار سالمند در عرض ۳۰ دقیقه پس از ورود به اورژانس	۱/۸۶ ± ۰/۹۳	۲/۴۳ ± ۱/۱۴
۳	برخورد احترام‌آمیز پرستاران با بیمار سالمند	۱/۶۲ ± ۰/۸۳	۲/۲۸ ± ۱/۰۵
۴	گوش دادن با دقت پرستاران به حرف‌های بیمار سالمند	۱/۹۶ ± ۰/۹۹	۲/۷۰ ± ۱/۱۴
۵	فراهم شدن محیط و شرایط خصوصی برای بیمار سالمند در هر بار شرح حال و معاینه	۲/۳۴ ± ۱/۱۴	۲/۹۸ ± ۱/۲۶
۶	توضیح پرستاران درباره مشکل سلامتی و بیماری بیمار سالمند	۲/۲۸ ± ۱/۱۱	۳/۲۶ ± ۱/۰۷
۷	اندازه‌گیری علائم حیاتی بیمار سالمند براساس نیاز	۱/۷۹ ± ۱/۰۵	۳/۰۳ ± ۱/۱۱
۸	کنترل جذب و دفع مایعات بیمار توسط پرستار	۲/۲۲ ± ۱/۲۹	۳/۶۳ ± ۱/۶۶
۹	توضیح پرستاران به بیمار سالمند درباره تست‌های تشخیصی (رادیولوژی، سونوگرافی و آزمایشات)	۲/۱۸ ± ۱/۱۷	۳/۳۴ ± ۰/۹۶
۱۰	توضیح پرستاران درباره داروهای مصرفی و عوارض جانبی آنها به بیمار سالمند	۲/۱۴ ± ۱/۱۴	۳/۸۸ ± ۱/۲۶
۱۱	کاهش درد بیمار سالمند در صورت داشتن پزشکان و پرستاران	۱/۷۰ ± ۰/۸۳	۲/۲۳ ± ۱/۰۵

ردیف	گویه	پرستاران (انحراف معیار ± میانگین)	بیماران سالمند (انحراف معیار ± میانگین)
۱۲	ارزیابی تاثیر داروها (به طور مثال ارزیابی تاثیر دارو بعد از تزریق مسکن) توسط پرستار	۱/۸۸ ± ۰/۹۷	۲/۹۰ ± ۱/۳۵
۱۳	کنترل قندخون با گلوکومتر توسط پرستار در صورت نیاز	۱/۶۱ ± ۰/۸۰	۱/۷۱ ± ۱/۷۴
۱۴	توضیح رژیم غذایی و محدودیت‌های غذایی بیمار سالمند توسط پرستار	۲/۰۶ ± ۱/۰۶	۳/۳۷ ± ۱/۵۰
۱۵	آموزش پرستاران به بیمار سالمند درباره فعالیت‌ها و محدودیت‌های حرکتی	۲/۰۲ ± ۰/۹۶	۲/۸۶ ± ۱/۳۵
۱۶	ارزیابی و مراقبت از مسیره‌های وریدی محیطی و مرکزی بیمار توسط پرستار	۱/۸۰ ± ۰/۸۵	۲/۰۹ ± ۱/۱۷
۱۷	توضیح پرستاران به بیمار سالمند به گونه‌ای که قابل درک باشد	۲/۰۸ ± ۰/۹۶	۳/۰۹ ± ۰/۹۰
۱۸	توضیح پرستاران در مورد مراقبت از پوست و پیشگیری از زخم بستر به گونه‌ای که قابل درک بیمار سالمند باشد	۲/۲۰ ± ۰/۹۹	۴/۱۳ ± ۱/۰۵
۱۹	توضیح پرستاران در مورد خطر سقوط و پیشگیری از آن به گونه‌ای که قابل درک سالمند باشد	۱/۸۷ ± ۰/۹۷	۲/۶۲ ± ۱/۰۶
۲۰	کنترل مستمر وضعیت بیمار توسط پرستار	۱/۹۹ ± ۰/۹۵	۲/۶۴ ± ۱/۱۰
۲۱	همکاری و نظارت توسط پرستار برای برآورده کردن نیازهای بیمار سالمند مانند توالیت رفتن در صورت نیاز	۲/۰۹ ± ۱/۰۵	۳/۴۷ ± ۱/۰۶
۲۲	آموزش پرستاران به بیمار در زمان ترخیص	۲/۰۲ ± ۱	۲/۸۴ ± ۱/۰۶
۲۳	تحويل خلاصه پرونده کتبی به بیمار سالمند در هنگام ترخیص	۱/۸۸ ± ۰/۹۴	۲/۲۶ ± ۱/۱۱
۲۴	توضیح پرستاران درباره داروهای مصرفی در منزل و نحوه مصرف آنها به بیمار سالمند	۱/۹۶ ± ۱	۳/۴۵ ± ۱/۴۲
۲۵	اطلاع پرستاران به بیمار سالمند درباره علائم یا مشکلات سلامتی که باید در خانه مراقب آن باشد	۲ ± ۰/۹۵	۲/۷۷ ± ۱/۳۱
۲۶	اطلاع پرستاران به بیمار سالمند در زمان ترخیص درباره نحوه ارائه مراقبت‌های بعدی	۲/۰۳ ± ۱/۰۱	۲/۶۶ ± ۱/۳۳

مراقبت‌های از دست رفته مربوط به موارد «تعداد پرسنل پرستاری» (میانگین  $۰/۸۴ \pm ۳/۵۸$ )، «افزایش غیرمنتظره تعداد بیماران یا شلوغی بخش» (میانگین  $۰/۸۳ \pm ۳/۴۹$ ) و «کمبود کارکنان کمکی» (میانگین  $۰/۸۶ \pm ۳/۴۹$ ) بود. جدول ۳ دلایل زمینه‌ای برای مراقبت‌های از دست رفته را با جزئیات بیشتری نشان می‌دهد.

همچنین از دیدگاه بیماران سالمند، بالاترین میانگین نمرات دلایل زمینه‌ای برای مراقبت‌های از دست رفته مربوط به موارد «افزایش غیرمنتظره حجم بیمار/ شلوغی بخش» (میانگین  $۰/۷۶ \pm ۳/۳۸$ )، «عدم حمایت از سوی اعضای تیم درمان» (میانگین  $۰/۸۷ \pm ۳/۳۳$ ) و «کمبود پرسنل پرستاری» (میانگین  $۰/۹۸ \pm ۳/۱۰$ ) بود. از دیدگاه پرستاران، بالاترین میانگین نمرات دلایل زمینه‌ای برای

جدول ۳. دلایل زمینه‌ای مراقبت‌های از دست رفته از دیدگاه پرستاران و بیماران سالمند مراجعه‌کننده به بخش‌های اورژانس

ردیف	گویه	پرستاران (انحراف معیار ± میانگین)	بیماران سالمند (انحراف معیار ± میانگین)
۱	کمبود پرسنل پرستاری	۳/۵۸ ± ۰/۸۴	۳/۱۰ ± ۰/۹۸
۲	شرایط اضطراری بیماران (به عنوان مثال بدتر شدن وضعیت بیمار)	۳/۱۶ ± ۰/۸۸	۳ ± ۰/۸۳
۳	افزایش غیرمنتظره در تعداد بیماران و یا شلوغی بخش‌ها	۳/۴۹ ± ۰/۸۳	۳/۳۸ ± ۰/۷۶
۴	کمبود نیروی کمکی و یا منشی (به عنوان مثال کمکی، کارمندان بخش، بیماربر)	۳/۴۹ ± ۰/۸۶	۲/۷۷ ± ۰/۹۵
۵	تخصیص نامتعادل بیمار	۳/۲۹ ± ۰/۹۷	۳/۰۵ ± ۰/۸۳

ردیف	گویه	پرستاران (انحراف معیار ± میانگین)	بیماران سالمند (انحراف معیار ± میانگین)
۶	در دسترس نبودن داروها در موقع لزوم	۲/۹۵ ± ۰/۹۹	۲/۶۲ ± ۱/۰۱
۷	تحويل و تحول ناکارآمد شیفت در زمان تحويل شیفت یا انتقال بیمار	۲/۹۱ ± ۰/۹۸	۲/۳۰ ± ۰/۹۵
۸	ارائه ندادن مراقبت‌های مورد نیاز توسط سایر بخش‌ها (به‌عنوان مثال حرکت ندادن بیمار از سوی تیم فیزیوتراپی)	۲/۸۶ ± ۰/۸۹	۲/۵۹ ± ۱/۰۴
۹	در دسترس نبودن وسایل و تجهیزات در مواقع لزوم	۳/۰۴ ± ۰/۹۴	۲/۶۲ ± ۱/۰۳
۱۰	درست کار نکردن وسایل و تجهیزات در موقع لزوم	۳/۰۶ ± ۰/۹۴	۲/۶۴ ± ۱/۰۱
۱۱	عدم حمایت از سوی اعضای تیم درمان	۲/۹۷ ± ۰/۹۵	۳/۳۳ ± ۰/۸۷
۱۲	تنش یا ارتباط ضعیف با سایر مراکز کمکی و حمایتی	۲/۸۳ ± ۱/۰۱	۲/۸۹ ± ۱/۰۴
۱۳	تنش یا ضعف ارتباطات در تیم پرستاری	۲/۸۸ ± ۱	۲/۳۸ ± ۱/۰۶
۱۴	تنش یا اختلال در ارتباطات با کادر پزشکی	۲/۸۱ ± ۱/۰۳	۲/۴۴ ± ۱/۰۵
۱۵	عدم توضیح کمک پرستار یا مراقب در مورد علل انجام ندادن مراقبت	۲/۷۷ ± ۰/۹۹	۲/۱۹ ± ۰/۹۶
۱۶	در دسترس نبودن یا عدم حضور پرستار موظف به انجام مراقبت از بیمار	۲/۹۰ ± ۱/۰۴	۲/۸۳ ± ۱/۰۱
۱۷	حجم زیاد فعالیت‌های مربوط به پذیرش و ترخیص بیماران	۳/۱۲ ± ۱/۰۳	۲/۷۹ ± ۱/۰۳

## بحث

شایع‌ترین دلایل گزارش شده مرتبط با مراقبت‌های از دست رفته از دیدگاه بیماران سالمند شامل «افزایش غیرمنتظره حجم بیمار/ شلوغی بخش»، «عدم حمایت از سوی اعضای تیم درمان» و «کمبود کادر پرستاری» بود. این چالش‌ها پرستاران اورژانس را مجبور می‌کند تا در چارچوب سیاست‌های اولویت‌بندی اورژانس بیمارستانی، مداخلات نجات‌بخش زندگی و ارایه مراقبت‌های اورژانسی برای بیماران بدحال مانند بیماران ترومایی و غیره را نسبت به بیماران با وضعیت پایدار، در اولویت قرار دهند که منجر به حذف برقراری ارتباط درمانی و آموزش به بیماران از جمله سالمندان می‌شود. این نتایج با یافته‌های بل (Ball) و همکاران و آیسرهوفر (Ausserhofer) و همکاران همسو است که نشان دادند نسبت بالای بیمار به پرستار در محیط‌های غیر اورژانس مستقیماً با مراقبت از دست رفته مرتبط است.<sup>۲۲، ۲۳</sup> برای کاهش این مشکلات مداخلات اساسی مانند افزایش تعداد پرسنل پرستاری، آموزش آنان در مورد فرآیند مراقبت از سالمندان و افزایش هماهنگی بین رشته‌ای برای حفظ و ارتقای کیفیت مراقبت برای جمعیت‌های آسیب‌پذیر از جمله سالمندان بسیار مهم است.

از دیدگاه پرستاران، مهم‌ترین موارد مراقبت از دست رفته «عدم رعایت حریم خصوصی در طول ارزیابی بیمار» و «توضیح ناکافی شرایط سلامتی برای بیماران» بود. این یافته‌ها موانع سیستمی، مانند ازدحام بیش از حد و بارکاری

در این مطالعه مراقبت‌های از دست رفته سالمندان و دلایل زمینه‌ای آن از دیدگاه پرستاران و بیماران سالمند در بخش‌های اورژانس بررسی شد. سالمندان نسبت به سایر گروه‌های جمعیتی و بیماران دارای ویژگی‌ها و نیازهای خاصی می‌باشند که آنها را به‌عنوان یک گروه آسیب‌پذیر متمایز می‌کند. نتایج نشان داد بیماران سالمند بیشترین مراقبت از دست رفته را در موارد آموزشی و ارتباطی، به‌ویژه در مورد «توضیحات پرستاران در مراقبت از پوست و پیشگیری از زخم فشاری» و «توضیح در مورد مصرف دارو و عوارض جانبی» درک کرده‌اند. این یافته‌ها با تحقیقات قبلی همسو است. به‌عنوان مثال، نتایج یک مطالعه اخیر در تهران نشان داد سطح مراقبت‌های از دست رفته در بخش‌های اورژانس بالا بوده و بیشترین میزان مربوط به حوزه ارتباط با بیمار است.<sup>۱۸</sup> ملاوگلو و چلیک (Mollaoğlu & Çelik) در مطالعه خود گزارش دادند که پرستاران اورژانس مراقبت‌های فیزیکی را بر خدمات روانی- اجتماعی و آموزشی اولویت می‌دهند،<sup>۱۹</sup> در حالی که مک‌کاب (McCabe) نارضایتی بیمار را از ارتباط همدلانه ناکافی از سوی پرستاران شناسایی کرد.<sup>۲۰</sup> به‌طور مشابه، فرج‌زاده و همکاران رضایت متوسط بیمار از مراقبت‌های پرستاری، ارتباط درمانی و شایستگی اخلاقی را گزارش کردند که مشکلات شناسایی شده در این مطالعه را بیشتر تأیید می‌کند.<sup>۲۱</sup>

مراقبت‌های از دست رفته و دلایل زمینه‌ای آنها نشان داد. بیماران سالمند میزان بیشتری از مراقبت‌های از دست رفته را گزارش کردند، در حالی که پرستاران بر دلایل اصلی با شدت بیشتری تأکید کردند. این اختلافات ممکن است ناشی از تفاوت در تجربیات و درک دو گروه از نیازهای مراقبتی بیماران باشد. به‌عنوان مثال، بیماران مسن حوزه‌های ارتباطی و آموزشی مراقبت را در اولویت قرار دادند، در حالی که پرستاران بیشتر بر جنبه‌های فیزیکی و عملی تمرکز کردند. با این حال، نکته قابل توجه این است که یکی از مهم‌ترین موارد مراقبت‌های از دست رفته که توسط پرستاران گزارش شد، «ارائه توضیحات در مورد شرایط سلامتی و بیماری‌های بیماران مسن» بود که یک مؤلفه آموزش به بیمار بوده و آن را در مراکز آموزشی درمانی مورد مطالعه برجسته‌تر می‌کند.

این مطالعه بر اساس پرسش‌نامه‌های خوداظهاری انجام شده است که ممکن است سوگیری‌های بالقوه‌ای را در رابطه با پاسخ‌ها و یادآوری ایجاد کند. علاوه بر این، تأکید بر بیمارستان‌های آموزشی و نمونه‌گیری از آن تعمیم‌پذیری نتایج را محدود می‌کند. مطالعات مقایسه‌ای بیشتر در محیط‌های مختلف مراقبت‌های بهداشتی از جمله بیمارستان‌های غیر آموزشی و خصوصی ضروری است. تحقیقات طولی در مورد تأثیرات بلندمدت اصلاحات نیروی انسانی و مداخلات تکنولوژیکی بر کاهش مراقبت‌های از دست رفته نیز توصیه می‌شود. با پرداختن به این محدودیت‌ها و اجرای راه‌حل‌های مبتنی بر شواهد، سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی می‌توانند ارائه مراقبت با کیفیت به بیماران سالمند را افزایش داده و دسترسی عادلانه به خدمات پرستاری جسمی و روانی - اجتماعی را در محیط‌های اورژانس تضمین کنند.

### نتیجه‌گیری

این مطالعه بر شکاف ادراکی قابل توجهی بین پرستاران و بیماران سالمند در مورد مراقبت‌های از دست رفته و دلایل اساسی آنها تأکید می‌کند. نتایج نشان داد که بیماران سالمند بر نیازهای آموزشی و ارتباطی برآورده نشده تأکید دارند؛ در حالی که پرستاران بیشتر بر حوزه‌های فیزیکی و عملی مراقبت تمرکز می‌کنند. کمبود کادر پرستاری و افزایش غیرمنتظره حجم بیمار و شلوغی بخش به‌عنوان

را برجسته می‌کنند که توانایی پرستاران در رعایت استانداردهای اخلاقی را به خطر می‌اندازد. عبادی و همکاران در مطالعه خود جابجایی بیمار و کمک به توالی رفتن را به‌عنوان مراقبت‌های از دست رفته رایج در بیمارستان‌های ایران شناسایی کردند،<sup>۱۵</sup> در حالی که خواجه‌ویی و همکاران به ترتیب شکاف‌های ارتباطی بین رشته‌ای، نظارت بر تهیه غذا برای بیمار و نظارت بر توالی رفتن بیمار را به‌عنوان مراقبت‌های از دست رفته کلیدی برجسته کردند.<sup>۲۴</sup> کالیش و زایی (Kalisch & Xie) به‌طور مشابه تأکید کردند که مراقبت‌های از دست رفته و علت‌شناسی آنها در بیمارستان‌ها متفاوت است و اغلب به دلایل زمینه‌ای مانند ناکارآمدی گردش کار مرتبط است.<sup>۲۵</sup> در مطالعه حاضر نیز نمرات مراقبت‌های از دست رفته و علل زمینه‌ای آن در بین بیمارستان‌های آموزشی متفاوت بود. همچنین بایستی توجه کرد که در سیستم بهداشت و درمان ایران علاوه بر بیمارستان‌های آموزشی دولتی، مراکز درمانی مختلف از جمله مراکز وابسته به تامین اجتماعی، خصوصی و غیره نیز فعالیت دارند که بستر و بافتار متفاوتی داشته و ممکن است در آنها الگوی مراقبت‌های از دست رفته متفاوت باشد. نتایج یک مطالعه در شهر ارومیه نشان داد بیمارستان‌های خصوصی در مقایسه با بیمارستان‌های آموزشی و دولتی این شهر، در سه حوزه مالی، ارتباطی و منابع انسانی مراقبت‌های از دست رفته بیشتری داشته و از نظر علل زمینه‌ای در بین آنها تفاوت معنی‌داری وجود داشت. دلیل این تفاوت‌ها به ساختار، نیروی انسانی و سبک مدیریت این بیمارستان‌ها برمی‌گردد. به‌عنوان مثال اکثر کارکنان مراکز خصوصی پرستاران تازه فارغ‌التحصیل، بازنشسته و یا پرستاران دو جا شاغل هستند.<sup>۶</sup>

شایع‌ترین دلایل گزارش شده مرتبط با مراقبت‌های از دست رفته از دیدگاه پرستاران شامل «کمبود پرسنل»، «افزایش غیرمنتظره تعداد بیمار/ شلوغی واحد» و «کمبود پرسنل پشتیبانی» بود. این نتایج با یافته‌های مطالعه وینست (Winsett) و همکارانش که هجوم غیرقابل پیش‌بینی بیمار و افزایش بارکاری را به‌عنوان علل اصلی مراقبت‌های از دست رفته شناسایی کردند، همخوانی دارد.<sup>۲۶</sup>

یافته‌های مطالعه حاضر تفاوت‌های آماری معنی‌داری را بین میانگین نمرات پرستاران و بیماران مسن در مورد

مدنی، شهدا و طالقانی وابسته به علوم پزشکی تبریز، به خاطر مساعدتشان در مطالعه حاضر تقدیر و تشکر می‌گردد.

### مشارکت پدیدآوران

فاطمه صالحی در مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، تحلیل صوری، تحقیق و نگارش پیش‌نویس اصلی؛ حسین فیض‌اله‌زاده در مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، تحلیل صوری، منابع، نظارت، نگارش، بررسی و ویرایش نسخه نهایی؛ آزاد رحمانی در مفهوم‌سازی، نظارت، نگارش، بررسی و ویرایش نسخه نهایی؛ ندا گیلانی در روش‌شناسی، تحلیل صوری، نگارش، بررسی و ویرایش نسخه نهایی و فرانک جبارزاده در روش‌شناسی، نگارش، بررسی و ویرایش نسخه نهایی مقاله مشارکت داشتند و نسخه نهایی مقاله مورد تایید تمامی نویسندگان می‌باشد.

### منابع مالی

این مطالعه با حمایت معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شده است.

### ملاحظات اخلاقی

این مطالعه توسط کمیته اخلاق منطقه‌ای دانشگاه علوم پزشکی تبریز با کد IR.TBZMED.REC.1403.209 تأیید شد. علاوه بر این، هماهنگی‌های لازم با مسئولین مربوطه برای جمع‌آوری داده‌ها انجام شد. از همه شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی آگاهانه اخذ شد.

### تعارض منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافی در این مطالعه وجود ندارد.

چالش‌های مشترک در هر دو دیدگاه شناسایی شدند که منجر به افزایش مراقبت‌های از دست رفته و کاهش کیفیت مراقبت می‌شود. توصیه می‌شود با طراحی و اجرای آموزش مهارت‌های ارتباطی ویژه سالمندان برای پرستاران، گنجاندن مبانی برقراری ارتباط با بیمار سالمند و همراهان آنها در برنامه درسی دانشجویان پرستاری، برگزاری آزمون و سنجش مهارت‌های شغلی و ارتباطی پرستاران در رابطه با مراقبت از بیماران سالمند، کاهش حجم کار از طریق ادغام فناوری اطلاعات سلامت و بهبود زیرساخت‌های حمایتی مانند منابع انسانی برای بهینه‌سازی نسبت بیمار به پرستار، گام‌های مؤثری برای کاهش مشکلات و شکاف‌های مراقبتی برداشته شود.

### پیامدهای عملی پژوهش

- درک از مراقبت‌های از دست رفته و دلایل اصلی آنها ممکن است بین پرستاران و بیماران بخش اورژانس متفاوت باشد.
- بیماران سالمند بیشترین مراقبت از دست رفته را در حوزه‌های آموزشی و ارتباطی مراقبت گزارش کردند.
- پرستاران بیشتر بر حوزه‌های فیزیکی و عملی به‌عنوان مراقبت از دست رفته تمرکز می‌کنند.
- بیماران سالمند میزان بیشتری از مراقبت از دست رفته را گزارش می‌کنند؛ در حالی که پرستاران با شدت بیشتری بر دلایل مؤثر تأکید می‌کنند.
- کمبود پرستار و شلوغی بخش، باعث افزایش مراقبت از دست رفته می‌شود.

### قدردانی‌ها

از تمامی مسئولین، اساتید و کارکنان دانشگاه علوم پزشکی تبریز و مراکز تحقیقات بیمارستان‌های امام رضا، سینا،

### References

1. Kebede C, Geta T, Bikamo E, Nigussie G, Elfios E, Merkin M, et al. Missed nursing care and associated factors among nurses working in public hospitals of Wolaita Zone, 2023: mixed-method study design. *Int J Afr Nurs Sci*. 2024; 20(4): 1-8. doi: 10.1016/j.ijans.2024.100748
2. Vatankhah I, Rezaei M, Baljani E. The correlation of missed nursing care and perceived supervisory support in nurses. *Iran Journal of Nursing*. 2020; 33(126): 103-116. doi: 10.52547/ijn.33.126.103. (Persian)
3. Rooddehghann Z. Causes of missed nursing care in emergency departments in selected hospitals of Tehran University of Medical Sciences: a descriptive study in Iran. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2021;16(4):50-60. (Persian)
4. 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. *J Nurs Manag.* 2020; 28(8): 2205-2215. doi: 10.1111/jonm.13055
5. 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. *Med J Islam Repub Iran.* 2015; 29: 1-9.
  6. Rezaee S, Baljani E, Feizi A. Missed nursing care in educational, private and social welfare hospitals. *Nursing and Midwifery Journal.* 2019; 17(4): 300-308. (Persian)
  7. Rezaei-Shahsavarloo Z, Atashzadeh-Shoorideh F, Ebadi A, Gobbens RJJ. Factors affecting missed nursing care in hospitalized frail older adults in the medical wards: a qualitative study. *BMC Geriatr.* 2021; 21(1):1-12. doi: 10.1186/s12877-021-02524-z
  8. Roohi Moghaddam H, Mohamadi S, Alipour F. Attitude of nurses, instructors and nursing students towards the care of elderly patients. *Journal of Gerontology.* 2019; 4(2):34-44. doi: 10.29252/joge.4.1.34. (Persian)
  9. Ghasemi S, Keshavarz Mohammadi N, Mohammadi Shahboulaghi F, Ramezankhani A. A critical review of studies on health needs assessment of elderly in the world. *Elderly Health Journal.* 2017; 3(1):1-9. (Persian)
  10. Asadi H, Habibi Soola A, Davari M. The attitude of nurses working in emergency wards in educational hospitals of Ardabil University of Medical Sciences toward the elderly. *Journal of Gerontology.* 2020; 5(2):33-41. (Persian)
  11. Bahador F, Mahfoozpour S, Masoudiasl I, Vahdat S. A systematic review of the management of preventive health care for the elderly in the world. *Salmand: Iranian Journal of Ageing.* 2022; 16(4): 592-607. doi: 10.32598/sija.2021.3180.2. (Persian)
  12. Mohaqeqi Kamal SH, Basakha M. Prevalence of chronic diseases among the older adults in Iran: does socioeconomic status matter? *Salmand: Iranian Journal of Ageing.* 2022; 16(4): 468-481. doi: 10.32598/sija.2022.16.4.767.2. (Persian)
  13. Li C, Wu J, Li Y, Huang Y. Analysis of healthcare needs differences and influencing factors among elderly population: evidence from Yangtze River Delta region, China. *Front Public Health.* 2022; 10: 1-20. doi: 10.3389/fpubh.2022.949468
  14. Fereidouni Sarijeh P, Yadegari M, Gharathghani A, Sadrollahi A. Attitude clinical care ethics of elderly patients among nurses. *Journal of Gerontology.* 2023; 8(2): 67-79. doi: 10.22034/JOGE.8.2.67. (Persian)
  15. Ebadi J, Najafi E, Aghamohammadi V, Saeedi S, Nasiri K. Missed nursing care and its related factors in rdabil and Khalkhal educational and medical centers in 2020. *Journal of Health and Care.* 2021; 23(1): 78-87. doi: 10.52547/jhc.23.1.78. (Persian)
  16. Kalisch BJ, Williams RA. Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *J Nurs Adm.* 2009; 39(5): 211-219. doi: 10.1097/NNA.0b013e3181a23cf5
  17. Centers for Medicare & Medicaid Services. HCAHPS: Patients' perspectives of care survey. CMS.gov. <https://www.cms.gov/medicare/quality/initiatives/hospital-quality-initiative/hcahps-patients-perspectives-care-survey>.
  18. Rooddehghan Z, Karimi H, Mohammadnejad E, Sayadi L, Haghani S, Karimi R. Missed nursing care in emergency departments: A cross-sectional descriptive study. *BMC Emerg Med.* 2024; 24(1): 1-12. doi: 10.1186/s12873-024-00936-9
  19. Mollaoğlu M, Çelik P. Evaluation of emergency department nursing services and patient satisfaction of services. *J Clin Nurs.* 2016; 25(19-20): 2778-2785. doi: 10.1111/jocn.13272
  20. McCabe C. Nurse-patient communication: An exploration of patients' experiences. *J Clin Nurs.* 2004; 13(1): 41-49. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.00817.x
  21. Farajzadeh Z, Nakhaei Z, Mohammadi S. Patients' satisfaction from nursing care in hospitals of Birjand University of Medical Sciences in 2019. *Journal of Nursing Education.* 2021; 10(5): 22-31. (Persian)
  22. 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 Qual Saf.* 2014; 23(2): 116-125. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001767
  23. 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 Qual Saf.* 2014; 23(2): 126-135. doi: 10.1136/bmjqs-2013-002318
  24. 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. *Journal of Hayat.* 2019; 25(1): 11-24. (Persian)
  25. Kalisch BJ, Xie B. Errors of omission: missed nursing care. *West J Nurs Res.* 2014; 36(7): 875-890. doi: 10.1177/0193945914531859
  26. Winsett RP, Rottet K, Schmitt A, Wathen E, Wilson D, Missed Nursing Care Collaborative Group. Medical surgical nurses describe missed nursing care tasks evaluating our work environment. *Appl Nurs Res.* 2016; 32: 128-133. doi: 10.1016/j.apnr.2016.06.006