مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه
دوره ۱۱. شماره ۳. پاییز ۱۴۰۲

مقاله پژوهشی

انواع رایج مراقبت‌های پرستاری فراموش شده در بخش‌های هماتولوژی/ انکولوژی: یک مرور سیستماتیک

الناز یزدان پرست[۱]، ملیحه داودی[۲*]

۱. کارشناسی ارشد پرستاری، مربی آموزش پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی فردوس، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

۲. دانشجوی دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

چکیده

زمینه و هدف: به نظر می‌رسد شناخت انواع رایج مراقبت‌های پرستاری فراموش‌شده، نقشی کلیدی در برنامه‌ریزی برای آینده عملکرد پرستاری و کاهش عوارض قابل پیشگیری و ناتوان‌کننده در بیماران هماتولوژی/انکولوژی دارد. از این رو، این مطالعه سعی دارد با مرور و جمع‌بندی مراقبت‌های پرستاری فراموش‌شده در این محیط، فاصله بین دانش و عمل را کاهش دهد.

روش‌ها: مطالعه مرور سیستماتیک با استفاده از بیانیه PRISMA تنظیم و جستجو در PubMed, Cochrane Library، Google Scholar, Web Of Science و Scopus انجام شد. به منظور بازیابی مقالات مرتبط از ابتدای ژانویه ۲۰۰۹، جستجو با کلیدواژه‌های Nursing Care Unfinished, Omission Nursing Care, Undone Nursing Care, Hematology, Oncology , Cancer و براساس Mesh و عملگرهای منطقی (OR, NOT AND) صورت گرفت. معیارهای انتخاب مطالعات شامل مطالعات به زبان انگلیسی و دسترسی به متن کامل مقالات بود. نهایتاً تعداد ۷ مقاله مرتبط با هدف پژوهش وارد مرور گردید.

نتایج: رایج‌ترین انواع مراقبت‌های پرستاری فراموش‌شده، به ترتیب در ابعاد مراقبت پایه، ارزیابی، نیازهای فردی و برنامه‌ریزی و آموزش قرار دارد. عوامل سازمانی و ساختاری، ارتباطی، فرهنگی، ویژگی‌های فردی و شغلی پرستاران از جمله عوامل دخیل در افزایش نرخ گزارش این قبیل مراقبت‌ها می‌باشد.

نتیجه‌گیری: مراقبت‌های پایه پرستاری رایج‌ترین نوع مراقبت‌های فراموش‌شده در بخش هماتولوژی/انکولوژی است که به دنبال عوامل متعدد فردی و محیطی از جمله وظایف و بار کاری پرستاران، تنش یا اختلال ارتباطی در تیم پرستاری، نارضایتی پرستاران از وضعیت نیروی انسانی، ارتباطات افقی و ارتباطات غیررسمی شکل می‌گیرد. یافته‌های این مطالعه در حقیقت، نقاط عطف و محل انجام مداخلات هدفمند را آشکار کرد.

کلید واژه‌ها:
پرستار، مراقبت پرستاری فراموش شده، سرطان، بدخیمی، خون‌شناسی

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه محفوظ است.

***آدرس نویسنده مسئول: مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشکده پرستاری و مامایی**
آدرس پست الکترونیک: davoudim981@mums.ac.ir

مقدمه

مراقبت به عنوان یک جزء اساسی در زمینه خدمات بهداشتی درمانی به حساب می‌آید. در بین کلیه مراقبت‌های ارائه شده در محیط‌های درمانی مانند بیمارستان مراقبت‌های پرستاری از اهمیت بیشتری برخوردار است؛ به همین علت ارائه مراقبت و خدمات با کیفیت به عنوان یک اولویت در نظام خدمات بهداشتی درمانی به ویژه در زمینه خدمات پرستاری مطرح شده است (۱). در واقع وظیفه پرستار پاسخ به همه مشکلات بالقوه و بالفعل بیمار، افراد، خانواده ها و گروه ها است؛ به عبارتی وظیفه پرستار در مراقبت پرستاری، حفاظت، کاهش درد و رنج بیماران و جلوگیری از بیماری ها است (۲). از جمله بیماری ها می توان به سرطان اشاره کرد که امروزه یکی از مهم ترین مشکلات بهداشتی در سراسر جهان از جمله ایران محسوب می شود. در مراقبت از بیماران سرطانی تأکید بر مراقبت های تکنیکی و درمانی است که براساس دانش تکنیکی مراقبت از بیماران سرطانی صورت می گیرد و می توان آن را به اکثر بیماران سرطانی عمومیت داد. مراقبت های به عمل آمده از بیماران سرطانی باید برای آن ها و خانواده هایشان در محیطی ایمن و با حمایت کامل انجام شود تا آنان بتوانند نیازهای جسمی، عاطفی و معنوی خود را اظهار نمایند (۳). مطالعات متعددی که نیازهای بیماران مبتلا به سرطان را مورد بررسی قرار داده اند میزان بالایی از نیازهای برآورده نشده را تشخیص داده اند که توسط خود بیماران درک می شود و منجر به پیامدهایی می شود که ممکن است تا ۱۰ سال پس از پایان یافتن درمان سرطان ادامه داشته باشد (٤). با توجه به این امر که سالانه تعداد قابل توجهی از بیماران مبتلا به سرطان تحت مداوا قرار می گیرند، بنابراین مسایل و هزینه های مرتبط با درمان سرطان و همچنین دریافت مراقبت با کیفیت بالا در حال حاضر یکی از اولویت های مشترک سیاستگذاران، مؤسسات، ارائه دهندگان مراقبت و بیماران است (۵)؛ با این حال پیشرفت کمی در استانداردسازی تجربه مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان گزارش شده است و علی رغم تلاش مدیران پرستاری برای ارائه خدمات درمانی با کیفیت بالا، نگرانی در مورد ایمنی بیمار (٦) و کیفیت مراقبت (۷) در بیماران مبتلا به سرطان همچنان باقی است. یکی از عوامل کلیدی مؤثر بر کیفیت مراقبت، مراقبت پرستاری فراموش شده است (۵).

مراقبت پرستاری فراموش شده یک مفهوم تازه تعریف شده است و اشاره به هر جنبه‌ای از مراقبت پرستاری دارد که مورد فراموشی واقع شده است. در واقع مراقبت‌های پرستاری که توسط پرستاران ارائه می‌شوند، همیشه به طور کامل انجام نمی شوند و ممکن است فراموش شوند. Kalish و همکاران (۲۰۰۹) مراقبت پرستاری فراموش شده را به عنوان مراقبت‌های مورد نیاز بیمار تعریف کردند که در پاسخ به تقاضاهای مضاعف و منابع ناکافی، ممکن است حذف شوند و یا به تأخیر افتادند (۸). پیامدهای مراقبت فراموش شده بسیار وسیع است و پرستار و بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد. نمونه‌هایی از نتایج مربوط به بیمار شامل سقوط، عفونت‌های بیمارستانی، زخم‌های فشار اکتسابی در بیمارستان، نمرات رضایتمندی پایین بیمار و مرگ و میر است. پیامدهای مربوط به پرستاری نیز شامل نارضایتی شغلی، قصد ترک تحصیل و گردش مالی پرستار است (۹). موضوع مراقبت‌های پرستاری فراموش شده در بخش‌های هماتولوژی/ انکولوژی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و بیشتر افرادی که به دلیل معالجه دارای سطح ایمنی پایینی هستند، در این بخش‌ها بستری می‌شوند؛ بنابراین، مراقبت‌های پرستاری فراموش شده در بخش‌های مذکور ممکن است منجر به مرگ و میر بالایی شود (۵).

از آنجا که کیفیت بالای مراقبت پرستاری از بیماران هماتولوژی/انکولوژی یک اولویت مشترک برای سیاست گذاران عرصه سلامت است، لذا به نظر می‌رسد شناخت انواع مراقبت‌های پرستاری رایج که در این بخش مراقبتی مهم از دست می‌روند؛ نقشی کلیدی در برنامه ریزی برای آینده مراقبت‌های پرستاری و ارتقای کیفی آن ها دارد. از این رو، این مطالعه سعی دارد با مرور و جمع‌بندی مراقبت‌های پرستاری فراموش شده در این محیط پرخطر و پرتحرک، فاصله بین دانش و عمل را کاهش دهد. بر این

اساس مطالعه حاضر با هدف شناسایی و معرفی شایع‌ترین مراقبت‌های پرستاری که در بخش هماتولوژی/انکولوژی با احتمال فراموشی بالاتری از جانب پرستاران مواجه هستند، اجرا شد. این مطالعه زمینه‌ای برای درک و طراحی مدل‌های بهینه سازی مراقبت‌های پرستاری در بخش‌های هماتولوژی/ انکولوژی را برای به حداکثر رساندن کارآیی و اثربخشی نیروی پرستاری فراهم می آورد.

روش‌ها

این مطالعه مرور سیستماتیک با استفاده از بیانیه PRISMA تنظیم شد (۱۰). با معیارقراردادن پروتکل ذکر شده، جستجوی مقالات انگلیسی زبان منتشرشده از ابتدای ژانویه ۲۰۰۹ انجام شد. بدین منظور جستجو در PubMed, Google Scholar, Cochrane Library، Web Of Science و Scopus انجام گردید. جستجو با استفاده از کلیدواژه‌های Unfinished Nursing Care, Omission Nursing Care, Undone Nursing Care, Hematology, Oncology, Cancer و براساس Mesh و نیز با استفاده از عملگردهای منطقی (OR, NOT AND)انجام شد. به علاوه، سایر ارجاعات از مقالات اصیل و مروری مربوط در این پایگاه‌ها جستجو و مورد بررسی قرار گرفت. مطالعات و گزارش نهایی تکراری براساس غربالگری عناوین و خلاصه‌ها حذف شدند. متن کامل تمام مقالات باقی مانده برای ارزیابی واجد شرایط بودن مورد بررسی قرار گرفتند. جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی الکترونیک و به صورت دستی در سمینارها، کنفرانس‌ها، همایش‌ها و کنگره‌ها، رفرنس‌ها و ژورنال‌ها انجام شد. درصورت یافتن چکیده مطالعه مرتبط با عنوان پژوهش حاضر، از طریق مکاتبه با نویسنده مسئول، متن کامل مقاله درخواست شد.

معیارهای انتخاب مطالعات جهت استفاده در این بررسی شامل مطالعات به زبان انگلیسی و دسترسی به متن کامل مقالات بود. مطالعات منتشرنشده نیز پس از جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی، کتابچه همایش و یا مکاتبه با نویسندگان جهت دسترسی به متن کامل، وارد مرور شد. انتشار یک مقاله در چند منبع، نامه به سردبیر و مقاله چاپ شده در منبع با اعتبار کمتر به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شدند و مطالعات مشمول معیارهای خروج از مطالعه حذف شدند. بررسی معیارهای ورود و خروج مقالات براساس عنوان و چکیده مقالات توسط دو ارزیاب به طورمستقل انجام گردید.

فرم استخراج داده‌های کوکران برای مرور سیستماتیک استفاده شد. فرم استخراج اطلاعات شامل منبع (عنوان مجله، عنوان مقاله، نویسنده اول، سال انتشار، محل تحقیق) طراحی مطالعه، حجم نمونه، ابزار و نتایج و کیفیت مطالعه بود.

دو نفر ارزیاب به صورت مستقل مقالات را مورد ارزیابی قرار دادند. پیش از بررسی مقالات، نام نویسندگان و مجله از آن حذف شد. لازم به ذکر است در ابتدای مطالعه جلسات متعددی برای همسان سازی امتیازگذاری دو ارزیاب برگزار شد. قبل از انجام مرور، ضریب توافق کاپا بین دو ارزیاب محاسبه شد. در نهایت ضریب توافقی کاپا و معنی داری آن بررسی شد.چنانچه این ضریب، بیشتر از ۸۰ بود توافق بین مشاهده گران مناسب فرض شد. بین ٦٠ تا ۸۰ بار دیگر و قبل از شروع مطالعه مشاهده گران آموزش دیدند. با این وجود در مواردی که بین دو ارزیاب اختلاف نظری وجود داشت، ارزیاب سوم قضاوت و ارزیابی را انجام داد. در مواردی که کمتر از٦٠ بود، از مشاهده گران دیگری استفاده شد.

نتایج

در این مطالعه کلیه پژوهش‌های انجام یافته به زبان انگلیسی براساس ٤ گام PRISMA به طور سیستماتیک مورد بررسی قرار گرفت. . در ابتدا ۲۷۲ مطالعه شناسایی شد.

پس از بررسی عناوین، تعداد ۳۱ مطالعه به دلیل تکراری بودن حذف و ۲٤۱ مطالعه باقی ماند. در مرحله ارزیابی چکیده مقالات تعداد ۲۲۳ مقاله دیگر نیز به دلیل عدم اجرا در بخش های انکولوژی/هماتولوژی و ۸ مقاله مروری نیز حذف شدند. پس از بررسی متن کامل ۱۰ مقاله باقی مانده، ۳ مطالعه به دلیل گزارش یافته های غیرمرتبط با سؤال پژوهش حاضر نیز حذف شدند و در نهایت با بررسی متن کامل و یافته های گزارش شده در

مقالات، تعداد ۷ مطالعه وارد مرور سیستماتیک شد (شکل ۱). نتایج حاصله به شرح ذیل بدست آمد:

ویژگی‌های مطالعات: توصیف کاملی از مطالعات مرور شده، شامل منبع (عنوان مجله، عنوان مقاله، نویسنده اول، سال انتشار، محل تحقیق) طراحی مطالعه، حجم نمونه، ابزار و رایج ترین نوع مراقبت‌های فراموش شده و یافته‌های ثانویه در جدول شماره ۱ درج شده است. این مرور شامل تعداد ۷ مطالعه، منتشرشده در بین سال‌های ۲۰۲۲ - ۲۰۱۳ در ایالات متحده آمریکا (۱ مطالعه) (۱۱)، جمهوری قبرس (۲مطالعه) (۹, ۱۲)، تگزاس (۱مطالعه) (۱۳)، برزیل (۱مطالعه) (۱٤)، تایوان (۱۵) و ایران (۱٦) بود. این تنوع در محیط‌های پژوهشی در تعمیم نتایج می‌تواند کمک کننده باشد. مطالعات شامل ۷ مطالعات کمی توصیفی- مقطعی، همبستگی و پیمایشی بوده که با استفاده از پرسشنامه‌های ساختارمند و تجزیه و تحلیل آماری صورت گرفته بودند. تمامی مطالعات به سنجش مراقبت‌های پرستاری از دست رفته درمیان پرستاران پرداخته و تنها یک مطالعه یافت شد که بررسی مراقبت‌های پرستاری ناتمام، از دیدگاه ۳٦۰ بیمار (حجم نمونه اولیه= ٤۲۳) بستری در بخش هماتولوژی/انکولوژی پرداخته بود. در مجموع، حجم نمونه اولیه ۱۸۸۲ نفر بودند؛ اما تجزیه و تحلیل آماری نهائی با ۱۸۱٤ نفر صورت گرفت. محدوده سنی پرستاران از ۲۲ تا ٦۸ سال گزارش شد. بیشتر پرستاران در محدوده سنی کمتر از ۲۵ تا حداکثر ۳٤ سال و جوان بوده اند. تجربه بالینی آن‌ها در بخش‌های تخصصی هماتولوژی/ انکولوژی کمتر از ٦ ماه تا بیش از ۲۰ سال متغیر بود. اکثر پرستاران شرکت کننده در مطالعات را زنان تشکیل دادند. در مطالعه امینی و همکاران نیز اکثریت بیماران شرکت کننده در مطالعه مرد، دارای سرطان سیستم گوارشی و با میانگین بستری ٤/۳٦ و میانگین سنی ۱۵/۷۸ بودند (۱٦). هریک از مطالعات اهداف مختلفی را دنبال می‌کنند اما با توجه به هدف پژوهش حاضر، در ٤ مطالعه هدف تعیین نوع مراقبت‌های پرستاری از دست رفته در بخش هماتولوژی/ انکولوژی بود (۱۱, ۱٤, ۱۷, ۱۸). دو مطالعه نیز به مقایسه میزان مراقبت‌های پرستاری فراموش شده میان پرستاران بخش‌های انکولوژی و غیرانکولوژی پرداختند (۱۸). در ۳ مطالعه نیز تعیین ارتباط بین جو اخلاقی بخش و سطح مراقبت‌های پرستاری فراموش شده به عنوان هدف پژوهش معرفی گردید (۱۲, ۱۵, ۱٦). هر یک از مطالعات مذکور نتایج ثانویه دیگری نیز داشتند که در صورت مرتبط بودن با هدف پژوهش حاضر، از آن ها نیز استفاده گردید.

ابزارهای مورد استفاده:در کنار پرسشنامه مربوط به متغیر های شغلی و دموگرافیک از پرسشنامه MISSCARE به منظور گردآوری داده‌ها در رابطه با احتمال از دست رفتن مراقبت‌های پرستاری در بخش انکولوژی استفاده گردید . ابزارMISSCARE در۷ مطالعه مورد استفاده واقع شد. ۵ مطالعه میانگین ابعاد مختلف مراقبت‌های پرستاری فراموش شده را گزارش کرده بودند ودر دومقاله تنها به ذکر میانگین نمره کل مراقبت پرستاری فراموش شده اشاره شده بود. در جدول شماره ۲میانگین نمرات هر گویه از مراقبت‌های پرستاری فراموش‌شده براساس نوع مقیاس مورداستفاده گزارش شده است.

محدودیت مطالعات: طراحی برخی از مطالعات به شکل مقطعی و داده های حاصل از خود گزارش دهی پرستاران می تواند از منابع سوءگیری های احتمالی باشد. پرستاران ممکن است به گونه‌ای پاسخ دهند که عملکرد آنان توسط مدیر سازمان یا مدیر واحد خود مطلوب به نظر برسد و از تکمیل پرسشنامه با صداقت ممانعت به عمل آورند؛ بنابراین بررسی سوابق بیمار و یا مشاهده مستقیم ممکن است؛ نتایج متفاوتی ایجاد کند. برای تکمیل پرسشنامه مراقبت‌های پرستاری فراموش شده تنها پرستاران و دستیاران پرستاری مشارکت داشته اند؛ درحالی که مراقبت‌های پرستاری فراموش شده از دیدگاه بیمار و حتی بررسی مستندات بالینی نیز قابل استخراج است. علاوه بر این، در پرسشنامه استفاده شده واحد و عناصر مراقبت های پرستاری یعنی نیازهای روانی- اجتماعی و معنوی توصیف شده نسبتاً کلی هستند و این ابراز ویژگی های مراقبت پرستاری سرطان را به طور کامل پوشش نمی دهد و لازم است در مطالعات آینده این ابزار به گونه ای طراحی گردد که در آن نیازهای خاص بیماران در بخش

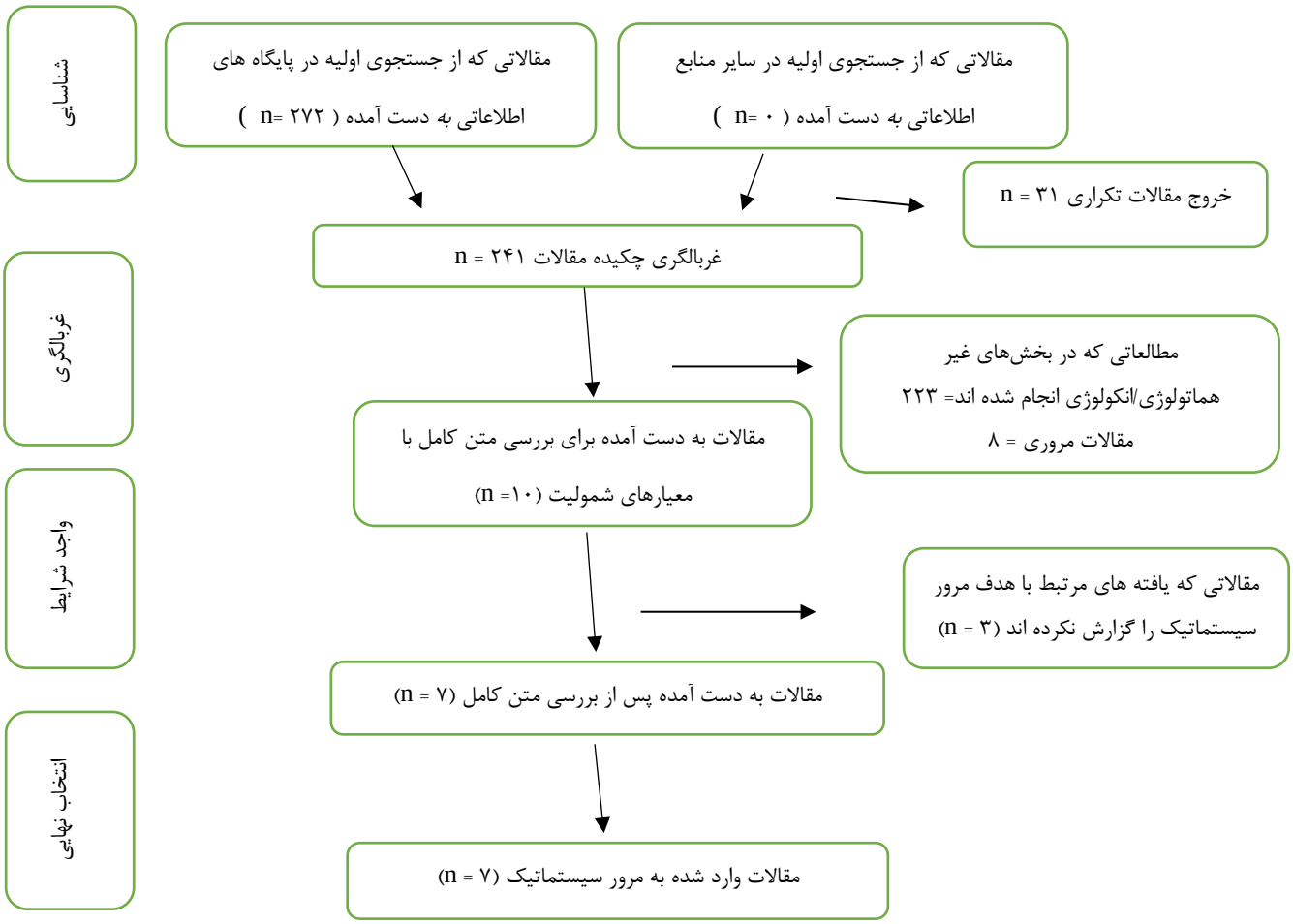
انکولوژی را نیز تحت پوشش قرار دهد. با توجه به این نکته که یافته ها فقط از واحدهای سرطان در یک کشور جمع آوری شده اند؛ بنابراین تعمیم پذیری یافته ها در سطح بین المللی محدود می شود؛ بنابراین نمی توان تصور کرد که یافته های حاصل از این واحدها قابل تعمیم به کل بیمارستان ها یا حرفه پرستاری در سایر کشورها باشد.

کیفیت مطالعات انتخاب‌شده توسط دو نفر و با استفاده از چک لیست استروب به طور مستقل مورد قضاوت قرار گرفت و به عنوان، چکیده، مقدمه (پیشینه و ضرورت مطالعه، اهداف)، روش (طراحی مطالعه، شرکت‌کنندگان، متغیرها، منبع داده‌ها، حجم نمونه، روش‌های آماری)، یافته‌ها (خصوصیات شرکت‌کنندگان، یافته‌های توصیفی، پیامد و نتایج اصلی)، بحث (نتایج کلیدی، محدودیت‌ها، تفسیر، تعمیم و تأمین مالی در مقاله امتیازدهی شد. چک‌لیست استروب دارای ۲۲ آیتم است که به هر آیتم یک امتیاز تعلق می‌گیرد. مطالعات با نمره بالاتر از ۱۶ در طبقه مطالعات با ارزیابی کیفی خوب، مطالعات با نمره ۱۱ تا ۱۶ در طبقه مطالعات متوسط و مطالعات با نمره پایین‌تر از ۱۱ در طبقه مطالعات ضعیف قرار می‌گیرند (۱۹, ۲۰).

رایج ترین موارد مراقبت پرستاری فراموش شده : مطالعات مرور شده نشان داد ۱۴ مورد مراقبت پرستاری فراموش شده رایج در بخش‌های هماتولوژی/انکولوژی وجود دارد که بالاترین نرخ را به خود اختصاص می‌دهد. این مراقبت‌ها شامل موارد زیر است: حمایت عاطفی و روحی بیمار (۹, ۱۱, ۱۲, ۱۷, ۱۸)، تغذیه بیمار زمانی که غذا گرم است (۹, ۱۱, ۱۲, ۱۷, ۱۸)، شرکت در کلاس‌های آموزشی و کنفرانس‌ها (۹, ۱۱, ۱۲, ۱۷, ۱۸)، حرکت بیمار ۳ بار در روز یا طبق دستور (۱۱, ۱۲, ۱۴, ۱۶, ۱۸)، تغییر پوزیشن هر دو ساعت (۹, ۱۲, ۱۴, ۱۷)، کمک به توالت بیمار در کمتر از ۵ دقیقه از درخواست (۱۴)، کنترل قندخون با گلوکومتر (۲۱)، آموزش به بیمار در مورد بیماری، آزمایشات و ... (۱۶)، اجرای دستورات داروئی "فوری" طی ۱۵ تا ۳۰ دقیقه (۲۱)، بررسی اثربخشی داروها (۲۱)،شستن دست‌ها (۲۱)، مراقبت از دهان (۱۱)، تکمیل مستندات (۲۱)، تجویز به موقع داروها ۳۰ دقیقه قبل یا بعد از زمان روزانه دارو (۲۱). از میان ۱۴ مراقبت نام برده شده، ۷ مورد، در بعد "مداخلات: مراقبت پایه"، ۳ مورد در بعد "ارزیابی"، ۲ مورد در بعد "مداخلات: نیازهای فردی" و ۲ مورد نیز در بعد "برنامه‌ریزی و آموزش" قرار دارند.

یافته‌های جانبی به دست آمده از مرور مطالعات؛ دو مطالعه نشان داد نوع مراقبت‌های پرستاری فراموش شده در بخش هماتولوژی/انکولوژی با سایر بخش‌های غیرانکولوژی تفاوتی ندارد. هرچند که میزان مراقبت‌های پرستاری فراموش شده در بخش انکولوژی کمتر از سایر بخش‌هاست (۱۱, ۱۸). مرور مطالعات بدست آمده نشان داد وظایف و بار کاری پرستاران (۱۱)، جو اخلاقی مستقل و سودمندی (۱۲)، تعداد ناکافی پرسنل، موقعیت‌های اورژانسی بیمار، افزایش غیرمنتظره در حجم بیمار/واحد و فعالیت های ترخیص، و عدم رضایت شغلی پرستاران (۱۷)، تنش یا اختلال ارتباطی در تیم پرستاری، عدم در دسترس بودن مسئول یا مراقب اصلی (۱۴)، نارضایتی پرستاران از وضعیت نیروی انسانی واحد، محیط ارتباطی سازمانی، ارتباطات افقی و مورب و ارتباطات غیررسمی (۲۱) با بروز بیشتر مراقبت فراموش شده همراه است. همچنین جو اخلاقی مراقبتی، جو اخلاقی حرفه ای و قانون مدار با مراقبت‌های پرستاری فراموش شده ارتباط منفی معنادار دارد (۱۲).

در این خصوص یک مطالعه در ایران نتایج متفاوتی گزارش کرد؛ این مطالعه نشان داد جو اخلاقی حرفه‌گرا، قانون مدار، مراقبتی و مستقل با نمره کل مراقبت های پرستاری فراموش شده ارتباط منفی و معنی داری دارد (۱۶). یک مطالعه نیز نشان داد شیوه تقسیم کار پرستاران، به طور اخص استفاده از روش تقسیم کار پرستاری تیم اولیه، تأثیری بر میزان مراقبت‌های فراموش شده ندارد (۱۸).با این وجود برخی ویژگی‌های نیروی کار پرستاری همچون نقش‌های حرفه‌ای،مدرک تحصیلی و تجربه کاری ارتباط قابل‌توجهی‌با میزان مراقبت‌های پرستاری فراموش‌شده‌دارد(۱۴).



شکل۱. دیاگرام مراحل انتخاب مقالات مرتبط

جدول شماره۱. خلاصه مقالات مورد بررسی در مطالعه مروری

منبع (نام مجله، عنوان ، نام نویسنده و سال – مکان)	نوع مطالعه	حجم نمونه	ابزار	رایج ترین نوع مراقبت پرستاری فراموش شده	سایر نتایج	کیفیت *
Cancer Nursing, Patterns and Correlates of Missed Nursing Care in Inpatient Oncology Units/ Friese & et al 2013/ Midwestern state	پیمایشی	۳۵۲ پرستار در ۱۲ بخش	MISSCARE Survey	میانگین مراقبت پرستاری فراموش شده ۱/۵۰ ± ۰/۲۱ تغذیه بیمار زمانی که غذا گرم است، حرکت بیمار ۳ بار در روز یا طبق دستور، مراقبت از دهان، حمایت عاطفی و روحی بیمار و حضور در کلاس‌ها و کنفرانس ها	در واحدهای انکولوژی مراقبت از دست رفته به طور قابل توجهی کمتر از واحدهای غیر انکولوژی بود. افزایش وظایف مرتبط با بیمار با افزایش مراقبت از دست رفته همراه است.	۱۸ مطلوب
Nursing Ethics, Ethical climate and missed nursing care in cancer care units / Vryonides, 2016. / Republic of Cyprus	توصیفی همبستگی	۱۷۱ پرستار انکولوژی	MISSCARE Survey	میانگین مراقبت پرستاری فراموش شده ۲/۵۱ ± ۰/۰۹ تغذیه بیمار زمانی که غذا گرم است، تغییر پوزیشن هر ۲ ساعت، حمایت	مراقبت‌های پرستاری از دست رفته با جو اخلاقی مستقل و سودمندی ارتباط مثبت معنادار و با جو اخلاقی در ابعاد مراقبتی، حرفه گرا و قانون مداری ارتباط منفی معنادار دارد.	۲۲ مطلوب

منبع (نام مجله، عنوان ، نام نویسنده و سال – مکان)	نوع مطالعه	حجم نمونه	ابزار	رایج ترین نوع مراقبت پرستاری فراموش شده	سایر نتایج	کیفیت *
				عاطفی و روحی عاطفی بیمار و حضور در کلاس ها و کنفرانس ها		
European Journal of Oncology Nursing To what extent are patients' needs met on oncology units? The phenomenon of care Papastavrou /rationing 2016/ Republic of Cyprus	توصیفی همبستگی مقطعی	۱۵۷ پرستار بخش انکولوژی	MISSCARE Survey	میانگین مراقبت پرستاری فراموش شده ۲/۳۱ تغذیه بیمار زمانی که غذا گرم است، حمایت عاطفی و روحی بیمار، تغییر پوزیشن هر ۲ ساعت و حضور در کلاس ها و کنفرانس‌ها	علل مرتبط با مراقبت پرستاری از دست رفته شامل تعداد ناکافی پرسنل، موقعیت‌های اورژانسی بیمار و افزایش غیرمنتظره در حجم بیمار/واحد و عدم رضایت شغلی بود.	۲۱ مطلوب
J Nurs Care Qual Variations in Missed Across Care Oncology Nursing / Specialty Units Villamin,2018 / Texas	توصیفی	۲۸۶ پرستار شاغل در بخش انکولوژی	MISSCARE Survey	میانگین مراقبت پرستاری فراموش شده ۰/۵۱ ± ۲/۱۲ تغذیه بیمار زمانی که غذا گرم است، حمایت عاطفی و روحی بیمار، حرکت بیمار ۳ بار در روز یا طبق دستور و حضور در کلاس ها و کنفرانس ها	در واحدهای هماتولوژی میزان مراقبت از دست رفته کمتر از واحدهای جراحی بود. تقسیم کار به روش پرستاری تیمی بر نمرات مراقبت از دست رفته تأثیری نداشت	۱۷ مطلوب
Enferm USP Rev Esc Application of the MISSCARE scale in an Oncology Service: a contribution to / Rabin1 patient safety 2019/ Brazil.	توصیفی مقطعی	۸۳ پرستار بخش انکولوژی	MISSCARE Survey	میانگین مراقبت پرستاری فراموش شده ۰/۳۲ ± ٤/۰٤ کمک به توالت بیمار در کمتر از ۵ دقیقه از درخواست، حرکت بیمار ۳ بار در روز یا طبق دستور ، تغییر پوزیشن هر ۲ ساعت	دلایل اصلی مراقبت از دست رفته: تنش یا اختلالات ارتباطی در تیم پرستاری، در دسترس نبودن مسئول یا مراقب	۱۷ مطلوب
Nursing Open The relationship between organizational communication and missed nursing care in oncology wards in Taiwan/ Pan & Lin 2022/ Taiwan	توصیفی مقطعی	۱۱۱ پرستار در ٦ بخش انکولوژی	MISSCARE Survey	اجرای دستورات داروئی "فوری" طی ۱۵ تا ۳۰ دقیقه، بررسی اثربخشی داروها پس از تجویز، شستن دست ها در زمان مناسب، تکمیل تمامی مستندات پرستاری طبق برنامه، تجویز داروها در ۳۰ دقیقه قبل یا بعد برنامه روزانه دارو	پرستاران در صورت نارضایتی از وضعیت نیروی انسانی واحد، محیط ارتباطی سازمانی، ارتباطات افقی و مورب و ارتباطات غیررسمی، مراقبت های پرستاری را حذف می کنند.	۱۹ مطلوب
Journal of Health and Care Relationship between Ethical Climate and Missed Nursing Care from the Point of View of Patients with Cancer and Nurses Working in Oncology Wards of Zanjan and Rasht Cities/2022/Iran	مقطعی	۳٦۰ بیمار و ۸٤ پرستار بخش انکولوژی	MISSCARE Survey	میانگین مراقبت پرستاری فراموش شده ۰/٤ ± ۱/۹۵ آموزش به بیمار در مورد بیماری، آزمایشات و ...، حرکت بیمار ۳ بار در روز بار طبق دستور	میزان مراقبت‌های پرستاری فراموش شده در بخش انکولوژی پایین است. ارتباط منفی و معنی دار بین جو اخلاقی و مراقبت های پرستاری فراموش شده وجود دارد.	۱۸ مطلوب

*براساس چک لیست استروب کیفیت سنجی شده است

جدول شماره۲. میانگین نمرات هر گویه از مراقبت های پرستاری فراموش شده

ردیف	ابعاد مراقبتی	نتایج مطالعات با استفاده از ابزار MISSCARE میانگین امتیاز هر گویه در ابعاد مراقبتی				
	فیزیولوژیک	Friese 2013	Vryonides 2016	Papastavrou 2015	Villamin 2018	Rabin 2019
۱	تغذیه	۱/٦٥	۲/٦۰	۱/٦۸	۲/۳٥	۳/۸۸
۲	تنظیم وعده های غذایی	۱/۳٥	۱/٦٥	۱/۱۳	۱/۹٦	٤/۳٤
۳	کمک برای رفتن به دستشویی	۱/٥٤	۲/٤۹	۱/٥۹	۲/۱۷	۳/۲۹
	روانی اجتماعی	Friese 2013	Vryonides 2016	Papastavrou2015	Villamin 2018	Rabin 2019
۴	حمایت عاطفی	۱/٤۷	۳/۱٤	۲/۲٤	۱/۹۱	٤/۳۲
	مراقبتی درمانی	Friese 2013	Vryonides 2016	Papastavrou 2015	Villamin 2018	Rabin 2019
۵	تحرک	۲/۰۳	۳/٥۰	۲/٥۲	۲/۸٥	۳/۸۷
۶	تغییر وضعیت در تخت	۱/٦٥	۳/۸۰	۲/۸۲	۲/۷۹	۳/۷۲
۷	تجویز به موقع دارو	۱/۷٦	۲/٤٦	۱/٥۷	۲/۳۷	۳/۸۲
۸	علایم حیاتی	۱/۲۷	۱/۹۹	۱/٤۲	۱/۹٦	٤/۳۹
۹	نظارت بر مصرف و دفع مایعات	۱/٥۹	۱/۹۹	۱/٤۱	۱/۹۷	٤/٥٤
۱۰	مستندسازی کامل	۱/٦۰	۲/٤۰	۱/٥٥	۲/۲۲	٤/٤۳

جدول شماره۳. میانگین نمرات هر گویه از مراقبت های پرستاری فراموش شده

ردیف	ابعاد مراقبتی	نتایج مطالعات با استفاده از ابزار MISSCARE میانگین امتیاز هر گویه در ابعاد مراقبتی				
	مراقبتی درمانی	Friese 2013	Vryonides 2016	Papastavrou 2015	Villamin 2018	Rabin 2019
۱۱	حمام کردن	۱/٥۰	۲/۹۱	۲/۰۱	۲/٤٦	٤/۳٥
۱۲	مراقبت از دهان	۱/۸۱	۳/٦۲	۲/٦٤	۲/٦۰	۳/۹۸
۱۳	شستن دست ها	۱/۲۷	۲/٤۹	۱/٦٥	۱/٥۹	٤/٦۳
۱۴	پایش قند خون	۱/۱٤	۱/٥۷	۱/۱۰	۱/۹۲	٤/۷۱
۱۵	ارزیابی در هر شیفت	۱/۱۱	۱/۹۷	۱/۲۸	۱/۳۸	٤/٦٥
۱۶	ارزیابی مجدد متمرکز	۱/۲۸	۲/۰٥	۱/٤۰	۱/٦۸	٤/٤٥
۱۷	مراقبت از خط داخل وریدی/خط مرکزی	۱/۳۲	۱/۷۱	۱/۱۷	۲/۰۲	٤/٥٥
۱۸	پاسخ به زنگ اخبار	۱/٥٤	۲/۳۱	۱/٤۹	۲/٥۲	۳/۹٤
۱۹	PRNتجویز داروی	۱/٤٥	۲/۰۹	۱/۳۱	۱/۸۸	۳/۸۷
۲۰	ارزیابی اثربخشی دارو	۱/٥۲	۲/۳۷	۱/٥٤	۲/۰۰	٤/۱٥
۲۱	مراقبت از پوست/ زخم	۱/۳۲	۲/۳۳	۱/٥۲	۲/۱۳	٤/۲۷
	آموزشی	Friese 2013	Vryonides 2016	Papastavrou2015	Villamin 2018	Rabin 2019
۲۲	آموزش به بیمار	۱/٦۲	۳/۱٥	۲/۲۲	۲/۱۹	۳/۸۷
۲۳	برنامه ریزی ترخیص بیمار	۱/۲۹	۲/٦٦	۱/۸۰	۱/۷۳	٤/٤۱
۲۴	شرکت در همایش های بین رشته ای	۱/۹۹	٤/۱۰	۳/۱٤	۲/۷٥	۳/۸٤

بحث

این مطالعه مروری با هدف شناسایی رایج ترین مراقبت‌های پرستاری فراموش شده در بخش‌های مراقبتی هماتولوژی/انکولوژی انجام شد. نتایج نشان داد رایج ترین این نوع مراقبت‌ها، به ترتیب در بعد مداخلات مبتنی بر مراقبت پایه، ارزیابی، مداخلات مبتنی بر نیازهای فردی و در انتها، بعد برنامه ریزی و آموزش قرار دارد. مراقبت‌های قرار گرفته در بعد مداخلات مبتنی بر مراقبت پایه، به عنوان رویه‌هایی برای مواجهه با نیازهای اولیه بیمار در موارد وابستگی وی، تعریف می‌شود (۲۲). عدم ارائه این نوع از مراقبت ها، ممکن است منجر به مراقبت ناکافی، ناقص، حذف شده یا حتی مضر شده و پیامدهای بالقوه منفی متعددی برای بیمار و ایمنی او به همراه دارد. رزیابی، به صورت ارزیابی مراقبت‌های ارائه شده، مانند ارزیابی بیمار که در هر شیفت توسط پرستاران انجام می شود، تعریف می‌شود. برنامه‌ریزی و آموزش نیز به رویه‌هایی مربوط می شود که مشارکت بیمار و خانواده را در تصمیم‌گیری در مورد مراقبت از بیمار افزایش می‌دهد (۲۳).

با این حال برخی مطالعات بررسی شده نشان داد؛ نرخ مراقبت های پرستاری فراموش شده در بخش‌های هماتولوژی/انکولوژی نسبت به سایر بخش‌های مراقبتی پائین‌تر است. این می تواند بیانگر درک پرستاران شاغل در بخش های انکولوژی، از حساسیت بالای مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان و نیاز آن ها به مراقبت همه جانبه باشد. موارد رایج مراقبت‌های فراموش شده که در این مرور به آن‌ها اشاره شد؛ با یافته‌های برخی مطالعات مروری دیگر قابل مقایسه می‌باشد؛ در این راستا با مطالعه مروری Wang و همکاران (۲۰۱۸) که به بررسی نیازهای برآورده نشده از دیدگاه بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته و مراقبین غیر رسمی آن‌ها پرداخته است، قابل مقایسه می باشد: مطالعه مذکور این یافته را معتبر می‌سازد که بیماران و مراقبت دهندگان غیررسمی شرکت کننده در ٦ مطالعه از ٥٠ مطالعه، برآورده نشدن نیازهای تغذیه‌ای را با شیوع ۳۸/۹ درصد تا ٤٣/٢ در صد گزارش می‌کنند (٢٤). در مطالعه مروری Griffiths و همکاران (۲۰۱۸) نیز "همکاری و نظارت در توالت رفتن بیمار در پانزده دقیقه اول درخواست" رایج ترین مراقبت با احتمال از دست رفتن در بخش های اورژانسی مراقبت بزرگسالان مطرح شد؛ که در راستای یافته مطالعه حاضر می باشد (۲۵). اما نتایج مرور سیستماتیک Gustafsson و همکاران (۲۰۲۰) حاکی از وجود تنها ۱ مطالعه می باشد (۱۰/۱ درصد) که ارائه مراقبت برای رفع نیازهای دفعی بیماران را به صورت برآورده نشده نشان داده است (٢٦).

"مراقبت های مربوط به تحرک و فعالیت بدنی مانند "حرکت دادن و تغییر پوزیشن بیماران" یکی از مراقبت های پرستاری است که به صورت از دست رفته ظهور می یابد. فعالیت و تحرک بدنی به طور فزاینده ای به عنوان یک روش غیر دارویی مورد استفاده قرار می گیرد؛ تا با افزایش طول بقاء پس از تشخیص و درمان سرطان، نتایج بیمار را بهینه کند و در عین حال علائم جسمی و روانی را نیز که معمولاً در این جمعیت بیمار گزارش می شود؛ مدیریت می نماید. چندین مطالعه کلیدی نشان داده است که تحرک به طور معکوس با خطر عود بیماری و مرگ و میر کلی در بیماران مبتلا به سرطان سینه یا کولورکتال مرتبط است (۲۷). پرستاران انکولوژی باید به طور معمول در مورد الگوهای فعالیت بیماران سؤال نموده و همچنین از تکنیک های مشاوره، تدارک وسایل کمکی و تشویق در رابطه با حفظ یا افزایش تحرک و فعالیت بدنی استفاده نمایند.

علی رغم آن که مستندات به موقع، مرتبط و مفصل از نظر پزشکی و حقوقی بسیار مهم است و مسئولیت اساسی پرستاری نیز می باشد، اما در این مطالعه "مستندسازی جامع اقدامات" نیز به عنوان یکی دیگر از اجزاء مراقبت پرستاری فراموش شده معرفی گردید . مستندات کامل پس از تجویز شیمی درمانی برای ایمنی بیمار، نتایج، کیفیت مراقبت و ایمنی پرسنل ضروری است . از آنجائی که مراقبت از بیمار مبتلا به سرطان نیاز به یک مراقبت چند رشته ای و بین حرفه ای دارد، برقراری ارتباط مشترک و متقابل میان اعضای تیم مراقبت، الزامی است. این ارتباط از طریق مستندات روشن مربوط به خدمات ارائه شده و

مورد نیاز، وضعیت پزشکی، پیش آگهی و ارزیابی عملکرد بیمار و خانواده صورت می گیرد؛ مستندسازی مراقبت ها فرصتی برای ارتباط مبتنی بر احترام و بیمارمحور را فراهم می نمایند. Griffiths و همکاران (۲۰۱۶) نیز در ٦ مطالعه از ۱۲ مطالعه مورد بررسی، کمک به حرکت کردن، مراقبت دهانی و تغییر پوزیشن، تنظیم برنامه مراقبتی و مستندسازی را از جمله مراقبت های ناتمام برمی شمارند. هر چند که در رتبه بندی این گویه ها با مطالعه حاضر اختلاف جزئی مشاهده می شود (۲۵). Nilasari و Hariyati (۲۰۱۹) نیز با مرور مطالعات منتشر شده در سال های ۲۰۱۵-۲۰۱۹ که به بررسی مراقبت های پرستاری فراموش شده پرداخته بودند، دریافتند در کنار نیازهای اساسی بیماران، برنامه ریزی مراقبت های پرستاری و مستند سازی آن ها نیز از جمله مراقبت های رایجی است که به بیماران ارائه نشده است. این یافته هم راستا با نتایج مطالعه حاضر می باشد (۲۸).

با توجه به نیازهای روانی– اجتماعی بیماران مبتلا به اختلالات هماتولوژیک/انکولوژیک "عدم حمایت عاطفی بیمار و خانواده" به عنوان مراقبت فراهم نشده شناسایی شد. در مرور سیستماتیک Wang و همکاران نیز علی رغم این که ۲۲ مطالعه به نیازهای روانی بیماران اشاره ای نداشته اند، ۲۸ مطالعه از ۵۰ مقاله مورد بررسی، نیازهای روانی برآورده نشده بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته را گزارش کرده که متداول ترین مورد آن "حمایت عاطفی" بود (۲٤). همسو با یافته مرور حاضر، مطالعه دیگری نیز عدم اهتمام پرستاران نسبت به حضور در کنفرانس‌های بین رشته ای مراقبت از بیمار را از جمله موارد مراقبت پرستاری ناتمام ذکر کرده است (۲۵). یک مطالعه نیز با بررسی ۱۳ مطالعه، " ارائه اطلاعات لازم به بیماران و خانواده ها " (۹/۱۱ تا ۲۷ درصد از مراقبت از دست رفته)، " بحث در مورد برنامه درمانی با بیماران " (۲٦/۵ درصد از مراقبت از دست رفته)، " آگاهی بیمار از پرستار مراقب خود "(۱۱,۲٪ از مراقبت از دست رفته) را به عنوان مراقبت های ارائه نشده به بیماران معرفی می کند (۲٦).

علی رغم آن که میان سایر مطالعات مروری صورت گرفته بر متغیر مراقبت های پرستاری فراموش شده با یافته های مطالعه حاضر تشابهاتی وجود دارد با این حال، در برخی موارد از نظر رتبه و اولویت بندی مراقبت از دست رفته با مطالعه حاضر تفاوت هایی دیده می شود. تأثیر عوامل فردی و متغیرهای سازمانی، ساختاری و فرهنگی مؤسسات مراقبتی- درمانی می‌تواند زمینه ساز تنوع در نوع مراقبت های پرستاری فراموش شده در هر مطالعه باشد. همچنین بررسی‌های صورت گرفته از دو دیدگاه بیماران و پرستاران می تواند دلیلی دیگر برای وجود یافته های متنوع در این زمینه باشد.

بخش دوم این مطالعه مروری نیز به عوامل مؤثر و مرتبط بر میزان مراقبت فراموش شده اشاره داشت. این عوامل در قالب عوامل سازمانی و ساختاری، ارتباطی، فرهنگی و ویژگی‌های فردی و شغلی پرستاران دسته‌بندی می‌شوند و شامل تعداد پرستاران، حجم و بار کاری، جو اخلاقی و ارتباطی، تجربه کاری، مدرک تحصیلی و نقش حرفه‌ای پرستاران می‌باشد. این عوامل، عمدتاً منعکس‌کننده متغیرهای فرآیند واحد هستند و نشان می‌دهد که نیاز به سرمایه‌گذاری در محیط‌های بالینی برای پرستاران وجود دارد. یک محیط کاری بهتر منجر به کاهش مراقبت‌های پرستاری حذف شده، می‌شود.

از این رو، ترویج ارتباطات بیشتر، فضای اخلاقی مراقبت بهتر و احترام در میان پرستاران و متخصصان مراقبت‌های بهداشتی، همگی مراقبت‌های فرامش شده را کاهش داده یا به حداقل می رساند. با استفاده از فعالیت هایی از قبیل تهیه و تنظیم گایدلاین های مراقبتی تغییر در نحوه مدیریت و رهبری پرستاری ، استفاده از نیروهای با تجربه و با درجه تحصیلی بالاتر در بخش‌های مراقبت هماتولوژی/انکولوژی، شفاف‌سازی شرح وظایف پرستاران، و تقویت ارتباط بین‌حرفه‌ای می توان وضعیت مراقبت‌های پرستاری را بهبود بخشید. این دسته از یافته‌ها نیز با نتایج سایر مطالعات مروری همسو می‌باشد: به عنوان نمونه یک مطالعه مروری نشان داد؛ عوامل مرتبط با مراقبت فراموش شده مربوط به سطوح کارکنان، در دسترس

نبودن منابع مادی و کار تیمی/ ارتباط بود (۲۹). مطالعه مروری صورت گرفته بر روی ۳٤ مطالعه ا صیل پژوهشی نیز آ شکار کرد که ۸ عامل اصلی شامل ویژگی‌های فردی و شغلی پرستاران، حجم کاری پرستاران، رضایت شغلی، ارتباطات حرفه‌ای و کار تیمی، محیط کار با مراقبت پرستاری فراموش شده ارتباط دارد (۳۰).

این مطالعه دارای نقاط قوت و محدودیت هایی است. از نقاط قوت آن می توان گفت که این جستجو جامع و با استفاده از پنج پایگاه اطلاعاتی می باشد. علاوه بر این، از بیانیه PRISMA برای هدایت جستجو و چک لیست STROBE برای برای ارزیابی کیفیت مقالات یافت شده استفاده گردید. از جمله محدودیت های این مطالعه نیز آن است که فقط مقالات انگلیسی زبان در این بررسی گنجانده شده اند؛ بنابراین ممکن است مقالات مربوط به زبان های دیگر مورد بررسی قرار نگرفته باشد. با این حال، مطالعات یافت شده در سطح بین المللی و در کشورها و فرهنگ های مختلف انجام شده است که در این صورت تعمیم پذیری شواهد با اعتماد بیشتری همراه است.

"این مطالعه دارای نقاط قوت و محدودیت هایی است. از جمله نقاط قوت آن می توان اظهار داشت که این مطالعه اولین مروری سیستماتیک در زمینه جمع بندی و گزارش انواع مراقبت های پرستاری فراموش شده در بخش های مراقبتی هماتولوژی/ انکولوژی می باشد که با جستجو بدون محدودیت بازه زمانی برای یافتن مقالاث پژوهشی اصیل انجام شده در این حوزه صورت، گرفته است. با این حال محدودبودن مقالات به مطالعات انگلیسی زبان و عدم ارائه نتایج بصورت متاآنالیز که بدلیل نقص در گزارش داده های مقالات اولیه و ناهنگمنی آنها می باشد از جمله محدودیت های این مرور سیستماتیک می باشد".

نتیجه‌گیری

مراقبت‌های پایه پرستاری رایج ترین نوع مراقبت‌های فراموش شده در بخش های هماتولوژی/انکولوژی است که توسط پرستاران گزارش می‌شود؛ که علاوه بر به همراه داشتن پیامدهای جدی بر ایمنی بیماران، سلامت حرفه‌ای و پایه فلسفی پرستاری را نیز تهدید می‌کند. شناسایی انواع رایج این قبیل مراقبت‌ها و عوامل مرتبط با آن ها، که در این مرور برجسته شده، می‌تواند تقریباً اطلاعات یکپارچه‌ای را نشان دهد که اقدامات و مداخلات مناسب در کجا و چگونه انجام شود؛ تا نرخ گزارش این قبیل مراقبت‌ها، کاهش یابد، زیرا کاهش مراقبت‌های پرستاری فراموش شده، مستقیماً منجر به کاهش صدمات مرتبط با بیماران و همچنین افزایش رضایت آن ها به عنوان هدف اصلی سیستم سلامت می شود. بدیهی است که تحقیقات بیشتری در سطح بین المللی مورد نیاز است تا شواهد محکمی تری ایجاد شود که می‌تواند جنبه های این پدیده را در حوزه عملکرد پرستاری روشن کند. لزوم انجام مطالعاتی از این قبیل در قالب رویکردهای کمی، کیفی و ترکیبی محسوس بوده و لذا پیشنهاد می‌گردد؛ محققین در این زمینه اهتمام ویژه نمایند. همچنین انجام مطالعات در خصوص علل زمینه ساز و راهکارهای رفع این عوامل و تضمین ارائه مراقبت‌های پرستاری جامع و بدون تأخیر نیز می‌تواند از جمله پیشنهادات طرح پژوهشی حاضر قلمداد گردد. این پیشنهادات در قالب مقالات پژوهشی اصیل، مطالعات ابزارسازی و مروری قابل اجرا می باشند.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله نویسندگان از کلیه افرادی که در مراحل نگارش این مقاله همکاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ گونه تعارض منافعی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

مشارکت نویسندگان:

(۱) مفهوم پردازی و طراحی مطالعه، یا جمع آوری داده ها، یا تجزیه و تحلیل و تفسیر داده ها :همه نویسندگان

(۲) تهیه پیش نویس مقاله یا بازبینی آن جهت تدوین محتوای اندیشمندانه: همه نویسندگان

(۳) تایید نهایی دستنوشته پیش از ارسال به مجله: همه نویسندگان

References

1. Mohammadi E SM. Barriers to implementation of nursing theories in clinical practice from the perspective of nurses. Iranian Journal of Nursing Research. 2015;10(1):13-24.

2. Oldland E, Botti M, Hutchinson AM, Redley B. A framework of nurses' responsibilities for quality healthcare—Exploration of content validity. Collegian. 2020;27(2):150-63.

3. Rahnama M, Fallahi Khoshknab M, Seyed Bagher Madah S, Ahmadi F. Cancer patients' perception of spiritual care. Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2012;5(3):64-80.

4. Burg MA, Adorno G, Lopez ED, Loerzel V, Stein K, Wallace C, et al. Current unmet needs of cancer survivors: Analysis of open-ended responses to the A merican C ancer S ociety S tudy of C ancer S urvivors II. Cancer. 2015;121(4):623-30.

5. 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.

6. Shali M, Ghaffari F, Joolaee S, Ebadi A. Development and psychometric evaluation of the patient safety violation scale in medical oncology units in Iran. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2016;17(9):4341-7.

7. Atashzadeh Shoorideh F, Pazargadi M, Zagheri Tafreshi M. The concept of nursing care quality from the perspective of stakeholders: a phenomenological study. Journal of Qualitative Research in Health Sciences. 2012;1(3):214-28.

8. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. Journal of advanced nursing. 2009;65(7):1509-17.

9. Papastavrou E, Andreou P, Efstathiou G. Rationing of nursing care and nurse–patient outcomes: a systematic review of quantitative studies. The International journal of health planning and management. 2014;29(1):3-25.

10. Lempesi E, Koletsi D, Fleming PS, Pandis N. The reporting quality of randomized controlled trials in orthodontics. Journal of Evidence Based Dental Practice. 2014;14(2):46-52.

11. Friese CR, Kalisch BJ, Lee KH. Patterns and correlates of missed nursing care in inpatient oncology units. Cancer nursing. 2013;36(6):E51-E7.

12. Vryonides S, Papastavrou E, Charalambous A, Andreou P, Eleftheriou C, Merkouris A. Ethical climate and missed nursing care in cancer care units. Nursing Ethics. 2016;25(6):707-23.

13. Villamin C, Anderson J, Fellman B, Urbauer D, Brassil K. Perceptions of Missed Care Across Oncology Nursing Specialty Units. Journal of Nursing Care Quality. 2019;34(1):47-53.

14. Rabin EG, Silva CNd, Souza ABd, Lora PS, Viegas K. Application of the MISSCARE scale in an Oncology Service: a contribution to patient safety. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2019;53.

15. Shih-Ping Pan C-FL. The relationship between organizational communication and missed nursing care in oncology wards in Taiwan. Nursing open. 2022;9:2750-60.

16. Amini K KLL, Hanifi N. Relationship between Ethical Climate and Missed Nursing Care from the Point of View of Patients with Cancer and Nurses Working in Oncology Wards of Zanjan and Rasht Cities. Journal of Health and Care. 2022;24(2):95-107.

17. Papastavrou E CA, Vryonides S, Eleftheriou C, Merkouris A. To what extent are patients'

needs met on oncology units? The phenomenon of care rationing. European Journal of Oncology Nursing. 2016;21 48-56.

18. Villamin C AJ, Fellman B, Urbauer D, Brassil K. Variations in Missed Care Across Oncology Nursing Specialty Units. J Nurs Care Qual. 2018;34(1):1-7.

19. Vandenbroucke JP, Elm Ev, Altman DG, Gøtzsche PC, Mulrow CD, Pocock SJ, et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. Annals of internal medicine. 2007;147(8):W-163-W-94.

20. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. The Lancet. 2007;370(9596):1453-7.

21. Pan S-P, Lin C-F. The relationship between organizational communication and missed nursing care in oncology wards in Taiwan. Nursing open. 2022;9(6):2750-60.

22. Hernández-Cruz R, Moreno-Monsiváis MG, Cheverría-Rivera S, Díaz-Oviedo A. Factors influencing the missed nursing care in patients from a private hospital. Revista latino-americana de enfermagem. 2017;25:e2877.

23. Simpson KR, Lyndon A. Consequences of delayed, unfinished, or missed nursing care during labor and birth. The Journal of perinatal & neonatal nursing. 2017;31(1):32-40.

24. Wang T, Molassiotis A, Chung BPM, Tan J-Y. Unmet care needs of advanced cancer patients and their informal caregivers: a systematic review. BMC palliative care. 2018;17(1):96.

25. Griffiths P, Recio-Saucedo A, Dall'Ora C, Briggs J, Maruotti A, Meredith P, et al. The association between nurse staffing and omissions in nursing care: a systematic review. Journal of advanced nursing. 2018;74(7):1474-87.

26. Gustafsson N, Leino-Kilpi H, Prga I, Suhonen R, Stolt M. Missed Care from the Patient's Perspective–A Scoping Review. Patient preference and adherence. 2020;14:383.

27. Jones LW, Peppercorn J. Exercise research: early promise warrants further investment. The lancet oncology. 2010;11(5):408-10.

28. Nilasari P, Hariyati RTS, editors. A Systematic Review of Missed Nursing Care, Nursing Care Left Undone. The 4th International Conference for Global Health (ICGH); 2019.

29. Chaboyer W, Harbeck E, Lee BO, Grealish L. Missed nursing care: An overview of reviews. The Kaohsiung journal of medical sciences. 2021;37(2):82-91.

30. Amrolahi-Mishavan F, Emami-Sigaroudi A, Jafaraghaee F, Shahsavari H, Maroufizadeh S. Factors affecting missed nursing care in hospitals: A scoping review. Health Sciences Review. 2022;4:100053.

Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences
2023, Volume 11, No. 3: 91-104.

Original article

Common types of missed nursing care reported in hematology/oncology wards: a systematic review

Elnaz Yazdanparast[1], Malihe Davoudi[2*]

1. Msc in nursing, instructor in nursing education, department of nursing, Ferdows faculty of medical sciences, Birjand university of medical scineces

2. PhD candidate in nursing, Mashhad School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Corresponding author: Mashhad School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Keywords:

Nurse, missed nursing care, cancer, malignancy, hematology

Abstract

Background & Aim*:* It seems that knowing the common types of missed nursing care plays a key role in planning for the future of nursing practice and reducing preventable and debilitating complications in hematology/oncology patients. Therefore, this study tries to reduce the gap between knowledge and practice by reviewing and summarizing forgotten nursing care in this environment.

Methods**:** The systematic review study was conducted using the PRISMA statement and searching in PubMed, Cochrane Library, Google Scholar Web of Science and Scopus. In order to retrieve related articles from the beginning of January 2009, the search was done with keywords Nursing Care Unfinished, Omission Nursing Care, Undone Nursing Care, Hematology, Oncology, Cancer and based on Mesh and logical operators (OR, NOT AND). The selection criteria of the studies included studies in English and access to the full text of the articles. Finally, 7 articles related to the purpose of the research were reviewed.

Results**:** the most common types of missed nursing care are in the dimensions of basic care, assessment, individual needs, and planning and education, respectively. Organizational and structural, communication and cultural factors and personal and occupational characteristics of nurses are among the factors in increasing the reporting rate of such cares.

Conclusion**:** Basic nursing care is the most common type of forgotten care in the hematology/oncology department, which is formed due to numerous individual and environmental factors. The findings of this study revealed the turning points of targeted interventions.

How to Cite this Article: Yazdanparast E, Davoudi M. Common types of missed nursing care reported in hematology/oncology wards: a systematic review. Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences. 2023;11(3):91-104.

Copyright © 2020 Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cite.