

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

Amini K^{*1}, Khani Lehdarboni L², Hanifi N³

1. Department of Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

2. Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

3. Department of Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

* *Corresponding author.* Tel: +982433148387, E-mail: korosh@zums.ac.ir

Received: Jul 27, 2022 Accepted: Sep 15, 2022

ABSTRACT

Background & aim: The high quality of nursing care for cancer patients is a shared priority for health policymakers. Two important influencing variables on the quality of nursing care are the ethics climate governing hospitals and missed nursing care. This study aimed to determine the relationship between ethical climates and missed nursing care in centers providing services to cancer patients in Rasht and Zanjan.

Methods: This cross-sectional study was conducted in 2019. The participants were 360 patients with cancer and 84 nurses working in the oncology wards of Rasht and Zanjan, who were included in the study using the Poisson distribution sampling method. The data collection tools were two standard scales; the Miss Care survey and Ethical Climate Questionnaire, and two demographic forms specific to patients and nurses. SPSS version 16 statistical software and independent t-tests, and Pearson's correlation were used to analyze the data.

Results: The results showed that the dominant ethical climate in the mentioned care units was professional and law-oriented, and the independent ethical climate was at the bottom. The mean score of missed nursing care is 1.95 ± 0.40 out of 5. According to the Pearson correlation test, there was a significant negative relationship between ethical climate and missed nursing care in cancer care units ($r = -0.422$, $p < 0.001$).

Conclusion: A negative and significant relationship between the ethical climate and missed nursing care showed that nurses' correct perception of the ethical climate reduces missed nursing care. It seems that the nursing care quality can be improved by preparing and setting up care guidelines, rules and clear care instructions.

Keywords: Ethical Climate, Missed Nursing Care, Cancer, Oncology

ارتباط جو اخلاقی با مراقبت‌های پرستاری فراموش شده از دیدگاه بیماران مبتلا به سرطان و پرستاران بخش‌های انکولوژی شهرهای زنجان و رشت

کوروش امینی^{۱*}، لیلا خانی‌له‌داری^۲، نسرين حنیفی^۳

۱. گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی، زنجان، ایران
 ۲. گروه پرستاری داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی، زنجان، ایران
 ۳. گروه مراقبت‌های ویژه و اورژانس دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی، زنجان، ایران
 * نویسنده مسئول. تلفن: ۰۲۴۳۳۱۴۸۳۹۸۷ ایمیل: korosh@zums.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: کیفیت بالای مراقبت پرستاری از بیماران مبتلا به سرطان یک اولویت مشترک برای سیاست‌گذاران عرصه سلامت است. دو متغیر تاثیرگذار مهم بر کیفیت مراقبت‌های پرستاری؛ جواخلاقی حاکم بر بیمارستان‌ها و مراقبت‌های پرستاری فراموش شده است. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط وضعیت جواخلاقی و مراقبت‌های پرستاری فراموش شده در بخش‌های ارائه دهنده خدمات به بیماران مبتلا به سرطان در دو شهر رشت و زنجان انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۹ انجام شد. تعداد مشارکت‌کنندگان، ۳۶۰ بیمار مبتلا به سرطان و ۸۴ پرستار شاغل در بخش‌های انکولوژی دو شهر رشت و زنجان بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری توزیع پواسون وارد مطالعه شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها دو مقیاس استاندارد مراقبت‌های فراموش شده و جو اخلاقی و دو فرم مشخصات جمعیتی شناختی مختص بیماران و پرستاران بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماري SPSS-16 و آزمون‌های تی مستقل و همبستگی پیرسون استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که جو اخلاقی غالب در واحدهای مراقبتی یادشده، جو حرفه‌گرا و قانون‌مدار بوده و جو اخلاقی مستقل در رتبه انتهایی قرار داشت. میانگین نمره مراقبت‌های پرستاری فراموش شده، $1/95 \pm 0/40$ از ۵ بود. بین جو اخلاقی و مراقبت‌های پرستاری فراموش شده در واحدهای تحت مطالعه، ارتباط منفی و معنی‌داری مشاهده شد ($r = -0/422, p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: وجود ارتباط منفی و معنی‌دار بین جو اخلاقی و مراقبت‌های پرستاری فراموش شده نشان دهنده این بود که جو اخلاقی و قانون‌مداری و حرفه‌گری پرسنل با کاهش میزان بروز مراقبت‌های پرستاری فراموش شده ارتباط معناداری دارد. به نظر می‌رسد با تهیه و تنظیم گایدلاین‌های مراقبتی، قوانین و دستورالعمل‌های شفاف مراقبتی بتوان وضعیت مراقبت‌های پرستاری را بهبود بخشید.

واژه‌های کلیدی: جواخلاقی، مراقبت‌های پرستاری فراموش شده، سرطان، انکولوژی

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۲۴

دریافت: ۱۴۰۱/۰۵/۰۵

مقدمه

بیماری‌ها از بیماری‌های واگیر به سمت بیماری‌های غیرواگیر مواجه است که در این میان سرطان‌ها تاثیرگذاری بیشتری را بر نظام سلامت دارند (۱).

ایران به عنوان یک کشور در حال توسعه با یک گذار جمعیتی به سالمندی و در نتیجه تغییر در همه‌گیری

مطابق با آمارهای در دسترس، فقط در سال ۲۰۱۷ در مجموع ۱۳۳۶۲۷ مورد جدید سرطان در ایران تشخیص داده شده است. این در حالی است که سرطان‌ها یکی از عوامل اصلی ناتوانی (۲) و سومین عامل مرگ و میر در ایران می‌باشند (۳). شیوع بالا و رو به رشد سرطان و بار بیماری گسترده ناشی از آن، مراقبت با کیفیت بالا و ایمن از این بیماران را به یک اولویت مشترک برای سیاست‌گذاران، مؤسسات، ارائه‌دهندگان خدمات و بیماران تبدیل کرده است. از جمله عوامل مهم مرتبط با کیفیت مراقبت‌های پرستاری «مراقبت‌های پرستاری فراموش شده» (۴) و «جو ایمنی محیط ارائه خدمت» (۵) می‌باشند.

مراقبت‌های پرستاری فراموش شده در واقع هر قسمت از اقدامات مراقبتی مورد نیاز برای بیمار است که حذف شده و یا به تأخیر افتاده است (۶) که می‌تواند دارای عواقب نامناسبی برای بیمار مانند سقوط، افزایش عوارض جانبی و یا خطاهای دارویی باشد (۷). مراقبت‌های پرستاری فراموش شده با عوامل مختلفی مرتبط هستند که از جمله آن‌ها می‌توان به نوع بخش ارائه خدمت، منابع در دسترس، هماهنگی و کار تیمی، تجربه و مهارت مراقبین، رضایت از شغل، بالا بودن حجم کاری، ابهام در نقش، فقدان حمایت از طرف مدیران و دستمزد پایین اشاره کرد (۸-۱۰). مرور متون در زمینه مراقبت‌های پرستاری فراموش شده نشان می‌دهد که این معضل در سیستم‌های ارائه دهنده مراقبت بهداشتی کاملاً تابع زمینه^۱ بوده و در بیمارستان‌های مختلف یک کشور و حتی در بخش‌های مختلف یک بیمارستان در قیاس با همدیگر، به لحاظ فراوانی وقوع و نوع، متفاوت هستند (۱۱). در ایران میزان مراقبت‌های پرستاری فراموش شده نسبت به سایر نقاط دنیا بالاتر گزارش شده (۱۲)، به طوری که در یک مطالعه جدید انجام شده ایرانی، نتایج نشان داد که ۷۲/۱ درصد از

پرستاران حداقل یک مورد مراقبت پرستاری را در آخرین شیفت خود فراموش کرده اند (۸). همانگونه که عنوان شد علاوه بر مراقبت‌های پرستاری فراموش شده، یکی دیگر از عوامل مهم و موثر بر کیفیت مراقبت‌های پرستاری، جو اخلاقی حاکم بر سازمان است (۵). جو اخلاقی علاوه بر بهبود کیفیت مراقبت‌ها، می‌تواند خطر ابتلا به پیامدهای بیماری‌ها را نیز کاهش داده (۱۳) و ایمنی بیمار را ارتقا دهد (۱۴). جو اخلاقی، حالتی است روانی که از درک افراد یک سازمان سرچشمه می‌گیرد و فرایندها، عملکردها و خصوصیات آن سازمان را به صورت اخلاق مدار بازتاب می‌دهد (۱۵). کارکنانی که احساس می‌کنند جوی مملو از ارزش‌های اخلاقی بر سازمان حاکم است، روابط و تعاملات در سازمان خویش را عادلانه تلقی می‌کنند (۱۶) و این امر موجب افزایش تعهد کاری در آن‌ها می‌شود (۱۶، ۱۷). جو اخلاقی بخش‌های بیمارستانی به مانند مراقبت‌های پرستاری فراموش شده، تحت تأثیر عوامل محیطی، اجتماعی و فرهنگی قرار می‌گیرد (۱۸). در زمینه ارتباط بین جو اخلاقی و مراقبت‌های پرستاری فراموش شده در واحدهای ارائه دهنده خدمات به بیماران مبتلا به سرطان مطالعات بسیار محدودی انجام شده است. ریونیدس^۲ و همکاران (۲۰۱۸) در قبرس، ارتباط این دو متغیر را مثبت و معنی دار ارزیابی کردند و به انجام مطالعات بیشتر در این خصوص تأکید نمودند (۱۹).

با توجه به مطالب فوق و به دلیل وابسته بودن متغیرهای جواخلاقی و مراقبت‌های پرستاری فراموش شده به زمینه‌های فرهنگی- اجتماعی و از آنجایی که در زمینه دو موضوع جو اخلاقی و مراقبت‌های پرستاری فراموش شده و ارتباط بین آن‌ها در ایران و کشورهای جنوب غرب آسیا اطلاعات محدودی وجود دارد، این مطالعه با هدف تعیین ارتباط وضعیت جو اخلاقی با مراقبت‌های پرستاری فراموش شده از دیدگاه بیماران مبتلا به سرطان و پرستاران شاغل در

^۱ Context^۲ Vryonides

بخش‌های انکولوژی شهرهای زنجان و رشت در سال ۱۳۹۹ انجام شد.

روش کار

این مطالعه به صورت مقطعی از تاریخ ۱۳۹۹/۸/۱ تا ۱۳۹۹/۱۲/۱ انجام شد. با عنایت به محدود بودن تعداد پرستاران شاغل در بخش‌های انکولوژی، به منظور دستیابی به حجم نمونه کافی بخش‌های انکولوژی بیمارستان ولیعصر شهر زنجان و بیمارستان رازی شهر رشت به عنوان محیط مطالعه انتخاب شدند. به منظور غلبه بر محدودیت ارزیابی مراقبت‌های پرستاری فراموش شده از منظر پرستاران و پدیده «پاسخ‌های مقبول اجتماعی»^۱ به مانند برخی دیگر از مطالعات (۲۰، ۲۱)، جامعه مطالعه برای تعیین وضعیت مراقبت‌های پرستاری فراموش شده، بیماران تعریف شدند. برای سنجش جو اخلاقی نیز جامعه مطالعه، پرستاران شاغل در بخش‌های انکولوژی دو شهر در نظر گرفته شد. بنابراین برای رسیدن به هدف مطالعه هر دو جامعه بیماران و پرستاران دو شهر مذکور وارد مطالعه شدند.

جهت تعیین حجم نمونه برای رسیدن به هدف تعیین وضعیت مراقبت‌های پرستاری فراموش شده از دیدگاه بیماران، با عنایت به نامعلوم بودن جامعه پژوهش بر اساس فرمول ۱ اقدام به برآورد حداقل نمونه مورد نیاز از میان بیماران شد. در این فرمول توان آزمون ۸۰ درصد، $\alpha = 0.05$ ، $Z = 1.96$ و $d = 0.04$ لحاظ گردید. برای دستیابی به میزان انحراف معیار مورد نیاز در فرمول، یک مطالعه پایلوت با مشارکت ۴۰ بیمار مبتلا به سرطان بستری در واحدهای ارایه دهنده خدمات به بیماران مبتلا به سرطان در شهرهای زنجان و رشت (۲۰ بیمار زنجان و ۲۰ بیمار در رشت) انجام و میزان آن $SD = 0.398$ محاسبه شد. به این ترتیب حداقل، تعداد ۳۵۴ بیمار به عنوان نمونه برآورد شد. با این حال

تعداد ۴۲۳ بیمار بر اساس معیارهای ورود به مطالعه (داشتن سن بالای ۱۵ سال، توانایی پاسخگویی به سوالات پرسشنامه، نداشتن اختلال روانی براساس مندرجات موجود در پرونده، تمایل به شرکت در پژوهش و تشخیص قطعی بیماری سرطان) ارزیابی شدند که در نهایت داده‌های مربوط به تعداد ۳۶۰ نفر از آنها وارد مرحله آنالیز آماری گردید. دلایل عدم ورود ۶۳ بیمار به مطالعه عبارت بودند از: داشتن سن کمتر از ۱۵ سال (۱۴ بیمار)، نداشتن سلامت روان و مصرف داروهای روانپزشکی (۱۳ نفر)، نداشتن سابقه بستری در بخش انکولوژی (۲۴ بیمار)، نداشتن رضایت برای شرکت در مطالعه از طرف بیمار یا همراه او (۱۲ بیمار).

فرمول ۱. فرمول تعیین حجم نمونه بر اساس میانگین با جامعه نامعلوم

$$n = (Z \times SD)^2 \div d^2$$

همانطور که در قسمت قبل عنوان شد در مطالعه حاضر توصیف جو اخلاقی بر اساس ادراک پرستاران نیز مدنظر بود، بنابراین نیاز بود تا حجم نمونه برای جامعه پرستاران تعیین شود. برای این منظور از فرمول ۲ با جامعه معلوم استفاده شد. در این راستا توان آزمون ۸۰ درصد، $\alpha = 0.05$ ، $Z = 1.96$ و $d = 0.03$ لحاظ گردید. بر اساس این فرمول، تعداد ۸۲ پرستار که حایز شرایط ورود به مطالعه بودند (شاغل بودن در واحد انکولوژی حداقل به مدت ۶ ماه، تمایل به شرکت در پژوهش و برخورداری از سلامت جسمی و روانی) لازم بود که وارد مطالعه گردد. برای دستیابی به پارامتر انحراف استاندارد نمره مقیاس، یک مطالعه پایلوت با مشارکت ۳۰ پرستار شاغل در واحدهای ارایه دهنده خدمات به بیماران مبتلا به سرطان در شهرهای زنجان و رشت (۱۵ پرستار در زنجان و ۱۵ پرستار در رشت) انجام شد و میزان آن 0.531 به دست آمد. بنابراین تعداد ۹۰ پرسشنامه برای ارزیابی جو اخلاقی از نگاه پرستاران تکثیر و توزیع شد که ۶ پرسشنامه به دلیل

^۱ Socially Desirable Responding

عدم تکمیل از دور خارج شدند (۵ مورد از رشت و ۱ مورد از زنجان).

فرمول ۲. فرمول تعیین حجم نمونه بر اساس میانگین با جامعه معلوم

$$n = N \times (Z \times SD)^2 \div (N \times d^2 + Z^2 \times SD^2)$$

روش نمونه‌گیری بر اساس توزیع پواسون بود؛ برای این منظور یک بازه زمانی ۴ ماهه برای مطالعه تعریف شد. چهار ماه تعریف شده برای نمونه‌گیری به ۱۶ هفته تقسیم شد. از آنجایی که ۸ بخش برای نمونه‌گیری وجود داشت، برای هر بخش دو هفته با استفاده از روش تصادفی ساده انتخاب شد. محقق در هفته‌های انتخاب شده به صورت حضوری در سه شیفت صبح، عصر و شب جهت نمونه‌گیری به بخش منتخب مراجعه می‌نمود و پرسشنامه‌ها را با کمک تمام پرستاران و بیماران در دسترس آن بخش که واجد معیارهای ورود بودند، تکمیل می‌کرد.

جهت نمونه‌گیری، پژوهشگر به محیط‌های پژوهش مراجعه نمود و بعد از بیان اهداف مطالعه و کسب رضایت برای شرکت در مطالعه، پرسشنامه‌ها را در اختیار پرستاران قرار داد و از آن‌ها در همان روز تحویل گرفت. پرسشنامه‌های مراقبت پرستاری فراموش شده نیز به صورت مصاحبه حضوری و چهره به چهره با بیماران تکمیل شد.

برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی: مربوط به بیماران مبتلا به سرطان علاوه بر داشتن دو کد برای شناسایی بیمار و پرستار مربوطه، شامل سؤالاتی در خصوص نام بخش، جنس، سن، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، شغل، میزان رضایت از درآمد و شغل، محل زندگی، اطلاع از بیماری، عضو درگیر، مدت زمان بستری، مدت زمان ابتلا به سرطان، روش‌های درمانی انجام شده یا در حال انجام، عود بیماری، سطح هوشیاری، وجود زخم بستر و درجه آن و حضور

همراه بود. بدین منظور پرسشنامه به ۱۰ نفر از اساتید پرستاری دانشگاه علوم پزشکی زنجان ارائه و بر اساس نظر اکثریت، پرسشنامه نهایی گردید. اطلاعات جمعیت شناختی مربوط به پرستاران نیز شامل سؤالاتی در زمینه جنسیت، سن، وضعیت تاهل، سابقه کار پرستاری، سابقه کار در بخش انکولوژی، مدرک تحصیلی، شیفت کاری، سمت در بخش، نوع استخدام و رضایت از درآمد و شغل بود.

پرسشنامه مراقبت‌های پرستاری فراموش شده کالیش و ویلیامز^۱ (۲۲): این پرسشنامه شامل ۲۹ گویه می‌باشد که در سال ۲۰۰۹ در آمریکا تدوین شده است. نحوه نمره‌دهی به این پرسشنامه به صورت لیکرت ۵ درجه ای است به گونه‌ای که برای گزینه هرگز خطا صورت نگرفته نمره ۱، به‌ندرت خطا صورت گرفته نمره ۲، گاهی خطا صورت گرفته نمره ۳، اغلب خطا صورت گرفته نمره ۴ و همیشه خطا صورت گرفته، نمره ۵ لحاظ می‌شود. نمرات بالاتر نشان دهنده سطوح بالاتری از مراقبت‌های پرستاری فراموش شده است. از این پرسشنامه در بخش‌های مختلف بیمارستانی از جمله بخش‌های انکولوژی در مطالعات گذشته استفاده شده است (۱۱، ۱۹، ۲۳) و قابلیت سنجش ادراکات بیماران را نیز دارد (۲۰، ۲۱). نظر به اینکه در مرحله طراحی مطالعه و طبق جستجوی ما به نسخه فارسی این مقیاس دسترسی پیدا نشد، بعد از مکاتبه با توسعه‌دهندگان پرسشنامه، اجازه ترجمه و استفاده از آن به صورت ایمیل گرفته شد. سپس پرسشنامه توسط دو متخصص ایرانی مسلط به زبان انگلیسی، به فارسی ترجمه شد. سپس پرسشنامه ترجمه شده توسط تیم پژوهش جهت استفاده برای بیماران مبتلا به سرطان ویرایش گردید و روی یک نسخه، توافق حاصل شد. این نسخه فارسی، مجدد توسط یک مترجم سوم به زبان انگلیسی ترجمه شد و دو نسخه انگلیسی زبان اصلی و ترجمه شده توسط مترجمی دیگر هم‌سنجی شدند. بعد از ترجمه و

^۱ Kalisch & Williams

۲۰۱۴ بررسی و تایید شده است (۱۷). در مطالعه حاضر برای تعیین پایایی این ابزار از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد ($\alpha=0/83$). به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-16 استفاده شد. نرمال بودن متغیرهای اصلی با استفاده از تست کولموگروف- اسمیرنوف آزمون و تایید شد. از آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار و فراوانی (درصد) برای توصیف متغیرها استفاده شد. برای بررسی ارتباط بین مراقبت‌های پرستاری فراموش شده با جواخلاق و خرده مقیاس‌های آن از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. برای مقایسه میانگین نمرات حاصل از مقیاس‌ها در دو شهر زنجان با رشت نیز از آزمون تی مستقل استفاده شد. سطح معنی داری کلیه آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

مشخصات جمعیت شناختی بیماران و پرستاران مشارکت کننده در مطالعه به ترتیب در جداول ۱ و ۲ نشان داده شده است. میانگین نمره کل مراقبت‌های پرستاری فراموش شده $1/95 \pm 0/40$ از ۵ بود. از میان ۲۹ مراقبت بررسی شده، دو مراقبت «آموزش به بیمار» ($2/97 \pm 0/71$) و «توجه به تحرک بیمار» ($2/87 \pm 0/62$) بیشترین نمرات را کسب کردند. کمترین میانگین نمره از دیدگاه بیماران نیز به «معرفی پرستاران در ابتدای هر شیفت» ($1/17 \pm 0/43$) تعلق داشت. بین مراقبت‌های پرستاری فراموش شده در واحدهای ارائه‌دهنده خدمات به بیماران مبتلا به سرطان در دو شهر رشت و زنجان اختلاف معنی‌داری مشاهده شد ($p < 0/001$) (جدول ۳).

جهت حصول اطمینان از روایی پرسشنامه از هر دو روش روایی محتوی کیفی و کمی استفاده شد. در بخش روایی محتوی کیفی، پرسشنامه مراقبت‌های پرستاری فراموش شده به ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی زنجان و ۲۰ بیمار داده شد و از آن‌ها درخواست شد تا بازخورد لازم را ارائه دهند. در این فرایند گزینه ای با نام «نیاز نبود یا بیمار نمی‌داند» جهت استفاده در موارد لزوم به پرسشنامه اضافه گردید. برای تعیین روایی محتوی کمی این پرسشنامه نیز از نسبت روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) استفاده شد که به ترتیب $0/77$ و $0/83$ محاسبه گردید. ضریب همسانی درونی نیز با آلفای کرونباخ، $0/87$ بدست آمد.

پرسشنامه جواخلاق: این پرسشنامه شامل ۲۶ گویه است که توسط ویکتور و کالن^۱ (۱۹۸۷) تدوین شده (۲۴) که پنج نوع جواخلاق «مستقل» (گویه‌های ۳، ۱۱، ۱۳ و ۲۱)، «سودمند (ابزاری)» (گویه‌های ۶، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۳ و ۲۵)، «مراقبتی» (گویه‌های ۱، ۵، ۷، ۹، ۱۵، ۱۹ و ۲۶)، «قانون‌مدار» (گویه‌های ۲، ۸، ۱۰ و ۲۲) و «حرفه‌گرا» (گویه‌های ۴، ۱۲، ۱۷ و ۲۴) را ارزیابی می‌نماید. نحوه نمره‌دهی به گویه‌های این پرسشنامه به صورت لیکرت ۶ درجه‌ای است؛ به گونه‌ای که به گزینه کاملاً اشتباه نمره صفر، اغلب اشتباه نمره یک، تاحدودی اشتباه نمره ۲، تاحدودی صحیح نمره ۳، اغلب صحیح نمره ۴ و کاملاً صحیح، نمره ۵ تعلق می‌گیرد. نمرات بالاتر برای هر کدام از خرده‌مقیاس‌ها نشان‌دهنده غالب بودن آن خرده مقیاس در سازمان تحت بررسی است. روایی و پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه در مطالعه برهانی و همکاران در دانشگاه علوم پزشکی کرمان، در سال

¹ Victor & Cullen

جدول ۱. مشخصات جمعیت شناختی بیماران مبتلا به سرطان شرکت کننده در مطالعه

متغیرها	تعداد (درصد)	متغیرها	تعداد (درصد)
جنسیت	مرد ۲۰۸(۵۷/۷۷)	بله	۹۱(۲۵/۲۷)
	زن ۱۵۲(۴۲/۲۲)	خیر	۲۶۹(۷۴/۷۲)
وضعیت تاهل	مجرد ۴۰(۱۱/۱۱)	شیمی درمانی	۱۸۰(۵۰/۰۰)
	متاهل ۲۸۲(۷۷/۳۳)	رادیودرمانی	۰
	مطلقه ۴ (۱/۱۱)	جراحی	۱(۰/۳۷)
	بیوه ۳۴(۹/۴۴)	شیمی درمانی- رادیوتراپی	۴۸(۱۳/۳۳)
	بی سواد ۱۳۸(۳۸/۳۳)	شیمی درمانی- جراحی	۸۷(۲۴/۱۶)
	زیر دیپلم ۱۲۶(۳۵/۰)	جراحی- رادیوتراپی	۰
سطح تحصیلات	دیپلم ۷۱(۱۹/۷۲)	شیمی درمانی- رادیوتراپی- جراحی	۴۴(۱۲/۲۲)
	کارشناسی و بالاتر ۲۵(۶/۹۳)	سیستم گوارشی	۲۰۲(۵۶/۱۷)
	بیکار ۳۶(۱۰/۰۰)	سینه	۲۴(۶/۶۶)
	شغل آزاد ۱۴۷(۴۰/۸۳)	خون	۷۷(۲۱/۳۸)
شغل	کارمند ۳۳(۹/۱۶)	تولید مثل و ادراری	۱۰(۲/۸۱)
	خانه دار ۱۳۵(۳۷/۵۰)	سر و گردن	۷(۱/۹۱)
	دانشجو ۹(۲/۵۰)	انواع دیگر	۴۰(۱۱/۱۰)
	کاملاً ناراضی ۲۲(۶/۱۱)	اطلاع از بیماری	۲۸۳(۷۸/۶۱)
رضایت از	ناراضی ۱۷۳(۴۸/۰۵)	بله	۷۷(۲۱/۳۸)
درآمد و شغل	نه راضی- نه ناراضی ۱۲۸(۳۵/۵۵)	خیر	۳۵۰(۹۷/۲۲)
	راضی ۳۷(۱۰/۲۷)	بله	۱۰(۲/۷۷)
	شهر ۱۸۱(۵۰/۲۷)	سن	۱۵/۷۸ ± ۵۳/۷۸
محل زندگی	روستا ۱۷۹(۴۹/۷۲)	(میانگین و انحراف معیار)	
	I ۲۸(۷/۷۷)	مدت بستری	۴/۳۶ ± ۴/۹۶
	II ۹۵(۲۶/۳۸)	(میانگین و انحراف معیار)	
مرحله سرطان	III ۱۲۵(۳۴/۷۲)	مدت ابتلا	۲۴/۱۹ ± ۱۶/۹۳
	IV ۴۵(۱۲/۵۰)	(میانگین و انحراف معیار)	

جدول ۲. مشخصات جمعیت شناختی پرستاران شرکت کننده در مطالعه

متغیرها	تعداد (درصد)	متغیرها	تعداد (درصد)
جنسیت	مرد ۷(۸/۳۳)	وضعیت تاهل	مجرد ۳۰(۳۵/۷۱)
	زن ۷۷(۹۱/۶۶)	متاهل	۵۴(۶۴/۲۸)
دپلم (بیماری)	۲(۲/۳۸)	شیفت کاری	ثابت صبح ۸(۹/۵۲)
		در گردش	۷۶(۹۰/۴۷)
سطح تحصیلات	کارشناسی ۷۵(۸۹/۲۸)	رسمی قطعی	۱۵(۱۷/۸۵)
		رسمی آزمایشی	۲(۲/۳۸)
کارشناسی ارشد	۷(۸/۳۳)	پیمانی	۱۳(۱۵/۷۴)
		قراردادی	۱۶(۱۹/۰۴)
سرپرستار	۱(۱/۱۹)	نوع استخدام	شرکتی ۱۱(۱۳/۰۹)
استف	۵(۵/۹۵)		
پرستار	۷۶(۹۰/۴۷)	طرحی	۲۷(۳۲/۱۴)
بیمار	۲(۲/۳۸)	سن به سال	۳۰/۹۲ ± ۶/۰۹
کاملاً ناراضی	۳۱(۳۶/۹۰)	(میانگین و انحراف معیار)	
ناراضی	۳۲(۳۸/۰۹)	سابقه کار پرستاری به سال	۷/۱۰ ± ۵/۴۹
نه راضی- نه ناراضی	۱۴(۱۶/۶۶)	(میانگین و انحراف معیار)	
راضی	۷(۸/۳۳)	سابقه کار در انکولوژی به سال	۳/۴۳ ± ۲/۱۴
		(میانگین و انحراف معیار)	

جدول ۳. وضعیت مراقبت‌های پرستاری فراموش شده در کل و به تفکیک شهرهای مورد بررسی

متغیر	رشت			زنجان			سطح معناداری
	میانگین	انحراف معیار	محدوده	میانگین	انحراف معیار	محدوده	
مراقبت‌های فراموش شده	۱/۷۲	۰/۳۳	۱/۰۹-۲/۸۴	۲/۱۷	۰/۳۳	۱/۳۹-۲/۹۶	$t=11/97$ $p<0/001$
میانگین کل	۱/۹۵ ± ۰/۴۰						

نمره جو اخلاقی کل صرف نظر از محیط پژوهش (رشت یا زنجان)، $2/68 \pm 0/53$ از ۵ بود. جو اخلاقی غالب به ترتیب جو اخلاقی حرفه‌گرا ($3/04 \pm 0/82$)، جو اخلاقی قانون مدار ($2/86 \pm 0/81$) و جو اخلاقی ابزاری ($2/82 \pm 0/61$) بود. تفاوت آماری معنی‌داری بین نمره کل جو اخلاقی پرستاران دو شهر زنجان و رشت وجود نداشت. تجزیه و تحلیل داده‌ها بر اساس خرده‌مقیاس‌های جو اخلاقی نشان داد جو اخلاقی غالب در واحدهای ارائه‌دهنده خدمات به بیماران در هر دو شهر رشت و زنجان، جو اخلاقی حرفه‌گرا بود. علاوه بر این بین جو اخلاقی مراقبتی و قانون مدار در واحدهای ارائه‌دهنده خدمات به بیماران مبتلا به سرطان

شهرهای زنجان و رشت اختلاف آماری معنی‌داری دیده شد ($p < 0/05$) (جدول ۴).
آزمون همبستگی پیرسون نشان داد بین میانگین نمره جو اخلاقی کلی با مراقبت‌های پرستاری فراموش‌شده کلی، ارتباط آماری معنادار و منفی وجود داشت ($r = -0/422, p < 0/001$). همچنین در سنجش همبستگی بین خرده‌مقیاس‌های جو اخلاقی با نمره مراقبت‌های پرستاری فراموش شده، نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که جو اخلاقی حرفه‌گرا، قانون مدار، مراقبتی و مستقل با نمره کل مراقبت‌های پرستاری فراموش شده ارتباط منفی و معنی‌داری داشتند ($p < 0/05$).

جدول ۴. وضعیت جو اخلاقی محیط‌های مورد پژوهش در کل و به تفکیک خرده مقیاس‌های آن

جو اخلاقی	مراقبتی		قانون مدار		گرا حرفه		ابزاری		مستقل		کل	
	رشت	زنجان	رشت	زنجان	رشت	زنجان	رشت	زنجان	رشت	زنجان	رشت	زنجان
میانگین	۲/۷۸	۲/۲۵	۳/۰۵	۲/۶۶	۳/۱۳	۲/۹۵	۲/۸۰	۲/۸۵	۲/۱۱	۲/۱۶	۲/۷۸	۲/۵۷
انحراف معیار	۰/۷۶	۰/۸۴	۰/۷۴	۰/۸۵	۰/۸۶	۰/۷۸	۰/۶۵	۰/۵۷	۰/۹۰	۰/۸۴	۰/۵۹	۰/۴۴
آزمون تی مستقل	$t = -۳/۰۱۷$	$t = -۲/۲۱۳$	$t = -۰/۹۹۰$	$t = -۰/۳۲۹$	$t = -۰/۲۴۸$	$t = -۰/۸۴۳$	$t = -۰/۷۴۳$	$t = -۰/۸۴۳$	$t = -۰/۷۴۳$	$t = -۰/۷۴۳$	$t = -۰/۷۴۳$	$t = -۰/۷۴۳$
	$P = ۰/۰۰۳$	$P = ۰/۰۳۰$	$P = ۰/۳۲۵$	$P = ۰/۷۴۳$	$P = ۰/۸۰۴$	$P = ۰/۸۰۴$	$P = ۰/۸۰۴$	$P = ۰/۸۰۴$	$P = ۰/۸۰۴$	$P = ۰/۸۰۴$	$P = ۰/۸۰۴$	$P = ۰/۸۰۴$
میانگین و انحراف معیار کل	۲/۵۲±۰/۸۴		۲/۸۶±۰/۸۱		۳/۰۴±۰/۸۲		۰/۶۱±۲/۸۲		۰/۸۷±۲/۱۴		۰/۵۳±۲/۶۸	

جدول ۵. همبستگی بین جو اخلاقی و خرده مقیاس‌های آن با

مراقبت‌های پرستاری فراموش شده		
جو اخلاقی	مراقبت‌های پرستاری فراموش شده	
	r	P
جو اخلاقی مراقبتی	-۰/۴۵۲	۰/۰۰۱
جو اخلاقی قانون مدار	-۰/۳۸۹	۰/۰۰۱
جو اخلاقی مستقل	-۰/۲۴۹	۰/۰۲۲
جو اخلاقی حرفه گرا	-۰/۲۴۹	۰/۰۲۳
جو اخلاقی ابزاری	-۰/۰۵۱	۰/۶۴۲
جو اخلاقی کل	-۰/۴۲۲	۰/۰۰۱

بحث

این مطالعه با هدف تعیین ارتباط جو اخلاقی و مراقبت‌های پرستاری فراموش‌شده در واحدهای ارائه‌دهنده مراقبت به بیماران مبتلا به سرطان دو شهر رشت و زنجان انجام شد. نتایج نشان داد که میانگین نمره کلی مراقبت‌های پرستاری فراموش شده، پایین بود. پایین بودن نمره مراقبت‌های پرستاری فراموش شده در بخش‌های مراقبت از سرطان، در مطالعه حاضر و دیگر مطالعات مشابه در گذشته (۱۱، ۲۳) می‌تواند بیانگر درک پرستاران شاغل در بخش‌های انکولوژی، از حساسیت بالای مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان و نیاز آن‌ها به مراقبت همه جانبه باشد. البته میزان مراقبت‌های پرستاری فراموش شده در مطالعه حاضر کمتر از مطالعه قبلی انجام شده در قبرس (۱۹) بود که آن هم در بخش‌های انکولوژی انجام شده است. متفاوت بودن نمره مراقبت‌های پرستاری فراموش شده در جوامع مختلف می‌تواند به دلیل تفاوت در سیستم‌های

نظارتی حاکم بر سازمان‌ها/ بیمارستان‌ها باشد. از طرف دیگر کیفیت ارائه مراقبت‌های پرستاری می‌تواند تحت تأثیر عوامل زمینه‌ای قرار گیرد. در این مطالعه نقش حمایتی و آموزشی در مراقبت از بیماران، جزء مراقبت‌های پرستاری فراموش شده شایع بود. این در حالی است که بیماران مبتلا به سرطان نیازمند مراقبت چندجانبه، شایسته، کیفی، کم هزینه، منحصر به فرد و حرفه‌ای می‌باشند (۱۱). از طرف دیگر آموزش مسائل بهداشتی و مراقبتی به بیماران مبتلا به سرطان منجر به افزایش آگاهی این بیماران و در نتیجه کاهش عوارض ناشی از بستری بیمار در بیمارستان می‌گردد. مطالعه لیک^۱ و همکاران در آمریکا نیز که از نگاه پرستاران شاغل در بیمارستان‌ها، مراقبت‌های پرستاری فراموش شده را بررسی کرده (۲۵)، نتایج مشابهی را نشان می‌دهد. این در حالی است که در یک مطالعه دیگر انجام شده در ایالتی واقع در غرب آمریکا، آموزش به بیمار جزء کمترین موارد مراقبت پرستاری فراموش شده گزارش شده است (۱۱). این تفاوت می‌تواند در کنار وجود تفاوت‌های فرهنگی و سازمانی در مناطق تحت بررسی به تفاوت در میزان بار کاری پرسنل و کمبود نیروی کاری و عدم حضور مؤثر پرسنل پرستاری در جلسات آموزشی مربوط باشد که منجر به کاهش اطلاعات در زمینه اهمیت توجه به این موارد و در نتیجه کاهش کیفیت مراقبت‌های ارائه شده می‌گردد

^۱ Lake

(۲۶). لازم به ذکر است نشان داده شده است که پرستاران قبل از ارائه آموزش و ارائه حمایت‌های عاطفی و روانی به بیمار، نگرانی‌های بالینی قریب الوقوع را در اولویت قرار می‌دهند که در نتیجه، این امر موجب نادیده گرفته شدن اهمیت آموزش در مراقبت از بیماران به خصوص بیماران سرطانی می‌تواند بشود (۲۷).

همسو با مطالعات قبلی انجام شده در آمریکا و قبرس (۱۹،۱۱)، دومین مراقبت پرستاری فراموش شده در مطالعه حاضر، بی توجهی به جابه‌جایی بیمار بود. یکی از دلایل فراموشی این مهم در گذشته به دلیل عدم آگاهی پرستاران از اهمیت بالای تحرک بیماران به خصوص بیماران مبتلا به سرطان جهت جلوگیری از بروز عوارض ناشی از بی تحرکی معرفی شده است (۱۲). این عامل معرفی شده منطقی است چرا که اگر پرستاران در یک موقعیت مراقبتی اطلاعات کافی نداشته باشند، احتمالاً کیفیت پایینی از مراقبت پرستاری را ارائه می‌دهند (۲۶).

در مطالعه حاضر، کمترین موارد مراقبت‌های پرستاری فراموش شده از دیدگاه بیماران معرفی پرستاران در ابتدای هر شیفت و کنترل قند خون و علائم حیاتی بیماران بودند که با مطالعه قبلی انجام شده در ایران البته نه در بخش‌های انکولوژی (۱۲) و یک مطالعه قبرسی با هدف تقریباً مشابه که روی بخش‌های انکولوژی انجام شده است (۱۹) همسو است. می‌توان گفت، توجه زیاد پرستاران به این نوع از مراقبت‌ها صرف نظر از نوع بخش به دلیل وجود سیستم دقیق ثبت و نظارت قوی بر انجام این گونه مداخلات است. علاوه بر این در ایران ثبت انجام این نوع از مراقبت‌ها در پرونده بیماران ضروری است، بنابراین احتمال غفلت از آنها بسیار پایین است.

نتایج نشان داد از میان پنج خرده مقیاس جو اخلاقی، جو اخلاقی حرفه‌گرا و قانون مدار غالب بودند. کمترین نمره جو اخلاقی نیز مربوط به جو اخلاقی مراقبتی و جو اخلاقی مستقل بود. به عبارتی دیگر در

جامعه مورد مطالعه ما قوانین، مقررات، دستورالعمل‌ها و بخشنامه‌ها قدرت اول را از منظر پرستاران دارند و افراد خود را ملزم به تبعیت از آنها می‌دانند. اما توجه به اخلاق و عادات شخصی در جامعه مورد پژوهش از اهمیت کمی برخوردار بود. یافته بدست آمده در زمینه غالب بودن جو اخلاقی حرفه‌گرا با مطالعات برهانی و همکاران در تهران، ریونیدز و همکاران در قبرس و فیلیپووا در آمریکا همخوانی دارد (۲۸،۱۹،۱۷). غالب بودن جو اخلاقی قانون مدار در جامعه مورد پژوهش با نتیجه مطالعه ابوحشیش همسو است (۱۶). در کل غالب بودن جو اخلاقی حرفه‌گرا و قانون مدار در مطالعه حاضر و مطالعات انجام شده در گذشته نشان‌دهنده این است که پرستاران در سرتاسر دنیا بدون در نظر گرفتن تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی، در مراقبت از بیماران و صرف نظر از نوع بیماری آنها به مقررات مربوط به حرفه خود پایبند هستند و پیروی از قوانین و دستورالعمل‌های سازمانی از اهمیت بالایی برای پرستاران برخوردار است و توجه به حرفه‌گرایی و کدهای اخلاقی که برای رونق بخشیدن به درمان و سلامت بیماران اهمیت دارند، در بین پرستاران مشهود است. این موضوع به معنی هماهنگی و همکاری بیشتر بین رشته‌ای در میان کادر درمان نیز می‌تواند باشد که در نهایت منجر به بهبود ارائه مراقبت‌های مورد نیاز بیماران می‌گردد (۲۹).

در مطالعه حاضر کمترین نمره جو اخلاقی، مربوط به جو اخلاقی مستقل بود که با مطالعه ریونیدز و همکاران همخوانی داشت (۱۹). این در حالی است که مطالعه فیلیپووا در آمریکا نشان می‌دهد که جو اخلاقی مستقل یکی از جوهای اخلاقی شایع در واحدهای ارائه دهنده خدمات به بیماران مبتلا به سرطان است (۲۸). وجود برخی تفاوت‌ها میان نتایج مطالعات انجام شده قابل پیش بینی بود و همانطور که در بخش قبل اشاره شد جو اخلاقی از جمله ابعاد فرهنگ حاکم بر سازمان‌ها و اجتماعات است که تحت تأثیر عوامل

و در نتیجه پاسخ‌های غیرواقعی گردد. همچنین با توجه به اینکه هر دو متغیر جو اخلاقی و مراقبت‌های پرستاری فراموش شده تحت تأثیر زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی هر منطقه قرار دارند، تعمیم یافته‌های این مطالعه با محدودیت‌هایی همراه است.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که میزان مراقبت‌های پرستاری فراموش شده در بخش‌های ارائه خدمات به بیماران مبتلا به سرطان پایین است. با این حال، پرستاران این بخش‌ها بیشترین غفلت را در زمینه مراقبت‌های پرستاری پایه داشتند. از طرف دیگر جو اخلاقی حرفه‌گرا و قانون مدار، جو غالب در محیط‌های مورد مطالعه بود. در ضمن بین جو اخلاقی درک شده در میان پرستاران و میزان بروز مراقبت‌های پرستاری فراموش شده ارتباط منفی و معنی داری وجود داشت. بر اساس نتایج این مطالعه می‌توان گفت افزایش برگزاری هرچه بیشتر جلسات آموزشی و ترغیب پرستاران جهت شرکت در این جلسات در راستای افزایش اطلاعات در زمینه عوارض بی تحرکی، و مسئله آموزش به بیمار جهت بهبود هرچه بیشتر کیفیت مراقبت‌های ارائه شده به این بیماران ضروری است. با عنایت به قرار داشتن نمره جو اخلاقی در حد متوسط پیشنهاد می‌شود به منظور افزایش رضایت شغلی پرستاران و ایجاد محیطی ایمن برای آنان به بهبود جو اخلاقی حاکم بر محیط کار پرستاران بخش‌های مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان تلاش بیشتری صورت گیرد. با توجه به ارتباط جو اخلاقی به ویژه قدرت آیین نامه‌ها، دستورالعمل‌ها و مقررات حاکم بر بیمارستان با مراقبت‌های پرستاری فراموش شده و در نتیجه کیفیت مراقبت‌ها از بیماران مبتلا به سرطان به نظر می‌رسد با تهیه و تنظیم گایدلاین‌های مراقبتی، قوانین و دستورالعمل‌های شفاف مراقبتی بتوان وضعیت مراقبت‌های پرستاری را بهبود بخشید.

مختلف زمینه ای قرار می‌گیرد (۱۸). این تأثیرپذیری جو اخلاقی از زمینه‌های فرهنگی- اجتماعی و محیطی باعث می‌شود که جو اخلاقی غالب نه تنها در بیمارستان‌های مختلف بلکه در بخش‌های مختلف یک بیمارستان نیز با هم متفاوت باشد (۱۱). از طرف دیگر نشان داده شده است که درک پرستاران از جو اخلاقی تحت تأثیر میزان رضایت شغلی آنها نیز قرار می‌گیرد (۱۷)، بنابراین با توجه به اینکه اکثریت پرستاران شرکت کننده در این مطالعه از شغل و میزان درآمد خود ناراضی بودند، می‌توان گفت نارضایتی شغلی می‌تواند منجر به توجه آنها به منافع شخصی و کاهش حس نوع دوستی گردد. این امر باید توسط مدیران پرستاری و تصمیم‌گیران عرصه سلامت مورد توجه قرار گیرد.

وجود ارتباط منفی و معنی‌دار بین جو اخلاقی در کل و مراقبت‌های پرستاری فراموش شده در این مطالعه و مطالعه مشابه انجام شده در قبرس نشان دهنده این است که به دنبال بهبود درک پرستاران از جو اخلاقی حاکم بر بیمارستان، میزان بروز مراقبت‌های پرستاری فراموش شده در بین آنان کاهش می‌یابد. به بیان دیگر می‌توان گفت تبعیت از اخلاق حرفه‌ای و توجه همه جانبه به قوانین حاکم بر بیمارستان، منجر به بهبود کیفیت مراقبت‌های پرستاری می‌گردد. در نتیجه میزان بروز مراقبت‌های پرستاری فراموش شده کاهش می‌یابد (۱۹). از طرف دیگر نشان داده شده است که بهبود درک پرستاران از جو اخلاقی حاکم بر سازمان منجر به افزایش میزان تعهد سازمانی پرستاران در بیمارستان می‌گردد (۳۰). در نتیجه میزان پایبندی پرستاران به قوانین و مقررات سازمان افزایش می‌یابد که این امر نیز موجب بهبود مراقبت‌های پرستاری ارائه شده می‌گردد.

از جمله محدودیت‌های این مطالعه، عدم آگاهی بیماران مبتلا به سرطان از زمان و نحوه اجرای صحیح و دقیق اقدامات درمانی توسط پرستاران است که می‌تواند منجر به عدم قضاوت صحیح توسط بیماران

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از زحمات استاد محترم، مرحوم پروفسور
سقراط فقیه زاده سپاسگزاریم.

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد
پرستاری داخلی- جراحی مصوب دانشگاه علوم پزشکی
زنجان با کد اخلاق IR.ZUMS.REC.0150 می باشد.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ گونه تعارض منافی برای گزارش
ندارند.

References

- 1- Danaei G, Farzadfar F, Kelishadi R, Rashidian A, Rouhani OM, Ahmadnia S, et al. Iran in transition. The Lancet. 2019;393(10184):1984-2005.
- 2- Kamangar F, Nasrollahzadeh D, Safiri S, Sepanlou SG, Fitzmaurice C, Ikuta KS, et al. The global, regional, and national burden of oesophageal cancer and its attributable risk factors in 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet Gastroenterology & Hepatology. 2020;5(6):582-97.
- 3- Mohammadi E, Aminorroaya A, Fattahi N, Azadnajafabad S, Rezaei N, Farzi Y, et al. Epidemiologic pattern of cancers in Iran; current knowledge and future perspective. Journal of Diabetes & Metabolic Disorders. 2021;20(1):825-29.
- 4- Nantsupawat A, Poghosyan L, Wichai khum O-A, Kunaviktikul W, Fang Y, Kueakomoldej S, et al. Nurse staffing, missed care, quality of care and adverse events: a cross-sectional study. Journal of Nursing Management. 2022;30(2):447-54.
- 5- Goldman A, Tabak N. Perception of ethical climate and its relationship to nurses' demographic characteristics and job satisfaction. Nursing Ethics. 2010;17(2):233-46.
- 6- Kalisch BJ, Lee H. Nursing teamwork, staff characteristics, work schedules, and staffing. Health Care Management Review. 2009;34(4):323-33.
- 7- Sruловичi E, Drach-Zahavy A. Nurses' personal and ward accountability and missed nursing care: a cross-sectional study. International Journal of Nursing Studies. 2017;75:163-71.
- 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.
- 9- 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.
- 10- Farahani MA, Oskouie F, Ghaffari F. Factors affecting nurse turnover in Iran: a qualitative study. Medical Journal of the Islamic Republic of Iran. 2016;30:356.
- 11- Friese CR, Kalisch BJ, Lee KH. Patterns and correlates of missed nursing care in inpatient oncology units. Cancer Nursing. 2013;36(6):51-57.
- 12- 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.
- 13- Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. BMJ Quality & Safety. 2012;344:e1717.
- 14- Mun MY, Kim MY. Influence of hospital ethical climate and nursing professionalism on patient safety management activity by nurses. Journal of Korean Academy of Nursing Administration. 2019;25(5):458-66.
- 15- Hwang JI, Park HA. Nurses' perception of ethical climate, medical error experience and intent-to-leave. Nursing Ethics. 2014;21(1):28-42.
- 16- Abou Hashish EA. Relationship between ethical work climate and nurses' perception of organizational support, commitment, job satisfaction and turnover intent. Nursing Ethics. 2017;24(2):151-66.

- 17- Borhani F, Jalali T, Abbaszadeh A, Haghdoost A. Nurses' perception of ethical climate and organizational commitment. *Nursing Ethics*. 2014;21(3):278-88.
- 18- Constantina C, Papastavrou E, Charalambous A. Cancer nurses' perceptions of ethical climate in Greece and Cyprus. *Nursing Ethics*. 2019;26(6):1805-21.
- 19- Vryonides S, Papastavrou E, Charalambous A, Andreou P, Eleftheriou C, Merkouris A. Ethical climate and missed nursing care in cancer care units. *Nursing Ethics*. 2018;25(6):707-23.
- 20- Cho SH, Mark BA, Knafl G, Chang HE, Yoon HJ. Relationships between nurse staffing and patients' experiences, and the mediating effects of missed nursing care. *Journal of Nursing Scholarship*. 2017;49(3):347-55.
- 21- Orique SB, Patty CM, Sandidge A, Camarena E, Newsom R. Quantifying missed nursing care using the hospital consumer assessment of healthcare providers and systems (HCAHPS) survey. *The Journal of Nursing Administration*. 2017;47(12):616-22.
- 22- Kalisch BJ, Williams RA. Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *The Journal of Nursing Administration*. 2009;39(5):211-19.
- 23- 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.
- 24- Victor B, Cullen JB. A theory and measure of ethical climate in organizations. *Research in Corporate Social Performance and Policy*. 1987;9(1):51-71.
- 25- Lake ET, Germack HD, Viscardi MK. Missed nursing care is linked to patient satisfaction: a cross-sectional study of US hospitals. *BMJ Quality & Safety*. 2016;25(7):535-43.
- 26- Price S, Reichert C. The importance of continuing professional development to career satisfaction and patient care: meeting the needs of novice to mid-to late-career nurses throughout their career span. *Administrative Sciences*. 2017;7(2):17.
- 27- 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.
- 28- Filipova AA. Ethical climates in for-profit, nonprofit, and government skilled nursing facilities. *JONA's Healthcare Law, Ethics & Regulation*. 2011;13(4):125-31.
- 29- Martin KD, Cullen JB. Continuities and extensions of ethical climate theory: a meta-analytic review. *Journal of Business Ethics*. 2006;69(2):175-94.
- 30- Borhani F, Jalali T, Abbaszadeh A, Haghdoost AA, Amiresmaili M. Nurses' perception of ethical climate and job satisfaction. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2012;5(1):6-13.