

The Correlation of Missed Nursing Care and Perceived Supervisory Support in Nurses

Ilnaz Vatankhah¹, Monireh Rezaei², Esfandiar Baljani³

Abstract

Background & Aims: Missed nursing care is a common threat to the safety and quality of patient care, and investigating the influential factors in this regard could prevent or minimize this issue. Missed nursing care could lead to patient readmission and extra costs imposed on patients and healthcare organizations. Supervisor support plays a pivotal role in the commitment of nurses to the organization. The behaviors and activities of health supervisors could promote the positive attitude of the subordinates, thereby leading to their moral commitment. Although missed nursing care is considered to be a highly challenging issue for nursing managers, few studies have evaluated perceived care support and the associated challenges. The present study aimed to investigate the correlation between missing nursing care and perceived supervisory support.

Materials & Methods: This descriptive-correlational study was conducted on 139 nurses employed in the inpatient wards of Imam Reza Hospital in Urmia, Iran during May-March 2019. The participants were selected via census sampling. Data were collected using a questionnaire, the first section of which consisted of demographic data, the second section was the missed care nursing questionnaire, and the third section included the standard tools for the assessment of perceived supervisory support. The missed care questionnaire was designed and psychoanalyzed by Kalish in 2006, and the items are scored based on a five-point Likert scale (Never=0, Always=4). The scale has four domains of review, interventions and personal care, interventions and primary care, and planning. The family supportive supervisor behaviors (FSSB) perceived support questionnaire consists of 14 items and was designed and psychoanalyzed by Hammer in 2009. The questionnaire items are scored based on a five-point Likert scale, with the higher scores indicating higher parental support. The main dimensions of the FSSB are emotional support, instrumental support, and role models. After obtaining the required permit for sampling, the questionnaire was distributed among the nurses working in different shifts and on different days. With their consent, the contact number of the participants was obtained. The questionnaires were collected from the respondents in the same or the next work shift and with proper coordination. The inclusion criteria were having a bachelor's degree (or higher), informed consent to participate in the research, employment in the hospital as a nurse, and minimum work experience of six months. Data analysis was performed in SPSS version 16 using descriptive statistics (mean and standard deviation), Pearson's correlation-coefficient, independent t-test, and the analysis of variance (ANOVA) at the significance level of $P < 0.05$.

Results: The highest mean scores of perceived supervisory support achieved by the nurses were in the items regarding time allocation to listening to the problems of nurses, listening to the problems of nurses about work difficulties and unemployment, creativity in task assignment to improve teamwork in the ward, ward management to meet the needs of each nurse separately, and welcoming suggestions to facilitate the balance of the professional and routine needs of nurses. The most significant aspects of missed nursing care were helping patients in the toilet within less than five minutes after the patient's request, meal preparation for the patients who are able to eat without help, changing patients' position every two hours, and the oral care (mouthwash use), skin care, and bathing of patients. Pearson's correlation-coefficient indicated a significant, weak, inverse correlation between the

¹. Department of Nursing, Islamic Azad University, Urmia Branch, Urmia, Iran

². Department of Midwifery, Islamic Azad University, Urmia Branch, Urmia, Iran
Tel: 09144419489 Email: m.rezaei@iaurmia.ac.ir

(Corresponding author)

³. Department of Nursing, Islamic Azad University, Urmia Branch, Urmia, Iran

total scores of perceived support and missed nursing care ($r=-0.19$; $P<0.05$). Furthermore, significant, inverse correlations were denoted between perceived support and the subscales of missing nursing care ($r=-0.167$; $P<0.05$), as well as perceived support and the primary care subscale ($r=-0.134$; $P<0.05$). However, no significant associations were observed between perceived support, the personal care subscale, and planning ($P>0.05$).

Conclusion: According to the results, perceived supervisory support was correlated with the dimensions of assessment and interventions and primary care regarding missed nursing care. Nursing managers are advised to pursue and implement the support of clinical nurses as a major hospital policy to prevent the loss of care and improve patient safety. As the first-line managers of the clinical environment, nurses may further contribute to nursing care by adopting supportive strategies, thereby increasing patient satisfaction and reducing the treatment costs imposed on patients and the healthcare organization. Our findings could lay the groundwork for monitoring the supportive role of nursing managers, as well as designing and developing effective support models for nursing managers and nurses to improve the primary indicators of nursing care quality.

Keywords: Perceived Support, Clinical Nurse, Missed Nursing Care, Nursing Manager, Care

Conflict of Interest: No

How to Cite: 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):103-16.

Received: 20 Jul 2020

Accepted: 19 Oct 2020

ارتباط مراقبت‌های پرستاری از دست رفته و حمایت سرپرستی درک شده پرستاران

ایلناز وطن خواه^۱، منیره رضایی^۲، اسفندیار بالجانی^۳

چکیده

زمینه و هدف: مراقبت‌های پرستاری از دست رفته به عنوان تهدید شایعی برای ایمنی و کیفیت خدمات مراقبتی شناخته می‌شود و بررسی آن می‌تواند از این پدیده پیشگیری نموده و یا خدمات از دست رفته پرستاری را به حداقل برساند. حمایت سرپرست در تحت تأثیر قرار دادن تعهد افراد به سازمان، نقش نهایی را بر عهده دارد. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط بین مراقبت‌های پرستاری از دست رفته و حمایت سرپرستی درک شده پرستاران انجام گرفت.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی- همبستگی در سال ۱۳۹۸ در بیمارستان تأمین اجتماعی ارومیه انجام شد. نمونه‌ها شامل ۱۳۹ پرستار شاغل در بخش های بستری با نمونه‌گیری سرشماری بودند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه سه قسمتی شامل اطلاعات جمعیت شناختی، مراقبت‌های پرستاری از دست رفته کالیش و حمایت سرپرستی درک شده هاست. روایی و پایایی هر دو پرسشنامه قبلاً در مطالعات داخل کشور تأیید شده است. داده‌ها با استفاده از آزمون های توصیفی و استنباطی و نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: بیشترین مراقبت‌های پرستاری از دست رفته، کمک به توالت بیمار، آماده کردن وعده‌های غذایی، تغییر پوزیشن هر دو ساعت، مراقبت از دهان و پوست و استحمام بیمار بودند. آزمون همبستگی بین امتیازات کلی حمایت درک شده و مراقبت‌های پرستاری از دست رفته ارتباط معکوس معنی‌داری نشان داد ($P < 0/05$). بین حمایت درک شده و زیرمقیاس بررسی و مراقبت‌های اولیه در مراقبت‌های از دست رفته ارتباط معنی‌دار معکوس وجود داشت. ولی بین حمایت درک شده و زیرمقیاس مراقبت شخصی و برنامه ریزی ارتباط معنی‌داری یافت نشد.

نتیجه‌گیری کلی: نتایج این مطالعه نشان داد حمایت درک شده با برخی زیرمقیاس‌های مراقبت‌های پرستاری از دست رفته ارتباط دارد. مدیران پرستاری می‌توانند حمایت از پرستاران بالینی را به عنوان خط مشی‌های بیمارستانی پی‌گیری و اجرا نمایند تا به این شکل از بروز مراقبت‌های از دست رفته جلوگیری و ایمنی بیماران را ارتقاء دهند.

کلید واژه‌ها: حمایت، پرستار بالینی، مراقبت پرستاری از دست رفته، مدیر پرستاری، مراقبت

تعارض منافع: ندارد

تاریخ دریافت: ۹۹/۴/۳۰

تاریخ پذیرش: ۹۹/۷/۲۸

مقدمه

یکی از اشکال متمایز نقص در مراقبت‌های بهداشتی، مراقبت‌های پرستاری از دست رفته است که در سطح جهان نگرانی‌هایی را ایجاد کرده است^(۱). می‌توان گفت که مراقبت‌های پرستاری از دست رفته، مراقبت‌هایی هستند که مورد نیاز بیماران بوده و برای بهبود هر چه بهتر و سریع‌تر بیماران لازم و ضروری هستند^(۲). با توجه به تاریخ طولانی مراقبت‌های پرستاری از دست رفته و افزایش بروز آن‌ها و تأثیرات منفی آن، مسأله فوق به عنوان یک عامل نگران کننده در امر مراقبت مورد توجه قرار گرفته است^(۳).

مطالعات انجام شده در کشورهای مختلف نشان دهنده آن است که بروز مراقبت‌های پرستاری از دست رفته با کاهش رضایتمندی بیماران، بستری مجدد بیماران در بیمارستان‌ها، بروز خطاهای دارویی و عوارض ناشی از مصرف داروها، سقوط بیماران از تخت، افزایش بار کاری پرستاران^(۴)، بالا رفتن فشارهای روانی در محیط کار، کاهش رضایتمندی پرستاران از شغل پرستاری^(۵) و قصد برای ترک شغل، بالا رفتن هزینه‌های تحمیل شده به بیمار و سازمان مرتبط است^(۶،۷).

حمایت سرپرست به درجه حمایت و توجه دریافتی کارکنان از طرف سرپرستان خود اشاره دارد. سرپرستان جزو اولین سطوح هر سازمان در برخورد با کارکنان سطح پایین‌تر به حساب می‌آیند؛ بنابراین هر نوع استاندارد و ارزشی که توسط سازمان پیاده شود از طریق سرپرستان در سازمان حفظ می‌شود^(۸). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد حمایت سرپرست در تحت تأثیر قرار دادن تعهد افراد به سازمان، نقش‌نهایی را بر عهده دارد. رفتارها و فعالیت‌های سرپرست، نگرش‌ها و احساسات مثبت زیردستان را تقویت می‌کند و این موضوع نوعی حس تعهد اخلاقی را در زیردستان ایجاد می‌کند. از طرفی حمایت سرپرست، سطحی تعریف می‌شود که کارکنان سرپرستان را حامی خود می‌بینند و نگرانی آن‌ها را در عملکرد کاری درک می‌کنند^(۹). بنابراین حمایت سرپرست ممکن است تعهد عاطفی و اخلاقی در پرستاران بالینی ایجاد کرده و در نتیجه

از بروز مراقبت‌های از دست رفته جلوگیری نماید. مطالعات نشان می‌دهند سرپرستان تنها منابع اطلاعاتی نیستند، اما ادراک کارکنان از موقعیت کاری در سازمان را تحت تأثیر قرار می‌دهند، زمانی که سرپرستان از کارکنان حمایت می‌کنند، اثر مثبتی بر نتایج رفتار و نگرش کارکنان به وجود می‌آید^(۱۰).

یکی از دغدغه‌های اصلی محققین و مدیران بیمارستان‌ها این بوده است که مراقبت‌های پرستاری با کیفیت بالا و ایمن به بیماران ارائه شود. این بدان معنی است که مراقبت‌های پرستاری از دست رفته به دلیل اهمیت بالای آن به حداقل ممکن برسد و بنابراین شناسایی عوامل مرتبط با مراقبت‌های پرستاری از دست رفته مورد توجه محققین و سیاست‌گذاران حوزه سلامت بوده است و پژوهش‌های فراوانی در کشورهای مختلف در خصوص این امر در حال انجام است^(۱۱). در این راستا، نتایج مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که مراقبت‌های پرستاری از دست رفته با تعداد کارکنان، موجود نبودن داروهای مورد نیاز، ارتباط تیمی بین پرستاران و پزشکان و تعداد پذیرش بیماران ارتباط معنی‌داری دارد^(۱۲،۱۳).

مراقبت‌های از دست رفته پرستاری یکی از شاخص‌های مهم بررسی کیفیت مراقبت‌های پرستاری است^(۱۴) در نتیجه بررسی عوامل مؤثر بر آن و بهبود مراقبت‌های پرستاری از اهمیت فراوانی برخوردار است. با وجود این که مراقبت‌های پرستاری از دست رفته مشکل قابل توجهی در بیمارستان‌های سطح دنیا به وجود آورده و مفهوم مهمی در پرستاری است، اما به یک موضوع چالش برانگیز در واحدهای مراقبت تبدیل شده است که با ویژگی‌هایی مثل احساس گناه پرستار، ناتوانی در اصلاح وضعیت پیش آمده و ترس همراه است^(۱۵). در واقع علم مراقبت‌های پرستاری از دست رفته در مراحل ابتدایی خود قرار دارد و جهت افزایش آگاهی در این مورد نیاز به مطالعات بیشتری است^(۱۶).

محیط کار پرستاران به خاطر ویژگی‌های خاصی مانند کار آخر هفته، سختی و ابهام در کار، مواجهه با اورژانس حاد

تهدیدکننده حیات دارای شرایط خاصی است^(۱۷). این شرایط سخت محیط کار نیاز پرستاران به حمایت را بیش از سایر کارکنان مورد تأکید قرار می‌دهد. نتایج مطالعه حسن خانی نشان داد که مراقبت‌های پرستاری از دست رفته تحت تأثیر عوامل محیط کار پرستاران مثل حجم کار بالا قرار دارد. این در حالی است که سرپرستان و مدیران خط اول مراقبت و درمان بیشترین نقش حمایتی را در تعدیل شرایط کار پرستاران می‌توانند ایفا نمایند^(۱۸). در مطالعه vera و همکاران، از حمایت اجتماعی در سطح کارهای گروهی (حمایت سرپرست و حمایت همکار) و استقلال شغلی به عنوان منابع شغلی نام برده شده است. در این مطالعه حمایت اجتماعی در سطح کار گروهی (حمایت سرپرست و حمایت همکار) و استقلال شغلی با میزان جذب پرستاران در محیط‌های کاری ارتباط داشته است و نکته قابل توجه این است که حمایت سرپرست در کارهای گروهی به عنوان تنها متغیر، نقش میانجی‌گری در ارتباط بین استقلال شغلی و افزایش جذب پرستاران در محیط‌های کاری داشته است^(۱۹).

شناسایی علل و عوامل مرتبط با بروز مراقبت‌های پرستاری از دست رفته به منظور کاهش آن مورد توجه محققین بوده است. برای مثال نتایج مطالعه یعقوبی و همکاران نشان داد که کار گروهی بین پرستاران با میزان مراقبت‌های از دست رفته پرستاری ارتباط دارد^(۲۰). خواجه‌پوی و همکاران، بعد از انجام مطالعه‌ای با عنوان مراقبت‌های پرستاری از دست رفته و عوامل مرتبط با آن از دیدگاه پرستاران، به این نتیجه رسیدند که شرایط محیط کار مثل کمبود نیروی انسانی، عدم حمایت از سوی اعضای تیم درمان، می‌تواند بر مراقبت‌های پرستاری از دست رفته تأثیر داشته باشد. همچنین در مطالعه Hernandez، منابع انسانی و ارتباطات اعضای تیم درمانی به عنوان عوامل مؤثر بر مراقبت‌های پرستاری از دست رفته ذکر گردیده است^(۲۱). در مطالعه ball، حجم کار پرستاران به عنوان عامل تأثیرگذار در بروز مراقبت‌های پرستاری از دست رفته بیان گردیده است^(۲۲). این در حالی است که مدیران پرستاری

می‌توانند از طریق حمایت از پرستاران، شرایط کار آن‌ها را تعدیل نمایند^(۲۳) تا مراقبت‌های پرستاری فراموش شده به حداقل برسد. حمایت سرپرستان از کارکنان، اثر مثبتی در رفتار و نگرش کارکنان خواهد داشت، و ارتباط دوسویه حمایت سرپرستی درک شده و پیامدهای مثبت سازمانی نظیر ابقای کارمند در شغل و بهبود عملکرد کاری، به اثبات رسیده است^(۲۴)، این مطالعه با هدف تعیین ارتباط بین مراقبت‌های پرستاری از دست رفته و حمایت درک شده انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی - همبستگی بوده که در فاصله خرداد تا اسفند ماه ۱۳۹۸ در بیمارستان تأمین اجتماعی ارومیه انجام شد. جامعه آماری شامل تمامی پرستاران (۱۸۰ نفر) شاغل در بخش‌های بستری بیمارستان امام رضا وابسته به سازمان تأمین اجتماعی بود که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند. نمونه‌گیری به صورت سرشماری بوده است که پس از تحویل پرسشنامه‌ها فقط ۱۳۹ پرستار (۷۸ درصد پرستاران) شاغل در بخش‌های بستری پرسشنامه تکمیل شده را عودت دادند. بدین ترتیب ۴۱ نفر از پرستاران به دلیل تکمیل نکردن پرسشنامه‌ها از مطالعه خارج شدند. بعد از اخذ مجوزهای لازم برای نمونه‌گیری، پرسشنامه به تمام پرستاران در شیفت‌ها و روزهای مختلف کاری داده شد و با رضایت خود همکاران شماره تماسی از آن‌ها گرفته شد و در همان نوبت کاری یا نوبت کاری بعدی بعد از هماهنگی، پرسشنامه‌ها جمع‌آوری گردید. معیارهای ورود به مطالعه شامل دارا بودن مدرک کارشناسی و بالاتر، داشتن رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش و شاغل بودن در بیمارستان به عنوان پرستار و داشتن حداقل شش ماه سابقه کار بودند. ابزار گردآوری داده‌ها یک پرسشنامه سه قسمتی بوده است. در قسمت اطلاعات جمعیت شناختی، نام بخش، مدرک تحصیلی، جنسیت، سن، عنوان شغلی، ساعات کاری در ماه، نوع نوبت کاری که در آن فعالیت داشتند و سابقه کاری

درک شده بیشتر است. زیرمقیاس‌های این پرسشنامه شامل حمایت عاطفی (۴ گویه)، حمایت ابزاری (۳ گویه) و الگوی نقش (۷ گویه) است^(۲۹). مجموع امتیازات آن بین ۱۴ تا ۷۰ متغیر است^(۳۰) و در مطالعه tuzun مورد استفاده قرار گرفته و و روایی و پایایی آن به تأیید رسیده است^(۳۱). در این مطالعه برای به دست آوردن روایی پرسشنامه مذکور از روایی صوری و محتوا استفاده شد و نظرات اصلاحی اساتید دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و دانشکده پرستاری دانشگاه آزاد ارومیه اعمال شد. همچنین برای به دست آوردن پایایی پرسشنامه، پرسشنامه به ۲۰ نفر از پرستاران که جزء نمونه‌های اصلی به حساب نیامدند، داده شد و از طریق آزمون آلفای کرونباخ، پایایی آن برابر ۰/۷۸ تعیین گردید. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ صورت گرفت. در این راستا از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون همبستگی پیرسون، آزمون تی مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه) استفاده گردید. سطح معنی‌داری $p < 0/05$ در نظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی از طریق اخذ معرفی نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه و معرفی خود به ریاست و مدیریت خدمات پرستاری بیمارستان تأمین اجتماعی، کسب مجوز کمیته اخلاق دانشکده علوم پزشکی واحد ارومیه (IR.IAU.URMIA.REC.1398.013)، اخذ رضایت نامه آگاهانه و کتبی از مشارکت‌کنندگان مبنی بر اجازه شرکت در مطالعه رعایت گردید.

یافته‌ها

جدول شماره ۱ مشخصات جمعیت شناختی پرستاران شرکت کننده در مطالعه را نشان می‌دهد. ۵۴ درصد پرستاران شرکت کننده زن و متأهل (۵۵/۴ درصد) بودند. میانگین و انحراف معیار کلی مراقبت پرستاری از دست رفته $(12/59 \pm 25/66)$ بود.

مورد ارزیابی قرار گرفت. بخش دوم شامل پرسشنامه مراقبت‌های پرستاری از دست رفته (Missed Care) بود که در سال ۲۰۰۹ توسط kalish طراحی و سپس روان سنجی شد. این پرسشنامه دارای ۲۴ سؤال می‌باشد و بر اساس طیف لیکرت با سؤالاتی مانند (نظارت بر غذا دادن به بیمار قبل از این که سرد شود) به سنجش مراقبت‌های پرستاری فراموش شده می‌پردازد. هر یک از گویه‌های این پرسشنامه یک مراقبت پرستاری را بازگو می‌کند و بر مبنای درجه بندی لیکرت از صفر تا چهار درجه بندی شده است. به هرگز امتیاز صفر، به ندرت امتیاز ۱، گاه گاهی امتیاز ۲، اغلب امتیاز ۳ و همیشه امتیاز ۴ تعلق گرفته است. دامنه امتیاز این پرسشنامه بین ۲۴ تا ۹۶ خواهد بود. هر چه امتیاز حاصل شده از این پرسشنامه بیشتر باشد، نشان دهنده میزان بیشتر بودن مراقبت‌های پرستاری از دست رفته خواهد بود و بالعکس^(۲۵). در ایران نیز توسط خواجهی و همکاران به منظور سنجش مراقبت‌های پرستاری از دست رفته روایی محتوایی و صوری و ملاکی این پرسشنامه مناسب ارزیابی شده است. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش خواجهی و همکاران (۱۳۹۸) برای این پرسشنامه ۰/۹۱ برآورد شد^(۲۶). این پرسشنامه چهار زیرمقیاس دارد که شامل بررسی، مداخلات و مراقبت‌های شخصی، مداخلات و مراقبت‌های اولیه و برنامه ریزی است^(۲۷). روایی این پرسشنامه در ایران در مطالعه بالجانی و همکاران با استفاده از روایی صوری و محتوا تعیین گردیده و پایانی آن نیز با استفاده از روش آزمون آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمده است^(۲۸).

قسمت سوم شامل ابزار استاندارد حمایت درک شده توسط سرپرستار family supportive supervisor behaviors (FSSB) است که شامل ۱۴ گویه است و توسط Hammer در سال ۲۰۰۹ طراحی شده که این پرسشنامه بر مبنای درجه بندی لیکرت از یک تا پنج درجه بندی شده است و امتیازات بالاتر بیانگر حمایت سرپرستی

جدول شماره ۱: مراقبت‌های پرستاری از دست رفته بر حسب مشخصات جمعیت شناختی پرستاران شرکت کننده در پژوهش

حمایت سرپرستی درک شده		مراقبت پرستاری از دست رفته		تعداد (درصد)	اجزای متغیر	متغیر
شاخص‌های (انحراف معیار) آماری	شاخص‌های (انحراف معیار) آماری	(انحراف معیار) میانگین	(انحراف معیار) میانگین			
	$t=3/441$	$29/50 \pm (12/94)$	$64 (46)$	مرد	جنسیت	
	$p=0/001$	$22/40 \pm (11/37)$	$76 (54)$	زن		
	$t=1/56$	$27/51 \pm (13/07)$	$62 (44/6)$	مجرد	وضعیت تأهل	
	$p=0/121$	$24/18 \pm (12/06)$	$77 (55/4)$	متأهل		
		$p=0/002$ $r=-0/26$	$32/58 (6/48)$	میانگین (انحراف معیار)	سن، سال	
	$F=0/75$	$24/37 \pm (8/19)$	$2 (1/4)$	سرپرستار	عنوان شغلی	
	$p=0/47$	$23/31 \pm (9/18)$	$8 (5/8)$	استف بخش		
		$23/46 \pm (6/64)$	$129 (92/8)$	پرستار کار در بخش		
		$p=0/260$ $r=0/189$	$212/57 (42/16)$	میانگین (انحراف معیار)	ساعت کاری در ماه	
	$F=1/23$	$25/23 \pm (11/03)$	$30 (21/6)$	صبح	نوبت کاری	
	$p=0/29$	$28/83 \pm (10/71)$	$30 (21/6)$	عصر		
		$24/63 \pm (13/69)$	$79 (56/8)$	در گردش		
		$p=0/001$ $r=-0/274$	$9/22 (6/38)$	میانگین (انحراف معیار)	سابقه کاری، سال	
	$p=0/13$	$20/61 \pm (5/71)$	$57 (41)$	بخش‌های عمومی		
	$F=0/35$	$20/72 \pm (6/52)$	$28 (20/1)$	اورژانس	بخش محل خدمت	
		$19/79 \pm (4/71)$	$34 (24/5)$	مراقبت‌های ویژه		
		$20/11 \pm (5/43)$	$20 (14/4)$	کودکان و نوزادان و مامایی		
	$t=0/432$	$25/50 \pm (12/55)$	$124 (89/2)$	کارشناسی	سطح تحصیلات	
	$p=0/666$	$13/21 \pm (13/21)$	$15 (10/8)$	کارشناسی ارشد		

همچنین نتایج مطالعه نشان داد که بالاترین میانگین امتیازات حمایت سرپرستی درک شده توسط پرستاران به ترتیب مربوط به گویه‌های "اختصاص زمان برای شنیدن مشکلات پرستاران" ($3/71 \pm 1/13$)، "گوش کردن به مشکلات پرستاران در سختی‌های کاری و غیرکاری" ($3/64 \pm 1/28$)، "خلاصیت در اختصاص وظایف برای بهتر شدن کارهای گروهی بخش" ($3/58 \pm 1/18$)، "مدیریت بخش برای برآوردن نیازهای هر پرستار" ($3/55 \pm 1/23$) و "استقبال از پیشنهادات برای تسهیل در تعادل نیازهای کاری و غیرکاری پرستاران" ($3/53 \pm 1/13$)، بودند (جدول شماره ۳). نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان

میانگین و انحراف معیار بالاترین مراقبت پرستاری از دست رفته به ترتیب عبارت از کمک کردن به توالد بیمار در کمتر از پنج دقیقه بعد از درخواست بیمار ($2/15 \pm 1/43$)، آماده کردن وعده‌های غذایی برای بیمارانی که خودشان غذا می‌خورند ($4/73 \pm 1/97$)، تغییر پوزیشن بیمار هر دو ساعت ($1/63 \pm 1/18$)، مراقبت از دهان (استفاده از دهانشویه) ($1/63 \pm 1/07$) و مراقبت از پوست و استحمام ($1/14 \pm 1/60$) بیمار بودند. میانگین و انحراف معیار گویه‌های مراقبت‌های پرستاری از دست رفته در جدول شماره ۲ آورده شده است.

افزایش حمایت سرپرستاری درک شده امتیازات مراقبت های پرستاری از دست رفته، کمتر شده است.

داد که بین حمایت سرپرستی درک شده و مراقبت های پرستاری از دست رفته ارتباط معنی دار معکوس ضعیفی وجود داشت ($r = -0.19$, $p = 0.025$). به این صورت که با

جدول شماره ۲: وضعیت مراقبت های پرستاری از دست رفته در بیمارستان تامین اجتماعی ارومیه از دیدگاه پرستاران

زیرمقیاس	وظایف پرستاری	میانگین	انحراف معیار
بررسی	۱- بررسی علائم حیاتی طبق دستور	۰/۸۸	۰/۸۵
	۲- کنترل جذب و دفع	۰/۶۳	۰/۸۴
	۳- مستندسازی اطلاعات ضروری	۰/۵۸	۰/۸۰
	۴- شستشوی دستها	۱/۱۹	۱/۰۳
	۵- کنترل قند خون	۰/۴۷	۰/۶۹
	۶- بررسی و شناخت در هر شیفت	۰/۷۰	۰/۹۳
	۷- ارزیابی بیمار بر حسب شرایط	۱/۱۸	۱/۰۳
	۸- کنترل کتترهای وریدی	۰/۵۳	۰/۶۶
امتیاز کل			
		۵/۲۸	۳/۸۲
مداخلات و مراقبت های شخصی	۱- دارودهی در ۳۰ دقیقه قبل یا بعد برنامه روزانه دارو	۰/۷۲	۰/۹۳
	۲- حمایت عاطفی و روحی بیمار	۱/۲۶	۱/۰۹
	۳- پاسخ به زنگ اخبار در کمتر از ۵ دقیقه	۰/۷۹	۰/۹۸
	۴- اجرای دستورات PRN در کمتر از ۱۵ دقیقه	۰/۶۸	۰/۸۰
	۵- بررسی تأثیر و کارایی درمانی داروها	۱/۱۴	۱/۱۰
	۶- کمک به توالد بیمار در کمتر از ۵ دقیقه از درخواست	۲/۱۵	۱/۴۳
امتیاز کل			
		۶/۷۴	۳/۸۸
مداخلات و مراقبت های اولیه	۱- حرکت بیمار ۳ بار در روز یا طبق دستور	۱/۴۳	۱/۰۵
	۲- تغییر پوزیشن هر ۲ ساعت	۱/۶۳	۱/۱۸
	۳- تغذیه بیمار زمانی که غذا گرم است	۱/۳۸	۱/۱۵
	۴- آماده کردن وعده غذایی برای بیماران	۱/۹۷	۴/۷۳
	۵- مراقبت از پوست و استحمام	۱/۶۰	۱/۱۴
	۶- مراقبت از دهان	۱/۶۳	۱/۰۷
	۷- مراقبت از زخم	۰/۹۳	۰/۹۷
امتیاز کل			
		۱۰/۶۲	۶/۵۷
برنامه ریزی	۱- آموزش به بیمار درمورد بیماری، آزمایشات و..	۰/۹۵	۰/۹۴
	۲- ترخیص بیمار و آموزش وی	۰/۷۵	۰/۹۱
	۳- حضور در کلاس های آموزشی و کنفرانس ها	۱/۳۲	۱/۲۵
امتیاز کل			
		۳/۰۱	۲/۲۰
امتیاز کلی مراقبت پرستاری از دست رفته			
		۲۵/۶۶	۱۲/۵۹

جدول شماره ۳: حمایت درک شده توسط سرپرستار از دیدگاه پرستاران در بیمارستان تامین اجتماعی ارومیه

میانگین	انحراف معیار	ریز مقیاس‌های حمایت درک شده
۳/۶۴	۱/۲۸	سرپرست من مایل است که در سختی‌های کاری و غیر کاری به مشکلات من گوش کند.
۳/۷۱	۱/۱۳	سرپرست من زمان برای شنیدن مشکلات من اختصاص می‌دهد.
۳/۴۷	۱/۲۲	سرپرست من باعث می‌شود من برای صحبت کردن در مورد تضادهای کاری و غیر کاری احساس راحتی کنم.
۳/۴۷	۱/۲۱	من و سرپرستم می‌توانیم به طور مؤثر برای حل تضادهای کاری و مسائل غیر کاری با هم صحبت کنیم.
۳/۴۰	۱/۱۰	من می‌توانم به سرپرست خود متکی باشم تا در صورت نیاز به آن با زمان بندی تضادها به من کمک کند
۳/۴۰	۱/۱۹	من می‌توانم به کمک سرپرست خود در زمان نیازهای غیرمنتظره خارج از مسئولیت‌های کاری تکیه کنم.
۳/۴۲	۱/۲۷	سرپرست من به طور مؤثر برای حل خلاقانه تضادهای بین کار و محیط بیرون تلاش می‌کند.
۳/۳۷	۱/۱۹	سرپرست من یک الگوی نقش برای تعادل امور مربوط به کار و غیر کار است.
۳/۴۵	۱/۱۴	سرپرست من رفتارهای مؤثر برای چگونگی حل و فصل تعادل کار و امور غیر کار نشان می‌دهد
۳/۴۲	۱/۱۷	سرپرست من نشان می‌دهد چگونه یک فرد می‌تواند همزمان در وظایف کاری و بیرون از کار موفق باشد. مدیریت موفق کار- خانواده
۳/۴۷	۱/۱۵	سرپرست من عقیده دارد که می‌توان کار در بخش را طوری سازماندهی کرد که کارکنان و شرکت را به طور مشترک سودمند سازد.
۳/۵۳	۱/۱۳	سرپرست من از پیشنهادات برای تسهیل در تعادل نیازهای کار- غیرکاری کارکنان استقبال می‌کند
۳/۵۸	۱/۱۸	سرپرست من خلاقیت لازم در اختصاص وظایف را دارد تا به بهتر شدن کارهای گروهی بخش محل کار من کمک کند.
۳/۵۵	۱/۲۳	سرپرست من قادر به مدیریت بخش به عنوان یک تیم کل برای برآورده کردن نیازهای هر فرد است.
۴۸/۷۲	۱۳/۷۱	امتیاز کلی

همچنین بین امتیازات حمایت درک شده و زیر مقیاس و مداخلات و مراقبت‌های اولیه مراقبت‌های پرستاری از دست رفته ارتباط معنی دار معکوس ضعیف وجود داشت ($p=0/04$, $r=-0/17$)، در حالی که بین امتیازات حمایت درک شده و زیر مقیاس مراقبت‌های شخصی ($r=-0/14$)،

$(p>0/05$, $r=-0/07$) و زیر مقیاس برنامه ریزی (جدول شماره ۴). امتیاز کلی و میانگین‌های هر کدام از زیرمقیاس‌های حمایت سرپرستی درک شده در پرستاران شاغل در بیمارستان تأمین اجتماعی ارومیه در جدول شماره ۵ به تفکیک آورده شده است.

جدول شماره ۴: همبستگی بین زیر مقیاس حمایت درک شده با زیر مقیاس مراقبت‌های پرستاری از دست رفته در پرستاران شاغل در بیمارستان تأمین اجتماعی ارومیه

مراقبت‌های پرستاری از دست رفته	برنامه ریزی	مراقبت‌های اولیه	مراقبت‌های شخصی	ارزیابی	مراقبت‌های پرستاری از دست رفته
$p=0/017$ $r=-0/201$	$p=0/309$ $r=-0/087$	$p=0/041$ $r=-0/174$	$p=0/072$ $r=-0/153$	$p=0/061$ $r=-0/159$	بعد عاطفی
$p=0/030$ $r=-0/184$	$p=0/458$ $r=-0/063$	$p=0/100$ $r=-0/140$	$p=0/053$ $r=-0/164$	$p=0/056$ $r=-0/162$	بعد ابزاری
$p=0/037$ $r=-0/178$	$p=0/484$ $r=-0/060$	$p=0/061$ $r=-0/160$	$p=0/218$ $r=-0/106$	$p=0/053$ $r=-0/165$	بعد ایفای نقش
$p=0/025$ $r=-0/190$	$p=0/439$ $r=-0/066$	$p=0/054$ $r=-0/164$	$p=0/118$ $r=-0/134$	$p=0/050$ $r=-0/167$	حمایت سرپرستی درک شده

جدول شماره ۵: زیر مقیاس های حمایت سرپرستی درک شده در پرستاران شاغل در بیمارستان تأمین اجتماعی ارومیه

دامنه	حداکثر	حداقل	انحراف معیار	میانگین	ابعاد حمایت سرپرستی درک شده
۱۶	۲۰	۴	۴/۴۳	۱۴/۲۸	بعد عاطفی (۴-۲۰)
۱۲	۱۵	۳	۳/۲۸	۱۰/۲۲	بعد ابزاری (۳-۱۵)
۲۸	۳۵	۷	۶/۹۳	۲۴/۲۸	بعد ایفای نقش (۷-۳۵)
۵۶	۷۰	۱۴	۱۳/۷۱	۴۸/۷۲	امتیازات کلی حمایت سرپرستی درک شده (۱۴-۷۰)

بحث و نتیجه گیری

حمایت سرپرست به درجه حمایت و توجه دریافتی کارکنان از طرف سرپرستان خود اشاره دارد و حمایت سرپرست ادراک شده زمانی اتفاق می افتد که کارکنان درک کنند، سرپرستان برای مشارکت آنان ارزش قائل می شوند و به رفاه، علایق و آسایش ایشان اهمیت می دهند؛ زیرا سرپرستان از طرف سازمان انتخاب می شوند و مسئولیت راهنمایی کردن کارکنان و ارزیابی عملکرد آنان را بر عهده دارند^(۳۲). بنابراین از این نظر می توان نتایج این مطالعه را با نتایج مطالعه رضایی و همکاران مقایسه کرد. در مطالعه رضایی و همکاران که به تعیین حمایت اجتماعی پرستاران پرداخته بود، پرستاران میانگین حمایت اجتماعی از سوی سرپرستاران و سوپروایزرها را ۱۹/۳۷ توصیف کردند که با توجه به مقیاس بندی پرسشنامه بکاررفته، این میزان متوسط تلقی شده بود^(۳۳). در مطالعه حاضر با توجه به دامنه امتیاز پرسشنامه حمایت درک شده که بین ۱۴ تا ۷۰ بوده و امتیاز بیشتر نشان دهنده میزان حمایت درک شده بیشتر می باشد، امتیاز کلی حمایت درک شده ($13/71 \pm 4/72$) بالاتر از حد متوسط تلقی می شود. در مطالعه حاضر بالا بودن امتیازات حمایت سرپرستی درک شده می تواند بیانگر جو همکاری مثبت بین سرپرستاران و سوپروایزرها با پرستاران شرکت کننده در این مطالعه باشد که احساس درک همدیگر را تقویت کرده است.

در مورد ارتباط بین مراقبت های پرستاری از دست رفته و حمایت درک شده توسط سرپرست، نتایج این مطالعه نشان داد که بین زیرمقیاس بررسی و زیرمقیاس مداخلات و مراقبت های اولیه مراقبت های پرستاری از دست رفته با حمایت سرپرستی درک شده ارتباط معنی دار معکوس

ضعیف وجود دارد. این نتیجه بدین معنی است که با افزایش میزان حمایت سرپرستی درک شده، میزان مراقبت های پرستاری از دست رفته کمتر می شود. در صورتی که بین حوزه مداخلات و مراقبت های شخصی و زیرمقیاس برنامه ریزی مراقبت های پرستاری از دست رفته با مراقبت های پرستاری از دست رفته ارتباط معنی دار وجود نداشت. هرچند هیچ مطالعه ای ارتباط بین حمایت درک شده و مراقبت های پرستاری از دست رفته را مورد بررسی قرار نداده است، اما شواهدی وجود دارد که نشان می دهد حمایت سرپرستی درک شده با پیامدهای مثبت سازمانی مرتبط است، بطور مثال نتایج این تحقیق با نتایج مطالعه ای که در بیمارستان های خصوصی کشور ترکیه انجام شده بود، قابل مقایسه است. نتایج آن تحقیق بیانگر این بوده است که بین حمایت سرپرستی درک شده و رضایت شغلی ارتباط وجود داشت^(۳۴). همچنین نتایج این تحقیق با نتایج تحقیق tuzan و همکاران قابل مقایسه است. نتایج آن تحقیق نشان داد که بین حمایت درک شده و تمایل به ترک شغل در بین کارکنان شرکت بیمه ارتباط معکوس وجود داشت^(۳۵). همچنین نتایج این مطالعه با مطالعه یعقوبی و همکاران قابل مقایسه است، در آن مطالعه نتایج بیانگر این است که با افزایش کار گروهی بین پرستاران میزان مراقبت های از دست رفته پرستاری کاهش می یابد^(۳). در مطالعه vera و همکاران نیز نتایج بیانگر این است که حمایت سرپرست، حمایت همکار و استقلال شغلی با میزان جذب پرستاران در محیط های کاری ارتباط داشته است و نکته قابل توجه این است که حمایت سرپرست در کارهای گروهی به عنوان تنها متغیر، نقش میانجی گری در ارتباط بین استقلال شغلی و افزایش جذب پرستاران در محیط های

کاری داشته است^(۱۹). در تبیین این نتیجه، به نظر می‌رسد حمایت مدیران پرستاری از طریق تغییر برخی شرایط کار می‌تواند نقش پرستاران را در ارائه مراقبت‌های پرستاری فعال‌تر نموده و در نتیجه پیامدهایی مثل تعهد کارمند به سازمان و سلامت بیشتر افراد جامعه^(۳۳) را شکل دهد و در نتیجه، در چنین شرایط کاری احتمال وقوع خطاهای کاری پرستاری و مراقبت‌های پرستاری از دست رفته به حداقل خواهد رسید. از طرف دیگر باید خاطر نشان کرد که در حرفه پرستاری، حمایت سرپرست به عنوان منبع مهم حمایت اجتماعی توصیف شده است، به این دلیل که آن‌ها توانایی لازم برای درک و برطرف کردن عوامل استرس‌زای محیط کار، سازگاری با استرس، ارتقای سلامت پرستاران، رشد حرفه‌ای آن‌ها و توسعه شغلی را دارا هستند^(۳۷).

این نتایج نشان می‌دهد که پرستاران مورد مطالعه در زیرمقیاس کارهای مراقبت اولیه بیماران مراقبت از دست رفته بیشتری دارند. نتایج مطالعه حاضر در این رابطه با یافته‌های تحقیق winsett و همکاران قابل مقایسه است. محققین در تفسیر نتایج آن مطالعه بیان کرده‌اند که بروز مراقبت پرستاری از دست رفته می‌تواند ناشی از تعداد ناکافی کارکنان، کارکنان نامناسب، پذیرش تعداد زیادی بیمار و دسترسی نداشتن به داروهای مورد نیاز باشد^(۳۷). در مواردی مثل آماده کردن وعده‌های غذایی برای بیمارانی که خودشان غذا می‌خورند، پرستاران این گونه اقدامات اولیه پرستاری را جزء شرح وظایف پرستاری تلقی نمی‌کنند. از دلایل دیگر این یافته‌ها می‌توان گفت که در بخش‌های عمومی بیمارستان انتظار پرستاران این است که همراهان بیماران که در بالین بیمار حضور دارند، مراقبت‌های اولیه مثل تغذیه بیمار و یا تغییر پوزیشن را انجام دهند و پرستاران به این دلیل توجه کافی به آن ندارند. مطالعه انجام شده توسط kalisch و همکاران نیز نشان داد که اقدامات تکنیکی پرستاری مثل بررسی علائم حیاتی جز مراقبت‌هایی است که به ندرت توسط پرستاران فراموش می‌شود^(۲۵) که از این نظر همسو با نتایج حاصل از پژوهش حاضر است. این در حالی است که در مطالعه خواجه‌پویی و

همکاران، بیشترین میانگین مراقبت پرستاری فراموش شده به شرکت در کنفرانس‌های بین رشته‌ای مراقبت از بیمار اختصاص یافته و بیشترین میانگین عوامل مرتبط با مراقبت از دست رفته به حجم فعالیت‌های مربوط به پذیرش و ترخیص بیماران اختصاص یافته بود^(۳۶). همچنین در مطالعه بالجانی و همکاران، حضور در کلاس‌های آموزشی و کنفرانس‌ها، مراقبت از زخم، کنترل قند خون در کنار تخت بیمار، ترخیص بیمار و آموزش وی، تغییر پوزیشن بیمار هر دو ساعت، مراقبت از کاتترهای وریدی یا مرکزی و ارزیابی بر اساس دستورها و خط مشی‌های بیمارستانی جزء بیشترین مراقبت‌های پرستاری از دست رفته در واحدهای مورد پژوهش بود^(۲۸).

نتایج این مطالعه نشان داد که مراقبت‌های پرستاری از دست رفته در پرستاران مرد نسبت به پرستاران زن بیشتر بود. در تحلیل این نتیجه به نظر می‌رسد از آن جایی که در پرستاران مرد خستگی نوبت‌های کاری طولانی می‌تواند باعث افزایش مراقبت‌های پرستاری از دست رفته شود، بنابراین توجه به دغدغه‌های مالی پرستاران مرد که مسئولیت اصلی تأمین هزینه‌های زندگی را بر عهده دارند، می‌تواند در کاهش مراقبت‌های پرستاری از دست رفته تأثیرگذار باشد. باید خاطر نشان کرد که در مطالعات قبلی هیچ تفاوت معنی‌داری در مراقبت‌های پرستاری از دست رفته از نظر جنسیت کارکنان بالینی مشاهده نشده است^(۳۸). همچنین نتایج مطالعه نشان داد که با افزایش سابقه کاری و سن کارکنان بالینی مراقبت‌های پرستاری از دست رفته کاهش یافت. این نشان می‌دهد که بسیاری از مراقبت‌های پرستاری مربوط به عدم کسب تجربه و یا فاصله بین تئوری و بالین است و پرستاران بعد از مدتی حضور در بخش‌های بالینی به صورت تجربی از عهده مراقبت‌های پرستاری برآمده و مراقبت‌های پرستاری دچار فراموشی نمی‌گردد. این نتیجه با نتایج مطالعه castner و همکاران همخوانی ندارد چرا که نتایج آن مطالعه نشان داد که سابقه شغلی بیشتر منجر به افزایش میزان مراقبت‌های از دست رفته پرستاری می‌شود^(۳۹).

نتایج این تحقیق نشان داد که برخی حوزه‌های حمایت سرپرستی درک شده با مراقبت‌های پرستاری از دست رفته ارتباط دارند. از آن جایی که خط مشی‌های سازمانی توسط مدیران سطح اول یا به اصطلاح مترون‌ها پیاده سازی و به اجرا در می‌آیند، حمایت مدیران پرستاری می‌تواند شرایط محیط کار پرستاران را به گونه‌ای تغییر دهد که مراقبت‌های پرستاری از دست رفته به حداقل کاهش یابد. بنابراین جهت دستیابی به نتایج بهتر و ارتباطات آماری قوی‌تر بین متغیرهای تحقیق توصیه می‌شود، مشابه این مطالعه در تمام کارکنان بالینی بیمارستان‌ها در شهرهای مختلف و با نمونه‌های آماری بیشتر انجام پذیرد تا براساس نتایج تحقیقات بتوان تصمیم‌گیری‌های اساسی در راستای حل مشکلات کارکنان بالینی انجام داد.

تعارض منافع: نویسندگان هیچ گونه تعارضی در منافع را گزارش نکرده‌اند.

تقدیر و تشکر

این مطالعه برگرفته از پایان نامه دانشجویی در مقطع کارشناسی ارشد پرستاری است. نویسندگان کمال تشکر را از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه ابراز می‌دارند. همچنین نویسندگان کمال قدردانی را از پرستاران شرکت کننده در این مطالعه ابراز می‌کنند.

همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که از نظر ابعاد تشکیل دهنده، بیشترین حمایت سرپرستی مربوط به بعد حمایت عاطفی بود. در متون علمی حمایت عاطفی به معنی درک و گوش کردن به همدیگر، تأکید بر عواطف و نگرانی برای رفاه و سلامتی کارمند توصیف شده است و به عنوان بعدی از حمایت اجتماعی است که احساس تعلق داشتن، پذیرفته شدن و ارزشمند بودن را در پی دارد^(۴۰). مطالعه‌ای با هدف تعیین حمایت سرپرستی درک شده توسط سرپرستار یافت نشد. مطالعات انجام شده صرفاً به حمایت سازمانی درک شده و حمایت اجتماعی درک شده از دیدگاه پرستاران پرداخته است، بنابراین از این نظر قابل مقایسه با مطالعات مشابه نیست.

این مطالعه به صورت مقطعی و با استفاده از پرسشنامه خوداظهاری انجام گردیده است. این احتمال وجود دارد که پاسخ‌های پرستاران به خاطر حجم کار بالا و سایر شرایط کار تحت تأثیر قرار گیرد، هر چند که ارائه پرسشنامه با هماهنگی و رضایت کامل مشارکت کنندگان صورت گرفته بود، ولی از این نظر محدودیت به حساب می‌آید. پیشنهاد می‌شود در مطالعه بعدی تأثیر اقدامات حمایتی مترون‌ها و مدیران خط اول پرستاری در کاهش مراقبت‌های پرستاری به صورت تجربی مورد بررسی قرار گیرد. از آنجایی که این پژوهش در یکی از بیمارستان‌های شهر ارومیه انجام گرفته، قابل تعمیم به تمام بیمارستان‌های کشور نمی‌باشد و بنابراین پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای با جامعه گسترده‌تر انجام گیرد.

References

1. Jones TL, Hamilton P, Murry N. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(6):1121-37.
2. Siqueira LD, Caliri MH, Kalisch B, Dantas RA. Cultural adaptation and internal consistency analysis of the MISSCARE Survey for use in Brazil. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2013;21(2):610-7.
3. De Villers MJ, DeVon HA. Moral distress and avoidance behavior in nurses working in critical care and noncritical care units. *Nursing ethics*. 2013;20(5):589-603.
4. Kowinsky AM, Shovel J, McLaughlin M, Vertacnik L, Greenhouse PK, Martin SC, Minnier TE. Separating predictable and unpredictable work to manage interruptions and promote safe and effective work flow. *J Nurs Care Qual*. 2012;27(2):109-15.

5. Bogossian F, Winters-Chang P, Tuckett A. "The Pure Hard Slog That Nursing Is...": A Qualitative Analysis of Nursing Work. *J Nurs Scholarship*. 2014;46(5):377-88.
6. Lopez KD, Gerling GJ, Cary MP, Kanak MF. Cognitive work analysis to evaluate the problem of patient falls in an inpatient setting. *J Am Med Inform Assoc*. 2010;17(3):313-21.
7. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Jama*. 2002;288(16):1987-93.
8. Matsumoto A. Effective human resource management strategy for hospital nursing organizations. *Manag Sci Lett*. 2019;9(2):243-52.
9. Levine JM, Moreland RL, editors. Small groups: key readings. Psychology Press; 2008 Feb.:369.
10. Kang HJ, Gatling A, Kim J. The impact of supervisory support on organizational commitment, career satisfaction, and turnover intention for hospitality frontline employees. *J Hum Resour Hospit Tourism*. 2015;14(1):68-89.
11. Johansen ML, Cadmus E. Conflict management style, supportive work environments and the experience of work stress in emergency nurses. *J Nurs Manag*. 2016;24(2):211-8.
12. Cho SH, Kim YS, Yeon KN, You SJ, Lee ID. Effects of increasing nurse staffing on missed nursing care. *Int Nurs Rev*. 2015;62(2):267-74.
13. Dehghani M, Hayavie Haghighi MH, Tayary N, Khorami F. Nurses' organizational behavior and their quality of documentation. *Journal of Nursing Education*. 2015;3(4):68-80. [Persian]
14. Cropanzano R, Anthony EL, Daniels SR, Hall AV. Social exchange theory: A critical review with theoretical remedies. *Acad Manag Annal*. 2017;11(1):479-516.
15. Jeon BR, Noh YG. Impact of work-family conflict and social support on retention intention among married female nurses. *J Digit Converg*. 2018;16(10):261-70.
16. Labrague LJ, McEnroe-Petitte DM, Tsaras K, Cruz JP, Colet PC, Gloe DS. Organizational commitment and turnover intention among rural nurses in the Philippines: Implications for nursing management. *Int J Nurs Sci*. 2018;5(4):403-8.
17. Asadi Fakhr A, Asadi S. Investigation of the amount of stressors in operating room nurses. *Pajouhan Scientific Journal*. 2017;15(2):27-31. [Persian]
18. Hassankhani H, Mohajjel AA, Rahmani A, Mohammadpoorfard Z. Assessing Self-efficacy in Clinical Competence Among Nursing Students at Tabriz University of Medical Sciences. *EDUCATIONAL DEVELOPMENT OF JUNDISHAPUR*. 2015;6(2):107-14. [Persian]
19. Vera M, Martínez IM, Lorente L, Chambel MJ. The role of co-worker and supervisor support in the relationship between job autonomy and work engagement among Portuguese nurses: A multilevel study. *Soc Indic Res*. 2016;126(3):1143-56.
20. Yaghoubi M, Ebrahimi Torki M, Salesi M, Ehsani-Chimeh E, Bahadori M. The Relationship between Teamwork and Missed Nursing Care: Case Study in a Military Hospital in Tehran. *Journal Mil Med*. 2019;21(1):63-72. [Persian]
21. 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.
22. Ball JE, Bruyneel L, Aiken LH, Sermeus W, Sloane DM, Rafferty AM, Lindqvist R, Tishelman C, Griffiths P, RN4Cast Consortium. Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2018;78:10-5.
23. Kossek EE, Pichler S, Bodner T, Hammer LB. Workplace social support and work-family conflict: A meta-analysis clarifying the influence of general and work-family-specific supervisor and organizational support. *Person psychol*. 2011;64(2):289-313.
24. McGilton KS, Hall LM, Wodchis WP, Petroz U. Supervisory support, job stress, and job satisfaction among long-term care nursing staff. *JONA: J Nurs Administr*. 2007;37(7/8):366-72.
25. Kalisch BJ, Landstrom G, Williams RA. Missed nursing care: errors of omission. *Nursing outlook*. 2009;57(1):3-9.
26. 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]
27. Winsett RP, Rottet K, Schmitt A, Wathen E, Wilson D, Group MN. Medical surgical nurses describe missed nursing care tasks—Evaluating our work environment. *Appl Nurs Res*. 2016;32:128-33.

28. Rezaee S, Baljani E, Feizi A. Missed Nursing Care in Educational, Private and Social Welfare Hospitals. *Nursing And Midwifery Journal*. 2019;17(4):300-8. [Persian]
29. Hammer LB, Kossek EE, Yragui NL, Bodner TE, Hanson GC. Development and validation of a multidimensional measure of family supportive supervisor behaviors (FSSB). *Journal of management*. 2009;35(4):837-56.
30. Kopp LR. *The effects of perceived supervisor work-life support on employee work-life balance, job satisfaction, organizational commitment, and organizational citizenship behavior* (Doctoral dissertation, University of Wisconsin--Stout) 2013.
31. Tuzun IK, Kalemci RA. Organizational and supervisory support in relation to employee turnover intentions. *J Manag Psychol*. 2012;27(5):518-34.
32. Galletta M, Portoghese I, Penna MP, Battistelli A, Saiani L. Turnover intention among Italian nurses: The moderating roles of supervisor support and organizational support. *Nurs Health Sci*. 2011;13(2):184-91.
33. Rezaee N, Ghajeh M. Social Support among Nurses at Iran University of Medical Sciences. *Hayat*. 2008;14(4):91-100. [Persian]
34. Gok S, Karatuna I, Karaca PO. The role of perceived supervisor support and organizational identification in job satisfaction. *Proced Soc Behavl Sci*. 2015;177:38-42.
35. Tuzun IK, Kalemci RA. Organizational and supervisory support in relation to employee turnover intentions. *J Manag Psychol*. 2012; 27(5): 518-34.
36. Barnett MD, Martin KJ, Garza CJ. Satisfaction with work-family balance mediates the relationship between workplace social support and depression among hospice nurses. *J Nurs Scholarship*. 2019;51(2):187-94.
37. Woodhead EL, Northrop L, Edelstein B. Stress, social support, and burnout among long-term care nursing staff. *J Appl Gerontol*. 2016;35(1):84-105..
38. Kalisch BJ, Lee KH. Missed nursing care: Magnet versus non-Magnet hospitals. *Nursing outlook*. 2012;60(5):e32-9.
39. Castner J, Wu YW, Dean-Baar S. Multi-level model of missed nursing care in the context of hospital merger. *West J Nurs Res*. 2015;37(4):441-61.
40. Lakey B, Orehek E. Relational regulation theory: a new approach to explain the link between perceived social support and mental health. *Psychological review*. 2011;118(3):482.