


# Impact of Ethical Leadership on Missed Nursing Care: A Cross-sectional Study from Nurses' Perspective

Fatemeh Dehghani<sup>1</sup> , Maasoumeh Barkhordari-Sharifabad<sup>2\*</sup> , Bahareh Fallah<sup>3</sup>, Zohreh Khavari<sup>1,4</sup> 

<sup>1</sup> Department of Nursing, Meybod Nursing School, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

<sup>2</sup> Department of Nursing, School of Medical Sciences, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran

<sup>3</sup> Research Center for Nursing and Midwifery Care, Non-communicable Disease Research Institute, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

<sup>4</sup> Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran Medical Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran & Nursing Faculty, Meybod Nursing School, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

## Abstract

### Article history:

**Received:** 25 February 2023

**Revised:** 10 June 2023

**Accepted:** 18 June 2023

**ePublished:** 20 December 2023

### \*Corresponding author:

Maasoumeh Barkhordari-Sharifabad, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Yazd Branch, Islamic Azad University, Shohadaye Gornam Blvd., Safaiyeh, Yazd, Iran.

Email:

barkhordary.m@gmail.com



**Background and Objective:** Missed nursing care is a global concern. Nursing managers, using leadership skills, have a prominent role in preventing missed nursing care. Ethical leadership is one of the leadership approaches. The present study aimed to describe the impact of ethical leadership perceived by nurses on missed nursing care in 2021.

**Materials and Methods:** In this descriptive correlational study, 230 nurses working in internal medicine and surgery units were selected through a stratified proportional sampling method from two hospitals affiliated with Yazd University of Medical Sciences, Yazd, Iran. Questionnaires on “ethical leadership in nursing” and “missed nursing care” were the data collection tools. Descriptive and inferential statistics were performed for data analysis using SPSS (version 16).

**Results:** The mean score of missed nursing care and perceived ethical leadership was  $47.54 \pm 2.83$  and  $109.08 \pm 10.75$ , respectively. The most missed nursing care, in the dimensions of assessment, individual needs, basic care, and planning, were “focused reassessment according to patient’s condition”, “emotional support for patient/family”, “supervision on feeding patient when the food is still warm”, and “attending interdisciplinary care conferences”, respectively. The results showed a significant inverse relationship between perceived ethical leadership and missed nursing care ( $P < 0.05$ ). The regression analysis revealed that among the dimensions of ethical leadership, the ethical-oriented dimension can be considered a negative predictor of missed nursing care.

**Conclusion:** Implementing ethical leadership is one of the practical strategies to decrease missed nursing care. The participation and performance of nursing managers in this process are critical to a successful outcome.

**Keywords:** Ethical Leadership; Ethics; Leadership; Missed Nursing Care; Nurses

## Extended Abstract

### Background and Objective

Missed nursing care is a global concern and refers to care that partially or totally may be forgotten or delayed during a work shift. Missed nursing care negatively affects both the patient and the nurse. Nursing managers can play an effective role in reducing the levels of missed nursing care through using leadership skills. One of the leadership approaches is ethical leadership. Ethical leaders in nursing act as appropriate role models for nurses and guide them towards correct moral behavior by highlighting ethical competencies, such as empathic interactions, ethical behaviors, and noble characteristics. The present study aimed to determine the effect of ethical leadership perceived by nurses on missed nursing care in 2021.

### Materials and Methods

This descriptive correlational research was conducted in 2021. The statistical population consisted of nurses working in the internal and surgical departments of two general hospitals affiliated with Yazd University of Medical Sciences (Shahid Sadoughi and Shahid Rahnamoun). A total of 230 nurses were selected according to the number of nurses working in each of the hospitals by stratified random sampling method. The criteria for entering the study include having at least a bachelor's degree, informed consent to participate in the research and working in a hospital as a nurse, and having at least six months of work experience, and the exclusion criteria consisted of leave or transfer to other centers and incomplete completion of the questionnaires. After obtaining the necessary permits, the questionnaires were distributed among the participants to be completed in different work shifts (e.g., morning, evening, and night) with the shift's supervisor's permission and after providing the necessary explanations and obtaining informed consent. The data collection tools included a demographic profile questionnaire, a moral leadership questionnaire in nursing, and missed nursing care. Descriptive statistics methods, such as absolute and relative frequency, mean and standard deviation, were used for data analysis. The normality of the data distribution was checked using Kolmogorov–Smirnov test, and the results indicated that the data distribution was normal ( $P>0.05$ ). Parametric tests, such as t-test, analysis of variance, Pearson's correlation coefficient, and multiple regression, were used in a step-by-step method for data analysis.

### Results

The mean score of missed nursing care was  $47.54 \pm 2.83$ . The most missed nursing care in the field of assessment was related to "focusing on re-evaluation of the patient based on the patient's condition", in the field of interventions-individual needs, related to "emotional support of the patient and family", in the field of interventions-basic care, related to "Monitoring the feeding of the patient before it becomes cold" and in the field of planning, it was related to "participating in interdisciplinary patient care conferences". The mean perceived ethical leadership was  $109.08 \pm 10.75$ , which dimensions of pioneering, duty-oriented, power sharing, and ethical orientation respectively showed the highest score in the ethical leadership. The results

revealed an inverse and significant relationship between the ethical leadership perceived by nurses and missed nursing care ( $P<0.05$ ). No statistically significant relationship was found between missed nursing care and ethical leadership with demographic characteristics ( $P>0.05$ ). To determine the amount of missed nursing care (criterion variable) based on predictive variables (dimensions of ethical leadership), multiple regression was used in a step-by-step method. Finally, an independent variable (ethics dimension) remained in the form of a regression whose multiple correlation coefficient (R) with missed nursing care was measured equal to 0.17. Moreover, the coefficient of determination ( $R^2$ ) was measured equal to 0.029, and the adjusted coefficient of determination (Adjusted  $R^2$ ) was equal to 0.025, and this coefficient indicates that about 2.5% of the variance of missed nursing care is explained by the existing predictor variable (ethics). The results of variance analysis showed ( $F(1, 225) = 6.698$ ;  $P=0.01$ ) that this  $R^2$  value is statistically significant.

### Conclusion

The findings of the present study indicated that the level of missed nursing care is moderate. Regarding the results of the missed nursing care dimensions, it seems that nurses often prioritize and limit care due to the high work pressure to perform the assigned tasks. Missed nursing cares, such as "monitoring the feeding of the patient" and "emotional support of the patient and family", which were among the most missed cares in the present study, can be resulted due to insufficient understanding of their importance and the lack of nursing staff, which causes prioritizing the most urgent nursing tasks. In addition, failure to record these cares in the nursing file or report and failure to review them by nurses during shift delivery can contribute to forgetting these cares. Not attending interdisciplinary conferences on patient care can be caused by the lack of a detailed program that matches the free time of the nurses with different work shifts and the lack of importance of such conferences for nurses. The current research showed that the mean perceived ethical leadership is at a low level, and the highest and lowest levels are related to the pioneering and ethical dimensions, respectively. Ethics refers to empathetic interactions, ethical behaviors, such as cooperative and supportive behavior, and noble characteristics, such as honesty, humility, criticism, and patience. Ethics in an organization is one of the important issues for management that should be given special attention. Additionally, the results indicated that there is an inverse and significant relationship between ethical leadership and missed nursing care. Among the dimensions of ethical leadership, the ethical-oriented dimension can be considered a negative predictor of missed nursing care. Therefore, the development of the ethical leadership approach in nursing managers will reduce the missed nursing care. Providing training and planning to promote such an approach in nursing managers at all levels, in the form of educational workshops and periodical consultations, effectively improve capacity and moral guidance of their leadership. Emphasis on ethics as a part of leadership training in nursing management is important, and such training should be included in the nursing education curriculum.

## تأثیر رهبری اخلاقی بر مراقبت پرستاری فراموش شده: مطالعه مقطعی از دیدگاه پرستاران

فاطمه دهقانی<sup>۱</sup> ID، معصومه برخوردار شریف آباد<sup>۲\*</sup> ID، بهاره فلاح<sup>۳</sup>، زهره خاوری<sup>۴</sup> ID

<sup>۱</sup> گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی میبد، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

<sup>۲</sup> گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران

<sup>۳</sup> تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، پژوهشکده بیماری های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

<sup>۴</sup> گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، واحد پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

### چکیده

**سابقه و هدف:** مراقبت پرستاری فراموش شده، یک نگرانی جهانی است. مدیران پرستاری، با استفاده از مهارت های رهبری، نقش برجسته ای در پیشگیری از مراقبت پرستاری فراموش شده دارند. یکی از رویکردهای رهبری، رهبری اخلاقی است. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر رهبری اخلاقی درک شده توسط پرستاران بر مراقبت پرستاری فراموش شده در سال ۱۴۰۰ انجام شده است.

**مواد و روش ها:** در این مطالعه توصیفی همبستگی، ۲۳۰ پرستار شاغل در بخش های مختلف داخلی و جراحی به روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای نسبتی از دو بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسش نامه مشخصات دموگرافیک، پرسش نامه رهبری اخلاقی در پرستاری و مراقبت پرستاری فراموش شده بود. داده ها با نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ تحلیل شد.

**یافته ها:** میانگین نمره مراقبت پرستاری فراموش شده (۴۷/۵۴±۲/۸۳) و رهبری اخلاقی درک شده (۱۰/۷۵±) بود. بیشترین مراقبت پرستاری فراموش شده در حیطه ارزیابی مربوط به «تمرکز بر ارزیابی مجدد بیمار بر اساس شرایط بیمار»، در حیطه مداخلات-نیازهای فردی مربوط به «حمایت عاطفی از بیمار و خانواده»، در حیطه مداخلات-مراقبت پایه مربوط به «نظارت بر غذا دادن به بیمار قبل از اینکه سرد شود» و در حیطه برنامه ریزی مربوط به «شرکت در کنفرانس های بین رشته ای مراقبت از بیمار» بود. نتایج نشان داد که بین رهبری اخلاقی درک شده توسط پرستاران و مراقبت پرستاری فراموش شده ارتباط معکوس و معناداری وجود دارد (P<۰/۰۵). نتایج آزمون رگرسیون نشان داد که از بین ابعاد رهبری اخلاقی، بعد اخلاق مداری می تواند به عنوان پیش بینی کننده منفی مراقبت پرستاری فراموش شده در نظر گرفته شود.

**نتیجه گیری:** اجرای رهبری اخلاقی یکی از راهبردهای عملی برای کاهش مراقبت های پرستاری فراموش شده است. مشارکت و عملکرد مدیران پرستاری در این فرآیند برای یک نتیجه موفقیت آمیز حیاتی است.

**واژگان کلیدی:** رهبری اخلاقی؛ اخلاق، رهبری؛ مراقبت پرستاری فراموش شده؛ پرستاران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۱۲/۰۶

تاریخ ویرایش مقاله: ۱۴۰۲/۰۳/۲۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۳/۲۸

تاریخ انتشار مقاله: ۱۴۰۲/۰۹/۲۹

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

\* نویسنده مسئول: معصومه برخوردار شریف آباد، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران.

ایمیل: barkhordary.m@gmail.com

**استناد:** دهقانی، فاطمه؛ برخوردار شریف آباد، معصومه؛ فلاح، بهاره؛ خاوری، زهره. تأثیر رهبری اخلاقی بر مراقبت پرستاری فراموش شده: مطالعه مقطعی از دیدگاه پرستاران. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا، پاییز ۱۴۰۲، ۳۱(۴): ۲۸۴-۲۹۳.

### مقدمه

پرستاران از جمله اعضای کلیدی گروه خدمات بهداشتی درمانی هستند [۱]. مراقبت، به عنوان بخش مهم پرستاری، مورد قبول بیشتر پرستاران و محققان پرستاری بوده است [۲، ۳]. متأسفانه، امروزه بسیاری از مراقبت های پرستاری، به دلایل زیادی مورد فراموشی واقع شده و به عنوان مراقبت های پرستاری فراموش شده تعریف می شوند [۴]. مراقبت پرستاری فراموش شده (که نخستین بار به عنوان یک مفهوم در پرستاری، توسط Kalisch در سال ۲۰۰۶ شناسایی شد [۵]) اشاره به مراقبت هایی دارد که در طول یک نوبت کاری به دلایلی، ممکن است انجام قسمتی یا همه آن فراموش شده و یا به صورت تأخیری انجام شود [۶].

پرستاران از جمله اعضای کلیدی گروه خدمات بهداشتی درمانی هستند [۱]. مراقبت، به عنوان بخش مهم پرستاری، مورد قبول بیشتر پرستاران و محققان پرستاری بوده است [۲، ۳]. متأسفانه، امروزه بسیاری از مراقبت های پرستاری، به دلایل زیادی مورد فراموشی واقع شده و به عنوان مراقبت های پرستاری فراموش شده تعریف می شوند [۴].

ارائه خدمات مطلوب‌تر، رضایت‌مندی پرستاران و بیماران [۱۹]، بهبود سلامت و رفاه کارکنان و ایجاد رفتار اخلاقی در کارکنان [۲۱] منجر شود. McCauley و همکاران در سال ۲۰۲۰ در یک مرور جامع به این نتیجه رسیدند که مدیران پرستاری نقش مهمی در رابطه با مراقبت‌های پرستاری فراموش‌شده دارند و مهارت‌های رهبری مؤثر و روابط حمایتی با کارکنان می‌تواند به کاهش مراقبت پرستاری فراموش‌شده کمک کند [۱۵]. یافته‌های حاصل از برخی پژوهش‌ها در این زمینه نشان‌دهنده این است که رهبری اخلاقی با ایجاد جو اخلاقی [۲۱]، می‌تواند در کاهش مراقبت پرستاری فراموش‌شده مؤثر باشد [۲۲]. هرچند نتایج مطالعه ارسلان و همکاران در سال ۲۰۲۲ در ترکیه نشان داد بین رهبری اخلاقی و مراقبت پرستاری فراموش‌شده ارتباط معنی‌داری وجود ندارد [۲۳].

با در نظر گرفتن متغیر فرهنگی و اینکه ارزیابی و معنای رفتار و ویژگی‌های رهبران ممکن است تا حد زیادی در زمینه‌های فرهنگی اجتماعی مختلف، متفاوت باشد و اینکه در فرهنگ‌های مختلف ایده‌ها و انتظارات متفاوتی از ماهیت رهبری وجود دارد [۱۸]، این تحقیق با هدف تعیین تأثیر رهبری اخلاقی درک شده توسط پرستاران بر مراقبت پرستاری فراموش‌شده انجام گردید.

## روش کار

پژوهش حاضر از نوع توصیفی همبستگی است که در سال ۱۴۰۰ انجام شد. جامعه آماری، پرستاران شاغل در بخش‌های داخلی و جراحی دو بیمارستان جنرال وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر یزد (شهید صدوقی، شهید رهنمون) بودند. در این پژوهش پرستاران به روش تصادفی طبقه‌ای نسبتی انتخاب شدند. بدین ترتیب که پس از تهیه لیست پرستاران واجد شرایط، با توجه به تعداد پرستاران شاغل در هر یک از بیمارستان‌ها، ۱۳۶ نفر از بیمارستان شهید صدوقی و ۱۰۰ نفر از بیمارستان شهید رهنمون به شیوه تصادفی انتخاب شدند. تعداد نمونه، با در نظر گرفتن سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و توان آزمون ۰/۸۰ و با توجه به مطالعه پایلوت و ضریب همبستگی ۰/۱۹ و احتساب ده درصد ریزش، ۲۳۶ نفر به دست آمد. معیارهای ورود به مطالعه شامل دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی، داشتن رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، شاغل بودن در بیمارستان به‌عنوان پرستار، داشتن حداقل شش ماه سابقه کار و معیارهای خروج از مطالعه، مرخصی یا انتقال به مراکز دیگر و تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها بود.

پس از کسب مجوزهای لازم، پرسش‌نامه‌ها جهت تکمیل، در نوبت‌های کاری مختلف (صبح، عصر، شب) با هماهنگی سوپروایزر نوبت‌کاری، پس از ارائه توضیحات لازم و کسب رضایت آگاهانه، بین نمونه‌های پژوهش توزیع شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ای متشکل از سه بخش بود.

از آنجاکه پرستاران در یک نوبت کاری تنها می‌توانند تعدادی از مسؤولیت‌ها را انجام دهند، بنابراین تمایل دارند که مراقبت را اولویت‌بندی کرده و براساس آن تصمیم‌گیری کنند که چه مراقبتی حذف یا چه مراقبتی را در اولویت قرار دهند که نتیجه آن فراموش کردن بعضی از مراقبت‌ها است [۷]. در مطالعات متعدد، پرستاران علل مختلفی را جهت فراموشی مراقبت‌های ضروری بیان کرده‌اند: از جمله تغییرات غیرقابل پیش‌بینی در خدمت موردنیاز، شرایط اورژانسی بیماران، حجم زیاد کار، حمایت نشدن از طرف گروه درمان و کمبود کارکنان پرستاری [۸، ۹]. این عوامل به‌طور مداوم بر انجام وظایف اساسی پرستاران (از جمله مراقبت همه‌جانبه از بیماران و ایجاد راحتی و ایمنی بیمار) تأثیر می‌گذارند که در مجموع منجر به خطاهای پرستاری و از دست دادن مراقبت‌های پرستاری می‌شود. مراقبت پرستاری فراموش‌شده هم بر بیمار و هم بر پرستار تأثیر می‌گذارد و منجر به کاهش ایمنی و رضایت بیمار، اختلال در بهبودی بیمار، دریافت نکردن مراقبت‌های موردنیاز، افزایش دوره بستری بیمار و از طرفی دیگر کاهش انگیزه و رضایت شغلی، افزایش غیبت و درخواست تغییر بخش در پرستاران شود [۱۰]. با توجه به افزایش روزبه‌روز و تأثیرات منفی، مراقبت‌های پرستاری فراموش‌شده، به‌عنوان یک عامل نگران‌کننده در امر مراقبت موردتوجه قرار گرفته است [۱۱].

در همین راستا، مدیران پرستاری باید از مراقبت‌های پرستاری فراموش‌شده آگاهی داشته باشند [۱۲]، زیرا آن‌ها به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم درگیر مشکلات ناشی از مراقبت‌های پرستاری فراموش‌شده خواهند شد. اقداماتی نظیر ارزیابی مراقبت، ارتباط با کارکنان، توانمندسازی کارکنان پرستاری [۱۳] و رسیدگی به گزارش‌های مراقبت پرستاری فراموش‌شده توسط مدیران می‌تواند بر بروز مراقبت‌های فراموش‌شده تأثیر بگذارد و بدین ترتیب از پیامدهای منفی مراقبت فراموش‌شده، بر افراد یا سازمان‌ها جلوگیری کنند [۱۴]. مدیران پرستاری با به‌کارگیری مهارت‌های رهبری می‌توانند در کاهش سطوح مراقبت فراموش‌شده نقش مؤثری داشته باشند [۱۵]. یکی از رویکردهای رهبری، رهبری اخلاقی است که تلاطم‌دار مطالعات رهبری است [۱۶].

رهبری اخلاقی، به نمایش رفتار مناسب هنجاری گفته می‌شود که یک رهبر از طریق ارتباط دوطرفه، تقویت و تصمیم‌گیری در پیروان خود ترویج می‌کند [۱۷]. رهبران اخلاقی در پرستاری، بینش حرفه‌ای داشته و به‌عنوان الگوی نقش مناسب برای پرستاران عمل می‌نمایند [۱۶]. آن‌ها صلاحیت‌های اخلاقی نظیر تعاملات همدلانه، رفتار اخلاق‌مدار و منش‌های متعالی [۱۸] را سرلوحه فعالیت‌های خود قرار می‌دهند و پرستاران را به سمت رفتار درست اخلاقی هدایت می‌کنند [۱۹]. پژوهش‌ها نشان داده‌اند رهبری اخلاقی می‌تواند به کاهش خطای پرستاری و افزایش گزارش‌دهی خطاها [۲۰]،

### پرسش‌نامه مشخصات دموگرافیک

مشتمل بر شش پرسش در مورد سن، جنس، سابقه کاری، سطح تحصیلات، نوبت کاری و نوع استخدام بود.

### پرسش‌نامه رهبری اخلاقی در پرستاری

این پرسش‌نامه نخستین بار توسط برخوردار و همکاران (۲۰۱۶) طراحی و اعتباریابی شد که میزان رهبری اخلاقی در مدیران پرستاری را از دیدگاه پرستاران می‌سنجید و شامل ۴۹ عبارت در چهار بُعد اخلاق‌مداری (۲۵ گویه)، پیشگامی (۱۴ گویه)، تسهیم قدرت (پنج گویه) و وظیفه‌مداری (پنج گویه) است. نمره‌گذاری این ابزار در همه‌ی عبارات در مقیاس لیکرت یک تا پنج (خیلی کم تا خیلی زیاد) طراحی شده است. دامنه‌ی نمرات در هر عبارت از یک تا پنج و در کل از ۴۹ تا ۲۴۵ است. نمره رهبری اخلاقی از میانگین مجموع نمره عبارات، به دست می‌آید. نمره بالاتر نشان‌دهنده‌ی میزان رهبری اخلاقی بیشتر است. برخوردار و همکاران روایی صوری، محتوا، سازه و ملاکی را مورد بررسی قرار دادند که نتایج حاکی از روایی مناسب این پرسش‌نامه است. پایایی همسانی درونی در کل ابزار برابر با ۰/۹۹ و ضریب همبستگی درون طبقه‌ای برابر ۰/۸۲ گزارش شده است که نشان‌دهنده پایایی این ابزار است [۲۴]. آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر ۰/۸۷ بود.

### پرسش‌نامه مراقبت پرستاری فراموش شده

این پرسش‌نامه در سال ۲۰۰۹ توسط Williams و Kalisch طراحی و سپس روان‌سنجی شد [۲۵]. این پرسش‌نامه دارای ۲۴ آیتم است که هر یک از آیتم‌های این پرسش‌نامه، یک مراقبت پرستاری را بازگو می‌کند. نمره‌دهی این پرسش‌نامه بدین صورت است: گزینه "به‌ندرت" نمره یک، "گاهی" نمره دو، "مکرر" نمره سه و "همیشه" نمره چهار دارد. دامنه امتیاز این پرسش‌نامه بین ۲۴ تا ۹۶ است که هرچه امتیاز حاصل شده از این پرسش‌نامه بیشتر باشد، نشان‌دهنده میزان بیشتر بودن مراقبت‌های پرستاری فراموش شده است [۲۶]. Williams و Kalisch پس از تولید آیت‌ها با استفاده از یک مطالعه کیفی، روایی محتوای آن را به روش کیفی و کمی مورد بررسی قرار دادند و شاخص روایی محتوا ۰/۸۹ به دست آمد. روایی سازه با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی مورد بررسی قرار گرفت. برای ارزیابی پایایی ابزار از روش آزمون مجدد و ثبات درونی استفاده کردند. ضریب همبستگی پیرسون (آزمون مجدد) برای پرسش‌نامه کلی ۰/۸۷ و دامنه ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۶۴ تا ۰/۸۶ بود که شواهد بیانگر این است که این ابزار دارای استانداردهای روان‌سنجی دقیق است [۲۵]. در ایران روایی این پرسش‌نامه در مطالعه بالجانی و همکاران با استفاده از روایی صوری و محتوا تعیین گردیده و پایایی آن نیز با استفاده از روش آزمون آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمده است [۲۷]. آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر ۰/۷۶ به دست آمد.

داده‌ها، پس از کدبندی وارد نرم‌افزار SPSS 16 شد. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی نظیر فراوانی مطلق و نسبی، میانگین و انحراف معیار استفاده گردید. توزیع نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگراف اسمیرونوف بررسی و نتایج حاکی از نرمال بودن توزیع داده‌ها بود ( $P > 0.05$ ). از آزمون پارامتریک نظیر تی تست، آنالیز واریانس و ضریب همبستگی پیرسون برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. همچنین به منظور تبیین میزان مراقبت پرستاری فراموش شده به‌عنوان متغیر ملاک براساس ابعاد رهبری اخلاقی به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین از رگرسیون چندگانه به روش گام‌به‌گام استفاده شد. قابل‌بیان است که سطح معنی‌دار کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### نتایج

در پژوهش حاضر در مجموع ۲۳۰ پرستار در مطالعه شرکت کردند. میانگین سنی مشارکت‌کنندگان  $36/25 \pm 7/97$  سال بود. میانگین سابقه کار  $13/93 \pm 7/90$  سال، اکثریت زن (۷۷/۸ درصد) و دارای تحصیلات لیسانس (۸۱/۳ درصد) بودند. ۹۵/۲ درصد نوبت‌کاری در گردش داشتند. از نظر وضعیت استخدامی ۲۹/۶ درصد پرستار رسمی، بودند (جدول شماره یک).

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان

متغیر	میانگین $\pm$ انحراف معیار
سن	۳۶/۲۵ $\pm$ ۷/۹۷
سابقه کار	۱۳/۹۳ $\pm$ ۷/۹۰
متغیر	(تعداد) درصد
جنس	زن ۱۷۹ (۷۷/۸)
	مرد ۵۱ (۲۲/۲)
تحصیلات	لیسانس ۱۸۷ (۸۱/۳)
	فوق لیسانس و بالاتر ۴۳ (۱۸/۷)
نوبت‌کاری	ثابت ۱۱ (۴/۸)
	در گردش ۲۱۹ (۹۵/۲)
وضعیت استخدام	رسمی ۶۸ (۲۹/۶)
	طرحی ۳۳ (۱۴/۳)
	قراردادی ۲۰ (۸/۷)
	شرکتی ۶۴ (۲۷/۸)
	پیمانی ۴۵ (۱۹/۶)

میانگین نمره مراقبت پرستاری فراموش شده در مشارکت‌کنندگان در پژوهش  $47/54 \pm 2/83$  بود و بیشترین مراقبت پرستاری فراموش شده در حیطه ارزیابی مربوط به «تمرکز بر ارزیابی مجدد بیمار بر اساس شرایط بیمار»، در حیطه مداخلات-نیازهای فردی مربوط به «حمایت عاطفی از بیمار و خانواده»، در حیطه مداخلات-مراقبت پایه مربوط به «نظارت بر غذا دادن به بیمار قبل از اینکه سرد شود» و در حیطه برنامه‌ریزی مربوط به «شرکت در کنفرانس‌های بین‌رشته‌ای مراقبت از بیمار» بود. (جدول شماره دو).

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار مراقبت پرستاری فراموش شده و ابعاد آن

میانگین $\pm$ انحراف معیار	ابعاد
۱۱/۱۱ $\pm$ ۲۳/۲۶	حیطه ارزیابی
۱/۰ $\pm$ ۴۳/۵۲	اندازه‌گیری علائم حیاتی براساس دستور پزشک
۱/۲۱ $\pm$ ۰/۴۳	کنترل جذب و دفع مایعات
۱/۷۹ $\pm$ ۰/۵۲	ثبت کامل اطلاعات ضروری در پرونده
۱/۱۶ $\pm$ ۰/۴۲	شستن دست‌ها قبل از انجام مراقبت
۱/۱۱ $\pm$ ۰/۳۲	کنترل قندخون باگلوکومتر
۱/۳۰ $\pm$ ۰/۵۱	ارزیابی کلی بیمار در هر نوبت کاری
۲/۱۳ $\pm$ ۰/۵۳	تمرکز بر ارزیابی مجدد بیمار بر اساس شرایط بیمار
۱/۰۶ $\pm$ ۰/۲۳	ارزیابی و مراقبت از مسیرهای وریدی محیطی و مرکزی بیمار
۱۰/۱ $\pm$ ۹۳/۴۸	حیطه مداخلات - نیازهای فردی
۱/۰ $\pm$ ۳۳/۵۸	تجویز داروها در بازه زمانی حداکثر ۳۰ دقیقه پیش یا پس از زمان برنامه‌ریزی شده
۲/۵۹ $\pm$ ۰/۶۳	حمایت عاطفی از بیمار و خانواده
۲/۱۱ $\pm$ ۰/۵۵	پاسخ به زنگ اخبار بیمار حداکثر پس از پنج دقیقه
۱/۱۷ $\pm$ ۰/۴۲	تجویز داروهای PRN حداکثر پس از ۱۵ دقیقه از درخواست بیمار
۲/۳۷ $\pm$ ۰/۷۸	ارزیابی تأثیر داروها
۱/۳۳ $\pm$ ۰/۵۴	همکاری و نظارت بر توالی رفتن بیمار در پنج دقیقه اول درخواست
۱۶/۹۶ $\pm$ ۱/۸۶	حیطه مداخلات - مراقبت پایه
۲/۰ $\pm$ ۲۶/۵۹	حرکت دادن بیمار سه بار در روز یا بر اساس دستور پزشک
۲/۳۳ $\pm$ ۰/۶۲	چرخاندن بیمار هر دو ساعت
۲/۷۶ $\pm$ ۰/۸۸	نظارت بر غذا دادن به بیمار قبل از اینکه سرد شود
۲/۷۵ $\pm$ ۰/۹۰	نظارت بر آماده کردن غذا برای بیماری که خودش می‌تواند غذا بخورد
۲/۳۰ $\pm$ ۰/۶۴	انجام یا نظارت بر حمام بیمار و مراقبت‌های پوست
۲/۳۸ $\pm$ ۰/۶۲	انجام مراقبت‌های دهان
۲/۱۵ $\pm$ ۰/۶۲	مراقبت از زخم پوستی
۸/۳۹ $\pm$ ۱/۱۲	حیطه برنامه‌ریزی
۳/۰ $\pm$ ۰۵/۶۷	آموزش بیمار درباره بیماری، آزمایش‌ها و تست‌های تشخیصی
۲/۰۸ $\pm$ ۰/۴۵	آموزش بیمار در زمان ترخیص
۳/۲۵ $\pm$ ۰/۸۱	شرکت در کنفرانس‌های بین‌رشته‌ای مراقبت از بیمار
۴۷/۵۴ $\pm$ ۲/۸۳	مراقبت پرستاری فراموش شده (کل)

بعد اخلاق‌مداری با مراقبت پرستاری فراموش شده ارتباط معناداری وجود داشت ( $P < 0/05$ ).

بین مراقبت پرستاری فراموش شده و رهبری اخلاقی با مشخصات دموگرافیک ارتباط آماری معناداری وجود نداشت ( $P > 0/05$ ).

میانگین رهبری اخلاقی درک شده  $10/75 \pm 10/08$  بود که ابعاد پیشگامی، وظیفه‌مداری، تسهیم قدرت و اخلاق‌مداری به ترتیب بیشترین وزن را در نمره رهبری اخلاقی داشتند (جدول شماره سه). با توجه به یافته‌های جدول شماره چهار بین رهبری اخلاقی و

جدول ۳: آمارهای توصیفی رهبری اخلاقی و ابعاد آن

متغیرها	تعداد آیتم‌ها	حداقل	حداکثر	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار بر مبنای ۱۰۰
اخلاق‌مداری	۲۵	۴۳	۷۰	۵۴/۵ $\pm$ ۵۴/۴۵	۲۹/۵ $\pm$ ۴۵/۴۵
پیشگامی	۱۴	۲۲	۴۶	۳۱/۹۹ $\pm$ ۴/۲۳	۳۲/۷ $\pm$ ۱۳/۵۵
تسهیم قدرت	۵	۶	۱۸	۱۱/۲۳ $\pm$ ۲/۳۰	۳۱/۱۱ $\pm$ ۱۷/۵۴
وظیفه‌مداری	۵	۶	۱۷	۱۱/۳۰ $\pm$ ۲/۱۴	۳۱/۱۰ $\pm$ ۴۵/۷۴
رهبری اخلاقی (کلی)	۴۹	۸۱	۱۴۰	۱۰۹/۰۸ $\pm$ ۱۰/۷۵	۳۰/۵ $\pm$ ۶۵/۴۸

جدول ۴: ارتباط بین رهبری اخلاقی و مراقبت پرستاری فراموش شده

مراقبت پرستاری فراموش شده (کلی)		برنامه ریزی		مداخلات-مراقبت پایه		مداخلات-نیازهای فردی		ارزیابی		
P-value	ضریب همبستگی	P-value	ضریب همبستگی	P-value	ضریب همبستگی	P-value	ضریب همبستگی	P-value	ضریب همبستگی	
۰/۰۱۰	۰/۱۷۰*	۰/۲۹۶	۰/۰۶۹	۰/۰۱۴	۰/۱۶۲*	۰/۷۷۸	۰/۰۱۹	۰/۱۰۰	۰/۱۰۹	اخلاق مداری
۰/۱۹۸	۰/۰۸۶	۰/۱۵۹	۰/۰۹۳	۰/۵۸۷	۰/۰۳۶	۰/۹۵۸	۰/۰۰۴	۰/۲۶۴	۰/۰۷۴	پیشگامی
۰/۲۶۷	۰/۰۷۴	۰/۷۴۴	۰/۰۲۲	۰/۰۲۶	۰/۱۴۷*	۰/۲۰۹	۰/۰۸۳	۰/۶۷۱	۰/۰۲۸	تسهیم قدرت
۰/۲۱۲	۰/۰۸۳	۰/۰۷۰	۰/۱۲۰	۰/۱۹۵	۰/۰۸۶	۰/۶۰۱	۰/۰۳۵	۰/۸۰۹	۰/۰۱۶	وظیفه مداری
۰/۰۲۲	۰/۱۵۳*	۰/۱۲۹	۰/۱۰۰	۰/۰۲۸	۰/۱۴۵*	۰/۵۹۱	۰/۰۳۶	۰/۱۵۷	۰/۰۹۴	رهبری اخلاقی (کلی)

باقی ماند که ضریب همبستگی چندگانه (R) آن با مراقبت پرستاری فراموش شده برابر با ۰/۱۷ و ضریب تعیین (R<sup>2</sup>) برابر با ۰/۰۲۹ و ضریب تعیین تعدیل شده (Adjusted R<sup>2</sup>) برابر با ۰/۰۲۵ به دست آمده است و این ضریب بیانگر آن است که حدود ۲/۵ درصد از واریانس مراقبت پرستاری فراموش شده توسط متغیر پیش‌بین موجود (اخلاق مداری) تبیین می‌شود. نتایج تحلیل واریانس نشان داد (F(۱, ۲۲۵) = ۶/۶۹۸, P = ۰/۰۱) که این مقدار R<sup>2</sup> معنادار است.

به منظور تبیین میزان مراقبت پرستاری فراموش شده (متغیر ملاک) بر اساس متغیرهای پیش‌بین (ابعاد رهبری اخلاقی) از رگرسیون چندگانه به روش گام به گام استفاده شد. از آنجایی که ارتباط معناداری بین مراقبت پرستاری فراموش شده و مشخصات دموگرافیک وجود نداشت، متغیرهای دموگرافیک وارد مدل رگرسیون نشد. در پایان طبق نتایج ارائه شده در جدول شماره پنج، تنها یک متغیر مستقل (بعد اخلاق مداری) در شکل رگرسیونی

جدول ۵: خلاصه نتایج مدل رگرسیون

سطح معناداری	مقدار t	ضریب استاندارد نشده		متغیر پیش‌بین
		ضریب استاندارد نشده β	SE	
<۰/۰۰۱	۲۲/۸۳۰		۱/۸۷۲	ثابت
۰/۰۱۰	-۲/۵۸	-۰/۱۷۰	۰/۰۳۴	اخلاق مداری
			R=۰/۱۷۰	R <sup>2</sup> =۰/۰۲۹
				Adjusted R <sup>2</sup> =۰/۰۲۵

متغیر ملاک: مراقبت پرستاری فراموش شده

### بحث

کامل اطلاعات ضروری در پرونده بیشترین نمره مراقبت فراموش شده را دارد [۲۱]. همچنین یافته‌ها حاکی از آن بود که در حیطه مداخلات-نیازهای فردی، بیشترین مراقبت پرستاری فراموش شده مربوط به «حمایت عاطفی از بیمار و خانواده»، با میانگین ۲/۵۹±۰/۶۳ است.

در مطالعه انجام شده در کشور ترکیه، این میانگین را ۱/۰±۴۵/۷۸ [۲۳] و در جمهوری چک اسلواکی ۱/۹۸±۰/۸۶ (۳۱) گزارش شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود از مطالعه کنونی، خیلی پایین‌تر است. یافته‌های مطالعه Kalisch و همکاران، در این حیطه، حاکی از "پاسخ به زنگ اخبار بیمار حداکثر پس از پنج دقیقه"، به‌عنوان بیشترین مراقبت پرستاری فراموش شده است [۶]. در مطالعه خواجه‌بویی و همکاران، بیشترین میانگین، مربوط به

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر رهبری اخلاقی درک شده توسط پرستاران بر مراقبت پرستاری فراموش شده بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که میانگین مراقبت پرستاری فراموش شده، در واحدهای شرکت‌کننده در پژوهش ۴۷/۵۴±۲/۸۳ بود که حاکی از سطح متوسط آن است که با مطالعه عبادی و همکاران [۲۸] و خواجه‌بویی و همکاران [۲۹] همسو است. در مطالعه ارسلان و همکاران در کشور ترکیه [۲۳] و Saqer و همکاران در اردن [۳۰] نیز سطح مراقبت پرستاری فراموش شده، متوسط گزارش شده است. بیشترین مراقبت پرستاری فراموش شده در حیطه ارزیابی مربوط به «تمرکز بر ارزیابی مجدد بیمار بر اساس شرایط بیمار» بود. در حالی که مطالعه Zeleníková و همکاران نشان داد که ثبت

کمترین سطح، به ترتیب، مربوط به بُعد پیشگامی و اخلاق‌مداری است. ناهم‌سو با این نتایج، یافته‌های مطالعات در این زمینه حاکی از سطح متوسط میزان رهبری اخلاقی درک شده توسط پرستاران بود و تسهیم قدرت بیشترین میانگین و اخلاق‌مداری کمترین میانگین را داشت [۲۰، ۲۵]. در مطالعه هاشمی و همکاران بعد «اخلاق‌مداری» دارای کمترین میانگین و «وظیفه‌مداری» دارای بیشترین میانگین از دیدگاه پرستاران بود [۲۶]. یافته‌های پژوهش سبزه‌بند و همکاران در سال ۱۴۰۱ نشان داد که میزان رهبری اخلاقی درک شده توسط پرستاران بخش مراقبت ویژه در سطح متوسط به بالا است. سرپرستاران از رفتارهای حیطة پیشگامی بیشتر استفاده می‌کردند و وظیفه‌مداری، تسهیم قدرت و اخلاق‌مداری به ترتیب در رتبه‌های بعدی قرار داشتند [۲۷]. دلایل تفاوت بین نتایج مطالعه‌ی حاضر و این مطالعات را می‌توان به تفاوت در جامعه‌ی تحقیقاتی و جو سازمانی نسبت داد. همچنین ارزیابی رفتار و ویژگی‌های رهبران در زمینه‌های مختلف فرهنگی و اجتماعی بسیار متفاوت است. فرهنگ‌های مختلف، عقاید و انتظارات متفاوتی از ماهیت رهبری دارند. در پژوهش حاضر، بُعد اخلاق‌مداری کمترین میانگین را داشت. اخلاق‌مداری بر تعاملات همدلانه، رفتارهای اخلاق‌مدار مثل رفتار مشارکتی و حمایتی و منش‌های متعالی نظیر صداقت، تواضع، انتقادپذیری، و داشتن سعه‌ی صدر دلالت دارد. اخلاق‌مداری در یک سازمان به‌عنوان یکی از مسئله‌های مهم برای مدیریت مطرح است که بایستی به آن توجه ویژه‌ای شود.

همچنین نتایج حاکی از آن بود که بین رهبری اخلاقی با مراقبت پرستاری فراموش‌شده ارتباط معناداری وجود دارد. از بین ابعاد رهبری اخلاقی، بُعد اخلاق‌مداری می‌تواند به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده مراقبت پرستاری فراموش‌شده در نظر گرفته شود. هم‌راستا با این یافته، برخورداری و میرجلیلی در پژوهش خود نشان دادند که رویکرد رهبری اخلاقی در مدیران پرستاری میزان خطا را کاهش و گزارش خطا را افزایش می‌دهد [۲۰]. نتایج پژوهش ارسلان و همکاران، در ترکیه، بیانگر این بود که بین رهبری اخلاقی و مراقبت پرستاری فراموش‌شده ارتباط معنی‌داری وجود ندارد ولی بین خرده‌مقیاس روشن شدن وظایف/نقش‌ها و مراقبت پرستاری فراموش‌شده رابطه ضعیف اما معنی‌داری وجود دارد [۲۳]. دلیل این ناهم‌سویی، می‌تواند استفاده از ابزار پژوهشی متفاوت برای سنجش رهبری اخلاقی باشد. از آنجایی‌که مسائل اخلاقی در سازمان‌های مراقبتی به مفاهیم مراقبت از بیمار و ارتباط با همکاران و متخصصان سایر رشته‌ها و خود سازمان مربوط می‌شود، در این تحقیق سعی بر آن شد تا سطح رهبری اخلاقی با استفاده از یک ابزار بومی معتبر و قابل‌اعتماد، که به‌طور خاص برای رشته پرستاری طراحی شده است، اندازه‌گیری شود.

به طور کلی می‌توان گفت که رهبران اخلاقی با رفتار اخلاق‌مدار، تعاملات همدلانه و منش‌های متعالی بر روی پرستاران

نظارت بر توالی رفتن بیمار در پنج دقیقه اول درخواست، در حیطة مداخلات-نیازهای فردی بود [۲۹]. همان‌طور که مشاهده می‌شود هیچ‌کدام از مطالعات موردبررسی، حمایت عاطفی از بیمار و خانواده را به‌عنوان مراقبت پرستاری فراموش‌شده در حیطة مداخلات-نیازهای فردی بیان نکردند. در مطالعه حاضر، بیشترین مراقبت پرستاری فراموش‌شده، در حیطة مداخلات-مراقبت پایه مربوط به «نظارت بر غذا دادن به بیمار قبل از اینکه سرد شود» بود. این یافته همسو با مطالعه Diab و همکاران است [۳۲]. در مطالعه ارسلان و همکاران تحرک بیماران و تغییر پوزیشن [۲۳] در مطالعه خواجه‌پوری و همکاران [۲۹] به نظارت بر آماده کردن غذا برای بیماری که خودش نمی‌تواند غذا بخورد، بیشترین مراقبت پرستاری فراموش‌شده گزارش شده است. یافته‌ها نشان داد که بیشترین مراقبت پرستاری فراموش‌شده در حیطة برنامه‌ریزی مربوط به «شرکت در کنفرانس‌های بین‌رشته‌ای مراقبت از بیمار» بود. همسو با این نتایج، Kalisch و همکاران [۶]، خواجه‌پوری و همکاران [۲۹]، چگینی و همکاران [۳۳] و دیاب و همکاران [۳۲] به این مورد اشاره داشتند ولی این یافته با نتایج مطالعه Hernandez-Cruz و همکاران همخوانی نداشت [۳۴].

در توضیح این نتایج می‌توان گفت که پرستاران احتمالاً این نوع مراقبت از دست‌رفته را به‌عنوان وظیفه مهمی تلقی نمی‌کنند. از طرفی، فراموشی مراقبت‌هایی همچون «نظارت بر غذا دادن به بیمار» یا «حمایت عاطفی از بیمار و خانواده» که جزء بیشترین مراقبت‌های فراموش‌شده در مطالعه حاضر بوده است می‌تواند ناشی از عدم درک کافی از اهمیت آن‌ها و کمبود نیروی پرستاری باشد که موجب می‌شود فوری‌ترین وظایف پرستاری را در اولویت قرار می‌دهند. همچنین ثبت نکردن این مراقبت‌ها در پرونده یا گزارش پرستاری و بررسی نشدن آن توسط پرستاران در هنگام تحویل نوبت‌کاری می‌تواند توجیهی برای این نتایج باشد که با اقداماتی نظیر بهبود سیستم مستندسازی و همچنین مشارکت دادن بیمار در یادآوری برخی از جنبه‌های مراقب، می‌توان بر این مشکلات را برطرف کرد. همچنین به نظر می‌رسد پرستاران به دلیل فشار کاری بالا برای انجام وظایف محوله، بیشتر مراقبت‌ها را اولویت‌بندی و محدود می‌کنند. در مورد شرکت در کنفرانس‌های بین‌رشته‌ای مراقبت از بیمار می‌توان گفت که نبود برنامه مدون و منطبق بر زمان‌های آزاد پرستاران با نوبت‌کاری متفاوت و اهمیت نداشتن چنین کنفرانس‌هایی برای پرستاران و درپایان نظارت نداشتن بر اجرای آخرین استانداردهای مراقبت از سوی بیمارستان‌ها باعث فراموشی این بخش از مراقبت توسط پرستاران شده است. این درحالی است که بهبود کیفیت خدمات پرستاری و درنهایت رضایت بیماران در گرو استفاده از دستورالعمل‌های به‌روز و اثربخش است که نیاز به توجه بیشتری از سوی سیاست‌گذاران و مدیران پرستاری دارد.

پژوهش حاضر نشان داد که میانگین رهبری اخلاقی درک شده در سطح پایینی ( $10/75 \pm 10/9/08$ ) قرار دارد که بیشترین و



باعث کاهش مراقبت پرستاری فراموش شده می‌شود. بر این اساس، رهبران پرستاری نقش عمده‌ای در این زمینه دارند. ارائه آموزش و برنامه‌ریزی برای بهبود چنین رویکردی در مدیران پرستاری در تمامی سطوح، در قالب کارگاه‌های آموزشی و مشاوره‌های دوره‌ای در بهبود ظرفیت و هدایت اخلاقی رهبری آنان مؤثر است. تأکید بر اخلاقیات به‌عنوان بخشی از آموزش رهبری در مدیریت پرستاری مهم بوده و چنین آموزش‌هایی باید در برنامه درسی آموزش پرستاری گنجانده شود.

### تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمام پرستاران مشارکت‌کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

### تضاد منافع

نویسندگان اذعان می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافع وجود ندارد.

### ملاحظات اخلاقی

پس از تصویب طرح در کمیته تحقیقات دانشگاه، کد اخلاق (IR.SSU.REC.1400.215) گرفته شد. کسب مجوزهای لازم، رضایت آگاهانه از تمامی افراد مورد مطالعه، توضیح در مورد روش اجرا، هدف از انجام تحقیق و پاسخ به پرسش‌های مشارکت‌کنندگان از ملاحظات اخلاقی بود که در این پژوهش رعایت گردید.

### سهم نویسندگان

نویسنده اول در طراحی مطالعه، گردآوری داده‌ها و همچنین تهیه پیش‌نویس مقاله مشارکت داشت. سهم نویسنده دوم به‌عنوان نویسنده مسئول در طراحی مطالعه، نگارش و تأیید نسخه نهایی مقاله بود. نویسنده سوم، در تجزیه و تحلیل و تفسیر داده‌ها و نویسنده چهارم در بازبینی و اصلاح موشکافانه مقاله نقش داشتند.

### حمایت مالی

این پژوهش برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب با کد ۱۱۹۱۳ و با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد انجام شده است.

تأثیر گذاشته و در آنها ایجاد انگیزه می‌کنند که پیامد آن ارائه مراقبت بهتر برای بیمار است [۱۸].

همچنین یافته‌ها نشان داد که بین مراقبت پرستاری فراموش شده و رهبری اخلاقی درک‌شده با مشخصات دموگرافیک ارتباط معناداری وجود ندارد. درحالی‌که ارسال و همکاری در مطالعه خود بیان نمودند که مراقبت فراموش شده با جنسیت رابطه دارد [۲۳]. در این راستا عبادی و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که بین سن، سابقه کاری، وضعیت تأهل و مراقبت پرستاری فراموش شده رابطه معناداری وجود دارد [۲۸]. همچنین زارع‌زاده و همکاران [۳۸] و Ozden و همکاران [۳۹] در مطالعه خود بیان نمودند که میزان رهبری اخلاقی از دیدگاه پرستاران زن به طور معناداری بیشتر از پرستاران مرد است. دلایل تفاوت بین نتایج مطالعه حاضر و این مطالعات را می‌توان ناشی از جامعه پژوهش، زمینه‌های فرهنگی اجتماعی و جو سازمانی متفاوت دانست.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به خودگزارش‌دهی پرسش‌نامه‌ها اشاره کرد که پژوهشگر می‌تواند با در اختیار گذاشتن زمان کافی برای واحدهای پژوهش به منظور تکمیل پرسش‌نامه، این محدودیت را به حداقل برساند. علاوه بر این، سوگیری مطلوبیت اجتماعی، مشکلی است که باید در استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی مورد توجه قرار گیرد. محدودیت دیگر، وجود متغیرهای مخدوش‌کننده مانند عوامل مؤثر بر تمرکز پرستاران به دلیل حجم کار زیاد بود که قابل کنترل نیست. در این تحقیق از طرح مقطعی استفاده شده است. به همین دلیل، علیت را غیرممکن می‌کند. همچنین از آنجایی که مطالعه حاضر بر روی پرستاران منتخب یک شهر انجام شده است، نتایج به‌دست‌آمده از این مطالعه را نمی‌توان به همه پرستاران تعمیم داد.

### نتیجه‌گیری

با توجه به رابطه معنادار و معکوس بین مراقبت پرستاری فراموش شده و رهبری اخلاقی درک شده توسط پرستاران می‌توان نتیجه گرفت که توسعه رویکرد رهبری اخلاقی در مدیران پرستاری

## REFERENCES

- Delavar Hajiyar AA, Maghsoodi S, Chamanzari H. The effect of transformational and transactional leadership styles training for head nurses on job satisfaction of staff nurses. *J Torbat Heydariyeh Uni Med Sci*. 2021;9(1):45-55.
- Dehghani-Tafti M, Barkhordari-Sharifabad M, Nasiriani K, Fallahzadeh H. Ethical leadership, psychological empowerment and caring behavior from the nurses' perspective. *Clin Ethics*. 2021;414777509211016297. DOI:10.1177/1477509211016297.
- Mohebi MM, Zandi K, Fotovat HK. Relationship Between Responsible Leadership and Caring Behaviors of Nurses: the Mediating Role of Organizational Pride. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2022;30(4):297-306. DOI: 10.32592/ajnm.30.4.297.
- Labrague LJ, de Los Santos JAA, Fronda DC. Factors associated with missed nursing care and nurse-assessed quality of care during the COVID-19 pandemic. *J Nurs Manag*. 2022;30(1):62-70. PMID: 34590383 DOI: 10.1111/jonm.13483.
- Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. *Journal Nurs Care Qual*. 2006;21(4):306-13. PMID: 16985399 DOI: 10.1097/00001786-200610000-00006.
- Kalisch BJ, Lee KH. Missed nursing care: Magnet versus non-Magnet hospitals. *Nurs Outlook*. 2012;60(5):e32-9. PMID: 22824471 DOI: 10.1016/j.outlook.2012.04.006.
- John ME, Mgbekem MA, Nsemo AD, Maxwell GI. Missed nursing care, patient outcomes and care outcomes in selected hospitals in Southern Nigeria. *Nursing*. 2016;152:81-7.
- Gravlin G, Bittner NP. Nurses' and nursing assistants' reports of missed care and delegation. *Journal Nursing Adm*. 2010;40(7/8):329-35. PMID: 20661063 DOI: 10.1097/NNA.0b013e3181e9395e.
- Kalisch BJ, Tschannen D, Lee H, Friese CR. Hospital variation in missed nursing care. *Am J Med Qual*.

- 2011;**26**(4):291-9. [PMID: 21642601](#) [DOI: 10.1177/1062860610395929](#).
10. Dehghan-Nayeri N, Shali M, Navabi N, Ghaffari F. Perspectives of oncology unit nurse managers on missed nursing care: A Qualitative study. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2018;**5**(3):327-36. [PMID: 29963596](#) [DOI: 10.4103/apjon.apjon\\_6\\_18](#).
  11. De Villers MJ, DeVon HA. Moral distress and avoidance behavior in nurses working in critical care and noncritical care units. *Nurs Ethics*. 2013;**20**(5):589-603. [PMID: 23186938](#) [DOI: 10.1177/0969733012452882](#).
  12. Kalisch BJ, Lee KH. The impact of teamwork on missed nursing care. *Nurs Outlook*. 2010;**58**(5):233-41. [PMID: 20934078](#) [DOI: 10.1016/j.outlook.2010.06.004](#).
  13. Schuckhart M-C. MISSCARE nursing survey: A secondary data analysis: University of North Texas Health Science Center at Fort Worth; 2010.
  14. Friese CR, Kalisch BJ, Lee KH. Patterns and correlates of missed nursing care in inpatient oncology units. *Cancer Nursing*. 2013;**36**(6):e51. [PMID: 23151503](#) [DOI: 10.1097/NCC.0b013e318275f552](#).
  15. McCauley L, Kirwan M, Riklikiene O, Hinno S. A scoping review: The role of the nurse manager as represented in the missed care literature. *J Nurs Mang*. 2020;**28**(8):1770-82. [PMID: 32198959](#) [DOI: 10.1111/jonm.13011](#).
  16. Barkhordari-Sharifabad M, Ashktorab T, Atashzadeh-Shoorideh F. Exploration of pioneering as a major element of ethical leadership in nursing: a qualitative study. *Electronic Physician*. 2017;**9**(7):4737. [PMID: 28894529](#) [DOI: 10.19082/4737](#).
  17. Brown ME, Treviño LK, Harrison DA. Ethical leadership: A social learning perspective for construct development and testing. *OBHDP*. 2005;**97**(2):117-34. [DOI: 10.1016/j.obhdp.2005.002](#).
  18. Barkhordari-Sharifabad M, Ashktorab T, Atashzadeh-Shoorideh F. Ethical competency of nurse leaders: A qualitative study. *Nursing Ethics*. 2018;**25**(1):20-36. [PMID: 27301416](#) [DOI: 10.1177/0969733016652125](#).
  19. Barkhordari-Sharifabad M, Ashktorab T, Atashzadeh-Shoorideh F. Ethical leadership outcomes in nursing: A qualitative study. *Nursing ethics*. 2018;**25**(8):1051-63. [PMID: 28095757](#) [DOI: 10.1177/0969733016687157](#).
  20. Barkhordari-Sharifabad M, Mirjalili N-S. Ethical leadership, nursing error and error reporting from the nurses' perspective. *Nursing Ethics*. 2020;**27**(2):609-20. [PMID: 31331231](#) [DOI: 10.1177/0969733019858706](#).
  21. Aloustani S, Atashzadeh-Shoorideh F, Zagheri-Tafreshi M, Nasiri M, Barkhordari-Sharifabad M, Skerrett V. Association between ethical leadership, ethical climate and organizational citizenship behavior from nurses' perspective: a descriptive correlational study. *BMC Nursing*. 2020;**19**(1):1-8. [PMID: 32158354](#) [DOI: 10.1186/s12912-020-0408-1](#).
  22. 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. [PMID: 27679538](#) [DOI: 10.1177/0969733016664979](#).
  23. Arslan GG, Özden D, Göktuna G, Ertuğrul B. Missed nursing care and its relationship with perceived ethical leadership. *Nursing Ethics*. 2022;**29**(1):35-48. [PMID: 34396804](#) [DOI: 10.1177/09697330211006823](#).
  24. Barkhordari-Sharifabad M. Ethical leadership in nursing: development and psychometric evaluation of an instrument. Tehran: Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services; 2017.
  25. Kalisch BJ, Williams RA. Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *J Nurs Adm*. 2009;**39**(5):211-9. [PMID: 19423986](#) [DOI: 10.1097/NNA.0b013e3181a23cf5](#).
  26. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2009;**65**(7):1509-17. [PMID: 19456994](#) [DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x](#).
  27. Baljani E, Rezaee S, Feizi A. Missed Nursing Care In Educational, Private And Social Welfare Hospitals. *J. Urmia Nurs. Midwifery Fac*. 2019;**17**(4):300-8.
  28. Ebadi J, Najafi E, Aghamohammadi V, Saeedi S, Nasiri K. Missed Nursing Care and Its Related Factors in Ardabil and Khalkhal Educational and Medical Centers in 2020. *JHC*. 2021;**23**(1):78-87. [DOI: 10.52547/jhc.23.1.78](#).
  29. Khajooee R, Bagherian B, Dehghan M, Azizzadeh Forouzi M. Missed nursing care and its related factors from the points of view of nurses affiliated to Kerman University of Medical Sciences in 2017. *Hayat*. 2019;**25**(1):11-24.
  30. Saqer TJ, AbuAIRub RF. Missed nursing care and its relationship with confidence in delegation among hospital nurses. *J Clin Nurs*. 2018;**27**(13-14):2887-95. [PMID: 29633416](#) [DOI: 10.1111/jocn.14380](#).
  31. Zeleníková R, Gurková E, Jarošová D. Missed nursing care measured by MISSCARE survey—the first pilot study in the Czech Republic and Slovakia. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 2019;**10**(1):958-66. [DOI: 10.15452/CEJNM.2019.10.0002](#).
  32. Diab GH, Ebrahim RM. Factors leading to missed nursing care among nurses at selected hospitals. *Am J Nurs Res*. 2019;**7**(2):136-47. [DOI: 10.12691/ajnr-7-2-5](#).
  33. Chegini Z, Jafari-Koshki T, Kheiri M, Behforoz A, Aliyari S, Mitra U, et al. Missed nursing care and related factors in Iranian hospitals: A cross-sectional survey. *J Nurs Manag*. 2020;**28**(8):2205-15. [PMID: 32472718](#) [DOI: 10.1111/jonm.13055](#).
  34. 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;**2**:e2877. [PMID: 28699991](#) [DOI: 10.1590/1518-8345.1227.2877](#).
  35. Pakizekho S, Barkhordari-Sharifabad M. The relationship between ethical leadership, conscientiousness, and moral courage from nurses' perspective. *BMC Nurs*. 2022;**21**(1):164. [PMID: 35751063](#) [DOI: 10.1186/s12912-022-00941-y](#).
  36. Hashemi E, Barkhordari-Sharifabad M, Salaree MM. Relationship between ethical leadership, moral distress and turnover intention from the nurses' perspective. *IJMEHM*. 2020;**13**(1):552-63.
  37. Sabzehband P, Maleki Jamasbi M, Tapak L, Purfarzad Z. Relationship between head nurses' ethical leadership and demographic characteristics with general self-efficacy of critical care wards nurses of educational-treatment centers of Hamadan University of Medical Sciences, 2019. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2022;**30**(2):124-33. [DOI:10.32592/ajmc.30.2.124](#).
  38. Zarezadeh S, Barkhordari-Sharifabad M, Salaree MM. Association between Ethical Leadership with Self-Efficacy and General Health of Nurses. *JNE*. 2021;**10**(3):34-44.
  39. Özden D, Arslan GG, Ertuğrul B, Karakaya S. The effect of nurses' ethical leadership and ethical climate perceptions on job satisfaction. *Nursing Ethics*. 2019;**26**(4):1211-25. [PMID: 29117776](#) [DOI: 10.1177/0969733017736924](#).