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

مقاله پژوهشی

واضح سازی مفهوم سهمیه بندی ضمنی مراقبت پرستاری: تحلیل مفهوم با رویکرد واکر و آوانت

عباس حیدری[۱]، ناهید عاقبتی[۱]، رضا محمدپورهدکی*[۲]

۱. گروه داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

چکیده

زمینه و هدف: سهمیه بندی ضمنی مراقبت های پرستاری یک نگرانی فزاینده در سیستم ارئه مراقبت های بهداشتی می باشد. سهمیه بندی مراقبت می تواند پیامدهای نامطلوبی برای بیماران به همراه داشته باشد. با توجه به اهمیت موضوع در نظام سلامت، شفاف سازی ابعاد مختلف این مفهوم ضرورت دارد. لذا این مطالعه با هدف واضح سازی مفهوم سهمیه بندی ضمنی مراقبت پرستاری با استفاده از رویکرد واکر و آوانت انجام شده است.

روش‌ها: برای آنالیز مفهوم سهمیه بندی ضمنی مراقبت از رویکرد واکر و آوانت استفاده شد. جستجو در پایگاه های بین المللی داده شامل Web of sciences، PubMed،Scopus با استفاده از کلید واژه های implicit rationing, nursing care, implicit rationing of nursing care, Rationing of nursing care و پایگاه های فارسی SID, Iran Medex, Magiran بدون محدودیت زمانی تا اکتبر ۲۰۲۳ انجام شد. درنهایت با توجه به معیارهای ورود و خروج ۱۳ مقاله مرتبط با مفهوم مدنظر مورد آنالیز قرار گرفتند.

نتایج: بررسی متون نشان داد که مفهوم سهمیه بندی ضمنی مراقبت پرستاری دارای پیچیدگی و ابعاد مختلفی می‌باشد. پیشایندهای این مفهوم مربوط به بیمار، پرستاران و سازمان می باشند. تصمیم گیری، اولویت بندی، پیامد، تعهد انجام مراقبت های پرستاری و اختلال در روند انجام مداخلات پرستاری ویژگی های تعیین کننده مفهوم سهمیه بندی ضمنی مراقبت پرستاری می باشند.

نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر ابعاد مختلف مفهوم سهمیه بندی ضمنی مراقبت پرستاری را مشخص نمود. مدیران و پژوهشگران پرستاری می توانند از نتایج این مطالعه در طراحی اقدامات و مداخلات مؤثر بر کاهش بروز آن، استفاده نمایند.

کلید واژه‌ها:
مراقبت، مراقبت سهمیه بندی، رویکرد واکر و آوانت، تحلیل مفهوم

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

***آدرس نویسنده مسئول: مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشکده پرستاری و مامایی**
آدرس پست الکترونیک: rezamdpoor@gmail.com

مقدمه

مراقبت یک عنصر اساسی از عملکرد پرستاری است و به عنوان فعالیت‌های حمایتی و تسهیل‌کننده برای برآوردن نیازهای فعلی و بالقوه بیمار تعریف می‌شود که با هدف بهبود شرایط زندگی بیمار انجام می شود (۱). کمبود پرستار از چالش های جهانی است که هم کشورهای توسعه یافته و هم کشورهای در حال توسعه را در برگرفته است (۲). کمبود پرستار تأثیراتی بر مراقبت از بیماران دارد، باعث کاهش کیفیت مراقبت و ایجاد پیامدهای نامطلوب می شود (۳). با این حال مشخص نیست که به دنبال کاهش پرسنل پرستاری چگونه نحوه ارائه مراقبت های پرستاری تغییر می کند.

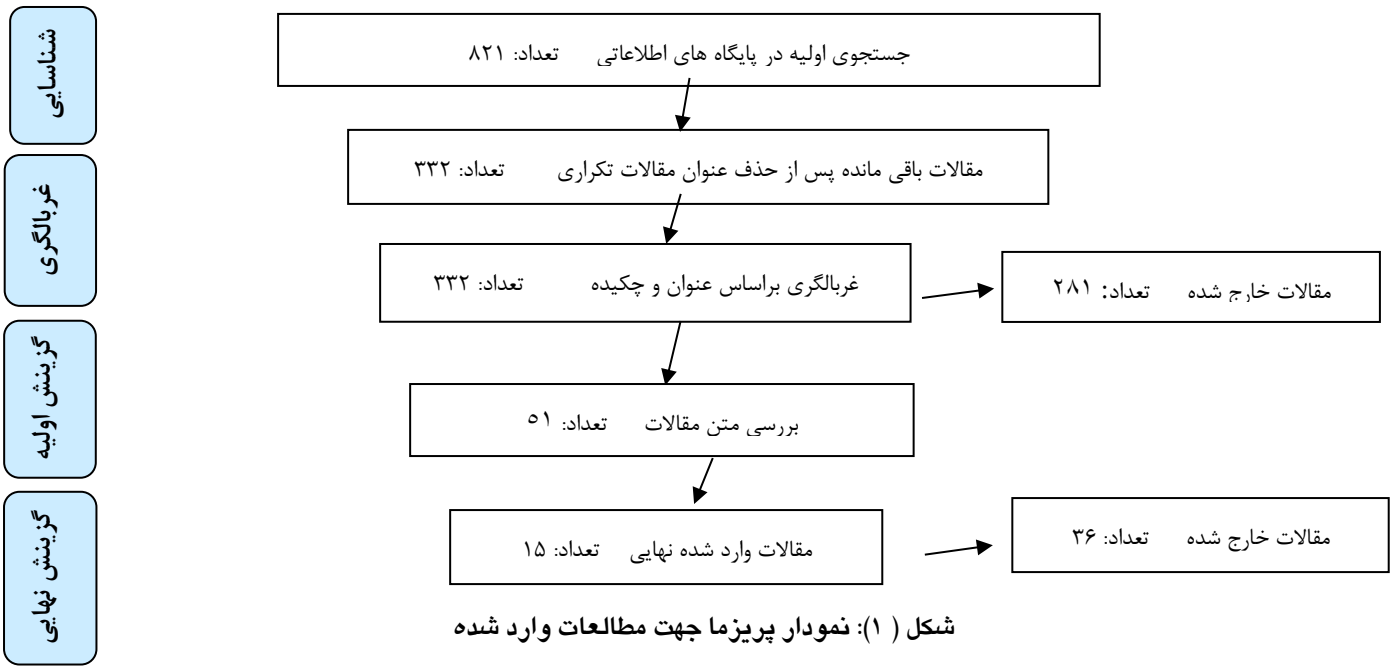
سهمیه بندی ضمنی مراقبت های پرستاری یکی از مواردی می‌باشد که با تعداد پرسنل و کیفیت مراقبت پرستاری مرتبط می باشد (٤). هر یک از پرستاران وظیفه مراقبت گروهی از بیماران را در طول شیفت عهده دار می باشند. لذا جهت مدیریت وظایف محول شده در طول شیفت یکی از مهمترین کارهای پرستاران اولویت‌بندی مداوم فعالیت‌های مراقبت پرستاری در داخل و بین بیماران می باشد (٥). وقتی نیاز به فعالیت های مراقبت پرستاری از زمان در دسترس پرستار بیشتر شود، زمان پرستاری به منبع کمیاب تبدیل می شود که باید سهمیه بندی شود. به دنبال سهمیه بندی که پرستاران در زمان در دسترس در طول شیفت انجام می دهند در واقع سهمیه بندی مراقبت های پرستاری اتفاق می افتد (٦). سهمیه بندی ضمنی مراقبت های پرستاری به عنوان خودداری یا عدم انجام اقدامات پرستاری لازم برای بیماران به دلیل کمبود منابع تعریف می‌شود (۷). سهمیه بندی مراقبت های پرستاری یک نگرانی اخلاقی فزاینده در سیستم‌های مراقبت های بهداشتی است، زیرا بیشتر و بیشتر، پرستاران مجبور می شوند فعالیت های خود را اولویت بندی کنند و از فعالیت های "اولویت پایین تر" غافل شوند یا آنها را ناتمام رها کنند، که پیامدهای نامطلوب بیمار و کاهش رضایت شغلی پرستاران را به همراه دارد(۸). پرستاران زمانی احساس گناه می‌کنند که نتوانند بهترین مراقبت‌ها را به بیماران ارائه دهند، یعنی تمام مراقبت‌های لازم برای همه بیماران، که در نهایت منجر به فرسودگی شغلی و قصد ترک شغل می‌شود (۹). همچنین سهمیه بندی ضمنی یک تهدید مستقیم برای ایمنی بیماران می باشد، سهمیه بندی مراقبت های پرستاری یکی از علل اصلی رخدادهای نامطلوب و خطاهای پزشکی است که سلامت و زندگی بیمار را تهدید می کند (۱۰). با توجه به اولویت‌های وظایف پرستاری و ناکارآمدی عوامل فردی و سازمانی، پرستاران مجبور به انجام وظایف مراقبتی انتخابی می‌شوند و وظایف پرستاری خاص ممکن است حذف یا به تعویق بیوفتد. علاوه بر این، سهمیه بندی مراقبت می تواند تحت تأثیر دانش بالینی، نگرش و قضاوت پرستاران نسبت به تخصیص منابع برای بیماران باشد (۱۱).

عدم وجود تعریف روشن و رضایت بخش از این مفهوم میتواند یکی از دلایل استفاده کمتر از ان در بحث تحقیق و عمل باشد. لذا تعریف صحیح مفهوم مراقبت سهمیه بندی ضمنی می تواند به فهم و درک بهتر ان و در نهایت در ارزیابی موقعیت و ارائه مراقبت ایمن و با کیفیت از بیماران کمک کننده و راه گشا با شد. توسعه مفهوم یکی از رویکردهای مهم و بسیار کمک کننده در توسعه و گسترش دانش پرستاری می باشد (۱۲). تحلیل مفهوم یک روش علمی و منطقی و واضح و مناسب برای توسعه مفهوم می باشد. تحلیل مفهوم منجر به ایجاد اجماع و اتفاق نظر برروی معانی و ویژگی های یک مفهوم و تمایز ان با دیگر مفاهیم می‌شود (۱۳)، مفهوم سهمیه بندی ضمنی مراقبت یک امر غیرقابل اجتناب در حرفه پرستاری بخصوص در کشورهای در حال توسعه مطرح می باشد و در همه پرستاران (با تجربه و کم تجربه) درجاتی از سهمیه بندی ضمنی مراقبت دیده می شود. همچنین براساس جستجوی محققان تعاریف واضحی از سهمیه بندی ضمنی مراقبت در دسترس نیست و لزوم تعریف جامع مفهوم سهمیه بندی ضمنی مراقبت در پر ستاری و شنا سایی زمینه هایی که موجب ارزیابی موقعیت، کاهش این رفتار و در نتیجه بهبود کیفیت مراقبت پر ستاری می شود ضروری به نظر می رسد. در میان روش های مختلف برای توسعه مفهوم برخی

از پژوهشگران معتقدند که تحلیل مفهوم یک رویکرد مناسب و مشخص محسوب می شود. در این رویکرد، ابتدا ویژگی های یک مفهوم تعیین گردیده و سپس مفهوم از دیگر مفاهیم مشابه متمایز می گردد. بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی مفهومی سهمیه بندی ضمنی مراقبت در پرستاری با استفاده از رویکرد واکر و آوانت برای رسیدن به یک تعریف عمیق و همه جانبه از این مفهوم انجام گرفته است.

روش‌ها

این مطالعه با هدف واضح سازی مفهوم سهمیه بندی ضمنی مراقبت پرستاری و تعیین ابعاد آن بر اساس مدل آنالیز مفهومی واکر و آوانت در سال ۱۴۰۲ انجام شده است. در این رویکرد، فرآیند تجزیه و تحلیل یک مفهوم برای رسیدن به درک بهتر صورت می گیرد. این مدل دارای هشت مرحله: ۱- انتخاب مفهوم، ۲- تعیین هدف تحلیل، ۳- شناسایی تمام کاربردهای مفهوم مورد تحلیل، ٤- تعیین ویژگی های تعریف کننده مفهوم، ٥- شناسایی یک مدل الگویی، ٦- شناسایی موارد مرزی و مخالف، ۷- شناسایی پیشایندها و پیامدهای مفهوم و تعریف شاخص های تجربی می باشد (۱۲). در ابتدا مفهوم سهمیه بندی ضمنی مراقبت پرستاری با استفاده از کلید واژه های مراقبت پرستاری، مراقبت سهمیه بندی، مراقبت سهمیه بندی ضمنی implicit rationing, implicit rationing of nursing care, Rationing nursing care, of nursing care, در پایگاه های اطلاعاتی Web of Science, SID, Magiran, Iran Medex، Scopus، PubMed مورد بررسی قرار گرفت. جستجو در پایگاه های داده بر أساس استراتژی (("nursing"[Title/Abstract] AND "Rationing"[Title/Abstract]) OR "implicit rationing"[Title/Abstract]) AND "care"[Title/Abstract] بدون محدودیت زمانی تا اگوست ۲۰۲۳ انجام شد. دو نفر از پژوهشگران به طور مستقل مراحل را انجام دادند و در صورت اختلاف در جلساتی به صورت حضوری موضوع مطرح و پیرامون ان بحث شد. جستجو و غربالگری اولیه مقالات بر اساس نام نویسنده، عنوان و سال انتشار انجام شد و موارد تکراری حذف شدند در مرحله بعدی چکیده مقالات و سپس متن کامل مقالات بررسی گردید و مقالاتی که منطبق با هدف مطالعه بودند وارد آنالیز نهایی شدند. درنهایت ۱۵ مقاله وارد آنالیز مفهوم نهایی شدند(شکل۱). معیارهای ورود شامل: مقالات به زبان فارسی یا انگلیسی، مرتبط بودن با مفهوم سهمیه بندی ضمنی مراقبت، دسترسی به متن کامل مقاله بودند. همچنین مطالعات با تمرکز بر سهمیه بندی در گروه های درمانی غیر پرستار، نامه به سردبیر، مقاله ادیتورال و کنفرانس ها از مطالعه خارج شدند. در واقع تمام متونی که دارای معیار ورود و در راستای هدف مطالعه بودند وارد مطالعه شدند(جدول۱).



شکل (۱): نمودار پریزما جهت مطالعات وارد شده

جدول (۱): اطلاعات و نتایج مطالعات نهایی

نام نویسندگان و سال	نوع مطالعه	یافته ها
BachnickL, et al. (2020) (14)	مقطعی	سطوح بالاتر سهمیه بندی ضمنی مراقبت های پرستاری با سطوح پایین تر مراقبت بیمار محور، به عنوان مثال، درمان و مراقبت مناسب مرتبط بود.
Dhaini, et al. (2020) (15)	طولی	رتبه بندی مراقبت با بار کاری خود ادراک شده پرستاران در هر دو شیفت ارتباط مثبت داشت، اما با نسبت بیمار به پرستار ارتباط مثبت نداشت.
Dhaini, et al. (2017) (16)	مقطعی	سهمیه بندی مراقبت، ارتباط مثبتی با درد مفاصل کارکنان و خستگی عاطفی دارد
Friganovic, et al. (2019) (17)	مقطعی	ارزیابی پایین‌تر از کیفیت مراقبت در بخش با نمره بالاتر در پرسش‌نامه رتبه‌بندی ضمنی مراقبت‌های پرستاری، همراه است. رضایت کمتر از محل کار فعلی با نمره بالاتر در پرسشنامه رتبه بندی ضمنی مراقبت از پرستاری، همراه است.
Kalánková, et al. (2020۰) (18)	مقطعی	شیوع مراقبت های جیره بندی شده در بیمارستان های دانشگاهی و دانشکده ها ٤٢/١ درصد شناسایی شد. علاوه بر این، ٨٧/٦ درصد از پرستاران یک یا چند جیره بندی را گزارش کردند
Li, et al. (2023) (19)	پدیدار شناسی	مطالعه نشان داد که تجربه گزارش شده پرستاران از مقابله با سهمیه بندی ضمنی مراقبت پرستاری شامل سه جنبه شخصی، منابع و مدیریتی است.
Maghsoud, et al. (2022) (20)	مقطعی	بین سهمیه بندی ضمنی مراقبت های پرستاری و کیفیت مراقبت ارتباط وجود دارد.
Schubert, et al. (2013) (21)	مقطعی	میانگین سطح سهمیه بندی ضمنی ١,٦٩ (SD = 0.571) بود . حجم کار، تجربه پرستار و آموزش پرستار با جیره بندی ارتباط نداشتند.
Uchmanowicz, et al. (2020) (22)	مقطعی	میانگین امتیاز سهمیه بندی ضمنی پاسخ دهندگان ١,٢٧ امتیاز بود
Izabela Witczak et al. (2020) (23)	مقطعی	سهمیه بندی ضمنی مراقبت با کیفیت مراقبت پرستاری و رضایت شغلی پرستاران ارتباط معنادار منفی دارد
Zeleníková, et al. (202٣) (24)	توصیفی	مهم‌ترین دلایل سهمیه‌بندی ضمنی مراقبت‌های پرستاری «تعداد ناکافی پرسنل»، «تعداد ناکافی پرسنل کمکی» و «پذیرش و ترخیص غیرمنتظره بیمار» بود.
Zeleníková, et al. (2023) (25)	مقطعی	بیشترین سهمیه بندی فعالیت مراقبت پرستاری، پاسخ به موقع به درخواست/نیاز بیمار یا خانواده، و به دنبال آن حمایت عاطفی یا روانی و نظارت کافی بر وظایف محول شده بود
Renáta Zeleníková , et al. 2023 (25)	مقطعی	متغیرهای سازمانی (نوع بخش و نوع بیمارستان) بر سهمیه بندی ضمنی مراقبت های پرستاری تأثیر می گذارد.
Zhao, et al. (2020) (26)	مرور نظام مند	مقالات بررسی شده شواهدی مبنی بر همبستگی منفی بین محیط کار و سهمیه بندی ضمنی را ارائه کردند
Zaho, et al. (2021) (27)	مرور نظام مند	هفت موضوع اثرات مثبتی در کاهش مراقبت سهمیه بندی ضمنی دارند: ١) بهبود دانش و مهارت، ٢) ارتقاء ارتباطات مؤثر، ٣) ایجاد اعتماد متقابل، ٤) کاهش گردش مالی مقصد، ٥) کارکنان معقول، ٦) تقسیم مسئولیت ها و ٧) پرورش آگاهی تیمی.

نتایج

گام اول: انتخاب مفهوم

سهمیه بندی مراقبت پرستاری به عنوان خودداری یا عدم انجام اقدامات پرستاری لازم برای بیماران به دلیل کمبود منابع پرستاری (پرسنل، ترکیب مهارت، زمان) تعریف می شود (٦). در واقع در این نوع مراقبت تعلیق یا قطع برخی از جنبه های مراقبت بعلت محدودیت منابع اتفاق می افتد. با توجه به اینکه سهمیه بندی یک عمل پسندیده در پرستاری نمی باشد معمولا سهمیه بندی مراقبت های پرستاری به صورت ضمنی اجرا می شود. در واقع، خود پرستار تصمیم می‌گیرد که منابع محدود (مانند زمان و مهارت) چگونه بین بیماران توزیع شود و تعیین می‌کند که چه کسی باید مراقبت‌های پرستاری لازم را دریافت کند (۲۸). تایید نظام سلامت بر استراتژی های کاهش هزینه در مراقبت های بهداشتی می تواند یک تهدید برای پرستاری باشد. به ویژه اگر در حوزه پرسنل پرستاری تغییرات در جهت کاهش هزینه صورت بگیرد. کاهش پرسنل پرستاری بیمارستان با مرگ و میر بیماران، عوارض بیمار، کاهش رضایت شغلی، و فرسودگی شغلی پرستاران همراه می باشد (۲۹). لذا باید توجه ویژه به شاخص های موثر بر کیفیت کار پرستاران داشت. واضح سازی و تحلیل این مفهوم می تواند به شناخت و به کارگیری آن در بالین و در نتیجه ارائه خدمات مناسب و مراقبت با کیفیت به بیماران کمک نماید .

گام دوم: تعیین هدف تحلیل

تحلیل مفهوم علاوه بر واضح سازی مفاهیم مبهم و گیج کننده می تواند، مفاهیم پرکاربرد را روشن ساخته و یک مفهوم را از مفاهیم مشابه اما متفاوت متمایز نموده و اساسی برای توسعه مفهوم فراهم سازد. مفهوم سهمیه بندی ضمنی مراقبت پرستاری، مفهومی است که نیاز به شفاف سازی دارد و برداشت های مختلفی می توان از ظاهر ان داشت. مطالعه حاضر با به کارگیری رویکرد هشت مرحله ای واکر و آوانت، معانی و ویژه گی های مفهوم سهمیه بندی ضمنی مراقبت پرستاری را مورد بررسی قرار می دهد. این امر می تواند با روشن سازی مفهوم و کمک به تشخیص وجود یا عدم وجود سهمیه بندی ضمنی در موقعیت های مراقبتی منجر به افزایش درک پرستاران در بالین شود.

گام سوم: شناسایی موارد استفاده از مفهوم

این مرحله مربوط به ویژگی های مشخصه مفهوم است. هر مفهوم ممکن است بیشتر از یک ویژگی تعیین کننده داشته باشد. در انالیز مفهوم باید ویژگی ها و خصوصیت های مناسب مفهوم را در نظر گرفت. اصطلاحات مختلفی در ادبیات برای مفهوم سازی این نارسایی در مراقبت استفاده می شود، مانند مراقبت های پرستاری که انجام نشده، مراقبت از دست رفته، مراقبت حذف شده یا سهمیه بندی ضمنی مراقبت های پرستاری. مراقبت از دست رفته یا حذف شده – اصطلاحاتی که عمدتاً توسط Kalischو تیم او بیان شده است (Kalisch و همکاران ۲۰۰۹) ریشه در چارچوب ایمنی بیمار دارد، جایی که آنها به عنوان یک خطای حذف تلقی می شوند که ممکن است منجر به پیامدهای نامطلوب شود (۳۰). اصطلاح سهمیه بندی ضمنی مراقبت های پرستاری، که توسط شوبرت و همکاران ابداع شد. و مبتنی بر بحث کلی از سهمیه بندی در مراقبت های بهداشتی می باشد در واقع انجام ندادن برخی فعالیت های پرستاری در مواجهه با منابع محدود است (۷). در مورد تخصیص منابع، ما با دو نوع سهمیه بندی مراقبت مواجه هستیم، سهمیه بندی صریح (خارجی) یا سهمیه بندی ضمنی (پنهان). سهمیه بندی صریح به طور کلی با اقتصاد سیستم های مراقبت های بهداشتی مرتبط است و به کاهش هزینه ها می پردازد و بیشتر در پزشکی مطرح می باشد. سهمیه بندی ضمنی را در واقع خود پرستار بعلت محدودیت منابع در یک فرایند تصمیم گیری استفاده می‌کند (۱۸).

گام چهارم: تعیین ویژگیهای مفهوم

ویژگیهای مفهوم، خصوصیات و مشخصاتی هستند که مفهوم مورد نظر را به بهترین نحو توضیح می دهند و نقش مهمی در افتراق مفهوم تحلیل شده از مفاهیم مشابه ایفا می کنند (۳۱). هر مفهوم بیش از یک ویژگی تعریفی دارد با این حال، نیاز است تعیین شود که کدام ویژگی به منظور توصیف مفهوم مناسب تر است. ویژگی های مربوط به سهمیه‌بندی ضمنی مراقبت

پرستاری در پژوهش های اتجام شده شامل: الف) تصمیم گیری بالینی که توسط پرستار بر أساس ارزیابی انجام شده از موقعیت و نیازهای بیمار انجام می‌شود، پرستار برای انجام اقدامات پر ستاری برنامه ریزی می کند. در فرایند تصمیم گیری داده‌ها تفسیر می‌شوند تا در نهایت مناسب ترین اقدام انتخاب شود. پرستاران مدیریت زمان و اولویت‌بندی نیازهای بیماران را بر أساس تجربه و پیامدهای احتمالی انجام می‌دهند (۳۲). ب) در موقعیت‌هایی که منابع موجود (زمان، انرژی و ترکیب مهارت) محدود و به اندازه کافی نباشد پرستاران شروع به تصمیم‌گیری در خصوص نحوه توزیع منابع و سهمیه بندی ضمنی مراقبت پرستاری می کنند. اینکار معمولا منجر به تاخیر در مراقبت و عدم د ستر سی به مراقبت کامل برای بیماران می شود (١٤). ج) پرستاران با وجود محدودیت در منابع مجبور به انجام مراقبت هستند لذا می بایست زمان و انرژی خود را به طور عادلانه بین بیماران تقسیم کنند (۱۹). د)پرستاران بعنوان بزرگترین گروه ارائه دهنده مراقبت نقش کلیدی در نظام سلامت ایفا می کنند.اگر اختلالی در روند وظایف مراقبتی پر ستاران رخ دهد ممکن ا ست بیماران مراقبت نامناسب وناکافی دریافت کنند(۳).

گام پنجم: شناسایی یک مورد الگو:

نمونه مورد مدل باید شامل تمام ویژگی های مفهوم با شد و در واقع مثال خالص از مفهوم مورد تحلیل است (۳۱) مدل زیر در درک این مفهوم ارایه می شود:

نمونه مدل:

پرستار بخش مراقبت های ویژه قلب[1](CCU) مسئولیت مراقبت از چهار بیمار را برعهده دارد. پانسمان بیماری که تحت عمل جراحی قلب باز ا ست بوده ا ست باید در ابتدای شیفت تعویض شود. بیمار دیگری نیز که پنج روز از بستری شدن او به دنبال سکته قلبی می گذرد امروز پس از ویزیت پزشک در ساعت ده و وتعویض پانسمان کتتر ورید مرکزی به بخش قلب منتقل می شود. دو بیمار دیگر باید تا ساعت ده صبح برای رفتن به اتاق عمل جهت انژیوگرافی عروق کرونری آماده شوند. با توجه به موقعیت گفته شده باید تعداد زیادی اقدامات مراقبتی در طول شیفت انجام شود و باتوجه به کمبود وقت، پرستار تصمیم می‌گیرد و اولیت بندی میکند که ابتدا دو بیمار را که باید حدود ساعت ده به اتاق عمل منتقل شوند اماده کند. حدود ساعت ده پزشک متخصص قلب اولین بیمار را ویزیت و ترخیص میکند. در ساعت ده چهل پنج دقیقه پر ستار در حال تعویض پانسمان اولین بیمار و ارائه آموزش حین انتقال ا ست. مسئول شیفت به او اطلاع میدهد که سه بیمار باید فوراً در بخش بستری شوند این بیماران بین پر ستاران شیفت تقسیم و یکی از بیماران جدید به او اختصاص داده می شود. ناگهان پرستار دیگری به علت وضعیتی خطرناک و تاکیکاردی بطنی مریض دیگری درخواست کمک میکند. در این و ضعیت، پر ستار تصمیم می گیرد تعویض پانسمان بیمار با عمل جراحی قلب باز خود را به پایان شیفت (مراقبت با تاخیر) موکول کند و برنامه اموزش حین انتقال و ترخیص از بخش مراقبت های ویژه قلب را برای بیمار انجام نمی دهد. (مراقبت از دست رفته). به این ترتیب دسترسی برخی از بیماران به مراقبت های پرستاری محدود می شود. در ساعت دوازده سی دقیقه از اتاق عمل تماس گرفته می شود و پر ستار دو بیمار که تحت انژیوگرافی قرار گرفته اند را از اتاق عمل تحویل و به بخش باز می گرداند و به دلیل اینکه به پایان شیفت نزدیک ا ست و پر ستار فر صت کافی برای مراقبت کامل از آنها ندارد، تصمیم می گیرد به هر بیمار فقط برخی از مراقبت های اولیه و اساسی (مراقبت ناقص) را ارائه دهد.

گام ششم: شناسایی موارد مرزی و مخالف

مورد مرزی در برگیرنده برخی اما نه همه ی ویژگی های مفهوم است. و ممکن است در یکی یا چند مورد از این ویژگی ها با مفهوم مد نظر متفاوت با شد (۳۱). بر ا ساس تقسیم بیمار انجام شده توسط مسئول شیفت پرستار بخش مراقبت های ویژه (ICU)[2] وظیفه ی مراقبت از سه بیمار را برعهده دارد بیمار اول دارای ثبات همودینامیکی می باشد و در شیفت بعدی منتقل به جراحی مردان خواهد شد. و فقط باید علایم حیاتی او هر دو

1. coronary care unit

2. critical care unit

ساعت کنترل شود. بیمار دوم دچار خونریزی معده و نفر سوم کتواسیدوز دیابتی دارد. پرستار دیگری از او خواهش می کند که هر دو ساعت دهانشویه بیمارش را انجام دهد. با توجه به حجم کار زیاد و کمبود وقت ، پرستار تصمیم می گیرد هر چهار ساعت یکبار دهانشویه بیمار همکار خود را انجام دهد (مراقبت با تاخیر و ناقص).

مورد مخالف می تواند به عنوان چیزی که به عنوان مفهوم اصلی شناخته نمی شود، بیان شود (۳۱). پرستار بخش ارتوپدی امروز وظیفه مراقبت از پنج بیمار به او محول شده است. اولین بیمار یک نوجوان دارای ثبات همودینامیکی است که در مسابقه فوتبال پای او آسیب دیده است و اماده انتقال به اتاق عمل می باشد. بیمار دوم نیز به دنبال تصادف با موتورسیکلت با شکستگی اندام تحتانی بستری شده است. چهار روز از عمل او میگذرد و دارای کشش استخوانی می باشد. بیمار سوم برای برداشتن پین که یکسال پیش در زانو او گذاشته شده است، بستری می باشد. بیمار چهارم نیز به دنبال زخم بستر درجه دو بستری شده است و امروز پس از تعویض پانسمان مرخص خواهد شد. در ابتدای شیفت اقای شاکر در بالین هر چهار بیمار حاضر شد. و به این نتیجه رسید که حال هرچهار بیمار مطلوب است و منابع کافی برای انجام کلیه مراقبت ها پرستاری برای این بیماران محیا می باشد. پس از ارزیابی اولیه، تصمیم می‌گیرد از بیمار نوجوان که قرار است به اتاق عمل برود شروع کند. امادگی ها و اموزش لازم قبل و بعد از عمل را به بیمار می دهد. سپس آقای شاکر عملکرد صحیح کشش استخوانی بیمار دوم را بررسی می کند، به سوالات بیمار سوم پاسخ می دهد. آقای شاکر پس از انتقال بیمار اول به اتاق عمل، پانسمان زخم بستر بیمار چهارم را عوض می کند، اموزش های حین ترخیص را ارئه می دهد. بنابراین، پرستار هیچ گونه سهمیه بندی ضمنی یا اشکاری برای مراقبت های پرستاری اعمال نمی کند.

گام هفتم: شناسایی پیشایندها و پیامدها

پیشایندها شامل فعالیت ها، شرایط و یا وقایعی هستند که قبل از وقوع مفهوم اشکار شوند (۱۲). بر این اساس موارد زیر امکان ایجاد سهمیه بندی ضمنی مراقبت پرستاری را فراهم می‌آورند. پیشایندها مربوط به بیمار، پرستاران و سازمان می‌باشند. ۱- بیمار: وضعیت بیماری، رفتار و همکاری بیماران می‌تواند بر نحوه ارائه مراقبت توسط پرستار موثر باشد (۳۳). ۲- پرستار: فرسودگی شغلی، روابط بین فردی ضعیف، افسردگی (۳٤). ۳- سازمان: نظارت ناکافی و کار تیمی ضعیف (۱۹) حجم کاری بالا (٦) منابع و تجهیزات محدود (۷).

پیامدها: پیامدها وقایعی هستند که به دنبال بروز مفهوم آشکار می شوند . سهمیه بندی ضمنی مراقبت های پرستاری عواقب زیر را به دنبال خواهد داشت: نارضایتی و فرسودگی شغلی پرستاران، چالش های خلاقی برای پرستاران و افزایش تمایل به ترک حرفه (۳۵) همچنین باعث کاهش کیفیت مراقبت و در نتیجه کاهش رضایت بیماران (٦). و افزایش خطاهای دارویی و عفونت های بیمارستانی می شود (۱۸).

گام هشتم: نمود تجربی

شاخص های تجربی نشان می دهد که چگونه مفهوم اندازه گیری می شود و تا چه حدی تعریف می تواند در اندازه گیری مفهوم و روایی آن سودمند باشد (۳۱). تعدادی ابزار برای اندازه‌گیری سهمیه بندی ضمنی مراقبت های پرستاری ساخته شده‌اند(18) . بازل میزان سهمیه بندی مراقبت های پرستاری[3] (BERNCA)یک ابزار اندازه گیری ویژه است که در سوئیس برای اندازه گیری میزان عدم انجام وظایف از طریق سهمیه بندی ساخته شده است. BERNCA شامل ۲۰ مورد است بیشتر به مراقبت های پرستاری اشاره دارد که اغلب حذف یا نادیده گرفته می شوند. این مقیاس دارای پنج خرده مقیاس می‌باشد (یعنی فعالیت های زندگی روزانه ، حمایت مراقبتی، توانبخشی/آموزش، نظارت-ایمنی و مستندسازی) (۷). BERNCAبعداً مورد بازنگری قرار گرفت و با نام -BERNCA

3. Basel extent of rationing of nursing care instrument

R[4] منتشر شد (۱۳) یکی دیگر از پرسشنامه ها سهمیه بندی ضمنی مراقبت پرستاری درک شده[5] می باشد (PIRNCA). این پرسشنامه به ۳۱ مورد از مراقبت هایی اشاره دارد که پرستاران حین مراقبت از بزرگسالان باید انجام دهند (۱۲, ۲۷).

بحث

هدف از این مطالعه ارائه تعریفی جامع از مفهوم سهمیه بندی ضمنی مراقبت پرستاری و مشخص کردن ویژگی های آن با استفاده از رویکرد هشت مرحله ای واکر آوانت بود. ساخت و شناسایی موارد مدل مرتبط، مرزی و متضاد به مشخص کردن و توصیف بهتر مفهوم کمک نمود. طبق نتایج بدست آمده سهمیه بندی ضمنی مراقبت پرستاری ابعاد مختلفی دارد که با شناسایی و واضح سازی آنها می توان تا حد امکان از بروز آن جلوگیری و یا آن را به حداقل رساند. علارغم اهمیت این موضوع در مراقبت محققان پرستاری کمتر به این موضوع پرداخته اند. مفهوم سهمیه بندی ضمنی در پرستاری با انچه در پزشکی و سهمیه بندی خدمات نظام سلامت و منابع گفته می شود متفاوت است. زمانی که کمبود منابع، ارائه تمام مراقبت های لازم را غیرممکن می کند اصطلاح «سهمیه بندی ضمنی پرستاری» نمود پیدا می‌کند (۷). در این شرایط پرستاران تصمیم مغرضانه و غیراخلاقی می گیرند که بصورت عمدی کاستی هایی را در انجام وظایف مراقبتی خود برای بیماران انجام بدهند. اگرچه این کاستی و کوتاهی در انجام وظایف مراقبتی مهم و حیاتی تا حدودی غیر اخلاقی می باشد و می تواند با پیامدهای نامطلوب بیمار، عمدتاً خطاهای دارویی، زخم های فشاری، کاهش ایمنی بیمار همراه باشد (۳۶). اما در واقع اینکار واکنش پرستاران به حجم کاری بالا و محدودیت منابع می باشد که سازمان ها به انها تحمیل می کنند. هرکدام از عوامل مرتبط با سازمان، پرستار و بیمار می توانند زمینه ساز، تضعیف کننده و تقویت کننده بروز سهمیه بندی ضمنی مراقبت شوند و از اهمیت یکسانی برخوردار می‌باشند (۳۳). کمبود منابع پرستاری (کارکنان، ترکیب مهارت و زمان) در نهایت پرستار را مجبور به تصمیم گیری و اولیت بندی مراقب ها بر اساس ارزیابی فردی می کند (۲۶). نارضایتی شغلی پرستاران (۳۷)، ترک حرفه (۳۵) نارضایتی بیماران از مراقبت‌های ارائه شده و کاهش کیفیت مراقبت از مهمترین پیامدهای سهمیه بندی ضمنی مراقبت می باشد.

نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه سهیه بندی ضمنی مراقبت پیامدهای نامطلوبی را به پرستاران، بیماران و بطور کل به نظام سلامت تحمیل می‌کند به مدیران و تصمیم گیران حوزه سلامت توصیه می‌شود عوامل زمینه ای که منجر به این رفتار می شود را شناسایی کرده و ضمن ارائه برنامه مناسب جهت مقابله و پیشگیری از سهمیه بندی مراقبت، با بهبود وضعیت نیروی انسانی در بخش های بالینی از این رفتار مراقبتی جلوگیری کنند. مطالعه حاضر دارای محدودیت هایی ازجمله عدم دسترسی به متن کامل برخی از مقالات و عدم دسترسی محققین به برخی از پایگاه های اطلاعاتی می باشد. به نظر می رسد که مطالعه حاضر گام اول یعنی واکاوی مفهوم را برداشته است و پیشنهاد می شود محققین پرستاری در اینده پژوهش های کیفی بیشتری در این زمینه انجام دهند.

تشکر و قدردانی

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

تضاد منافع

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

مشارکت نویسندگان:

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

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

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

4. Basel extent of rationing of nursing care instrument- revised

5. Perceived Implicit Rationing of Nursing Care

References

1. Karaöz S. Turkish nursing students' perception of caring. Nurse education today. 2005;25(1):31-40.

2. Scheffler RM, Arnold DR. Projecting shortages and surpluses of doctors and nurses in the OECD: what looms ahead. Health Economics, Policy and Law. 2019;14(2):274-90.

3. Larijani TT, Fathi R. Nursing shortage and ethical issues: a narrative review. Iran J Nurs Res. 2018;13:50-7.

4. Witczak I, Rypicz Ł, Karniej P, Młynarska A, Kubielas G, Uchmanowicz I. Rationing of nursing care and patient safety. Frontiers in Psychology. 2021;12:676970.

5. Jones TL, editor Validation of the perceived implicit rationing of nursing care (PIRNCA) instrument. Nursing forum; 2014: Wiley Online Library.

6. Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Aiken LH, Schaffert-Witvliet B, Sloane DM, et al. Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. International Journal for Quality in Health Care. 2008;20(4):227-37.

7. Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Schaffert-Witvliet B, De Geest S. Validation of the Basel extent of rationing of nursing care instrument. Nursing research. 2007;56(6):416-24.

8. Scott PA, Harvey C, Felzmann H, Suhonen R, Habermann M, Halvorsen K, et al. Resource allocation and rationing in nursing care: A discussion paper. Nursing ethics. 2019;26(5):1528-39.

9. Shin S, Park J-H, Bae S-H. Nurse staffing and nurse outcomes: A systematic review and meta-analysis. Nursing outlook. 2018;66(3):273-82.

10. Hessels AJ, Paliwal M, Weaver SH, Siddiqui D, Wurmser TA. Impact of patient safety culture on missed nursing care and adverse patient events. Journal of nursing care quality. 2019;34(4):287-94.

11. Uchmanowicz I, Kubielas G, Serzysko B, Kołcz A, Gurowiec P, Kolarczyk E. Rationing of Nursing Care and Professional Burnout Among Nurses Working in Cardiovascular Settings. Front Psychol. 2021;12:726318.

12. Walker LO, Avant KC. Strategies for theory construction in nursing: Pearson/Prentice Hall Upper Saddle River, NJ; 2005.

13. Najafi B, Nasiri A. A concept analysis of uncertainty in nursing: The Walker and Avant's approach. Hayat.128-42.

14. Bachnick S, Ausserhofer D, Baernholdt M, Simon M, Group MRS. Patient-centered care, nurse work environment and implicit rationing of nursing care in Swiss acute care hospitals: A cross-sectional multi-center study. International journal of nursing studies. 2018;81:98-106.

15. Dhaini SR, Simon M, Ausserhofer D, Abed Al Ahad M, Elbejjani M, Dumit N, et al. Trends and variability of implicit rationing of care across time and shifts in an acute care hospital: a longitudinal study. Journal of nursing management. 2020;28(8):1861-72.

16. Dhaini SR, Zúñiga F, Ausserhofer D, Simon M, Kunz R, De Geest S, et al. Are nursing home care workers' health and presenteeism associated with implicit rationing of care? A cross-sectional multi-site study. Geriatric Nursing. 2017;38(1):33-8.

17. Friganovic A, Režić S, Kurtović B, Vidmanić S, Zelenikova R, Rotim C, et al. Nurses' perception of implicit nursing care rationing in Croatia-A cross-sectional multicentre study. J Nurs Manag. 2020;28(8):2230-9.

18. Kalánková D, Suhonen R, Stolt M, Kurucová R, Katajisto J, Žiaková K, et al. Psychometric testing of perceived implicit rationing of nursing care (PIRNCA). Journal of advanced nursing. 2020;76(6):1469-82.

19. Li HQ, Xie P, Huang X, Luo SX. The experience of nurses to reduce implicit rationing of nursing care: a phenomenological study. BMC nursing. 2023;22(1):1-10.

20. Maghsoud F, Rezaei M, Asgarian FS, Rassouli M. Workload and quality of nursing care: the mediating role of implicit rationing of nursing care, job satisfaction and emotional exhaustion by using structural equations modeling approach. BMC Nurs. 2022;21(1):273.

21. Schubert M, Ausserhofer D, Desmedt M, Schwendimann R, Lesaffre E, Li B, et al. Levels and correlates of implicit rationing of nursing care in Swiss acute care hospitals--a cross sectional study. Int J Nurs Stud. 2013;50(2):230-9.

22. Uchmanowicz I, Kołtuniuk A, Młynarska A, Łagoda K, Witczak I, Rosińczuk J, et al. Polish adaptation and validation of the Perceived Implicit Rationing of Nursing Care (PIRNCA) questionnaire: a cross-sectional validation study. BMJ Open. 2020;10(4):e031994.

23. Witczak I, Kołtuniuk A, Rypicz Ł, Panczyk M, Grzebieluch W, Młynarska A, et al. Self-assessment of Rationing and Quality of Nursing Care. J Nurs Care Qual. 2022;37(3):E48-e53.

24. Zeleníková R, Jarošová D, Mynaříková E, Janíková E, Plevová I. Inadequate number of staff and other reasons for implicit rationing of nursing care across hospital types and units. Nurs Open. 2023;10(8):5589-96.

25. Zeleníková R, Jarošová D, Polanská A, Mynaříková E. Implicit rationing of nursing care reported by nurses from different types of hospitals and hospital units. J Clin Nurs. 2023;32(15-16):4962-71.

26. Zhao Y, Ma D, Wan Z, Sun D, Li H, Sun J. Associations between work environment and implicit rationing of nursing care: A systematic review. J Nurs Manag. 2020;28(8):1841-50.

27.Zhao Y, Su J, Ma D, Li H, Li Y, Zhang X, et al. The role of teamwork in the implicit rationing of nursing care: A systematic mixed-methods review. Journal of Nursing Management. 2021;29(5):890-904.

28. Uchmanowicz I, Kirwan M, Riklikiene O, Wolfshaut-Wolak R, Gotlib J, Schubert M. Validation of Polish version of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care revised questionnaire. PLoS One. 2019;14(3):e0212918.

29. Jones TL. Validation of the Perceived Implicit Rationing of Nursing Care (PIRNCA) instrument. Nurs Forum. 2014;49(2):77-87.

30. Kalisch BJ. Nurse and nurse assistant perceptions of missed nursing care: what does it tell us about teamwork? JONA: The Journal of Nursing Administration. 2009;39(11):485-93.

31. Yi M, Lee SW, Kim KJ, Kim MG, Kim JH, Lee KH, et al. A review study on the strategies for concept analysis. Journal of Korean Academy of Nursing. 2006;36(3):493-502.

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

33. Schubert M, Clarke SP, Glass TR, Schaffert-Witvliet B, De Geest S. Identifying thresholds for relationships between impacts of rationing of nursing care and nurse-and patient-reported outcomes in Swiss hospitals: a correlational study. International journal of nursing studies. 2009;46(7):884-93.

34. Dhaini SR. The significance of the psychosocial work environment for care workersperceived health, presenteeism, rationing of care, and job satisfaction: a sub-study of the Swiss Nursing Home Human Resources Project (SHURP): University_of_Basel; 2016.

35. Uchmanowicz I, Karniej P, Lisiak M, Chudiak A, Lomper K, Wiśnicka A, et al. The relationship between burnout, job satisfaction and the rationing of nursing care—A cross-sectional study. Journal of nursing management. 2020;28(8):2185-95.

36. Zhao Y, Ma D, Wan Z, Sun D, Li H, Sun J. Associations between work environment and implicit rationing of nursing care: A systematic review. Journal of Nursing Management. 2020;28(8):1841-50.

37. Mandal L, Seethalakshmi A, Rajendrababu A. Rationing of nursing care, a deviation from holistic nursing: A systematic review. Nursing Philosophy. 2020;21(1):e12257.

Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences
2023, Volume 11, No. 3: 39-50.

Original article

Clarifying the concept of implicit rationing of nursing care: concept analysis using Walker and Avant's approach

Abbas Heydari[1], Nahid Aghebati[1], Reza Mohammadpourhodki[2*]

1. Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

2. Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

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

Keywords:

Care, Rationing care, Walker and Avant approach, Concept analysis

Abstract

Background & Aim: Implicit rationing of nursing care is a growing concern in health care systems and can cause adverse consequences for patients. Considering the importance of the issue in the health system, it is necessary to clarify the different dimensions of this concept. Therefore, this study was conducted to clarify the concept of implicit rationing of nursing care using Walker and Avant's approach.

***Methods*:** Walker and Avant's approach was used to analyze the concept of implicit rationing of care. The search was conducted in the Web of Science, PubMed, and Scopus, SID, Iran Medex, Magiran databases using the keywords of implicit rationing, nursing care, implicit rationing of nursing care, and rationing of nursing care without a time limit until October 2023. Finally, according to entry and exit criteria, 13 relevant articles were analyzed.

***Results*:** The review of the literature showed that the concept of implicit rationing of nursing care is a complex concept with numerous dimensions. The antecedents of this concept are related to patients, nurses, and the organization. Decision-making, prioritization, outcome assessment, obligation to perform nursing care, and disruptions in the process of performing nursing interventions were identified as the determining features of the concept of implicit rationing of nursing care.

***Conclusion*:** The present study showed that implicit rationing of nursing care was a multifaceted concept. Nursing managers and researchers can use the results of this study to design effective measures and interventions to reduce its incidence.

How to Cite this Article: Heydari A, Aghebati N, Mohammadpourhodki R. Clarifying the concept of implicit rationing of nursing care: concept analysis using Walker and Avant's approach. Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences. 2023;11(3):39-50.

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