

تحلیل مفهوم مراقبت از هم‌گسیخته با رویکرد واکر و آوانت

سیدجواد حسینی^۱، محبوبه فیروز^۲، عباس حیدری^۳*

تاریخ دریافت ۱۴۰۱/۰۳/۲۹ تاریخ پذیرش ۱۴۰۱/۰۸/۲۲

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: مراقبت مفهومی پیچیده و ذهنی است و اکثر نظریه‌پردازان پرستاری آن را مهم‌ترین اقدام پرستاران در برخورد با بیماران تلقی می‌نمایند. با این حال، عدم دقت در ارائه مراقبت جامع توسط کادر درمان، باعث از هم‌گسیختگی مراقبت شده و بدین ترتیب مفهوم مراقبت از هم‌گسیخته شکل می‌گیرد. گرچه این مفهوم به کرات توسط پژوهشگران بکار می‌رود، ولی ابعاد آن به‌طور کامل شناسایی نشده است. این مطالعه باهدف تحلیل مفهوم مراقبت از هم‌گسیخته انجام گرفت.

مواد و روش کار: آنالیز مفهوم مراقبت از هم‌گسیخته، بر اساس مدل واکر و آوانت (۲۰۱۹) در هشت گام با جست‌وجو و تحلیل مطالعات از پایگاه‌های معتبر اطلاعاتی همانند Scopus، Pubmed، Web of sciences و موتور جست‌وجو گوگل اسکالر انجام شد. از کلیدواژه‌های *Care* و *Fragmented Fragmentation* و بدون محدودیت زمانی تا می ۲۰۲۲ استفاده شد. درنهایت ۲۶ مرتبط با مفهوم، مورد آنالیز قرار گرفتند.

یافته‌ها: مراقبت از هم‌گسیخته دارای ابعاد مختلفی است. نبود هماهنگی، برنامه‌ریزی، کار تیمی و دید کل‌گرایانه، مهم‌ترین ابعاد آن را تشکیل می‌دهند. این نوع مراقبت در سطوح مختلف ارتباطی پرستار-بیمار، درون و بین بخشی و بین مراکز مختلف درمانی، می‌تواند بروز یابد.

بحث و نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر ابعاد مختلف مفهوم مراقبت از هم‌گسیخته را مشخص نمود. مطالعات آتی می‌توانند از نتایج این مطالعه در ایجاد ابزار و همچنین طراحی مداخلات مؤثر بر کاهش بروز آن، استفاده نمایند.

کلیدواژه: مراقبت، مراقبت از هم‌گسیخته، مراقبت غیرمستمر، مراقبت ناپیوسته، رویکرد واکر و آوانت

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیستم، شماره پنجم، پی‌درپی ۱۵۴، مرداد ۱۴۰۱، ص ۴۲۲-۴۰۸

آدرس مکاتبه: مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، تلفن: ۰۹۰۱۷۴۷۵۹۱۵

Email: HeidaryA@mums.ac.ir

مقدمه

و تعهد است (۵). برخی از محققین معتقدند که مفهوم مراقبت انحصار رشته پرستاری نیست و در حقیقت به‌عنوان مرکز تمام حرفه‌های سلامت تعریف شده و همچنین در فلسفه، دیدگاه و رسالت بسیاری از سازمان‌ها و مؤسسات مرتبط با سلامت بکار برده شده است (۶). امر مراقبت از بیمار نیاز به انجام یک کار تیمی است. کادر درمان و حتی دانشجویان پرستاری اگرچه در دانشکده به‌صورت انفرادی جهت انجام فعالیت‌های پرستاری آموزش داده شده‌اند ولی انتظار می‌رود که در فرآیند مراقبت از بیمار به‌صورت تیمی و مشارکتی عمل نمایند و وجود یک شکاف بین آموزش‌های فراگرفته شده و کار در بالین وجود دارد (۷). بنابراین در امر مراقبت

مراقبت به‌عنوان قلب فعالیت‌های پرستاری محسوب می‌شود (۱). مراقبت مفهومی پیچیده و ذهنی است و اکثر نظریه‌پردازان پرستاری آن را مهم‌ترین اقدام پرستاران در برخورد با بیماران تلقی می‌نمایند (۲). بررسی‌ها نشان می‌دهند که پرستاری و مراقبت با یکدیگر آمیخته شده‌اند و در اغلب اوقات به‌جای یکدیگر نیز استفاده می‌شوند و به لحاظ تاریخی نیز ریشه‌های مشترکی دارند (۳). مراقبت به‌منظور کمک، حمایت و توانمندسازی مددجو یا بیمار بکار گرفته می‌شود (۴). همچنین این مفهوم دارای ویژگی‌هایی از جمله شفقت، صلاحیت، اعتماد، وجدان

^۱ دانشجوی دکتری آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۲ دانشجوی دکتری آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

^۳ استاد پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران (نویسنده مسئول)

^۴ استاد پرستاری، دپارتمان داخلی - جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

می‌باشد (۱۷). جستجوی محققین این مطالعه نشان داد که تاکنون مطالعه‌ای به واضح سازی مفهوم FC نپرداخته است، بنابراین مطالعه حاضر باهدف تبیین مفهوم FC با استفاده از رویکرد واکر آوانت انجام گرفت.

مواد و روش کار

این مطالعه بر اساس مدل آنالیز مفهومی واکر و آوانت (۲۰۱۹) انجام گرفت (۱۸). این مدل دارای هشت گام: ۱- انتخاب مفهوم، ۲- تعیین هدف تحلیل، ۳- شناسایی موارد استفاده از مفهوم، ۴- تعیین ویژگیهای تعریف کننده مفهوم، ۵- شناسایی یک مورد الگو، ۶- شناسایی موارد مرزی و مخالف ۷- شناسایی پیشایندها و پیامدها و ۸- نمود تجربی می‌باشد.

به منظور دست یابی به مقالات مرتبط با مفهوم، گام‌های پریزما مورد استفاده قرار گرفت. بدین منظور کلید واژه‌های مرتبط شامل Boolean، care، fragmentation، fragmented operator (AND و OR) با هم ترکیب شدند و در قسمت فیلد چکیده پایگاه‌های معتبر PubMed، Scopus، Web of Science و موتور جستجوگر Google scholar جستجو انجام گرفت. جستجو بدون محدودیت زمانی تا اول می ۲۰۲۲ انجام شد. دو نفر از پژوهشگران به‌طور مستقل مراحل را انجام دادند و اختلاف بین آنان از طریق بحث علمی، برطرف گردید. پس از انجام جستجوی اولیه در عنوان و چکیده پایگاه‌ها و انتقال مقالات به اندنوت، موارد تکراری بر اساس نام نویسنده، عنوان و سال انتشار حذف شدند در گام بعدی چکیده مقالات به‌منظور بررسی ارتباط باهدف مطالعه بررسی و مقالات نامرتب حذف شدند. سپس متن کامل مقالات بررسی گردید و مقالاتی که منطبق باهدف مطالعه بودند وارد آنالیز نهایی شدند. همچنین رفرنس مقالات به دست آمده نیز مورد بررسی قرار گرفت و مقالات مرتبط هم وارد گردید. در نهایت ۲۶ مقاله وارد آنالیز مفهوم نهایی شدند. معیارهای ورود: مقالات به زبان انگلیسی، وجود کلیدواژه در عنوان و چکیده مقاله، مرتبط بودن با مفهوم FC و دسترسی به متن کامل مقاله بودند. همچنین معیارهای خروج نیز دسترسی فقط به چکیده مقاله، نامه به سردبیر، مقاله ادیتورال و مقالات نامرتب بودند.

یافته‌ها

گام اول: انتخاب مفهوم

مفهوم FC یک مفهوم انتزاعی است و نمی‌توان آن را به‌صورت مستقیم اندازه‌گیری نمود و ابزاری که به‌طور جامع هم مفهوم را

می‌تواند یک شکاف به وجود آید و می‌تواند زمینه‌ساز مراقبت از هم‌گسیخته (FC) باشد. از طرفی انتظار می‌رود که کادر درمان و بخصوص پرستاران یک مراقبت کل‌نگر و منسجم در مراقبت از بیمار از زمان بستری تا ترخیص و پس از آن در منزل داشته باشند (۸). با این وجود گاهی فعالیت‌های مراقبتی پرستاران به‌صورت بیهوده، فراموش شده و حتی از هم‌گسیخته است (۳، ۹، ۱۰). مفاهیم مراقبت بیهوده و فراموش شده توسط پژوهشگران مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و ابعاد آن مشخص شده است؛ در حالی است که FC که در متون پرستاری و حتی پزشکی به چشم می‌خورد، مورد بررسی قرار نگرفته است و ابعاد آن مشخص نشده است.

درواقع FC وقتی شدت می‌یابد که سیستم مراقبت سلامت با بیماران پیچیده و چند مشکلی برخورد می‌کنند و یک عدم هماهنگی بخصوص بین مراقبین سطح اول و دوم به وجود می‌آید. در اینجاست که نقش پرستاران به‌عنوان یک مراقبت دهنده برجسته می‌شود (۱۱). در صورت عدم پیوستگی در امر مراقبت عوارض متعددی برای بیماران ایجاد می‌شود (۱۲، ۱۳).

در ایالت متحده به‌منظور کاهش FC از فارغ‌التحصیلان دکترای بالینی پرستاری به‌عنوان یک راه‌حل عملی نام برده می‌شود. آن‌ها می‌توانند با ایفای نقش رهبری در طراحی خدمات یک مراقبت جامع جسمی و روانی برای بیماران فراهم سازند (۱۴). پرستاران وظیفه دارند تا با بازسازی مجدد محیط بالینی، خلأیی که بین FC و مراقبت ادغامی یا پیوسته وجود دارد را از بین ببرند (۱۵).

به‌منظور کاهش FC، انجام مراقبت منسجم و پیوسته راه‌حل مناسبی در نظر گرفته شده است. این نوع مراقبت به‌عنوان خدمات مراقبتی که به‌صورت مداوم به‌منظور ارتقای سلامتی، پیشگیری از بیماری، تشخیص، مدیریت بیماری، بازتوانی، مراقبت تسکینی و هماهنگ به افراد ارائه می‌شود، در نظر گرفته می‌شود (۱۶).

با توجه به موارد ذکر شده بالا ابعاد مختلفی در ارتباط با FC وجود دارند که شناسایی آن‌ها می‌تواند به فهم و درک بهتر این مفهوم کمک نماید. توسعه مفهوم پیش‌نیازی با اهمیت برای پیشرفت و توسعه دانش پرستاری محسوب می‌شود. در میان روش‌های مختلف برای توسعه مفهوم برخی از محققین معتقدند که تحلیل مفهوم یک رویکرد مناسب و واضح محسوب می‌شود. در این رویکرد، ابتدا ویژگی‌های یک مفهوم تعیین گردیده و سپس مفهوم از دیگر مفاهیم مشابه متمایز می‌گردد. رویکردهای مختلفی از جمله راجرز، ویلسون، موریس و واکر و آوانت جهت تحلیل مفهوم وجود دارند. در این میان رویکرد واکر و آوانت دارای ویژگی‌هایی از جمله استفاده از روش تثلیث^۲، آنالیز نقادانه دقیق و دارای مراحل ساده‌ای

² triangulation

¹ Fragmented care

مورد بررسی قرار دهد، یافت نگردید. اگرچه در برخی از مطالعات، دفعات مراجعه بیماران به متخصصین به عنوان FC مدنظر قرار گرفته است (۱۹)، اما به نظر می‌رسد که این نوع نگاه همه ابعاد مفهوم را پوشش نمی‌دهد. واضح‌سازی و تحلیل این مفهوم می‌تواند به شناخت و به‌کارگیری آن در بالین کمک نماید.

گام دوم: تعیین هدف تحلیل

مطالعه حاضر با به‌کارگیری رویکرد واکر و آوانت، معانی، مشخصه‌ها و خصوصیات مفهوم FC را مورد بررسی قرار می‌دهد (۱۸). این امر می‌تواند با واضح‌سازی مفهوم منجر به افزایش درک کادر درمان شود و مشخص‌سازی وجود یا عدم وجود FC در بالین با سهولت و اطمینان خاطر بیشتری انجام می‌گیرد.

گام سوم: شناسایی موارد استفاده از مفهوم

این گام مربوط به خصوصیات مشخصه مفهوم است. هر مفهوم انتزاعی معمولاً بیشتر از یک ویژگی تعیین‌کننده دارد، اما در تحلیل مفهوم باید ویژگی‌های مناسب مفهوم در نظر گرفته شوند (۱۷). در فرهنگ آکسفورد و کمبریج از هم‌گسیختگی به معنای عمل یا فرآیند شکستن یا تبدیل چیزی به قطعات کوچک تعریف شده است (۲۰، ۲۱). در دیکشنری Merriam-Webster به معنی جدا شده و ناکامل تعریف شده است (۲۲). در فرهنگ نامه‌های مختلف همانند امید (گسسته، پاره شده)، دهخدا (از هم جدا شده) و معین (بریده)، از هم جدا شده) هم معنای مشخص گردیده است (۲۳). در علم تجارت، به یک زنجیره تأمین اشاره دارد که به بخش‌های مختلف تقسیم می‌شود؛ به عبارتی شرکت‌ها، فرایند تولید را در میان تأمین‌کنندگان و تولیدکنندگان مختلف پخش می‌کنند (۲۴).

در مقالات پزشکی نیز، بستری مجدد بعد از عمل جراحی (طی یک بازه زمانی مشخص) در بیمارستانی غیر از بیمارستانی که عمل جراحی انجام شده است، به عنوان FC در نظر گرفته شده است (۲۵). همچنین فراوانی مراجعات به بیمارستان‌های مختلف در یک بازه زمانی معین به عنوان FC است و شدت آن را نیز دسته بندی نموده‌اند (۱۹). در پژوهشی دیگر، دریافت خدمات تخصصی توسط یک مرکز غیر تخصصی FC قلمداد گردیده است (۲۶). این می‌تواند در مورد بیماری‌های نادر که در یک مرکز جنرال بستری شده‌اند و پرسنل آشنایی زیادی با آن بیماری ندارند هم صدق کند (۲۷).

همچنین شاخص FC با استفاده از معیارهایی همچون: تعداد کل ویزیت‌ها، تعداد مراقبین که بیمار را ویزیت کرده‌اند و تعداد ویزیت‌ها برای هر مراقب، تعیین شده است (۲۸). از سویی دیگر، نسبت مراجعه به یک مراقب به کل مراقبین را جهت بررسی FC مورد سنجش قرار داده‌اند (۲۹).

عدم وجود یک نگاه کل‌نگرانه در حین مراقبت از بیمار می‌تواند به عنوان FC در نظر گرفته شود. این عدم کل‌نگری می‌تواند از سه زاویه مورد بررسی قرار بگیرد: ۱- تمرکز بر روی یک مشکل در بیمار و عدم توجه به سایر مشکلات (در بیماران با مشکلات متعدد) (۳۰) ۲- عدم تمرکز بر روی سایر ابعاد زندگی فرد (تفکیک بیماری از شرایط زندگی معمول فرد و شرایطی که در آن زندگی می‌کند) (۳۰) و ۳- عدم تمرکز بر روی ابعاد مختلف یک فرد بیمار (جسم، روح و ذهن) (۱۴، ۳۱).

انتقال بیمار و عدم وجود هماهنگی و برنامه‌ریزی هم می‌تواند در ایجاد FC دخیل باشند. انتقال در ابعاد مختلف وجود دارد: ۱- از یک بخش به بخش دیگری از همان بیمارستان، ۲- از یک بیمارستان به بیمارستان، منزل، مراکز پرستاری و یا واحدهای توان بخشی. در یک بخش از بیمارستان هم می‌تواند FC وجود داشته باشد؛ برای مثال اگر تعداد مراقبین بیمار افزایش یابد (۱۵، ۳۴-۳۲)، یا یک لیدر (برای مثال پرستار مدیریت موردی یا پرستار بالینی رهبر) جهت هماهنگی مراقبت بین متخصصین وجود نداشته باشد (عدم وجود کار تیمی) (۱۵، ۳۱، ۳۵، ۳۶).

گام چهارم: تعیین ویژگی‌های مفهوم:

ویژگی‌های مفهوم، مشخصاتی هستند که مکرراً در زمان بحث درباره مفهوم به کار برده می‌شوند و نقش مهمی در تمایز مفهوم تحلیل شده از مفاهیم متفاوت ایفا می‌کنند (۱۷). به عبارتی دیگر، ویژگی‌هایی هستند که به بهترین نحو، مفهوم مورد نظر را توضیح می‌دهند. ویژگی‌های مربوط به FC در پژوهش‌های انجام شده شامل: ۱- عدم هماهنگی بین بیمار و پرستار، پرستاران یک بخش، پرسنل بخش‌های یک بیمارستان (۳۷)، ۲- عدم وجود کار تیمی در بخش (۳۸)، ۳- نبود یک رهبر یا هماهنگ‌کننده (۱۵، ۳۱، ۳۵، ۳۶)، ۴- بیمار با مشکلات مزمن و پیچیده، بیماری نادر و یا مشکلات روانی، ۵- عدم وجود برنامه ترخیص (۳۹، ۴۰)، ۶- تعجیل در ترخیص (۱۴، ۳۹)، ۷- انتقال از یک بخش به بخش دیگر یا از یک مرکز درمانی به سایر مراکز (توان بخشی، مراقبت در منزل و مراکز پرستاری) (۱۴، ۳۹)، ۸- بستری در یک مرکز غیر تخصصی (۲۵)، ۹- ویزیت توسط متخصصین متعدد و یا مراقبین متعدد در بیمارستان (۱۵، ۳۴-۳۲) ۱۰- تعدد مراجعه به یک مرکز و یا مراکز مختلف درمانی (۱۹)، ۱۱- نبود نگاه کل‌نگرایانه در برخورد با بیمار به عنوان یک انسان واحد با بیماری‌های مختلف و دارای اجزای مختلف روح، جسم و ذهن (۱۴، ۳۰، ۳۱) می‌باشند. بنابراین به صورت خلاصه می‌توان ویژگی‌ها را در سطوح: بیمار، داخل بخش، بین بخشی و بین مراکز درمانی تقسیم‌بندی نمود.

گام پنجم: شناسایی یک مورد الگو:

مورد الگو یا نمونه، یک مثال خالص از مفهوم مطالعه شده است و می‌بایستی همه ویژگی‌های مشخص کننده مفهوم را داشته باشد (۱۷). در زیر به بیان یک مورد الگو می‌پردازیم:

بیمار آقای ۶۰ ساله اهل شهرستان با سابقه بیماری‌هایی همچون فشارخون بالا و سکتة مغزی گذرا که به علت درد قفسه سینه و تغییرات نواری توسط آمبولانس به یکی از اورژانس‌های بیمارستانی در مرکز استان انتقال داده می‌شود. آزمایش‌های تروپونین و CK-MB برای بیمار ارسال می‌شود. سرم نیتروگلیسرین به وسیله پمپ انفوزیون برای بیمار در جریان گذاشته می‌شود، ولی به علت شلوع بودن بخش اتیکت سرم وصل نمی‌گردد. متخصص اورژانس درخواست مشاوره قلب جهت انتقال به بخش CCU را می‌دهد. بیمار توسط متخصص قلب ویزیت و به بخش ویژه منتقل می‌شود. در زمان تحویل بیمار به بخش پرستار اورژانس اعلام می‌دارد که داخل بخش شلوع است و اطلاعات بیمار در داخل فرم ارزیابی اولیه موجود است و سریع به بخش باز می‌گردد. طبق دستور پزشک، آزمایشات قلبی مجدداً برای بیمار ارسال می‌گردد و کاتتر محیطی دوم هم در این حین برای بیمار تعبیه می‌گردد. از طرفی به علت مبهم بودن نوع سرم متصل به بیمار، سرم اورژانس اوت می‌شود و طبق دستور پزشک مجدداً سرم نیتروگلیسرین جدید در جریان گذاشته می‌شود. در این حین بیمار به کادر درمان اظهار می‌نماید که می‌خواهد جویای حال همسرش که در منزل تنها است، شود و با جواب منفی کادر درمان مواجه می‌شود. روز بعد بیمار به پرستار شیفت صبح اذعان می‌دارد که دیشب به علت نگرانی از اوضاع همسرش، خواب خوبی را نداشته است. بیمار صبح روز بعد، تحت آنژیوگرافی و استنت تعبیه می‌شود. پس از ترخیص از بیمارستان، پزشک توصیه می‌کند که مجدداً می‌بایستی برای تنظیم دوز داروها مراجعه کند که به دلیل دوری مسیر ترجیح می‌دهد، سایر روند درمان را زیر نظر یک متخصص در شهر خود ادامه دهد.

در این مورد انواع FC در سطوح مراکز درمانی، بین بخشی و بیمار دیده می‌شود؛ دریافت خدمات در دو مرکز که موجب اتلاف در زمان درمان می‌گردد. انتقال بین بخشی بین بیمارستان که به خوبی بیمار تحویل پرستار بخش نشده است و یک آزمایش و کاتتر غیر ضروری مجدداً برای بیمار بکار رفته است. عدم توجه به بعد روانی و نبود دیدگاه کل‌گرایانه توسط کادر درمان، که موجب پریشان شدن خواب بیمار شده است. همچنین مراجعه به متخصص دیگر به دلیل دوری مسافت از بیمارستان ارائه دهنده اصلی خدمات که می‌تواند زمینه‌ساز FC باشد.

گام ششم: شناسایی موارد مرزی و مخالف

مورد مرزی در برگزیده برخی و نه همه خصوصیات مفهوم است. به عبارتی مورد مرزی بسیاری از مشخصه‌های مفهوم را دارد، اما در یکی یا چند مورد از این ویژگی‌ها با مفهوم مد نظر متفاوت است و مغایرت دارد (۱۷).

کودک پنج ساله‌ای با تب، کم خونی و درد استخوان به بیمارستان کودکان در مرکز استان مراجعه نموده است. بر اساس ویزیت در اورژانس و طبق دستور پزشک متخصص درخواست آزمایش شمارش کامل سلول‌های خونی داده می‌شود که افت گلبول‌های سفید مشاهده می‌شود. به‌منظور تشخیص قطعی بیماری لوسمی، آسپیراسیون مغز استخوان درخواست می‌شود. پرستار شیفت در جواب مادر که تشخیص کودک من چیست؟ پاسخ می‌دهد: احتمالاً سرطان خون. مادر با شنیدن تشخیص کودک خود شروع به گریه می‌نماید. پرستار تشخیص سازگار نمودن مادر با شرایط موجود را مطرح می‌نماید و شروع به انجام مداخله و آموزش در این زمینه می‌نماید. در حین تغییر تحول برای شیفت بعد، پرستار شیفت در مورد پیگیری انجام BMA^۱ با پرستار شیفت بعد صحبت می‌کند ولی در مورد آموزش‌های ارائه شده در مورد مداخلات مربوط به سازگاری رساندن مادر به پرستار شیفت بعد، توضیحاتی ارائه نمی‌دهد. در شیفت بعد پرستار هم در آموزش‌های خود به اهمیت کنترل عفونت به مادری که همچنان با وضعیت موجود کنار نیامده می‌پردازد.

در این مورد چندین مورد FC وجود دارد: عدم وجود کار تیمی چه در امر دادن خبر بد به مادر کودک و چه در تداوم سازگار نمودن والد با شرایط موجود. از طرفی وجود تغییر تحول برای شروع شیفت جدید موجب هماهنگی اقدامات انجام نشده بیمار گردید (پیگیری انجام BMA) که موجب کاهش FC می‌شود.

مورد مخالف:

بیمار آقای جوان ۲۰ ساله به علت مولتیپل تروما و کاهش سطح هوشیاری پس‌ازانجام تریاژ در بخش اورژانس مستقیماً به بخش ICU بیمارستان منتقل می‌شود. بلافاصله پرستار شیفت با پزشک ICU تماس گرفته و پزشک بر بالین بیمار مهیا می‌شود. درخواست سی تی اسکن سر و گرافی اندام‌ها داده می‌شود. بلافاصله موارد انجام می‌شود و رپورت گرافی‌ها به رویت پزشک ICU می‌رسد و درخواست مشاوره با جراح مغز و اعصاب داده می‌شود. به‌منظور تصمیم‌گیری هرچه سریعتر در مورد بیمار جلسه‌ای با حضور پرستار به‌عنوان هماهنگ‌کننده، پزشکان جراح و ICU و پدر بیمار برگزار

¹ Bone marrow aspiration

است. در برخی از آن‌ها فراوانی مراجعات به بیمارستان‌های مختلف در یک بازه زمانی معین به‌عنوان FC در نظر گرفته شد و بر همین اساس تقسیم بندی از نظر شدت انجام گرفته است. برای مثال: در یک مطالعه در یک بازه زمانی سه ساله جهت محاسبه FC به‌صورت زیر بود: مراجعه به یک بیمارستان برای سه بار در سال: FC درجه خفیف، سه ویزیت در دو بیمارستان مختلف در سال: FC درجه متوسط و سه ویزیت در سه بیمارستان مختلف در یک سال به‌عنوان FC شدید در نظر گرفته شده است (۱۹).

دریافت خدمات پس از عمل جراحی و نیاز به پیگیری پس از ترخیص از بیمارستانی که خدمات اولیه را دریافت نموده‌اند، به‌عنوان یک مینا جهت تعریف FC است. برای مثال Zheng و همکاران (۲۰۱۶) در یک مطالعه FC را در میان بیماران پس از عمل جراحی سرطان در یک بازه زمانی سی روزه مورد بررسی قرار دادند. آنان بستری مجدد بیماران را در این بازه زمانی در بیمارستانی غیر از مرکزی که عمل جراحی انجام داده بودند به‌عنوان FC تعریف نمودند (۲۵).

در مطالعاتی هم ابتدا مراقبت پیوسته محاسبه و سپس بر اساس آن شاخص FC به دست آمده است (CCI=1-CCI^۲). در مطالعه Liu و همکاران (۲۰۱۰) در ابتدا شاخص مراقبت پیوسته که توسط Liu و همکاران Bice-Boxerman ارائه شده، محاسبه گردید. بعد از محاسبه CCI، از عدد یک کسر می‌شود و عدد به دست آمده بین صفر و یک می‌باشد. هر چه عدد به دست آمده به صفر نزدیک باشد FC بالا و هر چه به یک نزدیک باشد FC پایین است. این فرمول بر اساس سه معیار اندازه‌گیری شده است: ۱- تعداد ویزیت (n)، ۲- تعداد مراقبین که بیمار را ویزیت کرده‌اند (n_k) و ۳- تعداد ویزیت‌ها برای هر مراقب (l و k) در نهایت در فرمول مربوطه قرار داده می‌شود (۲۸).

در مطالعاتی نیز از HHI^۳ به‌منظور تعیین FC استفاده می‌شود (۳۲). این شاخص جنبه اقتصادی مراجعات به مراقبین را در نظر می‌گیرد. در مطالعه Frandsen و همکاران (۲۰۱۵) FC با استفاده از این اندکس محاسبه شد. هر چه تعداد مراقبین کمتر، HHI به یک نزدیک و FC پایین می‌باشد و بالعکس (۳۲).

همچنین اندکس دیگری که به‌منظور اندازه‌گیری FC به کار می‌رود UPC^۴ می‌باشد که به اختلاف بین عدد یک با عددی که از تقسیم تعداد مراجعات به مراقب اصلی به تعداد کل مراجعات در یک بازه زمانی مشخص، اطلاق می‌گردد (۲۹). برای مثال: اگر بیمار ده ویزیت داشته است و شش تای آن‌ها برای یک مراقب مشخصی بوده است، شاخص UPC برابر با ۰/۶ است. عدد به‌دست‌آمده را از عدد

می‌گردد و در نهایت بعد از اخذ رضایت عمل، بیمار به اتاق عمل انتقال داده می‌شود و بعد از عمل نیز به بخش ICU بازگردانده می‌شود.

در این مورد پیگیری‌ها توسط یک پرستار به‌عنوان هماهنگ‌کننده تیم درمان، انجام کار تیمی و بدون انتقال بیمار به بخش‌های مختلف انجام گردید که نمونه بارز یک مراقبت پیوسته می‌باشد.

گام هفتم: شناسایی پیشایندها و پیامدها

پیشایندها: مقدمات وقایع و اتفاقاتی هستند که باید قبل از بروز مفهوم آشکار شوند. به این اساس موارد زیر امکان ایجاد FC را فراهم می‌آورند. پیشایندها مربوط به بیمار، کادر درمان و خط و مشی (هماهنگی و برنامه‌ریزی) بیمارستان مربوط می‌شود. ۱- بیمار: دارای بیماری مزمن با شرایط پیچیده (دارای چند بیماری همراه)، سالمند (۴۱)، اختلال خلقی و سوء‌مصرف مواد (۴۲)، بیماری نادر و مسافت دور از مراکز تخصصی (۴۳، ۴۴). ۲- کادر درمان: نبود پرسنل کل‌نگر (۸)، عمل پرستاران بر اساس وظیفه (۴۵) و نبود پرستار لیدر، موردی یا هماهنگ‌کننده (۱۵، ۴۶) و ۳- خط و مشی بیمارستان: عدم ارتباط و هماهنگی کافی بین بخش‌های مختلف یک بیمارستان و کار تیمی (۳۵)، ناکارآمدی سیستم انتقال (۴۶)، و عدم وجود برنامه ترخیص (۴۷) را شامل می‌شوند.

پیامدها: پیامدها وقایعی هستند که به دنبال بروز مفهوم آشکار می‌شوند (۱۷). FC عواقب زیر را به دنبال خواهد داشت:

آزمایش‌ها و ارزیابی‌های تکراری، قرار گرفتن بیمار در معرض خطرات غیرضروری و استفاده ناکارآمد از منابع مراقبت‌های بهداشتی (۱۹)، افزایش طول مدت بستری، احتمال بالاتر مرگ در بیمارستان (۴۲)، تجویز داروهای تکراری و تداخلات دارویی، تصویربرداری اضافی و همچنین پذیرش‌های مکرر در بیمارستان (۴۸).

گام هشتم: نمود تجربی

نمود تجربی نشان می‌دهد که چگونه مفهوم اندازه‌گیری می‌گردد و تا چه حد تعریف می‌تواند در اندازه‌گیری مفهوم و روایی آن سودمند باشد. در این مرحله این هدف دنبال می‌شود که آیا در بحث فنی تحلیل مفهوم، به اندازه کافی مفهوم عملیاتی شده که از حالت انتزاعی فاصله گرفته باشد (۱۷).

در مطالعات پرستاری FC کمتر مورد توجه و اندازه‌گیری بوده است. در مطالعات پزشکی معیارهای متفاوتی مدنظر محققین بوده

³ Herfindahl-Hirschman Index

⁴ Usual Provider of Care

¹ function

² Continuity of Care Index

یک کسر می‌نماییم و عدد ۴/۰ بیانگر FCI (اندکس مراقبت از هم‌گسیخته) می‌باشد. هر چه عدد به صفر نزدیک باشد FC بالا است و بالعکس. مراقبت‌های ارائه‌شده توسط مراقبین مختلف به‌عنوان FC بالا و در صورتی که خدمات فقط توسط یک مراقب ارائه شود FC پایین می‌باشد.

جدول (۱): اطلاعات و نتایج مطالعات نهایی

نام نویسندگان و سال	- دیزاین	- حجم نمونه
	- ابزار یا روش جمع‌آوری داده	یافته‌ها
Liu, et al. (2010)(49)	- توصیفی	ارجاع متعدد به متخصصین، موجب FC می‌شود
Frandsen, et al. (2015)(32)	- چک‌لیست و محاسبه HHI ^۲	FC با افزایش هزینه‌های مراقبت، بستری مجدد و کیفیت مراقبت پایین همراه است
Schrag, et al. (2006)(19)	- چک‌لیست ثبت تعداد مراجعات به بیمارستان (سه یا بیشتر)	Fc با نوع بیمه (Medicaid) و بیماری روان‌پریشی و سوء‌مصرف مواد در ارتباط است
Zheng, et al. (2016) (25)	- مقطعی	بستری مجدد در طی ۳۰ روز پس از ترخیص پس از جراحی سرطان، بیست درصد در بیمارستان‌های غیر شاخص (بیمارستانی غیر از محلی که عمل جراحی انجام شده بود) رخ داده است که منجر به عوارض شدید بعد از عمل می‌شود.
King, et al. (2018) (39)	- گراند تئوری	مراقبت‌های صورت گرفته به دودسته ادغام یافته یا FC تقسیم شدند. در FC، انتقال سریع بیماران به بیرون، عجله برای تکمیل طرح ترخیص، پایان دادن به مراقبت در هنگام ترخیص و محدود کردن دسترسی به اطلاعات پس از ترخیص انجام می‌گردد.
Gormley, et al. (2019) (50)	- طرح بهبود کیفیت	بهبود همکاری و ارتباطات منجر به کاهش FC می‌شود.
Love, et al. (2022)(12)	مروری روایتی	استفاده از IHCP باعث کاهش FC و تکرار خدمات، صرفه‌جویی در هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و افزایش رضایت بیمار
Kaufman, et al. (2012)(51)	- مطالعه کیفی	در FC، هماهنگی مراقبت برای بیماران روانی جدی توسط آژانس‌های خارجی درمان گزارش گردید.

³ Integrative Holistic Care Plan
⁵ integrated/ fragmented care

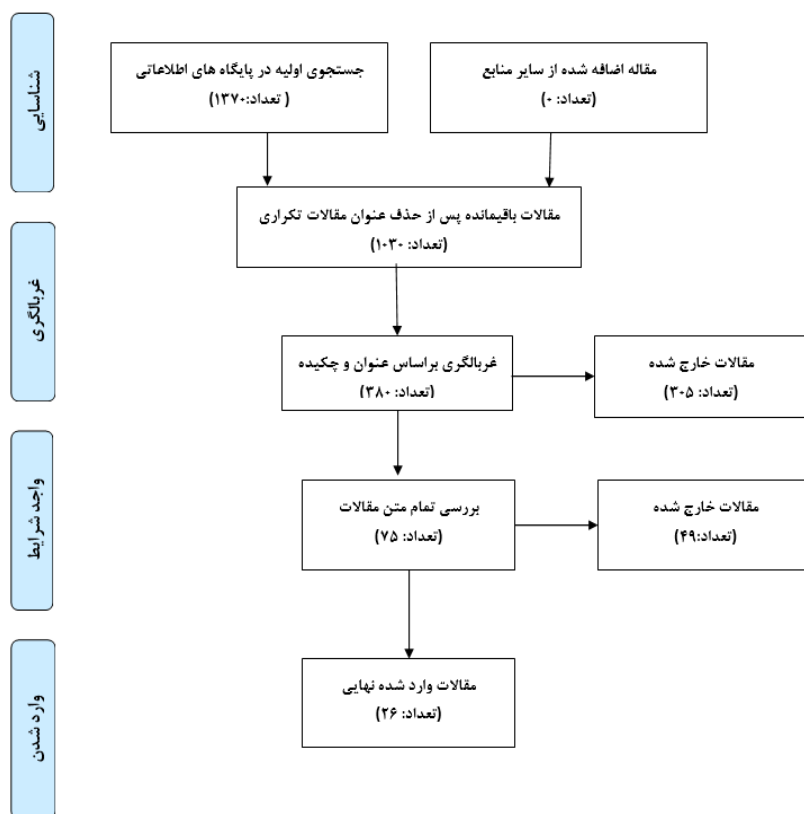
¹ fragmentation of care index
² Herfindahl-Hirschman concentration index

استفاده از یک هماهنگ‌کننده مراقبتی واحد (تخصص پزشکی و هم به‌عنوان مدیر پرونده) برای هر بیمار روانی لازم است.		
Wu , et al. (2010)(52)	۷۴- مطالعه مداخله‌ای - چک‌لیست	به‌کارگیری مدل تیمی ادغام یافته بین‌رشته‌ای در برابر FC تأثیر حداقلی داشت.
Bender , et al. (2013)(15)	۳۰- توصیفی غیرتجربی - پرسشنامه	شواهد اولیه نشان می‌دهد که نقش CNL ^۱ ممکن است، یک مداخله مؤثر برای تسهیل IC ^۲ باشد
Ganann, et al. (2019) (53)	۱۲۰-مقاله -مروری مفهومی	FC در بخش مراقبت در منزل تأثیر منفی بر بهینه‌سازی مراقبت دارد.
Boockvar, et al. (2004)(54)	۵۶۲- کوهورت -پرسشنامه و مصاحبه	۴۱٪ در رفتگی‌ها بین منزل و بیمارستان، ۳۶٪ بین مرکز توان‌بخشی یا پرستاری با بیمارستان، ۱۷٪ بین مرکز توان‌بخشی/پرستاری با منزل و ۴٪ بین دو مرکز توان‌بخشی/پرستاری بود. نیاز به یک هماهنگ‌کننده و برنامه مراقبتی احساس می‌شود.
Ejegi-Memeh, et al. (2022)(27)	۲۵- مروری مفهومی	تداوم مراقبت، مراقبت هماهنگ و ارتباط خوب بین مراکز درمانی به‌طور گسترده در مقالات، مهم گزارش شده است. FC منجر به افزایش اضطراب در بیماران می‌شود. بیماری‌های نادر به دلیل عدم آشنایی کادر درمان با بیماری بیشتر در معرض FC می‌باشند.
Pryor, et al. (2021)(26)	۲۳- کیفی -مصاحبه	بستری در یک مرکز غیرتخصصی منجر به FC می‌شود
McCABE, et al. (2005)(55)	مروری	تأثیر مثبت CNS بر کاهش FC موجب می‌شود تا انتقال بیماران به‌طور کامل در سراسر زنجیره مراقبت، منسجم شده باشد؛ بخصوص زمانی که نیاز به چند مراقبت‌کننده و یا انتقال به منزل وجود دارد
Groenvynck, et al. (2020)(56)	۱۶- کیفی -تشکیل پانل	مدل ارائه‌شده (بهبود ارتباط، حمایت و تبادل اطلاعات و مدیریت زمان) می‌تواند موجب کاهش FC که در زمان انتقال بیمار از منزل به مرکز پرستاری می‌شود، گردد.
Kern, et al. 2019(37)	۴۶- کیفی -مصاحبه گروهی	FC از چهار سطح مختلف سیستم مراقبت‌های بهداشتی (بیمار، ارائه‌دهنده، سازمان مراقبت‌های بهداشتی و محیط مراقبت‌های بهداشتی) نشأت می‌گیرد. شرکت‌کنندگان همچنین ۲۴ پیامد منحصربه‌فرد پراکندگی را شناسایی کردند که ۳ مورد مطلوب و ۲۱ مورد نامطلوب بود.
Allen, et al. (2020)(30)	۲۵- -اتنوگرافی -مصاحبه و مشاهده	تصمیم‌گیری در مورد بیماران با شرایط مزمن می‌بایستی با در نظر گرفتن شرایط بیماری و وضعیت زندگی فرد و به‌صورت کل‌نگرانه باشد

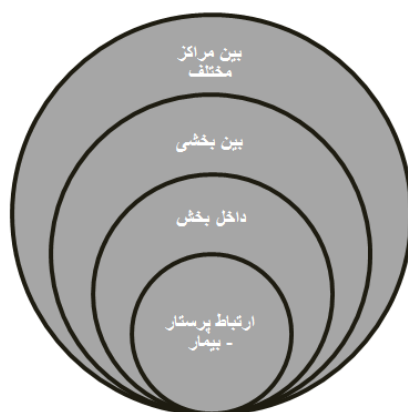
1 clinical nurse leader

2 interdisciplinary collaboration

Bender, et al. (2013) (15)	- توصیفی غیرتجربی - پرسشنامه	شواهد اولیه نشان می‌دهد که نقش CNL ممکن است یک مداخله مؤثر برای تسهیل همکاری بین‌رشته‌ای و کاهش FC باشد.
Cohen-Mekelburg, et al. (2018)(42)	-۵۴۲۷۴ -کوهورت تاریخی -چک‌لیست	بیش از یک نفر از هر چهار بستری مجدد بستری را تجربه کردند. FC منجر به ایجاد پیامدهای ضعیف در بیمار می‌شود.
Cham, et al. (2020)(57)	-۱۰۴۴۵ -توصیفی و مقطعی پرسشنامه	FC در زنان مبتلا به سرطان تخمدان که نیاز به بستری مجدد پس از عمل دارند، شایع است. FC پس از عمل با افزایش خطر مرگ‌ومیر در بین زنانی که در عرض ۹۰ روز پس از جراحی مجدداً بستری می‌شوند، مرتبط است.
Kern, et al. (2020)(58)	-۱۲۵۱۰ -آنالیز ثانویه پرسشنامه	FC به‌طور مستقل با سکنه مغزی در میان افراد سیاه‌پوست با سلامت مناسب یا ضعیف مرتبط است.
Karacop, et al. (2021)(59)	-۲۶۶ - توصیفی و مقطعی - پرسشنامه	عوارض عروقی عمده، کاشت ضربان‌ساز دائمی و آسیب حاد کلیه می‌تواند ناشی از FC باشد. در گروه FC، مسافت دور از بیمارستان به‌طور قابل‌توجهی بیشتر بود. مرگ‌ومیر ۳۰ روزه مشابهی بین گروه‌ها مشاهده شد. FC با افزایش مرگ‌ومیر طولانی‌مدت همراه بود.
Solomon, et al. (2011)(60)	-مروری روایتی	FC موجب کاهش مراقبت بهینه در بیماران با پوکی استخوان پس از شکستگی می‌شود. تیم‌های مختلفی که برای این بیماران وجود دارند به‌صورت هماهنگ با هم عمل نمی‌کنند. باید تیم مراقبت از شکستگی را تعریف نمود. ثبت‌نام بیماران، در نظر گرفتن مدیر موردی و ارزیابی می‌تواند موجب کاهش عوارض شود.
Stulberg, et al. (2011)(61)	-۱۹۱ -مقطعی -چک‌لیست با مرور چارت‌های بیمارستان	در ۴۲ بیمار (۲۲٪) FC گزارش شد. عوارض بیشتری را تجربه نمودند. ارتقا در تبادل اطلاعات بهداشتی و هماهنگی در مراقبت راهبردهای مهمی موجب کاهش FC می‌شود.
Snow, et al. (2020)(62)	-۲۲ مقاله - مروری	Fc منجر به بستری‌های مجدد، افزایش مرگ‌ومیر و طول مدت بستری می‌شود
Wang, et al. (2019)(63)	-۸۹۲۷ -توصیفی و مقطعی - پرسشنامه	اکثر بیماران FC (۵۷٪) را تجربه نمودند. بستری مجدد و افزایش مرگ‌ومیر یک‌ساله بیماران به دنبال FC شایع است. تلاش برای بهبود هماهنگی مراقبت ممکن است این نتایج را بهبود بخشد و مزایای بلندمدت حاصل از عمل جراحی را بهینه کند.



شکل (۱): نمودار پریزما جهت مطالعات وارد شده



شکل (۲): سطوح مختلف مراقبت از هم گسیخته

واکر آوانت بود. ساخت موارد الگوی مرتبط، مرزی و مخالف به مشخص کردن و توصیف بهتر مفهوم کمک نمود.

بحث و نتیجه گیری

هدف از این مطالعه فراهم نمودن تعریفی جامع و مشخص از مفهوم "FC" و مشخص کردن ویژگی‌های آن با استفاده از رویکرد

طبق نتایج به‌دست‌آمده FC ابعاد و سطوح مختلفی دارد که با شناسایی آن‌ها می‌توان تا حد امکان از بروز آن جلوگیری و یا آن را به حداقل رساند. نتایج نشان می‌دهد که پرستاران به‌عنوان یک عضو مهم از کادر درمان، توجه کمتری به FC در مطالعات خود داشته‌اند. در مطالعات انجام شده که قصد عینی نمودن مفهوم را داشته‌اند، تمرکز بیشتر بر بیماران سرپایی بوده است. در این مطالعات مواردی از جمله تعداد کل ویزیت‌ها، ویزیت توسط فراهم‌کنندگان سلامتی مختلف، مراجعه به مراکز غیر تخصصی را جهت محاسبه FC در نظر گرفته‌اند و در حالی است که در سطح بیمارستان و بیماران بستری هم FC به‌کرات رخ می‌دهد (۲۶، ۲۸، ۴۹). همان‌طور که در قسمت نتایج مشخص گردید، FC در سطح مراکز درمانی مختلف وقتی که بیمار از یک مرکز به مرکز دیگر انتقال داده می‌شود، بین بخش‌ها، در داخل بخش و در سطح پرستار-بیمار امکان رخ دادن دارد.

برای ایجاد FC یک سری پیشایندهایی وجود دارند که زمینه را مساعد بروز آن می‌نمایند که برخی از آن‌ها شامل: بیمار مزمن با بیماری‌های متعدد (۴۲)، دارای بیماری خاص یا نادر (۴۳)، وجود مراقبین متعدد به‌منظور مراقبت و یا ویزیت بیمار توسط چند متخصص (۴۹)، انتقال از یک بخش به بخشی دیگر، یا از یک مرکز درمانی به یک مرکز ثانویه (۳۶)، مراجعه بیمار به مراکز غیر تخصصی و یا به مرکزی غیر از آن مرکز که عمل جراحی یا تسهیلات را دریافت نموده است (۵۲، ۵۷).

همچنین عدم برنامه‌ریزی (۴۷)، نبود هماهنگی (۶۴)، نداشتن روحیه کار تیمی (۵۰) و کل‌گرایی (۸) به بیمار از مهم‌ترین عناصر و اجزای مراقبت FC می‌باشند که جهت تفهیم بهتر مفهوم می‌توانند کمک‌کننده باشند. بنابراین، FC می‌تواند عوارض و پیامدهای گوناگونی را به دنبال داشته باشد که مهم‌ترین آن‌ها اقدامات تشخیصی و درمانی تکراری، افزایش طول مدت بستری، هزینه‌های درمانی و حتی مرگ‌ومیر می‌باشند.

بازه زمان پیگیری جهت بررسی تبعات FC در مطالعات متغیر بود. برخی از محققین زمان سی‌روزه (۲۵) و برخی دیگر زمان سه‌ساله (۱۹) را در نظر گرفته بودند که می‌تواند بر گزارش شدت پیامدها تأثیرگذار باشد. همچنین این پیگیری تنها مرتبط با بیماری‌های مزمن همانند سرطان (۵۷) نبوده بلکه بیماری‌های حاد و چون عمل شکستگی استخوان (۶۰) نیز از نظر FC مورد بررسی قرار گرفته است. اکثر مطالعات از دید پزشکی به موضوع FC پرداخته‌اند و این در حالی است که این موضوع می‌تواند در سایر رشته‌ها همانند پرستاری در سطوح مراقبتی مختلف وجود داشته باشد. مطالعات آتی می‌توانند بر بروز FC در رشته‌های مختلف و سطح مشخص برای مثال در داخل یک بخش بپردازند.

بین دو مفهوم مراقبت گمشده که قبلاً تحت آنالیز مفهوم با رویکرد واکر و آوانت قرار گرفته می‌بایستی افتراق قائل شد. در مراقبت گم‌شده بخش یا کل یک جنبه مراقبتی از بیمار حذف شده و یا با تأخیر مواجه شده است و در FC در نتیجه نبود برنامه‌ریزی، هماهنگی و کار تیمی هر یک از پرستاران، کادر بخش یا مرکز درمانی برنامه مراقبتی خود را انجام می‌دهد و توجهی به اولویت خدمات و یا تکراری بودن آن ندارد و بیمار متحمل عوارض مختلفی از جمله صرف هزینه، دریافت خدمات تکراری، افزایش تعداد و مدت‌زمان بستری می‌شود (۹).

در بیشتر مطالعات انجام شده FC در مقابل مراقبت پیوسته و ادغام یافته قرار گرفته است. در مراقبت ادغام یافته تصمیم‌گیری‌های مشترک و هماهنگ شده موجب پیوستگی فرآیند مراقبت از بیمار در سطوح مختلف می‌شود، و این در حالی است که در FC این موارد به چشم نمی‌خورد و در سطوح مختلف ارائه خدمات ارائه مراقبت به‌صورت غیر منسجم ارائه می‌شود (۸).

همان‌طور که ذکر شد توافق نظری در مورد اینکه چگونه FC را اندازه‌گیری نمود، وجود ندارد و تمرکز بیشتر بر روی بیماران سرپایی بوده است. حتی در میان روش‌هایی که به اندازه‌گیری FC پرداخته‌اند، مستقیم این مفهوم را اندازه‌گیری نکرده‌اند؛ بلکه ابتدا مراقبت پیوسته محاسبه شده و بعد از روی آن FC به دست آمده است.

مطالعه حاضر دارای محدودیت‌هایی از جمله عدم دسترسی به متن کامل برخی از مقالات و عدم تمرکز بر یک رشته مشخص همانند پرستاری به دلیل کمبود مطالعات کار شده در این زمینه می‌باشد.

مراقبت قلب فعالیت‌های پرستاری محسوب می‌شود و پیوستگی آن موجب نظم بخشیدن به فعالیت‌های تیم مراقبتی و در نتیجه بهبود شرایط و کاهش عوارض مرتبط با بیماری می‌شود. در صورت نبود هماهنگی، برنامه‌ریزی، کار تیمی و کل‌گرایی مراقبت از حالت پیوسته خارج و به‌صورت FC در می‌آید. به‌منظور کاهش FC نیاز به شناخت ابعاد و در مرحله بعدی توسعه ابزارهای شناسایی و طراحی مداخلات مؤثر است. به نظر می‌رسد که مطالعه حاضر گام اول یعنی واکاوی مفهوم را برداشته است و پیشنهاد می‌شود گام‌های بعدی هم توسط محققین در مطالعات آتی برداشته شود.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را از کلیه اساتید بزرگوار که ما را در انجام این تحقیق یاری نموده‌اند، اعلام می‌دارند.

References:

1. McClendon P. Authentic caring: Rediscover the essence of nursing. *Nurs Manage* 2017; 48(10):36–41.
2. Wolf ZR, France NEM. Caring in nursing theory. *Int J Hum Caring* 2017;21(2):95–108.
3. Aghabarary M, Nayeri ND. Nurses' perceptions of futile care: A qualitative study. *Holist Nurs Pract* 2016;30(1):25–32.
4. Borimnezhad L, Seyedfatemi N, Mardani Hamooleh M. Concept analysis of palliative care using Rodgers' evolutionary method. *Iran J Nurs* 2014 Feb;26(86):1-5.
5. Pusari ND. Eight 'Cs' of caring: a holistic framework for nursing terminally ill patients. *Contemp Nurse* 1998;7(3):156-60.
6. Bolderston A, Lewis D, Chai MJ. The concept of caring: Perceptions of radiation therapists. *Radiography* 2010;16(3):198-208.
7. Poghosyan L, Norful AA, Martsof GR. Primary Care Nurse Practitioner Practice Characteristics: Barriers and Opportunities for Interprofessional Teamwork. *J Ambul Care Manage* 2017;40(1):77-86.
8. Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care* 2013;13:e010.
9. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs* 2009;65(7):1509-17.
10. Gustafsson N, Leino-Kilpi H, Prga I, Suhonen R, Stolt M. Missed Care from the Patient's Perspective - A Scoping Review. *Patient Prefer Adherence* 2020;14:383-400.
11. Davis KM, Eckert MC, Shakib S, Harmon J, Hutchinson AD, Sharplin G, et al. Development and Implementation of a Nurse-Led Model of Care Coordination to Provide Health-Sector Continuity of Care for People With Multimorbidity: Protocol for a Mixed Methods Study. *JMIR Res Protoc* 2019;8(12):e15006.
12. Love L, Newmeyer A, Ryan-Wenger N, Noritz G, Skeens MA. Lessons learned in the development of a nurse-led family centered approach to developing a holistic comprehensive clinic and integrative holistic care plan for children with cerebral palsy. *J Spec Pediatr Nurs* 2022;27(1):e12354.
13. Bender M, Connelly CD, Glaser D, Brown C. Clinical nurse leader impact on microsystem care quality. *Nurs Res* 2012;61(5):326-32.
14. Burgermeister D, Kwasky A, Groh C. Promoting mental health concepts in a doctor of nursing practice curriculum: an integrated and global approach. *Nurse Educ Pract* 2012;12 3:(148- 52).
15. Bender M, Connelly CD, Brown C. Interdisciplinary collaboration: the role of the clinical nurse leader. *J Nurs Manag* 2013;21(1):165-74.
16. Goodwin N. Understanding Integrated Care. *Int J Integr Care* 2016;16(4):19.
17. Yi M, Lee SW, Kim KJ, Kim MG, Kim JH, Lee KH, et al. [A review study on the strategies for concept analysis]. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2006;36(3):493-502.
18. Walker LO, Avant KC. *Strategies for Theory Construction in Nursing*. 6th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2019.
19. Schrag D, Xu F, Hanger M, Elkin E, Bickell NA, Bach PB. Fragmentation of care for frequently hospitalized urban residents. *Med Care* 2006;44(6):560-7.
20. Oxford Learner's Dictionaries [Internet]2022. [12 May 2022]. Available from: <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/fragmentation?q=fragmentation>.
21. Cambridge Dictionary [Internet]2022. [cited 2022]. Available from: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/fragmentation>.

22. Abrams SA. Calcium and vitamin D requirements of enterally fed preterm infants. *Pediatr* 2013;1(2):42-8.
23. Vajehyab [Internet]2022. Available from: <https://www.vajehyab.com/?q=%DA%AF%D8%B3%DB%8C%D8%AE%D8%AA%D9%87>.
24. investopedia [Internet]2022. Available from: <https://www.investopedia.com/terms/f/fragmentation.asp>.
25. Zheng C, Habermann EB, Shara NM, Langan RC, Hong Y, Johnson LB, et al. Fragmentation of Care after Surgical Discharge: Non-Index Readmission after Major Cancer Surgery. *J Am Coll Surg* 2016;222(5):780-789e2.
26. Pryor J, Haylen D, Fisher M. Problems people with spinal cord injury experience accessing help with bowel care when hospitalised outside a specialist spinal injury service. *J Clin Nurs* 2021;30(11-12):1633-44.
27. Ejegi-Memeh S, Sherborne V, Harrison M, Taylor B, Senek M, Tod A, et al. Patients' and informal carers' experience of living with mesothelioma: A systematic rapid review and synthesis of the literature. *Eur J Oncol Nurs* 2022;58:102122.
28. Bice TW, Boxerman SB. A quantitative measure of continuity of care. *Med Care* 1977;15(4):347-9.
29. Pollack CE, Hussey PS, Rudin RS, Fox DS, Lai J, Schneider EC. Measuring Care Continuity: A Comparison of Claims-based Methods. *Med Care* 2016;54(5):e30-4.
30. Allen D, Badro V, Denyer-Willis L, Ellen Macdonald M, Paré A, Hutchinson T, et al. Fragmented care and whole-person illness: Decision-making for people with chronic end-stage kidney disease. *Chronic Illn* 2015;11(1):44-55.
31. Kreitzer MJ. Integrative nursing: Application of principles across clinical settings. *Rambam Maimonides Med J* 2015;6(2):e0016 .
32. Frandsen BR, Joynt KE, Rebitzer JB, Jha AK. Care fragmentation, quality, and costs among chronically ill patients. *Am J Manag Care* 2015;21(5):355-62.
33. Phillippi JC, Holley SL, Thompson JL, Virostko K, Bennett K. A Planning Checklist for Interprofessional Consultations for Women in Midwifery Care. *J Midwifery Womens Health* 2019;64(1):98-103.
34. Timmins L, Kern L, Ghosh A, Urato C, Rich E. Predicting Fragmented Care: Beneficiary, Primary Care Physician, and Practice Characteristics. *Health Serv Res* 2021;56(S2):60-1.
35. Berry LL, Rock BL, Smith Houskamp B, Brueggeman J. Care coordination for patients with complex health profiles in inpatient and outpatient settings. *Mayo Clin Proc* 2013;88(2):184-94.
36. Cristina ML, Spagnolo AM, Giribone L, Demartini A, Sartini M. Epidemiology and Prevention of Healthcare-Associated Infections in Geriatric Patients: A Narrative Review. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(10):5333.
37. Kern LM, Safford MM, Slavin MJ, Makovkina E, Fudl A, Carrillo JE, et al. Patients' and Providers' Views on Causes and Consequences of Healthcare Fragmentation in the Ambulatory Setting: a Qualitative Study. *J Gen Int Med* 2019;34(6):899-907.
38. Curry R, Hollis J. An evolutionary approach to team working in primary care. *Br J Community Nurs* 2002;7(10):520-7.
39. King BJ, Gilmore-Bykovskiy AL, Roberts TJ, Kennelty KA, Mirr JF, Gehring MB, et al. Impact of Hospital Context on Transitioning Patients From Hospital to Skilled Nursing Facility: A Grounded Theory Study. *Gerontologist* 2018;58(3):521-9.
40. Cranwell K, Polacek M, McCann TV. Improving care planning and coordination for service users with medical co-morbidity transitioning between tertiary medical and primary care services. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2017;24(6):337-47.
41. Di Pollina L, Gillabert C, Kossovsky M. [Integrated care systems for elderly people]. *Rev Med Suisse* 2008;4(172):2044-7.

42. Cohen-Mekelburg S, Rosenblatt R, Gold S, Shen N, Fortune B, Waljee AK, et al. Fragmented Care is Prevalent Among Inflammatory Bowel Disease Readmissions and is Associated With Worse Outcomes. *Am J Gastroenterol* 2019;114(2):276-90.
43. Kailasam M, Guo W, Hsann YM, Yang KS. Prevalence of care fragmentation among outpatients attending specialist clinics in a regional hospital in Singapore: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2019;9(3):e022965.
44. Tarnasky AM, Achey MA, Wachsmuth LP, Williamson H, Thomas SM, Commander SJ, et al. Non-inferiority of fragmented care for high-risk pediatric neuroblastoma patients: a single institution analysis. *Pediatr Hematol Oncol* 2021;38(8):731-44.
45. Tinetti ME, Esterson J, Ferris R, Posner P, Blaum CS. Patient priority-directed decision making and care for older adults with multiple chronic conditions. *Clin Geriatr Med* 2016;32(2):261-75.
46. Sohl-Kreiger R, Lagaard MW, Scherrer J. Nursing case management: relationships as a strategy to improve care. *Clin Nurse Spec* 1996;10(2):107-13.
47. Dollard J, Harvey G, Dent E, Trotta L, Williams N, Beilby J, et al. Older People Who Are Frequent Users of Acute Care: A Symptom of Fragmented Care? A Case Series Report on Patients' Pathways of Care. *J Frailty Aging* 2018;7(3):193-5.
48. Rosenberg NA, Zulman DM. Measures of care fragmentation: Mathematical insights from population genetics. *Health Serv Res* 2020;55(2):318-27.
49. Liu CW, Einstadter D, Cebul RD. Care fragmentation and emergency department use among complex patients with diabetes. *Am J Manag Care* 2010;16(6):413-20.
50. Gormley DK, Costanzo AJ, Goetz J, Israel J, Hill-Clark J, Pritchard T, et al. Impact of Nurse-Led Interprofessional Rounding on Patient Experience. *Nurs Clin North Am* 2019;54(1):115-26.
51. Kaufman EA, McDonell MG, Cristofalo MA, Ries RK. Exploring barriers to primary care for patients with severe mental illness: frontline patient and provider accounts. *Issues Ment Health Nurs* 2012;33(3):172-80.
52. Wu MP, Lin PF, Lin KJ, Sun RS, Yu WR, Peng LN, et al. Integrated care for severely disabled long-term care facility residents: is it better? *Arch Gerontol Geriatr* 2010;50(3):315-8.
53. Ganann R, Weeres A, Lam A, Chung H, Valaitis R. Optimization of home care nurses in Canada: A scoping review. *Health Soc Care Community* 2019;27(5):e604-e21.
54. Boockvar KS, Litke A, Penrod JD, Halm EA, Morrison RS, Silberzweig SB, et al. Patient relocation in the 6 months after hip fracture: risk factors for fragmented care. *J Am Geriatr Soc* 2004;52(11):1826-31.
55. McCabe PJ. Spheres of clinical nurse specialist practice influence evidence-based care for patients with atrial fibrillation. *Clin Nurse Spec* 2005;19(6):308-17; quiz 18-9.
56. Groenvynck L, de Boer B, Hamers JPH, van Achterberg T, van Rossum E, Verbeek H. Toward a Partnership in the Transition from Home to a Nursing Home: The TRANSCIT Model. *J Am Med Dir Assoc* 2021;22(2):351-6.
57. Cham S, Wen T, Friedman A, Wright JD. Fragmentation of postoperative care after surgical management of ovarian cancer at 30 days and 90 days. *Am J Obstet Gynecol* 2020;222(3):255.e1-e20.
58. Kern LM, Ringel JB, Rajan M, Colantonio LD, Casalino LP, Reshetnyak E, et al. Ambulatory Care Fragmentation and Incident Stroke. *J Am Heart Assoc* 2021;10(9):e019036.
59. Karacop E, Enhos A, Bakhshaliyev N. Impact of postdischarge care fragmentation on clinical outcomes and survival following transcatheter aortic valve replacement. *Herz* 2021;46(Suppl 2):180-6.

60. Solomon DH. Postfracture interventions disseminated through health care and drug insurers: attempting to integrate fragmented health care delivery. *Osteoporos Int* 2011;22 Suppl 3:465-9.
61. Stulberg DB, Dahlquist I, Jarosch C, Lindau ST. Fragmentation of Care in Ectopic Pregnancy. *Matern Child Health J* 2016;20(5):955-61.
62. Snow K, Galaviz K, Turbow S. Patient Outcomes Following Interhospital Care Fragmentation: A Systematic Review. *J Gen Intern Med* 2020;35(5):1550-8.
63. Wang A, Li Z, Rymer JA, Kosinski AS, Yerokun B, Cox ML, et al. Relation of Postdischarge Care Fragmentation and Outcomes in Transcatheter Aortic Valve Implantation from the STS/ACC TVT Registry. *Am J Cardiol* 2019;124(6):912-9.
64. Deschodt M, Laurent G, Cornelissen L, Yip O, Zúñiga F, Denhaerynck K, et al. Core components and impact of nurse-led integrated care models for home-dwelling older people: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud* 2020;105:103552.

CONCEPT ANALYSIS OF FRAGMENTED CARE WITH WALKER AND AVANT MODEL

Seyed Javad Hosseini¹, Mahbobeh Firooz², Abbas Heydari^{3,4*}

Received: 19 June, 2022; Accepted: 13 November, 2022

Abstract

Background & Aims: Care is a complex and subjective concept, and most nursing theorists consider it the most important action of nurses in dealing with patients. However, inaccuracy in providing comprehensive care by the medical staff has caused disintegration of care and thus the concept of fragmented care (FC) is formed. Although this concept is often used by researchers, its dimensions have not been fully identified. The aim of this study was to analyze the concept of FC.

Materials & Methods: Concept Analysis of FC based on the Walker and Avant's method (2019) was carried out in eight steps by searching and analyzing studies from reliable information databases such as Scopus, PubMed, Web of Sciences, and Google Scholar search engine. We used the keywords: *Fragmentation*, *Fragmented*, and *Care* without time limit until May 2022. Finally, 26 articles related to the concept were analyzed.

Results: FC had different dimensions. Lack of coordination, planning, teamwork, and holistic view were the most important dimensions. This type of care can occur at different relationship levels of nurse-patient, both within and between wards and different medical centers.

Conclusions: The present study identified different dimensions of the concept of FC. Future studies can use the results of this study to develop a scale as well as to design interventions effective in reducing its incidence.

Keywords: Care, fragmented care, fragmentation of care, walker and Avant's Model

Address: Mashhad University of medical sciences, Mashhad, Iran

Tel: +989017475915

Email: Heidarya@mums.ac.ir

Copyright © 2022 Nursing and Midwifery Journal

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

¹ Ph. D student in nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

² Ph. D student in nursing, Nursing and Midwifery School, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

³ Professor of Nursing, Nursing and midwifery care research center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran (Corresponding Author)

⁴ Professor of Nursing, Department of Medical- surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran