

Concept Analysis of Palliative Care in Nursing: Introducing a Hybrid Model

Reza Negarandeh¹,
Marjan Mardani Hamooleh²,
Nasrin Rezaee³

¹ Professor, Department of Nursing, Nursing and Midwifery Care Research Center, Faculty of Nursing, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty of Nursing, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Assistant Professor, Department of Nursing, Pregnancy Health Research Center, Faculty of Nursing, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

(Received October 25, 2015 Accepted August 7, 2015)

Abstract

Background and purpose: Palliative care is an important concept in nursing practice and in literature several definitions are suggested for this concept. This study aimed at analyzing the concept of palliative care and identifying its features, antecedents and consequences within Iran's cultural context.

Materials and methods: Hybrid model of concept analysis was used to clarify the meaning of palliative care. The three phases of a hybrid concept analysis included theoretical, fieldwork, and final analysis. In theoretical phase different databases including PubMed, CINAHL, Science direct, Google scholar, SID and Magiran were searched for related articles (published in 2003-2013). The search keywords were palliative care and nursing care in the titles and abstracts. In the fieldwork phase semi-structured in-depth interviews were conducted through purposive sampling in eight nurses. In next step, by combining the two previous stages the final analysis was performed.

Results: In final analytical phase, main themes were extracted including pain management, holistic care, spirituality based care and religious based care.

Conclusion: The findings showed that palliative care is an important aspect of clinical practice. It is a holistic, humanistic and corporative care for promoting the quality of life of patients and their families that support them while considering physical, psychological, spiritual, religious, cultural and social aspects. This type of care is beneficial throughout life and also in difficult situations such as famine and it should not be used just for end-stage patients.

Keywords: Palliative care, concept analysis, hybrid model

تحلیل مفهوم مراقبت تسکینی در پرستاری: ارائه یک الگوی هیبرید

رضا نگارنده^۱

مرجان مردانی حموله^۲

نسرین رضایی^۳

چکیده

سابقه و هدف: مراقبت تسکینی یک مفهوم مهم در پرستاری بالینی می‌باشد که تعاریف متفاوتی از این مفهوم در ادبیات موجود است. هدف مطالعه حاضر تحلیل مفهوم مراقبت تسکینی و شناسایی ویژگی‌ها، پیشایندها و پیامدهای آن در بافت فرهنگی ایران بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه برای تحلیل مفهوم مراقبت تسکینی از الگوی هیبرید مشتمل بر سه مرحله نظری، کار در عرصه و تحلیل نهایی استفاده شد. در مرحله نظری مقالات مرتبط موجود در پایگاه‌های اطلاعاتی PubMed، CINAHL، ScienceDirect، Google Scholar، SID و Magiran در محدوده سال‌های ۲۰۰۳ تا ۲۰۱۳ میلادی مورد جستجو قرار گرفتند. جهت جستجو از واژه‌های "Palliative care" و "Nursing care" در عنوان و چکیده مقالات استفاده شد. در مرحله کار در عرصه از ۸ کارشناس پرستاری به روش نمونه‌گیری هدفمند، مصاحبه‌های عمیق و نیمه ساختارمند به عمل آمد. در مرحله آخر با ترکیب دو مرحله قبل تحلیل نهایی انجام شد.

یافته‌ها: طبقات اصلی استخراج شده در زمینه تحلیل مفهوم مراقبت تسکینی از دیدگاه پرستاران مشتمل بر مدیریت درد، مراقبت کل نگر و مراقبت مبتنی بر معنویت و مذهب بودند.

استنتاج: یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که مراقبت تسکینی جنبه مهمی در پرستاری بالینی به شمار می‌آید. مراقبت تسکینی یک مراقبت کل نگر، انسانی و مشارکتی برای ارتقای کیفیت زندگی بیمار و خانواده وی محسوب می‌شود که با در نظر گرفتن جنبه‌های جسمی، روانی، معنوی، مذهبی، فرهنگی و اجتماعی بیماران به حمایت از ایشان اقدام می‌نماید و در همه بیماری‌ها و در تمام طول زندگی افراد حتی در شرایط دشوار زندگی مانند بروز قحطی‌ها ارائه می‌گردد و انحصاراً مراقبتی برای پایان زندگی نیست.

واژه‌های کلیدی: تحلیل مفهوم، مراقبت تسکینی، الگوی هیبرید

مقدمه

مراقبت اساس حرفه پرستاری است و منحصر به فرد بودن ماهیت این حرفه را می‌رساند (۱). یکی از انواع مراقبت‌های پرستاری، مراقبت تسکینی است. از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی، مراقبت تسکینی رویکردی

E-mail: mardanimarjan@gmail.com

مؤلف مسئول: مرجان مردانی حموله - تهران: دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران

۱. استاد، دانشکده پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲. استادیار، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۳. استادیار، دانشکده پرستاری، مرکز تحقیقات سلامت بارداری، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۸/۳ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۳/۸/۲۵ تاریخ تصویب: ۱۳۹۴/۵/۱۶

است که کیفیت زندگی بیمار و خانواده وی را در مواجهه با مشکلات مربوط به بیماری‌های محدود کننده زندگی از طریق پیشگیری از رنج بیمار و بهبود آن و با شناسایی اولیه و درمان درد و سایر مشکلات جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی بیمار ارتقا می‌دهد (۲). مراقبت تسکینی علم و هنر ارتقای کیفیت زندگی در اواخر عمر می‌باشد، در عین حال تنها جهت کمک به رویارویی با مراحل آخر زندگی نیست بلکه می‌تواند برای رویارویی طی سالیان دراز با یک بیماری مزمن نیز موثر باشد. بنابراین، تمامی پرستاران باید قادر به تامین مراقبت کافی در زمینه مراقبت تسکینی باشند (۳). در واقع، اهمیت مراقبت تسکینی برای پرستاران در تلاش جهت افزایش احساس خوب بودن بیمار می‌باشد که با توجه به نیازهای وی، در دسترس بودن پرستار، تلاش برای پذیرش بیمار و سازش یافتن او با کشش‌های هیجانی‌اش انجام می‌گیرد (۴). نتایج یک مطالعه نشان می‌دهد که اگرچه ارائه مراقبت تسکینی برای پرستاران با استرس بالایی همراه است اما استرس آنان بیش تر تحت تاثیر عوامل درون فردی و نگرش آنان نسبت به کارشان است (۵). از سوی دیگر، علی‌رغم این که دریافت مراقبت تسکینی در اواخر زندگی حق بیماران و خانواده‌های آنان است اما اغلب پرستاران آمادگی کافی برای ارائه این نوع مراقبت را ندارند، لذا ارائه مراقبت تسکینی برای پرستاران دشوارتر می‌گردد (۶). بنابراین، با توجه به این که مفهوم مراقبت تسکینی از پیچیدگی بالایی برخوردار است و مفهومی چند بعدی می‌باشد (۷)، لازم است این مفهوم و ابعاد گوناگون آن مورد تحلیل قرار گیرند زیرا به نظر می‌رسد که در خصوص تعریف دقیق این مفهوم اجماع نظر وجود ندارد و این مفهوم به درستی در پرستاری مورد شناسایی قرار نگرفته است. هر چند در تعریفی که سازمان بهداشت جهانی برای این مفهوم ارائه داده است، جوهری از ابعاد پیچیده آن آشکار شده است (۲) لیکن هنوز شکاف‌هایی در توصیف و شناسایی دقیق این مفهوم وجود دارد. با توجه به نقصان مطالعات مربوط به این مفهوم در ایران لازم

است جهت وضوح بیش تر این مفهوم که از طریق شناخت دیدگاه‌های پرستاران میسر می‌گردد، به تکامل بیش تر این مفهوم کمک نماییم. به همین منظور پژوهشگر بر آن شد تا به تحلیل مفهوم مراقبت تسکینی اقدام نماید. بر این مبنا، مطالعه حاضر با هدف روشن ساختن مفهوم مراقبت تسکینی، درک و شناخت بیشتر ویژگی‌ها، پیشایندها و پیامدهای آن از دیدگاه پرستاران و در بافت پرستاری ایران با بهره‌گیری از الگوی هیبرید انجام شده است.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه برای تحلیل مفهوم "مراقبت تسکینی" از الگوی هیبرید استفاده شد. از آنجا که مفهوم تحت مطالعه جنبه بالینی داشت، برای تحلیل آن از الگوی مذکور استفاده گردید زیرا این الگو در مقایسه با سایر رویکردهای موجود در این زمینه، مفهوم دانش و بصیرت ایجاد شده در عملکرد بالینی را استخراج می‌کند (۸). لذا در مطالعه مفاهیم مهم و اساسی در پرستاری می‌تواند مفید باشد. الگوی هیبرید مبتنی بر توسعه مفهوم از طریق بررسی کیفی پدیده‌ها در همان محلی است که رخ می‌دهند. در این الگو برای تحلیل مفهوم از رویکردی استفاده می‌شود که یافته‌های نظری و تجربی را با هم ترکیب می‌کند. توسعه مفهوم با استفاده از الگوی هیبرید روش‌های استقرایی و قیاسی را در هم می‌آمیزد و به این ترتیب قادر است مفاهیمی را که کاربرد زیادی دارند، پالایش نماید. این الگو شامل سه مرحله نظری، کار در عرصه و تحلیل نهایی است (۸).

مرحله نظری

در مرحله نظری از پایگاه‌های اطلاعاتی علمی شامل Google، PubMed، CINAHL، ScienceDirect، Scholar، SID و Magiran برای جستجو استفاده شد. در جستجوی مقدماتی از واژه "Palliative care" در عنوان و چکیده مقالات، بدون محدودیت زمانی، استفاده گردید که با تعداد بسیاری از مقالات مربوط به

رشته‌های گوناگون مواجه شدیم. لذا در مرحله بعد با کلید واژه‌های "Palliative care" و "Nursing care" اقدام به جستجو در پایگاه‌های مذکور نمودیم و معیارهای ورود مقالات به مطالعه تعیین گردید. معیار اصلی شامل مقالات تمام متن منتشر شده به زبان انگلیسی در محدوده سال‌های ۲۰۰۳ تا ۲۰۱۳ میلادی بود و معیارهای خروج شامل مقالات غیر انگلیسی زبان و موارد تکراری بودند. این بازه زمانی به اندازه‌ای است که می‌تواند تغییرات مفهوم سازی مراقبت تسکینی را نشان دهد. نتیجه جستجو ۴۱۰ مقاله بود که این مقالات با توجه به اهداف پژوهش مورد غربالگری قرار گرفتند و مقالات غیر مرتبط با پژوهش و مقالات تکراری حذف شدند. بنابراین، با در نظر داشتن موارد ذکر شده و بعد از مرور و بررسی چکیده و عناوین آن‌ها تعداد ۱۰۵ مقاله انتخاب شدند. با خواندن کامل این چکیده‌ها مشخص شد که تعدادی از این مقالات در پرداختن به ویژگی‌های مفهوم، پیشامدها و یا پیامدهای آن ناتوان بوده‌اند، لذا تعداد مقالات به ۳۹ مقاله کاهش یافت که در جستجوی تمام متن این مقالات، تمام متن ۲۵ مقاله به زبان انگلیسی در دسترس قرار داشت که مورد بررسی قرار گرفتند. لازم به ذکر است که در پایگاه‌های اطلاعاتی فارسی زبان مشترکاً یک مقاله با کلید واژه مراقبت تسکینی وجود داشت که بعد از خواندن متن کامل، با هدف این مطالعه مرتبط شناخته نشد و حذف گردید. به دنبال خواندن متن مقالات، نکات مناسب با ویژگی، پیشایند و پیامد مفهوم استخراج شدند.

مرحله کار در عرصه

این مرحله از طریق گردآوری داده‌های بالینی و با مشارکت پرستاران انجام شد. در این پژوهش مشارکت کنندگان به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و نمونه‌گیری از پرستاران با حداکثر تنوع (از جمله جنسیت، وضعیت تاهل و سابقه کار) انجام گرفت. ملاک انتخاب مشارکت کنندگان داشتن تجارب غنی

بالینی و همچنین تمایل آنان به بازگویی بیانات خود به پژوهشگر در قالب مصاحبه بود. در تحلیل مفهوم با استفاده از الگوی هیبرید حداکثر شش مشارکت کننده انتخاب می‌شوند (۸)، لیکن در این مطالعه برای اطمینان از اشباع اطلاعاتی با دو مشارکت کننده دیگر نیز مصاحبه‌های نیمه ساختارمند و عمیق به صورت چهره به چهره به عمل آمد و در نهایت با ۸ کارشناس پرستاری شاغل در بیمارستان امام خمینی و مرکز طب تسکینی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران مصاحبه شد. پیش از انجام مصاحبه، مشارکت کنندگان با پژوهشگر در مورد زمان و محل مصاحبه به توافق می‌رسیدند. مدت زمان مصاحبه‌ها بین ۳۰ الی ۴۵ دقیقه بود و تمامی مشارکت کنندگان در این مطالعه فقط یک بار مورد مصاحبه قرار گرفتند. به این منظور از راهنمای مصاحبه استفاده شد که در برگیرنده این سؤال کلی بود که "تعریف شما از مراقبت تسکینی چیست؟" هم‌چنین برای دستیابی به مضامین اصلی از سئوالات و عبارات پی‌گیری کننده مانند "می‌شود بیش‌تر توضیح دهید؟" یا "منظورتان را شفاف‌تر بیان نمایید" نیز استفاده می‌شد. لازم به ذکر است که محقق پس از تایید طرح پژوهشی و دریافت معرفی‌نامه به عرصه پژوهش وارد شد. متن مصاحبه‌ها با استفاده از تحلیل محتوای کیفی به شیوه قراردادی و همزمان با گردآوری داده‌ها مورد تحلیل قرار گرفت که به آشکار شدن طبقات یا مضامین اصلی منجر گردید. تحلیل محتوای کیفی روش تحلیل پیام‌های نوشتاری، گفتاری یا دیداری می‌باشد. در تحلیل محتوای کیفی داده‌های خام بر اساس استنباط و تفسیر صورت گرفته خلاصه شده و درون طبقات قرار می‌گیرند. در تحلیل محتوای قراردادی نیز طبقات و نام آن‌ها از متن داده‌ها پدیدار می‌شوند (۹). لذا مصاحبه‌ها ضبط می‌شد و سپس در اولین فرصت به همراه یادداشت‌های در عرصه، بر روی کاغذ دستنویس و سپس تایپ کامپیوتری می‌شدند. متن پیاده شده مصاحبه‌ها پس از چندین بار مرور به واحدهای معنایی تشکیل دهنده و سپس به کوچک‌ترین

واحدهای معنی دار شکسته شدند. سپس کدها چندین بار بازخوانی شدند تا براساس تشابه معنایی در زیرطبقات و طبقات اصلی جایگزین شوند. چندین بار متون اولیه و طبقات نهایی بازخوانی شدند تا در نهایت پژوهشگر و مشارکت کنندگان به اشتراک معنایی درباره طبقات رسیدند. به علاوه، محقق سعی نمود تا حد امکان پیش فرض های خود را در روند تحلیل داده ها دخالت ندهد. برای تعیین صحت داده ها از معیارهای چهارگانه مقبولیت، قابلیت اعتماد، تاییدپذیری و انتقال پذیری استفاده شد (۹). به منظور تعیین مقبولیت داده ها، درگیری مداوم با موضوع و داده های پژوهش وجود داشت. متن مصاحبه ها و کدهای استخراج شده و زیر طبقات با برخی از مشارکت کنندگان و هم چنین دو نفر دکترای رشته پرستاری در میان گذاشته شد و نظرات آن ها مورد استفاده قرار گرفت. از تلفیق در روش گردآوری داده ها (مصاحبه و یادداشت های در عرصه) استفاده گردید و در نهایت در انتخاب نمونه تنوع لازم لحاظ شد. در راستای تعیین قابلیت اعتماد داده ها، همان طور که در تعیین مقبولیت اشاره شد، از روش تلفیق در گردآوری داده ها بهره گرفته شد و از یک ناظر خارجی آشنا به تحقیق کیفی و محیط بالین نیز جهت بررسی داده ها استفاده گردید که در مورد فرآیند کار و یافته ها توافق وجود داشت. برای تعیین تاییدپذیری یافته ها نیز کلیه فعالیت های صورت گرفته شامل فرآیند انجام کار و چگونگی یافته های به دست آمده به دقت ثبت شدند. هم چنین به منظور تعیین انتقال پذیری داده ها، یافته های به دست آمده از پژوهش با دو پرستار خارج از مطالعه که موقعیت های مشابه مشارکت کنندگان در پژوهش را داشتند، در میان گذاشته شد که مورد تایید ایشان قرار گرفت (۹).

مرحله تحلیل نهایی

در این مرحله کلیه اطلاعات کسب شده در کنار یکدیگر قرار می گیرند تا معانی محتوایی آن ها تعیین شود (۸). به عبارت دیگر، بعد از مرور متون در مرحله نظری، ویژگی ها، پیشایندها و پیامدهای مراقبت تسکینی

جهت تحلیل مفهوم مراقبت تسکینی مشخص شد. در مرحله کار در عرصه نیز مشخص شد که ابعاد مشخصات مراقبت تسکینی چگونه در موقعیت های طبیعی و واقعی رخ می دهند. لذا بر اساس ادغام مرحله نظری از تحلیل مفهوم و مرحله کار در عرصه یعنی با ترکیب نتایج مربوط به دو مرحله یاد شده تعریف نهایی از مفهوم مراقبت تسکینی در بافت پرستاری ایران ارائه شد.

یافته ها

یافته های مرحله نظری

نتایج مربوط به مرحله نظری در جدول شماره ۱ خلاصه شده است. با توجه به یافته های مربوط به مطالعاتی که به بیان ویژگی های این مفهوم پرداخته اند، تعریف حاضر از مفهوم مراقبت تسکینی حاصل شد: مراقبتی که ارتقا دهنده کیفیت زندگی بیمار و خانواده وی می باشد و با نگاهی بین رشته ای، کل نگر و مشارکتی و با در نظر داشتن جنبه های جسمی، روانی، معنوی، اجتماعی و فرهنگی افراد، مرتفع کننده نیازهای آنان در ابعاد مذکور است و نه تنها در مراحل پایان زندگی و برای بیماری های محدود کننده زندگی ارائه می گردد بلکه در همه بیماری ها و در تمام مراحل عمر افراد و حتی در صورت بروز شرایط ناگوار مانند قحطی نیز کاربرد دارد و نقش حمایتی خود را ایفا می نماید. به طور کلی در مرحله نظری، ویژگی های مفهوم مراقبت تسکینی در دو رویکرد پایان زندگی (۱۳-۱۰) و رویکرد همگانی که تمام طول عمر را در بر دارد (۱۹-۱۴) شناسایی شدند. هم چنین پیشایندهای مفهوم در مرحله نظری به صورت الزامات (۱۰، ۱۱، ۱۵، ۱۶، ۲۱-۱۸) و تسهیل کننده ها (۱۱، ۱۷، ۲۸-۲۲) شناسایی شدند. به علاوه، پیامدهایی که در این مرحله به دنبال وقوع مفهوم مراقبت تسکینی رخ دادند شامل پیامدهای مثبت (۱۳، ۱۰، ۱۹-۱۷، ۲۷) و منفی (۳۳-۲۷) بودند. در دیاگرام شماره ۱، ویژگی ها، پیشایندها و پیامدهای مفهوم مراقبت تسکینی در پرستاری مشخص شده اند.

جدول شماره ۱: چکیده مقالات مرتبط با مفهوم مراقبت تسکینی در مرور متون

محقق/سال	ویژگی ها	پیشایندها	پیامدها
۲۰۰۴/Chiu و Mok	مراقبت تسکینی ارتقا دهنده رفاه جسمی، روانی و اجتماعی بیمارانی است که در دراز مدت به درمان‌های علاج بخش پاسخ ندادند و پایان زندگی خود را می گذرانند.	در مراقبت تسکینی باید به مسائل و مشکلات فرهنگی، مذهبی و عاطفی بیمار و خانواده وی توجه نمود. در رابطه بین بیمار و پرستار باید به حفظ استقلال بیمار توجه داشت.	مراقبت تسکینی موثر منجر به کسب انرژی در طول سفر زندگی و مرگ و تجارب غنی و پربار برای بیمار می‌شود.
۲۰۰۴/Meghani	مراقبت تسکینی نه تنها در خصوص ارائه مراقبت به بیماران در مراحل پایانی زندگی کاربرد دارد بلکه به طور کلی برای ارتقای کیفیت زندگی همه بیماران نیز به کار می رود.		
Dunne و همکاران/۲۰۰۵		قصدان چالش‌های پرستاران در مدیریت علامت بیماری در سهولت اجرای مراقبت تسکینی اثرگذار می‌باشد.	
Worth و همکاران/۲۰۰۶		مضطرب نبودن بیماران، تصمیم‌گیری‌های لازم در مراقبت تسکینی برای آنان را تسهیل می نماید.	
۲۰۰۷/Jones و Ablett		تجربه قدیمی پرستاران از مراقبت تسکینی، نگرش فردی آنان به مراقبت، نگرش فردی به زندگی و مرگ، استرس شغلی پایین و داشتن مهارت‌های مقابله از تسهیل‌کننده‌های اجرای مراقبت تسکینی محسوب می‌شوند.	
Munday و همکاران/۲۰۰۷		ارائه مراقبت تسکینی به روابط بین حرفه‌ای خوب نیاز دارد.	
Walshe و همکاران/۲۰۰۸		مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای، ارتباط، احترام، مدیریت کاری و مهارت‌های درک شده پرستاران باید در ارائه مراقبت‌های تسکینی مد نظر باشند.	مراقبت تسکینی به ارتقای کیفیت زندگی بیمار و خانواده وی می‌انجامد.
Weibull و همکاران/۲۰۰۸		درجه درگیر شدن افراد خانواده در مراقبت‌ها و اطمینان به توانایی‌های مراقبین برای سهولت اجرای مراقبت تسکینی لازم می‌باشد.	
Behmann و همکاران/۲۰۰۹			وقتی خدمات مراقبت تسکینی به صورت نامطلوب ارائه شوند، موجب ابهام در خصوص مسئولیت‌پذیری ارائه‌دهندگان این خدمات برای بیماران می‌گردد.
Brueckner و همکاران/۲۰۰۹			اجرای مراقبت‌های تسکینی غیر موثر موجب نقصان در کار گروهی و تعارض نقش بین پرستاران و پزشکان می‌شود.
Teixeira و Valente/۲۰۰۹			انجام مراقبت‌های تسکینی برای بعضی از پرستاران، احساس خستگی جسمی و روانی راه دنبال دارد.
Nelson و همکاران/۲۰۱۰			
Schneider و همکاران/۲۰۱۰			
Junger و همکاران/۲۰۱۰			
Lachman و Emmons/۲۰۱۰			
Edwards و همکاران/۲۰۱۰			
Lynch و همکاران/۲۰۱۰			
Mahtani-Chugani و همکاران/۲۰۱۰			
Benzar و همکاران/۲۰۱۱			
Amin و Campbell/۲۰۱۲			
De Graaff و همکاران/۲۰۱۲			
Selman و همکاران/۲۰۱۳			
McElfratrick و همکاران/۲۰۱۳			
Shahid و همکاران/۲۰۱۳			
Demiglio Williams/۲۰۱۳			



دیآگرام شماره ۱: ویژگی‌ها، پیشایندها و پیامدهای مفهوم مراقبت تسکینی در پرستاری

یافته‌های مرحله کار در عرصه

از ۸ کارشناس پرستاری مشارکت‌کننده در تحقیق، ۵ نفر زن و ۳ نفر مرد بودند. دامنه سنی آنان از ۲۶ تا ۴۶ سال و دامنه سابقه کار ایشان از ۴ تا ۱۶ سال بود. هم‌چنین ۶ نفر از آنان متاهل بودند. از توصیفات غنی و عمیق این مشارکت‌کنندگان سه طبقه و شش زیرطبقه استخراج شد که یافته‌ها در جدول ۲ مشاهده می‌شوند.

جدول شماره ۲: طبقات و زیرطبقات حاصل از مرحله در عرصه

طبقات	زیرطبقات
مدیریت درد	- تسکین آرام جسمی - تسکین آرام روانی
مراقبت کل نگر	- مراقبت انسانی - مراقبت مشارکتی
مراقبت مبتنی بر معنویت و مذهب	- توجه به ارزش‌های مذهبی - حمایت معنوی

نمی‌تونم دیگه تحمل کنم تا این حد، شاید تا نینین باورتون نشه... خب توی این مواقع به صورت ضربتی به مریض مسکن می‌زنیم تا آرام بشه... مریض‌ها با تزریق مسکن احساس راحتی می‌کنن" (شرکت‌کننده شماره ۴).

تسکین آرام روانی

"اگه مریض توجه بشه از طرف پرستار، درمان‌های تسکینی و مراقبت‌های تسکینی را بهتر قبول می‌کنه و به درمان هم علاقه بیش‌تری نشون میده و دردش هم کم‌تر میشه چون فکر می‌کنه که پشتیبان داره... اگه بیمار از طرف پرستار مورد توجه روانی قرار بگیره حتی با این که بیماری براش سخته اما باهاش دست و پنجه نرم می‌کنه و کم‌تر درد احساس می‌کنه" (شرکت‌کننده شماره ۲).

مراقبت کل نگر

یکی دیگه از طبقات اصلی از دیدگاه پرستاران که در تحلیل مفهوم مراقبت تسکینی نمایان شد، مراقبت کل نگر از بیمار بود که به صورت مراقبت انسانی و مراقبت مشارکتی برای بیمار اعمال می‌گردد. نمونه‌ای از روایات پرستاران به این شرح است:

مراقبت انسانی

"مراقبت‌های تسکینی همون مراقبت‌های انسانی هستن یعنی باید همه جنبه‌های مریض رو مد نظر داشته باشه... اگه به مریض به چشم به انسان نگاه کنیم می‌بینیم

مدیریت درد

از دیدگاه پرستاران یکی از طبقات اصلی در تعریف و شفاف‌سازی مفهوم مراقبت تسکینی، مدیریت درد بود که در قالب تسکین آرام جسمی و روانی برای بیمار انجام می‌گیرد. نمونه‌ای از بیانات مشارکت‌کنندگان در این رابطه در ذیل آمده است:

تسکین آرام جسمی

"وقتی مریض درد داره به سراغش می‌رویم چون مریض دیدم که صدا می‌زنه یه چیزی به من بزنین،

که مراقبت تسکینی برای همه بیماری‌ها صدق می‌کند از بیماری‌های حاد و عفونی گرفته تا بیماری‌های مزمن و خطرناک" (شرکت‌کننده شماره ۳).

مراقبت مشارکتی

"به نظر من چون بیمار از یه کل تشکیل شده، مراقبت تسکینی هم باید نگاه کلی داشته باشه و اگه ما به عنوان پرستار بخواهیم مراقبت تسکینی خوبی برای بیماران انجام بدیم، باید دیگران هم برای بهبودی این کل با ما مشارکت داشته باشن... مثلاً مراقبت تسکینی به مشارکت مددکار اجتماعی و روانشناس هم نیاز داره" (شرکت‌کننده شماره ۶).

مراقبت مبتنی بر معنویت و مذهب

مشارکت کنندگان بر این باور بودند که مفهوم مراقبت تسکینی با مراقبت مبتنی بر معنویت و مذهب در هم آمیخته است به گونه ای که آنان این باور خود را در روایاتشان به صورت توجه به ارزش‌های مذهبی بیمار و حمایت معنوی از وی تایید نمودند:

توجه به ارزش‌های مذهبی

"من مطمئنم وقتی میگن الا بذكر الله تطمئن القلوب می‌تونه مریض رو به تسکین برسونه و ناخودآگاه مریض به احترامش آرام میشه و برای مریض مثل مسکن می‌مونه چون فکر می‌کنم برای مریض ارزشمنده، به خاطر همینه که من هم سعی می‌کنم توی کارم به این ارزش‌ها که برای مریضاً مهم هستن توجه بیشتر تری داشته باشم" (شرکت‌کننده شماره ۳).

حمایت معنوی

"مراقبت تسکینی می‌تونه این باشه که پرستار از نظر معنوی مریض رو حمایت کنه... مگه حمایت معنوی از مریض چقدر وقت پرستار رو می‌گیره! یکی از مریضا همش می‌خواست دعای ندبه گوش بده، من هم تلویزیون را روی دعای ندبه تنظیم کردم و صداسش رو

هم بلند کردم تا بتونه به دعا گوش بده و این صدای معنوی باعث تسکینش بشه" (شرکت‌کننده شماره ۵).

یافته‌های مرحله نهایی

در مرحله نهایی با توجه به یافته‌های حاصل از دو مرحله اول یعنی مراحل نظری و در عرصه، تعریف نهایی از مفهوم مراقبت تسکینی به این شرح ارائه گردید: مراقبت تسکینی یک مراقبت کل نگر، انسانی و مشارکتی برای ارتقای کیفیت زندگی بیمار و خانواده وی است که با در نظر گرفتن ابعاد جسمی، روانی، معنوی، مذهبی، فرهنگی و اجتماعی بیمار به حمایت از او می‌پردازد و در همه بیماری‌ها و در تمام طول زندگی افراد حتی در شرایط دشوار زندگی مانند بروز قحطی‌ها ارائه می‌گردد و انحصاراً مراقبتی برای پایان زندگی نیست. مراقبت تسکینی دارای زیرساخت‌های الزامات و تسهیل‌کننده‌ها می‌باشد و چنانچه به صورت مطلوب ارائه گردد، پیامد مثبت دارد و در مقابل اگر به صورت نامطلوب اجرا شود، پیامد منفی خواهد داشت.

بحث

تحلیل مفهوم مراقبت تسکینی در پرستاری به روشن‌سازی این مفهوم انجامید و نشان داد که این مفهوم در بردارنده گستره‌ای از ویژگی‌ها، پیشایندها و پیامدها می‌باشد. مطابق یافته‌های مطالعه حاضر، مفهوم مراقبت تسکینی دارای ویژگی‌هایی در دو رویکرد پایان زندگی و رویکرد همگانی بود. ویژگی‌های مفهوم در رویکرد پایان زندگی با ارتقای کیفیت زندگی بیمار، ارتقای رفاه جسمی، روانی و اجتماعی بیمار، حمایت از وی و توجه به معنویات شناخته شدند و در رویکرد همگانی تاکید ویژگی‌های مفهوم بر ارائه این مراقبت برای تمام مراحل عمر و تمام بیماران در همه سطوح بیماری و نه تنها در مرحله پایان زندگی بود. در این مطالعه اغلب یافته‌های حاصل از مرحله نظری با یافته‌های حاصل از مرحله کار در عرصه در یک راستا قرار داشتند. مشارکت کنندگان در

بیان تعریف مراقبت تسکینی به اولین مضمونی که اشاره داشتند مدیریت درد در مراقبت تسکینی بود. پرستاران شرکت کننده در پژوهش حاضر معتقد بودند که مدیریت درد با استفاده از دارو سبب تسکین درد جسمی بیماران می گردد. افزون بر آن، پرستاران در خصوص مدیریت درد بیماران به تسکین آلام روانی آن‌ها نیز اقدام نموده‌اند. باید اذعان نمود که درد بیمار در بعد جسمی ظهور می یابد و در ادامه به ابعاد روان‌شناختی نیز گسترش خواهد یافت (۳۴). بنابراین، لازم است پرستارانی که از بیماران مراقبت تسکینی به عمل می آورند از انواع دردهای جسمی و روانی که بیماران تجربه می کنند، آگاهی داشته باشند (۳۵). در همین رابطه، نتایج مطالعه‌ای دیگر نشان داد که مراقبت تسکینی در زمینه مراقبت از زخم نیز مطرح می باشد و دیگر این که مراقبت تسکینی الزاماً به مراقبت در مراحل پایانی زندگی محدود نیست (۱۵). شایان ذکر است برخی از ابعاد مفهوم مراقبت تسکینی، مثل مراقبت از زخم، از طرف مشارکت کنندگان در پژوهش ما مورد حمایت قرار نگرفته است که به نظر می رسد این یافته می تواند ناشی از تاثیر فرهنگ ارائه مراقبت تسکینی بر ادراک پرستاران شرکت کننده در مطالعه حاضر باشد. از سوی دیگر، مطابق یافته‌های مطالعه‌ای که در آفریقای جنوبی انجام شد، مراقبت جسمی که در تعریف سازمان بهداشت جهانی از مراقبت تسکینی مد نظر قرار گرفته است، مورد تاکید پرستاران نبود و برعکس مراقبت فرهنگی که در تعریف مذکور قید نشده است، قویاً مورد توجه پرستاران قرار گرفت. در مطالعه مذکور، شرایط محدود کننده زندگی که مورد نظر این سازمان برای دریافت خدمات مراقبت‌های تسکینی می باشد، صرفاً ابتلا به بیماری نیست بلکه در شرایط قحطی نیز دریافت این مراقبت‌ها کاربرد دارد و مشابه بیماری‌های محدود کننده زندگی، ارائه مراقبت تسکینی به قحطی زدگان ضروری است (۱۶). بر اساس پیشنهادهای مفهوم مراقبت تسکینی برای اجرای این مراقبت‌ها الزامات و تسهیل کننده‌هایی وجود دارد و

آن چه در این الزامات مهم تر به نظر آمده است ارتباطات مناسب حرفه‌ای و ارتباط مبتنی بر اعتماد با بیماران می باشد. این در حالی است که از نظر پرستاران شرکت کننده در مطالعه حاضر پیشایندهای مفهوم مراقبت تسکینی به طور عمده در مراقبت‌های انسانی و مراقبت‌های مشارکتی نهفته است و به باور پرستاران برای آن که این مراقبت‌ها بهتر ارائه گردند لازم است به تمامیت بیمار به عنوان یک انسان توجه داشت و این امر در بستر یک مراقبت کل نگر فراهم می گردد. به اعتقاد پژوهشگر آن چه مشارکت کنندگان را به سوی مضمون مراقبت کل نگر سوق می دهد این است که چون پرستاری و مراقبت که جوهره اصلی این حرفه می باشد در خصوص انسان دیدگاه کل نگر دارند، لذا پرستاران به عنوان یک ویژگی مهم در مفهوم مراقبت تسکینی آن را لحاظ نموده‌اند.

سایر پیشنهادهای مفهوم مراقبت تسکینی، تسهیل -کننده‌های اجرای مراقبت تسکینی می باشند که با عناصری مانند در نظر داشتن ارزش‌های بیمار در رابطه می باشند. لذا توجه به ارزش‌های بیمار مورد عنایت مشارکت کنندگان در تحقیق ما قرار گرفته است لیکن آن چه بیش تر مورد نظر پرستاران شرکت کننده در مطالعه ما بوده است توجه به ارزش‌های معنوی و مذهبی بود. در همین خصوص یافته‌های مطالعه‌ای در ایالات متحده آمریکا بیان داشت که مراقبت تسکینی مبتنی بر معنویت از طریق ارتقای راهبردهای مذهبی بیماران سبب بهبود کیفیت زندگی آنان شده است (۳۶). اما آن چه معنویت و مذهب را در فرهنگ ایرانی نسبت به سایر فرهنگ‌ها متمایز می نماید این است که فرهنگ بومی و مذهبی موجود در کشور ما به گونه‌ای است که بیماران در شرایطی که به دلیل بیماری زندگی خود را در معرض خطر می بینند، بیش تر به سمت و سوی معنویت گرایش می یابند و بیش تر وجود خدا را در متن زندگی خود احساس می کنند که این امر سبب شده است تا پرستاران مورد مطالعه ما مراقبت تسکینی مبتنی بر معنویت را برای بیماران در

نظریه‌هایی در این خصوص یاری برساند زیرا ما بر این باوریم که مفاهیم آجرهای سازنده نظریه‌ها هستند. هم‌چنین با توجه به این که در کشور ما در برنامه درسی آموزش پرستاری کم‌تر به این مفهوم پرداخته شده است، یافته‌های این مطالعه می‌تواند راهنمایی برای دست اندرکاران و متولیان امر در این زمینه باشد تا این مفهوم مهم در برنامه مذکور مورد عنایت بیش‌تری قرار گیرد. لازم به ذکر است که در این مطالعه عدم چاپ مقالات مرتبط با مفهوم به زبان فارسی به عنوان محدودیت مطرح بود که ممکن است سبب پدیدارشدن تصویر ناکامل از مفهوم مورد بررسی شده باشد.

سپاسگزاری

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران به شماره قرارداد ۹۱-۰۴-۹۹-۱۸۷۷۷ مورخ ۵/۳/۹۲ می‌باشد. پژوهشگر مراتب سپاس خود را از پرستاران شرکت‌کننده در تحقیق اعلام می‌دارد.

References

- Alligood MR. Nursing theory: Utilization & application. 5th ed. St. Louis, MO: Mosby-Elsevier; 2010.
- World Health Organization (WHO) definition of Palliative Care. (2002). Geneva: WHO. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>. Accessed 8 October, 2002.
- Vliegar MD, Gorchs N, Larkin PJ, Porchet F. Palliative Nursing Education: Towards a Common Language. *Palliat Med* 2004; 18(5): 401-403.
- Georges JJ, Grypdonck M, Dierckx de Casterlé B. Being a palliative care nurse in an academic hospital: a qualitative study about nurses' perceptions of palliative care nursing. *J Clin Nurs* 2002; 11(6): 785-793.
- تحلیل مفهوم مراقبت تسکینی مهم تلقی نمایند. دیگر یافته‌های مطالعه ما نشان داد که پیامدهای مفهوم مراقبت تسکینی به صورت پیامدهای مثبت و منفی قابل تامل می‌باشند به طوری که آثار مثبت ارائه مراقبت تسکینی برای بیمار می‌تواند منجر به ارتقای کیفیت زندگی وی گردد (۲، ۵). از سوی دیگر، توزیع ناعادلانه خدمات مربوط به این مراقبت‌ها منجر به عدم دسترسی بیماران به این خدمات می‌شود (۳۲). البته با توجه به وجود تنها یک مرکز ارائه خدمات تسکینی در شهر تهران، امکان توزیع ناعادلانه این خدمات وجود دارد ولی این امر در بیانات مشارکت‌کنندگان مشاهده نشد. بر طبق یافته‌های این مطالعه می‌توان چنین نتیجه گرفت که توجه به ویژگی‌ها، پیشایندها و پیامدهای مشخص شده در مطالعه حاضر به شناسایی بهتر مفهوم مراقبت تسکینی کمک خواهد نمود و آگاهی نسبت به این مفهوم می‌تواند منجر به ارتقای جایگاه، اهمیت و کاربرد آن در حرفه پرستاری شود. از دیگر سوی، یافته‌های این مطالعه قادر است با واضح سازی مفهوم مراقبت تسکینی به توسعه و تکامل
- Ablett JR, Jones RS. Resilience and well-being in palliative care staff: a qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psychooncology* 2007; 16(8): 733-740.
- Schneider N, Lueckmann SL, Kuehne F, Klindtworth K, Behmann M. Developing targets for public health initiatives to improve palliative care. *BMC Public Health* 2010; 10: 222.
- Williams A, Monte pare W, Wilson S, Cheng S, Tremlling K, Wells C. An assessment of the utility of formalized Palliative Care Education. *J of Hospice and Palliat Nurs* 2002; 4(2): 103-110.
- 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.
9. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24(2): 105-112.
 10. Schneider N, Lueckmann SL, Kuehne F, Klindtworth K, Behmann M. Developing targets for public health initiatives to improve palliative care. *BMC Public Health* 2010; 10: 222.
 11. Mok E, Chiu PC. Nurse-patient relationships in palliative care. *J Adv Nurs* 2004; 48(5): 475-483.
 12. Edwards A, Pang N, Shiu V, Chan C. The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. *Palliat Med* 2010; 24(8): 753-770.
 13. McIlpatrick S, Hasson F, McLaughlin D, Johnston G, Roulston A, Rutherford L, et al. Public awareness and attitudes toward palliative care in Northern Ireland. *BMC Palliat Care* 2013; 12(1): 34.
 14. Meghani SH. A concept analysis of palliative care in the United States. *J Adv Nurs* 2004; 46(2): 152-161.
 15. Emmons KR, Lachman VD. Palliative wound care: a concept analysis. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2010; 37(6): 639-644; quiz 645-646.
 16. Campbell LM, Amin N. A poststructural glimpse at the World Health Organization's palliative care discourse in rural South Africa. *Rural Remote Health* 2012; 12: 2059.
 17. Shahid S, Bessarab D, van Schaik KD, Aoun SM, Thompson SC. Improving palliative care outcomes for Aboriginal Australians: service providers' perspectives. *BMC Palliat Care* 2013; 12(1): 26.
 18. Demiglio L, Williams AM. A qualitative study examining the sustainability of shared care in the delivery of palliative care services in the community. *BMC Palliat Care* 2013; 12(1): 32.
 19. Walshe C, Todd C, Caress AL, Chew-Graham C. Judgements about fellow professionals and the management of patients receiving palliative care in primary care: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 2008; 58(549): 264-272.
 20. Munday D, Mahmood K, Dale J, King N. Facilitating good process in primary palliative care: does the Gold Standards Framework enable quality performance? *Fam Pract* 2007; 24(5): 486-494.
 21. De Graaff FM, Francke AL, Van den Muijsenbergh ME, van der Geest S. Talking in triads: communication with Turkish and Moroccan immigrants in the palliative phase of cancer. *J Clin Nurs* 2012; 21(21-22): 3143-3152.
 22. Selman L, Simms V, Penfold S, Powell RA, Mwangi-Powell F, Downing J, et al. 'My dreams are shuttered down and it hurts lots'-a qualitative study of palliative care needs and their management by HIV outpatient services in Kenya and Uganda. *BMC Palliat Care* 2013; 12(1): 35.
 23. Worth A, Boyd K, Kendall M, Heaney D, Macleod U, Cormie P, et al. Out-of-hours palliative care: a qualitative study of cancer patients, carers and professionals. *Br J Gen Pract* 2006; 56(522): 6-13.
 24. Weibull A, Olesen F, Neergaard MA. Caregivers' active role in palliative home care-to encourage or to dissuade? A qualitative descriptive study. *BMC Palliat Care* 2008; 7: 15.

25. Nelson JE, Puntillo KA, Pronovost PJ, Walker AS, McAdam JL, Ilaoa D, et al. In their own words: patients and families define high-quality palliative care in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2010; 38(3): 808-818.
26. Ablett JR, Jones RS. Resilience and well-being in palliative care staff: a qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psychooncology* 2007; 16(8): 733-740.
27. Valente SH, Teixeira MB. Phenomenological study about the nurse's home care for families of terminally ill patients. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43(3): 655-661.
28. Dunne K, Sullivan K, Kernohan G. Palliative care for patients with cancer: district nurses' experiences. *J Adv Nurs* 2005; 50(4): 372-380.
29. Behmann M, Lückmann SL, Schneider N. Palliative care in Germany from a public health perspective: qualitative expert interviews. *BMC Res Notes* 2009; 2: 116.
30. Mahtani-Chugani V, González-Castro I, de Ormijana-Hernández AS, Martín-Fernández R, de la Vega EF. How to provide care for patients suffering from terminal non-oncological diseases: barriers to a palliative care approach. *Palliat Med* 2010; 24(8): 787-795.
31. Jünger S, Pastrana T, Pestinger M, Kern M, Zernikow B, Radbruch L. Barriers and needs in paediatric palliative home care in Germany: a qualitative interview study with professional experts. *BMC Palliat Care* 2010; 9: 10.
32. Lynch T, Clark D, Centeno C, Rocafort J, de Lima L, Filbet M, et al. Barriers to the development of palliative care in Western Europe. *Palliat Med* 2010; 24(8): 812-819.
33. Benzar E, Hansen L, Kneitel AW, Fromme EK. Discharge planning for palliative care patients: a qualitative analysis. *J Palliat Med* 2011; 14(1): 65-69.
34. Waterkemper R, Reibnitz KS. Palliative care: the nurses' contributions in pain assessment. *Rev Gaucha Enferm* 2010; 31(1): 84-91.
35. Mehta A, Cohen SR, Ezer H, Carnevale FA, Ducharme F. Striving to respond to palliative care patients' pain at home: a puzzle for family caregivers. *Oncol Nurs Forum* 2011; 38(1): E37-45.
36. Vallurupalli M, Lauderdale K, Balboni MJ, Phelps AC, Block SD, Ng AK, et al. The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative radiation therapy. *J Support Oncol* 2012; 10(2): 81-87.