

تحلیل مفهوم مشارکت بیمار مبتلا به بیماری مزمن: استفاده از الگوی هیبرید

فروغ رفیعی^۱ *محسن سلیمانی^۲ نعیمه سیدفاطمی^۳

چکیده

زمینه و هدف: با تغییر در سیمای سلامت و گسترش بیماری‌های مزمن، رویکردهای مراقبت حرفه‌ای نیز تغییر کرده است. در انگاره جدید پرستاری مشارکت بیمار به‌عنوان یک استاندارد طلایی بین‌المللی پذیرفته شده است. علیرغم اهمیت فراوان مشارکت بیمار و کاربرد روزمره آن در مراقبت حرفه‌ای، این مفهوم بخصوص در زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی بافت پرستاری ایران روشن و واضح نیست. هدف این مطالعه واضح سازی و تعیین اجزای اصلی مفهوم مشارکت بیمار مبتلا به بیماری مزمن در بافت پرستاری ایران می‌باشد.

روش بررسی: برای تحلیل مفهوم مشارکت بیمار از مدل تحلیل مفهوم هیبرید که شامل سه مرحله تئوریتیک، کار در عرصه و تحلیل نهایی است، استفاده شد.

یافته‌ها: در مرحله تئوریتیکال خصوصیات مفهوم در مطالعات مختلف شامل برقراری ارتباط متقابل، دادن حس کنترل و مسئولیت، اطلاعات و دانش سهیم شده، درگیر شدن فعالانه در فعالیت‌ها و سود بردن از این درگیر شدن فعالانه مشخص شد. در مرحله کار در عرصه خصوصیتی چون اعتماد متقابل، توافق پرستار و بیمار، فراهم کردن عرصه، مسئولیت دادن به بیمار، توانمند کردن بیمار و عوامل سازمانی بدست آمد و در تحلیل نهایی مشخص شد که خصوصیات اصلی مشارکت بیمار مبتلا به بیماری مزمن در بافت مراقبت پرستاری ایران شامل ارتباط همراه با اعتماد متقابل، دادن حس کنترل یا مسئولیت، سهیم نمودن دانش و اطلاعات، درگیر شدن فعالانه در فعالیت‌های مربوط به مراقبت از خود، فراهم کردن عرصه و در نهایت توانمند شدن بیمار برای مراقبت از خود می‌باشد.

نتیجه‌گیری کلی: تحلیل مفهوم مشارکت بیمار شرایط لازم جهت مشارکت بیماران مزمن در مراقبت پرستاری را نشان داد. با این وجود این مفهوم در بافت مراقبت پرستاری کشور مفهومی جدید و پیچیده است که نیاز به بررسی‌های بیشتر در زمینه اجتماعی و فرهنگی حوزه‌های مراقبت بهداشتی را ایجاب می‌کند.

کلید واژه‌ها: مشارکت بیمار - مراقبت پرستاری - بیماری‌های مزمن - تحلیل مفهوم

تاریخ دریافت: ۸۸/۴/۲۷

تاریخ پذیرش: ۸۹/۷/۲۳

این مقاله از پایان نامه دانشجویی استخراج شده است.

^۱ عضو مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۲ دانشجوی دکتری پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی سمنان، تهران، ایران (*مؤلف مسئول) شماره تماس: +۹۱۲۲۹۷۷۴۴۵
Email: Soli257@yahoo.com
^۳ عضو مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

مقدمه

امروزه پیشرفت علم و تکنولوژی، ارتقای سطح سواد، دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی و تغییر در شیوه زندگی، سیمای سلامت را از نظر علت بیماری و مرگ در دنیا تغییر داده است (گذر سلامت Health Transition). در این راستا بیماری‌های عفونی و واگیردار کنترل شده و بیماری‌های مزمن و متابولیک جایگزین آنها شده اند^(۱). ازدیاد روز افزون بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، افزایش میزان بستری شدن ناشی از این بیماری‌ها (۶۰ درصد تمامی علل بستری شدن) و هزینه بالای مراقبت و درمان، سیستم‌های مراقبت بهداشتی را در قرن حاضر با چالش مهمی مواجه نموده است^(۲). در دهه اخیر علیرغم اقدامات گسترده‌ای که در جهت ارائه خدمات مراقبتی و بهداشتی به بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن صورت گرفته است، هنوز هم نقایصی در کیفیت ارائه مراقبت به این بیماران وجود دارد^(۳) و ایجاد تغییرات اساسی و راهبردهای جدید در این مورد ضروری به نظر می‌رسد. این راهبردها باید بگونه‌ای باشند که کیفیت زندگی بیمار را بهبود بخشیده و وابستگی وی به سیستم‌های مراقبتی را کاهش دهند و علاوه بر صرفه‌جویی در هزینه‌ها و کاهش بار بیماری بر فرد و جامعه، راهکاری را فراهم نمایند تا بیماران، خود مسئولیت بیشتری را در مراقبت از خویش بر عهده گیرند^(۴). در پاسخ به چالش‌های ایجاد شده در مراقبت از این بیماران، مدل‌های مراقبتی متنوعی ایجاد شده است که علیرغم تفاوت در جزئیات، دارای یک مضمون اصلی هستند که آن، درگیر نمودن بیمار (Patient involvement) در فرآیند مراقبت بهداشتی می‌باشد. درگیر نمودن و مشارکت دادن بیمار در برنامه‌های مراقبتی و خود کنترلی (Self control)، به بیمار کمک می‌کند تا مشکلات، اولویت‌ها و ترجیحات خود را شناسایی و در حل مشکلات خود و تطابق با بیماری، مهارت‌های لازم را کسب نماید. امروزه تغییر در رویکردهای مراقبتی سنتی و آمرانه (Paternalistic) که نقش بیمار را غیر فعال و تنها پذیرنده معرفی می‌کند^(۵) و ورود عقاید و دیدگاه‌های مشتری مدار و انسان‌گرایانه به سیستم مراقبت بهداشتی، سبب شده تا جایگاه خاصی برای بیمار در مراقبت بهداشتی در نظر گرفته شود و بیماران بطور فعال در امر مراقبت درگیر شوند. این جریان کلی سیاسی- اجتماعی

فلسفه جدیدی را در پرستاری ایجاد کرده است که شامل حرکت از حیطه مراقبت زیست پزشکی (Biomedical) به سمت رویکرد مراقبتی بیمار محور می‌باشد. در واقع ایدئولوژی مشارکت بیمار تفکر پایه و اصل اساسی در انگاره (Paradigm) جدید پرستاری محسوب می‌شود^(۶). مشارکت بیمار از جمله واژگانی است که کاربرد آن در پرستاری حرفه‌ای افزایش یافته است و بکارگیری آن نشانه بها دادن به انسانیت و فردیت بیمار می‌باشد. امروزه مشارکت بیمار نه تنها به‌عنوان یک حق قانونی برای بیمار بلکه به‌عنوان یک استاندارد طلایی بین‌المللی برای سیستم‌های مراقبت بهداشتی در نظر گرفته شده است، بطوری‌که حرفه‌های مراقبتی باید در جهت رسیدن به آن تلاش نمایند^(۷). مشارکت بیمار در مراقبت علاوه بر ابعاد انتزاعی و فلسفی، دارای ابعاد ذاتی است. به عبارت دیگر در فلسفه ذاتی حرفه پرستاری، عملکرد ایده‌آل آن است که بیماران در تصمیمات مربوط به برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی مراقبت، مشارکت نمایند^(۸). افزایش مشارکت بیمار در مراقبت پرستاری مسئولیت و تعهد بیمار را نسبت به رفتارهای سلامتی افزایش می‌دهد و امر مراقبت و درمان را تسهیل می‌کند. علیرغم اهمیت فراوان این مفهوم در حرفه پرستاری و استفاده گسترده و روزمره از واژه مشارکت بیمار؛ این مفهوم هنوز هم مبهم و پیچیده است. با وجود مطالعات فراوانی که درباره این مفهوم انجام شده است، اتفاق نظر واضحی درباره آنچه که مشارکت بیمار نامیده می‌شود، وجود ندارد. در واقع عدم وضوح این مفهوم می‌تواند منجر به بکارگیری نادرست و کم ارزش شدن این مفهوم در حرفه پرستاری شود بطوری‌که سبب واکنش منفی کارکنان مراقبت بهداشتی و بیماران نسبت به مشارکت در مراقبت شود و در نقش پرستاران و بیماران در مراقبت پرستاری ابهام ایجاد نماید^(۸).

مفاهیم؛ پایه و اساس پیشرفت علم پرستاری هستند و برای ارتباط صحیح و تفکر نقادانه لازم و ضروری می‌باشند. مفاهیم ساختارهای ذهنی پدیده‌ها هستند که با ایجاد تعاریف مناسب پدیده‌های محیطی را نظم می‌بخشند. تحلیل مفهوم یک روش ارزشمند برای واضح کردن مفاهیمی است که کاربرد زیاد و معنای مبهمی در کار پرستاری دارند. هدف از تحلیل مفهوم

پالایش نماید^(۱۰). از آنجا که این مدل مفهوم دانش و بصیرت ایجاد شده در کار بالینی را استخراج می کند، لذا در مطالعه پدیده‌های مهم و اساسی در پرستاری می تواند مفید باشد^(۹). مدل هیبرید شامل سه مرحله تئوریتیک (Theoretical phase)، کار در عرصه (Field work phase) و تحلیل نهایی (Final Analytical phase) است. در مرحله تئوریتیک برای بررسی ماهیت دانش موجود در زمینه پدیده مورد نظر، به مرور مطالعات پرداخته می شود و یک تعریف عملیاتی از مفهوم ارائه می شود. در مرحله کار در عرصه، داده های تجربی حاصل از بررسی های کیفی جهت تحلیل کامل تر مفهوم استفاده می شوند. در این مرحله مرور مطالعات که در مرحله اول شروع شده بود ادامه می یابد بطوری که پایه ای برای مقایسه داده های تجربی فراهم می کند. در مرحله سوم تحلیل حاصل از مرحله اول با بینش ها و بصیرتهای کسب شده از مشاهدات تجربی ترکیب می شوند و با بکارگیری یک رویکرد تحلیلی، مفهوم بازنگری، پالایش، و واضح و روشن می شود.

۱- مرحله تئوریتیک:

در این مرحله برای انجام مرور مطالعات، مقالات چاپ شده در زمینه مشارکت بیمار با استفاده از پایگاه های داده Pubmed و Proquest با واژه های کلیدی Participation همراه با Customer, User, Client, Patient، و واژه Chronic Disease بدون محدودیت زمانی جستجو شد. از آنجا که اضافه کردن واژه Chronic Disease تعداد مقالات را به شدت کاهش می داد این واژه در نظر گرفته نشد. برای جستجوی مقالات بجز این دو داده پایگاه؛ از روش جستجوی دستی مقالات و منابع انتهایی مقالات نیز استفاده شد. بطور کلی ۱۰۶ مقاله بدست آمد که با توجه به عدم دسترسی به متن کامل برخی مقالات بررسی همه آنها امکان پذیر نبود. مرور مقالات داخلی نیز با استفاده از پایگاه داده Iranmedex انجام شد که مقاله مناسبی که بتواند در تعیین تعریف یا خصوصیات این مفهوم کمک کننده باشد بدست نیامد. در مرور مطالعات انجام شده مقالاتی که تعاریف و معنای مفهومی را مورد توجه قرار داده بودند انتخاب و موارد مشابه و متضاد در میان آنها بررسی شد.

مشخص کردن و جستجوی خصوصیات مفهوم جهت واضح و شفاف کردن معنا و ماهیت مفهوم در زمینه کار پرستاری است^(۹). در این مطالعه سعی شده است که با توجه به اهمیت نقش مشارکت بیماران مبتلا به بیماری مزمن در مدل های مراقبتی بیماران مزمن و با توجه به اینکه دانش اندکی درباره خصوصیات این مفهوم در بافت پرستاری ایران وجود دارد؛ از تحلیل مفهوم برای واضح و روشن تر مفهوم مشارکت بیمار مبتلا به بیماری مزمن در زمینه حرفه پرستاری در ایران استفاده شود. مفهوم سازی مشارکت بیمار مزمن در مراقبت پرستاری نه تنها سبب درک بهتر از این مفهوم می شود و مشخص می کند که چگونه پرستاران می توانند به بیماران مزمن برای شرکت در مراقبت کمک کنند، بلکه از طریق مشخص کردن ابعاد و خصوصیات مفهوم، تهیه یک ابزار اندازه گیری، برای تعیین میزان مشارکت بیمار در مراقبت را ممکن می سازد. بر این اساس تحلیل مفهوم در این مطالعه با هدف واضح سازی مفهوم مشارکت بیمار در بافت پرستاری ایران صورت گرفته و مراحل زیر انجام شده است: ۱- توصیف مفهوم مشارکت بیمار مزمن در مراقبت پرستاری، ۲- تعیین اجزای اصلی مفهوم از طریق مرور مطالعات، ۳- انجام یک تعریف عملیاتی از مفهوم مشارکت بیمار مزمن در مراقبت پرستاری، ۴- معتبر کردن و تعریف مجدد شاخصهای مفهوم، ۵- مقایسه یافته ها با مطالعات قبلی

روش بررسی

در این مطالعه برای تحلیل مفهوم مشارکت بیمار مبتلا به بیماری مزمن در مراقبت پرستاری از مدل هیبرید (Hybrid model) استفاده شده است. مدل هیبرید مبتنی است بر توسعه مفهوم از طریق بررسی های کیفی پدیده در همان محلی که پدیده رخ می دهد. در مدل هیبرید برای تکامل مفهوم از رویکردی استفاده می شود که بررسی های تئوریک و تجربی را با هم ترکیب می کند. توسعه مفهوم با استفاده از مدل هیبرید روش های تحلیل استقرایی و قیاسی را در هم می آمیزد تا شکلی از رتروداکشن (Retroduction) را ایجاد نماید و به این ترتیب قادر است مفاهیمی را که کاربرد زیادی دارند

تعریف مفهوم

مشارکت بیمار نشان می دهد که درباره تعریف و اجزای این مفهوم در پرستاری هنوز اتفاق نظر واضحی وجود ندارد. این عدم وضوح با بکارگیری واژه های مختلفی چون درگیر نمودن (Involvement) یا همکاری کردن (Partnership) (Collaboration) و یا شرکت کردن (Client)، مددجو (Consumer)، مشتری (User)، تشدید شده است^(۸) Brownlea (۱۹۸۷) مشارکت را درگیر شدن یا اجازه دادن برای درگیر شدن در یک فرآیند تصمیم گیری یا ارائه خدمت یا ارزشیابی خدمت و یا حتی بطور ساده، قرار داشتن در موضع فردی که در مورد موضوعی یا مطلبی با او مشورت می شود، تعریف می کند. Holloway (۱۹۹۳) نیز عنوان می کند که مشارکت، درگیر کردن افراد در تصمیم ها و دادن حس کنترل یا مسئولیت به آنها می باشد. McEwen و همکارانش (۱۹۸۳) بیان می کنند که مشارکت بیمار در مراقبت بهداشتی عبارت از فعالیت های تعیین شده توسط دیگری است که در جهت حفظ و ارتقاء سلامتی، پیشگیری از بیماری، تشخیص، درمان و مراقبت از بیماری و برگرداندن سلامتی انجام می شود و اگر بهبودی امکان پذیر نبود برای سازگاری با ناتوانی صورت می گیرد. با این تعریف، مشارکت بیمار می تواند در همه زمینه های مراقبتی و درمانی رخ دهد. Saunders (۱۹۹۵) تاکید می کند که مشارکت بیمار یک فرآیند فعال است بطوری که بیمار مهارت های زندگی روزمره یا بالینی خود را انجام داده یا از زمان پذیرش تا ترخیص در فرآیند تصمیم گیری شرکت می کند^(۱۱). سازمان بهداشت جهانی نیز مشارکت را درگیر شدن در یک موقعیت زندگی، تعریف می کند و یادگیری و بکارگیری دانش را به عنوان قلمرو و حوزه فعالیت و مشارکت بیان می نماید^(۱۴). مفهوم مشارکت در بیماران مبتلا به بیماری مزمن بطور خاص مطرح نشده و تعریف مستقلاً از آن نیز عنوان نشده است. بیماری های مزمن شرایط، اختلالات و نشانگانی هستند که درمان قطعی و معینی برای آنها وجود ندارد و بیمار باید با آنها زندگی کند^(۱۵). علیرغم اینکه در مدل های مختلف مراقبت از بیماران مزمن، مشارکت بیمار به عنوان یک عامل کلیدی و مضمون اصلی یاد شده است اما مطالعات اندکی درباره روشن نمودن این مفهوم در زمینه

بر اساس فرهنگ لغت آکسفورد کلمه مشارکت یعنی درگیر شدن و شرکت کردن. این واژه از کلمه لاتین Participare به معنی سهم شدن مشتق شده است^(۱۱). در یک مرجع آنلاین (www.refrence.com) مشارکت به معنی سهم شدن در چیزی بطور مشترک با دیگران، سهم شدن در سود، و انگیزه ای که به موجب آن کارمندان یک شرکت سهمی از سود شرکت را دریافت می کنند بکار رفته است. معنای مشارکت در مطالعات مختلف و زمینه های مختلف علمی بررسی شده است. در ابزارهایی برای اندازه گیری آن نیز ساخته شده است. در حیطه جامعه شناسی، آلن بیرو در تعریف مفهوم مشارکت می نویسد که مشارکت کردن به معنای سهمی در چیزی یافتن و از آن سود بردن و یا در گروهی شرکت جستن و بنابراین با آن همکاری داشتن است^(۱۲). به نظر شجاعی مشارکت یک حرکت آگاهانه، فعال، آزاد و مسئولیت آور است که برای پیشبرد امور جامعه ضروری است^(۱۳) Robert Dahl. عالم علوم سیاسی برای مشارکت دلایلی را مطرح می کند که شامل موارد زیر است:

- ۱- اگر افراد پاداش حاصل از درگیری های سیاسی و اجتماعی را ناچیزتر از پاداش سایر فعالیت ها ارزیابی کنند در این فعالیت ها درگیر نمی شوند.
- ۲- اگر افراد بین شق های مختلف پیش روی خود تفاوت های بارزی احساس نکنند و به آنها اهمیت ندهند، کمتر به مشارکت روی می آورند.
- ۳- هرگاه افراد فعالیت خود را بی تأثیر تلقی کنند دست به فعالیت نمی زنند.
- ۴- هرگاه بدون مداخله افراد، رضایت آنان تأمین شود احتمال مشارکت آنان کاهش می یابد.
- ۵- اگر افراد به علت محدودیت آگاهی و دانش لازم، مشارکت را فاقد کارایی تصور کنند ترجیح می دهند کمتر مشارکت داشته باشند.
- ۶- به موازات افزایش مشکلات مشارکت، احتمال مشارکت کاهش می یابد^(۱۲).

بررسی مطالعات انجام شده در حوزه سلامت نیز نشان می دهد که مشارکت بیشتر در تصمیم گیری های مراقبتی و درمانی مورد توجه بوده است. مروری بر مطالعات انجام شده در زمینه

مراقبت از بیماران مزمن انجام شده است. مشارکت بیماران مزمن در مراقبت پرستاری بیشتر در جهت توانمند شدن بیماران و انجام فعالیت‌های خود مراقبتی بوده است^(۱۶).

مرور مطالعات

مطالعات گسترده‌ای درباره مشارکت بیمار در مراقبت پرستاری و عوامل موثر بر آن انجام شده است که بررسی آنها می‌تواند به روشن شدن ابعاد و خصوصیات مفهوم مشارکت بیمار کمک کند. Biley (۱۹۸۹) در مطالعه خود درباره عوامل تاثیر گذار بر مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری‌های مراقبتی و درمانی گزارش کرد که ساختار سازمانی، میزان دانش بیمار و تمایل بیمار جهت مشارکت در مراقبت از جمله مواردی هستند که بر مشارکت بیمار در مراقبت پرستاری تاثیر دارند، بطوری‌که تمایل بیمار یک عامل اصلی و تعیین کننده است^(۱۷). وی در مطالعه دیگر خود در سال ۱۹۹۲ سه خصوصیت را برای مشارکت (Partnership) در تصمیم‌گیری‌های مراقبتی مطرح نمود: داشتن توانایی، دانش، و عوامل سازمانی^(۱۸). Ashworth (۱۹۹۲) در یک مطالعه پدیده شناسی درباره معنی و اهمیت مشارکت بیمار در زمینه مراقبت، مشخص نمود که مشارکت بیمار در مراقبت نیازمند توافق متقابل دانش در دسترس، هماهنگی و توافق عاطفی و انگیزشی با دیگران، و باور داشتن و مسلم دانستن تاثیر مثبت همکاری شایسته فرد می‌باشد^(۱۹). Tutton (۲۰۰۵) مشارکت بیمار را به‌عنوان یک فرآیند پویا تعریف می‌کند که در طول زمان تغییر کرده و تکمیل کننده کار پرستاران و مراقبت دهندگان است. این فرآیند از طریق تسهیل کردن، شرکت کردن، درک کردن و کار عاطفی انجام می‌شود^(۲۰). بر اساس مطالعه Eldh و همکارانش (۲۰۰۴) مشارکت عبارتست از اعتماد کردن، درک، جستجو و حفظ حس کنترل و تشخیص مسئولیت خود به‌عنوان یک بیمار. از نظر پرستاران، مشارکت بیشتر دربرگیرنده این موضوع است که بیماران اطلاعات دریافت شده را بصورت فردی تعدیل نمایند تا بتوانند به آن عمل کنند. بیماران مشارکت را به‌عنوان چیزی که دارند، پذیرفته و تجربه می‌کنند (نگرش فعال فردی) در حالیکه تجربه پرستاران، مشارکت را به‌عنوان چیزی محسوب می‌کند که به بیمار داده شده و وی را فعال

می‌کند^(۲۱). Wellard و همکاران (۲۰۰۳) عنوان می‌کنند که مشارکت مشتری همانند سهم شدن در اطلاعات، نظرات و قدرت تصمیم‌گیری است و بنابراین نباید در این راستا محدود به سهم شدن در تصمیمات بالینی شد؛ عبارت دیگر مشارکت یعنی درگیر شدن با دیگران در جنبه‌های روزمره مراقبت در حین بستری بودن در بیمارستان^(۲۲). Hickey و Kipping (۱۹۹۸) مشارکت را در یک پیوستار از رویکرد مصرف‌گرا تا مبتنی بر دموکراسی معرفی می‌کنند. این پیوستار شامل چهار موقعیت برای واگذاری قدرت تصمیم‌گیری به استفاده کننده می‌باشد: ۱- اطلاع دادن/ توضیح دادن ۲- مشورت کردن بدون واگذاری ۳- شراکت که شامل پیوستن در تصمیم‌ها می‌باشد و ۴- قابلیت کنترل توسط استفاده کننده یعنی امکان توزیع قدرت؛ بطوری‌که استفاده کننده تصمیم بگیرد که درگیر شراکت با فرد دیگری شود. Robert (۲۰۰۲) در ارتباط با مشارکت: مردم را به سه دسته تقسیم می‌کند: ۱- کسانی که دیدگاه‌ها و یا ترجیحات خود را بدون تاثیر پذیری از تلقین و اشاره دیگران مطرح می‌کنند. این افراد بیشترین تمایل را برای مشارکت کردن دارند اما همچنان ترجیح می‌دهند افراد متخصص حرف آخر را بزنند.

۲- افرادی که دیدگاه‌ها و ترجیحات خود را در صورت درخواست دیگران، مطرح می‌کنند. این افراد ممکن است مایل به داشتن نقش فعال باشند و یا به نقشی که احساس کنند از آنها خواسته شده است پاسخ دهند.

۳- افرادی که تصمیمات اخذ شده در رابطه با خود را می‌پذیرند. این افراد ترجیح می‌دهند کارکنان از طرف آنها و برای آنها تصمیم بگیرند^(۸).

Lammer و همکاران (۲۰۰۳) تصریح می‌کنند که باید به مصرف کننده فرصتی داده شود تا مطابق با علائق، خصوصیات، نیازها و توانایی فردی خود، مشارکت کند. Sainio (۲۰۰۳) و Eldh (۲۰۰۴) تاکید می‌کنند که مشارکت نیازمند وجود موضوع برای گفتگو بین پرستاران و بیماران است زیرا ترجیحات افراد در طول زمان و مراحل بیماری و درمان تغییر می‌کند^(۲۱، ۸). میزان مشارکت بیمار، وابسته به چند عامل درونی و بیرونی است. عوامل درونی شناسایی شده

پرستاری وظیفه محور، محدودیت‌های محیطی در حفظ حریم خصوصی بیمار و عدم احساس ارتباط برابر، احترام و اطلاعات از جانب بیمار می باشد. عدم توجه کارکنان به نظرات بیماران و نیازهای فردی آنها، ساکت بودن کارکنان و عدم توجه آنها به تمایلات بیماران نیز از دیگر عواملی هستند که منجر به عدم مشارکت می شود^(۲۴). در جدول شماره ۱ خلاصه ای از مرور مطالعات که معنای مفهومی مشارکت بیمار را در بر داشته‌اند همراه با خصوصیات، پیشامدها (Antecedents) و پیامدها (Consequences) آورده شده است.

عبارتند از توانایی جسمانی، تمایل و توانایی تصمیم گیری منطقی بیمار^(۲۳)، نگرش نسبت به مراقبت از خود، زمینه های فرهنگی، تمایل برای بیمار خوب بودن، سطح دانش پزشکی و تجربه بستری شدن قبلی در بیمارستان^(۸). سن، وضعیت تاهل و مدت زمانی که از تشخیص می گذرد نیز در مشارکت بیمار موثر هستند. عوامل خارجی که بر تمایل بیمار در مشارکت تاثیر دارند عبارتند از فراهم کردن اطلاعات توسط پرستاران، سوالات تشویق کننده، استفاده از زبان روزمره و تمرکز بر صرف زمان با بیمار. عواملی که مشارکت را محدود می کنند نیز شامل تعارض بین بیمار و مراقبت دهنده، محافظت بیش از حد بوسیله پرستاران، ارتباط محدود بین پرستاران و بیماران

جدول شماره ۱- برخی مطالعات انجام شده که در ارتباط با معنای مفهومی مشارکت بیمار می باشند

نویسنده	زمینه مورد بررسی	خصوصیات	پیشامدها	پیامدها
Clayton (1988)	مشارکت در مراقبت		بهبود تصمیم گیری، بهبود کیفیت زندگی، سلب مالکیت قدرت بیمار	
Biley.F.C (1989)	مشارکت در تصمیم گیری		ساختار سازمانی، دانش بیمار، تمایل بیمار	
Biley.F.C (1992)	مشارکت بیمار در تصمیم گیری های مراقبتی		سالم بودن، دانش، عوامل سازمانی	
Ashworth.P.D (1992)	مشارکت بیمار در کار مراقبت		توافق متقابل در دانش در دسترس، توافق عاطفی و انگیزشی درباره موضوع با دیگران، باور داشتن توان همکاری شایسته، احساس عدم تهدید هویت فردی.	
Jewell S.E (1994)	مشارکت در تصمیم گیری های مربوط به ترخیص	آگاه کردن متقابل یا گفتگوی متقابل پرستار و بیمار	ارتباط صمیمانه پرستار- بیمار، توجه به فردیت بیمار، توجه به حقوق بیمار	
Flynn.M.B (2000)	مشارکت فعال برای خود توانمند شدن در بیماران مبتلا به ایدز		توانمند شدن بیمار	
Cagle.C.S (2001)	مشارکت در تصمیمات مربوط به مراقبت از خود		فراهم کردن منابع لازم (اطلاعات، زمان لازم یا مدت ارتباط، منابع مالی)، تمایل بیمار	توانمند شدن بیمار

ادامه جدول شماره ۱- برخی مطالعات انجام شده که در ارتباط با معنای مفهومی مشارکت بیمار می باشند

نویسنده	زمینه مورد بررسی	خصوصیات	پیشامدها	پیامدها
Sainio.C.E (2001)	مشارکت در تصمیم گیری‌های مراقبتی	پرسیدن سوال، بدست آوردن یا فراهم کردن اطلاعات، انتخاب از بین موارد مختلف	تشویق برای مشارکت، تساوی در مراقبت و درمان، صرف زمان به اطلاعات	بهبود درمان، دسترسی
Wellard.S (2003)	مشارکت در بخش‌های حاد	دادن حس کنترل	ارتباط، فراهم کردن شرایط مناسب محیطی و کاری	
Eldh A.C (2004)	مشارکت بیماران مزمن قلبی در مراقبت بهداشتی	اعتماد داشتن، درک کردن، جستجو و حفظ حس کنترل	ارتباط پرستار با بیمار	حس درک شدن و مورد احترام قرار گرفتن
Tutton E.M.M (2004)	مشارکت بیماران سالمند آسیب پذیر در بیمارستان	تصمیم گیری، شرایط بیمار، شخصیت بیمار، تجربه بیمار.	تسهیل کردن، شراکت، درک فرد، کار عاطفی	
Sahlsten M.J.M (2005)	مشارکت در مراقبت پرستاری	روش‌های بین فردی، رویکرد درمانی، تمرکز بر منابع، فرصت برای تاثیر گذاشتن	ارتباط عملکردی با بیمار، گفتگوی ارادی مبتنی بر تبادل اطلاعات، فرصت دادن به بیمار	
Eldh A.C (2006)	مشارکت بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلبی در کلینیک	تساوی در ارتباط، پذیرش مسئولیت، مسئول بودن مورد توجه قرار گرفتن	پرسیدن سوال، کسب اطلاعات، توجه به فردیت فرد	
Larsson (2007)	مشارکت بیمار در مراقبت	جو صمیمانه، پاسخ عاطفی، مطابقت، حقوق	پذیرش، دعوت به صحبت، اعتماد، تمایل، دانش، حمایت	

تعیین خصوصیات مفهوم مشارکت بیمار

خصوصیات گروه بندی می‌شوند تا تصویر واضحی از مفهوم را ارائه نمایند. در جدول شماره دو، خصوصیات این مفهوم که بصورت و ضمنی در نتایج مطالعات بیان شده بودند آورده شده است.

در بخش انتهایی مرحله تئوریک، خصوصیات مفهوم مورد نظر مشخص می‌شود. خصوصیات ابعادی از مفهوم است که هنگام تعریف یا توصیف مفهوم، بارها و بارها تکرار می‌شوند و بدون آنها نمی‌توان گفت که مفهوم رخ داده است. این

جدول شماره ۲- خصوصیات مفهوم مشارکت بیمار و نمونه‌های انتخاب شده از مرور مطالعات

خصوصیات مفهوم	موارد انتخاب شده از مرور مطالعات
۱- برقرار نمودن ارتباط متقابل	Stewart (1986) "فرد خاص یا گروهی از افراد فعالانه در فعالیت، عمل یا سیستم خاصی همراه با دیگران شرکت کنند."
	Tutton (2005) "شراکت یا partnership فرآیند ایجاد ارتباط با بیماران است که می‌تواند پایه ای برای مشارکت بیمار در مراقبت در بیمارستان باشد. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد در مراقبت از بیمارانی که دچار ناتوانی شدید در برقراری ارتباط کلامی هستند، فراهم کردن مشارکت مشکل است."

خصوصیات مفهوم	موارد انتخاب شده از مرور مطالعات
۲- دادن حس کنترل و مسئولیت	Jewell (1996) "مشارکت یعنی قرار دادن بیمار در مرکز برنامه مراقبتی و تصمیم گیری." Eldh (2006) "تجربه بیماران از مشارکت بصورت مسئول بودن و پذیرش مسئولیت تفسیر می شود." Tutton (2005) "فراهم کردن کنترل بیمار بر فعالیت‌هایش یک جنبه کلیدی برای شراکت (partnership) است و شراکت، زیربنای مشارکت بیمار است. مشارکت یعنی فراهم کردن زمینه برای بیماران تا اینکه فعالانه در تصمیماتی که بر زندگی‌شان موثر است درگیر شوند." Wellard S.J.(2003) "مشارکت شامل مساوات، مذاکره، و مسئولیت است که به نظر می رسد مرتبط با این واژه هاست." Holloway (1993) "مشارکت عبارتست از درگیر کردن افراد در تصمیم ها و دادن حس کنترل یا مسئولیت به آنهاست."
۳- اطلاعات و دانش سهیم شده	Eldh (2004) "تجربه مشارکت از دید بیماران شامل اعتماد داشتن، درک کردن، جستجو و حفظ حس کنترل است." Ashworth (1992) "مشارکت نیازمند توافق متقابل در دانش در دسترس، هماهنگی عاطفی و انگیزشی نسبت به توجهات دیگران، باور داشتن اینکه فرد می تواند بطور شایسته همکاری نماید، و عدم تهدید هویت فرد می باشد." Sainio (2001) "مشارکت بیمار بیان کننده درگیر شدن بیمار در تصمیم گیری یا اظهار نظر کردن در درمانهای مختلف می باشد. این مفهوم شامل سهیم نمودن اطلاعات، احساسات و علائم ارتباطی، و پذیرش دستورات پرستاران و پزشکان می باشد."
۴- درگیر شدن فعالانه در فعالیت‌های فیزیکی یا ذهنی با دیگری	Saunders (1995) "مشارکت بیمار یک فرآیند فعال است که در آن بیمار برای انجام مهارت‌های بالینی یا زندگی روزمره یا شرکت در فرآیند تصمیم گیری از زمان پذیرش تا ترخیص درگیر می شود." Brownlea (1989) "مشارکت عبارتست از درگیر کردن یا اجازه دادن برای درگیر شدن در یک فرآیند تصمیم گیری یا ارائه خدمت یا ارزشیابی خدمت و یا حتی بطور ساده مشورت کردن با فردی درباره موضوع یا مطلبی خاص."
۵- سود بردن از درگیر شدن در فعالیت‌ها	آلن بیرو "مشارکت کردن به معنای سهمی در چیزی یافتن و از آن سود بردن و یا در گروهی شرکت جستن و بنابراین با آن همکاری داشتن است." Jewell (1996) "جزء عملی مشارکت بیمار شامل استفاده از فرآیند پرستاری، توجه به آنچه که بیماران می خواهند، توجه به آنچه که بیماران در مورد ترخیص و مراقبت از خود می خواهند." Tutton (۲۰۰۵) "مشارکت بیمار یک فرآیند پویا است که تکمیل کننده کار پرستاران و مراقبت دهندگان است."

نیاز به برقراری ارتباط متقابل پرستار و بیمار وجود دارد بطوری که اطلاعات و دانش بین پرستار و بیمار تقسیم شده و به بیمار حس کنترل و مسئولیتی بدهد تا وی در فعالیت‌های مراقبتی (ذهنی یا فیزیکی) درگیر شود و از این درگیر شدن در جهت مراقبت از خود سود ببرد و توانمند شود.

مرحله کار در عرصه

مرحله کار در عرصه با جمع آوری داده های بالینی که مرتبط با مفهوم مشارکت بیماران مزمن در مراقبت پرستاری بود شروع شد. Kim و Schwarts-Barcott (۲۰۰۰) در مدل هیبرید خود پیشنهاد می کنند که چنانچه مدل سازی مفهومی بکار

با توجه به خصوصیتی که برای مفهوم مشارکت بیمار مشخص شده است تعریف عملی مشارکت بیمار در مراقبت پرستاری بدین صورت قابل طرح است: در صورتی می توان گفت مشارکت بیمار در مراقبت پرستاری وجود دارد که درگیر شدن فعالانه و مسئولانه بیمار در فعالیت‌های فیزیکی یا ذهنی مربوط به مراقبت، ناشی از تبادل اطلاعات و دانش بوده و از طریق برقراری ارتباط متقابل پرستار و بیمار صورت گرفته باشد و بیمار همراه با حس کنترل بر موقعیت، از این درگیر شدن سود ببرد. در این تعریف همه خصوصیات اشاره شده برای مفهوم مستطر است. به عبارت دیگر برای مشارکت بیمار

پرستاری، شرکت کردن یا شرکت دادن آنها در مراقبت‌های پرستاری و عوامل تاثیر گذار و مرتبط با آن سوال شد. هر مصاحبه بطور میانگین ۴۹ دقیقه بطول انجامید. مصاحبه‌ها با رضایت مشارکت‌کنندگان ضبط و به همان صورت پیاده شدند. دو موقعیت نیز در تعامل پرستار و بیمار در بخش بصورت مشارکت کننده مشاهده گر مورد مشاهده قرار گرفت. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل درون مایه‌ای با رویکرد مقایسه مداوم استفاده شد و پس از تنظیم و سازماندهی داده‌ها با استفاده از نرم افزار وان نوت (One-note) داده‌ها در دسته‌ها و طبقاتی قرار داده شدند. بدین ترتیب خصوصیات کلیدی و مهم مفهوم مشارکت بیمار مبتلا به بیماری مزمن بر اساس داده‌ها مشخص شد. تحلیل داده‌ها خصوصیات زیر را برای مفهوم مشارکت بیمار مبتلا به بیماری مزمن نشان داد (جدول شماره ۳).

می‌رود تعداد کمی از موارد می‌توانند انتخاب شوند^(۹). در این مطالعه با توجه به اینکه مشارکت در مراقبت یک پدیده تعاملی بین پرستار و بیمار است و مطالعات مختلف نشان داده اند که دیدگاه بیماران و پرستاران درباره مشارکت می‌تواند متفاوت باشد، لذا هم با بیماران و هم با پرستارانی که از این بیماران مراقبت می‌کردند مصاحبه شد. از آنجا که مراقبت پرستاری بصورت مشخص در بیمارستانها انجام می‌شد لذا محیط بخش‌هایی که بیماران مزمن در آن بستری بودند انتخاب شد. پس از تهیه یک راهنمای مصاحبه نیمه ساختار بر اساس مرور مطالعات موجود با معرفی سرپرستار بخش با چهار پرستار (با میانگین سابقه کار ۱۲ سال در دو بخش داخلی I و II) و دو بیمار (مبتلا به دیابت و نارسایی مزمن قلبی) در دو بخش داخلی یک و دو بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) مصاحبه انجام شد. از مشارکت‌کنندگان در مطالعه رضایت آگاهانه کسب شد. در مصاحبه‌ها درباره نقش بیماران در مراقبت

جدول شماره ۳- خصوصیات بدست آمده از مرحله کار در عرصه.

اعتماد متقابل	
-	ارزیابی پرستار از بیمار: متابعت کردن، تمایل بیمار، آمادگی جسمی، ذهنی، شناختی، روحی روانی، فرهنگی و اجتماعی
-	ارزیابی بیمار از پرستار: اهمیت دادن به بیمار، وقت گذاشتن، سطح علمی پرستار، دلسوز بودن، اعتماد به نفس،
توافق بین پرستار و بیمار	
فراهم کردن عرصه	
-	صرف وقت برای بیمار
-	حمایت از بیمار
مسئولیت دادن به بیمار	
-	مراقبت از خود
-	متابعت کردن
توانمند کردن بیمار	
عوامل سازمانی	
-	سیستم مراقبتی بخش
-	سیستم مدیریتی بخش

- پرستار شماره ۳ - ".... ما این مریض را چک کرده ایم و می‌دانیم که می‌داند ۲۰۰ سی سی یعنی چه ، لیوان مدرج یعنی چی. اینها را متوجه است. اما یک مریض هست که هر چی بهش می‌سپاری می‌روی بالای سرش ، می‌گوید

بررسی داده‌ها نشان می‌دهد که برخی خصوصیات بدست آمده در مرحله حضور در عرصه با مرحله تئوریک همخوانی دارند. یکی از این خصوصیات وجود اعتماد متقابل برای مشارکت است:

دارویش را بخورد و از اتاق بیرون رفت بیمار هم قرص را نخورد و خوابید.

از آنجا که پرستار به علت داشتن اطلاعات بیشتر در حوزه سلامت و فعالیت در بیمارستان از قدرت بیشتری نسبت به بیمار برخوردار است، لذا باید برای مشارکت بیمار، بخشی از قدرت و مسئولیت خود را به بیمار واگذار کند. پرستار به این منظور باید عرصه و شرایط لازم را برای مشارکت بیمار فراهم نماید. این شرایط شامل صرف وقت برای بیمار نیز و حمایت از اوست. پرستاران در مراقبت از بیماران مزمن ترجیح می دهند وظایف و مسئولیت‌هایی را که بیمار باید در منزل بطور مستقل انجام دهد به وی واگذار نمایند (مسئولیت مراقبت از خود). چنانچه اشاره شد برای آنکه پرستار بتواند مسئولیتی را به بیمار واگذار نماید نیاز به صرف وقت با بیمار دارد و اگر سیستم مراقبتی وظیفه محور برقرار باشد پرستار اکثر وقت خود را برای انجام وظایف معمول و برنامه ریزی شده بخش صرف می کند و توجه کمتری به جلب مشارکت بیمار در امر مراقبت خواهد داشت.

تحلیل نهایی

بر اساس مرور مطالعات انجام شده، مشارکت بیمار در مراقبت پرستاری دارای اجزایی چون ارتباط متقابل، دادن حس کنترل و مسئولیت، دانش سهیم شده، درگیر شدن فعالانه در فعالیت‌های فیزیکی و ذهنی، و سود بردن از این درگیری فعالانه است. در مرور مطالعات نیز بصورت ضمنی و یا آشکار پیشامدهایی برای این خصوصیات مطرح شده است. به عنوان مثال برای برقراری ارتباط متقابل پیشامدهایی چون ارتباط صمیمانه، اعتماد، احترام، توافق و تمایل مطرح شده است. بررسی این پیشامدها نشان می دهد که برای هر نوع ارتباطی نیاز به این پیشامدها نمی باشد بلکه برخی از موارد خود باید جزئی از ارتباط باشند و به عنوان نوع خاص ارتباط مطرح شوند. مثل ارتباط صمیمانه که نوع خاصی از ارتباط است. برخی موارد نیز پس از ارتباط ایجاد می شوند مثل اعتماد که پس از یک ارتباط صمیمانه و خوب بوجود می آید. در داده های تجربی حاصل از مصاحبه نیز مشارکت کنندگان بطور مستقیم به وجود ارتباط اشاره نکردند بلکه اعتماد متقابل را مطرح نمودند. با توجه به

نمی دانم دو بار آب خوردم، شاید هم سه بار خوردم نمی‌دانم... یعنی اگر اعتماد ایجاد شد و آموزش دادیم و فهمید منجر به همکاری می شود. وقتی مریض آموزش را فهمید و درک کرد همکاری می کند خوب این به نفع خودش است.."

- بیمار شماره ۱- " ... والا پرستارها اونچه که باید حواسشون به مریضی‌ها باشه نیستش. اون دقتی که باید داشته باشند ندارند الان چند نفر معترض بودند که پرونده رو اشتباهی گذاشته اند. فاجعه هست بعد هم نمی شه آدم ثابت کنه بالاخره هرچی باشه خودتون وضعیت رو می دونید که چه جور می هست ..."

برای رسیدن به اعتماد متقابل؛ پرستار و بیمار یکدیگر را ارزیابی می کنند. پرستار بیمار را از نظر داشتن آمادگی های لازم همانند تمایل، آمادگی جسمی، ذهنی، روحی و روانی شناختی و آمادگی فرهنگی اجتماعی ارزیابی می کند تا از امکان سپردن مسئولیت به وی اطمینان حاصل کند. بیمار نیز پرستار را از نظر سطح علمی، اهمیت قائل شدن، وقت گذاشتن و دلسوز بودن ارزیابی می کند. پرستار در ارزیابی خود از بیمار بیشتر به تمایل بیمار توجه دارد. به عبارت دیگر تمایل در این مورد نقش کلیدی دارد بطوری که اگر بیمار تمایل داشته باشد و پرستار آنرا در رفتار بیمار دریابد، سعی می کند برای بیمار وقت صرف کند و شرایط را فراهم نماید. پرستار و بیمار باید در مورد اهداف و اقدامات مراقبتی توافق نیز داشته باشند تا پرستار مسئولیتی را به بیمار واگذار نماید. بدون توافق بین پرستار و بیمار مشارکت رخ نمی دهد. در یکی از موقعیت‌های مورد مشاهده، وقت نگذاشتن پرستار برای بیمار و به توافق نرسیدن درباره زمان مناسب مصرف دارو سبب شد تا مشارکت اتفاق نیفتد:

- در شیفت صبح پرستار بیمار را بیدار می کند تا داروی مدر به بیمار مبتلا به نارسایی قلبی بدهد. این دارو سه بار در روز برای بیمار تجویز شده است. بیمار که از بی خوابی شب قبل به علت تکرر ادرار ناشی از مصرف همین دارو شاکی بود دارو را نخورد و بیان کرد که مصرف دارو نمی گذارد صبح هم راحت بخوابد. پرستار قرص را روی میز مریض گذاشت و تاکید کرد که بیمار

(۲۳). در این مطالعه که مفهوم مشارکت بیمار در زمینه بیماری‌های مزمن مورد بررسی قرار گرفته است مراقبت از خود به‌عنوان یکی از اجزای مشارکت بیمار تعیین شده است بطوری‌که نتیجه نهایی مشارکت بیمار در مراقبت، توانمند شدن بیمار در مراقبت از خود است. گرچه مشارکت ممکن است در همه عرصه‌های مراقبتی انجام شود، اما به نظر می‌رسد محدود به دوره پذیرش تا ترخیص نمی‌باشد. همانطور که در گزارش سازمان بهداشت جهانی، مشارکت به‌عنوان درگیر شدن فرد در یک حیطه زندگی تعریف شده است در زمینه مراقبت پرستاری نیز مشارکت می‌تواند به دوره پس از ترخیص نیز مربوط باشد. شاید بتوان گفت کسب توانمندی مراقبت از خود، سودی است که بیمار از مشارکت کردن در مراقبت پرستاری می‌برد. الد (۲۰۰۶) در مطالعه خود درباره شرایطی که به‌عنوان مشارکت بیمار در مراقبت بهداشتی تجربه شده است یکی از مضامین بدست آمده را انجام مراقبت از خود بیان می‌کند (۲۴). از آنجا که در بیماری‌های مزمن بیمار باید با بیماری خود زندگی کند و آنرا به‌عنوان جزئی از زندگی بپذیرد، لذا مشارکت نمود بیشتری خواهد داشت. این نوع مشارکت بیمار، بیشتر در جهت فراگیری فعالیت‌هایی است که بیمار باید آنها را بصورت مستقل در منزل انجام دهد. درنهایت با بررسی مرور مطالعات و یافته‌های بدست آمده از مصاحبه‌ها می‌توان گفت که خصوصیات مشارکت بیمار مبتلا به بیماری مزمن در مراقبت پرستاری می‌تواند شامل این موارد باشد: ارتباط همراه با اعتماد متقابل، دادن حس کنترل یا مسئولیت به بیمار، سهم نمودن دانش و اطلاعات، درگیر شدن فعالانه بیمار در فعالیت‌های جسمی یا ذهنی مربوط به مراقبت از خود، فراهم نمودن عرصه برای بیمار، و در نهایت توانمند شدن بیمار برای مراقبت از خود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه خصوصیات مفهوم مشارکت بیمار مبتلا به بیماری مزمن را در حیطه مراقبت پرستاری مشخص کرد و زمینه مناسبی را برای ارزیابی و کاربرد این مفهوم فراهم نمود. با این حال به نظر می‌رسد که برای روشن شدن جزئیات این مفهوم در زمینه اجتماعی و فرهنگی حاکم بر حوزه‌های بهداشتی کشور ما نیز به کار بیشتری وجود دارد. تحلیل مفهوم

تاکید وجود ارتباط برای مشارکت بیمار در مرور مطالعات و خصوصیت اعتماد متقابل که در داده‌ها بدست آمد به نظر رسید که بهتر است از واژه ارتباط همراه با اعتماد متقابل به‌عنوان خصوصیت مشارکت بیمار در مراقبت پرستاری استفاده شود. بررسی داده‌های حاصل از مرحله کار در عرصه نشان می‌دهد که مفهوم مشارکت در بیماران مبتلا به بیماری مزمن بیشتر متوجه توانمند شدن بیمار در مراقبت از خود است و خصوصیات این مفهوم بصورت تلویحی با خصوصیات حاصل از مرور مطالعات همخوانی دارد. گرچه مفهوم مشارکت بیمار یک مفهوم پیچیده است اما بررسی خصوصیات این مفهوم نشان می‌دهد که در اکثر مطالعات و همچنین بررسی یافته‌های تجربی، برخی خصوصیات مربوط به جوهره این پدیده بوده و وقتی این خصوصیات وجود دارند مشارکت بیمار رخ می‌دهد. شاید بتوان گفت که مهم‌ترین خصوصیتی که در ایجاد مشارکت تعیین‌کننده است ارتباطی است که منجر به اعتماد متقابل می‌شود؛ بطوری‌که در این ارتباط شرایطی فراهم می‌شود که بیمار برای درگیر شدن در فرآیندهای مرتبط با سلامتی و مراقبت از خود توانمند شود تا مسئولیتی به او واگذار شود. برای برقراری چنین ارتباطی نیاز به توجه به فردیت بیمار، احترام به حقوق بیمار، صرف وقت توسط پرستار و تمایل می‌باشد. در چنین ارتباطی است که اطلاعات می‌تواند مبادله شود و بیمار برای واگذاری مسئولیت توانمند گردد. برای برقراری چنین ارتباطی در محیط بیمارستان پرستار و بیمار یکدیگر را ارزیابی می‌کنند به‌عبارت دیگر در برخورد اول پرستار و بیمار، این ارتباط نمی‌تواند شکل بگیرد بلکه وقتی پرستار آمادگی بیمار را ارزیابی کرد و بیمار هم‌قبلیت اعتماد پرستار را مورد ارزیابی قرار داد و هر دو در این ارزیابی توانستند بهم اعتماد کنند، چنین ارتباطی می‌تواند شکل بگیرد. وجود سیستم وظیفه‌محور، حجم کار زیاد پرستار، سیستم مدیریتی بیماری محور از جمله مواردی هستند که مانع چنین ارتباطی می‌شوند.

یکی دیگر از موارد بدست آمده در مفهوم مشارکت بیمار، مراقبت از خود است که در مرور مطالعات کمتر به آن توجه شده است. Brearley (۱۹۹۰) بیان می‌کند که برخی از اجزای مشارکت ممکن است ایده مراقبت از خود را شامل شود

بیشتر درباره مشارکت بیمار در مراقبت‌های بهداشتی در زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی کشور ما به شمار می‌رود.

یک فرآیند پایان ناپذیر است و تا زمانی که دانش و تجربیات در دسترس هستند توسعه بیشتر مفهوم یک نیاز محسوب می‌شود. به عبارت دیگر مفاهیم با گذشت زمان تغییر می‌کنند و چیزی که امروز صحیح به نظر می‌رسد ممکن است فردا صحیح نباشد بنابراین محصول نهایی همیشه آزمایشی است^(۳۶). یافته‌های این مطالعه نیز تنها آغازی برای بررسی‌های

تقدیر و تشکر

از کلیه مشارکت‌کنندگان و مسئولینی که در بیمارستان حضرت رسول (ص) در به انجام رسیدن این مقاله همکاری داشتند تقدیر و تشکر می‌شود.

فهرست منابع

1. Sayari AA. Report of Ministry Of Health and Medical Education about Health and related factors. Available from: <http://www.mohme.gov.ir>
2. Marshall SS, haywood KL, Fitzpatrick R. patient involvement and collaboration in shared decision-making: A review. Report to department of health. March 2005.
3. Department of Health and Human Services. The burden of chronic disease and their risk factors: National and State Perspectives. CDC, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. 2004.
4. Willson KD, Andrews Gj. The potential of public health to enhance chronic disease management. *Public health*; 2005. 119: 1130-1132.
5. Cahill Jo. Patient participation – a review of literature. *J Clin Nurs*; 1998. 7: 119-128.
6. Millard L, Hallett C, Luker K. Nurse-patient interaction and decision-making in care: patient involvement in community nursing. *J Adv Nurs*; 2006. 55(2): 142-150
7. Patistea E, Siamanta H. A Literature Review of Patients' Compared With Nurses' Perceptions of Caring: Implications for Practice and Research. *J Prof Nurs*; 1999. 15:302-312.
8. Sahlsten MJM, Larsson IE, Lindencrona CSC, Plos KAE. An analysis of the concept of patient participation. *Nurs Forum*; 2008. 43(1): 2-11.
9. Rodgers BL, Knafel KA. Concept development in nursing: foundation, techniques and application. 2nd ed. Philadelphia. W.B. Saunders; 2000. p.129-161.
10. Seomun GA, Chang SO, Lee PS. Concept analysis of coping with arthritis pain by south Korean older adults: Development of Hybrid model. *Nurs Health Scienc*; 2006. 8: 10-19.
11. Cahill Jo. Patient participation: a concept analysis. *J Adv nurs*; 1996. 24: 561-571.
12. Serajzadeh H. A survey of people participation in elections and its relation to some social variables after Islamic revolution in cities of our country. Supervised by Mohseni A , Foyouzat SE. Dissertation of MSc Degree. 1989; Tarbiat Modares University.
13. Shojaei A. Placement of women occupation in human development, In 2nd Congress of women empowerment; 2001. Tehran. Iran.
14. WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). 2003. URL:www.who.int/classification/icf/intros/ICF-Eng-Intro.pdf.
15. Martin CM. Chronic disease and illness care: Adding principles of family medicine to address ongoing health system redesign. *Canad Fam Physician*. 2007; 53: 2086-91
16. Delmare C, Boje T, Dylmer D, Forup L, Jakobsen C, Moller M, et al. Independence/dependence-a contradictory relationship? Life with a chronic illness. *Scand J Caring sci*; 2006. 20: 261-268.
17. Biley FC. Treatment and Care: patient participation in decision making. *Senior Nurse*. 1989; 9(10): 23-24.
18. Biley FC. Some determinants that effect patient participation in decision making about nurse care. *J Adv Nurs*. 1992; 17: 414-421.
19. Ashworth PD, Longmate MA, Morrison P. Patient participation: its meaning and significance in the context of caring. *J Adv Nurs*. 1992; 17(12): 1430-1439.
20. Tutton EM. Patient participation on a ward for frail older people. *J Adv Nurs*. 2005; 50: 143-152.

-
21. Eldh AC, Ehnfors M, Ekman I. The phenomena of participation and non-participation in health care - experiences of patients attending a nurse-led clinic for chronic heart failure. *Euro J Card Nurs*. 2004; 3(3): 239-246.
 22. Wellard S, Lillibridge J, Beanland C, Lewis M. Consumer participation in acute care settings: An Australian experience. *Int J Nurs Prac*. 2003; 9:255-260.
 23. Jewell SE. Patient participation: what does it mean to nurses? *J Adv Nurs*. 1994; 19 (3): 433-438.
 24. Efraimsson E, Sandman PO, Hyden LC, Rasmussen BH. Discharge planning: "fooling ourselves?"--patient participation in conferences. *J Clin Nurs*. 2004; 13 (5): 562-70.
 25. Eldh AC, Ehnfors M, Ekman I. Conditions for patient participation and non-participation in health care. *Nursing Ethics*, 2006; 13(5): 503-14.
 26. Walker LO, Avant KS. Strategies for theory construction in nursing. 3rd ed. Norwalk, CT: Appelton and Lange. 1995. P.301-80

Concept Analysis of Participation of Patient with Chronic Disease: Use of Hybrid Model

F. Rafii¹ PhD

*M. Soleimani² MSc, PhD candidate

N. Seyed-Fatemi³ PhD

Abstract

Background and Aim: Approaches to professional health care have changed along with changes in health measures and progression of chronic diseases. Patient participation is an international golden standard in new nursing paradigm. Despite the importance of patient participation and its routine usage in professional care, this concept is not clear, especially in social and cultural context of Iranian nursing. The purpose of this study was to clarify the meaning of patient participation and determine its critical attributes in chronic disease within the nursing context in Iran.

Materials and Method: Concept analysis of this concept was conducted using hybrid model. Hybrid model has three phases: theoretical, field work and final analytical phase.

Results: Literature review in theoretical phase determined the attributes of the concept including; establishing mutual relationship, giving way to control and responsibility, shared information and knowledge, active engagement in activities, and profit from this engagement. Filed work phase determined attributes such as mutual confidence, harmony between patient and nurse, setting the stage, giving responsibility to patient, patient empowerment, and organizational factors. In the final analytical phase, the critical attributes of participation of patient with chronic disease including connection by means of mutual confidence, yielding control and responsibility, sharing information and knowledge, active engagement in self care activities, setting the stage and empowerment of patient to engage in self care was determined.

Conclusion: Concept analysis of patient participation revealed the required conditions for participation of patients with chronic diseases in nursing care. In the meantime, this concept is a new and complex one within the context of our nursing, which requires further study of social and cultural context of health care area.

Keywords: Patient participation - Nursing care - Chronic disease - Concept analysis - Hybrid model

Received: 18 Jul 2009

Accepted: 15 Oct 2010

◆ This article has been excerpted from MS dissertation

¹ Associate Professor of Nursing, Center for Nursing Care Research, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran

² Doctoral Candidate, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran
(*Corresponding Author) Tell: 09122977445 Email: Soli257@yahoo.com

³ Associate Professor of Nursing, Center for Nursing Care Research, Department of Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran