

مراقبت تسکینی: تحلیل مفهوم به روش تکاملی راجرز

*مرجان مردانی حموله^۳

نعیمه سیدفاطمی^۲

لیلی بریم نژاد^۱

چکیده

زمینه و هدف: مراقبت تسکینی یک مفهوم مهم در پرستاری بالینی است که تعاریف متفاوتی از آن در متون موجود است. هدف مطالعه حاضر، تحلیل مفهوم مراقبت تسکینی و شناسایی ویژگی‌ها، پیشایندها و پیامدهای آن در بافت پرستاری بوده است. روش بررسی: در این مطالعه از رویکرد تکاملی راجرز برای شفاف سازی مفهوم مراقبت تسکینی استفاده شد. به این منظور پایگاه‌های اطلاعاتی PubMed, CINAHL, Scencedirect و Google scholar مورد جستجو قرار گرفتند. معیار اصلی جهت ورود، مقالات چاپی تمام متن به زبان انگلیسی در محدوده سال‌های ۲۰۰۴ تا ۲۰۱۳ میلادی بود. جهت جستجو از واژه‌های "Palliative care" و "Nursing care" در عنوان و چکیده مقالات استفاده شد. در کل از ۴۱۰ مقاله، ۱۰۵ مقاله با پژوهش حاضر مرتبط بودند که در نهایت ۲۵ مقاله جهت بررسی انتخاب شدند. یافته‌ها: در این مطالعه، ویژگی‌های مفهوم مراقبت تسکینی در دو بعد رویکرد پایان زندگی و رویکرد همگانی شناسایی شدند. پیشایندها مشتمل بر الزامات و تسهیل کننده‌ها بودند و پیامدها نیز دربردارنده پیامدهای مثبت و منفی بودند.

نتیجه‌گیری کلی: یافته‌های مطالعه، مفهوم مراقبت تسکینی را مورد شناسایی قرار داده است. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که مراقبت تسکینی جنبه مهمی در پرستاری بالینی به شمار می‌آید.

کلید واژه‌ها: مراقبت تسکینی، تحلیل مفهوم، رویکرد تکاملی راجرز

تاریخ دریافت: ۹۲/۹/۱۴

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۱/۲۴

^۱ دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و عضو گروه اطفال، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
^۲ دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و عضو گروه روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
^۳ دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
شماره تماس: ۰۹۱۳۲۸۶۴۰۷۷ Email:mardanimarjan@gmail.com

مقدمه

مراقبت مفهومی پیچیده و کاملا ذهنی است که سازه بنیادی تعداد زیادی از نظریه های پرستاری را تشکیل می دهد و به عنوان فرایندی پویا بین بیمار و پرستار است که منجر به برقراری هماهنگی در جسم، ذهن و روان می شود. مراقبت اساس حرفه پرستاری می باشد، منحصر به فرد بودن ماهیت پرستاری را می رساند و جهت کمک، حمایت، تسهیل و یا توانمند ساختن افراد و گروه ها به کار می رود. مراقبت به عنوان وظیفه اصلی پرستاران دستخوش تغییرات بسیاری در طی زمان بوده است به طوری که در گذشته، بیشتر چگونگی فعالیت و تکنیک های مهارتی پرستار مورد توجه بوده است اما امروزه بر جنبه های انسان گرایی و تمامیت گرایی آن توجه بیشتری می شود به گونه ای که مراقبت های جامع و انسان گرایانه به عنوان یک رویکرد مهم در مراقبت انسانی متمرکز بر جسم، روان و محیط بیمار است^(۱). یکی از انواع مراقبت های پرستاری، مراقبت تسکینی است. مراقبت تسکینی علم و هنر ارتقای کیفیت زندگی در اواخر عمر می باشد، در عین حال تنها جهت کمک به رویارویی با مراحل آخر زندگی نیست بلکه می تواند 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^(۲). در واقع، اهمیت مراقبت تسکینی برای پرستاران در تلاش برای ایجاد شیوه ای ساختار یافته در ارائه مراقبت ها و کوشش در جهت افزایش احساس خوب بودن بیمار می باشد که با توجه به نیازهای وی، در دسترس بودن پرستار، تلاش برای پذیرش بیمار و سازش یافتن او با کشش های هیجانی اش انجام می گیرد^(۳). نتایج یک مطالعه نشان می دهد اگر چه ارائه مراقبت تسکینی برای پرستاران با استرس بالایی همراه است اما استرس آنان، بیشتر تحت تاثیر عوامل درون فردی و نگرش آنان نسبت به کارشان است^(۴). از سوی دیگر، علی رغم این که دریافت مراقبت تسکینی در اواخر زندگی حق بیماران و خانواده های آنان

است اما اغلب پرستاران آمادگی کافی برای ارائه این نوع مراقبت را ندارند بنابراین ارائه مراقبت تسکینی برای پرستاران دشوارتر می گردد^(۵).

لذا با توجه به این که مفهوم مراقبت تسکینی از پیچیدگی بالایی برخوردار است و مفهومی چند بعدی می باشد^(۶)، لازم است این مفهوم و ابعاد گوناگون آن مورد تحلیل قرار گیرند زیرا به نظر می رسد در خصوص تعریف دقیق این مفهوم، اجماع نظر وجود ندارد و این مفهوم به درستی در پرستاری مورد شناسایی قرار نگرفته است. به همین منظور، پژوهشگر بر آن شده است تا با بهره گیری از رویکرد تکاملی راجرز به تحلیل مفهوم مراقبت تسکینی بپردازد. به عبارت دیگر، این مطالعه با هدف روشن ساختن مفهوم مراقبت تسکینی، درک و شناخت بیشتر ویژگی ها، پیشایندها و پیامدهای آن در بافت پرستاری و تغییرات آن در گذر زمان انجام شده است زیرا حقیقت انسان و پدیده های مربوط به آن، همیشه در حال تغییر هستند، عناصر وابسته به هم دارند و تنها در بافت مجموعه ای از عوامل زمینه ای قابل تفسیر می باشند^(۷). با توجه به آن که این دیدگاه با رویکرد تکاملی تحلیل مفهوم راجرز مطابقت دارد، برای مطالعه حاضر از این رویکرد استفاده شد.

روش بررسی

در این مطالعه از رویکرد تکاملی راجرز استفاده شده است. در این رویکرد، فرایند تحلیل غیرخطی است و شامل یک دسته از مراحل هم پوشاننده است که هدف اساسی آن، شفاف کردن مفهوم است. در رویکرد راجرز، مفاهیم دارای ماهیت ثابت نیستند و در مقابل ذاتی پویا دارند. در این رویکرد، اعتقاد بر آن است که حقیقت مطلق نیست بلکه نسبی و وابسته به زمان و موقعیت می باشد و در گذر زمان و با توجه به موقعیت، تغییر می پذیرد. این روش از یک رویکرد استقرایی پیروی می نماید و مبنایی جهت بررسی بیشتر در آینده فراهم می کند و بر این باور است که هر مفهوم همواره دارای

ماهیتی پویا و در حال تکامل است و همیشه نیازمند واضح سازی و شفاف شدن می باشد. هدف از تحلیل در این رویکرد تشریح مفهوم، موارد استعمال رایج آن و آشکار سازی ویژگی های آن به عنوان اساسی برای توسعه و تکامل بیشتر مفهوم می باشد. مراحل فرآیند این تحلیل مفهوم دربردارنده تعیین مفهوم مورد نظر و بیانات همراه و واژه های جایگزین، تعیین و انتخاب محدوده و قلمرو مناسب برای جمع آوری اطلاعات، گردآوری داده های مرتبط با ویژگی های مفهوم و متناسب با تغییرپذیری های بافتی از جمله تغییرات اجتماعی، فرهنگی، بین رشته ای و زمانی (بروز پیشایندها و پیامدهای مفهوم)، تحلیل اطلاعات با در نظر گرفتن ویژگی های مفهوم، در صورت امکان تعیین یک مورد نمونه مناسب در رابطه با مفهوم و تعیین فرضیه ها و دلالت های تحلیل به منظور تکامل بیشتر مفهوم می باشد^(۷).

مطالعه حاضر در سال ۱۳۹۲ انجام شده است. با در نظر گرفتن مراحل تحلیل مفهوم، از پایگاه های اطلاعاتی علمی PubMed, CINAHL, Scencedirect و Google scholar برای جستجو استفاده شد. در جستجوی مقدماتی از واژه "Palliative care" در عنوان و چکیده مقالات، بدون محدودیت زمانی استفاده شد که مقالات متعددی مربوط به دیسپلین های گوناگون مشخص شد. لذا در مرحله بعد با کلید واژه های "Palliative care" و "Nursing care" اقدام به جستجو در پایگاه های مذکور شد و معیارهای ورود مقالات به مطالعه تعیین گردید. معیارهای اصلی، مقالات تمام متن منتشر شده به زبان انگلیسی در محدوده سال های ۲۰۰۴ تا ۲۰۱۳ میلادی بود و معیارهای خروج شامل مقالات غیر انگلیسی زبان و موارد تکراری بودند. شایان ذکر است "Nursing care"، واژه بسیار وسیعی است و می تواند انواع گوناگون مراقبت های پرستاری را پوشش دهد، لذا برای جستجو در کنار واژه اصلی از این واژه هم استفاده شد. علت انتخاب بازه زمانی ذکر شده

نیز این بود که محققین در این دوره بیشتر به مفهوم مراقبت تسکینی پرداخته اند و طول دوره نیز به اندازه ای است که تغییرات مفهوم سازی مراقبت تسکینی را می تواند 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 آن ها ۱۰۵ مقاله انتخاب شدند که از این میان تمام متن ۲۵ مقاله به زبان انگلیسی در دسترس قرار داشت و مورد بررسی قرار گرفت. لازم به ذکر است در پایگاه های اطلاعاتی فارسی زبان SID و Magiran 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. مقالات به دقت مرور و مورد مطالعه قرار گرفته اند. در مرحله بعد، تحلیل مقالات با روش تحلیل محتوا صورت گرفت. به دنبال خواندن متن مقالات، نکات و موارد مناسب با ویژگی، پیشایند، پیامد، مفاهیم مرتبط، واژه های جایگزین و تعریف مفهوم استخراج شدند. سپس در هر قسمت، داده ها چندین بار خوانده شدند تا محقق بتواند در آن ها غوطه ور گردد و نکات و برچسب های کلیدی برای فراهم کردن توصیفات واضح در مورد هر جنبه از مفهوم را استخراج نماید. در نهایت، تحلیل استقرایی اطلاعات از مفهوم مراقبت تسکینی انجام شد و درون مایه ها شناسایی شدند. واحدهای اطلاعاتی شامل کلمات و جمله های مرتبط یا پاسخ های داده شده به این سئوالات بود: ویژگی های اختصاصی مراقبت تسکینی چیست؟ مراقبت تسکینی چگونه تعریف می شود؟ مراقبت تسکینی چگونه تظاهر می یابد؟ چه عواملی با ارائه مراقبت تسکینی ارتباط دارند؟ و نتایج یا پیامدهای مراقبت تسکینی چیست؟. مقالات بر اساس مشخصات تحلیل مفهومی که به آن ها پرداخته شده اند، گروه بندی گردیدند. همچنین به منظور اطمینان از بی طرفی، تأمین اعتبار و کاهش سوگیری، فرایند تحلیل

پزشکی ایران، اقدام به انجام پژوهش نمودند. در جدول شماره ۱ چکیده ای از مرور مقالاتی که به بررسی مفهوم مراقبت تسکینی پرداخته اند، مشاهده می شود.

توسط دو نفر دکترای رشته پرستاری که با روش تحلیل مفهوم آشنایی داشته اند، صورت گرفته است. در راستای رعایت ملاحظات اخلاقی، پژوهشگران بعد از تصویب طرح تحقیق توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم

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

محقق/سال	ویژگی ها	پیشایندها	پیامدها
Mok و ۲۰۰۴/chiu	مراقبت تسکینی ارتقا دهنده رفاه جسمی، روانی و اجتماعی بیمارانی است که در دراز مدت به درمان های علاج بخش پاسخ نداده اند و پایان زندگی خود را می گذرانند.	در مراقبت تسکینی باید به مسائل و مشکلات فرهنگی، مذهبی و عاطفی 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 می شود.
۲۰۰۴/Meghani	مراقبت تسکینی نه تنها در خصوص ارائه مراقبت در مراحل پایانی زندگی کاربرد دارد بلکه به طور کلی برای ارتقای کیفیت زندگی نیز به کار می رود.		
Dunne و همکاران/۲۰۰۵		فقدان چالش های پرستاران در مدیریت علائم بیماری در سهولت اجرای مراقبت تسکینی اثرگذار می باشند.	
Worth و همکاران/۲۰۰۶		مضطرب نبودن بیماران، تصمیم گیری های لازم در مراقبت تسکینی برای آنان را تسهیل می نماید.	
Ablett و ۲۰۰۷/Jones		تجربه قدیمی پرستاران از مراقبت تسکینی، نگرش فردی آنان به مراقبت، نگرش فردی به زندگی و مرگ، استرس شغلی پایین و داشتن مهارت های مقابله، از تسهیل کننده های اجرای مراقبت تسکینی هستند.	
Munday و همکاران/۲۰۰۷		ارائه مراقبت تسکینی به روابط بین حرفه ای خوب نیاز دارد.	
Walshe و همکاران/۲۰۰۸		مسئولیت پذیری حرفه ای، ارتباط، احترام، مدیریت کاری و مهارت های درک شده پرستاران باید در ارائه مراقبت های تسکینی مد نظر باشد.	مراقبت تسکینی به ارتقای کیفیت زندگی بیمار و خانواده وی می انجامد.
Weibull و همکاران/۲۰۰۸		درجه درگیر شدن افراد خانواده در مراقبت ها و اطمینان به توانایی های مراقبین برای سهولت اجرای مراقبت تسکینی لازم می باشند.	
Behmann و			وقتی خدمات مراقبت تسکینی به

صورت نامطلوب ارائه شوند، موجب ابهام در خصوص مسئولیت پذیری ارائه دهندگان این خدمات می گردد.	همکاران/۲۰۰۹
اجرای مراقبت های تسکینی غیر موثر موجب نقصان در کار گروهی و تعارض نقش بین پرستاران و پزشکان می شود.	Brueckner و همکاران/۲۰۰۹
انجام مراقبت های تسکینی برای بعضی از پرستاران، احساس خستگی جسمی و روانی را به دنبال دارد.	Valente و ۲۰۰۹/Teixeira
	مراقبت تسکینی توأم با همراهی پرستار با خانواده و ساخت یک شبکه حمایت خانوادگی است.
	Nelson و همکاران/۲۰۱۰
	مراقبت تسکینی ارزش ها، آسایش و حریم بیمار و حمایت از خانواده وی را در تمام طول مدت بیماری مدنظر قرار می دهد.
	Schneider و همکاران/۲۰۱۰
	مراقبت تسکینی رویکردی است که کیفیت زندگی بیماران و خانواده های آنان را در مواجهه با مشکلات مربوط به بیماری های تهدید کننده زندگی، بهبود می بخشد و هدف عمده آن، کاستن رنج از طریق شناسایی اولیه و درمان درد و سایر مشکلات جسمی، روانی و معنوی است.
توزیع نامتناسب خدمات مراقبت تسکینی در سطح جامعه موجب دسترسی ناکافی به این خدمات می شود.	Junger و همکاران/۲۰۱۰
داشتن سلامت روانی و اجتماعی جهت ارائه مراقبت تسکینی ضروری است.	Emmons و Lachman ۲۰۱۰/
	مراقبت تسکینی در راستای مراقبت کلی مطرح می باشد و الزاماً به مراقبت در مراحل پایانی زندگی محدود نیست.
	Edwards و همکاران/۲۰۱۰
	مراقبت تسکینی در مراحل پایان زندگی به صورت تشکر از خدا برای زندگی و خدا به عنوان هستی برتر می باشد.
در صورتی که خدمات مراقبت تسکینی از برخوردارای مالی کافی محروم باشد، جامعه با پوشش ناهمگون این خدمات مواجه می گردد.	Lynch و همکاران/۲۰۱۰
ناکارآمد بودن مراقبت های تسکینی منجر به پیشرفت قدرت تخریبی بیماری و تقویت تابوی مرگ می گردد.	Mahtani-Chugani و همکاران/۲۰۱۰
مراقبت تسکینی بدون در نظر گرفتن	Benzar و

همکاران/۲۰۱۱	بیمار و خانواده وی، منجر به ارائه این مراقبت در سطح نازل می گردد.
Campbell و Amin/۲۰۱۲	مراقبتی جامع، کل نگر، حمایتی و مبتنی بر فرهنگ است که به بیمار فراتر از یک بیمار محض و به عنوان یک انسان تمام عیار می اندیشد و برای همه بیماری ها و در تمام سطوح آن ها مصداق دارد.
De Graaff و همکاران/۲۰۱۲	ارتباط خوب بین بیمار و کارکنان درمانی یکی از عناصر الزامی در ارائه مراقبت تسکینی است.
Selman و همکاران/۲۰۱۳	مراقبت تسکینی مراقبتی است که به طور کلی منجر به مرتفع نمودن نیازهای جسمی و معنوی بیماران می گردد.
McIlfatrick و همکاران/۲۰۱۳	مراقبت تسکینی برای تسکین درد جسمی است که بیشتر برای افراد مبتلا به سرطان و افراد سالمند در انتهای زندگی ارائه می شود.
Shahid و همکاران/۲۰۱۳	مراقبت تسکینی نگاهی بین رشته ای به مراقبت دارد و مراقبتی است که دارای ابعاد روانی و اجتماعی برای تمام طول زندگی می باشد.
Demiglio Williams ۲۰۱۳/	مراقبت تسکینی، مراقبتی است که به صورت مشارکتی انجام می شود. در جامعه، همکاری های بین بخشی و حمایت های همه جانبه الزامی است. بحران یاری می رساند و رضایت شغلی آنان نیز به این ترتیب افزایش می یابد.

یافته ها

در این بخش از مطالعه، ابتدا ویژگی ها، پیشایندها و پیامدهای مفهوم مراقبت تسکینی، مطرح می گردد و سپس مفاهیم مرتبط و واژه های جایگزین و مثال نمونه ذکر خواهد شد.

ویژگی های مفهوم مراقبت تسکینی

ویژگی های مفهوم مراقبت تسکینی در دو رویکرد پایان زندگی و رویکرد همگانی شناسایی گردیدند.

مراقبت تسکینی با رویکرد پایان زندگی

در این رویکرد، ویژگی های مفهوم مراقبت تسکینی به طور خاص در مرحله پایان زندگی با مواردی مانند ارتقای کیفیت زندگی بیمار و خانواده وی، ارتقای رفاه جسمی، روانی و اجتماعی بیمار، توجه به معنویات و تسکین درد جسمی مشخص شد.

مراقبت تسکینی رویکردی است که کیفیت زندگی بیماران و خانواده های آنان را در مواجهه با بیماری های تهدید کننده زندگی، بهبود می بخشد^(۵). بر طبق تعریف دیگری، مراقبت تسکینی، ارتقا دهنده رفاه جسمی، روانی و اجتماعی بیمارانی است که در دراز مدت به درمان های علاج بخش پاسخ نداده اند و پایان زندگی خود را

می گذرانند^(۸). از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی نیز مراقبت تسکینی، رویکردی است که کیفیت زندگی بیمار و خانواده وی را در مواجهه با مشکلات مربوط به بیماری های 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 می دهد^(۹). از نگاهی دیگر، مراقبت تسکینی به عنوان یک رویکرد پایه مراقبتی جهت مراقبت از افراد در مرحله پایان زندگی به شمار آمده است^(۵). همچنین ویژگی های مفهوم مراقبت تسکینی در پایان زندگی با توجه به معنویات، این گونه مشخص شده است که بیماران، مراقبت تسکینی در مراحل پایان زندگی را به صورت تشکر از خدا برای زندگی خود و همچنین خدا را به عنوان هستی برتر بیان داشته اند. در مفهوم خدا یا هستی برتر نیز بیماران خدا را به عنوان کسی که از آن ها در برابر ترس، مرگ و تنهایی مواظبت می کند و به آنها قدرت و آسایش و راحتی عطا می کند، مهم می پندارند^(۱۰). در مطالعه دیگری نیز مراقبت تسکینی برای تسکین درد جسمی معرفی شده که بیشتر برای افراد مبتلا به سرطان و افراد سالمند در انتهای زندگی ارائه می شود^(۱۱).

مراقبت تسکینی با رویکرد همگانی

در این رویکرد ویژگی های مفهوم به صورت ارتقای کیفیت زندگی برای همه بیماران در تمام سطوح بیماری، مطرح بودن مراقبت تسکینی در راستای مراقبت کلی از بیمار، داشتن نگاه بین رشته ای، توجه به ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، حمایتی، معنوی و فرهنگی افراد، مراقبت مشارکتی و برطرف کردن نیازهای افراد، نه تنها در مراحل پایان زندگی و در شرایط بیماری بلکه حتی در شرایط بروز قحطی ها هم شناسایی شدند.

در تعریفی که از مراقبت تسکینی ارائه شد، بیان گردید این مراقبت تنها در خصوص بیماران در مراحل پایان زندگی کاربرد ندارد بلکه به طور کلی برای ارتقای کیفیت زندگی همه بیماران به کار می رود^(۱۲). در تعریف دیگری

نیز مراقبت تسکینی از زخم ها مد نظر قرار گرفت و چنین بیان شد که مراقبت تسکینی از زخم یک رویکرد مراقبتی جامع است که با سلامت روانی و اجتماعی بیمار و خانواده و تدبیر علائم بیماری و همچنین اصول بهبود زخم ارتباط دارد و دیگر این که مراقبت تسکینی از زخم در راستای مراقبت کلی از بیمار مطرح می باشد و به مراقبت در مراحل پایانی زندگی محدود نیست^(۱۳). از نگاهی دیگر مراقبت تسکینی، مراقبتی جامع، کل نگر و حمایتی می باشد که به بیمار فراتر از یک بیمار محض و به عنوان یک انسان تمام عیار می اندیشد و برای همه بیماری ها و در تمام سطوح آن ها مصداق دارد^(۱۴). افزون بر موارد قید شده، مراقبت تسکینی نگاهی بین رشته ای به مراقبت دارد و مراقبتی است که دارای ابعاد روانی و اجتماعی برای تمام طول زندگی می باشد^(۱۵). مراقبت تسکینی در واقع یک مراقبت مشارکتی به شمار می آید^(۱۶) و به طور کلی منجر به مرتفع نمودن نیازهای جسمی و معنوی بیماران می گردد^(۱۷). در واقع این نوع مراقبت مشارکتی، شکلی از مراقبت است که از طریق ایجاد ارتباطات فعال میان اعضای مختلف گروه درمان، به ارتقای سلامت جسمی و روانی بیمار می انجامد، ضمن آن که خود بیمار و خانواده وی نیز می توانند در فرآیند درمان خود شرکت جویند^(۱۸). مطابق یافته های مطالعه دیگری، مراقبت فرهنگی در این زمینه مورد تاکید قرار گرفت و مشخص شد که حتی در شرایط بروز قحطی ها نیز دریافت مراقبت تسکینی کاربرد دارد^(۱۴).

پیشایندها

پیشایندها، پیش نیازهای مفهوم مورد مطالعه می باشند و بر وقوع مفهوم اثر می گذارند^(۷). پیشایندها در این مطالعه به صورت الزامات و تسهیل کننده ها شناسایی شده اند.

الزامات

نتایج مطالعه حاضر نشان داد، مهم ترین زیرساخت های مربوط به الزامات ارائه مراقبت های تسکینی دربردارنده مسئولیت پذیری حرفه ای پرستاران، ارتباطات حرفه ای مناسب بین پرستار با بیمار و خانواده وی و جلب اعتماد

بیمار و ارائه اطلاعات مناسب به وی، درجه درگیر شدن مراقبین خانگی در مراقبت ها، تصمیم گیری بالینی مبتنی بر خواست بیمار و مضطرب نبودن او، در نظر داشتن ارزش های بیمار، نگرش فردی پرستاران به مراقبت، زندگی و مرگ، سطوح پایین استرس شغلی پرستاران، همراهی پرستار با خانواده و فقدان چالش های پرستاران در مدیریت علائم بیماری بوده اند.

در مورد بیمارانی که مراقبت های تسکینی دریافت می کنند برای تسهیل ارائه این گونه مراقبت ها باید به نیازهای بیمار توجه داشت. گوش دادن به بیمار و شناخت وی، سبب حساس شدن به نیازهای فردی او می شود.^(۸) در مراقبت تسکینی توجه به نیازهای بیمار و دادن اطلاعات مناسب به وی، ارائه این مراقبت را آسان تر می نماید^(۱۵). دیگر عوامل تسهیل کننده مراقبت تسکینی با برنامه ریزی های موثر بالینی و دادن پاسخ های تأکیدی از سوی کارکنان به بیماران مرتبط بوده اند^(۲۱). افزون بر آن، درجه درگیر شدن مراقبین خانگی در مراقبت ها، اثرگذاری ایشان بر تصمیم گیری ها و اطمینان به توانایی های آنان، از عوامل تسهیل کننده مراقبت تسکینی محسوب می شوند^(۲۲). به علاوه، دیگر عوامل تسهیل کننده در زمینه ارائه مراقبت های تسکینی می تواند تصمیم گیری بالینی مبتنی بر خواست بیمار، در نظر داشتن ارزش های بیمار، آسایش و حریم وی و دسترسی بیمار به خانواده در طول بیماری باشند^(۲۳). از سوی دیگر، مضطرب نبودن بیماران، تصمیم گیری های لازم در مراقبت تسکینی برای آنان را تسهیل می نماید^(۲۱). همچنین، راه های مقابله با بیماری، تجربه قدیمی اثرگذار بر مراقبت، نگرش فردی پرستار به مراقبت، زندگی و مرگ و پایین بودن سطح استرس شغلی پرستاران از عوامل تسهیل کننده ارائه مراقبت تسکینی به شمار می آیند^(۲۴). از نگاهی دیگر، همراهی پرستار با خانواده نیز یکی از عوامل موثر در این خصوص می باشد^(۲۵). ضمن آن که فقدان چالش های پرستاران در مدیریت

بیمار در این ارتباطات، توجه به مسائل فردی و اجتماعی بیمار، برخورداری بیمار و خانواده از سلامت روانی و اجتماعی مطلوب، همکاری های بین بخشی و حمایت های همه جانبه هستند.

مسئولیت پذیری حرفه ای پرستاران، ارتباط با بیمار و خانواده وی، احترام متقابل، مدیریت کاری و مهارت های درک شده پرستاران، از عواملی هستند که باید در ارائه مراقبت تسکینی مد نظر قرار گیرند^(۱۸). به علاوه، فرآیندهای مربوط به مراقبت تسکینی به موثر بودن روابط حرفه ای پرستاران بستگی دارد و مراقبت تسکینی موثر به روابط بین حرفه ای خوب نیاز دارد^(۱۹). در واقع، ارتباط خوب بین پرستار و بیمار در زمینه مراقبت تسکینی، یکی از عوامل کلیدی و ضروری برای ارائه این گونه مراقبت ها به شمار می آید^(۲۰) که لازم است در این ارتباط به مسائل و مشکلات فرهنگی، مذهبی و عاطفی بیمار و خانواده و حفظ استقلال فردی بیمار توجه گردد. همچنین، شکل گیری ارتباط بین پرستار و بیمار بر مبنای اعتماد یکی از عوامل اساسی در ارائه مراقبت تسکینی است^(۸). از سوی دیگر برخورداری بیمار و خانواده از سلامت روانی و اجتماعی مطلوب برای اجرای مراقبت تسکینی ضروری می باشد^(۱۳). از دیگر عوامل ضروری در اجرای مراقبت های تسکینی می توان به تثبیت همکاری های بین حرفه ای، آموزش در زمینه مراقبت تسکینی برای همه گروه های حرفه ای که با افراد در مرحله پایانی زندگی تماس دارند و حمایت از اعضای خانواده بیمارانی که در این مرحله هستند، اشاره نمود^(۵). مضاف بر این موارد، برای تداوم ارائه خدمات مراقبت تسکینی در جامعه، همکاری های بین بخشی و حمایت های همه جانبه نیز الزامی است^(۱۶)، ضمن آن که علاوه بر مراحل پایانی زندگی، در سایر شرایط بحرانی نیز اجرای مراقبت تسکینی ضرورت می یابد^(۱۴).

تسهیل کننده ها

در مطالعه حاضر، مهم ترین زیرساخت های تسهیل کننده اجرای مراقبت های تسکینی مشتمل بر توجه به نیازهای

علائم بیماری هم می تواند در سهولت اجرای مراقبت تسکینی اثرگذار باشد^(۲۶).

پیامدهای مفهوم مراقبت تسکینی

نتایجی که به دنبال وقوع یک مفهوم پدیدار می شوند، پیامد نام دارند^(۷). پیامدهایی که در این مطالعه، به دنبال وقوع مفهوم مراقبت تسکینی رخ داده اند شامل پیامدهای مثبت و منفی می باشند. پیامدهای مثبت اجرای مراقبت تسکینی با کسب انرژی برای بیمار، بهبود درد و تنش وی، ارتقای کیفیت زندگی، مقابله با تابوی بیماری، ارتقای دانش و آگاهی بیمار و افزایش رضایت شغلی پرستار همراه بوده اند. پیامدهای منفی ناشی از اجرای ناکارآمد مراقبت تسکینی نیز با مواردی هم چون ابهام درباره مسئولیت پذیری ارائه دهندگان این مراقبت، نقصان در کار گروهی، احساس خستگی جسمی و روانی در پرستار، تقویت تابوی مرگ و دسترسی ناکافی بیماران به خدمات مراقبت تسکینی شناسایی شده است.

پیامدهای مثبت

مراقبت تسکینی موثر منجر به کسب انرژی در طول سفر زندگی و مرگ و تجارب غنی و پربار برای بیمار می شود^(۸). این مراقبت باعث بهبود درد جسمی بیمار و کاستن از تنش های روانی و معنوی وی می گردد^(۲۵). مراقبت تسکینی به ارتقای کیفیت زندگی بیمار و خانواده وی می انجامد^(۱۸) و در شکل کارآمد خود، موجب مقابله با تابوهای فرهنگی و اجتماعی مرتبط با بیماری می گردد^(۱۱). پیامدهای اجرای مراقبت تسکینی برای بیماران به صورت ارتقای آگاهی و دانش آنان در خصوص این مراقبت ها و مراجعه به موقع ایشان به مراکز درمانی می باشد^(۱۵). اجرای مراقبت های تسکینی به صورت مشارکتی و بین حرفه ای به پرستاران در جهت مدیریت بحران یاری می رساند و رضایت شغلی آنان نیز به این ترتیب افزایش می یابد^(۱۶).

پیامدهای منفی

وقتی خدمات مراقبت تسکینی به صورت نامطلوب ارائه شوند، موجب ابهام در خصوص مسئولیت پذیری ارائه

دهندگان این خدمات برای بیماران می گردد^(۲۷). اجرای مراقبت های تسکینی غیر موثر موجب نقصان در کار گروهی و تعارض نقش بین پرستاران و پزشکان می شود^(۲۸). انجام این مراقبت ها برای بعضی از پرستاران، احساس خستگی جسمی و روانی را به دنبال دارد^(۲۵). ناکارآمد بودن مراقبت های تسکینی منجر به پیشرفت قدرت تخریبی بیماری و تقویت تابوی مرگ برای بیمار می گردد^(۲۹). توزیع نامتناسب و ناعادلانه خدمات مراقبت تسکینی در سطح جامعه موجب دسترسی ناکافی به این خدمات توسط بیماران می شود^(۳۰). در شرایطی هم که ارائه این خدمات از نظر مالی با مشکل مواجه گردد، بیماران با ناهمگونی در پوشش خدمات مذکور رو به رو می شوند^(۳۱) و در نهایت، مراقبت تسکینی بدون در نظر گرفتن بیمار و خانواده وی، منجر به ارائه این مراقبت در سطح نازل می گردد^(۳۲).

مفاهیم مرتبط و واژه های جایگزین

مفاهیم مرتبط، بخشی از روابط و وابستگی های مفهوم اصلی را دربردارند. لذا، واجد تمام ویژگی های مفهوم مورد مطالعه نیستند^(۷). واژه ای که در این مطالعه، طی جریان تحلیل مطالعات مورد بررسی بیشترین ارتباط را با مفهوم مراقبت تسکینی داشته است، تسکین دادن (palliation) بوده است.

واژه های جایگزین به معنای بیان مفهوم با کلمات و بیاناتی غیر از مفهوم انتخابی برای مطالعه می باشد^(۷). در طی فرآیند تحلیل، مشخص گردید که مفهوم مراقبت تسکینی با واژه های پرستاری تسکینی (palliative nursing) و خدمات تسکینی (palliative services) قابل جایگزینی است.

بیان مثال متناسب با مفهوم

مثال ها برای نمایش عملی مفهوم مفید هستند. تعیین مثال منجر به مشخص نمودن ویژگی های مهم مفهوم مورد مطالعه در بستر و زمینه اصلی می باشد که این امر به شفافیت، واضح تر شدن و کاربرد موثرتر آن مفهوم

می انجامد^(۷). در این جا بیانات یک پرستار در راستای تعیین مورد نمونه آورده شده است:

خانم "ش" ۴۸ ساله با تشخیص سرطان سینه جهت انجام عمل جراحی برداشتن بافت سرطانی از یک منطقه روستایی به بخش جراحی مراجعه نموده است. همسر بیمار نیز ایشان را جهت بستری در بیمارستان همراهی نموده اند. ایشان به مدت یک سال است که تحت درمان می باشند لیکن به دلیل نتیجه نگرفتن از اقدامات درمانی، تصمیم نهایی پزشک بر انجام عمل جراحی بوده است. بیمار فوق العاده مضطرب و نگران زندگی خود است، از آینده فرزندان خود بیمناک است، درباره مسائل مختلف مربوط به زندگی اش می پرسد و می گوید در روستا، سرطان معادل مرگ است. پرستار متوجه این تنش روانی در بیمار شده است و در می یابد که بیشتر دغدغه بیمار درباره ادامه مسیر زندگی و تابوی فرهنگی مرگ در نتیجه ابتلا به بیماری سرطان است. به همین منظور، علی رغم شلوغی و پرکاری بخش و خستگی خود؛ او را به آرامش و کمک گرفتن از خدا تشویق می نماید و به او می گوید که با عمل جراحی امکان بهبودی شما بیشتر است و می توانید دوباره به زندگی تان ادامه دهید. همچنین پرستار با توجه به وضعیت بیماری اش اطلاعات لازم را به وی عرضه می کند و از همسر ایشان نیز درخواست می کند تا جهت آرام تر نمودن بیمار با وی صحبت نماید. به علاوه، بیمار را مطمئن می کند که از پزشک معالج وی برای انجام مشاوره روانشناسی کمک خواهد گرفت. ساعتی بعد از بستری شدن بیمار از درد شدید شاکمی می شود و پرستار با مراجعه به پرونده او و مطمئن شدن از دستور پزشک، داروی مخدر را به منظور تسکین درد جسمی به بیمار تزریق می نماید.

این مثال، به طور ضمنی به معیارهای لازم در زمینه ویژگی ها، پیشایندها و پیامدهای مفهوم مراقبت تسکینی اشاره نموده است.

بحث و نتیجه گیری

تحلیل مفهوم مراقبت تسکینی به روشن سازی ابعاد آن انجامید و نشان داد این مفهوم، مفهومی چند بعدی است که دربردارنده گستره ای از ویژگی ها، پیشایندها و پیامدها می باشد و می تواند به عنوان پدیده مرکزی در مراقبت از بیمار محسوب گردد. مطالعه حاضر گویای آن می باشد که مفهوم مراقبت تسکینی دارای ویژگی هایی در دو رویکرد پایان زندگی و رویکرد همگانی است. ویژگی های مفهوم در رویکرد پایان زندگی با ارتقای کیفیت زندگی بیمار و خانواده وی، ارتقای رفاه جسمی، روانی و اجتماعی بیمار، حمایت از وی و توجه به معنویات شناخته شدند و در رویکرد همگانی تاکید ویژگی های مفهوم بر ارائه این مراقبت برای تمام مراحل عمر و تمام بیماران در همه سطوح بیماری و نه تنها در مرحله پایان زندگی بوده است.

Meghani در تحلیل مفهوم مراقبت تسکینی در ایالات متحده امریکا اظهار نمود اصطلاح 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^(۱۲). در همین رابطه، **Emmons** و **Lachman** به تحلیل مفهوم مراقبت تسکینی از زخم در ایالات متحده پرداختند و بیان داشتند، مراقبت تسکینی از زخم یک رویکرد مراقبتی جامع است و دیگر این که مراقبت تسکینی الزاماً به مراقبت در مراحل پایانی زندگی محدود نیست^(۱۳). مطابق یافته های مطالعه ای که در آفریقای جنوبی انجام شد، شرایط محدود کننده زندگی که مورد نظر سازمان بهداشت جهانی برای دریافت خدمات مراقبت های تسکینی می باشد، صرفاً ابتلا به بیماری نیست بلکه در شرایط قحطی نیز دریافت این مراقبت ها کاربرد دارد و مشابه بیماری های محدود کننده زندگی، ارائه مراقبت تسکینی به قحطی زدگان ضروری است. همچنین در مطالعه مذکور مراقبت جسمی که در تعریف سازمان بهداشت جهانی از مراقبت تسکینی مد نظر قرار گرفته است، مورد تاکید پرستاران نبود و برعکس مراقبت

مانند قحطی نیز کاربرد دارد و نقش حمایتی خود را ایفا می نماید.

دیگر یافته های مطالعه حاضر بیانگر این مهم می باشد که بر اساس پیشایندهای مفهوم مراقبت تسکینی برای اجرای این مراقبت ها، الزامات و تسهیل کننده هایی وجود دارد و آن چه در این الزامات مهم تر به نظر آمده است، ارتباطات مناسب حرفه ای و ارتباط مبتنی بر اعتماد با بیماران بوده است. در همین رابطه، Mok و Chiu معتقدند، وقتی رابطه پرستار و بیمار بر اساس اعتماد شکل می گیرد، بیماران به پرستاران تنها به عنوان ارائه دهنده مراقبت نمی نگرند بلکه آنها را بخشی از خانواده یا یک دوست خوب تصور می کنند. از طرفی، پرستارانی که روابط مبتنی بر اعتماد را توسعه می دهند، رویکرد کل نگر به مراقبت دارند. وقتی پرستاران، بیمارانی که رنج می برند را درک می کنند، به نیازهای بیان نشده آنها آگاه می شوند و بدون آن که بیماران از آنها بخواهند، آسایش آنان را فراهم می نمایند. از آن جا که اعتماد، پرستار و بیمار را به اهدافشان می رساند، می تواند عنصر مهمی در زمینه مراقبت تسکینی باشد. روابط پرستار و بیمار نه تنها وضعیت جسمی و عاطفی بیماران را بهبود می بخشد، تطابق آنها با بیماری شان را نیز فراهم می کند، دردشان را کمتر نموده و آن ها را به سمت تجربه خوب از مرگ، هدایت می نماید. در این میان، پرستاران نیز به رضایتمندی حرفه ای دست می یابند و روابط خود با بیماران را غنی می سازند^(۸). همچنین مطابق مرور متون، سایر پیشایندهای مفهوم مورد مطالعه، تسهیل کننده های اجرای مراقبت تسکینی می باشد که با عناصری مانند دادن اطلاعات مناسب به بیمار، در نظر داشتن ارزش های او و نگرش فردی پرستاران به زندگی، در ارتباط بوده و در بخش یافته ها به آن ها اشاره شده است.

دیگر یافته های مطالعه حاضر نشان داد، پیامدهای مفهوم مراقبت تسکینی به صورت پیامدهای مثبت و منفی قابل تامل می باشند که این پیامدها چه در قالب مثبت و چه در قالب منفی، هر دو شخص پرستار و بیمار را متاثر

فرهنگی که در تعریف مذکور قید نشده است، قویاً مورد توجه قرار گرفت. در حقیقت، مراقبت فرهنگی گویای آن است که هر چند پرستاران، مشترکات زیادی در سراسر جهان از نظر توجه به نیازهای گوناگون جسمی، روانی و اجتماعی بیماران دارند لیکن در الگوهای مراقبت پرستاری آنان تفاوت هایی موجود است که این تفاوت ها عموماً در خرده فرهنگ ها، باورها و ارزش های افراد نهفته است. به همین دلیل، یکی از ضروریات مراقبت تسکینی توجه به فرهنگ بیماران است چرا که باورها و ادراکات فرهنگی آنان بر روی فرآیند این مراقبت تأثیر می گذارند^(۱۴)؛ از سوی دیگر، پرستاری نیز یک مفهوم وابسته به بستر و تحت تأثیر بافت فرهنگی جامعه و ارزش های حاکم بر جوامع است، بنابراین افرادی که در یک زمینه فرهنگی تحت مراقبت قرار می گیرند در هم رنگی با این زمینه دارای اشتراکات فراوانی می باشند که ارائه مراقبت تسکینی به آنان را تحت الشعاع خود قرار می دهد^(۱۵). در همین راستا، می توان چنین استنباط نمود که چنان چه پرستاران از درک نیازهای واقعی بیماران جهت دریافت مراقبت تسکینی که در سایه در نظر گرفتن زمینه های فرهنگی آنان میسر می گردد، ناتوان عمل کنند؛ در واقع از درک یکی از عوامل زیربنایی موثر بر کیفیت ارائه این گونه خدمات عاجز مانده اند. لذا با توجه به یافته های مربوط به ویژگی های مفهوم که ذکر آن ها به میان آمد، این تعریف از مراقبت تسکینی استحصال گردید: مراقبتی که ارتقادهنده 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. لذا توجه به این ابعاد را در راستای مراقبت کلی از بیمار اعمال می نماید 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

اندرکاران و متولیان امر در این زمینه باشد تا این مفهوم مهم در برنامه مذکور مورد توجه بیشتری قرار گیرد. لازم به ذکر است که یکی از محدودیت های این پژوهش، عدم امکان دستیابی به تمام متن بعضی از مقالات مرتبط با موضوع پژوهش بوده است که متاسفانه قابل کنترل توسط پژوهشگر نبود. همچنین عدم امکان استفاده از مقالات تمام متنی که به زبان غیرانگلیسی در دسترس بوده اند، ممکن است سبب پدیدار شدن تصویر ناکامل از مفهوم مورد بررسی شده باشد. لذا با توجه به این که در تعریف نظری ارائه شده در مطالعه حاضر، مشخص شد که مفهوم مراقبت تسکینی در ویژگی های خود متاثر از عنصر فرهنگ می باشد، لذا پیشنهاد می گردد تحلیل مفهوم مذکور با استفاده از الگوی هیبرید در بافت فرهنگی ایران انجام گردد تا بتوان به تعریف دقیق تری از این مفهوم از دیدگاه پرستاران ایرانی دست یافت. به علاوه، به پژوهشگران حوزه پرستاری توصیه می گردد با بهره گیری از یافته های تحلیل مفهوم حاضر که منجر به واضح شدن بیشتر این مفهوم شده است، نسبت به ساخت ابزار یا ابزارهایی در این زمینه اقدام نمایند.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی مربوط به مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران می باشد. لذا پژوهشگر مراتب سپاس خود را از معاونت محترم پژوهشی این دانشگاه اعلام می دارد.

می نمایند. به طوری که آثار مثبت ارائه مراقبت تسکینی برای بیمار شامل ارتقای کیفیت زندگی وی، مقابله با تابوهای فرهنگی و اجتماعی در خصوص بیماری و ارتقای دانش او در زمینه مفهوم مورد بررسی می باشد و این آثار مثبت برای پرستار می تواند به صورت افزایش رضایت شغلی مطرح باشد. از سوی دیگر، هر گاه مراقبت تسکینی به صورت نامطلوب و ناکارآمد ارائه گردد، پرستاران را در حرفه خود با چالش هایی مانند تعارض نقش مواجه می نماید و توزیع ناعادلانه خدمات مربوط به این مراقبت ها منجر به عدم دسترسی بیماران به این خدمات می گردد. در همین رابطه، Lynch و همکاران معتقدند در صورتی که خدمات مراقبت تسکینی از برخورداری مالی کافی محروم باشد، جامعه با پوشش ناهمگون این خدمات مواجه می شود^(۳۱). در مجموع، با توجه به یافته های این مطالعه، می توان چنین نتیجه گرفت که توجه به ویژگی ها، پیشایندها و پیامدهای مشخص شده در مطالعه حاضر به شناسایی بهتر مفهوم مراقبت تسکینی کمک خواهد نمود و آگاهی نسبت به این مفهوم می تواند منجر به ارتقای جایگاه، اهمیت و کاربرد آن در حرفه پرستاری شود. از دیگر سوی، یافته های این مطالعه قادر است با واضح سازی مفهوم مراقبت تسکینی به توسعه و تکامل نظریه هایی نیز در این خصوص یاری برساند زیرا ما بر این باوریم که مفاهیم، آجرهای سازنده نظریه ها هستند. همچنین با توجه به این که در کشور ما در برنامه درسی آموزش پرستاری، کمتر به این مفهوم پرداخته شده است، یافته های این مطالعه می تواند راهنمایی برای دست

فهرست منابع

1. Alligood M.R. Nursing Theory: Utilization and Application. 7th ed Mosby, 2010.
2. Vlieghe MD, Gorchs N, Larkin PJ, Porchet F. Palliative Nursing Education: Towards a Common Language. *Palliat med*. 2004; 18(5):401-3.
3. Georges JJ, Grypdonck M, Casterle D, Dierckx 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):785-93.

4. Ablett JR, Jones R. Resilience and well-being in palliative care staff: a qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psycho-Oncology*. 2007;16(8):733-40.
5. 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(1):222.
6. Williams A, Monte pare W, Wilson S, Cheng S, Tremlling K, Wells C. An assessment of the utility of formalized Palliative Care Education . *J Hosp Palliat Nurs*.2002; 4(2):103-10.
7. Rodgers BL, Knafk KA. Concept development in nursing: foundation, techniques and application. 2nd ed. Philadelphia. W.B. Saunders; 2000.
8. Mok E, Chiu PC. Nurse- patient relationships in palliative care. *J Adv Nurs*. 2004; 48(5):475-83.
9. World Health Organization. WHO Definition of palliative care. (Online) 2012. Available: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (Accessed 8 October 2012).
10. 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):753-70.
11. McIlfatrick S, Hasson F, McLaughlin D, Johnston G, Roulston A, Rutherford L, et al. Public awareness and attitudes toward palliative care in Northern Ireland. *BMC palliative care*. 2013; 12(1):34.
12. Meghani SH. A concept analysis of palliative care in the United States. *J Adv Nurs*. 2004; 46(2):152-61.
13. Emmons KR, Lachman VD. Palliative wound care: a concept analysis. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2010; 37(6):639-44.
14. Campbell L, Amin N. A poststructural glimpse at the World Health Organization's palliative care discourse in rural South Africa. *Rural and remote health*. 2012;12(2059).
15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. Walshe C, Todd C, Caress A-L, 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):264-72.
19. Munday D, Mahmood K, Dale J, King N. Facilitating good process in primary palliative care: does the Gold Standards Framework enable quality performance? *Family Practice*. 2007;24(5):486-94.
20. Graaff FM, Francke AL, Muijsenbergh ME, Geest S. Talking in triads: communication with Turkish and Moroccan immigrants in the palliative phase of cancer. *J Clin Nurs*. 2012; 21(21-22):3143-52.
21. 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.
22. Weibull A, Olesen F, Neergaard MA. Caregivers' active role in palliative home care - to encourage or to dissuade? A qualitative descriptive study. *BMC Palliative Care*. 2008;16;7:15.
23. 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. *Critical care medicine*. 2010; 38(3):808-18.
24. Ablett JR, Jones R. Resilience and well-being in palliative care staff: a qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psycho-Oncology*. 2007;16(8):733-40.
25. Valente SH, Teixeira MB. Phenomenological study about the nurses home care for families of terminally ill patients. *Rev Esc Enferm USP*.2009; 43(3):655-61.
26. Dunne K, Sullivan K, Kernohan G. Palliative care for patients with cancer: district nurses experiences. *J Adv Nurs*.2005; 50(4):372-80.

27. Behmann M, Lückmann SL, Schneider N. Palliative care in Germany from a public health perspective: qualitative expert interviews. *BMC Res Notes*. 2009; 2(1):116.
28. Brueckner T, Schumacher M, Schneider N. Palliative care for older people—exploring the views of doctors and nurses from different fields in Germany. *BMC palliative care*. 2009;8(1):7.
29. 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):787-95.
30. 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 palliative care*. 2010;9(1):10.
31. 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):812-9.
32. Benzar E, Hansen L, Kneitel AW, Fromme EK. Discharge planning for palliative care patients: A qualitative analysis. *J Palliat Med*. 2011; 14(1):65-9.

Concept Analysis of Palliative Care Using Rodgers' Evolutionary Method

Borimnezhad L¹., PhD

Seyedfatemi N²., PhD

*Mardani Hamooleh M³., PhD Cand.

Abstract

Background & Aim: Palliative care appears to be an important concept in nursing practice. A number of definitions of this concept are available in the literature. The aim of present study was to analyze the concept of palliative care to identify its attributes, antecedents and consequences in the context of nursing.

Material & Methods: Rodgers' evolutionary method of concept analysis was used to clarify the meaning of palliative care. Data bases of PubMed, CINAHL, Science direct and Google scholar were searched to retrieve the related literature. The main inclusion criteria were, the literature published in English language in the discipline of nursing. Literature search was limited to 2004-2013 with the keywords of "palliative care" and "nursing care" in the title and abstract of articles. The initial search resulted in 410 articles, 105 of them deemed relevant to our study. Then 25 articles were selected and reviewed.

Results: In this study, the attributes of palliative care were identified in two categories of end of life approach and general approach. The antecedents included necessities and facilitators, and the consequences were positive and negative outcomes.

Conclusion: The results of the study identified the concept of palliative care. The findings, also, show that palliative care is an important aspect of clinical practice in nursing.

Key words: Palliative care, Concept analysis, Rodgers' evolutionary method

Received: 5 Dec 2013

Accepted: 11 Feb 2014

¹ Associate Professor, Center for Nursing Care Research, Pediatric Nursing Dept., Faculty of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

² Associate Professor, Center for Nursing Care Research, Psychiatric Nursing Dept., Faculty of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

³ PhD Candidate, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
(*Corresponding author) Tel: +98 09132864077 Email: mardanimarjan@gmail.com