مقاله اصیل پژوهشی

تفسیر مفهوم مراقبت تسکینی، موانع و تسهیل‌کننده‌های آن با استفاده از رویکرد فراترکیب (متاسنتز)

مرجان مردانی حموله [1]، لیلی بریم‌نژاد[2]، نعیمه سیدفاطمی[3]، مامک طهماسبی[4]

چکیده

زمینه و هدف: مفهوم مراقبت تسکینی، یکی از مهمترین مفاهیم در پرستاری می‌باشد. هدف مطالعه حاضر، تفسیر مفهوم مراقبت تسکینی، موانع و تسهیل‌کننده های آن با استفاده از رویکرد فراترکیب بوده است..

روش تحقیق: در این مطالعه فراترکیب (متاسنتز) که به‌صورت نظام‌مند انجام شد، مطالعات کیفی منتشرشده در زمینه مراقبت تسکینی طی سال‌های 2002- 2012 میلادی در پایگاه‌های اطلاعاتی Ovid، Medline و Elsevier انتخاب شدند. برای سهولت جستجو، از واژه‌های «Palliative care» و «Qualitative research» استفاده شد. در مرحله بعد، با مرور متن کامل مقالات، مقالاتی که به‌طور دقیق مفهوم مراقبت تسکینی و عوامل مرتبط با آن را مورد بررسی قرار می‌دادند و به زبان انگلیسی منتشر شده بودند، انتخاب و با یکدیگر مقایسه شدند. تعداد 553مقاله کیفی در ارتباط با مفهوم مراقبت تسکینی یافت شد که از این تعداد، 44مطالعه به‌طور مستقیم در ارتباط با موضوع پژوهش و شامل 22 مطالعه مربوط به Medline، سه مطالعه مربوط به Elsevier و 19مطالعه مربوط به Ovid بودند. در کل، از میان مقالات یافت‌شده، تعداد 16مقاله تمام متن انتخاب گردید و با رویکرد تفسیری، مورد بررسی قرار گرفت. داده‌ها به شیوه کدگذاری، بازتحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تفسیر مفهوم مراقبت تسکینی، موانع و تسهیل‌کننده‌های آن در سه مضمون اصلی مفهوم مراقبت تسکینی، موانع ارائه مراقبت تسکینی و عوامل تسهیل‌کننده آن، طبقه‌بندی گردید و در مجموع 35کد به‌عنوان مهمترین عناصر موجود در زمینه مراقبت تسکینی، موانع و تسهیل‌کننده‌های آن استخراج شد.

نتیجه‌گیری: مطابق یافته‌ها، مفهوم مراقبت تسکینی، یک مفهوم پیچیده و چندبعدی است و عوامل متعددی با آن در ارتباط هستند که می‌توانند آن را تسهیل نموده یا تهدید نمایند؛ علاوه بر آن، یافته‌های حاصل از فراترکیب نشان داد که مراقبت تسکینی در انحصار زمان یا مکان خاصی نیست و از یک رویکرد گروهی و بین‌رشته‌ای برخوردار است.

واژه‌های کلیدی: مراقبت تسکینی، تحقیق پرستاری، فراترکیب

مراقبت‌های نوین، فصلنامه علمی- پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. 1393؛ 11 (4): 316-329.

دریافت: 92/03/25 **پذیرش: 93/02/15**

نویسنده مسئول؛ لیلی بریم‌نژاد، دانشیار، گروه پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

آدرس: تهران- خیابان ولیعصر(عج)- خیابان شهید رشید یاسمی، دانشگاه علوم پزشکی ایران- دانشکده پرستاری و مامایی

تلفن: 021-88208159 نمابر:021-88882886 پست الکترونیکی: l.borimnejad@gmail.com

[1] استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران؛

[2] دانشیار، گروه پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران؛

[3] دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران؛

[4] استادیار، گروه زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

مقدمه

یکی از انواع مراقبت‌های پرستاری، مراقبت تسکینی است. مراقبت تسکینی، رویکردی است که کیفیت زندگی بیمار و خانواده وی را در مواجهه با مشکلات مربوط به بیماری‌های محدودکننده 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. در واقع، مراقبت‌های تسکینی از لحظه تشخیص بیماری، در درمان درد و رنج ناشی از بیماری و عوارض حاصل از آن، به بیمار و خانواده‌اش کمک می‌کند. این مراقبت تأکید می‌نماید که از فرد مبتلا به بیماری در مقایسه با افراد مبتلا به سایر بیماری‌ها، توجّهات جامع‌تری باید به‌عمل آید. در حقیقت، بدون وجود مراقبت‌های تسکینی، هرگز مراقبت جامعی از بیمار صورت نمی‌گیرد (1)؛ افزون بر آن، در مراقبت تسکینی بدون لحاظ‌نمودن ملاحظات فرهنگی، انسان‌شناختی، معناشناختی و حتی زبان‌شناختی، درد و رنج بیماران کاهش نمی‌یابد و تلاش برای تسکین آن به جایی نمی‌رسد. به دیگر سخن، مراقبت تسکینی، دامنه گسترده‌ای از مشکلات افراد را در بر می‌گیرد که تفاوت در سن، زمینه فرهنگی، سیستم‌های حمایتی و درجه پیشرفت بیماری، می‌تواند سبب شود نیازهای مرتبط با مراقبت‌های تسکینی از طیف گوناگونی برخوردار باشد (2). از سوی دیگر، توجه به مشکلات احساسی و مقابله با بیماری را نیز در مراقبت تسکینی نباید از نظر دور داشت؛ چرا که مراقبت تسکینی، درک احساس انسانی است که به یک بیماری مبتلا شده است. مراقبت تسکینی بر آن است که به بیمار و اطرافیان او کمک کند تا آسیب‌های روانی که او و خانواده‌اش را تهدید می‌کند، به کم‌ترین میزان کاهش دهد تا با وضعیت‌های دشوار ناشی از بیماری و پیامدهای آن، هوشیارانه برخورد کنند (3)؛ به بیان دیگر، مراقبت تسکینی، رویکردی بر این باور است که بیمار در مراحل پایانی بیماری خود بیش از اینکه نیاز به دارودرمانی داشته باشد، نیاز به نگاه و مراقبت‌های انسانی دارد؛ در نتیجه پرستاری که مراقبت تسکینی ارائه می‌دهد، در جست‌وجوی راه‌هایی است که حلقه‌های گمشده این رابطه‌های انسانی را پیدا کند (1). در همین راستا، یکی از مفاهیم مطرح در مراقبت تسکینی، «یکپارچگی» می‌باشد. این مفهوم بیانگر ارتباط تنگاتنگ و جدایی‌ناپذیر میان جسم انسان از یک‌سو و تفکّرات و احساسات عمیق وی از سوی دیگر است. این امر منجر به یک درک کلی از انسان می‌گردد؛ بنابراین پرستاران در هنگام ارائه مراقبت‌های تسکینی، به مفهوم یکپارچگی توجه دارند و آن را به‌عنوان پدیده مرکزی در مراقبت از بیمار لحاظ می‌نمایند؛ به گونه‌ای که مراقبت تسکینی می‌کوشد تا با کمال احترام به استقلال انسان؛ افکار، احساسات و ارزش‌های وی را در نظر گیرد و ابعاد گوناگون سلامت جسمی و غیر جسمی بیمار را با یکدیگر سهیم نماید (3). اما در حال حاضر با وجود اهمیت ارائه این مراقبت برای بیماران، مراقبت تسکینی به‌صورت یک چالش عمده برای نظام سلامت درآمده است (4) و با وجود اینکه دریافت مراقبت تسکینی در اواخر زندگی، حق بیماران و خانواده‌های آنان است، اما اغلب پرستاران، آمادگی کافی برای ارائه این نوع مراقبت را ندارند (5)؛ از سوی دیگر با اینکه مراقبت تسکینی از پیچیدگی بالایی برخوردار است و مفهومی چندبعدی می‌باشد (4)، اما در کشور ما دانش موجود در زمینه مراقبت تسکینی به‌خوبی تبیین نشده است و در متن برنامه آموزشی رشته ، به‌طور جدّی لحاظ نگردیده است. در حوزه پژوهش نیز کمبود مطالعات کیفی پیرامون مفهوم مراقبت تسکینی، کاربرد استفاده از این مفهوم را محدود ساخته است؛ به‌گونه‌ای که مطالعات انجام‌شده در این زمینه در داخل کشور، بسیار محدود می‌باشند. در حقیقت، انجام مطالعات کیفی در زمینه مراقبت تسکینی، می‌تواند با تفسیر دیدگاه‌های پرستاران و پرداختن به عوامل دخیل در این زمینه که برگرفته از بیانات خود آنها باشد- ضمن کسب دانش در این حوزه- شرایط بهتری برای ارائه اینگونه مراقبت‌ها نیز در بستر فرهنگی جامعه ما ایجاد نماید. از سوی دیگر در بخش درمان نیز نیاز مبرم به گسترش مراکز مراقبت تسکینی احساس می‌شود. بنابراین، به نظر می‌رسد، یافته‌های حاصل از این مطالعه بتواند پاسخگوی پرسشی در زمینه چیستی مفهوم مراقبت تسکینی باشد تا این مفهوم بهتر مورد شناسایی قرار گیرد و شناسایی بهتر این مفهوم به‌طور کلی به ارتقای کیفیت مراقبت‌های پرستاری منجر گردد. به‌همین دلایل و با توجه به اهمیت مفهوم مراقبت تسکینی در حرفه پرستاری، هدف مطالعه حاضر، تفسیر مفهوم مراقبت تسکینی، موانع و تسهیل‌کننده‌های آن با استفاده از رویکرد فراترکیب بوده است تا تفسیر واحدی از مفهوم مراقبت تسکینی برای پرستاران ارائه

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

شود.

روش تحقیق

این مطالعه، یک فراترکیب (متاسنتز) بوده است. فراترکیب، یک مطالعه کیفی می‌باشد و شیوه‌ای است که در آن تحقیقات کیفی در هم آمیخته شده و شباهت‌ها و تفاوت‌های آنها با هم مقایسه می‌گردد و در نهایت تفسیری نو از مجموعه آنها پدید می‌آید. این تفسیر می‌تواند به توضیح جامع‌تر از پدیده مورد بررسی منجر شود. فراترکیب کمک می‌کند تا تصمیم‌گیری‌ها و مراقبت‌ها، بر اساس شواهد علمی و یافته‌های تحقیقی انجام گیرد و استفاده از تحقیقات کیفی را در حوزه سلامت تسهیل می‌کند (6). در این مطالعه، از شیوه 7مرحله‌ای Sandelowski و Barros (2007) برای انجام فراترکیب استفاده شد که دربردارنده مراحل تنظیم سؤال پژوهش، انجام مرور نظام‌دار، جستجو و انتخاب مقالات مناسب، استخراج اطلاعات مقاله، تجزیه و تحلیل و ترکیب یافته‌های کیفی، کنترل کیفیت و ارائه یافته‌ها می‌باشد (7). مطالعات کیفی منتشرشده در رابطه با مفهوم مراقبت تسکینی در طی سال‌های 2002-2012 میلادی در پایگاه‌های اطلاعاتی Ovid، Medline و Elsevier جمع‌آوری و مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت. برای سهولت جستجو، در هنگام جستجوی مفهوم مراقبت تسکینی در پایگاه‌های اطلاعاتی مذکور، از واژه‌های تعریف‌شده در سیستم MeSH تحت عنوان « Palliative care» و «Qualitative research» استفاده شد. در جستجوی اولیه، تعداد 553 مطالعه کیفی در ارتباط با مفهوم مراقبت تسکینی یافت شد که از این تعداد، 44مطالعه به‌طور مستقیم در ارتباط با موضوع پژوهش بود (22مطالعه مربوط به Medline، سه مطالعه مربوط به Elsevier و 19مطالعه مربوط به Ovid) بودند. در کل، از میان 44مطالعه یافت‌شده در سال‌های ذکرشده، ضمن بررسی در فیلد عنوان و غربالگری مطالعات بر اساس عنوان، چکیده و متن و با کنارگذاشتن مطالعات تکراری، تعداد 16مطالعه تمام متن که به زبان انگلیسی منتشر شده بودند و به‌طور دقیق مفهوم مراقبت تسکینی یا عوامل مرتبط با آن را مورد بررسی قرار می‌دادند، برای بررسی انتخاب و با رویکرد تفسیری، مورد بررسی و مقایسه نهایی قرار گرفتند. در کل معیارهای ورود به مطالعه شامل: انجام مطالعه با رویکرد کیفی، قرارداشتن در بازه زمانی ذکرشده، تمام متن‌بودن و انگلیسی‌زبان‌بودن مقاله بودند؛ بنابراین مطالعاتی که واجد شرایط مذکور نبودند یا مفهوم مورد نظر را به‌روشنی تشریح نکرده بودند، از مطالعه حذف شدند. در پژوهش حاضر، مطالعات کیفی انتخاب‌شده مربوط به کشورهای هلند، چین، انگلیس، اسکاتلند، دانمارک، آلمان، برزیل، آمریکا، اسپانیا و ترکیه بودند و نوع مطالعات کیفی انجام‌شده که مورد بررسی قرار گرفت، شامل مطالعات: پدیدارشناسی (پنج‌مطالعه) و تحلیل محتوا (11مطالعه) بوده‌اند. لازم به ذکر است که طی جستجوهای انجام‌شده در پایگاه‌های اطلاعاتی فارسی‌زبان شامل SID، Magiran و IranMedex با کلیدواژه‌های "مراقبت تسکینی" و "تحقیق کیفی"، هیچ مطالعه‌ای در این خصوص در داخل کشور به چاپ نرسیده بود. کیفیّت مطالعات منتخب نیز توسط دو نفر از اعضای تیم تحقیق به صورت جداگانه، با استفاده از مقیاس استاندارد درجه‌بندی‌شده مربوط به مطالعات کیفی، مورد ارزیابی قرار گرفت (6). این مقیاس، مطالعات کیفی را در ده مورد به‌شرح: عنوان و چکیده، مقدمه و اهداف، روش و داده‌ها، نمونه‌گیری، تحلیل داده‌ها، اخلاقیّات، سوگیری، یافته‌ها، قابلیّت انتقال و کاربرد یافته‌ها ارزیابی می‌نماید. مقیاس مربوطه، هر یک از موارد ذکر شده را در 4درجه به‌صورت: خوب، متوسط، ضعیف و خیلی ضعیف به‌ترتیب: 4، 3، 2 و 1 نمره می‌دهد که حداکثر نمره اخذشده 40 می‌باشد. به‌طور کلی، اخذ نمرات 30-40 بیانگر کیفیّت خوب، 20-30 متوسط،10-20 ضعیف و 1-10 بیانگر کیفیت خیلی ضعیف برای مطالعات کیفی است. در پژوهش حاضر، از 16مطالعه تحت بررسی، 9 مطالعه، کیفیّت خوب و هفت مطالعه کیفیت متوسط داشتند. در فراترکیب، یافته‌های مطالعات گذشته به‌عنوان داده‌ها محسوب می‌شوند (6)؛ به‌همین منظور، بعد از شناسایی مطالعات مورد نظر، کلیه یافته‌های این مطالعات به‌عنوان یک داده در نظر گرفته شد و به‌دلیل کیفی‌بودن داده‌ها، برای تحلیل آنها از روش کدگذاری باز استفاده شد. در این شیوه کدگذاری، کدها از متن مقاله استخراج می‌شوند و سپس بر روی این کدهای استخراج‌شده، به‌طور مجدد کدگذاری دیگری انجام می‌گیرد و در نهایت بر روی مفاهیم نیز کدگذاری دیگری صورت می‌گیرد تا مضامین حاصل شوند (7). در این پژوهش، ابتدا تمام کدها از متن مقالات کیفی استخراج شدند؛ سپس با درنظرگرفتن

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

مفهوم هر یک از این کدها و بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌های آنها، این کدها، در یک مفهوم مشابه دسته‌بندی شد و به این ترتیب، مضامین تحقیق شکل گرفتند؛ همچنین به‌منظور تعیین صحّت استحکام یافته‌ها، نتایج حاصل از فراترکیب، در اختیار دو نفر از دانشجویان دوره دکترای پرستاری که هم با محیط بالین و هم با روش تحقیق کیفی آشنایی داشتند، قرار داده شد که در خصوص یافته‌ها توافق وجود داشت.

نتایج حاصل از تفسیر مفهوم مراقبت تسکینی، موانع و تسهیل‌کننده‌های آن، در 3مضمون اصلی مفهوم مراقبت تسکینی، عوامل تسهیل‌کننده و عوامل تهدیدکننده یا موانع ارائه مراقبت‌های تسکینی طبقه‌بندی گردید و در مجموع 35کد به‌عنوان مهمترین عناصر موجود در زمینه مراقبت تسکینی استخراج شد. مشخصات مربوط به مطالعات بررسی‌شده در ارتباط با مفهوم مورد مطالعه، در جدول یک و مضامین و کدهای زیرمجموعه آن در جدول 2 مشاهده می‌شوند.

یافته‌ها

جدول 1- مشخصات مربوط به مطالعات بررسی‌شده در ارتباط با مفهوم مراقبت تسکینی

ردیف	محقق/سال/کشور	هدف مطالعه	نوع مطالعه	مشخصات نمونه‌ها	یافته‌های اصلی
1	Georges و همکاران/2002/هلند	تعیین تجارب پرستاران از مراقبت تسکینی	تحلیل محتوا	14 پرستار شاغل در بخش مراقبت تسکینی ویژه بیماران مبتلا به سرطان با سابقه کار 6 ماه تا4 سال	مراقبت تسکینی از دیدگاه پرستاران، تلاش برای ایجاد یک شیوه هدفمند و ساختاریافته در ارائه مراقبت و تلاش برای افزایش احساس خوب‌بودن بیمار بوده است. مراقبت تسکینی، از بیماران در مرحله پایانی زندگی حمایت می‌کند.
2	Mok و Chiu/2004/چین	درک معنای روابط پرستار- بیمار در مراقبت تسکینی	پدیدارشناسی تفسیری	10 پرستار شاغل در بخش مراقبت تسکینی و 10 بیمار مشرف به مرگ	عوامل مؤثّر در زمینه روابط پرستار- بیمار در مراقبت تسکینی شامل: شکل‌گیری ارتباط بر اساس اعتماد، بخشی از خانواده‌شدن، کسب انرژی در طول سفر زندگی و مرگ و تجارب غنی و پربار بودند. در عین حال، در این مراقبت استقلال بیمار، حمایت از وی و بهبود جسمی و روانی و اجتماعی او مهم می‌باشند.
3	Dunne و همکاران/2005/ انگلیس	تعیین تجارب پرستاران در زمینه مراقبت تسکینی	پدیدارشناسی توصیفی	25 پرستار شاغل در بخش مراقبت تسکینی ویژه بیماران مبتلا به سرطان	از دیدگاه پرستاران مراقبت تسکینی به‌عنوان یک مراقبت نظامدار، متأثّر از عواملی مثل: شبکه‌های ارتباطی با خانواده، چالش‌های پرستاران در مدیریت علائم بیماری و بهای شخصی مراقبت در زمینه مراقبت تسکینی مطرح می‌باشد.
4	Worth و همکاران/2006/ اسکاتلند	تعیین تجارب مراقبت‌دهندگان و بیماران در زمینه مراقبت تسکینی	تحلیل محتوا	32 بیمار دارای سرطان پیشرفته در محدوده سنی 30-91 سال و 4 نفر مراقبت دهنده	مراقبت‌دهندگان و بیماران به‌دلیل اضطراب، در تصمیم‌گیری‌های مراقبتی دچار مشکل بودند و از نظر آنان، مراقبت تسکینی باید با داشتن جنبه‌های حمایتی و معنوی برای بیمار انجام شود. تجارب شرکت‌کنندگان با برنامه‌ریزی‌های مؤثّر، ارائه اطلاعات، پاسخ‌های تأکیدی و مسئولیت‌پذیری از سوی کارکنان و ارائه مراقبت‌های تسکینی خوب مرتبط بود.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

ادامه جدول یک

ردیف	محقق/سال/کشور	هدف مطالعه	نوع مطالعه	مشخصات نمونه‌ها	یافته‌های اصلی
5	Ablett و Jones /2007/ انگلیس	تعیین تجارب پرستاران ارائه‌دهنده مراقبت تسکینی در زمینه تاب‌آوری	پدیدارشناسی تفسیری	10 پرستار شاغل در بخش مراقبت تسکینی	عوامل مؤثّر بر مراقبت تسکینی شامل: فعالیت هدفمند برای مراقبت، تجربه قدیمی اثرگذار بر مراقبت، نگرش فردی به ارائه مراقبت، نگرش فردی به زندگی و مرگ، نگرش فردی به کار، رضایت شغلی، استرس شغلی، راه‌های مقابله و مسائل فردی و حرفه‌ای، بودند.
6	Munday و همکاران/2007/ انگلیس	تعیین فرآیند تسهیل عملکرد در ارائه مراقبت تسکینی	تحلیل محتوا	15 پزشک عمومی	تسهیل عملکرد در ارائه مراقبت، مؤثّربودن روابط بین‌حرفه‌ای، تحکیم همکاری‌های متقابل و ارتقای فرآیندهای بالینی بستگی دارد؛ در عین حال باید به ابعاد گوناگون سلامت بیمار نیز توجه نمود.
7	Walshe و همکاران/2008/ انگلیس	تعیین قضاوت‌های کارکنان بهداشتی در زمینه مراقبت تسکینی	تحلیل محتوا	47 نفر از کارکنان بهداشتی شامل 32 پرستار و 15 پزشک عمومی	مراقبت تسکینی، مبتنی بر واقع‌گرابودن و کارمحوری است. عوامل اثرگذار درخصوص مراقبت تسکینی، مبتنی بر مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای، ارتباط، احترام، مدیریت کاری و مهارت‌های درک‌شده بوده‌اند.
8	Weibullو همکاران/2008/دانمار ک	تعیین نقش مراقبت‌دهندگان خانگی در ارائه مراقبت تسکینی	تحلیل محتوا	10نفر از مراقبان خانگی بیماران در انتهای حیات	عوامل مؤثّر بر مراقبت تسکینی از دیدگاه مراقبین خانگی شامل: درجه درگیرشدن در مراقبت‌ها، درخواست‌های بیمار، اثرگذاری مراقبان بر تصمیم‌گیری‌ها و اطمینان درمانگران به توانایی‌های مراقبین بوده‌اند.
9	Behmann و همکاران/2009/آلمان	تعیین مشکلات عمده در زمینه ارائه مراقبت تسکینی	تحلیل محتوا	5نفر متخصص بهداشت عمومی و 5نفر متخصص مراقبت تسکینی	مشکلات عمده در زمینه ارائه مراقبت تسکینی از دیدگاه متخصصین بهداشت عمومی شامل: فقدان شفاف‌بودن مسئولیت‌ها و فقدان آگاهی در این زمینه در بین کارکنان بهداشتی و سایر ذینفعان، منابع مالی ناکافی برای ارائه خدمات مراقبت تسکینی بوده‌اند.
10	Brueckner و همکاران/2009/ آلمان	تعیین مشکلات موجود در زمینه ارائه مراقبت تسکینی	تحلیل محتوا	29نفر پزشک و پرستار متخصص در زمینه مراقبت تسکینی	مشکلات اساسی در زمینه ارائه مراقبت تسکینی به سالمندان عبارت از نقصان در کار گروهی و تعارض نقش بین پرستاران و پزشکان بودند.
11	Valente وTeixeira/2009/ برزیل	تعیین تجارب پرستاران از مراقبت تسکینی	پدیدارشناسی توصیفی	17پرستار مراقبت‌کننده از خانواده بیماران مشرف به مرگ	عوامل مؤثّر بر ارائه مراقبت‌های خانگی عبارت از همراهی پرستار با خانواده، ساخت شبکه حمایت خانوادگی، یکتایی مراقبت، دشواری تجربه بودن با خانواده و حسّ خستگی جسمی و روانی بودند. مراقبت تسکینی بر پایه معنویت و با اجتناب از استرس‌های عاطفی انجام می‌شود.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

ادامه جدول یک

ردیف	محقق/سال/کشور	هدف مطالعه	نوع مطالعه	مشخصات نمونه‌ها	یافته‌های اصلی
12	Nelson و همکاران/2010/آمریکا	تعیین تجارب بیماران و خانواده های آنان در زمینه ارائه مراقبت تسکینی	تحلیل محتوا	15بیمار و 33نفر از اعضای خانواده های بیماران بستری در بخش‌های ویژه	عوامل مؤثّر در خصوص کیفیّت بالای ارائه مراقبت‌های تسکینی عبارت از: ثبات و شفافیّت، ارتباط با درمانگران، تصمیم‌گیری بالینی مبتنی بر خواست بیمار، اهداف و ارزش‌ها، آسایش بیمار، حریم بیمار، دسترسی بیمار به خانواده و حمایت از خانواده در طول بیماری برای خانواده‌هایی که بیمار خود را در بخش ویژه از دست داده‌اند، بودند.
13	Junger وهمکاران/2010/ آلمان	تعیین موانع موجود در زمینه ارائه مراقبت تسکینی	تحلیل محتوا	24 نفر از متخصصین مراقبت های تسکینی	موانع موجود در ارائه مراقبت‌های تسکینی از دیدگاه متخصصین شامل: چالش‌های اختصاصی، فقدان مقرّرات شفّاف مالی و قانونی، شکاف در ارائه مراقبت‌ها و دسترسی به خدمات بوده‌اند.
14	Mahtani-Chuganiو همکاران/2010/ اسپانیا	تعیین موانع موجود در زمینه ارائه مراقبت تسکینی	پدیدارشناسی توصیفی	23 نفر از مراقبین بیماران مزمن غیر سرطانی	موانع موجود در ارائه مراقبت‌های تسکینی از دیدگاه مراقبین شامل: فقدان وضوح در پیشرفت بیماری و قدرت تخریبی بیماری بوده اند.
15	Benzar و همکاران/2011/ آمریکا	تعیین تجارب مراقبت‌دهندگان و بیماران در زمینه مراقبت تسکینی	تحلیل محتوا	15 نفر مراقبت دهنده و 4 نفر بیمار	از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، عوامل مؤثّر بر مراقبت تسکینی بعد از ترخیص از بیمارستان شامل: پیشرفت بیماری، مدیریت علائم بیماری و پاسخگویی به سؤالات بوده‌اند.
16	De Graaff و همکاران/2012/ ترکیه	درک بیماران و کارکنان درمانی در زمینه ارائه مراقبت تسکینی	تحلیل محتوا	6بیمار، 30نفر از بستگان بیماران و 47نفر از کارکنان درمانی	از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، ارتباط خوب بین بیمار و کارکنان درمانی، عنصر کلیدی در زمینه مراقبت تسکینی از بیماران بوده است.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

جدول 2- مضامین استخراج شده از مطالعات کیفی منتخب

مضامین	کدها	ردیف مقاله
مفهوم مراقبت تسکینی	کاستن رنج از طریق شناسایی اولیه درد و مشکلات جسمی و روانی	6-1
	ارتقای رفاه جسمی روانی و اجتماعی بیماران صعب‌العلاج	6-2
	حمایت از افراد در مرحله آخر حیات	8
	تلاش برای افزایش حس خوب‌بودن در بیمار	6-1
	تلاش برای ایجاد یک شیوه هدفمند در مراقبت	5-3-1
	تلاش برای واقع‌گرابودن و کارمحوری	7
	اجتناب از استرس عاطفی	11-6-4
	اثرپذیری فرهنگی و مذهبی بیمار در رابطه بین پرستار و بیمار	6- 2
	استقلال‌داشتن بیمار و حمایت از وی	4-2
	تکیه بر معنویت	11-6
عوامل تسهیل‌کننده	آگاهی از ارزش مراقبت‌های تسکینی	15-9-4
	مؤثّربودن روابط حرفه‌ای	7
	تثبیت همکاری بین حرفه‌های بهداشتی	6-4
	توجه به نیازهای جسمی، معنوی، فردی و اجتماعی بیماران	11-2
	اطمینان به توانایی‌های مراقبین	8
	تصمیم‌گیری بالینی مبتنی بر خواست بیمار	12-2
	روابط پرستار– بیمار بر اساس اعتماد	16-7-2
	حمایت از خانواده بیمار	12-11
	مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای و مدیریت کاری	7-5-4
	نگرش فردی به زندگی و مرگ	12-5
	نگرش فردی به کار	11-5
عوامل تهدیدکننده	پوشش ناهمگون مراقبت تسکینی	10-9
	فقدان آگاهی و برنامه های آموزشی	15-9
	دسترسی محدود به دانش مربوط به مخدرها	13
	محدودیت مالی	13-10-9
	شکاف در ارائه مراقبت‌ها و دسترسی به خدمات	10-9
	فقدان شفاف‌بودن مسئولیت‌ها	10-6
	نقصان در کار گروهی و تعارض نقش بین پزشکان و پرستاران	10
	عدم اختصاص وقت کافی برای ارائه مراقبت تسکینی	10-3
	حس خستگی جسمی و روانی	16-13-11
	اضطراب در تصمیم‌گیری‌های مراقبتی	16
	اختلال در عملکرد خانواده بیمار	10-3
	چالش‌های پرستاران در مدیریت علائم بیماری	13-6-3
	فقدان وضوح در پیشرفت بیماری	15-14
	قدرت تخریبی بیماری	15-14

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

بحث

از مرور و مقایسه مطالعات منتخب در پژوهش حاضر، مضامین مفهوم مراقبت تسکینی، عوامل تسهیل‌کننده و عوامل تهدیدکننده یا موانع ارائه مراقبت‌های تسکینی، استخراج شد که مورد بحث قرار می‌گیرند.

مفهوم مراقبت تسکینی به‌عنوان اولین مضمون در یافته‌ها ارائه می‌گردد. مراقبت تسکینی، رویکردی است که کیفیت زندگی بیماران و خانواده‌های آنان را در مواجه با مشکلات مربوط به بیماری‌های تهدیدکننده حیات، بهبود می‌بخشد. هدف عمده این مراقبت، کاستنِ رنج از طریق شناسایی اولیه و درمان درد و سایر مشکلات جسمی، روانی و معنوی است؛ به‌طوری‌که ارتقادهنده رفاه جسمی، روانی و اجتماعی بیمارانی است که در دراز مدت به درمان‌های علاج‌بخش پاسخ نداده‌اند. در یک مطالعه پدیدارشناسی در کشور چین مشخص شد که مفهوم مراقبت تسکینی از دیدگاه پرستاران در قالب رابطه بیمار- پرستار، اثرپذیری فرهنگی و مذهبی و بار عاطفی شکل می‌گیرد و رابطه بیمار- پرستار، با در نظر گرفتن عناصری مثل: استقلال بیمار و حمایت از وی مطرح بوده‌اند (8). شواهد بیانگر آن است که بیماران، مفاهیم مرتبط با مراقبت تسکینی در حیطه مذهب و معنویت را به‌صورت تشکر برای حیات، ارتباطات بین طبیعت و موسیقی، خدا به عنوان هستی برتر و امید در زندگی می‌پندارند؛ به‌عنوان مثال در مفهوم خدا یا هستی برتر، بیماران، خدا را به عنوان کسی که از آنها در برابر ترس، مرگ و تنهایی حمایت می‌کند و به آنها قدرت و آسایش و راحتی عطا می‌کند، مهم می‌پندارند (9). در تحلیل محتوای کیفی که توسط Georges در کشور هلند انجام شد، به اعتقاد پرستاران، مفهوم مراقبت تسکینی به‌طور کلی شامل تلاش برای ایجاد یک شیوه هدفمند در مراقبت و تلاش برای افزایش حس خوب‌بودن بیمار است؛ علاوه بر آن، پرستاران معتقد بودند که ایجاد یک نگرش حرفه‌ای، تلاش برای واقع‌گرابودن، کارمحوربودن و اجتناب از استرس‌های عاطفی، مفهوم مراقبت تسکینی را تحت تأثیر قرار داده است؛ همچنین ادراک پرستاران در رابطه با ماهیت نقش آنها به‌عنوان پرستاران مراقبت تسکینی، با در نظر گرفتن زمینه محیط کارشان شکل می‌گیرد؛ همچنین محققان در مطالعه مذکور اعلام داشتند، مراقبت تسکینی، به‌عنوان یک نگرش پایه حمایتی برای مراقبت از افراد در مرحله آخر حیات نیز به شمار می‌رود (10).

مرور مطالعات منتخب نشان داد که مفهوم مراقبت تسکینی، دارای ابعادی است که از دیدگاه‌های مختلف می‌تواند متفاوت باشد؛ بنابراین مقایسه مطالعات در این پژوهش در خصوص مفهوم مراقبت تسکینی بیانگر این امر بوده است که مفهوم مراقبت تسکینی، یک مفهوم بسیار مهم برای بیماران، خانواده‌های آنان و کارکنان مراقبتی و درمانی از جمله پرستاران به‌شمار می‌آید. به بیان دیگر، یافته‌های حاصل از فراترکیب حاضر، نشان می‌دهد که مفهوم مراقبت تسکینی علاوه بر بیمار و توجه به حفظ استقلال وی، خانواده او را نیز مورد حمایت قرار می‌دهد. همچنین مراقبت تسکینی، مراقبتی جامع و کل‌نگر می‌باشد که همه جنبه‌های جسمی، روانی، معنوی، مذهبی و اجتماعی بیماران را مدنظر قرار داده است. افزون بر آن، به نظر می‌رسد ارائه اینگونه مراقبت‌ها، تحت تأثیر بعضی از عوامل سازمانی مانند مسائل حرفه‌ای پرستاران نیز قرار می‌گیرد. بنابراین با توجه به اینکه مراقبت تسکینی یکی از مفاهیم مهم در حرفه پرستاری می‌باشد و جستجوهای پژوهشگر نشان می‌دهد که انجام پژوهش کیفی در این زمینه در کشور با کاستی مواجه بوده است، برای ارائه بهتر اینگونه مراقبت‌ها در کشورمان، لازم است به‌منظور شفاف‌شدن پیچیدگی‌های ذهنی موجود در این مفهوم، تحقیقات کیفی وسیعی صورت گیرد؛ زیرا تحقیقات کیفی، مبتنی بر فرهنگ می‌باشند و مرور متون نیز نشان داد که مراقبت تسکینی می‌تواند تحت تأثیر مؤلّفه‌های فرهنگی قرار گیرد. علاوه بر آن، از آنجا که یافته‌ها نشان داد، عوامل معنوی و مذهبی نیز در اجرای مراقبت‌های تسکینی نقش مهمی ایفا می‌کنند و با توجه به اینکه تجارب بالینی پژوهشگر نشان می‌دهد که در جامعه ما عوامل اخیر در مراقبت از بیمار سهم زیادی دارند، می‌توان با انجام مطالعات کیفی در این زمینه، به شفاف‌سازی بیشتر این مفهوم در بافت فرهنگی کشورمان اقدام نماییم.

یافته‌های کیفی در زمینه مضمون عوامل تسهیل‌کننده مراقبت تسکینی به شرح زیر ارائه می‌گردد. آگاهی از ارزش مراقبت‌های تسکینی و شناخت آن، منجر به تعهدات سیاسی برای تسهیل ارائه خدمات جامع مراقبت تسکینی به‌صورت سیستم‌های مراقبت اجتماعی می‌گردد (4)؛ در همین راستا، Munday و همکاران در انگلیس در تحلیل محتوای کیفی خود

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

اظهار داشتند که فرآیندهای مربوط به مراقبت تسکینی، به مؤثّربودن روابط حرفه‌ای بستگی دارد و مراقبت تسکینی مؤثّر، به روابط بین حرفه‌ای خوب و ارتقای فرآیندها نیاز دارد (11). نتایج یک مطالعه پدیدارشناسی در چین نیز نشان داد، در مورد بیمارانی که مراقبت‌های تسکینی دریافت می‌کنند برای تسهیل ارائه این گونه مراقبت‌ها، باید به نیازهای جسمی، فردی و اجتماعی بیماران توجه داشت. وقت‌داشتن برای گوش‌دادن به بیمار و شناخت وی، ارتباطات را توسعه می‌دهد و سبب حساس‌شدن به نیازهای فردی وی می‌شود. وقتی بیماران به مرحله انتهایی حیات نزدیک می‌شوند، به انعکاسات معنوی دست می‌یابند. مراقبت معنوی که بخشی از مراقبت تسکینی است، ایجادکننده روابط مبتنی بر اعتماد و صمیمیت است. معنویت، تحت تأثیر فرهنگ، زمینه اجتماعی و اعتقادات فردی است. بعضی‌ها حس می‌کنند که اگر بیمار و مراقبت‌دهنده، عقاید خود را به اشتراک بگذارند، مراقبت معنوی آسان‌تر می شود؛ اما گاهی اوقات اگر مذهب مشترکی هم نباشد، معنویت بیان می‌شود؛ چون این انسانیّت است که به اشتراک گذاشته می‌شود. در واقع، وقتی حمایت‌های معنوی در سایه مراقبت تسکینی خوب به کیفیت زندگی بهتر می‌انجامد، بیماران به اهمیت نیازهای معنوی خود پی می‌برند (8). نتایج تحلیل محتوای انجام‌شده توسط Worth و همکاران در اسکاتلند نیز گویای آن بود که از نظر بیماران و مراقبین خانوادگی آنان، عوامل تسهیل‌کننده مراقبت تسکینی؛ با برنامه‌ریزی‌های مؤثّر، انتقال اطلاعات، پاسخ‌های تأکیدی از سوی کارکنان و ارائه مراقبت‌های تسکینی خوب مرتبط بودند (12). یافته‌های تحلیل محتوای Weibull و همکاران در دانمارک در خصوص ارائه مراقبت‌های تسکینی نشان داد، مراقبان خانگی بر این باورند که درجه درگیرشدن در مراقبت‌ها، درخواست‌های بیمار، اثرگذاری مراقبان بر تصمیم‌گیری‌ها و اطمینان به توانایی‌های مراقبان، از عوامل تسهیل‌کننده مراقبت تسکینی محسوب می‌شوند (13)؛ علاوه برآن، نتایج تحلیل محتوای Nelson و همکاران در آمریکا نیز بیانگر آن بود که عوامل مؤثّر در زمینه کیفیت بالای ارائه مراقبت‌های تسکینی از نظر بیماران و خانواده‌های آنان عبارت بودند از: ثبات و شفافیّت، ارتباط با درمانگران، تصمیم‌گیری بالینی مبتنی بر خواست بیمار، اهداف و ارزش‌ها، آسایش بیمار، حریم بیمار، دسترسی بیمار به خانواده و حمایت از خانواده در طول بیماری به‌طور خاص، برای خانواده‌هایی که بیمار خود را در بخش ویژه از دست داده‌اند (14)؛ از سوی دیگر، یکی از عناصر محوری در تسهیل ارائه مراقبت تسکینی، روابط پرستار– بیمار است. شکل‌گیری ارتباط بر اساس اعتماد، بخشی از خانواده‌شدن، کسب انرژی در طول سفر زندگی و مرگ و تجارب غنی و پربار، از عوامل تسهیل‌کننده ارائه مراقبت تسکینی هستند. وقتی رابطه پرستار- بیمار بر اساس اعتماد شکل می‌گیرد، بیماران به پرستاران تنها به‌عنوان ارائه‌دهنده مراقبت نمی‌نگرند؛ بلکه آنها را بخشی از خانواده یا یک دوست خوب تصور می‌کنند. پرستارانی که روابط مبتنی بر اعتماد را توسعه می‌دهند، رویکرد کل‌نگر به مراقبت دارند و بیمارانی را که رنج می‌برند، درک می‌کنند؛ به نیازهای بیان‌نشده آنها آگاه می‌شوند و بدون آنکه بیماران از آنها بخواهند، آسایش آنان را فراهم می‌نمایند و حرفه‌ای، شایسته و قابل اعتماد هستند. اعتماد، پرستار و بیمار را به اهدافشان می‌رساند و عنصر مهمی در ارتباط پرستار- بیمار در زمینه مراقبت تسکینی است. روابط پرستار- بیمار، نه‌تنها وضعیت جسمی و عاطفی بیماران را بهبود می‌بخشد، تطابق آنها با بیماریشان را نیز تسهیل می‌کند؛ دردشان را کمتر کرده و آنها را به سمت تجربه خوب از مرگ، هدایت می‌کند. در این میان، پرستاران نیز به رضایتمندی حرفه‌ای دست می‌یابند و روابط خود با بیماران را غنی می‌سازند (8). علاوه بر آن، نتایج تحلیل محتوای انجام‌شده توسط De Graaff و همکاران در ترکیه بیان داشت، کارکنان درمانی بر این باورند که ارتباط خوب بین آنان و بیماران در زمینه مراقبت تسکینی، یکی از عوامل کلیدی برای تسهیل ارائه این‌گونه مراقبت‌ها به‌شمار می‌آید (15). در یک مطالعه پدیدارشناسی نیز که در انگلیس انجام شد، پرستاران معتقد بودند که تجربه قدیمی اثرگذار بر مراقبت، نگرش فردی به ارائه مراقبت، نگرش فردی به زندگی و مرگ، نگرش فردی به کار، رضایت شغلی، استرس شغلی، راه‌های مقابله و مسائل فردی و حرفه‌ای، عوامل تسهیل‌کننده ارائه مراقبت تسکینی برای بیماران به‌شمار می‌آیند (16). یافته‌های مطالعه پدیدارشناسی دیگری نیز در برزیل نشان داد که از دیدگاه پرستاران، بودن پرستار با خانواده، ساخت یک شبکه برای حمایت خانوادگی و یکتایی مراقبت، از عوامل تسهیل‌کننده مراقبت‌های تسکینی بوده‌اند. (17)؛ همچنین در تحلیل محتوای دیگری که

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

در انگلیس انجام شد از نظر پرستاران و پزشکان، قضاوت‌های کارکنان بهداشتی مبتنی بر مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای، ارتباط، احترام، مدیریت کاری و مهارت‌های درک‌شده، عوامل اثرگذار بر تسهیل ارائه مراقبت تسکینی بوده است (18). همچنین در مطالعه دیگری، عوامل تسهیل‌کننده مراقبت‌های تسکینی شامل: تثبیت همکاری بین حرفه‌های بهداشتی، آموزش در زمینه مراقبت تسکینی برای همه گروه‌های حرفه‌ای که با افراد در مرحله آخر حیات تماس دارند و حمایت از اعضای خانواده بیمارانی که در مرحله آخر حیات هستند، بیان شد (11).

یافته‌های حاصل از فراترکیب نشان داد که عوامل تسهیل‌کننده ارائه مراقبت تسکینی، تحت تأثیر طیف وسیعی از عوامل سازمانی و حرفه‌ای قرار گرفته است؛ همچنین در این راستا به‌منظور تسهیل ارائه این‌گونه مراقبت‌ها، به برقراری ارتباط صحیح با بیماران و استفاده مناسب از تکنیک‌های ارتباطی برای جلب اعتماد بیماران تأکید گردیده است و از سوی دیگر بر ارتباطات بین‌حرفه‌ای و همیاریِ سایر حرفه‌های بهداشتی نیز در این زمینه توصیه شده است. علاوه بر موارد ذکرشده، یافته‌ها، بر نقش مراقبین خانگی برای تسهیل ارائه این‌گونه مراقبت‌ها تأکید می‌نماید. با وجود اینکه مراقبت تسکینی در سیستم پرستاری ایران، تاکنون از نظر آموزشی، به‌صورت مدوّن در قالب برنامه‌های درسی ارائه نشده است و از نظر بالینی نیز مراکز ارائه‌دهنده مراقبت تسکینی در کشور بسیار محدود می‌باشند، اما تجارب بالینی پژوهشگر گویای آن است که این نوع از مراقبت، در مراکز درمانی کشور انجام می‌گیرد؛ بنابراین توجه به تسهیل‌کننده‌هایی که در این مضمون مورد بررسی قرار گرفت، می‌تواند به پرستاران در ارائه بهتر این‌گونه از مراقبت‌ها یاری رساند.

از سوی دیگر، همان‌گونه که عوامل تسهیل‌کننده ارائه مراقبت تسکینی وجود دارند، عوامل دیگری نیز هستند که سبب‌ساز عدم ارائه مراقبت تسکینی خوب به بیماران می‌گردند که در این مضمون به آنها اشاره‌ای می‌شود. از موانع توسعه مراقبت تسکینی، به فقدان آموزش و برنامه‌های آموزشی، فقدان آگاهی و شناخت، دسترسی محدود به دانش مربوط به مخدرها، محدودیت مالی، فقدان هماهنگی میان خدمات و پوشش ناهمگون مراقبت تسکینی اشاره شده است (11-19)؛ از سوی دیگر، Junger و همکاران با انجام تحلیل محتوا در کشور آلمان، این موانع از دیدگاه متخصصان امر را مشتمل بر چالش‌های اختصاصی، فقدان مقررات شفاف مالی و قانونی، شکاف در ارائه مراقبت‌ها و دسترسی به خدمات بیان داشته‌اند (20). نتایج یک تحلیل محتوای دیگر در آلمان نیز موانع ارائه این مراقبت‌ها را در قالب فقدان شفاف‌بودن مسئولیت‌ها در بین کارکنان بهداشتی و سایر ذی‌نفعان و همچنین منابع مالی ناکافی برای ارائه خدمات مراقبت تسکینی گزارش داده است (21)؛ از سوی دیگر باید اذعان نمود، تکیه بر ارتقای فرآیندهای بالینی به‌تنهایی برای عملکرد خوب در زمینه ارائه مراقبت‌های تسکینی کافی نیست (11). مطابق یافته‌های تحلیل محتوای Brueckner و همکاران در آلمان، مشکل اساسی در زمینه ارائه مراقبت‌های تسکینی مناسب از نظر پرستاران و پزشکان، با نقصان در کار گروهی و تعارض نقش بین پزشکان و پرستاران مرتبط می‌باشد؛ همچنین وقت کافی برای ارائه مراقبت تسکینی اختصاص داده نشده است (22). به اعتقاد پرستاران، دشواری تجربه بودن با خانواده و حس خستگی جسمی و روانی، از موانع ارائه مراقبت‌های تسکینی به‌شمار می‌آیند (20). در مطالعه پدیدارشناسی انجام‌شده در انگلیس توسط Dunne، پرستاران بر این باور بودند که عواملی همچون اختلال در عملکرد خانواده- به‌عنوان یک عنصر ارتباطی و چالش‌های پرستاران در مدیریت علائم بیماری- می‌توانند موانعی برای ارائه مراقبت‌های تسکینی قلمداد شوند (23). مراقبت‌دهندگان خانگی و بیماران نیز معتقدند به‌دلیل اضطراب، در تصمیم‌گیری‌های مراقبتی دچار مشکل بوده‌اند و این امر ارائه و دریافت مراقبت تسکینی را با مشکل مواجه کرده است (15). نتایج تحلیل محتوای Benzar و همکاران در آمریکا نیز نشان داد، تجارب بیماران و مراقبان آنان در زمینه مراقبت‌های تسکینی بعد از ترخیص از بیمارستان، بیانگر آن بود که پیشرفت بیماری، مدیریت علائم بیماری و پاسخگویی به سئوالات متفرقه، موانعی برای ارائه مراقبت تسکینی به‌شمار می‌آیند (24)؛ علاوه برآن، نتایج مطالعه پدیدارشناسی Mahtani و همکاران در اسپانیا، موانع ارائه مراقبت تسکینی به بیماران از دیدگاه مراقبان آنها را شامل فقدان وضوح در پیشرفت بیماری و قدرت تخریبی بیماری اعلام نموده است (25). یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که موانع ارائه مراقبت تسکینی، با فقدان آگاهی در این زمینه و واضح‌نبودن برنامه‌های آموزشی در این خصوص می‌تواند ارتباط

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

داشته باشد. از سوی دیگر، برخورداری از خدمات ناهمگون در این زمینه و ناتوانی‌های مالی، به‌عنوان چالش‌هایی در این مسیر شناخته شده‌اند؛ ضمن آنکه عواملی مانند: خستگی کارکنان، تعارضات بین‌حرفه‌ای و تنش‌های حاصل از آنها، از موانع موجود در این زمینه بوده‌اند. با توجه به موانع ارائه مراقبت تسکینی که در این مضمون به آنها اشاره گردید، می‌توان به پرستاران در شناسایی موانع موجود در این زمینه در راستای ارائه بهتر این نوع از مراقبت‌ها کمک نمود. در واقع می‌توان گفت: با توجه به آنکه در حال حاضر خدمات مراقبت تسکینی در داخل کشور بسیار محدود می‌باشند، در نتیجه این خدمات به‌طور عادلانه در سطح جامعه توزیع نشده است و همزمان با پیشرفت بیماری که به‌عنوان یکی از موانع ارائه مراقبت‌های تسکینی در مرور متون مطالعه حاضر به آن دست یافته شد، در بسیاری از مناطق کشور، بیم آن می‌رود که در لحظات بحرانی، به‌طور شایسته این مراقبت‌ها برای بیمار اجرا نشوند. بر این اساس، یافته‌های این بخش از مطالعه می‌تواند متولّیان نظام سلامتِ کشور را به این‌سو رهنمون کند که در جهت گسترش مراکز ارائه‌دهنده خدمات مراقبت تسکینی در کشورمان، بیش از پیش بکوشند؛ زیرا به اعتقاد پژوهشگر، دریافت مراقبت‌های تسکینی، حقّی برای تمام انسان‌ها در گستره جهان می‌باشد.

لازم به ذکر است که یکی از محدودیت‌های این پژوهش، عدم امکان دستیابی به تمام متن بعضی از مقالات مرتبط با موضوع پژوهش بوده است که قابل کنترل توسط پژوهشگر نبود. همچنین یکی دیگر از محدودیت‌ها، بررسی مطالعات کیفی با رویکردهای پدیدارشناسی و تحلیل محتوا بود و دیگر آن که تحقیق حاضر مفهوم مراقبت تسکینی را در مورد بیماری خاص یا جمعیت خاص بررسی ننموده است؛ بنابراین بررسی و مقایسه مطالعات انجام‌شده با سایر رویکردهای کیفی مثل: قوم‌نگاری و در جمعیت‌های خاص مثل: بیماری معین یا افراد خاصی از جامعه، اطلاعات جامع‌تری در مورد مفهوم مراقبت تسکینی و عوامل مرتبط با آن، آشکار خواهد نمود. همچنین بررسی دیدگاه کارکنان سیستم‌های بهداشتی از جمله پرستار که بیشتر با بیماران در تماس هستند، به‌علاوه بررسی دیدگاه بیماران و خانواده‌های آنان در زمینه مفهوم مراقبت تسکینی، با رویکردهای مختلف روش تحقیق کیفی در بافت فرهنگی و اجتماعی ایران پیشنهاد می‌گردد؛ همچنین پیشنهاد می‌شود، از نتایج حاصل از این مطالعه، در تهیه ابزارهای کمی برای سنجش ارائه مراقبت تسکینی به بیماران استفاده گردد. از سوی دیگر کاربرد عوامل مهم شناخته‌شده در مطالعه حاضر، در زمینه عوامل مرتبط با تسهیل ارائه مراقبت‌های تسکینی برای کارکنان ارائه‌دهنده این‌گونه مراقبت‌ها می‌تواند سودمند باشد.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان داد که عوامل گوناگونی، با مفهوم مراقبت تسکینی در ارتباط هستند و می‌توانند آن را تسهیل کرده یا مانع انجام آن شوند. اگرچه تفاوت‌هایی در مفهوم مراقبت تسکینی و عوامل مرتبط با آن در مطالعات مختلف دیده می‌شود، ولی این مهم مشخص گردید که مفهوم مراقبت تسکینی، مفهومی چندبعدی است که می‌تواند به‌عنوان پدیده مرکزی مراقبت از بیمار محسوب شود و برای بیماران در بخش‌های مختلف اعمال گردد؛ همچنین با توجه به اینکه مطالعات مختلف، این مراقبت را در زمان‌های مختلف برای بیمار در نظر گرفته‌اند، می‌توان چنین نتیجه گرفت که مراقبت تسکینی، در انحصار زمان خاصی مانند مرحله پایان زندگی نیست و برای همه مراحل دیگر نیز اجرا می‌گردد؛ ضمن آنکه این نوع از مراقبت، در انحصار مکان خاصی نیز نمی‌باشد، آن‌گونه که این مراقبت می‌تواند در خانه بیمار یا در بیمارستان ارائه گردد و در محیط بیمارستان نیز محصور در بخش مراقبت تسکینی نیست؛ زیرا به‌عنوان نمونه، این مراقبت در بخش‌های سرطان و مراقبت ویژه نیز برای بیماران انجام شده است. افزون بر آن، مطالعات مورد بررسی نشان دادند که مراقبت تسکینی، از یک رویکرد گروهی و بین‌رشته ای برخوردار است؛ به گونه‌ای که علاوه بر پرستاران، گروه‌های دیگری مانند: خانواده بیماران، پزشکان و متخصصان حوزه بهداشت را نیز درگیر نموده است. بنابراین بر اساس یافته‌های حاصل از این مطالعه، می‌توان به اهمیت نقش تک‌تک افراد سیستم‌های بهداشتی و درمانی، خانواده و جامعه و همچنین تعهد آنان در زمینه ارتقای مراقبت تسکینی، بیشتر از گذشته واقف شد.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

تقدیر و تشکر

این مقاله بخشی از رساله دکترای تخصصی آموزش پرستاری مربوط به دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد. بدین‌وسیله نویسندگان مقاله، مراتب سپاس خود را از معاونت محترم پژوهشی این دانشگاه اعلام می‌دارند.

REFERENCES

1- 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.

2- Abrahm JL. Integrating palliative care into comprehensive cancer care. J Natl Compr Canc Netw.2012; 10(10):1192-8.

3- Marchessault J, Legault A, Martinez AM. Providing in-home palliative care within a generalist caseload: a chance for nurses to reflect on life and death. Int J Palliat Nurs. 2012;18(3):135-41.

4- 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.

5- Williams A, Montelpare W, Wilson S, Cheng S, Tremlling K, Wells C. An Assessment of the Utility of Formalized Palliative Care Education: A Niagara Case Study. Journal of Hospice and Palliative Nursing.2002;4(2):103-110.

6- Barnett- Page E, Thomas J. Methods for the synthesis of qualitative research:a critical review. BMC Med Res Methodol.2009;9:59.

7- Sandelowski, M.Barros J. Handbook for Synthesizing Qualitative Research.1 rd ed. New York: Springer publishing company.2006.

8- Mok E, Chiu PC.Nurse-patient relationships in palliative care. J Adv Nurs.2004;48(5):475-83.

9- 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. J Palliat Med.2010; 17(2):200-3.

10- Georges JJ, Grypdonck M, Dierckx de Casterlé B. Being a palliative care nurse in an academic hospitals: a qualitative study about nurses perceptions of palliative care nursing. J Clin Nurs. 2002;11(6): 785-93.

11- 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.

12- 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.

13- 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;7:15.

14- 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):808-18.

15- 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):3143-52.

16- 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):733-40.

17- Valente SH,Teixeira MB.Phenomenological study about the nurses home care for families of terminally ill patients.Rev Esc Enferm USP.2009;43(3):650-61.[Portuguese]

18- Walshe C, Todd CH, 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):264-72.

19- 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.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

20- Junger 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;9:10.

21- Behmann M, Lückmann SL, Schneider N.Palliative care in Germany from a public health perspective: qualitative expert interviews. BMC Research Notes.2009; 2:116.

22- 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; 8:7.

23- Dunne K, Sullivan K, Kernohan G.Palliative care for patienrs with cancer:district nurses experiences. J Adv Nurs.2005;50(4):372-80.

24- 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.

25- Mahtani-Chugani V, Gonz?lez-Castro I, de Ormijana-Hern?ndez AS, Mart?n-Fern?ndez 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.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

Abstract *Original Article*

Interpretation of palliative care concept, its barriers and facilitators using meta-synthesis

M. Mardani Hamooleh [1], L. Borimnejad[2], N. Seyedfatemi[3], M. Tahmasebi[4]

Background and Aim: *Palliative care* is one of the most important concepts in nursing. The aim of this study was to interpret palliative care concept, its barriers and facilitators using meta-synthesis..

Materials and Methods: In this meta-synthesis, a systematic review was conducted and qualitative articles related to palliative care concept in Medline, Elsevier and Ovid in the period from 2002 to 2012 were selected. To facilitate the search, the terms “palliative care” and "qualitative research” were used by MeSH system. Then, articles that had exactly studied palliative care concept and its related factors, and were published in English, were selected for analysis and compared. In this study**,** 553qualitative articles related to palliative care concept were found and 44 articles were in close relation to palliative care concept which included 22 articles from Medline, 3 articles from Elsevier, and 19 articles from Ovid databases. In total, from among the 44 qualitative articles in the period from 2002 to 2012, full texts of 16 articles were selected and reviewed in an interpretive manner. Data were analyzed using open coding style.

Results: Results from interpretation of palliative care concept, its barriers and facilitators were categorized in 3 themes consisting of palliative care concept, palliative care facilitating, and palliative care threatening factors. In general, 35 codes were introduced as the most important elements in the context of palliative care.

Conclusion: The results show that palliative care is a complex and multi-dimensional concept. Multiple factors are related to it, which can facilitate or threaten it. In addition, the results of the present meta-synthesis showed that palliative care is not bounded by a specific time or place but enjoys a team and interdisciplinary approach.

Key Words: Palliative care, Nursing research, Meta-synthesis

Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty. 2015; 11 (4): 316-329.

Received: June 15, 2013 ***Accepted: May 5, 2014***

Corresponding Author; Leili Borimnejad, Associate professor, Department of nursing, Center for Nursing Care Research, faculty of Nursing, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran l.borimnejad@gmail.com

[1] *Assistant professor, Department of nursing, Faculty of Nursing, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*;

[2] *Associate professor, Department of nursing, Center for Nursing Care Research, Faculty of Nursing, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran;*

[3] *Associate professor, Department of nursing, Center for Nursing Care Research, Faculty of Nursing, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*;

[4] *Assistant professor, Department of Gynecology, Faculty of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]