Patient-Centered Palliative Care for Cancer Patients in the Intensive Care Unit: A Rodgers' Evolutionary Concept Analysis

Abstract

Introduction: Person-centered palliative care in patients with cancer goes beyond the management of physical symptoms to address the psychological, social, cultural, and ethical dimensions of the individual. Applying Rodgers' evolutionary concept analysis enables a dynamic exploration of this concept and assists in identifying its attributes, antecedents, and consequences.

Methods: A systematic search was conducted across databases including PubMed, Scopus, Web of Science, CINAHL, and PsycINFO, as well as Persian databases such as SID (Scientific Information Database), Magiran, and Iran Medex covering the years 2000–2025. Guided by Rodgers' evolutionary approach, 31 relevant articles were analyzed.

Finding: Person-centered palliative care places the patient at the core of attention, honoring their values, preferences, and unique needs while preserving human dignity, autonomy, and adherence to professional ethical principles. In this approach, the patient is the central agent of care. The antecedents include independence, self-care ability, awareness of health status, motivation for active participation, and a sense of personal responsibility. The outcomes of such care include reduced suffering, improved quality of life, enhanced human dignity, and strengthened self-efficacy in managing illness and self-care.

Conclusion: Implementing person-centered palliative care in cancer patients requires a flexible and adaptive approach aligned with the evolving healthcare system. By focusing on the individual's unique needs, this form of care not only alleviates suffering but also meaningfully promotes human dignity—especially in the final stages of life.

Keywords: Person-centered palliative care, cancer patient, concept analysis

Authors:

Mabina Gol mohammadi[1]
Mohsen molahadi [2]
Amir vahedian azimi [3]
Saeed ghasemi [1]
Hossein mahmoudi [4]

Affiliations

1. Nursing Research Committee, School of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Nursing Care Research Center, Institute of Clinical Sciences, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Nursing Care Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Nursing Care Research Center, Clinical Sciences Research Institute, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Corresponding Author. Email: h.mahmoudi53@gmail.com

تبیین مفهوم مراقبت تسکینی فرد محور در بیماران مبتلا به سرطان : تحلیل مفهوم با رویکرد تکاملی راجرز

چکیده

مبینا گل محمدی [۱]
محسن ملاهادی[۲]
امیر واحدیان عظیمی[۳]
سعید قاسمی[۱]
حسین محمودی[۴]

مقدمه: مراقبت تسکینی فردمحور در بیماران مبتلا به سرطان فراتر از مدیریت علائم جسمی، به ابعاد روانی، اجتماعی، فرهنگی و اخلاقی بیمار توجه دارد. شفاف‌سازی مفهوم مراقبت تسکینی فردمحور با رویکرد تکاملی راجرز امکان تحلیل پویای این مفهوم را فراهم می‌آورد و به شناسایی ویژگی‌ها، پیشایندها و پیامدهای آن کمک می‌کند.

روش کار: یک جستجوی نظام‌مند در پایگاه‌های اطلاعاتی PubMed, Scopus, Web of Science, CINAHL, and PsycINFO ، Magiran SID و Iran Medex از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۵انجام شد. با هدایت رویکرد تکاملی راجرز، ۳۱ مقاله مرتبط مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: مراقبت تسکینی فردمحور، مراقبتی است که بیمار را در مرکز توجه قرار می‌دهد و با احترام به ارزش‌ها، ترجیحات و نیازهای منحصر به فرد او، کرامت انسانی و خودمختاری او را حفظ کرده و اصول اخلاق حرفه‌ای را رعایت می‌کند. در این رویکرد، عامل اصلی مراقبت خود بیمار است و پیشایندهای آن شامل استقلال، توانایی مراقبت از خود، آگاهی از وضعیت سلامت، انگیزه برای مشارکت فعال و احساس مسئولیت شخصی می‌باشند. پیامد های این نوع مراقبت منجر به کاهش رنج، بهبود کیفیت زندگی، تقویت کرامت انسانی و افزایش خودکارآمدی بیمار در مدیریت بیماری و مراقبت از خود می‌شود.

نتیجه گیری: مراقبت تسکینی فردمحور در بیماران، مستلزم رویکردی انعطاف‌پذیر و قابل انطباق با تحولات نظام سلامت است. این نوع مراقبت با تمرکز بر نیازهای منحصربه فرد بیمار، افزون بر کاهش رنج، زمینه تقویت کرامت انسانی را به‌ویژه در مراحل پایانی حیات، به‌گونه‌ای معنادار فراهم می‌سازد.

کلمات کلیدی: مراقبت تسکینی فرد محور، بیمار مبتلا به سرطان، تحلیل مفهوم

وابستگی سازمانی نویسندگان

۱. کمیته تحقیقات پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران
۲. مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری، مؤسسه علوم بالینی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران
۳. مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری ، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله(عج)، تهران، ایران
۴. مرکز تحقیقات مراقبت پرستاری، پژوهشکده علوم بالینی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله(عج)، تهران، ایران.

نویسنده مسئول. پست الکترونیک: h.mahmoudi53@gmail.com

مقدمه

در عصر حاضر، سرطان به عنوان یکی از مهم‌ترین چالش‌های نظام سلامت جهانی مطرح است. این بیماری پیچیده، علاوه بر بار سنگین جسمی، همراه با پیامدهای روانی، اجتماعی و معنوی عمیقی برای بیماران و خانواده‌های آنان می‌باشد(۱). در شرایطی که بیماری‌های پیشرفته و غیرقابل برگشت مانند سرطان‌های متاستاتیک، روند طبیعی بیماری را به سمت کاهش تدریجی عملکرد و کیفیت زندگی سوق می‌دهند، ادامه درمان‌های تهاجمی نه تنها اثربخش نیست بلکه می‌تواند باعث افزایش درد، اضطراب و رنج‌های غیرضروری شود(۲). توصیه‌های بین‌المللی و پروتکل‌های بالینی تأکید دارند که بیماران مبتلا به بیماری‌های پیشرفته و غیرقابل برگشت باید تحت مراقبت تسکینی هدفمند و شخصی‌سازی‌شده قرار گیرند که نه تنها به کاهش رنج بیماران و خانواده‌ها کمک می‌کند، بلکه به بهینه‌سازی تخصیص منابع مراقبتی و کاهش هزینه‌های غیرضروری نیز منجر می‌شود(۳, ۴).

مراقبت تسکینی به عنوان رویکردی جامع و انسان‌محور که هدف اصلی خود را بهبود کیفیت زندگی بیماران و خانواده‌های آنان در مواجهه با بیماری های تهدیدکننده زندگی قرار داده است و نقش حیاتی در بهبود کیفیت زندگی بیماران ایفا می‌کند(۵). این نوع مراقبت به دنبال پیشگیری و کاهش رنج بیمار از طریق شناسایی زودهنگام، ارزیابی دقیق و کنترل علائم و مشکلات جسمی، روانی–اجتماعی و معنوی است. با این حال، باید توجه داشت که تجربه سرطان برای هر فرد، کاملاً منحصر به فرد و متأثر از عوامل گوناگونی است که نیاز به رویکردی فراتر از مدل‌های استاندارد مراقبتی دارد(۶). مراقبت تسکینی فردمحور به عنوان مفهوم نوظهور در عرصه مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان ، بر اساس این اصل استوار است که هر بیمار، تجربه منحصر به فردی از بیماری دارد و نیازمند برنامه مراقبتی است که با ارزش‌ها، ترجیحات، اهداف و شرایط زندگی وی هماهنگ باشد، این رویکرد، تحولی اساسی در نحوه نگرش به مراقبت تسکینی ایجاد کرده و آن را از الگوی «یک مدل برای همه» به سمت مدلی کاملاً فردمحور سوق می‌دهد(۷). مراقبت تسکینی یکی از رویکردهای کلیدی در پزشکی است که با هدف ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های تهدیدکننده زندگی ایجاد شده است که هر بیمار را بر اساس ویژگی‌های بالینی، روانی، اجتماعی و ترجیحات فردی او را بررسی می‌کند و اثربخشی مراقبت تسکینی را افزایش می‌دهد(۸). با توجه به اهمیت احترام به ترجیحات بیمار، نیازهای فرهنگی و تفاوت‌های فیزیولوژیک و روانی، یک چارچوب فرد محور برای مراقبت تسکینی ضرورت دارد مفاهیم، اجزای نظریه ها را شکل می دهند و برای تکامل نظریه ها ضروری هستند از آنجا که برای بسط و توسعه هر دیسیپلینی، توسعه مفهوم نقش مهمی دارد در پرستاری نیز برای توسعه مفاهیم از رویکرد های مختلفی استفاده می شود(۹). مطالعهSergej Kmetec و همکاران نشان داد که پرستاران نگرش مثبتی نسبت به ادغام زودهنگام مراقبت تسکینی در روند درمان بیماران مبتلا به بیماری‌های تهدیدکننده حیات دارند. آنان مراقبت تسکینی فردمحور را شامل توجه به نیازهای جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی بیمار، مشارکت فعال بیمار و خانواده در تصمیم‌گیری، ارتباط مؤثر تیم درمانی و احترام به ارزش‌ها و ترجیحات فردی می‌دانند(۱۰).

مطالعه Joakim و همکاران نیز نشان داد پرستاران نگرش مثبتی نسبت به مراقبت تسکینی فردمحور زودهنگام دارند و آن شامل توجه جامع به ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی بیمار، مشارکت بیمار و خانواده در تصمیم‌گیری، احترام به ترجیحات فردی و ارتباط مؤثر تیم درمانی می‌باشد(۱۱). مطالعه Kmetec و همکاران نشان داد چهار مؤلفه اصلی در مراقبت تسکینی فردمحور برجسته هستند: (۱) ویژگی‌ها و پیش‌نیازهای تیم درمان، (۲) محیط مراقبت تسکینی (۳)، فرآیندهای مراقبت، و (۴) پیامدهای مراقبتی. این یافته‌ها نشان می‌دهند مراقبت تسکینی فردمحور نقش مهمی در درمان جامع بیماران مبتلا به بیماری‌های غیرواگیر با علائم آزاردهنده دارد و نیاز به افزایش آگاهی تیم درمان برای گنجاندن این نوع مراقبت به‌ویژه در مراحل زودهنگام بیماری دارد(۱۲). در شیوه‌های سنتی مراقبت تسکینی، برنامه‌های درمانی اغلب یکسان، محدود و بدون توجه دقیق به تفاوت‌های فردی میان بیماران طراحی می‌شوند. این موضوع می‌تواند منجر به:کاهش اثربخشی کنترل درد، نارضایتی بیمار و خانواده، بروز بحران‌های روانی و اجتماعی، استفاده بیش از حد از منابع درمانی،کاهش کیفیت زندگی در مراحل پایانی بیماری شود(۱۳, ۱۴).

در رویکرد تحلیل مفهوم تکاملی راجرز بر روی مفاهیم و کارکردهای آنها در بسط و گسترش دانش تاکید دارد در این دیدگاه مفاهیم به صورت استقرایی، چرخشی و گام به گام به تکامل می رسند. راجرز معتقد است که مفاهیم باید به طور پیوسته اصلاح شوند تا معانی مفید تر و روشنتر آشکار گردد(۱۵). روش تکاملی تحلیل مفهوم راجرز بیان می‌کند که این رویکرد عمدتاً ماهیتی استقرایی دارد و همواره بستری پویا برای گسترش دانش و انجام پژوهش‌های آتی فراهم می‌آورد. آگاهی و شناخت عمیق از مفهوم «مراقبت تسکینی فردمحور در بیماران مبتلا به سرطان » و بررسی پیشایندها و پیامدهای آن می‌تواند به تسهیل اجرای این نوع مراقبت و ارتقای کیفیت خدمات ارائه‌شده منجر شود. ازاین‌رو، شناسایی و تبیین دقیق این مفهوم امری ضروری به نظر می‌رسد می‌کند تا در کنار مدیریت علائم فیزیکی، از کلِ وجود بیمار شامل جسم و روان، احساسات و معنویت او در یکی از آسیب‌پذیرترین لحظات زندگی‌اش مراقبت کنند(۱۶).

بر این اساس، مطالعه حاضر با هدف تبیین مفهوم مراقبت

جدول شماره 1: مراحل فرایند تحلیل مفهوم تکاملی راجرز

ردیف	مراحل فرایند تحلیل مفهوم تکاملی راجرز
1	**تعیین مفهوم مورد نظر و واژه های همراه یا جایگزین**
2	**تعیین و انتخاب محدوده . قلمرو مناسب**
3	**جمع آوری داده‌های مرتبط جهت تعیین اساس و مبانی زمینه ای مفهوم از جمله متغییرهای اجتماعی، فرهنگی، بین رشته ای، پیشایندها و پیامدهای مرتبط با مفهوم**
4	**تحلیل اطلاعات با در نظر گرفتن ویژگی‌های مفهوم**
5	**بیان یک مورد مثال مناسب در رابطه با مفهوم (در صورت امکان)**
6	**تعیین فرضیه‌ها و علت تحلیل جهت توسعه بیشتر مفهوم**

تسکینی فردمحور در بیماران مبتلا به سرطان و با بهره‌گیری از رویکرد تکاملی راجرز انجام شد تا از طریق درک عمیق‌تر ویژگی‌ها، پیشایندها و پیامدهای آن در بستر مراقبت پرستاری ، تصویری روشن‌تر از این مفهوم و تحولات آن در گذر زمان ارائه شود.

روش کار

در این تحقیق از رویکرد تکاملی تحلیل مفهوم راجرز استفاده شد که فرآیندی سیستماتیک برای درک کاربرد، زمینه و کاربرد بین‌رشته‌ای فعلی یک مفهوم فراهم می‌کند در جدول شماره ۱ فرآیند تحلیل مفهوم راجرز که شامل شش مرحله ساختارمند و واضح است نشان داده شده است.

جمع‌آوری داده‌ها و استراتژی جستجو

یک جستجوی نظام‌مند و جامع کتابشناختی برای مقالات منتشرشده بین ۲۰۰۰–۲۰۲۵ انجام شد. پایگاه‌های اطلاعاتی جستجو شده شامل Web ،Scopus ،PubMed/Medline of Science ،CINAHL ،PsycINFO ،SID (پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی)، Magiran و Iran Medex بودند. استراتژی جستجو، کلیدواژه‌ها و اصطلاحات Medical Subject Headings (MeSH) را ترکیب کرد، از جمله: «Palliative self-care» ،Person-centered palliative ،"cancer patients" ،"care" ،"Concept Analysis"، مراقبت تسکینی شخصی سازی شده، مراقبت تسکینی فرد محور، بیمار مبتلا به سرطان از عملگرهای (AND, OR) برای جستجو استفاده شد.

معیارهای ورود و خروج

مطالعات در صورتی وارد شدند که: (۱) به زبان انگلیسی و فارسی منتشر شده باشند؛ (۲) به‌طور خاص در مورد مراقبت تسکینی فرد محور در بخش مراقبت ویژه بحث کرده باشند؛ (۳) پژوهش اولیه (کیفی، کمی یا mixed-methods)، مرورهای نظام‌مند، فراتحلیل‌ها، مقالات نظری یا تحلیل‌های اخلاقی باشند؛ و (۴) بینش واقعی در مورد تعریف، کاربرد، پیشایندها یا پیامدهای مراقبت تسکینی فرد محور ارائه دهند.

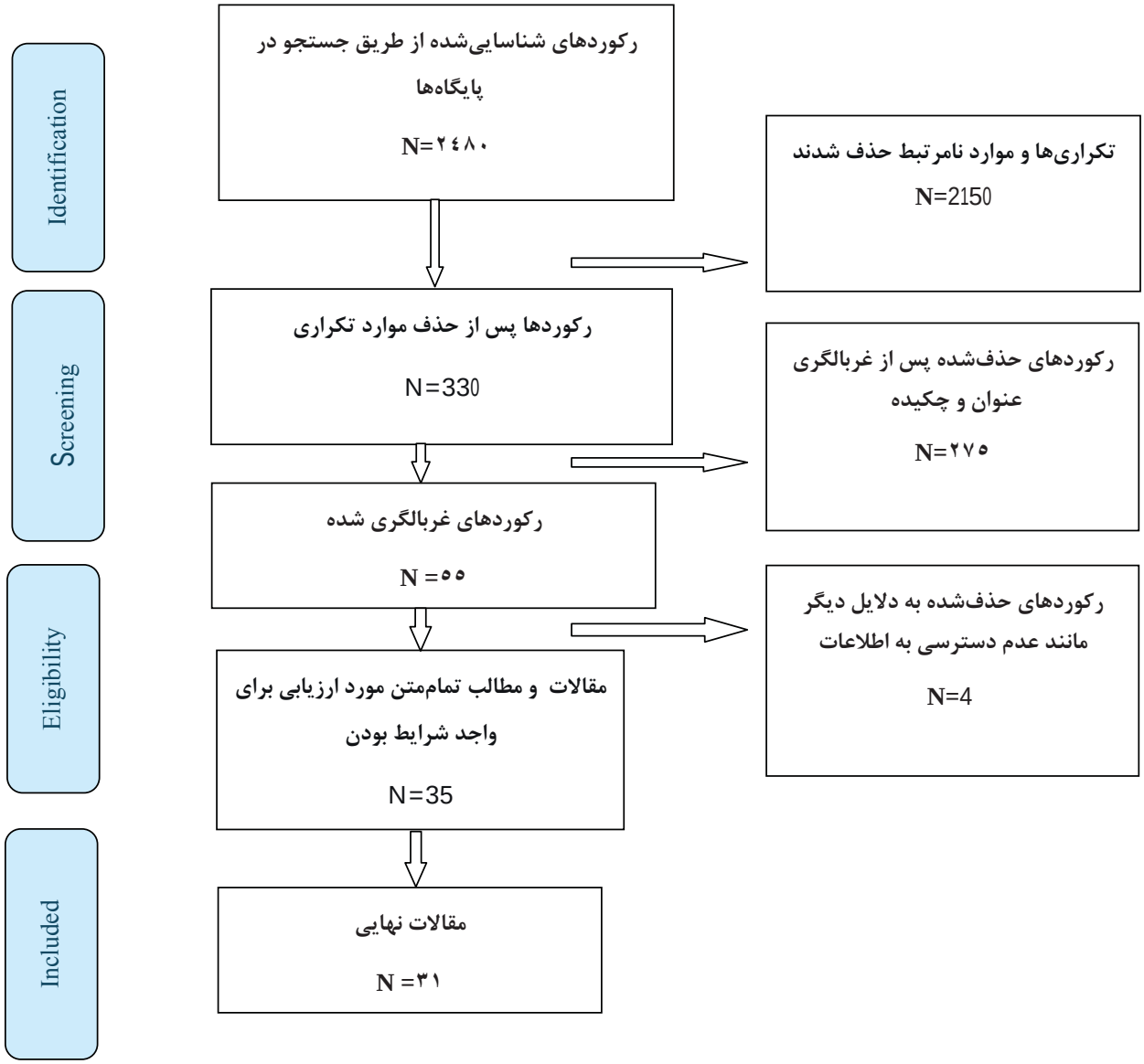
معیارهای خروج عبارت بودند از: (۱) سرمقاله‌ها یا نامه‌هایی با محتوای مفهومی minimal؛ (۲) مقالاتی که متن کامل آنها در دسترس نبود.

تحلیل داده‌ها

جستجوی اولیه ۲۴۸۰ مقاله معرفی کرد. پس از حذف مقالات تکراری و غربالگری عنوان و چکیده، ۱۱۲ مقاله تمام‌متن برای واجد شرایط بودن ارزیابی شدند. در نهایت ۳۱ مقاله مرتبط و از نظر مفهومی غنی برای تحلیل نهایی عمیق انتخاب شدند. استخراج داده‌ها با مطالعه دقیق مقالات انتخاب‌شده و شناسایی بخش‌های متنی که معنا، پیش‌نیازها، نتایج، اصطلاحات جایگزین و اصطلاحات مرتبط با مراقبت تسکینی شخصی سازی شده را توصیف می‌کردند، انجام شد. داده‌ها سپس از طریق یک فرآیند تکراری مقایسه و گروه‌بندی تماتیک سنتز شدند تا یک توصیف جامع و ظریف از مفهوم توسعه یابد

یافته‌ها

مفهوم مراقبت تسکینی فردمحور در دهه‌های اخیر به‌صورت تکاملی و پاسخگو به نیازهای بیماران با بیماری‌های مزمن توسعه یافته است. این تحول نشان‌دهنده حرکت از مراقبت‌های تسکینی سنتی و پروتکل‌محور به رویکردی انعطاف‌پذیر و مبتنی بر ارزش‌ها و ترجیحات فردی بیمار است (۱۷). مطابق با رویکرد تکاملی راجرز، مفهوم مراقبت تسکینی همواره در تعامل با عوامل فرهنگی، فناوری،



شکل 1. نمودار PRISMA برای مطالعات واردشده در بررسی حاضر

ساختار نظام سلامت و ترجیحات بیماران در حال تحول است و ماهیت پویا و تطبیقی آن را تقویت می‌کند(۱۸). یکی از ویژگی‌های تعیین‌کننده این نوع مراقبت، فردمحوری و تمرکز بر تجربه زیسته بیمار است(۱۹). مراقبت از بیمار آغاز و پایان می‌یابد و تجربه زیسته او از درد، رنج، معنا و نگرانی‌ها، اساس تصمیم‌گیری بالینی را شکل می‌دهد(۲۰). که این رویکرد تضمین می‌کند که درمان‌ها بر اساس درک بیمار از کیفیت زندگی و نه صرفاً بر اساس اهداف سیستم درمان تنظیم می شوند(۲۱).

استفاده از فناوری‌های نوین نظیر پایش لحظه‌ای علائم، تله‌مدیسین و هوش مصنوعی نیز می‌تواند دقت و شخصی‌سازی مراقبت را افزایش دهد، هرچند نقش مستقیم آن به‌عنوان پیشایند مراقبت فردمحور کمتر است. نهایتاً، احترام به کرامت، هویت و یکتایی بیمار در تمامی ابعاد مراقبت تسکینی فردمحور لحاظ می‌شود (۱۸). و تضمین می‌کند که بیماران صرفاً به‌عنوان یک مورد بالینی دیده نشوند بلکه انسان‌های منحصربه‌فرد با ارزش‌های خاص خود باشند(۲۲). این یافته‌ها نشان می‌دهند که مراقبت تسکینی فردمحور، فرآیندی پیچیده و پویاست که مستلزم هماهنگی میان دانش بالینی، مهارت‌های انسانی، توجه به ارزش‌ها و ترجیحات بیمار و بهره‌گیری هوشمندانه از فناوری است.

این رویکرد، نه تنها رنج بیماران را کاهش می‌دهد، بلکه کرامت انسانی، رضایت و خودکارآمدی آنها را نیز ارتقا می‌بخشد و چارچوبی مؤثر برای ارائه مراقبت جامع و اخلاق‌محور فراهم می‌آورد.

پیشایندها: پیشایندها، رویدادها یا شرایطی هستند که برای محقق شدن مفهوم ضروری می‌باشند. پیشایندهای اجرای مراقبت تسکینی فرد محور عبارتند از:

۱. پیشایندهای مرتبط با بیمار: وجود بیماری تهدیدکننده زندگی و نیاز به مدیریت درد و آمادگی بیمار برای مشارکت در تصمیم گیری درمانی. با توجه به ترجیحات، ارزش‌ها و اهداف قابل شناسایی در بیمار(۲۳).

۲. پیشایندهای مرتبط با خانواده: حضور فعال خانواده در مراقبت و نیاز به آموزش برای مشارکت مؤثر(۲۴).

۳. پیشایندهای سازمانی: وجود تیم میان‌رشته‌ای کارآمد، زیرساخت قانونی، ارتباطی و درمانی برای مراقبت تسکینی و دسترسی به منابع (دارو، خدمات هوم کر[1]، روان‌شناسی، معنویت) (۲۵).

٤. پیشایندهای مربوط به فناوری: ابزارهای پایش دیجیتال، پرونده الکترونیک و داده‌های قابل تحلیل برای شخصی‌سازی اطلاعات درمانی(۲۶).

۵. پیشایندهای فرهنگی و اخلاقی: پذیرش اخلاقی اصل احترام به انتخاب بیمار و حمایت از خود مختاری بیمار

پیامدهای مراقبت تسکینی فرد محور: بر اساس رویکرد تکاملی راجرز، پیامدهای مراقبت تسکینی فردمحور شامل نتایج برای بیمار، خانواده، تیم درمان و نظام سلامت است و اثرات اجتماعی و اخلاقی نیز دارد.

۱. پیامدهای مربوط به بیمار

افزایش کیفیت زندگی: مراقبت فردمحور فراتر از کاهش بیماری است و رفاه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی بیمار را در نظر می‌گیرد و به تجربه معنادار زندگی حتی در مراحل پایانی کمک می‌کند(۲۷).

کاهش درد و رنج بیمار: این مراقبت ابعاد روانی درد، اضطراب و ترس مرتبط با بیماری را نیز کاهش می‌دهد و تجربه جسمی درد را بهبود می‌بخشد(۲۸).

بهبود تجربه پایان زندگی: تمرکز بر ارزش‌ها، حل تعارضات توجه به خواسته های بیمار، تجربه پایان زندگی را معنادار می‌سازد (۲۹).

کاهش مداخلات غیرضروری پزشکی: تمرکز بر ارزش‌ها و اولویت‌های واقعی بیمار، از اقدامات پرهزینه و غیرضروری جلوگیری می‌کن(۳۰).

۲.پیامدهای مرتبط با خانواده

کاهش بار روانی و جسمی مراقبت: حمایت ساختاریافته و آموزش خانواده، فشار مراقبتی را کاهش می‌ده(۳۱).

افزایش رضایت از مراقبت: با کاهش بار مراقبتی و حمایت مناسب از خانواده بیمار، رضایت بیشتری از روند درمان و مراقبت ایجاد خواهد شد (۳۲).

کاهش سوگ و علائم روانشناختی پس از فوت: حمایت حرفه‌ای از خانواده در فرآیند سوگ، شدت اضطراب و افسردگی را کاهش می‌دهد (۳۳).

افزایش احساس همراهی و معنا: مشارکت فعال خانواده تجربه مثبت و حس معنا را در طول مراقبت و پس از آن افزایش می‌دهد (۳۴).

۳. پیامدهای سیستم سلامت: کاهش هزینه‌ها و بستری‌های غیرضروری: مدیریت فعال علائم و هماهنگی مراقبت‌ها باعث کاهش مراجعه اورژانسی و طول مدت بستری می‌شود(۳۵) .

بهینه‌سازی استفاده از منابع درمانی: ارائه مراقبت متناسب با نیاز واقعی بیمار و اجتناب از درمان‌های پرهزینه و غیرضروری (۳۶)

افزایش کارایی تیم درمان: همکاری میان‌رشته‌ای، تقسیم وظایف، بهبود ارتباطات و کاهش فرسودگی شغلی (۳۷).

هم‌افزایی بین‌رشته‌ای: ترکیب دیدگاه‌ها و تخصص‌های مختلف تیم، حل مسائل پیچیده و نوآوری در ارائه مراقبت (۳۸).

ارتقای کیفیت خدمات تسکینی: ارائه مراقبت فردمحور ، بهبود تجربه بیمار و خانواده، تمرکز بر کیفیت زندگی و افزایش رضایت شغلی (۳۹).

٤. پیامدهای اجتماعی و اخلاقی: تقویت کرامت انسانی: تمرکز بر کل وجود بیمار، حفظ ارزش ذاتی و استقلال او حتی در مراحل نهایی بیماری . (۴۰)

ارتقای عدالت در مراقبت: اطمینان از دسترسی همه بیماران به مراقبت با کیفیت، بدون تبعیض اقتصادی یا اجتماعی(۴۱)

پذیرش اجتماعی بهتر مراقبت تسکینی: برجسته کردن اهمیت کیفیت زندگی و حمایت روانی-معنوی، به تغییر نگرش‌های منفی جامعه نسبت به مراقبت تسکینی کمک می‌کند (۴۲).

مفاهیم مرتبط و واژه های جایگزین

مفاهیم مرتبط با مراقبت تسکینی فردمحور در ادبیات علمی حضور دارند، اما باید توجه کرد که این واژه‌ها هرکدام بخشی از تجربه و عمل مراقبتی را توصیف می‌کنند و تمام ویژگی‌های کامل مفهوم مراقبت تسکینی فردمحور را ندارند. در واقع، این مفاهیم زمانی کاربردی و کمک‌کننده‌اند که در چارچوب فلسفه‌محور و ارزش‌محور مراقبت تسکینی تحلیل شوند و نه به‌عنوان تعریف کامل آن. برای نمونه، واژه‌هایی مانند "مراقبت حمایتی" و "مراقبت آسایشگاهی[2] اغلب در منابع بالینی جایگزین مراقبت تسکینی آمده‌اند، زیرا بر کاهش علائم، حمایت از

1. Home Care

2. hospice care

زندگی روزمره و بهبود کیفیت زندگی تأکید دارند، اما تمرکز فردی و مشارکت فعال بیمار و خانواده را به‌اندازه مراقبت تسکینی فردمحور شامل نمی‌شوند. همچنین درمطالعات مراقبت‌های پایان زندگی از اصطلاح مراقبت فردمحور در پایان زندگی[1] استفاده شده است که بر توجه به نیازهای جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی بیمار و حمایت از مشارکت در تصمیم‌گیری تأکید دارد، اما اغلب به نقش کلینیکی پرستار یا تیم درمان اشاره دارد بدون اینکه به‌طور کامل ماهیت تجربی و زیسته بیمار را بازتاب دهد.

بیان مثال متناسب با مفهوم: ارائه مثال‌های عملی به درک بهتر ویژگی‌ها و کاربرد مفهوم در عمل کمک زیادی می‌کند، زیرا نشان می‌دهد چگونه این مراقبت در بستر واقعی به نیازهای بیماران پاسخ می‌دهد و نتایج ملموس ایجاد می‌کند. برای نمونه، در مطالعه‌ای که در خانه‌های سالمندان در سوئد انجام شد، اجرای مداخلات مراقبت تسکینی با رویکرد فردمحور باعث شد کارکنان بهتر متوجه شوند نیازها و ترجیحات شخصی بیماران باید در فرایندهای مراقبتی لحاظ شوند و به بهبود تجربه کلی بیماران کمک کند؛ اگرچه نیاز به حمایت سازمانی برای پایداری مراقبت فردمحور نیز شناسایی شد(۴۳). این یافته نشان می‌دهد که آموزش تیم درمان و تمرکز بر ارزش‌های بیمار می‌تواند کمک کند مراقبت تسکینی با تمرکز بر فرد در عمل تحقق یابد.

تفسیر و دلالتهای تحلیل مفهوم: در رویکرد تکاملی راجرز، تحلیل مفهوم مراقبت تسکینی فردمحور نه تنها به تعریف ویژگی‌های کلیدی و پیشایندها می‌پردازد، بلکه پیامدهای آن را نیز روشن می‌سازد. یافته‌های تحلیل نشان می‌دهند که مراقبت تسکینی فردمحور فراتر از مجموعه‌ای از مداخلات بالینی است و به‌عنوان رویکردی انسان‌محور و چندبعدی شناخته می‌شود که در آن هویت، ترجیحات و تجربه زیسته بیمار محور طراحی و اجراست. در این چارچوب، هدف اصلی صرفاً کاهش علائم جسمی نیست، بلکه ایجاد کیفیت زندگی بهتر و حفظ کرامت انسانی بیمار در تمام مراحل بیماری است(۴۴). از نظر عملی، مفهوم تحلیل‌شده دلالت دارد که مراقبت تسکینی فردمحور باید به‌گونه‌ای طراحی و اجرا شود که زمینه‌های فرهنگی، ساختارهای نظام سلامت، دانش و مهارت تیم مراقبتی و مشارکت فعال بیمار را مدنظر قرار دهد، زیرا صرفاً آموزش یا مهارت فنی کافی نیست و فرآیند مراقبتی زمانی مؤثر است که ارزش‌های بیماران در مرکز آن قرار گیرد (۴۵).

نتیجه گیری

یافته‌های حاصل از تحلیل تکاملی راجرز در این مطالعه نشان می‌دهد که مراقبت تسکینی فردمحور در بستر تحول نظام‌های سلامت، تغییر نقش بیماران، گسترش فناوری‌های سلامت و توجه روزافزون به ارزش‌ها و ترجیحات انسان‌ها شکل گرفته است. بررسی ویژگی‌های تعیین‌کننده، پیشایندها و پیامدها مشخص می‌کند که این مفهوم نه یک مداخله منفرد، بلکه یک مفهوم مراقبتی یکپارچه است که ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و اخلاقی بیمار را هم‌زمان دربر می‌گیرد (۴۶). مراقبت تسکینی فردمحور زمانی معنادار خواهند بود که با خواسته‌ها و اولویت‌های بیمار همسو باشند. مشارکت فعال بیمار و خانواده نیز جزو ویژگی‌های کلیدی این رویکرد محسوب می‌شود. در فرهنگ‌های جمع‌گرا مانند ایران، خانواده نه تنها همراه بیمار، بلکه شریک فعال در تصمیم‌گیری‌های مراقبتی است. این یافته‌ها با رویکردهای نوین اخلاق پزشکی همخوانی داشته و بر اهمیت احترام به ارزش‌ها و ترجیحات بیمار در مراقبت تسکینی تأکید می‌کنند (۴۷, ۴۸).

افزون بر این، کار تیمی میان‌رشته‌ای و استفاده از فناوری‌های نوین به‌عنوان دو ویژگی تعیین‌کننده مهم شناخته شدند. پیچیدگی نیازهای بیماران مبتلا به سرطان اقتضا می‌کند که مراقبت با همکاری بین رشته ای انجام شود (۴۹). از سوی دیگر، فناوری‌های سلامت دیجیتال امکان پایش لحظه‌ای، تصمیم‌گیری مبتنی بر داده و شخصی‌سازی واقعی مراقبت را فراهم کرده‌اند. این ویژگی‌ها نشان می‌دهند که مفهوم مراقبت تسکینی فردمحور در حال انطباق با تحول تکنولوژی و ساختارهای سلامت است (۵۰).در نهایت، حفظ کرامت انسانی به‌عنوان بنیان هستی‌شناختی و اخلاقی مراقبت تسکینی فرد محور مطرح می‌شود. این ویژگی نه تنها عنصر بنیادی مراقبت تسکینی، بلکه هویت اصلی این رویکرد را شکل می‌دهد، زیرا هدف نهایی آن کاهش رنج و حمایت از انسان به‌عنوان موجودی با ارزش است (۵۱, ۵۲).

تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود لازم میدانند از تمام کسانی که در این پژوهش تقدیر و تشکر کردند تقدیر و تشکر به عمل آورند.

1. (person-centered end-of-life care)”

References

1.Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2018;68(6):394-424.
2.Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med. 2010;363(8):733-42.
3.Morrison RS, Meier DE. Clinical practice. Palliative care. N Engl J Med. 2004;350(25):2582-90.
4.Wright AA, Zhang B, Ray A, Mack JW, Trice E, Balboni T, et al. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. Jama. 2008;300(14):1665-73.
5.Radbruch L, De Lima L, Knaul F, Wenk R, Ali Z, Bhatnaghar S, et al. Redefining palliative care—a new consensus-based definition. Journal of pain and symptom management. 2020;60(4):754-64.
6.Periyakoil VS, Gunten CFV. Palliative Care Is Proven. J Palliat Med. 2023;26(1):2-4.
7.Hui D, Heung Y, Bruera E. Timely Palliative Care: Personalizing the Process of Referral. Cancers (Basel). 2022;14(4).
8.Birgisdóttir D, Duarte A, Dahlman A, Sallerfors B, Rasmussen BH, Fürst CJ. A novel care guide for personalised palliative care - a national initiative for improved quality of care. BMC Palliat Care. 2021;20(1):176.
9.Rodgers BL. Concepts, analysis and the development of nursing knowledge: the evolutionary cycle. J Adv Nurs. 1989;14(4):330-5.
10.Kmetec S, Štiglic G, Lorber M, Mikkonen I, McCormack B, Pajnkihar M, et al. Nurses' perceptions of early person-centred palliative care: a cross-sectional descriptive study. Scand J Caring Sci. 2020;34(1):157-66.
11.Öhlén J, Reimer-Kirkham S, Astle B, Håkanson C, Lee J, Eriksson M, et al. Person-centred care dialectics-Inquired in the context of palliative care. Nurs Philos. 2017;18(4).
12.Kmetec S, Fekonja Z, Kolarič J, Reljić NM, McCormack B, Sigurðardóttir Á K, et al. Components for providing person-centred palliative healthcare: An umbrella review. Int J Nurs Stud. 2022;125:104111.
13.Ghahramanian A, Rassouli M, Zamanzadeh V, Valizadeh L, Asghari E. Good nursing care: Rodgers' evolutionary concept analysis. Nursing Practice Today. 2020.
14.Getie A, Edmealem A, Kitaw TA. Comparative Impact of Integrated Palliative Care vs. Standard Care on the Quality of Life in Cancer Patients: A Global Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. PloS one. 2025;20(4):e0321586.
15.Kadivar M, Mardani-Hamooleh M, Kouhnavard M. Concept analysis of human dignity in patient care: Rodgers' evolutionary approach. J Med Ethics Hist Med. 2018;11:4.
16.Chatfield DA. Role of the specialized neuro intensive care nurse in neuroscience research. Eur J Anaesthesiol Suppl. 2008;42:160-3.
17.Lucchini A, Ho MH, Vahedian-Azimi A. The evolution of personalized ICU care: A nine-pillar framework for transforming patient outcomes in critical illness. Intensive Crit Care Nurs. 2025;89:104049.
18.Taghinezhad F, Mohammadi E, Khademi M, Kazemnejad A. Humanistic Care in Nursing: Concept Analysis Using Rodgers' Evolutionary Approach. Iran J Nurs Midwifery Res. 2022;27(2):83-91.
19.Abid MH, Kumah A, Newera A, Hafez P. Patient-centered healthcare: from patient experience to human experience. Global Journal on Quality and Safety in Healthcare. 2024;7(4):144-8.
20.Rutherford C, Boehnke J, Greenhalgh J, Tyagi V, McCance T, McCormack B. Time is now to consider how we evaluate person-centred care-the role of patient-reported outcomes. Front Health Serv. 2025;5:1578037.
21.Alharbi TS, Carlström E, Ekman I, Jarneborn A, Olsson LE. Experiences of person-centred care - patients' perceptions: qualitative study.

BMC Nurs. 2014;13:28.
22.Sharma P. Smart healthcare: the role of AI, robotics, and NLP in advancing telemedicine and remote patient monitoring. BMC Artificial Intelligence. 2025;1(1):14.
23.Philip J, Chang YK, Collins A, Smallwood N, Sullivan DR, Yawn BP, et al. Consensus palliative care referral criteria for people with chronic obstructive pulmonary disease. Thorax. 2024;79(11):1006-16.
24.Santos DMF, Silva-Pereira P. Family Caregivers in Palliative Care Therapeutic Management: An Integrative Review. J Pain Palliat Care Pharmacother. 2025;39(1):64-73.
25.Hamdan Alshehri H, Wolf A, Öhlén J, Olausson S. Managerial and organisational prerequisites for the integration of palliative care in the intensive care setting: A qualitative study. J Nurs Manag. 2021;29(8):2715-23.
26.Mao S, Liu L, Miao C, Wang T, Chen Y, Jiang Z, et al. Electronic symptom monitoring for home-based palliative care: A systematic review. Palliat Med. 2024;38(8):790-805.
27.Feliciano DR, Reis-Pina P. Enhancing End-of-Life Care With Home-Based Palliative Interventions: A Systematic Review. J Pain Symptom Manage. 2024;68(5):e356-e72.
28.Wong PT, Yu TT. Existential suffering in palliative care: an existential positive psychology perspective. Medicina. 2021;57(9):924.
29.Kang KA, Han SJ, Lim YS, Kim SJ. Meaning-Centered Interventions for Patients With Advanced or Terminal Cancer: A Meta-analysis. Cancer Nurs. 2019;42(4):332-40.
30.Askari A, Roshan HM, Abbaszadeh N, Salesi M, Hosseini SM, Golmohammadi M, et al. Correction to: Readiness for advance care planning and related factors in the general population: a cross sectional study in Iran. BMC Palliat Care. 2024;23(1):233.
31.Botas G, Pires S, Fonseca C, Ramos A. Reducing Caregiver Burden Through Dyadic Support in Palliative Care: A Systematic Review Focused on Middle-Aged and Older Adults. J Clin Med. 2025;14(16).
32.Naoki Y, Matsuda Y, Maeda I, Kamino H, Kozaki Y, Tokoro A, et al. Association between family satisfaction and caregiver burden in cancer patients receiving outreach palliative care at home. Palliat Support Care. 2018;16(3):260-8.
33.Kustanti CY, Fang HF, Linda Kang X, Chiou JF, Wu SC, Yunitri N, et al. The Effectiveness of Bereavement Support for Adult Family Caregivers in Palliative Care: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. J Nurs Scholarsh. 2021;53(2):208-17.
34.Rezaei M, Keyvanloo Shahrestanaki S, Sheikh Milani A, Neishabouri M, Khaleghparast S, Rajabi MR. Evaluation of outcomes of psychological interventions in terminally ill family caregivers: a brief overview. Oncology Reviews. 2024;18:1482195.
35.Smedslund G, Østerås N, Hestevik CH. Effects of Remote Patient Monitoring on Health Care Utilization in Patients With Noncommunicable Diseases: Systematic Review and Meta-Analysis. JMIR Mhealth Uhealth. 2025;13:e68464.
36.Davis MP, Temel JS, Balboni T, Glare P. A review of the trials which examine early integration of outpatient and home palliative care for patients with serious illnesses. Ann Palliat Med. 2015;4(3):99-121.
37.Kongkar R, Ruksakulpiwat S, Phianhasin L, Benjasirisan C, Niyomyart A, Ahmed BH, et al. The Impact of Interdisciplinary Team-Based Care on the Care and Outcomes of Chronically Ill Patients: A Systematic Review. J Multidiscip Healthc. 2025;18:445-57.
38.Cruz C, Querido A, Pedrosa VV. Perceptions and Practices of Interdisciplinary Action in an Intra-Hospital Support Team for Palliative Care: A Qualitative Study. Healthcare (Basel). 2025;13(10).
39.Haroen H, Juniarti N, Sari CWM, Sari SP, Harun H, Cahyati P, et al. Integrating Telehealth into Community-Based Palliative Care: A Systematic Review. J Multidiscip Healthc. 2025;18:7339-54.
40.Hadler RA, Weeks S, Rosa WE, Choate S, Goldshore M, Julião M, et al. Top Ten Tips

Palliative Care Clinicians Should Know About Dignity-Conserving Practice. J Palliat Med. 2024;27(4):537-44.
41.Koffman J, Shapiro GK, Schulz-Quach C. Enhancing equity and diversity in palliative care clinical practice, research and education. BMC Palliat Care. 2023;22(1):64.
42.Ryerson LM. Prioritizing health equity in palliative and end-of-life care. Generations. 2022;46(3):1-9.
43.Bökberg C, Behm L, Wallerstedt B, Ahlström G. Evaluation of person-centeredness in nursing homes after a palliative care intervention: pre- and post-test experimental design. BMC Palliat Care. 2019;18(1):44.
44.Wantonoro W, Suryaningsih EK, Anita DC, Nguyen TV. Palliative Care: A Concept Analysis Review. SAGE Open Nurs. 2022;8:23779608221117379.
45.Österlind J, Henoch I. The 6S-model for person-centred palliative care: A theoretical framework. Nurs Philos. 2021;22(2):e12334.
46.Borimnezhad L, Seyedfatemi N, Mardani Hamooleh M. Concept Analysis of Palliative Care Using Rodgers' Evolutionary Method. Iran Journal of Nursing. 2014;26(86):1-15.
47.Cassell EJ. The nature of healing: The modern practice of medicine: Oxford University Press; 2012.
48.Kalhor L, Ebadi A, Mokhtari Nouri J, Nehrir B. Family-Centered Care Approach: A Systematic Review Study. Journal of Police Medicine. 2022;11(1):1-19.
49.Organization WH. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. 2018.
50.Janssen A, Brunner M, Keep M, Hines M, Nagarajan SV, Kielly-Carroll C, et al. Interdisciplinary eHealth Practice in Cancer Care: A Review of the Literature. Int J Environ Res Public Health. 2017;14(11).
51.Chochinov HM. Dignity-conserving care—a new model for palliative care: helping the patient feel valued. Jama. 2002;287(17):2253-60.
52.Puchalski C, Ferrell B. Making health care whole: Integrating spirituality into patient care: Templeton Foundation Press; 2011.