Concept Analysis of Palliative Wound Care: A Study Using the Walker & Avant approach

Leila Lotfian[1]
Mehdi Jafari Oori [2]
Mehdi Masihabadi [3]
Saeed Ghasemi[1]
Hossein Mahmoudi [2 *]

Abstract

Introduction: Palliative wound care is an essential holistic approach for managing complex wounds in advanced illness. However, conceptual ambiguity and the lack of a unified operational definition pose challenges to its implementation and research. This study aimed to clarify, structurally analyze, and propose an operational definition for the concept of "Palliative Wound Care" using the Walker & Avant concept analysis method.
Methods: This qualitative study was a concept analysis based on the eight-step Walker & Avant method. Data were collected through a systematic review of literature in international scientific databases from 2005 to 2025. After screening, 19 eligible sources were included in the analysis. The analytical steps included identifying uses of the concept, determining defining attributes, constructing model, borderline, and contrary cases, identifying antecedents and consequences, and finally formulating an operational definition.
Finding: Based on the eight-step Walker & Avant method, the findings of this concept analysis revealed that "palliative wound care" is characterized by five defining attributes: shifting the goal from wound healing to maximizing quality of life, active management of distressing symptoms, a holistic view of the patient's dimensions, collaborative care planning based on patient and family values, and an interdisciplinary approach. By presenting model, borderline, and contrary cases, the boundaries and distinctions of the concept were clearly delineated. Prerequisites for its successful implementation include the presence of a wound with a poor healing prognosis, a significant symptom burden, and an informed decision to shift the care paradigm. Desirable outcomes encompass reduced patient suffering, improved quality of life, and decreased caregiver burden. Finally, a comprehensive operational definition was proposed as the final conceptual framework.
Conclusion: Palliative wound care is a distinct philosophy and systematic approach characterized by a paradigm shift from tissue healing to person healing, comprehensive symptom management, and emphasis on patient collaboration and teamwork. The proposed operational definition can provide a framework for standardizing education, developing clinical guidelines, and designing future research.
Keywords: Palliative Wound Care, Concept Analysis, Walker & Avant Method, Quality of Life

Affiliations
1. Nursing Research Committee. Nursing Faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Nursing Care research center, Clinical Sciences institute, Nursing Faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Department of Microbiology, 502 Army Hospital (NEZAJA), Tehran, Iran
Corresponding Author: Email: h.mahmoudi53@gmail.com

ISSN: 2645-3940 DOI: 10.29252/npwjm.13.46.48

تحلیل مفهوم مراقبت تسکینی زخم: رویکرد هشت‌مرحله‌ای واکر و آوانت

چکیده

لیلا لطفیان[۱]
مهدی جعفری عوری[۲]
مهدی مسیح‌آبادی[۳]
سعید قاسمی[۱]
حسین محمودی[۲*]

مقدمه: مراقبت تسکینی زخم به عنوان یک رویکرد کل‌نگر و ضروری در مدیریت زخم‌های پیچیده مرتبط با بیماری‌های پیشرونده مطرح است. با این حال، ابهام مفهومی و نبود تعریف عملیاتی یکپارچه، اجرا و پژوهش در این حوزه را با چالش مواجه کرده است. این مطالعه با هدف شفاف‌سازی، تحلیل ساختاری و ارائه تعریف عملیاتی از مفهوم «مراقبت تسکینی زخم» با به‌کارگیری روش تحلیل مفهوم واکر و آوانت انجام شد.

روش کار: این مطالعه یک تحلیل مفهوم کیفی بر اساس روش هشت‌مرحله‌ای واکر و آوانت بود. داده‌ها از طریق مرور نظام‌مند متون در پایگاه‌های علمی بین‌المللی از سال ۲۰۰۵ تا ۲۰۲۵ گردآوری شد. پس از غربالگری، ۱۹ منبع واجد شرایط وارد تحلیل شدند. مراحل تحلیل شامل شناسایی کاربردهای مفهوم، تعیین ویژگی‌های تعریف‌کننده، ساخت موارد نمونه، مرزی و متضاد، شناسایی پیش‌نیازها و پیامدها و در نهایت ارائه تعریف عملیاتی بود.

یافته‌ها: بر اساس مراحل هشت‌گانه روش واکر و آوانت، یافته‌های این تحلیل مفهوم نشان داد که «مراقبت تسکینی زخم» با پنج ویژگی تعریف‌کننده اصلی شناخته می‌شود: تغییر هدف از التیام زخم به به‌حداکثررسانی کیفیت زندگی، مدیریت فعال علائم آزاردهنده، نگاه کلی‌نگر به ابعاد مختلف بیمار، طراحی مشارکتی مراقبت بر اساس ارزش‌های بیمار و خانواده، و رویکرد بین‌رشته‌ای. با ارائه موارد نمونه، مرزی و متضاد، حدود و تمایزات این مفهوم به‌وضوح ترسیم شد. پیش‌نیازهای اجرای موفق آن شامل وجود زخم با پیش‌آگهی التیام نامطلوب، بار قابل توجه علائم و تصمیم آگاهانه برای تغییر پارادایم مراقبت است. پیامدهای مطلوب آن نیز کاهش رنج بیمار، بهبود کیفیت زندگی و کاهش بار مراقبتی را شامل می‌شود. در نهایت، یک تعریف عملیاتی یکپارچه به‌عنوان چارچوب مفهومی نهایی ارائه گردید.

نتیجه‌گیری: مراقبت تسکینی زخم یک فلسفه و رویکرد نظام‌مند متمایز است که با تغییر پارادایم از التیام بافت به التیام فرد، مدیریت جامع علائم و تأکید بر مشارکت بیمار و کار تیمی شناخته می‌شود. تعریف عملیاتی ارائه‌شده می‌تواند چارچوبی برای استانداردسازی آموزش، توسعه راهنماهای بالینی و طراحی پژوهش‌های آینده فراهم کند.

کلمات کلیدی: مراقبت تسکینی زخم، تحلیل مفهوم، روش واکر و آوانت، کیفیت زندگی

وابستگی سازمانی نویسندگان

۱. کمیته تحقیقات پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله، تهران، ایران

۲. مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، مؤسسه علوم بالینی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله، تهران، ایران

۳. دپارتمان میکروبیولوژی، بیمارستان ۵۰۲ نزاجا، تهران، ایران.

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

مقدمه

مراقبت تسکینی زخم، یک حوزه تخصصی است که با تلفیق اصول پزشکی تسکینی و دانش مراقبت از زخم، به مدیریت بیماران دارای زخم‌های مزمن یا دشوار مانند زخم‌های پیشرفته سرطان، دیابت یا نارسایی عروقی می‌پردازد(۱). هدف این رویکرد نه تنها درمان زخم، بلکه کنترل علائم ناراحت‌کننده، حفظ احترام و کرامت بیمار و ارتقای کیفیت زندگی او و خانواده‌اش است(۲). با افزایش جمعیت سالمند و شیوع بیماری‌های مزمن مانند سرطان، دیابت و نارسایی عروقی، نیاز به چنین مراقبت جامعی در سراسر جهان در حال افزایش بوده(۳) و این زخم ها و عوارض متعاقب آنها بار سنگینی بر سیستم سلامت تحمیل کرده است(۴).

علائم مرتبط با زخم‌های پیشرفته، چالش عمده‌ای در مدیریت بالینی ایجاد می‌کنند. درد، به ویژه هنگام تعویض پانسمان، یکی از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین علائمی است که بیماران گزارش می‌دهند(۵, ۶). بوی نامطبوع ناشی از زخم‌های بدخیم یا عفونی نه تنها باعث پریشانی روانی بیمار می‌شود، بلکه می‌تواند منجر به انزوای اجتماعی، اختلال در روابط و کاهش چشمگیر کیفیت زندگی گردد(۷, ۸). ترشح بیش از حد (اگزودا) نیز با ایجاد ناراحتی، نیاز به تعویض مکرر پانسمان و احتمال تخریب پوست اطراف زخم، مدیریت زخم را پیچیده می‌سازد(۹). این علائم، در کنار مسائلی مانند خونریزی، خارش و احتمال عفونت، یک چرخه معیوب از ناراحتی جسمی و پریشانی عاطفی ایجاد می‌کنند که توجه فوری و یکپارچه را می‌طلبد(۱۰).

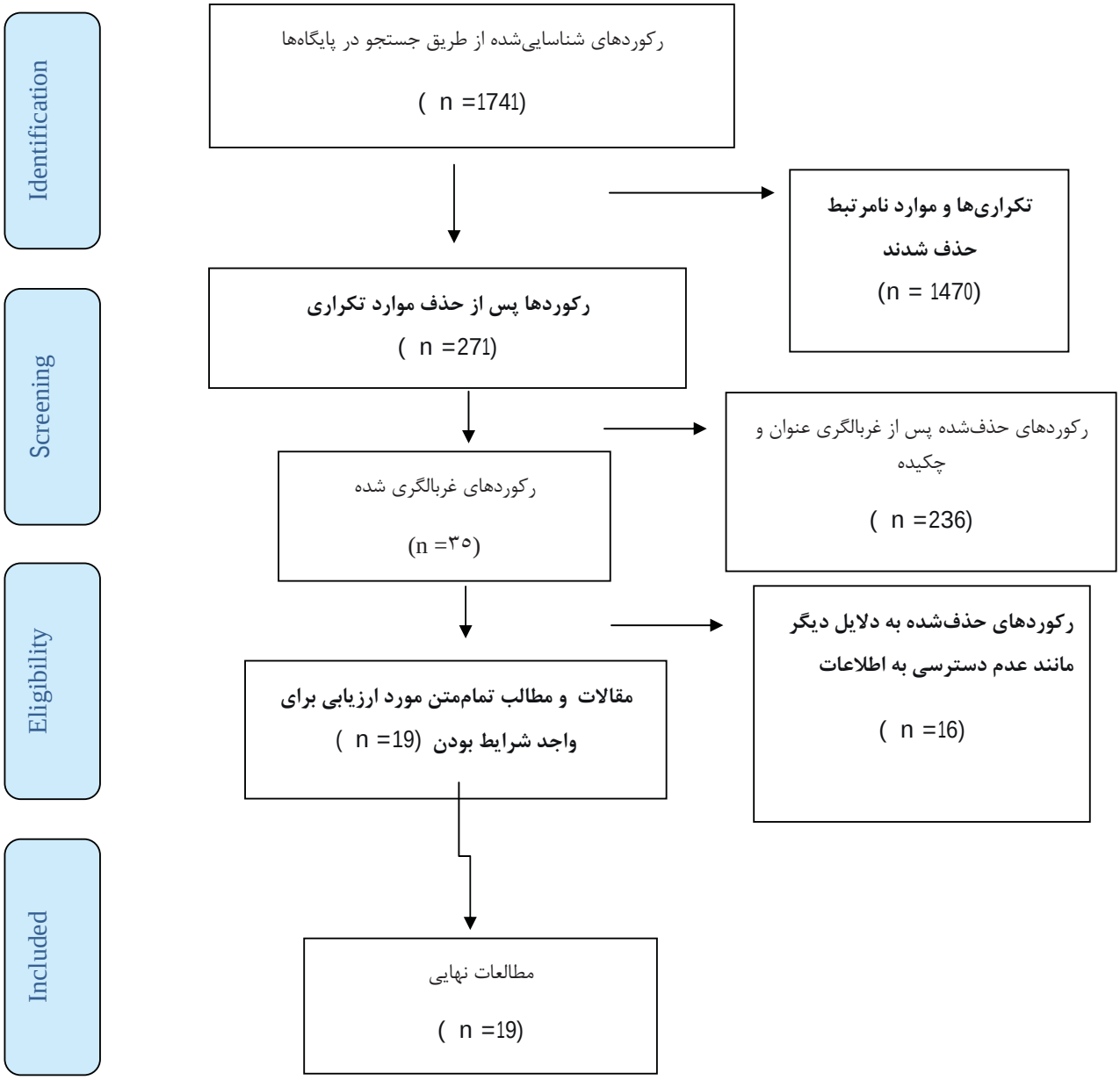
با وجود درک روزافزون از اهمیت مراقبت تسکینی زخم، این حوزه با چالش‌های مفهومی و عملیاتی متعددی روبروست. اولا، تعریف جامع و پذیرفته‌شده جهانی از "مراقبت تسکینی زخم" هنوز در حال تکوین است و مرزهای آن با مراقبت معمول زخم گاهی مبهم می‌نماید(۱۱). ثانیا، شکاف قابل توجهی در توسعه و اعتبارسنجی ابزارهای ارزیابی استاندارد شده وجود دارد. بسیاری از ابزارهای موجود یا تنها بر جنبه‌های فیزیکی زخم متمرکزند، یا فاقد اعتبار کافی برای استفاده در فرهنگ‌ها و رشته های بالینی مختلف هستند(۱۲). حتی ابزارهای خاص طراحی شده برای زخم‌های بدخیم قارچی، نیاز به توسعه و اعتبارسنجی بیشتر در جمعیت‌های مختلف دارند(۱۱, ۱۲). این کمبودها، ارزیابی نظام‌مند نتایج مراقبت و مقایسه اثرگذاری مداخلات را دشوار می‌سازد.

علاوه بر مشکلات فنی و تجهیزاتی، نگاه به مراقبت از زخم‌ها نیازمند یک دگرگونی اساسی است. این نگاه باید از تمرکز صرف بر ترمیم فیزیکی زخم فراتر رفته و به دیدگاهی جامع تبدیل شود که سلامت جسمی، روانی و اجتماعی بیمار و خانواده‌اش را مورد توجه قرار می‌دهد(۱۳). این امر مستلزم همکاری نزدیک و بین‌رشته‌ای تیمی از متخصصان شامل پزشکان، پرستاران، متخصصان درد، روانشناسان، مددکاران اجتماعی و گاهی متخصصان تغذیه است(۱۴). همچنین، ملاحظات اخلاقی پیرامون تعادل بین منافع و بار درمان، احترام به استقلال بیمار و تخصیص عادلانه منابع در این حوزه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۱۵). آموزش کادر درمان و همچنین توانمندسازی بیماران و مراقبان آنها نیز بخش حیاتی این فرآیند است.

با توجه به این پیچیدگی‌ها و ضرورت شفاف‌سازی مفاهیم پایه، انجام یک تحلیل مفهومی نظام‌مند امری اجتناب‌ناپذیر است. تحلیل مفهومی به روش واکر و آوانت با شناسایی ویژگی‌های تعریف‌کننده، مرزها، پیش‌نیازها، پیامدها و موارد نمونه مرتبط با یک مفهوم، به تدوین تعریف عملیاتی روشن کمک می‌کند(۱۶). چنین تحلیلی می‌تواند زبان مشترکی برای متخصصان ایجاد کند، چارچوبی برای پژوهش‌های آتی فراهم آورد، مبانی توسعه راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد را تقویت نماید و در نهایت، به ارتقای کیفیت مراقبت و نتایج بهتر برای بیماران و خانواده‌های آنها بینجامد. هدف این مطالعه، شفاف‌سازی مفهوم «مراقبت تسکینی زخم» و تدوین یک تعریف عملیاتی روشن و یکپارچه از آن با استفاده از روش تحلیل مفهومی واکر و آوانت است. این تحلیل با شناسایی ویژگی‌های تعریف‌کننده، پیش‌زمینه‌ها و پیامدهای مفهوم، درصدد است تا پایه‌ای علمی برای درک مشترک میان متخصصان، تقویت پژوهش‌های آتی و نهایتا ارتقای کیفیت مراقبت‌های ارائه‌شده به بیماران و خانواده‌هایشان فراهم آورد.

روش کار

این بررسی تحلیل مفهوم با به‌کارگیری روش نظام‌مند واکر و آوانت به منظور شفاف‌سازی، تعریف عملیاتی و تعیین ساختار مفهومی «مراقبت تسکینی زخم» انجام شد(۱۶). این روش یکی از رویکردهای نظام‌مند مفهوم‌پردازی است که با ارائه فرآیندی منطقی و عملی، به شناسایی ویژگی‌های اصلی مفهوم کمک می‌کند. مراحل هشت‌گانه این روش عبارتند از انتخاب مفهوم، تعیین هدف تحلیل، شناسایی کاربرد مفهوم، تعیین ویژگی های مفهوم، شناسایی یک مورد الگو، شناسایی موارد مرزی، مخالف، ابداعی، شناسایی پیشایند، پیامد و تعریف نمود تجربی. برای شناسایی دامنه وسیع کاربردهای مفهوم، یک مرور گسترده کیفی در متون انجام شد. جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی PubMed/MEDLINE، CINAHL، Scopus، Web of Science، Embase و موتور جستجوی Google Scholar با کلیدواژه‌های اصلی مرتبط با «مراقبت تسکینی زخم» و مدیریت زخم در بستر مراقبت تسکینی، بدون محدودیت زمانی اولیه ولی با تمرکز بر سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۲۵، انجام شد. کلیه مطالعات نظری، کیفی، کمی، مرور نظام‌مند، راهنماهای بالینی و گزارش‌های موردی مرتبط با موضوع، بررسی شدند. غربالگری عناوین، چکیده‌ها و متون کامل توسط دو محقق به صورت مستقل انجام و اختلافات از طریق بحث و اجماع برطرف گردید. مطالعاتی که منحصرا بر التیام زخم با اهداف درمانی قطعی متمرکز بودند یا فاقد متن کامل قابل دسترس بودند،



حذف گردیدند. پس از گردآوری داده‌ها، کلیه تعاریف، مؤلفه‌ها و توصیفات بالینی مفهوم، مورد تحلیل محتوای کیفی قرار گرفت. کدهای اولیه استخراج و بر اساس تشابه در قالب مضامین سازمان‌دهی شدند. این مضامین نهایی که به صورت مکرر در کاربردهای مفهوم ظاهر می‌شدند، به عنوان ویژگی‌های تعریف‌کننده و متمایزکننده «مراقبت تسکینی زخم» تعیین شدند.

یافته ها

نمودار PRISMA (شکل ۱) جریان گام به‌گام انتخاب و غربالگری مطالعات را نشان می‌دهد. در مرحله نخست، ۱۷۴۱ رکورد از جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی شناسایی شدند. پس از حذف ۱۴۷۰ مورد تکراری یا آشکارا نامرتبط، ۲۷۱ رکورد منحصر به فرد باقی ماند. این رکوردها بر اساس عنوان و چکیده غربالگری شدند که منجر به حذف ۲۳۶ مورد دیگر گردید. در مرحله بعد، متن کامل ۳۵ مقاله یا مطالب باقی‌مانده برای احراز صلاحیت ارزیابی شد که از این تعداد، ۱۶مقاله یا مطلب علمی به دلایلی مانند عدم دسترسی به اطلاعات کافی حذف شدند. در نهایت، ۱۹ مطالعه واجد شرایط، وارد این پژوهش شدند.

انتخاب مفهوم تعاریف و کاربردهای مفهوم: مفهوم مراقبت تسکینی زخم در متون با تعاریف متنوعی که بر

جدول 1. تحلیل مفهوم مراقبت تسکینی زخم بر اساس روش واکر و آوانت

مرحله تحلیل	تعریف / توصیف	مثال‌ها یا مؤلفه‌های کلیدی
تعاریف مفهوم	مراقبت فرد-محور، خانواده-محور، کلی‌نگر و بین‌رشته‌ای از زخم‌هایی که ممکن است التیام یابند یا نیابند، با هدف کنترل علائم و بهبود کیفیت زندگی.	-مجموعه دانش و مهارت در حال تکامل -رویکرد یکپارچه و کلی‌نگر -مراقبت پرستاری متمرکز بر مدیریت علائم برای راحتی بیمار
ویژگی‌های تعریف‌کننده	1 .تغییر هدف از التیام به بهزیستی و کیفیت زندگی 2 .مدیریت فعال علائم آزاردهنده (درد، بو، ترشح) 3 .رویکرد کلی‌نگر به ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی 4 .مشارکت بیمار و خانواده در تصمیم‌گیری 5 .کار تیمی بین‌رشته‌ای	تمرکز بر راحتی، کرامت و کاهش رنج به‌جای التیام قطعی زخم.
مورد نمونه (Model Case)	بیمار مبتلا به زخم بدخیم قارچی با درد و بوی شدید. تیم مراقبت تسکینی از طریق گفتگو با بیمار و خانواده، برنامه‌ای برای کنترل درد و بو، حمایت روانی و استفاده از پانسمان‌های تخصصی تدوین می‌کند. نتیجه: کنترل علائم، افزایش مشارکت اجتماعی و حفظ کرامت بیمار.	سناریوی بالینی که تمام ویژگی‌های پنج‌گانه مفهوم را نشان می‌دهد.
مورد مرزی (Borderline Case)	بیمار با زخم پای دیابتی مزمن که درمان التیام‌محور دریافت می‌کند و مدیریت درد وجود دارد، اما گفتگوی صریحی برای تغییر اهداف به سمت مراقبت تسکینی و توجه به ابعاد روانی-اجتماعی صورت نگرفته است.	دارای برخی ویژگی‌ها (مدیریت علامتی) اما فاقد جامعیت مفهومی (عدم مشارکت در تعیین هدف)
مورد متضاد (Contrary Case)	انجام دبریدمان جراحی تهاجمی روی زخم فشاری پیشرفته در یک بیمار در حال مرگ، بدون توجه به پیش‌آگهی، تحمل بیمار یا اهداف کیفیت زندگی، که منجر به افزایش رنج می‌شود.	در تضاد کامل با اصول مراقبت تسکینی (اولویت التیام بافت بر آسایش بیمار)
پیش‌نیازها (Antecedents)	1 .وجود زخم پیچیده با پیش‌آگهی التیام نامطلوب 2 .بار قابل توجه علائم و پریشانی 3 .تصمیم برای تغییر پارادایم از التیام به تسکین 4 .دسترسی به تیم و منابع تخصصی 5 .بیماری زمینه‌ای محدودکننده حیات	شرایط ضروری برای به‌کارگیری مراقبت تسکینی زخم.
پیامدها (Consequences)	برای بیمار :کاهش رنج، بهبود کیفیت زندگی، حفظ کرامت برای خانواده :کاهش بار مراقبتی، افزایش رضایت برای نظام سلامت :تخصیص مناسب‌تر منابع، تداوم مراقبت برای زخم :پیشگیری از عوارض، دستیابی به وضعیت پایدار	نتایج مطلوب اجرای موفق مفهوم.
تعریف عملیاتی نهایی	یک فلسفه و رویکرد نظام‌مند مراقبتی که در پاسخ به زخم‌های پیچیده مرتبط با بیماری‌های پیشرونده، با هدف به حداکثر رساندن کیفیت زندگی و کاهش رنج از طریق مدیریت علائم، نگاه کلی‌نگر، مشارکت بیمار و خانواده، و کار تیمی بین‌رشته‌ای اجرا می‌شود.	تعریف یکپارچه و کاربردی حاصل مراحل تحلیل.

جنبه‌های مکمل تأکید دارند، به کار رفته است. این تعاریف را می‌توان در یک طیف از کلی‌ترین تا کاربردی‌ترین دسته‌بندی کرد. در یک سو، تعاریف کل‌نگر و یکپارچه قرار دارند که ماهیت چندبعدی مفهوم را برجسته می‌سازند؛ از جمله تعریف پیشنهادی که آن را «مراقبت فرد–محور و خانواده–محور، کلی‌نگر و بین‌رشته‌ای از زخم‌هایی که ممکن است ترمیم شوند یا نشوند یا درمان آنها بسیار طاقت‌فرسا باشد» می‌دانند(۱, ۱۷). تعاریف دیگر بر «رویکرد یکپارچه و کلی‌نگر که به مدیریت علائم و رفاه روانی–اجتماعی می‌پردازد» تأکید دارند(۱۸). در سوی دیگر، تعاریف هدف‌محور قرار می‌گیرند که بر تغییر پارادایم از «التیام بافت» به «بهبود کیفیت زندگی» متمرکزند، نظیر تعاریفی که بر اولویت دادن تسکین علائم و بهبود زخم بر التیام کامل تأکید دارند(۱۹, ۲۰). همچنین، تعاریف بافت‌محور، این مفهوم را در محیط‌های خاصی مانند مراکز مراقبت طولانی‌مدت به عنوان «مراقبت پرستاری که عمدتا بر مدیریت زخم در بیماران پایان زندگی متمرکز است و بر مدیریت علائم برای راحتی بیمار تأکید دارد» عملیاتی می‌کنند(۲۱).

ویژگی‌های تعریف‌کننده (Defining Attributes): از تحلیل تطبیقی تعاریف و مضامین استخراج‌شده از متون، پنج ویژگی اساسی و متمایزکننده مراقبت تسکینی زخم استخراج گردید(۱, ۱۹, ۲۲, ۲۳). تغییر هدف غایی از التیام به بهزیستی : هدف اولیه، التیام کامل زخم نیست، بلکه دستیابی به حداکثر کیفیت زندگی، آسایش، حفظ کرامت و کاهش رنج بیمار و خانواده است (۲۰, ۲۴). مدیریت فعال و یکپارچه علائم آزاردهنده: تمرکز اصلی بر ارزیابی و کنترل مؤثر علائم فیزیکی ناتوان‌کننده مرتبط با زخم، از قبیل درد، بوی نامطبوع، ترشح زیاد، خونریزی و خارش است(۱, ۲۵). ماهیت کلی‌نگر و چندبعدی: رویکردی است که همزمان ابعاد جسمی، عاطفی، روانی، اجتماعی و معنوی تأثیر زخم بر فرد و شبکه حمایتی وی را در نظر می‌گیرد(۱, ۲۶, ۲۷). مراقبت مشارکتی و مبتنی بر ارزش‌های بیمار و خانواده: برنامه مراقبتی بر پایه گفتگوی صادقانه، احترام به استقلال و همکاری مستمر با بیمار و خانواده، و بر اساس ترجیحات و اهداف منحصربه‌فرد آنان طراحی می‌شود(۲۱, ۲۸, ۲۹). چهارچوب بین‌رشته‌ای و تیمی :ارائه مراقبت مؤثر مستلزم همکاری تیمی متشکل از تخصص‌های مکمل (پرستاری زخم و تسکینی، پزشکی، روانشناسی، تغذیه) است(۱, ۱۴, ۲۱, ۳۰) .

مورد نمونه (Model Case): برای تجسم عینی مفهوم، مورد نمونه فرضی زیر ارائه می‌شود که تمامی ویژگی‌های پنج‌گانه فوق را به وضوح نمایان می‌سازد(۹, ۲۱, ۲۵) : «بیمار ۶۵ ساله‌ای با سرطان پستان متاستاتیک و زخم بدخیم قارچی پیشرونده در ناحیه قفسه سینه، از درد شدید، ترشح بدبو و احساس شرم و انزوای اجتماعی رنج می‌برد. تیم مراقبت متشکل از پرستار زخم، پزشک و روانشناس، پس از چند جلسه گفتگوی مشترک با بیمار و دخترش، درمی‌یابند که اولویت اصلی بیمار، کنترل درد و بو به منظور حضور در مراسم عروسی نوه‌اش و حفظ ظاهر فردی است. برنامه مراقبتی شامل تنظیم رژیم دارویی مسکن، استفاده از پانسمان‌های جاذب کربنی فعال، مشاوره روانشناختی و تهیه لباس‌های ویژه برای پوشش زخم تدوین می‌گردد. این برنامه به صورت هفتگی بازنگری شده و در نهایت منجر به کنترل قابل توجه علائم، افزایش مشارکت اجتماعی بیمار و احساس بهبود کیفیت زندگی در وی می‌شود».

مورد مرزی (Borderline Case): موارد مرزی وضعیت‌هایی هستند که تنها بخشی از ویژگی‌های تعریف‌کننده را دارا می‌باشند (۱, ۳۱): «بیماری با زخم پای دیابتی نوروایسکمیک مزمن که علی‌رغم درمان‌های استاندارد پیشرفته طی شش ماه بهبودی حداقلی داشته است. تیم درمان گرچه به مدیریت درد پرداخته، اما همچنان بر پروتکل‌های تهاجمی التیام‌محور اصرار دارد و گفتگوی ساختاریافته‌ای با بیمار درباره تغییر اهداف مراقبت به سمت تسکین علائم و بهبود کیفیت زندگی، به‌ویژه با توجه به بار سنگین درمان، انجام نداده است. در این حالت، هرچند زخم «به‌سختی التیام‌پذیر» است و مدیریت درد انجام می‌شود، اما فقدان رویکرد «مشارکتی در تعیین هدف» و «پذیرش تغییر پارادایم»، این مراقبت را در مرز بین مراقبت زخم سنتی و مراقبت تسکینی قرار می‌دهد».

مورد متضاد (Contrary Case): موارد متضاد، سناریوهایی هستند که اصولا در تقابل با ماهیت مفهوم قرار دارند(۱, ۲۷, ۳۲): «بیمار سالمندی با سرطان مری پیشرفته و امید به زندگی کوتاه، که از زخم فشاری شدید در ناحیه ساکرال رنج می‌برد. تیم جراحی، بدون ارزیابی جامع از وضعیت کلی بیمار، تحمل‌پذیری وی یا گفتگو با خانواده، اقدام به دبریدمان جراحی گسترده و تهاجمی می‌نماید. این عمل منجر به افزایش درد، بستری طولانی‌مدت درICU، عفونت ثانویه و محروم شدن بیمار از امکان سپری کردن روزهای پایانی در کنار خانواده می‌شود. در این رویکرد، «التیام بافت زخم» به عنوان تنها هدف مطلق در نظر گرفته شده و کلیه اصول مراقبت تسکینی شامل «اولویت کیفیت زندگی»، «احترام به خودمختاری بیمار» و «مدیریت علائم» به طور کامل نادیده انگاشته شده‌اند».

پیش‌نیازها :(Antecedents)پیش‌نیازها، شرایط ضروری برای ظهور و کاربست مفهوم هستند(۱, ۲۱, ۲۶, ۳۳, ۳۴). وجود یک زخم پیچیده با پیش‌آگهی التیام نامطلوب: حضور زخم مزمن، پیشرونده یا مرتبط با بیماری زمینه‌ای پیشرفته که التیام آن غیرممکن، غیرعملی یا مستلزم بار درمانی غیرمتناسب است. بار قابل توجه علائم و پریشانی: زخم می‌بایست عامل ایجاد رنج فیزیکی (مانند درد مقاوم) یا پریشانی روانی–اجتماعی (نظیر انزوای ناشی از بوی بد) برای بیمار یا خانواده باشد. تصمیم آگاهانه برای تغییر پارادایم مراقبت: نیاز به یک فرآیند تصمیم‌گیری مشترک و آگاهانه میان تیم درمان، بیمار و خانواده برای جابجایی هدف اصلی از «درمان با قصد التیام» به «مراقبت با قصد تسکین و بهبود کیفیت زندگی». دسترسی به دانش و منابع تخصصی : وجود زیرساخت‌های

لازم شامل تیم آموزش‌دیده مراقبت تسکینی و زخم، دسترسی به محصولات پانسمان تخصصی و داروهای لازم برای کنترل علائم. بیماری زمینه‌ای محدودکننده حیات یا پیشرونده: ابتلای بیمار به بیماری جدی که بهبودی زخم را به شدت تحت تأثیر قرار داده و افق زمانی را محدود می‌سازد.

پیامدها :(Consequences) پیامدها، نتایج مطلوب و مورد انتظار حاصل از اجرای صحیح مفهوم هستند (۱, ۲۱, ۲۷, ۲۸, ۳۵). برای بیمار: کاهش معنادار رنج ناشی از علائم فیزیکی؛ ارتقای کیفیت زندگی و احساس رفاه؛ حفظ کرامت، استقلال و حس کنترل؛ کاهش پریشانی روانی و انزوای اجتماعی؛ و امکان تجربه مرگی آرام. برای خانواده و مراقبین: کاهش بار مراقبتی و استرس عاطفی؛ افزایش رضایت از کیفیت مراقبت ارائه‌شده؛ دریافت حمایت و راهنمایی. برای نظام سلامت: تخصیص عادلانه‌تر و اخلاقی‌تر منابع با پرهیز از مداخلات تهاجمی بی‌فایده؛ بهبود هماهنگی و تداوم مراقبت. برای روند بالینی: پیشگیری از عوارض ناخواسته و دردناک؛ دستیابی به یک وضعیت زخم پایدار و قابل مدیریت.

تعریف عملیاتی نهایی (Final Operational Definition): بر اساس یافته‌های مراحل پیشین، تعریف عملیاتی زیر به عنوان نتیجه نهایی این تحلیل مفهوم پیشنهاد می‌گردد (۹, ۱۴). مراقبت تسکینی زخم، یک فلسفه و رویکرد نظام‌مند مراقبتی است که در پاسخ به زخم‌های پیچیده مرتبط با بیماری‌های پیشرونده و محدودکننده حیات به کار گرفته می‌شود. این رویکرد، با پذیرش واقع‌بینانه امکان عدم التیام زخم، هدف غایی خود را نه بر بسته شدن زخم، بلکه بر به حداکثر رساندن کیفیت زندگی، کاهش رنج و حفظ کرامت بیمار و حمایت از خانواده وی متمرکز می‌سازد. اجرای آن مستلزم: (۱) مدیریت فعال و یکپارچه علائم آزاردهنده فیزیکی زخم؛ (۲) اتخاذ نگاهی کلی‌نگر به ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی تاثیر زخم؛ (۳) طراحی مشارکتی برنامه مراقبت بر مبنای ارزش‌ها و ترجیحات بیمار و خانواده؛ و (۴) همکاری یک تیم بین‌رشته‌ای آموزش‌دیده است. این مراقبت، که می‌تواند در کنار درمان‌های تعدیل‌کننده بیماری نیز ارائه شود، در تمامی مراحل بیماری‌های جدی و در انواع محیط‌های مراقبتی قابل اجرا است ». خلاصه تمامی موارد فوق در جدول شماره ۱ ذکر شده است.

نتیجه گیری

تحلیل مفهوم حاضر با به‌کارگیری روش نظام‌مند واکر و آوانت، با هدف شفاف‌سازی ساختار مفهومی «مراقبت تسکینی زخم» انجام شد. یافته‌های این تحلیل، تعریف عملیاتی یکپارچه‌ای را ارائه می‌دهد که مفهوم را به‌عنوان یک فلسفه و رویکرد نظام‌مند مراقبتی متمایز می‌سازد که فراتر از یک مجموعه اقدامات فنی است(۱, ۳۶) پنج ویژگی تعریف‌کننده استخراج‌شده، تغییر هدف به سمت بهزیستی، مدیریت علائم، کلی‌نگری، مشارکت بیمار و خانواده، و رویکرد بین‌رشته‌ای، هسته مفهومی مراقبت تسکینی زخم را تشکیل می‌دهند. این ویژگی‌ها در تعامل پویا با یکدیگر، ماهیت چندبعدی و پارادایم‌شکن این مراقبت را نشان می‌دهند. تأکید بر تغییر هدف غایی از التیام زخم به بهزیستی بیمار، مهم‌ترین تمایز این مفهوم از مراقبت زخم مرسوم است (۱۹, ۲۰, ۲۴). این تغییر، صرفا یک تعدیل تاکتیکی نیست، بلکه بازتاب یک تحول فلسفی عمیق در مراقبت است که در آن «التیام فرد» بر «التیام بافت» اولویت می‌یابد (۲۷, ۳۲). ویژگی دوم، یعنی مدیریت فعال علائم آزاردهنده، عملیاتی‌سازی این هدف را ممکن می‌سازد و نشان می‌دهد که مراقبت تسکینی زخم یک رویکرد «منفعل» یا «کناره‌گیر» نیست، بلکه مداخله‌ای فعال و فنی برای تسکین رنج است(۹, ۲۵). سه ویژگی دیگر، یعنی کلی‌نگری، مشارکت و رویکرد بین‌رشته‌ای، سازوکار اجرایی این مداخله را شکل می‌دهند. در این چارچوب، کلی‌نگری به عنوان فلسفه پایه، مشارکت بیمار و خانواده به عنوان محور اصلی، و همکاری تیمی بین‌رشته‌ای به عنوان روش کار، امکان ارائه مراقبتی یکپارچه را فراهم می‌کنند(۱۷, ۲۵). مورد نمونه طراحی شده به‌وضوح نشان می‌دهد که چگونه این ویژگی‌ها در عمل بالینی با هم تلفیق می‌شوند تا نتایج معناداری برای بیمار ایجاد کنند. تعریف عملیاتی ارائه‌شده در این تحلیل، همسو و در عین حال تکمیل‌کننده تعاریف پیشین است. این تعریف، تعاریف کلان‌نگر (مانند تعریف فرریس و همکاران (۲۰) که بر «کاهش رنج و بهبود کیفیت زندگی» تأکید دارد و تعاریف کاربردی‌تر (مانند تعریف چانگ و همکاران(۲۱) که بر شایستگی‌های پرستاری در یک محیط خاص متمرکز است) را در یک چارچوب منسجم ادغام می‌کند. تأکید این تحلیل بر «پذیرش واقع‌بینانه امکان عدم التیام» به‌عنوان یک پیش‌نیاز، گامی فراتر از تعاریف توصیفی رفته و یک مؤلفه قضاوتی و اخلاقی را به مفهوم می‌افزاید، که در کارهای نویسندگانی مانند هوگز و همکاران(۲۷) و نالز (۲۸)نیز مورد تأکید قرار گرفته است. همچنین، استخراج پیش‌نیاز «تصمیم برای تغییر پارادایم»، بر اهمیت فرآیندهای ارتباطی و تصمیم‌گیری مشترک که در مطالعات اخیر مانند پرامود(۲۹) و نالز(۲۸)پررنگ شده است، صحه می‌گذارد. این تحلیل از طریق ارائه موارد مرزی و متضاد، به شفافیت مرزهای مفهوم کمک می‌کند. مورد مرزی نشان می‌دهد که مدیریت علائم به تنهایی، بدون تغییر در هدف و فرآیند مشارکتی، برابر با مراقبت تسکینی کامل نیست. این موضوع لزوم بازآموزی و تغییر نگرش در متخصصان مراقبت زخم را نشان می‌دهد(۲۲, ۲۴). مورد متضاد نیز هشداردهنده‌ترین پیامد نادیده گرفتن این پارادایم، یعنی افزایش رنج بیمار تحت عنوان «درمان»، را به تصویر می‌کشد(۳۲).

نقطه قوت اصلی این مطالعه ، رویکرد سیستماتیک و جامع آن در گردآوری و اطلاعات گسترده و متنوع در این حوزه است. استفاده

همزمـان از مقـالات مـروری، مطالعـات کیفـی و کمّـی و اسـناد اجماعـی ، ابعـاد مختلـف مفهـوم را پوشـش داده اسـت. همچنیـن، سـاخت مـوارد نمونـه، مـرزی و متضـاد بـر اسـاس داده‌هـای واقعـی مقـالات، بـه عینیـت و کاربـردی بـودن تحلیـل افـزوده اسـت. بـا ایـن حـال، مطالعـه حاضـر بـا محدودیت‌هایـی نیـز همـراه بـود . اول اینکـه بـا وجـود بررسـی جامـع، برخـی متـون منتشرشـده بـه زبان‌هـای غیرانگلیسـی یـا در مجـلات کمتـر در دسـترس یـا نبـود متـن کامـل ، وارد بررسـی نشـدند. تمرکـز اصلـی منابـع بـر زخم‌هـای بدخیـم و در سـنین بـالا بـود. بنابرایـن، کاربـرد مفهـوم در سـایر زخم‌هـای مزمـن غیرسـرطانی (ماننـد زخم‌هـای عروقـی پیشـرفته) در مراحـل زودتـر بیمـاری، نیـاز بـه بررسـی بیشـتر دارد . همچنیـن تحلیـل مفهـوم ذاتـا یـک روش نظـری اسـت و اگرچـه تعریـف عملیاتـی ارائـه می‌دهـد، ولـی اعتبارسـنجی تجربـی ایـن تعریـف و مؤلفه‌هـای آن نیازمنـد پژوهش‌هـای بیشـتر اسـت.

یافته‌هـای ایـن مطالعـه، نیازهـا را در سـه حـوزه عمـل بالینـی، آموزش و پژوهـش آشـکار سـاخت. در عرصـه بالینـی، چارچـوب ویژگی‌هـای تعریف‌کننـده و تعریـف عملیاتـی تدوین‌شـده، مـی توانـد پایـه‌ای بـرای ایجـاد راهنماهـای بالینـی بومـی، ابزارهـای ارزیابـی و نظـام مستندسـازی در محیط‌هـای بیمارسـتانی و مراقبـت در منـزل فراهـم باشـد. ایـن تحلیـل، ضـرورت ایجـاد سـازوکارهای سـاختاریافته بـرای همـکاری بین‌رشـته‌ای، نظیـر کلینیک‌هـای تخصصـی مشـترک زخـم و تسـکین، را برجسـته مـی نمایـد. در حـوزه آمـوزش، نیـاز بـه ادغـام اصـول مراقبـت تسـکینی زخـم در برنامه‌هـای درسـی رشـته‌های پزشـکی، پرسـتاری و پیراپزشـکی مشـهود بـود. ایـن آموزش‌هـا بایـد از تمرکـز صـرف بـر تکنیک‌هـای پانسـمان فراتـر رفتـه و بـر تقویـت مهارت‌هـای ارتباطـی بـرای گفتگـوی شـفاف دربـاره اهـداف مراقبـت، ارزیابـی جامـع بیمـار و ملاحظـات اخلاقـی تأکیـد نمایـد. همچنیـن توسـعه برنامه‌هـای آموزشـی مسـتمر بـرای پرسـتاران بـه عنـوان یـک نیـاز ضـروری اسـت. در حـوزه پژوهـش، طراحـی و اعتباربخشـی ابزارهـای اندازه‌گیـری کیفیـت مراقبـت و بـار علائـم از دیـدگاه بیمـار، انجـام مطالعـات مداخلـه‌ای بـرای سـنجش اثربخشـی مدل‌هـای مراقبـت تیمـی بین‌رشـته‌ای، اجـرای پژوهش‌هـای کیفـی بـرای واکاوی تجربـه زیسـته بیمـاران و خانواده‌هـا در بافت‌هـای فرهنگـی مختلـف، و در نهایـت انجـام مطالعـات تحلیـل اقتصـادی بـرای ارزیابـی مقرون‌به‌صرفه‌بـودن ایـن رویکـرد در مقایسـه بـا مراقبت‌هـای صرفـاً التیام‌محـور توصیـه میگـردد.

یافته‌هـای ایـن مطالعـه، مراقبـت تسـکینی زخـم را به‌عنـوان یـک رویکـرد ضـروری، پیچیـده و متمایـز در مدیریـت زخم‌هـای مرتبـط بـا بیماری‌هـای پیشـرونده معرفـی کـرد. ایـن پژوهـش بـا تبییـن ویژگی‌هـای اصلـی، پیش‌نیازهـا و پیامدهـای ایـن مفهـوم، چارچـوب نظـری منسـجمی بـرای درک، آمـوزش و اجـرای آن فراهـم مـی سـازد. پذیـرش مراقبـت تسـکینی زخـم نـه به‌مثابـه یـک شکسـت درمانـی، بلکـه نشـان‌دهنده بلـوغ رویکـرد پزشـکی و تعهـد عمیق‌تـر بـه اصـول اساسـی مراقبـت تسـکینی شـامل حفـظ کرامـت، تسـکین رنـج و تمرکـز بـر ارزش انسـانی بیمـار اسـت. در پایـان، پژوهش‌هـای آینـده بایـد بـر عملیاتی‌سـازی، ارزیابـی و بهبـود مدل‌هـای کاربـردی ایـن مفهـوم متمرکـز گردنـد.

تشکر و قدردانی

از کلیه همکاران شرکت کننده در این پژوهش کمال تشکر و قدر دانی را دارم

References

1.Sezgin D, Geraghty J, Graham T, Blomberg K, Charnley K, Dobbs S, et al. Defining palliative wound care: A scoping review by European Association for Palliative Care wound care taskforce. Journal of tissue viability. 2023;32(4):627-34.
2.Liao S, Arnold RM. Wound care in advanced illness: application of palliative care principles. Journal of Palliative Medicine. 2007;10(5):1159-60.
3.Probst S, Montero EC, Kottner J, Ryan H, Gethin G. Pressure ulcers are the most frequent wound aetiologies requiring a palliative wound care approach: results of an international survey. Journal of wound management. 2025;26(2):94-9.
4.Ferris A, Price A, Harding K. Pressure ulcers in patients receiving palliative care: a systematic review. Palliative medicine. 2019;33(7):770-82.
5.Ffrench C, Finn D, Velligna A, Ivory J, Healy C, Butler K, et al. Systematic review of topical interventions for the management of pain in chronic wounds. Pain reports. 2023;8(5):e1073.
6.Ivory JD, Finn DP, Vellinga A, Butler K, Sezgin D, O'Loughlin A, et al. Topical interventions for the management of pain in chronic wounds: A protocol for a systematic review. HRB Open Research. 2022;5:58.
7.Gethin G, Vellinga A, McIntosh C, Sezgin D, Probst S, Murphy L, et al. Systematic review of topical interventions for the management of odour in patients with chronic or malignant fungating wounds. Journal of tissue viability. 2023;32(1):151-7.
8.Butler K, Vellinga A, Ivory JD, Cunningham S, Joshi L, Oommen A, et al. Systematic review of topical interventions for the management of odour in patients with chronic wounds or malignant fungating wounds: a study protocol. HRB Open Research. 2021;4(124):124.
9.Nigrelli D, Gambalunga F, Anastasi G, Peghetti A, Durante S, Giusti M, et al. Malignant fungating wounds assessment in palliative care: a scoping review. Frontiers in Public Health. 2025;13:1602493.
10.Alexander S. Malignant fungating wounds: epidemiology, aetiology, presentation and assessment. Journal of wound care. 2009;18(7):273-80.
11.Savage P, Murphy-Kane P, Lee CT, Chung CS-L, Howell D. Validation of the malignant wound assessment tool–research (MWAT-R) using cognitive interviewing. Canadian Oncology Nursing Journal. 2019;29(2):97.
12.Schulz V, Kozell K, Biondo P, Stiles C, Tonkin K, Hagen N. The malignant wound assessment tool: a validation study using a Delphi approach. Palliative Medicine. 2009;23(3):266-73.
13.McDonald A, Lesage P. Palliative management of pressure ulcers and malignant wounds in patients with advanced illness. Journal of palliative medicine. 2006;9(2):285-95.
14.Tilley C, Lipson J, Ramos M. Palliative wound care for malignant fungating wounds: holistic considerations at end-of-life. Nursing Clinics. 2016;51(3):513-31.
15.Erfurt-Berge C, Ronicke M, Richter-Schmidinger T, Walther F, Renner R. Quality of life assessment in family members of patients with chronic wounds. European Journal of Dermatology. 2019;29(5):484-9.
16.Walker LO, Avant KC. Strategies for theory construction in nursing: Pearson/Prentice Hall Upper Saddle River, NJ; 2005.
17.Taniguchi RN, Levine J. Palliative Care and Chronic Wounds: A Scoping Review. Journal of Pain and Symptom Management. 2025;69(5):e610-e1.
18.Emmons KR, Lachman VD. Palliative wound care: a concept analysis. Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing. 2010;37(6):639-44.
19.Alvarez OM, Kalinski C, Nusbaum J, Hernandez L, Pappous E, Kyriannis C, et al. Incorporating wound healing strategies to improve palliation (symptom management) in patients with chronic wounds. Journal of Palliative Medicine. 2007;10(5):1161-89.
20.Ferris FD, Al Khateib AA, Fromantin I, Hoplamazian L, Hurd T, Krasner DL, et al. Palliative wound care: managing chronic wounds across life's continuum: a consensus statement from the International Palliative Wound Care Initiative.

Journal of Palliative Medicine. 2007;10(1):37-9.
21.Chang SO, Choi Y-R, Kim D, Lee Y-N. Empowering Palliative Wound Care in Long-Term Care Facilities: A Comprehensive Nursing Competency for Palliative Wound Care. Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing. 2024;31(4):480-93.
22.Koumaki D, Kostakis G, Boumpoucheropoulos S, Ioannou P, Katoulis AC. A narrative review of management of wounds in palliative care setting. Annals of Palliative Medicine. 2023;12(5):1089105-1105.
23.Grocott P, Browne N, Richardson A. Palliative wound care: optimising the use of classification systems. Advances in Palliative Medicine. 2004;3(1):45-56.
24.McManus J. Principles of skin and wound care: the palliative approach. End Life Care. 2007;1(1):8-19.
25.Graves ML, Sun V. Providing quality wound care at the end of life. Journal of Hospice & Palliative Nursing. 2013;15(2):66-74.
26.White D, Kondasinghe S. Managing a malignant wound in palliative care. Wound Practice & Research: Journal of the Australian Wound Management Association. 2022;30(3):150-7.
27.Hughes RG, Bakos AD, O'Mara A, Kovner CT. Palliative wound care at the end of life. Home Health Care Management & Practice. 2005;17(3):196-202.
28.Nalls V. Non-Healable Wounds and Palliative Wound Care: Conversations Are Key. Caring for the Ages. 2025;26(1):12-3.
29.Pramod S. Healthcare demands and patient expectations of palliative wound care. Wounds. 2024;20(4):30.
30.Finley T. The implementation of the 'Malignant Fungating Wound Guidelines and Pathway'and its evaluation. Journal of Wound Care. 2025;34(6):398-410.
31.Jais S. Various types of wounds that diabetic patients can develop: a narrative review. Clinical Pathology. 2023;16:2632010X231205366.
32.Hotaling P, Black J. Ten top tips: palliative wound care. Wounds International. 2018;9(3):16-20.
33.Gethin G, Kottner J, Lamza A, Meaume S, Megal C, Conde Montero E, et al. Palliative wound care: recommendations for the management of wound-related symptoms. Journal of wound management. 2025;26(1):S1-S40.
34.Lee Y-N, Chang SO. How do wound care nurses structure the subjective frame on palliative wound care? A Q-methodology approach. BMC nursing. 2022;21(1):119.
35.Pagnamenta F, Michaels V, Desjardin C. Complexities of conducting dressing selection research for malodourous fungating wounds. Wounds. 2025;21(3):28.
36.mahmodi. sgh. Analysis of the concept of pressure ulcer care in home care patients with Walker and Avants approach. Journal of Nurse and Physician within War. 2021;Spring 2021:40-9.