

واضح سازی مفهوم مراقبت تسکینی در بیماران مبتلا به انسداد مزمن ریه:

یک مطالعه تحلیل مفهوم

نرجس حشمتی فرا، عباس حیدری*^۲

۱. دانشجوی دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد،

ایران

۲. گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

چکیده

زمینه و هدف: مراقبت تسکینی رویکرد مفیدی برای غلبه بر علائم بیماری و ارتقاء کیفیت زندگی در مبتلایان به بیماری مزمن انسدادی ریه است. این مراقبت به اندازه کافی در عمل اجرا نمی‌شود یا صرفاً برای بیماران مبتلا به سرطان انجام می‌شود. علاوه بر این چالش‌های زیادی درباره این مفهوم وجود دارد. پژوهش حاضر با هدف تحلیل مفهوم مراقبت تسکینی در بیماران مبتلا به انسداد مزمن ریه انجام شد.

روش‌ها: مطالعه حاضر با رویکرد واکر و آوانت در هشت مرحله با جستجو مطالعات از پایگاه‌های معتبر با استفاده از کلیدواژه‌های "chronic obstructive pulmonary disease", "integrated Palliative care", "COPD palliative care" انجام شد. معیارهای ورود مقالات معتبر انگلیسی بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۲ بود. در نهایت ۹ مقاله مرتبط با مفهوم، مورد تحلیل قرار گرفت.

نتایج: مراقبت تسکینی در بیماران مبتلا به انسداد مزمن ریه مفهوم پیچیده و چند بعدی است. ضعف تدریجی و پیشرونده ناشی از بیماری مزمن، اقدامات درمانی غیر موثر، وابستگی جسمانی به مراقبت از خود، ترس از مرگ و جدایی قریب الوقوع از اعضای خانواده، رنج جسمی، روحی و روانی، نیاز به مراقبت تسکینی را برای این بیماران و خانواده آن‌ها ضروری می‌سازد، در نتیجه نیاز به حمایت مستمر از تیم چند رشته‌ای تا هنگام مرگ و پس از آن را می‌طلبد.

نتیجه‌گیری: تعریف مفهومی به دست آمده از مراقبت تسکینی در بیماران انسدادی مزمن ریه، می‌تواند به تیم سلامتی در شناخت بیشتر این مفهوم در جهت ایجاد آسایش و رفاه بیمار و خانواده از طریق کنترل و تسکین علائم، بهبود کیفیت زندگی و نهایتاً مرگ با عزت کمک نماید.

کلید واژه‌ها:

تحلیل مفهوم، مراقبت تسکینی، بیماری مزمن انسدادی ریه، عملکرد پرستاری، واکر و آوانت

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه محفوظ است.

مقدمه

بیماری مزمن انسدادی ریه ۱ (COPD) بیماری محدود کننده حیات با سیر بیماری غیر قابل پیش بینی است (۱). فراگیرترین بیماری مزمن تنفسی و عامل اصلی بار بیماری در جهان است (۲). بار علائم بالای بیماری که به مرور زمان بدتر می شود باعث افت تدریجی عملکرد کلی، از دست دادن استقلال در فعالیت های زندگی روزمره و کاهش کیفیت زندگی می شود (۳).

بیماری مزمن انسدادی ریه با دوره هایی از علائم حاد، متغیر و عود کننده همراه است که وضعیت سلامت و عملکرد روزانه را وخیم تر می کند. این بیماران مشکلات زیادی از جمله تنگی نفس، سرفه های مکرر، افزایش موکوس، درد، بی خوابی، خستگی، اضطراب، افسردگی را تجربه می کنند، که در میان آنها تنگی نفس یک ویژگی بالینی کلیدی است (۴). تنگی نفس منجر به محدودیت فعالیت و در نتیجه انزوای اجتماعی در بیماران مبتلا به COPD می شود (۵). شیوع بالای علائم جسمی و مشکلات روانی در COPD با بار علائم گزارش شده در جمعیت سرطان ریه قابل مقایسه یا بدتر از آن است (۳).

با هدف کاهش تأثیر گسترده بیماری بر کیفیت زندگی بیماران، سازمان بهداشت جهانی مراقبت تسکینی^۲ را به عنوان راهکاری برای ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری های صعب العلاج و تهدیدکننده زندگی^۳ و خانواده آنها که از زمان تشخیص بیماری تا پس از مرگ تمرکز دارد، تعریف کرده است. تعریفی که مطمئناً مراقبت از بیماران COPD را هم شامل می شود. از دیدگاه WHO این مراقبت باید شامل رویکردی باشد که کیفیت زندگی بیماران و خانواده های آنها را به واسطه پیشگیری یا برطرف نمودن دردهای آنان، با تشخیص زودرس، ارزیابی کامل و درمان درد و سایر مشکلات (جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) بهبود بخشد (۶). اما این مراقبت متأسفانه به اندازه کافی در عمل اجرا نمی شود یا صرفاً برای بیماران مبتلا به سرطان انجام می شود (۳).

طبق آمار WHO، سالانه ۴۰ میلیون نفر به دلیل بیمارهای محدود کننده زندگی، نیازمند مراقبت تسکینی هستند، با این حال تنها ۱۴٪ از این بیماران به ارائه مراقبت های تسکینی دسترسی دارند و از آن بهره مند می شوند (۷). این موضوع احتمالاً ناشی از درک ناکافی از مفهوم مراقبت تسکینی است و علاوه بر این ریشه در مدل سنتی مراقبت تسکینی^۴ می باشد که آن را منحصرراً در روزهای آخر زندگی و برای بیماران سرطانی مرتبط می دانست. این تصورات غلط مانع از اجرای مراقبت تسکینی برای بیماران COPD می شود (۸). در حالی که دیدگاه جدید مراقبت تسکینی^۵ علم و هنر ارتقاء کیفیت زندگی برای تمام بیمارانی است که مراقبت درمانی پاسخگو نمی باشد و مراقبت نه تنها در مراحل آخر زندگی بلکه از ابتدای تشخیص بیماری در جهت کمک برای رویارویی با علائم بیماری در طی سالیان طولانی با یک بیماری مزمن است (۹).

با توجه به اینکه مفهوم مراقبت تسکینی در این بیماران همچنان مبهم است و مورد بررسی قرار نگرفته است. لذا تعریف روشنی از مراقبت تسکینی برای بیماران COPD مورد نیاز است. لذا این مطالعه با هدف دستیابی به مفهوم واضح تر و روشن تری از مفهوم مراقبت تسکینی در بیماران مبتلا به COPD و ویژگی های آن با استفاده از رویکرد نظام مند Walker & Evant انجام شده است.

تحلیل مفهوم

توسعه مفهوم پیش نیاز ضروری برای بسط و توسعه دانش پرستاری و دیگر تیم های سلامتی است. تحلیل مفهوم، استفاده صحیح از مفهوم در نظر گرفته شده را در جهان واقعی تضمین می کند (۱۰). پرستاری امروزه نیاز به درک مفاهیم درون رشته ای براساس زمینه حرفه ای خود دارد. واکر و آوانت، فعالیت هایی چون ساخت، مشتق کردن و تحلیل مفاهیم را

4. traditional model palliative care

5. Integrated palliative care

1. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)

2. Palliative care

3. Life-threatening illness

از کارهای پایه و اساسی درگسترش تئوری های پرستاری می‌دانند (۱۱).
 تحلیل مفهوم با رویکردهای مختلفی از جمله رویکرد Wilson ، Walker & Evant , Morse, Rogers, Norris انجام می‌شود. این رویکردها از نظر روش و هدف با یکدیگر تفاوت دارند. عوامل تعیین کننده در انتخاب رویکرد مناسب، حوزه مورد علاقه و هدف تحلیل است (۱۲). در این مطالعه از روش هشت مرحله ای واکر و آوانت به علت سهولت استفاده و رویکرد ساده آن استفاده شد، زیرا با وجود انجام مطالعات مختلف در زمینه مراقبت تسکینی، بیشتر تعریف و کاربرد آن برای بیماران مبتلا به سرطان است و تعریف رضایت بخش و واضحی برای این مفهوم در پرستاری یافت نشد. لذا با توجه به هدف مطالعه و اهمیت مفهوم مراقبت تسکینی در بیماران مبتلا به انسداد مزمن ریه مطالعه حاضر قصد دارد با تحلیل این مفهوم به واضح تر شدن و کاهش ابهامات آن کمک کند. هشت مرحله این رویکرد شامل: انتخاب یک مفهوم، تعیین هدف یا اهداف تحلیل، شناسایی تمام کاربردهای مفهوم تحلیل شده، تعیین تمام ویژگی‌های تعریف شده از مفهوم، ساخت نمونه‌های مدل^۱، مرزی^۲، مرتبط^۳، مخالف^۴ و مشخص کردن پیشایندها و پیامدها^۵ و تعریف ارجاعات تجربی^۶ است (۱۰).

روش‌ها

این مطالعه در سال ۱۴۰۰ به منظور واضح سازی، تعریف و تعیین ویژگی‌ها و مشخصات مفهوم مراقبت تسکینی در بیماران مبتلا به COPD به صورت مروری با استفاده از رویکرد واکر و آوانت انجام شد. برای دستیابی به مقالات مرتبط با مفهوم، گام‌های پریزما^۷ مورد استفاده قرار گرفت. بدین منظور کلید واژه‌های مرتبط شامل " chronic "Palliative care " obstructive pulmonary disease " , integrated palliative AND) Boolean operator با استفاده از "COPD" , care" , و (OR) با هم ترکیب شدند و در پایگاه های اطلاعاتی

مراقبت تسکینی و زبان انگلیسی مقالات بود. معیارهای خروج نیز شامل نامه به سردبیر، مقالات غیرمرتبط و به زبان‌های دیگر از مطالعه خارج شدند. تعداد ۱۲۵ مقاله در جستجوی اولیه یافت شدند که در نهایت ۹ مقاله وارد آنالیز مفهوم نهایی شدند. به منظور انجام تحلیل مفهوم گام‌های زیر انجام گرفت.

گام اول: انتخاب مفهوم

ابتدایی ترین گام تحلیل مفهوم بر اساس رویکرد واکر و آوانت ، انتخاب مفهوم است. میزان اهمیت هر مفهوم خاص، به مجموعه‌ای از عوامل مختلف موجود در رشته و نیز مرزهای خارج از آن در طول زمان بستگی دارد. مفهومی مهم در نظر گرفته می‌شود که بیشتر مورد تأکید، مطالعه و بررسی قرار گیرد، لذا نیاز است بیشتر تحلیل شود و به طور واضح تری بیان گردد (۱۰).

اگرچه تعاریف نظری ارائه شده برای مراقبت تسکینی مرتبط هستند و بر اهمیت ادغام مراقبت تسکینی در مراقبت درمانی تأکید

1. Model case
2. Borderline case
3. Related case
4. Contrary case

5. Antecedents and Consequences
6. Empirical referents
7. prisma

است با شفاف سازی مفاهیم مبهم و گیج کننده و متمایز کردن یک مفهوم از مفاهیم مشابه اساسی برای توسعه مفهوم فراهم سازد (۱۷).

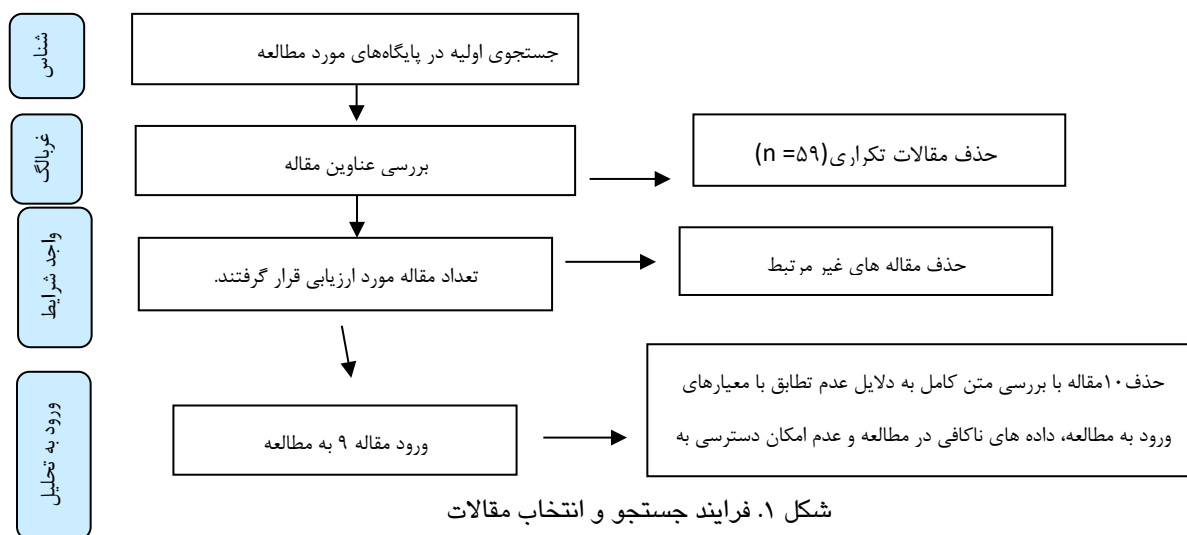
مفهوم مراقبت تسکینی در بیماران COPD مفهومی چند بعدی است که از پیچیدگی بالا برخوردار است (۱۸) که نیاز به شفاف سازی دارد. با روشن سازی مفهوم مراقبت تسکینی در بیماران COPD درک مشترکی برای کاربران این مفهوم فراهم می شود و منجر به توسعه مفهوم می شود.

بنابراین تحلیل مفهوم حاضر قصد دارد با واضح سازی مفهوم مراقبت تسکینی در بیماران COPD با استفاده از رویکرد واکر و آوانت ضمن تلاش برای کاهش ابهامات و یکپارچگی معنایی این مفهوم به افزایش ثبات در کاربرد این مفهوم در مقالات و مباحث مربوط به مراقبت تسکینی بیماران COPD و عمل پرستاری کمک کند. تبیین، تعریف و توصیف عملیاتی دقیق مفهوم مراقبت تسکینی در بیماران COPD، می تواند منبع و چارچوب مفیدی برای مربیان، محققین و تیم سلامت باشد. این تحلیل مفهومی در تلاشی برای دستیابی به این اهداف انجام شد.

می کنند، اما مهمترین مشکل در حال حاضر دیدگاه سنتی و تصورات نادرست در مورد مراقبت تسکینی است که آن را اولاً منحصر به روزهای آخر زندگی و ثانیاً محدود به بیماران سرطانی می داند (۸)، مطالعات کمی هم که در خصوص مراقبت تسکینی در ایران صورت گرفته، در بیماران مبتلا به سرطان بوده است (۱۳-۱۵)، به نظر می رسد در خصوص تعریف دقیق این مفهوم در بیماران COPD ابهام وجود دارد و این مفهوم در پرستاری مورد شناسایی قرار نگرفته است. لذا، با توجه افزایش روزافزون جمعیت بیماران COPD (۱۶) و نیاز به تسکین علائم و ارتقاء کیفیت زندگی در این بیماران ضروری است این مفهوم و ابعاد گوناگون آن مورد تحلیل قرار گیرند. علاوه بر این دانستن یک تعریف مشخص از مفهوم به تصمیم گیری تیم مراقبتی در ارائه خدمت مناسب به این بیماران کمک خواهد کرد.

گام دوم: اهداف تحلیل مفهوم

برای تحلیل مفهوم دلایل زیادی ذکر شده است. ممکن است هدف از انجام تحلیل بررسی ساختارهای درونی یک مفهوم پیچیده و شناسایی اجزای تشکیل دهنده آن باشد تا بدین طریق قدرت اکتشافی مفهوم افزایش پیدا کند (۱۰). همچنین تحلیل مفهوم قادر



شکل ۱. فرایند جستجو و انتخاب مقالات

این مرحله کاربرد مفهوم تنها به یک جنبه محدود نمی شود و همه جنبه های استفاده از مفهوم جستجو می شود (۱۰). اصطلاح palliative از "palliate" به معنای تسکین مشتق شده است. در فرهنگ لغت انگلیسی palliate یک فعل متعدی است که به معنای "کمتر کردن بیماری، بدون از بین بردن علت آن" است.

نتایج

گام سوم: کاربردهای مفهوم مراقبت تسکینی در COPD

واکر و آوانت استدلال می کنند که به تصویر کشیدن نمای کلی، کاربردهای مفهوم مورد بررسی و درک غنی تر مفهوم و اعتبار بخشی به ویژگی های تعریف شده را امکان پذیر می سازد. در

قرار گرفته است. در زیر به طور جداگانه به این موارد پرداخته شده است.

طب تسکینی

اساس طب تسکینی در COPD، افزایش طول عمر این بیماران نیست بلکه بهبود علائم و ارتقاء کیفیت زندگی آنها است. با طب تسکینی دردها و آلام بیمار و خانواده‌اش کاهش خواهد یافت، زیرا بیماران در مرحله‌ای قرار می‌گیرند که نه درمان‌های بهبوددهنده روی آنها تاثیر می‌گذارند و نه بیمار و خانواده‌اش تاب و توانایی تحمل درد و رودرویی با بیماری را دارند (۲۳). در این صورت باید متخصصین طب تسکینی برای تسکین علائم این بیماری اقداماتی انجام دهند، لذا درمان‌های تخصصی و دارویی جهت کنترل علائم بیماری مانند؛ کاهش فوری درد، مدیریت تنگی نفس، کاهش ترشح موکوس، کاهش سرفه، بیخوابی، تهوع و استفراغ، ناراحتی‌های روان‌شناختی تجویز خواهد شد (۲۴).

مراقبت تسکینی

یک پرستار با تجربه و آموزش دیده مسئول ارائه خدمات مراقبت تسکینی به بیماران COPD می‌شود. برای دستیابی به مراقبت تسکینی موثر ضروری است که پرستار مسئول مراقبت تسکینی، از نیازها و ترجیحات بیماران مبتلا به COPD آگاه باشد (۲۵). در مروری بر مقالات، پرستاری مراقبت تسکینی شامل؛ توانبخشی ریوی^۲ مبتنی بر منزل (۲۶)، آموزش ترک سیگار و عوامل ایجاد بیماری (۲۵)، مراقبه^۳، یوگا^۴، آرام‌سازی^۵ (۲۷) و اصول رعایت رژیم غذایی و رژیم دارویی خاص بیماری (۲۸)، آموزش تمرینات کنترل تنگی نفس؛ پنکه دستی^۶، اسپری آب^۷ (۲۶)، قدم زدن^۸ و تنفس لب‌غنچه‌ای (۲۹) بود. مراقبت تسکینی از بیمار COPD با توجه به میزان پیچیدگی و تخصصی بودن در سطوح مراقبت اولیه و تخصصی ارائه می‌شود. علاوه بر این، مراقبت‌های مربوط به روزهای پایانی زندگی و مراقبت‌های پس از

از نظر ریشه‌شناسی، اولین رخداد ثبت شده کلمه "palliate" به اواخر قرن ۱۴ باز می‌گردد (۱۹). مفهوم مراقبت تسکینی از جنبش مدرن مراقبت از آسایشگاه^۱ از انگلستان در دهه ۱۹۶۰ رشد کرد (۲۰). تا اواسط دهه ۱۹۸۰، اصطلاح "مراقبت تسکینی" به جای مراقبت از "آسایشگاه" استفاده می‌شد و "به شدت با خدمات سرطان و دوره بلافاصله قبل از مرگ مرتبط بود". اما در اواسط دهه ۱۹۸۰ تا اوایل دهه ۱۹۹۰، مدل سرطان محور و محدود به زمان مراقبت از آسایشگاه و پایان عمر به چالش کشیده شد (۱۹). در تعریف WHO از مراقبت تسکینی منتشر شده در سال ۱۹۹۰ نشان داده شد: مراقبت تسکینی عبارت است از مراقبت کامل فعال از بیمارانی که بیماری آنها به درمان درمانی پاسخ نمی‌دهد. هدف مراقبت تسکینی دستیابی به بهترین کیفیت زندگی ممکن برای بیماران و خانواده‌هایشان است (۲۱). سازمان بهداشت جهانی مجدد تعریف مراقبت تسکینی را در سال ۲۰۰۲ اصلاح کرد و مراقبت تسکینی را به عنوان یک رویکرد تعریف کرد؛ مراقبت تسکینی کیفیت زندگی بیماران و خانواده‌هایشان را که با مشکلات مرتبط با بیماری‌های تهدید کننده زندگی مواجه هستند، از طریق پیشگیری و تسکین درد و رنج با شناسایی زودهنگام و ارزیابی و درمان بی‌عیب و نقص درد و سایر مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی و معنوی بهبود می‌بخشد. طبق این تعریف، اصول مراقبت تسکینی را به جمعیت وسیع‌تری گسترش می‌دهد که می‌توانند از دریافت این نوع مراقبت در اوایل بیماری خود بهره‌مند شوند. هیچ درمان خاصی از بررسی مستثنی نیست (۲۲).

استفاده از این مفهوم در میان رشته‌ها باید ارزیابی شود تا آنجا که ممکن است کاربردهای این اصطلاح شناسایی شود و بنابراین مفهوم‌سازی ویژگی‌ها ارائه شود. مراقبت تسکینی در COPD در زمینه‌های مختلفی از جمله پزشکی و پرستاری مورد بررسی

3.relaxation
4.Hand-held fans
5.water spray
6.Pacing

1.hospice care
2.pulmonary rehabilitation
3.meditation
2.yoga

اهداف مراقبت تسکینی بدون ارتباط موثر امکان پذیر نیست (۱۹)، (۳۳). دردهای روانی، عاطفی به ویژه ترس از مرگ در بیماران COPD وجود دارد. ارتباط موثر در یک محیط مناسب که بیماران بتوانند ترس‌ها، اضطراب‌ها، را بیان کنند، اساسی است (۳۲، ۳۵). (۳) حمایت از خانواده؛ یک ویژگی منحصر به فرد مراقبت تسکینی این است که هم بیمار و هم خانواده واحد مراقبت هستند. خانواده‌هایی که از بیماران مبتلا به بیماری‌های پیشرونده طولانی مراقبت می‌کنند با طیف وسیعی از مشکلات مانند ترس از دست دادن عزیزان، خستگی، اضطراب ناشی از تجویز داروها، بی‌سرپرست ماندن افراد، برنامه‌های تغییر یافته، از دست دادن هزینه و بار عاطفی مواجه می‌شوند. با پیشرفت بیماری به سمت پایان زندگی در زنجیره مراقبت تسکینی، حمایت خانواده به طور فزاینده‌ای حیاتی می‌شود. مراقبت تسکینی می‌تواند فرصتی را برای افراد و خانواده آنها فراهم کند تا مشکلات را مدیریت کنند و از حمایت‌های حرفه‌ای مانند مشاوره، مراقبت‌های موقت، مشاوره مالی و حمایت از سوگ بهره‌مند شوند (۱، ۲۴، ۳۴، ۳۶). (۴) رویکرد تیمی بین رشته‌ای؛ با توجه به غیرقابل پیش‌بینی بودن و پیچیدگی COPD، برای دستیابی به اهداف مراقبت تسکینی، به تلاش‌های هماهنگ پزشکان، پرستاران، روانشناسان، روانپزشکان، متخصصان تغذیه، فیزیوتراپیست‌ها، گفتاردرمانگران، مددکاران اجتماعی، داروسازان، مشاوران معنوی و سایرین نیاز است (۱، ۲۸، ۳۲، ۳۴).

اعضای مختلف تیم مراقبت تسکینی دیدگاه‌های متفاوتی را با توجه به تخصص‌های متنوع برای دستیابی به هدف مراقبت کامل و بیمار محور ارائه می‌کنند (۱).

گام پنجم: ساخت مدل

مورد مدل (نمونه):

مورد مدل یا نمونه یک مثال خالص از مفهوم مورد مطالعه بوده و باید واجد تمام ویژگی‌های مشخص‌کننده باشد (۳۷). "بیمار آقای ۵۶ ساله با بیماری مزمن انسدادی ریه در بیمارستان بستری شده است، عوارض فیزیولوژیکی مشاهده

فوت بیماران (مختص خانواده) نیز از موارد اساسی در مراقبت‌های تسکینی از این بیماران است (۲۵). با توجه به پیچیدگی مراقبت تسکینی از این بیماران، موثرترین شیوه رویکرد تیمی چند رشته‌ای^۱ شامل پزشک متخصص ریه، پرستار، مددکار اجتماعی، فیزیوتراپ، کارشناس تغذیه در برخورد با نیازهای روانی، اجتماعی، روحی و فیزیکی بیمار و خانواده‌اش است (۳۰).

گام چهارم: تعیین ویژگی‌های مفهوم

ویژگی‌های مشخص‌کننده مفهوم ویژگی‌هایی هستند که به بهترین نحو، مفهوم مورد نظر را توضیح می‌دهند (۱۱). به نقل از واکر و آوانت این ویژگی‌ها، در یک مفهوم بارها و بارها تکرار شده است (۱۰) و به محققان در افتراق مفهوم مورد نظر از مفاهیم مشابه کمک می‌کند (۳۱). مرور متون به چهار ویژگی مهم مراقبت تسکینی اشاره می‌کند:

(۱) مراقبت کامل، فعال و فردی بیمار (۳۲-۳۴): مدیریت جامع علائم از جنبه‌های مهم مراقبت تسکینی در بیمار COPD است (۳۲)، مراقبت کامل از بیمار مستلزم توجه به "درد و رنج" بیماران و مشکلات جسمی، عاطفی، اجتماعی، معنوی است (۳۳). همانطور که قبلاً اشاره شد، پیشرفت بیماری بدون شانس درمان منجر به بروز عوارض پیشرونده می‌شود. بنابراین در صورتی که بررسی جامع و کامل از هر بیمار صورت گیرد و هر چه زودتر مراقبت تسکینی در مراقبت درمانی ادغام شود، احتمال بهبود علائم و ارتقاء کیفیت زندگی آنها بیشتر خواهد بود (۳۲، ۳۴).

(۲) ارتباط موثر؛ بیمارانی با مشکل پیشرفته ریوی زندگی می‌کنند، عوارض و مرگ و میر بالایی را تجربه می‌کنند که منجر به نیازهای مراقبت تسکینی قابل توجهی می‌شود. مطالعات نشان می‌دهد که فراوانی، زمان و کیفیت ارتباط مراقبت‌های تسکینی بین پزشکان و این جمعیت ضعیف است (۳۲). بیماران، اعضای خانواده و سیستم مراقبت‌های بهداشتی زمانی سود خواهند برد که این نیازها به اندازه کافی مورد توجه قرار گیرند. دستیابی به

7. interdisciplinary palliative care

بعد از پنج سال به درمان پاسخ داده و سعی می کند زندگی سالم و با کیفیتی داشته باشد."

مورد معرفی شده یک مدل مرزی از مراقبت تسکینی بیمار در مراحل پیشرفته بیماری مزمن انسدادی ریه است، زیرا از ویژگی‌های مفهوم تنها مراقبت جامع و تیم چند رشته‌ای را داشته و ویژگی‌های مهم یعنی ارتباط و مشارکت موثر و خانواده وی در این بخش ذکر نشده است.

مورد مرتبط

ویژگی‌های تعریف شده مفهوم را ندارد اما شبیه به معنای مفهوم مورد تحلیل و بررسی است و این شباهت باعث گیجی و اشتباه در تعریف مفهوم اصلی می شود (۱۰).

"آقای ۷۵ ساله با بیماری مزمن انسدادی ریه در بخش ریه بستری شده است. بیمار دچار علائم تنگی نفس، سرفه های مکرر، افزایش موکوس و کاهش وزن و ضعف، بی حالی است. پزشک برای وی تغذیه وریدی را شروع کرده است و به مراقب وی در مورد ترک سیگار، استفاده از مکمل های غذایی و توانبخشی ریوی توضیح می دهد."

مورد معرفی شده، هیچ یک از ویژگی‌های مفهوم مراقبت تسکینی بیمار مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه را ندارد اما به دلیل اینکه پزشک به مراقب بیمار در مورد تغذیه و توانبخشی ریه توضیحاتی داده است، ممکن است با مراقبت تسکینی اشتباه شود.

مورد مخالف

دربگیرنده هیچ یک از ویژگی‌های اصلی مفهوم نیست و معرفی آن مشخص می کند که مفهوم مورد تحلیل چه چیزی نیست و تعریف آنقدر واضح است که اکثر افراد با دیدن آن می توانند با اطمینان بگویند که این مورد مثال مفهوم مورد نظر نیست (۱۰).

"بیمار آقای ۴۸ ساله پس از تایید تشخیص بیماری مزمن انسدادی ریه به بیمارستان دولتی ارجاع شد. به دلیل شلوغ بودن بخش های بیمارستان و نداشتن تخت خالی او مجبور بود چندین ساعت برای بستری شدن در بیمارستان صبر کند. در طول بستری شدن در بیمارستان، مراقبت هایی را که فقط توسط پزشکان، پرستاران و فیزیوتراپیست ها انجام می شد، دریافت

شده توسط بیمار آهسته، اما پیشرونده و دردناک است و مراقبت های درمانی دیگر پاسخگوی بیمار نمی باشد.

تحمل درمان های سخت و خستگی ناشی از آن، بر وضعیت جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی بیمار تأثیر گذاشته و باعث بروز احساس ناتوانی در وی، خانواده و مراقبین بیمار شده است. بیمار تحت مراقبت های تسکینی، توسط یک تیم چند حرفه‌ای با حمایت زیستی- روانی- اجتماعی- معنوی که شامل خانواده او نیز می شود، قرار می گیرد. مراقبت تسکینی طراحی شده در برنامه درمانی فردی با مشارکت بیمار و خانواده وی با هدف ارتقاء آسایش از طریق کنترل و تسکین علائم و رنج و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی و تضمین مرگ با عزت می باشد."

مورد معرفی شده یک مدل واقعی از مراقبت تسکینی در بیمار COPD است، زیرا واجد همه ویژگی های مفهوم یعنی از نظر مراقبت کامل، جامع و فردی، ارتباط موثر، حمایت خانواده و تیم بین رشته ای است.

گام ششم: تعریف موارد اضافی

جهت افتراق ویژگی های مشخص کننده مفهوم با برخی مفاهیم مرتبط برای واضح شدن بیشتر مفهوم همراه با اطمینان یافتن از آنچه مفهوم مد نظر است، واکر و آوانت بررسی مواردی که کاملاً و دقیقاً همان مفهوم مورد نظر نبوده را پیشنهاد می کند. این موارد شامل موارد مرتبط، مرزی و مخالف اند (۱۰).

مورد مرزی

موارد مرزی دربرگیرنده بخش زیادی و نه همه ویژگی های مفهوم هستند (۳۱). شناسایی موارد مرزی به کاهش ابهام و واضح سازی ویژگی‌هایی که پیش نیاز اساسی برای مورد مدل اند، کمک کرده و باعث کاهش ابهام در حد و مرزهای بین موارد می شود (۱۰).

"بیمار آقای ۴۸ ساله به دنبال صدمات ناشی از گاز خردل، در مرحله ۴ بیماری مزمن انسدادی ریه می باشد و در بخش ریه بستری شده است. لوبکتومی و به دنبال آن رادیوتراپی برای بیمار انجام شده است. او برای کنترل علائم و نشانه‌ها از یک تیم چند رشته‌ای با مراقبت جامع و انسانی حمایت می شود. امروز

پیشگیری از عوارض علاوه بر اینکه یک هدف است، پیامد مهم مراقبت تسکینی را نیز به همراه دارد. در میان عوارض شایع و قابل اجتناب بیمارانی که فراتر از امکانات درمانی هستند، موارد زیر برجسته می شود: تنگی نفس، سرفه مکرر، افزایش موکوس، بی اشتها، بیوست، زخم فشاری، بی خوابی، تغییرات شناختی، خستگی و ضعف که به راحتی کنترل می شود. اهداف مراقبت تسکینی شامل تغییر سیر طبیعی بیماری نیست، بلکه کنترل عوارض ناشی از آن و همچنین عودها و علائمی است که باعث رنج و عذاب بیمار می شود (۳۲).

حمایت از خانواده بیمار در طول دوران بیماری و پس از آن در دوران سوگ و بعد از مرگ از دیگر پیامدهای مراقبت تسکینی است (۳۰).

مرگ شرافتمندانه نیز نتیجه مراقبت تسکینی است، که باید با اصول اخلاقی، احترام به انسان ها تأیید شود. زیرا فرآیند مردن تجربه ای فردی و غیرقابل انتقال است که می تواند منبعی برای رنج و اندوه و اضطراب باشد. به طرز متناقضی، این اضطراب می تواند بیمار را به کمال خود برساند، زمانی که مرگ خود را می پذیرد و اینکه به گونه ای دیگر به وجود خود باز می گردد لذا، این بر عهده متخصصان سلامت است که روند مرگ و مردن را درک کنند تا بتوانند به بیماران در زمان پایانی عمر کمک کنند. درک موثر به آنها اجازه می دهد تا وارد دنیای بیمار شوند، او را بشناسند، به او احترام بگذارند و به او عشق بورزند که در نتیجه می تواند او را به سمت مرگی آرام و با عزت سوق دهد. نمی توان فراموش کرد که فردی که در حال مرگ است هنوز زنده است، او انسانی با سابقه است (۳۸).

گام هشتم: ارجاعات تجربی

آخرین گام در تحلیل مفهوم، تعریف ارجاعات تجربی برای ویژگی های اصلی مفهوم است (۱۰). با توجه به انتزاعی بودن ویژگی های اصلی، مقدمات و پیامدهای پدیده، ارجاعات تجربی می توانند به واضح سازی عملیاتی شده مفهوم کمک کنند (۲۱). طبق نظر واکر و آوانت در صورتی که مفهوم بسیار انتزاعی باشد، ویژگی های مشخص کننده مفهوم نیز انتزاعی است،

می کرد. بیمار به خاطر بیماری مزمن منزوی بود و نیاز شدیدی به مشاور معنوی داشت. خانواده اش به دلیل ترس از مریض شدن، هرگز به ملاقات او نیامدند، و وی در تنهایی درگذشت. " مدل ارائه شده هیچ یک از ویژگی های ارائه شده را ندارد و به راحتی می توان فهمید که مصداق مراقبت تسکینی برای بیمار مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه نیست.

گام هفتم: شناسایی پیشایندها و پیامدها

پیشایندها

وقایع و اتفاقاتی هستند که باید قبل از بروز مفهوم آشکار شوند (۱۰).

مطالعات نشان می دهد مقدمات مراقبت تسکینی برای بیمار مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه عبارتند از:

- بیماری مزمن و لاعلاج
- انسداد بسیار شدید راه هوایی: پس از برونکودیلاتور، $FEV1\ pred < 30\%$
- تنگی نفس در حال استراحت علیرغم درمان مناسب (mMRC score 5)
- وابستگی به اکسیژن
- حداقل دو بار تشدید علائم: نیاز به بستری شدن در بیمارستان طی ۱۲ ماه گذشته
- بیماری همراه: نارسایی احتقانی قلب، اختلالات روانپزشکی و غیره
- کاهش وضعیت عملکردی
- وابستگی کامل به مراقب حداقل برای دو فعالیت روزانه
- میزان بقا کمتر از ۱۲ ماه

پیامدها

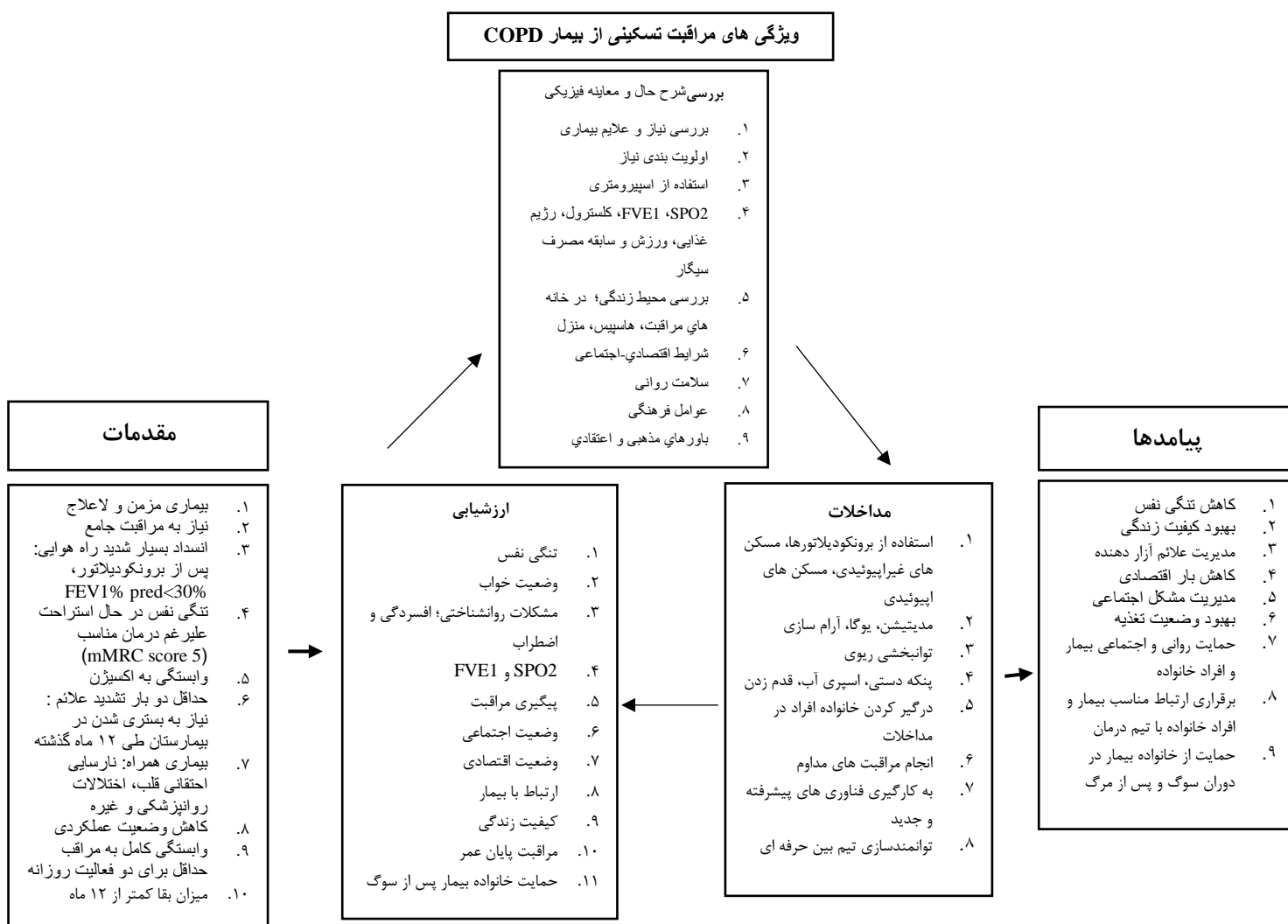
پیامدها وقایعی هستند که به دنبال بروز مفهوم آشکار می شوند (۱۰)، مراقبت تسکینی برای بیمار مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه و خانواده وی می تواند پیامدهای زیر را به دنبال داشته باشد: یکی از مهمترین پیامدهای فلسفه مراقبت تسکینی برای بیمار مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه که توسط اکثر مطالعات ذکر شده است، بهبود کیفیت زندگی، هم برای بیماران و هم برای خانواده آنها می باشد (۳۶).

بنابراین با توجه به اینکه ابزارهای موجود مستقیماً به مراقبت تسکینی در بیماران مبتلا به COPD نمی‌پردازد و نیاز است ابزارهایی که اعتبار و روایی زیاد و خاص مفهوم مراقبت تسکینی در بیماران COPD باشد باید طراحی شوند، لذا طراحی‌شان مستلزم ارائه تعریفی جامع‌تر از مراقبت تسکینی در بیماران COPD است.

از نظر کاربرد در تحقیقات پرستاری و توسعه مفهوم، با توجه به اینکه مراقبت تسکینی یکی از انواع مراقبت‌های پرستاری است، باید با انجام مطالعات بیشتر در این زمینه و شناخت بیشتر این مفهوم، بررسی‌ها، مداخلات و ارزشیابی‌های را به صورتی طراحی کرد تا حداکثر میزان مراقبت تسکینی در بیماران COPD حفظ شود و ارتقاء یابد.

بنابراین نمی‌توانند نشانگرهای تجربی خوبی باشند. ارجاعات تجربی ویژگی‌های قابل تشخیص مفهوم هستند که ظهورشان نشانه وجود خود مفهوم است و هدف از تعریف آنها تسهیل اندازه‌گیری و شناسایی مفهوم و کمک به تولید ابزارهای تحقیقاتی است (۱۰).

براساس مرور متون صورت گرفته ابزارهایی مختلفی همچون: Palliative care Outcome Scale(39), BODE, DECAF, DOSE(40), Saint George Respiratory Questionnaire Clinical COPD Questionnaire (CCQ)(42), (41), COPD Assessment Test (CAT), Numeric Rating Scale (NRS) and modified Borg Scale(43). مستقلی که به سنجش مراقبت تسکینی در بیماران COPD بپردازد، یافت نشد.



شکل ۲. مقدمات و نتایج مراقبت تسکینی در بیماران مبتلا به COPD

بحث

تجزیه و تحلیل مفهوم مراقبت تسکینی در بیمار مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه، بر اساس مدل واکر و آوانت، امکان گسترش درک ویژگی‌ها، سوابق و پیامدهای آن را فراهم می‌کند و به نوبه خود، به ارائه تعریفی برای پدیده‌ای که به عنوان پیچیده، چندبعدی و چندحرفه‌ای، درک می‌شود، کمک می‌کند.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این مطالعه، مراقبت تسکینی یکی از انواع مهم مراقبت‌های پرستاری است، نیاز به نشان دادن بیشتر مزایای مراقبت تسکینی و ارزش آن را در مراقبت از بیماران COPD دارد. شناخت بیشتر و تعریف دقیق این مفهوم بر مدیریت و کاهش علائم بیماری و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به COPD بسیار مؤثر است، از طرفی با توجه به افزایش تعداد بیماران COPD انتظار می‌رود که این تعریف ممکن است به نفع کاربرد بهتر این مفهوم، در محدوده عملکرد مراقبتی، در رشته‌های مختلف حوزه سلامت، به ویژه در فرآیند مراقبت در پرستاری باشد.

تشکر و قدردانی

در پایان از همکاری تمامی اساتیدی که بی‌دریغ در روند این پژوهش ما را یاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

مشارکت نویسندگان:

- (۱) مفهوم پردازی و طراحی مطالعه، یا جمع آوری داده‌ها، یا تجزیه و تحلیل و تفسیر داده‌ها: همه نویسندگان
- (۲) تهیه پیش نویس مقاله یا بازبینی آن جهت تدوین محتوای اندیشمندانه: همه نویسندگان
- (۳) تایید نهایی دستنوشته پیش از ارسال به مجله: همه نویسندگان

هدف این مطالعه فراهم کردن تعریف جامع و مشخصی از مراقبت تسکینی در بیماران COPD و مشخص کردن ویژگی‌های آن با استفاده از مدل واکر و آوانت بود. ساخت موارد مدل (نمونه)، مرتبط، مرزی و مخالف به مشخص کردن و توصیف بهتر مفهوم کمک کرد.

مراقبت تسکینی یک رویکرد اثبات شده برای کاهش علائم بیماری و افزایش کیفیت زندگی در افراد مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه است (۲۴). علائم مشابهی در بیماری COPD و سرطان ریه مانند: تنگی نفس، درد، بی خوابی، خستگی، ضعف رخ می‌دهد (۴۴). هر چند برخی از مطالعات عملکرد فیزیکی و عاطفی بدتری را برای COPD نسبت به سرطان ریه گزارش کرده‌اند (۴۴-۴۶). با این وجود نابرابری در دسترسی به مراقبت‌های تسکینی در دو گروه وجود دارد، به طوری که ارجاع به مراقبت‌های تسکینی برای بیماران مبتلا به COPD بین ۲٪ و ۹٪ بوده است (۴۴). تفاوت‌های قابل توجه بین COPD و سرطان ریه می‌تواند به دلیل آگاهی بیشتر از مزایای مراقبت تسکینی برای سرطان باشد و دیدگاه قدیمی که مراقبت تسکینی صرفاً مراقبت پایان زندگی است (۴۷)، این امر می‌تواند ادغام مراقبت‌های تسکینی جامع و متمرکز بر آسایش برای COPD را مختل کند. مطالعات دلایل متعددی برای عدم ارائه مراقبت تسکینی در بیماران مبتلا به COPD بیان کرده‌اند از جمله به کمبود دانش و آگاهی، غیرقابل پیش‌بینی بودن COPD، ترس از بین بردن امید بیماران COPD می‌توان اشاره کرد (۲۴، ۳۲، ۳۳). در مطالعه Scheerens بیان شده است که برخی پزشکان مراقبت تسکینی را برای COPD مفید نمی‌دانند، لذا بیماران COPD از مراقبت کافی محروم هستند (۴۴). با توجه به اینکه مراقبت تسکینی در کاهش علائم و مشکلات ناشی از بیماری در بیماران مبتلا به COPD تأثیر زیادی دارد، ارائه‌دهندگان مراقبت‌های تسکینی باید درک و شناخت درستی از مراقبت تسکینی و چگونگی تأثیر آن بر زندگی بیماران COPD داشته باشند (۲۴).

References

1. Fusi-Schmidhauser T, Froggatt K, Preston N. Palliative care integration for patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Identifying essential components using participatory action research. *Palliative Medicine*. 2021;35(10):1933.
2. Burney P, Jarvis D, Perez-Padilla R. The global burden of chronic respiratory disease in adults. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2015;19(1):10-20.
3. Joshi M, Joshi A, Bartter T. Symptom burden in chronic obstructive pulmonary disease and cancer. *Current opinion in pulmonary medicine*. 2012;18(2):97-103.
4. Weiss A, Porter S, Rozenberg D, O'Connor E, Lee T, Balter M, et al. Chronic obstructive pulmonary disease: a palliative medicine review of the disease, its therapies ,and drug interactions. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2020;60(1):135-50.
5. Iyer AS, Wells JM, Bhatt SP, deNay PK, Sawyer P, Brown CJ, et al. Life-space mobility and clinical outcomes in COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2018;13:2731.
6. Hökkä M, Melender H-L, Lehto JT, Kaakinen P. Palliative nursing competencies required for different levels of palliative care provision: A qualitative analysis of health care professionals' perspectives. *Journal of Palliative Medicine*. 2021;24(10):1516-24.
7. Namasivayam P, Bui DT, Low C, Barnett T, Bridgman H, Marsh P, et al. Use of telehealth in the provision of after-hours palliative care services in rural and remote Australia: A scoping review protocol. *Plos one*. 2022;17(1):e0261962.
8. Fu Y, Mason A, Boland AC, Linklater G, Dimitrova V, Doñate-Martínez A, et al. Palliative care needs and integration of palliative care support in COPD: a qualitative study. *Chest*. 2021;159(6):2222-32.
9. Scheerens C, Pype P, Van Cauwenberg J, Vanbutsele G, Eecloo K, Derom E, et al. Early integrated palliative home care and standard care for end-stage COPD (EPIC): a Phase II Pilot RCT testing feasibility, acceptability, and effectiveness. *Journal of pain and symptom management*. 2020;59(2):20-24 .
10. Walker LO, Avant KC. *Strategies for theory construction in nursing*: Pearson/Prentice Hall Upper Saddle River, NJ; 2005.
11. Bahramnezhad F, Asgari P, Sanaie N, Fathi A. Futilecare: a conceptanalysis with WalkerandAvant's approach. *Iranian Journal of Cancer Care (ijca)*. 2020;1(1):48-54.
12. Rodgers B. *Applications and future directions for concept development in nursing*. Teoksessa BL Rodgers & KA Knafl (toim.) *Concept development in nursing. Foundations, techniques, and applications*. 2. painos. Philadelphia: WB Saunders Company; 2000.
13. Dehghani F, Barkhordari-Sharifabad M, Sedaghati-Kasbakh M, Fallahzadeh H. Effect of palliative care training on perceived self-efficacy of the nurses. *BMC Palliative Care*. 2020;19(1):1-6.
14. Taleghani F, Shahriari M, Alimohammadi N. Empowering nurses in providing palliative care to cancer patients: action research study. *Indian journal of palliative care*. 2018;24(1):98.
15. Rassouli M, Sajjadi M. Palliative care in Iran: Moving toward the development of palliative



- care for cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2016;33(3):240-4.
16. Adeloje D, Song P, Zhu Y, Campbell H, Sheikh A, Rudan I, et al. Global, regional, and national prevalence of, and risk factors for, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in 2019: a systematic review and modelling analysis. *The Lancet Respiratory Medicine*. 2022.
17. Allen D, Lyne P. *The reality of nursing research: politics, practices and processes*: Routledge; 2006.
18. Bakthavatsalu B, Walshe C, Simpson J. The experience of hospitalization in people with advanced chronic obstructive pulmonary disease: A qualitative, phenomenological study. *Chronic Illness*. 2021.
19. Meghani SH. A concept analysis of palliative care in the United States. *Journal of advanced nursing*. 2004;46(2):152-61.
20. Clark D. From margins to centre: a review of the history of palliative care in cancer. *The lancet oncology*. 2007;8(5):430-8.
21. Flannelly KJ, Weaver AJ, Costa KG. A systematic review of religion and spirituality in three palliative care journals, 1990–1999. *Journal of palliative care*. 2004;20(1):50-6.
22. Fernando GVMC, Hughes S. Team approaches in palliative care: a review of the literature. *International journal of palliative nursing*. 2019;25(9):51-444.
23. Ecenarro PS, Iguñiz MI, Tejada SP, Malanda NM, Imizcoz MA, Marlasca LA, et al. Management of COPD in end-of-life care by Spanish pulmonologists. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2018;15(2):171-6.
24. Halpin DM. Palliative care for people with COPD: effective but underused. *Eur Respiratory Soc*; 2018.
25. Iyer AS, Sullivan DR, Lindell KO, Reinke LF. *The Role of Palliative Care in COPD*. Chest. 2021.
26. Reymond L, Parker G, Gilles L, Cooper K. Home-based palliative care. *Australian journal of general practice*. 2018;47(11):747-52.
27. Anandarajah G, Mennillo HA, Rachu G, Harder T, Ghosh J. Lifestyle medicine interventions in patients with advanced disease receiving palliative or hospice care. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2020;14(3):243-57.
28. Higginson IJ, Bausewein C, Reilly CC, Gao W, Gysels M, Dzingina M, et al. An integrated palliative and respiratory care service for patients with advanced disease and refractory breathlessness: a randomised controlled trial. *The Lancet Respiratory Medicine*. 2014;2(12):979-87.
29. Saad AM, Elfetoh EEEA. Palliative Intervention for Mitigating Fatigue and Sleep Inefficiency among Chronic Obstructive Pulmonary Disease Clients. *American Journal of Nursing*. 2019;7(4):509-18.
30. Sorathia L. Palliative care in chronic obstructive pulmonary disease. *Medical Clinics*. 2019;103(3):517-26.
31. McKenna H. *Nursing theories and models*: Routledge; 2006.
32. Vermeylen JH, Szmuiłowicz E, Kalhan R. Palliative care in COPD: an unmet area for quality improvement. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*. 2015;10:1543.

33. Maddocks M, Lovell N, Booth S, Man WD, Higginson IJ. Palliative care and management of troublesome symptoms for people with chronic obstructive pulmonary disease. *The Lancet*. 2017;390(10098):988-1002.
34. Disler RT, Currow DC, Phillips JL, Smith T, Johnson MJ, Davidson PM. Interventions to support a palliative care approach in patients with chronic obstructive pulmonary disease: an integrative review. *International journal of nursing studies*. 2012;49(11):1443-58.
35. Kessler R, Ståhl E, Vogelmeier C, Haughney J, Trudeau E, Löfdahl C-G, et al. Patient understanding, detection, and experience of COPD exacerbations: an observational, interview-based study. *Chest*. 2006;130(1):133-42.
36. Lilly EJ, Senderovich H. Palliative care in chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of critical care*. 2016;35:150-4.
37. Yi M, Lee SW, Kim KJ, Kim MG, Kim JH, Lee KH, et al. A review study on the strategies for concept analysis. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2006;36(3):493-502.
38. Pannu K. Nurses' role in a dignified death for patients with end stage chronic obstructive pulmonary disease: an integrative literature review. 2017.
39. Collins ES, Witt J, Bausewein C, Daveson BA, Higginson IJ, Murtagh FE. A systematic review of the use of the palliative care outcome scale and the support team assessment schedule in palliative care. *Journal of pain and symptom management*. 2015;50(6):842-53. e19.
40. Tavares N, Jarrett N, Hunt K, Wilkinson T. Palliative and end-of-life care conversations in COPD: a systematic literature review. *ERJ Open Research*. 2017;3(2).
41. Tafti SF, Cheraghvandi A, Mokri B, Talischi F. Validity and specificity of the Persian version of the Saint George Respiratory Questionnaire. *Journal of Asthma*. 2011;48(6):589-92.
42. Duenk R, Verhagen C, Bronkhorst E, Djamin R, Bosman G, Lammers E, et al. Development of the ProPal-COPD tool to identify patients with COPD for proactive palliative care. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*. 2017;12:2121.
43. Harrington SE, Rogers E, Davis M. Palliative care and chronic obstructive pulmonary disease: where the lines meet. *Current opinion in pulmonary medicine*. 2017;23(2):154-60.
44. Scheerens C, Beernaert K, Pype P, Cohen J, Deliens L, Chambaere K. Comparing the use and timing of palliative care services in COPD and lung cancer: a population-based survey. *European Respiratory Journal*. 2018;51(5).
45. Habraken JM, ter Riet G, Gore JM, Greenstone MA, Weersink EJ, Bindels PJ, et al. Health-related quality of life in end-stage COPD and lung cancer patients. *Journal of pain and symptom management*. 2009;37(6):973-81.
46. Maric D, Jovanovic D, Nagorni-Obradovic L, Stjepanovic M, Kisic-Tepavcevic D, Pekmezovic T. Assessment of health-related quality of life in end-stage chronic obstructive pulmonary disease and non-small-cell lung cancer patients in Serbia. *Palliative & Supportive Care*. 2016;14(1):60-8.
47. Iyer AS, Khateeb D. *Palliative Care in COPD. Palliative Care in Lung Disease*: Springer; 2021. p. 165-87.

Clarifying the concept of palliative care in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a concept analysis study

Narjes Heshmatifar¹, Abbas Heydari^{2*}

1. PhD Student of Nursing, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Member of Student Research Committee, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

2. Dept. of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Corresponding author: Dept. of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Abstract

Background & Aim: Palliative care is a useful approach to overcome the symptoms of the disease and improve the quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease. This care is not implemented sufficiently or it is only implemented in cancer patients. The current study aimed to analyze the concept of palliative care in patients with chronic obstructive pulmonary disease.

Methods: The present study was conducted with the Walker and Avant approach in eight steps by searching for studies from reliable databases using the keywords "palliative care", "chronic obstructive pulmonary disease", "integrated palliative care", "COPD". The inclusion criteria of accurate english articles were between 2000 and 2022. Finally, 9 articles related to the concept were analyzed.

Results: Palliative care is a complex and multidimensional concept in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Due to progressive weakness caused by chronic disease, Ineffective treatment, Inability to take care of oneself, Fear of death And separation from the family, physical, emotional and psychological problems require palliative care for the patients and their families.

Conclusion: The conceptual definition of palliative care in patients with chronic obstructive pulmonary disease can help healthcare providers to better understand this concept for the well-being of the patient and family through the relief of symptoms, improvement of quality of life and finally death with dignity.

Keywords:

Concept analysis, palliative care, chronic obstructive pulmonary disease, nursing practice, Walker and avant

How to Cite this Article: Heshmati far N, Heydari A. Clarifying the concept of palliative care in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a concept analysis study. Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences. 2023;10(4):77-90.