

مراقبت دلسوزانه در پرستاری: تحلیل مفهوم به روش هیبرید

وحید زمانزاده* لیلا ولیزاده** آزاد رحمانی*** منصور غفوری فرد****

نوع مقاله:

چکیده

مقاله اصیل

زمینه و هدف: اگرچه مراقبت دلسوزانه به عنوان هسته مرکزی مراقبت‌های پرستاری شناخته شده، اما هنوز تعریف دقیق و یکسانی از این مفهوم پیچیده و قابل بحث وجود ندارد. این مطالعه با هدف تحلیل مفهوم مراقبت دلسوزانه در پرستاری براساس مدل هیبرید انجام یافته است.

روش بررسی: در این مطالعه، از سه مرحله مدل هیبرید (نظری، کار در عرصه و تحلیل نهایی) استفاده شد. در مرحله نظری، به بررسی مفهوم مراقبت دلسوزانه در پایگاه‌های معتبر در بازه زمانی ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۶ پرداخته شد. در مرحله کار در عرصه، با ۱۱ نفر از پرستاران مصاحبه‌های عمیق انجام یافت و از روش تحلیل محتوا برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. در مرحله آخر، تحلیل نهایی صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج تحلیل نهایی نشان داد که مراقبت دلسوزانه، فرآیندی است که در آن پرستار در یک تعامل سازنده با بیمار ارتباط برقرار کرده و با گذاشتن خود به جای بیمار و درک شرایط وی، به کشف دغدغه‌های بیمار پرداخته و در حد توان خود برای رفع آن دغدغه‌ها تلاش می‌نماید.

نتیجه‌گیری: براساس این تحلیل مفهوم، تعامل سازنده بین پرستار و بیمار از مهم‌ترین ویژگی مراقبت دلسوزانه بوده که در تعاریف قبلی به آن اشاره نشده است همچنین در این مطالعه، پرستاران بر این موضوع تأکید داشتند که آن‌ها در حد توان خود تلاش می‌کنند تا دغدغه‌های بیماران را رفع کنند. بنابراین، مطالعه حاضر می‌تواند پایه‌ای برای مطالعات بعدی در زمینه مراقبت دلسوزانه باشد.

نویسنده مسئول:

منصور غفوری فرد؛

دانشکده پرستاری و

مامایی دانشگاه علوم

پزشکی تبریز

e-mail:

m.ghafori@yahoo

.com

واژه‌های کلیدی: مراقبت دلسوزانه، مراقبت پرستاری، تحلیل مفهوم، مدل هیبرید

- دریافت مقاله: مهر ماه ۱۳۹۵ - پذیرش مقاله: آذر ماه ۱۳۹۵ - نشر مقاله: دی ماه ۱۳۹۵

مقدمه

یکی از مسائلی که برای بیماران و خانواده‌های آن‌ها اهمیت خیلی زیادی دارد، آن است که به هنگام نیاز به خدمات بهداشتی درمانی، چه نوع مراقبتی را با چه کیفیتی دریافت می‌کنند و رفتار کارکنان با آن‌ها چگونه است (۱-۳). بر این اساس، مؤسسات بهداشتی نیز بر آرایه مدل‌های مراقبتی که براساس ارزش‌های اخلاقی و انسانی شکل گرفته باشد،

تأکید می‌کنند (۴). یکی از مباحثی که اخیراً با تأکید بر ارزش‌های اخلاقی و انسانی مطرح و تبدیل به یک موضوع جهانی شده است، بحث آرایه مراقبت‌های دلسوزانه (Compassionate care) می‌باشد (۵). بر این اساس سیاست‌گذاران، پژوهشگران و متولیان بهداشتی در سراسر دنیا در تلاش هستند تا مراقبت‌های مبتنی بر دلسوزی را در اولویت کارهای خود قرار دهند (۶).

از آن‌جا که پرستاران در مقایسه با سایر کارکنان بیش‌ترین تماس را با بیماران دارند و در بیش‌تر اوقات در کنار بیماران هستند،

* استاد گروه آموزشی پرستاری داخلی و جراحی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
** دانشیار گروه آموزشی پرستاری کودکان دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
*** استادیار گروه آموزشی پرستاری داخلی و جراحی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
**** دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

بنابراین در زمانی که بیمار از درد و رنج شکایت دارد، یا نگران سلامتی خود و خانواده‌اش است، این پرستاران هستند که در کنار بیمار حضور دارند و در دسترس بیمار می‌باشند و پاسخ آن‌ها در قبال درد و رنج بیمار و نحوه ارایه مراقبت‌های پرستاری اهمیت زیادی دارد (۷). Crigger و همکاران معتقدند که از پرستاران به عنوان اعضای حرفه مراقبتی انتظار می‌رود که از طریق رفتارهای دلسوزانه، با بیماران ارتباط صمیمانه‌ای برقرار کنند تا بتوانند به درد و رنج آن‌ها پاسخ دهند (۸). استانداردهای حرفه‌ای نیز از پرستاران انتظار دارد تا دلسوزانه با بیماران برخورد کنند (۹). به طوری که در کدهای اخلاقی ارایه شده توسط انجمن پرستاران آمریکا، از پرستاران خواسته شده است تا در برخورد با بیماران رفتار دلسوزانه‌ای داشته باشند (۱۰).

شواهد موجود نشان می‌دهد زمانی که مراقبت براساس رفتارهای دلسوزانه انجام می‌گیرد، بیماران به راحتی می‌توانند نشانه‌های بیماری و نگرانی‌های خود را ابراز کنند و این امر باعث می‌شود تا کارکنان درمانی نیز شرایط بیمار را به طور کامل بررسی کنند و تشخیص‌های دقیق ارایه نمایند. همچنین ارایه مراقبت دلسوزانه می‌تواند باعث بهبود کیفیت مراقبت، افزایش رضایت بیمار و حتی کاهش دعاوی قضایی از سوی بیماران گردد (۱۱). به همین خاطر است که امروزه مؤسسات بهداشتی در تلاش هستند تا از رویکردهایی که باعث افزایش مراقبت‌های دلسوزانه می‌شود حمایت کنند (۱۲). در مقابل، اگر مراقبت‌ها به صورت غیردلسوزانه انجام گیرد، سبب کاهش

استانداردهای مراقبتی شده و تأثیر منفی بر کیفیت مراقبت می‌گذارد (۱۳). همچنین باعث می‌شود تا بیماران احساس کنند که به فراموشی سپرده شده‌اند و ارزش چندانی برای آن‌ها قایل نیستند که این فرایند نهایتاً سبب نارضایتی بیماران می‌شود (۱۴).

اگرچه مراقبت دلسوزانه به عنوان هسته مرکزی مراقبت‌های پرستاری شناخته شده (۱۵) و از نظر آموزشی، بالینی و سازمانی دارای اهمیت زیادی است (۱۶) و حتی در برخی متون نیز، پرستاری را مترادف با دلسوزی معنی کرده‌اند (۱۱)، اما هنوز تعریف دقیق و یکسانی از این مفهوم وجود ندارد (۱۷) و شواهد موجود نشان می‌دهد که مراقبت دلسوزانه به عنوان یک مفهوم پیچیده و قابل بحث، نیاز به بررسی بیش‌تری برای کشف معانی و شناسایی ابعاد مختلف آن دارد (۲۰-۱۸). در مطالعه‌ای که توسط Schantz (۲۱) انجام یافت، مفهوم دلسوزی براساس روش پیشنهادی Walker و Avant مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج تحلیل مفهوم نشان داد که در متون پرستاری مفاهیمی از قبیل مراقبت کردن (Caring)، همدردی (sympathy) و همدلی (empathy) به اشتباه به جای واژه دلسوزی به کار رفته، این در حالی است که دلسوزی مفهوم جداگانه‌ای دارد که باید براساس مطالعات بیش‌تر، از سایر واژه‌ها تمیز داده شود. Schantz نتیجه‌گیری می‌کند که دلسوزی مفهومی است که به عنوان ویژگی انسانی در اکثر پرستاران موجود است و بسیاری از پرستاران انگیزه خود برای ورود به رشته پرستاری را دلسوزی کردن به سایر افراد

اعلام کرده‌اند و انجام دلسوزی لزوماً به معنی انجام کار بزرگ و یا شاهکار نیست، بلکه می‌تواند از طریق کارهای بسیار ساده نیز ارایه گردد. Burnell نیز در مطالعه خود با استفاده از روش تحلیل مفهوم Walker و Avant به تحلیل مفهوم «مراقبت دلسوزانه» پرداخته است. وی نتیجه‌گیری کرد که مراقبت دلسوزانه صرفاً یک مفهوم نظری نیست، بلکه بر پایه تعلق و ارتباط مبتنی بر اعتماد میان پرستار و بیمار استوار است. Burnell پیشنهاد داده است که برای درک بیشتر مفهوم، نیاز به مطالعات بیشتر براساس تجارب واقعی افراد می‌باشد (۲۲).

در دو مطالعه یاد شده، با استفاده از روش Walker و Avant به تحلیل مفهوم پرداخته شده است، این در حالی است که استفاده از روش هیبرید که بر پایه مرور متون و هم براساس تجربیات زنده مشارکت‌کنندگان در عرصه استوار است، می‌تواند اطلاعات دقیق‌تری از مفاهیم ارایه کند. مدل هیبرید تصویر واضحی از مفاهیم براساس زمینه و موقعیت خاص ترسیم می‌کند و از این نظر بر سایر روش‌های تحلیل مفهوم برتری دارد (۲۳). در مطالعه دیگری هم که توسط Dewar و همکاران (۲۴) با عنوان «شفاف سازی درباره تصورات غلط از مراقبت دلسوزانه» انجام یافته است، نتایج حاصل از یک مطالعه اقدام پژوهی به منظور ارایه مراقبت دلسوزانه در بالین و آموزش بحث شده است. آن‌ها نیز به این موضوع تأکید کرده‌اند که برای ارایه تعریف دقیق از مراقبت دلسوزانه باید به بررسی نظرات و تجربیات واقعی افراد در محیط کار

پرداخته شود، چرا که تجربیات افراد و تعاریف ارایه شده توسط آن‌ها براساس فرهنگ سازمانی و محیط مورد مطالعه متفاوت می‌باشد. آن‌ها نتیجه‌گیری کرده‌اند که برای نهادینه سازی مراقبت دلسوزانه باید براساس دیدگاه‌ها و باورهای افراد سازمان، امکانات و حمایت‌های سازمانی و همکاری تیمی، گام‌های عملی برداشته شود.

به این ترتیب با نگاهی به متون در می‌یابیم که مفهوم مراقبت دلسوزانه در متون پرستاری همچنان نیاز به بررسی بیشتر برای کشف ابعاد مختلف آن دارد.

از طرف دیگر مفهوم مراقبت دلسوزانه در کشور ما مورد تحلیل قرار نگرفته و هیچ نوع مطالعه‌ای در زمینه مراقبت‌های دلسوزانه انجام نیافته است. همچنین همان‌گونه که اشاره شد، شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد عوامل فرهنگی و اجتماعی نیز بر نحوه مراقبت از بیماران اثرگذار است (۲۵) و برای ارایه مراقبت دلسوزانه، پرستاران باید راهبردهای مؤثری را براساس شرایط فرهنگی و موقعیت جامعه خود پیدا کنند (۲۶). به عبارت دیگر، این نوع مراقبت، وابسته به موقعیت بوده و زمینه‌ای که پرستاران در آن کار می‌کنند و نیز فرهنگ سازمانی حاکم بر مؤسسه بهداشتی، اعتقادات و باورهای پرستاران و غیره در آن دخالت دارند (۴). از آن‌جا که فرهنگ ایرانی اسلامی حاکم بر کشور ما متفاوت از فرهنگ سایر کشورهای است که مفهوم مراقبت دلسوزانه در آن‌ها بررسی شده است، بنابراین مطالعه حاضر با هدف تحلیل مفهوم مراقبت دلسوزانه در پرستاری براساس مدل هیبرید

انجام گرفته است، تا مفهوم مراقبت دلسوزانه را براساس متون موجود و نیز براساس تجربیات پرستاران در محیط واقعی مراقبت و براساس فرهنگ خاص کشورمان، مورد بررسی دقیق قرار داده و در نهایت تعریف جامع‌تری از این مفهوم ارائه گردد و این مطالعه پایه‌ای برای مطالعات بعدی در این زمینه باشد.

روش بررسی

در این مطالعه برای تحلیل مفهوم مراقبت دلسوزانه از مدل هیبریدی (Hybrid model) استفاده شده است. مدل هیبریدی یکی از روش‌های مفهوم‌پردازی و تکامل مفهوم به حساب می‌آید. این روش در پرستاری برای رفع انتزاعی بودن و ابهام مفاهیم کاربرد دارد و تصویر واضحی از مفاهیم براساس زمینه و موقعیت خاص ترسیم می‌کند و از این نظر بر سایر روش‌های تحلیل مفهوم برتری دارد (۲۳). این روش مشتمل بر سه مرحله، شامل مرحله تحلیل نظری براساس متون، مرحله کار در عرصه و مرحله تحلیل می‌باشد که نهایتاً منجر به تحلیل دقیق مفهوم می‌شود. مرحله نظری شامل بررسی متون در مورد مفهوم موردنظر می‌باشد و هدف این مرحله کشف جوهره مفهوم و تعاریف مفهوم براساس بررسی دقیق متون است. دومین مرحله، مرحله کار در عرصه است. در این مرحله مفهوم موردنظر براساس انجام مطالعه کیفی با مشارکت‌کنندگان، مورد پالایش و بررسی بیش‌تر قرار می‌گیرد. مرحله سوم، مرحله تحلیل نهایی نامیده می‌شود. در این مرحله داده‌های

حاصل از مرحله کار در عرصه با داده‌های حاصل از مرحله نظری مورد مقایسه قرار می‌گیرد تا در نهایت یک تعریف واضح و جامع از مفهوم موردنظر ارائه شود (۲۷).

مرحله نظری

در این مرحله به بررسی مفهوم مراقبت دلسوزانه در پایگاه‌های معتبر شامل Science، Proquest، Medline، CINAHL، Direct، Google Scholar و پایگاه‌های فارسی زبان SID و Magiran پرداخته شد. برای این منظور از کلید واژه‌های «Compassionate care»، «Compassion»، «Nurse» و «Nursing» در بازه زمانی ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۶ استفاده شد. در بررسی اولیه تعداد ۱۶۰ مقاله یافت شد. با بررسی دقیق مقالات براساس هدف مطالعه و حذف مقالات تکراری و غیرمرتبط در نهایت متن کامل تعداد ۱۳ مقاله مورد استفاده قرار گرفت (نمودار شماره ۱). در بررسی پایگاه داده‌های ایرانی، هیچ نوع مقاله‌ای که به بررسی مراقبت دلسوزانه پرداخته باشد، یافت نشد، بنابراین تمام مقالات از مقالات انگلیسی زبان انتخاب شدند.

مرحله کار در عرصه

انتخاب مشارکت‌کنندگان در تحقیقات کیفی معمولاً با تعداد کمی از افراد انجام می‌گیرد، اما این افراد به طور کامل و عمیق مورد بررسی قرار می‌گیرند. به همین منظور برای انتخاب افرادی که دارای اطلاعات و تجارب کافی در زمینه پدیده موردنظر باشند، از روش نمونه‌گیری هدفمند براساس هدف مطالعه استفاده می‌شود (۲۸). در این مطالعه نیز براساس نمونه‌گیری هدفمند، با ۱۱ نفر از

اخلاقی: ۴/۵/۳۸۲۸) و از تمام مشارکت‌کنندگان رضایت‌نامه آگاهانه و کتبی اخذ و به آن‌ها اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد ماند. برای حفظ گمنامی افراد، به هر یک از افراد یک شماره از ۱ تا ۱۱ تخصیص داده شد و نقل قول افراد براساس این شماره‌ها گزارش گردید.

جستجوی اولیه منابع (۱۶۰ مطالعه)
منابع حذف شده (۱۴۷ مطالعه) - تکراری بودن (۳۲ مقاله) - عدم دسترسی به متن کامل مقاله (۱۰ مقاله) - عدم ارتباط با موضوع تحقیق (۱۲۸ مقاله)
منابع انتخاب شده (۱۳ مطالعه)

نمودار ۱- فرآیند انتخاب منابع در مرحله نظری

مرحله تحلیل نهایی

در این مرحله، تعاریف و مفاهیم حاصل از دو مرحله قبلی در هم ادغام شده و در نهایت یک تعریف جامع و کامل که در برگیرنده تمام خصوصیات ارایه شده در مراحل قبل بود، ارایه گردید.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از مرحله نظری

تعاریف مفهوم

واژه «Compassion» از حدود قرن چهاردهم میلادی وارد متون شده و ریشه لاتین دارد. این واژه ترکیبی از «com» به معنی «همراه با» و «pati» به معنی «to suffer یا رنج کشیدن»

پرستارانی که در بخش‌های مختلف در حال ارایه مراقبت‌های پرستاری بودند، مصاحبه‌های رو در رو به عمل آمد. برای این منظور از مصاحبه‌های نیمه ساختار و عمیق استفاده شد. از همه مشارکت‌کنندگان دو سؤال اصلی پرسیده شد: «لطفاً مراقبت دلسوزانه را تعریف کنید؟»، «وقتی مراقبت دلسوزانه را می‌شنوید چه چیزی در ذهنتان تداعی می‌شود؟» در ادامه براساس پاسخ مشارکت‌کنندگان، سؤالات بیشتر برای کشف ابعاد مختلف این مفهوم مطرح گردید: لطفاً مثالی در این زمینه بزنید؟ منظورتان از این موضوع چیست؟ ممکن است بیشتر توضیح دهید؟ به منظور رعایت حداکثر تنوع تلاش شد تا مشارکت‌کنندگان از بخش‌های مختلف، با سابقه کاری متفاوت و از هر دو جنس انتخاب شوند. پس از کسب اجازه از مشارکت‌کنندگان، تمام مصاحبه‌ها ضبط و سپس متن مصاحبه نوشته می‌شد. جمع‌آوری داده‌ها از تیر ماه ۱۳۹۴ تا بهمن ماه ۱۳۹۴ به طول انجامید. برای مدیریت داده‌ها، از نرم‌افزار MAXQDA 10 استفاده گردید و آنالیز داده‌ها به طور هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها انجام یافت. فرآیند جمع‌آوری تا زمانی ادامه یافت که در دو مصاحبه آخر کد جدیدی استخراج نشد. برای آنالیز داده‌ها از روش آنالیز محتوا که توسط Graneheim و Lundman پیشنهاد شده است، استفاده گردید (۲۹).

در این مطالعه، کلیه مجوزهای لازم برای انجام مطالعه از قبیل مجوز کمیته اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی تبریز اخذ گردید (کد

می‌باشد که به طور تحت‌اللفظی به معنای «رنج کشیدن با دیگران» ترجمه شده است (۳۰). فرهنگ لغت Merriam-Webster واژه دلسوزی را چنین تعریف کرده است: آگاهی از پریشانی دیگران همراه با تمایل به کاهش پریشانی (۳۱). لغت‌نامه آکسفورد نیز تعریف دیگری برای دلسوزی ارائه داده است: ترحم توأم با همدردی برای درد و رنج و بدبختی دیگران (۳۲). در فرهنگ لغت دهخدا نیز واژه دلسوزی به معنای «شفقت»، «مهربانی» و «غمخواری» آورده شده است (۳۳). دلسوزی، پاسخ فردی و طبیعی انسان‌ها به درد و رنج هم‌نوع است (۳۴).

مروری بر مطالعات

نتایج مرور متون نشان داد، دلسوزی مفهوم پیچیده‌ای است که تعریف دقیق آن دشوار است (۱۴). Davison و Williams معتقدند که هر فرد تعریف خاصی برای دلسوزی دارد و آریه تعریف واحد، دشوار است (۳۵). اگرچه در زمینه دلسوزی تعاریف مختلف و متفاوتی وجود دارد اما در اکثر متون، دلسوزی چنین تعریف شده است؛ دلسوزی به معنی غرق شدن در درد، رنج، ترس و نگرانی دیگران است حتی زمانی که آن فرد، یک فرد غریبه باشد (۳۵). در مطالعات دیگر، دلسوزی را به عنوان «آگاهی از درد و رنج دیگران و تلاش برای پیشگیری یا رفع آن» تعریف کرده‌اند (۳۶-۳۸). در متون پرستاری واژه دلسوزی و مراقبت دلسوزانه به جای همدیگر به کار رفته است و هر دو به یک معنی است (۳۹). Dewar (۲۵) معتقد است که مراقبت دلسوزانه فرایند ارتباطی، بین فردی و ذهنی است که از طریق آن فرد با سایر افرادی که

آسیب‌پذیر هستند، ارتباط برقرار می‌کند و از طریق پاسخ‌های احساسی و کلامی در جهت کاهش درد و رنج آن‌ها فعالیت می‌کند.

آنچه از بررسی متون بر می‌آید، این است که مراقبت دلسوزانه، فراتر از ابراز احساس خالی است و شامل راه‌هایی است که ما تلاش می‌کنیم تا براساس آن، درد و رنج دیگران را کاهش دهیم. به عبارت دیگر، دلسوزی بر پایه تفکر منطقی و ارزشیابی شکل می‌گیرد نه فقط براساس احساس (۳۰). بنابراین آنچه دلسوزی را از سایر واژه‌های مشابه از قبیل همدلی و همدردی متمایز می‌سازد آن است که در دلسوزی، علاوه بر این که پرستار درد و رنج بیمار را مشاهده و درک می‌کند، تلاش می‌کند تا اقداماتی را برای کاهش یا از بین بردن ناراحتی و درد و رنج بیمار انجام دهد. بنابراین انجام اقدام عملی از ویژگی‌های اصلی دلسوزی است، در حالی که ممکن است در همدلی و همدردی چنین اقدام عملی صورت نگیرد و فقط فرد احساس ناراحتی، غمگینی و تأسف داشته باشد (۳۰). از طرف دیگر، مراقبت‌های دلسوزانه لزوماً به معنای کارهای بزرگ نیست و معمولاً شامل «انجام کارهای کوچک» برای راحتی بیمار و خانواده‌اش است. اما این اقدامات کوچک اثرات بزرگی بر بیمار و خانواده وی دارد. مثلاً دادن پنبه یا دستمال برای پاک کردن خون از صورت بیمار (۲۴ و ۴۰).

یکی از عوامل مهم در انجام مراقبت‌های دلسوزانه، برقراری ارتباط مناسب بین پرستار و بیمار است و اکثر مطالعات به اهمیت برقراری ارتباط صمیمانه و دوستانه با بیمار برای کشف مشکلات بیمار و رفع آن تأکید کرده‌اند (۱۴ و ۲۵).

بر این اساس، مراقبت دلسوزانه به عنوان فرآیندی است که در آن پرستار و بیمار در یک تعامل سازنده در جهت رفع درد و رنج بیمار و برای رسیدن به اهداف مشترک فعالیت می‌کنند (۴۱). در این راستا، شواهد موجود نشان می‌دهد که گفتگوی پرستار با بیمار و خانواده‌اش و حتی با همکاران در خصوص نحوه رایجه مراقبت بسیار مهم است. Dewar و همکاران این فرآیند را مکالمه مراقبتی (caring conversations) نامیده‌اند (۲۴). زمانی که پرستار با بیمار یا خانواده‌اش در خصوص نحوه رایجه مراقبت بحث و گفتگو می‌کند، پرستار اولویت‌ها و دیدگاه‌های بیمار را کشف و سعی می‌کند تا براساس آن مراقبت‌های خود را رایجه دهد (۳). Proctor نیز، گوش دادن فعال، حفظ حریم بیمار، کشف اضطراب بیمار و تلاش برای رفع این اضطراب را از مصادیق مراقبت دلسوزانه بر شمرده است (۴۲).

به عنوان نتیجه کلی بررسی متون، می‌توان گفت که مراقبت دلسوزانه به معنای «آگاهی از درد و رنج بیماران و تلاش برای کاهش یا از بین بردن درد و رنج» می‌باشد. بنابراین ویژگی اصلی دلسوزی در آن است که همراه با تمایل و اقدام عملی برای کاهش درد و رنج است، این در حالی است که همدردی و همدلی بیشتر به عواطف و احساسات مربوط می‌شود و ممکن است که اقدام عملی برای کاهش درد و رنج صورت نگیرد. از طرف دیگر، مراقبت دلسوزانه انجام یک کار بزرگ و شاهرکار نیست، بلکه می‌توان از طریق گوش دادن به صحبت‌های بیمار، دادن پنبه برای خشک کردن خون از صورت بیمار و یا مشارکت دادن بیمار در مراقبت، اقدامات دلسوزانه‌ای انجام داد (۲۲، ۲۱ و ۴۰). سایر تعاریف و جزئیات مروری بر متون در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول ۱- تحلیل مفهوم براساس مطالعات گذشته

نویسنده	نمونه‌ها	نوع مطالعه	هدف	تعاریف و مصادیق مراقبت دلسوزانه
Von Dietze & Orb, ۲۰۰۰ (۳۰)	-	مروری	کشف معنی دلسوزی در مراقبت‌های پرستاری	دلسوزی بیش از یک پاسخ طبیعی به درد و رنج دیگری است، در واقع دلسوزی یک گزینه اخلاقی است.
Cingel, ۲۰۱۱ (۴۱)	۳۰ پرستار و ۳۱ بیمار	تحقیق کیفی (نظریه مبنایی)	کشف مفهوم مراقبت دلسوزانه در محیط‌های مراقبت مزمن	توجه به مشکلات بیمار، گوش دادن به بیمار، مواجهه با بیمار، درگیر شدن در امر مراقبت بیمار، حضور همه جانبه، درک بیمار
Papadopoulos و همکاران، ۲۰۱۵ (۴۳)	۱۳۲۳ پرستار	مطالعه توصیفی (براساس جمع‌آوری داده‌ها از طریق آنلاین)	کشف معنای مراقبت دلسوزانه در میان پرستاران ۱۵ کشور	تخصیص زمان، بودن در کنار بیمار، اقدامات فراتر از وظیفه، دفاع از حقوق بیمار، حمایت از بیمار، مراقبت فرد محور
Davison & Williams (a), ۲۰۰۹ (۳۵)	-	مروری	تعریف، شناسایی و اندازه‌گیری مراقبت دلسوزانه در پرستاری	هر فرد تعریف خاصی برای مراقبت دلسوزانه دارد و ارایه تعریف واحد، دشوار است. مراقبت دلسوزانه بخش جدایی‌ناپذیر حفظ حریم بیمار است که باعث حفظ استقلال بیمار می‌شود.
Horsburgh & Ross, ۲۰۱۲ (۴۴)	۴۲ پرستار (در ۶ گروه متمرکز)	تحقیق کیفی (نظریه مبنایی)	کشف درک پرستاران تازه فارغ‌التحصیل شده از مراقبت دلسوزانه	ارایه مراقبت دلسوزانه در محیط چالش برانگیز، لزوم آماده‌سازی پرستاران تازه فارغ‌التحصیل شده برای ارایه مراقبت دلسوزانه
Shimoinaba و همکاران، ۲۰۱۴ (۴۵)	۳۳ پرستار	تحقیق کیفی (نظریه مبنایی)	کشف فرآیند برقراری ارتباط بین پرستار و بیمار در بخش مراقبت تسکینی	داشتن ذهن باز، تلاش برای درک بیمار، گذاشتن وقت و انرژی به بیمار از ویژگی‌های مراقبت دلسوزانه است.
Davison & Williams (b), ۲۰۰۹ (۳۴)	-	مروری	شناسایی عوامل موثر بر ارایه مراقبت دلسوزانه از سوی پرستاران	عوامل مربوط به حرفه پرستاری (داشتن وقت، تجربه پرستار، مهارت ارتباطی پرستار)، عوامل فرهنگی، عوامل فردی
Straughair, ۲۰۱۲ (۴۶)	-	مروری	کشف ابعاد دلسوزی	دلسوزی یک فضیلت انسانی است که مورد تأکید مذهب نیز هست.
Dewar و همکاران، ۲۰۱۴ (۲۴)	-	تحقیق کیفی (اقدام پژوهشی)	کشف معنی مراقبت دلسوزانه برای پرستار، بیمار و خانواده اش.	احساس عمیق از برقراری ارتباط با فردی که در حال تجربه درد و رنج هست و یا فردی که آسیب‌پذیر است و این احساس نیازمند درک شخصی از درد و رنج دیگری است که باعث پاسخ اخلاقی به این مشکل شده و در نهایت باعث فراهم کردن آرامش بیمار می‌گردد. به علت غیرقابل رویت بودن ماهیت دلسوزی، ارایه تعریف دقیق از دلسوزی دشوار است.
Dewar, ۲۰۱۳ (۲۵)	-	مروری	کشف درک پرستاران از فرآیندهای اساسی که منجر به ارایه مراقبت‌های دلسوزانه به بیمار می‌شود.	مراقبت دلسوزانه فرایند ارتباطی، بین فردی و ذهنی است که از طریق آن فرد با سایر افرادی که آسیب‌پذیر هستند ارتباط برقرار می‌کند و از طریق پاسخ‌های احساسی در جهت کاهش درد و رنج فعالیت می‌کند.
Bramley & Matiti, ۲۰۱۴ (۱۴)	۱۰ بیمار	تحقیق کیفی (تحلیل محتوا)	کشف تجربه بیماران از مراقبت دلسوزانه ارایه شده از سوی پرستاران	از دید بیماران، دلسوزی به معنی درک بیمار و وقت گذاشتن برای بیمار، گذاشتن خود به جای بیمار و برقراری ارتباط با بیمار می‌باشد.
Crawford و همکاران، ۲۰۱۴ (۱۸)	-	مروری	کشف پاسخ‌های فردی و سازمانی به درخواست مراقبت دلسوزانه	آگاهی و یا حساسیت به درد و رنج دیگران که منجر به پاسخ‌های کلامی، غیرکلامی و یا رفتار فیزیکی شده و باعث از بین رفتن، کاهش یا از بین بردن آن درد و رنج می‌شود. ویژگی‌های آن شامل مهربانی، دوست داشتن، حساس بودن، داشتن ذهن باز، درک و حمایت از بیمار می‌باشد. دلسوزی دو طرفه (bidirectional compassion) به منزله دلسوزی سازمان به کارکنان و کارکنان به بیمار است.
McPherson و همکاران، ۲۰۱۵ (۴۷)	۱۰ پرستار	تحقیق کیفی (نظریه مبنایی)	کشف عوامل موثر بر مراقبت دلسوزانه در بخش دمانس	عوامل تسهیل‌کننده مراقبت دلسوزانه شامل وقت گذاشتن برای بیمار، صحبت کردن با بیمار و دادن بازخورد و داشتن حس دلسوزی برای خود بود. موانع مراقبت دلسوزانه شامل دیسترس فیزیکی و روانی، عدم تمرکز، رفتار تدافعی از سوی پرستار و حجم کاری بالا است.

یافته‌های حاصل از مرحله کار در عرصه
این مطالعه در مورد یازده پرستار (۶ نفر زن و ۵ نفر مرد) انجام یافت. نتایج مطالعه نشان داد که میانگین سنی مشارکت‌کنندگان ۳۳ سال و سابقه کاری آن‌ها از ۳ تا ۲۶ سال متغیر بوده است. در این مطالعه، ۱۰ نفر از مشارکت‌کنندگان در سمت پرستار بالینی و یک نفر نیز به عنوان سرپرستار مشغول به کار بودند. یافته‌های حاصل از این مرحله در پنج درون‌مایه قرار گرفته است: «گذاشتن خود در جای بیمار»، «مراقبت از بیمار به عنوان عزیز خود»، «انجام اقدامات فراتر از وظیفه»، «آگاهی از دغدغه (مشکل بیمار) و تلاش در حد توان برای رفع آن» و «ابعاد مراقبت دلسوزانه». در این جا هر یک از این درون‌مایه‌ها به اختصار توضیح داده می‌شود.

گذاشتن خود در جای بیمار

اکثر مشارکت‌کنندگان اظهار کردند، برای این که مراقبت دلسوزانه انجام گیرد پرستار باید خود را به جای بیمار قرار دهد و از پنجره بیمار به قضیه نگاه کند. این امر باعث می‌شود تا درک واقعی از بیمار صورت گیرد و در نهایت، پرستار اقداماتی را برای کاهش دغدغه بیمار انجام دهد. یکی از مشارکت‌کنندگان تعریف جامعی در این زمینه ارائه کرد:

«مراقبت دلسوزانه یعنی این که خودمون را جای بیمار بذاریم و احساس کنیم که بیمار هستیم. از دید بیمار، از پنجره نگاه بیمار به مسایل بیمار نگاه کنیم و به شرایط بیمار، فیزیک و جسم و روحش که دچار مشکل شده توجه کنیم و خودمون را جای اون قرار بدیم، درک کنیم، حس کنیم و این‌ها را که تونستیم

درک کنیم، همون مراقبت دلسوزانه را برایشون انجام بدهیم و از طریق مراقبت‌های دلسوزانه بهش کمک کنیم که دردی، مشکلی، چیزی داره برطرف بشه (مشارکت‌کننده شماره ۲)».

«خودمو جای بیمار می‌ذارم، احساس می‌کنم خودم هم چنین شرایط و مشکلات را دارم ... فکر می‌کنم اگه من جای اون بودم چه مشکلاتی واسم ایجاد می‌شد، واسه همین احساس می‌کنم که این درک کردن باعث می‌شه که مریض راحت بتونه با ما ارتباط برقرار بکنه، راحت اون دغدغه‌هاشو به ما بگه و نهایتاً ما می‌تونیم یه راهکاری جلوی پایش بذاریم و مریض راحت بتونه به مشکلاتش فائق بیاد (مشارکت‌کننده شماره ۴)».

«وقتی می‌بینم بیماری درد و رنج داره سعی می‌کنم تا سریع‌تر جواب بدم. شاید فردا خودم در این تخت بستری باشم ... (مشارکت‌کننده شماره ۵)».

مراقبت از بیمار به عنوان عزیز خود

برخی از مشارکت‌کنندگان نیز معتقد بودند، برای این که مراقبت دلسوزانه اتفاق بیفتد پرستار باید بیمار را به عنوان یکی از اعضای خانواده خود در نظر بگیرد و فرض کند که آن بیمار یکی از اعضای خانواده اوست: «منظور از مراقبت دلسوزانه این هست که وقتی پرستار داره از مریض مراقبت می‌کنه عین این هست که مریض یکی از بستگانش باشه و نزدیک‌ترین فرد به پرستار هست و بخواد بهترین مراقبت را برای بیمار انجام بده (مشارکت‌کننده شماره ۷)».

«من فرض می‌کنم که اون مریض پدر خودم هست، اگه پدرم بستری باشه چه

کارهایی برایش انجام می‌دادم (مشارکت‌کننده شماره ۶)».

«اگه کسی داشت رنج می‌کشید فکر می‌کردم که انگار خانواده خودم هست. می‌گفتم که آیا من دوست دارم تا با بابام و مامانم این جور رفتار بشه، بلافاصله سعی می‌کردم تا بالا سرشون حاضر بشم ... (مشارکت‌کننده شماره ۱۱)».

انجام اقدامات فراتر از وظیفه

تعداد زیادی از مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند که مراقبت دلسوزانه شامل اقداماتی است که ممکن است جزء وظایف پرستار نباشد، اما پرستار از روی وظایف انسانی و اخلاقی آن اقدامات را انجام می‌دهد:

«مراقبت دلسوزانه مراقبتی است که علاوه بر رفع نیازهای بیمار که جزء وظایف قانونی من هست بتونم یه کارهایی فراتر از اون وظیفه‌ام را برای بیمار انجام بدهم که جزء سرفصل‌های کاری من نیست (مشارکت‌کننده شماره ۹)».

«من وقتی مراقبت دلسوزانه را می‌شنوم یعنی این که پرستار یه کارهایی فراتر از وظیفه خودش را برای بیمار انجام بدهد ... برخی از کارها جزء وظایف من و کارهای روتین من نیست اما برای راحتی مریض این نوع رفتارها را انجام می‌دهم (مشارکت‌کننده شماره ۸)».

«برخی کارها وظیفه من نیست. مثلاً بیماری که بضاعت مالی نداره و من پرونده را این ور و اونور می‌برم تا هزینه‌اش رایگان بشه، در واقع این کار وظیفه من نیست. ولی سعی می‌کنم تا این کار را انجام بدهم. یا این که وقتی بیمار یه همراه داره که مسن هست یه صندلی

براش می‌برم در واقع این نوع رفتارهای من به نوعی در راستای مراقبت دلسوزانه هست (مشارکت‌کننده شماره ۱۰)».

آگاهی از دغدغه (مشکل بیمار) و تلاش در حد توان برای رفع آن

بسیاری از مشارکت‌کنندگان هدف اصلی مراقبت دلسوزانه را کشف دغدغه بیمار و تلاش برای رفع آن دانسته‌اند. این دغدغه می‌تواند به مشکلات جسمی و یا روحی و روانی بیمار مربوط باشد. همچنین این دغدغه‌ها و درد و رنج‌ها ممکن است به طور مستقیم در مورد بیماری فرد باشد و یا این که به دغدغه‌های خارج از بیمارستان مرتبط باشد. یکی از مشارکت‌کنندگان چنین تعریفی از دغدغه ارائه داده است:

«وقتی درد و رنج در کنار هم میاد اون کلمه رنج، بار معنوی می‌ده، که سوای اون دردی که بیمار می‌کشه، منظورم از درد و رنج، دغدغه‌های بیمارانه هست که داره اون‌ها را ازیت می‌کنه که ممکنه دغدغه‌های داخل بیمارستان یا خارج از بیمارستان باشه (مشارکت‌کننده شماره ۴)».

برای این که دغدغه‌های بیمار کشف شود پرستار باید پیشقدم شود. در این مورد یکی از مشارکت‌کنندگان چنین بیان کردند:

«... تا ما پیشقدم نشیم و از بیمار نپرسیم و فیدبک ندیم بیمار دغدغه‌هاشو به ما نمی‌گه (مشارکت‌کننده شماره ۳)».

سایر مشارکت‌کنندگان تلاش حداکثری برای رفع دغدغه بیمار را مصداق دلسوزی دانسته‌اند:

«مراقبت دلسوزانه یعنی این که هر آنچه از دستم بر میاد - از نظر علمی و عملی - به بهترین

شکل انجام بدم، به طوری که نیازهای مراقبتی‌اش را برطرف کنم (مشارکت‌کننده شماره ۴)».

«سعی می‌کنم هر کاری از دستم بر بیاید برایش انجام بدم نه فقط وظیفه‌ام - مثلاً دارو دادن - را انجام بدم (مشارکت‌کننده شماره ۸)».

برخی از مشارکت‌کنندگان نیز دغدغه‌های بیمار را معادل نیازهای وی دانسته‌اند:

«مراقبت دلسوزانه یعنی آگاهی از نیاز بیمار و رفع آن نیاز (مشارکت‌کننده شماره ۱۰)».

«مراقبت دلسوزانه یعنی درک نیازهای بیمار و تلاش برای رفع آن (مشارکت‌کننده شماره ۸)».

ابعاد مراقبت دلسوزانه

آنالیز داده‌های کیفی نشان داد که از دید پرستاران مشارکت‌کننده، مراقبت دلسوزانه یک مفهوم پیچیده‌ای است که دارای چندین بعد می‌باشد.

۱ - بعد ذاتی

مشارکت‌کنندگان در پژوهش معتقد بودند که رفتار دلسوزانه یکی از ویژگی‌های ذاتی انسانی است که در وجود انسان نهفته است و انسان‌ها دوست دارند تا به همنوع خود که دچار درد و رنج شده است، کمک کنند و این فقط مربوط به پرستاران نیست:

«در واقع، دلسوزی کردن به ذات انسانی افراد بر می‌گردد. انگار این ویژگی انسانی را خداوند در انسان‌ها خلق کرده است و این ویژگی انسانی باعث می‌شود تا به دیگران کمک و توجه کنیم (مشارکت‌کننده شماره ۱۰)».

«دلسوزی توی ذات آدم هست، وقتی مشکلی پیش می‌آد فرد دوست داره یه نفر نسبت بهش ترحم داشته باشه، این حس را از روی انسانیت نسبت به همنوعش نیز داره (مشارکت‌کننده شماره ۱)».

۲ - بعد اخلاقی

مشارکت‌کنندگان یکی از مهم‌ترین ابعاد مراقبت دلسوزانه را رعایت اصول اخلاقی دانسته‌اند:

«بسیاری از اقدامات پرستاری جزء اخلاقیات هست. اخلاق ایجاب می‌کنه که به مریض کمک کنیم. به نظر من، دلسوزی کردن یعنی اخلاقی عمل کردن (مشارکت‌کننده شماره ۸)».

«سعی می‌کنم تا حداقل، اخلاق پرستاری را در مورد بیماران رعایت کنم ... (مشارکت‌کننده شماره ۱۰)».

۳ - بعد انسانی

یکی دیگر از ابعاد مراقبت دلسوزانه، انجام رفتارهای انسان دوستانه می‌باشد. نقل قول‌های زیر این موضوع را نشان می‌دهند:

«من برای خودم یک وظیفه بشر دوستانه می‌دانم که به مشکلات مریض‌ها رسیدگی کنم (مشارکت‌کننده شماره ۴)».

«شاید بشه گفت که مراقبت‌های دلسوزانه یک نوعی از رفتارهای انسان دوستانه است (مشارکت‌کننده شماره ۸)».

۴ - بعد مذهبی و معنوی

یکی دیگر از ابعاد مراقبت دلسوزانه که ریشه در فرهنگ و مذهب جامعه دارد، بعد مذهبی و معنوی آن است. در این زمینه مشارکت‌کنندگان چنین اظهار نموده‌اند:

«در مذهب ما (اسلام) هم هست که به همدیگه کمک کنیم پس ما هم به عنوان پرستار به بیمار کمک می‌کنیم (مشارکت‌کننده شماره ۵)».

«چون با انسان سروکار دارم و خدا را می‌بینم پس به بیماران رسیدگی می‌کنم. هم به خاطر رضای خدا و هم ترس از خدا این کارها را انجام می‌دم (مشارکت‌کننده شماره ۳)».

«من به عنوان مسلمان باور دارم که اگه به کسی کمک کنم ثواب داره و این اعتقادات را پذیرفته ام که این رفتارها ثواب داره، اگه من به مریضی کمک کنم در واقع به توصیه‌های دینی عمل می‌کنم و در نهایت خودم هم احساس آرامش می‌کنم (مشارکت‌کننده شماره ۸)».

یافته‌های حاصل از مرحله تحلیل نهایی

یافته‌های حاصل از تحلیل نهایی نشان می‌دهد که مراقبت دلسوزانه یک مفهوم چند بعدی است که دارای جنبه‌های مختلفی از قبیل بعد انسانی، اخلاقی و معنوی می‌باشد. از طرف دیگر مراقبت دلسوزانه بر پایه برقراری ارتباط دو طرفه بین پرستار و بیمار متکی است، به طوری که با ایجاد صمیمیت بین پرستار و بیمار، بیمار به پرستار اعتماد کرده و مشکلات خود را با پرستار به اشتراک می‌گذارد. اگرچه نتایج مرور متون در اکثر موارد با نتایج حاصل از کار در عرصه هم‌خوانی دارد، اما مشارکت‌کنندگان این مطالعه به مواردی اشاره کردند که تا حدودی متفاوت با مرور متون است. براساس بررسی متون، مراقبت دلسوزانه در پاسخ به درد و رنج بیماران اتفاق می‌افتد، اما مشارکت‌کنندگان به جای کلمه «درد و رنج

بیماران» اکثراً از کلمه «دغدغه بیماران» استفاده می‌کردند که براساس فرهنگ ما و لغات مرسوم در کشور ما می‌توان گفت که دلسوزی در پاسخ به دغدغه بیماران اتفاق می‌افتد که این دغدغه‌ها ممکن است به مسایل جسمی، روحی روانی و حتی نیازهای بیمار مربوط باشد. از طرف دیگر در بررسی متون، دلسوزی به صورت تلاش برای کاهش درد و رنج اشاره شده اما به نوع تلاش که چگونه باشد، اشاره نشده است. اما مشارکت‌کنندگان این مطالعه گفته‌اند که آن‌ها حداکثر تلاش خود را برای رفع دغدغه‌ها می‌کنند که ممکن است به نتیجه برسد یا نرسد. از دیگر مواردی که در مرحله کار در عرصه نمود بیش‌تری داشت، بعد مذهبی و معنوی مراقبت دلسوزانه بود که علی‌رغم مشکلاتی که در زمینه مراقبت پرستاری وجود دارد و حقوق و دریافتی پرستاران کم است، این بعد معنویات و دریافت پاداش اخروی است که باعث می‌شود پرستاران در تلاش برای رفع درد و رنج بیماران باشند.

همچنین نتایج تحلیل نهایی بیانگر آن است که برای این‌که این مراقبت دلسوزانه روی دهد، باید هر دو طرف (پرستار و بیمار) درگیر شوند. همچنین برای این‌که پرستار وضعیت بیمار را درک کند باید خود را در جای بیمار قرار دهد و از دید وی به قضیه نگاه کند و بیمار را به عنوان عزیز خود در نظر بگیرد در آن صورت است که سعی می‌کند تا مراقبت‌های پرستاری را به‌طور دلسوزانه و بدون هیچ چشم‌داشتی ارایه نماید.

بنابراین براساس مروری بر متون و یافته‌های حاصل از کار در عرصه می‌توان

تعریف زیر را برای مراقبت دلسوزانه در پرستاری ارائه نمود: «مراقبت دلسوزانه، به عنوان فرآیندی است که در آن پرستار در یک تعامل سازنده با بیمار ارتباط برقرار کرده و با گذاشتن خود به جای بیمار و درک شرایط وی، به کشف دغدغه‌های بیمار پرداخته و حداکثر تلاش خود را برای رفع آن دغدغه‌ها می‌نماید».

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این تحلیل مفهوم که به روش هیبرید انجام یافت، نشان داد که مراقبت دلسوزانه یک مفهوم مهم در ارائه مراقبت‌های پرستاری است و پرستاران می‌توانند ضمن آشنایی با ابعاد مختلف مراقبت دلسوزانه تلاش کنند تا در مراکز بهداشتی و درمانی این گونه مراقبت‌ها را به کار بگیرند.

نتایج حاصل از مرور متون نیز نشان می‌دهد که مراقبت دلسوزانه جزء جدایی‌ناپذیر از مراقبت پرستاری است (۳۰). به عبارت دیگر، پرستاری اساساً حرفه‌ای است که با مراقبت عجین شده است. بنابراین از پرستاران انتظار می‌رود که مراقبت‌های دلسوزانه را سرلوحه کارهای خود قرار دهند (۳۰). در این زمینه

Horsburgh و Ross معتقدند که دلسوزی و مراقبت در هم عجین هستند و مراقبت دلسوزانه از عوامل مهم در ارائه مراقبت‌های پرستاری با کیفیت به شمار می‌رود (۴۴). به طوری که van der Cingel مراقبت دلسوزانه را به عنوان بهترین مراقبت براساس حداکثر توانایی پرستار مطرح کرده است (۴۱). در تعریف جامعی که در تحلیل نهایی به دست آمد، برای ارائه مراقبت دلسوزانه، پرستار

در یک تعامل سازنده با بیمار ارتباط برقرار کرده و ضمن کشف دغدغه‌های بیمار، در حد توان خود برای رفع آن دغدغه‌ها تلاش می‌نماید. بنابراین اولین عامل در ارائه مراقبت دلسوزانه برقراری یک ارتباط مناسب بین پرستار و بیمار است. Lowin معتقد است که برقراری ارتباط مؤثر بین بیمار و کارکنان بالینی یک عنصر ضروری برای مراقبت دلسوزانه است. اگرچه بدون انجام دلسوزی مراقبت ممکن است که از نظر تکنیکی عالی به نظر برسد، اما منجر به بی‌تفاوتی به ارزش‌ها، فرهنگ و ویژگی‌های افراد شده و در نتیجه فرهنگ خاص بیماران و خانواده‌های آن‌ها، نگرانی‌ها و دیسترس‌شان شناسایی نمی‌شود (۴۸). بنابراین، ارتباط مبتنی بر دلسوزی نیازمند آن است که پرستار به بیمار احترام بگذارد و علاقمند به درک تجربه‌های بیمار باشد. همچنین پرستار باید از طریق برقراری ارتباط با بیمار، راهبردهای بیمار در مواجهه با درد و رنج و مشکلات و نحوه سازگاری وی را نیز شناسایی کند و تا حد امکان بیمار را در امر مراقبت مشارکت دهد (۲۶).

در این مطالعه مشارکت‌کنندگان هدف از دلسوزی را کشف دغدغه بیمار معرفی کرده‌اند که پرستار براساس توان خود و با توجه به امکانات موجود سعی می‌کند تا در جهت رفع آن دغدغه‌ها گام‌های عملی بردارد. بررسی متون نیز نشان می‌دهد که انجام اقدامات و تلاش برای کاهش درد و رنج از ویژگی‌های اصلی دلسوزی است که در همدلی و همدردی معمولاً چنین اقدامی صورت نمی‌گیرد (۲۱ و ۳۰). Dewar و همکاران نیز بر این باور اعتقاد دارند

که یکی از ملزومات مراقبت دلسوزانه شناسایی دغدغه‌های بیمار و درخواست‌های آن‌هاست. پرسیدن سؤالاتی از قبیل این‌که «اکنون چه چیزی برای تو مهم است؟» باعث می‌شود تا اولویت‌های بیمار را شناسایی کنیم. حتی اگر بیمار قادر به صحبت کردن نیز نباشد، پرسیدن این سؤال باعث می‌شود تا پرستار به نیازها و اولویت‌های بیمار اهمیت دهد (۲۴) و از این طریق نیازهای بیمار و خانواده‌اش (شامل نیازهای جسمی، روانی و معنوی) را شناسایی کند (۳۰). در رایج مراقبت‌های دلسوزانه به این اصل مهم اشاره می‌شود که ما باید با بیمار طوری برخورد کنیم که دوست داریم با ما همان‌گونه رفتار شود. البته یک رشته انتقادات نیز بر این دیدگاه وارد شده است. مراقبت دلسوزانه یعنی این‌که ما براساس خواسته‌های بیمار اقداماتی را برای بیمار انجام دهیم بنابراین ممکن است، بسیاری از دیدگاه‌ها و خواسته‌های ما با خواسته‌های بیمار متفاوت باشد. از این رو مراقبت دلسوزانه یک مراقبت مبتنی بر ارتباط است که پرستار با مشارکت بیمار و با در نظر گرفتن دیدگاه‌های بیمار و دیدگاه‌های خود به رایج مراقبت می‌پردازد، نه این‌که صرفاً خودش به تنهایی انتخاب کند که چه چیزی برای بیمار انجام دهد (۲۴). بنابراین دریافت بازخورد از بیمار و نیز دادن بازخورد به بیمار یکی از راه‌های اطمینان از رایج مراقبت‌های دلسوزانه است (۲۴). علاوه بر این، ارزیابی پرستاران از رفتارهای خود نیز کمک‌کننده است، به طوری که اگر پرستاران رفتارهای خود را مورد بررسی قرار دهند، ممکن است رفتارهای خود را تغییر دهند و به

سمت مراقبت دلسوزانه حرکت کنند (۱۴). ممکن است برخی‌ها این تعبیر را داشته باشند که گفتگو با بیمار در خصوص کیفیت مراقبت زمان‌گیر است. اما نتایج مطالعات نشان داده است که انجام این گفتگوها نیاز به تخصیص زمان بیش‌تری ندارد و خود کارکنان درمانی نیز به مزایای این روش اذعان کرده‌اند (۳). مهم این است که مراقبت دلسوزانه یک فرآیند بین فردی و ارتباطی است که علاوه بر رضایت بیمار، باعث افزایش انرژی پرستار و نیز رضایت وی می‌شود (۲۴).

البته باید به این نکته نیز اشاره کرد که این فقط بیماران و خانواده‌های آن‌ها نیستند که دوست دارند تا مراقبت‌های دلسوزانه را دریافت کنند، بلکه سازمان‌ها و رایج‌دهندگان خدمات بهداشتی درمانی از قبیل پرستاران نیز تلاش می‌کنند تا علاوه بر این‌که مراقبت دلسوزانه را به سایر افراد رایج می‌دهند، خودشان نیز این نوع مراقبت‌ها را دریافت نمایند (۴). از طرف دیگر، پرستاران و سایر رایج‌دهندگان خدمات بهداشتی، مراقبت دلسوزانه را در درون سازمان انجام می‌دهند، نه در محیط ایزوله، بنابراین جو سازمانی مثبت و حمایت مسؤولان در جهت رایج خدمات مراقبت دلسوزانه ضروری است (۱۸). بر این اساس است که Crawford و همکاران (۱۸) از دلسوزی دو طرفه (bidirectional compassion) صحبت به میان می‌آورند که به منزله دلسوزی سازمان به کارکنان و کارکنان به مراجعان است. آن‌ها معتقدند که در موقعیت‌های بهداشتی درمانی امروزی که تأکید بیش‌تری بر صرفه‌جویی و کاهش هزینه‌هاست،

چگونه می‌توان از پرستاران انتظار داشت تا با همکاران، خودشان و در نهایت با بیماران دلسوزانه رفتار کنند (۱۸).

همان‌طور که Von Dietze و Orb بحث می‌کنند، زمانی که سیستم‌های بهداشتی بر کاهش هزینه‌ها و کاهش زمان بستری بیماران تأکید می‌کنند، طبیعی است که میزان تماس پرستار با بیمار کم‌تر شده و در نهایت مراقبت دلسوزانه نیز کم‌رنگ‌تر می‌شود (۳۰). با وجود این Papadopoulos و همکاران بر این باورند که اگرچه موانع زیادی برای ارایه مراقبت دلسوزانه وجود دارد، اما پرستاران تلاش می‌کنند تا از طریق گذاشتن وقت برای بیمار، در کنار بیمار و خانواده وی حضور داشته و مراقبت شایسته را براساس فرهنگ بیمار ارایه نمایند (۴۳). بنابراین، فقط تلاش پرستار کافی نیست و باید سازمان‌های بهداشتی نیز شرایط و محیط کار را برای ارایه مراقبت‌های دلسوزانه از سوی پرستاران تأمین نمایند و با کاهش حجم کاری پرستاری و رفع کمبود نیروی انسانی، فراهم کردن محیط حمایتی و ارایه پاداش مناسب، زمینه لازم برای حضور بیش‌تر پرستار بر بالین بیمار و ارایه مراقبت‌های دلسوزانه را فراهم نمایند (۳، ۱۸، ۴۹).

در این مطالعه، مشارکت‌کنندگان به ماهیت ذاتی و فطری بودن دلسوزی اشاره کرده‌اند، این در حالی است که این یافته با تحلیل مفهوم انجام گرفته توسط Schantz (۲۱) متفاوت است. وی معتقد است که دلسوزی کردن از ویژگی‌های ذاتی و فطرتی انسان نیست، بلکه انسان این اختیار را دارد که فردی دلسوز و شاد باشد، یا این‌که فردی غیردلسوز،

آسیب‌رسان و نگون‌بخت. تفاوت در نتایج این مطالعه می‌تواند به تفاوت در دیدگاه‌ها و جهان‌بینی و فرهنگی که افراد در آن جامعه زندگی می‌کنند، مربوط باشد. علاوه بر این Schantz نتیجه‌گیری کرده است که واژه دلسوزی و مراقبت دلسوزانه به سختی در متون پرستاری یافت می‌شود و کلماتی مثل همدلی و همدردی خیلی رایج‌تر از دلسوزی است (۲۱). در این زمینه هم باید توجه کرد که این مطالعه در سال ۲۰۰۷ انجام یافته و این در حالی است که در طی این چند سال اخیر توجه بیش از پیش به موضوع مراقبت دلسوزانه در حوزه علوم پزشکی و به ویژه پرستاری شده و مطالعات زیادی در این حوزه انجام گرفته است که نشان‌دهنده اهمیت مراقبت دلسوزانه می‌باشد (۵۰). همچنین، به طوری که اشاره شد تفاوت در این نوع دیدگاه‌ها می‌تواند به فرهنگ و نیز تفاوت افراد مربوط باشد، بسیاری از رفتارهای ما ایرانیان براساس آموزه‌های مذهبی و خانوادگی شکل گرفته که از همان بدو تولد به خصایص انسانی و فطرت پاک انسان‌ها تأکید می‌شود.

از سایر ابعاد مراقبت دلسوزانه می‌توان به بعد اخلاقی و انسانی آن اشاره کرد که در مطالعات قبلی نیز مورد تأکید قرار گرفته (۳۰ و ۵۱) و با یافته‌های ما در مرحله کار در عرصه هم‌خوانی دارد. بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که مراقبت دلسوزانه یک فضیلت اخلاقی است که بایستی در کنار سایر اصول اخلاقی در ارایه مراقبت‌های پرستاری به کار گرفته شود. از طرف دیگر این نوع رفتارهای دلسوزانه جزء رفتارهایی است که

انسان‌ها به همنوع خود ارایه می‌کنند تا بتوانند با استفاده از احساسات و عواطف انسانی، از آلام و درد همدیگر بکاهند.

بنابراین، آنچه از بررسی متون بر می‌آید این است که مراقبت دلسوزانه در درجه اول یک فضیلت اخلاقی است (۵۲ و ۵۳). به طوری که در اکثر ادیان، دلسوزی به عنوان پایه و اساس باورها، رفتارها و مراسم مذهبی بیان شده است (۵۴). علاوه بر این، دلسوزی یک رفتار انسانی است که انسان‌ها برای همنوع خود نشان می‌دهند. در واقع دلسوزی و انسانیت ارتباط تنگاتنگی با هم دارند (۳۰). در رشته‌های علوم پزشکی، خصوصاً پرستاری نیز، دلسوزی علاوه بر این که یک فضیلت اخلاقی است، به عنوان جوهره مراقبت و بنابراین جوهره پرستاری نیز به حساب می‌آید و از پرستاران انتظار می‌رود تا رفتار دلسوزانه‌ای با بیماران داشته باشند (۱۴). همچنین، شواهد موجود نشان می‌دهد که مراقبت دلسوزانه یک فرآیند پیچیده‌ای است که نیازمند مجموعه‌ای از مهارت‌ها از قبیل توجه کردن به بیمار، درگیر شدن احساسات در امر مراقبت، احساس صمیمیت با بیمار و ابراز تواضع و انسانیت می‌باشد (۲۴ و ۲۵).

در این مطالعه، مروری بر متون و آنالیز داده‌های حاصل از مرحله کار در عرصه نشان داد که مراقبت دلسوزانه دارای ابعاد مختلفی از قبیل بعد ذاتی بودن، اخلاقی، انسانی، معنوی و مذهبی است. بنابراین، تحلیل این مفهوم به آشنایی پرستاران کشور عزیزمان، با مفهوم مراقبت دلسوزانه کمک فراوانی می‌کند و آن‌ها ضمن آگاهی از ماهیت و ابعاد آن می‌توانند این گونه مراقبت‌ها را در اقدامات پرستاری خود به

کار بگیرند. در حوزه آموزش نیز مدرسان پرستاری می‌توانند در تدریس خود به اهمیت مراقبت‌های دلسوزانه تأکید داشته و از تعارف موجود در این مطالعه برای تدریس این مفهوم و ویژگی‌های آن استفاده کنند. در حیطه پژوهش، این مطالعه می‌تواند پایه‌ای برای پژوهش بعدی باشد و پژوهشگران نیز می‌توانند از نتایج آن برای هدایت مطالعات خود بهره بگیرند. همچنین برای این که مراقبت دلسوزانه در محیط‌های مراقبتی نهادینه شود، مدیران و متولیان بهداشت و درمان باید گام‌های مؤثری را در جهت نهادینه کردن فضیلت‌های اخلاقی و انسانی خصوصاً مراقبت دلسوزانه در امر مراقبت‌های بالینی بردارند.

یکی از محدودیت‌های این مطالعه آن است که فقط به بررسی دیدگاه‌ها و تجربیات پرستاران پرداخته شده است، بنابراین پیشنهاد می‌شود تا در مطالعات بعدی، نظرات و تجربیات سایر گروه‌های درمانی و نیز بیماران و خانواده‌های آن‌ها نیز مورد بررسی قرار دهند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از یافته‌های پایان‌نامه دکترای پرستاری در دانشگاه علوم پزشکی تبریز است که با شماره طرح ۴/۵/۳۸۲۸ به تصویب رسیده است. بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه که هزینه مالی طرح را تأمین کرده و نیز از زحمات پرستاران زحمتکش، کمال تشکر و قدردانی را داریم. همچنین از راهنمایی‌های ارزشمند پروفسور Belinda Dewar استاد دانشگاه اسکاتلند غربی در انجام این مطالعه کمال تشکر را داریم.

منابع

- 1 - Firth-Cozens J, Cornwell J. Enabling compassionate care in acute hospital settings. London: The King's Fund; 2009.
- 2 - Pearcey P. 'Caring? It's the little things we are not supposed to do anymore'. *Int J Nurs Pract*. 2010 Feb; 16(1): 51-6.
- 3 - Dewar B, Nolan M. Caring about caring: developing a model to implement compassionate relationship centred care in an older people care setting. *Int J Nurs Stud*. 2013 Sep; 50(9): 1247-58.
- 4 - Smith S, Dewar B, Pullin S, Tocher R. Relationship centred outcomes focused on compassionate care for older people within in-patient care settings. *Int J Older People Nurs*. 2010 Jun; 5(2): 128-36.
- 5 - Adam D, Taylor R. Compassionate care: empowering students through nurse education. *Nurse Educ Today*. 2014 Sep; 34(9): 1242-5.
- 6 - Adamson E, Dewar B. Compassionate Care: Student nurses' learning through reflection and the use of story. *Nurse Educ Pract*. 2015 May; 15(3): 155-61.
- 7 - Mays RJ. Can compassionate care be documented in the electronic medical record?. Ph.D Thesis in Nursing, Western University of Health Sciences, 2012.
- 8 - Crigger NJ, Brannigan M, Baird M. Compassionate nursing professionals as good citizens of the world. *ANS Adv Nurs Sci*. 2006 Jan-Mar; 29(1): 15-26.
- 9 - Fowler MDM. Guide to the code of ethics for nurses: interpretation and application. Silver Spring, MD: American Nurses Association; 2008.
- 10 - American Nurses Association. Code of ethics for nurses with interpretive statements. Washington, DC: American Nurses Association; 2001.
- 11 - Guastello S, Frampton SB. Patient-centered care retreats as a method for enhancing and sustaining compassion in action in healthcare settings. *Journal of Compassionate Health Care*. 2014; 1: 2.
- 12 - Scott KW, Jha AK. Putting quality on the global health agenda. *N Engl J Med*. 2014 Jul 3; 371(1): 3-5.
- 13 - Flynn M, Mercer D. Is compassion possible in a market-led NHS? *Nurs Times*. 2012 Dec; 109(7): 12-4.
- 14 - Bramley L, Matiti M. How does it really feel to be in my shoes? patients' experiences of compassion within nursing care and their perceptions of developing compassionate nurses. *J Clin Nurs*. 2014 Oct; 23(19-20): 2790-9.
- 15 - Wallis M. Caring and evidence-based practice: the human side of critical care nursing. *Intensive Crit Care Nurs*. 2005 Oct; 21(5): 265-7.
- 16 - Goodrich J. Compassionate care and Schwartz Rounds: the nature of the work--acknowledging it is hard. *Nurse Educ Today*. 2014 Sep; 34(9): 1185-7.
- 17 - Power L. Nursing theory and the delivery of compassionate care. *Nurs Stand*. 2016 Feb 10; 30(24): 41-6.
- 18 - Crawford P, Brown B, Kvangarsnes M, Gilbert P. The design of compassionate care. *J Clin Nurs*. 2014 Dec; 23(23-24): 3589-99.
- 19 - Mills J, Wand T, Fraser JA. On self-compassion and self-care in nursing: selfish or essential for compassionate care? *Int J Nurs Stud*. 2015 Apr; 52(4): 791-3.
- 20 - Curtis K, Horton K, Smith P. Student nurse socialisation in compassionate practice: a Grounded Theory study. *Nurse Educ Today*. 2012 Oct; 32(7): 790-5.
- 21 - Schantz ML. Compassion: a concept analysis. *Nurs Forum*. 2007 Apr-Jun; 42(2): 48-55.
- 22 - Burnell L. Compassionate care: a concept analysis. *Home Health Care Management & Practice*. 2009 Jul; 21(5): 319-24.
- 23 - Rafii F, Sajadi Hezaveh M, Seyed Fatemi N, Rezaei M. [Concept analysis of social support of new graduate nurses in the workplace: a hybrid model]. *Iran Journal of Nursing (IJN)*. 2014; 26(86): 71-89. (Persian)
- 24 - Dewar B, Adamson E, Smith S, Surfleet J, King L. Clarifying misconceptions about compassionate care. *J Adv Nurs*. 2014 Aug; 70(8): 1738-47.
- 25 - Dewar B. Cultivating compassionate care. *Nurs Stand*. 2013 Apr 24-30; 27(34): 48-55.
- 26 - Price B. Promoting compassionate care through learning journeys. *Nurs Stand*. 2013 Jul 31-Aug 6; 27(48): 51-7.
- 27 - Ghafari S, Mohammadi F. [Concept analysis of nursing care: a hybrid model]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2012; 21(1): 153-64. (Persian)

- 28 - Corbin JM, Strauss AL. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications; 2008.
- 29 - Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004 Feb; 24(2): 105-12.
- 30 - Von Dietze E, Orb A. Compassionate care: a moral dimension of nursing. *Nursing Inquiry*. 2000; 7(3): 166-74.
- 31 - Merriam-Webster dictionary. Available at: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/compassion>. Accessed February 5, 2017.
- 32 - Oxford Online Dictionary. Available at: <https://en.oxforddictionaries.com/definition/compassion>. Accessed March 16, 2016.
- 33 - Dehkhoda A-A. Dehkhoda online dictionary. Available at: <https://www.vajehyab.com>. Accessed February 3, 2017.
- 34 - Davison N, Williams K. Compassion in nursing. 2: factors that influence compassionate care in clinical practice. *Nurs Times*. 2009 Sep 22-28; 105(37): 18-9.
- 35 - Davison N, Williams K. Compassion in nursing. 1: defining, identifying and measuring this essential quality. *Nurs Times*. 2009 Sep 15-21; 105(36): 16-8.
- 36 - Burnell L, Agan DL. Compassionate care: can it be defined and measured? the development of the compassionate care assessment tool. *International Journal of Caring Sciences*. 2013; 6(2): 180-187.
- 37 - Cheng FK. Compassion focused therapy: the CBT distinctive features series. *Mental Health, Religion & Culture*. 2014; 17(2): 219-21.
- 38 - Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *Br J Clin Psychol*. 2014 Mar; 53(1): 6-41.
- 39 - Bloomfield J, Pegram A. Care, compassion and communication. *Nurs Stand*. 2015 Feb 20; 29(25): 45-50.
- 40 - Curtis K. Compassion is an essential component of good nursing care and can be conveyed through the smallest actions. *Evid Based Nurs*. 2015 Jul; 18(3): 95.
- 41 - van der Cingel M. Compassion in care: a qualitative study of older people with a chronic disease and nurses. *Nurs Ethics*. 2011 Sep; 18(5): 672-85.
- 42 - Proctor S. Can nurses show compassion?. *Nurs Manag (Harrow)*. 2007 Dec 1; 14(8): 10-11.
- 43 - Papadopoulos I, Taylor G, Ali S, Aagard M, Akman O, Alpers LM, et al. Exploring nurses' meaning and experiences of compassion: an international online survey involving 15 countries. *J Transcult Nurs*. 2015 Dec 29; 1043659615624740.
- 44 - Horsburgh D, Ross J. Care and compassion: the experiences of newly qualified staff nurses. *J Clin Nurs*. 2013 Apr; 22(7-8): 1124-32.
- 45 - Shimoinaba K, O'Connor M, Lee S, Kissane D. Developing relationships: a strategy for compassionate nursing care of the dying in Japan. *Palliat Support Care*. 2014 Dec; 12(6): 455-64.
- 46 - Straughair C. Exploring compassion: implications for contemporary nursing. Part 1. *Br J Nurs*. 2012 Feb 8-22; 21(3): 160-4.
- 47 - McPherson S, Hiskey S, Alderson Z. Distress in working on dementia wards - a threat to compassionate care: a grounded theory study. *Int J Nurs Stud*. 2016 Jan; 53: 95-104.
- 48 - Lown BA. Toward more compassionate healthcare systems comment on "enabling compassionate healthcare: perils, prospects and perspectives". *Int J Health Policy Manag*. 2014 Apr 30; 2(4): 199-200.
- 49 - Frampton SB, Guastello S, Lepore M. Compassion as the foundation of patient-centered care: the importance of compassion in action. *J Comp Eff Res*. 2013 Sep; 2(5): 443-55.
- 50 - Blomberg K, Griffiths P, Wengstrom Y, May C, Bridges J. Interventions for compassionate nursing care: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2016 Oct; 62: 137-55.
- 51 - Leget C, Olthuis G. Compassion as a basis for ethics in medical education. *J Med Ethics*. 2007 Oct; 33(10): 617-20.
- 52 - van der Cingel M. Compassion and professional care: exploring the domain. *Nurs Philos*. 2009 Apr; 10(2): 124-36.
- 53 - Curtis K. Learning the requirements for compassionate practice: student vulnerability and courage. *Nurs Ethics*. 2014 Mar; 21(2): 210-23.
- 54 - Rassool GH. The crescent and Islam: healing, nursing and the spiritual dimension. Some considerations towards an understanding of the Islamic perspectives on caring. *J Adv Nurs*. 2000 Dec; 32(6): 1476-84.

Compassionate care in nursing: A hybrid concept analysis

Vahid Zamanzadeh* (Ph.D) - Leila Valizadeh** (Ph.D) - Azad Rahmani*** (Ph.D) - Mansour Ghafourifard**** (MSc.).

Abstract

Article type:
Original Article

Received: Oct. 2016
Accepted: Dec. 2016
Published: Jan. 2016

Background & Aim: Although compassionate care is recognized as a core component of nursing care, there is not still a precise definition about this complex and challenging concept. This study aimed to analyze the concept of compassionate care in nursing using a hybrid model.

Methods & Materials: A three-phase hybrid model (theoretical, field work, and final analysis) was used in this study. In the theoretical phase, the concept of compassionate care was searched in main databases from 2000 to 2016. In the field work phase, in-depth, face to face interviews were done with 11 nurses. The content analysis method was used to analyze the data. Final analysis was done in the last phase.

Results: The results of the final analysis showed that compassionate care is a process in which nurses interactively communicate with patients, try to explore patients' concerns by putting themselves in their positions and understanding their situations, and do their utmost to eliminate these concerns.

Conclusion: According to this concept analysis, the constructive interaction between nurse and patient is one of the most important features of compassionate care that has not been mentioned in previous definitions. Also in this study, the nurses emphasized that they did their best to resolve the patients' concerns. Therefore, the current study could be the basis for future studies in the area of compassionate care.

Corresponding author:
Mansour Ghafourifard
e-mail:
m.ghafori@yahoo.com

Key words: compassionate care, nursing care, concept analysis, hybrid model

Please cite this article as:

- Zamanzadeh V, Valizadeh L, Rahmani A, Ghafourifard M. [Compassionate care in nursing: A hybrid concept analysis]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2016; 22(4): 362-380. (Persian)

* Professor, Dept. of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

** Associate Professor, Dept. of Pediatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

*** Assistant Professor, Dept. of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

**** Ph.D Student in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran