



Psychometric Parameters of the Persian Version of Needs Scale for Nurses Receiving In-Service Palliative Care Education

Fatemeh Hoomani Majdabadi¹, Tahereh Ashktorab^{2*}, Mahnaz Ilkhani³

1- PhD Candidate of Nursing, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran. ORCID: 0000-0002-2665-6935

2-Professor, Department of Nursing Management, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran Medical sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran. ORCID: 0000-0001-8189-6248

3- Associate Professor, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. ORCID: 0000-0002-7167-1632

* **Corresponding Author:** Tahereh Ashktorab, Professor, Department of Nursing Management, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran Medical sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Email: taherehashk@gmail.com

Received: 26 Jan 2022

Revised: 6 Jan 2023

Accepted: 19 Jan 2023

Abstract

Introduction: Nurses have a critical role in the palliative care team. Therefore, evaluating nurses's need for palliative in-service education is very important. This study aims to translate and initial psychometrics the tool for identifying nurses's need for palliative care in-service education.

Methods: This is a cross-sectional study. A 6-item Chinese Questionnaire with 40 questions was used for measuring nurses' need for palliative care in-service education. In order to prepare the Persian version of the questionnaire, the standard method of the translation model is used. The study was performed on 120 nurses of Ayatollah Khansari Hospital, Arak in 1400. Descriptive and analytic statistics are used to describe the basic features of the data in this study, including Cronbach's alpha, Pearson correlation coefficient, point-biserial, and Polyserial correlations coefficient, content validity, face validity, internal consistency, stability, standard error of measurement, agreement parameter and responsiveness of the instrument.

Results: In this study, CVR was 0.87 and CVI was obtained for each item, and S-CVI / Ave was more than 90% in terms of correlation and resolution. Cronbach's alpha for the final questionnaire with 40 items was estimated to be 0.93 and ICC for the whole instrument was estimated to be 0.95 which indicated the reliability of the questionnaire. Also, the area below the characteristic performance curve indicated the responsiveness of the instrument. The measurement error results showed that the most enduring factors are the cultural factor and spiritual considerations and then the factor of the concept of palliative care. The highest educational needs among nurses were symptom control and pain relief and low-ranked items were related to cultural and spiritual considerations.

Conclusions: The Persian version of the nurses' need for palliative care in service education questionnaire shows a good validity and reliability.

Keywords: Nurse, Palliative Care, Education, Needs Assessment, In-service.





بررسی و روانسنجی ابزار تعیین نیازهای آموزش ضمن خدمت پرستاران در مراقبت تسکینی

فاطمه هومانی مجدآبادی^۱، طاهره اشک تراب^{۲*}، مهناز ایلخانی^۳

۱- دانشجوی دکتری پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. ORCID: 0000-0002-2665-6935

۲- استاد، گروه مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. ORCID: 0000-0001-8189-6248

۳- دانشیار، گروه پرستاری داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. ORCID: 0000-0002-7167-1632

*نویسنده مسئول: طاهره اشک تراب، استاد گروه مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

ایمیل: taherehashk@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۲۹

تاریخ بازبینی: ۱۴۰۱/۱۰/۱۶

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۶

چکیده

مقدمه: پرستاران نقش محوری در تیم مراقبت تسکینی دارند، بنابر این ارزیابی نیاز به آموزش مراقبت‌های تسکینی در ارتباط با آموزش ضمن خدمت برای پرستاران بسیار مهم است. هدف مطالعه حاضر ترجمه و روانسنجی اولیه ابزار تعیین نیازهای آموزش ضمن خدمت پرستاران در مراقبت تسکینی است.

روش کار: مطالعه حاضر یک مطالعه روش‌شناختی و مقطعی است، که در سال ۱۳۹۹ در بیمارستان آیت‌الله خوانساری شهرستان اراک انجام شد. پرسشنامه چینی ابزار بررسی نیاز به آموزش ضمن خدمت پرستاران که دارای ۶ حیطه و ۴۰ سوال است، بر اساس روش استاندارد به زبان فارسی ترجمه شد و روایی محتوا، روایی صوری، همسانی درونی، ثبات و خطای معیار اندازه‌گیری، پارامتر توافق و قابلیت پاسخگویی ابزار در بین ۱۲۰ پرستار شاغل بیمارستان آیت‌الله خوانساری اراک در سال ۱۴۰۰ بررسی شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی، محاسبه آلفای کرونباخ، ضریب همبستگی پیرسون، ضریب همبستگی دو رشته‌ای و چند رشته‌ای انجام شد.

یافته‌ها: در مطالعه حاضر CVR برابر ۰/۸۷ و CVI برای هر گویه و همچنین S-CVI/Ave از نظر ارتباط و وضوح بیشتر از ۹۰٪ به دست آمد. آلفای کرونباخ برای پرسشنامه پایانی با ۴۰ گویه، برابر ۰/۹۳ و ICC برای کل ابزار ۰/۹۵ برآورد شد که نشان از تأیید پایایی پرسشنامه بود. همچنین سطح زیر منحنی مشخصه عملکرد بیانگر قابلیت پاسخگویی ابزار بود و نتایج خطای معیار اندازه‌گیری نشان داد که پایاترین عامل، عامل ملاحظات فرهنگی و معنوی و سپس عامل مفهوم مراقبت تسکینی است همچنین نتایج پارامتر توافق، مثبت تفسیر شد. بیشترین نیاز آموزشی مرتبط با بعد کنترل علائم و تسکین درد و کمترین نیاز مرتبط با ملاحظات فرهنگی و معنوی بود.

نتیجه‌گیری: ابزار تعیین نیازهای آموزش ضمن خدمت پرستاران در مراقبت تسکینی به عنوان یک ابزار معتبر و قابل اعتماد می‌تواند نیازهای آموزشی ضمن خدمت در مورد مراقبت تسکینی را تعیین کند.

کلید واژه‌ها: پرستار، مراقبت تسکینی، آموزش، نیازسنجی، ضمن خدمت.

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی سال هاست که مراقبت تسکینی را با هدف افزایش کیفیت زندگی برای بیمار و خانواده اش در تمام بیماری های مزمن و تهدیدکننده حیات توصیه می کند [۱]. با شیوع بیماری کووید ۱۹ در تمام جهان نقش مراقبت های تسکینی پررنگ تر شده است، زیرا از طرفی به دلیل کمبود تخت بیمارستانی برای بستری در بسیاری از بیمارستان های تخصصی سرطان، تصمیم بر آن شد که بیماران مبتلا به سرطان که وضعیت اورژانسی ندارند در منزل مراقبت شوند و تخت ها به بیماران مبتلا به کووید اختصاص یابد و از طرفی خود بیماری کووید هم نیاز به مراقبت تسکینی دارد [۲]. پرستاران نقش اصلی در ارائه مراقبت های تسکینی در بیمارستان، منزل و جامعه دارند، بنابراین علاوه بر مراقبت های جسمی از بیماران بایستی مهارت های ارتباطی، مراقبت معنوی و حمایت روانی از بیمار و خانواده را بیاموزند [۳]. بسیاری از کلینیک های مراقبت تسکینی در دنیا توسط پرستاران اداره می شود که این امر نیاز به آموزش مراقبت های پیشرفته در زمینه تسکین درد و سایر علایم ناخواسته در بیماران را افزایش می دهد [۴،۵]. همچنین نقش پرستاران در مراقبت تسکینی کشورهای در حال توسعه در مقایسه با کشورهای با درآمد بالا، بیشتر و موثرتر است و این نشان دهنده ی کمبود منابع و آموزش در کشورهای در حال توسعه است [۶].

در ایران اولین گام ها در خصوص نظام مراقبت تسکینی و حمایتی در سال ۱۳۹۱ به همت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با تدوین برنامه ملی جامع مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطان برداشته شد. مطابق این برنامه آموزش منابع انسانی از جمله پرستاران در دو بخش عمده با مدارج معین دانشگاهی و دوره های مدون آموزشی به دو صورت آموزش نیروهای جدیدالورود و بازآموزی نیروهای موجود توصیه شده است. در حالی که اکثر پرستاران در بخش های انکولوژی کارشناس پرستاری هستند که هیچ آموزشی در خصوص مراقبت تسکینی نداشته اند [۷]. در طی ۸ سال اخیر در ایران، توجه به مراقبت های تسکینی به طور چشمگیری در نتیجه اقدامات شبکه ملی تحقیقات سرطان با حمایت وزارت بهداشت افزایش یافته است اما فقدان راهنمای بالینی جهت ارائه مراقبت، فقدان برنامه های آموزشی هدفمند جهت تعلیم کارکنان و تیم های مراقبتی، ضعف مراقبت تیمی و بین رشته ای از مشکلات

پیش رو در توسعه ی مراقبت های تسکینی در ایران هستند. بنابراین آموزش نیروی پرستاری بخصوص بازآموزی مراقبت تسکینی برای پرستارانی که در بخش های سرطان مشغول به کار هستند بسیار مهم است [۸،۹].

حتی در کشورهایی با مراقبت تسکینی پیشرفته نیاز به بازآموزی وجود دارد. نتایج تحقیقی در امریکا در مورد نیازهای آموزشی مراقبت تسکینی در پزشکان بخش اورژانس حاکی از آن بود که ۸۸٪ پزشکان موافق هستند که به مهارت های مراقبت تسکینی نیاز دارند و ۷۹٪ احساس می کنند که این مهارت ها را دارند اما به کلاس های آموزش مراقبت تسکینی بیشتری احتیاج دارند [۲،۱۰]. همچنین نتایج تحقیقی در اسپانیا که مراقبت های تسکینی در ۶۲/۵ درصد دانشکده های پرستاری تدریس می شود نیاز به آموزش های ویژه در زمینه مسائل اخلاقی و حقوقی مراقبت تسکینی اظهار شده است [۱۱]. انجمن مراقبت تسکینی اروپا قسمت های مختلفی را تعریف می کند که باید در حین آموزش ضمن خدمت پرستاران شاغل در زمینه مراقبت های تسکینی تحت پوشش قرار گیرند. این موارد شامل جنبه های اساسی مراقبت تسکینی، درد و مدیریت علائم، جنبه های روانی - اجتماعی، معنوی، جنبه های اخلاقی و حقوقی، ارتباطات، کار گروهی و خود بازاریابی است. همچنین معتقد است پزشکان و پرستاران باید توانایی های لازم را در زمینه هایی مانند کمک به مرگ با عزت، برقراری ارتباط، رضایت، توجه به تفاوت های فرهنگی، اصول قانونی و اخلاقی و احترام به تصمیمات گرفته شده توسط بیمار داشته باشند. همچنین آنها باید قادر به تشخیص سناریوهای پایان عمر، کافی بودن روش های تشخیصی و درمانی و تصمیم گیری مشترک در مورد مدیریت درمان های تسکینی برای بیماران مبتلا به بیماری های مزمن و تهدیدکننده حیات باشند [۱۲]. ارائه خدمات مراقبت تسکینی موثر نیاز به یک بخش منسجم، با پرستاران و پرسنل دانش آموخته و آگاه در همه زمینه های مراقبت های تسکینی دارد تا بتواند به افرادی که نیاز به این نوع مراقبت دارند با آگاهی و تعهد خدمات ارائه دهد [۲]. نیاز سنجی در آموزش نیاز به برنامه درسی، محتوا و استراتژی های آموزشی احتمالی را بررسی و شکاف بین دانش و عمل را برطرف می سازد. همچنین به توسعه پشتیبانی از برنامه درسی، شناسایی منابع و هدایت روند سیاست گذاری در ایجاد یک مؤلفه جدید درسی کمک می کند [۱۰].

فاطمه هومانی مجدآبادی و همکاران

تایوانی به چینی ترجمه شده که نیاز به دانش پرستاران را در ۶ حیطه شامل: کنترل علایم و تسکین درد، ارتباط و مشاوره، مسائل اخلاقی و کار گروهی، مفهوم مراقبت تسکین دهنده، ملاحظات فرهنگی و معنوی و آماده سازی و مراقبت قبل از مرگ، بررسی می کند. پرسشنامه از ۴۰ گویه تشکیل شده است که هر سؤال در یک طیف لیکرت ۵ امتیازی است (۵ = بسیار لازم است، ۴ = به شدت مورد نیاز است، ۳ = مورد نیاز است، ۲ = مورد نیاز نیست و ۱ = بسیار غیر ضروری است). مجموع امتیازات بین ۴۰ تا ۲۰۰ است که هرچه امتیاز بالاتر باشد نیاز به آموزش در آن زمینه بیشتر خواهد بود [۳]. ابزار نیازسنجی آموزش ضمن خدمت مراقبت تسکینی بر اساس چندین دستورالعمل و گایدلاین و ابزار استاندارد تهیه شده است که آنها نیز در مطالعات متعددی در طول فرآیند سازگاری بین فرهنگی برای بهبود هم ارزی معنایی، و اصلاح شدن بازنگری شدند و نسخه ی چینی آن به دلایل مختصر بودن، امکان خودگزارشی و اینکه شامل سؤالاتی در زمینه های مختلف مراقبت تسکینی است، به عنوان معیاری برای سنجش نیاز به آموزش مراقبت تسکینی در دوره های ضمن خدمت پرستاران انتخاب شد [۳]. مزیت این نسخه نسبت به ابزار دیگر تعیین میزان تدریس مورد نیاز در حیطه های مختلف مراقبت تسکینی بر اساس درخواست فراگیران است.

ترجمه ابزار و تعیین سطح خوانایی نسخه فارسی: روند ترجمه این ابزار بر اساس الگوی Wild و همکاران (۲۰۰۵) انجام شد.

در ابتدا پس از کسب اجازه از طراح ابزار، ترجمه به زبان فارسی - رو به جلو انجام شد بدین منظور نسخه انگلیسی ابزار نیاز به آموزش پرستاران در مراقبت تسکینی توسط دو مترجم که زبان مادری آنها فارسی و دارای تجربه و تسلط کافی به متون انگلیسی بودند به طور مستقل به زبان فارسی ترجمه شد و در این مرحله اصول ترجمه WHO از جمله: ترجمه مفهومی، استفاده از جملات ساده و واضح، پرهیز از کلمات تخصصی، محاوره، اصطلاحات محلی و غیره مورد توجه قرار گرفت. سپس ابزار ترجمه شده با حضور مجازی دو مترجم دو زبانه (فارسی و انگلیسی) و یک فوق لیسانس پرستاری با تجربه کار در مراقبت تسکینی و یک کارشناس باتجربه روش شناسی در ساخت ابزار، مورد بحث قرار گرفت. سپس نتایج اصلاح آن برای اعضای تیم تحقیق ارسال و تناقض ها اصلاح و ترجمه واحد ارائه شد. در مرحله

تا انجایی که نویسندگان این مقاله اطلاع دارند، ابزار تعیین نیازهای آموزش ضمن خدمت پرستاران در مراقبت تسکینی اولین پرسشنامه در زمینه نیازسنجی آموزش ضمن خدمت مراقبت تسکینی برای پرستاران در ایران است. تنها پرسشنامه مورد استفاده به منظور بررسی نیاز به آموزش مراقبت تسکینی در ایران، ابزار PCQN است که سه حیطه از مراقبت تسکینی شامل: فلسفه و اصول (۴ مورد)، کنترل درد و سایر علائم (۱۳ مورد) و جنبه های روانی اجتماعی (۳ مورد) را ارزیابی می کند [۱۳]. در حالیکه پرسشنامه نیازسنجی آموزش ضمن خدمت مراقبت تسکینی برای پرستاران در ۶ حیطه و با ۴۰ سوال بطور دقیق تر و جامع تر نیازهای آموزشی بررسی می کند. اگر آموزش مراقبت تسکینی را به سه سطح شامل: آموزش پایه برای همه پرستاران، صلاحیت متوسط برای پرستارانی که گاهی از بیمارانی که نیاز به مراقبت تسکینی دارند مراقبت می کنند و آموزش تخصصی برای کسانی که در خدمات تسکینی و مراقبت های پایان زندگی کار می کنند تقسیم کنیم [۱۴]، پرسشنامه نیازسنجی آموزش ضمن خدمت مراقبت تسکینی در سطح سوم و تخصصی نیازسنجی می کند.

این مطالعه با هدف ترجمه و تطابق فرهنگی و بررسی پایایی و روایی یک ابزار استاندارد و معتبر که برای بررسی نیازهای آموزش ضمن خدمت پرستاران شاغل در بخش های سرطان مورد استفاده قرار گیرد، انجام شد. با استفاده از این ابزار میزان تدریس و میزان محتوای آموزشی در هر حیطه را نیز می توان تعیین کرد.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه روش شناختی و مقطعی است که در سال ۱۳۹۹ و بر اساس چک لیست COSMIN [۱۵] و رویکرد سازمان بهداشت جهانی [۱۶] انجام شد.

تمام پرستاران شاغل در بخش های سرطان بیمارستان آیتاله خوانساری اراک، به روش نمونه گیری در دسترس و بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری، داشتن حداقل ۶ ماه سابقه کار در بخش سرطان و تمایل به شرکت در مطالعه بود. داشتن سابقه بیماری های جسمی و روانی و یا تجربه حادثه مهمی در شش ماه قبل به منزله خروج از مطالعه بود.

پرسشنامه توسط Suh-Ing Hsieh در سال ۲۰۱۶ از زبان

بعد نسخه فارسی به دست آمده توسط دو مترجم که به زبان انگلیسی و فارسی تسلط کافی داشتند، به انگلیسی ترجمه شد. سپس موضوعات مورد اختلاف ترجمه فوق در جلسه‌ای با حضور هیئت علمی دانشیار با مدرک مراقبت تسکینی و یک استاد تمام پرستاری و محقق مورد بحث قرار گرفت. در ادامه یک پیش آزمون و مصاحبه‌شناختی انجام شد که طی آن، پرسشنامه از طریق مصاحبه با پنج نفر از پرستاران بخش‌های مختلف بیمارستان که بیش از ۲ سال سابقه کار در بخش‌های هماتولوژی، انکولوژی را داشتند، تکمیل شد. سپس با توجه به درک پاسخ‌دهندگان از سوالات و پاسخ‌های انتخاب شده، برخی تغییرات در گویه‌ها اعمال شد. بررسی سطح خوانایی گویه‌های ابزار نسخه فارسی نشان داد امتیاز سطح خوانایی فلش و سطح فلش کین کید به ترتیب ۳۷ و ۹ بود. که براساس مطالعه آراین و همکاران در ایران ۳۷ معادل سطح تحصیلات غیر آکادمیک و ۹ برای سن ۱۴ سال به بالا مناسب است و فرد برای درک درست آن باید دوره اول متوسطه را به اتمام رسانده باشد [۱۷]. پس از طی این مراحل نسخه فارسی اولیه جهت انجام پایلوت به دست آمد.

تعیین روایی: برای بررسی اینکه آیا محتوای ابزار قابلیت اندازه‌گیری هدف تعریف شده را دارد یا خیر، از روایی محتوا با رویکرد پانل خبرگان استفاده شد [۱۸]. روایی صوری کیفی توسط ۱۰ نفر از افراد متخصص در مراقبت تسکینی (یک پزشک متخصص مراقبت تسکینی، ۵ دکتری پرستاری و هیئت علمی، یک کارشناسی ارشد پرستاری با سابقه کار در زمینه مراقبت تسکینی و ۳ پرستار کارشناس شاغل در بخش‌های انکولوژی) مورد بررسی قرار گرفت. از این افراد درخواست شد تا پس از بررسی کیفی ابزار بر اساس معیارهای هدف، جمعیت مورد مطالعه، دستور زبان، استفاده از کلمات مناسب، قرارگیری عبارات در جای مناسب و امتیازدهی مناسب، بازخورد لازم را ارائه دهند که بر اساس نظرات آنها گویه‌ها اصلاح شد. جهت بررسی روایی محتوا به شکل کمی از دو شاخص CVI و CVR استفاده شد. ابتدا، برای تعیین CVR از ۱۰ نفر از متخصصان درخواست شد تا هر آیتم را بر اساس طیف سه قسمتی (ضروری است، مفید است ولی ضروری نیست، ضرورتی ندارد) بررسی نمایند. بر اساس فرمول زیر، Ne معرف تعداد متخصصینی است که گزینه «ضروری است» را برای هر سوال انتخاب کردند. N معرف تعداد کل متخصصین است. مقدار شاخص CVR بین

۱- و ۱+ تغییر می‌کند بر اساس جدول Lawshe، با توجه مشارکت ۱۰ خبره، برای تعیین حداقل ارزش شاخص نسبت روایی محتوا عبارتی که میزان عددی CVR آن‌ها از ۰/۶۲ بالاتر بود، حفظ گردید [۱۹].

$$CVR = \frac{N_e - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$$

جهت بررسی CVI، پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از متخصصان قرار گرفت و از ایشان درخواست شد تا میزان مربوط بودن هر یک از عبارات موجود در پرسشنامه را در یک طیف لیکرتی ۴ قسمتی بررسی نمایند (جهت معیار مربوط بودن گزینه‌های زیر به کارگرفته شد: مربوط نیست=۱، نسبتاً مربوط است=۲، مربوط است=۳، کاملاً مربوط است=۴) در این پژوهش امتیاز شاخص روایی محتوا به وسیله تقسیم تعداد متخصصان موافق با عبارت دارای رتبه ۳ و ۴ بر تعداد کل متخصصان محاسبه شد [۲۰، ۲۱]. Hyrkas و همکاران (۲۰۰۳) نمره ۰/۷۹ و بالاتر را برای پذیرش آیتم‌ها بر اساس نمره CVI توصیه نموده‌اند [۲۲]. در مرحله بعد، بر اساس میانگین نمرات شاخص روایی محتوای همه عبارات پرسشنامه، متوسط شاخص روایی محتوای S-CVI/Ave پرسشنامه محاسبه گردید. Beck & Polit (۲۰۱۷) نمره ۰/۹۰ و بالاتر را برای پذیرش S-CVI/Ave توصیه نموده‌اند [۲۰، ۲۳]. در این مطالعه بدلیل حجم پایین نمونه، به جای روایی سازه و اجرای تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی از رویکرد تحلیل گروه‌های شناخته شده با رسم همبستگی بین عوامل پرسشنامه با متغیرهای جمعیت‌شناختی (سن، جنسیت، سابقه شغلی و وضعیت تاهل) استفاده شده است. برای روایی سازه دو حالت داریم زمانی که حجم نمونه کافی است و می‌توان از تحلیل عامل اکتشافی استفاده کنیم و حالت دوم وقتی حجم نمونه کفایت تحلیل عاملی ندارد، میتوان از تحلیل گروه‌های شناخته شده استفاده شود. در این حالت ارتباط متغیرهای جمعیت‌شناختی که در مطالعه وارد شده با مؤلفه‌ها سنجیده می‌شود و چنانچه بر اساس هر متغیر جمعیت‌شناختی (مثلاً جنسیت) اختلاف معناداری پیدا شود از دیدگاه نظری به این معنا است که این مؤلفه باید در آن متغیر (مثلاً در مردان و زنان) متفاوت باشد سپس از نظر عملی ارتباط بین آن متغیر (مثلاً جنسیت) را با پاسخ‌های گویه مورد نظر می‌سنجیم اگر معنی دار بود یعنی این مؤلفه توانسته چنین تفاوتی را تشخیص دهد پس

فاطمه هومانی مجدآبادی و همکاران

هر بخش توضیح داده شد و از آنها رضایت آگاهانه اخذ شد. به تمامی پرستاران مشارکت‌کننده اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات آنها به صورت محرمانه محفوظ می‌گردد. نهایتاً فرم‌ها از تاریخ اول تیرماه ۱۴۰۰ توزیع و جمع‌آوری آنها تا پایان تیرماه بطول انجامید.

داده‌ها با استفاده از SPSS نسخه ۲۱ برای ویندوز مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. از امار توصیفی برای بیان مشخصات دموگرافیک مشارکت‌کنندگان استفاده شد. جهت سنجش پایایی ابزار از الفای کرونباخ استفاده شد. برای بررسی همبستگی بین عامل‌ها با متغیرهای جمعیت‌شناختی وابسته به نوع متغیر از ضریب همبستگی پیرسون یا ضریب همبستگی دو رشته‌ای و چند رشته‌ای استفاده شده است. ضریب همبستگی دو رشته‌ای زمانی استفاده می‌شود که متغیر مورد بررسی اسمی دو سطحی باشد (مانند جنسیت) و برای متغیرهای اسمی چند سطحی (مانند سطح تحصیلات) از ضریب همبستگی چند رشته‌ای استفاده می‌شود [۲۷]. همچنین پایایی ابزار با روش آزمون-باز آزمون و محاسبه همبستگی بین نتایج انجام شد. سطح معنی داری $< 0/05$ در نظر گرفته شد.

این مطالعه بر اساس کد اخلاق IR.IAU.TMU.REC) 1399.156. کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران، مورخ ۱۳۹۹/۵/۲۵ انجام شده است هر پرسشنامه شامل یک فرم رضایت مشارکت در تحقیق بود که از پاسخ‌دهندگان می‌خواست قبل از پر کردن پرسشنامه با امضای فرم رضایت خود را اعلام کنند. پرسشنامه‌ها بدون امضا بودند و داده‌ها به صورت کدگذاری بیان شدند.

یافته‌ها

در این مطالعه ۸۶ نفر شرکت داشتند. ۸۲/۶ درصد شرکت‌کنندگان زن بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان $4/82 \pm 31/46$ در محدوده ۲۲-۴۷ سال بود. میانگین و انحراف معیار سال‌های خدمت $3/91 \pm 7/26$ سال و در محدوده ۸ ماه تا ۲۳ سال بود. (جدول ۱) اطلاعات دموگرافیک نمونه‌ها را از نظر سن، جنس، سطح تحصیلات، سابقه کار در بخش‌های سرطان، بخش و سمت نشان می‌دهد.

جدول ۱. توزیع فراوانی برخی از مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در

روایی سازه این ساختار تایید می‌شود. از این روش برای زمانی استفاده می‌شود که نمی‌توان از تحلیل عامل اکتشافی استفاده کرد [۲۲].

تعیین پایایی: در بررسی پایایی سه ویژگی همسانی درونی، ثبات و خطای اندازه‌گیری مورد ارزیابی قرار گرفت. همسانی درونی به میزان همگن بودن متغیرها در درون یک ابزار اشاره داشته و در واقع، برآوردی از میزان همبستگی بین متغیرهایی است که سازه یا ابزار مورد نظر را تشکیل می‌دهند [۲۳]. در این مطالعه آلفای کرونباخ (ویا ضریب آلفا) تخمین زده شد و ارزش بیشتر از $0/7$ مورد پذیرش قرار گرفت [۲۴]. ارزیابی ثبات نیز از طریق روش آزمون-باز آزمون انجام پذیرفت. پرسشنامه با فاصله دو هفته‌ای به ۳۰ نفر از گروه هدف (پرستاران شاغل در بیمارستان آموزشی و درمانی آیت‌اله خوانساری شهر اراک) که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، داده شد سپس ضریب همبستگی پیرسون ضریب همبستگی درون طبقه‌ای (یا ICC) محاسبه شد. ICC بین دو آزمون $0/8$ یا بیشتر نشان دهنده میزان ثبات مطلوب است. برخی گزارش‌ها پارامتر توافق ابزار را توصیه کرده‌اند [۲۵]. توافق ابزار وقتی برقرار است که شاخص کمترین تغییر قابل تشخیص (MDC) بیشتر از کمترین تغییر با اهمیت (MIC) به دست آید. خطای استاندارد اندازه‌گیری (SEM)، یکی از شاخص‌های دقت اندازه‌گیری و پایایی آزمون است که با فرمول زیر به دست آمده است. همچنین پارامتر توافق ابزار نیز با در نظر گرفتن کمترین تغییر قابل تشخیص (MDC) و کمترین تغییر قابل اهمیت (MIC) بررسی شد. پارامتر توافق ابزار در صورتی مثبت است که MDC بیشتر از MIC باشد؛ در واقع کمترین تغییر قابل تشخیص، تغییری است که واقعی بوده و ناشی از خطای ابزار نیست [۲۶].

$$\sqrt{SEM} = SD(ICC-1)$$

جهت جمع‌آوری داده‌ها، پس از اخذ مجوزهای لازم در یک جلسه حضوری با مسئولین بخش‌های انکولوژی، هماتولوژی، اورژانس، آی-سی-یو، شیمی درمانی و دفتر پرستاری در مورد نحوه تکمیل ابزار توضیح داده شد و مسئولیت توزیع و جمع‌آوری ابزار بین پرسنل واحدهای تحت سرپرستیشان به آن‌ها واگذار شد. جمع‌آوری داده‌ها به صورت خود گزارش‌ی بود، قبل از توزیع پرسشنامه‌ها و جمع‌آوری داده‌ها اهداف پژوهش و نحوه تکمیل ابزار توسط سرپرستاران به پرستاران

پژوهش (تعداد ۸۶)

متغیر	تعداد (%)
سن، سال	۴۷-۲۲
دامنه	(۴/۸۲) ۳۱/۴۶
میانگین (انحراف معیار)	(۴/۸) ۴
>۲۵	(۳۲/۶) ۲۸
۲۹-۲۵	(۳۴/۹) ۳۳
۳۴-۳۰	(۲۴/۵) ۲۱
≤۳۵	
جنسیت	
مرد	(۱۶/۳) ۱۴
زن	(۸۲/۶) ۷۲
سطح تحصیلات	
کارشناسی پرستاری	(۹۳) ۸۰
کارشناسی ارشد پرستاری	(۳/۵) ۳
سایر	(۱/۲) ۱
عدم پاسخ	(۲/۳) ۲
موقعیت شغلی	
پرستار بالین	(۸۹/۵) ۷۷
سرپرستار	(۲۶) ۶
سوپروایزر	(۲/۳) ۲
مترون	(۱/۲) ۱
سابقه‌ی کاری- سال	
دامنه	۰/۶۶ - ۲۳
میانگین (انحراف معیار)	(۳/۹۱) ۷/۲۶
>۲	(۴/۸) ۳
۵-۲	(۳۶/۱) ۳۱
۱۰-۵	(۳۷/۱) ۳۴
≤۱۰	(۲۰/۱) ۱۷
عدم پاسخ	(۲/۳) ۲
بخش محل کار	
انکولوژی	(۲۹/۱) ۲۵
هماتولوژی	(۳۹/۵) ۳۴
شیمی درمانی	(۵/۸) ۵
اروژانس	(۱۱/۶) ۱۰
مراقبت‌های ویژه	(۹/۳) ۸
عدم پاسخ	(۱/۲) ۱
نوع استخدام	
رسمی	(۲۳/۳) ۲۰
پیمانی	(۶۱/۶) ۵۳
طرحی	(۱۰/۵) ۹
قراردادی	(۴/۷) ۴

برای هر گویه و همچنین S-CVI/Ave بیشتر از ۰/۹۰ به دست آمد.

جهت بررسی پایایی پرسشنامه از همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و برای بررسی ثبات نسبی و مطلق از روش آزمون مجدد بر حسب ICC استفاده گردید. تعداد ۳۰ نفر از گروه هدف (پرستاران شاغل در بیمارستان آموزشی و درمانی آیت‌الله خوانساری شهر اراک) انتخاب شده و از آنها درخواست شد در

در روایی صوری کیفی دو گویه نیاز به اصلاح داشت که موارد مورد نظر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در پرسشنامه اعمال شد. در روایی محتوایی کیفی پیشنهادات کارشناسان از نظر معیارهای دستور زبان، استفاده از کلمات مناسب و قرارگیری عبارات در جای مناسب، اعمال گردید و موارد اصلاح شد. در مطالعه حاضر تمامی گویه‌ها CVR بالاتر از ۰/۶۲ داشتند و CVR کل ابزار ۰/۸۷ به دست آمد. CVI

فاطمه هومانی مجدآبادی و همکاران

های آزمون و باز آزمون برحسب ICC تعداد ۳۰ نمونه مورد استفاده قرار گرفت. که برای کل ابزار ۰/۹۵ برآورد شد که نشان از تأیید پایایی پرسشنامه بود (جدول ۲).

دو نوبت با فاصله زمانی دو هفته به سوالات نسخه فارسی پرسشنامه پاسخ دهند. همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای پرسشنامه پایانی با ۴۰ گویه، برابر ۰/۹۳ به دست آمد. در تعیین پایایی درون خوشه‌ای میزان همبستگی بین پاسخ

جدول ۲. پایایی درونی (آلفای کرونباخ) و پایایی بیرونی (ثبات نسبی و مطلق)، بر حسب ابعاد نیاز به آموزش ضمن خدمت پرستاران در مورد

ابعاد	تعداد گویه‌ها	آلفای کرونباخ	ICC (CL۹۰٪)
مفهوم مراقبت تسکینی	۷	۰/۸۴	۰/۹۱(۰/۸۲ - ۰/۹۶)
کنترل علائم و تسکین درد	۸	۰/۸۲	۰/۸۸(۰/۷۶ - ۰/۹۴)
ملاحظات فرهنگی و معنوی	۴	۰/۷۳	۰/۸۳(۰/۶۶ - ۰/۹۲)
ارتباط و مشاوره	۷	۰/۸۰	۰/۸۵(۰/۶۹ - ۰/۹۳)
آماده سازی و مراقبت قبل از مرگ	۶	۰/۸۴	۰/۹۲(۰/۸۵ - ۰/۹۶)
مسائل اخلاقی و کار گروهی	۸	۰/۸۴	۰/۹۶(۰/۹۲ - ۰/۹۸)
کل	۴۰	۰/۹۳	۰/۹۵(۰/۹۰ - ۰/۹۷)

اندازه‌گیری به دست آمد. نتایج پارامتر توافق نشان داد که در کل ابزار و تمام ابعاد MDC بیشتر از MIC است لذا نتایج پارامتر توافق مثبت تفسیر شد (جدول ۳).

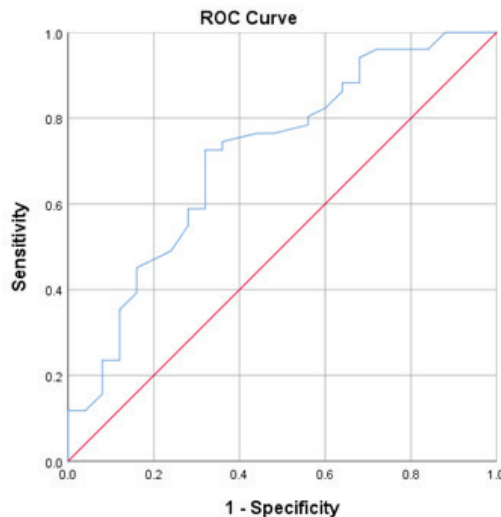
نتایج خطای معیار اندازه‌گیری نشان داد که پایاترین عامل، عامل ملاحظات فرهنگی و معنوی و سپس عامل مفهوم مراقبت تسکینی است که برایشان کمترین خطای معیار

جدول ۳. نتایج خطای معیار و پارامتر توافق، بر حسب نیاز به آموزش ضمن خدمت پرستاران در مورد مراقبت‌های تسکینی

ابعاد	میانگین (انحراف معیار)	دامنه	SEM	MDC	MIC	توافق
مفهوم مراقبت تسکینی	۲۶/۴۹(۴/۶۷)	۱۱-۳۵	۱/۰۶۰	۲/۹۴۰	۱/۰۷	+
کنترل علائم و تسکین درد	۳۱/۴۳(۴/۹۷)	۱۶-۴۰	۱/۲۵۲	۳/۴۷۲	۰/۵۸۶	+
ملاحظات فرهنگی و معنوی	۱۴/۰۱(۳/۱۶)	۷-۲۰	۱/۰۳۷	۲/۸۷۴	۰/۵۶۴	+
ارتباط و مشاوره	۲۶/۲۷(۴/۶۵)	۱۲-۳۵	۱/۲۱۶	۳/۳۷۱	۱/۰۶۶	+
آماده سازی و مراقبت قبل از مرگ	۲۰/۰۴(۵/۱۳)	۷-۳۰	۱/۴۸۰	۴/۱۰۴	۱/۶۳۸	+
مسائل اخلاقی و کار گروهی	۲۷/۲۹(۸/۵۲)	۸-۴۰	۱/۳۱۲	۳/۶۳۸	۱/۸۵۵	+
کل	۱۴۵/۶۲(۲۱/۰۱)	۷۶-۱۸۹	۳/۸۸۸	۱۰/۷۷۸	۳/۱۰۳	+

۰/۷۱۳ با خطای معیار ۰/۶۴ (CI: ۰/۵۸-۰/۸۳) به دست آمد که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود (شکل ۱). این اندازه از سطح زیر منحنی مشخصه عملکرد بیانگر قابلیت پاسخگویی ابزار است. تحلیل حساسیت و ویژگی این منحنی نشان داد که مناسبترین نقطه برش برای سنجش نیاز به کلاس مراقبت تسکینی برابر ۱۳۴/۵ بود که برای این نقطه، مقدار عددی حساسیت برابر ۰/۷۸ و ویژگی برابر ۰/۵۶ گردید.

برای تعیین نقاط برش پرسشنامه، در ابتدا نمرات کل پرسشنامه محاسبه گردید. میانگین نمرات پرسشنامه 145.62 ± 21 با دامنه ۸۶-۱۸۹ به دست آمد. نقطه برش پرسشنامه نیازهای کلاس مراقبت تسکینی براساس تحلیل منحنی مشخصه عملکردی (ROC) با در نظر گرفتن یکی از گویه‌های ابزار «تعریف مرگ و مرگ خوب» بعنوان معیار در قسمت نتایج استفاده شد. سطح زیر منحنی (ROC) برابر



شکل ۱. منحنی مشخصه عملکرد نمرات نیازهای کلاس مراقبت تسکینی

در این مطالعه به دلیل حجم پایین نمونه به جای تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی از رویکرد تحلیل گروه‌های شناخته شده با رسم همبستگی بین عوامل پرسشنامه با

متغیرهای جمعیت‌شناختی (سن، جنسیت، سابقه شغلی و وضعیت تاهل) استفاده شده است.

جدول ۴. همبستگی بین عوامل پرسشنامه با متغیرهای جمعیت‌شناختی

ابعاد	مفهوم مراقبت تسکینی	کنترل علائم و تسکین درد	ملاحظات فرهنگی و معنوی	ارتباط و مشاوره	آماده سازی و مراقبت قبل از مرگ	مسائل اخلاقی و کار گروهی	کل
مفهوم مراقبت تسکینی	-	**۰/۴۲۳	**۰/۳۴	**۰/۳۷	۰/۱۴۹	۰/۱۴	
کنترل علائم و تسکین درد	-	-	**۰/۴۷۷	**۰/۶۳۴	**۰/۳۹۵	**۰/۲۴۴	
ملاحظات فرهنگی و معنوی	-	-	-	**۰/۷۰۸	**۰/۶۹۴	۰/۰۸۷	
ارتباط و مشاوره	-	-	-	-	**۰/۶۸۱	۰/۲۰۴	
آماده سازی و مراقبت قبل از مرگ	-	-	-	-	-	۰/۲۰۷	
مسائل اخلاقی و کار گروهی	-	-	-	-	-	-	
سن	**۰/۳۰۲	۰/۰۵۳	۰/۰۴۴	۰/۰۱	۰/۰۵۱	۰/۰۹۴	**۰/۲۲
جنسیت C	-۰/۱۶۹	**۰/۲۲۹	-۰/۲۰۱	-۰/۱۶۶	**۰/۲۳۵	۰/۰۶۵	**۰/۲۳۱
سابقه شغلی C	**۰/۲۱۳	۰/۰۴۵	۰/۰۶۸	۰/۰۷۱	۰/۰۴۸	-۰/۰۱۱	**۰/۲۳۶
وضعیت تاهل C	۰/۱۲۸	۰/۰۲	**۰/۲۰۶	-۰/۰۵۸	-۰/۰۴۹	۰/۰۲	-۰/۰۱
کل	**۰/۵۷۴	**۰/۷۳۹	**۰/۶۹	**۰/۸۱۹	**۰/۷۰۴	**۰/۶۰۶	-

همبستگی پیرسون یا همبستگی نقطه-دوسری
 * همبستگی در سطح ۰۵/۰ معنی دار است. (۲ دنباله)
 ** همبستگی در سطح ۰۰۱ معنی دار است. (۲ دنباله)
 C همبستگی‌های چند رشته‌ای

پرستاران، احساس نیاز به کلاس‌های مراقبت تسکینی بیشتر می‌شود. احساس نیاز به کلاس‌های مراقبت تسکینی در مردان نسبت به زنان بالاتر است. جهت بررسی روایی همگرایی ابزار تعیین نیازهای آموزش ضمن خدمت پرستاران

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، بین نمره کل ابزار با سن ($I=۰/۲۲$) و سابقه شغلی ($I=۰/۲۳$) همبستگی مثبت و معنادار و با جنسیت ($I=۰/۲۳$) همبستگی منفی و معنادار وجود دارد. بنابراین نتایج نشان داد، با افزایش سن و سابقه شغلی در

فاطمه هومانی مجدآبادی و همکاران

مطالعه حاضر کمترین میزان نیاز به آموزش توسط خانمها با سابقه کار دو سال و بیشترین نیاز به آموزش مربوط به خانمها و با سابقه بالاتر از ۴ سال بود. بیشترین میزان نیاز به آموزش توسط سوپروایزرها و کارکنان پیمانی بخش انکولوژی و کمترین میزان نیاز توسط نیروهای طرحی بخش هماتولوژی بیان شده است.

در مراقبت تسکینی از همبستگی بین نمره کل ابزار و عوامل آن استفاده شده است. مشاهده می‌شود، همبستگی مثبت و قوی بین نمره کل ابزار با عوامل آن وجود دارد که بیانگر روایی همگرایی مناسب ابزار است. همچنین همبستگی قوی به ضعیفی (۰/۰۷-۰/۸۷) بین عوامل ابزار تعیین نیازهای آموزش ضمن خدمت پرستاران در مراقبت تسکینی وجود دارد که بیانگر روایی و اگرایی مناسب ابزار می‌باشد. در

جدول ۵. نتایج آزمون دو جمله‌ای (Binomial Test)

پ-value	Test Prop	N	Category	ابعاد
۰/۰۰۰۱	۰/۱۴	۱۲	≥ 21	گروه ۱
	۰/۸۶	۷۱	> 21	گروه ۲
	۱	۸۳		کل
۰/۰۰۰۱	۰/۰۷	۶	≥ 24	گروه ۱
	۰/۹۳	۷۸	> 24	گروه ۲
	۱	۸۴		کل
۰/۰۰۰۶	۰/۳۵	۲۹	≥ 12	گروه ۱
	۰/۶۵	۵۵	> 12	گروه ۲
	۱	۸۴		کل
۰/۰۰۰۱	۰/۱۷	۱۴	≥ 21	گروه ۱
	۰/۸۳	۷۰	> 21	گروه ۲
	۱	۸۴		کل
۰/۰۰۰۱	۰/۸۱	۶۸	≥ 24	گروه ۱
	۰/۱۹	۱۶	> 24	گروه ۲
	۱	۸۴		کل
۰/۰۰۱۱	۰/۳۵	۲۹	≥ 24	گروه ۱
	۰/۶۵	۵۳	> 24	گروه ۲
	۱	۸۲		کل
۰/۰۰۰۱	۰/۲۹	۲۲	≥ 134	گروه ۱
	۰/۷۱	۵۴	> 134	گروه ۲
	۱	۷۶		کل

مراقبت تسکینی انجام شد. در مطالعه حاضر CVR برابر با ۰/۸۷ و CVI برای هر گویه و همچنین S-CVI/Ave از نظر ارتباط و وضوح بیشتر از ۹۰٪ به دست آمد. آلفای کرونباخ برای پرسشنامه پایانی با ۴۰ گویه، برابر ۰/۹۳ و ICC برای کل ابزار ۰/۹۵ برآورد شد که نشان از تأیید پایایی پرسشنامه بود. همچنین سطح زیر منحنی مشخصه عملکرد بیانگر قابلیت پاسخگویی ابزار بود و نتایج خطای معیار اندازه‌گیری نشان داد که پایاترین عامل، عامل ملاحظات فرهنگی و معنوی و سپس عامل مفهوم مراقبت تسکینی است همچنین نتایج پارامتر توافق مثبت تفسیر شد. در مطالعه Chang و همکاران ۲۰۱۶ شاخص اعتبار محتوای آیت‌م تصحیح شده ۰/۹۸ شاخص اعتبار محتوای مقیاس تصحیح شده ۰/۸۸ و کرونباخ تصحیح شده ۰/۹۸ بود. در مطالعه‌ی حاضر آلفای کرونباخ برای طبقات «مفهوم مراقبت تسکینی، کنترل علایم و

در قسمت پایانی کار در هر بعد و در کل پرسشنامه به بررسی فرضیه صفر مبنی بر اینکه «نسبت افرادی که نیاز به آموزش ضمن خدمت مراقبت تسکینی دارند، با نسبت افرادی که نیاز به آموزش ضمن خدمت مراقبت تسکینی ندارند برابر است» پرداخته شد. بر اساس نتایج فرض صفر در کل پرسشنامه و در تمام ابعاد به جز بعد «آماده سازی و مراقبت قبل از مرگ» رد شد ($P < 0/05$). بر اساس جدول ۵ مشخص شد نسبت افرادی که نیاز به آموزش ضمن خدمت مراقبت تسکینی دارند نسبت به آن‌ها که ندارند به طور معنی داری بیشتر است.

بحث

این مطالعه با هدف بررسی روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه، تعیین نیازهای آموزش ضمن خدمت پرستاران در

تسکین درد، ملاحظات فرهنگی و معنوی، ارتباط و مشاوره، آماده سازی و مراقبت قبل از مرگ و مسائل اخلاقی و کار گروهی» به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۲، ۰/۷۳، ۰/۸۰، ۰/۸۴ و ۰/۸۴. به دست آمد در حالی که در مطالعه چانگ به ترتیب عبارت بود از: ۰/۹۵، ۰/۹۶، ۰/۹۶٪، ۰/۹۳ و ۰/۹۶ و ۰/۹۴ [۳]. در هر دو مطالعه آلفای کرونباخ از درجه بسیار مطلوب برخوردار است که از دلایل آن می‌تواند کوتاه بودن فاصله زمانی بین آزمون بازآزمون و تغییر نکردن وضعیت آموزشی پرستاران در ارتباط با مراقبت تسکینی، داشتن دستورالعمل مشخص با امتیازدهی مشخص همچنین عینی بودن سؤالات این آزمون بوده باشد که باعث درک مشخص و ساده آن شده و پایایی آزمون-بازآزمون را افزایش داده است.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که ۷۱٪ از شرکت‌کنندگان نیاز به آموزش دارند. در مطالعه‌ی چانگ و همکاران ۲۰۱۶ بر اساس نسخه ۴۰ سوالی در مورد تمایل به شرکت در کلاس‌های مراقبت تسکینی، ۸۵/۵٪ از پاسخ‌دهندگان در این مطالعه نیاز به شرکت در کلاس‌های مراقبت تسکینی را نشان دادند. در مطالعه‌ی Chover-Sierra و همکاران در سال ۲۰۱۷، بر اساس نسخه ۲۰ سوالی PCQN ۵۴٪ از متخصصان شرکت‌کننده دانش کافی در مورد مراقبت‌های تسکینی را داشتند [۲۷]، که با نتایج مطالعه Ronaldson و همکاران (۲۰۰۸) روی پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه هم خوانی داشت [۲۸]. نتایج MRoss و همکاران در سال ۱۹۹۶ انجام شده است، نشان داد ۶۱٪ کل نمونه‌ها، ۴۶٪ دانشجویان پرستاری و ۶۰٪ پرستاران پرکتیکال ریجیستر و ۶۵٪ دانشجویان پست آن و ۷۵٪ پرستاران ریجیستر دانش کافی نسبت به مراقبت‌های تسکینی داشتند [۲۹].

تفاوت نتایج در مطالعات متفاوت می‌تواند ناشی از تفاوت در شرایط شرکت‌کنندگان و حتی تفاوت در محیط کار باشد داشتن سابقه کار در بخش‌های مراقبت تسکینی می‌تواند بر نتایج مطالعه اثر گذار باشد از طرفی ممکن است در برخی بیمارستان‌ها این نوع آموزش‌ها جزو وظایف از پیش تعیین شده‌ی پرستاران باشد و اینکه پرستاران بالینی ممکن است در برخی بیمارستان‌ها ملزم به داشتن مهارت‌های حرفه‌ای و بین رشته‌ای و ارائه خدمات با کیفیت بالا به بیماران و اعضای خانواده آنها در مراقبت از بیماران نیازمند به مراقبت تسکینی باشند و به علت تعریف چنین مراقبت‌هایی در شرح وظایف پرستاران نیاز اعضای تیم پزشکی برای شرکت در کلاس‌های مراقبت تسکینی متفاوت

خواهد بود. این مطالعه نشان داد که اهمیت نیازهای برنامه آموزش ضمن خدمت در زمینه مراقبت تسکینی به ترتیب عبارتند از: کنترل علائم و تسکین درد، مسائل اخلاقی و کار گروهی، مفهوم مراقبت تسکینی، ارتباط و مشاوره، آماده سازی و مراقبت قبل از مرگ و ملاحظات فرهنگی و معنوی. در مطالعه حاضر این نیازها برای پرستاران بالینی که از بیماران و خانواده‌هایی که در معرض مرگ قریب الوقوع هستند مراقبت می‌کنند، زمینه‌های دشواری کار و یا عدم آگاهی را فراهم کرده است در حالی که در مطالعه‌ی چانگ ترتیب عبارت است از: آمادگی و مراقبت قبل از مرگ، ارتباط و مشاوره، رسیدگی به علائم و تسکین درد، مسائل اخلاقی و کار تیمی، مفهوم مراقبت تسکینی و ملاحظات فرهنگی و معنوی [۳]. در مطالعه‌ی حاضر مهم‌ترین نیاز آموزشی کنترل علائم و تسکین درد بود با توجه به اینکه هنگامی که یک بیمار به مرگ نزدیک می‌شود، هدف مراقبت از درمان به راحتی تغییر می‌کند و تسکین علائم یکی از ارزشمندترین کمک‌هایی است که متخصصان مراقبت‌های بهداشتی می‌توانند ارائه دهند. شاید بتوان دلیل کمتر بودن نیاز بیماران به آموزش در بعد ملاحظات فرهنگی و معنوی را مسلمان بودن شرکت‌کنندگان اذعان داشت. مطالعه‌ی حاضر نشان داد پرستارانی با سابقه‌ی بالاتر نیاز کمتری به آموزش مسائل اخلاقی و کار گروهی را بیان کرده بودند گرچه که به لحاظ آماری معنی دار نبود با این حال با یافته‌های مطالعه Hu و همکاران هم خوانی دارد آن‌ها گزارش کردند که در بین دانشجویان پرستاری به علت سابقه‌ی کار کمتر نیاز زیادی به آموزش تکنیک‌های ارتباطی برای مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان، روش‌های حمایت روان‌شناختی، رسیدگی به ناراحتی‌های فیزیکی و ملاحظات اخلاقی احساس می‌شود [۳۰]. Fernandes معتقد است برنامه آموزش مراقبت تسکینی باید طبق نیاز بر اساس یک دسته‌بندی منظم تدوین گردد او در مطالعه‌ی خود نیازهای مراقبت تسکینی را در چهار دسته خلاصه کرد: فیزیولوژیکی: مدیریت بیماری و علائم درد، روانی: حمایت عاطفی از بیمار و اعضای خانواده، اجتماعی: مشکلات واقعی پیش روی بیمار و معنوی: باورها، نگرش‌ها، آداب و رسوم و مراسم عزاداری بیماران پس از مرگ [۳۱]، اما در ایران به نظر می‌رسد، آموزش پرستاری به علت گستردگی موضوعات اغلب مسائل آسایش، ارتباطات و اخلاق و مراقبت پس از مرگ (مراقبت در فرایند سوگ) را در طی دوره آموزش

کند. همچنین ابزار بر روی آموزش بین حرفه‌ای تاکید می‌کند، مسئله‌ای که در بالین کمتر مورد توجه قرار گرفته است. زیرا دوره کامل مراقبت تسکینی مستلزم همکاری تیم‌های مختلف از جمله پزشکان، پرستاران، متخصصان تغذیه، مددکاران اجتماعی، روحانیون، داروسازان، مدیران و روانشناسان است تا بهترین مراقبت ممکن را به بیماران و اعضای خانواده ارائه کنند.

با توجه به محدودیت‌های این پژوهش، تحقیقات بیشتر برای بررسی قابلیت اطمینان آن در محیط‌های بالینی مختلف توصیه می‌شود. همچنین ترجمه و بررسی ابزارهای ارزیابی شایستگی مراقبت تسکینی و گزارش نتایج به عنوان بخشی از فرآیندهای توسعه برنامه درسی پرستاری ضروری است.

سیاسگزاری

این مقاله حاصل بخشی از رساله دکتری در دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران می‌باشد که بر اساس کذاخلاق. ۱۳۹۹.۱۵۶ (IR.IAU.TMU.REC) کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران، مورخ ۱۳۹۹/۵/۲۵ و در بیمارستان آیت‌الله خوانساری شهرستان اراک انجام شد. در پایان لازم است از ریاست، مدیریت و تمام پرستاران مشارکت‌کننده بیمارستان آیت‌اله خوانساری، ریاست و معاونت آموزشی موسسه مکسای تهران و آقای دکتر سعیدی فر استاد محترم آمار که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند تشکر و قدردانی نماییم. این مطالعه بدون حمایت مالی سازمان یا نهاد خاصی انجام شده است.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچگونه تضاد منافی وجود ندارد.

پرستاری لیسانس پوشش نمی‌دهد و باید دوره‌های ضمن خدمت را در نظر گرفت. ابزار ترجمه شده در این مطالعه به بررسی نیازهای آموزشی ضمن خدمت پرستاران در هر حیطه پرداخته و مدرسین می‌توانند بر اساس میزان نیاز پرستاران، محتوای آموزشی مطابق فرهنگ جامعه نهیه و تدریس نمایند.

این تحقیق محدودیت‌هایی داشت. اول، ارزیابی این ابزار فقط در یک شهر ایران انجام شد که با توجه به پایین بودن تعداد نمونه تعمیم‌پذیری نتایج را کاهش می‌دهد. لذا روانسنجی مجدد ابزار با تعداد بالاتر نمونه توصیه می‌شود. دوم، در این مطالعه به جای تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی از رویکرد تحلیل گروه‌های شناخته شده با رسم همبستگی بین عوامل پرسشنامه با متغیرهای جمعیت‌شناختی استفاده شده است. لذا تحقیقات بیشتری برای ارزیابی روایی ابزار در بین ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی شاغل در بیمارستان‌های ایران توصیه می‌شود.

نتیجه‌گیری

ابزار «نیازهای آموزش ضمن خدمت پرستاران در مراقبت تسکینی» یک ابزار معتبر و قابل اعتماد برای ارزیابی نیازهای آموزشی پرستاران در زمینه مراقبت تسکینی است، که می‌توان از آن برای ارزیابی برنامه‌های مراقبت تسکینی نیز استفاده کرد.

این مطالعه ابزاری را برای بررسی نیاز به آموزش ضمن خدمت مراقبت تسکینی بخصوص در پرستاران شاغل در بخش‌های انکولوژی فراهم می‌کند که تا کنون به آن توجه نشده بود. نتایج این مطالعه می‌تواند به عنوان راهنمای برنامه‌ریزی محتوای کلاس‌های مراقبت تسکینی در آینده باشد و همچنین این واقعیت را برجسته کند که برنامه‌های آموزش رسمی پرستاری باید تاکید خود را بر مسائل اخلاقی، اعتقادات معنوی و مذهبی و مرگ تقویت

References

1. Agom DA, Poole H, Allen S, Onyeka TC, Ominyi J. Understanding the organization of hospital-based palliative care in a nigerian hospital: an ethnographic study. *Indian Journal of Palliative Care*. 2019;25 (2):218-23. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_12_19
2. The Lancet, Palliative care and the COVID-19 pandemic. *Lancet* (London, England).

- 2020;395 (10231):1168. Epub 2020/04/13. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30822-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30822-9)
3. Chang HJ, Hsu LL, Hsieh SI, Chu TL, Yu WP. Development of a needs scale for nurses receiving in-service palliative care education. *Cancer Nursing*. 2016;39 (3):E22-31. Epub 2015/06/08. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000277>
4. Flidner M, Halfens RJG, King CR, Eychmueller S, Lohrmann C, Schols J. Roles

- and responsibilities of nurses in advance care planning in palliative care in the acute care setting: a scoping review. *Journal of Hospice and Palliative Nursing: JHPN: The Official Journal of the Hospice and Palliative Nurses Association*. 2021;23 (1):59-68. Epub 2020/12/08. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000715>
5. Walshe C, Luker KA. District nurses' role in palliative care provision: a realist review. *International Journal of Nursing Studies*. 2010;47 (9):1167-83. Epub 2010/05/25. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.04.006>
 6. Brant JM, Fink RM, Thompson C, Li YH, Rassouli M, Majima T, et al. Global survey of the roles, satisfaction, and barriers of home health care nurses on the provision of palliative care. *Journal of Palliative Medicine*. 2019;22 (8):945-60. Epub 2019/08/06. <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0566>
 7. Ghanbari Motlagh A, Tahmasebi M. Theoretical foundations and comparative studies in the system of cancer support and palliative care. *National Cancer Research Network*. 2012.
 8. Ansari MPC, Rassouli MP, Akbari MEMD, Abbaszadeh AP, Akbari Sari AP. Educational needs on palliative care for cancer patients in Iran: a swot analysis. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*. 2018;6 (2):111-24. PMID: 29607340
 9. Khanali Mojen L. Palliative care in Iran: the past, the present and the future. *Supportive & Palliative Care in Cancer*. 2017;1 (1).
 10. Wood EB, Meekin SA, Fins JJ, Fleischman ARJAM. Enhancing palliative care education in medical school curricula: implementation of the palliative education assessment tool. *Acad Med*. 2002 Apr;77(4):285-91. <https://doi.org/10.1097/00001888-200204000-00005>
 11. Hui D, De La Rosa A, Chen J, Delgado Guay M, Heung Y, Dibaj S, et al. Palliative care education and research at US cancer centers: A national survey. *Cancer*. 2021;127 (12):2139-47. <https://doi.org/10.1002/ncr.33474>
 12. Rubio L, López-García M, Gaitán-Arroyo MJ, Martín-Martín J, Santos-Amaya I. Palliative care undergraduate education: do medical and nursing students need more skills in ethical and legal issues? *Medical Hypotheses*. 2020;142:110138. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2020.110138>
 13. Chover-Sierra E, Martínez-Sabater A, Lapeña-Moñux YR. An instrument to measure nurses' knowledge in palliative care: validation of the Spanish version of palliative care quiz for nurses. *Plos One*. 2017;12 (5):e0177000. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177000>
 14. Radbruch L, Payne S. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. *European Journal of Palliative Care*. 2010;17 (1):22-33. <http://www.ejpc.eu.com/ejpc/ejpcIssue.asp?Z=597622&IssueID=101>
 15. Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, et al. The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and rehabilitation*. 2010;19 (4):539-49. Epub 2010/02/19. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9606-8>
 16. Younan L, Clinton M, Fares S, Samaha H. The translation and cultural adaptation validity of the Actual Scope of Practice Questionnaire. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2019;25 (3):181-8. <https://doi.org/10.26719/emhj.18.028>
 17. Arian M, Ramezani M, Tabatabaiechehr M, Kamali AJEBC. Designing and evaluating patient education pamphlets based on readability indexes and comparison with literacy levels of society. *Evidence Based Care*. 2016;6 (2):19-28.
 18. Terwee CB, Bot SD, de Boer MR, van der Windt DA, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2007;60 (1):34-42. Epub 2006/12/13. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012>
 19. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Personnel psychology*. 1975;28 (4):563-75. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x>
 20. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research In Nursing & Health*. 2007;30 (4):459-67. <https://doi.org/10.1002/nur.20199>
 21. Polit DF, Yang F. Measurement and the measurement of change: a primer for the health

- professions: Wolters Kluwer Philadelphia; 2016.
22. Hyrkäs K, Appelqvist-Schmidlechner K, Oksa L. Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *International Journal of Nursing Studies*. 2003;40 (6):619-25. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(03\)00036-1](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(03)00036-1)
 23. Hill G. Nursing research-generating and assessing evidence for nursing practice. *Nurse Researcher*. 2010;17 (2):88-90.
 24. Bland JM, Altman DG. Cronbach's alpha. *BMJ*. 1997;314 (7080):572. Epub 1997/02/22. <https://doi.org/10.1136/bmj.314.7080.572>
 25. de Boer MR, Moll AC, de Vet HC, Terwee CB, Völker-Dieben HJ, van Rens GH. Psychometric properties of vision-related quality of life questionnaires: a systematic review. *Ophthalmic & Physiological Optics*. 2004;24 (4):257-73. Epub 2004/07/02. <https://doi.org/10.1111/j.1475-1313.2004.00187.x>
 26. Abbas E, Ziba T, Ali M, Zahra S, Mahmoud T, Razieh B. Translation, development and psychometric properties of health related measures-Part 2: construct validity, reliability and responsiveness. *PAYESH*. 2017;16 (4):445-55.
 27. Chover-Sierra E, Martínez-Sabater A, Lapeña-Moñux Y. Knowledge in palliative care of nursing professionals at a Spanish hospital. *Revista latino-Americana de Enfermagem*. 2017;25:e2847-e. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1610.2847>
 28. Ronaldson S, Hayes L, Carey M, Aggar C. A study of nurses' knowledge of a palliative approach in residential aged care facilities. *International Journal of Older People Nursing*. 2008;3 (4):258-67. E <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2008.00136.x>
 29. M Ross M, McDonald B, McGuinness J. The palliative care quiz for nursing (PCQN): the development of an instrument to measure nurses' knowledge of palliative care. *Journal of Advanced Nursing*. 1996;23 (1):126-37. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1996.tb03106.x>
 30. Hu W, Tseng C, Wang Y, Ueng R. The effects of clinical practice program toward palliative care for nursing student's education in school of nursing. *Taiwan J Hospice Palliat Care*. 2004;9:.
 31. Fernandes T. Palliative care: an introduction. *Nurs ResidentCare*. 2006;8 (10). 453-455 <https://doi.org/10.12968/nrec.2006.8.10.21881>