

May- June 2020, Volume 9, Issue 2

Improving Nurses' Perceived Self-efficacy with Palliative Care Education

Fatemeh Deghani¹, *Maasoumeh Barkhordari-Sharifabad², Maryam Sedaghati-kesbakhi³, Hossein Fallahzadeh⁴

1- M.Sc. Student of Medical-Surgical Nursing, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran.

2- Ph.D. in Nursing, Assistant Professor, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran.

3- Ph.D. in Nursing, Assistant Professor, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

4- Ph.D. in Biostatistics, Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, Faculty of Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services, Yazd, Iran.

* **Corresponding Author:** Maasoumeh Barkhordari-Sharifabad, Ph.D. in Nursing, Assistant Professor, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran

Email: barkhordary.m@gmail.com.

Received: 29 Jan 2020

Accepted: 16 May 2020

Abstract

Introduction: Due to the remarkable advances in the field of intensive care, it has been possible to assist critically ill patients and this has led to a longer life expectancy in those with very poor prognosis. The purpose of this study was to determine the perceived self-efficacy of nurses with palliative care education.

Methods: This study was an experimental study conducted in 2019. The study population included of nurses working in Maybod and Aardakan hospitals that 80 were selected by random sampling. The intervention consisted of teaching the concept of palliative care for four 60 minute sessions. Data were collected using a demographic questionnaire and Palliative Care Self-Efficacy Scale (PCSES). Questionnaires were completed by the subjects before and after education. Data were analyzed by SPSS 16 software using descriptive and analytical statistics (univariate covariance analysis).

Results: The mean age of participants in the intervention group was 38.6 years and work experience was 14.25 years, which was significantly higher than the control group. In both groups, the majority of participants were female (85%) and had a bachelor's degree (92.5%). Mean scores of perceived self-efficacy and its dimensions in the pre-test were significantly different between the two groups and were higher in the intervention group than the control group. After controlling for the effect of age, work experience and pre-test scores, using ANCOVA test, it was found that the mean perceived self-efficacy score and its dimensions in the intervention group were significantly higher than the control group ($P < 0.001$).

Conclusions: Findings of the analysis of covariance showed that palliative care training was effective in promoting perceived self-efficacy. Thus, educational intervention based on palliative care approach can be used as an effective intervention in promoting perceived self-efficacy and its dimensions in nurses.

key words: Education, palliative care, self-efficacy, symptom management, psychosocial support, nurse

ارتقاء خودکار آمدی درک شده پرستاران با آموزش مراقبت تسکینی

فاطمه دهقانی^۱، *معصومه برخوردار شریف آباد^۲، مریم صدقاتی کسبخی^۳، حسین فلاح زاده^۴

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشکده علوم پزشکی علی ابن ابیطالب، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران.
 ۲- دکترای پرستاری، استادیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی علی ابن ابیطالب، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران.
 ۳- دکترای پرستاری، استادیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.
 ۴- دکترای آمار زیستی، استاد، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.

* نویسنده مسئول: معصومه برخوردار شریف آباد، دکترای پرستاری، استادیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی علی ابن ابیطالب، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران.

ایمیل: barkhordary.m@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۲/۲۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۱/۱۰

چکیده

مقدمه: با توجه به پیشرفت‌های قابل توجه در علم مراقبت‌های ویژه، امکان کمک به بیماران بسیار بدحال فراهم شده و این امر سبب افزایش طول عمر در مواردی با پیش آگهی بسیار ضعیف شده است. هدف از این مطالعه، تعیین خودکارآمدی درک شده پرستاران با آموزش مراقبت تسکینی می باشد.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه تجربی می باشد که در سال ۱۳۹۸ انجام شد. جامعه پژوهش را پرستاران شاغل در بیمارستان‌های میبد و اردکان تشکیل می دادند که ۸۰ نفر به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند. مداخله شامل آموزش مفهوم مراقبت تسکینی، به مدت چهار جلسه ۶۰ دقیقه ای بود. داده ها با استفاده از پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و مقیاس خودکارآمدی مراقبت تسکینی گردآوری شدند. پرسشنامه قبل و بعد از آموزش توسط نمونه ها تکمیل گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی (تحلیل کواریانس تک متغیری) انجام شد.

یافته ها: میانگین سنی مشارکت کنندگان در گروه مداخله ۳۸/۶ سال و سابقه کاری ۱۴/۲۵ سال بود که به طور معناداری بالاتر از گروه کنترل بود. در هر دو گروه، اکثریت مشارکت کنندگان زن (۸۵٪) و دارای تحصیلات کارشناسی (۹۲/۵٪) بودند که همسان بودند. میانگین نمرات خودکارآمدی درک شده و ابعاد آن، در پیش آزمون، بین دو گروه تفاوت معنادار بوده و در گروه مداخله بیشتر از گروه کنترل بود. پس از کنترل تاثیر سن، سابقه کار و نمرات پیش آزمون، با استفاده از آزمون آنکووا، مشخص شد که میانگین نمره خودکارآمدی درک شده و ابعاد آن، در گروه مداخله، به طور معناداری بالاتر از گروه کنترل بود ($P < 0.001$).

نتیجه گیری: یافته ها نشان داد که آموزش مراقبت تسکینی بر ارتقاء میزان خودکارآمدی درک شده موثر بوده است. بدین ترتیب مداخله آموزشی مبتنی بر رویکرد مراقبت تسکینی می تواند به عنوان یک مداخله ی موثر در ارتقای خودکارآمدی درک شده و ابعاد آن در پرستاران مورد استفاده قرار گیرد

کلید واژه ها: آموزش، مراقبت تسکینی، خودکارآمدی، مدیریت علائم، حمایت روانی اجتماعی، پرستار.

مقدمه

اولیه و درمان درد و سایر مشکلات جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی بیمار ارتقا می دهد (۲). مراقبت تسکینی فلسفه مراقبت است و قصد ندارد مرگ را تسریع کند بلکه در سراسر دوره بیماری توام با روش های متفاوت درمانی در جهت طولانی کردن زندگی انجام می گیرد. بنابراین مراقبت تسکینی ارتقا بهداشت جسمی و روانی، صرف نظر از تشخیص و پیش آگهی است (۳). براساس گزارش‌ها

مراقبت جوهره اقدامات پرستاری است (۱). یکی از انواع مراقبت های پرستاری، مراقبت تسکینی است. از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی، مراقبت تسکینی رویکردی است که کیفیت زندگی بیمار و خانواده وی را در مواجهه با مشکلات مربوط به بیماری های محدود کننده زندگی از طریق پیشگیری از رنج بیمار و بهبود آن و با شناسایی

رفتار معین می باشد (۱۷)، که بیشترین تأثیر را بر عملکرد پرستاری دارد (۲۰-۱۸). درک خودکارآمدی به عنوان پیشگویی کننده رفتار پرستاران نقش مهمی بر روی عملکرد حرفه ای پرستاران دارد یکی از مفاهیم کاربردی نظریه یادگیری شناختی بندورا در رابطه با رفتار حرفه ای مفهوم خودکارآمدی می باشد. تحقیقات پرستاری نشان داده که پرستارانی با درک خودکارآمدی بالاتر، عملکرد بهتری را نشان می دهند و نسبت به پرستارانی که خودکارآمدی پایین تری دارند مراقبت با کیفیت تری را ارائه می دهند. از طرفی این پرستاران به کار خود تعهد بیشتری داشته و در مقابل مشکلات استقامت بیشتری نشان می دهند (۲۱). عوامل آموزشی در توسعه و رشد خودکارآمدی نقش مهمی را ایفا می کنند. ساختار خودکارآمدی می تواند به عنوان پایه تئوری در بسیاری از برنامه های آموزشی بهداشت به منظور ایجاد و ارتقای رفتارهای بهداشتی به کار گرفته شود (۲۲). به همین جهت پرستاران باید همواره باید در کسب مهارت های ویژه در مراقبت از این بیماران جهت حل مشکلات آنان تلاش داشته باشند (۹).

با توجه به مطالب ذکر شده و اهمیت موضوع، از جمله مواردی که نقش مهمی در اجرای مراقبت های تسکینی با مهارت کافی دارد خودکارآمدی درک شده پرستاران است و با توجه به نیاز بیماران و جامعه به خدمات تخصصی برای این گروه از بیماران ارتقا خودکارآمدی درک شده پرستارانی که در چنین مراقبت هایی درگیر هستند به اندازه آموزش های حرفه ای پرستاران ضروری بوده و باید در برنامه های آموزشی پرستاران گنجانده شود. از طرفی جستجوی گسترده متون نشان می دهد که پژوهش های انجام شده در این زمینه در کشور ایران بسیار محدود است. متأسفانه، در ایران، مراقبت های تسکینی و پایان زندگی به شکل تخصصی برای بیماران وجود ندارد و با توجه به نیاز بیماران و جامعه به خدمات تخصصی برای این گروه از بیماران، در این مطالعه، در صدد برآمدیم تا مطالعه ای را با هدف بررسی تأثیر آموزش مراقبت تسکینی بر خودکارآمدی درک شده پرستاران انجام دهیم.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع تجربی می باشد که در سال ۱۳۹۸ انجام شد. جامعه آماری را کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان های امام جعفر صادق میبد و ضیایی اردکان/

هر سال حدود ۴۰ میلیون نفر در دنیا نیازمند استفاده از مراقبت های تسکینی هستند ولی فقط ۱۴٪ از این مددجویان مراقبت های تسکینی را دریافت می کنند. براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، بیماران نیازمند استفاده از مراقبت تسکینی شامل بیماری های قلبی عروقی (۳۸/۵٪)، سرطان (۳۴٪)، بیماری های مزمن ریوی (۱۰/۳٪)، ایدز (۵/۷٪) و دیابت (۴/۶٪) هستند (۴). پرستاران به عنوان افرادی که بیش ترین ارتباط را با بیماران دارند، نقش مهمی در پیشبرد اهداف مراقبتی ایفا می نمایند، بنابراین بهره وری آنها حایز اهمیت است (۵).

پرستاران از جمله کارکنان درمانی درگیر در ارائه مراقبت های تسکینی می باشند (۶). مراقبت های پایان زندگی از جمله وظایف مهم پرستاری محسوب می شود (۷). اهمیت مراقبت تسکینی برای پرستاران تلاش برای ایجاد شیوه ای ساختار یافته در ارائه مراقبت ها و کوشش جهت افزایش احساس خوب بودن بیمار می باشد (۸).

یکی از ارکان مهم در ارائه مراقبت های تسکینی وجود تعداد کافی از کارکنان درمانی آموزش دیده است تا بتواند حمایت های کافی در ابعاد مختلف را برای بیماران و اعضای خانواده آنان فراهم سازند (۹). پرستاران به دلیل ماهیت حرفه ای خود، نقش محوری و بیش ترین ارتباط را با بیماران مراقبت تسکینی و خانواده هایشان دارند و قسمت عمده ارائه خدمت را بر عهده دارند (۱۳-۱۰)، نتایج مطالعات نشان می دهد علیرغم این که دریافت مراقبت تسکینی در اواخر زندگی حق بیماران و خانواده آنان است اما اغلب پرستاران آمادگی کافی برای ارائه این نوع مراقبت را ندارند، لذا ارائه مراقبت تسکینی برای پرستاران دشوارتر می گردد (۲). همچنین تحقیقات زیادی در مورد ناکافی بودن آموزش در مورد مراقبت تسکینی در گروه های پزشکی ارائه شده است و نشان می دهد هنوز پرستاران در ارائه مراقبت تسکینی تبحر و کارآمدی کافی ندارند و نیازمند آموزش مناسب تر برای این مفهوم و مراقبت خاص هستند (۱۴). در ایران مشکل اصلی سیستم درمانی مراقبتی در خصوص مراقبت تسکینی از بیماران عدم وجود ساختار و چارچوب مشخص برای اعضای گروه سلامت نظیر پرستاران می باشد (۱۵).

آنچه مسلم است دانش بدون عمل کافی نیست و آن چیزی که واسطه بین دانش و عمل به آن است، خودکارآمدی می باشد (۱۶). مفهوم خودکارآمدی توانایی انجام یک فعالیت خاص و انتظار توانایی داشتن برای انجام موفقیت آمیز یک

آموزشی توسط پژوهشگر (نویسنده اول) به صورت سخنرانی و پرسش و پاسخ و بحث گروهی برگزار گردید. هر جلسه آموزشی ۶۰ دقیقه به طول انجامید. بعد از هر جلسه ۱۵ دقیقه زمان استراحت به شرکت کنندگان داده شد و از آنها پذیرایی شد. بعد از پایان جلسات، مجدداً پرسشنامه جهت تکمیل توزیع گردید.

در گروه کنترل نیز پرسشنامه‌ها در ابتدا و انتهای پژوهش به پرستاران داده شد و نحوه تکمیل پرسشنامه آموزش داده شد. برای گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفت و بعد از تکمیل پرسشنامه‌ها جمع‌آوری گردید.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای متشکل از دو بخش بود.

۱- مشخصات دموگرافیک مشتمل بر ۴ سؤال در مورد سن، جنس، سطح تحصیلات، میزان سابقه کار بود.

۲- پرسشنامه سنجش خودکارآمدی مراقبت تسکینی (Palliative Care Self-Efficacy Scale): این مقیاس اولین بار توسط Phillips و همکاران (۲۰۱۱) طراحی و تایید شد (۲۴). این مقیاس بر توانایی درک شده جهت مدیریت ابعاد مشترک مراقبت تسکینی تمرکز دارد. این مقیاس شامل ۱۲ گویه است که دارای دو بعد متمایز از نظر تئوریتیکی مربوط به توانایی‌های درک شده برای ارائه مراقبت می‌باشد. بعد اول حمایت روانی اجتماعی (psychosocial support) (۶ گویه، از یک تا شش) و بعد دوم مدیریت علائم (symptom management) (۶ گویه، از هفت تا دوازده) است. این مقیاس بر اساس لیگرت چهار گزینه‌ای (مطمئن برای انجام دادن مستقل، مطمئن به انجام دادن مراقبت با حداقل مشاوره، اطمینان از انجام مراقبت با نظارت بیشتر، نیازمند آموزش اساسی بیشتر) نمره دهی شد. بدین ترتیب که از شرکت کنندگان خواسته شد که خودکارآمدی (توانایی) درک شده خود را برای اجرای موفقیت‌آمیز هر یک از وظایف مراقبت تسکینی ارزیابی کنند. به گزینه مطمئن (اعتماد به نفس) برای انجام دادن مستقل نمره ۴، مطمئن به انجام دادن مراقبت با حداقل مشاوره نمره ۳، اطمینان از انجام مراقبت با نظارت بیشتر، نمره ۲ و نیازمند آموزش اساسی بیشتر نمره ۱ تعلق گرفت. بالاترین نمره ۴۸ و کمترین نمره ۱۲ می‌باشد. نمره بالاتر به عنوان خودکارآمدی بالاتر تفسیر شد. پاسخ‌ها منعکس کننده قضاوت پیش‌بینی مشارکت کنندگان، در مورد چگونگی عملکرد آنها در موقعیتهای مراقبت‌های تسکینی معین می‌باشد (۲۴).

یزد تشکیل می‌دادند. در این پژوهش پرستاران به طور تصادفی ساده انتخاب شدند. جهت انتخاب گروه کنترل و مداخله با مراجعه به دفتر مدیریت پرستاری بیمارستان امام جعفر صادق (ع) میبد و ضیایی اردکان لیست پرستاران واجد شرایط تهیه گردید. سپس بر اساس جدول اعداد تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل اختصاص یافتند.

با در نظر گرفتن سطح معنی دار ۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و با توجه به کار مشابه جوی (۲۰۱۵) (۲۳)، مقدار $S=6$ و اختلاف معنی دار حداقل ۴ واحد در میانگین نمره خودکارآمدی در هر گروه تعداد ۳۶ نفر مورد نیاز بود و با احتساب ۱۰ درصد ریزش تعداد ۴۰ نفر در هر گروه کنترل و مداخله مورد بررسی قرار گرفتند. تمایل شرکت در پژوهش، سابقه کاری یک سال به بالا، توانایی حضور در تمامی جلسات آموزشی بدون غیبت از معیارهای ورود بودند. معیارهای خروج از طرح شامل پرستارانی که خودشان مبتلا به بیماری‌های نیازمند مراقبت تسکینی بودند و پرستارانی که قبلاً آموزش مراقبت تسکینی را گذرانده بودند، بود. در این مطالعه به منظور دستیابی به اهداف پژوهش، بعد از کسب رضایت آگاهانه از مشارکت کنندگان، پرسشنامه‌ها قبل از شروع مداخله در اختیار پرستاران قرار داده شد و توسط پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش با مدت زمان تقریبی ۱۵ دقیقه تکمیل گردید.

آموزش مراقبت تسکینی توسط محقق بر اساس محتوی آموزشی (اصول مراقبت تسکینی، مدیریت و ارزیابی درد و مدیریت علائم جسمی، اهداف مراقبت و ملاحظات اخلاقی و معنوی و فرهنگی، ارتباطات) در ۴ جلسه آموزشی در دو روز در سالن کنفرانس بیمارستان امام جعفر صادق (ع) میبد برگزار شد. در جلسه اول مباحث مربوط به مفاهیم پایه مراقبت تسکینی (تعریف اصول و ارتباط مراقبت تسکینی با کیفیت زندگی، نقش خود آگاهی و مراقبت از خود در بهبود کیفیت اقدامات تسکینی، مواجهه با بیماریهای پیشرونده و زندگی با مرگ، مراقبت‌های روانی، مشارکت خانواده و تیم مراقبتی، حفظ تعادل نقش امید و شجاعت و معنویت در افزایش کیفیت زندگی، ابعاد مراقبت تسکینی)، در جلسه دوم مباحث مربوط به مدیریت درد، در جلسه سوم مباحث مربوط به مدیریت علائم جسمانی (تهوع استفراغ، یبوست، دلیربوم، تنگی نفس) و در جلسه چهارم مباحث مربوط به تکنیک‌های ارتباطی با بیماران و خانواده‌ها و نحوه ارتباط اصول و شیوه‌های مراقبت تسکینی آموزش داده شد. جلسات

علاوه بر این، محرمانه بودن اطلاعات به مشارکت کنندگان تأکید شد و همه شرکت کنندگان رضایت خود را برای ورود به مطالعه اعلام کردند. تمام مشارکت کنندگان از اهداف تحقیق و ماهیت داوطلبانه مشارکت آنان مطلع بودند. به آنها گفته شد که می توانند در هر مرحله از مطالعه شرکت کنند.

در این پژوهش قبل از جمع آوری اطلاعات و شروع استخراج داده ها کلیه پرسشنامه ها کد بندی و در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده ها توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ صورت گرفت و برای بررسی این فرضیه که «آموزش مراقبت تسکینی بر خودکارآمدی درک شده پرستاران تأثیر دارد» از تحلیل کواریانس استفاده شد. قابل ذکر است که سطح معنی دار هم $0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این پژوهش در مجموع ۸۰ نفر در مطالعه شرکت کردند و هیچ‌گونه ریزشی در تعداد افراد وجود نداشت. معیارهای ورود منجر به انتخاب ۶۸ زن و ۱۲ مرد شد. میانگین سنی گروه مداخله $38/6$ سال و گروه کنترل $33/17$ سال بود. میانگین سابقه کار گروه مداخله $14/25$ سال و گروه کنترل $8/62$ سال بود. در هر دو گروه نمونه ها با سطح تحصیلات کارشناسی بیشترین درصد را شامل می شدند. تفاوت آماری معناداری بین دو گروه از نظر سن و سابقه کار وجود داشت ($P < 0/05$) ولی در سطح تحصیلات و جنسیت تفاوت معنادار نبود ($P > 0/05$).

از انجایی که این پرسشنامه برای اولین بار در ایران استفاده می شد، با فرستادن ایمیل به سازنده پرسشنامه و کسب اجازه از ایشان از پرسشنامه استفاده گردید. اصل پرسشنامه که به زبان انگلیسی بود به فارسی ترجمه شد و مجدد توسط یکی از اساتید متن فارسی به انگلیسی برگردانده شد. این اقدام دو مرتبه تکرار گردید و سپس جهت روایی و پایایی اقدام شد. در این پژوهش، پس از تایید ترجمه، روایی ظاهری و محتوی با استفاده از قضاوت متخصصان و شاخص های روایی کمی محتوی CVI و CVR بررسی شد. برای بررسی نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا در اختیار ۵ نفر از متخصصان قرار گرفت. با در نظر گرفتن نقطه برش $0/99$ برای نسبت روایی محتوا و $0/8$ برای شاخص روایی محتوا، بر اساس جدول Lawshe (۲۵)، نمره تمام آیتم ها از این اعداد بیشتر بود و تمام آیتم ها حفظ شدند. به منظور سنجش پایایی ابزار، پرسشنامه در اختیار ۳۰ نمونه تصادفی از جامعه آماری مورد مطالعه گذاشته شد. لازم به ذکر است که این ۳۰ نفر جزء نمونه ها نبودند. و ضریب آلفای کرونباخ برای شش آیتم اول (زیرمقیاس حمایت روانی اجتماعی) $0/848$ و شش آیتم دوم (زیرمقیاس مدیریت علائم) $0/78$ و آلفای کرونباخ کلی $0/704$ محاسبه گردید. این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان مورد تأیید قرار گرفته است (IR.IAU.KHUISF.REC.1398.109). پرسشنامه ها پس از کسب مجوزهای قانونی از دانشگاه و بیمارستانهای مربوطه و با رعایت موارد اخلاقی در اختیار واحدهای مورد پژوهش قرار گرفت. به منظور رعایت اصول اخلاقی تحقیق، فرم رضایت آگاهانه توسط تمام شرکت کنندگان تکمیل شد.

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش

متغیر	گروه کنترل (N=40)		گروه مداخله (N=40)	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سن	۳۳/۱۷	۶/۵۸	۳۸/۶	۶/۰۵
سابقه کار	۸/۶۲	۵/۲۴	۱۴/۲۵	۶/۱۵
متغیر	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
جنسیت				
مرد	۶	۱۵	۶	۱۵
زن	۳۴	۸۵	۳۴	۸۵
سطح تحصیلات				
کارشناسی	۳۷	۹۲/۵	۳۷	۹۲/۵
کارشناسی ارشد	۲	۵	۳	۷/۵

میانگین نمرات در دو زیر مقیاس حمایت روانی اجتماعی و مدیریت علایم و مقیاس خودکارآمدی درک شده در

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار خودکارآمدی درک شده و زیر مقیاس های آن در گروه کنترل و مداخله

متغیر	گروه کنترل (N=۴۰)		گروه مداخله (N=۴۰)	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
زیر مقیاس حمایت روانی اجتماعی				
پیش آزمون	۱۱/۲۷	۳/۰۵	۱۳/۸	۴/۰۳
پس آزمون	۱۱/۱۵	۳/۴۳	۱۹/۱	۳/۳۰
زیر مقیاس مدیریت علائم				
پیش آزمون	۱۱/۴۵	۴/۳۵	۱۳/۹	۴/۸
پس آزمون	۱۱/۶۷	۴/۵۱	۲۰/۵	۲/۴
خودکارآمدی درک شده				
پیش آزمون	۲۲/۷۲	۶/۷	۲۷/۷	۷/۹
پس آزمون	۲۲/۸	۷/۵	۳۹/۶	۴/۹

استفاده تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت. توزیع نرمال داده ها با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنف (KS) مورد تأیید قرار گرفت ($P > 0.05$). سپس برای تعیین یکسانی واریانسها، از آزمون لون استفاده شد که مفروضه همگنی کوواریانس داده ها برقرار می باشد. همچنین شیب رگرسیون نیز همگن می باشد.

نتایج مندرج در (جدول ۳) از تحلیل کواریانس نشان می دهد که پس از کنترل تأثیر سن، سابقه کار و نمرات پیش آزمون، افراد در گروه مداخله در هر دو زیرمقیاس حمایت روانی اجتماعی و مدیریت علائم، نمره بالاتری را کسب نموده و از نظر آماری معنادار بود ($P < 0.05$). همچنین نمرات خودکارآمدی درک شده افراد در گروه مداخله، پس از کنترل تأثیر سن، سابقه کار و نمرات پیش آزمون؛ به طور چشمگیری بالاتر از گروه کنترل و از نظر آماری معنادار بود ($P < 0.05$) (جدول ۳).

میانگین نمرات پیش آزمون بعد حمایت روانی اجتماعی برای گروه مداخله $13/8 \pm 4/03$ و گروه کنترل $11/27 \pm 3/05$ بود. همچنین در بعد مدیریت علائم، میانگین نمرات پیش آزمون، در گروه مداخله $13/9 \pm 4/8$ گروه کنترل $11/45 \pm 4/35$ بود. میانگین نمرات مقیاس خودکارآمدی درک شده برای گروه مداخله $27/7 \pm 7/9$ و گروه کنترل $22/72 \pm 6/7$ بود. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که گروه کنترل با سطح پایین تر خودکارآمدی درک شده در پژوهش شرکت کردند که این تفاوت، بین دو گروه معنادار بود و دو گروه از نظر نمرات پیش آزمون یکسان نبودند ($P < 0.05$).

با توجه به همسان نبودن دو گروه از نظر نمرات پیش آزمون، سن و سابقه کار، در تحلیل بعدی، این متغیرها، به عنوان کوواریات (Covariate) در نظر گرفته شد و فرضیه تحقیق با استفاده از تحلیل کوواریانس (ANCOVA) بررسی شد. به این منظور ابتدا پیش فرض های استفاده از

جدول ۳: خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس بررسی تأثیر آموزش مراقبت تسکینی بر خودکارآمدی درک شده و مؤلفه های آن

متغیر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری	مجذور اتا (میزان تأثیر)	توان آزمون
حمایت روانی اجتماعی	۴۸۶/۸۳۰	۱	۴۸۶/۸۳۰	۱۱۸/۲۱۰	۰/۰۰۰	۰/۶۱۲	۱
مدیریت علایم	۱۰۳۱/۳۲۸	۱	۱۰۳۱/۳۲۸	۱۳۲/۰۱۹	۰/۰۰۰	۰/۳۸۴	۱
خودکارآمدی درک شده	۲۷۸۲/۲۸۲	۱	۲۷۸۲/۲۸۲	۱۷۰/۸۳۶	۰/۰۰۰	۰/۶۹۵	۱

پژوهش نشان داد که آموزش مراقبت تسکینی موجب ارتقاء نمره خودکارآمدی درک شده پرستاران گروه مداخله نسبت به گروه کنترل شده است. این نتایج با یافته های

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش مراقبت تسکینی بر خودکارآمدی درک شده پرستاران بود. یافته های این

دانشجویان پزشکی مورد بررسی قرار دادند. بدین ترتیب که دانشجویان در یک کارگاه ۲٫۵ ساعته شرکت نموده که این مداخله با افزایش دانش و خودکارآمدی همراه بود (۳۰).
Kubota و همکاران نیز در پژوهش خود با آموزش مفاهیم روانشناختی به پرستاران بخش انکولوژی نشان دادند که این آموزش موجب بهبود اعتماد به نفس و دانش پرستاران می شود (۳۱). van Leeuwen و همکاران (۲۰۱۳) در یک مطالعه کیفی به این نتیجه رسیدند که از دیدگاه پرستاران معنویت یکی از حیطه های مهم در امر مراقبت از بیماران سرطانی است اما آن ها بر این باور بودند که این حیطه مهم به طور عملی در مراقبت از بیماران به خوبی در نظر گرفته نشده است (۳۲). ناهمسو با نتایج پژوهش حاضر، نتایج پژوهش Bökberg و همکاران در سوئد نشان داد که مداخله آموزشی بر درک کارکنان از ارائه مراقبت تسکینی فرد محور برای افراد مسن در خانه سالمندان تأثیری ندارد که این ناهمسویی می تواند ناشی از نمره بالای درک کارکنان در شروع مطالعه باشد (۳۳). برقراری ارتباط نزدیک در مراقبت تسکینی نقش کلیدی دارد. در این مراقبت، گام به گام با بیمار پیش رفته و در تمامی مراحل بیماری به وی و خانواده بیمار کمک می شود. تیم اصلی از پزشک، پرستار، مددکار اجتماعی تشکیل می شود. سایر تخصص ها از قبیل متخصصان درمان های مکمل، متخصص تغذیه، روحانی نیز با تیم مراقبت تسکینی همکاری می کنند.

از محدودیتهای مطالعه حاضر می توان به زمان محدود، بار کاری زیاد پرسنل پرستاری، حالات روحی مشارکت کنندگان در هنگام پاسخدهی به پرسشنامه، اشاره کرد که پیشنهاد می شود به منظور تعمیم بهتر نتایج این پژوهش آموزش در فرصتی مناسب با مدت زمان بیشتری به پرستاران داده شود.

نتیجه گیری

نتایج نشان داد که آموزش مراقبت تسکینی به پرستاران موجب ارتقاء خودکارآمدی درک شده و ابعاد آن (مدیریت علائم و حمایت روانی اجتماعی) می شود. لذا توصیه می شود مدیران پرستاری، با ایجاد سیاست هایی در زمینه ایجاد کارگروه و کمیته های واحدی برای اجرای طرح های مراقبت تسکینی، موجبات افزایش خودکارآمدی درک شده پرسنل پرستاری با استفاده از آموزش مراقبت های تسکینی نقش فراهم آورند. همچنین تدوین پروتکلی در زمینه

پژوهش Joy (۲۰۱۵)، Wen و همکاران (۲۰۱۲) و Kassa (۲۰۱۴) همخوانی دارد (۲۳،۲۶،۲۷). Joy (۲۰۱۵) برای گروه مداخله برنامه آموزشی مراقبت تسکینی را طی ۷ هفته (۴ جلسه آموزشی ۴۵ دقیقه ای) و برای گروه کنترل آموزش توسط جزوه آموزشی انجام داد. نتایج مطالعه وی نشان داد که تفاوت معناداری در خودکارآمدی درک شده بین دو گروه کنترل و آزمون وجود دارد (۲۳). در تبیین این یافته می توان گفت که خودکارآمدی به عنوان مهمترین عامل تعیین کننده برای تغییر رفتار می باشد، و می تواند بر انتخاب فرد در مراحل اتخاذ رفتار تاثیر بگذارد و هم چنین باعث می شود فرد تلاش بیشتری برای دستیابی به عمل صرف کند.

یافته دیگر این پژوهش مبین آن بود که آموزش مراقبت تسکینی موجب ارتقاء مدیریت علائم در پرستاران گروه مداخله نسبت به گروه کنترل می شود. همچنین یافته های مطالعه گیولیو و همکاران که به بررسی تأثیر آموزش پرسنل خانه های سالمندان در مراقبت پایان زندگی بیماران مبتلا به زوال عقل پرداختند، همسو با نتایج مطالعه حاضر بود که نشان داد که مداخله آموزشی کوتاه مدت، برخی از شیوه های مربوط به کیفیت مراقبت های پایان عمر بیماران مبتلا به زوال عقل پیشرفته را اصلاح نموده و اعتقادات و نگرش های آنان را افزایش و تقویت می کند (۲۸). همراستا با نتایج مطالعه کنونی، نتایج مطالعه Patiraki و همکاران که به روش کارآزمایی کنترل شده تصادفی انجام دادند، نشان داد که آموزش درد بر نمره کل دانش پرستاران تأثیر معنی داری داشت و نمرات بعد از آزمون در مقایسه با گروه کنترل بهبود معناداری نشان داد (۲۹). از اصول مراقبت تسکینی، مراقبت از بیمار برای تسکین درد و سایر علائم آزارانده بیماری می باشد و آموزش پرستاران در این زمینه موجب اعتماد به نفس در ارزیابی و مهارتهای مدیریت علائم می شود.

نتایج مطالعه حاضر، حاکی از تأثیر آموزش مراقبت تسکینی بر حمایت روانی اجتماعی پرستاران می باشد و آموزش کافی در زمینه مراقبت تسکینی باعث افزایش نمره بعد حمایت روانی اجتماعی در پرستاران شد. حیطه روانی اجتماعی مفاهیمی نظیر مهارتهای ارتباطی و معنویت را شامل می شود. لذا همراستا با نتایج این پژوهش، Tam و همکاران، تأثیر کارگاه آموزش بالینی برنامه مراقبت از بیماری جدی بر مهارتهای ارتباطی (از اجزای بعد حمایت روانی اجتماعی)

پرستارانی که در اجرای این تحقیق همکاری داشتند، نهایت تقدیر و تشکر خود را اعلام می دارند.

تضاد منافع

نویسندگان اذعان می دارند که در این پژوهش تعارض منافعی وجود ندارد.

References

- 1- Baljani E, Azimi N, Hosseinloo A. A survey on nurses perception of the importance of caring behaviors and factors affecting its provision. *Evid based care*. 2012; 2 (1): 13-21.
- 2- Negarandeh R, Mardani Hamooleh M, Rezaee N. Concept analysis of palliative care in nursing: Introducing a hybrid model. *J Maz Univ Med Sci*. 2015; 25 (130):40-51.
- 3- Nouhi E, Jahani Y, Bahador R. The study of palliative care and its relationship with quality of life in patients with chronic heart failure. in 2014-2015. *J Clin Nurs Midwifery*. 2017; 5 (4).
- 4- Heydari H. Home-based palliative care: A missing link to patients' care in Iran. *J Hayat*. 2018; 24 (2):97-101.
- 5- Parchebafieh S, Safavi M, Mashouf S, Salehi S, Zanjani SE, Bakhshandeh H. Effect of using peer assisted learning approach on clinical self-efficacy of nursing students at islamic azad university of tehran medical sciences branch. *J Nurs Educ*. 2018; 6 (6): 8-15.
- 6- Aghaei MH, Mohajjel Aghdam A, Bodaghi S, Azami Agdash S. Knowledge and attitude of nurses toward caring for end of life patients. *Iran J Nurs*. 2017;30(107):74-82. <https://doi.org/10.29252/ijn.30.107.74>
- 7- Farokhnezhad Afshar P, Ashkanirad P, Hosseini S. Critical care nurses views about obstacles and supportive behaviors of end-of-life care. *Iran J Cardiovasc Nurs*. 2018; 6 (4): 26-34.
- 8- Ablett JR, Jones RSP. Resilience and wellbeing in palliative care staff: a qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psycho-Oncology J Psychol Soc Behav Dimens Cancer*. 2007; 16 (8) :733-40. doi: 10.1002/pon.1130 <https://doi.org/10.1002/pon.1130> PMID:17171723
- 9- Carol T, Carol L, Priscilla L, Pamela L. *Fundamentals of nursing: The art and science of nursing care*. JB Lippincott Philadelphia. 1993; 29-31.
- 10- Hebert K, Moore H, Rooney J. The nurse

نشریه آموزش پرستاری، دوره ۹، شماره ۲، خرداد و تیر ۱۳۹۹

آموزش مراقبت تسکینی و اجرای آن توسط سرپرستاران و سوپروایزرها می تواند در این امر کمک کننده باشد. این آموزشها باید در کوریکولوم آموزش پرستاری نیز مورد تأکید قرار گیرد.

سپاسگزاری

پژوهشگران بدین وسیله، از تمامی مسوولین و بخصوص

- advocate in end-of-life care. *Ochsner J*. 2011; 11 (4):325-9.
- 11- Noome M, Beneken genaamd Kolmer DM, van Leeuwen E, Dijkstra BM, Vloet LCM. The nursing role during end of life care in the intensive care unit related to the interaction between patient, family and professional: an integrative review. *Scand J Caring Sci*. 2016; 30 (4):645-61. doi: 10.1111/scs.12315 <https://doi.org/10.1111/scs.12315> PMID:26991253
 - 12- Buchman S, Howe M. Teaching end-of-life care in the home. *Can Fam Physician*. 2012;58(1):114-6.
 - 13- Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JAC, Van der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. *Palliat Med*. 2014; 28 (8): 1000-25. doi: 10.1177/0269216314526272 <https://doi.org/10.1177/0269216314526272> PMID:24651708
 - 14- Hoseini AS, Memarian R. The effect of employing synectic model in teaching palliative care in children on nursing students' writing creativity and academic performance. *Iran J Med Educ*. 2009; 9 (3): 239-48.
 - 15- Ebadinejad Z, Fakhr-Movahedi A. Palliative Care: The Hidden Loop of Caring for Iranian Children with Cancer. *Iran J Pediatr Nurs*.2020; 6 (2): 1-4.
 - 16- Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *Am Psychol*. 1982; 37 (2): 122-47. doi: 10.1037/0003-066X.37.2.122 <https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.2.122> PMID:PMC4010856
 - 17- Fini IA, Adib-Hajbaghery M, Khachian A. The effect of health-promotion strategies education on self-care self-efficacy in patients with bone marrow transplantation. *Iran J Crit Care Nurs*. 2011; 4 (3):109-16.
 - 18- Lee TW, Ko YK. Effects of self-efficacy, affectivity and collective efficacy on nursing performance of hospital nurses. *J Adv Nurs*. 2010; 66 (4):839-

48. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05244.x
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05244.x>
PMid:20423371
- 19- Karabacak Ü, Serbest Ş, Kan Öntürk Z, Eti Aslan F, Olgun N. Relationship between student nurses' self-efficacy and psychomotor skills competence. *Int J Nurs Pract*. 2013;19(2):124-30. doi: 10.1111/ijn.12051
<https://doi.org/10.1111/ijn.12051>
PMid:23577969
- 20- Zengin N, Pınar R, Akinci AC, Yildiz H. Psychometric properties of the self-efficacy for clinical evaluation scale in Turkish nursing students. *J Clin Nurs*. 2014; 23 (7-8):976-84. doi: 10.1111/jocn.12257
<https://doi.org/10.1111/jocn.12257>
PMid:23876212
- 21- Bahrami M, Zargham Boroujeni A, Alavi A. Perceived self efficacy in pediatric nurses of proficiency concept. a qualitative study. *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2016; 14 (3): 254-62.
- 22- Razi T, Shamsi M, Khorsandi M, Roozbehani N, Ranjbaran M. Education and self-efficacy of mothers regarding alerting signs in children less than five years in Arak, Iran. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*. 2016; 24 (1): 1-8.
<https://doi.org/10.20286/nmj-24015>
- 23- Joy YL. The influence of a palliative care education intervention in increasing knowledge and self-efficacy of nurses practicing in long-term care. Doctoral Dissertations. Connecticut: Connecticut Graduate School. 2015.
- 24- Phillips J, Salamonson Y, Davidson PM. An instrument to assess nurses' and care assistants' self-efficacy to provide a palliative approach to older people in residential aged care: A validation study. *Int J Nurs Stud*. 2011; 48 (9): 1096-100. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.02.015
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.02.015>
PMid:21377679
- 25- Lawshe CH. A quantitative approach to content validity 1. *Pers Psychol*. 1975;28(4):563-75. doi: 10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x
<https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x>
- 26- Wen A, Gatchell G, Tachibana Y, Tin MM, Bell C, Kojane J, et al. A palliative care educational intervention for frontline nursing home staff: The IMPRESS project. *J Gerontol Nurs*. 2012; 38 (10):20-5. doi: 10.3928/00989134-20120906-96
<https://doi.org/10.3928/00989134-20120906-96>
PMid:22998097
- 27- Kassa H, Murugan R, Zewdu F, Hailu M, Woldeyohannes D. Assessment of knowledge, attitude and practice and associated factors towards palliative care among nurses working in selected hospitals, Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Palliat Care*. 2014;13(6):1-11. doi: 10.1186/1472-684X-13-6
<https://doi.org/10.1186/1472-684X-13-6>
PMid:24593779 PMCID:PMC3975866
- 28- Di Giulio P, Finetti S, Giunco F, Basso I, Rosa D, Pettenati F, et al. The impact of nursing homes staff education on end-of-life care in residents with advanced dementia: A Quality Improvement Study. *J Pain Symptom Manage*. 2019; 57 (1): 93-9. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2018.10.268
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.10.268>
PMid:30315916
- 29- Patiraki EI, Papathanassoglou EDE, Tafas C, Akarepi V, Katsaragakis SG, Kampitsi A, et al. A randomized controlled trial of an educational intervention on Hellenic nursing staff's knowledge and attitudes on cancer pain management. *Eur J Oncol Nurs*. 2006; 10 (5):337-52. doi: 10.1016/j.ejon.2005.07.006
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2005.07.006>
PMid:16246621
- 30- Tam V, You JJ, Bernacki R. Enhancing medical learners' knowledge of, comfort and confidence in holding serious illness conversations. *Am J Hosp Palliat Med*. 2019; 36 (12):1096-104. doi: 10.1177/1049909119857988
<https://doi.org/10.1177/1049909119857988>
PMid:31327241
- 31- Kubota Y, Okuyama T, Uchida M, Umezawa S, Nakaguchi T, Sugano K, et al. Effectiveness of a psycho-oncology training program for oncology nurses: a randomized controlled trial. *Psycho-oncology*. 2016; 25 (6): 712-8. doi: 10.1002/pon.4000
<https://doi.org/10.1002/pon.4000>
PMid:26449801
- 32- Van Leeuwen R, Schep-Akkerman A, Van Laarhoven HWM. Screening patient spirituality and spiritual needs in oncology nursing. *Holist Nurs Pract*. 2013; 27 (4): 207-16. doi: 10.1097/HNP.0b013e318294e690
<https://doi.org/10.1097/HNP.0b013e318294e690>
PMid:23774720
- 33- Bökberg C, Behm L, Wallerstedt B, Ahlström G. Evaluation of person-centeredness in nursing homes after a palliative care intervention: pre-and post-test experimental design. *BMC Palliat Care*. 2019;18(1):44. doi: 10.1186/s12904-019-0431-8
<https://doi.org/10.1186/s12904-019-0431-8>
PMid:31151438 PMCID:PMC6543575