



Mashhad University of
Medical Sciences



Navid No

Journal homepage: <https://nmj.mums.ac.ir/>



کمیته تحقیقات دانشجویی
معاونت پژوهش و فناوری
دانشگاه علوم پزشکی مشهد

Original Article

Investigation the Psychometric Properties of the Persian Version Version of Palliative Care Quiz for Nurses

Narjes Heshmatifar far¹ , Zahra Sadat Manzari² , Abbas Heydari^{3*}

1. PhD Student of Nursing, Department of Medical Surgical Nursing, Member of Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
2. Associate Professor, Department of Medical Surgical Nursing, Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
3. Professor, Professor, Department of Medical Surgical Nursing, Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. (Corresponding author)

Corresponding author: HeydariA@mums.ac.ir

Received: 13 May 2023; Revised: 31 May 2023; Accepted: 6 June 2023

Abstract

Background and Aims: Palliative care is essential in nursing care, due to the increasing number of chronic and incurable patients. Nurses need to acquire special knowledge and abilities to provide quality palliative care. Palliative Care Quiz for Nurses is a questionnaire that evaluates their basic knowledge about palliative care. This study was conducted for cross-cultural adaptation in Persian language and psychometrics of Palliative Care Quiz for Nurses.

Materials and Methods: In this cross-sectional study of psychometric evaluation of scale, after translating and assessing the face and content validity of PCQN, 162 eligible nurse were selected by convenience sampling in Mashhad, 2022. internal consistency, difficulty and discrimination indexes of each item were also calculated according to Item Response Theory (IRT). Data were analyzed by describe, Cronbach's alpha, Kuder Richardson formula 20 (KR-20).

Results: The cross-cultural adaptation ultimately resulted in a total of 20 items from the PCQN-I. CVR was 0.83 and CVI for each item was 0.87 and S-CVI / Ave was more than 90% in terms of correlation and resolution. Cronbach's alpha coefficient of 0.97 and KR-20 test result of 0.72 reflected the reliability of PCQN-SV. The discrimination indexes of the 20 items, show us that five items are good or very good while eight items are bad to discriminate between good and bad respondents.

Conclusion: The Persian version of Palliative Care Quiz for Nurses (PCQN-PV) can be used as a valid and reliable scale for assessing Palliative care knowledge of nurses.

Keywords

Instrument, Nurse, knowledge, Palliative Care

Cite this article as: Heshmatifar far N, Manzari Z, Heydari A. Investigation the Psychometric Properties of the Persian Version Version of Palliative Care Quiz for Nurses. Navid No, 2023; 25(83): 14-28. <https://doi.org/10.22038/nmj.2023.72329.1392>.

E-ISSN: 2645-5927 / P-ISSN: 2645-5919

Copyright: © 2022 by the author.

Open Access: This is an open access article under the CC BY license

(<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).



Publisher's Note: Mashhad University of Medical Sciences remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Mashhad University of
Medical Sciences

نوید نو

Navid No

Journal homepage: <https://nnj.mums.ac.ir/>



کمیته تحقیقات دانشجویی
معاونت پژوهش و فناوری
دانشگاه علوم پزشکی مشهد

نوع مقاله (پژوهشی)

بررسی و روانسنجی نسخه فارسی ابزار "آزمون مراقبت تسکینی برای پرستاران"

نرجس حشمتی فر^۱ ID، زهراسادات منطری^۲ ID، عباس حیدری^۳ ID*

۱. دانشجوی دکتری پرستاری، گروه داخلی و جراحی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دانشیار، گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران؛ مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. استاد، گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران؛ مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیک نویسنده مسئول: HeidaryA@mums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۲/۲۳، تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۳/۱۰، تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۱۶

چکیده

مقدمه و هدف: با توجه به افزایش تعداد بیماران مزمن و صعب‌العلاج نیاز به مراقبت تسکینی در پرستاری ضروری است. پرستاران برای ارائه مراقبت‌های تسکینی با کیفیت نیاز به کسب دانش و توانایی‌های خاص دارند. آزمون مراقبت تسکینی برای پرستاران (PCQN) پرسشنامه‌ای است که دانش پایه آنها را در مورد مراقبت تسکینی ارزیابی می‌کند. این مطالعه با هدف ترجمه و تحلیل روانسنجی ابزار آزمون مراقبت تسکینی برای پرستاران انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: پس از انجام فرآیند ترجمه و تعیین روایی صوری و محتوایی ابزار آزمون مراقبت تسکینی برای پرستاران (PCQN)، ۱۶۲ پرستار واجد شرایط به روش در دسترس در مشهد، در سال ۱۴۰۱ انتخاب شدند. همسانی درونی و ضریب‌های دشواری و تمیز هر آیتم نیز بر اساس نظریه سوال - پاسخ (IRT) بررسی شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی، محاسبه آلفای کرونباخ و فرمول کودر ریچاردسون ۲۰ (KR-20) محاسبه شد.

یافته‌ها: در مطالعه حاضر، انطباق بین فرهنگی در نهایت منجر به تایید ۲۰ گویه از PCQN-PV شد. CVR برابر ۰/۸۳ برای هر گویه ۰/۸۷ و همچنین S-CVI/Ave از نظر ارتباط و وضوح بیشتر از ۰/۹۰ به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و نتیجه آزمون پایایی با فرمول KR-20 برابر با ۰/۷۲ محاسبه شد که نشان دهنده پایایی PCQN-PV است. شاخص‌های دشواری و تمایز ۲۰ گویه نشان می‌دهد که ۵ گویه خوب یا خیلی خوب هستند در حالی که ۸ گویه برای تمایز بین پاسخ دهندگان خوب و بد هستند.

نتیجه‌گیری: نسخه فارسی ابزار مراقبت تسکینی برای پرستاران به عنوان یک ابزار معتبر و قابل اعتماد می‌تواند دانش مراقبت تسکینی پرستاران ارزیابی کند.

کلمات کلیدی

پرستاری، ابزار، دانش، مراقبت تسکینی

مقدمه

روانی و معنوی کافی خواهد شد (۱۷). بنابراین، شناسایی اینکه چه دانشی برای مراقبت تسکینی مورد نیاز است، در میان ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی ضروری به نظر می رسد. ارزیابی دانش مراقبت تسکینی در میان ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی می تواند به شناسایی باورهای غلط مرتبط با مراقبت تسکینی و نیازهای آموزشی کمک کند (۱۸).

انجمن مراقبت تسکینی اروپا (European Association for Palliative Care, EAPC) پس از تجزیه و تحلیل برنامه های آموزشی پرستاری موجود در کشورهای مختلف، راهنمای توسعه آموزش پرستاران در مراقبت های تسکینی در سراسر اروپا را با توصیه هایی به ویژه برای کشورهایی با مراقبت های تسکینی در حال توسعه، تدوین کرد. آنها توسعه در سه سطح آموزش را توصیه کردند: آموزش پایه برای همه پرستاران، آموزش متوسط برای پرستارانی که گاهی از بیمارانی که نیاز به مراقبت تسکینی دارند مراقبت می کنند و آموزش تخصصی برای کسانی که در خدمات مراقبت های تسکینی و پایان زندگی کار می کنند. این انجمن توصیه می کند، مواردی 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 بازنمایی را آموزش ضمن خدمت پرستاران شاغل در زمینه مراقبت های تسکینی مورد توجه قرار گیرد. 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 (۱۹). پرستاران 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 بیماریهای مزمن و تهدیدکننده حیات باشند (۱۶، ۲۰). با این حال، مطالعات مختلف نشان می دهد که بسیاری از پرستاران دانش کمی برای ارائه مراقبت تسکینی از بیماران

توسعه مراقبت تسکینی و حمایتی از سال ۱۹۶۰ در بسیاری از کشورهای جهان شروع شده است (۴-۱). از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization, WHO) این مراقبت شامل استفاده از رویکردهایی می باشد که کیفیت زندگی بیماران و خانواده های آنها را به واسطه پیشگیری یا برطرف نمودن دردهای آنان (با تشخیص زودرس، ارزیابی کامل و درمان درد) و سایر مشکلات مرتبط با بیماران (جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) بهبود می بخشد (۵، ۶). مداخلات بسیاری نشان داده اند که ارائه مراقبت تسکینی می تواند از نظر بالینی اثربخش باشد (۳، ۷-۹). پرستاران نقش اصلی در ارائه مراقبت های تسکینی در بیمارستان، منزل و جامعه دارند، بنابراین علاوه بر مراقبت های جسمی از بیماران بایستی دانش لازم در زمینه مهارت های ارتباطی، مراقبت معنوی و حمایت روانی از بیمار و خانواده را کسب نمایند (۱۰). بسیاری از کلینیک های مراقبت تسکینی در دنیا توسط پرستاران اداره می شود که این امر نیاز به مهارت در باره مراقبت های پیشرفته در زمینه تسکین درد و سایر علایم ناخواسته در بیماران را افزایش می دهد (۱۱، ۱۲).

با این وجود توسعه مراقبت های تسکینی در ایران بسیار کند و در مراحل ابتدایی است که به عواملی مانند سیاست های دولت، فرهنگ حمایت قوی خانواده، فقدان آموزش و دانش کافی مراقبت های تسکینی نسبت داده شده است (۱۳، ۱۴). عدم آگاهی از مراقبت های تسکینی در میان متخصصان سلامت یکی از رایج ترین موانع مراقبت تسکینی با کیفیت است، از این رو آموزش مراقبت های تسکینی برای مراقبین سلامت ضروری است (۱۵).

برای ارائه مراقبت های تسکینی، ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی به دانش اساسی نیاز دارند. دانش مراقبت تسکینی به عنوان یک مؤلفه ضروری در هنگام ارتباط با بیماران و خانواده های آنها شناخته شده است (۱۶). کمبود دانش منجر به ناتوانی در شناسایی نیازها، مدیریت ناکافی درد، حمایت

و معتبر که برای بررسی نیازهای آموزش ضمن خدمت پرستاران مورد استفاده قرار گیرد، انجام شد. با استفاده از این ابزار میزان تدریس و میزان محتوای آموزشی در هر حیطة را نیز می توان تعیین کرد.

روش کار

مطالعه روان‌سنجی حاضر پس از بررسی و تصویب در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد در دو فاز، شامل (۱) ترجمه و انطباق بین فرهنگی PCQN با استفاده از یک فرآیند شش مرحله‌ای و (۲) روان‌سنجی ابزار، از جمله ارزیابی روایی و پایایی PCQN-PV انجام گرفت. تعداد ۱۶۲ پرستار شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان امام رضا (ع)، به روش نمونه‌گیری در دسترس در سال ۱۴۰۱ انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن مدرک کارشناسی پرستاری، داشتن حداقل ۶ ماه سابقه کار در بخش مراقبت ویژه و تمایل به شرکت در مطالعه بود. عدم تمایل به ادامه همکاری و انصراف از پاسخگویی به پرسشنامه در حین تکمیل آن، به عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد.

ابزار

آزمون مراقبت تسکینی برای پرستاران (PQCN) توسط راس و همکاران (۱۹۹۶) برای ارزیابی دانش مراقبت تسکینی پرستاران طراحی شده است (۲۲) و به طور گسترده در سراسر جهان مورد استفاده قرار گرفته است. این پرسشنامه شامل ۲۰ سوال با گزینه‌های درست، نادرست و نمی‌دانم است که در سه خرده‌مقیاس طبقه‌بندی شده است: (۱) فلسفه و اصول مراقبت تسکینی (۴ گویه: ۱، ۹، ۱۲ و ۱۷)، (۲) مدیریت درد و علائم (۱۳ گویه: ۲-۴، ۶-۸، ۱۰، ۱۳-۱۶، ۱۸ و ۲۰) و، (۳) مراقبت روانی اجتماعی و معنوی (۳ گویه: ۵، ۱۱ و ۱۹). پاسخ‌ها به صورت زیر کدگذاری می‌شوند: ۱ = درست، ۰ = نادرست / نمی‌دانم. این ۲۰ گویه به دانشی اشاره دارد که در محیط‌های بالینی قابل اجرا است و می‌تواند هم برای دانشجویان و هم برای پرستاران حرفه‌ای ارائه

دارند (۱۵، ۱۷، ۱۸). پژوهش هوئی (Hui) و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد علیرغم تدریس و آموزش مراقبت تسکینی در دانشکده‌های پرستاری، مهارت لازم در زمینه مراقبت پرستاری را ندارند و نیاز به دانش بیشتری احساس می‌شود (۲۱).

برای کمک به اصلاح این وضعیت، راس (Ross) و همکاران (۱۹۹۶) آزمون مراقبت تسکینی برای پرستاری (Palliative Care Quiz For Nursing, PCQN) را برای سنجش دانش پرستاران از مراقبت تسکینی توسعه دادند (۱، ۲، ۲۲). آزمون مراقبت تسکینی برای پرستاران (PCQN) به طور گسترده برای اندازه‌گیری دانش مراقبت تسکینی مورد استفاده قرار گرفته است و به چندین زبان تطبیق داده شده است (۱۷، ۱۸، ۲۳، ۲۴). PCQN درک شناختی مراقبت تسکینی، از جمله اصول و فلسفه مراقبت تسکینی، مدیریت درد و سایر علائم و ارائه مراقبت‌های روانی، اجتماعی و معنوی بیماران و خانواده‌ها را اندازه‌گیری می‌کند (۲۱).

PCQN ابزاری است که در محیط‌های مختلف مانند بیمارستان‌ها (۲۳، ۲۵)، مراکز سرطان (۲۵)، جامعه پرستاری (۲۶)، بخش‌های مراقبت ویژه کودکان (۲۷) مراکز مراقبت‌های پایان عمر، خانه‌های سالمندان (۲۸، ۲۹) و مراقبت در منزل (۱۶) مورد استفاده قرار گرفته است.

مطالعات مختلف در ایران که به بررسی آگاهی پرستاران از مراقبت‌های تسکینی پرداختند، نشان دادند که پرستاران سطح دانش پایینی در مورد مراقبت تسکینی داشتند (۱۳، ۲۳، ۳۰). چراغی و همکاران (۲۰۰۵) بیان می‌دارد آموزش مراقبت‌های تسکینی نه به عنوان آموزش بالینی خاص و نه به عنوان یک دوره تحصیلی خاص در برنامه درسی آموزشی پرستاری گنجانده شده است (۳۱). با این وجود، به دلیل کمبود ابزاری که برای بررسی دانش مراقبت تسکینی در میان ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی ایجاد و تایید شده باشد، مطالعه حاضر با هدف ترجمه و تطابق فرهنگی و بررسی پایایی و روایی ابزار آزمون مراقبت تسکینی برای پرستاری نسخه فارسی (Palliative Care Quiz for Nurses-persian Version, PCQN-PV) استاندارد

مراقبت های تسکینی، دو عضو هیئت علمی پرستاری، یک پزشک PHC و یک متخصص بیهوشی بود. اعضای کمیته ابزار اصلی (PCQN) و تمامی ترجمه ها را از نظر معادل معنایی، اصطلاحی، تجربی و مفهومی بررسی کردند. در پایان بررسی، یک کمیته تخصصی پیشنهاداتی را ارائه کرد، در مورد هر گونه مغایرت به اجماع رسیدند و نسخه اولیه ابزار را تولید کردند.

۱-۵ در مرحله بررسی شناختی (Debriefing) (Cognitive) انجام مصاحبه شناختی و پیش آزمون با گروه هدف بود به این منظور ده نفر از گروه هدف که پرستاران شاغل در بیمارستان بودند، انتخاب و ترجمه ابزار در اختیار آنان قرار گرفت و مصاحبه شناختی (انفرادی و چهره به چهره) در مورد وضوح و شفافیت تک تک گویه ها، سنجش دقیق متغیر واقعی توسط ابزار فارسی انجام شد. از آنان خواسته شد که برای فهم بهتر هر گویه و یا جابه جایی کلمات، نظرات و کلمات پیشنهادی خود را بیان کنند. نظرات مشارکت کنندگان در مرحله مصاحبه شناختی در مورد سوالات بررسی شده و در مورد نظرات آنها در تیم تحقیق بحث و تبادل نظر شد. همچنین اصلاحات درخواستی طراحان ابزار نیز به اشتراک گذاشته شد و در مورد آن بحث و تبادل نظر شد و مواردی که نیاز به اصلاح داشت مشخص گردید.

۱-۶ مرحله نهایی سازی (Finalization) (ارزیابی ابزار) مرور نهایی توسط سه نفر از اعضای تیم تحقیق انجام و ایرادات گرامری و مطرح شده، در مرحله مصاحبه شناختی اصلاح شد. پس از اتمام

شود. نمره کل از ۰ تا ۲۰ متغیر است که نمرات بالاتر نشان دهنده دانش مراقبت تسکینی بهتر است.

۱. فاز اول: ترجمه ابزار

در ابتدا، نویسندگان جهت ترجمه و روانسجی ابزار (PCQN) از طریق ایمیل از طراحان ابزار کسب اجازه نمودند. ترجمه ابزار بر اساس الگوی Wild و همکاران صورت گرفت (۳۲). مطابق الگوی مذکور، پس از مرحله انجام مقدمات (Preparation)، در طی شش مرحله، ارزیابی انطباق بین فرهنگی انجام شد: ترجمه رو به جلو، تلفیق و تطبیق ترجمه ها، ترجمه رو به عقب، هماهنگی و بررسی کمیته تخصصی، مصاحبه شناختی و پیش آزمون و ارزیابی ابزار.

۱-۱ در مرحله ترجمه رو به جلو Forward (translation) نسخه اصلی ابزار توسط دو مترجم مسلط به زبان انگلیسی که زبان مادری آنان فارسی است به طور مستقل و هم زمان از زبان انگلیسی به فارسی ترجمه شد.

۱-۲ در مرحله مصالحه (Reconciliation) پانل متخصصان ابزار ترجمه شده را از نظر وضوح، سادگی و رفع تناقض ها مورد ارزیابی قرار دادند و یک نسخه فارسی واحد از این ابزار تهیه نمودند.

۱-۳ در مرحله ترجمه رو به عقب (Backward translation) نسخه ترجمه شده مجدداً توسط دو مترجم مستقل از مترجمان مرحله نخست، به زبان انگلیسی برگردانده شد و در نهایت با کنار هم قرار دادن ترجمه ها ابزار ترجمه شده و تایید شده نهایی وارد گروه متخصصان شد.

۱-۴ در مرحله هماهنگی (Harmonization) بررسی توسط یک کمیته تخصصی متشکل از هفت کارشناس شامل دو پرستار با تجربه در مراقبت های تسکینی، یک پزشک

مراحل ترجمه و بررسی نهایی و تایید ابزار توسط تیم تحقیق مراحل روایی و پایایی نسخه فارسی این ابزار شروع شد.

۲. فاز دوم: روان سنجی ابزار

با توجه به اینکه ممکن است در طی فرآیند ترجمه، روایی و پایایی ابزار تحت تاثیر قرار بگیرد. لذا بعد از ترجمه کلیه مراحل روان سنجی به منظور تایید روایی و پایایی ابزار انجام شد.

۲-۱ روایی صوری؛

جهت انجام روایی صوری به روش کیفی، کلیه ی گویه های ابزار PCQN در اختیار ۱۰ متخصص قرار داده شد (۵ پرستار مراقبت های تسکینی، ۳ پزشک متخصص در مراقبت های تسکینی، ۲ نفر از اعضای هیئت علمی پرستاری)، و از آنان خواسته شد تا سوالات را از نظر تناسب با هدف مطالعه، دشواری و ابهام بررسی کرده (۳۳) و در صورت نیاز به اصلاح جملات و یا کلمات جایگزین را در فرمی که بدین منظور طراحی شده بود بنویسند و بر اساس آن، تغییرات لازم در ابزار مورد نظر اعمال شد.

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

جهت انجام روایی صوری، جهت تعیین روایی محتوایی به شکل کیفی از نظر متخصصان استفاده شد. لذا سوالات در اختیار ده نفر از متخصصان در زمینه مراقبت تسکینی (۲ پزشک متخصص طب تسکینی، ۳ هیئت علمی پرستاری، ۴ پرستار شاغل در بخش مراقبت تسکینی و ۱ پرستار در بخش انکولوژی) قرار داده شد و از آنان خواسته شد دیدگاه های اصلاحی خود را از جهت رعایت دستور زبان، استفاده مناسب از کلمات، ترتیب قرارگیری آیتیم ها و نمره دهی سوالات پرسشنامه به صورت کتبی در فرمی که بدین منظور طراحی شده بود اعلام نمایند (۳۴).

۲-۲ روایی محتوی:

در این مطالعه جهت تعیین روایی محتوایی به شکل کیفی از نظر متخصصان استفاده شد. لذا سوالات در اختیار ده نفر از متخصصان در زمینه مراقبت تسکینی (۲ پزشک متخصص طب تسکینی، ۳ هیئت علمی پرستاری، ۴ پرستار شاغل در بخش مراقبت تسکینی و ۱ پرستار در بخش انکولوژی) قرار داده شد و از آنان خواسته شد دیدگاه های اصلاحی خود را از جهت رعایت دستور زبان، استفاده مناسب از کلمات، ترتیب قرارگیری آیتیم ها و نمره دهی سوالات پرسشنامه به صورت کتبی در فرمی که بدین منظور طراحی شده بود اعلام نمایند (۳۴).

$$CVI = \frac{\text{تعداد متخصصینی که به گویه نمره 3 و 4 داده اند}}{\text{تعداد کل متخصصین}}$$

مقادیر CVI که برابر یا بیشتر از ۰/۷۸ هستند قابل قبول، کمتر از ۰/۷۸ غیر قابل قبول در نظر گرفته شدند، همچنین مقادیر مساوی یا بیشتر از ۰/۹۰ نشان دهنده روایی محتوایی بالا در نظر گرفته شدند (۳۷). در مرحله بعد، بر اساس میانگین نمرات شاخص روایی محتوایی همه عبارات پرسشنامه، متوسط شاخص روایی محتوایی S / CVI Ave پرسشنامه محاسبه گردید. پولیت و بک

جهت انجام روایی صوری به روش کیفی، کلیه ی گویه های ابزار PCQN در اختیار ۱۰ متخصص قرار داده شد (۵ پرستار مراقبت های تسکینی، ۳ پزشک متخصص در مراقبت های تسکینی، ۲ نفر از اعضای هیئت علمی پرستاری)، و از آنان خواسته شد تا سوالات را از نظر تناسب با هدف مطالعه، دشواری و ابهام بررسی کرده (۳۳) و در صورت نیاز به اصلاح جملات و یا کلمات جایگزین را در فرمی که بدین منظور طراحی شده بود بنویسند و بر اساس آن، تغییرات لازم در ابزار مورد نظر اعمال شد.

۲-۲ روایی محتوی:

در این مطالعه جهت تعیین روایی محتوایی به شکل کیفی از نظر متخصصان استفاده شد. لذا سوالات در اختیار ده نفر از متخصصان در زمینه مراقبت تسکینی (۲ پزشک متخصص طب تسکینی، ۳ هیئت علمی پرستاری، ۴ پرستار شاغل در بخش مراقبت تسکینی و ۱ پرستار در بخش انکولوژی) قرار داده شد و از آنان خواسته شد دیدگاه های اصلاحی خود را از جهت رعایت دستور زبان، استفاده مناسب از کلمات، ترتیب قرارگیری آیتیم ها و نمره دهی سوالات پرسشنامه به صورت کتبی در فرمی که بدین منظور طراحی شده بود اعلام نمایند (۳۴).

۲-۲ روایی محتوی:

جهت انجام روایی صوری، جهت تعیین روایی محتوایی به شکل کیفی از نظر متخصصان استفاده شد. لذا سوالات در اختیار ده نفر از متخصصان در زمینه مراقبت تسکینی (۲ پزشک متخصص طب تسکینی، ۳ هیئت علمی پرستاری، ۴ پرستار شاغل در بخش مراقبت تسکینی و ۱ پرستار در بخش انکولوژی) قرار داده شد و از آنان خواسته شد دیدگاه های اصلاحی خود را از جهت رعایت دستور زبان، استفاده مناسب از کلمات، ترتیب قرارگیری آیتیم ها و نمره دهی سوالات پرسشنامه به صورت کتبی در فرمی که بدین منظور طراحی شده بود اعلام نمایند (۳۴).

۲-۲ روایی محتوی:

جهت بررسی روایی محتوایی به شکل کمی از دو شاخص CVR (Content Validity Ratio) و CVI (Validity)

(Beck & Polit) (۲۰۱۶) نمره ۹۰٪ و بالاتر را برای پذیرش S-CVI/Ave توصیه نموده اند (۳۶).

۲-۳ پایایی

به منظور سنجش پایایی نسخه فارسی ابزار PCQN به روش آلفای کرونباخ (Cronbach's alpha) و آزمون KR-20 (Kuder Richardson 20) استفاده شد. در این مطالعه آلفای کرونباخ بیشتر از ۰/۷ مورد پذیرش قرار گرفت (۳۷). آلفای کرونباخ ۰/۷ به عنوان حداقل مقدار قابل قبول تعیین می شود و مقادیر پایین تر نشان دهنده سازگاری داخلی پایین یک ابزار است (۳۴)، اگرچه برخی از نویسندگان معتقدند که در مراحل اولیه تحقیق و در تحقیقات اکتشافی ممکن است مقداری بین ۰/۵ و ۰/۶ باشد. مناسب در نظر گرفته شود (۳۶).

دکتر راس و همکاران، پایایی نسخه اصلی PCQN را از طریق (KR-20) برآورد کردند (۲۸). فرمول KR-20 برای موارد دوگانه (۱ = درست؛ ۰ = اشتباه / نمی دانم) در آزمون های دانش مناسب است. ضرایب پایایی ۰/۵۰ > قابل قبول در نظر گرفته شد.

تجزیه و تحلیل با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه 21 انجام شد. داده ها با استفاده از آمار توصیفی، محاسبه آلفای کرونباخ و فرمول کودر ریچاردسون ۲۰ (KR-20) محاسبه شد. شاخص های تمایز آیتیم محاسبه شد. ضریب دشواری ضریب تمیز طبق فرمول های زیر محاسبه شد.

$$\text{ضریب دشواری} = \frac{\text{انتخابهای درست گروه پایین} + \text{انتخابهای درست گروه بالا}}{\text{تعداد افراد گروه بالا} + \text{تعداد افراد گروه پایین}}$$

$$d = \frac{\text{انتخابهای درست گروه پایین} - \text{انتخابهای درست گروه بالا}}{\text{تعداد افراد یک گروه (بالا یا پایین)}} \text{ (ضریب تمیز)}$$

نمره شاخص دشواری از ۰/۲۰ تا ۰/۸۰ نشان می دهد که تعداد قابل قبولی از افراد می توانند به این آیتیم پاسخ صحیح دهند. ضریب دشواری کمتر از ۰/۲۰ و بیشتر از ۰/۸۰ به ترتیب نشان می دهند که آیتیم بسیار دشوار و بسیار آسان است. از ضریب تمیز برای تعیین کیفیت خوب (ضریب تمیز < ۰/۳۰) یا بی کیفیت (ضریب تمیز > ۰/۱۰) یا مقدار منفی) استفاده می شود.

یافته ها

در این پژوهش ۱۶۲ پرستار شرکت داشتند. میانگین سنی شرکت کنندگان ۹/۷۶ ± ۴۱/۵۴ سال بود. ۹۴ نفر زن (۵۸/۰۲٪) و ۶۸ نفر مرد (۴۱/۹۷٪) بودند. میانگین سابقه کار پرستاران ۴/۷۹ ± ۱۴/۵۸ بود. ۲۶/۷ درصد (۴۰ نفر) تجربه مرتبط با ارائه مراقبت های تسکینی در بیمارستان ها را داشتند. ۸۹ نفر (۵۹/۳۳٪) شرکت کنندگان تجربه مراقبت از بیماران صعب العلاج را داشتند. تعداد زیادی (۶۲/۳۴٪) از شرکت کنندگان در این مطالعه ذکر کردند که آموزش رسمی در مورد مراقبت تسکینی دریافت نکرده اند و (۷۸/۵۵٪) نیاز به آموزش در این زمینه اشاره کرده اند. ویژگی های جمعیت مورد مطالعه، دموگرافیک و اطلاعات مربوط به آموزش و تجربه آنها در مراقبت تسکینی را نشان می دهد (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی برخی از مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در پژوهش

متغیر	تعداد (درصد)	میانگین (انحراف معیار)
سن	سال	۴۱/۵۴ ± ۹/۷۶

جنس	زن	۹۴ (۵۸/۰۲)
	مرد	۶۸ (۴۱/۹۷)
وضعیت استخدام	طرحی و قراردادی	۳۷ (۲۲/۸۳)
	پیمانی، رسمی	۱۲۵ (۷۷/۱۶)
تحصیلات	کارشناسی	۱۰۶ (۶۷/۴۳)
	کارشناسی ارشد	۵۲ (۳۲/۰۹)
	دکتر	۴ (۲/۴۶)
آموزش مراقبت های تسکینی	بله	۶۱ (۳۷/۶۵)
	خیر	۱۰۱ (۶۲/۳۴)
میانگین تجربه در مراقبت های تسکینی	سال	۴/۰۴ ± ۳/۸۳
میانگین سابقه کار	سال	۱۴/۵۸ ± ۹/۷۹
آموزش مراقبت های تسکینی	آموزش دانشگاهی	۲۸ (۱۹/۱۳)
	آموزش مداوم	۶۸ (۴۱/۹۷)
	دانشگاه + آموزش مداوم	۶۳ (۳۸/۸۸)
	سایر	۲۳ (۱۴/۱۹)

د شوار هستند (شاخص سختی از ۰/۲۱ تا ۰/۴۰)، موردی بسیار دشوار گزارش نشد. محاسبه شاخص های تمایز نشان می دهد آیت های ۳، ۷ و ۸ و ۱۱ را می توان به عنوان بسیار خوب (شاخص های بالاتر از ۰/۴۰)، خوب (شاخص های بین ۰/۳ تا ۰/۳۹)، آیت های ۱۳، ۱۵، ۱۴ و ۹، منصفانه (بین ۰/۲ و ۰/۲۹) موارد ۱۶، ۱۹، ۱، ۲) یا بد (شاخص های تبعیض کمتر یا منفی) هستند که باید در بازنگری ابزار مورد توجه قرار گیرند

در صد پاسخ های درست و غلط و شاخص دشواری و تمایز برای هر مورد، بر اساس میزان پاسخ های درست و غلط محاسبه شده در جدول ۴ آمده است. درصد پاسخ های درست و غلط و شاخص دشواری و تمایز برای هر مورد، محاسبه شده است. تجزیه و تحلیل شاخص دشواری نشان می دهد که موارد ۸ و ۱۱ را می توان آسان (شاخص دشواری از ۰/۶۱ تا ۰/۸۰) یا ۱۸، ۴، ۱ بسیار آسان (بیش از ۰/۸۰) در نظر گرفت، در حالی که موارد ۶، ۱۷، ۱۹، ۹ و ۵ دشوار هستند (شاخص سختی از ۰/۲۱ تا ۰/۴۰) یا بسیار

جدول ۴. درصد پاسخ های درست و غلط و شاخص های سختی و تمایز هر مورد

شماره آیت	آیت	پاسخ درست	پاسخ نادرست	ضریب دشواری	ضریب تمیز
۱	مراقبت تسکینی تنها در شرایطی مناسب است که شواهدی از وخامت شرایط وجود داشته باشد.	۱۳۱ (۸۰/۸۶)	۲۱ (۱۲/۹۶)	۰/۸۵	۰/۲۶
۲	داروی مورفین معیار استاندارد برای مقایسه اثر ضد دردی سایر مواد افیونی می باشد.	۱۰۷ (۶۷/۲۹)	۴۱ (۲۵/۳۰)	۰/۵۲	۰/۲۸
۳	وسعت بیماری تعیین کننده ی روش درمان درد می باشد.	۸۸ (۵۴/۳۲)	۶۲ (۳۸/۲۷)	۰/۵۴	۰/۷۴
۴	درمان های کمکی / درمان مکمل در مدیریت درد مهم هستند.	۱۲۴ (۷۶/۵۴)	۱۱ (۶/۷۹)	۰/۹۴	۰/۰۹

۰/۰۲	۰/۲۳	(۸۵/۸۰)۱۳۹	۸ (۵)	برای اعضای خانواده بسیار مهم است که تا زمانی که مرگ رخ میدهد بر بالین بمانند.
۰/۰۳	۰/۳۸	(۴۴/۴۴)۷۲	(۳۰/۸۶)۵۰	طی روزهای آخر زندگی، خواب آلودگی همراه با عدم تعادل الکترولیت ممکن است نیاز به مصرف آرام بخش را کاهش دهد.
۰/۶۰	۰/۵۸	(۴۱/۸۷)۶۷	(۵۴/۹۳)۸۹	اعتیاد به مواد مخدر زمانی تبدیل به یک مشکل اساسی می شود که از مورفین برای طولانی مدت جهت مدیریت درد استفاده شود.
۰/۴۰	۰/۷۹	۱۶(۸۷/۶۵)	(۷۹/۰۱)۱۲۸	افرادی که از مواد افیونی استفاده می کنند نیز باید رژیم روده ای (رژیم پرفیبر) را دنبال کنند.
۰/۳۲	۰/۳۹	(۳۵/۸۰)۵۸	(۵۵/۵۵)۹۰	ارائه مراقبت های تسکینی نیازمند جدایی عاطفی است.
۰/۱۹	۰/۵۹	(۲۷/۷۷)۴۵	(۷۰/۹۸)۱۱۵	در مراحل پایانی یک بیماری، داروهایی که می توانند باعث سرکوب سیستم تنفسی شوند، برای درمان اختلال تنفسی شدید مناسب هستند.
۰/۵۲	۰/۶۱	(۲۱/۶۰)۳۵	(۴۸/۱۴)۷۸	مردان به طور معمول زودتر از زنان خود را با غم و اندوه وقف می دهند.
۰/۰۴	۰/۵۸	(۲۹/۶۲)۴۸	(۴۶/۲۹)۷۵	فلسفه مراقبت تسکینی با درمان تهاجمی سازگاری دارد.
۰/۳۱	۰/۵۰	(۴۲/۵۹)۶۹	(۵۰)۸۱	استفاده از دارونما در درمان برخی از انواع دردها مناسب است.
۰/۳۸	۰/۴۱	(۲۰/۳۷)۳۳	(۳۲/۰۹)۵۲	کدئین با دوز بالا بیشتر از مورفین باعث تهوع و استفراغ می شود.
۰/۳۶	۰/۵۵	(۲۰/۹۸)۳۴	(۶۹/۷۵)۱۱۳	رنج و درد فیزیکی یکسان هستند. (رنج همان درد فیزیکی است)
۰/۲۹	۰/۴۸	(۲۹/۶۲)۴۸	(۵۴/۳۲)۸۸	دمرول (پتیدین) مسکن موثری برای کنترل دردهای مزمن نیست.
۰/۵۸	۰/۳۲	(۶۲/۹۶)۱۰۲	(۳۲/۵)۵۲	انباشت ضرر و زیان، فرسودگی شغلی را برای کسانی که در حیطه مراقبت های تسکینی کار می کنند اجتناب ناپذیر می کند.
۰/۰۶	۰/۸۱	(۱۴/۸۱)۲۴	(۸۵/۱۸)۱۳۸	نشانه های بالینی درد مزمن با درد حاد متفاوت است.
۰/۲۲	۰/۲۸	(۶۷/۹۰)۱۱۰	(۲۵/۳۰)۴۱	از دست دادن یک رابطه دور آسان تر از دست دادن یک رابطه نزدیک یا صمیمی است.
۰/۲۹	۰/۵۴	(۴۴/۴۴)۷۲	(۵۴/۳۲)۸۸	آستانه درد با خستگی یا اضطراب کاهش می یابد.

انطباق فرهنگی

شناسایی و به نتیجه رسیدن آیت‌هایی که برای بهبود معنایی، اصطلاحی، تجربی و ادراکی بازنگری شدند، شامل موارد زیر می باشند؛

مورد ۴. «درمان های کمکی برای مدیریت درد مهم هستند». این گویه برای پرستاران یک اصطلاح ناآشنا بود، که طبق

فرآیند سازگاری بین فرهنگی به طور سیستماتیک انجام شد. در طی فرآیند ترجمه ابزار به فارسی و برگردان آن به انگلیسی ابزار (PCQN)، در ۳ مورد (۴،۸،۱۶) اختلاف نظر وجود داشت، که با مشورت کمیته تخصصی کلمات دشوار

این ترتیب همه گویه های پرسشنامه مورد پذیرش قرار گرفتند.

پایایی

در بخش سنجش همسانی درونی کل ابزار، ضریب آلفای کرونباخ $0/76$ به دست آمد. با توجه به اینکه ضریب مذکور از $0/7$ بالاتر می باشد. می توان بیان نمود که این ابزار از همسانی درونی مطلوبی برخوردار می باشد. ثبات بین سؤالات با فرمول KR-20 برابر $0/72$ به دست آمد، که نشان از تائید پایایی پرسشنامه بود.

بحث

این مطالعه به ترجمه و روانسنجی ابزار PCQN در سنجش دانش مراقبت تسکینی پرستاران در ایران اختصاص داشت و مشخص گردید که نسخه فارسی ابزار، قادر به ارزیابی دانش مراقبت های تسکینی بوده و از روایی و پایایی مطلوب در جمعیت هدف برخوردار است. دلایل استفاده از PCQN-PV به عنوان ابزاری برای اندازه گیری دانش پرستاران در مراقبت تسکینی عبارتند از: کوتاه بودن ابزار، خود گزارشی، در نظر گرفتن جنبه های مختلف مراقبت تسکینی و ترجمه به چندین زبان و نسخه های مختلف آنها سطوح روایی داخلی مناسبی را نشان داده اند که برای اندازه گیری سطح دانش پرستاران در مورد مراقبت تسکینی در کشورهای مختلف مفید بوده است. یک ابزار معتبر و قابل اعتماد برای در بین ارائه دهندگان در فاز ترجمه ابزار، سعی شد تا با استفاده از یک الگوی نگارش ترجمه اصولی و مطلوب، حداکثر تشابه معنایی و فنی عبارات حفظ گردد، چرا که در صورت وجود برابری های معنایی، اصطلاحی، تجربی و ادراکی در فرآیند ترجمه، میتوان ادعا نمود که ابزار منطبق با اصول تطابق فرهنگی و با هدف درک درست و آسان گویه ها ترجمه شده است.

برخی از موارد (۴،۸،۱۶) در طول فرآیند انطباق بین فرهنگی برای بهبود هم ارزی معنایی، اصطلاحی، تجربی و

مشاوره با کمیته تخصصی، واژه «درمان های مکمل» به صورت «درمان های کمکی/درمان های مکمل» اصلاح شد.

مورد ۸. «افراد تحت درمان با اوپیوم ها باید از رژیم روده ای پیروی کنند». رژیم روده ای با رژیم غذایی پرفیبر جایگزین شد.

مورد ۱۶. «دمرول مسکن موثری در کنترل درد مزمن نیست». با توجه به اینکه دمرول در ایران با نام پتیدین توزیع می شود در نسخه فارسی از پتیدین استفاده شد، بنابراین، مراقبین بهداشتی به راحتی می توانند نام دارو را تشخیص دهند.

مابقی موارد ساده بودند و هیچ تغییر عمده ای ایجاد نشد. بنابراین، فرآیند انطباق بین فرهنگی نهایی شد و در نتیجه در مجموع ۲۰ مورد در PCQN-PV حفظ شد.

روایی صوری:

در بخش سنجش روایی صوری کیفی، طبق نظر ۱۰ پرستار مشارکت کننده، که سؤالات ابزار را از نظر تناسب با هدف مطالعه و دشواری و ابهام بررسی نمودند، در مورد اکثر سؤالات اختلاف نظری بین ایشان وجود نداشت. لذا در این مرحله تغییری در ابزار اعمال نشد.

روایی محتوی:

در بخش سنجش روایی محتوایی کیفی، تغییری در پیش نویس نسخه فارسی ابزار PCQN ایجاد نشد. در بخش سنجش روایی محتوایی کمی، روایی محتوایی کلیه گویه های ابزار بین $0/83$ یعنی بالاتر از عدد مندرج در جدول Lawshe برای (۱۰ متخ صص، $0/62$) بود. CVI محاسبه شده برای تک تک گویه ها در محدوده $0/87$ قرار داشت که نشان دهنده روایی محتوای مناسب ابزار برای سنجش ابزار PCQN می باشد. همچنین $S-CVI/Ave$ $0/95$ به دست آمد، که نشان دهنده روایی محتوای عالی است. به

به روابط خویشاوندی ایران باشد که با کشورهای غربی کاملاً متفاوت است. روابط و احساسات در بین خانواده های ایرانی به حدی است که در صورت اطلاع از نزدیک شدن به مرگ، علاوه بر بیمار، اعضای خانواده نیز به شدت متضرر می شوند (۲۳).

گویه‌هایی که دارای ضریب تمیز بسیار پایینی هستند، با مقایسه با نسخه های دیگر از پرسشنامه حذف نشدند و چون این ضرایب نیز می‌تواند بسته به ویژگی‌های کسانی که به پرسشنامه پاسخ می‌دهند متفاوت باشد. بنابراین با تجزیه و تحلیل شاخص‌های تمیز در جمعیت‌های مختلف می‌توان فهمید که کدام آیت‌ها بین متخصصان و غیرمتخصصان در حوزه مراقبت تسکینی بیشترین تمایز را دارند.

نتایج سنجش روایی محتوایی کیفی نشان داد که گویه‌ها از نظر قابل فهم بودن، دستور زبان، ادبیات، نمره دهی، وضوح سادگی مورد تأیید متخصصان مربوطه است. همچنین با توجه به مطلوب بودن مقادیر به دست آمده از محاسبه نسبت روایی محتوایی می‌توان ادعا نمود که نسخه فارسی ابزار از معیارهای لازم برای احراز روایی محتوایی برخوردار است. عدم تغییر ابزار در روایی صوری کیفی، مؤید مناسب بودن گویه‌های نسخه فارسی ابزار از دید متخصصان و مراقبان است. در مطالعه ما، روایی شبیه به نسخه کره ای، که ۰/۸۵ بود به دست آمد (۳۸). در مطالعه ایرانمنش و همکاران (۲۰۱۴) ده نفر از کارشناسان آن را ارزیابی کرده و آن را کافی دانسته‌اند، اما نه محاسبه CVI و نه مقدار آن مشخص نشده است (۲۳). در این مطالعه مقدار KR-20، ۰/۷۲، به دست آمد که بالاتر از نسخه فرانسوی (۲۴) و اسپانیایی (۱۷) آن با مقدار KR-20 ۰/۶۰ است. در نسخه اندونزیایی (۱۸) مقدار KR-20، ۰/۷۱، گزارش شده که با مشابه مطالعه حاضر می‌باشد (۱۸). ضریب آلفای کرونباخ جهت سنجش همسانی درونی ابزار، ۰/۷۶٪ به دست آمد که نزدیک به پرسشنامه اصلی انگلیسی (۰/۷۸) بود (۲۲). مطالعه ایرانمنش در سه بیمارستان، نیز شاخص کرونباخ

مفهومی مورد بازنگری و تجدید نظر قرار گرفتند و توسط کمیته تخصصی موارد اصلاح یا با واژه‌های آشنا به زبان فارسی جایگزین شد.

کمترین پاسخ‌های صحیح مربوط به مورد ۵: «برای اعضای خانواده بسیار مهم است که تا زمان مرگ بر بالین بمانند» (نادرست) بود، که اکثر شرکت‌کنندگان پاسخ درستی به این گزینه نداده بودند. با این وجود تیم تخصصی این مورد را یکی از مفاهیم مهم در مراقبت تسکینی می‌دانستند، به اعتقاد کارشناسان، تصور اشتباه مربوط به مورد ۵ ممکن است تحت تأثیر فرهنگ باشد. در فرهنگ ایرانی، خانواده نقش مهمی در فعالیت‌های مربوط به نیازهای روزمره زندگی، جسمی، روحی، اجتماعی، روانی و مالی بیماران در طول بستری دارد. مراقبت از بیماران لاعلاج به عنوان یک وظیفه خانواده در نظر گرفته می‌شود و همه اعضای خانواده در مراقبت شرکت می‌کنند. علاوه بر این، خانواده بیمار، نقش مهمی در تصمیم‌گیری برای درمان بیمار صعب‌العلاج دارد، به همین دلیل، تقریباً به خانواده اجازه می‌دهند ۲۴ ساعت شبانه‌روز در بالین بیماران باشند. با توجه به این هنجار فرهنگی، شرکت‌کنندگان ممکن است احساس کنند که حضور خانواده بر بالین تا زمان مرگ بیمار مهم است. در حالی که در نسخه اصلی PCQN نشان داد که ماندن در کنار تخت تا زمان مرگ می‌تواند برای اعضای خانواده خسته‌کننده باشد [۲۲]. در نسخه اسپانیایی [۱۷] و کره ای [۳۸] نیز در صد زیادی از پاسخ‌های نادرست مربوط به این مورد بود که یادآور موانع فرهنگی در درک نقش مهم اعضای خانواده داغدار است. لذا برای پرستاران که تحت تأثیر واقعیت اجتماعی-فرهنگی خود هستند، پاسخگویی حرفه‌ای و غیرعاطفی به این سؤال بسیار دشوار است.

درک مطلب مورد ۱۹ «از دست دادن بستگان دور، به مراتب راحت‌تر از فقدان یک عزیز یا فرد نزدیک است» (نادرست) نیز برای پرستاران دشوار بود و تعداد کمی به این مورد پاسخ درست داده بودند. در مطالعه ایرانمنش نیز به این نکته اشاره شده بود که تصورات اشتباه می‌تواند مربوط

انجام شده در طول فرآیند انطباق بین فرهنگی، توافق بر سر هر گونه اختلاف یافت شده در PCQN-PV حاصل شد. تجزیه و تحلیل شاخص دشواری نشان می دهد که موارد ۸ و ۱۱ را می توان آسان (شاخص دشواری از ۰/۶۱ تا ۰/۸۰) یا ۱۸، ۴، ۱ بسیار آسان (بیش از ۰/۸۰) در نظر گرفت، در حالی که موارد ۶، ۱۷، ۱۹، ۹ و ۵ دشوار هستند (شاخص سختی از ۰/۲۱ تا ۰/۴۰) یا بسیار دشوار هستند (شاخص سختی از ۰/۲۱ تا ۰/۴۰)، موردی بسیار دشوار گزارش نشد. محاسبه شاخص های تمایز نشان می دهد آیتم های ۳، ۷، ۸ و ۱۱ را می توان به عنوان بسیار خوب (شاخص های بالاتر از ۰/۴۰)، خوب (شاخص های بین ۰/۳ تا ۰/۳۹)، آیتم های ۱۳، ۱۵، ۱۴ و ۹)، منصفانه (بین ۰/۲ و ۰/۲۹)، موارد ۱۶، ۱۹، ۱، ۲) یا بد (شاخص های تبعیض کمتر یا منفی) هستند که باید در بازنگری ابزار مورد توجه قرار گیرند. با این حال، طبق نظر تیم متخصصان تمامی آیتم ها حفظ شدند.

یکی از محدودیتهای این مطالعه این بود که برای تجزیه و تحلیل روایی و پایایی PCQN-PV، فقط در یک جمعیت محدود پرستاران انجام شد، بنابراین نیاز به مطالعه بیشتر که در آن جمعیت های بزرگتر با ویژگی های متفاوت را می توان مشاهده کرد، که امکان تجزیه و تحلیل پایایی پرسشنامه را در زمینه های مختلف ارزیابی کند، می باشد.

نتیجه گیری

یافته های این مطالعه از نسخه فارسی ابزار آزمون مراقبت تسکینی برای پرستاران به عنوان یک ابزار روا و پایا در جهت شناسایی دانش پایه پرستاران از مراقبت تسکینی در محیط های مختلف بالینی و آموزشی حمایت می کند. نتایج این مطالعه می تواند راهنمایی برای برنامه ریزی محتوای کلاس های مراقبت تسکینی در آینده باشد و باعث تقویت برنامه های آموزش رسمی پرستاری با تاکید بر مسائل اخلاقی، اعتقادات معنوی و مذهبی و مرگ شود. همچنین این ابزار بر آموزش بین حرفه ای تاکید می کند،

۰/۷۸ را نشان داد (۲۳). در نسخه کره ای (۳۸) و نسخه فرانسوی (۲۴)، شاخص کرونباخ به ترتیب ۰/۶۵ و ۰/۶۰ بود که پایین تر از مطالعه حاضر بود. البته نباید فراموش کرد که تجزیه و تحلیل ضریب پایایی باید برای هر جامعه ای که از پرسشنامه استفاده می شود انجام شود و این جمعیت ها ممکن است همیشه با توجه به ویژگی های تعیین کننده آنها قابل مقایسه نباشند.

مطالعه ایرانمنش و همکاران نشان داد که میانگین نمره آگاهی پرستاران بخش مراقبت های ویژه و انکولوژی در جنوب شرق ایران پاسخ دهندگان از مراقبت تسکینی ۷/۵۹ (SD: ۲/۲۸) بود. در این مطالعه اشاره شده است که سطح پایین آگاهی پرستاران از مراقبت های تسکینی می تواند مربوط به کمبود واحدهای مراقبت تسکینی در ایران باشد.

در نسخه اسپانیایی (۱۷) و اندونزیایی (۱۸) PCQN و در مطالعه ای که در کانادا با پرستارانی که در مراکز مراقبت از سالمندان کار می کردند (۳۹)، به دلیل استفاده نشدن و عدم شناخت دمرول، مورد ۱۶ دمرول را با مورفین جایگزین کردند. در مطالعه حاضر نیز با توجه به اینکه دمرول در ایران با نام پتیدین توزیع می شود، دمرول با پتیدین جایگزین شد، تا پرستاران به راحتی بتوانند نام دارو را تشخیص دهند.

نتایج ارائه شده حاکی از آن است که PCQN-PVV ابزاری معتبر برای اندازه گیری سطح دانش پایه در حرفه پرستاری در زمینه مراقبت های تسکینی است. با این حال، اصلاحاتی در برخی از اظهارات این نسخه فارسی برای بهبود این ابزار برای حفظ آن در راستای دانش و عملکرد بالینی جاری پیشنهاد می شود.

S-CVIs/Ave PCQN-PV ۰/۹۵٪ بود. این مقدار بالاتر از نسخه های کره ای $S-CVI = ۰/۸۵$ [۳۸] و نسخه های اسپانیایی [۱۷] $S-CVI = ۰/۸۳$ بود. امتیاز بالای S-CVIs/Ave نشان می دهد که به دلیل برخی بازنگری های

پژوهش های زیست پزشکی با شماره
IR.MUMS.NURSE.REC.1401.078 مصوب
معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد است.

تضاد منافع

پژوهشگران اعلام می دارند، هیچگونه تضاد منافی وجود
نداشته است.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم میدانند تا از طراحان نسخه اصلی
ابزار، کلیه مسئولین و پرستاران محترم شرکت کننده در
مطالعه تقدیر و تشکر به عمل آورند.

مسئله ای 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.

حمایت مالی

این طرح با حمایت مالی معاونت پژوهشی و فناوری دانشگاه
علوم پزشکی مشهد انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله حاصل طرح پژوهشی با شماره رهگیری
۴۰۱۰۳۸۰ و شناسه اخلاق از کمیته اخلاق در

مراجع

- [1] Batiste XG, Connor SR. Building integrated palliative care programs and services: Càtedra de Cures Pal·liatives; 2017.
- [2] Pessini L, Bertachini L. Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. Acta bioethica. 2006;12(2):231-42.
- [3] Bruera E. Palliative care and supportive care. Textbook of Palliative Medicine and Supportive Care: CRC Press; 2021. p. 33-8.
- [4] Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Kwete XJ, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. The Lancet. 2018;391(10128):1391-454.
- [5] Graham F, Clark D. WHO definition of palliative care. Medicine. 2008;2(36):64-6.
- [6] Ryan S, Wong J, Chow R, Zimmermann C. Evolving definitions of palliative care: upstream migration or confusion? Current treatment options in oncology. 2020;21:1-17.
- [7] Clelland D, van Steijn D, Whitelaw S, Connor S, Centeno C, Clark D. Palliative Care in Public Policy: results from a global survey. Palliative Medicine Reports. 2020;1(1):183-90.
- [8] Tomomatsu H, Takenaka M, Ito M, Niimi K, Asano K. Palliative Care Intervention for End-of-life Patients with Non-cancerous Respiratory Diseases. The Tokai Journal of Experimental and Clinical Medicine. 2022;47(4):189-93.
- [9] Silva TCd, Nietzsche EA, Cogo SB. Palliative care in Primary Health Care: an integrative literature review. Revista Brasileira de Enfermagem. 2021;75.
- [10] Chang H-J, Hsu L-L, Hsieh S-I, Chu T-L, Yu W-P. Development of a needs scale for nurses receiving in-service palliative care education. Cancer nursing. 2016;39(3):E22-E31.
- [11] Fliedner M, Halfens RJ, King CR, Eychmueller S, Lohrmann C, Schols JM. Roles and responsibilities of nurses in advance care planning in palliative care in the acute care setting: A scoping review. Journal of Hospice & Palliative Nursing. 2021;23(1):59-68.

- [12] Walshe C, Luker KA. District nurses' role in palliative care provision: a realist review. *International journal of nursing studies*. 2010;47(9):1167-83.
- [13] Ansari M, Rassouli M, Akbari ME, Abbaszadeh A, Akbarisari A. Palliative care policy analysis in Iran: A conceptual model. *Indian Journal of Palliative Care*. 2018;24(1):51.
- [14] Clark D, Baur N, Clelland D, Garralda E, López-Fidalgo J, Connor S, et al. Mapping levels of palliative care development in 198 countries: the situation in 2017. *Journal of pain and symptom management*. 2020;59(4):794-807. e4.
- [15] Majdabadi¹ FH, Ashktorab T, Ilkhani M. Psychometric Parameters of the Persian Version of Needs Scale for Nurses Receiving In-Service Palliative Care Education. *Journal of Nursing Education (JNE)*. 2023;12(1):74-87.
- [16] Wilson O, Avalos G, Dowling M. Knowledge of palliative care and attitudes towards nursing the dying patient. *British Journal of Nursing*. 2016;25(11):600-5.
- [17] 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.
- [18] Hertanti NS, Wicaksana AL, Effendy C, Kao C-Y. Palliative care quiz for Nurses-Indonesian Version (PCQN-I): A cross-cultural adaptation, validity, and reliability study. *Indian Journal of Palliative Care*. 2021;27(1):35.
- [19] 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.
- [20] Harden K, Price D, Duffy E, Galunas L, Rodgers C. Palliative Care: Improving nursing knowledge, attitudes, and behaviors. *Clinical journal of oncology nursing*. 2017;21(5).
- [21] 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.
- [22] 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.
- [23] Iranmanesh S, Razban F, Tirgari B, Zahra G. Nurses' knowledge about palliative care in Southeast Iran. *Palliative & supportive care*. 2014;12(3):203-10.
- [24] Carroll G, Brisson DPH, Ross MM, Labbé R. The French version of the palliative care quiz for nursing (PCQN-F): development and evaluation. *Journal of palliative care*. 2005;21(1):27-34.
- [25] Abudari G, Zahreddine H, Hazeim H, Assi MA, Emara S. Knowledge of and attitudes towards palliative care among multinational nurses in Saudi Arabia. *International journal of palliative nursing*. 2014;20(9):435-41.
- [26] Hughes PM, Parker C, Payne S, Ingleton MC, Noble B. Evaluating an education programme in general palliative care for community nurses. *International journal of palliative nursing*. 2006;12(3):123-31.
- [27] A Knapp C, Madden V, Wang H, Kassing K, Curtis C, Sloyer P, et al. Paediatric nurses' knowledge of palliative care in Florida: a quantitative study. *International journal of palliative nursing*. 2009;15(9):432-9.
- [28] Brazil K, Kaasalainen S, McAiney C, Brink P, Kelly ML. Knowledge and perceived competence among nurses caring for the dying in long-term care homes. *International journal of palliative nursing*. 2012;18(2):77-83.
- [29] Raudonis BM, Kyba FC, Kinsey TA. Long-term care nurses' knowledge of end-of-life care. *Geriatric Nursing*. 2002;23(6):296-301.
- [30] Aghaei M, Mohajjel Aghdam A, Bodaghi S, Azami Agdash S. Knowledge and attitude of nurses toward caring for end of life patients. *Iran Journal of Nursing*. 2017;30(107):74-82.
- [31] Cheraghi MA, Payne S, Salsali M. Spiritual aspects of end-of-life care for Muslim patients: experiences from Iran. *International journal of palliative nursing*. 2005;11(9):468-74.
- [32] Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation. *Value in health*. 2005;8(2):94-104.
- [33] Almanasreh E, Moles R, Chen TF. Evaluation of methods used for estimating content validity. *Research in social and administrative pharmacy*. 2019;15(2):214-21.

- [34] Ebadi A, Zarshenas L, Rakhshan M, Zareiyan A, Sharifnia S, Mojahedi M. Fundamentals of scale validation in health sciences. Tehran, Iran: Jame'e Negar. 2016.
- [35] Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Personnel psychology*. 1975;28(4):563-75.
- [36] Polit DF, Yang FM. *Measurement and the measurement of change: a primer for the health professions*: Wolters Kluwer Philadelphia; 2016.
- [37] 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.
- [38] Kim HS, Kim BH, Yu SJ, Kim S, Park SH, Choi S, et al. The effect of an end-of-life nursing education consortium course on nurses' knowledge of hospice and palliative care in Korea. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2011;13(4):222-9.
- [39] 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.