ORIGINAL ARTICLE

Effect of Education Based on Nursing Model of Dynamism and Continuous Improvement in Seeking Assurance and Getting Approve on Nurses' Knowledge, Attitude and Practice about Their Role in Organ Donation Process

Zahrasadat Manzari[1],
Seyedeh Toktam Masoumian Hoseini[2],
Hossein Karimi Moonaghi[3],
Hamidreza Behnam Vashani[4]

[1] Assistant Professor, Department of Medical Surgical, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
[2] MSc Student in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
[3] Associate Professor, Department of Medical Surgical, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
[4] Lecture, Department of Pediatrics, School of Nursing and Midwifery , Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

(Received October 8, 2014 ; Accepted November 26, 2014)

Abstract

Background and purpose: The success of organ donation process is closely related to the knowledge, attitude and practice of nurses toward this issue. Therefore, the nurses involved with this process should be aware of their roles. This study was conducted to determine the effect of training program based on nursing model of dynamism and continuous improvement in seeking assurance and getting approve on nurse's knowledge, attitude and practice about their role in organ donation process

Materials and methods: In this experimental study, Ghaem and Imam Reza Hospitals in Mashhad were assigned into either experimental or control groups. Then through stratified random sampling allocation, 60 ICU Nurse's (n=30 per group) were selected. In intervention group training program was conducted in two stages based on the model and in the control group traditional training program on organ donation process was performed. Each stage continued for 3 hours with a one week interval. Both groups completed a researcher made questionnaire assessing nurse's knowledge, attitude and practice toward nurses role in organ donation process before and one month after the intervention. Data Analysis was done using t-test, Paired test and Chi-Square in SPSS V.11.5.

Results: There was no significant difference in nurse's knowledge (P=0.36), attitude (P=0.27), and practice (P=0.59) between the two groups before the intervention but significant differences were seen in both groups after the intervention (knowledge P<0.001, attitude P<0.00, and practice P<0.001).

Conclusion: The results showed that training program based on proposed model was found to be more effective in increasing the nurses' level of knowledge, attitude and practice in organ donation process. Nursing model of dynamism and continuous improvement in seeking assurance and getting approve could be applied in nursing education to enhance the level of training provided for nurses involved in organ donation process.

Keywords: Knowledge, attitude, practice, nursing model of dynamism and continuous improvement in seeking assurance and getting approve

J Mazandaran Univ Med Sci 2014; 24(119): 141-153 (Persian).

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و چهارم شماره ۱۱۹ آذر سال ۱۳۹۳ (۱۴۱-۱۵۳)

تاثیر آموزش مبتنی بر مدل پرستاری پویایی و بهبود مستمر اطمینان‌یابی و تأییدپذیری بر دانش، نگرش و عملکرد پرستاران در زمینه نقش پرستاران درفرآیند اهدای عضو

زهراسادات منظری[۱]
سیده تکتم معصومیان حسینی[۲]
حسین کریمی مونقی[۳]
حمیدرضا بهنام وشانی[۴]

چکیده

سابقه و هدف: موفقیت فرآیند اهدای عضو ارتباط نزدیکی با میزان آگاهی، نگرش و عملکرد پرستاران نسبت به فرآیند اهدای عضو دارد لذا باید پرستارانی را که با این پدیده سروکار دارند با نقش‌های خود در این فرآیند آشنا ساخت. این مطالعه با هدف تعیین تاثیر برنامه آموزشی مبتنی بر مدل پرستاری پویایی و بهبود مستمر اطمینان‌یابی و تاییدپذیری بر دانش، نگرش و عملکرد پرستاران در زمینه نقش پرستاران در فرآیند اهدای عضو انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه تجربی، بیمارستان‌های قائم (عج) و امام رضا (ع) شهر مشهد به صورت تصادفی در یکی از گروه‌های آزمون و کنترل قرارداده شدند. سپس به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای ۶۰ پرستار آی‌سی‌یو (۳۰ نفر در هرگروه) انتخاب شدند. در گروه مداخله برنامه آموزشی مبتنی بر سازه‌های مدل پویایی و بهبود مستمر اطمینان‌یابی و تاییدپذیری و برای گروه کنترل برنامه آموزشی رایج در زمینه فرآیند اهدای عضو اجرا شد. هر دو گروه قبل و ۱ماه بعد از مداخله پرسشنامه دانش، نگرش و عملکرد پرستاران در رابطه با نقش پرستار در فرآیند اهدای عضو را تکمیل نمودند.

یافته‌ها: قبل از مداخله میانگین نمره دانش (p=۰/۳۶)، نگرش (p=۰/۲۷) و عملکرد (p=۰/۵۹) پرستاران در دو گروه اختلاف آماری معنی داری نداشت؛ اما پس از اجرای مداخله در میانگین نمره دانش (p<۰/۰۰۱)، نگرش (p<۰/۰۰۱) و عملکرد (p<۰/۰۰۱) پرستاران در گروه مداخله با گروه کنترل اختلاف آماری معنی داری مشاهده شد.

استنتاج: نتایج نشان داد که برگزاری برنامه آموزشی مبتنی بر مدل پویایی و بهبود مستمر اطمینان‌یابی نسبت به برنامه آموزشی رایج در زمینه افزایش دانش، نگرش و عملکرد پرستاران در رابطه با نقش پرستاران در فرآیند اهدای‌عضو موثرتر است. لذا پیشنهاد می‌شود به منظور آموزش پرستاران و آگاه نمودن آن‌ها از نقش‌های مهم پرستار در فرآیند اهدای عضو از مدل پرستاری پویایی و بهبود مستمر اطمینان‌یابی استفاده شود.

واژه های کلیدی: دانش، نگرش، عملکرد، مدل پرستاری پویایی و بهبود مستمر اطمینان‌یابی و تأییدپذیری

مقدمه

به دنبال توسعه علوم و تکنولوژی و بروز روزافزون مراحل انتهایی نارسایی بسیاری از اندام‌های حیاتی هم‌چون کلیه، کبد، قلب و ریه نیاز به پیوند عضو به سرعت در حال افزایش است(۱)؛ به طوری‌که نیاز به

مولف مسئول: سیده تکتم معصومیان حسینی– مشهد: خیابان ابن سینا-دانشکده پرستاری و مامایی مشهد E-mail:masoumiant911@mums.ac.ir
۱. استادیار، گروه داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۲. دانشجوی ارشد آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۳. دانشیار، گروه داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۴. مربی، گروه اطفال، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۳/۷/۱۶ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات :۱۳۹۳/۸/۲۶ تاریخ تصویب : ۱۳۹۳/۹/۵

اهدای عضو طی دو دهه گذشته ۲۰۰ درصد افزایش یافته است(۲) و پس از تصویب قانون اهدای عضو در سال ۱۳۷۹ در ایران آمار اهدای عضو از ۱/۷ نفر در میلیون در سال ۱۳۸۸ به ۵/۷ نفر در میلیون در سال ۱۳۹۱ رسیده است. این رقم هرچند افزایش ناچیزی داشته است اما حاکی از روند رو به رشد آمار اهدای عضو در ایران است(۳). مطالعات و مستندات متعدد حاکی از ورود پرستاران برای ایفای نقش‌های معنی‌دار، تازه و شفاف‌تر بسته به شرایط، قوانین، مقررات و نیازهای جوامع خود می‌باشند و با افزایش آمار اهدای عضو در جهان و نیز در ایران نقش پرستاران گسترش یافته است(۴).

به‌طوری‌که امروزه تمرکز مراقبت‌های پرستاری از پرستاری ویژه به پرستاری در فرآیند اهدای عضو جابجا شده و به موازات آن نقش پرستاران نیز تغییر نموده است(۵). طبق نتایج مطالعات محققین مختلف، درگیری پرستاران در فرآیند اهدای عضو مثبت‌ترین و ارزنده‌ترین قسمت این حرفه است و آن‌ها نقشی بسیار با اهمیت در این فرآیند ایفا می‌نمایند(۸-۶). هم‌چنین، در این مطالعات، خانواده بیماران مرگ مغزی در فرآیند اهدای عضو، پرستاران را به‌عنوان مؤثرترین عامل کمک در تیم حرفه‌ای مراقبت برای ارایه حمایت عاطفی معرفی کردند(۷،۸). به‌علاوه، نتایج مطالعات متعدد در زمینه فرآیند اهدای عضو، نشان می‌دهد پرستاران نقشی کلیدی در شناسایی اهداکنندگان عضو ، پیگیری مؤثر نیازهای خانواده بیماران مرگ‌مغزی، آموزش عموم مردم و پرستاری از بیمار اهدا کننده چند عضو ایفا می‌کنند(۱۱-۹). در این میان، در ایران براساس مدل پرستاری به نام مدل پویایی و بهبود مستمر اطمینان‌یابی و تاییدپذیری که در مرکز پیوند اعضای دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۳۹۰ با همکاری دانشگاه تربیت مدرس تهران انجام شده است، به دو نقش مهم مشارکت و جانبداری پرستاران در فرآیند اهدای عضو اشاره شده است. اهداف این مدل عبارت است از تعریف و افزایش مشارکت اثر بخش پرستاران در فرایند اهدای عضو، تعریف و تعیین نقش و مداخلات پرستاری در مراقبت خانواده محور به خانواده بیماران مرگ مغزی کاندید درخواست اهدای عضو، افزایش توانمندی و خودکارآمدی خانواده در تصمیم‌گیری راجع به اهدای عضو، کاهش استرس و تعارض خانوده و بهبود سازگاری با بحران و استمرار بهبود سلامت، کیفیت زندگی و رضایت خانواده از تصمیم اتخاذ شده، بعد از مرگ بیمار. در این مدل پرستار اهدای عضو وظایف خود را در بهبود پیوسته و مستمر اطمینان‌یابی و تأییدپذیری خانواده بیماران مرگ مغزی با ایفای دو نقش "مشارکت" و "جانبداری" به انجام می‌رساند(۱۲).

نقش مشارکتی پرستار به معنای مشارکت پرستار در اطلاع خبر مرگ‌مغزی به خانواده و نیز مشارکت در درخواست اهدای عضو از آن‌ها و همچنین شامل نقش هماهنگ‌کننده درفرآیند اهدای عضو می‌باشد(۱۲). براساس نتایج حاصل از بررسی مطالعات، حتی اگر پزشک به عنوان مناسب‌ترین فرد برای پاسخ‌گویی درباره تشخیص و پیش‌آگهی تعیین شود، پرستار مناسب‌ترین فرد برای تکرار مجدد نکات ارایه شده به وسیله پزشک می‌باشد و بنابراین پرستار زمان ارائه اطلاعات به‌وسیله پزشک به خانواده بایستی حضور داشته باشد(۱۳). اگر پرستاران بتوانند به‌خوبی خانواده این بیماران را در هنگام خبر دادن مرگ مغزی و درخواست اهدای عضو، مدیریت نمایند آن‌ها آسان‌تر و مؤثرتر با مرگ بیمارشان کنار می‌آیند و احتمال رضایت به اهدا نیز افزایش خواهد یافت(۱۴). پرستار می‌تواند به عنوان هماهنگ کننده بین تیم درمان، تیم درخواست‌کننده عضو، بیمار مرگ‌مغزی و خانواده وی و گیرندگان عضو عمل نماید(۱۳،۱۲،۸).

نقش دیگر پرستار، نقش جانبداری در فرآیند اهدای عضو می‌باشد که در دو حیطه حفاظت و حمایت ایفا می‌گردد. حیطه حفاظتی شامل دو جزء وابسته و مرتبط به هم "مراقبت از بیمار" و "مراقبت از خانواده" می‌باشد(۱۲). از آن‌جایی که یکی از مهم‌ترین عوامل جلب اعتماد خانواده در مدنظر قرار دادن پرستار به

عنوان مدافع اصلی آن‌ها در فرآیند اهدای عضو، مشاهده و درک کفایت مراقبت ارایه شده به عزیز مصدوم آن‌ها می‌باشد. لذا، قبل از هرگونه مداخله‌ای پرستاران باید در خانواده این اطمینان را ایجاد نمایند که تیم مراقبتی و درمانی در نجات و بهبود بیمارشان هرآن‌چه در توان داشته اند، انجام داده و مراقبت و درمان کافی از بیمار آن‌ها به عمل آورده‌اند. حیطه حمایتی نقش پرستار نیز، دارای اجزایی چون حمایت اطلاعاتی (مشاوره)، حمایت عاطفی و حمایت سوگ می‌باشد. اما علیرغم وجود نقش‌هایی که در بالا به شرح مختصری درباره آن‌ها پرداخته شد و اهمیت نقش مثبت و ارزنده پرستار در فرآیند اهدای عضو، مطالعات مختلف نشان می‌دهد که پرسنل بخش مراقبت‌های ویژه اعم از پزشکان یا پرستاران به منظور مدیریت موفق فرآیند اهدای عضو آماده نیستند و ضعف فراوانی به خصوص در آموزش پرستاران در این زمینه وجود دارد و بایستی آموزش‌های مرتبطی به آن‌ها داده شود(۱۵،۱۴). براساس نتایج حاصل از بررسی مطالعات، توانایی پرستاران برای صرف وقت با خانواده، پاسخ به سوالات آن‌ها و داشتن نگرشی مثبت به اهدای عضو در فرآیند اهدای عضو حیاتی و الزامی است(۱۶). در این مطالعات ضمن تاکید بر اهمیت نقش پرستاران در فرآیند اهدای عضو، این‌گونه نتیجه‌گیری شد که موفقیت فرآیند اهدای عضو ارتباط نزدیکی با میزان آگاهی و تمایل پرستاران نسبت به اهدای عضو و پیوند اعضاء دارد(۱۷،۸) و نگرش پرستاران و پزشکان بخش‌های مراقبت ویژه نسبت به اهدای عضو با موفقیت برنامه‌های اهدای عضو در ارتباط می‌باشد(۱۹،۱۸). این درحالی است‌که در مطالعات مختلفی که در ایران و دیگر کشورها به منظور بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد پرستاران درباره مرگ‌مغزی و فرآیند اهدای عضو انجام گرفت مشخص شد که پرستاران آگاهی، نگرش و عملکرد مناسبی نسبت به فرآیند اهدای عضو ندارند(۲۳،۸-۲۰). با این حال تاکنون برنامه آموزشی با این هدف اجرا نگردیده و برنامه‌های آموزشی اندکی که برگزار شده تنها به منظور افزایش آگاهی پرستاران در زمینه درک مرگ مغزی می‌باشد و به فرآیند اهدای عضو و نقشی که پرستار می‌تواند در این فرآیند ایفا نماید و عملکرد وی در این زمینه توجهی نشده است. از طرفی، به نظر می‌رسد به کارگیری مدل بومی پویایی و بهبود مستمر اطمینان‌یابی و تاییدپذیری که با توجه به تمامی متغیرهای فرهنگی جامعه برای روشن ساختن نحوه عمل پرستاران در فرآیند اهدای عضو و نیز در مواجهه با خانواده بیماران مرگ مغزی طراحی شده است؛ تناسب بیش‌تری با رویکردهای توصیه شده جهت حل این مشکل داشته باشد. این درحالی است که تاکنون در هیچ مطالعه‌ای در ایران و نیز سایر نقاط جهان از مدل‌های پرستاری در فرآیند اهدای عضو به منظور آموزش پرستاران در این زمینه استفاده نشده است. لذا، با توجه به مطالبی که بیان گردید، پژوهشگر بر آن شد تا مطالعه‌ای با هدف تعیین تاثیر اجرای برنامه آموزشی مبتنی بر مدل پرستاری پویایی و بهبود مستمر اطمینان‌یابی و تاییدپذیری بر دانش، نگرش و عملکرد پرستاران در رابطه با نقش پرستاران در فرآیند اهدای عضو انجام دهد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه تجربی با طرح دو گروهه پیش آزمون- پس آزمون است. جامعه این پژوهش را پرستاران بخش‌های آی‌سی‌یو بیمارستان‌های قائم (عج) و امام رضا (ع) شهر مشهد تشکیل می‌دهند. با توجه به امکان بالای انتشار اطلاعات و امکان ایجاد سوگیری در نتایج به هنگام انتخاب پرستاران دو گروه از یک محیط بیمارستان، پژوهشگر ناگزیر شد ابتدا با استفاده از قرعه کشی، یک بیمارستان (قائم) را برای مداخله کارگاه مبتنی بر مدل پرستاری در فرآیند اهدای عضو و دیگری (امام رضا) را برای مداخله به شیوه کارگاه مبتنی بر محتوای آموزشی رایج که در سایر مطالعات انجام گرفته در ایران در زمینه فرآیند اهدای

عضو مورد استفاده قرار گرفته است، در نظر بگیرد و از میان بخش‌های ICU بیمارستان قائم، با استفاده از قرعه کشی و با توجه به حجم نمونه مورد نیاز، ۶ بخش و در بیمارستان امام رضا نیز ۴ بخش را به عنوان مداخله آموزشی در نظر گیرد. سپس، پژوهشگر از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای استفاده نمود. به این صورت که در بیمارستان قائم هر ۶ بخش آی‌سی‌یو و در بیمارستان امام رضا هر ۴ بخش ICU، به عنوان یک طبقه در نظر گرفته شد و تعداد پرستار مورد نیاز از هر طبقه برحسب حجم نمونه مورد نیاز به صورت تصادفی از هر بخش انتخاب گردید. حجم نمونه مطالعه حاضر با استفاده از فرمول « تعیین حجم نمونه برای مقایسه میانگین در دو جامعه مستقل» و با احتساب، سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و انحراف معیار و میانگین مطالعه مقدماتی بر روی ۲۰ نفر (۱۰ نفر در هر گروه)، ۳۰ نفر در هر گروه محاسبه گردید.

ضمناً با توجه به این‌که این پژوهش دارای ۳ متغیر وابسته اصلی می‌باشد. بنابراین، تعیین حجم نمونه با استفاده از یافته‌های مطالعه مقدماتی برای هر یک از متغیرها (دانش، نگرش و عملکرد پرستاران) محاسبه گردید و بالاترین عدد به عنوان «حداقل حجم نمونه» در نظر گرفته شد و در نهایت براساس انحراف معیار تغییر نمره نگرش پرستاران در گروه مداخله۲۷/۳= m_1، انحراف معیارتغییر نمره نگرش پرستاران در گروه کنترل ۱۴/۶ =m۲، میانگین تغییر نمره نگرش پرستاران در گروه مداخله ۲۱/۶= S_1، میانگین تغییر نمره نگرش پرستاران در گروه کنترل ۹/۷= S۲، حداقل حجم نمونه ۲۷ نفر محاسبه گردید که به منظور افزودن بر اعتبار نتایج حاصل از مطالعه و نیز در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه در مرحله دوم جمع‌آوری داده‌ها، حجم نمونه در هریک از گروه‌ها ۳۰ نفر در نظر گرفته شد.

معیارهای ورود به مطالعه حاضر، داشتن حداقل یک مورد مواجه با بیمار مرگ‌مغزی، عدم دریافت آموزش قبلی در این زمینه، علاقه مندی به شرکت در پژوهش و نداشتن سابقه اهدا یا پیوند عضو در خانواده و نزدیکان خود و معیارهای خروج نیز شامل، انصراف از ادامه شرکت در پژوهش، عدم شرکت فرد در یک جلسه از جلسات آموزشی و عدم تکمیل ابزارهای پژوهش در مرحله دوم جمع‌آوری داده‌ها بود. شایان ذکر است که اجرای این پژوهش در قالب پایان نامه دانشجویی و پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی مشهد صورت گرفت. در این پژوهش، ملاحظاتی نظیر کسب رضایت آگاهانه از واحدهای پژوهش، حق خروج از مطالعه در هر زمان و دیگر کدهای اخلاقی مربوط به مطالعات تجربی رعایت گردید. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل فرم انتخاب واحدهای پژوهش، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه عوامل موثر بر دانش و نگرش پرستاران در فرآیند اهدای عضو و پرسشنامه بررسی "دانش و نگرش پرستار در رابطه با نقش پرستار در فرآیند اهدای عضو" بود. فرم ۹ سوالی بررسی عوامل موثر بر دانش و نگرش پرستاران در فرآیند اهدای عضو پژوهشگر ساخته و دارای سوالاتی نظیر داشتن کارت اهدای عضو، مراقبت از بیمار مرگ مغزی، صحبت با خانواده خود در رابطه با اهدای عضو و... بود. پرسشنامه‌ی پژوهشگر ساخته بررسی " دانش، نگرش و عمکرد پرستاران در رابطه با نقش پرستاران در فرآیند اهدای عضو"، براساس پرسشنامه استاندارد حاصل انجام یک مطالعه کیفی با عنوان "تجربه خانواده اهداکنندگان، نگرش، دانش و عملکرد پرستاران در زمینه اهدای عضو" که توسط سکیو (۱۹۹۶) در دانشگاه سوری انگلستان به منظور بررسی دانش، نگرش و عملکرد شخصی پرستاران در فرآیند اهدای عضو طراحی شده بود(۸) و نیز مدل پویایی و بهبود مستمر اطمینان‌یابی و تاییدپذیری که نقش‌های پرستار در فرآیند اهدای عضو را در ایران معرفی نموده است(۱۲)، طراحی گردید. این پرسشنامه دارای ۲۹ سوال با پاسخ‌های بله - خیر و چند گزینه‌ای می‌باشد. به پاسخ‌های درست امتیاز یک و پاسخ‌های

غلط و نمی‌دانم نمره صفر تعلق گرفت. امتیاز حاصل از این قسمت عددی بین صفر تا ۲۹ است. بخش دوم ابزار شامل ۱۳ سوال پیرامون بررسی نگرش پرستاران در زمینه نقش پرستار در فرآیند اهدای عضو است که دارای مقیاسی لیکرتی (۷ تایی) است و پاسخ‌های آن در پیوستاری از "کاملا موافقم تا "کاملا مخالفم" قرار دارد. گویه‌ها از (۳+ تا ۳-) وزن‌دهی شدند. (سوال ۲، ۵ و ۱۲ به صورت معکوس نمره‌دهی شدند به این صورت که به گزینه کاملا مخالفم به جای امتیاز ۳- امتیاز ۳+ تعلق گرفت). نمره به دست آمده از آن عددی بین ۳۹- تا ۳۹+ است. بخش سوم پرسشنامه نیز به منظور بررسی عملکرد پرستاران در رابطه با نقش پرستار در فرآیند فرآیند اهدای عضو طراحی شد و از دو سناریوی مبتنی بر واقعیت نگارش شده توسط پژوهشگر در مواجهه با موارد واقعی مرگ مغزی وقوع یافته در بیمارستان شهید کامیاب مشهد تشکیل شده است. سناریوی اول مشتمل بر نقش جانبداری پرستار در فرآیند اهدای عضو و سناریوی دوم مشتمل بر نقش مشارکتی پرستار در فرآیند اهدای عضو بود که به دنبال هر سناریو نیز ۵ سوال (جمعاً ۱۰ سوال) به صورت تشریحی قرار داده شد. حداقل نمره صفر (کم‌ترین عملکرد پرستار در فرآیند اهدای عضو) و حداکثر نمره ۱۰ (بیش‌ترین عملکرد پرستار در فرآیند اهدای عضو) بود. به منظور تایید روایی ابزارهای مطالعه و نیز ابزار آموزشی از روش روایی محتوا استفاده شد به این ترتیب که ابزارهای مطالعه در اختیار ۱۰ تن از اساتید و افرادی که دراین زمینه تجربه و تبحر کافی داشتند، قرار گرفت و پس از منظور نمودن اصلاحات لازم و بازبینی توسط تیم تحقیق، ابزارهای نهایی طراحی و در پژوهش حاضر به کار گرفته شد.

به منظور کسب اعتماد علمی پرسشنامه بررسی عوامل موثر بر دانش، نگرش و عملکرد پرستاران در فرآیند اهدای عضو از روش آزمون مجدد استفاده شد (r=۰/۸۶). به منظور کسب اعتماد علمی سوالات پرسشنامه در قسمت بررسی دانش پرستاران در رابطه با نقش پرستار در فرآیند اهدای عضو از روش همسانی درونی کودرریچاردسون۲۰ استفاده شد (r=۰/۸۸) و در قسمت بررسی نگرش از روش آلفای کرونباخ استفاده شد(r=۰/۹۶) به منظور بررسی پایایی قسمت عملکرد پرسشنامه نیز از روش توافق بین ارزیابان استفاده گردید و ضریب کاپا گزارش شد (Kppa=۱/۰۰).

بسته آموزشی که در گروه مداخله مورد استفاده قرار گرفت براساس سازه‌های مدل پویایی و بهبود مستمر اطمینان‌یابی و تاییدپذیری طراحی شد.سازه های این مدل حاصل یک مطالعه کیفی به روش تئوری زمینه‌ای در رابطه با فرآیند اهدای عضو و نقش پرستاران در این فرآیند بود که درسال ۱۳۹۰ با همکاری مرکز پیوند اعضای دانشگاه علوم پزشکی مشهد و دانشگاه تربیت مدرس تهران، انجام شده است(۸) و نیزاز کتاب مرجع با عنوان مرگ مغزی (۲۰۰۷) استفاده شد. بسته آموزشی که به عنوان محتوای آموزشی رایج در گروه کنترل مورد استفاده قرار گرفت؛ براساس محتوای مطالعات انجام شده در زمینه فرآیند اهدای عضو که در ایران و نیز سایر نقاط جهان انجام گرفته بود، تهیه شد که شامل مطالبی در رابطه با تعریف مرگ مغزی، اتیولوژی و پاتوفیزیولوژی آن، علایم و آزمون‌های تشخیصی و تاییدکننده مرگ مغزی، نحوه فراهم‌آوری اعضای پیوندی، شرایط اهدای عضو و پیوند اعضا، چگونگی نگهداری و مراقبت از بیمار مرگ مغزی، عوارض مرگ مغزی و روش‌های درمان آن، اندیکاسیون‌ها و کنتراندیکاسیون‌های اهدای عضو، ملاحظات اخلاقی، دیدگاه اسلام و تاریخچه پیوند و اهدای عضو در دنیا و ایران بود(۱۵،۳۰-۲۸). لازم به ذکر است که تیم برگزارکننده کارگاه در گروه مداخله متشکل از پژوهشگر، رئیس واحد فراهم‌آوری عضو دانشگاه علوم پزشکی مشهد، یک نفر دکتری تخصصی پرستاری (طراح مدل پویایی و بهبود مستمر اطمینان‌یابی و تاییدپذیری) و یک نفر متخصص داخلی مغز و اعصاب بود. در گروه کنترل نیز تنها طراح مدل حضور نداشت. پرسشنامه‌های

پیش‌آزمون قبل از اجرای مداخله طی مراجعه حضوری پژوهشگر به بخش‌های آی‌سی‌یو بیمارستان‌ها، توسط پرستاران مورد مطالعه تکمیل گردید.

در گروه مداخله، کارگاه های آموزشی در دو مرحله به فاصله یک هفته و به مدت ۶ ساعت در محل سالن تالار پندی بیمارستان قائم مشهدتشکیل شد.در جلسه اول کارگاه پژوهشگر نقش مشارکتی پرستار را که شامل خرده نقش‌های درخواست کننده، هماهنگ کننده و مشارکت کننده بود به همراه شرح جزئیات اجرایی هریک از نقش‌ها برای پرستاران معرفی نمود. یک هفته بعد، کارگاه دوم با محوریت آشنایی پرستاران با نقش جانبداری خود در فرآیند اهدای عضو همانند روال جلسه اول کارگاه برگزار گردید.

برای پرستارانی که در گروه کنترل قرار گرفته بودند کارگاه آموزشی با محتوای رایج در دو مرحله به فاصله یک هفته و به مدت ۶ ساعت در محل تالار بیمارستان امام رضا شهر مشهد برگزار گردید. ابتدا، پیرامون تاریخچه پیوند و اهدای عضو در ایران و سایر نقاط جهان، مفهوم مرگ‌مغزی، اتیولوژی و پاتوفیزیولوژی آن، علایم و آزمون‌های تشخیصی و تاییدکننده مرگ مغزی، نحوه فراهم‌آوری اعضای پیوندی، شرایط اهدای عضو و پیوند اعضا، توسط پژوهشگر و تیم برگزارکننده کارگاه مطالبی ارایه شد. در مرحله دوم کارگاه پس از مروری کوتاه بر مطالب ارایه شده در جلسه اول و پاسخ به سوالات شرکت کنندگان، مباحثی شامل نحوه فراهم‌آوری اعضای پیوندی، شرایط اهدای عضو و پیوند اعضا، چگونگی نگهداری و مراقبت از بیمار مرگ مغزی، عوارض مرگ مغزی و روش‌های درمان آن، اندیکاسیون‌ها و کنتراندیکاسیون‌های اهدای عضو، ملاحظات اخلاقی، دیدگاه اسلام در زمینه اهدای عضو از بیمار مرگ مغزی ارایه گردید. سپس پیرامون سناریوی طراحی شده در زمینه این موضوعات بحث گروهی و کار گروهی انجام گرفت. در یک ماه بعد از اجرای مداخله، پس‌آزمون با مراجعه حضوری پژوهشگر به بخش‌های آی‌سی‌یو محل خدمت پرستاران گروه مداخله و کنترل از آنان به عمل آمد.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار Spss نسخه ۱۱/۵ استفاده شد. در ابتدا برای بررسی متغیرهای کمی از توزیع طبیعی از آزمون‌های شاپیروویلک و کولموگروف- اسپیرونوف استفاده گردید. برای بررسی همگنی دو گروه نیز از آزمون‌های تی‌مستقل و مجذورکای و برای توصیف مشخصات واحدهای پژوهش در هر یک از گروه‌ها از آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و توزیع فراوانی استفاده شد. به منظور انجام مقایسه در دو مرحله قبل و بعد از مداخله در هر یک از گروه‌های کنترل و مداخله از آزمون تی‌زوجی و ویلکاکسون و نیز مقایسه بین گروه‌ها از آزمون تی مستقل و من ویتنی استفاده شد. برای بررسی میزان همبستگی بین متغیرهای تغییر نمره دانش، نگرش و عملکرد از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

یافته ها

تعداد کل واحدهای پژوهش در مطالعه حاضر ۶۰ نفر بود که به طور مساوی در دو گروه مداخله و کنترل قرار داشتند. اکثر واحدهای پژوهش متاهل (۷۶/۷ درصد) و زن (۸۱/۷ درصد) بودند. میانگین سنی آن‌ها در گروه کنترل (۵/۱۸ ± ۳۲/۳۶) و در گروه مداخله (۴/۹۱ ± ۳۲/۹۳) بود. میانگین سابقه کار آن‌ها در بخش آی‌سی‌یو و سابقه کار کلی آنان به عنوان پرستار بر حسب سال به ترتیب در گروه کنترل (۲/۹۱ ± ۴/۷۲) (۵/۵۵ ± ۸/۲۶) و در گروه مداخله (۴/۲۹ ± ۵/۵۶) و (۵/۷۱ ± ۸/۷۸) بود. ۶۳/۳ درصد پرستاران در گروه کنترل و ۵۳/۳ درصد در گروه مداخله حداقل یک بار از بیمار مرگ مغزی مراقبت نموده بودند و ۱۳/۳ درصد آنان در گروه کنترل و ۲۰ درصد در گروه مداخله کارت اهدای عضو داشتند. ۵۶/۷ درصد در گروه کنترل و ۸۶/۷ درصد در گروه مداخله بیمار مشکوک به مرگ مغزی را در طول سنوات خدمت خویش به واحد

فراهم‌آوری عضو دانشگاه به منظور پیگیری معرفی نموده بودند. هم‌چنین، ۲۶/۷ درصد پرستاران در گروه کنترل و ۳۳/۳ درصد در گروه مداخله به هنگام اطلاع دادن خبر مرگ مغزی به خانواده بیمار در کنار پزشک حضور داشته‌اند و به ترتیب گروه‌های مذکور ۷۳/۲ و ۶۳/۳ درصد آنان با خانواده خود در رابطه با اهدای عضو صحبت نموده بودند. هر دو گروه مورد مطالعه براساس نتایج آزمون مجذور کای و آزمون دقیق فیشر از نظر متغیرهای دموگرافیک قبل از اجرای مداخله همگن بودند (p>۰/۰۵) (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی واحدهای پژوهش برحسب متغیرهای دموگرافیک در دو گروه مداخله و کنترل

گروه / متغیر	کنترل تعداد (درصد)	مداخله تعداد (درصد)	کل	نتیجه آزمون مجذور کای و دقیق فیشر*
جنس				
زن	(۸۳/۳) ۲۵	(۸۱/۷) ۲۴	(۸۱/۷) ۴۹	p=۰/۷۴
مرد	(۱۶/۷) ۵	(۱۸/۳) ۶	(۱۸/۳) ۱۱	
تاهل				
متاهل	(۷۶/۷) ۲۳	(۷۶/۷) ۲۳	(۷۶/۷)۲۳	p=۱/۰۰
مجرد	(۲۳/۳) ۷	(۲۳/۳) ۷	(۲۳/۳) ۷	
تحصیلات				
کارشناس	(۱۰۰/۰) ۳۰	(۹۶/۷) ۲۹	(۹۸/۳) ۵۹	p=۱/۰۰*
کارشناسی ارشد	(۰۰/۰) ۰	(۳/۳) ۱	(۱/۷) ۱	
سمت سازمانی				
سرپرستار	(۱۰/۰) ۳	(۳/۳) ۱	(۶/۷) ۴	p=۰/۶۱*
پرستار بالین	(۹۰/۰) ۲۷	(۹۶/۷) ۲۹	(۹۳/۳) ۵۶	
نوع استخدام				
رسمی	(۱۶/۷) ۵	(۱۰/۰) ۳	(۱۳/۳) ۸	p=۰/۲۹*
پیمانی	(۴۶/۷) ۱۴	(۵۳/۳) ۱۶	(۵۰/۰) ۳۰	
طرحی	(۲۰/۰) ۶	(۶/۷) ۲	(۱۳/۳) ۸	
تبصره‌ای	(۱۶/۷) ۵	(۳۰/۰) ۹	(۲۳/۳) ۱۴	

* P: مقادیر P value است که توسط آزمون دقیق فیشر گزارش شده است.

آزمون تی‌مستقل در رابطه با مقایسه میانگین نمره دانش (p=۰/۳۶) و نگرش (p=۰/۲۷) (جدول شماره ۲) و آزمون من‌ویتنی در رابطه با عملکرد (p=۰/۵۹) (جدول شماره ۳) پرستاران مورد مطالعه در رابطه با نقش پرستاران در فرآیند اهدای عضو در مرحله قبل از اجرای مداخله در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معنی‌داری را نشان نداد. آزمون آماری تی مستقل نشان داد که دو گروه بعد از اجرای مداخله در میانگین تغییر (اختلاف میانگین) نمره دانش (p<۰/۰۰۱)، تغییر نمره نگرش (p<۰/ ۰۰۱) (جدول شماره ۲) و عملکرد (p۰/۰۰۱) (جدول شماره ۳) تفاوت آماری معنی‌داری با هم داشتند. آزمون آماری تی‌زوجی میانگین تغییر (اختلاف میانگین) نمره دانش (p<۰/۰۰۱) و تغییر نمره نگرش (p<۰/۰۰۱) (جدول شماره ۲) و آزمون آماری ویلکاکسون تغییر نمره عملکرد (p<۰/۰۰۱) پرستاران را در دو گروه مداخله و کنترل معنی‌دار گزارش نمود (جدول شماره۳). در ضمن، هیچ‌گونه تفاوت آماری معنی‌داری در تغییر نمره دانش، نگرش و عملکرد پرستاران در رابطه با نقش پرستاران در فرآیند اهدای عضو براساس متغیرهای دموگرافیک مشاهده نگردید.

رابطه میان میزان تغییر نمره دانش، نگرش و عملکرد پرستاران در رابطه با نقش پرستار در فرآیند اهدای عضو مورد بررسی قرار گرفت که مشخص شد همبستگی مستقیم قوی میان تغییر نمره نگرش و عملکرد پرستاران

جدول شماره ۲: مقایسه نمره دانش و نگرش پرستاران قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

	نمره دانش				نمره نگرش			
	انحراف معیار ± میانگین			نتیجه آزمون تی‌زوجی	انحراف معیار ± میانگین			نتیجه آزمون تی‌زوجی
گروه‌ها	قبل از مداخله	بعد از مداخله	اختلاف میانگین		قبل از مداخله	بعد از مداخله	اختلاف میانگین	
مداخله	۵۰/۲۲±۴/۶۷	۶۴/۵۹±۴/۹۵	۱۴/۳۶±۴/۰۶	t= ۴/۹ p< ۰/۰۰۱	۱۹/۴۰±۱۲/۶۶	۳۲/۵۶±۷/۷۹	۱۳/۱۶±۸/۷۴	t= ۴/۹۶ p< ۰/۰۰۱
کنترل	۴۷/۹۲±۱۲/۷۵	۵۷/۳۵±۷/۷۰	۹/۴۲±۱۰/۴۰	t= ۱۹/۳۹ p< ۰/۰۰۱	۲۳/۵۰±۱۵/۶۷	۲۷/۶۰±۱۱/۲۴	۴/۱۰±۵/۸۵	t= ۸/۲۴ p< ۰/۰۰۱
نتیجه آزمون تی‌مستقل	t=۰/۹۲	t = ۴/۳۲	t=۲/۴۲		t=۱/۱۱	t = ۲/۰۵	t=۴/۸۶	
	p=۰/۳۶	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۲		p=۰/۲۷	p=۰/۰۴	p< ۰/۰۰۱	

جدول شماره ۳: مقایسه نمره عملکرد پرستاران قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

نمره عملکرد	انحراف معیار ±میانگین						نتیجه آزمون ویلکاکسون
گروه	قبل از مداخله		بعد از مداخله		اختلاف میانگین		
کنترل	۴/۰±۶/۴		۱۷/۰±۷/۴۰		۱۳/۰±۴/۵۲		z= ۴/۸۰ p< ۰/۰۰۱
مداخله	۳/۲۵±۵/۷		۲۶/۵۸±۵/۹۶		۲۳/۳۳±۶/۸۶		z= ۴/۷۹ p< ۰/۰۰۱
نتیجه آزمون تی‌مستقل یا من‌ویتنی	p=۰/۵۹	Z= ۰/۵۳	p< ۰/۰۰۱	t = ۵/۴۷	p< ۰/۰۰۱	t=۶/۸۸	

وجود داشت. نتیجه آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد (r=۰/۵۴) که این همبستگی از لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد (p<۰/۰۰۱).

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میزان دانش، نگرش و عملکرد پرستاران در گروه برنامه آموزشی مبتنی بر سازه‌های مدل پویایی و بهبود مستمر اطمینان‌یابی و تاییدپذیری به طور معنی‌داری افزایش یافته است و بکارگیری این مدل بومی در آموزش پرستاران می‌تواند سبب ارتقای دانش، نگرش و عملکرد آنان در زمینه نقش‌های پرستار در فرآیند اهدای عضو گردد. همچنین، میزان دانش، نگرش و عملکرد پرستاران در گروه کنترل نیز که با محتوای رایج آموزش دیدند به طور معنی‌داری افزایش یافته است و البته این میزان افزایش، در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل به‌طور معنی‌داری بیشتر بوده است. به علاوه، مطالعه حاضر اولین مطالعه در ایران و نیز سایر نقاط جهان است که به ارزیابی کاربرد مدل پویایی و بهبود مستمر اطمینان‌یابی و تاییدپذیری بر دانش، نگرش و عملکرد پرستاران در رابطه با نقش پرستاران در فرآیند اهدای عضو پرداخته است.

Rachmani (۲۰۰۰) درمطالعه‌ای که اثربخشی کارگاه آموزشی در رابطه با اهدای عضو در افزایش آگاهی، نگرش و قصد رفتاری افراد حرفه‌ای تیم سلامت (پزشکان و پرستاران) را مورد بررسی قرار داد، نشان داد که پس از ارایه آموزش‌های لازم افزایش قابل توجهی در میزان دانش و نگرش و قصد رفتاری شرکت کنندگان نسبت به اهدای عضو ایجاد شد و این تفاوت از لحاظ آماری نیز معنی‌دار بود(۳۱). نتایج مطالعه Lin و همکاران (۲۰۱۰) با هدف بررسی تاثیر برنامه آموزشی به شیوه سخنرانی بر دانش، نگرش و انگیزش پرستاران آی‌سی‌یو در رابطه با مشارکت فعال در افزایش میزان موارد اهدای عضو از بیماران مرگ مغزی نشان داد که آموزش پرستاران آی‌سی‌یو سبب افزایش قابل توجهی در میزان دانش، نگرش و انگیزش آنان پیرامون مشارکت در فرآیند اهدای عضو می‌گردد(۱۶). همچنین، مطالعه Lin و همکاران (۲۰۱۴) که با هدف تعیین تاثیر اجرای برنامه آموزشی مبتنی بر تئوری رفتار برنامه ریزی شده بر نگرش و قصد رفتاری پرستاران در حمایت از افزایش اهدای عضو در تایوان انجام شد، نشان داد که پس از اجرای برنامه آموزشی، نگرش و قصد رفتاری پرستاران نسبت به حمایت از اهدای عضو به صورت معنی‌داری بهبود یافت. لذا، این‌گونه نتیجه‌گیری شد که اجرای یک مداخله آموزشی در زمینه اهدای عضو می‌تواند سبب بهبود نگرش و قصد رفتاری پرستاران در رابطه با ترویج اهدای عضو گردد(۳۲). به‌علاوه، نتایج مطالعه McGlade و Pierscionek (۲۰۱۳) که با هدف ارزیابی تاثیر برگزاری برنامه آموزشی درباره مرگ مغزی و اهدای عضو به شیوه سخنرانی، بر نگرش و آگاهی و رفتار دانشجویان پرستاری در این رابطه انجام شد، نشان داد که تغییرات میزان دانش افراد بعد از مداخله به نسبت قبل از مداخله معنی‌دار بود و اجرای برنامه آموزشی حتی کوتاه‌مدت می‌تواند دانش افراد پیرامون اهدای عضو را افزایش دهد و به میزان قابل ملاحظه‌ای توانایی و مهارت افراد را برای بحث با خانواده خویش در رابطه با اهدای عضو تحت تاثیر قرار دهد(۳۳).

هم‌چنین، نتایج حاصل از مطالعه ما حاکی از تاثیر مداخله آموزشی بر نگرش پرستاران در زمینه نقش پرستاران در فرآیند اهدای عضو است که این نتیجه با مطالعه آقایان و همکاران (۲۰۰۹) هم‌خوانی نداشت. در مطالعه آقایان که با هدف بررسی تاثیر برگزاری کارگاهی در رابطه با اهدای عضو بر دانش و نگرش پرستاران در این زمینه در تهران انجام شد، مشخص گردید که برگزاری کارگاه آموزشی در زمینه اهدای عضو بر نگرش پرستاران در این زمینه تاثیری نداشت که علت این مساله می‌تواند تعداد جلسات برگزاری کارگاه باشد که در مطالعه حاضر ۲ جلسه و در مطالعه آقایان ۱ جلسه

درنظر گرفته شده بود. همچنین پس آزمون در مطالعه آقایان بلافاصله پس از اتمام مداخله و در مطالعه حاضر یک ماه پس از اتمام مداخله انجام گرفت. نگرش‌ها در جریان آموزش و در نتیجه‌ی طرح‌ریزی عمدی آموخته و نیرومند می‌شوند البته نگرش افراد از عواملی نظیر معاشرت با دیگران، کسب تجارب در موقعیت‌های مختلف زندگی، خانواده و نهادهای اجتماعی نیز متأثر می‌باشد و بسیاری از نگرش‌های افراد در نتیجه یک رشته کنش متقابل با سایر مردم، والدین، دوستان و معاشران آموخته می‌شوند و تا حدودی تحت تاثیر گذشت زمان نیز قرار دارد. لذا انجام پس‌آزمون در یک ماه بعد از اجرای مداخله در پژوهش حاضر می‌تواند یکی از دلایل افزایش نگرش پرستاران در بعد از اجرای مداخله نسبت به مطالعه آقایان باشد. هم‌چنین در مطالعه حاضر نگرش پرستارانی که مبتنی بر سازه‌های مدل پرستاری پویایی و بهبود مستمر اطمینان‌یابی و تاییدپذیری آموزش دیده بودند از پرستارانی که با محتوای رایج آموزش دیدند، بیشتر بود که این مساله می‌تواند به این دلیل باشد که در گروه مداخله از مدلی پرستاری که منطبق با متغیرهای فرهنگی و بافت اجتماعی جامعه ایران بود به منظور آموزش استفاده شد. به علاوه در آموزش براساس این مدل ما با معرفی هر نقش و چگونگی ایفای هریک از نقش‌ها به پرستاران، از گفتگوهای خانواده‌های مرگ مغزی که سازه‌های مدل از آن‌ها استخراج شده بود، برای نشان دادن اهمیت ایفای نقش مربوطه از دیدگاه خانواده بیمار مرگ مغزی استفاده نمودیم. این درحالی است که در گروه کنترل محتوای آموزشی با تاکید بیش‌تر بر مفهوم مرگ مغزی و نحوه تشخیص آن آموزش داده شد چرا که بسته آموزشی در گروه کنترل براساس محتوای رایج که در سایر مطالعات مورد استفاده قرار گرفته بود، تهیه گردید. به علاوه، در مطالعه حاضر میان تغییر نمره دانش و نگرش پرستاران پس از اجرای مداخله آموزشی کارگاه و سخنرانی رابطه‌ای وجود نداشت. در مطالعه آقایان و همکاران (۲۰۰۹) نیز ارتباط معنی‌داری میان میزان دانش و نگرش پرستاران مشاهده نگردید(۲۱)؛ اما این نتایج مغایر با نتایج Rachmani (۱۹۹۹) بود. علت تفاوت مطالعه Rachmani با مطالعه حاضر می‌تواند به علت تفاوت بافت فرهنگی، زمینه‌ای، اجتماعی و سیاست‌های بهداشتی و آموزشی ایران با کشوری باشد که این مطالعه در آن‌جا انجام گرفته است، باشد. البته توجه به این مساله ضروری است که واحدی تحت عنوان پیوند اعضا در برنامه‌ی درسی پزشکان و پرستاران این کشور(۳۴) قرار دارد در صورتی که در ایران این‌گونه نیست(۳۵). Akgun و همکاران (۲۰۰۳) نیز دانش و نگرش کارکنان مراکز درمانی را مورد بررسی قرار دادند. در این مطالعه آن‌ها علی‌رغم نتایج مطالعه ما ارتباط مستقیم قوی میان میزان دانش و نگرش افراد وجود داشت. اما علی‌رغم نتایج قابل قبول در مورد آگاهی و نگرش کارکنان مراکز درمانی (پزشکان و پرستاران) نسبت به اهدای اعضا و نسوج یک نکته منفی وجود داشت و آن تمایل کم جمعیت مورد مطالعه نسبت به اهدای اعضای خود و یا یکی از بستگان بود. در این مطالعه این‌گونه نتیجه‌گیری شد که دانش کافی به تنهایی جهت افزایش مشارکت در امر اهدای اعضا موثر نمی‌باشد و باید انگیزه‌ها و فرصت‌هایی فراهم شود تا بتوان از این اطلاعات بهره کافی برد(۱۵). در مطالعه Jeon و همکاران (۲۰۱۲) نیز بر خلاف مطالعه حاضر، ارتباط مستقیم معنی‌داری میان دانش و نگرش افراد حرفه‌ای تیم سلامت در رابطه با مرگ مغزی و اهدای عضو وجود داشت. در این مطالعه نکته قابل توجه آن بود که علیرغم این‌که افراد حرفه‌ای تیم سلامت شرکت کننده در این مطالعه نگرش مثبت خویش نسبت به فرآیند اهدای عضو را نشان دادند اما ۷۴/۱ درصد افراد بیان نمودند که دادن پیشنهاد گزینه اهدای عضو به خانواده بیمار مرگ مغزی برایشان بسیار دشوار است. نتایج این مطالعه نشان داد که آنان اهمیت و تاثیر اهدای عضو را به خوبی می‌دانند اما در عمل و واقعیت اهدای عضو را

نپذیرفته‌اند که شاید علت این مساله به فرهنگ مردم کره برگردد که اعتقاد دارند پس از مرگ روح هنوز در بدن فرد باقی می‌ماند. هم‌چنین نتایج بیانگر این مساله بود که مشارکت افراد در فرآیند اهدای عضو بیش‌تر از نگرش تحت تاثیر دانش افراد قرار دارد و بیان شد که باید تحقیقات بیش‌تری به منظور مشخص نمودن رابطه میان دانش و نگرش افراد در این زمینه انجام شود(۳۶). در حالی که در مطالعه حاضر مشخص شد که عملکرد پرستاران در رابطه با ایفای نقش‌های خویش در فرآیند اهدای عضو بیش‌تر متاثر از نگرش افراد در این رابطه است و افرادی که نگرش مثبت‌تری نسبت به نقش پرستاران در فرآیند اهدای عضو داشتند، از عملکرد بهتری در این رابطه برخوردار بودند و در تایید این مساله، یافته‌های مطالعه Martinez-Alarcon و همکاران (۲۰۰۹) نیز نشان داد که عقاید مثبت و نگرش پرستاران به صورت معنی‌داری با میزان مشارکت آن‌ها در مذاکره با خانواده بیماران مرگ مغزی در رابطه با اهدای عضو و به تبع آن افزایش میزان اهدا در ارتباط است(۱۷).

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به محدودیت زمان انجام مداخله اشاره کرد چرا که تغییر رفتار به ویژه در سطح عملکرد پرستاران، یک فرآیند زمان بر است و به همین علت باید برای کسب نتایج بهتر فرصت بیش‌تری را صرف آموزش به پرستاران نمود که از این نظر پژوهشگر با محدودیت‌هایی مواجه بود. همچنین، تفاوت موجود در اعتقادات مذهبی، مسائل فرهنگی- اجتماعی، دیدگاه‌ها و تجارب قبلی واحدهای پژوهش در زمینه اهدای عضو و نقش پرستار در این فرآیند و نیز زمینه‌های تربیتی، باورها و تفاوت‌های فردی که در یادگیری فرد تاثیرگذار است می‌تواند بر روی نتایج پژوهش حاضر تاثیر گذار بوده باشد که کنترل آن‌ها توسط پژوهشگر امکان‌پذیر نبود

نتایج حاصل از این مطالعه ضمن تاکید بر اهمیت برگزاری مداخلات آموزشی در این زمینه برای پرستاران نشان داد که به‌کارگیری مدل بومی پویایی و بهبود مستمر اطمینان‌یابی و تاییدپذیری که اختصاصاً در زمینه فرآیند اهدای عضو طراحی شده است و نقش‌های پرستار و چگونگی ایفای آن‌ها را مطرح نموده است، می‌تواند سبب افزایش دانش، نگرش و عملکرد پرستاران در رابطه با نقش‌های پرستاران در فرآیند اهدای عضو گردد. در این راستا، گنجاندن واحد درسی تحت عنوان پرستاری در اهدای عضو در کنار پرستاری در پیوند اعضا و نیز برگزاری برنامه‌های آموزشی مبتنی بر سازه‌های مدل اهدای عضو به منظور آشنا نمودن پرستاران با نقش‌های خود در فرآیند اهدای عضو و نیز ارتقای سطح نگرش و عملکرد آنان با استفاده از روش‌های مختلف آموزشی پیشنهاد می‌گردد. به علاوه، توصیه می‌شود از روش آموزشی کارگاه و نیز بسته آموزشی مورد استفاده در این پژوهش که مبتنی بر سازه‌های مدل پرستاری در فرآیند اهدای عضو بود. در آموزش پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه استفاده شود.

سپاسگزاری

این مطالعه حاصل اجرای طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی مشهد به شماره ۹۲۱۸۹۸ است که به این وسیله از حمایت و همکاری‌های معاونت پژوهشی دانشگاه صمیمانه سپاسگذاری می‌شود. همچنین تیم تحقیق مراتب تشکر خود را از پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش و نیز جناب آقای دکتر ابراهیم خالقی مسئول محترم واحد فراهم‌آوری عضو دانشگاه علوم پزشکی مشهد به دلیل کمک به اجرای هر چه بهتر مداخله و افزودن به اعتبار نتایج مطالعه حاضر اعلام می‌دارند.

References

1. Abouna GM. Organ shortage crisis: Problems and possible solutions. Transplant proc 2008; 40(1): 34-38.
2. Long T, Sque M, Addington-Hall J. Conflict Rationalization: how Family members Cope with a Diagnosis of Brain Stem Death. J Soc

Sci Med 2008; 67(2): 253-261.
3. Iranian organ donation with the global statistics is far from [Online]. 2010; Available from: URL: http://www.hamshahrionline.ir/news-40120.aspx. Accessed January 16, 2010.
4. Ghadi Kola ii Pasha M. The study of physician Attitude concerning organ donation and the level of information A bout Laws and sanctions and the procedure in Brain Death. Sci J Forensic Med 2009; 14(2): 112-116.
5. Meyer K, Bjork IT. Change of focus: from intensive care towards organ donation. Transpl Int 2008; 21(2): 133-139.
6. Rodrigue-Villar C, Paredes D, Ruiz A, Alberola C, Montilla C, Vilardell J, et al. Attitude of Health Professionals Toward Cadaveric Tissue Donation. Transplant Proc 2009; 41(60): 2064-2066.
7. Coyle MA. Meeting the Needs of the Family: The Role of the Specialist Nurse in the Management of Brain Death. Intensive Care Nurs 2000; 16(1): 45-50.
8. Sque M, Payne S, Vlachonikoli S. Cadaveric Donortransplantation: Nurse's Attitudes, Knowledge and Behavior. Soc Sci Med 2000; 50(4): 541-552
9. Watkinson GE. A study of the Perception and Experiences of Critical Care Nurses in Caring for Potential and Actual Organ Donors: Implications for Nurse Education. J Adv Nurs 1995; 22(5): 929-940.
10. Kim JR, Fisher MJ, Elliott D. Undergraduate Nursing Student's Knowledge and Attitudes Towards Organ Donation in Korea: Implications for Education. Nurs Educ Today 2006; 26(6): 465-474.
11. Collins TJ. Organ and Tissue Donation: A Survey of Nurse’s knowledge and Educational Needs in an Adult ICU. Intensive Crit Care Nurs 2005; 21(4): 226-233.
12. Manzari ZS, Mohamadi E, Haidari A. Exposure to Request Organ Donation in Brain Dead Patients and Families to Design Model of Nursing. Evidence Based Care 2013; 3(8): 19-32.
13. Garside M, Garside J. Role of urgent care staff in organ donation. Emerg Nurse 2010; 18(6): 28-30.
14. Pearson A, Robertson-Malt S, Walsh K, Fitzgerald M. Intensive Care Nurses' Experiences of Caring for Brain Dead Organ Donor Patients. J Clin Nurs 2001; 10(1): 132-139.
15. Akgun HS, Bilgin N, Tokalak I, Kut A, Haberal M. Organ Donation: A Cross-Sectional Survey of The Knowledge and Personal View of Turkish Health Care Professionals. Transplant Proc 2003; 35(4): 1273-1275.
16. Lin LM, Lin CC, Lam HD, Chen CL. Increasing the Participation of Intensive Care Unit Nurses to Promote Deceased Donor Organ Donation. Transplant Proc 2010; 42(3): 716-718.
17. Martinez-Alarcon L, Rois A, Lopez MJ, Guzman D, Lopez-Navas A, Parrilla P, et al. Do NURSING Students Understand the Meaning of Brain Death? Transplant Proc 2009; 41(6): 2060-2063.
18. Keenan SP, Hofmaster B, Rutlege F, Eberhard J, Chen LM, Sibbald WJ. Attitudes Regarding Organ Donation from Non- Heart-Beating Donors. J Crit Care 2002; 17(1): 29-38.
19. Ingram JE, Duckner EB, Rayburn AB. Critical care nurses Attitudes and Knowledge Related to Organ Donation. J Crit Care Nurs 2002; 21(6): 249-255.
20. Zohoor AR, Piri Z. Attitudes of Physicians and Nurse's of Intensive Care Units to Organ

Transplantation with Brain Dead in the Hospitals Affiliated with Iran University of Medical Sciences (Tehran-2003). Razi J Med Sci (RJMS) 2004; 11(39): 97-106 (Persian).

21. Aghayan HR, Arjmand B, Emami-Razavi SH, Jafarian A, Shabanzadeh AR, Jalili R, et al. Organ Donation Workshop-A Survey on Nurses Knowledge and Attitudes Toward Organ and Tissue Donation in Iran. Int J Artif Organs 2009; 32(10): 739-744.
22. Shabanzadeh AP, Sadr SS, Ghafari A, Nozari BH, Toushih M. Organ and Tissue Donation Knowledge among Intensive Care Unit Nurses. Transplant Proc 2009; 41(5): 1480-1482.
23. Bogh L, Madsen M. Attitudes, Knowledge, and Proficiency in Relation to Organ Donation: A Questionnaire-Based Analysis in Donor Hospitals in Northern Denmark. Transplant Proc 2005; 37(8): 3256-3257
24. Pugliese MR, Degli Esposti D, Venturoli N, Mazzetti Gaito P, Dormi A, Ghirardini A, et al. Hospital Attitude Survey on Organ Donation in the Emilia-Romagna Region, Italy. Transpl Int 2001; 14(6): 411-419.
25. Wight C, Cohen B, Roels L, Miranda B. Donor Action: a Quality Assurance Program for Intensive Care Units that Increases Organ Donation. Intensive Care Med 2008; 15(2): 104-114.
26. van Dalen J, Blok GA, Morley MJ, Morton J, Haase-Kromwijk B, Sells RA, et al. Participants' judgments of the Europeandonor Hospital Education Programme (EDHEP): an International Comparison. Transplant Int 1999; 12(3): 182-187.
27. Ramadurg UY, Gupta A. Impact of an Educational Intervention on Increasing the Knowledge and Changing the Attitude and Beliefs towards Organ Donation among Medical Students. J Clin Diagn Res 2014; 8(5): JCO5-7.
28. Saif AA. Modern Educational Physiology of Learning and Instruction. 6th ed. Tehran: Doran; 2010 (Persian).
29. Abbasi Dolatabadi Z, Farahani B, Fesharaki M, Najafizadeh K. Effect of Education a bout Brain Death and Organ Donation on Attitude and Knowledge of Nursing Students. Iran J Crit Care Nurs 2010; 3(3): 109-112 (Persian).
30. Azmandian J, Shokouhi M, Poorhoseini SS, Mirzaei M. Study of Education Effect on Nurses' knowledge and Attitudes about Organ Donation at the Time of Brain Death. Iran J Crit care Nurs 2013; 6(1): 11-20 (Persian).
31. Rachmani R. The Organ Donation Process-Workshop. Transplant Proc 2000; 32(4): 759-760.
32. Lin LM, Lin CC, Chen CL, Lin CC. Effects of an Education Program on Intensive Care Unit Nurses' Attitude and Behavioral Intentions to advocate Deceased Donor Organ Donation. Transplant Proc 2014; 46(4): 1036-1040.
33. McGlade D, Pierscionek B. Can Education alter Attitudes, Behaviour and Knowledge a bout Organ Donation? A Pretest- Post-Test Study. BMJ Open 2013; 3(12): 1-7.
34. Rachmani R. Physician's and nurse's Attitudes and Knowledge Toward Brain Death. Transplant Proc 1999; 31(4): 1912-1913.
35. Nursing Education Curriculum. Estabilished by the Ministry of Health and Medical Education. Iran; [Online]. 2014; Available from: URL: http://www.mums.ac.ir/shares/nurse/nurse_coll/EDO/curriculum/karshenasi/nursing/moshakhasate%20koli.pdf. Accessed December 30, 2014.
36. Jeon KO, Kim BN, Byeon NI, Hong JJ, Bae SH, Son SY. A Study on Knowledge and Attitude Toward Brain Death and Organ Retrieval among Health Care Professionals in Korea. Transplant Proc 2012; 44(4): 859-861.