

درک خودکارآمدی مراقبتی پرستاران بخش‌های کودکان

علی ضرغام بروجنی^۳

*اعظم علوی^۲

مسعود بهرامی^۱

چکیده

زمینه و هدف: پرستاران به عنوان بزرگترین گروه انسانی سازمان‌های مراقبت بهداشتی و درمانی همواره با چالش حفظ، ارتقاء و ارائه مراقبت با کیفیت، مؤثر و مطمئن روبرو هستند. در میان عوامل مؤثر بر عملکرد پرستاری، انتظار می‌رود خودکارآمدی بیشترین تأثیر را داشته باشد. با این وجود درک خودکارآمدی مراقبتی پرستاران بخش‌های کودکان مورد توجه قرار نگرفته و تحقیقی در این زمینه در ایران انجام نشده است. بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین درک خودکارآمدی مراقبتی پرستاران بخش‌های کودکان انجام گردید.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی-تحلیلی که در سال ۱۳۹۴ انجام شد، ۳۴۸ پرستار شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر اصفهان، شهرکرد، شیراز، باغملک و ایذه به صورت در دسترس (آسان) شرکت کردند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه درک خودکارآمدی مراقبتی پرستاران کودکان بود که در طی یک فرآیند ابزار سازی تدوین گردید. اعتبار همزمان این ابزار با پرسشنامه خودکارآمدی عمومی Sherer ($r=0/72$)، ضریب آلفای کرونباخ ابزار ۰/۹۶ و ثبات پرسشنامه از طریق آزمون مجدد ۰/۹۷ بدست آمد. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق آمار توصیفی و تحلیلی با استفاده از SPSS نسخه ۱۸ انجام گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درک خودکارآمدی مراقبتی پرستاران کودکان شرکت کننده در این مطالعه خوب بود. بر اساس نتایج بین میانگین درک خودکارآمدی مراقبتی و جنسیت، علاقه پرستاران به کار در بخش کودکان و همچنین رضایت کاری پرستاران از بخش کودکان، ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری کلی: این بررسی می‌تواند سرفصل‌های مورد نیاز برای ارتقای درک خودکارآمدی مراقبتی پرستاران کودکان را مشخص کند و به عنوان راهنما جهت طراحی دوره آموزشی پرستاران بخش‌های کودکان باشد.

کلیدواژه‌ها: خودکارآمدی، مراقبت، بخش کودکان، پرستاران.

تاریخ دریافت: ۹۶/۱۰/۲۶

تاریخ پذیرش: ۹۷/۳/۲۷

^۱ دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

^۲ استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران. (*نویسنده مسئول) شماره تماس: ۰۳۸-

Email: azam_alavi92@yahoo.com ۳۳۳۶۱۰۰۳

^۳ دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

مقدمه

استفاده مناسب از منابع انسانی یکی از عمده‌ترین مسائل سازمان‌ها و از جدی‌ترین چالش‌هایی است که مدیران مراکز درمانی در دنیای امروز با آن روبرو هستند. وجود پرستاران به عنوان بزرگترین منابع انسانی در سازمان‌های مراقبت بهداشتی و درمانی از اهمیت بسزایی برخوردار است، بطوریکه این سازمان‌ها بدون نیروی پرستاری کارآمد نمی‌توانند موفق باشند^(۱). در سال‌های اخیر با افزایش انتظارات جامعه از خدمات سلامت و درمان، توجه و تمرکز بر روی بهبود کیفیت عملکرد بالینی و مراقبت از بیماران افزایش یافته است و پرستاران نقش حیاتی در اطمینان از کیفیت مراقبت بیمارستانی دارند^(۲،۳). برای ایفای این نقش حیاتی، پرستاران باید به توانایی خود در این زمینه باور داشته باشند. خودکارآمدی منعکس کننده باورهای فرد در خصوص توانایی‌هایش برای انجام رفتارهایی است که پیامدهای خاصی را به دنبال خواهند داشت. یکی از نظریه پردازانی که در این زمینه کار کرده Bandura است. خودکارآمدی به عنوان مهمترین سازه تئوری شناختی- اجتماعی Bandura، نقش پیش‌گویی کننده مهمی در عملکرد حرفه‌ای پرستاران دارد. واژه خودکارآمدی به عنوان عقاید شخصی فرد در مورد توانایی خویش برای سازگاری با موقعیت‌های خاص تعریف می‌شود. خودکارآمدی یعنی فرد می‌تواند بر موقعیتی تسلط یابد و پیامدهای مثبتی تولید کند. به عبارت دیگر در مجموع Bandura دیدگاهی را به رفتار انسان باز کرد که در آن باورهایی که افراد در مورد خود دارند، عنصر کلیدی در ایجاد کنترل و عامل بودن فردی محسوب می‌گردد^(۴). مفهوم خودکارآمدی حرفه‌ای به عنوان اعتقاد در توانایی انجام دادن صحیح نقش‌های حرفه‌ای تعریف می‌شود^(۵). حس خودکارآمدی به صورت مستقیم و غیر مستقیم بر روی عملکرد افراد تأثیر می‌گذارد. افرادی با خودکارآمدی پایین به دلیل اینکه اعتقاد دارند خطرات بالقوه قابل کنترل نیستند، بعضی از جنبه‌های محیطی را به عنوان عوامل خطرناک و آسیب

زننده در نظر گرفته و بنابراین مضطرب و ناراحت هستند، منتظر شکست در شغل‌شان هستند و از چالش‌ها پرهیز کرده و یا حتی کاملاً فرار می‌کنند^(۶). به نظر می‌رسد تئوری یادگیری شناختی اجتماعی می‌تواند یک چارچوب مناسب و با ارزش برای توسعه شایستگی پرستاری فراهم کند. بر اساس این تئوری رفتارها اغلب توسط عقاید افراد در مورد توانایی‌هایشان بیشتر قابل پیشگویی است، نسبت به چیزی که قادر به انجام دادن آن هستند. پرستاران نیاز دارند از توانایی خود جهت ارائه مراقبت حرفه‌ای از بیماران و تصمیم‌گیری‌های شغلی خود مطمئن باشند. همچنین باور داشته باشند که آنها می‌توانند نتایج مطلوب و مورد انتظار را ایجاد کنند. اگر پرستاران به توانایی‌های خود معتقد نباشند برای برانگیختن رفتارهای حرفه‌ای مورد انتظار، انگیزه کمی دارند^(۷،۸).

خودکارآمدی یک مفهوم شخصی، موقعیتی و وابسته به زمینه است. سطح پایین خودکارآمدی موجب ایجاد تصور عدم کفایت شخصی و در نتیجه افزایش سطح اضطراب و پرهیز از موقعیت‌های چالش‌آور می‌گردد. بر عکس شخص با سطح بالای خودکارآمدی، اهداف بالاتری را برای خود تنظیم می‌کند، تعهد بیشتری در رسیدن به این اهداف داشته و موجب هدایت انرژی‌اش جهت برآوردن تقاضاهای محیطی خواهد شد^(۹). در میان عوامل مؤثر بر عملکرد پرستاری انتظار می‌رود خودکارآمدی بیشترین تأثیر را داشته باشد. خودکارآمدی بالا موجب افزایش کیفیت مراقبت و نهایتاً موجب بهبود عملکرد فردی و سازمانی می‌گردد^(۱۰). تحقیقات پرستاری نشان داده که پرستارانی با درک خودکارآمدی بالاتر، عملکرد بهتری را نشان می‌دهند و نسبت به پرستارانی که خودکارآمدی پایین‌تری دارند مراقبت با کیفیت‌تری را ارائه می‌دهند و افزایش خودکارآمدی فاصله میان تئوری و عمل را کاهش خواهد داد و میان خودکارآمدی و کسب مهارت‌های بالینی ارتباط وجود دارد. از طرفی این پرستاران به کار خود تعهد بیشتری داشته، در مقابل مشکلات استقامت بیشتری نشان می‌دهند^(۷-۹،۱۱). پرستار با خودکارآمدی

شده است. چنانکه تحقیقات نشان می‌دهند بین درک خودکارآمدی و عملکرد کاری رابطه مثبت و معنی‌دار دیده می‌شود و ارزیابی پرستاران از خودکارآمدی راهنمایی مناسبی برای پیش‌بینی عملکرد بالینی آنان است. عدم موفقیت در عملکرد لزوماً ناشی از ضعف مهارت نیست و می‌تواند به باور افراد از توانایی بکار بردن این مهارت‌ها در عمل باشد. بنابراین بررسی و سنجش اعتقاد به توانایی ارائه مراقبت به بیمار یا همان میزان خودکارآمدی مراقبتی پرستاران بخصوص در بخش‌های تخصصی همچون بخش‌های کودکان با نیازهای مراقبتی خاص، می‌تواند به عنوان یک راهنما و شاخص ارزشیابی و اطمینان از کیفیت مراقبت پرستاری در بخش‌های کودکان مورد استفاده قرار گیرد. با بیان این نکته کلیدی که معیارهای خودکارآمدی بسیار اطلاع‌رساننده، پیشگویی‌کننده و کاربردی هستند، باوجود اهمیت این موضوع آگاهی از سطح خودکارآمدی مراقبتی پرستاران در حیطه‌های تخصصی همچون مراقبت از کودکان بسیار اندک است و مطالعاتی در این زمینه در کشور ما صورت نگرفته است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین درک خودکارآمدی مراقبتی پرستاران بالینی بخش‌های کودکان انجام شد.

روش بررسی

مقاله حاضر حاصل نتایج قسمت توصیفی-ت‌حلیلی یک مطالعه مصوب در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با کد اخلاق IR.Mui.Rec1392.3.258 در سال ۱۳۹۴ می‌باشد. جامعه مورد مطالعه پرستاران شاغل در بخش‌های کودکان بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (دو بیمارستان)، شهرکرد (دو بیمارستان)، شیراز (دو بیمارستان) و خوزستان (یک بیمارستان در شهر ایذه و یک بیمارستان در شهر باغملک) بودند. ۳۴۷ نفر از پرستاران شاغل در بخش‌های ارائه دهنده مراقبت به کودکان به عنوان نمونه‌های این پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس در یک دوره زمانی چهار

پایین ممکن است با تأخیر به ارائه مراقبت پردازد یا کلاً از انجام مراقبت شانه خالی کند و منجر به آسیب رسیدن به بیمار گردد. بنابراین تخمین صحیح پرستاران از خودکارآمدی، تأثیر نهفته خودکارآمدی بر عملکرد پرستاری را نشان می‌دهد^(۱۲). مطالعات نشان داده مواردی مانند دور بودن پرستاران از کنار تخت بیمار، جمع شدن در ایستگاه پرستاری به جای بودن با بیمار و عدم تمایل پرستاران در درگیر شدن در موقعیت‌های مراقبتی پرتنش، بازتابی از کمبود خودکارآمدی پرستاران است. همچنین بین میزان خودکارآمدی دانشجویان پرستاری و ترک تحصیل آنها از رشته پرستاری یک ارتباط معکوس و بین خودکارآمدی پرستاران و قصدشان برای ماندن در حرفه پرستاری یک ارتباط مثبت وجود دارد^(۱۳،۱۴). مطالعه شاکری‌نیا در این زمینه نشان داد، بین خودکارآمدی پرستاران و رضایتمندی بیماران از فرآیند درمان رابطه معنی‌داری وجود دارد^(۱۵). کارآمدی پرستاران در مراقبت کردن موجب افزایش کیفیت مراقبت بیماران می‌شود، این به آن معنی است که بیماران نتایج بهتری دریافت می‌کنند، سریع‌تر بهبود می‌یابند و زمان کمتری در بیمارستان خواهند بود، که خود موجب افزایش رضایت، اعتماد و اطمینان بیماران به سیستم ارائه مراقبت می‌گردد^(۱۶).

در حرفه‌های بهداشتی در حال پیشرفت، لازم است در ابتدا پرستاران خودشان را بشناسند. کیفیت کار مراقبتی فرد به این بستگی دارد که تا چه اندازه فرد خودش را می‌شناسد. به دلیل اینکه افراد با شناخت کامل خویش توان کمک کردن به دیگران را به دست می‌آورند. با توجه بیشتر به خودشان بهتر می‌توانند به ضعف‌ها و توانایی‌های خود پی ببرند و با آگاهی از ضعف‌های خویش، در صدد برطرف کردن آنها برآیند و از توانایی‌های خود نیز استفاده کنند^(۱۷).

در حالی که تعداد فزاینده‌ای از مطالعات به بررسی مفهوم خودکارآمدی گروه‌های آسیب‌پذیر و بیماران اختصاص یافته‌اند، اما خودکارآمدی پرستاران به عنوان بزرگترین گروهی که وظیفه مراقبت را بر عهده دارند، نادیده گرفته

Sherer محاسبه و مناسب ($F=0/72$) بود. ضریب آلفای کروناخ کلی ابزار ۰/۹۶ با دامنه (۰/۸۴ الی ۰/۹۳) بدست آمد. ثبات پرسشنامه از طریق آزمون مجدد و با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون در فاصله زمانی دو هفته برای عوامل ابزار ۰/۹۷-۰/۸۹ و برای کل ابزار ۰/۹۷ بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ استفاده شد. داده‌های حاصل از مطالعه با استفاده از آزمون‌ها و روش‌های آمار توصیفی و استنباطی (هستگی پیرسون، آزمون تی مستقل و تحلیل آنالیز واریانس) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که بیشتر واحدهای مورد پژوهش (۹۳/۱٪) زن و ۶۸ درصد آنها متأهل بودند. سن مشارکت کنندگان در دامنه ۲۰ تا ۵۳ با میانگین سنی ($6/25 \pm 31/12$) و سابقه کار در دامنه ۱ تا ۲۴ سال و میانگین ($7/65 \pm 7/21$) بود. از نظر سطح تحصیلات ۸۹/۳ درصد آنان مدرک کارشناسی داشتند. یافته‌های پژوهش نشان داد که امتیاز کلی خودکارآمدی مراقبتی از دیدگاه پرستاران کودکان ($22/27 \pm 226/40$)، کم‌ترین نمره ۱۲۴ و بالاترین نمره ۲۵۵ بود. در میان ابعاد چهار گانه خودکارآمدی مراقبتی، بالاترین میانگین نمره درک خودکارآمدی مراقبتی پرستاران کودکان با دقت به تعداد سوالات هر حیطه در بعد زبردستی و ارتباطی ($0/49 \pm 4/49$) و پایین‌ترین میانگین نمره درک خودکارآمدی مراقبتی در بعد مدیریت فرآیند مراقبت ($0/5 \pm 4/36$) مشاهده گردید (جدول شماره ۱).

ماه انتخاب شدند. بدین صورت که به دفاتر پرستاری بیمارستان‌های مورد نظر مراجعه و پس از گرفتن لیست اسامی کارکنان پرستاری این بخش‌ها، در شیفت‌های مختلف کاری در بخش مربوطه حضور و پرستاران دارای شرایط ورود به مطالعه با حداقل مدرک کاردانی پرستاری، حداقل سابقه یک سال کار در بخش کودکان و تمایل به شرکت در مطالعه را به عنوان نمونه پژوهش انتخاب و وارد مطالعه شدند. مطالعه حاضر با اخذ مجوز و معرفی نامه رسمی از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و همچنین اخذ معرفی نامه به بیمارستان‌های شهرستان‌های مذکور و پس از کسب رضایت آگاهانه از تمامی شرکت کنندگان انجام گرفت. به افراد شرکت کننده اطلاعات کامل در مورد هدف و نحوه اجرای پژوهش داده شد و افراد جهت شرکت در مطالعه مختار بودند. همچنین درج نشدن نام افراد در پرسشنامه‌ها تضمینی بر حفظ اطلاعات شخصی افراد بود.

داده‌ها از طریق پرسشنامه شامل دو بخش: ۱- فرم اطلاعاتی ویژگی‌های جمعیت شناختی، شامل ۱۹ سؤال (سن، جنس، وضعیت تأهل، سابقه کار، ...) و ۲- ابزار سنجش "خودکارآمدی مراقبتی پرستاران کودکان"، این ابزار شامل ۵۱ سؤال در چهار حیطه: مدیریت فرآیند مراقبت (۱۵ سؤال)، توانایی ارتباطی (۱۱ سؤال)، مراقبت انسان دوستانه (Altruism) (۱۳ سؤال) و زبردستی (۱۲ سؤال) در یک طیف لیکرت ۵ تایی (کاملاً مخالفم با امتیاز ۱ الی کاملاً موافقم ۵ با امتیاز) بوده که توسط محقق از طریق فرآیند ابزار سازی با تعیین روایی صوری، محتوی، ملاکی و سازه تدوین گردیده است. اعتبار همزمان ابزار با پرسشنامه خودکارآمدی عمومی

جدول شماره ۱: میانگین نمره درک خودکارآمدی مراقبتی پرستاران بخش‌های کودکان به تفکیک حیطه‌های ابزار خودکارآمدی مراقبتی

حیطه خودکارآمدی مراقبتی	میانگین	انحراف معیار	میانگین بر حسب تعداد سوالات	انحراف معیار
مراقبت انسان دوستانه	۵۷/۵۵	۶/۶۷	۴/۴۲	۰/۵۱
زبردستی	۵۳/۹۳	۵/۶۳	۴/۴۹	۰/۴۹
توانایی ارتباطی	۴۹/۴۲	۵/۳۹	۴/۴۹	۰/۴۹
مدیریت فرآیند مراقبت	۶۵/۴۸	۷/۵۰	۴/۳۶	۰/۵۰
خودکارآمدی مراقبتی کلی	۲۲۶/۴۰	۲۲/۲۷	۱۷/۷۸	۱/۷۴

کودکان گزارش کردند. اما بر اساس نتایج آزمون تی مستقل ارتباط معنی‌داری بین وضعیت تأهل و میانگین نمره درک خودکارآمدی مراقبتی پرستاران کودکان وجود نداشت ($P=0/292$) (جدول شماره ۲).

نتایج آزمون تی مستقل ارتباط معنی‌داری را بین جنسیت و درک خودکارآمدی مراقبتی نشان داد ($P=0/013$)، به این صورت که زنان پرستار کودکان نسبت به مردان درک بالاتری از خودکارآمدی خود در هنگام مراقبت کردن از

جدول شماره ۲: ارتباط جنسیت و وضعیت تأهل با نمره خودکارآمدی مراقبتی پرستاران بخش‌های کودکان

جنس	نمره خودکارآمدی مراقبتی	تعداد	میانگین	انحراف معیار	نتیجه آزمون
مرد	۳۲۲	۱۷/۸۳	۱/۷۵	$t=2/49$	
زن	۲۳	۱۶/۹۰	۱/۴۲	$*P=0/013$	
مجرد	۱۰۵	۱۷/۶۱	۱/۷۹	$t=-1/05$	
متأهل	۲۳۵	۱۷/۸۳	۱/۷۲	$P=0/292$	

($P<0/001$). پرستاران علاقمند به کار در بخش کودکان و دارای رضایت کاری، درک خودکارآمدی مراقبتی خود را بالاتر گزارش نمودند (جدول شماره ۳).

بر اساس نتایج آزمون تی مستقل بین نمره کلی درک خودکارآمدی مراقبتی، علاقه پرستاران به کار در بخش کودکان و همچنین رضایت کاری پرستاران از بخش کودکان، ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود داشت

جدول شماره ۳: ارتباط نمره خودکارآمدی مراقبتی با علاقه و رضایت پرستاران به کار در بخش کودکان

علاقه و رضایت داشتن به کار در بخش کودکان	نمره خودکارآمدی مراقبتی	تعداد	میانگین	انحراف معیار	نتیجه آزمون
علاقه (بلی)	۲۴۱	۱۸/۰۵	۱/۶۰	$t=4/94$	
علاقه (خیر)	۹۸	۱۷/۰۵	۱/۹۰	$*P=0/000$	
رضایت (بلی)	۲۳۱	۱۸/۰۴	۱/۵۹	$t=4/31$	
رضایت (خیر)	۱۰۸	۱۷/۱۷	۱/۹۳	$*P=0/000$	

مراقبتی پرستاران کودکان وجود نداشت ($P=0/013$) (جدول شماره ۴).

بر اساس نتایج آزمون آنالیز واریانس ارتباط معنی‌داری بین سطح تحصیلات و میانگین نمره درک خودکارآمدی

جدول شماره ۴: ارتباط نمره خودکارآمدی مراقبتی و سطح تحصیلات پرستاران بخش‌های کودکان

سطح تحصیلات	نمره خودکارآمدی مراقبتی	تعداد	میانگین	انحراف معیار	نتیجه آزمون
فوق دیپلم	۱۹	۱۷/۲۳	۱/۴۴	$F=1/138$	
کارشناسی	۳۰۸	۱۷/۸۱	۱/۷۵	$P=0/322$	
کارشناسی ارشد	۱۸	۱۷/۵۵	۱/۸۴		

غیرمترقبه از خودکارآمدی متوسط برخوردارند^(۱۹). قدمگاهی و همکاران نیز در مطالعه توصیفی- مقطعی خود در سال ۱۳۹۰ که با بکارگیری پرسشنامه خودکارآمدی کارکنان پرستاری در کنترل عفونت‌های تنفسی بر روی ۱۳۵ نفر از پرسنل شاغل در بیمارستان‌های منتخب مشهد انجام شد به این نتیجه رسیدند که ۷۴/۸ درصد از کارکنان خودکارآمدی خوبی داشتند^(۲۰). نتایج مطالعه حاضر در تأیید مطالعات یاد شده نشان داد که پرستاران در حیطه‌های مختلف درک خودکارآمدی خوبی را گزارش کردند و درک خود را در اکثر حیطه‌های درک خودکارآمدی مراقبتی رضایت بخش بیان کردند، این نتایج نماینگر این نکته است که پرستاران در بخش‌های کودکان به توانایی‌های خود جهت مراقبت کردن از کودکان باور دارند.

در جهت تعیین میانگین نمره خودکارآمدی مراقبتی پرستاران بخش‌های کودکان در حیطه‌های مختلف، نتایج نشان داد که امتیاز درک خودکارآمدی مراقبتی پرستاران کودکان در حیطه مدیریت فرآیند مراقبت $7/5 \pm 65/48$ است. در همین رابطه، خودکارآمدی بالینی دانشجویان پرستاری سال آخر بر اساس مطالعه چراغی با استفاده از پرسشنامه با لیکرت ۵ تایی، در حیطه تشخیص پرستاری $2/01 \pm 61/8$ ، حیطه برنامه‌ریزی مراقبتی $1/71 \pm 58/93$ ، حیطه اجرای برنامه مراقبتی $1/59 \pm 64/93$ و حیطه ارزشیابی برنامه مراقبتی $1/94 \pm 59/19$ گزارش شده است^(۲۱). نتایج مطالعه ما نشان داد که درک خودکارآمدی مراقبتی پرستاران کودکان همانند مطالعه چراغی خوب بوده و پرستاران کودکان نیز، به قابلیت‌های خود در حیطه‌های مورد نظر معتقد بودند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که پرستاران کودکان این مطالعه در میان چهار حیطه درک خودکارآمدی مراقبتی، در حیطه زبردستی و توانایی ارتباطی درک بالاتر داشتند و خود را در این حیطه‌ها توانمندتر ارزیابی نمودند. مطالعه Karabacak و همکاران در سال ۲۰۱۳ نشان داد که دانشجویان پرستاری با سطوح بالای خودکارآمدی،

همچنین بر اساس نتایج آزمون همبستگی پیرسون بین نمره کلی سن، سابقه کار پرستاران و نمره خودکارآمدی مراقبتی کودکان ارتباط معنی‌داری وجود نداشت ($P > 0/05$) (جدول شماره ۵).

جدول شماره ۵: ارتباط نمره خودکارآمدی مراقبتی و سن و سابقه کاری پرستاران بخش‌های کودکان

متغیر	نمره خودکارآمدی مراقبتی
همبستگی پیرسون	۰/۰۴۵
سن	۰/۴۱۷
تعداد	۳۲۸
همبستگی پیرسون	۰/۰۲۶
سابقه کاری	۰/۶۳۹
تعداد	۳۳۷

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج محاسبه نمره درک خودکارآمدی مراقبتی در حیطه‌های مختلف نشان داد که میانگین نمره خودکارآمدی مراقبتی در این حیطه‌ها یکسان نیست. در میان چهار حیطه ارزیابی درک خودکارآمدی مراقبتی، پرستاران کودکان در حیطه مدیریت فرآیند مراقبت نمره پایین‌تری را کسب کردند. نتایج این مطالعه نشان داد که مشارکت کنندگان در این مطالعه سطح درک خودکارآمدی مراقبتی کلی خود را خوب گزارش کردند. میانگین نمره کلی خودکارآمدی در مطالعه‌ای که توسط Lee و همکاران با استفاده از یک ابزار ۱۰ آیتمی با طیف لیکرت ۵ تایی، $(4/56) (35/66)$ گزارش گردید^(۱۰). در این مطالعه نیز پرستاران سطح خودکارآمدی خود را بالا گزارش کردند. همچنین Chang و همکاران با استفاده از ابزار خودکارآمدی عمومی به ارزیابی خودکارآمدی پرستاران در بیمارستان‌های عمومی تایوان پرداختند و میانگین سطح خودکارآمدی ۳۱۴ پرستار مشارکت کننده در این مطالعه $3/32 \pm 23/49$ نیز خوب گزارش شده است^(۱۸). نتایج مطالعه توصیفی برهانی و همکارانش با استفاده از ابزار خودکارآمدی پرستاران در مقابله با حوادث، نشان داد که پرستاران در مواجهه با حوادث

پرستاران جایگاه ارزنده دارند. پرستارانی که از خودکارآمدی بیشتری برخوردارند می‌توانند با جلب نظر بیماران و همراهانشان به همکاری و تداوم درمان کمک کنند^(۱۵). نتایج مطالعه ما نیز با تأکید مشارکت کنندگان بر توانایی ارتباطی به عنوان یکی از ابعاد اصلی خودکارآمدی مراقبتی در پرستاران کودکان مشابه مطالعات اخیر است.

این مطالعه بر مبنی تأکید تئوری شناختی- اجتماعی Bandura به نیاز ارزیابی خودکارآمدی بصورت جداگانه در رفتارهای مختلف حرفه‌ای پایه گذاری شده است. با توجه به خاص بودن و احترام به مهارت‌ها و دانش درون حیطه حرفه پرستاری، اندازه‌گیری خودکارآمدی پرستاری اهمیت و کاربرد دارد. پرستاری به عنوان یک رشته پدیدار شده جهت پیشرفت، نیاز به توسعه دانش در فرآیندهای اصلی و مرکزی پرستاری یعنی مفهوم مراقبت دارد. مطالعه بر روی مفهوم مراقبت، به عنوان قلب و ارزش اساسی حرفه‌ای پرستاری منجر به توسعه علم و دانش پرستاری خواهد شد و زمینه‌ای مهم برای توسعه دانش جهت راهنمایی عملکرد بالینی و تحقیق در پرستاری را فراهم می‌کند. با توجه به دیدگاه

Bandura درک سازه خودکارآمدی در هر موقعیتی و در هر زمینه کاری اختصاصی است. بنابراین مقیاس‌های خودکارآمدی ضرورتاً باید اختصاصاً یک حیطه خاص از عملکرد و در بسیاری از موارد جمعیت‌های مشخصی را در برگیرد. خودکارآمدی پرستاران در ایفای نقش مؤثر و فراهم آوردن مراقبت‌های مورد نیاز به مددجویان بخصوص مددجویانی مانند کودکان که توانایی دفاع از حقوق خود را ندارند، تأثیر بسزایی دارد. بنابراین نیاز به ارزیابی خودکارآمدی حرفه پرستاری در خصوص مهمترین عملکرد و نقش حرفه‌ای پرستاران که همان مراقبت از بیماران می‌باشد بخصوص در حیطه‌های تخصصی همچون مراقبت پرستاری از کودکان قابل توجیح است. از سوی دیگر خود ارزیابی به پرستاران این اجازه را می‌دهد تا خودکارآمدی خود را در محیطی که در آن مشغول به کار هستند، مورد توجه قرار داده و در

مهارت‌های روانی- حرکتی بالاتری دارند^(۲۲). همچنین مطالعه Lauder تأکید دارد که بین خودکارآمدی دانشجویان پرستاری و شایستگی‌های مهارت‌های روانی- حرکتی ارتباط مثبت وجود دارد^(۲۳). مطالعه Robb بیانگر این است که افزایش خودکارآمدی درک شده دانشجویان پرستاری به کاهش فاصله بین تئوری و عمل کمک خواهد کرد و میان خودکارآمدی و کسب مهارت‌های بالینی ارتباط مثبت وجود دارد^(۹). همچنین نتایج پژوهش Lee نیز نشان داد که یکی از عوامل مهم در عملکرد پرستاران، درک خودکارآمدی است و این مفهوم با عملکرد پرستاران ارتباط مثبت دارد^(۱۰). نتیجه مطالعه برهانی و همکاران نشان داد که یکی از شاخص‌هایی که با نحوه عملکرد پرستاران در شرایط واقعی حادثه رابطه نزدیکی دارد، احساس خودکارآمدی پرستاران است^(۱۹). نتایج تحقیق Le Blanc و همکاران بر روی ۳۷۲ نفر از پرستاران در بخش کودکان نشان داد که خودکارآمدی در پرستاری پیش‌بینی کننده و بهبود رفتارهای عملکرد حرفه‌ای و انجام عملکرد مسلط است^(۲۴). نتایج این مطالعات نشان می‌دهد که بین درک خودکارآمدی و عملکرد بالینی پرستاران ارتباط وجود دارد و نتایج مطالعه ما نیز نشان داد که با نمره خوب درک خودکارآمدی پرستاران کودکان، بعد زبردستی بالاترین نمره را کسب نموده است.

حرفه پرستاری درون یک سیستم اجتماعی اجرا می‌شود و پرستاران جهت ارئه مراقبت باید یک رویکرد ارتباطی داشته و قادر به برقرای ارتباطات شخصی باشند^(۲۵). علاوه نتایج تحقیق Le Blanc و همکاران بر روی ۳۷۲ نفر از پرستاران بخش‌های ویژه نشان داد که بین خودکارآمدی و توانایی برقراری ارتباط درمانی با بیماران و داشتن ارتباطات همکارانه و حرفه‌ای با سایر پرستاران و با تیم درمان بخصوص با پزشکان ارتباط مثبت وجود دارد^(۲۴). همچنین شاکری نیا و همکاران در مطالعه خود تأکید داشتند، در تعامل سازنده با بیماران و برقراری ارتباط به بیماران و خانواده آنها، باورهای خودکارآمدی

تعارض منافع: در این مطالعه در بین نویسندگان هیچ تعارض نافی وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان جهت تصویب طرح پژوهشی مصوب حاضر با شماره ۳۹۲۲۵۸، از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شیراز و خوزستان و دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد جهت همکاری و همچنین از تمامی پرستاران که وقت گرانبهای و تجارب ارزشمند خود را در اختیار ما قرار دادند، صمیمانه تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

جهت اصلاح و بهبود آن اقدام نمایند. همچنین این شیوه ارزیابی پرستاران را تشویق می‌کند تا نقش فعال‌تری در ارتقاء حرفه‌ای خود داشته باشند.

از محدودیت‌های این مطالعه دسترسی بسیار محدود به پرستاران بخش‌های کودکان با توجه به تعداد محدود بخش‌های کودکان در بیمارستان‌ها می‌باشد. جهت مقابله با این محدودیت و افزایش حجم نمونه، نمونه‌گیری در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی چهار شهر اصفهان، شهرکرد، شیراز، ایذه و باغملک با توجه به قابلیت دسترسی برای تیم تحقیق انجام گردید. سعی شد با نمونه‌گیری در چند شهر قابلیت تعمیم پذیری نتایج افزایش یابد، هر چند هنوز یکی از محدودیت‌های این مطالعه تعمیم پذیری نتایج مطالعه اخیر به پرستاران کل کشور می‌باشد.

فهرست منابع

1. Papastavrou E, Efstathiou G, Charalambous A. Nurses' and patients' perceptions of caring behaviours: quantitative systematic review of comparative studies. *J Adv Nurs*. 2011;67(6):1191-205.
2. Duffy JR. Quality caring in nursing: Applying theory to clinical practice, education, and leadership: Springer Publishing Company; 2008.
3. Lloyd H, Hancock H, Campbell S. Vital Notes for Nurses: Principles of Care: Wiley-Blackwell; 2011.
4. Zulkosky K, editor Self-efficacy: a concept analysis. *Nurs Forum*; 2009;44(2):1744-6198. Wiley Online Library.
5. Townsend L, Scanlan JM. Self-efficacy related to student nurses in the clinical setting: a concept analysis. *Int J Nurs Educ Scholarsh*. 2011;8(1).
6. Rezayat F, Nayeri ND. [Self-efficacy after life skills training: a case-control study]. *Nursing and midwifery studies*. 2013;2(4):83-8. Persian
7. Desbiens JF, Gagnon J, Fillion L. Development of a shared theory in palliative care to enhance nursing competence. *J Adv Nurs*. 2012;68(9):2113-24.
8. Lee P-Y, Dunne MP, Chou F-H, Fraser JA. Development of the child abuse and neglect reporting self-efficacy questionnaire for nurses. *The Kaohsiung journal of medical sciences*. 2012;28(1):44-53.
9. Robb M, editor Self-efficacy with application to nursing education: A concept analysis. *Nurs Forum*; 2012; 47(3):166-72 Wiley Online Library.
10. 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.
11. 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.
12. Stump GS, Husman J, Brem SK. The nursing student self-efficacy scale: development using item response theory. *Nurs Res*. 2012;61(3):149-58.
13. Chang AM, Crowe L. Validation of scales measuring self-efficacy and outcome expectancy in evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2011;8(2):106-15.
14. Manojlovich M. Promoting nurses' self-efficacy: a leadership strategy to improve practice. *J Nurs Adm*. 2005;35(5):271-8.

15. Shakerinia I. [Relation of emotional intelligence and Self-Efficacy beliefs of nurses who worked in the emergency department with patients' satisfaction from the treatment process]. *Journal of hospital*. 2011;9(3):15-22. Persian
16. Lloyd H, Hancock H, Campbell S. *Vital notes for nurses: Principles of care*: John Wiley & Sons; 2011.
17. Phillips KD. *Adaptation model*. Nursing Theorists and Their Work-E-Book. 2013:335.
18. Chang Y, Wang PC, LI HH, Liu YC. Relations among depression, self-efficacy and optimism in a sample of nurses in Taiwan. *J Nurs Manag*. 2011;19(6):769-76.
19. Borhani F, Abbaszadeh A, Kohan S. [Correlation of self-efficacy of nurses to deal with unexpected events with the demographic characteristics of the nurses]. *Journal Of Health Promotion Management (JHPM)*. 2012;1(1):0. Persian
20. Roh YS, Lee WS, Chung HS, Park YM. The effects of simulation-based resuscitation training on nurses' self-efficacy and satisfaction. *Nurse Educ Today*. 2013;33(2):123-8.
21. Haghani F, Asgari F, Zare S, Mahjoob-Moadab H. [Correlation between self-efficacy and clinical performance of the internship nursing students]. *Research in medical education*. 2013;5(1):22-30. Persian
22. 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.
23. Lauder W, Watson R, Topping K, Holland K, Johnson M, Porter M, et al. An evaluation of fitness for practice curricula: self-efficacy, support and self-reported competence in preregistration student nurses and midwives. *J Clin Nurs*. 2008;17(14):1858-67.
24. Le Blanc PM, Bakker AB, Peeters MC, van Heesch NC, Schaufeli WB. Emotional job demands and burnout among oncology care providers. *Anxiety, Stress and Coping*. 2001;14(3):243-63.
25. Corbin J. Is caring a lost art in nursing? *Int J Nurs Stud*. 2008;45(2):163.

Caring Self-efficacy Perception in Pediatric Wards Nurses

Bahrami M. PhD¹

*Alavi A. PhD²

Zargham-Boroujeni A. PhD³

Abstract

Background & Aim: Nurses, who are considered to be the largest group of professional health care providers, face the challenge of maintaining, promoting, and providing quality nursing care. Among the factors affecting nursing performance, self-efficacy has been expected to have the greatest influence. However, the perception of caring self- efficacy was not considered in pediatric wards nurses and no research has been done in this field in Iran. This study was conducted to survey the perception of caring self-efficacy by pediatric wards nurses.

Materials & Methods: In this descriptive-analytic study in 2015, 348 nurses, working in pediatric wards in Isfahan, Shahr-e Kord, Shiraz, BaghMalek and Izeh, were selected through simple sampling. The data were collected using pediatric caring self-efficacy instrument which was developed during an Instrument-making process by researchers. The concurrent validity of this tool was measured with Sherer's general self-efficacy questionnaire ($r = 0.72$); Cronbach's alpha correlation coefficient was measured at 0.96; and the consistency of this instrument was measured at 0.97. Statistical analysis was done using descriptive and analytical statistics, with SPSS v.18.

Results: The results of this study showed that pediatric nurses have a good caring self-efficacy perception. According to the results, factors such as gender, nurses' interest in working in the children wards, and also nurses' satisfaction had a significant correlation with average score caring self-efficacy ($P < 0.05$).

Conclusion: This study can determine issues and topics to increase pediatric nurses' caring self- efficacy perception and can be used as a guide for designing training courses for nurses in children's departments.

Keywords: Self-efficacy, Caring, Pediatric wards, Nurses.

Received: 16 Jan 2018

Accepted: 17 Jun 2018

¹. Associate, Nursing and Midwifery Care Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical sciences, Isfahan, Iran.

². Assistant, Faculty Of Nursing and Midwifery, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran. (*Corresponding author) Tel: 038-33361003 Email:azam_alavi92@yahoo.com

³. Associate, Nursing and Midwifery Care Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical sciences, Isfahan, Iran.