

بررسی همبستگی خودکارآمدی با عملکرد بالینی دانشجویان پرستاری

دکتر فاطمه چراغی*، دکتر پررخیده حسنی**، هدیه ریاضی***

دریافت: ۹۰/۳/۱۶، پذیرش: ۹۰/۶/۲۷

چکیده:

مقدمه و هدف: خودکارآمدی ریشه در نظریه شناختی - اجتماعی بندورا دارد. پژوهش حاضر براساس نظریه بندورا و با هدف تعیین همبستگی خودکارآمدی با عملکرد بالینی پرستاری دانشجویان سال آخر انجام شد.

روش کار: پژوهش همبستگی حاضر با نمونه ای متشکل از ۲۰۷ دانشجوی پرستاری سال آخر انجام شد. ابزارهای پژوهش شامل " خودکارآمدی عملکرد بالینی" با ۳۷ عبارت در چهار حیطه و مقیاس لایکرت ۱۰۰-۰ و "عملکرد بالینی پرستاری" با ۵ سناریوی موردی و ۱۵ سوال چهار گزینه ای بود. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه "خودکارآمدی عملکرد بالینی" $\alpha = 0.96$ با دامنه بین $0.92 - 0.90$ ، پایایی آزمون مجدد با فاصله دو هفته $r = 0.94$ بود. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه "عملکرد بالینی پرستاری" $\alpha = 0.78$ و پایایی آزمون مجدد $r = 0.81$ بود.

نتایج: یافته ها نشان داد که بین "خودکارآمدی عملکرد بالینی" با "عملکرد بالینی پرستاری" ($r = 0.425, p < 0.01$) همبستگی مثبت و معنادار آماری مشاهده شد.

نتیجه نهایی: با توجه به میانگین درصد نمرات واحدهای مورد پژوهش، خودکارآمدی و عملکرد بالینی دانشجویان سال چهارم پرستاری متوسط بود. همچنین بین "خودکارآمدی عملکرد بالینی" با "عملکرد بالینی" دانشجویان پرستاری همبستگی وجود داشت. لذا، عوامل غیردرسی، مانند خودکارآمدی، در عملکرد دانشجویان، بخصوص در بالین، نقش مهمی را بر عهده دارند.

کلید واژه ها: خودکارآمدی / عملکرد بالینی پرستاری / همبستگی

مقدمه:

نظریه خودکارآمدی، ریشه در نظریه شناختی اجتماعی بندورا دارد (۵). نظریه شناختی (Social Cognitive Theory) اجتماعی، چارچوب جامعی برای درک رفتار اجتماعی و تبیین عملکرد انسان ها ارائه می دهد (۶). بندورا (۱۹۸۶) در این نظریه تصویری از رفتار انسانی را ترسیم می کند که مهمترین عنصر آن، خودکارآمدی است (۷). بندورا (۱۹۸۶) خودکارآمدی را باور فرد به توانایی انجام عملکردهای مورد نظر، تعریف نموده است (۸). به عبارت دیگر، خودکارآمدی، به درک فرد از توانایی انجام مؤثر و شایسته وظیفه یا وظایف خاص اشاره دارد (۹). خودکارآمدی، واسطه بین دانش و رفتار نیز هست و با

آموزش بالینی در نظام آموزش پرستاری از جایگاه ویژه ای برخوردار است (۱). هر تجربه بالینی فقط یادگیری صرف یک دانش یا مهارت عملی خاص نیست، بلکه اطمینان دانشجو به قابلیت های حرفه ای خود را افزایش می دهد (۲) و هدف اصلی آن، رساندن دانشجویان به بالاترین سطح یادگیری، یعنی شایستگی حرفه ای است (۳) یکی از نظریه هایی که می توان برای سنجش درجه اطمینان در انجام مهارت های بالینی دانشجویان مورد استفاده قرار داد، نظریه خودکارآمدی بندورا (Bandura's Self-Efficacy Theory) است (۴).

* استادیار گروه پرستاری کودکان دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی همدان (f-cheraghi@yahoo.com)

** استادیار گروه تحصیلات تکمیلی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شهید بهشتی

*** عضو هیأت علمی گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی همدان

شناسایی مسائل و کاستی های موجود در آموزش بالینی دانشجویان و اقدام به رفع و اصلاح آن موجب دستیابی بهتر به اهداف آموزشی، تربیت افراد خودکارآمد و ماهر و همچنین ارتقای کیفیت خدمات مراقبتی می گردد. پژوهش های انجام شده در زمینه آموزش بالینی پرستاری، بیشتر به مسائل محیطی و ارتباطی مطرح در محیط های بالینی، از جمله فقدان تسهیلات و امکانات آموزشی مناسب، عدم هماهنگی و احترام از سوی کارکنان بیمارستان، عدم توجیه کافی کارکنان در مورد جایگاه دانشجوی پرستاری در بالین پرداخته اند (۲۶-۲۳) و به یادگیرنده به عنوان عنصری کارآمد و فعال توجه کافی نشده است. آموزش و تجربیات بالینی باید بتوانند خودکارآمدی را در دانشجو ارتقا دهند و او را به فردی تبدیل کنند، تا در پایان دوره تحصیلی خود، قادر باشد مهارت های مختلف فرا گرفته را با کفایت و اطمینان به توانمندی های خود اجرا نماید. مطالعه حاضر با هدف تعیین همبستگی خودکارآمدی با عملکرد بالینی دانشجویان پرستاری انجام شد تا بتوان با توجه به تواناییهای یادگیرنده در فرآیند یاددهی-یادگیری، در چارچوب نظریه شناختی-اجتماعی بندورا، در جهت ارتقای توانمندی های بالینی دانشجویان، از آن بهره جست.

روش کار:

پژوهش حاضر از نوع پژوهش همبستگی بود. از روش سرشماری جهت تعیین اندازه نمونه استفاده شد. بدین ترتیب، از جامعه ۲۴۳ نفری دانشجویان پرستاری سال آخر مشغول تحصیل در سه دانشگاه تهران، ایران و شهید بهشتی، ۲۰۷ دانشجو که به طور کامل ابزارهای پژوهش را تکمیل نمودند، نمونه پژوهش را تشکیل دادند (میزان پاسخدهی ۸۵ درصد).

ابزار های گردآوری داده ها پرسشنامه "خودکارآمدی عملکرد بالینی" و "عملکرد بالینی پرستاری" نام داشتند که متناسب با انتظارات از دانشجویان سال آخر کارشناسی پرستاری تدوین و روانسنجی گردید. ابزار "خودکارآمدی عملکرد بالینی" با ۳۷ عبارت و چهار حیطه، "بررسی

شایستگی حرفه ای در ارتباط است (۱۰،۱۱). حس قوی خودکارآمدی به تلاش و پشتکار برای کسب موفقیت منجر می گردد (۸،۱۲).

سازه خودکارآمدی در محیط های آموزشی از اهمیت ویژه ای برخوردار است؛ زیرا طبق نظر بندورا، اینگونه محیط ها بر ای رشد و شکل گیری خودکارآمدی مناسب هستند (۱۳). در محیط های تحصیلی، خودکارآمدی به باورهای دانشجو در ارتباط با توانایی انجام وظایف درسی تعیین شده اشاره دارد. دانشجویانی که معتقدند در تحصیل می توانند موفق باشند، تمایل، تلاش و استقامت بیشتری در انجام وظایف درسی نشان می دهند و به توانایی خود، اطمینان بیشتری دارند (۱۲،۱۴). یافته های حاصل از مطالعات، حاکی از آنند که خودکارآمدی بر کسب دانش (۷)، رشد و بهبود مهارت ها (۱۵). و همچنین، در بکارگیری دانش و مهارت های علمی و حرفه ای نقش دارد (۱۶).

در آموزش پرستاری، به خصوص در آموزش بالینی، مطالعات بسیار کمی بر روی خودکارآمدی دانشجویان پرستاری انجام شده است (۱۷). همچنین، مطالعات اندکی، نقش خودکارآمدی بر عملکرد درسی و بالینی را به طور مجزا بررسی کرده اند (۱۸). هاروی و مک مور ای نشان داده اند که احتمال کسب نمرات کمتر از حد قبولی در واحدهای درسی بین دانشجویان پرستاری با خودکارآمدی کم نسبت به دانشجویان دارای خودکارآمدی زیاد، بیشتر است (۱۹). عدم موفقیت در عملکرد لزوماً ناشی از ضعف عملکردی نیست، اما خودکارآمدی کم افراد، عاملی برای استفاده نامؤثر از مهارت های فراگرفته شده است (۲۰). لنت و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه بر روی متغیرهای واسطه ای مرتبط با آموزش، دریافتند که خودکارآمدی بالا می تواند به بهبود روش های یادگیری دانشجویان کمک کرده و برآیندهای پیشرفت را پیش بینی کند (۲۱). نظریه خودکارآمدی بندورا راهی را نشان می دهد که از طریق آن می توان اطلاعاتی از سطح خودکارآمدی افراد کسب نمود، زیرا خودکارآمدی بر مبنای پیشرفت ها و موفقیت های قبلی فرد بنا نهاده شده است (۲۲).

نتایج:

در این مطالعه ۱۵۶ نفر از واحدهای مورد پژوهش (۷۵/۴ درصد) زن و ۵۱ نفر (۲۴/۶ درصد) مرد بودند. دامنه سنی از ۲۰ تا ۳۱ سال با میانگین سنی ۲۲/۵۴ (انحراف معیار ۱/۵) بود. ۱۰۴ نفر (۵۰/۲ درصد) از واحدهای مورد پژوهش در نیمسال هفت و ۱۰۳ نفر (۴۹/۸ درصد) در نیمسال هشت تحصیلی مشغول به تحصیل بودند. معدل شش نیمسال گذشته واحدهای مورد پژوهش بین ۱۹/۵- با میانگین ۱۶/۶۸ (انحراف معیار ۱/۲) و معدل کارآموزی شش نیمسال گذشته بین ۱۲-۱۸/۲ با میانگین ۱۵/۷۵ (انحراف معیار ۱/۲) بود. ۵۴ نفر از واحدهای مورد پژوهش (۲۶/۱ درصد) دارای تجربه کار دانشجویی بین ۸-۱ ماه با میانگین ۲/۷۸ ماه (انحراف معیار ۲/۰۲) بودند.

یافته‌ها نشان داد که میانگین (انحراف معیار) درصد نمرات خودکارآمدی در عملکرد بالینی واحدهای مورد پژوهش، درحیطه "بررسی بیمار" ۶۱/۸ (۱/۴۸)، در حیطه تشخیص پرستاری ۶۱/۵۹ (۲/۰۱)، در حیطه ریزی مراقبت‌های پرستاری ۵۸/۹۳ (۱/۷۱)، در حیطه اجرای برنامه مراقبتی ۶۴/۹۳ (۱/۵۹) و در حیطه ارزشیابی برنامه مراقبتی ۵۹/۱۹ (۱/۹۴) و همچنین، میانگین درصد نمرات واحدهای مورد پژوهش در کل ابزار "خودکارآمدی در عملکرد بالینی" (مجموع حیطه‌ها) ۵۳/۱۶ با انحراف معیار ۱۲/۵۵ و دامنه بین ۸۰/۸۵-۷/۹۵ بوده است. در این بین، بیشترین میانگین (انحراف معیار) درصد نمرات واحدهای مورد پژوهش مربوط به حیطه "اجرای برنامه مراقبتی" ۶۳/۹۳ (۱/۵۹) و کمترین میانگین (انحراف معیار) درصد نمرات واحدهای مورد پژوهش مربوط به حیطه "برنامه ریزی برنامه مراقبتی" ۵۸/۹۳ (۱/۷۱) بوده است. (جدول ۱).

همچنین میانگین (انحراف معیار) درصد نمرات عملکرد بالینی پرستاری واحدهای مورد پژوهش ۵۶/۴۳ (۲۲/۹۸) و دامنه بین ۱۰۰-۱۴/۲۹ بوده است (جدول ۲). نتایج ضریب رگرسیون نشان داد بین "خودکارآمدی در عملکرد بالینی" با "عملکرد بالینی پرستاری" ($p < 0/001$)، همبستگی مثبت و معنادار آماری وجود دارد. ($r = 0/425$)

بیمار"، "تشخیص پرستاری"، "برنامه ریزی برنامه مراقبتی"، "اجرای برنامه مراقبتی" و "ارزشیابی برنامه مراقبتی"، در مقیاس پنج درجه ای لایکرت ۱۰۰-۰ (کاملاً مخالفم؛ مخالفم؛ بی نظرم؛ تاحدی موافقم؛ موافقم)، تدوین شد (۲۷).

سوالات پرسشنامه "عملکرد بالینی پرستاری" با توجه به مهارت‌های مورد انتظار از دانشجویان، اهداف "کارآموزی در عرصه" مصوبه شورای آموزش عالی و برنامه ریزی در سال ۱۳۸۴ و براساس محتوای کتاب‌های مرجع پرستاری و کتاب‌های "مرور امتحان کسب اعتبار نامه شورای ملی برای پرستاران بالینی" (نکلکس-آران) امریکا و کانادا که در سطح بین‌المللی مورد پذیرش می‌باشند، انتخاب شدند. با همکاری سه مدرس پرستاری، پنج سناریوی موردی، در پنج حیطه درسی اصلی شامل: پرستاری کودکان، داخلی، بهداشت مادر و نوزاد، جراحی و بهداشت روان و برای هر سناریوی موردی، سه سوال طرح شد. سعی شد تا سوالات تمامی مراحل فرآیند پرستاری و سطوح بالاتر شناختی (تحلیل و کاربرد) را در بر گیرند. بدین ترتیب، ۱۵ سوال چهار گزینه ای انتخاب شد. هر جواب صحیح در سطح کاربرد دو نمره و به باقی سوالات یک نمره تعلق گرفت. مجموع جواب‌های صحیح، نمره کل محسوب شد. در صورتی که غیر از گزینه صحیح و یا بیش از یک گزینه انتخاب و یا اصلاً گزینه ای انتخاب نشده باشد، پاسخ اشتباه محسوب شده و نمره ای به آن تعلق نگرفت.

اعتبار محتوا و اعتبار صوری ابزارها توسط بیست عضو هیئت علمی پرستاری تعیین و تغییرات مطرح شده اعمال شد. اعتبار همزمان ابزار "خودکارآمدی عملکرد بالینی" و "خودکارآمدی عمومی" مناسب بود ($p < 0/01$, $r = 0/73$). ضریب آلفای کرونباخ ابزار نهایی "خودکارآمدی عملکرد بالینی" $\alpha = 0/96$ با دامنه بین ۰/۹۲-۰/۹۰، آزمون مجدد با فاصله دو هفته نمایانگر ثبات مناسب آن ($r = 0/94$) بود (۲۷). ضریب آلفای کرونباخ ابزار نهایی "عملکرد بالینی پرستاری" $\alpha = 0/72$ و آزمون مجدد نمایانگر ثبات مناسب آن ($r = 0/81$) بود.

دانشجویان سال چهارم پرستاری تقریباً متوسط ارزیابی شد. زیرا، میانگین درصد نمرات خودکارآمدی عملکرد بالینی واحدهای مورد پژوهش ۵۳/۱۶ با انحراف معیار ۱۲/۵۵ و میانگین درصد نمرات عملکرد بالینی پرستاری واحدهای مورد پژوهش ۵۶/۴۳ با انحراف معیار ۲۲/۹۸ بوده است. حق باقری و همکاران (۲۰۰۴) در پژوهش خود، ضمن اشاره به این نکته که خودکارآمدی با القاء احساس کنترل و توانایی تأثیر بر محیط، توانایی تصمیم گیری مستقل را افزایش می دهد، بیان داشتند که بنابر نظر شرکت کنندگان، خودکارآمدی همراه با مهارت بالینی، به پرستاران حس کفایت می دهد. احساس کفایت، آنها را خلاق می سازد و می توانند تصمیمات کارآمدتری برای کمک به مددجو اتخاذ کنند (۳۰). بعلاوه، مهارت مراقبت بالینی، در جوامع مختلف به عنوان یکی از شایستگی های اصلی پرستاری حرفه ای تعریف و پذیرفته شده است (۳۱).

نتایج پژوهش حاضر نشان دهنده همبستگی مثبت و معنادار آماری بین "خودکارآمدی در عملکرد بالینی" با "عملکرد بالینی پرستاری" بود ($r = ۰/۴۲۵, p < ۰/۰۰۱$). اکثر پژوهش ها در حوزه آموزش، چه آموزش نظری و چه آموزش بالینی، به یافته مشابه پژوهش حاضر دست یافته اند. از جمله، می توان به نتایج مشابه پژوهش های اوپاکیک (۲۰۰۳) و واهترا (۱۹۹۱) اشاره نمود. نتایج مطالعه اوپاکیک (۲۰۰۳) نشان داد که خودکارآمدی دانشجویان پزشکی سال آخر با عملکرد بالینی آنان در دوره کارورزی بالینی ارتباط داشت. همچنین دانشجویانی که عملکرد خود را مطلوب می دانستند، تمایل بیشتری به بهبود کیفیت عملکرد بالینی خود داشتند (۳۲). واهترا (۱۹۹۱) در مطالعه ای طولی، ارتباط مثبتی بین خودکارآمدی با فرآیند عملکرد پرستاری (شامل بررسی بیمار، برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی برنامه مراقبتی) نشان داد. همچنین، خودکارآمدی تنها متغیری بود که در پژوهش واهترا با فرآیند عملکرد پرستاری دانشجویان ارتباط معنادار آماری داشت (۳۳). اما در بعضی پژوهشها، نتایج مغایر بدست آمده است. از آن جمله در مطالعه چوی

جدول ۱: توزیع درصد نمرات واحدهای مورد پژوهش برحسب شاخص های آماری در حیطه های "خودکارآمدی در عملکرد بالینی".

حیطه ها	شاخص های آماری		
	کمترین درصد نمرات	بیشترین درصد نمرات	میانگین درصد نمرات
بررسی بیمار	۲۱/۱۵	۱۰۰	۶۱/۸
تشخیص پرستاری	۰	۱۰۰	۶۱/۵۹
برنامه ریزی برنامه مراقبتی	۰	۱۰۰	۵۸/۹۳
اجرای برنامه مراقبتی	۱۲/۵	۱۰۰	۶۴/۹۳
ارزشیابی برنامه مراقبتی	۰	۱۰۰	۵۹/۱۹
خودکارآمدی در عملکرد بالینی (کل)	۷/۹۵	۸۰/۸۵	۵۳/۱۶

جدول ۲: توزیع درصد نمرات واحدهای مورد پژوهش برحسب شاخص های آماری متغیرهای مورد پژوهش

متغیرها	شاخص های آماری		
	کمترین درصد نمرات	بیشترین درصد نمرات	میانگین درصد نمرات
خودکارآمدی در عملکرد بالینی	۷/۹۵	۸۰/۸۵	۵۳/۱۶
عملکرد بالینی پرستاری	۱۴/۲۹	۱۰۰	۵۶/۴۳

بحث:

مسئله آموزش بالینی و آماده سازی دانشجویان برای پذیرش نقش های مختلف در نظام سلامت از فعالیت ها و اهداف مهم دانشکده های پرستاری و مامائی است (۱۶). در حرفه پرستاری، فقط توانائی انجام وظایف محوله کافی نیست، بلکه توانائی ترکیب دانش، نگرش، ارزش ها و مهارت های روان حرکتی مناسب، جهت ارائه خدمات حرفه ای ضروری است (۲۸). با اینکه عوامل متعددی در رفتار و اعمال انسان نقش دارند، باور توانایی های خود اصل مهمی در رفتار است. بسیاری از نظریه ها، از جمله نظریه خودکارآمدی جهت درک رفتار و نحوه کنترل اعمال تدوین شده اند (۲۹).

در پژوهش حاضر با توجه به میانگین درصد نمرات واحدهای مورد پژوهش، خودکارآمدی و عملکرد بالینی

در زمینه عوامل غیر درسی مؤثر بر عملکرد تحصیلی و بالینی دانشجویان پرستاری، می توان به تقویت دانش خاص پرستاری در این زمینه و استقلال آموزش پرستاری کمک نمود. لذا پژوهش حاضر، می تواند راهنما و زمینه ای را برای تقویت پژوهش های آینده و توسعه علم پرستاری فراهم نماید.

نتیجه نهائی:

کسب دانش و مهارت های تحصیلی فقط یکی از متغیرهای مؤثر بر عملکرد بالینی است و مدرسین باید به عوامل دیگری از جمله خودکارآمدی دانشجویان نیز توجه کنند. نتایج پژوهش حاضر از فرضیه پژوهش حمایت نمود که بین "خودکارآمدی عملکرد بالینی" با "عملکرد بالینی" دانشجویان کارشناسی پرستاری همبستگی وجود دارد. لذا، ارتقاء و توجه به عوامل غیردرسی، مانند خودکارآمدی بخصوص در بالین، موجب سنجش دقیق تر عملکرد دانشجویان پرستاری خواهد شد.

سپاسگزاری:

مقاله حاضر، براساس طرح مصوب جلسه ۱۶۸ شورای پژوهشی دانشگاه شهید بهشتی (با شماره ۶۳۱۶۳ / پ) تدوین گردید. پژوهشگران از همکاری های بی شائبه مسئولان، اعضای هیأت علمی و مربیان دانشکده های پرستاری و مامایی تهران، ایران و شهید بهشتی و تمامی دانشجویانی که بی دریغ با مجریان این پژوهش همکاری کردند، کمال تشکر دارند.

منابع:

1. Campbel ES, Dudley K. Clinical partner model: benefits for education and service. *Nurse Educator* 2005; 30: 271-74.
2. Nicklin P, Kenworthy N. *Teaching & Assessing in Nursing Practice: An Experimental Approach*. 3rd ed. Edinburgh: Bailliere Tindal, 2000.
3. Freiburger OA. Preceptor programs increasing student self-confidence and competency. *Nurse Educator* 2002; 27: 58-60.
4. Lee C, Schmaman F. Self-efficacy as a predictor of clinical skills among speech pathology students. *Higher Education* 1987; 16: 407-16.
5. Bastable SB. *Nurse as Educator; Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Co, 2003.

(۲۰۰۵)، نتایج ارتباطی بین خودکارآمدی با عملکرد تحصیلی دانشجویان نشان نداد (۳۴).

اهمیت خودکارآمدی در آموزش، به تأثیر آن بر عملکرد آینده مربوط می باشد. خودکارآمدی، عملکرد دانشجو را به وسیله افزایش تلاش، استقامت و خود تصحیحی تنظیم می کند (۳۵) بکارگیری نظریه شناختی- اجتماعی در آموزش، بهبود خودکارآمدی دانشجویان را تسهیل می کند، موجب افزایش موفقیت تحصیلی، رشد خلاقیت می گردد (۳۶).

با استناد بر نتایج مطالعه حاضر و نتایج مشابه سایر مطالعات در دسترس، خودکارآمدی در عملکرد بالینی یا به عبارت دیگر در توانایی مراقبت مستقل از بیمار نقش دارد. لذا، مدرسین باید محیط های مؤثر و محرکی خلق کنند تا در آن دانشجویان به توانایی برنامه ریزی و مهارت های فراشناختی خود بهبود بخشند. افزایش خودکارآمدی بالینی به بهبود عملکرد بالینی دانشجویان کمک می کند. کم توجهی نسبت به ارتقای خودکارآمدی دانشجویان در بالین، بی گمان سبب کاهش کیفیت نیروی انسانی تربیت شده در حرفه پرستاری می شود.

نتایج پژوهش حاضر قابل استفاده دانشجویان پرستاری جهت خودارزشیابی عملکرد بالینی است. بازخورد نتایج حاصل به خود- آگاهی و خود- اطمینانی دانشجویان از قابلیت های حرفه ای خود کمک می کند و می توانند براساس خودکارآمدی خود، نیازهای آموزشی خود را ارزیابی، راهبردهای مناسب جهت یادگیری بالینی تدوین و یادگیری خود را پیش و ارزشیابی کنند.

مدیران پرستاری نیز می توانند از ابزارهای پژوهش حاضر جهت اندازه گیری خودکارآمدی و عملکرد بالینی کارکنان پرستاری بالینی استفاده کنند. پرستارانی که توانمندی های حرفه ای خود را باور داشته باشند، تلاش می کنند تا با ترکیب دانش و مهارت ها، برنامه مراقبتی جامع و متناسب با موقعیت تدوین و اجرا کنند.

از سوی دیگر، هر چه دانش زیر بنایی رشته ای غنی تر باشد، استقلال علمی آن نیز بیشتر می شود. همگام با آموزش عالی، با تشویق و توجه بیشتر به انجام پژوهشهایی

6. Saif E. [Educational psychology; Psychology of Learning and Teaching]. 5th. Tehran: Agah Co, 2001. (Persian)
7. Pajares F. Self-efficacy beliefs in academic setting. *Rev Edu Res* 1996; 66: 24-26
8. Bandura A. *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. 1st Edition, Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1986
9. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *Am Psychol* 1982;37:122-47.
10. Bandura A. Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. *Develop Psychol* 1989; 25: 729-35
11. Bandura A. *Changing Societies*. 1st Edition, Cambridge: Cambridge University Press, 1995.
12. Bandura A. *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. 1st ed. New York: Freeman Company, 1997.
13. Bandura A. *Regulative function of perceived self-efficacy*. 1st ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1994.
14. Bong M. Role of self-efficacy and task-value in predicting college students' course performance and future enrollment intentions. *Contemporary Educational Psychology* 2001; 26: 553-70.
15. Fereday J, Muir-Cochrane E. The role of performance feedback in the self-assessment of nursing competence: a research study with nursing clinicians. *Collegian* 2006; 13: 10-15.
16. Rahimi A, Ahmadi F. [The obstacles and improving strategies of clinical education from the viewpoints of clinical instructors in Tehran's Nursing Schools]. *Iranian Journal of Medical Education* 2005; 5(2): 73-80 (Persian)
17. Andrew SW. Self-efficacy as a predictor of academic performance in science. *J Adv Nurs* 1998; 27: 596-603.
18. Opacic DA. The relationship between self-efficacy and student physician assistant clinical performance. *J Allied Health* 2003; 32: 158-66.
19. Harvey V, McMurray N. Self-efficacy: a means of identifying problems in nursing education and career progress. *International Journal of Nursing Studies* 1994; 31: 471-85.
20. Bandura A. *Social Learning Theory*. 1st Edition, Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1977.
21. Lent WR, Schmidt J, Schmidt L. Collective efficacy beliefs in student work teams: Relation to self-efficacy, cohesion, and performance. *J Vocational Behav* 2006; 68: 73-84.
22. Ofori R, Charlton JPA. Path model of factors influencing the academic performance of nursing students. *J Adv Nurs* 2002; 38 (5): 507-515.
23. Mohammadi N, Khodavisi M, Jafarian N, Safari-Anvar Z, Saari-Anvar F. [The study of the problems of clinical education from the viewpoint of nursing trainers and student]. *Hamedan Scientific Journal of Nursing and Midwifery Faculty* 2005; 13(23): 43-51. (Persian).
24. Ghiasvandian S. [Effect of preceptorship model in quality of clinical education of nursing student]. *Teband Tazkie* 2004;52(4):10-17. (Persian)
25. Bolorian Z. [Process of clinical education promotion. Abstracts book of congress of quality care in nursing education. Hamadan]. *Medical Science of Hamadan Publication*. 2000;33-4. (Persian)
26. Cheraghi F, Shamsaei F. [Problems of clinical education from viewpoint of nursing student]. *Hamedan Scientific Journal of Nursing and Midwifery Faculty* 1996; 6(14): 51-8. (Persian)
27. Cheraghi F, Hassani P, Yaghmaei F, Alavi-Majed H. Developing a valid and reliable self-efficacy in clinical performance scale. *Inter Nurs Rev* 2009; 56, 214-221.
28. Defloor T, et al. The clinical nursing competences and their complexity in Belgian general hospitals. *J Adv Nurs* 2006; 56 (6): 669-678.
29. Resnick B. Self-efficacy. In Peterson S J and Bredow T S (eds) *Middle Range Theory: Application to Nursing Research*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins Co, 2004.
30. Hagbagheri MA, et al. The factors facilitating effective clinical decision-making in nursing: a qualitative study. *BMC Nursing* [serial on the Internet]. 2004 [cited 2005 Apr 13]; 3(2). Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/3/2>.
31. Meretoja R, Leino-Kilpi H. Comparison of competence assessments by nurse managers and practicing nurses. *J Nurs Manag* 2003;11:404-9.
32. Opacic DA. Relationship between self-efficacy and student physician assistant clinical performance. *J Allied Health* 2003; 32(3): 158-166.
33. Wahtera SL. *Differentiating Nursing Process Performance by Education, Experience, Domain-Specific Knowledge, Strategic Knowledge, and Self-Efficacy*. Doctorial Dissertation US: University of Michiga.,1991.
34. Choi N. Self-efficacy and self-concept as predictors of college students' academic performance. *Psychology in the Schools*, 2005; 42 (2): 197-205.
35. Wood RE, Bandura A. Impact of conceptions of ability on self-regulatory mechanisms and complex decision-making. *J Personal Soc Psychol* 1989; 56 (3): 407-415.
36. Zimmerman BJ. Becoming of self-regulated learner: which are the key subprocesses. *Contemporary Educational Psychology*, 1986; 11 (4): 307-313.