

بررسی رابطه خودکارآمدی با تصمیم‌گیری بالینی در پرستاران شاغل در بیمارستانهای شهر بوشهر در سال ۱۳۹۴

مریم روانی پور^۱، عبدالمجید احمدیان^{۲*}، عباس یزدانپناه^۳، علیرضا سلطانیان^۴

۱- دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

۲- دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات فارس، مرودشت، ایران

۳- استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، مرودشت، ایران

۴- دانشیار، مرکز تحقیقات مدلسازی بیماریهای غیره واگیرگونه آمارزیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان

دریافت: ۱۳۹۴/۱۰/۲۸

پذیرش: ۱۳۹۴/۱۲/۱۸

چکیده:

مقدمه: تصمیم‌گیری بالینی یک فرآیند تفکر انتقادی در انتخاب بهترین عمل جهت رسیدن به اهداف مطلوب می‌باشد. یکی از وظایف مهم پرستاران تصمیم‌گیری بالینی می‌باشد، لذا می‌بایست از توانایی تصمیم‌گیری بالینی مناسبی برخوردار باشند. این مطالعه با هدف بررسی رابطه خودکارآمدی با تصمیم‌گیری بالینی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهر بوشهر در سال ۱۳۹۴ انجام شده است.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی است که به صورت مقطعی بر روی ۲۴۷ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستانهای شهر بوشهر انجام شده است. روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی طبقه بندی شده بود. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شوآرتز و جروسلم و پرسشنامه تصمیم‌گیری بالینی استخراج شده و با آزمون‌های تحلیل واریانس، همبستگی پیرسون و اسپیرمن و کای-اسکور با نرم افزار SPSS/22 مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: پرستاران از نظر میانگین امتیاز خودکارآمدی ۲۱/۳۳ و امتیاز تصمیم‌گیری بالینی ۴۵/۶۱ در وضعیت مطلوب قرار داشتند. همچنین ارتباط معناداری بین سن ($r=0/198$, $p<0/01$)، سابقه کار ($r=0/203$, $p<0/01$) و جنسیت ($\chi^2=56/532$, $p<0/05$) با امتیاز تصمیم‌گیری بالینی پرستاران مشاهده شد. در نهایت ارتباط معنادار، مثبت و نسبتاً قوی بین امتیاز خودکارآمدی و تصمیم‌گیری بالینی پرستاران مشاهده شد ($r=0/563$, $p<0/01$).

نتیجه نهایی: با توجه به اهمیت بحث تصمیم‌گیری بالینی و ارتباط معنادار آن با خودکارآمدی در پرستاران، توصیه می‌شود در فرآیند سیاستگذاری جهت ارتقاء کمی و کیفی خدمات، بهبود خودکارآمدی و تصمیم‌گیری بالینی پرستاران در ساختار نظام سلامت مد نظر قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: پرستاران؛ تصمیم‌گیری بالینی؛ خودکارآمدی؛ عملکرد شغلی

*نویسنده مسئول: عبدالمجید احمدیان؛ دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات فارس، مرودشت، ایران

Email: ahmadianabdolmajid@Yahoo.com

مقدمه:

پرستاران به عنوان نمونه‌ای بارز از افرادی هستند که به قضاوت در شرایط مبهم و نامطمئن می‌پردازند و اطلاعات را جهت دستیابی به تصمیم‌گیری کنار هم قرار می‌دهند تا کیفیت تصمیمات آنها افزایش یابد (۱). پرستاران نقش کلیدی را در فائق آمدن بر چالش‌های عمده پیش روی نظام‌های سلامت، از کاهش نابرابری سلامتی تا استفاده از عملکرد مبتنی بر شواهد جهت ایجاد مزایای سلامت عمده از طریق راههای اثربخشی بازی می‌کنند (۲). نظام‌های سلامت نیازمند تصمیمات و قضاوت‌های بالینی از جمله در پرستاران به منظور بهبود کیفیت برون دادهای خود هستند. چرا که ارتقاء کیفیت مراقبت پرستاری نیازمند بهبود مهارت‌های تصمیم‌گیری و قضاوت بالینی آنها است (۳).

مهمترین تعریف از تصمیم‌گیری بالینی عبارت است از انتخاب گزینه مناسب از بین گزینه‌های بالینی موجود با استفاده از بهترین روش درمان و پیشگیری با استفاده از مهارت‌های شناختی که نیازمند هوش و دانش تکامل یافته تصمیم‌گیرنده می‌باشد (۴). تصمیم‌گیری بالینی یک فرآیند تفکر انتقادی در انتخاب بهترین عمل جهت رسیدن به اهداف مطلوب می‌باشد (۵). تغییرات به وجود آمده در نظام سلامت، توسعه تکنولوژی و روش‌های جدید مراقبت از بیماران و ارتقاء اهمیت بهره‌وری در خدمات بهداشتی و درمانی، اهمیت تصمیم‌گیری بالینی پرستاران را افزایش داده است (۶، ۷). زیرا تصمیم‌گیری بالینی صحیح، می‌تواند منجر به بهبود کیفیت مراقبت، کاهش مدت زمان بیماری و ناتوانی، ارتقاء استفاده از منابع انسانی و تجهیزات و کاهش هزینه‌های گردد (۷، ۱۰).

نتایج بررسی‌ها و مطالعات نشان می‌دهد که پرستاران احساس می‌کنند در محیط بیمارستان نسبت به امر تصمیم‌گیری ضعیف هستند (۷، ۱۱، ۴). مطالعه انجام شده بر روی پرستاران اعتماد به نفس آنها را در امر تصمیم‌گیری در حد پایین برآورد کرده‌اند (۱۲). یکی از دلایل پایین بودن اعتماد به نفس را می‌توان در سطوح پایین باور خودکارآمدی دانست. خودکارآمدی عبارتست از باور فرد، در این خصوص که توانایی انجام تکالیف را دارد یا خیر (۱۳). خودکارآمدی عمومی بر پایه و اساس روشن شدن لیاقت و قابلیت فرد، برای کنار آمدن موثر با بسیاری از موقعیت‌های تنش‌زا می‌باشد (۱۴). پرستاران از جمله

کسانی هستند که امتیاز خودکارآمدی در آنها همواره در سطح پایینی برآورد می‌شود و همین امر می‌تواند بر سایر ابعاد شخصیتی و کاری آنها تأثیر منفی بگذارد (۱۶، ۱۵). مطالعات متعددی عوامل متفاوت فردی و گروهی را بر فرآیند تصمیم‌گیری بالینی پرستاران موثر دانسته‌اند (۷-۱۰، ۱۷، ۱۸). سن، جنسیت، تأهل، تحصیلات، سابقه کار، داشتن پست مدیریتی، علاقمندی به ادامه کار در بخش کنونی، وضعیت استخدام و نوع بخش را از جمله عوامل موثر در مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری‌های بالینی معرفی کرده‌اند (۷، ۱۸). همچنین عوامل محیطی و عوامل مربوط به حادثه به عنوان عوامل موثر بر تصمیم‌گیری بالینی پرستاران اورژانس در برخی از مطالعات مورد بررسی قرار گرفته است (۸). همچنین در مطالعاتی نیز مهمترین عوامل موثر بر تصمیم‌گیری بالینی پرستاران بیشتر عوامل دموگرافیک و محیطی نظیر وسعت حادثه، امنیت و تهدید، فاصله و زمان و محیط خارج از بیمارستان دانسته‌اند (۱۹). نتایج مطالعات ثابت کرده است که بین تصمیم‌گیری بالینی پرستاران و سبک تفکر ایشان از جمله سبک تفکر انتقادی رابطه معناداری وجود دارد (۲۰، ۲۱). در مطالعه‌ای بر روی ۱۴۸۶ پرستار در دو بیمارستان عمومی سنگاپور در خصوص نقش عملکرد مبتنی بر شواهد در تصمیم‌گیری بالینی مشخص شد بیش از ۶۴ درصد از پرستاران نگرش مثبت در این خصوص داشتند. اما فشار زیاد کار مانع از به روز نگه داشتن آنها شده بود. همچنین پرستاران خودکارآمدی ناشی از توانایی‌های حاصل از عملکرد مبتنی بر شواهد در مهارت‌های خود را در حد متوسط می‌پنداشتند (۲۲). همچنین عواملی نظیر اعتماد به نفس تأثیر مثبت بر روی تصمیم‌گیری بالینی پرستاران دارد (۲۳).

با مروری جامع بر متون و همچنین مد نظر قرار دادن اهمیت و نقش پرستاران در بیمارستان‌ها و جایگاه عوامل درونی در بروز رفتارهای منطقی، مشخص می‌شود که مطالعات محدودی به بررسی رابطه بین متغیرهای درونی نظیر حس خودکارآمدی و اعتماد بنفس در اخذ تصمیمات بالینی مورد بررسی قرار گرفته است و به جز معدود مطالعات خارجی (۲۴، ۲۲، ۱۷)، و اندک مطالعات داخلی (۲۶، ۲۵) به بررسی سبک تفکر و تصمیم‌گیری بالینی پرداخته‌اند. باید عنوان کرد مطالعه‌ای که به تفصیل به بررسی رابطه خودکارآمدی به عنوان یک متغیر درونی و

همچون نمایه‌ای از چگونگی زندگی در هر مرحله رشد، برای کارهای بالینی و دگرگون سازی رفتار به کار می رود (۲۸). ضرایب به دست آمده ی آلفای کرونباخ مقیاس GSE-10 در کشورهای گوناگون چنین گزارش شده است: در کانادا ۰/۸۸ (۲۹)؛ در کاستاریکا ۰/۸۱ (۳۰)؛ در آلمان ۰/۸۱ (۳۱)؛ در فرانسه ۰/۸۲ (۱۴)؛ در اسپانیا ۰/۸۴ (۳۲) و در ایران ۰/۸۴ (۳۳، ۲۶).

برای بررسی تصمیم‌گیری بالینی، از پرسشنامه تصمیم‌گیری بالینی صالحی و همکاران که در دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان در سال ۱۳۸۴ روا و پایا شده بود، استفاده گردید. هم چنین در این مطالعه، همبستگی درونی آزمون با استفاده از آلفا کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد و پایایی پرسشنامه نیز با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون با ضریب ۰/۹۲ مورد تأیید قرار گرفت. پرسشنامه تصمیم‌گیری بالینی دارای ۱۵ گویه با طیف لیکرت ۵ تایی از هرگز تا همیشه بوده است. هر یک از گزینه‌های «هرگز» نمره ۱ و «همیشه» نمره ۵ می‌گرفت که با توجه تعداد سؤالات حداقل نمره ۱۵ و حداکثر ۷۵ می‌شد (۳۴).

در جمع‌آوری و اجرای تحقیق ملاحظات اخلاقی نظیر مشارکت آزادانه پرستاران، محرمانه بودن اطلاعات و همچنین هماهنگی با مسئولین و دفاتر پرستاری به منظور انجام پژوهش در محیط رعایت گردید. به منظور تعیین اختلاف بین بخش‌های مختلف از نظر امتیاز خودکارآمدی و تصمیم‌گیری بالینی از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد. جهت مشخص شدن برقراری شروط استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف نرمال بودن توزیع متغیرها و همچنین با آزمون لوین به تعیین همگن بودن واریانس آنها پرداخته شد. در نهایت داده‌ها از طریق آزمون‌های آماری مربوطه (تحلیل واریانس یک طرفه و همبستگی) با استفاده از نرم افزار SPSS/22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این مطالعه از میانگین و انحراف معیار برای توصیف مشاهدات استفاده شد و سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها:

یافته‌های توصیفی مطالعه نشان داد که ۷۹/۴ درصد شرکت‌کنندگان پرستاران زن، ۲۹/۶ درصد آنها در دامنه سنی ۳۵ الی ۴۰ سال، ۹۱/۵ درصد دارای مدرک

تصمیم‌گیری بالینی در پرستاران در کنار متغیرهای دموگرافیک پرداخته باشد شناسایی نشد که این امر ضرورت انجام چنین تحقیقی به ویژه در مراکز بهداشتی و درمانی ایران احساس می‌شود.

روش کار:

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است که بصورت مقطعی انجام گرفت. جامعه آماری را کلیه پرستاران شاغل در بخش‌های مختلف مراکز آموزشی درمانی شهر بوشهر تشکیل می‌داد که برابر با ۴۸۰ نفر بودند. جهت تعیین حجم نمونه با توجه به جامعه و اهداف پژوهش از جدول تعیین حجم نمونه کروجسی و مورگان و هم چنین فرمول زیر استفاده شد:

$$n = \frac{X^2 NP (1 - P)}{d^2 (N - 1) + X^2 (1 - P)}$$

نمونه‌ای به حجم ۲۲۵ نفر با توجه به فرمول فوق و جدول مورگان برای مطالعه حاضر پیش بینی شد که جهت جلوگیری از تأثیر ریزش‌های احتمالی بر نتایج مطالعه، پرسشنامه بین ۲۶۰ نفر از پرستاران شاغل در مراکز آموزشی و درمانی شهر بوشهر توزیع شد که در نهایت ۲۴۷ پرسشنامه تکمیل و به تیم پژوهشی عودت داده شد. نمونه‌گیری بصورت تصادفی سهمیه‌ای و در دو مرحله انجام یافت، در مرحله اول به هر بیمارستان بر حسب تعداد کل پرسنل پرستاری وزن داده شد و در مرحله دوم با توجه به وزن هر بخش، به صورت تصادفی نمونه‌های مورد نظر انتخاب شدند. این مطالعه از خرداد ۱۳۹۴ تا مهر ماه ۱۳۹۴ به طول انجامید که پس از اخذ مجوزهای لازم با استفاده از پرسشنامه خودکارآمدی عمومی (Generalized Self-Efficacy Scale) شوآرتز و جروسلم (Schwarzer, R., & Jerusalem, M) و پرسشنامه تصمیم‌گیری بالینی داده‌های مطالعه استخراج شد.

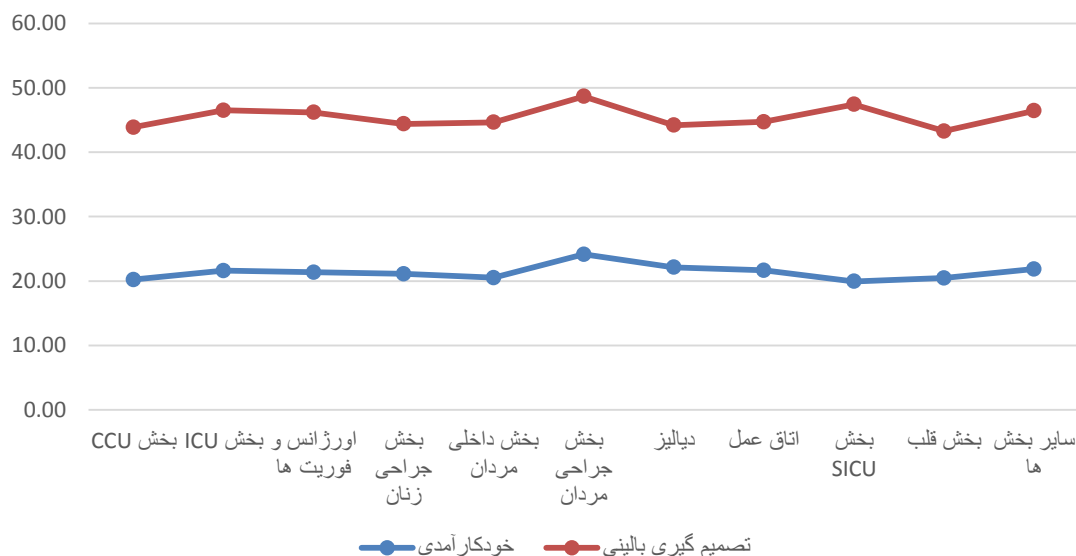
مقیاس باورهای خودکارآمدی عمومی درسال ۱۹۷۹ توسط شوآرتز و جروسلم ساخته شد. این مقیاس دارای ۲۰ گویه با دو خرده مقیاس جداگانه ی خودکارآمدی عمومی و خودکارآمدی اجتماعی بود که در سال ۱۹۸۱ به یک مقیاس ۱۰ گویه‌ای کاهش یافت (GSE-10) و تا کنون به ۲۸ زبان دیگر برگردانده شده است (۲۷). امتیاز بندی GSE-10 در دامنه ۱۰ تا ۴۰ می‌باشد. این مقیاس برای پیش‌بینی سازگاری پس از دگرگونی‌های زندگی، یا

(جدول ۱) در پرستاران شاغل در بخش جراحی مردان نسبت به سایر بخش‌ها از سطح بالاتری برخوردار بود (نمودار ۱). نتایج نشان از توزیع نرمال هر دو متغیر در جامعه پژوهش داشت چرا که سطح معناداری بالاتر از ۰/۰۵ بود.

کارشناس پرستاری، ۲۳/۵ درصد سابقه کار ۱۰ الی ۱۵ سال و ۵۱/۴ درصد آنها به صورت رسمی مشغول به کار بوده‌اند. پرستاران در مطالعه حاضر از ۱۰ بخش مختلف با توجه به حجم هر بخش به صورت تصادفی انتخاب شده بودند که امتیاز ابعاد خودکارآمدی و تصمیم‌گیری بالینی

جدول ۱: میانگین امتیاز خودکارآمدی و تصمیم‌گیری بالینی پرستاران بر حسب متغیرهای دموگرافیک

متغیر اصلی	زیر مولفه	تعداد	درصد	میانگین و انحراف معیار امتیاز دو متغیر اصلی		درصد تجمعی
				خودکارآمدی	تصمیم‌گیری بالینی	
				انحراف معیار	میانگین	
جنسیت						
مرد		۵۱	۲۰/۶	۳/۷۹	۲۰/۵۰	۲۰/۶
زن		۱۹۶	۷۹/۴	۴/۲۱	۲۱/۵۴	۱۰۰
سن (سال)						
کمتر از ۲۵		۳۴	۱۳/۸	۴/۵۴	۱۹/۲۹	۱۳/۸
۲۵ الی ۳۰		۵۲	۲۱/۱	۴/۴۴	۲۲/۲۸	۳۵/۱
۳۰ الی ۳۵		۵۳	۲۱/۵	۴/۲۱	۲۱/۲۴	۵۶/۷
۳۵ الی ۴۰		۷۳	۲۹/۶	۳/۶۵	۲۱/۷۵	۸۶/۵
بیش از ۴۰		۳۳	۱۳/۴	۳/۸۱	۲۱/۲۷	۱۰۰
سابقه کار (سال)						
کمتر از ۱۰		۱۳۶	۵۵/۱	۴/۳۶	۲۱/۰۸	۵۵/۱
۱۰ الی ۱۵		۵۸	۲۳/۵	۳/۸۵	۲۱/۳۹	۸۰/۸
۱۵ الی ۲۰		۳۳	۱۳/۴	۴/۰۹	۲۲/۴۸	۹۴/۶
بیش از ۲۰		۱۳	۵/۳	۲/۸۴	۲۰/۵۳	۱۰۰
تحصیلات						
کاردانی		۱	۰/۴	۰	۲۱/۰۰	۰/۴
کارشناسی		۲۲۶	۹۱/۵	۴/۲۷	۲۱/۳۶	۹۱/۹
کارشناسی ارشد		۱۴	۵/۷	۱/۸۸	۲۰/۷۸	۱۰۰



نمودار ۱: توزیع امتیاز متغیرهای اصلی بر حسب نوع بخش

به منظور تعیین ارتباط متغیرهای دموگرافیک با تصمیم‌گیری بالینی پرستاران، از آزمون‌های همبستگی (پیرسون، اسپیرمن) و همچنین آزمون کای دو استفاده شد. نتایج نشان داد سن ($t=0/198$ ، $p<0/01$) و سابقه کار ($t=0/203$ ، $p<0/01$) با تصمیم‌گیری بالینی پرستاران رابطه مثبت و معناداری دارند. به گونه‌ای که با افزایش سن و سابقه کار، توانایی تصمیم‌گیری بالینی نیز افزایش می‌یابد. رابطه معناداری بین سطح تحصیلات با توانایی تصمیم‌گیری بالینی پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه مشاهده نشد ولی نتایج مطالعه نشان داد متغیر جنسیت و تصمیم‌گیری بالینی به صورت معنادار تغییرات هم جهت دارند (جدول ۳).

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس یکطرفه درباره تفاوت میانگین امتیاز متغیرهای اصلی مطالعه در بخش‌های مختلف

سطح معناداری	آماره F	میانگین مجزورات	
۰/۷۳۹	۰/۶۸۴	۴۸/۵۹۴	تصمیم‌گیری بالینی
۰/۲۱۶	۱/۳۲۹	۲۲/۵۳۶	خودکارآمدی

جدول ۳: همبستگی متغیرهای دموگرافیک با تصمیم‌گیری بالینی پرستاران

آزمون کای دو	آزمون همبستگی		متغیرها
	مقدار احتمال	همبستگی (r)	
	۰/۰۰۲	۰/۱۹۸**	سن
	۰/۲۶۸	۰/۰۷۲	سطح تحصیلات
	۰/۰۰۲	۰/۲۰۳**	سابقه کار
سطح معناداری	ضریب وی کرامر	ضریب کای دو	جنسیت
۰/۰۱۶	۰/۴۸۲	۵۶/۵۳۳ ^a	

بحث:

نتایج نشان می‌دهد که امتیاز خودکارآمدی کل در زنان بیشتر از مردان بوده است. همچنین امتیاز کل تصمیم‌گیری بالینی زنان به طور بسیار جزئی از امتیاز کل تصمیم‌گیری بالینی مردان بالاتر بوده است. در مطالعات متعدد امتیاز کل تصمیم‌گیری بالینی زنان از مردان به طور معناداری بالاتر بوده است. مطالعه کریمی و همکاران (۲۰۱۱) نشان داده است که بیش از ۹۰ درصد شرکت‌کنندگان در مطالعه امتیاز تصمیم‌گیری بالینی ضعیفی دارند ولی در مجموع دانشجویان پرستاری زن امتیاز تصمیم‌گیری بالینی بالاتری داشته‌اند (۲۱). لک و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای بیان کردند که پرستاران زن بیش از پرستاران مرد تمایل به مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی دارند (۳۵). پیرامون امتیاز

جهت تعیین اختلاف پرستاران بخش‌های مختلف از نظر خودکارآمدی و تصمیم‌گیری بالینی، نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه برای مقیاس خودکارآمدی با میانگین (و انحراف معیار) ۲۱/۳۳ (۴/۱۴) و آماره ($F=1/329$ ، $p=0/216$) و همچنین برای مقیاس تصمیم‌گیری بالینی با میانگین (و انحراف معیار) ۴۵/۶۱ (۸/۳۷) و آماره مربوط ($F=0/684$ ، $p=0/739$) و با در نظر گرفتن آماره لوین معنادار نبوده است. بر این مبنا مشخص می‌شود که پرستاران بخش‌های مختلف (جراحی، ICU، قلب، عفونی و ...) از نظر خودکارآمدی و توانایی تصمیم‌گیری بالینی با یکدیگر تفاوت معنادار نداشته و مشابه هستند (جدول ۲).

رابطه خودکارآمدی و تصمیم‌گیری بالینی در پرستاران نیز با آزمون همبستگی پیرسون مورد بررسی قرار گرفت که نتایج بیانگر رابطه مثبت و معناداری بین این دو متغیر بود ($t=0/563$ ، $p<0/01$). به گونه‌ای که بر مبنای ضریب تعیین محاسبه شده ($r^2=0/316$)، ۳۱/۶ درصد تصمیم‌گیری بالینی به واسطه خودکارآمدی پرستاران قابل تبیین بود (جدول ۴).

جدول ۴: رابطه بین امتیاز کل خودکارآمدی و تصمیم‌گیری بالینی

متغیرها	امتیاز کل خودکارآمدی
ضریب همبستگی پیرسون	۰/۵۶۳*
تصمیم‌گیری بالینی	۲۴۳
فراوانی	۰/۰۰
مقدار احتمال	۰/۳۱۶
ضریب تعیین	

پرستاران وجود نداشته است (۲۵) که با یافته‌های مطالعه حاضر منطبق است. در مطالعه چوی و همکاران (۲۰۱۵) مشخص شد که امتیاز خودکارآمدی پرستاران بخش‌های تخصصی از امتیاز سایر پرستاران مراکز درمانی در سطح مطلوب‌تری قرار دارد و این اختلاف قابل بحث و معنی‌دار است (۲۴) که با نتایج مطالعه حاضر اختلاف دارد. یکی از دلایل این امر را می‌توان در محیط پژوهشی دو مطالعه دانست. در مطالعه مذکور صرفاً پرستاران بخش‌های تخصصی و عمومی کودکان مورد بررسی قرار گرفته‌اند، حال آنکه مطالعه حاضر بر روی دامنه وسیعی از پرستاران با بخش‌های متعدد انجام یافته است. از سویی در مطالعه حاضر نظر به اینکه پرستاران با در نظر گرفتن وزن و نسبت تعداد کل پرستاران بخش‌های مختلف به عنوان نمونه انتخاب شده بودند، ولی پرستاران بخش‌های تخصصی به صورت استاندارد تعداد کمتری از حجم نمونه را به خود اختصاص دادند که اگر در صورت داشتن اختلاف معنی‌دار با سایر بخش‌ها، به دلیل حجم نمونه پایین، توان تأثیرگذاری بر خروجی نهایی آزمون اختلاف میانگین‌ها را نداشته‌اند.

در نهایت پژوهشگران به دنبال بررسی این فرضیه بودند که آیا خودکارآمدی بر روی تصمیم‌گیری بالینی پرستاران تأثیر مثبت داشته و موجب بهبود عملکرد آنها در مشارکت در تصمیم‌گیری‌های بالینی می‌شود؟ بر همین اساس نتایج آزمون همبستگی پیرسون بین دو متغیر اصلی مطالعه نشان داد که ارتباط معنادار، مثبت و تا حدودی قوی بین خودکارآمدی و تصمیم‌گیری بالینی پرستاران برقرار است. حسن پور (۱۳۹۳) در مطالعه خود عنوان می‌کند از بین شیوه‌های تفکر متعدد، شیوه تفکر سلسله‌مراتبی بیشترین ارتباط و همبستگی را با تصمیم‌گیری بالینی پرستاران نشان می‌دهد که از جمله ویژگی‌های متفکران سلسله‌مراتبی اهمیت قائل شدن به اولویت‌های منطقی و تفکر سیستمی است که در افراد با خودکارآمدی بالا نهفته است (۲۵). در مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۴ مشخص شد که اعتماد به نفس به عنوان یکی از مولفه‌های تأثیرگذار بر مشارکت پرستاران در فرآیند تصمیم‌گیری بالینی، در کارکنان می‌تواند وجود داشته باشد که خودکارآمدی بالاتر و همچنین اعتقاد بیشتری نسبت به توانایی‌های خود در زمینه کنترل شرایط دارند (۲۳). در مطالعه چراغی و همکاران (۲۰۱۰)

خودکارآمدی در پرستاران نیز شواهدی وجود دارد که نتایج مطالعه حاضر را اثبات می‌کند از جمله نتایج مطالعه قدمگاهی و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد که خودکارآمدی پرستاران زن در کنترل عفونت بیمارستانی بیش‌تر از پرستاران مرد بوده است (۳۶) که با یافته‌های مطالعه حاضر مشابه است.

یکی از مهمترین فرضیه‌های مورد مطالعه در پژوهش حاضر، اختلاف میانگین امتیاز تصمیم‌گیری بالینی و خودکارآمدی پرستاران در بخش‌های مختلف مورد بررسی بود که نتایج نشان داد که پرستاران در بخش‌های مختلف از توانایی تصمیم‌گیری بالینی و همچنین خودکارآمدی یکسانی برخوردار بوده‌اند و اختلاف بین پرستاران بخش‌های مختلف از نظر این دو متغیر وجود ندارد. مطالعات محدودی به بررسی اختلاف بین بخش‌های درمانی مختلف از نظر مولفه‌های نظیر تصمیم‌گیری بالینی پرداخته‌اند ولی پیرامون روش‌های مختلف درمان برخی مطالعات پیرامون بررسی اختلاف این توانایی‌ها بین پرستاران انجام یافته است. از جمله در مطالعه ایی که توسط سیوپرز و همکاران (۲۰۱۵) انجام یافته عنوان می‌شود که پرستارانی که از وسایل کمک درمانی نظیر شبکه‌های اینترنتی جهت درمان بیماران استفاده می‌کنند، به نسبت پرستارانی که به صورت مستقیم وارد درمان بیماران می‌شوند، از توانایی تصمیم‌گیری بالینی بالاتری برخوردارند که یکی از دلایل این امر را فرصت کافی، دانش به روز و همچنین اورژانسی نبودن موارد درمان از طریق اینترنت عنوان می‌کند. همچنین او بیان می‌کند که پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه نسبت به پرستاران بخش‌های عمومی توانایی تصمیم‌گیری بالینی بالاتری دارند که از دلایل این امر تفاوت در آموزش پرستاران این بخش‌ها و همچنین تجارب بالاتر آنها به نسبت پرستاران سایر بخش‌ها عنوان می‌شود (۳۷).

مطالعه صالحی و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد میانگین امتیاز تصمیم‌گیری بالینی پرستاران بخش‌های عمومی با پرستاران بخش‌های ویژه اختلاف معنی‌داری دیده نشد (۳۴). نتایج مطالعه دیگری نیز که به بررسی همبستگی سبک تفکر و تصمیم‌گیری بالینی در بخش‌های مختلف از جمله بخش داخلی، اعصاب و روان و مراقبت‌های ویژه پرداخته بود نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین بخش‌های مورد مطالعه از نظر امتیاز تصمیم‌گیری بالینی

بالینی پرستاران به این متغیرها توجه شود. همچنین بر مبنای همین یافته توصیه می شود در بخش‌های درمانی حساس از جمله بخش اورژانس و مراقبت‌های ویژه که تصمیم‌گیری بالینی سریع و صحیح لازمه و ضرورت کار است، می توان از پرسنل پرستاری دارای سابقه علاوه بر اداره امور به منظور حمایت و راهنمایی پرسنل جوان و کم‌تجربه جهت بهبود و ارتقاء مهارت‌های تصمیم‌گیری بالینی خود استفاده شود.

در نهایت رابطه معنادار و قوی بین خودکارآمدی پرستاران با توانایی تصمیم‌گیری بالینی پرستاران مشاهده شد. بر آن اساس توصیه می‌شود تا با در نظر گرفتن شرایط لازم، دوره‌های آموزشی مبتنی بر ارتقاء خودکارآمدی پرستاران تهیه و تدوین گردد تا در کنار ارتقاء امتیازات این متغیر در بین پرستاران، تصمیم‌گیری بالینی ایشان نیز بهبود یافته و نتایج قابل ملاحظه ای را عاید نظام سلامت از حیث برون دادها نماید.

سپاسگزاری:

از پرسنل معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر و کارکنان بیمارستان‌های سلمان فارسی، شهدای خلیج فارس، امیرالمومنین نهجا و مرکز قلب بوشهر که صمیمانه در این مطالعه شرکت کردند نهایت تشکر و قدردانی را داریم. ضمناً یادوری می‌شود پژوهش حاضر نتیجه استخراج حاصل از پایان‌نامه کارشناسی ارشد با شماره ثبت ۱۹۸۱۰۷۰۶۹۴۱۰۰۲۱ دانشگاه آزاد مرودشت می‌باشد.

References

1. Hammond KR, Kelly KJ, Schneider RJ, Vancini M. Clinical inference in nursing: Revising judgments. *Nursing Research*. 1967;16(1):38-45.
2. Naylor MD, Kurtzman ET. The role of nurse practitioners in reinventing primary care. *Health Affairs*. 2010;29(5):893-899.
3. Hammond KR. Human judgement and social policy: Irreducible uncertainty, inevitable error, unavoidable injustice: Oxford University Press, New York; 1996.
4. Thompson C, Dowding D. Essential decision making and clinical judgement for nurses: Elsevier Health Sciences, UK, London; 2009.
5. Hunink MM, Weinstein MC, Wittenberg E, Drummond MF, Pliskin JS, Wong JB, et al.

نیز نتایج نشان داده است با آنکه امتیاز خودکارآمدی و عملکردهای بالینی دانشجویان پرستاری در حد متوسط بوده است، ولی این دو متغیر با یکدیگر همبستگی معنادار داشته‌اند به گونه‌ایی که تغییر در یک متغیر نظیر خودکارآمدی موجب تغییر مثبت در متغیر عملکردهای بالینی دانشجویان پرستاری می شود (۲۶). حقانی و همکاران (۲۰۱۳) که به بررسی مولفه خودکارآمدی با تصمیم‌گیری بالینی پرستاران شاغل در عرصه پرداخته بود، به این نتیجه دست یافت که بین خودکارآمدی و تصمیم‌گیری بالینی پرستاران رابطه معنادار و مثبت برقرار است (۳۳).

مطالعه حاضر تنها به بررسی امتیاز خودکارآمدی و تصمیم‌گیری بالینی پرستاران پرداخته است و به بررسی علل این امتیازات نپرداخته است. از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر تعداد اندک شرکت کنندگان در سطوح تحصیلی کاردانی و کارشناسی ارشد به نسبت سطح تحصیلات کارشناسی بود که موجب شد تا رابطه معناداری بین سطح تحصیلات و امتیاز تصمیم‌گیری بالینی پرستاران مشاهده نشود.

نتیجه نهایی:

در تحقیق حاضر، بین متغیرها سن، سابقه کار و جنسیت پرستاران با امتیاز تصمیم‌گیری بالینی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهر بوشهر، رابطه معنادار مشاهده شد. بنابراین توصیه می شود که در تدوین محتوای دوره‌های آموزشی مبتنی بر خودکارآمدی و تقویت تصمیم‌گیری

Decision making in health and medicine: integrating evidence and values: Cambridge University Press. Cambridge UK; 2014.

6. Huang Y-C, Chen H-H, Yeh M-L, Chung Y-C. Case studies combined with or without concept maps improve critical thinking in hospital-based nurses: A randomized-controlled trial. *International journal of nursing studies*. 2012;49(6):747-754.

7. Rostamniya L, Ghanbari V, Paryad E, Momeni M, sadat Khoshnazar T, Khazaei N. Study of nurses' collaboration in managing decision making. *Journal of Shahid Beheshti School of Nursing & Midwifery*. 2013;22(79/s). (Persian)

8. Esmaili Vardanjani S, Cheraghi M, Masoodi R, Rabiei L, Kivani Hafshanjani A. Process of Clinical Decision-making in prehospital Nurses: A Qualitative Study. *Quarterly Scientific J Rescue & Relief*. 2012;4(3):19-32.

9. Gunnarsson B-M, Stomberg MW. Factors influencing decision making among ambulance nurses in emergency care situations. *International Emergency Nursing*. 2009;17(2):83-89.
10. Ramezani-Badr F, Nasrabadi AN, Yekta ZP, Taleghani F. Strategies and criteria for clinical decision making in critical care nurses: a qualitative study. *Journal of Nursing Scholarship*. 2009; 41(4): 351-358.
11. Thompson C, Stapley S. Do educational interventions improve nurses' clinical decision making and judgement? A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2011;48(7):881 - 893.
12. Visser MR, Smets EM, Oort FJ, de Haes HC. Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *Canadian Medical Association Journal*. 2003;168(3):271-275.
13. Koring M, Richert J, Lippke S, Parschau L, Reuter T, Schwarzer R. Synergistic effects of planning and self-efficacy on physical activity. *Health Education & Behavior*. 2012;39(2):152-158.
14. Bolaños-Medina A. Self-efficacy in translation. *Translation and Interpreting Studies*. 2014; 9(2): 197-218.
15. Roh YS, Lee WS, Chung HS, Park YM. The effects of simulation-based resuscitation training on nurses' self-efficacy and satisfaction. *Nurse education today*. 2013;33(2):123-128.
16. Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RW. The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological reports*. 1982;51(2):663-671.
17. Hagbaghery MA, Salsali M, Ahmadi F. The factors facilitating and inhibiting effective clinical decision-making in nursing: a qualitative study. *BMC nursing*. 2004;3(1):2.
18. Mirsaeedi G, Lackdizagi S, Ghoojazadeh M. Demographic Factors Involved in Nurses' Clinical Decision Making. *Iran Journal of Nursing*. 2011; 24(72):29-36. (Persian)
19. Jahanpour F, Sharif F, Salsali M, Kaveh MH, Williams LM. Clinical decision-making in senior nursing students in Iran. *Int J Nurs Pract*. 2010;16(6):595-602.
20. Paryad E, javadi N, Roshan Z, Fadakar K, Asiri S. Relationship critical thinking and clinical decision making in nursing students. *Iran Journal of Nursing*. 2011;24(73):63-71. (Persian)
21. Karimi M, Rahnama F, GolAfraz M, Mohsen-Pour M. Clinical decision-making and critical thinking ability of senior nursing students and nurses in the hospital of Sabzevar University of Medical Sciences. *Medical Education Development*. 2011;10(12):179 – 188. (Persian)
22. Shaheen M, Schubert F, Brendan L, Xue Z, Yin-Leng T, Yun-Ke C, Intan A M. Adopting evidence-based practice in clinical decision making: nurses' perceptions, knowledge, and barriers. *J Med Libr Assoc*. 2011; 99(3):229-236.
23. Fry M, MacGregor C. Confidence and impact on clinical decision-making and behaviour in the emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal*. 2014;17(3):91-97.
24. Choi M, Kim J. Relationships Between Clinical Decision-Making Patterns and Self-Efficacy and Nursing Professionalism in Korean Pediatric Nurses. *Journal of pediatric nursing*. 2015; 30(6): e81-e8.
25. Hassanpour E, NaderiRavesh N, Safavi B, NiroomandZandi k. Correlation between thinking and clinical decision-making styles of nurses working in teaching hospitals affiliated to Tabriz University of Medical Sciences and Health Services. *Journal of Preventive Care Nursing*. 2014; 4(1):32-43.
26. Cheraghi F, Hassani C, Riyazi H. Correlation between efficacy and clinical practice of nursing students. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty*. 2010;19(1):35 – 40. (Persian).
27. Schwarzer R, Jerusalem M. Generalized self-efficacy scale. In S. Wright, & M. Johnston, & J. Weinman, (Eds.), *Measures in Health Psychology: A User's Portfolio. Causal and Control Beliefs*. Windsor, UK: nferNelson1995.
28. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist*. 1982;37(2):122.
29. Osei W, Rasali D, Hawkey J, McCrae S, Johnson S. Cost implications of falls injury hospitalizations in older residents in saskatchewan, canada. *Annals of Epidemiology*. 2007;17(9):739.
30. Jafar HM, Salabifard S, Mousavi SM, Sobhani Z. The Effectiveness of Group Training of CBT-Based Stress Management on Anxiety, Psychological Hardiness and General Self-Efficacy Among University Students. *Global Journal of Health Science*. 2015;8(6):p47.
31. Koch R, Wittekindt C, Altendorf-Hofmann A, Singer S, Guntinas-Lichius O. Employment pathways and work-related issues in head and neck cancer survivors. *Head & neck*. 2015;37(4):585-593.

32. Razaviyayn M, Padash Z, Moradi A. The determination of self-esteem, self-efficacy and achievement motivation measures in predicting women's quality of life. *Interdisciplinary. Journal of Contemporary Research In Business*. 2012; 4(2):447.
33. Haghani F, Asgari F, Zare S, Moadab M. Correlation between self-efficacy and clinical Performance of the Internship Nursing Students. *Research in Medical Education*. 2013;5(1):22-30. (Persian)
34. Salehi SH, Bahrami M, Hoseini SA, Akhondzadeh K. Nurses' clinical thinking and decision making. *Nursing & Midwifery Research*. 2005;29:57-64.
35. Lakdizaji S, MirSaeidi G, Zamanzadeh V, Ghojazadeh m. Nurses' participation in clinical decision-making process. *Tabriz Journal of Nursing and Midwifery*. 2010;12(1):35 – 43. (Persian)
36. Ghadamgahi F, Zeghimat F, Ebadi H. Knowledge, attitude and self-nurses in hospital infection control. *Journal of Military Medicine*. 2011;13(3):167-7. (Persian)
37. Cuypers M, Lamers RR, Kil PJ, van de Poll-Franse LV, de Vries M. Impact of a web-based treatment decision aid for early-stage prostate cancer on shared decision-making and health outcomes: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2015;16(1):231.

Original Article

Assessing the relationship between self-efficacy and clinical decision-making in hospital nurse

M. Ravanipour¹; A. Ahmadian^{2*}; A. Yazdanpanah³; A. R. Soltanian⁴

1- Associate Professor, The Persian Gulf Tropical Medicine Research Center, Bushehr University of medical sciences, Bushehr, Iran.

2- Dept. of Health Services Administration, Fars Science and Research Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran.

3- Assistant Professor, Dept. of Health Services Administration, Marvdasht branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran.

4- Associate Professor, Modeling Of Noncommunicable Diseases Research Center and Dept. Of Biostatistics School of Public Health Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

Received: 18.1.2016

Accepted: 8.3.2016

Abstract

Background: The clinical decision-making is a process of critical thinking to choose the best practice to achieve the desired objectives. Nurses in the health system known as one of the important health service providers that clinical decision-making is one of their duties in the field. Therefore, they should have the ability to make appropriate clinical decisions. This study was conducted to assess the relationship between self-efficacy and clinical decision-making of nurses working in hospitals in Bushehr in 2015.

Methods: This was a descriptive analytic study, which have been done cross section on the 247 nurses working in hospitals in Bushehr that were selected by stratified random sampling method. Schwartz & Jerusalem General Self-Efficacy Questionnaire and Jenkins clinical decision questionnaire were used as data collection tools. Data were analyzed by SPSS/22.

Results: The study findings showed that the nurses have been in good condition in term of self-efficacy (21.33) and clinical decision-making (45.61). There were significant relationship between clinical decision-making with age ($r=0.198$, $p<0.01$), working experience ($r=0.203$, $p<0.01$), and gender of nurses ($\chi^2=56.532$, $p<0.05$). Finally, a significant, positive and relatively strong relationship was identified between nurses self-efficacy and their clinical decision-making ability in this study ($r=0.563$, $p<0.01$).

Conclusion: Based on the importance of clinical decision-making for nurse and its significant relationship with their self-efficacy and the effect of both of them on performance improvements, Recommended in the policy-making process to improve the quantity and quality of services, improving of the self- efficacy and clinical decision-making of nurses should be considered in the health system.

Keywords: Clinical decision-making; Job performance; Nurse; Self-Efficacy

*Corresponding Author: A. Ahmadian; Dept. of Health Services Administration, Fars Science and Research Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran. Email: ahmadianabdolmajid@Yahoo.com