

درک خودکارآمدی پرستاران کودکان از مدیریت فرایند مراقبت: مطالعه کیفی

اعظم علوی^۱، مسعود بهرامی^۲، علی ضرغام بروجنی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: خودکارآمدی به عنوان پیش‌بینی کننده مهم رفتارهای پرستاران، نقش مهمی بر روی عملکرد حرفه‌ای و مراقبتی پرستاران دارد. با این وجود، شناخت ابعاد این مفهوم مورد توجه قرار نگرفته است. هدف از انجام مطالعه حاضر، تبیین درک خودکارآمدی پرستاران کودکان از مدیریت فرایند مراقبت بود.

روش: این مطالعه بخشی از یک مطالعه بزرگ‌تر بر روی مفهوم خودکارآمدی مراقبتی بود که با رویکرد کیفی و روش تحلیل محتوا در سال ۹۴-۱۳۹۳ در ایران انجام گرفت. نمونه‌های پژوهش شامل ۲۷ پرستار و مربی بالینی بخش‌های کودکان بودند که بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف در پژوهش شرکت نمودند. داده‌های پژوهش به روش مصاحبه نیمه ساختار یافته جمع‌آوری گردید و با استفاده از روش تحلیل محتوای مرسوم (قراردادی) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یکی از تم‌های اصلی استخراج شده حاصل تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها در مطالعه اخیر، «مدیریت فرایند مراقبت» بود. این تم شامل دو طبقه اصلی «عملکرد فرایندمحور» شامل زیرطبقات مراقبت بر اساس فرایند پرستاری و توانایی تصمیم‌گیری مراقبتی و «هدایت و کنترل ارایه فرایند مراقبت» با زیرطبقات نظارت و رهبری ارایه مراقبت و خودکنترلی بود.

نتیجه‌گیری: پرستاران با درک خودکارآمدی، می‌توانند فرایند مراقبت به کودکان را مدیریت کنند. درک خودکارآمدی از مدیریت فرایند مراقبت از طریق زیرساخت‌هایی همچون مراقبت بر اساس فرایند پرستاری، تصمیم‌گیری مراقبتی، نظارت و رهبری بر ارایه مراقبت و هماهنگی فعالیت‌های مراقبتی و خودکنترلی بروز داده می‌شود. این نتایج می‌تواند به رشد خودکارآمدی پرستاران، به خصوص در حیطه مراقبت از کودکان کمک نماید.

کلید واژه‌ها: مدیریت فرایند مراقبت، خودکارآمدی، پرستاران کودکان، مطالعه کیفی

ارجاع: علوی اعظم، بهرامی مسعود، ضرغام بروجنی علی. درک خودکارآمدی پرستاران کودکان از مدیریت فرایند مراقبت: مطالعه کیفی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۵؛ ۵ (۳): ۲۹۵-۲۸۳.

تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۰/۵

تاریخ دریافت: ۹۴/۸/۱۱

۱- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران
 ۲- دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی و گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
 ۳- دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی و گروه کودکان و نوزادان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
 نویسنده مسئول: مسعود بهرامی
 Email: bahrami@nm.mui.ac.ir

مقدمه

پرستاران به عنوان بزرگ‌ترین و مهم‌ترین منبع انسانی سازمان‌های مراقبت بهداشتی، اهمیت بسزایی در ارتقای سلامت جامعه دارند؛ به طوری که سازمان‌های مراقبت بهداشتی و درمانی بدون نیروی خودکارآمد پرستاری نمی‌توانند به موفقیتی دست یابند (۱). پرستاران سهم اصلی ارائه مراقبت بهداشتی به بیماران را بر عهده دارند (۲). با تخمین ۱/۸ میلیون کودک بستری شده در بیمارستان به صورت سالانه، تعیین کفایت و شایستگی منابع بیمارستانی جهت مراقبت از کودکان ضروری است (۳).

خودکارامدی یکی از مفاهیم کاربردی نظریه یادگیری-شناختی اجتماعی Bandura در رابطه با رفتار حرفه‌ای است. مطابق با تئوری Bandura، خودکارامدی نقش مهمی در پیشگویی توانایی انجام فعالیت و سطح عملکرد ایفا می‌کند (۴). خودکارامدی منعکس‌کننده باورها و اعتقادات شخص در خصوص توانایی‌هایش برای انجام رفتارهایی است که پیامدهای خاصی را به دنبال خواهد داشت (۵). واژه خودکارامدی، باور فرد به توانایی انجام دادن عملی در موقعیتی مشخص و به عنوان عقاید فرد در مورد توانایی خویش برای سازگاری با موقعیت‌های خاص تعریف می‌شود (۶، ۷). خودکارامدی یعنی فرد می‌تواند بر موقعیتی تسلط یابد و پیامدهای مثبتی تولید کند. وی دیدگاهی را به رفتار انسان باز کرد که باورهای افراد در مورد خود، عنصر کلیدی ایجاد کنترل و عامل بودن فردی محسوب می‌گردد (۸). باورهای خودکارامدی می‌تواند رفتار را به شکل مطلوبی پیش‌بینی کند؛ چرا که باورها ابزارهایی است که تعیین می‌کند افراد با دانش و مهارت‌هایی که دارند، چه کارهایی را می‌توانند انجام دهند. نقش واسطه‌ای این باورها تبیین این موضوع است که چرا افرادی با مهارت‌ها و دانش مشابه، عملکردهای متفاوتی دارند. خودکارامدی به داشتن مهارت یا مهارت‌ها مربوط نمی‌شود، بلکه به باور افراد در مورد توانمندی‌های خود برای انجام این مهارت‌ها مرتبط است (۹).

خودکارامدی یک مفهوم شخصی، موقعیتی و وابسته به زمینه است (۱۰، ۱۱). از دیدگاه Bandura سیستم اعتقاد

کارامدی (خودکارامدی) بسیار اختصاصی و وظیفه محور است. خودکارامدی یک رفتار عمومی و جهانی نیست، بلکه مجموعه‌ای از اعتقادات شخصی و مرتبط با محدوده متفاوتی از عملکرد است (۱۲، ۱۳). خودکارامدی سازه‌ای است که بر روی انگیزه، یادگیری، توسعه مهارت و پیشرفت حرفه‌ای در پرستاری تأثیرگذار است. سطح بالای خودکارامدی موجب استفاده مؤثر از استراتژی‌های شناختی، فراشناختی و عملکردهای بعدی در بسیاری از زمینه‌ها می‌گردد (۱۴). درک خودکارامدی تأثیر مهمی بر روی رفتار دارد. آن‌هایی که به توانایی‌هایشان اعتماد ندارند، به شایستگی خود شک دارند. خودکارامدی از طریق فرایندهای انگیزشی، شناختی، عاطفی و انتخابی یک نقش مرکزی در ترجمه قابلیت‌ها یا شایستگی‌ها به درون فعالیت‌ها دارد و در تعیین این که چگونه افراد رفتار می‌کنند و به چه سطحی از عملکرد دست می‌یابند، تأثیرگذار است. تحقیقات پرستاری نشان داده است که پرستارانی با درک خودکارامدی بالاتر، عملکرد بهتری را نشان می‌دهند و نسبت به پرستارانی که خودکارامدی پایین‌تری دارند، مراقبت با کیفیت‌تری را ارائه می‌دهند. از طرف دیگر، پرستاران خودکارآمد به کار خود تعهد بیشتری دارند و در مقابل مشکلات استقامت بیشتری نشان می‌دهند. بنابراین، بر اساس تئوری شناختی-اجتماعی Bandura، مراقبت با کیفیت نیاز به پرستارانی دارد که به توانایی‌های خود (خودکارآمد شخصی) معتقد باشند (۱۵، ۱۶).

پژوهش Ko و Lee با هدف بررسی تأثیر خودکارامدی، اثربخشی و کارامدی جمعی بر روی عملکرد پرستاران نشان داد که یکی از عوامل مهم در عملکرد پرستاران، درک خودکارامدی است و این مفهوم با عملکرد پرستاران ارتباط مثبت دارد و امیدوار است که نتایج این مطالعه و درک عوامل مؤثر بر عملکرد پرستاران، جهت بهبود رویکردهای مدیریتی در بیمارستان استفاده گردد (۱۷). مطالعه Robb با هدف تحلیل مفهوم خودکارامدی در آموزش پرستاری به روش Walker و Avant، بیانگر این است که افزایش خودکارامدی درک شده دانشجویان پرستاری به کاهش فاصله بین تئوری و عمل کمک خواهد کرد و خودکارامدی یکی از متغیرهای

شناختی است که بر روی رفتارهای عملکردی و فرایندهای عاطفی دانشجویان پرستاری تأثیر می‌گذارد و میان خودکارامدی و کسب مهارت‌های بالینی ارتباط مثبتی وجود دارد (۱۰). شواهد موجود نشان می‌دهد که بین میزان خودکارامدی پرستاران و قصدشان برای ماندن در حرفه پرستاری یک ارتباط مثبت وجود دارد (۱۸). نتایج مطالعه Manojlovich نشان داد که خودکارامدی نقش واسطه‌ای میان قدرت ساختاری و عملکرد حرفه‌ای پرستاران ایفا می‌کند و به مدیران پرستاری توصیه می‌کند که با ایجاد فرصت‌هایی جهت تقویت خودکارامدی پرستاران، موجب بهبود رفتارهای عملکردی حرفه‌ای پرستاران شوند. نتایج پژوهش آن‌ها حاکی از آن بود که از طریق تقویت خودکارامدی، می‌توان رفتارهای عملکردی پرستاران و از آن جمله رفتارهای مراقبتی را بهبود بخشید و اهمیت نقش خود پرستاران و خودتأثیری آن‌ها را علاوه بر عوامل محیطی بر عملکرد حرفه‌ای پرستاران آشکار می‌کند (۱۶).

این افراد هستند که با شناخت جنبه از خود، توانایی‌های خودآگاهی کسب می‌کنند و با فایق آمدن بر فشارهای روانی در دستیابی به اهداف فردی - سازمانی کمک بزرگی محسوب می‌شوند (۱۹). بنابراین، شناخت مفاهیمی همچون خودکارامدی پرستاران، به خصوص در حیطه مراقبت از کودکان که جزء مددجویان آسیب‌پذیر در سیستم‌های بهداشتی هستند، لازم و ضروری است. به علاوه، سیستم‌های ارائه خدمات سلامتی به دلیل افزایش آگاهی و انتظار جامعه در مورد دریافت خدمات با کیفیت مناسب، ناگزیر به افزایش اثربخشی منابع انسانی شاغل در این سیستم‌ها شده‌اند. در ایران نیز ضرورت توجه به موضوع خودکارامدی حرفه‌ای پرستاران در سال‌های اخیر بیش از پیش احساس می‌شود. با یادآوری این که خودکارامدی یک مفهوم شخصی و وابسته به زمینه می‌باشد و با توجه به زمینه‌های متفاوت فرهنگی، محیطی و آموزشی پرستاران در بخش کودکان همراه با تفاوت بیماران بستری در این بخش، دقت به خودکارامدی پرستاران در جهت کسب اطمینان از مراقبت ارائه شده، از اهمیت فراوانی برخوردار است (۱۴). هر چند موضوع

روش

این پژوهش بخشی از پایان‌نامه دکتری پرستاری بود که در سال ۹۴-۱۳۹۳ در ایران با هدف تبیین مفهوم خودکارامدی مراقبتی پرستاران بخش‌های کودکان به روش تحلیل محتوای کیفی، انجام شد. در مطالعات کیفی، مشارکت کنندگان کسانی هستند که دانش دست اول و کافی در مورد ابعاد موضوع مورد مطالعه دارند. بنابراین، با توجه به اهمیت بررسی عمیق تجارب افراد، مشارکت کنندگان ۲۷ پرستار و سرپرستار بالینی در بخش‌های کودکان بیمارستان‌های شهرهای اصفهان و شهرکرد و استادان بالینی پرستاری گروه کودکان دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان بودند که به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و همچنین، تعدادی از آنان بر اساس نمونه‌گیری گلوله برفی انتخاب شدند. اولین نمونه از میان پرستاران با تجربه بخش جراحی کودکان بیمارستان تخصصی کودکان امام حسین (ع) شهر اصفهان انتخاب گردید.

معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن مدرک کارشناسی پرستاری و بالاتر، سابقه کاری بالینی حداقل یک سال و تمایل به بیان تجربیات بود. روش جمع‌آوری داده‌ها «مصاحبه نیمه ساختار یافته فردی» بود. به این ترتیب که پژوهشگر ضمن معرفی خود و شرح مختصری درباره اهداف مطالعه، از نمونه‌ها برای شرکت در مطالعه دعوت به عمل آورد. زمان مصاحبه‌ها بین ۲۸ تا ۶۰ دقیقه بود. همه مصاحبه‌ها در مکان آرامی که توسط مشارکت کنندگان انتخاب گردید، انجام شد. راهنمای مصاحبه سؤالاتی مانند «خودکارامدی در هنگام

استخراج شده با تعدادی از شرکت کنندگان (Member cheek)، استفاده از روش بازنگری و مرور همکاران (External cheek) از طریق ارسال برخی از متن‌های مصاحبه به همراه کدها و طبقات استخراج شده و استفاده از نظرات اصلاحی آنان سعی بر افزایش مقبولیت داده‌ها و اعتبار مطالعه داشت (۲۲). علاوه بر این، تمام روند مصاحبه از شرکت کنندگان و کدگذاری مصاحبه توسط محقق اول صورت گرفت و دو استاد صاحب‌نظر در زمینه پژوهش کیفی تمام فرایند تحقیق را نظارت و حسابرسی کردند. استفاده و انتخاب مشارکت کنندگان با حداکثر تنوع (از نظر سن، تجربه کاری و با سمت‌های مختلف، تنوع اقتصادی و اجتماعی) انتقال‌پذیری داده‌ها را فراهم آورد. ثبات یافته‌ها با نسخه‌نویسی در اسرع وقت و ارایه مثال‌هایی از نقل قول‌های مستقیم امکان‌پذیر گردید (۲۳).

مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مورد تأیید قرار گرفت. در ابتدای مصاحبه پژوهشگر علاوه بر معرفی خود، درباره هدف تحقیق، روش مصاحبه و اختیاری بودن شرکت در مطالعه به مشارکت کنندگان توضیح داده شد. به مشارکت کنندگان اطمینان داده شد که در هنگام انتشار نتایج، کلیه اطلاعات فردی محرمانه باقی خواهد ماند. داده‌های خام مطالعه شامل مصاحبه‌ها و یادداشت‌برداری‌ها در جای امنی نگهداری و تنها برای تیم تحقیق قابل دسترسی بود و سپس، رضایت آگاهانه کتبی از آنان کسب گردید. همچنین، جهت ضبط مصاحبه‌ها، قبل از شروع مصاحبه از مشارکت کنندگان اجازه گرفته شد.

یافته‌ها

خصوصیات دموگرافیک مشارکت کنندگان شامل ۲۷ مشارکت کننده، ۱۹ پرستار بخش کودکان، ۴ سرپرستار بخش کودکان، ۱ نفر سوپروایزر و ۳ مربی پرستاری آموزش کودکان در محدوده سنی ۲۷-۴۹ سال و سابقه کار ۳-۲۵ سال بودند. ۲۵ نفر از آن‌ها زن و بقیه مرد بودند. ۲۱ نفر از شرکت کنندگان مدرک کارشناسی، ۵ نفر کارشناسی ارشد و یک نفر مدرک دکتری پرستاری داشتند.

مراقبت کردن از کودکان به چه معنی است؟، با توجه به تجربه خود می‌توانید با یک مثال خودکارآمدی مراقبتی را در پرستاران بخش کودکان را توصیف کنید؟ و با توجه به تجربیات شما، خودکارآمد بودن پرستاران جهت ارایه مراقبت در بخش‌های کودکان به چه چیز شبیه است؟». لازم به ذکر است که از سؤالات پیگیری برای تبیین بیشتر جزئیات مورد نظر و افزایش عمق مصاحبه‌ها استفاده شد. نمونه‌گیری با ۲۲ مصاحبه به اشباع رسید. جهت اطمینان بیشتر ۵ مصاحبه دیگر انجام شد که داده‌های به دست آمده تکرار داده‌های قبلی بود.

هم‌زمان با جمع‌آوری، داده‌ها به روش تحلیل محتوای کیفی نوع مرسوم مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. تحلیل محتوا فرایند طبقه‌بندی سیستماتیک داده است که از طریق آن کدها و مضامین نمایان می‌شود. مصاحبه‌های ضبط شده بر روی نوار کلمه به کلمه نسخه‌برداری شد. با توجه به این که تحقیق کیفی مستلزم آن است که محقق در داده‌ها غوطه‌ور شود، بدین منظور محقق مصاحبه‌ها را چندین مرتبه گوش کرد و متن دست‌نوشته‌ها را چندین بار کلمه به کلمه و سطر به سطر مرور نمود تا کلماتی از متن که در برگزیده مفاهیم کلیدی یا همان واحدهای معنایی است، از بیانات شرکت کنندگان برجسته شود و بدین ترتیب کدهای اولیه استخراج گردید. سپس، کدها چندین مرتبه در یک فرایند پیوسته و مداوم از استخراج کدها تا نام‌گذاری مرور گردید. سپس، کدهای مشابه ادغام و طبقه‌بندی شد و بر اساس ایده‌ای که طبقات در بر گرفته است، نام‌گذاری و طبقات فرعی به دست آمد. سپس، طبقات فرعی استخراج شده از مصاحبه‌ها با هم مقایسه و در صورت مشابهت و امکان ادغام با هم یکی شد و در نهایت، تم‌های اصلی نمایان گردید (۲۱، ۲۰).

در طول مطالعه، برای اطمینان از دقت و استحکام داده‌ها، از روش‌های ایجاد اعتبار و درگیری طولانی مدت و عمیق با موضوع استفاده نمود. در طول مطالعه، پژوهشگر با تخصیص زمان کافی برای ارایه اطلاعات به شرکت کنندگان، ارتباط با شرکت کنندگان و تعامل به آن‌ها به عنوان مربی و جلب اعتماد آن‌ها، بررسی مداوم داده‌ها، مرور بعضی از کدهای

جدول ۱. روند شکل‌گیری تم مدیریت فرایند مراقبت

طبقات اصلی	طبقات فرعی	تم
عملکرد فرایند محور	مراقبت بر اساس فرایند پرستاری	مدیریت فرایند مراقبت
هدایت و کنترل ارایه فرایند مراقبت	توانایی تصمیم‌گیری بالینی نظارت و رهبری ارایه مراقبت خودکنترلی	

بخش دیگر باشه و تئونه بیاد بالای سر مریض، خود پرستار باید بدونه که چه مراقبت‌هایی باید برای مریض انجام دهد تا دکتر بیاد بالای سر مریض. این خودش می‌شود خودکارامدی...».

مشارکت کننده ۳ می‌گوید: «نوی مراقبت‌های تنفسی از بیمار، از این که بتواند خودش تشخیص دهد که الان مریض دیسترس تنفسی دارد، الان مریض تاکی‌پنه است، تاکی‌کارد است و این را سریع اطلاع‌رسانی کند. حتی خیلی از مواقع شده که بچه‌های ما دیگه دیدند که فرصتی ندارند به رزیدنت خبر دهند، کد را اطلاع دادند، بیهوشی را خبر کردند، زود اطلاع دادند. این که تشخیص بدحال بودن مریض را سریع تشخیص بدهند؛ چون بچه‌ها فرصت گلد تایمشون نسبت به بزرگسالان کمتر است. در بچه سریع ممکن است به دنبال آینه، ارست پیش بیاد، ولی خیلی وقت‌ها با یک پوزیشن‌دهی ساده و یک یا چند آمبو دادن قشنگ سریع بچه‌ها برمی‌گردن».

مشارکت کننده ۶ بیان می‌کند: «خودکارامدی اون حس توانمندی است که یک پرستار در مراقبت از یک بیمار خاص داره. این بیماری می‌تواند یک سیستم یا چند سیستم را درگیر کنه. در مراقبت از اون بیمار این پرستار بتونه کارهای خودش و بحث مراقبت خودش را مدیریت کند. رفتارهایی که می‌تواند داشته باشد، حالا می‌تواند جسمی باشد یا روحی... این پرستار بتونه نیازهای مراقبتی را خودش بالفعل بشناسه و برای آن‌ها کاری انجام بده، این خودکارامدی می‌شه».

مشارکت کنندگان معتقد بودند که پرستار خودکارامد پس از تعیین و تشخیص نیازهای مراقبتی کودک، می‌تواند نیازهای مراقبتی کودک را اولویت‌بندی و بر اساس آن برنامه مراقبتی کودک را طراحی و برنامه‌ریزی کند.

در نهایت، پرستار خودکارامد، مراقبت ارایه شده خود را مرتب ارزیابی می‌کند تا مطمئن شود مراقبتی که انجام شده

آنالیز داده‌های پژوهش نشان داد، با توجه به بیانات شرکت کنندگان مدیریت فرایند مراقبت به عنوان یکی از ابعاد اصلی درک خودکارامدی پرستاران کودکان در هنگام مراقبت از کودکان از دو طبقه اصلی «ارایه عملکرد فرایند محور و هدایت و کنترل ارایه فرایند مراقبت» استخراج شد. روند شکل‌گیری تم مدیریت فرایند مراقبت در جدول ۱ ارایه گردید.

ارایه عملکرد فرایند محور

از دیدگاه مشارکت کنندگان، پرستاران خودکارامد می‌توانند مراقبت خود و عوامل مرتبط با ارایه این مراقبت به کودکان را مدیریت کنند. مشارکت کنندگان این طبقه را در قالب دو طبقه فرعی «مراقبت بر اساس فرایند پرستاری و توانایی تصمیم‌گیری مراقبتی» بیان نمودند.

مراقبت بر اساس فرایند پرستاری: مشارکت کنندگان اذعان داشتند که توانایی ارایه مراقبت به کودکان با استفاده از چارچوب فرایند پرستاری، یکی از خصوصیات مهم خودکارامدی مراقبتی در بخش کودکان است. از طریق فرایند پرستاری، پرستاران می‌توانند دانش تئوری و تجربه خود را در بالین به عمل درآورند. از دیدگاه مشارکت کنندگان، پرستاری با درک خودکارامدی در برخورد با کودک می‌تواند در ابتدا از طریق اطلاعاتی که به دست می‌آورد، نیازهای مراقبتی کودک را تعیین و تشخیص‌های پرستاری کودک را مشخص نماید. در همین رابطه، مشارکت کننده ۱۳ اظهار داشت: «پرستاری که بتواند از اطلاعاتش استفاده کند، بتواند تشخیص پرستاری بدهد؛ یعنی بتواند تشخیص دهد، به طور مثال کودکی که الان لرز کرده، ممکن است تب کند، تا قبل از این که پزشک بیاید، بالاخره یک‌سری مراقبت از این کودک انجام بده، بالاخره یک مداخلاتی باید بلد باشد. یعنی خودت بدانی الان باید چه کار بکنی... ممکنه پزشک یک

که مریضش این مراقبت‌ها را نیاز دارد. Order پزشک مهم است و باید اجرا شود، اما پرستار خودش این قدر درس خوانده، بالآخره اطلاعات دارد، تشخیص‌های پرستاری خیلی مهم است. با خودکارامدی، پرستار تشخیص‌های پرستاری می‌دهد و برای مریضش تصمیم می‌گیرد».

هدایت و کنترل ارایه فرایند مراقبت

یکی از طبقات اصلی مدیریت فرایند مراقبت، هدایت و کنترل ارایه فرایند مراقبت است که از تجربیات مشارکت کنندگان قابل استنباط است. این طبقه از دو طبقه فرعی «نظارت و رهبری ارایه مراقبت و خودکنترلی» تشکیل شده است.

نظارت و رهبری ارایه مراقبت: اکثر مشارکت کنندگان تأکید داشتند که یکی از ابعاد خودکارامدی به خصوص در موارد ارایه مراقبت‌های اورژانسی در بخش کودکان، توانایی رهبری منابع انسانی و هدایت منابع محیطی است. پرستاری با درک خودکارامدی این توانایی را دارد که به خصوص در شرایط بحرانی و اورژانسی از منابع انسانی و محیطی موجود، بهترین استفاده را نماید و آن‌ها را در جهت ارایه مراقبت مطلوب به کودک به کار گیرد. مشارکت کننده ۱۰ بیان می‌کند: «مدیریت یکی از آیتم‌های خودکارامدی. پرستاری که از نظر مدیریتی خیلی خوب است، مداخلاتی که باید انجام شود را در می‌آورد، مراقبت‌ها را به خوبی برنامه‌ریزی و پیگیری می‌کند. زمانی که مسؤول شیفت است، در عین این که دقت دارد و حواسش جمع است، آرامش خیلی خوبی دارد و همه چیز را تحت کنترل دارد. این باعث می‌شود که بخش حالت آرام داشته باشد و پرسنل هم بتوانند کارهاشون را خوب انجام دهند».

یکی از تفاوت‌های محسوس در بخش کودکان، حضور مداوم والدین به عنوان مراقبت کننده در کنار کودکان بستری است. پرستاران بخش کودکان تأکید داشتند که یک پرستار خودکارامد علاوه بر نظارت بر تیم مراقبتی، باید بتواند والدین مضطرب را نیز کنترل کند. با خودکارامدی، پرستار این توانایی را دارد که به والدین آرامش دهد. یکی از خصوصیات مدیریتی پرستار خودکارامد در حین ارایه مراقبت به کودکان، همین کنترل والدین است. در این رابطه مشارکت کننده ۱۳ بیان

منجر به نتیجه مطلوب شده است یا خیر. در این زمینه مشارکت کننده ۷ تأکید می‌کند: «خودکارامدی یک تعریفی که در ذهنم است، این است که بتواند نتیجه کارش را خودش ارزشیابی کند، مثلاً نواقصش را برطرف کنه و خودش یک طوری باشه که یک جنبه خودارزیابی داشته باشه و بتواند به هدف اصلی‌اش برسد. تو جنبه مراقبت از بچه‌ها هم این جنبه باید وجود داشته باشه؛ یعنی حالا شما یک مراقبتی را از بچه انجام می‌دهید، حالا غیر از این که پزشک کارش را ارزشیابی می‌کند، شما خودت مراقبتی را که انجام دادی، باید ارزشیابی کنی، چقدر درست انجام دادی، نواقصش کجا بوده، باید اگر جایی مشکل داشته، دوباره بررسی کنه مشکل کجا بوده است. مشکلاتش را دربیاره و سعی کنه رفعش کنه».

توانایی تصمیم‌گیری مراقبتی: از نظر مشارکت کنندگان، خودکارامدی به این معنی است که پرستار بتواند برای مراقبت بیمار تصمیم‌گیری کند و در هنگام مواجهه با کودک بیمار منتظر دستور پزشک برای ارایه مراقبت‌های پرستاری نباشد. در واقع، از طریق فرایند پرستاری، تصمیم‌گیری بالینی پرستاری خودش را نشان می‌دهد. مشارکت کننده ۲۷ می‌گوید: «غلب پرستار خودکارامد، پرستاری است که قدرت تصمیم‌گیری‌اش بالا است. پرستاری که نمی‌تواند تصمیم بگیرد پرستار ناخودکارامده... وقتی به هر حال بیمار بدحال می‌شود، بداند خودش باید چه کار کنه، چه اقداماتی انجام بده، حداقل اقدامات اولیه را انجام دهد تا موقعی که پزشک برسه».

همچنین، مشارکت کنندگان اعتقاد داشتند که با درک خودکارامدی، پرستار به خودش اطمینان می‌کند و می‌داند که همیشه و در همه حالات نباید منتظر دستور بالادستی خود باشد و خودش با توجه به دانشی که دارد، می‌تواند نیازهای مراقبتی کودک را تشخیص دهد و برای بسیاری از این تشخیص‌ها می‌تواند تصمیم‌گیری کند. در این رابطه، مشارکت کننده ۵ می‌گوید: «پرستاری خودکارامده که بداند آن کارها را باید برای مریضش انجام بده، دیکته بهش نکند که الان باید این کار را انجام دهی، حالا آن کار را باید بکنی، یعنی مثلاً از بالا دستی‌هایش مرتب دستور بگیرد، خودش بداند پرستاری که مثلاً فلان مریض است، باید خودش بداند

ایشون عصبانیت ندیدم. حتی تو شولاتی که در بخش می‌شود. چون بخش کودکان یک دفعه بهم می‌ریزه، یک دفعه آشوب می‌شه، ولی خانم x همیشه خونسردی خودش را حفظ می‌کند. خیلی خونسرد همه چیز را OK می‌کند. به نظرم این به خاطر احساس خودکارآمدی اونه که همیشه آرام کاره‌اش را انجام می‌ده. به دیگران هم استرس وارد نمی‌کنه. آدم دوست داره باه‌اش شیفت باشه. مثلاً می‌دونه در این شرایط باید برای مریض چکار بکنه. گاهی اوقات من خودم می‌مانم که این کار را بکنم یا نکنم، ولی وقتی خانم x داخل شیفت باشه، بهش تکیه می‌کنم و خیالم راحت است. احساس می‌کنم اعتماد به نفسشون بیشتر است. من خودم می‌دانم که می‌توانم، ولی به خودم شک می‌کنم». مشارکت کننده ۷ در تشبیه خودکارآمدی بیان می‌کند: «شاید بتوان پرستار خودکارآمد را به ربات تشبیه کرد. رباتی که بتواند خودش را تنظیم کند یا مثلاً یک سیستمی که روزانه خودش را تصحیح می‌کند». مشارکت کننده ۱۳ تأکید می‌کند: «پرستاری که در هر شرایطی با کمترین امکانات بهترین مراقبت را برای مریضش اجرا کند، یعنی این که بتواند مثلاً در شرایطی که مریضی تشنج می‌کند، دست و پا‌ش را گم نکند. بداند که در آن شرایط تنها کاری که می‌تواند بکند، این است که یک ایروبی داشته باشه، یعنی یک راه هوایی داشته باشه. اکسیژن‌تراپی کند. یا اگر یک مریضی آسیب‌دیده، بداند که الان باید چکار کند؛ چون اغلب بچه‌ها خیلی تو بخش ریه می‌روند، می‌گویند بهش ریه... ما بدانیم که مادرش یک دفعه بی‌قرار می‌شود، قاطی می‌کند، نمی‌داند چکار باید بکند، پرستار باید بداند که چکار باید بکند. اول که مادر را به آرامش دعوت کنه. بعد سریع بچه را برای اکسیژن‌رسانی ببرد. تنها راهش همین است. یا مثلاً در سخت‌ترین شرایط هم پدر و هم مادر را کمک کند و هم به بچه کمک کند. این می‌شود به نظر من یک پرستار خودکارآمد».

بحث

مشارکت کنندگان مطالعه حاضر، مدیریت فرایند مراقبت را به عنوان جزئی از درک خودکارآمدی خود در هنگام مراقبت

می‌کند: «خانم x به نظر من یک پرستار خودکارآمد است از لحاظ مدیریتی. مثلاً یک مادری که به پرستار اعتراض داشته باشد، توجیه می‌کنه، نه این که توجیه بد بکنه، برایش توضیح می‌دهد قانعش می‌کند. آن چیزی که شما فکر می‌کنید نبوده یا آن قضیه‌ای که شما فکر می‌کنید این بوده. از لحاظ مدیریتی کامل هستند».

مشارکت کننده ۱۸ می‌گوید: «والدین هم باید بتوانی آرام کنی، خیلی وقت‌ها بچه این قدر بی‌قراری ندارد که والدینش بی‌قرار هستند. مثلاً مامان شروع می‌کنه به گریه کردن، مامان بزرگ بچه را بغل می‌کند، مامان می‌رود تو سالن تو سر خودش می‌زند، باباش عصبانی می‌شود و پرخاشگری می‌کند... موارد این جوری زیاد است. پرستار باید بتواند رفتار والدین را کنترل کند. برای آن‌ها توضیح دهد یا از آن‌ها خواهش کند که در اتاق پروسیجر نباشند یا این که برای آن‌ها دلیل منطقی بیاورد که آن پروسیجر یا هر کاری که می‌خواهد انجام شود، به خاطر سلامتی بچه آن‌ها است. اگر مثلاً یک بچه بدحال که به خصوص رگ‌گیریش مشکل است، آوردند، می‌توانیم توضیح دهیم به این دلیل بچه شما کم آب است و رگ‌هاش پیدا نمی‌شود، زمان بیشتری و دفعات بیشتری نیاز دارد که ترای شود، پرستاری که هم مهارت کنترل والدین و جلب همکاری والدین را داره».

خودکنترلی: از بیانات و گفته‌های مشارکت کنندگان چنین استنباط می‌شود که یکی از مواردی که در درک خودکارآمدی پرستاران در حین ارایه مراقبت از کودکان قابل نمود است، توانایی پرستاران در کنترل خود می‌باشد، به خصوص از نظر عاطفی در شرایطی که مراقبت اورژانسی مورد نیاز است. مشارکت کنندگان تأکید داشتند که پرستار خودکارآمد در شرایط پراسترس و ناپایدار بخش کودکان، می‌تواند کنترل اعصاب و آرامش خود را داشته باشد. از دیدگاه پرستاران، این خودکارآمدی است که باعث می‌شود تا پرستار در این شرایط ناپایدار بخش کودکان اعتماد به نفس خود را حفظ کند. در این زمینه مشارکت کننده ۱۳ (پرستار) تأکید می‌کند: «از لحاظ خودکارآمدی خانم x را قبول دارم. ۱۷ سال سابقه کار دارد، خیلی خوش اخلاق هستند. اصلاً در هیچ شرایطی من از

نگران، مضطرب و ناراحت هستند. در اغلب موارد این افراد منتظر شکست در شغلشان می‌باشند و معتقد هستند که خطرات بالقوه محیط قابل مدیریت نیست (۲۶). پرستار به عنوان عضو تیم مراقبت بهداشتی، جهت همکاری با سایر حرفه‌های بهداشتی و اطمینان از این که مراقبت پرستاری هماهنگ با سایر حرفه‌ها ارایه شده است، مسؤول می‌باشد. در بسیاری موارد پرستار کودکان در نقش رهبری، هدایت و هماهنگی در تیم بین حرفه‌ای را بر عهده دارد (۲۷). اشخاصی که دارای درک خودکارامدی بالایی هستند، بیشتر می‌کوشند، بیشتر موفق می‌شوند و از کسانی که سطح کارامدی شخصی پایین‌تری دارند، پشتکار بیشتری از خود نشان می‌دهند و ترس کمتری را تجربه می‌کنند. چنین افرادی بر روی امور کنترل بیشتری دارند و عدم اطمینان کمتری را تجربه می‌کنند (۲۸، ۹). مطالعات در این زمینه ثابت کرده است که افزایش خودکارامدی فاصله میان تئوری و عمل را کاهش خواهد داد و میان خودکارامدی و کسب مهارت‌های بالینی ارتباط وجود دارد. سطح پایین خودکارامدی موجب ایجاد تصور عدم کفایت شخصی و در نتیجه، افزایش سطح اضطراب و پرهیز از موقعیت‌های چالش‌آور می‌گردد. بر عکس، با سطح بالای خودکارامدی شخص برای خود اهداف بالاتری را تنظیم می‌کند و تعهد بیشتری در رسیدن به این اهداف دارد (۱۰).

با توجه به سخنان مشارکت‌کنندگان، توانایی ارایه مراقبت در قالب فرایند پرستاری، جزئی از زیرساخت‌های اصلی بعد مدیریت محسوب می‌شود. در همین رابطه، سازمان‌های بهداشتی نیز تأکید دارند که یکی از شایستگی‌های پرستاران توانایی بررسی، برنامه‌ریزی و ارزیابی مداخلات مراقبتی است (۲۹). پرستار حرفه‌ای بخش کودکان در جهت نتایج موفقیت‌آمیز، باید بتواند با دادن تشخیص‌های پرستاری خوب مراقبت از کودک را سازماندهی و مدیریت کند. فرایند پرستاری به عنوان یک روش حل مشکل علمی، موجب طراحی و اجرای مراقبت پرستاری در روشی متفکرانه و اطمینان از ارایه یک مراقبت منسجم و با کیفیت می‌گردد (۳۰). نتایج پژوهش کیفی آتش‌زاده و همکاران با هدف تبیین

کردن از کودکان معرفی کردند. از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، درک خودکارامدی از مدیریت فرایند مراقبت از طریق ارایه عملکرد فرایند محور و هدایت و کنترل ارایه فرایند مراقبت ظهور می‌یابد. مشارکت‌کنندگان اذعان داشتند که جهت درک خودکارامدی پرستاران، باید به توانایی‌هایی همچون ظرفیت مدیریت موقعیت‌های پیچیده بیمار، حل مشکل، جستجو و استفاده از شواهد بر اساس اطلاعات جهت گرفتن تصمیمات ماهرانه، تفکر انتقادی و ارایه مراقبت پرستاری به کودکان از طریق مراقبت پرستاری هدفمند به شکل فرایند پرستاری معتقد باشند. از دیدگاه Bandura، اعتقادات کارامدی بر روی نحوه تفکر، فکر کردن نامنظم و بی‌هدف یا هدفمند و استراتژیک افراد تأثیر می‌گذارد (۱۲). همچنین، پورفرزاد و همکاران خودکارامدی را "فضاوت فرد از توانایی خود در سازماندهی و اجرای عملکردها" تعریف می‌کنند. در این تعریف، به طور مشخص یکی از ابعاد مورد تأکید، توانایی سازماندهی و مدیریت عملکرد است. از دیدگاه مشارکت‌کنندگان ما نیز یکی از ابعاد مورد تأکید پرستاران جهت درک خودکارامدی تأکید بر آیت‌های مدیریت مراقبت است (۲۴). مدیریت چالش‌های شغلی، تحت تأثیر درک خودکارامدی کارکنان است. عاملی که کارکنان بتوانند یک موقعیت را با استفاده از فرایند حل مشکل مدیریت کنند، خودکارامدی است. زمانی که کارکنان معتقدند که منابع انگیزشی، شناختی و رفتاری ضروری مورد نیاز شغلی را دارند، استراتژی‌هایی جهت مدیریت شرایط به کار می‌گیرند و آن‌ها را توسعه می‌دهند. برعکس، در صورت عدم درک خودکارامدی، ممکن است از موقعیت دور شوند و تلاش کمتری جهت مدیریت وظایف خود توسعه دهند (۱۶). خودکارامدی به صورت مستقیم و غیر مستقیم از طریق انتظارات نتایج بر روی رفتارها تأثیر می‌گذارد. در واقع، بررسی خودکارامدی در بسیاری از حیطه‌های سلامتی نشان می‌دهد که درک خودکارامدی بر روی مدیریت بیماری و کنترل رفتار تأثیرگذار است (۲۵). افراد دارای سطوح بالای خودکارامدی با داشتن احساس کنترل و قدرت، اعتقاد دارند که خطرات بالقوه محیط را می‌توانند مدیریت کنند، اما افرادی با خودکارامدی پایین

مشابه مواردی است که مشارکت کنندگان مطالعه حاضر به عنوان مواردی یاد کردند که همراه با درک خودکارامدی در پرستاران در هنگام مراقبت از کودکان در آن‌ها احساس می‌شود. در رشته پرستاری مجموع این موارد فرایند پرستاری نام‌گذاری می‌شود (۳۴). این نتایج تأیید کننده نتایج پژوهش حاضر بود و نشان می‌دهد که تشخیص مشکلات و نیازهای مراقبتی کودکان و ارایه مراقبت بر پایه نیازهای مراقبتی کودک همراه با برنامه‌ریزی مراقبتی، اجرا و ارزیابی این برنامه از مواردی است که همراه با درک خودکارامدی در پرستاران کودکان در هنگام مراقبت از کودکان احساس می‌شود.

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر و از دیدگاه مشارکت کنندگان، تعیین و اولویت‌بندی مشکلات و نیازهای مراقبتی بیماران، توانایی تصمیم‌گیری مراقبتی جزئی از توانایی ارایه عملکرد فرایند محور است؛ به نحوی که توانایی تصمیم‌گیری بالینی که با درک خودکارامدی در پرستاران کودکان همراه است، از طریق ارایه مراقبت به شکل فرایند پرستاری خود را نشان می‌دهد. بیشتر مشارکت کنندگان تأکید داشتند که خودکارامدی نقش مهمی در تصمیم‌گیری بالینی و مراقبتی مؤثر پرستاران کودکان دارد. در همین رابطه، جهان‌پور و همکاران در مطالعه خود با هدف تبیین مفهوم تصمیم‌گیری بالینی از طریق مصاحبه با ۳۲ دانشجوی سال آخر پرستاری نشان دادند که خودکارامدی در تصمیم‌گیری بالینی مؤثر و ضروری است. خودکارامدی تعیین می‌کند که پرستار چگونه احساس می‌کند، فکر می‌کند و برانگیخته می‌شود و در موقعیت‌های بالینی چگونه تصمیم‌گیری می‌کند. از دیدگاه مشارکت کنندگان مطالعه جهان‌پور و همکاران، اطمینان به توانمندی خود (خودکارامدی) به عنوان اتمام کننده تصمیم‌گیری بالینی است. خودکارامدی موجب احساس کنترل و توانایی تأثیر گذاشتن بر موقعیت می‌شود و احتمال گرفتن تصمیمات مستقل و مؤثر را افزایش می‌دهد (۳۵).

نتایج مطالعه مذکور به طور کامل تأیید کننده و مشابه نتیجه مطالعه حاضر است. مطالعه توصیفی - مقطعی Lauder و همکاران با هدف جستجوی سطح خودکارامدی و شایستگی خودگزارشی بر روی دانشجویان رشته پرستاری و مامایی نیز

مفهوم کیفیت پرستاری از طریق ۳۸ مصاحبه نشان داد که از دیدگاه پرستاران یکی از ابعاد مفهوم کیفیت مراقبت پرستاری، ارایه مراقبت هدفمند بر پایه نیازهای بیمار و از طریق فرایند پرستاری است و عدم استفاده از فرایند پرستاری منجر به فراموشی نکات مهم در امر مراقبت از بیمار و کاهش کیفیت مراقبت پرستاری می‌گردد (۳۱).

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، ارایه عملکرد فرایند محور از طریق فرایند پرستاری و مواردی همچون درک توانمندی پرستاران در دادن تشخیص‌های پرستاری، برنامه‌ریزی مراقبت و ارزشیابی نتایج مراقبتی خود را نشان می‌دهد. کودکان، نیازهای فیزیولوژیک و سایکولوژیک خاص دارند که باید در ارزیابی، برنامه‌ریزی و مراقبت در نظر گرفته شود. انجمن کودکان آمریکا نیز در بیانیه خود اشاره دارد که به پرستارانی نیاز دارد که بتوانند و مطمئن باشند از بیمارانی (کودکان) که نمی‌توانند خودشان صحبت کنند، فرایند مراقبت را درک کنند و در تصمیم‌گیری مراقبتی آن‌ها مشارکت داشته باشند، مراقبت کنند (۳۲). در همین رابطه، نتایج مطالعه حسنی و همکاران با هدف تبیین مفهوم خودکارامدی و یادگیری خودتنظیم به روش تحلیل محتوا و از طریق ۲۸ مصاحبه با دانشجویان پرستاری، بیانگر این بود که از دیدگاه مشارکت کنندگان مطالعه آن‌ها نیز خودکارامدی دانشجویان پرستاری مترادف با بررسی، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی مراقبت‌ها است (۳۳). یافته‌های مطالعه اخیر با درک مشارکت کنندگان مطالعه حاضر از خودکارامدی مراقبتی در یکی از طبقات اصلی یعنی توانایی ارایه مراقبت پرستاری از طریق اجزای آن مشترک بود و تأیید کننده نتیجه مطالعه حاضر است.

همچنین، محمدی و حسینی در یک مطالعه توصیفی - همبستگی با هدف بررسی درک خودکارامدی دانشجویان رشته‌های توان‌بخشی (گفتار - درمانی، مددکاری، کاردرمانی و فیزیوتراپی) از شایستگی بالینی بر دانشجویان، جهت بررسی درک خودکارامدی از شایستگی بالینی مواردی همچون توانایی مدیریت توان‌بخشی، ارزیابی تخصصی مشکلات مددجویان، تشخیص مشکلات و تدوین، اجرا و ارزشیابی برنامه توان‌بخشی را در پرسش‌نامه خود استفاده نمودند و

را تحت تأثیر قرار می‌دهد و بین خودکارآمدی و مدیریت تنش شغلی پرستاران همبستگی قوی وجود دارد و از این نکته حمایت کرد که خودکارآمدی می‌تواند نقش مهمی در مهار تنش شغلی داشته باشد. پرستاران با درک توانایی خود در تنظیم و اداره رفتارهای خود، می‌توانند بر چگونگی رفتارهای خود تأثیرگذار باشند (۳۷).

پژوهش Lane و Devonport با هدف بررسی ارتباط بین خودکارآمدی و سازگاری بر روی ۱۱۳ دانشجوی سال اول نیز به این نتیجه دست یافت که سبک مقابله فعال که جزء سبک‌های مقابله مسأله محور طبقه‌بندی می‌شود، با سطوح بالای خودکارآمدی همبستگی دارد (۳۸). همچنین، نتایج پژوهش توصیفی- همبستگی حسینی و عظیم‌زاده با هدف بررسی همبستگی خودکارآمدی و راهبردهای مدیریت تعارض پرستاران با استفاده از پرسش‌نامه مقیاس خودکارآمدی Schwarzer و ابزار مدیریت تعارض ارتباط سازمانی Wilson و Putnam، حاکی از آن بود که بین خودکارآمدی و راهبردهای اثربخش مدیریت تعارض همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد (۳۹).

محدودیت‌ها

ماهیت ذهنی جمع‌آوری داده‌ها، تعمیم‌پذیری نتایج مطالعه را محدود ساخت، اما انتخاب نمونه‌ها از بین افراد با سابقه و با رده‌های تحصیلی متفاوت در پرستاری موجب شد که نتایج مطالعه تا حدود زیادی در واحدهای مشابه قابل به کارگیری باشد.

نتیجه‌گیری

مشارکت کنندگان مطالعه حاضر معتقد بودند که مدیریت فرایند مراقبت به عنوان جزیی از درک خودکارآمدی همراه با هدایت و کنترل فرایند مراقبت است و از طریق زیرساخت‌هایی همچون مراقبت بر اساس فرایند پرستاری، تصمیم‌گیری مراقبتی، نظارت و رهبری بر ارایه مراقبت، هماهنگی فعالیت‌های مراقبتی و خودکنترلی بروز داده می‌شود. پرستارانی با درک خودکارآمدی، این توانایی را دارند که به خصوص در شرایط بحرانی و اورژانسی از منابع انسانی و محیطی موجود بهترین استفاده را نمایند و آن‌ها را در جهت

نشان داد که سطوح بالای خودکارآمدی دانشجویان، منجر به استفاده مؤثر از استراتژی‌های شناختی، فراشناختی و عملکردی و تسهیل عملکرد و رفتارهایی همچون تصمیم‌گیری می‌گردد (۱۴).

مشارکت کنندگان معتقد بودند که توانایی تعیین نیازهای مراقبتی اورژانسی کودکان بیمار و ارایه تصمیم‌گیری در شرایط استرس‌آور، با درک خودکارآمدی پرستاران تسهیل می‌گردد و جزیی از درک خودکارآمدی در پرستاران کودکان در حین مراقبت کردن می‌باشد. مشارکت کنندگان تأکید داشتند که یک پرستار خودکارآمد در شرایط پرسترس و ناپایدار بخش کودکان، می‌تواند اعصاب خود را کنترل و آرامش خود را حفظ نماید. خودکارآمدی در برخورد با موقعیت‌های خارجی یک عامل شخصی محسوب می‌شود که فعالیت فرد و سبک مقابله با آن موقعیت یا استرس را هدایت می‌کند. خودکارآمدی بالا با سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه مانند برنامه‌ریزی رابطه دارد. در تأیید این مطلب نتایج مطالعه رضایور میرصالح و همکاران با هدف بررسی همبستگی خودکارآمدی با سبک‌های مقابله‌ای با استرس در دانشجویان پرستاری نشان داد که بین خودکارآمدی با سبک‌های مقابله‌ای دانشجویان کارورز پرستاری همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد. دانشجویان با خودکارآمدی بالا بیشتر از سبک مقابله‌ای مسأله محور در هنگام مواجهه با موقعیت‌های پرتنش کار بالینی استفاده می‌کردند. به عبارت دیگر، می‌توان گفت دانشجویانی که به توانایی خود برای انجام تکالیف و مسؤولیت‌هایی که در محیط بالینی به عهده آن‌ها گذاشته می‌شد، ایمان داشتند، در مواجهه با استرس‌های شغلی و بالینی بیشتر از سبک مقابله‌ای مسأله محور استفاده می‌کردند، توانایی کنترل تکانه‌های خود، سازماندهی و برنامه‌ریزی رفتارها و اجرای وظایف بالینی خود را داشتند (۳۶).

همچنین، در این زمینه پیمان و عزتی رستگار مطالعه خود را با هدف تعیین تأثیر خودکارآمدی بر مهار تنش پرستاران، به صورت کارآزمایی شاهددار بر روی پرستاران زن انجام دادند. نتایج حاکی از آن بود که خودکارآمدی با چگونگی اداره و رهبری رفتاری فردی و نحوه عملکرد در ارتباط است و آن‌ها

کودکان در جهت تقویت درک خودکارامدی پرستاران قدم بردارند. پرستاران نیز می‌توانند با بررسی توانایی‌های خود در زیرساخت‌های ذکر شده در بحث مدیریت فرایند مراقبت، نقاط ضعف خود را کشف و اصلاح نمایند و احساس خودکارامدی خود مدیران پرستاری با برگزاری کلاس‌های بازآموزی عملی در زمینه آموزش فرایند پرستاری می‌توانند در جهت تقویت درک خودکارامدی پرستاران قدم بردارند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله، از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که اجرا و هزینه‌های این طرح را مورد حمایت قرار دادند و از کلیه پرستاران و مربیان محترمی که وقت و تجارب ارزشمند خود را در اختیار ما قرار دادند، صمیمانه تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

ارایه مراقبت مطلوب به کودک به کار گیرند و ارایه مراقبت به کودکان را مدیریت کنند. توانمند بودن پرستاران در ایفای نقش مراقبتی خود با ارتقای حس خودکارامدی در حیطه مدیریت فرایند مراقبت یکی از حیطه‌های مورد تأکید پرستاران در بخش‌های کودکان معرفی گردیده است.

کاربرد یافته‌های پژوهش در بالین: امید است که با شناسایی عوامل مدیریتی و اهمیت آن‌ها بر درک خودکارامدی مراقبتی، مدیران و مربیان پرستاری بتوانند با اتکا بر یافته‌های علمی، فعالیت‌های مدیریتی و آموزشی خود را به گونه‌ای طراحی و اجرا کنند که شرایط لازم برای کسب توانایی پرستاران در مدیریت رویه‌های مراقبتی را فراهم آورند. از جمله این که مدیران پرستاری با برگزاری کلاس‌های بازآموزی عملی در زمینه آموزش فرایند پرستاری، اجرا کردن فرایند پرستاری در مراقبت از بیماران و به خصوص مراقبت از

References

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. Burhans LM, Alligood MR. Quality nursing care in the words of nurses. *J Adv Nurs* 2010; 66(8): 1689-97.
3. Cimiotti JP, Barton SJ, Chavanu Gorman KE, Sloane DM, Aiken LH. Nurse reports on resource adequacy in hospitals that care for acutely ill children. *J Healthc Qual* 2014; 36(2): 25-32.
4. Melnikov S, Shor R, Kigli-Shemesh R, Gun Usishkin M, Kagan I. Closing an open psychiatric ward: organizational change and its effect on staff uncertainty, self-efficacy, and professional functioning. *Perspect Psychiatr Care* 2013; 49(2): 103-9.
5. Bandura A. Self-efficacy in changing societies. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1997.
6. Athar Zadeh R, Bejani H, Molki Niya E. The study of human resource self efficacy in organizations and the introduction of a conceptual model for its measurement. *Police Human Development*: 2011; 8(37): 95-117. [In Persian].
7. 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).
8. Zulkosky K. Self-efficacy: A concept analysis. *Nurs Forum* 2009; 44(2): 93-102.
9. Feist J, Feist GJ. Theories of personality. Trans. Seyed Mohammadi Y. Tehran, Iran: Ravan Publication; 2010. [In Persian].
10. Robb M. Self-efficacy with application to nursing education: A concept analysis. *Nurs Forum* 2012; 47(3): 166-72.
11. Bandura A. Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist* 1993; 28(2): 117-48.
12. Bandura A. Guide for constructing self-efficacy scales. In: Pajares F, Urdan TC, Editors. *Self-efficacy Beliefs of Adolescents*. Charlotte NC: IAP; 2006.
13. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall; 1986.
14. 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.
15. 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.
16. Manojlovich M. Promoting nurses' self-efficacy: A leadership strategy to improve practice. *J Nurs Adm* 2005; 35(5): 271-8.
 17. 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.
 18. Chang AM, Crowe L. Validation of scales measuring self-efficacy and outcome expectancy in evidence-based practice. *Worldviews Evid Based Nurs* 2011; 8(2): 106-15.
 19. Washington OG, Moxley DP. Self-efficacy as a unifying construct in nursing-social work collaboration with vulnerable populations. *Nurs Inq* 2013; 20(1): 42-50.
 20. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24(2): 105-12.
 21. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005; 15(9): 1277-88.
 22. Holloway I, Wheeler S. *Qualitative Research in Nursing and Healthcare*. New York, NY: John Wiley & Sons; 2010.
 23. Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health /Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
 24. Purfarzad Z, Vanaki Z, Ghamari Zare Z, Farmahini Farahani M, Ghorbani M. Assessment charge nurses' managerial self-efficacy. *Journal of Nursing Management* 2014; 2(4): 8-16.
 25. Lee PY, Dunne MP, Chou FH, Fraser JA. Development of the child abuse and neglect reporting self-efficacy questionnaire for nurses. *Kaohsiung J Med Sci* 2012; 28(1): 44-53.
 26. Rezayat F, Dehghan Nayeri N. Self-efficacy after life skills training: A case-control study. *Nurs Midwifery Stud* 2013; 2(4): 83-8.
 27. Ball JW, Bindler RC, Cowen KJ. *Child health nursing: Partnering with children and families*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2010.
 28. Kadivar P. *Psychology of learning*. Tehran, Iran: Samt Publications; 2012. [In Persian].
 29. Livesley J, Long T. Children's experiences as hospital in-patients: Voice, competence and work. Messages for nursing from a critical ethnographic study. *Int J Nurs Stud* 2013; 50(10): 1292-303.
 30. Kyle T, Carman S. *Essentials of pediatric nursing*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
 31. Atashzadeh Shoorideh F, Pazargadi M, Zagheri Tafreshi M. The concept of nursing care quality from the perspective of stakeholders: A phenomenological study. *J Qual Res Health Sci* 2012; 1(3): 214-28.
 32. Bell JA, Schroder TG, Morris CF. A pediatric resource nurse program for nonpediatric nurses. *J Nurses Staff Dev* 2012; 28(6): 288-91.
 33. Hassani P, Cheraghi F, Yaghmaei F. Self-efficacy and Self-regulated Learning in Clinical Performance of Nursing Students: A Qualitative Research. *Iran J Med Educ* 2008; 8(1): 33-42. [In Persian].
 34. Mohammadi F, Hosseini MA. Rehabilitation Sciences Students' Perception from Clinical Self-Efficacy Compared to Evaluation by Clinical Teachers. *Iran J Med Educ* 2010; 10(2): 155-63. [In Persian].
 35. 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.
 36. Rezapour Mirsaleh Y, Khabaz M, Safi MH, Abdi K, Yavari M, Behjati Z. The relationship of religiosity, personality dimensions and self-efficacy with coping style of nurses practitioner students. *Iran J Nurs Res* 2011; 6(22): 53-64. [In Persian].
 37. Peyman N, Ezzati Rastegar K. Effect of an educational program on job tension management in Nurses, based on self-efficacy theory. *Mod Care J* 2012; 9(1): 1-9. [In Persian].
 38. Devonport T, Lane A. Relationships between self-efficacy, coping and student retention. *Soc Behav Pers* 2006; 34(2): 127-38.
 39. Hosseini MA, Azimzadeh E. Correlation between self-efficacy and nurses' conflict management strategies. *J Health Promot Manag* 2013; 2(4): 16-23. [In Persian].

Perceived Self-Efficacy of Care Process Management among Pediatric Nurses: A Qualitative Study

Azam Alavi¹, Masoud Bahrami², Ali Zargham-Boroujeni³

Original Article

Abstract

Introduction: Self-efficacy as the main predictor of nurses' behavior plays an important role in caring and nurses' professional behavior. However, various aspects of this concept have not been considered. This study tried to explore perceived self-efficacy of care process management in pediatric nurses.

Method: This study was part of a larger study on the caring self-efficacy concept that was conducted through content analysis and from a qualitative approach during 2014-2015 in Iran. 27 pediatric nurses and clinical instructors participated in this research according to the purposive sampling employed in the study. Data were collected through semi-structured interviews. The collected data were analyzed using conventional content analysis method.

Results: The "Management of care process" theme was one of the main themes extracted from the interview analysis. The theme was of two main categories "Provide process-oriented care" including caring according to nursing process and caring decision making, and "Guidance and control of the caring process" including supervision and leadership of care and self-control.

Conclusion: Nurses with self-efficacy perception can manage care to children. Perceived self-efficacy of care process management takes place through infrastructures such as caring according to nursing process, caring decision making, and supervision and leadership of care and self-control appear. These results can be used by nursing managers and instructors to help development of self-efficacy perception in nurses, especially in pediatric care.

Keywords: Caring process management, Self-efficacy, Pediatric nursing and qualitative research

Citation: Alavi A, Bahrami M, Zargham-Boroujeni A. **Perceived Self-Efficacy of Care Process Management among Pediatric Nurses: A Qualitative Study.** J Qual Res Health Sci 2016; 5(3): 283-95.

Received date: 02.11.2015

Accept date: 26.12.2015

1- Assistant Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

2- Associate Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center AND Department of Internal-Surgery Nursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Associate Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center AND Department of Pediatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Masoud Bahrami, Email: bahrami@nm.mui.ac.ir