



The Effect of Performing the Modified Assessment Step of Nursing Process on Clinical Self-efficacy of Nurses in Rofiydeh Rehabilitation Hospital

Negin Eftekhari ¹, Narges Arsalani ^{2*}, Farahnaz Mohammadi-Shahboulaghi ³, Mehdi Noroozi ⁴

¹ MSc Student of Rehabilitation Nursing, Department of Nursing, School of Rehabilitation Sciences University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

² Associate Professor of Iranian Research Center of Aging, Department of Nursing, School of Rehabilitation Sciences University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

³ Professor of Iranian Research Center of Aging, Department of Nursing, School of Rehabilitation Sciences University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

⁴ Assistant Professor of Epidemiology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Narges Arsalani, Department of Nursing, School of Rehabilitation Sciences University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

Email: nargesarsalani@gmail.com

Received: 26 June 2021 **Accepted:** 10 November 2021

Abstract

Introduction and Aim: A nurse is a professional, efficient and effective person when she/he can implement standards of care in practice. One of these standards is the use of the nursing process. Due to the shortcomings of the nursing process evaluation method in rehabilitation patients, the training of the evaluation phase of the modified rehabilitation nursing process and the effect of its implementation on the clinical performance of nurses working in Rofiydeh Rehabilitation Hospital, were investigated.

Methods: In this quasi-experimental study, 30 nurses working in 4 wards of Rofiydeh Rehabilitation Hospital, Tehran, Iran in 2020 were randomly selected. Rofiydeh hospital is the first rehabilitation hospital in Iran. The evaluation phase of the modified rehabilitation nursing process was taught virtually for 3 hours. In this study, two questionnaires of demographic data and a valid and reliable questionnaire of Self-Efficacy in Clinical Performance (SECP) were used. Nurses' clinical performance self-efficacy was assessed before training and one month after the implementation of the modified rehabilitation nursing process.

Results: In this study, 24 female nurses (80%) with a median age of 27.5 years and an average work experience of 25.6 months participated. There was a statistically significant difference in the areas of patient examination ($P=0.027$), implementation of care program ($P=0.025$), nursing-planning diagnoses ($P=0.034$) and evaluation of care program ($P=0.005$) before and after training.

Conclusion: Due to the close relationship between accurate patient evaluation and self-efficacy of nurses' clinical performance, the need for training in the evaluation phase of the rehabilitation nursing process based on scientific evidence is recommended.

Keywords: Nursing Process, Clinical Self-efficacy, Rehabilitation, Nurse.

How to Cite this Article:

Eftekhari N, Arsalani N, Mohammadi-Shahboulaghi F, Noroozi M. The effect of performing the modified assessment step of nursing process on clinical self-efficacy of nurses in rofiydeh rehabilitation hospital. *Journal of Rehabilitation Research in Nursing*. 2021;8(1):73-79.

تأثیر اجرای مرحله ارزیابی فرآیند پرستاری تعدیل شده بر خودکارآمدی عملکرد بالینی پرستاران شاغل در بیمارستان توانبخشی رفیده

نگین افتخاری^۱، نرگس ارسلانی^{۲*}، فرحناز محمدی شاهبلاغی^۳، مهدی نوروزی^۴

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری توانبخشی، گروه پرستاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران

^۲ دانشیار، مرکز تحقیقات سالمندی، گروه آموزش پرستاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران

^۳ استاد، مرکز تحقیقات سالمندی، گروه آموزش پرستاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران

^۴ استادیار اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: نرگس ارسلانی، مرکز تحقیقات سالمندی، گروه آموزش پرستاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران
ایمیل: nargesarsalani@gmail.com

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۵/۰۴ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۸/۱۹

چکیده

مقدمه و هدف: پرستار، زمانی یک فرد حرفه‌ای، کارآمد و موثر است که بتواند استانداردهای مراقبتی را در عمل اجرا کند. یکی از این استانداردها، استفاده از فرآیند پرستاری است. با توجه به کاستی‌های موجود ناشی از عدم تناسب روش ارزیابی فرآیند پرستاری بیماران توانبخشی، آموزش مرحله ارزیابی فرآیند پرستاری تعدیل شده توانبخشی و تأثیر اجرای آن بر خودکارآمدی عملکرد بالینی پرستاران شاغل در بیمارستان توانبخشی رفیده در این مطالعه بررسی شد.

روش کار: در این مطالعه شبه تجربی، ۳۰ پرستار شاغل از ۴ بخش بیمارستان توانبخشی رفیده در سال ۱۳۹۹ به صورت در دسترس انتخاب شدند. بیمارستان رفیده، نخستین بیمارستان توانبخشی در کشور است. مرحله ارزیابی فرآیند پرستاری تعدیل شده توانبخشی به مدت ۳ ساعت و به صورت مجازی آموزش داده شد. در این مطالعه از ۲ پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه روا و پایایی خودکارآمدی عملکرد بالینی استفاده شد. خودکارآمدی عملکرد بالینی پرستاران قبل از آموزش و یک ماه پس از اجرای فرآیند پرستاری تعدیل شده توانبخشی سنجیده شد. **یافته‌ها:** در این مطالعه ۲۴ پرستار زن (۸۰ درصد) با میانگین سنی ۲۷/۵ سال و میانگین سابقه کار ۲۵/۶ ماه مشارکت داشتند. نتایج نشان می‌دهد اختلاف آماری معناداری در حیطه‌های بررسی بیمار ($P=0.027$)، اجرای برنامه مراقبتی ($P=0.025$)، تشخیص‌های پرستاری-برنامه‌ریزی ($P=0.034$) و ارزشیابی برنامه مراقبتی ($P=0.005$) قبل و بعد از آموزش وجود دارد.

نتیجه‌گیری: نظر به ارتباط تنگاتنگ ارزیابی دقیق بیمار با خودکارآمدی عملکرد بالینی پرستاران، لزوم آموزش مرحله ارزیابی فرآیند پرستاری توانبخشی مبتنی بر شواهد علمی، توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: فرآیند پرستاری، خودکارآمدی عملکرد بالینی، توانبخشی، پرستار.

مقدمه

فرآیند موجود پاسخگوی بررسی و شناخت صحیح مددجویان توانبخشی نمی‌باشد، لذا در صورت اصلاح مرحله ارزیابی فرآیند پرستاری و آموزش و اجرای آن می‌توان خودکارآمدی عملکرد بالینی و کیفیت مراقبت‌های پرستاری را بهبود بخشید. با توجه به کاستی‌های موجود ناشی از عدم تناسب روش ارزیابی فرآیند پرستاری بیماران توانبخشی، آموزش مرحله ارزیابی فرآیند پرستاری تعدیل شده توانبخشی و تأثیر اجرای آن بر خودکارآمدی عملکرد بالینی پرستاران شاغل در بیمارستان توانبخشی رفیده در سال ۱۳۹۹ در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفت.

روش کار

این مطالعه نیمه تجربی از نوع تک گروهی و مقایسه نتایج خودکارآمدی عملکرد بالینی پرستاران قبل و بعد از اجرای مرحله ارزیابی فرآیند پرستاری تعدیل شده توانبخشی بود که ۳۰ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان توانبخشی رفیده به روش در دسترس بررسی شدند.

بر اساس فرمول مقایسه اختلاف میانگین قبل و بعد با در نظر گرفتن $\sigma_{Diff}=12, \delta_{Diff}=9, \beta=0.2, \alpha=0.1$ و با استفاده از فرمول زیر حجم نمونه با در نظر گرفتن احتمال ریزش ۳۰ نفر تعیین شد.

$$n = (2(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 / (\delta_{Diff} / \sigma_{Diff})^2) + (Z_{1-\alpha/2}^2 / 2)$$

نمونه‌ها بصورت در دسترس و بر اساس معیارهای ورود و خروج در بازه زمانی یک ماهه از بخش‌های نورولوژی، آسیب‌های مغزی و نخاعی، استروک و جراحی توانبخشی انتخاب و وارد مطالعه شدند. از جمله معیارهای ورود به مطالعه شامل مدرک کارشناسی پرستاری و بالاتر، حداقل ۶ ماه سابقه کار با بیماران توانبخشی و کار تمام وقت بود. عدم تمایل به همکاری و بروز بیماری و حوادث غیرمترقبه و فوت از معیارهای خروج بودند.

جمع‌آوری داده‌های این مطالعه با استفاده از دو پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک (شامل سن، جنس، سطح تحصیلات و سابقه کار) و پرسشنامه خودکارآمدی عملکرد بالینی انجام شد. چراغی و همکاران ابزار خودکارآمدی عملکرد بالینی را در سال ۱۳۸۸ با ۳۷ عبارت در ۴ حیطه بررسی بیمار، تشخیص‌های پرستاری-برنامه‌ریزی برنامه مراقبتی، اجرای برنامه مراقبتی و ارزشیابی برنامه مراقبتی در مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای (۱-۴) تدوین و طراحی کردند. حیطه بررسی بیمار دارای ۱۲ سوال (۱۲-۴۸ نمره)، حیطه تشخیص‌های پرستاری-برنامه‌ریزی دارای ۹ سوال (۹-۳۶ نمره)، حیطه اجرای برنامه مراقبتی دارای ۱۰ سوال (۱۰-۴۰ نمره) و حیطه ارزشیابی برنامه مراقبتی دارای ۶ سوال (۶-۲۴ نمره) بوده است. برای بدست آوردن نمره هر حیطه، امتیازات مربوط به سوالات هر حیطه جمع و میانگین افراد در همان حیطه محاسبه شده است [۷۸]. برای تعیین اعتبار محتوای ابزار خودکارآمدی عملکرد بالینی از شاخص اعتبار محتوای والتس و باسل در ۲ مرحله و هر بار از نظرات ۲۰ نفر از اعضای هیئت علمی پرستاری در دانشکده‌های

خودکارآمدی عملکرد بالینی، باور فرد در مورد توانایی‌های خود برای انجام یک مهارت بالینی است. هر اندازه که فرد از خودکارآمدی عملکرد بالینی بالاتری برخوردار باشد، عملکرد بالینی بهتری خواهد داشت. در این مورد بندورا اظهار می‌کند که خودکارآمدی پیش شرط اصلی و مهم در تغییر رفتار، از جمله رفتارهای بهداشتی است [۱]. خودکارآمدی عملکرد بالینی در حرفه پرستاری نیز به معنی قضاوت درباره توانایی سازمان دادن و اداره کردن مراقبت‌ها به طور مستقل و بر اساس فرآیندهای شغلی است [۲]. پرستار، زمانی یک فرد حرفه‌ای، کارآمد و موثر است که بتواند استانداردهای مراقبتی را در عمل اجرا کند. یکی از این استانداردها، استفاده از فرآیند پرستاری است. فرآیند پرستاری یک روش سیستماتیک و هدف محور است که منجر به ارتقای کیفیت در مراقبت از بیماران می‌شود. این فرآیند یک سری اعمال مداوم، پویا و همبسته در جهت بررسی، تشخیص، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی توجهات پرستاری است که مستلزم استفاده از خلاقیت جهت اجرای صحیح آن می‌باشد. متأسفانه تحقیقات حاکی از ناکارآمدی پرستاران در استفاده از فرآیند پرستاری است، مانند مطالعه اکبری که تنها ۱۳/۳ درصد از پرستاران مورد مطالعه، آن هم به طور ناقص از فرآیند پرستاری استفاده می‌کردند [۳]. اولین و مهم‌ترین مرحله از فرآیند پرستاری ارزیابی، بررسی و شناخت بیمار است که زیربنای سایر مراحل فرآیند پرستاری محسوب می‌شود که طی آن داده‌ها جمع‌آوری، ثبت و دسته‌بندی می‌گردند. در اولین مرحله ارزیابی پرستار از بیمار؛ شناسایی نیازها، ترجیحات و توانایی‌های بیمار و بررسی جامعی از وضعیت جسمی، روحی، اجتماعی، فرهنگی و شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار در بدو بستری انجام می‌گیرد [۴، ۵].

یکی از اهداف توسعه فرآیند ارزیابی تخصصی بیمار، ارتقاء مهارت‌های حرفه‌ای و تخصصی پرستاران و افزایش خودکارآمدی و اثربخشی آنان در زمینه پرستاری توانبخشی است و پیش‌بینی می‌شود از این طریق می‌توان اثربخشی خدمات و اجرای عملی فرآیند پرستاری و در نتیجه خودکارآمدی پرستاران توانبخشی را افزایش داد. بر اساس مطالب پیش گفته و اهمیت اجرای فرآیند پرستاری در ارتقای خودکارآمدی پرستاران لازم است این مفهوم بیشتر مدنظر قرار گیرد. در مطالعه حسنی و همکاران که با هدف ارزیابی خودکارآمدی و یادگیری خودتنظیمی در عملکرد بالینی دانشجویان پرستاری کارآموز در عرصه انجام شد، با توجه به درون‌مایه‌های حاصل، خودکارآمدی در عملکرد بالینی را مترادف کسب مهارت بالینی و ارائه مراقبت اصولی از بیمار، با تکیه بر دانش و تجربه در چارچوب مراحل بررسی بیمار، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی مراقبت‌ها دانستند [۶].

بنابراین باتوجه به اینکه ارزیابی بیمار در حوزه توانبخشی، همان ارزیابی عمومی و مبتنی بر (مرحله حاد) سطح دوم است و

تخصص و دانش بوده یعنی جزو اساتید حیطه توانبخشی بوده و دانش و صلاحیت لازم در زمینه اظهارنظر در ارتباط با موضوع پژوهش حاضر را دار بودند. این تعداد خبره بصورت نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند.

طبق روش دلفی کلاسیک این بخش از پژوهش در دو راند انجام گرفت و در راند اول آیت‌های حاصل از بررسی متون و منابع و موضوعات اصلی مرحله ارزیابی پرستاری منطبق با مبانی توانبخشی در جدولی تدوین شد در اختیار صاحب نظران مذکور قرار گرفت تا نظرات، الویت‌بندی، ایده‌های خود را در این مورد تعیین کنند. طی راند دوم تغییرات انجام شده مرحله ارزیابی پرستاری توانبخشی بر اساس اعلام نظر صاحب نظران مورد تأیید قرار گرفت و محتوی نهایی مرحله ارزیابی پرستاری توانبخشی استخراج و تدوین گردید.

سپس طی یک جلسه آموزشی ۳ ساعته، (شامل آموزش کامل مرحله ارزیابی فرآیند پرستاری بیمار نیازمند توانبخشی با روش سخنرانی و پاورپوینت و جزوه آموزشی، بصورت مجازی و آنلاین برگزار شد)، محتوی تدوین شده آموزش داده شد.

محتوی تدوین شده مرحله ارزیابی فرآیند پرستاری توانبخشی توسط پرستارانی که در جلسه آموزشی شرکت کرده و پرسشنامه خودکارآمدی عملکرد بالینی را پر کرده بودند، در بازه زمانی یکماهه برای تمام بیماران که در این بازه پذیرش و ارزیابی اولیه شدند، با حضور همزمان و پیگیری پژوهشگر به همراه سوپروایزر محترم آموزشی و سوپروایزر آموزش به بیمار در بالین و در کنار پرستاران شیفت صبح تکمیل گردید (به دلیل شرایط خاص پذیرش در بیمارستان رفیده، پذیرش بیماران معمولاً در شیفت صبح انجام می‌شود).

داده‌ها پس از جمع‌آوری توسط نرم افزار آماری SPSS-v18 آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیلی با سطح معنی‌داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. جهت تحلیل کمی متناسب با توزیع داده‌ها از آزمون پارامتریک یا غیرپارامتریک (در صورت توزیع نرمال از آزمون تی زوجی و در صورت توزیع غیرنرمال از آزمون ویلکاکسون) استفاده شد.

یافته‌ها

تعداد ۲۴ نفر (۸۰٪) از پرستاران زن، ۲۰ نفر (۶۶/۷٪) دارای مدرک کارشناسی بودند و در ۴ بخش (نورولوژی، آسیب‌های مغزی نخاعی، استروک و جراحی توانبخشی) بیمارستان توانبخشی رفیده مشغول به خدمت بودند. مشخصات دموگرافیک در جدول ۱- قابل ملاحظه است. باتوجه به عدم‌نرمالیتی سن پرستاران در این مطالعه، میانه سنی آنها ۲۷/۵ سال بود و کمترین سن پرستاران ۲۵ سال و بیشترین ۳۹ سال بود. همچنین تحلیل داده‌ها نشان داد میانگین سابقه کار پرستاران ۲۵/۶ ماه و انحراف معیار آن ۱۳/۴۹ بود. کمترین و بیشترین سابقه کار به ترتیب ۶ و ۶۰ ماه بود.

مختلف پرستاری و مامایی توسط چراغی و همکاران استفاده شده است. عباراتی که در این شاخص، میزان مربوط بودن بیشتر از ۷۵ درصد را کسب نمودند، حفظ و بقیه آن‌ها حذف شده‌اند. تحلیل عاملی اکتشافی برای خلاصه‌سازی داده‌ها و دسته‌بندی آنها در گروه‌های همبسته استفاده شده است. از تحلیل عاملی اکتشافی، براساس مراحل پیشنهادی نانالی و برنستین به منظور بررسی سازه عاملی و تعیین اعتبار سازه ابزار خودکارآمدی عملکرد بالینی استفاده شده است. برای سنجش اعتبار همزمان از مقیاس خودکارآمدی عمومی ساخته شرر و همکاران به عنوان ابزار ملاک استفاده کردند. اعتبار محتوای بر اساس نظرات سازندگان، مشورت با صاحب نظران دیگر و مطالعات مقدماتی مختلف تعیین شده است. همچنین تحلیل عاملی، نمایانگر تک عاملی بودن ابزار فوق بوده است. چراغی و همکاران برای پایایی ابزار تدوین شده، از روش همسانی درونی (Internal Consistency) و آزمون مجدد با فاصله زمانی دو هفته‌ای (Test-Retest) بر روی دانشجویان پرستاری سال آخر استفاده کردند که بترتیب ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ و $r=0.94$ حاصل شده است [۷،۸].

بعد از تصویب پروپوزال و اخذ کد اخلاق، رضایت آگاهانه از نمونه‌ها اخذ شد. ابتدا پرستاران بیمارستان توانبخشی رفیده در بازه زمانی شهریور تا آبان ماه سال ۱۳۹۹ دارای معیارهای ورود (که شامل علاقمندی به شرکت در مطالعه، پرستارانی که حداقل ۶ ماه سابقه کار با بیماران توانبخشی را دارند، کار تمام وقت و شاغل در بخش‌های توانبخشی بزرگسال بیمارستان رفیده (شامل بخش اطفال نمی‌شود) پس از کسب رضایت از شرکت کنندگان در یک شبکه اجتماعی رایج عضو شدند سپس پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک و خودکارآمدی عملکرد بالینی توسط پرستاران شاغل در بخش‌های نورولوژی، آسیب‌های مغزی نخاعی، استروک و جراحی توانبخشی از طریق پرسشنامه آنلاین تکمیل گردید و میزان خودکارآمدی عملکرد بالینی پرستاران قبل از مداخله اندازه‌گیری شد. همانطور که قبلاً اشاره شد، روش ارزیابی موجود پاسخگوی نیاز توانبخشی و ارزیابی صحیح بیماران توان‌خواه نبود و روش‌های ارزیابی پرستاری در حیطه روان، سالمندی، کودکان و ... وجود دارد ولی در سطح سوم و توانبخشی روش ارزیابی پرستاری خاص این حیطه وجود ندارد، بدین سبب پس از بررسی متون و جمع‌آوری مستندات و پروتکل‌های موجود پیش نویس اولیه محتوای ارزیابی اولیه پرستاری تحت نظر صاحب‌نظران و اساتید و اعضای هیئت علمی توانبخشی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی تأیید شد. سپس جهت تأیید روایی مطابق با روش دلفی کلاسیک برای ۲۱ نفر از مدیران پرستاری و همچنین مسئولین واحدهای توانبخشی (واحدهای کار درمانی، فیزیوتراپی، گفتار درمانی، کلینیک، ساخت اعضای مصنوعی، روانشناسی، طب فیزیکی و توانبخشی و...) بیمارستان رفیده ارسال شد. ترکیب اعضای خبره دلفی در این پژوهش متشکل از افرادی بود که در موضوع پژوهش دارای

برای بررسی نرمالیتی حیطه‌های خودکارآمدی عملکرد بالینی پرستاران شاغل در بیمارستان توانبخشی رفیده قبل و بعد از آموزش جدول-۲ قابل مشاهده می‌باشد. نتایج این تحلیل در

جدول-۱. بررسی فراوانی متغیرهای دموگرافیک پرستاران شاغل در بیمارستان توانبخشی رفیده

متغیر	فراوانی	درصد
جنس	زن	۲۴
	مرد	۶
تحصیلات	کارشناسی	۲۰
	کارشناسی ارشد	۸
	دکتری	۲
	جراحی توانبخشی	۸
بخش	آسیب‌های مغزی نخاعی	۷
	استروک	۸
	نورولوژی	۷

جدول-۲. بررسی نرمالیتی حیطه‌های خودکارآمدی عملکرد بالینی پرستاران شاغل در بیمارستان توانبخشی رفیده قبل از آموزش با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف

حیطه	قبل از مداخله	قبل از مداخله
	آماره آزمون	P-value
بررسی بیمار	۰/۱۰۷	۰/۲۰۰
تشخیص‌های پرستاری - برنامه‌ریزی	۰/۱۷۲	۰/۰۲۴
اجرای برنامه مراقبتی	۰/۱۳۹	۰/۱۴۶
ارزشیابی برنامه مراقبتی	۰/۱۹۳	۰/۰۰۶

استفاده شد. نتایج نشان می‌دهد که اختلاف آماری معناداری در حیطه‌های بررسی بیمار (P=0.027) و اجرای برنامه مراقبتی (P=0.025) قبل و بعد از آموزش وجود دارد (جدول-۳).

برای مقایسه قبل و بعد از آموزش حیطه‌های تشخیص‌های پرستاری-برنامه‌ریزی و ارزشیابی برنامه مراقبتی با توجه به عدم نرمالیتی آنها از آزمون ویلکاکسون استفاده شد. نتایج نشان می‌دهد اختلاف آماری معناداری در حیطه‌های تشخیص‌های پرستاری-برنامه‌ریزی (P=0.034) و ارزشیابی برنامه مراقبتی (P=0.005) قبل و بعد از آموزش وجود دارد (جدول-۴). در نتیجه آموزش مرحله ارزیابی فرآیند پرستاری توانبخشی بر میزان خودکارآمدی عملکرد بالینی پرستاران شاغل در بیمارستان توانبخشی رفیده مؤثر است.

میانگین نمره کسب شده توسط پرستاران در حیطه‌های بررسی بیمار و اجرای برنامه مراقبتی قبل از آموزش و اجرای فرآیند پرستاری به ترتیب ۳۸/۷۱ و ۳۳/۷۶ است. همچنین میانگین نمره پرستاران در حیطه‌های تشخیص‌های پرستاری-برنامه‌ریزی و ارزشیابی برنامه مراقبتی قبل از آموزش و اجرای فرآیند پرستاری به ترتیب ۲۷ و ۱۹/۵ است. میانگین نمره پرستاران در حیطه‌های بررسی بیمار، اجرای برنامه مراقبتی و ارزشیابی برنامه مراقبتی بعد از آموزش و اجرای فرآیند پرستاری به ترتیب ۳۹/۷۳، ۳۴/۴۶ و ۱۹/۴۶ است. میانگین نمره پرستاران در حیطه تشخیص‌های پرستاری-برنامه‌ریزی بعد از آموزش و اجرای فرآیند پرستاری ۲۷ است. برای مقایسه حیطه‌های بررسی بیمار و اجرای برنامه مراقبتی قبل و بعد از آموزش با توجه به نرمال بودن آنها از آزمون تی زوجی

جدول-۳. مقایسه حیطه‌های خودکارآمدی عملکرد بالینی پرستاران شاغل در بیمارستان توانبخشی رفیده قبل و بعد از آموزش با آزمون تی زوجی

حیطه	اندازه اثر	T	P-value
بررسی بیمار	۱/۰۳	۲/۳۳	۰/۰۲۷
اجرای برنامه مراقبتی	۰/۷۰	۲/۳۶	۰/۰۲۵

جدول-۴. مقایسه حیطه‌های خودکارآمدی عملکرد بالینی پرستاران شاغل در بیمارستان توانبخشی رفیده قبل و بعد از آموزش با آزمون ویلکاکسون

حیطه	اندازه اثر	Z	P-value
تشخیص‌های پرستاری - برنامه‌ریزی	۴/۰	۲/۱۲	۰/۰۳۴
ارزشیابی برنامه مراقبتی	۳/۴۳	۲/۷۸	۰/۰۰۵

بحث

این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش مرحله ارزیابی فرآیند پرستاری توانبخشی بر میزان خودکارآمدی عملکرد بالینی پرستاران شاغل در بیمارستان توانبخشی رفیده انجام شد و نتایج آن نشان داد که آموزش مرحله ارزیابی فرآیند پرستاری توانبخشی می‌تواند باعث افزایش نمره خودکارآمدی عملکرد بالینی پرستاران شود که با نتیجه مطالعه Wahtera همخوانی دارد. Wahtera در مطالعه‌ای طولی، ارتباط مثبتی بین خودکارآمدی با فرآیند عملکرد پرستاری (شامل بررسی بیمار، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی برنامه مراقبتی) نشان داد؛ همچنین، خودکارآمدی تنها متغیری بود که با فرآیند عملکرد پرستاری دانشجویان ارتباط معنی‌دار آماری داشت [۹].

در مطالعه چراغی و همکاران، تأثیر خودکارآمدی بر عملکرد بالینی در ۲۰۷ دانشجوی پرستاری کارآموز در دانشکده‌های پرستاری و مامایی شهر تهران ارزیابی شد. نتایج حاصل از مداخله آموزشی تأیید نمود که ارتقای خودکارآمدی در عملکرد بالینی بر افزایش یادگیری خودتنظیمی در عملکرد بالینی و بهبود عملکرد بالینی پرستاری دانشجویان کارشناسی پرستاری کارآموز در عرصه تأثیر دارد؛ بنابراین، ارتقاء خودکارآمدی سبب بهبود عملکرد بالینی دانشجویان می‌شود [۷].

حق‌باقری و همکاران در پژوهش خود، ضمن اشاره به این نکته که خودکارآمدی با آلاء احساس کنترل و توانایی تأثیر بر محیط، توانایی تصمیم‌گیری مستقل را افزایش می‌دهد، بیان داشتند که بنابر نظر پرستاران شرکت‌کننده، خودکارآمدی همراه با مهارت بالینی، به پرستاران حس کفایت می‌دهد. احساس کفایت، آنها را خلاق می‌سازد و می‌تواند تصمیمات کارآمدتری برای کمک به مددجو اتخاذ کنند [۱۰]. به‌علاوه، مهارت مراقبت بالینی، در جوامع مختلف به‌عنوان یکی از شایستگی‌های اصلی پرستاری حرفه‌ای تعریف و پذیرفته شده است [۱۱].

نتایج مطالعه Opacic نشان داد که خودکارآمدی دانشجویان پزشکی سال آخر با عملکرد بالینی آنان در دوره کارورزی بالینی ارتباط دارد؛ و دانشجویانی که عملکرد خود را مطلوب می‌دانستند، تمایل بیشتری به بهبود کیفیت عملکرد بالینی خود داشتند [۱۲].

میانگین نمره ۴ حیطه پرستاران در مطالعه حاضر از میانگین نمره این ۴ حیطه در مطالعه بهادر و همکاران بیشتر است. بهادر و همکاران [۱۳] ۲۰۰ دانشجوی کارآموز و کارورز را بررسی کردند که این اختلاف میانگین نمره‌های ۴ حیطه می‌تواند ناشی از جامعه پژوهش باشد که در مطالعه مذکور دانشجویان بررسی شدند ولی در مطالعه ما پرستاران شاغل و آموزش دیده بررسی شدند.

در مطالعه حاضر بیشترین میانگین نمره در میان حیطه‌های خودکارآمدی بالینی بر اساس فرآیند پرستاری در حیطه اجرای برنامه مراقبتی و کمترین نمره در حیطه تشخیص‌های پرستاری - برنامه‌ریزی بود که با نتایج پژوهش چراغی و همکاران [۷] همسو است. نتایج مطالعه حاضر با مطالعه بهادر و همکاران [۱۳] مغایر

بود. در مطالعه بهادر و همکاران بیشترین میانگین نمره در میان حیطه‌های خودکارآمدی عملکرد بالینی بر اساس فرآیند پرستاری در حیطه بررسی بیمار و کمترین نمره در حیطه ارزشیابی بود. یافته‌ها نشان داد، دانشجویان پرستاری مراحل اول فرآیند پرستاری به‌ویژه بررسی بیمار را خوب انجام می‌دهند؛ اما در مجموع از موثر واقع شدن اقدامات انجام شده برای بیمار یعنی مرحله ارزشیابی غافل می‌شوند. دلیل احتمالی این مغایرت می‌تواند متفاوت بودن جامعه پژوهش باشد؛ چرا که در مطالعه حاضر بررسی روی پرستاران شاغل و آموزش دیده انجام شده است و این افراد توانایی بیشتری در اجرای اقدامات عملی دارند؛ لذا شاهد نمرات بالاتری در این حیطه از فرآیند پرستاری بودیم درحالی که در مطالعه بهادر و همکاران دانشجویان پرستاری بررسی شدند. از آنجا که این دانشجویان هنوز مهارت لازم را در انجام پروسیجرهای عملی کسب نکرده‌اند، بیشتر زمان خود را صرف کسب اطلاعات از بیمار می‌کنند؛ ولی به‌علت ناتوانی در استخراج مشکلات بیمار توانایی یک ارزیابی موثر را ندارند.

مهارت مراقبت بالینی، یکی از شایستگی‌های اصلی پرستاری حرفه‌ای در جوامع مختلف تعریف شده است. فرآیند پرستاری، ماهیت و روش کار پرستاری بالینی حرفه‌ای را شکل می‌دهد و روشی علمی برای بکارگیری اصول پرستاری در مراقبت از بیمار است. Rubenfeld و Scheffer معتقدند که در فرآیند پرستاری، تفکر و روش انجام وظایف پرستاری بالینی ترکیب می‌شوند [۱۶-۱۴]. فرآیند پرستاری چارچوبی است که به کمک آن پرستاران توانایی‌ها و مشکلات سلامتی بیماران را تعیین، روش بررسی و ارزیابی بیماران را مشخص، برنامه مراقبت پرستاری مختص هر بیمار را برنامه‌ریزی و اجرا می‌کنند و در نهایت، اثربخشی مراقبت‌های انجام شده را می‌سنجند. در چارچوب فرآیند پرستاری، پرستاران تشویق می‌شوند تا از دانش، توانایی تصمیم‌گیری و قضاوت بالینی خود برای شناسایی نیازهای مراقبتی و مشکلات احتمالی سلامتی استفاده کنند [۱۴، ۱۷، ۱۸].

نتیجه‌گیری

تقویت و توجه به ویژگی خودکارآمدی در عملکرد کارکنان، مستلزم شناسایی عوامل پیش‌بینی کننده یا تعیین کننده آن است. می‌توان گفت پایه و رکن اساسی حرفه پرستاری نوین، اجرای رویکرد فرآیند پرستاری حین ارائه خدمات سلامت به بیماران و جامعه است. بنابراین اجرای آن بر ارتقای خودکارآمدی پرستاران مؤثر بوده و لازم است این مفهوم بیشتر مدنظر قرار گیرد. در واقع عمل بر اساس گام‌های پنج‌گانه فرآیند پرستاری و همچنین اولین و نخستین گام آن یعنی مرحله ارزیابی یا بررسی و شناخت بیمار می‌تواند صحت آن را تحت تأثیر قرار دهد و در نتیجه خودکارآمدی کارکنان پرستاری را نیز بهبود بخشد. اهمیت آموزش در افزایش خودکارآمدی، به تأثیر آن بر عملکرد آینده مربوط می‌باشد.

ملاحظات اخلاقی

نکات اخلاقی طبق معاهده هلسینکی رعایت شد و کد اخلاقی از دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی IR.USWR.REC.1399.078 اخذ گردید. رضایتنامه آگاهانه نیز از همه افراد گرفته شد.

سهم نویسندگان

تمامی نویسندگان به یک اندازه در نگارش مقاله سهمیم بودند.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری توانبخشی با عنوان "تدوین مرحله ارزیابی فرآیند پرستاری و تأثیر اجرای آن بر خودکارآمدی عملکرد بالینی پرستاران بیمارستان توانبخشی رفیده در سال ۱۳۹۹" در دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی تهران می باشد. پژوهشگران بدینوسیله مراتب قدردانی خود از مسئولین محترم پژوهش دانشگاه و سایر همکاران به ویژه پرستاران بیمارستان توانبخشی رفیده که نهایت همکاری را با تیم پژوهش داشتند اعلام می دارند.

تضاد منافع

در این مقاله هیچ تضاد منافی گزارش نشده است.

منابع

1. Bandura A, Schunk DH. Cultivating competence, self-efficacy, and intrinsic interest through proximal self-motivation. *J Pers Soc Psychol.* 1981; 41 (3): 586. doi: 10.1037/0022-3514.41.3.586
2. Lloyd H, Hancock H, Campbell S. Vital notes for nurses: Principles of care. Vol. 15. John Wiley & Sons; 2011.
3. Akbari Kaji M, Farmahani Farahani B. The effect of nursing process education on nursing care quality of schizophrenic patients. *KAUMS J.* 2011;15(1):32-7.
4. McKinley C, Fletcher A, Biggins A, McMurray A, Birtwhistle S, Gardiner L, et al. Evidence-based management practice: reducing falls in hospital. *Collegian.* 2007; 14(2):20-5. doi: 10.1016/S1322-7696(08)60551-X
5. Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *J Am Med Dir Assoc.* 2003;4(1):9-15. doi: 10.1097/01.JAM.0000043422.31640.F7
6. Masoudi R, Afzali SM, Etemadifar S, Moghaddasi J. Investigating the degree of self-efficacy perception and role performance of nursery and midwifery college instructors in practical education. *J Shahrekord University Med Sci.* 2009;10.
7. Cheraghi F, Hassani P, Riazi H. Correlation Study of Nursing Students' Self-Efficacy with Clinical Performance. *Avicenna-J-Nurs-Midwifery-Care.* 2011; 19(1):35-45.
8. Cheraghi F, Hassani P, Yaghmaie F, Alavi Majd H. Development and psychometric testing of a clinical performance self-efficacy scale for nursing students. *Payesh j.* 2010;9(1):51-60.
9. Wahtera SL. Differentiating nursing process performance by education, experience, domain-specific

خودکارآمدی، عملکرد پرستاران را به وسیله افزایش تلاش، استقامت و خودتصحیحی تنظیم می کند. بکارگیری نظریه شناختی-اجتماعی در آموزش، بهبود خودکارآمدی پرستاران را تسهیل می کند و موجب افزایش کارایی آنها می شود، لذا آموزش فرآیند پرستاری در حین کار به پرستاران شاغل توصیه می شود. همچنین نظر به نوپایی رشته توانبخشی و تازه تاسیس بودن اولین بیمارستان توانبخشی دولتی در کشور روش های ارزیابی مناسب و علمی از بیمار نیازمند خدمات توانبخشی و مختص سطح سوم در کشور ما وجود ندارد، بنابراین نظر به ارتباط تنگاتنگ ارزیابی دقیق بیمار با خودکارآمدی عملکرد بالینی پرستاران لزوم آموزش مرحله ارزیابی فرآیند پرستاری توانبخشی مبتنی بر شواهد علمی، در اولین بیمارستان توانبخشی کشورمان وجود دارد.

کاربرد عملی مطالعه

اجرای مرحله ارزیابی فرآیند پرستاری تعدیل شده باعث افزایش خودکارآمدی بالینی پرستاران شاغل در بخش های توانبخشی شده لذا مدیران و مسئولین آموزش پرستاری می توانند بعنوان یکی از روش های مؤثر بر خودکارآمدی و کارایی بیشتر پرستاران استفاده کنند.

حمایت مالی

این پژوهش حامی مالی نداشت و با هزینه شخصی انجام شد.

- knowledge, strategic knowledge and self-efficacy. University of Michigan; 1991.
10. Hagbager MA, Salsali M, Ahmadi F. The factors facilitating and inhibiting effective clinical decision-making in nursing: a qualitative study. *BMC Nurs.* 2004; 3(1):1-11 doi: 10.1186/1472-6955-3-2
 11. Meretoja R, Leino-Kilpi H. Comparison of competence assessments made by nurse managers and practising nurses. *J Nurs Manag.* 2003;11(6):404-9. doi: 10.1046/j.1365-2834.2003.00413.x
 12. Opacic DA. The relationship between self-efficacy and student physician assistant clinical performance. *J Allied Health.* 2003;32(3):158-66.
 13. Bahador RS, Soltani F, Madadzadeh F. The assessment of relationship between creativity and self-efficacy of clinical performance based on the nursing process in nursing students of Kerman. *skums-jcnm.* 2016;5(3):12-22.
 14. Rubenfeld MG, Scheffer BK. Critical Thinking in Nursing an Interactive Approach. 1999;
 15. Brooker C, Waugh A, Watson R. Foundations of nursing practice, fundamental of holistic care, safety in Ng practice. 2007.
 16. Fesler-Birch DM. Critical thinking and patient outcomes: A review. *Nurs Outlook.* 2005;53(2):59-65. doi: 10.1016/j.outlook.2004.11.005
 17. Massarweh LJ. Promoting a positive clinical experience. *Nurse Educ.* 1999;24(3):44-7. doi: 10.1097/00006223-199905000-00016
 18. Botti M, Reeve R. Role of knowledge and ability in student nurses' clinical decision-making. *Nurs Health Sci.* 2003;5(1):39-49. doi: 10.1046/j.1442-2018.2003.00133.x