

ارائه الگوی تصمیم گیری بالینی بر اساس هوش هیجانی با میانجی گری باورهای خودکارآمدی و اعتماد به نفس در کادر پرستاری بیمارستان های شهر رشت

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۲/۲۷ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۴/۱۳

خلاصه

مقدمه

تصمیماتی که پرستاران حین مراقبت های بالینی اتخاذ می کنند بر کارایی آنها در عملکرد بالینی تاثیر می گذارد و می تواند زندگی بیمار و تجربه های درمانی وی را تحت تاثیر قرار دهد. مطالعه حاضر با هدف ارائه الگوی تصمیم گیری بالینی بر اساس هوش هیجانی با میانجی گری باورهای خودکارآمدی و اعتماد به نفس در کادر پرستاری بیمارستان های شهر رشت انجام شد.

روش کار

روش این مطالعه از نوع توصیفی - همبستگی با تکیه بر مدل معادلات ساختاری بود. جامعه آماری این مطالعه پرستاران بخش مراقبت های ویژه بیمارستان های شهر رشت بودند که با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای نمونه ای به حجم ۳۶۴ نفر انتخاب شدند و به پرسشنامه تصمیم گیری بالینی پرستاران لوری و سالانتر (۲۰۰۲)، پرسشنامه هوش هیجانی برادبری و گریوز (۲۰۰۵)، پرسشنامه خودکارآمدی در عملکرد بالینی چراغی و همکاران (۲۰۰۹) و پرسشنامه اعتماد به نفس شروگر و شون (۱۹۹۵) پاسخ دادند.

نتایج

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از روش مدلیابی معادلات ساختاری نشان داد هوش هیجانی بر الگوی تصمیم گیری بالینی پرستاران اثر دارد ($p < 0.01$ ، $\beta = 0.657$)؛ باورهای خودکارآمدی بر الگوی تصمیم گیری بالینی پرستاران اثر دارد ($p < 0.01$ ، $\beta = 0.370$) و اعتماد به نفس بر الگوی تصمیم گیری بالینی پرستاران اثر دارد ($p < 0.01$ ، $\beta = 0.241$). همچنین، باورهای خودکارآمدی ($p < 0.01$ ، $\beta = 0.186$) و اعتماد به نفس ($p < 0.01$ ، $\beta = 0.108$) اثر هوش هیجانی بر الگوی تصمیم گیری بالینی پرستاران را میانجی گری می کنند.

نتیجه گیری

پیشنهاد می شود در تدوین برنامه درسی، باورهای خودکارآمدی و اعتماد به نفس به عنوان عوامل تسهیل کننده تصمیم گیری و عملکرد بالینی دانشجویان پرستاری در نظر گرفته شود.

کلمات کلیدی

اعتماد به نفس، باورهای خودکارآمدی، تصمیم گیری بالینی پرستاران، هوش هیجانی
پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

سارا نجاتی^۱

سیمین بشردوست^{۲*}

هاینده صابری^۳

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

^۲ استادیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران. (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

Email: S.bashardost@riau.ac.ir

مقدمه

اساسی‌ترین چالش در سازمان‌های بهداشتی درمانی این است که سلامت نیروی فعال و کارآمد خود و به خصوص پرستاران را به عنوان بدنه اصلی ارائه خدمات به بیماران حفظ کنند (مونرو و ووفورد، ۲۰۱۷). بخش مراقبت‌های ویژه یکی از قسمت‌های حیاتی بیمارستان جهت کاهش مرگ‌ومیر و عوارض بستری در بیمارستان بوده که نیازمند توجه، حفظ آرامش و درعین حال مهارت‌های تصمیم‌گیری بالینی پرستاران است (اعتمادی فر و همکاران، ۱۳۹۹). تصمیم‌گیری بالینی^۲ یک فرایند تفکر انتقادی در انتخاب بهترین عمل جهت رسیدن به اهداف مشخص (هانینک^۳ و همکاران، ۲۰۱۴) و نشان دهنده لزوم توجه پرستاران به روش‌های مختلف دانستن برای تصمیم‌گیری مناسب در زمینه‌های مختلف است (جانسن و ابراین^۴، ۲۰۱۶). هدف نهایی هر تصمیم‌گیری بالینی دستیابی به بهترین پیامدهای سلامت برای بیماران است (اسرینیواسن و گیتو^۵، ۲۰۱۴) و تصمیم مناسب پرستار می‌تواند موجب بهبودی بیمار و کاهش هزینه‌ها و در غیر این صورت تعویق بهبودی و حتی مرگ بیمار گردد (جهانپور و همکاران، ۲۰۱۱). تحقیقات نشان می‌دهند که عدم تصمیم‌گیری صحیح و به موقع، می‌تواند مراحل درمان و موقعیت بیماران را طولانی و با مشکلاتی مواجه سازد (جهانپور و همکاران، ۲۰۱۱). طی بررسی‌های انجام شده حدود ۴ تا ۱۶/۶ درصد از بیماران بستری در بیمارستان‌های آمریکا، استرالیا و انگلیس بر اثر خطاهای پرستاری و پرسنل بهداشتی درمانی که ناشی از عدم تصمیم‌گیری مناسب و صحیح بوده، دچار آسیب‌هایی مانند ناتوانی دائمی و مرگ شده‌اند (بولجاک-سامارزیک^۶ و همکاران، ۲۰۱۰). از آنجایی که شرایط حاکم بر محیط کار پرستاران همواره پویا و متغیر است، بنابراین آن‌ها باید تصمیم‌گیران باکفایتی بوده و بتوانند با

تلفیق مهارت‌های فنی و دانش حرفه‌ای خود، قضاوت‌های بالینی دقیق و مناسبی درمورد وضعیت سلامت بیماران انجام دهند و افزون بر عمل در قالب تیمی چند رشته‌ای، مشکلات موجود در حیطه پرستاری را تشخیص داده و حل کنند. عوامل متعددی در فرایند تصمیم‌گیری بالینی پرستاران نقش دارد که از جمله آن‌ها هوش هیجانی، باورهای خودکارآمدی و اعتماد به نفس است. از جمله عوامل مهم و موثر بر عملکرد حرفه‌ای در مشاغل مرتبط با سلامت، هوش هیجانی است (سارابیا-کوبو^۷، ۲۰۱۷). از نظر گلمن^۸ (۱۹۹۵) هوش هیجانی^۹ شامل مجموعه‌ای از هیجانات، دانش اجتماعی و توانمندی‌هایی است که قدرت کلی فرد را در جهت هدایت و تقویت می‌کند که بتواند به عوامل و فشارهای محیطی پاسخی مناسب بدهد (گلمن، ۱۹۹۵؛ ترجمه خاتقانی، ۱۳۹۹). وی کار خود را براساس تعریف مایر و سالووی (۱۹۹۰) (۱۹۹۰) بنا نهاد اما اجزایی از قبیل خویشتن‌داری و شوق و ذوق و پایداری را بر آن افزود (ملک محمدی و همکاران، ۱۳۹۵). پرستاران باید توانایی تشخیص و مدیریت هیجانات و احساسات خود و بیماران و برقراری ارتباطات اجتماعی مناسب و همدلانه را که از جمله عوامل تشکیل دهنده هوش هیجانی هستند، داشته باشند (پتروویچی و دابرسکیو^{۱۰}، ۲۰۱۴). هوش هیجانی موجب می‌شود پرستاران تحت شرایط سخت بهتر فکر کنند و از هدر رفتن زمان به واسطه احساساتی همچون خشم و اضطراب و ترس جلوگیری نموده و به سادگی ذهن خود را آرام کنند (شهزازی و همکاران، ۱۳۹۱). سطح بالای هوش هیجانی با تیندگی رابطه معکوس دارد (مهدوی سرشت و همکاران، ۱۳۹۹) و پرستاران دارای هوش هیجانی بالا، از خودآگاهی بیشتر، مهارت‌های بین فردی بالاتر، همدلی و سازگاری بهتر و پاسخ موثرتر به نیازهای عاطفی بیمار برخوردار هستند (سعید و همکاران، ۱۳۹۲). پیرامون رابطه

7 Sarabia-Cobo, C. M.

8 Goleman, D.

9 Emotional intelligence

10 Mayer, J. D. & Salovey, P.

1 Petrovici, A., & Dobrescu, T.

4 Monroe, M., & Wofford, L.

2 Clinical decision-making

3 Hunink, M. M.

4 Johansen, M. L., & O'Brien, J. L.

5 Srinivasan, M., & Geethu, J.

6 Buljac-Samardzic, M.

قرار دارد (جوی و کیم،^۱ ۲۰۱۵). یکی دیگر از عوامل موثر در تصمیم گیری‌های بالینی مناسب پرستاران، برخورداری از اعتماد به نفس است (ادیب حاج باقری و همکاران، ۱۳۸۲). از نظر شروگر و شون^۲ (۱۹۹۵)، افرادی که اعتماد به نفس^۳ بالا همراه با مهارت های حل مشکل دارند، نوآور، مسئولیت پذیر و خلاق و در ارتباط های شخصی و در زندگی موفق تر هستند. آنها می‌توانند تصمیم های خود را بیابند، ایده های جایگزین تولید کنند و رویکردهای انتقادی داشته باشند. بندورا (۱۹۸۲)، اعتماد به نفس را مترادف خودکارآمدی قرار می‌دهد و اذعان می‌دارد افرادی که مسئولیت‌های خود را انجام می‌دهند در حالی که احساس می‌کنند توانا هستند و از وظایفی که خارج از توانایی آنهاست اجتناب می‌ورزند، دارای اعتماد به نفس هستند (به نقل از غفرانی کلیشمی و همکاران، ۱۳۹۶). پرستاران خبره و با تجربه بالینی بیشتر، اعتماد به نفس بالایی در مدیریت بخش‌های حساس بیمارستانی دارند (چاپمن^۴ و همکاران، ۲۰۱۳). پرستاران با اعتماد به نفس بیشتر، موثرتر و خلاقانه تر رفتار می‌کنند و این موجب قدرتمندتر شدن و چشم انداز بهتر برای آینده حرفه‌ای آنان می‌شود (برادبری-جونز^۵ و همکاران، ۲۰۰۷؛ کاوین^۶ و همکاران، ۲۰۰۶). اسماعیلی و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه خود نشان دادند اعتماد به نفس باعث سرعت در تصمیم گیری و اجرای صحیح تصمیم می‌شود. فرای و مک‌گرگور^۷ (۲۰۱۴) نیز نشان دادند که اعتماد به نفس منبع مهمی است که توانایی پرستار را در حل مسئله و تفکر انتقادی برای عملکرد بهتر برای تصمیم گیری بالینی در بخش اورژانس حفظ می‌کند. با توجه به داده‌های موجود، ارتباطی منطقی بین متغیرهای پژوهش به وضوح دیده می‌شود. بطوری که در مدل‌های واسطه‌ای لازم است رابطه بین متغیر میانجی با متغیر برون داد

بین هوش هیجانی و تصمیم گیری بالینی، هاتچینسون^۱ و همکاران (۲۰۱۸) نشان دادند هوش هیجانی، پرستاران را در تصمیم گیری بالینی باانگیزه و درگیر می‌کند. مطالعه مسعودی و علوی (۱۳۹۹) نیز نشان داد بین هوش هیجانی و تصمیم گیری بالینی همبستگی مثبت وجود دارد. همچنین، چندین مطالعه نشان دادند هوش هیجانی در عملکرد بالینی پرستاران نقش دارد (رنج دوست، ۱۳۹۹؛ کیم و سوهن^۲، ۲۰۱۹؛ دپیدپ^۳ و همکاران، ۲۰۱۸ و لوئیس^۴ و همکاران، ۲۰۱۷). یکی دیگر از عواملی که بر تصمیم گیری بالینی پرستاران نقش دارد، خودکارآمدی آن‌هاست (روانی پور و همکاران، ۱۳۹۴). در تئوری بندورا^۵ (۱۹۹۷) منظور از خودکارآمدی^۶ احساس های شایستگی، کفایت و قابلیت در کنار آمدن با زندگی و میزان ادراک فرد از درجه کنترل بر زندگی است (به نقل از محبی امین و ربیعی، ۱۳۹۸: ۱۱). باورهای خودکارآمدی به عنوان ادراک اعتماد و توانایی لازم برای دستیابی به موفقیت در تکالیفی خاص در نظر گرفته می‌شود (راید^۷ و همکاران، ۲۰۱۸). خودکارآمدی عاملی مهم و ضروری در بهبود رضایت شغلی پرستاران و بهبود عملکرد آنها است (آمندولیر^۸، ۲۰۱۲) و می‌تواند موفقیت شغلی پرستاران را پیش بینی نماید (دان^۹ و همکاران، ۲۰۱۸). خودکارآمدی عاملی مهم در صلاحیت پرستاری به شمار می‌رود (لی^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۷) و با آمادگی مقابله با فجایع مرتبط با کار، رابطه دارد (موسوی و همکاران، ۱۳۹۹). بین خودکارآمدی و تصمیم گیری بالینی رابطه وجود دارد (علیزاده و همکاران، ۱۳۹۹) و الگوهای تصمیم گیری بالینی، تحت تأثیر خودکارآمدی پرستاران

1 Hutchinson, M.

2 Kim, M. S., & Sohn, S. K.

3 Dipidip, C.

4 Lewis, G. M.

5 Bandura, A.

6 Self-efficacy

7 Reid, C.

8 Amendolair, D.

9 Dan, X.

10 Li, H. Y.

1 Choi, M., & Kim, J.

1 Shrauger, J. S., & Schohn, M.

1 Self-confidence

1 Chapman, R.

1 Bradbury-Jones, C.

1 Cowin, L. S.

1 Fry, M., & MacGregor, C.

که اطلاعات آن‌ها به صورت محرمانه باقی خواهد ماند و تنها در راستای اهداف پژوهش استفاده خواهد شد. ابزار گردآوری داده‌ها در پژوهش حاضر به شرح زیر بود:

پرسشنامه تصمیم‌گیری بالینی: نسخه ۲۴

آیتمی پرسشنامه تصمیم‌گیری بالینی پرستاران توسط لوری و سالانتر^۳ (۲۰۰۲) طراحی و جهت اندازه‌گیری و توصیف مدل تصمیم‌گیری بالینی پرستاران استفاده شد که شامل ۲۴ عبارت با پنج گزینه، جهت پاسخگویی است. گزینه‌های آن شامل همیشه، اغلب، گاهی، به ندرت و هرگز می‌باشد. جهت تصحیح پرسشنامه به گزینه هرگز نمره یک و به گزینه همیشه نمره پنج داده می‌شود. عملکرد ابزار جهت طبقه‌بندی تصمیم‌گیری پرستاران در یکی از مدل‌های زیر می‌باشد: تحلیلی، تحلیلی-شهودی و شهودی. نمره زیر ۶۷ نشان‌دهنده تصمیم‌گیری تحلیلی است، نمره بین ۶۸ تا ۷۸ نشان‌دهنده تصمیم‌گیری یعنی تحلیلی - شهودی است و نمره بالای ۷۸ نشان‌دهنده سطح سوم تصمیم‌گیری یعنی شهودی است (هیوهو^۴ و همکاران، ۲۰۱۶). این پرسشنامه دارای نمره کل است. پایایی ابزار بر اساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ بود. برای بررسی اعتبار محتوی و ساختاری ابزار تحلیل عاملی اکتشافی انجام شد. یافته‌ها نشان داد که آیتم‌های تحلیلی ارتباط مثبت معنادار با یکدیگر داشتند. آیتم‌های شهودی همبستگی معنی‌دار مثبت با یکدیگر داشتند. ولی آیتم‌های شهودی - تحلیلی با یکدیگر ارتباطی نداشتند یا ارتباطشان منفی بود (تاو^۵ و همکاران، ۲۰۱۲). در مطالعه نوحی و همکاران (۱۳۹۲)، این پرسشنامه توسط پژوهشگر و یک استاد زبان انگلیسی به فارسی ترجمه و سپس دوباره به انگلیسی ترجمه شد. بعد از بررسی و رفع مشکلات ترجمه، ابزار در اختیار ده نفر از اساتید هیئت علمی دانشگاه کرمان قرار گرفت تا از نظر اعتبار محتوا مورد بررسی قرار گیرد. همچنین برای پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شد که ۰/۸۵ به دست آمد. در مطالعه پاریاد و همکاران (۱۳۹۰) برای تأیید روایی محتوایی،

در پیشینه تجربی و نظری وجود داشته باشد تا بتواند بخشی از رابطه بین متغیرهای درون داد و برون داد را به خود اختصاص دهد. در همین راستا، در پژوهش حاضر این سوال مطرح شده است که آیا مدل تصمیم‌گیری بالینی بر اساس هوش هیجانی با میانجی‌گری باورهای خودکارآمدی و اعتماد به نفس در کادر پرستاری بیمارستان‌های شهر رشت از برازش مطلوب برخوردار است یا خیر؟

روش کار

روش این مطالعه از نوع توصیفی - همبستگی با تکیه بر مدل‌یابی معادلات ساختاری^۱ بود. جامعه آماری این مطالعه پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های شهر رشت در بازه زمانی دی ماه ۱۴۰۰ تا اردیبهشت ۱۴۰۱ بودند. در این پژوهش روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی خوشه‌ای بود. حجم نمونه بر اساس نظر کلاین^۲ (۲۰۱۶) تعیین شد. مبنی بر اینکه در روش مدل‌سازی معادلات ساختاری تعداد نمونه به ازای کلیه شاخص‌های پژوهش، ۱۰ تا ۲۰ نمونه و با حداقل حجم نمونه ۲۰۰ تعیین شود. پس از ارسال لینک ۳۸۰ پرسشنامه آنلاین از طریق پیام رسان واتساپ و به دلیل عدم پاسخگویی برخی از شرکت‌کنندگان به پرسشنامه‌های ارسالی، در نهایت داده‌های مربوط به ۳۶۴ نمونه مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. بنابراین، حجم نمونه در مطالعه حاضر ۳۶۴ نفر بود. پس از تصویب پروپوزال و اخذ کد اخلاق بر اساس سهولت دسترسی به جامعه آماری پژوهش، از بین ۱۷ بیمارستان واقع در شهر رشت ۸ بیمارستان بصورت تصادفی انتخاب و از بین بخش‌های مختلف این بیمارستان‌ها بخش مراقبت‌های ویژه انتخاب شدند. پس از اینکه، لیست تمام پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌ها تهیه شد، پژوهشگر ضمن معرفی خود به پرستاران بیمارستان‌های مذکور و اخذ رضایتنامه آگاهانه از آنها، به جمع‌آوری داده‌ها اقدام نمود. همه پرسشنامه‌ها بدون نام بودند و این اطمینان به شرکت‌کنندگان داده شد

3Lauri, S., & Salantera, S.

4Heyhoe, J.

5Tower, M.

1 Structural Equation Modeling (SEM)

2 Kline, R. B.

کاملا مخالفم (نمره ۰) تا کاملاً موافقم (نمره ۴) می‌سنجد. نمره این پرسشنامه از ۰ تا ۱۴۸ متغیر است. این پرسشنامه دارای نمره کل است. روایی این پرسشنامه توسط چراغی و همکاران (۲۰۰۹) به روش صوری و محتوایی محاسبه و به میزان ۰/۹۷ گزارش شد. پایایی این ابزار نیز توسط آزمون آلفای کرونباخ ۰/۹۴ برآورد شد.

پرسشنامه اعتماد به نفس: پرسشنامه اعتماد به نفس توسط شروگر و شون (۱۹۹۵) ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۵۴ سؤال و هشت خرده مقیاس تعامل‌های اجتماعی (جملات ۱، ۹، ۲۴، ۲۶، ۳۸، ۴۲، ۵۲)، حالت‌های خلقی (جملات ۲، ۵، ۲۲، ۲۵، ۳۰، ۴۷، ۵۳)، وضع ظاهر فیزیکی (جملات ۳، ۶، ۱۲، ۲۰، ۳۵، ۴۵، ۵۴)، روابط عاطفی (جملات ۴، ۳۴، ۳۹، ۴۴، ۴۸، ۵۱)، فعالیت فیزیکی یا ورزشی (جملات ۷، ۱۰، ۱۴، ۱۷، ۲۳، ۵۰)، توانمندی در صحبت با مردم (جملات ۸، ۱۳، ۱۹، ۳۲، ۳۷، ۴۶)، عملکرد دانشگاهی و آکادمیک (جملات ۱۱، ۱۶، ۲۱، ۳۶، ۴۰، ۴۱) و عملکرد عمومی (جملات ۱۵، ۱۸، ۲۷، ۲۹، ۳۱، ۳۳، ۴۳، ۴۹) است. بنابراین ۶ بخش سنجش محتوای خاص در ارزیابی اعتماد به نفس درک شده فرد نسبت به عملکرد وی را اندازه‌گیری می‌کند که عملکرد دانشگاهی و آکادمیک، وضع ظاهر فیزیکی، فعالیت فیزیکی یا ورزشی، روابط عاطفی، تعامل‌های اجتماعی و توانمندی در صحبت با مردم را شامل می‌شود. ۲ حوزه دیگر شامل سنجش اعتماد به نفس در انجام صحیح عملکرد عمومی و دیگری حوزه حالت‌های خلقی در سنجش اعتماد به نفس است. نمره گذاری این پرسشنامه در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از هرگز یا تقریباً هرگز (نمره ۱) تا تقریباً همیشه یا همیشه (نمره ۵) صورت می‌گیرد. این پرسشنامه دارای نمره کل است. با توجه به اینکه جامعه مطالعه حاضر، پرستاران بودند، سوالات مربوط به عملکرد دانشگاهی و آکادمیک حذف شدند. ویژگی‌های روان سنجی این پرسشنامه در مطالعه مهری و همکاران (۱۳۹۹) مورد بررسی قرار گرفت. توافق کلی در مناسب بودن سوالات ۹۲/۶ و برای شفاف بودن ۸۳/۳۳ درصد توافق جامع بودن کلی نسبت به سوالات

پرسشنامه در اختیار اساتید پرستاری و اساتید زبان انگلیسی قرار گرفت و روایی آن تأیید شد. پایایی پرسشنامه نیز در یک مطالعه بر روی پرستاران طرحی در رشت با استفاده از روش همبستگی درونی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ تأیید شد.

پرسشنامه هوش هیجانی: این پرسشنامه به وسیله برادبری و گریوز (۲۰۰۵) ساخته شد و دارای ۲۸ ماده است که پارامترهای هوش هیجانی کلی، خودآگاهی، خودمدیریتی، آگاهی اجتماعی و مدیریت روابط را اندازه‌گیری می‌کند (برادبری و گریوز، ۲۰۰۵؛ ترجمه گنجی، ۱۳۹۲). شیوه نمره گذاری آزمون لیکرت و با استفاده از مقیاس شش درجه‌ای از ۱ تا ۶ انجام می‌شود؛ به این ترتیب جمع نمراتی که پاسخ‌دهنده در هر یک از سوالات کسب می‌کند نمره خام آزمون را تشکیل می‌دهد و نمرات بیشتر نشان دهنده هوش هیجانی بالاتر خواهد بود. این پرسشنامه دارای نمره کل است. در این پرسشنامه، سوالات ۱ تا ۶ مولفه خودآگاهی، ۷ تا ۱۵ مولفه خودمدیریتی، ۱۶ تا ۲۰ مولفه آگاهی اجتماعی و ۲۱ تا ۲۸ مولفه مدیریت روابط را مورد سنجش قرار می‌دهند. از میانگین مجموع نمرات مولفه‌ها، نمره کلی هوش هیجانی بدست می‌آید (برادبری و گریوز، ۲۰۰۵؛ ترجمه گنجی، ۱۳۹۲). پایایی این آزمون در مطالعات مختلف بر اساس روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش شده است (سعید و همکاران، ۱۳۹۲). روایی این مقیاس نیز با روش ضریب همبستگی همگرا با آزمون هوش هیجانی بار - آن با ۰/۶۷ توسط گنجی و همکاران (۱۳۸۵) محاسبه شده است.

پرسشنامه باورهای خودکارآمدی: پرسشنامه خودکارآمدی در عملکرد بالینی توسط چراغی و همکاران (۲۰۰۹) ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۳۷ سؤال است که چهار خرده مقیاس ارزیابی بیمار (جملات ۱ تا ۱۲)، تشخیص و برنامه ریزی مراقبتی (جملات ۱۳ تا ۲۱)، اجرای برنامه مراقبتی (جملات ۲۲ تا ۳۱) و ارزشیابی برنامه مراقبتی (جملات ۳۲ تا ۳۷) را در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از

مدل متغیر الگوی تصمیم‌گیری بالینی فاقد مؤلفه یا نشانگر بود، به همین دلیل متغیر مزبور با استفاده از تکنیک توازن گویه- به سازه تبدیل به چهار واحد تلفیق گویه‌شد. بدین صورت که در پرسشنامه ۲۴ گویه‌ای الگوی تصمیم‌گیری بالینی، ۳ گویه با بالاترین همبستگی کلی به عنوان پایه هر واحد تلفیق گویه‌ای در نظر گرفته شدند و در ادامه گویه‌های با ضرایب همبستگی پایین تر به تناوب به آن واحدها اضافه شد. بدین صورت گویه‌های ۱۷، ۲۰، ۱۴، ۹، ۱۶، ۷، ۲۲ و ۸ واحد تلفیق گویه ۱، گویه‌های ۱۹، ۳، ۱۳، ۱۰، ۴، ۲۳، ۱۱ و ۱۵ واحد تلفیق گویه ۲ و گویه‌های ۱۸، ۲، ۱۶، ۶، ۵، ۱، ۲۴ و ۲۱ واحد تلفیق گویه ۳ را تشکیل دادند. جدول ۱ ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش حاضر را نشان می‌دهد. ضرایب همبستگی بین متغیرها در جهت مورد انتظار و همسو با تئوری‌های حوزه پژوهش بودند. در ادامه به منظور ارزیابی مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌های تک متغیری، کشیدگی و چولگی تک تک متغیرها و به منظور ارزیابی مفروضه همخطی بودن عامل تورم واریانس^۴ (VIF) و ضریب تحمل^۵ متغیرهای پیش بین مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

۱۰۰ درصد به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ و همبستگی خوشه‌ای تمام حیطه‌ها بالای ۰/۷ بود. ضریب همبستگی درون خوشه‌ای هرکدام از سؤالات نیز ۰/۹۸- ۰/۷۲ به دست آمد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش مدلیابی معادلات ساختاری و با نرم افزار ایموسجام شد.

نتایج

در پژوهش حاضر ۲۷۷ زن (۷۶/۱ درصد) و ۸۷ مرد (۲۳/۹ درصد) شرکت کردند که ۳۴ نفر (۹/۳ درصد) از شرکت کنندگان کمتر از ۲۵ سال، ۹۵ نفر (۲۶/۱ درصد) تا ۲۶ تا ۳۰ سال، ۱۱۷ نفر (۳۲/۱ درصد) ۳۱ تا ۳۵ سال، ۶۱ نفر (۱۶/۸ درصد) ۳۶ تا ۴۰ سال و ۵۷ نفر (۱۵/۷ درصد) بیشتر از ۴۰ سال داشتند. میزان تحصیلات ۳۴۲ نفر (۹۴ درصد) از شرکت کنندگان لیسانس، ۲۰ نفر (۵/۵ درصد) فوق لیسانس و ۲ نفر (۰/۵ درصد) دکتری بود. در بین شرکت کنندگان ۱۰۸ نفر (۲۹/۷ درصد) متأهل، ۲۲۴ نفر (۶۱/۵ درصد) مجرد و ۳۲ نفر (۸/۸ درصد) از همسر خود جدا شده بودند. در نهایت ۱۸ نفر (۴/۹ درصد) از شرکت کنندگان کمتر از ۳ سال، ۸۳ نفر (۲۲/۸ درصد) ۳ تا ۶ سال، ۹۷ نفر (۲۶/۷ درصد) ۷ تا ۱۰ سال، ۹۶ نفر (۲۶/۴ درصد) ۱۱ تا ۱۴ سال، ۳۲ نفر (۸/۸ درصد) ۱۵ تا ۱۸ سال و ۳۸ نفر (۱۰/۴ درصد) بیشتر از ۱۸ سال سابقه کار داشتند. جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی بین مؤلفه‌های هوش هیجانی (خودآگاهی، خودمدیریتی، آگاهی اجتماعی و مدیریت رابطه)، اعتماد به نفس (تعاملات اجتماعی، حالت‌های خلقی، وضع ظاهری، روابط عاطفی، فعالیت فیزیکی، وضع توانمندی در صحبت و عملکرد عمومی)، باورهای خودکارآمدی (ارزیابی بیمار، تشخیص و برنامه ریزی مراقبتی، اجرای برنامه مراقبتی و ارزشیابی برنامه مراقبتی) و الگوی تصمیم‌گیری (واحد تلفیق گویه ۱، واحد تلفیق گویه ۲ و واحد تلفیق گویه ۳) را نشان می‌دهد.

با توجه به این که در این پژوهش داده‌ها با روش مدل‌یابی معادلات ساختاری مورد تحلیل قرار گرفته است و در این

1 Item-to-construct balance technique

2 Item Parcel

3 Anchor

4 Variance Inflation Factor (VIF)

5 Tolerance

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد و ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای تحقیق	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳
۱. هوش هیجانی - خود آگاهی	-												
۲. هوش هیجانی - خودمدیریتی	۰/۵۴**	-											
۳. هوش هیجانی - آگاهی اجتماعی	۰/۴۲**	۰/۲۹**	-										
۴. هوش هیجانی - مدیریت رابطه	۰/۴۱**	۰/۴۰**	۰/۵۶**	-									
۵. اعتماد به نفس - تعاملات اجتماعی	۰/۱۹**	۰/۳۳**	۰/۱۲*	۰/۱۷**	-								
۶. اعتماد به نفس - حالت های خلقی	۰/۲۳**	۰/۳۳**	۰/۱۱*	۰/۱۴**	۰/۶۰**	-							
۷. اعتماد به نفس - وضع ظاهری	۰/۱۹**	۰/۲۷**	۰/۰۸	۰/۰۹	۰/۶۶**	۰/۶۹**	-						
۸. اعتماد به نفس - روابط عاطفی	۰/۱۸**	۰/۳۰**	۰/۰۷	۰/۰۲	۰/۵۳**	۰/۶۳**	۰/۵۳**	-					
۹. اعتماد به نفس - فعالیت فیزیکی	۰/۱۳**	۰/۲۸**	۰/۰۲	۰/۰۴	۰/۵۸**	۰/۶۷**	۰/۷۵**	۰/۶۴**	-				
۱۰. اعتماد به نفس - وضع توانمندی در صحبت	۰/۱۹**	۰/۳۱**	۰/۰۶	۰/۰۱	۰/۶۱**	۰/۶۳**	۰/۶۸**	۰/۵۱**	۰/۶۰**	-			
۱۱. اعتماد به نفس - عملکرد عمومی	۰/۱۳**	۰/۱۸**	۰/۰۲	۰/۱۱*	۰/۴۲**	۰/۳۸**	۰/۴۲**	۰/۲۶**	۰/۶۳**	۰/۳۱**	-		
۱۲. باورهای خود کارآمدی - ارزیابی بیمار	۰/۲۱**	۰/۳۷**	۰/۰۵	۰/۰۷	۰/۲۹**	۰/۲۶**	۰/۲۱**	۰/۲۹**	۰/۴۴**	۰/۲۴**	۰/۲۱**	-	
۱۳. باورهای خود کارآمدی - تشخیص و برنامه ریزی مراقبتی	۰/۱۹**	۰/۳۴**	۰/۰۹	۰/۰۲	۰/۳۳**	۰/۳۳**	۰/۳۰**	۰/۳۳**	۰/۲۵**	۰/۲۸**	۰/۱۵**	۰/۶۳**	-
۱۴. باورهای خود کارآمدی - اجرای برنامه مراقبتی	۰/۱۷**	۰/۳۶**	۰/۰۷	۰/۰۴	۰/۴۱**	۰/۳۶**	۰/۲۹**	۰/۲۸**	۰/۳۳**	۰/۲۷**	۰/۵۱**	۰/۵۹**	
۱۵. باورهای خود کارآمدی - ارزشیابی برنامه مراقبتی	۰/۱۴**	۰/۳۳**	۰/۰۳	۰/۰۶	۰/۲۸**	۰/۳۶**	۰/۳۱**	۰/۴۲**	۰/۳۱**	۰/۲۵**	۰/۵۸**	۰/۴۷**	
۱۶. الگوی تصمیم گیری - واحد تلفیق ۱	۰/۳۵**	۰/۵۱**	۰/۱۲*	۰/۱۹**	۰/۴۲**	۰/۴۵**	۰/۳۷**	۰/۴۶**	۰/۳۴**	۰/۳۷**	۰/۴۳**	۰/۴۳**	
۱۷. الگوی تصمیم گیری - واحد تلفیق ۲	۰/۳۳**	۰/۴۳**	۰/۱۴**	۰/۲۲**	۰/۳۸**	۰/۴۶**	۰/۳۹**	۰/۴۱**	۰/۴۰**	۰/۳۳**	۰/۲۸**	۰/۳۶**	۰/۴۰**
۱۸. الگوی تصمیم گیری - واحد تلفیق ۳	۰/۳۸**	۰/۴۹**	۰/۱۷**	۰/۲۴**	۰/۴۱**	۰/۴۸**	۰/۳۶**	۰/۳۷**	۰/۳۰**	۰/۳۱**	۰/۴۰**	۰/۳۸**	
میانگین	۱۹/۴۴	۲۶/۳۸	۲۱/۴۰	۲۷/۷۰	۱۹/۳۰	۱۶/۰۹	۱۶/۲۳	۱۵/۸۵	۱۴/۱۷	۱۵/۳۳	۲۱/۶۴	۱۸/۰۶	۱۵/۲۵
انحراف استاندارد	۴/۲۷	۴/۹۹	۴/۰۱	۵/۴۶	۴/۷۹	۴/۰۲	۳/۶۹	۴/۰۰	۳/۶۰	۴/۳۶	۵/۷۲	۴/۴۹	۳/۱۷

** $P < 0.01$ و * $P < 0.05$

متغیرهای تحقیق					
۱۸	۱۷	۱۶	۱۵	۱۴	
				-	۱۴. باورهای خودکارآمدی- اجرای برنامه مراقبتی
			۰/۴۲**	۰/۴۵**	۱۵. باورهای خودکارآمدی- ارزشیابی برنامه مراقبتی
		-	۰/۴۱**	۰/۵۱**	۱۶. الگوی تصمیم گیری- واحد تلفیق ۱
	-	۰/۷۷**	۰/۴۸**	۰/۴۸**	۱۷. الگوی تصمیم گیری- واحد تلفیق ۲
-	۰/۷۳**	۰/۷۲**	۰/۴۳**	۰/۴۴**	۱۸. الگوی تصمیم گیری- واحد تلفیق ۳
۲۷/۸۳	۲۸/۰۰	۲۸/۰۳	۷/۹۳	۱۷/۲۷	میانگین
۶/۲۲	۷/۸۹	۷/۹۶	۲/۴۵	۴/۶۷	انحراف استاندارد

* $P > 0.01$ و * $P > 0.05$

جدول ۲. بررسی مفروضه‌های نرمال بودن و همخطی بودن

مفروضه همخطی بودن		مفروضه نرمال بودن		متغیر
تورم واریانس	ضریب تحمل	کشیدگی	چولگی	
۱/۶۶	۰/۶۰	۰/۳۵	-۰/۴۷	هوش هیجانی- خودآگاهی
۲/۱۳	۰/۴۷	۰/۴۶	۰/۲۰	هوش هیجانی- خودمدیریتی
۱/۶۳	۰/۶۱	۰/۹۷	-۰/۷۴	هوش هیجانی- آگاهی اجتماعی
۱/۸۷	۰/۵۳	-۰/۳۷	-۰/۴۶	هوش هیجانی- مدیریت رابطه
۲/۳۱	۰/۴۳	-۰/۲۳	-۰/۱۱	اعتماد به نفس- تعاملات اجتماعی
۲/۸۴	۰/۳۵	-۰/۵۱	۰/۳۹	اعتماد به نفس- حالت‌های خلقی
۳/۴۲	۰/۲۹	-۰/۴۹	۰/۳۰	اعتماد به نفس- وضع ظاهری
۲/۱۲	۰/۴۷	-۰/۲۶	-۰/۳۴	اعتماد به نفس- روابط عاطفی
۳/۲۶	۰/۳۱	-۰/۲۰	۰/۶۹	اعتماد به نفس- فعالیت فیزیکی
۲/۴۱	۰/۴۲	-۰/۵۸	۰/۲۳	اعتماد به نفس- وضع توانمندی در صحبت
۱/۶۶	۰/۶۰	۰/۸۵	۰/۰۸	اعتماد به نفس- عملکرد عمومی
۲/۲۳	۰/۴۵	۰/۷۹	۱/۳۰	باورهای خودکارآمدی- ارزیابی بیمار
۲/۱۳	۰/۴۷	۰/۴۱	۰/۶۶	باورهای خودکارآمدی- تشخیص و برنامه ریزی مراقبتی
۱/۸۶	۰/۵۴	۰/۲۳	۰/۶۸	باورهای خودکارآمدی- اجرای برنامه مراقبتی
۱/۷۵	۰/۵۷	۰/۳۶	۰/۶۳	باورهای خودکارآمدی- ارزشیابی برنامه مراقبتی
-	-	-۰/۱۳	-۰/۲۱	الگوی تصمیم گیری- واحد تلفیق ۱
-	-	-۰/۲۹	-۰/۱۸	الگوی تصمیم گیری- واحد تلفیق ۲
-	-	-۰/۰۳	-۰/۴۵	الگوی تصمیم گیری- واحد تلفیق ۳

بیشینه احتمال (ML) مورد ارزیابی قرار گرفت. جدول ۳ شاخص‌های برازندگی مدل اندازه‌گیری اولیه، مدل اندازه‌گیری اصلاح شده و مدل ساختاری را نشان می‌دهد.

جدول ۳. برازندگی مدل اندازه‌گیری اولیه، مدل اندازه‌گیری اصلاح شده و مدل ساختاری

شاخص‌های برازندگی	مدل اندازه‌گیری اولیه	مدل اصلاح شده	مدل اندازه‌گیری اولیه	مدل ساختاری
مجدور کای ^۳	۳۵۹/۴۵	۲۸۵/۳۱	۳۲۵/۴۴	-
درجه آزادی	۱۲۹	۱۲۸	۱۲۹	-
مدل				
$\chi^2/df^۴$	۲/۷۹	۲/۲۳	۲/۵۲	کمتر از ۳
GFI ^۵	۰/۸۹۹	۰/۹۲۱	۰/۹۱۰	> ۰/۹۰
AGFI ^۶	۰/۸۶۵	۰/۸۹۴	۰/۸۸۱	> ۰/۸۵۰
CFI ^۷	۰/۹۳۵	۰/۹۵۶	۰/۹۴۵	> ۰/۹۰
RMSEA ^۸	۰/۰۷۰	۰/۰۵۸	۰/۰۶۵	< ۰/۰۸

جدول ۳ نشان می‌دهد که همه شاخص‌های برازندگی حاصل از تحلیل عاملی تاییدی از برازش قابل قبول مدل اندازه‌گیری با داده‌های گراوری شده حمایت می‌کنند. با وجود این ارزیابی شاخص‌های اصلاح نشان داد که با ایجاد

۲- نقاط برش براساس دیدگاه کلاین (۲۰۱۶)

۳ Chi-square

۴ Normed chi-square

۵ Goodness Fit Index (GFI)

۶ Adjusted Goodness Fit Index (AGFI)

۷ Comparative Fit Index (CFI)

۸ Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)

جدول ۲ نشان می‌دهد که مقادیر چولگی و کشیدگی مربوط به متغیرها در محدوده +۲ و -۲ قرار دارد. این مطلب بیانگر آن است که توزیع داده‌های مربوط به متغیرهای پژوهش از نرمال بودن تک متغیری انحراف آشکاری ندارند. علاوه بر این جدول ۲ نشان می‌دهد که مقادیر ضریب تحمل همه متغیرهای پیش بین بزرگتر از ۰/۱ و مقادیر عامل تورم واریانس آنها کوچکتر از ۱۰ است. براین اساس می‌توان گفت مفروضه همخطی بودن در بین داده‌های پژوهش حاضر برقرار است. در این تحقیق به منظور ارزیابی برقراری یا عدم برقراری مفروضه نرمال بودن توزیع چند متغیری، از تحلیل اطلاعات مربوط به فاصله مهلبویس^۱ و ترسیم نمودار توزیع آن استفاده شد. مقادیر چولگی و کشیدگی نمرات فاصله مهلبویس به ترتیب ۱/۴۹ و ۳/۴۳ به دست آمد، بدین ترتیب ارزش کشیدگی شاخص مزبور بزرگتر از ۲ به دست آمد. این موضوع بیانگر آن است که مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌های چند متغیری در بین داده‌ها برقرار نیست. به همین دلیل نمودار باکس پلات ترسیم و مشخص شد که اطلاعات مربوط به دو شرکت کننده پرت چند متغیری تشکیل داده اند. در ادامه اطلاعات دو شرکت کننده مزبور از بین داده‌ها حذف و با این عمل مقادیر چولگی و کشیدگی به ترتیب به ۱/۱۷ و ۱/۶۳ کاهش یافت. به عبارت دیگر پس از حذف پرت‌های چند متغیری شرط نرمال بودن توزیع داده‌های چند متغیری در بین داده‌ها برقرار شد.

تحلیل مدل

الف) مدل اندازه‌گیری: همچنان که در شکل ۱ ملاحظه می‌شود در پژوهش حاضر هوش هیجانی، اعتماد به نفس، باورهای خودکارآمدی و الگوی تصمیم‌گیری متغیر مکنون بوده و همراه با نشانگرهای خود مدل اندازه‌گیری پژوهش را تشکیل دادند. چگونگی برازش مدل اندازه‌گیری با داده‌های گردآوری شده با استفاده از روش تحلیل عاملی تاییدی و با به کارگیری نسخه ۲۴ نرم افزار ایموس و استفاده از روش برآورد

۱ Mahalanobis distance (D)

۰/۰۰۱	۰/۳۶۵	۰/۱۰۸	۰/۵۹۱	اثر مستقیم هوش هیجانی ← الگوی تصمیم گیری
۰/۰۰۱	۰/۲۹۲	۰/۱۰۶	۰/۴۷۵	اثر غیرمستقیم هوش هیجانی ← الگوی تصمیم گیری
۰/۰۰۱	۰/۶۵۷	۰/۱۵۹	۱/۰۶۶	اثر کل هوش هیجانی ← الگوی تصمیم گیری

*P < ۰/۰۵ و **P < ۰/۰۱

جدول ۴ نشان می‌دهد که ضریب مسیر کل (مجموع ضرایب مسیر مستقیم و غیر مستقیم) بین هوش هیجانی و الگوی تصمیم گیری بالینی مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار است ($\beta=۰/۶۵۷$, $p<۰/۰۱$). ضریب مسیر بین باورهای خودکارآمدی ($\beta=۰/۳۷۰$, $p<۰/۰۱$) و اعتماد به نفس ($\beta=۰/۲۴۱$, $p<۰/۰۱$) با الگوی تصمیم گیری بالینی مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار بود. جدول ۴ نشان می‌دهد، اثر غیر مستقیم بین هوش هیجانی ($\beta=۰/۲۹۲$, $p<۰/۰۱$) بر الگوی تصمیم گیری بالینی در سطح ۰/۰۱ معنادار است. بر این اساس می‌توان گفت دو متغیر میانجی اعتماد به نفس و باورهای خودکارآمدی اثر هوش هیجانی بر الگوی تصمیم گیری بالینی را به صورت معنادار میانجیگری می‌کند. با توجه به این که معناداری/عدم معناداری نقش هر یک از دو متغیر میانجی در رابطه بین دو متغیر درونزا و برونزا معین نبود. بنابراین برای تعیین معناداری یا عدم معناداری نقش میانجیگر هر یک از دو متغیر میانجی از فرمول بارون و کنی^۱ (۱۹۸۶، به نقل از مالنکروت و همکاران، ۲۰۰۶) استفاده شد.

استفاده از فرمول بارون و کنی نشان داد که اثر غیر مستقیم هوش هیجانی بر الگوی تصمیم گیری بالینی از طریق باورهای خودکارآمدی ($\beta=۰/۱۸۶$, $p<۰/۰۱$) و اعتماد به نفس ($\beta=۰/۱۰۸$, $p<۰/۰۱$) مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار است. بدین ترتیب چنین نتیجه گیری شد که هر دو متغیر

کوواریانس بین خطاهای نشانگرهای آگاهی اجتماعی و مدیریت رابطه می‌توان شاخص‌های برازندگی بهتری به دست آورد. بنابراین همچنان که جدول ۳ نشان می‌دهد مدل اندازه گیری اصلاح و شاخص‌های برازندگی حاصل شد که نشان داد آن مدل با داده‌های گردآوری شده برازش مطلوب دارد. در مدل اندازه گیری بزرگترین بار عاملی متعلق به نشانگر واحد تلفیق ۱ ($\beta=۰/۹۱۰$) و کوچکترین بار عاملی متعلق به نشانگر آگاهی اجتماعی ($\beta=۰/۳۸۳$) بود. بدین ترتیب با توجه به این که بارهای عاملی همه نشانگرها بزرگتر از ۰/۳۲ بود، می‌توان گفت همه آنها از توان لازم برای اندازه گیری متغیرهای مکنون پژوهش حاضر برخوردار بودند.

ب) مدل ساختاری: در مدل ساختاری پژوهش فرض شده بود که هوش هیجانی با میانجیگری باورهای خودکارآمدی و اعتماد به نفس بر الگوی تصمیم گیری بالینی پرستاران اثر دارد. چگونگی برازش مدل ساختاری با استفاده از روش مدل یابی معادلات ساختاری مورد ارزیابی قرار گرفت و همچنان که جدول ۳ نشان می‌دهد همه شاخص‌های برازندگی از برازش قابل قبول مدل ساختاری با داده‌های گردآوری شده حمایت نمود. جدول ۴ ضرایب مسیر در مدل ساختاری را نشان می‌دهد.

جدول ۴. ضرایب مسیر بین مستقیم، غیر مستقل و کل بین

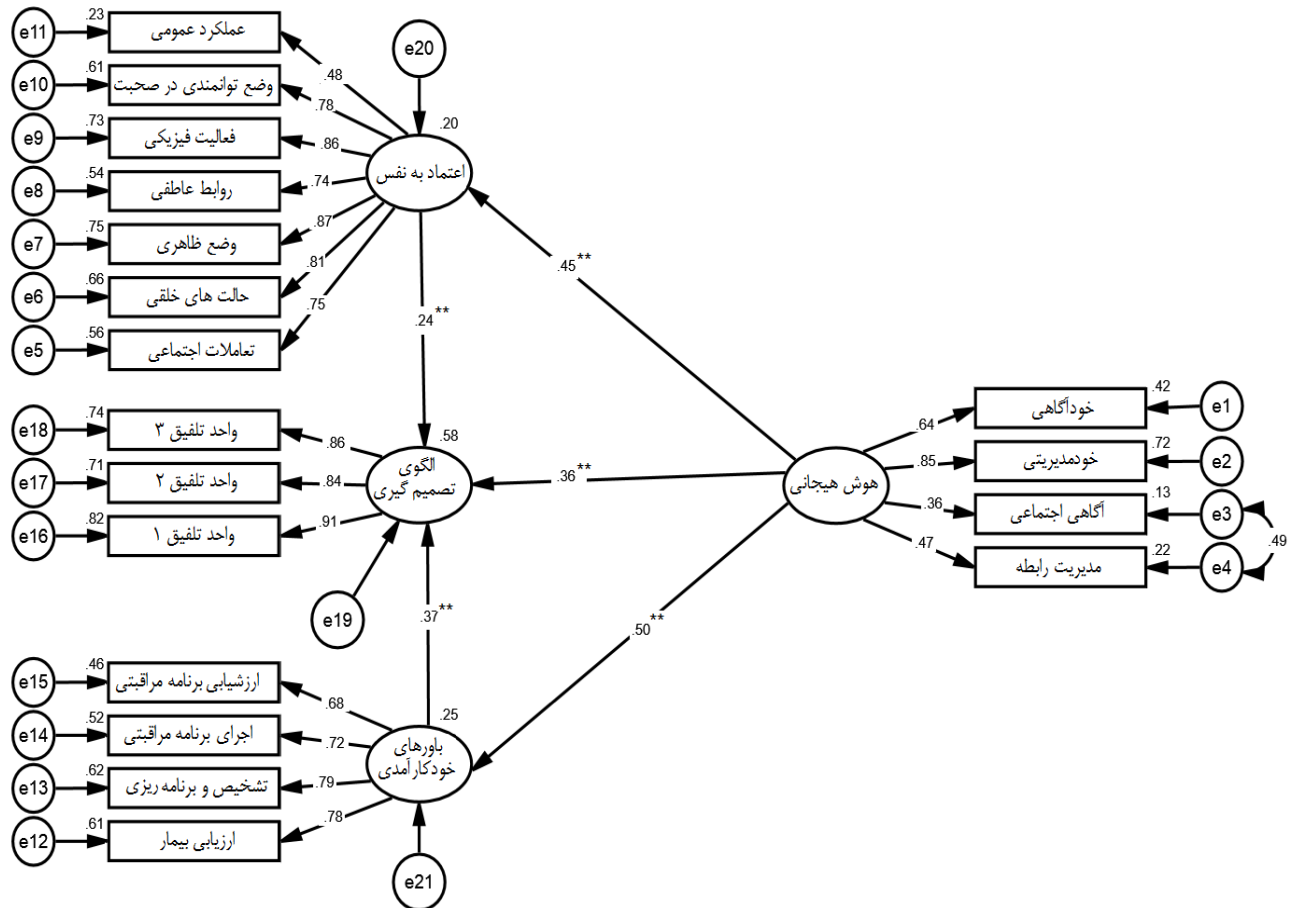
متغیرها				
متغیرهای پیش بین	b	SE	β	p
هوش هیجانی ← خودکارآمدی	۱/۲۰۰	۰/۲۷۳	۰/۴۹۹	۰/۰۰۱
هوش هیجانی ← اعتماد به نفس	۰/۷۱۰	۰/۱۵۰	۰/۴۵۰	۰/۰۰۱
خودکارآمدی ← الگوی تصمیم گیری	۰/۲۵۰	۰/۰۴۷	۰/۳۷۰	۰/۰۰۱
اعتماد به نفس ← الگوی تصمیم گیری	۰/۲۴۷	۰/۰۵۹	۰/۲۴۱	۰/۰۰۱

1 Baron, R. M., & Kenny, D. A.

2 Mallinckrodt, B.

باورهای خودکارآمدی و اعتماد به نفس اثر هوش هیجانی بر الگوی تصمیم گیری بالینی پرستاران را به صورت مثبت و

معنادار میانجیگری می کند. شکل ۱ مدل ساختاری پژوهش را نشان می دهد.



شکل ۱. مدل ساختاری پژوهش با استفاده از داده های استاندارد

به نفس در کادر پرستاری بیمارستان های شهر رشت انجام شد. یافته ها نشان داد هوش هیجانی بر الگوی تصمیم گیری بالینی پرستاران اثر دارد. این یافته همسو با مطالعه مسعودی و علوی (۱۳۹۹)، رنج دوست (۱۳۹۹)، کیم و سوهن (۲۰۱۹)، دیبیدیپ و همکاران (۲۰۱۸) و لوئیس و همکاران (۲۰۱۷) است که نشان دادند هوش هیجانی در تصمیم گیری و عملکرد بالینی پرستاران نقش دارد. در تبیین این یافته می توان گفت بر اساس تعریف مایر و سالووی (۱۹۹۰)، هوش هیجانی شکلی از هوش اجتماعی است که پیش بینی کننده مناسبی برای کارآمدی در حیطه های خاص نظیر عملکرد (شغلی و تحصیلی) است. غفرانی کلیشمی و

همچنان که شکل فوق نشان می دهد مجموع مجذور همبستگی های چندگانه (R^2) برای متغیر الگوی تصمیم گیری برابر با ۰/۵۸ به بدست آمد، این موضوع بیانگر آن است که هوش هیجانی، باورهای خودکارآمدی و اعتماد به نفس در مجموع ۵۸ درصد از واریانس الگوی تصمیم گیری را در پرستاران تبیین می کند.

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف ارائه الگوی تصمیم گیری بالینی بر اساس هوش هیجانی با میانجی گری باورهای خودکارآمدی و اعتماد

پرستاران برای بیماران می‌گردد و ایفای موفقیت آمیز نقش پرستاری را امکان پذیر می‌کند.

یافته‌های این مطالعه همچنین نشان داد اعتماد به نفس بر الگوی تصمیم‌گیری بالینی پرستاران اثر دارد. این یافته همسو با مطالعه فرای و مک‌گرگور (۲۰۱۴) است مبنی بر اینکه اعتماد به نفس منبع مهمی است که توانایی پرستار را در حل مسئله و تفکر انتقادی برای عملکرد بهتر برای تصمیم‌گیری بالینی در بخش اورژانس حفظ می‌کند. در همین راستا، اسماعیلی و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه خود نشان دادند اعتماد به نفس باعث سرعت در تصمیم‌گیری و اجرای صحیح تصمیم می‌شود. در تبیین این یافته می‌توان عنوان کرد اعتماد به نفس یکی از ارکان اساسی در حفظ و ارتقای صلاحیت بالینی است که شهامت شرکت در فرایندهای صورت گرفته برای بیمار را به پرستار می‌دهد. پرستار برخوردار از اعتماد به نفس می‌تواند مراحل رشد و ترقی خود را طی کند و در نتیجه کارآمدی وی در جهت ارائه خدمات به بیمار افزایش می‌یابد. غفرانی کلیشمی و همکاران (۱۳۹۶) نیز عنوان کردند اعتماد به نفس به پرستاران این امکان را می‌دهد تا تصمیمات مناسبی را برای مراقبت از بیمار اتخاذ نمایند؛ چراکه اعتماد به نفس فردی پرستاران با توانایی برقراری ارتباط و نگرش مثبت به حرفه آنان همراستا است و نگرش پرستاران به حرفه و احساسشان نسبت به خود به عنوان یک فرد حرفه‌ای به طور چشمگیری بر تفکر و عمل پرستار تأثیر دارد.

در نهایت، یافته‌های این مطالعه نشان داد باورهای خودکارآمدی و اعتماد به نفس اثر هوش هیجانی بر الگوی تصمیم‌گیری بالینی پرستاران را میانجی‌گری می‌کند. در یک نتیجه‌گیری کلی و در تبیین این یافته می‌توان افزود سطح بالای خودآگاهی همراه با هوش هیجانی، پرستاران را قادر می‌سازد تا اعتماد به نفس بیشتری داشته باشند و ضمن ارائه مراقبت‌های بهینه‌تر، از احترام بیشتری در قبال بیماران خود برخوردار شوند. همچنین، هوش هیجانی موجب افزایش خودکارآمدی و عملکرد بهتر پرستاران در زمینه‌های خودتنظیمی هیجانی، ابراز وجود، استقلال در تصمیم‌گیری و همدردی با بیماران می‌شود که در مجموع تصمیم‌گیری بالینی را تسهیل می‌کنند. از این رو، پیشنهاد

همکاران (۱۳۹۶) نیز بیان کردند هوش هیجانی شامل تأثیر متقابل هیجان و شناخت است که منجر به عملکرد سازگارانه می‌شود. هوش هیجانی همچنین، مجموعه‌ای از توانایی‌های شناختی و هیجانی به هم پیوسته است که به فرد کمک می‌کند با دریافت، ارزیابی و بیان دقیق هیجان‌ها، از احساس‌هایی که افکار را تسهیل می‌کنند، آگاهی یابد و با برقراری توازن میان افکار و هیجان‌های خود، تصمیم‌گیری‌های عاقلانه و رفتاری مسئولانه داشته باشد. این سازه، دارای چهار بعد شناسایی هیجان‌ها، درک هیجان‌ها، تنظیم هیجان‌ها و استفاده از هیجان‌ها می‌باشد و وقتی هیجان‌ها و شناخت به خوبی با هم ترکیب شوند تصمیم‌گیری‌ها تسهیل شده، مدیریت هیجان‌ها اتفاق افتاده، ارتباطات بهبود یافته و در نهایت به تصمیم‌گیری هوشمندانه منجر می‌شود. در همین راستا هاتچینسون و همکاران (۲۰۱۸) نشان دادند هوش هیجانی، پرستاران را در تصمیم‌گیری بالینی باانگیزه و درگیر می‌کند.

یافته‌های این مطالعه نشان داد باورهای خودکارآمدی بر الگوی تصمیم‌گیری بالینی پرستاران اثر دارد. این یافته همسو با مطالعه عزیزاده و همکاران (۱۳۹۹) و جوی و کیم (۲۰۱۵) است که نشان دادند خودکارآمدی در تصمیم‌گیری بالینی پرستاران نقش دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت خودکارآمدی در پرستاری یک عامل کلیدی برای رفتار مستقل به شمار می‌رود که تحت عنوان خودکارآمدی بالینی شناخته می‌شود. خودکارآمدی بالینی به پرستاران کمک می‌کند تا در مواجهه با موقعیت‌های چالش برانگیز بالینی، احساس شایستگی کرده و نقش‌های خود را بپذیرند؛ بنابراین شاخص مناسبی برای ارزیابی عملکرد بالینی محسوب می‌گردد (لی و همکاران، ۲۰۱۷). چنانکه موسوی و همکاران (۱۳۹۹) نیز نشان دادند خودکارآمدی با آمادگی مقابله با فجایع مرتبط با کار، رابطه دارد. در همین راستا، آمندولیر (۲۰۱۲) و دان و همکاران (۲۰۱۸) دریافتند خودکارآمدی عاملی مهم و ضروری در بهبود عملکرد و موفقیت شغلی پرستاران است؛ چراکه، افزایش خودکارآمدی پرستاران منجر به افزایش اختصاص زمان و تلاش

دارای کد اخلاق IR.IAU.TON.REC.1400.024 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن می‌باشد. در پایان از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

می‌شود هنگام تدوین برنامه درسی پرستاری و برنامه‌های مداخله ای، باورهای خودکارآمدی و اعتماد به نفس به عنوان عوامل کلیدی تسهیل کننده تصمیم گیری و عملکرد بالینی دانشجویان پرستاری در نظر گرفته شود.

تقدیر و تشکر

"این مقاله مستخرج از رساله دکتری تخصصی نویسنده اول در واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران می‌باشد." و

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

References

- ادیب حاج باقری، محسن؛ صلصالی، مهوش؛ احمدی، فضل اله (۱۳۸۲). تصمیم گیری بالینی: راهی برای توانمند سازی حرفه‌ای در پرستاری. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی. ۱۳-۵. (۱۰)۳.
- اعتمادی فر، شهرام؛ صدیقی، زینب؛ مسعودی، رضا؛ سدهی، مرتضی (۱۳۹۹). بررسی تأثیر برنامه آموزشی ایمنی بیمار مبتنی بر تکنیک SBAR بر تصمیم گیری بالینی پرستاران بخش مراقبت ویژه. مجله بالینی پرستاری و مامایی. ۲۹. (۲). ۶۵۹-۶۵۱.
- برادبری، تراویس؛ گریوز، جین (۲۰۰۵). هوش هیجانی (مهارت‌ها و آزمون‌ها). ترجمه مهدی گنجی (۱۳۹۲). تهران: ساوالان.
- پاریاد، عزت؛ جوادی، نازیلا؛ عطرکار روشن، زهرا؛ فداکار، کلثوم؛ اسیری، شهلا (۱۳۹۰). ارتباط تفکر انتقادی و تصمیم گیری بالینی در دانشجویان پرستاری. نشریه پرستاری ایران. ۲۴(۷۳). ۶۳-۷۱.
- رنج دوست، شهرام (۱۳۹۹). بررسی رابطه هوش معنوی و هوش هیجانی با عملکرد پرستاران زن بیمارستان‌های شهر تبریز در سال ۱۳۹۶. پژوهش در دین و سلامت. ۱۹-۳۵. (۱)۶.
- روانی پور، مریم؛ احمدیان، عبدالمجید؛ یزدان پناه، عباس؛ سلطانیان، علیرضا (۱۳۹۴). بررسی رابطه خودکارآمدی با تصمیم گیری بالینی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهر بوشهر. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا. ۲۳(۴). ۷۷-۸۶.
- سعید، یاسر؛ جوادی، مهروز؛ مختاری نوری، جمیله؛ سیرتی، مسعود (۱۳۹۲). بررسی ارتباط میان مولفه‌های هوش هیجانی با برخی ویژگی‌های جمعیت شناختی در پرستاران. مجله طب نظامی. ۱۱۵(۱). ۸۷-۹۴.
- شهبازی، سارا؛ حیدری، محمد؛ ونکی، زهره (۱۳۹۱). هوش هیجانی نیاز پرستاری امروز: مطالعه مروری. فصلنامه مدیریت پرستاری. ۱۱(۳). ۶۴-۵۵.
- علیزاده، ایمان؛ سالاری، ارسلان؛ احمدنیا، زهرا؛ مؤدب، فاطمه (۱۳۹۹). بررسی خودکارآمدی، تصمیم گیری بالینی و میزان رابطه آنها در پرستاران استان گیلان. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان. ۲۹(۲). ۳۸-۴۹.
- غفرانی کلیشمی، فاطمه؛ صدوقی اصل، افسانه؛ ایزدی، احمد؛ محمدخانی غیاثوند، آرزو؛ جهانی، رضا؛ نصیری، ملیحه (۱۳۹۶). ارتباط بین اعتماد به نفس دانشجویان پرستاری و نگرش آنان نسبت به حرفه پرستاری. پژوهش پرستاری. ۱۲(۶). ۵۸-۶۳.
- گلن، دانیل (۱۹۹۵). هوش هیجانی. ترجمه غلامحسین خانقانی (۱۳۹۹). تهران: نسل نواندیش.
- گنجی، حمزه؛ میرهاشمی، مالک؛ ثابت، مهرداد (۱۳۸۵). هنجاریابی مقدماتی آزمون هوش هیجانی برادبری - گریوز. فصلنامه اندیشه و رفتار در روان شناسی بالینی. ۲۱(۲). ۲۳-۳۵.
- محبی امین، امینه؛ ربیعی، مهدی (۱۳۹۸). بررسی رابطه باورهای خودکارآمدی و تدریس خلاقانه استادان در دانشکده پرستاری و مامایی مشهد. پژوهش در آموزش علوم پزشکی. ۱۱(۱). ۱۰-۱۹.
- مسعودی، کبری؛ علوی، اعظم (۱۳۹۹). ارتباط هوش هیجانی پرستاران با تصمیم گیری بالینی. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا (مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان). ۲۹(۱). ۲۲-۱۴.
- مهدوی سرشت، رقیه؛ پرون، کبری؛ علیپور، معصومه؛ ابراهیمی، حسین (۱۳۹۹). هوش هیجانی و ارتباط آن با تنش دانشجویان پرستاری در محیط بالینی مراکز آموزشی درمانی شهر تبریز. راهبردهای آموزش در علوم پزشکی. ۱۳(۳). ۱۶۲-۱۷۱.
- مهری، احمد؛ یاسری، مهدی؛ رحیمی، دانیال؛ نجات، سحرناز (۱۳۹۹). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه اعتماد به نفس (PEI). مجله اپیدمیولوژی ایران. ۱۶(۲). ۱۴۳-۱۳۴.

موسوی، سیده مریم؛ مجیدی، سیدعلی؛ شباهنگ، رضا؛ بشارت، محمدعلی؛ باقری شیخانگفته، فرزین؛ سمیعی، زهرا (۱۳۹۹). پیش‌بینی صلاحیت پرستاری فجاج از طریق بررسی خودکارآمدی و تجارب مرتبط با فجاج در پرستاران. *مجله بالینی پرستاری و مامایی*. ۹(۱). ۵۸۲-۵۹۰.

نوحی، عصمت؛ عبدالله یار، اسماء؛ فصیحی هرنندی، طیبه (۱۳۹۲). تأثیر آموزش پرستاری مبتنی بر شواهد بر تصمیم گیری بالینی پرستاران. *آموزش و اخلاق در پرستاری*. ۲(۴). ۴۳-۴۹.

- Amendolair, D. (2012). Caring behaviors and job satisfaction. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 42(1), 34-39.
- Bradbury- Jones, C., Sambrook, S., & Irvine, F. (2007). The meaning of empowerment for nursing students: a critical incident study. *Journal of Advanced Nursing*, 59(4), 342-351.
- Buljac-Samardzic, M., Dekker-van Doorn, C. M., van Wijngaarden, J. D., & van Wijk, K. P. (2010). Interventions to improve team effectiveness: a systematic review. *Health policy*, 94(3), 183-195.
- Chapman, R., Watkins, R., Bushby, A., & Combs, S. (2013). Assessing health professionals' perceptions of family presence during resuscitation: a replication study. *International Emergency Nursing*, 21(1), 17-25.
- Cheraghi, F., Hassani, P., Yaghmaei, F., & Alavi- Majed, H. (2009). Developing a valid and reliable self- efficacy in clinical performance scale. *International Nursing Review*, 56(2), 214-221.
- Choi, M., & Kim, J. (2015). Relationships between clinical decision-making patterns and self-efficacy and nursing professionalism in Korean pediatric nurses. *Journal of pediatric nursing*, 30(6), e81-e88.
- Cowin, L. S., Craven, R. G., Johnson, M., & Marsh, H. W. (2006). A longitudinal study of student and experienced nurses' self-concept. *Collegian*, 13(3), 25-31.
- Dan, X., Xu, S., Liu, J., Hou, R., Liu, Y., & Ma, H. (2018). Innovative behaviour and career success: Mediating roles of self-efficacy and colleague solidarity of nurses. *International journal of nursing sciences*, 5(3), 275-280.
- Dipidip, C., Cas-ing, R., & San Luis, K. (2018). Bridging Health Promotion with Emotional Intelligence: A Nursing Perspective.
- Esmaeli, S., Cheraghi, M., Masoudi, R., Rabiei, L., & Keywani, A. (2011). Clinical decision making process in emergency nursing: A qualitative study. *Journal of Rescue & Relief*, 3(1), 19-32.
- Fry, M., & MacGregor, C. (2014). Confidence and impact on clinical decision-making and behaviour in the emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 17(3), 91-97.
- Heyhoe, J., Birks, Y., Harrison, R., O'Hara, J. K., Cracknell, A., & Lawton, R. (2016). The role of emotion in patient safety: are we brave enough to scratch beneath the surface?. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 109(2), 52-58.
- Hunink, M. M., Weinstein, M. C., Wittenberg, E., Drummond, M. F., Pliskin, J. S., Wong, J. B., & Glasziou, P. P. (2014). *Decision making in health and medicine: integrating evidence and values*. Cambridge university press.
- Hutchinson, M., Hurley, J., Kozlowski, D., & Whitehair, L. (2018). The use of emotional intelligence capabilities in clinical reasoning and decision- making: A qualitative, exploratory study. *Journal of clinical nursing*, 27(3-4), e600-e610.
- Jahanpour, F., Azodi, P., Sharif, F., & Salsali, M. (2011). *Clinical decision making in nursing*. Boushehr University of Medical Science,
- Johansen, M. L., & O'Brien, J. L. (2016). Decision making in nursing practice: a concept analysis. In *Nursing forum* (Vol. 51, No. 1, pp. 40-48).
- Kim, M. S., & Sohn, S. K. (2019). Emotional Intelligence, Problem Solving Ability, Self Efficacy, and Clinical Performance among Nursing Students: A Structural Equation Model. *Korean Journal of Adult Nursing*, 31(4), 380-388.
- Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling*, edition 4, Guilford press, New York & London.
- Lauri, S., & Salantera, S. (2002). Developing an instrument to measure and describe clinical decision making in different nursing fields. *Journal of Professional Nursing*, 18(2), 93-100.
- Lee, D. S., Abdullah, K. L., Subramanian, P., Bachmann, R. T., & Ong, S. L. (2017). An integrated review of the correlation between critical thinking ability and clinical decision- making in nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 4065-4079.
- Lewis, G. M., Neville, C., & Ashkanasy, N. M. (2017). Emotional intelligence and affective events in nurse education: A narrative review. *Nurse education today*, 53, 34-40.
- Mallinckrodt, B., Abraham, W.T., Wei, M., Russell, D.W. (2006). Advances in Testing the Statistical Significance of Mediation Effects, *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 372-378.
- Monroe, M., & Wofford, L. (2017). Open visitation and nurse job satisfaction: an integrative review. *Journal of clinical nursing*, 26(23-24), 4868-4876.
- Petrovici, A., & Dobrescu, T. (2014). The role of emotional intelligence in building interpersonal communication skills. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 116, 1405-1410.

- Reid, C., Jones, L., Hurst, C., & Anderson, D. (2018). Examining relationships between socio-demographics and self-efficacy among registered nurses in Australia. *Collegian*, 25(1), 57-63.
- Sarabia-Cobo, C. M., Suárez, S. G., Crispín, E. J. M., Cobo, A. B. S., Pérez, V., de Lorena, P., ... & Gross, L. S. (2017). Emotional intelligence and coping styles: An intervention in geriatric nurses. *Applied nursing research*, 35, 94-98.
- Shrauger, J. S., & Schohn, M. (1995). Self-confidence in college students: Conceptualization, measurement, and behavioral implications. *Assessment*, 2(3), 255-278.
- Srinivasan, M., & Geethu, J. (2014). Importance of Clinical Decision Making by Nurses in Care of Patients in Acute Care Settings. *Journal of Nursing Science & Practice*, 4(1), 9-13.
- Tower, M., Chaboyer, W., Green, Q., Dyer, K., & Wallis, M. (2012). Registered nurses' decision-making regarding documentation in patients' progress notes. *Journal of Clinical Nursing*, 21(19pt20), 2917-2929.

*Original Article***Providing a clinical decision-making model based on emotional intelligence with mediation self-efficacy and self-confidence in Nursing staff in Rasht Hospital**

Received: 17/05/2022 - Accepted: 04/07/2022

Sara Nejati¹
 Simin Bashardoust^{2*}
 Haeideh Saberi³

¹ PhD student General Psychology ,
 Department of Psychology , Roudheh
 Branch , Islamic Azad University ,
 Roudheh , Iran.

² Assistant Professor Department of
 Psychology , Roudheh Branch ,
 Islamic Azad University ,Roudheh
 ,Iran.

³ Assistant Professor Department of
 Psychology , Roudheh Branch,
 Islamic Azad University, Roudheh ,
 Iran.

Email: S.bashardost@riau.ac.ir

Abstract

Introduction: The decisions that nurses make during clinical care affect their efficiency in clinical practice and can affect the patient's life and treatment experiences. The present study was conducted with the aim of presenting a model of clinical decision-making based on emotional intelligence with the mediation of self-efficacy beliefs and self-confidence in the nursing staff of Rasht hospitals.

Method: The method of this study was descriptive-correlation based on the structural equation model. The statistical population of this study was the nurses of the special care department of Rasht hospitals, who were selected using the cluster random sampling method, a sample size of 364 people, and the nurses' clinical decision-making questionnaire of Lori and Salantra (2002), Bradbury's emotional intelligence questionnaire. and Graves (2005), self-efficacy questionnaire in clinical practice by Cheraghi et al. (2009) and self-confidence questionnaire by Shroger and Shon (1995).

Results: Data analysis using the structural equation modeling method showed that emotional intelligence has an effect on the clinical decision-making pattern of nurses ($p < 0.01$, $\beta = 0.657$); Self-efficacy beliefs have an effect on nurses' clinical decision-making pattern ($\beta = 0.370$, $p < 0.01$) and self-confidence has an effect on nurses' clinical decision-making pattern ($\beta = 0.241$, $p < 0.01$). Also, self-efficacy beliefs ($\beta = 0.186$, $p < 0.01$) and self-confidence ($\beta = 0.108$, $p < 0.01$) mediate the effect of emotional intelligence on nurses' clinical decision-making pattern.

Conclusion: It is suggested that self-efficacy beliefs and self-confidence should be considered as factors facilitating decision-making and clinical performance of nursing students in developing the curriculum.

Keywords: Self-confidence, self-efficacy beliefs, nurses' clinical decision-making, emotional intelligence

conflict of interest: There is no conflict of interest.