

**روش:** در این مطالعه مقطعی، ۳۶۱ مامای شاغل در بیمارستان‌های شهر تهران، بعد از تکمیل فرم رضایت از سه منطقه شمال، جنوب و مرکز با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای، آگاهانه وارد مطالعه شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه معتبر و پایای محقق ساخته جمع‌آوری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS-۱۶ و آزمون‌های آماری توصیفی و ضریب همبستگی پیرسون در سطح معناداری  $P < 0/05$  تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** میانگین امتیاز خودکارآمدی ماماها از مجموع ۵۵ نمره، در حد متوسط ( $38/3 \pm 8$ ) به دست آمد و فقط ۱۹ درصد ماماها سطح خوبی از خودکارآمدی را ابراز کردند. در تحلیل گویه‌ها، بیشترین میزان خودکارآمدی ماماها در بخش "همکاری با دیگر اعضای تیم بلایا" و کمترین نمره مربوط به "تطابق با فشارهای روانی" بود. بین خودکارآمدی ماماها و سن ( $P=0/04$ )، سابقه کار مامایی ( $P=0/036$ ) و مواجهه قبلی با بلایا ( $P=0/01$ ) و سپری کردن دوره آموزشی قبلی ( $P=0/04$ ) ارتباط معناداری وجود داشت.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به متوسط بودن خودکارآمدی ماماها در شهر تهران و ارتباط آن با سپری کردن دوره آموزشی، آماده‌سازی ماماها برای مواجهه با بلایا از طریق آموزش ضروری به نظر می‌رسد.

**کلمات کلیدی:** خودکارآمدی، خدمات بهداشت باروری، بلایا، ماما.

## خودکارآمدی ماماها برای ارائه خدمات

### بهداشت باروری در بلایا، تهران - ۱۳۹۲

زیبا تقی‌زاده<sup>۱</sup>، انوشیروان کاظم‌نژاد<sup>۲</sup>،

مهسا خشکناز<sup>۳</sup>، شهاب‌الدینی<sup>۴</sup>

۱. استادیار، معاون مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی تهران و معاون پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۲. استاد تمام گروه آمار حیاتی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

۳. نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

Email: M.khoshknaz@gmail.com

۴. معاون اداره کل بهداشت و درمان اضطراری هلال‌احمر، تهران، ایران.

دریافت: ۹۳/۷/۲ پذیرش: ۹۳/۸/۱۰

## چکیده

**مقدمه:** ماماها برای ارائه مؤثر خدمات بهداشت باروری در بلایا، علاوه بر دانش و مهارت باید از خودکارآمدی کافی برخوردار باشند، زیرا آن یکی از عوامل مؤثر بر عملکرد صحیح در شرایط اضطراری و پر استرس است. وقوع ناگهانی بلایا، ضرورت بررسی خودکارآمدی ماماها را به عنوان عامل پیشگویی کننده عملکرد آنها در ارائه خدمات بهداشت باروری را بیش از پیش مشخص می‌کند.

## مقدمه

وقوع بلایا، سلامت افراد را به مخاطره می‌اندازد و ارائه خدمات بهداشت و درمان را با مشکلات جدی مواجه می‌کند. به منظور مواجهه مناسب با بلایا، آمادگی سیستم بهداشت و درمان یک رکن اساسی است و در این خصوص، هیچ موضوعی مهم‌تر از آمادگی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت نیست. نحوه عملکرد ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، همواره موضوعی چالش‌برانگیز است و بر لزوم ارزیابی دانش و توانایی افراد برای ارائه خدمات در بلایا و تقویت آن تأکید شده است (۱).

زنان و نوزادان قشر آسیب‌پذیر بلایا هستند که ۷۵ درصد جمعیت آواره پس از بلایا را تشکیل می‌دهند، لذا ارائه مناسب و به موقع خدمات بهداشت باروری در بلایا از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۲).

مدیریت مشکلات زنان و نوزادان در محیط خارج از بیمارستان، ارزیابی نیازهای جسمی و روانی، کمبود منابع و نبود تجهیزات، تنوع مشکلات پزشکی پیش‌رو، نا امنی، وخامت شکایات آسیب‌دیدگان و... نیازمند توانایی‌هایی متفاوت است و عملکرد مناسب در شرایط بحران بسیار متفاوت از شرایط کار روزمره ماماها می‌باشد. علاوه بر این تطابق با بلایا، حفاظت از خود و ایمنی، تنش‌های روانی و حجم کار بالا نیز در این شرایط سخت اهمیت دارد (۳).

یکی از مفاهیم اثرگذار بر عملکرد افراد در شرایط سخت، خودکارآمدی است. خودکارآمدی با میزان دستیابی به نتایج مورد نظر و میزان انگیزه ارتباط دارد و با تأثیر روی تفکر و احساس افراد، عملکرد

آن‌ها را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. در آموزش امروز، برنامه‌ریزی برای توسعه خودکارآمدی یک جزء اساسی محسوب می‌شود و از خودکارآمدی به عنوان یک عامل تعدیل‌کننده رفتار و پیشگویی‌کننده عملکرد در شرایط دشوار یاد شده است (۴).

خودکارآمدی پایین باعث افزایش استرس، احتمال بروز افسردگی و کاهش توانایی حل مسأله در افراد می‌شود (۵). در علوم پزشکی نیز مفهوم خودکارآمدی، مورد توجه محققان است و استفاده از ابزارهای سنجش خودکارآمدی، به منظور تشخیص حوزه‌های نیازمند برنامه‌ریزی و مداخله توصیه شده است (۶).

خودکارآمدی، باور یک فرد در مورد توانایی‌هایش برای انجام یک رفتار در سطحی مشخص است و بر اساس تئوری شناخت اجتماعی<sup>۱</sup>، خودکارآمدی بر رفتار فرد مؤثر است و اگر خودکارآمدی ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی برای ارائه خدمات خاصی بالاتر باشد، انتظارشان از دستیابی به پیامد مورد نظر بالاتر است و در نتیجه در عملکرد خود توانایی بیشتری دارند (۷).

بر اساس تئوری خودکارآمدی بندورا، میزان خودکارآمدی شامل ارزیابی افراد از آمادگی لازم برای عملکرد در بلایا و در نتیجه پیش‌بینی پیامد عملکرد آنها است. نتایج مطالعه Nypaver نشان داد که با افزایش خودکارآمدی می‌توان کاهش استرس و افزایش مهارت در نتیجه حضور موثرتر در شرایط اضطراری و بلایا را میسر نمود (۶).

<sup>1</sup> Social cognitive theory

از مطالعه خارج شدند. در نهایت، پرسشنامه‌ها جمع‌آوری و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-16 و با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و آزمون همبستگی پیرسون در سطح معناداری  $P < 0/05$  تجزیه و تحلیل شد.

ابزار: پرسشنامه سنجش خودکارآمدی ماماهاى ارائه دهنده خدمات بهداشت باروری شامل ۱۱ گویه در رابطه با خودکارآمدی در بلایا بود. گویه‌های این پرسشنامه بر اساس تئوری بندورا و با استفاده از ابزار مورد استفاده در مطالعه (Nypaver, 2011) تهیه و با توجه به هدف مطالعه حاضر، منطبق بر آن طراحی، تعدیل و اعتباریابی شدند.

توانایی حمایت از زنان آسیب‌دیده در بلایا، همکاری تیمی، تطابق با فشارهای روانی، مدیریت ارائه خدمات بهداشت باروری، مدیریت زمان، تهیه گزارش و مستندسازی، توجه به صرفه جویی منابع، جذب زنان آسیب‌دیده، ارزیابی نیازهای جسمی و روانی زنان، به کارگیری نیروهای بومی برای ارائه خدمات و انجام مسئولیت خود علی‌رغم محدودیت منابع، محتوی گویه‌های پرسشنامه را تشکیل می‌داد که هر یک شایستگی مهمی در بلایا محسوب می‌شود.

شرکت‌کنندگان در مورد هر گویه میزان خودکارآمدی خود را از ۱ تا ۵ (اصلاً- کمی- تاحدی- خوب و کاملاً خوب) ارزیابی کردند. حداقل نمره ممکن ۱۱ و حداکثر آن ۵۵ بود. برای محاسبه خودکارآمدی ماماها در کل نمرات کسب‌شده خودکارآمدی ماماها در ۴ سطح (نمره زیر ۲۲: بسیار ضعیف، نمره ۲۲ تا ۳۳: ضعیف، ۳۳ تا

تاکنون مطالعات کمی در رابطه با توانایی‌های اعضای تیم ارائه‌دهنده خدمات سلامت در بلایا انجام شده است (۱) و مطالعات بسیار کمتری در حوزه بهداشت باروری وجود دارد (۸). لذا این مطالعه با هدف بررسی میزان خودکارآمدی ماماها برای ارائه خدمات بهداشت باروری در بلایا انجام شد.

### روش تحقیق

روش انجام این مطالعه مقطعی بود. پس از کسب تأییدیه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران، لیست بیمارستان‌های دولتی شهر تهران و تعداد ماماهاى شاغل در هر یک، از وزارت بهداشت و درمان استعلام شد و بیمارستان‌های مذکور در ۳ خوشه شمال، جنوب و مرکز طبقه‌بندی شدند. با اطمینان ۹۵ درصد، در نظر گرفتن ۱/۵ امتیاز دقت و لحاظ کردن اثر خوشه‌بندی تعداد نمونه، ۳۶۱ ماما برگزیده شد. برحسب تصادف در خوشه شمال، ۵ بیمارستان، جنوب ۷ بیمارستان و مرکز ۹ بیمارستان انتخاب شد. در هر بیمارستان تمام ماماها با روش سرشماری، پس از اطلاع از اهداف مطالعه و اعلام رضایت آگاهانه، برای شرکت در مطالعه دعوت شدند. ماماهاى شرکت‌کننده در مطالعه، پرسشنامه محقق ساخته معتبر و پایای "خودکارآمدی ماماها برای ارائه خدمات بهداشت باروری در بلایا" و پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی را تکمیل کردند. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل ۶ ماه سابقه کار مامایی و شاغل بودن در بیمارستان‌های دولتی شهر تهران بود و کسانی که بیش از ۱۵ درصد پرسشنامه را تکمیل نکرده بودند

در بررسی علل مرتبط با خودکارآمدی ماماها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون، بین خودکارآمدی و سابقه کار مامایی ( $P=0/036$ )، سن ( $P=0/04$ )، مواجهه قبلی با بلایا ( $P=0/01$ ) و گذراندن دوره آموزشی قبلی  $P=0/04$ ، ارتباط معناداری به دست آمد (جدول شماره ۴).

### بحث

میانگین سنی ماماها در این مطالعه با نتایج مطالعه Duong در کشور استرالیا همخوانی داشت (۹). میزان خودکارآمدی ماماها در شهر تهران در این مطالعه متوسط به دست آمد. این مسئله در مطالعه دیگری بررسی نشده است اما برهانی و همکاران خودکارآمدی پرستاران شهر کرمان را در حوادث غیرمترقبه در سطح متوسط ارزیابی کردند (۱۰). خودکارآمدی متوسط ماماها می‌تواند نشان‌دهنده آمادگی ناکافی آنان برای مقابله با بلایا باشد. نتایج مطالعه Nypaver نشان داد که میزان خودکارآمدی بالاتر پرستاران RN با سطوح بالاتر دانش، مهارت و در نتیجه عملکرد بهتر همراه است (۶). آمادگی کم و متوسط برای مقابله با بلایا با نتایج مطالعه Duong و Al Khalailah (۹ و ۱۱) که به بررسی میزان آمادگی پرستاران RN پرداخته بودند، همسو بود. شاید علت این مسئله این باشد که آمادگی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در بلایا یک موضوع نسبتاً جدید و البته مورد توجه جوامع بین‌المللی است و کمتر برای آن در کشور برنامه‌ریزی شده است (۱۱).

در تحلیل انفرادی ۱۱ گویه ابزار مورد استفاده در مطالعه حاضر، ماماها کمترین میزان خودکارآمدی را

۴۴: متوسط و بالاتر از ۴۴ به عنوان خوب) طبقه‌بندی شد. روایی پرسشنامه با نظر تعدادی از صاحب‌نظران بررسی شد و اعتبار ابزار با محاسبه ضریب همبستگی درونی (آلفای کرونباخ ۰/۹۴) به دست آمد.

به منظور مقایسه و تحلیل گویه‌های پرسشنامه، درصد فراوانی کسانی که نمره خودکارآمدی (خوب و کاملاً خوب) کسب کرده بودند، در هر گویه جمع شد و به عنوان نمره خودکارآمدی مناسب در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

بر اساس نتایج میانگین سنی ۳۶۱ مامای شرکت‌کننده در این مطالعه  $9/18 \pm 32/8$  و سن جوان‌ترین شرکت‌کننده ۲۲ سال بود. تحصیلات ماماها از کاردانی تا دکترا بود و در بخش‌های مختلف بیمارستانی مشغول به ارائه خدمت بودند. خصوصیات جمعیت‌شناختی ماماها مشارکت‌کننده در پژوهش در جدول شماره ۱ نمایش داده شد.

میانگین نمره خودکارآمدی ماماها در کل  $38/34 \pm 8/23$  به دست آمد و خودکارآمدی بیشترین تعداد ماماها شرکت‌کننده در مطالعه (۵۱ درصد) در سطح متوسط قرار گرفت (جدول شماره ۲).

در تحلیل گویه‌های پرسشنامه، ماماها در "همکاری با سایر اعضای تیم ارائه خدمات سلامت در بلایا"، بیشترین نمره خودکارآمدی (۶۳/۹ درصد) خودکارآمدی مناسبی داشتند و در "تطابق با فشارهای روانی" کمترین میزان خودکارآمدی (۴۵/۶ درصد) را کسب کردند (جدول شماره ۳).

روستایی برای انجام مراقبت‌های اورژانسی متفاوت گزارش شده بود (۱۳). در مطالعه Putra نیز توانایی درک شده پرستاران مناطق روستایی و شهری برای عملکرد در بلایا، متفاوت بود (۱۴). ماماها در ارزیابی نیازهای زنان نقش مهمی دارند و عملکرد مناسب آنان در این شرایط مستلزم توانایی کافی در ارائه خدمت در خارج محیط بیمارستان و در شرایط دارای امکانات محدود است که در این زمینه نیز، نیاز به توانمندسازی ماماها وجود دارد (۲).

فقط ۱۸/۶ درصد ماماها در این مطالعه سابقه حضور در بلایا را داشتند. جوان بودن اکثریت نمونه‌های پژوهش (۵۷ درصد بین ۲۰ تا ۳۰ سال)، رخ ندادن بلای طبیعی قابل توجهی در سال‌های اخیر در شهر تهران، سابقه کار کمتر در نتیجه احتمال مواجهه کمتری با بلایا و شرایط اضطراری، این یافته را توجیه می‌کند. فقط ۳۱/۹ درصد ماماها در رابطه با ارائه خدمات در بلایا آموزش دیده بودند که با توجه به مستعد بودن ایران نسبت به وقوع بلایا، نگران‌کننده است. نتایج مطالعه Hsu نیز نشان داد که ۷۲/۴ درصد پرستاران با بلایا مواجه نشده بودند و در این مورد آموزشی هم ندیده بودند (۱۵). در مطالعه Su در کشور چین نیز فقط ۱/۳ درصد از متخصصین سلامت در مورد بلایا آموزش نظام‌مند دیده بودند (۱۶). در مطالعه Putra و همکاران (۱۴) حدود ۵۰ درصد پرستاران کشور اندونزی در مورد بلایا و نقش خود آموزش دیده بودند. این نتایج می‌تواند نشان‌دهنده این واقعیت باشد که در بسیاری از کشورهای جهان هنوز برای پاسخ صحیح به بلایا برنامه‌ریزی مناسبی صورت نگرفته است.

در "تطابق با فشارهای روانی" احساس کردند. برخورداری از سطوح بالاتری از منابع درونی نظیر اعتماد به نفس و خودکارآمدی در تطابق با فشارهای روانی کمک‌کننده محسوب می‌شود و بالاترین سطوح استرس در افرادی گزارش شده که خودکارآمدی پایینی دارند. خودکارآمدی پایین مانع عملکرد موثر افراد در موقعیت بحرانی می‌شود. کارکنانی که سطوح بالاتری از خودکارآمدی دارند با احتمال بیشتری استراتژی‌های تطابق (Coping) را به کار می‌بندند و هر چه میزان خودکارآمدی بیشتر باشد، میزان آسیب‌دیدگی روانی کمتر است (۱۲). به نظر می‌رسد تطابق با فشارهای روانی در شرایط اضطراری یکی از حیطه‌هایی است که نیاز به تقویت ماماها وجود دارد.

از دیگر گویه‌های این ابزار که ماماها در آن نمره پایینی کسب کردند، مدیریت خدمات بهداشت باروری در بلایا، توانایی انجام مسئولیت خود با منابع محدود و ارزیابی نیازهای جسمی و روانی زنان بود. در بلایا توجه ارائه‌دهندگان خدمات به نیازهای اصلی جمعیت آسیب‌دیده، نظیر آب و غذا محدود می‌شود و ارزیابی نیازهای قشر آسیب‌پذیر مثل زنان و نوزادان مورد غفلت قرار می‌گیرد (۲). از طرفی با توجه به محدودیت دسترسی به منابع و تکنولوژی در شرایط بحرانی، ابتکار عمل یک مهارت ضروری در بلایاست. در مناطق شهری که اغلب امکانات کافی وجود دارد، ماماها برای شرایط دارای امکانات کم آمادگی و تبحر لازم را کسب نمی‌کنند. همچنان که در مطالعه Lin در ۲۰۱۳ نیز شایستگی پرستاران شاغل در مناطق شهری و

مطالعه Putra نیز توانایی درک شده در پرستارانی که سابقه حضور در بلایا را داشتند، بالاتر بود. نتایج مطالعات Sumer و همکاران (۲۰۰۵) نیز تأکید بر لحاظ کردن مداخلاتی به منظور افزایش خودکارآمدی در برنامه‌ریزی بلایا داشت (۱۲). در حال حاضر آموزش در این زمینه بسیار ناکافی است. با توجه به اینکه تاکنون مطالعات کمی در مورد جنبه‌های مختلف بهداشت باروری در بلایا انجام شده است، این مطالعه به ارزیابی میزان خودکارآمدی ماماها پرداخت تا بتواند به عنوان نخستین مطالعه در مورد خودکارآمدی ماماها برای ارائه خدمات بهداشت باروری در بلایا، با فراهم آوردن داده‌های توصیفی، به آگاهی از وضعیت فعلی کمک کند و برای پرکردن خلاءهای موجود در این زمینه مفید واقع شود. چرا که عدم اطلاع از وضعیت کنونی منجر به عدم موفقیت در طراحی و برنامه‌ریزی صحیح خواهد شد (۱۱).

### نتیجه‌گیری

با توجه به متوسط بودن سطح خودکارآمدی ماماها و ارتباط آن با آموزش، برنامه‌ریزی برای آموزش ماماها در خصوص ارائه خدمات بهداشت باروری در بلایا ضروریست. این آموزش باید مهارت‌های ویژه‌ای را برای عملکرد در این شرایط نظیر تطابق با فشارهای روانی شامل شود. علاوه بر این حوزه بهداشت باروری در بلایا، نیازمند انجام مطالعات بیشتری است.

در بخش عوامل مرتبط با خودکارآمدی، در این مطالعه ارتباط معناداری بین خودکارآمدی و تحصیلات دیده نشد، اما میزان خودکارآمدی با سابقه کار مامایی، ارتباط معناداری داشت. همچنان که در مطالعه Gloudemans (۲۰۱۳) نیز خودکارآمدی بیش از آن که با سطح تحصیلات در ارتباط باشد با تجربه ارتباط داشت (۱۷). اما در مطالعه برهانی علاوه بر سابقه کار و تجربه قبلی بلایا، خودکارآمدی با میزان تحصیلات، ارتباط داشت ( $P < 0/05$ ) که این تناقض می‌تواند به دلیل ناهمگونی در تعداد نمونه مطالعه برهانی باشد. در مطالعه برهانی، پرستاران در مقاطع کارشناسی (۹۸/۲ درصد) و کارشناسی ارشد (۱/۸ درصد) حجم نمونه را تشکیل می‌دادند. به نظر می‌رسد تعداد پرستاران در مقطع کارشناسی ارشد برای بررسی میزان همبستگی کفایت لازم را نداشته است. نتایج مطالعه Putra نشان داد که دانش بالاتر در زمینه بلایا و تجربه کاری بیشتر باعث افزایش توانایی درک شده در پرستاران می‌شود (۱۴). شاید معنادار نشدن ارتباط بین تحصیلات و خودکارآمدی به علت این باشد که در کشور ما، ماماها در هیچ یک از دو مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد در مورد بلایا آموزشی نمی‌بینند.

در مطالعه حاضر بین خودکارآمدی ماماها و مواجهه قبلی با بلایا ارتباط معناداری مشاهده شد. شاید به این دلیل که ماماهايي که قبلاً سابقه مواجهه با بلایا را داشتند، شرایط بحران را بهتر درک کرده بودند. در

جدول شماره ۱: خصوصیات جمعیت شناختی ماماهاى مشارکت کننده در مطالعه

خصوصیات جمعیت شناختی		
درصد	تعداد	
۵۷	۱۹۳	۲۰ تا ۳۰
۱۷/۷	۶۰	۳۱ تا ۴۰
۲۱/۵	۷۳	۴۱ تا ۵۰
۳/۸	۱۳	۵۱ تا ۶۰
۲۲		نامشخص
۳/۱	۱۱	کاردان
۷۳/۷	۲۵۹	کارشناس
۱۹/۶	۶۹	کارشناس ارشد
۲/۸	۱۰	دانشجوی دکتر
۱۰		نامشخص
۴۹/۹	۱۸۱	زایمان
۱۲/۹	۴۷	پس از زایمان
۵/۵	۲۰	قبل از زایمان
۱۲/۴	۴۵	زنان
۶/۱	۲۲	نوزادان
۱۳/۲	۴۶	سایر
۱۸/۶	۶۶	بله
۸۱/۴	۲۸۷	خیر
۸		نامشخص
۳۱/۹	۱۱۰	بله
۶۸/۱	۲۳۵	خیر
۱۶		نامشخص

جدول شماره ۲: طبقه بندی سطوح خودکارآمدی ماماها برای ارائه خدمات بهداشت باروری در بلایا در کل

درصد	تعداد	سطوح خودکارآمدی ماماها
۳/۴	۱۲	بسیار ضعیف (>۲۲)
۲۶/۶	۹۵	ضعیف (۲۲-۳۳)
۵۱	۱۸۲	متوسط (۳۳-۴۴)
۱۹	۶۸	خوب (<۴۴)
۳۸/۳۴		میانگین
۸/۲۳		انحراف معیار

طبق نتایج جدول اکثریت ماماهاى شرکت کننده در مطالعه ۵۱ درصد سطح متوسطی از خودکارآمدی برای عملکرد در بلایا داشتند.

خودکارآمدی ماماها برای ارائه خدمات بهداشتی باروری در بلایا

جدول شماره ۳: درصد فراوانی پاسخ ماماها به هر گویه و نمره خودکارآمدی مناسب (مجموع خودکارآمدی خوب و کامل)

نمره خودکارآمدی مناسب (درصد)	کاملاً خوب	خوب	تاحدی خوب	کمی	اصلاً	گویه‌های پرسشنامه	
۵۵/۲	۲۵/۶	۲۹/۶	۳۲/۶	۱۰/۲	۲	حمایت از زنان آسیب‌دیده در بلایا	۱
۶۳/۹	۲۴/۵	۳۹/۴	۲۸/۲	۶/۸	۱/۱	همکاری با اعضای تیم ارائه خدمات بهداشتی	۲
۴۸/۱	۱۱/۹	۳۶/۲	۳۸/۸	۱۱/۶	۱/۴	انجام مسئولیت خود علی‌رغم محدودیت منابع	۳
۴۷/۶	۱۳/۳	۳۴/۳	۴۰/۸	۹/۹	۱/۷	ارزیابی نیازهای جسمی و روانی زنان	۴
۴۵/۶	۱۲/۲	۳۳/۴	۳۹/۷	۱۲/۲	۲/۵	تطابق با فشارهای روانی در بلایا	۵
۴۶	۱۲/۴	۳۳/۶	۳۷/۶	۱۵/۳	۱/۱	مدیریت ارائه خدمات بهداشتی در بلایا	۶
۵۵/۵	۱۶/۶	۳۸/۹	۳۲/۱	۱۱/۵	۰/۸	توجه به صرفه‌جویی در منابع در حین انجام کار	۷
۴۹/۸	۱۴/۷	۳۵/۱	۳۶	۱۲/۷	۱/۴	جذب زنان منطقه آسیب‌دیده	۸
۴۹/۵	۱۵/۱	۳۴/۴	۳۶/۴	۱۲/۲	۲	به‌کارگیری نیروهای بومی	۹
۵۶	۱۸/۳	۳۷/۷	۳۰/۶	۱۱/۷	۱/۷	مدیریت زمان	۱۰
۵۵/۴	۱۷/۷	۳۷/۷	۲۹/۶	۱۲/۱	۲/۸	مستندسازی و تهیه گزارش	۱۱

طبق نتایج جدول ماماها در تطابق با فشارهای روانی کمترین خودکارآمدی را گزارش کردند. بیشترین میزان خودکارآمدی در همکاری با اعضای تیم ارائه خدمات بهداشتی بود.

جدول شماره ۴: عوامل مرتبط با خودکارآمدی ماماها

عوامل مرتبط خودکارآمدی	سن	سابقه کار مامایی	آموزش قبلی در رابطه با بلایا	مواجهه قبلی با بلایا
خودکارآمدی	$r = ۰/۱۵۸$ $P = ۰/۰۰۴$	$r = ۰/۱۱۶$ $P = ۰/۰۳۶$	$P = ۰/۰۰۴$	$P = ۰/۰۰۱$

طبق نتایج میزان خودکارآمدی با سن و سابقه کار مامایی و مواجهه قبلی با بلایا و گذراندن دوره آموزش قبلی در رابطه با بلایا ارتباط معناداری داشت.



**پرسشنامه**

کاملاً	خوب	تا حدی	کمی	اصلاً	خودکارآمدی شما برای ارائه خدمات بهداشت باروری در بلایا
					۱ من می‌توانم از زنان آسیب‌دیده در بلایا حمایت کنم.
					۲ من می‌توانم با سایر اعضای تیم ارائه خدمات بهداشتی در بلایا همکاری کنم.
					۳ من می‌توانم با وجود منابع محدود، مسؤلیت خود را در بلایا به خوبی انجام دهم.
					۴ من می‌توانم نیازهای سلامت جسمی و روانی زنان در بلایا را ارزیابی کنم.
					۵ من می‌توانم خود را با فشارهای روانی در بلایا تطبیق دهم.
					۶ من می‌توانم ارائه خدمات بهداشت باروری در بلایا را مدیریت کنم.
					۷ من می‌توانم با توجه به اهمیت صرفه‌جویی در منابع، در بلایا وظایف خود را انجام دهم.
					۸ من می‌توانم جذب زنان منطقه آسیب‌دیده را برای دریافت خدمات مامایی برنامه‌ریزی کنم.
					۹ من می‌توانم نیروهای بومی منطقه را برای ارائه خدمات بهداشت باروری به کارگیرم.
					۱۰ من می‌توانم زمان خود را به طور مناسب مدیریت کنم.
					۱۱ من می‌توانم اقدامات انجام شده را مستند و گزارش تهیه کنم.

سؤالات تکمیلی

۱. آیا تاکنون تجربه حضور در یک بلا (بحران) به عنوان ماما را داشته‌اید؟ ۱. بله  ۲. خیر
۲. آیا تاکنون در یک کارگاه یا دوره آموزشی در مورد بلایا شرکت داشته‌اید؟ ۱. بله  ۲. خیر

## References

1. Usher K, Mayner L, *Disaster nursing: a descriptive survey of Australian undergraduate nursing curricula*, AENJ, 2011; 14(2):75-80.
2. Pfeiffer JA, Benbenek M, Prepas R, et al, *Maternal and Newborn Care during Disasters: Thinking outside the Hospital Paradigm*, NursClin North Am J, 2008; 43: 449-467.
3. Jose MM, Dufrene C, *Educational competencies and technologies for disaster preparedness in undergraduate nursing education: An integrative review*, Nurse Educ Today, 2014; 34(4):543-51.
4. Dinther VM, Dochy F, Segers M, *Factors affecting students' self-efficacy in higher education*, ERR, 2011;6(2):95-108.
5. Turan S, Valcke M, Aper L, et al, *Studying Self-efficacy Beliefs in Medical Education*, Procedia Soc. Behav. Sci, 2013; 93:1311-4.
6. Nypaver MC. *Disaster Education for Nurses: A Comparison of Two Instructional Methods for Teaching Basic Disaster Life Support in the Light of Self-Efficacy Theory*, 2011.
7. Lowenstein LM, Perrin EM, Campbell MK, et al, *Primary Care Providers' Self-Efficacy and Outcome Expectations for Childhood Obesity Counseling*, Child Obes2013; 9(3).
8. Hynes M, Sheik M, Wilson HG, et al, *Reproductive health indicators and outcomes among refugee and internally displaced persons in post emergency phase camps*, JAMA, 2002;288(5):595-603.
9. Duong K, *Disaster education and training of emergency nurses in South Australia*, AENJ, 2009; 12(3):86-92.
10. Borhani F, Abbaszadeh A, Kohan S, *Correlation of self-efficacy of nurses to deal with unexpected events with the demographic characteristics of the nurses*, JHPM, 2012;1(1).
11. Al Khalaileh MA, Bond E, Alasad JA, *Jordanian nurses' perceptions of their preparedness for disaster management*, IntEmergNurs, 2012;20(1):14-23.
12. Sumer N, Karanci AN, Berument SK, et al, *Personal resources, coping self-efficacy, and quake exposure as predictors of psychological distress following the 1999 earthquake in Turkey*, J Trauma Stress, 2005;18(4):331-42.
13. Lin CJ, Hsu CH, Li TC, et al, *Measuring professional competency of public health nurses: development of a scale and psychometric evaluation*, J ClinNurs, 2010;19(21-22):3161-70.
14. Putra A, Petpichetchian W, Maneewat K, *Perceived ability to practice in disaster management among public health nurses in Aceh, Indonesia* NURSE MEDIA, 2011;1(2):169-86.
15. Hsu EB, Thomas TL, Bass EB et al, *Healthcare worker competencies for disaster training*, BMC Med Educ, 2006;6(1):19.
16. Su T, Han X, Chen F, et al, *Knowledge levels and training needs of disaster medicine among health professionals, medical students, and local residents in Shanghai, China*, Plos one, 2013;8(6):e67041.
17. Gloudemans HA, Schalk RM, Reynaert W, *The relationship between critical thinking skills and self-efficacy beliefs in mental health nurses*, Nurse Educ Today, 2013;33(3):275-80