

احساس خودکارآمدی و ایفای نقش مربیان دانشکده پرستاری و مامایی شهرکرد در آموزش بالین

رضا مسعودی*^۱، سید محمد افضلی*^۲، شهرام اعتمادی فر*^۳، جعفر مقدسی**

*مربی گروه پرستاری- مرکز تحقیقات گیاهان دارویی- دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، **مربی گروه پرستاری- مرکز تحقیقات سلولی و مولکولی- دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد.

تاریخ دریافت: ۱۷/۱/۱۷ تاریخ تایید: ۱۷/۹/۲

چکیده:

زمینه و هدف: اگر سلامتی یک جامعه را در گروه خدمات پرستار و ماما بدانیم، شناخت و حل موانع و مشکلات ایفای نقش و خودکارآمدی در آموزش بالینی، می تواند شرایط لازم جهت ایفای نقش بهتر و خودکارآمدتر بودن مربیان را فراهم نماید. از این رو این مطالعه با هدف تعیین احساس خودکارآمدی و ایفای نقش مربیان دانشکده پرستاری و مامایی و ارائه راه کارها انجام شده است. روش بررسی: این پژوهش، یک مطالعه توصیفی است که با روش حل مسأله انجام شده است. نظرات کلیه مربیان دانشکده پرستاری و مامایی شهرکرد متمایل به شرکت در پژوهش (۲۹ نفر) با استفاده از ابزارهای بررسی که شامل پرسشنامه ایفای نقش و احساس خودکارآمدی بود مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفت. داده ها با استفاده از آزمون آمار توصیفی تجزیه و تحلیل شد. یافته ها: در ارتباط با مشکلات مربوط به ایفای نقش، شاخص ترین مشکل از دیدگاه این مربیان «فراهم نبودن محیط مناسب برای ایفای نقش مربیان در بالین» با امتیاز ۱۲۷/۵۷ از ۱۴۵ بود. در ارتباط با مشکلات مربوط به احساس خودکارآمدی شاخصی که کمترین امتیاز را به خود اختصاص داد و در واقع ضعیف ترین احساس خودکارآمدی را در بر داشت، احساس مربوط به «من جهت افزایش اعتماد بنفس خودم، قادر هستم در ارتباط با ایده ها و نظریات خودم در صورت لزوم با مسئولین دانشکده در طول ترم تحصیلی بحث علمی نمایم.» بود که با امتیاز ۹۰ از ۱۱۶ در آخرین رده قرار گرفت. عوامل موثر در ایفای نقش مربیان شامل تاهل، سن، سابقه کار و میزان تحصیلات و عوامل موثر بر خودکارآمدی مربیان شامل سن و نوع استخدام بود. نتیجه گیری: با توجه به نتایج حاصل از پژوهش حاضر و دانش، تاهل، سن، سابقه کار و میزان تحصیلات، مهارت و قدرت ایفای نقش یک مربی پرستاری و مامایی را تحت تاثیر قرار داده و توانمندی وی را ارتقاء می بخشد. به هر میزان که این مقوله ها قوی تر باشد، احساس خودکارآمدی مربی پرستاری و مامایی نیز افزایش یافته و تاثیر شگرفی بر کیفیت ایفای نقش وی خواهد گذاشت.

واژه های کلیدی: آموزش بالینی، احساس خودکارآمدی، ایفای نقش، مربی.

مقدمه:

آموزش بالینی متفاوت و پیچیده تر از آموزش نظری است که نهایتاً باید همگام با کلاس های نظری انجام شود. باید به این موضوع توجه داشت که مربیان بالینی مسئولیت های گوناگونی در قبال آموزش بالینی دانشجویان پرستاری و مامایی، امنیت دانشجویان، احساس مسئولیت در زمینه مراقبت های پرستاری و مامایی از بیماران تعیین شده و حفظ روابط سازنده و

سلامت و بهسازی هر جامعه مرهون خدمت و فداکاری پرستاران و ماماها صدیق و دلسوز و با کفایت آن جامعه می باشد. بنابراین لازم است در جهت ایجاد یک سیستم منظم علمی و پیشرفته در آموزش نظری و بالینی این راعیان سلامتی تلاش گردد (۱). آموزش بالینی پرستاری و مامایی جزء لاینفک آموزش نظری است و این دو مکمل یکدیگرند ولی با این وجود

تحت مخاطره قرار داده که موجب کاهش کیفیت بازدهی کار شده و تاثیر منفی بر ایفای نقش و خودکارآمدی وی می گذارد. بنابراین وظیفه هر مربی شناسایی مشکلات موجود در برنامه های آموزشی بالینی از جمله مشکلات مرتبط با ایفای نقش و خودکارآمدی می باشد که بدنبال آن استراتژی های خاصی جهت حل این مشکلات می باید منظور گردد (۶). تغییر و تحولات پی در پی در سیستم آموزش پرستاری و مامایی موجب این امر گردیده که نقش های متعددی برای مربیان بالینی تفویض گردد. لذا بی توجهی به این نقش ها در محیط های آموزش بالینی و عدم حمایت از نقش مربیان بالینی و بها ندادن به حس خودکارآمدی آنان توسط مسئولین دست اندرکار، موجب رودررویی آنان با مشکلات متعدد در محیط های آموزش بالینی گردیده است. نقش مربی پرستاری صرفاً هدایت و راهنمایی بالینی دانشجویان پرستاری می باشد. بنابراین انتظار می رود مربیان از نظر آموزش بالینی ماهر، سازنده و محقق باشند. ولی باید توجه داشت حفظ مهارت های بالینی همراه با مسئولیت های چندگانه مشکل خواهد بود و مربیان فرصت کافی جهت ایفای نقش خود به نحو معقول نخواهند داشت. ایفای دقیق نقش زمینه ای جهت برقراری یک ارتباط سازنده و صحیح با اطرافیان می گردد، که خود حس خودکارآمدی وی را ارتقاء خواهد بخشید (۷). خودکارآمدی اطمینانی است که شخص، رفتار خاص را با موفقیت به اجرا گذارد و انتظار نتایج بدست آمده را دارد. Bandura و همکاران معتقدند که احساس خودکارآمدی، در اثر تحمل چالش ها و انجام متوالی و گام به گام رفتار در افراد شکل می گیرد (۹). خودکارآمدی، درجه ای از احساس تسلط فرد در مورد توانایی اش برای انجام فعالیت های خاص می باشد. خودکارآمدی ابزاری است برای استفاده در ارتقاء سلامتی و آموزش به مددجو. تئوری خودکارآمدی Bandura، به نقش اعتماد و اطمینان و عزت به نفس فرد نسبت به توانایی هایش در انجام رفتار خواسته شده از وی تاکید دارد. وی اظهار می دارد که

همکاری با پرسنل و ارایه مراقبت های بهداشتی در آموزش بالینی دارند (۲). باید به این موضوع توجه داشت مربی پرستاری و مامایی مهمترین عامل و الگو در امر یادگیری می باشد، که با شناخت دقیق از حرفه و هدف خود در امر آموزش می تواند راهگشای دانشجویان پرستاری و مامایی گردیده و اعتماد به نفس و عزت نفس در آنان را پرورش دهد (۳). عدم حضور مربی در محیط های آموزش بالینی نتایجی از قبیل عدم تمرکز بر بررسی و شناخت بیمار، جدایی خدمات با آموزش، بها ندادن به دانشجویان پرستاری و مامایی در محیط بالینی را سبب می گردد (۴). با وجود اینکه گام های بلندی جهت حل مشکلات بالینی از طرف کادر خدماتی و آموزش پرستاری برداشته شده، ولی متأسفانه با گذشت زمان پیشرفت چشمگیری در این مهم به عمل نیامده است (۵). یک مربی پرستاری و مامایی که چنین خدماتی را ارایه می دهد، جهت انجام وظیفه حرفه ای خود به فراخ خاطر و سلامت جسم و روان نیاز دارد. پس جهت آموزش مطلوب و مناسب خدمات بهداشتی به دانشجویان پرستاری و مامایی باید امنیت شغلی مناسبی برای وی فراهم گردد تا در ایفای نقش خویش و ارتقاء حس خودکارآمدی موفق عمل نماید (۶). اهمیت دادن به توانایی در ایفای نقش مربی و توانمند ساختن وی در ارتقا میزان احساس خودکارآمدی، از مهمترین عوامل افزایش دهنده کارآیی و عملکرد در سازمان است و مدیران باید بر افزایش سطح توانایی های مربیان در سازمان ها نهایت تلاش خود را بکار گیرند (۷). به یاد داشته باشیم زمانی یک مربی پرستاری و مامایی احساس رضایت شغلی و توان ایفای نقش بالا خواهد کرد که استقلال حرفه ای خود را درک کرده باشد (۸). اکثر مربیان پرستاری که تمایل دارند دانش و مهارت های حرفه ای خود را جهت خودکارآمدتر شدن در آموزش بالینی دانشجویان بکارگیرند، بدلیل عدم سازگاری محیط بالین و آموزش با مشکل مواجه می شوند (۴). هر مربی که نقش مشکل یابی و مشکل گشایی خود را بخوبی ایفا نماید، موقعیت حرفه ای و مسئولیتی خود را

موافق تا نمره ۲- برای کاملاً مخالف امتیازبندی شد (بر اساس ۲۹ نفر حداقل میانگین نمره صفر و حداکثر ۱۴۵ خواهد بود). در پرسشنامه احساس خودکارآمدی که شامل ۱۳ سوال بود، هر سوال دارای چهار گزینه کاملاً (۴)، تا حدودی (۳)، کمی (۲) و اصلاً (۱) می‌باشد (حداقل میانگین نمره ۲۹ و حداکثر ۱۱۶ خواهد بود). در ارتباط با نحوه محاسبه نمره پرسشنامه خودکارآمدی با توجه به اینکه هر چه احساس خودکارآمدی کمتر باشد، مشکلات موجود بیشتر است، لذا امتیازات حاصله در رابطه با خودکارآمدی جنبه معکوس دارد. تمامی پرسشنامه‌ها حاوی دو سؤال باز جهت ذکر دیدگاه‌ها و پیشنهادات در مورد مشکلات و راه

حل‌های

نمونه‌های پژوهش بود. پس از اعلام آمادگی نمونه‌ها و کسب رضایت آنها و با اجازه ریاست دانشکده، پرسشنامه‌ها به مدت یک هفته در اختیار مربیان قرار گرفت تا تکمیل کنند. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها اطلاعات بدست آمده توسط آزمون‌های آماری توصیفی (تعیین فراوانی و میانگین) و تحلیلی (کای دو) مورد تجزیه تحلیل و ارزیابی قرار گرفت.

یافته‌ها:

میانگین سنی مربیان $38/55 \pm 6/83$ بود. $44/8$ درصد از مربیان مرد و $55/2$ درصد از آنان زن بودند. $82/8$ درصد متأهل و $17/2$ درصد مجرد بودند. سابقه کار بالینی مربیان: $10/3$ درصد کمتر از ۳ سال، $10/3$ درصد سه تا پنج سال، هیچکدام از مربیان در محدوده ۵ تا ۹ سال سابقه کاری نداشتند. $17/2$ درصد از مربیان ۹-۱۱ سال و $62/1$ درصد از آنان بیشتر از ۱۱ سال سابقه کار بالینی داشتند. $37/9$ درصد از مربیان هیئت علمی و $62/1$ درصد از آنان غیر هیئت علمی بودند. $55/2$ درصد از مربیان رسمی، $13/8$ درصد پیمانی و قراردادی و 31 درصد حق‌التدریسی بودند. $34/5$ درصد دارای مدرک کارشناسی و $65/5$ درصد

خودکارآمدی، پیش شرط اصلی و مهم در تغییر رفتار، منجمله رفتارهای بهداشتی است (۱۰). با توجه به اینکه در طول سالیان اخیر وجود مشکلات بالینی در آموزش پرستاری و مامایی موجب دلسردی، بی‌تفاوتی، عصبانیت و کاهش انگیزه برخی مربیان گردیده است و موفقیت آنان در دستیابی به اهداف آموزشی را کاهش داده است و متأسفانه اگر هم راه‌حلی برای مشکلات مطرح گردیده بیشتر مقطعی بوده است نه قطعی و دائمی، پژوهش حاضر به منظور پی‌بردن به مسایل و مشکلات ایفای نقش و میزان احساس خودکارآمدی مربیان پرستاری و مامایی و مشکلات و راه‌کارهای مربوطه انجام شد.

روش بررسی:

مطالعه حاضر، مطالعه‌ای است توصیفی-تحلیلی با روش حل مسأله که به بررسی مسایل و مشکلات مربیان پرستاری و مامایی و ارایه راهکارهای مربوطه پرداخته است. در این پژوهش نمونه‌گیری بصورت سرشماری بوده و کل مربیان عضو هیئت علمی و غیر هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهرکرد (۲۹ نفر) به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، موانع و مشکلات ایفای نقش مربیان پرستاری و مامایی و پرسشنامه احساس خودکارآمدی بود، پرسشنامه‌های مذکور توسط مطالعه الحانی و همکاران در دانشگاه تربیت مدرس از نظر اعتبار محتوی و علمی مورد تایید قرار گرفتند (۱۱) و جهت تعیین اعتماد علمی روش بازآزمایی با بررسی تعداد ۱۸ نمونه پژوهش و بصورت دو نیمه کردن با $(r \geq 0/8)$ استفاده گردید. پرسشنامه تعیین میزان توانایی ایفای نقش شامل ۱۳ سوال بود. برای هر مشکل در هر حیطه ۵ گزینه (کاملاً موافق، موافق، ممتنع، مخالف و کاملاً مخالف) در نظر گرفته شد که به ترتیب از نمره ۲+ برای کاملاً

جدول شماره ۱: مشکلات مربیان نمونه پژوهش به ترتیب اولویت بر اساس ضعف در احساس خودکارآمدی آنان

رتبه:	میانگین نمره**	اصلاً	کمی	تاحدودی	کاملاً	احساس خودکارآمدی مربیان
۹	۹۰	٪۶/۸۹	٪۱۷/۲۴	٪۳۴/۴۸	٪۳۷/۴۱	۱. من جهت افزایش اعتماد بنفس خودم، قادر هستم در ارتباط با ایده‌ها و نظریات خودم در صورت لزوم با مسئولین دانشکده در طول ترم تحصیلی بحث علمی نمایم.
۸	۹۱	٪۶/۸۹	٪۳/۴۶	٪۵۸/۶۲	٪۳۱/۰۳	۱-۲ من هنگام کار با دانشجویان پرستاری می‌توانم با اعتمادبنفس لازم دسترسی به صفحه کامپیوتری یا سایت شخصی جهت به حداکثر رساندن تجربه آنان فراهم نمایم.
۸	۹۱	۰	۰	٪۴۴/۸۲	٪۵۵/۱۷	۲-۲ من جهت افزایش اعتماد بنفس خودم، قادر هستم مطالب علمی آموخته شده قبلی را که در حال حاضر کاربرد بالینی دارد، مرور نمایم.
۷	۹۷	۰	۰	٪۶۵/۵۲	٪۳۴/۴۸	۳. من قادر هستم هنگام کار با دانشجویان در بخش، از نظرات آنها حتی اگر با نظر من هماهنگ نباشد، حمایت کنم.
۶	۹۹	٪۳/۴۶	۰	٪۴۴/۸۲	٪۵۱/۷۲	۱-۴ من می‌توانم به دانشجویان در باره توانایی ایفای نقششان در اواسط ترم و یا در صورت نیاز در طول ترم بازخورد دهم.
۶	۹۹	۰	٪۳/۴۶	٪۵۱/۷۲	٪۴۴/۸۲	۲-۴ من جهت افزایش اعتماد بنفس خودم، قادر هستم با تیم دانشجویان برای کسب تجارب بالینی همکاری نمایم.

*هر چه احساس خودکارآمدی کمتر باشد، مشکلات بیشتر خواهد بود.
**حداقل میانگین نمره ۲۹ و حداکثر ۱۱۶ است.

خودکارآمدی بود، احساس مربوط به «من جهت افزایش اعتماد بنفس خودم، قادر هستم در ارتباط با ایده‌ها و نظریات خودم در صورت لزوم با مسئولین دانشکده در طول ترم تحصیلی بحث علمی نمایم.» بود که با امتیاز ۹۰ در آخرین رده قرار گرفت (جدول شماره ۱) و احساس «من جهت افزایش اعتماد بنفس خودم، قادر هستم بازخورد از مسئولین دانشکده دریافت کنم.» با ۱۳۰ امتیاز به عنوان قوی ترین احساس خودکارآمدی تعیین شدند. در این میان احساسات مربوط به «من قادر هستم هنگام کار با دانشجویان در بخش، آنان را نسبت به اهداف ویژه یادگیری شان واقف نموده و متمرکز سازم» و «من جهت افزایش اعتماد به نفس خود قادر هستم در کارگاههای آشناسازی ویژه مربیان (در سال

آنان دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند. ۵۵/۲ درصد از همسران مربیان شاغل، ۲۷/۶ درصد غیر شاغل بودند. ۱۰/۳ درصد از همسران مربیان دارای تحصیلات دیپلم و پایین تر، ۱۳/۸ درصد کاردانی، ۵۵/۲ درصد کارشناسی و ۳/۴ درصد دکتری بودند. ۹۶/۶ درصد از مربیان ساکن شهرکرد و ۳/۴ درصد از بیرون از شهرکرد در محل کار حاضر می شدند. ۳۴/۵ درصد از مربیان دارای شغل دوم بودند و ۶۵/۵ دیگر شغل دوم نداشتند.

در ارتباط با توانایی مربوط به احساس خودکارآمدی مربیان پرستاری و مامایی، شاخصی که کمترین امتیاز را به خود اختصاص داد و در واقع ضعیف‌ترین احساس

بخش های بالینی دارم و در پی کسب آن هستم» با امتیاز ۱۰۹ در رده هشتم قرار گرفت.

از میان راه کارهای برتر خودکارآمدی، راه کار «استفاده مناسب و مداوم از بازخوردهای دانشجویان و مسئولین دانشکده و توجه به نکات مثبت و تقویت نکات ضعف جهت توانمندسازی آنان» با ۳۴ امتیاز به عنوان راه کار برتر و راه کارهای «ارایه فرم های ارزیابی مربیان به دانشجویان و بازخورد آن به مربی و «برگزاری جلسات بحث و گفتگو پیرامون موضوعات گوناگون

جاری) شرکت نمایم». با امتیاز در رده پنجم و احساسات مربوط به «من می توانم تجربه های لازم جهت هماهنگ شدن با موضوعات درسی پرستاری و مامایی کسب کنم» و «من جهت افزایش اعتماد به نفس خودم، قادر هستم بازخورد از دانشجویان دریافت کنم». با امتیاز ۱۰۵ در رده ششم و احساس مربوط به «من جهت افزایش اعتماد به نفس خودم، قادر هستم مقالات مرتبط با تجارب بالین را مطالعه نمایم». با امتیاز ۱۰۶ در رده هفتم قرار گرفت و احساس «من دانش لازم جهت کار با دانشجویان پرستاری را در

جدول شماره ۲: مشکلات مربیان نمونه پژوهش در خصوص ایفای نقش به ترتیب اولویت

رتبه	میانگین نمره*	کاملاً مخالف	مخالف	ممتنع	موافق	کاملاً موافق	مشکلات مربوط به ایفای نقش
۱	۱۲۷/۵۷	۰	۰	۰	٪۶۵/۵۲	٪۳۴/۴۸	۱. فراهم نبودن محیط مناسب برای ایفای نقش مربیان در بالین
۲	۱۲۷/۵۳	۰	۰	۰	٪۷۲/۴۴	٪۲۷/۵۶	۲. ارزش گذاری نامناسب در ایفای نقش مربی
۳	۱۲۰/۶۸	۰	٪۶/۸۹	٪۱۰/۳۵	٪۳۷/۹۴	٪۴۴/۸۲	۳. اطلاع ناکافی مسئولین از اهداف آموزش بالینی مربیان
۴	۱۱۷/۲۵	٪۳/۴۴	٪۶/۸۹	٪۶/۸۹	٪۳۴/۴۹	٪۴۸/۲۹	۴. اطلاع ناکافی همکاران بالین از اهداف آموزش بالینی مربیان
۵	۱۱۷/۲۳	۰	٪۶/۸۹	٪۲۰/۶۸	٪۶۲/۰۷	٪۱۰/۳۶	۵. عدم آموزش قبلی نحوه ایفای نقش در آموزش بالینی برای مربیان
۶	۱۰۶/۹	۰	٪۶/۸۹	٪۱۳/۷۹	٪۳۷/۹۳	٪۴۱/۳۷	۶. اختیارات ناکافی مربی در تغییر برنامه کارآموزی دانشجویان
۷	۱۰۳/۴۴	۰	٪۱۷/۲۵	۰	٪۴۴/۸۲	٪۳۷/۹۳	۷. عدم کفایت هماهنگی و همکاری دوجانبه سرپرستار با مربی بالین
۸	۸۶/۶۲	۰	٪۱۳/۷۹	٪۱۷/۲۵	٪۳۷/۹۳	٪۳۱/۰۳	۸. حمایت ناکافی مسئولین از اهداف آموزش بالینی مربیان
۹	۵۸/۶۲	۰	٪۲۴/۱۳	٪۱۰/۳۶	٪۴۸/۲۷	٪۱۷/۲۴	۹. پذیرش ایده های مربی توسط دانشجو
۱۰	۵۸/۶	۰	٪۲۴/۱۴	٪۱۳/۷۹	٪۴۱/۳۹	٪۲۰/۶۸	۱۰. پذیرش ایده های مربی توسط دانشکده
۱۱	۳۷/۹۳	۰	٪۳۱/۰۳	٪۱۷/۲۴	٪۳۴/۴۸	٪۱۷/۲۴	۱۱. اختیارات ناکافی مربی جهت حل مشکلات دانشجویان در محل کارآموزی
۱۲	۳۱/۰۳	٪۳/۴۴	٪۳۴/۴۸	٪۱۰/۳۴	٪۲۴/۱۳	٪۲۴/۱۳	۱۲. مشخص نبودن اختیارات مربی در عرصه های کارآموزی
۱۳	۲۷/۵۸	٪۱۰/۳۴	٪۱۷/۲۴	٪۱۷/۲۴	٪۴۴/۸۲	٪۱۰/۳۴	۱۳. سوابق کاری و تجارب بالینی ناکافی مربی در ایفای نقش مربیگری

* حداقل میانگین نمره در هر مشکل صفر و حداکثر ۱۴۵ است.

تحصیلی و شغلی در طول ترم تحصیلی با درخواست مربی و با موافقت مسئولین دانشکده» و «فراهم نمودن مجلات علمی-پژوهشی و سایت های معتبر و مناسب علمی جهت استفاده مربیان» در رده های بعدی قرار گرفتند (جدول شماره ۲).

نتایج حاصل از پرسشنامه سنجش ایفای نقش نشان داد که شاخص ترین مشکل از دیدگاه این مربیان «فراهم نبودن محیط مناسب برای ایفای نقش مربیان در بالین» با امتیاز ۱۲۷/۵۷ با بیشترین امتیاز و سوابق کاری و تجارب بالینی ناکافی مربی در ایفای نقش مربیگری دارای کمترین امتیاز بود (جدول شماره ۲).

در همین راستا راه کارهایی با اعمال ضوابط قید شده در قسمت توانمند ساختن احساس خودکارآمدی برای ارتقای ایفای نقش مربیان ارائه گردید که در «استفاده از فرآیند ارزشیابی ایفای نقش به عنوان مشوق و بازتاب عملکرد و نیاز و علاقمندی مربی و رفع نیازها و مشکلات» با ۳۴ امتیاز در رده نخست و راهکارهای «اهمیت دادن به نکات مثبت و منفی عملکرد و ایفای نقش مربی»، «تشریح کیفیت ایفای نقش مربیان برای سرپرستاران و سوپروایزران بیمارستان» و «استفاده از استانداردهای ایفای نقش و عملکرد و تبیین اهداف رفتاری مورد نظر از مربی» در رده های بعدی قرار گرفتند.

هر کدام از راه کارهای فوق با توجه به امکانات و منابع و محدودیت های محیط بطور جداگانه تدوین شد. جهت اطمینان از قابلیت اجرا و کاربردی بودن راه کارها هر کدام از راه کارها با توجه به معیارهایی نظیر زمان، بودجه، اثربخشی، امکانات و تجهیزات، نیروی انسانی لازم، رضایت پرسنل و رضایت مدیران رده بالا مورد ارزیابی و تجزیه تحلیل قرار گرفت و راه کار «استفاده از فرآیند ارزشیابی ایفای نقش به عنوان مشوق و بازتاب عملکرد و نیاز و علاقمندی مربی به رفع نیازها و مشکلات» با بیشترین امتیاز بعنوان راه کار برتر انتخاب گردید.

در رابطه با تعیین تاثیر مشخصات دموگرافیک

بر ایفای نقش و خودکارآمدی واحدهای مورد پژوهش نتایج نشان داد سن بر ایفای نقش و بر احساس خودکارآمدی تاثیر داشت. به طوری که هر چه سن بیشتر باشد توانایی و کیفیت ایفای نقش و احساس خودکارآمدی ارتقاء خواهد یافت. جنس بر ایفای نقش و بر احساس خودکارآمدی تاثیر نداشت. تاهل بر ایفای نقش تاثیر گذار بود ولی بر احساس خودکارآمدی تاثیری نداشت. به نظر می رسد تاهل مربی را در برنامه ریزی کاری و حرفه ای یاری داده و وی را در ایفای نقش بهتر یاری خواهد داد. در پژوهش حاضر سابقه شغلی بر ایفای نقش تاثیر گذار بود به طوری که مربیان با تجربه کیفیت ایفای نقش بهتری خواهند داشت، در حالی که سابقه شغلی بر احساس خودکارآمدی تاثیر نداشت نوع استخدام بر کیفیت ایفای نقش تاثیر نداشت. در حالی که نوع استخدام بر احساس خودکارآمدی تاثیر داشت. وضعیت استخدام بر ایفای نقش تاثیر گذار بود در حالی که بر احساس خودکارآمدی تاثیری نداشت. میزان تحصیلات بر ایفای نقش و احساس خودکارآمدی تاثیر نداشت.

بحث:

تعدد نیازهای حرفه ای آموزش بالینی مربی را با چالش های گوناگونی مواجه می سازد (۱۲). موفقیت انسان به عنوان یک مربی درگرو آن است که در هر موقعیت به ترتیب خاصی برآورد وضعیت نموده و با در نظر گرفتن شرایط، تدابیر لازم جهت ایفای نقش بهتر و خود کارآمدتر را اتخاذ نماید (۱۳). هدف مربیان بالینی ارتباط هر چه بیشتر بین آموخته های نظری با مهارت های بالینی می باشد. وی معتقد است، مربیان باید بطور مداوم خود را از نظر معلومات علمی و تبحر بالینی مورد ارزیابی قرار دهند تا بتوانند در ایفای نقش حرفه ای و حساس خود موفق عمل نمایند (۱۴). تجزیه و تحلیل یافته های حاصل از پژوهش نشان داد: مربیان در ایفای نقش حرفه ای خود مشکلات خاصی دارند که به نحوی این مشکلات رضایت شغلی آنان را تحت تاثیر قرار

و توانایی وی قرار دارد، این پژوهش یافته‌های مطالعات مذکور را تایید می‌نماید.

در ارتباط با کیفیت ایفای نقش مریگیری، نتایج تحقیق حاضر نشان داد، کیفیت امکانات و محیط مناسب برای پیشگیری از صدمات حین کار (ضربه، عفونت، اشعه، تماس با مواد شیمیایی و...) به عنوان مشکل اصلی مریبان می‌باشد.

در تحقیقی که محمدی در سال ۱۳۸۳ انجام داد، عوامل موثر بر کیفیت ایفای نقش مریگیری را در دو گروه عنوان کرد: یکی محیط کار و عوامل مرتبط با شغل و دیگری عوامل فردی که باعث می‌شود فرد شغل را انتخاب کند. او در مطالعه خود حقوق و مزایا، شیوه‌ها و سیاست‌های مدیریت و امنیت شغلی را به ترتیب عوامل موثر بر کیفیت ایفای نقش مریگیری عنوان کرده است (۲۰). در این پژوهش نیز امنیت و محیط ایفای نقش، شیوه‌ها و سیاست‌های مدیریت از جمله مشکلات در این زمینه تعیین شدند.

امنیت شغلی، حقوق، اختیارات، عادی شدن و فرصت‌های رشد فردی از عوامل موثر بر کیفیت ایفای نقش مریگیری می‌باشند (۲۱). در حالی که در این پژوهش محیط نامناسب جهت ایفای نقش و ارزش گذاری نامناسب و اطلاع ناکافی مسئولین از اهداف آموزش بالینی به عنوان مشکلات اصلی تعیین شدند. بنظر می‌رسد محیط‌های آموزشی در جوامع دیگر بهتر و شرایط مناسبتری را جهت ایفای نقش فراهم می‌کند که در اینجا لازم است مسئولین محترم بهداشت و درمان جهت بهتر شدن شرایط و ارزیابی‌های مناسب همت گماشته و در رفع مشکلات این عزیزان زحمت کش تلاش نمایند. روابط بین پرسنل (روابط کاری نزدیک و رابطه با کادر پزشکی)، درک از فشار کاری و ارزیابی آنها از شایستگی سیستم پرستاری و مامایی از عوامل موثر بر کیفیت ایفای نقش مریگیری در بیمارستان‌ها هستند (۲۱). Clark رضایت از حقوق و ایمنی شغلی را مهمترین عوامل موثر بر کیفیت ایفای نقش مریگیری قلمداد

می‌دهد و گاهاً در بعضی مواقع ممکن است حتی رضایت شغلی آنان به مخاطره بیفتد. بالطبع پایین بودن احساس خودکارآمدی سبب احساس کمبود رضایت شغلی مریبان تأثیرات منفی بر کیفیت ایفای نقش آنان خواهد گذاشت (۹). مهمترین مشکل ایفای نقش این مریبان فراهم نبودن محیط مناسب برای ایفای نقش در بالین است که تمام توانایی آنان را برای ایفای نقش بهتر و خودکارآمدتر تحت تأثیر قرار می‌دهد. نظر شخص نسبت به امنیت و محیط برای توجه به انتخاب یک شغل مهم است. همه ما میل داریم خود را از خطرات زندگی، حوادث، جنگ‌ها، بیماری‌ها و ناپایداری اقتصادی حفظ کنیم. بنابراین اشخاص و سازمان‌ها تا حد امکان علاقمند به ایجاد اطمینان جهت جلوگیری از این فجایع می‌باشند (۱۵).

Donald در پژوهشی تحت عنوان عزت نفس و خودکارآمدی در بافت‌های سازمانی معتقد است که عزت نفس و خودکارآمدی بر ایفای نقش و رضایت شغلی فرد تأثیرگذار است (۱۵). در حالی که در پژوهش حاضر خودکارآمدی و ایفای نقش ارتباط معنی‌داری نداشتند. در ارتباط با مقوله خودکارآمدی Timby و Smith دانش و مهارت ناکافی را مهمترین عامل موثر در تضعیف احساس خودکارآمدی بیان نمودند (۱۶). حیدری در سال ۱۳۸۴ عامل موثر بر مقوله خودکارآمدی را تصور فرد از توانایی خود ذکر کرده و معتقد است که کسب مهارت باعث ارتقا حس خودکارآمدی می‌گردد. وی خودکارآمدی را شامل مراحل نظیر جزء جزء کردن وظیفه و ارایه جایزه و... می‌داند (۱۷). مطالعات دیگری تجربه‌های کلینیکی دانش و توانایی ارتقاء سلامت را مهمترین عامل تأثیرگذار بر خودکارآمدی تعیین نمودند (۱۸، ۱۹). در حالی که محمدی دانش را نسبت به توانایی مقدم دانسته و تأثیر دانش بر احساس خودکارآمدی را بیشتر از توانایی فرد تعیین نمود (۲۰). در پژوهش حاضر با توجه به اینکه توانایی فرد در مطرح کردن عقاید و نظریات خود با مسئولین در حیطه اعتماد بنفوس و دانش

سردوق گردد و آنها را در ایفای نقش بهتر، خودکارآمدتر و توانمندتر نماید.

نتیجه گیری:

با توجه به اینکه دو مقوله ایفای نقش و خودکارآمدی تاثیر متقابل بر یکدیگر دارند و با توجه به نتایج حاصل از پژوهش حاضر که نشان داد مسایل و مشکلاتی در جهت ایفای نقش موثرتر و احساس خودکارآمدی بالاتر وجود دارد، توصیه می‌شود مسئولین امر با توجه به نتایج این پژوهش و راهکارهای ارائه شده توسط پژوهشگران سعی در رفع مشکلات موجود نموده و سبب افزایش احساس خودکارآمدی و کیفیت ایفای نقش مربیان گردند.

تشکر و قدردانی:

از ریاست محترم دانشکده پرستاری و مامایی شهرکرد و تمام مربیان که با تمام سختی‌ها و مشغله کاری فراوان بطور صادقانه و خالصانه کمال همکاری را داشته‌اند و در تکمیل پرسشنامه‌ها پژوهشگر را در اجرای این طرح یاری دادند صمیمانه تقدیر و تشکر می‌گردد.

کرد (۲۲). Finn در استرالیا، داشتن اختیارات را مهم‌ترین عامل موثر بر کیفیت ایفای نقش مربیگری عنوان کردند (۲۳). این در حالی است که Coomber و همکارانش محیط کار را عامل موثر بر کیفیت ایفای نقش مربیگری تعیین نمودند (۲۴).

با توجه به نتایج پیشنهاد می‌گردد مسئولین دانشکده‌ها محیط کار بالینی مربی را تحت نظر داشته و با بازدیدهای مکرر موانع و تهدیدات محیط را از بین ببرند و یا حتی المقدور تمهیدات لازم را در این زمینه مدنظر قرار دهند، جهت ایجاد انگیزه در مربیان، بازخوردهای مثبت از طرف دانشکده داده شود، سمینارها و کنفرانس‌های ماهیانه جهت آشنا سازی مربیان با اصول کارآموزی و ارتقاء احساس خودکارآمدی آنان در دانشکده برگزار گردد و در پایان هر دوره از کارآموزی مقوله احساس خودکارآمدی در مربیان ارزیابی گردد. به نقاط قوت بها داده شود و نقاط ضعف ترمیم گردد.

امید است نتایج این پژوهش موجب رفع مشکلات مربوط به ایفای نقش این مربیان با انگیزه و

منابع:

1. Burnard P. Some attitudes towards teaching and learning in Thai nursing education. Nurse Educ Today. 2006 Apr; 26(3):253-7.
2. Barney BJ, Griffin WR. The management of organization. USA: Houghton Mifflin Company; 2002. 768-75.
3. Barger SE. The potential for research and research use in academic nurse-managed centers. Nurse Educ. 1987 Nov-Dec; 12(6): 19-22.
4. Basal DL. The teacher as a manager of learning environment. J Nurse Educ. 1999; 11(32): 42-7.
5. Myrick F. The plight of clinical teaching in baccalaureate nursing education. J Nurse Educ. 1999 Jan; 30(1): 44-6.
6. Ohrling K, Hallberg IR. The meaning of preceptor ship: nurses' lived experience of being a preceptor. J Adv Nurse. 2001 Feb; 33(4): 530-40
7. Shafaeian M. [Assessment of correlation between role satisfaction and nursing practice. Thesis of MS nursing education, nursing and midwifery of Shahid Beheshti Med Sci Univ. 1996; p: 23.] Persian
8. Dogloss L. Effective leader and manager in nursing. Translate to Persian by Shokrnia F. Tehran: Boshra Pub. 1996; p: 43-7.

9. Bandura A, Schunk DH. Cultivating competence, self efficacy and intrinsic interest through proximal self motivation. *J Pers & Soc Psychol*. 2004; 41(3): 586-98.
10. Bandura A, Adams NE. Analysis of self efficacy theory in behavior change, cognitive theory. *Ther & Res*. 2002; 23(1): 287-310.
11. Massodi R, Alhani F. [Assessment problem of nursing mentor in clinical teaching]. Seminar of MS nursing education. Tarbiat Modares University. 2007; p: 43.] Persian
12. Claus KE, Bailey JT. Facilitating change: a problem-solving/decision-making tool. *Nurs Leaders*. 1979 Jun; 2(2): 30-9.
13. Wilson HS. Identifying problems for clinical research to create a nursing tapestry. *Nurs Outlook*. 1991 Nov-Dec; 39(6): 280-2.
14. Anderson J. Orientation with style. *J Nurs Staff Dev*. 1998; 14(4): 192-7.
15. Donald GG. Self-esteem and self-efficacy within the organization context. *J Group Organ Manage*. 1998; 23(1): 48-70.
16. Timby BK, Smith NE. Seasonal affective disorder: shedding light on the wintertime blues. *Nursing*. 2005 Jan; 35(1): 18.
17. Heydari M. [Assessment effect of reinforcement pattern on quality of life in diabetic juvenal]. Thesis of MS nursing education. Tarbiat Modares University. 2004.] Persian
18. Ford-Gilboe M, Laschinger HS, Laforet-Fliesser Y, Ward-Griffin C, Foran S. The effect of a clinical practicum on undergraduate nursing students' self-efficacy for community-based family nursing practice. *J Nurs Educ*. 1997 May; 36(5): 212-9.
19. Laschinger HK, Tresolini CP. An exploratory study of nursing and medical student's health promotion counseling self-efficacy. *Nurse Educ Today*. 1999 Jul; 19(5): 408-18.
20. Mohammadi F. [Assessment causes of job dissatisfaction in nursing]. Seminar of MS nursing education. Tarbiat Modares University. 2004.] Persian
21. Heather K, Laschinger S, Tresolini CP. An explanatory study of nursing and medical student's health promotion counseling self efficacy. *Nurse Educ Today*. 1999; 408-18.
22. Clark AE, Loheac Y. It wasn't me, it was them! social influence in risky behavior by adolescents. *J Health Econ*. 2007 Jul; 26(4): 763-84.
23. Finn CP. Autonomy: an important component for nurses' job satisfaction. *Int J Nurs Stud*. 2001 Jun; 38(3): 349-57.
24. Coomber B, Barriball KL. Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature. *Int J Nurs Stud*. 2007 Feb; 44(2): 297-314.