

### Research Paper



## Comparison of the Self-efficacy of Clinical Performance of Midwife and Non-Midwife Healthcare Workers in Health Centers of Ahvaz, Iran

Nadia Goroshati<sup>1</sup>, Parvaneh Mousavi<sup>2</sup>, Bahman Cheraghian<sup>3</sup>, Zahra Abbaspoor<sup>4</sup>

1. MSc in Midwifery, Midwifery Department, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.
2. MSc in Midwifery, Department of Midwifery, Reproductive Health Promotion Research Center, faculty of Pharmacy, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.
3. Ph.D. in Statistics, Associate Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.
4. Ph.D. in Reproductive Health, Associate Professor, Department of Midwifery, Reproductive Health Promotion Research Center, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

Use your device to scan and read the article online



**Citation** Goroshati N, Mousavi P, Cheraghian B, Abbaspoor Z. [Comparison of the Self-efficacy of Clinical Performance of Midwife and Non-Midwife Healthcare Workers in Health Centers of Ahvaz, Iran (Persian)]. *Jundishapur Scientific Medical Journal*. 2024; 22(5):565-573. 10.22118/jsmj.2023.416558.3232

<https://doi.org/10.22118/jsmj.2023.416558.3232>

### ABSTRACT

**Background and Objectives** Midwives, as members of the health team, have an important role in providing health services at three levels of the care system, especially the health center, family, and community. Self-efficacy of clinical performance is an essential variable in providing quality services. The present study aimed to compare the self-efficacy of clinical performance of midwives and non-midwife healthcare workers working in Ahvaz health centers in Iran.

**Subjects and Methods** This cross-sectional descriptive-analytical study was carried out on 115 healthcare workers (including 67 midwives and 48 non-midwives) working in health centers in Ahvaz, Iran. Participants were selected based on the inclusion and exclusion criteria and completed the self-efficacy clinical performance questionnaire. Finally, the results were analyzed in two groups of midwives and non-midwife healthcare workers using an independent t-test or Mann-Whitney test and Chi-square test with the help of SPSS software (version 22).

**Results** According to the analysis, midwives had the highest score of clinical self-efficacy in prenatal care, while non-midwives had the highest score in the field of children. In addition, in midwives compared to non-midwives, the self-efficacy score of clinical performance in all areas except children was significantly different, and in all areas, the mean score obtained by midwives was higher than that of non-midwives ( $P < 0.001$ ).

**Conclusion** Given the higher rate of clinical performance in midwives compared to the non-midwives group, as healthcare providers in all areas of care provided to healthcare clients, health policymakers should consider this capability of midwives in planning related to health promotion.

**Keywords** Clinical performance, Healthcare worker, Midwife, Self-efficacy

Received: 15 Sep 2023  
Accepted: 26 Dec 2023  
Available Online: 19 Feb 2024

\* **Corresponding Author:**

**Zahra Abbaspoor**

**Address:** Department of Midwifery, Reproductive Health Promotion Research Center, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

**Tel:** (0916)6152841

**E-Mail:** [Abbaspoor\\_z762@yahoo.com](mailto:Abbaspoor_z762@yahoo.com)

## Extended Abstract

### Introduction

**S**elf-efficacy is the belief in one's ability to perform well in a given situation. It influences the efficiency and performance of individuals in their work and organizational environments. People with higher self-efficacy tend to have better outcomes than those with lower or negative self-efficacy. This is especially important for health care workers who need to provide quality care in complex and stressful settings. For example, midwives need to have enough self-efficacy to deliver effective fertility services in emergencies. Therefore, this study aimed to measure the self-efficacy of clinical practice of health care workers working in the health centers of Ahvaz city.

### Methods

This was a cross-sectional descriptive-analytical study conducted in 2018 among 115 health care workers (midwives and non-midwives) working in the west of Ahvaz city. They were selected by census method and met the inclusion criteria of: willing to participate, having at least six months of work experience, having at least one month of work experience in the current health center, and having at least an associate's degree. The exclusion criteria were: having a history of mental illness, visiting a psychiatrist or psychologist, taking medication or being hospitalized for mental illness in the past year, and not completing the questionnaire. Data were collected using demographic information questionnaire and clinical performance self-efficacy questionnaire. The clinical performance self-efficacy questionnaire had four domains: mothers (20 questions), children (22 questions), middle-aged (21 questions), and pre-pregnancy and healthy fertility (19 questions). The questions were rated on a 4-point Likert scale. Data analysis was done using SPSS version 22 software at a significance level of less than 0.05.

### Results

The study sample consisted of 115 health care workers (67 midwives and 48 non-midwives) working in the west of Ahvaz city. Their age ranged from 24 to 55 years, with a mean of 35.1 and a standard deviation of 6.59. The analysis showed that midwives had the highest self-efficacy score in pre-pregnancy care domain, while non-midwives had the highest score in children domain. The self-efficacy scores differed significantly across all domains, except for children ( $p = 0.398$ ), with midwives scoring higher than non-midwives in all domains ( $p < 0.001$ ). Most of the participants had high self-efficacy in all domains. Pearson's correlation test revealed no significant association between self-efficacy and service experience ( $P = 0.83$ ,  $r = -0.021$ ,  $n = 110$ ). Similarly, no significant correlation was found between self-efficacy and age ( $P = 0.83$ ), level of education ( $P = 0.074$ ), or economic status ( $P = 0.089$ ).

### Conclusion

The results showed that midwives had higher self-efficacy than non-midwives in all domains of care provided to the health center clients. This implies that the health sector policy makers should take this into account in their plans to improve the health of mothers and children. Moreover, midwives should trust their professional abilities and use their knowledge and skills to design and implement a comprehensive care program according to the situation. This would enable them to perform their tasks better and offer specialized services to mothers.

### Ethical Considerations

#### Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the ethics committee of Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences (IR.AJUMS.REC.1398.584). The objectives of the research were explained to all the participants, written informed consent was obtained from all the health workers and they were assured that all the information received will remain confidential.

#### Funding

Financial support was provided by the Deputy Vice-chancellor for Research Affairs of Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences.

#### Authors contributions

All authors contributed to the writing of the article.

#### Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

#### Acknowledgements

This article is taken from the master's thesis of Mrs. Nadia Groshati and the research project with the number U-98171. We are grateful to all the health care workers who helped us in this research.

## مقاله پژوهشی

## مقایسه‌ی خودکارآمدی عملکرد بالینی مراقبان سلامت ماما و غیرمامای شاغل در مراکز بهداشتی شهر اهواز

نادیا گروشاتی<sup>۱</sup>، پروانه موسوی<sup>۲</sup>، بهمن چراغیان<sup>۳</sup>، زهرا عباسپور<sup>۳</sup> ID

۱. گروه مامایی، مرکز تحقیقات ارتقای سلامت باروری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۲. گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۳. گروه مامایی، مرکز تحقیقات ارتقای سلامت باروری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

Use your device to scan and read the article online



**Citation** Goroshati N, Mousavi P, Cheraghian B, Abbaspoor Z. [Comparison of the Self-efficacy of Clinical Performance of Midwife and Non-Midwife Healthcare Workers in Health Centers of Ahvaz, Iran (Persian)]. *Jundishapur Scientific Medical Journal*. 2024; 22(5):565-573. 10.22118/jsmj.2023.416558.3232

**doi** <https://doi.org/10.22118/jsmj.2023.416558.3232>

## چکیده



**زمینه و هدف** ماماها به‌عنوان یکی از ارکان تیم سلامت، نقش مهمی در ارائه‌ی خدمات سلامت در سه سطح از سیستم مراقبتی شامل مرکز بهداشت، خانواده و جامعه ایفا می‌کنند و خودکارآمدی عملکرد بالینی از متغیرهای مهم در ارائه‌ی خدمات باکیفیت است. این مطالعه با هدف مقایسه‌ی خودکارآمدی عملکرد بالینی مراقبان سلامت ماما و غیرمامای شاغل در مراکز بهداشتی شهر اهواز انجام شده است.

**روش بررسی** پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی تحلیلی به روش مقطعی است. تعداد ۱۱۵ مراقب سلامت شاغل (۶۷ نفر ماما و ۴۸ نفر غیرماما) در مراکز بهداشتی، بر اساس شرایط ورود و خروج مطالعه، وارد پژوهش شدند و پرسش‌نامه‌ی خودکارآمدی عملکرد بالینی را تکمیل کردند. در نهایت، نتایج در دو گروه ماما و غیرماما با استفاده از آزمون تی مستقل یا آزمون من‌ویتنی و آزمون کای دو و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۲ تجزیه و تحلیل شد. مقدار P کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها** ماماها در حیطه‌ی مراقبت پیش از دوران بارداری، دارای بیشترین نمره‌ی خودکارآمدی بالینی بودند، در حالی که شرکت‌کنندگان غیرماما در حیطه‌ی کودکان بالاترین نمره را کسب کردند. میانگین نمره‌ی خودکارآمدی عملکرد بالینی در تمامی حیطه‌ها به‌جز حیطه‌ی کودکان، با یکدیگر اختلاف معنی‌دار داشت و در تمام حیطه‌ها، میانگین امتیاز کسب‌شده توسط ماماها بالاتر از شرکت‌کنندگان غیرماما بود ( $P < 0/0001$ ).

**نتیجه‌گیری** با توجه به بالاتر بودن سطح خودکارآمدی عملکرد بالینی ماماها در مقایسه با گروه غیرماما به‌عنوان مراقبان سلامت، سیاست‌گذاران بخش سلامت می‌بایست این نکته را در برنامه‌ریزی‌های مرتبط با ارتقای سلامت مدنظر قرار دهند.

**کلیدواژه‌ها** خودکارآمدی، عملکرد بالینی، مراقب سلامت، ماما

تاریخ دریافت: ۲۴ شهریور ۱۴۰۲

تاریخ پذیرش: ۰۵ دی ۱۴۰۲

تاریخ انتشار: ۳۰ دی ۱۴۰۲

نویسنده مسئول:

زهرا عباسپور

نشانی: مرکز تحقیقات ارتقای سلامت باروری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

تلفن: ۰۹۱۶۶۱۵۲۸۴۱

رایانامه: [Abbaspoor\\_z762@yahoo.com](mailto:Abbaspoor_z762@yahoo.com)

# جندی شاپور

## مقدمه

ارائه‌ی فعالیت‌های خاص با مشکل روبه‌رو می‌شوند [۷]. تصور و برداشت هر فرد از خودش راجع به اثربخش بودن در محیط کار و محیط سازمانی بر میزان کارایی و عملکرد وی اثر می‌گذارد؛ بنابراین، افرادی که به اثربخش بودن خود دید مثبت‌تری دارند، کارایی و عملکردشان بهتر از اشخاصی است که دید کمتر مثبت یا احیاناً منفی به اثربخش بودن خود دارند [۹]. احساس قوی خودکارآمدی موجب بهبود دیدگاه‌های مثبت فردی و مشارکت بهتر فرد در انجام فعالیت‌ها، تنظیم اهداف و تعهد کاری می‌شود [۱۰]. خودکارآمدی عملکرد بالینی نیز به معنی قضاوت درباره‌ی توانایی سازمان دادن و اداره کردن مراقبت‌ها به‌طور مستقل و بر اساس فرایند است [۱۱].

ماماها برای ارائه‌ی مؤثر خدمات باروری باید علاوه بر دانش و مهارت، از خودکارآمدی کافی برخوردار باشند؛ زیرا خودکارآمدی یکی از عوامل مؤثر بر عملکرد صحیح در شرایط اضطراری و پرسترس است [۵]. همچنین، اگر خودکارآمدی ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی برای ارائه‌ی خدمات خاصی بالاتر باشد، انتظارشان از دستیابی به پیامد مدنظر بالاتر است و در نتیجه، در عملکرد خود توانایی بیشتری دارند [۱۲].

حق باقاری و همکاران در مطالعه‌ی خود نشان دادند که خودکارآمدی همراه با مهارت‌های بالینی به پرستاران حس کفایت می‌دهد و آن‌ها را در کمک به مددجو خلاق می‌سازد و می‌توانند تصمیمات کارآمدتری اتخاذ کنند [۱۳].

محیط‌های بالینی امروز به افرادی با ذهن پویا نیاز دارد که با اطمینان از توانایی‌های خود، در صدد مقابله با مسائل و مشکلات برآیند، بنابراین، مهارت مراقبان سلامت و استعدادها و توانایی‌هایشان در امر مراقبت از عواملی مهمی است که به آن‌ها در این مسیر یاری می‌رساند [۱۴]. ارائه‌ی مراقبت منطبق بر استانداردهای تدوین‌شده برای سازمان‌های خدمات بهداشتی درمانی مستلزم وجود کارکنان توانا و علاقه‌مند در سازمان است [۱۵] و به‌طور کلی، می‌توان گفت که از طریق تقویت خودکارآمدی می‌توان رفتارهای عملکردی و از آن جمله رفتارهای مراقبتی را بهبود بخشید [۱۶]. همچنین، از آنجایی که داشتن خودکارآمدی بر توانایی تصمیم‌گیری و احساسات تأثیر می‌گذارد و در شرایط سخت، به افراد کمک می‌کند که فرصت‌ها و موانع را شناسایی کنند و عملکرد بهتری داشته باشند، لزوم ارزیابی آن در محیط بالینی دوجندان می‌شود [۱۷].

بنابراین، با توجه به مفهوم خودکارآمدی و اهمیت ویژه‌ی آن در عملکرد بالینی مراقبان سلامت و اینکه مطالعات اندکی در این خصوص صورت گرفته است، مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین خودکارآمدی عملکرد بالینی مراقبان سلامت شاغل در مراکز بهداشتی شهر اهواز انجام شد.

## روش بررسی

پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی تحلیلی بود که به روش مقطعی در مراکز بهداشتی شهر اهواز در سال ۱۳۹۸ انجام گرفت. در این پژوهش،

توسعه‌ی فناوری‌ها و تغییرات ساختاری در الگوهای جمعیتی و بیماری‌ها باعث افزایش هزینه‌های مراقبت‌های درمانی شده است. بنابراین، مدیران برای اطمینان از تخصیص بهینه‌ی کارکنان، نیازمند دستیابی به حداکثر کارایی و خودکارآمدی مراقبان بهداشتی هستند [۱].

خدمات مراقبتی مادر و کودک یکی از اجزای مهم مراقبت‌های بهداشتی اولیه را شامل می‌شود. ۱۵ درصد از جمعیت ایران را زنان متأهل که در سن بارداری هستند، تشکیل می‌دهند و ۶/۵ درصد آنان در دوران بارداری هستند. با توجه به کثرت جمعیت این گروه در کشور و شواهد مبنی بر مراجعه‌ی کمتر از حد انتظار مادران به واحدهای بهداشتی، توجه جدی به سلامت و مراقبت‌های ارائه‌شده به این گروه و بررسی اثربخشی مراقبت‌های بهداشتی امری اجتناب‌ناپذیر است تا به این ترتیب، بتوان همگام با تلاش‌های جهانی در راستای بهبود مراقبت‌های ارائه‌شده، سلامت مادران را ارتقا داد [۲].

به‌وسیله‌ی پیشگیری، میزان مرگ‌ومیر مادران از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰، در سراسر جهان کاهش یافت. در سال ۲۰۱۰، روزانه ۸۰۰ نفر از زنان باردار جان خود را بر اثر مشکلات و عوارض دوران بارداری (حین بارداری، حین زایمان و بعد از زایمان) در سراسر جهان از دست داده‌اند که این رقم سالیانه به ۲۸۷۰۰۰ نفر می‌رسد.

این در حالی است که با اقدامات ساده و تأمین امکانات و تجهیزات اولیه می‌توان از بروز چنین مرگ‌هایی پیشگیری کرد [۳]. در مطالعه‌ی مروری وانگ و همکاران در سال ۲۰۲۰ درباره‌ی مطالعات انجام‌شده در آمریکا و اروپا، نتایج نشان داد که استانداردها و پروتکل‌ها، ارتباطات مؤثر و مراقبت‌های بیمارستانی نتایج مثبت مادری، از جمله کاهش مرگ‌ومیر مادران را به دنبال دارد. با این حال، عدم هماهنگی مراقبت بین ارائه‌دهندگان خدمات برای زنان باردار مبتلا به بیماری‌های مزمن، خدمات پراکنده یا مراقبت‌های غیراستاندارد و شروع دیر هنگام مراقبت‌های دوران بارداری از جمله حوزه‌هایی از فرایندهای مراقبت است که به‌طور منفی، بر سلامت مادر تأثیر می‌گذارد [۴].

سطح بالای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، اعتمادبه‌نفس و مهارت‌های حل مسئله‌ی مراقبان سلامت در افزایش کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و انجام وظایف آن‌ها در قبال بیماران نقش مهمی دارد [۵]. عوامل متعددی در بروز رفتار و عملکرد انسان نقش دارند. با وجود این، باور به توانایی خود، یعنی خودکارآمدی، اصل مهمی در رفتار است [۶]. باورهای خودکارآمدی پایه و اساس فعالیت انسان است [۷].

خودکارآمدی عبارت است از: اعتمادی که شخص به توانایی‌اش برای پیگیری رفتاری مشخص دارد [۸]. بر اساس نظریه‌ی بندورا، افراد با باور کافی به خودکارآمدی، بهتر می‌توانند با نیازهای موقعیت‌های خاص سازگار شوند، درحالی‌که افرادی که از خودکارآمدی کافی برخوردار نیستند، در

خودکارآمدی پایین، امتیاز ۸۳ تا ۱۶۴ در دسته‌ی خودکارآمدی متوسط و امتیاز ۱۶۵ تا ۲۴۶ در رده‌ی خودکارآمدی بالا قرار می‌گرفت.

برای تعیین اعتبار علمی پرسش‌نامه، از روش اعتبار محتوا استفاده شد. بدین ترتیب که پس از مطالعه و بررسی چک‌لیست‌های موجود در مراکز بهداشت در هر حیطه (زنان باردار، کودکان و میان‌سالان)، فرم اطلاعاتی تهیه شد. سپس، با نظرخواهی از ۱۵ تن از اعضای هیئت علمی گروه مامایی، پرسش‌نامه‌ی نهایی با محاسبه‌ی CVI و CVR تنظیم شد (جدول ۱). در صورتی که CVR برای هر سؤال بالاتر از ۰/۴۹ و CVI از ۰/۷۹ بالاتر باشد، روایی محتوایی تأیید می‌شود.

به‌منظور تعیین پایایی، پرسش‌نامه را ۳۰ نفر از شرکت‌کنندگان تکمیل کردند و پس از دو هفته، دوباره پرسش‌نامه‌ها در اختیار آنان قرار گرفت و کامل شد. سپس، با استفاده از بازآزمون، پایایی پرسش‌نامه سنجیده شد و ضریب هم‌بستگی در حیطه‌ی مادران برابر با ۰/۹۶، در حیطه‌ی کودکان برابر با ۰/۹۳، در حیطه‌ی میان‌سالان برابر با ۰/۹۶ و در حیطه‌ی مراقبت پیش از بارداری برابر با ۰/۹۶ به دست آمد. به‌منظور بررسی هم‌بستگی

۱۱۵ نفر از مراقبان سلامت ماما و غیرمامای شاغل در تمام مراکز بهداشتی غرب شهر اهواز که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، به روش سرشماری بررسی شدند.

برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌ی اطلاعات دموگرافیک و پرسش‌نامه‌ی «خودکارآمدی عملکرد بالینی» استفاده شد. پرسش‌نامه‌ی اطلاعات دموگرافیک شامل سن، سابقه‌ی خدمت، نوع استخدام (طرحی، قراردادی، ساعتی، پیمانی، رسمی آزمایشی، رسمی ثابت)، میزان تحصیلات، رشته‌ی تحصیلی، وضعیت اقتصادی و اجتماعی بود. پرسش‌نامه‌ی خودکارآمدی عملکرد بالینی را محقق طراحی کرد. این پرسش‌نامه دارای حیطه‌ی مادران با ۲۰ سؤال، حیطه‌ی کودکان با ۲۲ سؤال، حیطه‌ی میان‌سالان با ۲۱ سؤال و حیطه‌ی پیش از بارداری و باروری سالم با ۱۹ سؤال در مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت (اصلاً مطمئن نیستم برابر با صفر، مطمئن نیستم برابر با ۱، نسبتاً مطمئن هستم برابر با ۲ و اطمینان کامل دارم برابر با ۳) بود. دامنه‌ی امتیازات کل پرسش‌نامه از صفر تا ۲۴۶ بود که بر اساس تقسیم‌بندی صورت‌گرفته، امتیاز صفر تا ۸۲ در دسته‌ی

جدول ۱. CVI و CVR سؤالات پرسش‌نامه‌ی خودکارآمدی عملکرد بالینی در چهار حیطه

سؤالات	پیش از بارداری		مادران		کودکان		میان‌سالان	
	CVI	CVR	CVI	CVR	CVI	CVR	CVI	CVR
۱	۰/۸	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
۲	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
۳	۰/۸	۰/۸	۱	۰/۸	۱	۱	۱	۰/۸
۴	۰/۸	۰/۸	۱	۰/۸	۱	۱	۱	۱
۵	۱	۱	۰/۸	۰/۶	۰/۸	۰/۸	۰/۸	۱
۶	۱	۱	۱	۰/۶	۱	۱	۱	۰/۸
۷	۱	۱	۱	۰/۸	۱	۱	۱	۱
۸	۱	۱	۱	۱	۱	۰/۸	۱	۱
۹	۰/۸	۰/۸	۱	۱	۱	۱	۱	۱
۱۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
۱۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۰/۸
۱۲	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۰/۸
۱۳	۱	۱	۱	۰/۸	۱	۱	۱	۰/۸
۱۴	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۰/۸
۱۵	۰/۸	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۰/۸
۱۶	۰/۸	۱	۱	۱	۰/۸	۱	۱	۱
۱۷	۰/۶	۱	۱	۰/۸	۱	۰/۸	۱	۱
۱۸	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
۱۹	۱	۱	۱	۰/۸	۱	۱	۱	۱
۲۰	۱	۱	۱	۱	۱	۰/۶	۱	۱
۲۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
۲۲	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱

# جندی شاپور

در ارزیابی عملکرد سازمانی، به سؤالات پاسخ دادند. به شرکت کنندگان گفته شد که هر وقت می‌خواهند، می‌توانند از پاسخ دادن خودداری کنند. برای مقایسه‌ی متغیرهای کمی، در صورت نرمال بودن داده‌ها در دو گروه، از آزمون تی مستقل استفاده شد. اگر داده‌ها نرمال نبود یا متغیر کیفی رتبه‌ای بود، از آزمون من‌ویتنی و برای مقایسه‌ی متغیرهای کیفی اسمی، از آزمون کای دو استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۲ و در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ انجام شد.

## یافته‌ها

در این پژوهش، در مجموع، ۱۱۵ نفر از مراقبان سلامت شاغل در مراکز سلامت شرکت کردند که از این تعداد، ۶۷ نفر (۵۸/۳ درصد) ماما و ۴۸ نفر (۴۱/۷ درصد) غیرماما بودند. دامنه‌ی سنی افراد ۲۴ تا ۵۵ سال با میانگین ۳۵/۱ و انحراف معیار ۶/۵۹ بود. واحدهای شرکت‌کننده در مطالعه دارای سابقه‌ی خدمت از ۱ تا ۲۸ سال بودند و میانگین سال‌های خدمت در آنان ۹/۳۷ سال با انحراف معیار ۷/۴۸ بود. از میان شرکت‌کنندگان، ۶۷ نفر در رشته‌ی مامایی تحصیل کرده بودند و بقیه‌ی افراد به‌ترتیب فراوانی، در رشته‌های بهداشت عمومی (۲۰ نفر معادل ۱۷/۴ درصد)، بهداشت (۱۸ نفر معادل ۱۵/۷ درصد)، بهداشت خانواده (۸ نفر معادل ۷ درصد) و آموزش سلامت و اپیدمیولوژی (۱ نفر) تحصیل کرده بودند. وضعیت تحصیلات، وضعیت اقتصادی و وضعیت استخدامی افراد در جدول ۲ آمده است.

میانگین و انحراف معیار نمره‌ی خودکارآمدی در عملکرد بالینی بر اساس فرایندهای بررسی‌شده در واحدهای مورد پژوهش در هر حیطه در جدول ۲ آمده است. با توجه به یافته‌های مطالعه، محدوده‌ی نمره‌ی خودکارآمدی عملکرد بالینی از ۷۸ تا ۲۴۶ متغیر بود.

درونی سؤالات و ثبات درونی پرسش‌نامه، از آلفای کرونباخ استفاده شد و بر این اساس، آلفای کرونباخ در حیطه‌های مادران، کودکان، میان‌سالان، مراقبت پیش از بارداری و در کل به‌ترتیب، برابر با ۰/۹۱، ۰/۹۴، ۰/۸۸، ۰/۸۰ و ۰/۹۶ بود. به این ترتیب، مشخص شد که پرسش‌نامه از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است. معیارهای ورود به مطالعه شامل تمایل آگاهانه برای شرکت در پژوهش، داشتن سابقه‌ی کار حداقل شش ماه، داشتن سابقه‌ی کار حداقل یک ماه در مرکز بهداشتی فعلی و داشتن حداقل مدرک کاردانی بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل داشتن سابقه‌ی مراجعه به روان‌پزشک یا روان‌شناس، مصرف دارو یا داشتن سابقه‌ی بستری در بیمارستان به‌دلیل بیماری روانی طی یک سال گذشته و تکمیل نکردن پرسش‌نامه بود.

به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها، پژوهشگر پس از گرفتن مجوزهای کتبی لازم از معاونت پژوهشی دانشگاه، در ساعت‌های اداری به تمام مراکز بهداشتی غرب شهر اهواز مراجعه کرد و پس از معرفی خود و ارائه‌ی توضیحاتی مختصر درباره‌ی اهداف پژوهش و بررسی معیارهای ورود به مطالعه و بعد از تکمیل رضایت‌نامه‌ی آگاهانه توسط شرکت‌کننده، پرسش‌نامه‌های اطلاعات فردی و پرسش‌نامه‌ی خودکارآمدی عملکرد بالینی را در اختیار تمام مراقبان سلامت ماما و غیرمامای شاغل در تمام مراکز بهداشتی غرب شهر اهواز قرار داد. با توجه به محدود بودن تعداد پرسنل (ماما و غیرماما) مراکز بهداشتی، کل ارائه‌دهندگان مراقبت‌های دوران بارداری در مراکز بهداشت غرب که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، به‌طریق سرشماری، بررسی شدند. در نهایت، نمونه‌های پژوهش در حضور محقق و پس از شرح بخش‌های مختلف پرسش‌نامه‌ها و روش پاسخ‌گویی به آن‌ها و تأکید بر محرمانه و بی‌نام ماندن اطلاعات و عدم گزارش نتایج

جدول ۲. مقایسه‌ی متغیرهای فردی در دو گروه ماما و غیرماما

متغیر مورد بررسی	ماما (n=۶۷)	غیرماما (n=۴۸)	#P-Value
	(%)	(%)	
سن	۷/۱ ± ۳۵/۹	۵/۶ ± ۳۴/۰۸	۰/۶۱۶
سابقه‌ی خدمت	۸/۱۷ ± ۱۰/۴۶	۶/۱۶ ± ۷/۸۳	۰/۸۳
میزان تحصیلات	۱ (۱/۵) ۱۲ (۱۷/۹) ۵۲ (۷۷/۶)	۰ (۰) ۱۳ (۲۷/۱) ۲۸ (۵۸/۳)	۰/۳۳
وضعیت اقتصادی	۲ (۳) ۷ (۱۰/۴) ۵۱ (۷۶/۱)	۷ (۱۴/۶) ۶ (۱۲/۵) ۳۳ (۶۶/۷)	۰/۵۹۱
نوع استخدام	۹ (۱۳/۴) ۴ (۶) ۳۹ (۵۸/۲)	۱۰ (۲۰/۸) ۲ (۴/۲) ۲۷ (۵۶/۳)	۰/۹۱
	۰ (۰) ۵ (۷/۵) ۱ (۱/۵) ۱۸ (۲۶/۹)	۱ (۲/۱) ۵ (۱۰/۴) ۱ (۲/۱) ۱۲ (۲۵)	

\* P-Value با استفاده از آزمون کای دو

جدول ۳. مقایسه‌ی نمره‌ی خودکارآمدی عملکرد بالینی در حیطه‌های مختلف در دو گروه ماما و غیرماما

P-Value	غیرماما	ماما	حیطه‌ی مورد بررسی
	(n= ۴۸) M±SD	(n= ۶۷) M±SD	
*P< ۰/۰۰۰	۵۲/۸۳ ± ۷/۰۹	۵۸/۸۷ ± ۳	مراقبت‌های ارائه‌شده به مادران باردار
۰/۳۹۸	۶۳/۷۶ ± ۵/۴۵	۶۴/۵۶ ± ۴/۱۴	مراقبت‌های ارائه‌شده به کودکان
*P< ۰/۰۰۰	۵۴/۴۵ ± ۷/۵۹	۶۱/۹۴ ± ۳/۲۲	مراقبت‌های پیش از بارداری
*P< ۰/۰۰۰	۵۰/۵۲ ± ۷/۱۰	۵۶/۴۳ ± ۱/۶۴	مراقبت‌های ارائه‌شده به میان‌سالان
*P< ۰/۰۰۰	۲۲۲/۱۵ ± ۲۴/۸۲	۲۴۱/۸۱ ± ۱۰/۵۰	خودکارآمدی عملکرد بالینی (نمره‌ی کل)

\* P-Value با استفاده از تی‌تست

مطالعات قبلی تفاوت در نوع ابزار سنجش خودکارآمدی و همچنین، متفاوت بودن حجم نمونه‌ها است که می‌تواند بر نتایج مطالعات تأثیرگذار باشد. در مطالعه‌ی حاضر، خودکارآمدی با پرسش‌نامه‌ی خودساخته که به‌صورت اختصاصی برای سنجش خودکارآمدی عملکرد بالینی کادر بهداشتی طراحی شده است، سنجیده شد.

نتایج مطالعه حاکی از آن است که ماماها در مقایسه با غیرماماها در تمامی حیطه‌ها، نمرات بالاتری را کسب کردند. در مطالعه‌ای که در کنیا و زامبیا انجام شده بود، ماماها و پرستارماماها بی که آموزش کافی دیده بودند، نسبت به افرادی که آموزش کافی ندیده بودند، نگرش بهتری به نوجوانان و سلامت باروری آن‌ها و تنظیم خانواده داشتند [۱۹].

هلینگر و همکاران در مطالعه‌ای، میزان دانش و آگاهی گروه‌های مختلف ارائه‌دهنده‌ی خدمات بهداشتی به مادران را در رابطه با تغذیه با شیر مادر و استراتژی‌های آن‌ها برای رفع موانع شیردهی بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که پرستارماماها بهتر از پرستاران و پزشکان قادر به مدیریت مسائل و مشکلات تغذیه با شیر مادر هستند و این گروه دارای دانش بالاتری نسبت به سایر گروه‌ها بودند [۲۰].

در بخش عوامل مرتبط با خودکارآمدی، در این مطالعه، ارتباط معناداری بین میزان خودکارآمدی و سطح تحصیلات دیده نشد که با نتایج مطالعه‌ی تقی‌زاده و همکاران مشابه است [۵]. با وجود این، گلود من و همکاران در مطالعه‌ی خودکارآمدی در پرستاران ارتباط مثبتی میان مدرک تحصیلی و میزان خودکارآمدی مشاهده کردند [۲۱] که با نتایج مطالعه‌ی حاضر همسو است. در رابطه با متغیر سابقه‌ی خدمت، ارتباط معنادار آماری با میزان خودکارآمدی مشاهده نشد، درحالی‌که در برخی مطالعات، سابقه‌ی کار دارای تأثیر مثبت بر خودکارآمدی بود [۵، ۲۱]. در مطالعه‌ی برهانی، علاوه بر سابقه‌ی کار و تجربه‌ی قبلی، خودکارآمدی با میزان تحصیلات ارتباط داشت [۲۲]. سابقه‌ی خدمت می‌تواند باعث افزایش اعتمادبه‌نفس و در نتیجه، کاهش تنش و استرس شغلی شود. این در حالی است که افراد با تجربه‌ی ناکافی اعتمادبه‌نفس کمتر و تنش شغلی بیشتری را احساس می‌کنند. این موضوع می‌تواند خودکارآمدی آنان را نیز کاهش دهد. علت تفاوت نتایج مطالعه‌ی فوق با نتایج مطالعه‌ی حاضر می‌تواند تفاوت در تعداد نمونه در دو مطالعه یا مربوط به تفاوت در نوع ابزار

بر اساس تجزیه‌وتحلیل‌ها، ماماها در حیطه‌ی مراقبت پیش از بارداری دارای بیشترین نمره‌ی خودکارآمدی بالینی بودند، درحالی‌که شرکت‌کنندگان غیرماما در حیطه‌ی کودکان بالاترین نمره را کسب کرده بودند. با توجه به آنالیزهای آماری انجام‌شده در مقایسه‌ی دو گروه ماما و غیرماما، میانگین نمره‌ی خودکارآمدی عملکرد بالینی در تمامی حیطه‌ها به‌جز حیطه‌ی کودکان ( $P=۰/۳۹۸$ )، با یکدیگر اختلاف معنی‌دار داشت و در تمام حیطه‌ها میانگین امتیاز کسب‌شده توسط ماماها بالاتر از شرکت‌کنندگان غیرماما بود ( $P < ۰/۰۰۱$ ). در تمامی حیطه‌ها، اکثر شرکت‌کنندگان دارای خودکارآمدی بالا بودند (جدول ۳).

از آزمون هم‌بستگی پیرسون برای آزمودن رابطه‌ی دو متغیر خودکارآمدی و سابقه‌ی خدمت استفاده شد. نتایج نشان داد که بین میزان خودکارآمدی و سابقه‌ی خدمت، هم‌بستگی معنی‌دار وجود ندارد ( $P=۰/۸۳$ )،  $r = - ۰/۰۲۱$ ،  $n=۱۱۰$ ). همچنین، بین میزان خودکارآمدی و سن هم‌بستگی معنی‌دار آماری مشاهده نشد ( $P=۰/۶۱۶$ )،  $r = - ۰/۰۴۸$ ،  $n=۱۱۰$ ). به‌طور کلی، در خصوص رابطه‌ی متغیرهایی مانند سن ( $P=۰/۸۳$ )، میزان تحصیلات ( $P=۰/۰۷۴$ ) و وضعیت اقتصادی ( $P=۰/۰۸۹$ ) با میزان خودکارآمدی هم‌بستگی معنی‌دار آماری مشاهده نشد.

## بحث

پژوهش حاضر به‌منظور بررسی خودکارآمدی عملکرد بالینی مراقبان سلامت درباره‌ی ۱۱۵ نفر از شاغلان در این حوزه در شهر اهواز در سال ۱۳۹۸ انجام شد. در مطالعه‌ی حاضر، سطح خودکارآمدی عملکرد بالینی اکثر شرکت‌کنندگان در دو گروه ماما و غیرماما بالا بود. مطالعه‌ی نوره و همکاران که درباره‌ی ۱۰۰ پرستار دانشگاه علوم پزشکی انجام شد، نشان داد که سطح خودکارآمدی درک‌شده‌ی پرستاران در سطح متوسط و پایین قرار دارد [۱۸].

در مطالعه‌ی تقی‌زاده و همکاران نیز اکثر ماماها سطح خودکارآمدی متوسط داشتند و فقط ۱۱ درصد از ماماها سطح خوبی از خودکارآمدی را ابراز کردند [۵]. همچنین، در مطالعه‌ی رضایی و همکاران، اکثر شرکت‌کنندگان خودکارآمدی متوسط و بالا گزارش کرده بودند [۷] که با نتایج مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد. اختلاف نتایج مطالعه‌ی حاضر با

## جندی شاپور

رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از همه‌ی افراد کسب شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات دریافتی محرمانه خواهد ماند.

### حامی مالی

حمایت مالی این پژوهش بر عهده‌ی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز بوده است.

### مشارکت نویسندگان

همه‌ی نویسندگان در نگارش مقاله سهیم بودند.

### تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی از نظر نویسندگان وجود ندارد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد خانم نادیا گروشانی و طرح تحقیقاتی با شماره‌ی U-98171 است. از همه‌ی همکاران مراکز بهداشتی که در این تحقیق ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

اندازه‌گیری باشد.

در مطالعه‌ی روانی‌پور و همکاران که درباره‌ی پرستاران انجام شده بود، سن و سابقه‌ی کار با تصمیم‌گیری بالینی پرستاران رابطه‌ی مثبت و معناداری داشت، به‌گونه‌ای که با افزایش سن و سابقه‌ی کار، توانایی تصمیم‌گیری بالینی نیز افزایش می‌یافت؛ اما رابطه‌ی معناداری بین سطح تحصیلات و توانایی تصمیم‌گیری بالینی مشاهده نشد [۲۳].

از نقاط قوت مطالعه‌ی حاضر استفاده از ابزار خودکارآمدی عملکرد بالینی است که به‌طور ویژه، برای سنجش خودکارآمدی عملکرد کادر بهداشتی طراحی شده است، درحالی‌که در مطالعات دیگر، از ابزار خودکارآمدی عمومی برای سنجش خودکارآمدی استفاده شده است. از جمله محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر این بود که سنجش خودکارآمدی عملکرد بالینی به‌صورت خودگزارشی بود که امکان ارزیابی دقیق را کاهش می‌دهد. بنابراین، با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از این مطالعه، پیشنهاد می‌شود که در به‌کارگیری فارغ‌التحصیلان رشته‌های مختلف در یک ردیف شغلی، مطالعه و برنامه‌ریزی بهتری انجام شود تا بتوان از نیروی انسانی با توجه به توانمندی و مهارتشان در حیطه‌های مرتبط، بیشتر بهره‌برداری کرد. چنان‌که نتایج مطالعه‌ی حاضر نیز مؤید آن است که ماماها به‌عنوان مراقبان سلامت، قادر به ارائه‌ی عملکرد بهتری هستند، پیشنهاد می‌شود که برای ارائه‌ی خدمات مادر و کودک در مراکز بهداشتی، فقط از ماماها و با عنوان ماما بهره‌گیری شود.

### نتیجه‌گیری

با توجه به بالاتر بودن سطح خودکارآمدی عملکرد بالینی ماماها در مقایسه با گروه غیرماما به‌عنوان مراقبان سلامت در تمامی حیطه‌های مراقبتی ارائه‌شده به مراجعان مراکز بهداشتی، سیاست‌گذاران بخش سلامت می‌بایست این نکته را در برنامه‌ریزی‌های خود برای ارتقای سلامت مادران و کودکان مدنظر قرار دهند و با در نظر گرفتن این نکته که استفاده‌ی بهینه از دانش، تخصص و توانایی‌های علمی ماماها می‌تواند موجب تسریع در دستیابی به اهداف سلامت مادران و کودکان شود، ماماها نیز باید توانمندی‌های حرفه‌ای خود را باور داشته باشند و تلاش کنند که با ترکیب دانش و مهارت خود، برنامه‌ی مراقبتی جامع و متناسب با موقعیت تدوین و اجرا کنند تا بهتر بتوانند از عهده‌ی وظایف محوله و ارائه‌ی خدمات تخصصی به مادران برآیند.

### ملاحظات اخلاقی

#### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این پژوهش در کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز با کد اخلاق به شماره‌ی IR.AJUMS.REC.1398.584 به تصویب رسید. اهداف پژوهش برای همه‌ی مشارکت‌کنندگان توضیح داده شد،



### References

- [1] Tzeng HM, Ketefian S. Demand for nursing competencies: an exploratory study in Taiwan's hospital system. *J Clin Nurs*. 2003;12(4):509-18. [DOI: [10.1046/j.1365-2702.2003.00738.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00738.x)] [PMID]
- [2] Iran ( Islamic Republic of) . Unicef At a glance.2006. [Link]
- [3] Ministry of Health, Treatment and Medical Education of Iran. [Link]
- [4] Wong PC, Kitsantas P. A review of maternal mortality and quality of care in the USA. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2020;33(19):3355-67. [DOI: [10.1080/14767058.2019.1571032](https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1571032)]
- [5] Taghizadeh Z, Kazemnejad A, KHoshknaz M, Abdolahi S. [Self-Efficacy of Midwives in Order to Provide Reproductive Health Services in Disasters, Tehran, 2014 (Persian)]. *Journal of Rescue & Relief*. 2014;6(3):81-91. [Link]
- [6] Haghani F, Asgari F, Zare S, Mahjoob-Moadab H. [Correlation between Self-Efficacy and Clinical Performance of the Internship Nursing Students (Persian)]. *Res Med Educ*. 2013;5(1):22-30. [Link]
- [7] Rezaei F, Golmakani N, Mazloum SR. [Relationship between Spiritual Intelligence and Self-efficacy of Clinical Performance in midwives working in maternity and health centers of Mashhad in 2015 (Persian)]. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2016;19(29):1-10. [DOI: [10.22038/ijogi.2016.7910](https://doi.org/10.22038/ijogi.2016.7910)]
- [8] Ebrahimipour H, Jalali Akerdi B, Solhi M, Esmaeli H. [Effect of educational intervention based on Self- Efficacy Theory (SET) on behavior of prevention of HIV/ AIDS in high risk women (Persian)]. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2015;18(144):19-27. [DOI: [10.22038/ijogi.2015.4357](https://doi.org/10.22038/ijogi.2015.4357)]
- [9] Erannezhad S, Ak SH, Mohregan F. [A study of the relationship between some social factors with self-efficacy, job satisfaction, productivity among the employees of Islamic Azad University, Mahabad and Orumie Branches (Persian)]. *Educational researches*. 2009;5(21):1-17. [Link]
- [10] Strobel M, Tumasjan A, Spörrle M. Be yourself, believe in yourself, and be happy: self-efficacy as a mediator between personality factors and subjective well-being. *Scand J Psychol*. 2011;52(1):43-8. [DOI: [10.1111/j.1467-9450.2010.00826.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2010.00826.x)] [PMID: 20497398]
- [11] Mohamadi E, Bana Derakshan H, Borhani F, Hoseinabadi Farahani M, Pour Hoseingholi M, Naderi Ravesh N. [Relationship between Nursing Students' Achievement Motivation and Self-efficacy of Clinical Performance (Persian)]. *Iran Journal of Nursing*. 2014;27(90):33-43. [DOI: [10.29252/ijn.27.90.91.33](https://doi.org/10.29252/ijn.27.90.91.33)]
- [12] Lowenstein LM, Perrin EM, Campbell MK, Tate DF, Cai J, Ammerman AS. Primary care providers' self-efficacy and outcome expectations for childhood obesity counseling. *Child Obes*. 2013;9(3):208-15. [DOI: [10.1089/chi.2012.0119](https://doi.org/10.1089/chi.2012.0119)] [PMID] [PMCID]
- [13] Hagbaghery MA, Salsali M, Ahmadi F. The factors facilitating and inhibiting effective clinical decision-making in nursing: a qualitative study. *BMC Nurs*. 2004;3(1):2. [DOI: [10.1186/1472-6955-3-2](https://doi.org/10.1186/1472-6955-3-2)] [PMID] [PMCID]
- [14] 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 (Persian)]. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2016;5(3):12-22. [Link]
- [15] Ebrahimi H, Hosseinzadeh R, Zaghari Tefreshi M, Hosseinzadeh S, Asghari Jafarabadi M. [Clinical competency and psychological empowerment of nurses and their correlation with demographic characteristics (Persian)]. *Journal of Health Promotion Management*. 2013;2(4):30-8. [Link]
- [16] Alavi A, Bahrami M, Zargham-Boroujeni A, Yousefy A. Characteristics of caring self-efficacy in pediatric nurses: a qualitative study. *J Spec Pediatr Nurs*. 2015;20(3):157-64. [DOI: [10.1111/jspn.12110](https://doi.org/10.1111/jspn.12110)] [PMID]
- [17] Komarraju M, Nadler D. Self-efficacy and academic achievement: Why do implicit beliefs, goals, and effort regulation matter? *Learn Individ Differ*. 2013;25:67-72. [DOI: [10.1016/j.lindif.2013.01.005](https://doi.org/10.1016/j.lindif.2013.01.005)]
- [18] Naboureh A, Imanipour M, Salehi T, Tabesh H. [The Relationship between Moral Distress and Self-Efficacy among Nurses in Critical Care and Emergency Units in Hospitals Affiliated to Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences in 2015 (Persian)]. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2015;14(6):443-5. [Link]
- [19] Wardenius LU, Faxelid EA, Chishimba PN, Musandu JO, Ong'any AA, Nissen EB. Nurse-midwives' attitudes towards adolescent sexual and reproductive health needs in Kenya and Zambia. *Reprod Health Matters*. 2006;14(27):119-28. [DOI: [10.1016/S0968-8080\(06\)27242-2](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(06)27242-2)] [PMID]
- [20] Hellings P, Howe C. Assessment of breastfeeding knowledge of nurse practitioners and nurse-midwives. *J Midwifery Womens Health*. 2000;45(3):264-70. [DOI: [10.1016/s1526-9523\(00\)00010-6](https://doi.org/10.1016/s1526-9523(00)00010-6)] [PMID]
- [21] 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. [DOI: [10.1016/j.nedt.2012.05.006](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.05.006)] [PMID]
- [22] Borhani F, Abbaszadeh A, Kohan S. [Correlation of self- efficacy of nurses to deal with unexpected events with the demographic characteristics of the nurses (Persian)]. *Journal of Health Promotion Management*. 2012;1(1):17-25. [Link]
- [23] Ravanipour M, Ahmadian A, Yazdanpanah A, Soltanian AR. Assessing the relationship between self-efficacy and clinical decision-making in hospital nurse (Persian)]. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*. 2015;23(4):77-86. [PMCID]