ORIGINAL ARTICLE

Association Between Resilience and Clinical Performance Self-Efficacy Among Nurses Working in Hospitals Affiliated with the University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

Shabnam Beiranvand [1]
Narges Arsalani[2]
Mohammadjavad Hosseinabadi-farahani [3]
Mohsen Vahedi[4]

[1] MSc Student, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
[2] Professor, Iranian Research Center on Aging, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
[3] Assistant Professor, Iranian Research Center on Aging, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
[4] Assistant Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, Pediatric Neurorehabilitation Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

(Received June 9, 2026; Accepted October 17, 2026)

Abstract

Background and purpose: Resilience and clinical performance self-efficacy are important personal resources that help nurses cope with occupational stress and provide high-quality care. However, evidence regarding the relationship between these factors, particularly among nurses working in rehabilitation hospitals, remains limited. This study aimed to examine the association between resilience and clinical performance self-efficacy among nurses working in hospitals affiliated with the University of Rehabilitation Sciences and Social Health in Tehran, Iran.

Materials and methods: This descriptive-analytical study included 125 nurses working at Razi Psychiatric Teaching Hospital and Rofeideh Rehabilitation Hospital, affiliated with the University of Rehabilitation Sciences and Social Health in Tehran, Iran. Participants were selected using stratified random sampling. Data were collected using a demographic questionnaire, the 25-item Connor-Davidson Resilience Scale, and the 37-item Clinical Performance Self-Efficacy Questionnaire. Data normality was assessed using the Kolmogorov-Smirnov test and skewness and kurtosis indices. One-sample t-tests were used to compare the mean scores for each variable with the corresponding theoretical scale midpoint. Associations between variables were examined using Pearson's correlation coefficient. Statistical significance was set at $P < 0.05$.

Results: ost participants were female (61.7%), held a bachelor's degree (60.5%), were aged 36-40 years (39.5%), and had 11-15 years of work experience (34.6%). The mean ± standard deviation scores for resilience and clinical performance self-efficacy were 75.50 ± 4.0 and 69.06 ± 0.50, respectively. Resilience was positively correlated with clinical performance self-efficacy ($r = 0.63$, $P \leq 0.01$). All dimensions of resilience were also positively correlated with clinical performance self-efficacy. The strongest correlation was observed between the competence dimension of resilience and the programme evaluation dimension of self-efficacy ($r = 0.73$, $P \leq 0.01$)

Conclusion: Greater resilience was associated with higher clinical performance self-efficacy among nurses. Interventions aimed at strengthening resilience may warrant investigation as a potential means of supporting nurses' confidence in their clinical performance and, ultimately, the quality of nursing care. Further research, particularly in rehabilitation settings, is needed to clarify these relationships and assess their practical implications.

Keywords: resilience, self-efficacy, clinical performance, nurses, rehabilitation.

J Mazandaran Univ Med Sci 2026; 36 (263): 160-170 (Persian).

Corresponding Author: Narges Arsalani2- Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran (E-mail: nargesarsalani@gmail.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و ششم شماره ۲۶۳ آبان سال ۱۴۰۵ (۱۷۰-۱۶۰)

بررسی ارتباط تاب‌آوری و خودکارآمدی عملکرد بالینی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی تهران

شبنم بیرانوند [۱]
نرگس ارسلانی [۲]
محمدجواد حسین آبادی فراهانی [۳]
محسن واحدی [۴]

چکیده

سابقه و هدف: تاب‌آوری و خودکارآمدی عملکرد بالینی از منابع مهم پرستاران برای مقابله با فشارهای شغلی و ارائه مراقبت باکیفیت هستند. با وجود اهمیت این عوامل، شواهد درباره رابطه آن ها، در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های توانبخشی، محدود است. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط تاب‌آوری با خودکارآمدی عملکرد بالینی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی تهران انجام شد.

مواد و روش ها: این مطالعه توصیفی_تحلیلی بر روی ۱۲۵ پرستار شاغل در مرکز آموزشی درمانی روان‌پزشکی رازی و بیمارستان توانبخشی رفیده وابسته به دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی تهران انجام شد. نمونه‌گیری به روش تصادفی طبقه‌ای انجام گرفت. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، مقیاس تاب‌آوری کونور-دیویدسون ۲۵ گویه‌ای و پرسشنامه خودکارآمدی عملکرد بالینی ۳۷ گویه‌ای جمع‌آوری شدند. نرمال بودن توزیع داده‌ها با آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و شاخص‌های چولگی و کشیدگی بررسی شد. وضعیت هر متغیر نسبت به حد وسط نظری مقیاس با آزمون t تک‌نمونه‌ای تعیین شد. ارتباط بین متغیرها با ضریب همبستگی پیرسون بررسی شد و سطح معناداری برای همه‌ی آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: بیشتر شرکت‌کنندگان زن (۶۱/۷ درصد)، دارای مدرک کارشناسی (۶۰/۵ درصد)، در گروه سنی ۳۶ تا ۴۰ سال (۳۹/۵ درصد) و دارای ۱۱ تا ۱۵ سال سابقه کار (۳۴/۶ درصد) بودند. میانگین ± انحراف معیار نمره تاب‌آوری و خودکارآمدی عملکرد بالینی به‌ترتیب ۴/۰±۷۵/۵۰ و ۰/۵۰±۶۹/۰۶ بود. بین تاب‌آوری و خودکارآمدی عملکرد بالینی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود داشت($r = ۰/۶۳$، $P < ۰/۰۱$). همچنین، همه مؤلفه‌های تاب‌آوری با خودکارآمدی عملکرد بالینی همبستگی مثبت و معنی‌داری داشتند. بیشترین همبستگی بین مؤلفه شایستگی تاب‌آوری و مؤلفه ارزشیابی برنامه خودکارآمدی مشاهده شد($r = ۰/۷۳$، $P < ۰/۰۱$).

استنتاج: تاب‌آوری بالاتر با خودکارآمدی بیشتر در عملکرد بالینی پرستاران همراه بود. تقویت این دو ویژگی می‌تواند به ارتقای خودکارآمدی عملکرد بالینی و کیفیت مراقبت‌های پرستاری کمک کند. انجام پژوهش‌های بیشتر برای بررسی این رابطه، به‌ویژه در محیط‌های توانبخشی، توصیه می‌شود.

واژه های کلیدی: تاب‌آوری،خودکارآمدی، عملکرد بالینی، پرستاران، توانبخشی

مولف مسئول: نرگس ارسلانی-تهران، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران **E-mail**: nargesarsalani@gmail.com

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه آموزشی پرستاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران
۲. استاد، گروه آموزشی پرستاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران؛ مرکز تحقیقات سالمندی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران
۳. استادیار، گروه آموزشی پرستاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران
۴. استادیار، گروه آموزشی آمار زیستی و اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران

تاریخ دریافت : ۱۴۰۵/۳/۱۹ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۴۰۵/۳/۳۰ تاریخ تصویب : ۱۴۰۵/۷/۲۵

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

مقدمه

فرسودگی شغلی و کاهش رضایت شغلی در پرستاران به‌عنوان بزرگ‌ترین گروه شغلی نظام سلامت، یکی از چالش‌های جدی نظام مراقبت بهداشتی محسوب می‌شود(۱). مطالعات نشان داده‌اند که شرایط نامطلوب فیزیکی محیط کار و کمبود امکانات حرفه‌ای، ارتباط معناداری با افزایش فرسودگی شغلی و کاهش رضایت شغلی پرستاران دارند. این عوامل نه تنها بر سلامت روانی و جسمی پرستاران تأثیر منفی می‌گذارند، بلکه کیفیت مراقبت ارائه‌شده به بیماران را نیز کاهش می‌دهند(۵- ۲). در چنین شرایطی، شناسایی سازه‌های روانشناختی که بتوانند به‌عنوان منابع شخصی مقابله‌ای در برابر فشارهای شغلی عمل کنند، از اهمیت نظری و کاربردی برخوردار است. در میان این سازه‌ها، تاب‌آوری و خودکارآمدی عملکرد بالینی به‌عنوان دو متغیر مهم در ارتقای توانمندی‌های عملکردی کارکنان حوزه سلامت مورد توجه مطالعات قرار گرفته‌اند.

تاب‌آوری به‌عنوان فرایندی پویا توصیف شده است که شامل تعامل بین عوامل خطرزا و عوامل حفاظتی درونی و بیرونی برای مقابله با حوادث ناگوار و مشکلات زندگی است(۶). بر اساس این تعریف، تاب‌آوری نه یک ویژگی ثابت و ذاتی، بلکه سازه‌ای قابل تغییر و ارتقا است که در تعامل فرد با محیط شکل می‌گیرد. پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که افراد دارای تاب‌آوری بالا، در شرایط استرس‌زا و موقعیت‌های ناگوار، سلامت روان خود را حفظ می کنند و دارای سازگاری روانشناختی هستند که از ویژگی‌های بنیادین پذیرش و تعهد است(۷). به عقیده کونور و همکاران (۲۰۰۳)، تاب‌آوری به‌عنوان معیاری برای توانایی مقابله با استرس و سازگاری با موقعیت‌های سخت قلمداد می‌شود که بر طبق آن، اعتماد به نیروهای درونی، شایستگی فردی و پذیرش تغییرات به‌عنوان عامل مثبت تلقی می‌شوند. این ویژگی در انحصار عده‌ای معدود نیست و به نظر متخصصان، سایر افراد نیز قادرند تاب‌آوری را بیاموزند و آن را ارتقاء دهند (۸). در بافت پرستاری، تاب‌آوری می‌تواند به پرستاران کمک کند تا در مواجهه با فشارهای مستمر محیط کار، تعادل روانشناختی خود را حفظ کرده و از تحلیل‌رفتگی شغلی فاصله بگیرند.

از سوی دیگر، خودکارآمدی عملکرد بالینی، باور فرد در مورد توانایی‌های خود برای انجام یک مهارت بالینی است. این سازه ریشه در نظریه شناختی_اجتماعی آلبرت بندورا دارد و به قضاوت شخصی افراد درباره توانایی‌هایشان در مواجهه با چالش‌ها و انجام کارها اشاره دارد(۹، ۱۰). خودکارآمدی عملکرد بالینی در پرستاران از ابعاد چندگانه‌ای تشکیل شده است که شامل تصمیم‌گیری بالینی، ارتباطات بالینی، مدیریت زمان، توانمندی در اجرای مهارت‌ها و یادگیری مداوم است(۱۱). پرستارانی که از سطح بالای خودکارآمدی برخوردارند، در مواجهه با مشکلات و بحران‌های شغلی، راهکارهای مؤثرتری اتخاذ می‌کنند و کمتر دچار فرسودگی شغلی می‌شوند. به بیان دیگر، خودکارآمدی عملکرد بالینی نه تنها بر عملکرد فردی پرستار اثر می‌گذارد، بلکه بر کیفیت مراقبت از بیمار و پیامدهای بالینی نیز منعکس می‌شود.

ارتباط مفهومی و تئوریک بین تاب‌آوری و خودکارآمدی عملکرد بالینی را می‌توان بر پایه نظریه شناختی_اجتماعی بندورا تبیین کرد. بر این اساس، پایه و اساس خودکارآمدی عمومی بر قابلیت‌های ذهنی فرد در کنار آمدن با موقعیت‌های تنش‌زا استوار است(۹، ۱۰). در واقع باور به کارآمد بودن به معنای خودباوری به توانایی در کنترل و هدایت عملکرد فردی، حوادث محیطی و نقش حرفه‌ای و شغلی خود است(۱۲). تاب‌آوری به‌عنوان یک منبع روانشناختی، می‌تواند از طریق تقویت اعتماد به نیروهای درونی و شایستگی فردی، زمینه‌ساز شکل‌گیری و تقویت باورهای خودکارآمدی در پرستاران شود. به عبارت دیگر، پرستاری که در مواجهه با موقعیت‌های دشوار بالینی توانسته است سازگاری روانشناختی خود را حفظ کند، احتمالاً باور بیشتری به توانایی‌های خود در انجام

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

مهارت‌های بالینی خواهد داشت. این ارتباط نظری، هرچند منطقی به نظر می‌رسد، اما نیازمند شواهد تجربی قوی‌تر و بررسی در بافت‌های بالینی متفاوت است.

مرور ادبیات موجود نشان می‌دهد که پژوهش‌های پیشین در زمینه ارتباط بین تاب‌آوری و خودکارآمدی، عمدتاً بر جمعیت‌های پرستاری عمومی یا بخش‌های ویژه متمرکز بوده‌اند و نتایج آن‌ها نیز ناهمگون و در برخی موارد متناقض باقی مانده است. بخشی از این ناهمگونی را می‌توان به تفاوت در بافت‌های بالینی، ابزارهای اندازه‌گیری و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه‌ها نسبت داد. به طور خاص، ارتباط بین تاب‌آوری و خودکارآمدی عملکرد بالینی در پرستاران شاغل در مراکز توانبخشی، کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. این خلأ پژوهشی در حالی مطرح است که پرستاران حوزه توانبخشی به دلیل مواجهه با بیماران دارای اختلالات حرکتی و نیاز به مراقبت‌های طولانی‌مدت، با موقعیت‌های بالینی پیچیده‌تری روبه‌رو هستند که می‌تواند بر سطح تاب‌آوری و خودکارآمدی آن‌ها اثرگذار باشد. این پرستاران نه تنها باید مهارت‌های بالینی خود را در شرایط دشوار به کار گیرند، بلکه باید بتوانند با بیمارانی که فرایند بهبودی طولانی و پرفرازونشیبی را طی می‌کنند، ارتباط درمانی مؤثری برقرار کنند.

با توجه به اهمیت این دو متغیر و نقش احتمالی آن‌ها در بهبود کیفیت مراقبت‌های پرستاری، و نیز با در نظر گرفتن خلأ پژوهشی موجود در بافت مراکز توانبخشی، پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط بین تاب‌آوری و خودکارآمدی عملکرد بالینی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی تهران انجام شد. نتایج این مطالعه می‌تواند به شناخت بهتر عوامل روانشناختی مؤثر بر عملکرد بالینی پرستاران در این بافت خاص کمک کند و زمینه‌ساز طراحی مداخلات آموزشی و سازمانی مناسب باشد.

مواد و روش ها

نوع مطالعه و جامعه پژوهش

این مطالعه از نوع توصیفی_تحلیلی بود. جامعه پژوهش را پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی در شهر تهران، شامل مرکز آموزشی درمانی روان پزشکی رازی و بیمارستان توانبخشی رفیده، تشکیل دادند.

روش نمونه‌گیری و حجم نمونه

روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی طبقه‌ای انجام شد. پرستاران هر بیمارستان به‌عنوان یک طبقه مستقل در نظر گرفته شدند و سهم هر طبقه بر اساس نسبت تعداد پرستاران شاغل در آن مرکز به کل جامعه پژوهش تعیین شد. پس از تهیه فهرست کامل پرستاران واجد شرایط در هر طبقه به‌عنوان چارچوب نمونه‌گیری، نمونه‌ها با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند. انتخاب افراد در هر طبقه به طور کاملاً تصادفی و مستقل از سایر طبقات انجام شد.

برای تعیین حجم نمونه با احتمال خطای نوع اول ۵ درصد(a =۰/۰۵) توان آزمون ۹۹درصد (۰/۹۹= ß- 1). با استفاده از فرمول حجم نمونه بر پایه فرمول همبستگی(۱۳) و بر اساس اطلاعات مطالعه مشابه پیشین(۱۴) (ضریب همبستگی r = ۰/۳۹)، ۱۱۰ نفر به دست آمد. با احتساب ۱۰درصد احتمال ریزش، حجم نهایی ۱۲۵ نفر تعیین شد.

$$n = \frac{\left(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta}\right)^2}{\left(\frac{1}{2}\ln\frac{1+r}{1-r}\right)^2} + 3 = \frac{(1.96+2.33)^2}{\left(\frac{1}{2}\ln\frac{1+0.38}{1-0.38}\right)^2} + 3 = 106.3 + 3 \approx 110$$

معیارهای ورود و خروج

معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد زیر بود:

- پرستاران شاغل به صورت تمام وقت در یکی از دو مرکز مورد مطالعه
- داشتن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری یا بالاتر

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

- داشتن حداقل یک سال سابقه کار بالینی تمام وقت در بخش‌های بالینی

- عدم تجربه بحران‌های شدید عاطفی در شش ماه گذشته (شامل فوت بستگان درجه یک، ابتلا به بیماری‌های مهلک یا حوادث ناگوار شدید) که بر اساس خودگزارشی شرکت‌کنندگان احراز شد.

معیارهای خروج از مطالعه شامل موارد زیر بود:

- عدم تمایل به ادامه مشارکت به هر دلیل

- ابتلا به بیماری‌ها یا اختلالات شدید که توانایی پاسخ‌دهی به پرسشنامه‌ها را مختل کند

ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها

برای جمع‌آوری داده‌ها، از سه ابزار فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسشنامه تاب‌آوری کونور-دیویدسون(۸، ۱۵) و پرسشنامه خودکارآمدی در عملکرد بالینی(۱۶) استفاده شد.

پرسشنامه تاب‌آوری کونر-دیویدسون: این پرسشنامه ۲۵ گویه دارد که در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. گروه نمرات این مقیاس از صفر تا ۱۰۰ متغیر است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده تاب‌آوری بیشتر است (۸). پایایی این پرسشنامه در مطالعه حاضر با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹و روایی محتوایی آن با نظر ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی تأیید شد. ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی این مقیاس در جمعیت ایرانی بررسی شده است (۱۵).

پرسشنامه خودکارآمدی عملکرد بالینی: این پرسشنامه خودگزارشی توسط چراغی و همکاران در سال ۱۳۸۸ با ۳۷ گویه طراحی شد (۱۶). این پرسشنامه دارای ۴ خرده‌مقیاس شامل بررسی بیمار (۸ گویه)، تشخیص پرستاری (۷ گویه)، برنامه‌ریزی مراقبت (۱۰ گویه) و اجرا و ارزشیابی مراقبت (۱۲ گویه) است. دامنه نمرات این مقیاس از صفر تا ۱۰۰ متغیر است. نمره بالاتر، خودکارآمدی عملکرد بالینی بیشتر را نشان می‌دهد. اگرچه این پرسشنامه در ابتدا برای سنجش خودکارآمدی عملکرد بالینی دانشجویان پرستاری طراحی شده است، اما مطالعات قبلی از جمله مطالعه چراغی و همکاران (۱۶) و مطالعه خلیفه زاده و همکاران (۱۷) روایی و پایایی این پرسشنامه را در جمعیت پرستاران شاغل گزارش کرده‌اند. در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۹ تا ۰/۸۸ محاسبه شد.

روش‌های تحلیل داده‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد. آمار توصیفی شامل فراوانی مطلق و نسبی (درصد)، میانگین و انحراف معیار گزارش شد. برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها، علاوه بر آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، از شاخص‌های چولگی و کشیدگی نیز استفاده شد. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که توزیع داده‌های تاب‌آوری (P =۰/۰۸۲) و خودکارآمدی عملکرد بالینی (P =۰/۱۱۴) نرمال است. مقادیر چولگی و کشیدگی نیز به ترتیب در محدوده ۰/۵ ± و ۱± قرار داشت.

با توجه به نرمال بودن توزیع داده‌ها، از ضریب همبستگی پیرسون برای بررسی همبستگی بین متغیرها استفاده شد. برای مقایسه میانگین نمرات تاب‌آوری و خودکارآمدی عملکرد بالینی پرستاران با نقطه برش معتبر و از پیش تعیین‌شده، از آزمون t تک‌نمونه‌ای استفاده شد. نقطه برش ۵۰ (از دامنه ۰ تا ۱۰۰) برای هر دو متغیر بر اساس راهنمای تفسیر ابزار و مطالعات قبلی تعیین شد(۱۸).

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی به شماره IR.USWR.REC.1404.118 تأیید شد. پیش از شروع مطالعه، اهداف و روش‌های پژوهش برای همه

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از آن‌ها دریافت شد. به همه شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که مشارکت در مطالعه اختیاری است و می‌توانند در هر مرحله بدون هیچ‌گونه پیامدی از مطالعه انصراف دهند. همچنین، به آن‌ها توضیح داده شد که داده‌های جمع‌آوری‌شده به صورت محرمانه نگهداری می‌شود و گمنامی آن‌ها در تمام مراحل تحلیل و انتشار نتایج حفظ خواهد شد.

یافته ها

توزیع فراوانی پاسخ‌دهندگان بر اساس جنسیت نشان داد که تعداد ۷۷ نفر (۶۱/۷ درصد) زن و تعداد ۴۸ نفر (۳۸/۳ درصد) مرد بوده‌اند (جدول شماره ۱). بیشتر شرکت‌کنندگان (۶۵/۵ درصد) دارای مدرک کارشناسی بودند. همچنین ۲۶/۵ درصد دارای مدرک کارشناسی ارشد و ۸ درصد دارای مدرک دکتری بودند. نتایج به‌دست‌آمده در مورد سن نشان داد که بیشتر شرکت‌کنندگان (۳۹/۵ درصد) در گروه سنی ۳۶ تا ۴۰ سال قرار داشتند، ۲۸/۴ درصد آن‌ها در گروه سنی ۴۶-۵۰ سال، ۱۷/۳ درصد در گروه سنی ۴۱ تا ۴۵ سال، ۹/۹ درصد در گروه سنی ۳۱ تا ۳۵ سال و ۴/۹ درصد نیز در گروه سنی ۲۶تا ۳۰ سال قرار داشتند. نتایج به‌دست‌آمده برحسب سابقه کارنشان داد که بیشترین فراوانی سابقه کار مربوط به طبقه۱۱ تا ۱۵ سال(۳۴/۶ درصد) بود، همچنین ۲۲/۲ درصد دارای سابقه کار۲۱ تا ۲۵ سال، ۲۱/۶ درصد دارای سابقه کار۶ تا ۱۰ سال، ۱۱/۱ درصد دارای سابقه کار۱۶ تا ۲۰ سال، ۶/۲ درصد دارای سابقه کار۲۶ تا ۳۰ سال و ۴/۳ درصد نیز دارای سابقه کار۱ تا ۵ سال بودند (جدول شماره ۱).

نتایج مقایسه میانگین تاب‌آوری پرستاران با مقدار نظری (نقطه برش= ۵۰) در جدول شماره ۲ ارائه شده است. نتایج به‌دست‌آمده حاکی از آن است که میانگین تاب‌آوری پرستاران برابر ۷۵/۵۰ بود. با توجه به اینکه مقدار t محاسبه‌شده با درجه آزادی ۱۲۴ برای آزمون‌های دوطرفه برابر ۲/۰۹ و در سطح ۰/۰۵ بزرگ‌تر از مقدار بحرانی t (۱/۹۸تا ۱/۹۸-) است، بنابراین فرض صفر در این آزمون مبنی بر عدم تفاوت بین میانگین نمونه و میانگین نظری رد شد و با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت که میانگین نمونه بزرگ‌تر از میانگین نظری است. در نتیجه، تاب‌آوری پرستاران در سطح نسبتاً مطلوبی قرار داشت (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان(n =۱۲۵)

جنسیت	تعداد(درصد)
مرد	۴۸(۳۸/۳)
زن	۷۷(۶۱/۷)
تحصیلات	**تعداد(درصد)**
کارشناسی	۸۲(۶۵/۵)
کارشناسی ارشد	۳۳(۲۶/۵)
دکتری	۱۰(۸)
گروه سنی (سال)	**تعداد(درصد)**
۲۶ تا ۳۰	۶(۴/۹)
۳۱ تا ۳۵	۱۲(۹/۹)
۳۶ تا ۴۰	۴۹(۳۹/۵)
۴۱ تا ۴۵	۲۲(۱۷/۳)
۴۶ تا ۵۰	۳۶(۲۸/۴)
سابقه کار (سال)	**تعداد(درصد)**
۱ تا ۵	۵(۴/۳)
۶ تا ۱۰	۲۷(۲۱/۶)
۱۱ تا ۱۵	۴۳(۳۴/۶)
۱۶ تا ۲۰	۱۴(۱۱/۱)
۲۱ تا ۲۵	۲۸(۲۲/۲)
۲۶ تا ۳۰ سال	۸(۶/۲)

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین نمره تاب‌آوری پرستاران با مقدار نظری (نقطه برش= ۵۰) با استفاده از آزمون tتک‌نمونه‌ای

متغیر	انحراف معیار ±میانگین	خطای استاندارد	مقدار t	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
تاب آوری	۷۵/۵۰ ±۴/۰	۰/۳۶	۲/۰۹	۱۲۴	۰/۰۳۹

نتایج مقایسه میانگین خودکارآمدی عملکرد بالینی پرستاران با مقدار نظری (نقطه برش= ۵۰) در جدول شماره ۳ نشان داده شده است. نتایج حاکی از آن است که میانگین نمره خودکارآمدی عملکرد بالینی پرستاران برابر با ۶۹/۰۶ بوده است. از آنجا که مقدار t محاسبه‌شده با درجه آزادی ۱۲۴ برای آزمون دوطرفه برابر با ۵۹/۵۶ به‌دست آمد که از مقدار بحرانی t (۱/۹۸تا ۱/۹۸-) در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ بزرگ‌تر است، فرض صفر مبنی بر نبود تفاوت بین میانگین نمونه و میانگین نظری رد شد. بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان نتیجه گرفت که میانگین نمونه از میانگین نظری

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

بیشتر است. در نتیجه، خودکارآمدی عملکرد بالینی پرستاران در سطح نسبتاً مطلوبی قرار داشت (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: مقایسه میانگین نمره خودکارآمدی عملکرد بالینی پرستاران با مقدار نظری (نقطه برش= ۵۰) با استفاده از آزمون t تک‌نمونه‌ای

متغیر	انحراف معیار ± میانگین	خطای استاندارد	مقدار t	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
خودکارآمدی	۶۹/۰۶±۰/۵۰	۰/۳۲	۵۹/۵۶	۱۲۴	۰/۰۰۱

به منظور بررسی ارتباط تاب آوری و خودکارآمدی عملکرد بالینیو هر یک از مؤلفه‌های آن‌ها، از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. آزمون‌های مقدماتی به‌منظور بررسی مفروضه های نرمال بودن، خطی بودن و یکسانی پراکندگی انجام شد. برای تعیین میزان رابطه، ملاک های زیر در نظر گرفته شد (کم : ۰/۲۹ تا ۰/۱۰=r ، متوسط : ۰/۴۹ تا ۰/۳۰ =r ، زیاد : ۱ تا ۰/۵۰=r).

همانطور که در جدول شماره ۴ ملاحظه می‌شود، نتایج ماتریس همبستگی حاکی از ارتباط مثبت و معنادار بین تاب‌آوری و خودکارآمدی عملکرد بالینی است. از بین مؤلفه‌های خودکارآمدی و تاب آوری بیشترین رابطه بین شایستگی و ارزشیابی برنامه وجود دارد (r =۰/۷۳، P<۰/۱۰) و کمترین رابطه بین مؤلفه بررسی بیمار و پذیرش مثبت مشاهده شد(r=۰/۱۸ و P≤۰/۰۱). همچنین بین متغیر خودکارآمدی و تاب آوری پرستاران نیز رابطه مثبت و معنی داری یافت شد (r=۰/۶۳ و P≤۰/۰۱).

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط بین تاب‌آوری و خودکارآمدی عملکرد بالینی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی شهر تهران انجام شد. یافته‌های این مطالعه نشان داد که میانگین نمره تاب‌آوری پرستاران برابر با ۴/۰ ± ۷۵/۵۰ (در بازه ۰ تا ۱۰۰) بود که در مقایسه با نقطه برش نظری آزمون (نمره ۵۰)، در سطح بالاتری قرار داشت. این یافته با نتایج مطالعه‌گو و همکاران (۲۰۱۷) و آزاد و آزادی همسو است که نشان دادند پرستاران با برخورداری از منابع انطباقی روان‌شناختی، از ظرفیت مناسبی برای رویارویی با تنش‌های محیط‌های درمانی برخوردارند(۷، ۱۹). در مقابل، در پژوهش رِن و همکاران، میانگین تاب‌آوری پرستاران برابر با ۹۹/۵۹ گزارش شد که پایین‌تر از جمعیت عمومی ارزیابی گردید(۲۰). در تبیین این ناهمسویی می‌توان به تفاوت در بافت بالینی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه‌ها اشاره کرد؛ در پژوهش حاضر، بیش از ۷۴ درصد از پاسخ‌دهندگان دارای بیش از ۱۰ سال سابقه کاربالینی بودند. به نظر می‌رسد انباشت تجربه حرفه‌ای و مواجهه مکرر با چالش‌های بالینی توانسته است به غنای راهبردهای انطباقی و تقویت سازگاری روانی این پرستاران کمک کند.

جدول شماره ٤: ماتریس همبستگی رابطه خودکارآمدی و تاب آوری و مؤلفه های آنان

تاب آوری / خودکارآمدی	شایستگی	تحمل عاطفه منفی	پذیرش مثبت تغییر	کنترل	تاثیرات معنوی	تاب آوری
بررسی بیمار	۰/۵۸**	۰/۴۷**	۰/۱۸**	۰/۴۸**	۰/۵۱**	۰/۵۱**
تشخیص و برنامه‌ریزی	۰/۶۸**	۰/۵۴**	۰/۳۴**	۰/۶۳**	۰/۳۵**	۰/۴۷**
اجرای برنامه	۰/۶۴**	۰/۴۹**	۰/۲۵**	۰/۵۵**	۰/۴۲**	۰/۶۷**
ارزشیابی برنامه	۰/۷۳**	۰/۵۴**	۰/۳۲**	۰/۶۴**	۰/۳۹**	۰/۶۴**
خودکارآمدی	۰/۷۱**	۰/۵۶**	۰/۳۰**	۰/۶۳**	۰/۶۱**	۰/۶۳**

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

در رابطه با متغیر خودکارآمدی عملکرد بالینی، میانگین نمره به‌دست‌آمده برابر با ۰/۵۰ ± ۶۹/۱۶ (در بازه ۰ تا ۱۰۰) بود که بالاتر از حد وسط نظری مقیاس (نمره ۵۰) قرار گرفت. بر اساس نظریه شناخت اجتماعی بندورا، خودکارآمدی نمایانگر باور فرد به توانمندی‌های خود در سازمان‌دهی و اجرای اقدامات بالینی است(۲۱). این نتیجه همسو با یافته‌های ونگ و همکاران (۲۰۱۸) و مطالعات اخیر حوزه پرستاری، ازجمله مطالعه لابرگ (۲۰۲۱) است که نشان می‌دهند باورهای کارآمدی حرفه‌ای، بازتاب‌دهنده تجارب موفق پیشین، آموزش‌های ضمن خدمت و مهارت‌های بالینی تثبیت‌شده در کادر درمان است(۲۲، ۲۳). پرستارانی که ادراک قوی‌تری از شایستگی‌های خود دارند، در محیط‌های پرچالش توانایی بیشتری در سازمان‌دهی مراقبت و مدیریت وظایف حرفه‌ای از خود نشان می‌دهند.

یافته اصلی پژوهش نشان‌دهنده یک همبستگی مثبت و معنادار با شدت زیاد بین تاب‌آوری کل و خودکارآمدی عملکرد بالینی پرستاران بود (P <۰/۰۱، r =۰/۶۳). این همبستگی حاکی از آن است که نمرات بالاتر در ابعاد تاب‌آوری با احساس توانمندی و خودکارآمدی بالینی بالاتری در پرستاران همراه است. در تحلیل روابط میان مؤلفه‌ها، بیشترین میزان همبستگی بین مؤلفه «شایستگی فردی» از تاب‌آوری و «ارزشیابی برنامه مراقبت» از خودکارآمدی بالینی مشاهده شد(P <۰/۰۱، r =۰/۷۳). این همبستگی مؤید آن است که احساس کفایت فردی و توانمندی در مدیریت تکالیف سنگین، پیوند نزدیکی با توانایی پرستار در ارزیابی جامع فرایند مراقبت و اصلاح فرآیندهای بالینی دارد. در مقابل، کمترین همبستگی میان مؤلفه «پذیرش مثبت تغییر» با «بررسی بیمار» گزارش شد (P <۰/۰۱، r =۰/۱۸). این ارتباط ضعیف‌تر نشان می‌دهد که ارزیابی وضعیت بیمار یک مهارت فنی و بالینی استاندارد است که به چارچوب‌های پروتکل‌های درمانی وابسته بوده و ممکن است کمتر تحت تأثیر ویژگی‌های شناختی پذیرش تغییر در فرد قرار گیرد.

از منظر تحلیل مفهومی، همبستگی نسبتاً قوی مشاهده‌شده (r =۰/۶۳) می‌تواند بیانگر همپوشی مفهومی (Conceptual Overlap) میان این دو سازه روان‌شناختی باشد. هر دو سازه تاب‌آوری و خودکارآمدی بر پایه‌های مشترکی نظیر «منبع کنترل درونی»، «ارزیابی شناختی مثبت از چالش‌ها» و «تجارب تسلط پیشین» استوارند. بر این اساس، تمایز قطعی میان این دو سازه در ابزارهای خودگزارش‌دهی با چالش‌هایی همراه است و بخشی از واریانس مشترک مشاهده‌شده ممکن است ناشی از سنجش ابعاد عمومی سلامت روان و سرسختی روانی توسط هر دو پرسشنامه باشد. افزون بر این، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه از جمله سطح تحصیلات (بیش از ۶۰ درصد کارشناسی و ۲۶ درصد کارشناسی ارشد) و سنین پختگی حرفه‌ای (بیش از ۸۶ درصد در رده سنی بالای ۳۶ سال) می‌توانند به‌عنوان متغیرهای همبسته با ارتقای هم‌زمان هر دو سازه عمل کرده باشد.

همچنین نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های آگیلار و همکاران (۲۰۲۳) و فاستر و همکاران (۲۰۲۲) همگرایی دارد؛ این مطالعات نشان دادند که منابع روان‌شناختی درون‌فردی (مانند تاب‌آوری) با سازوکارهای خودتنظیمی و ادراک شایستگی شغلی مرتبط است(۵، ۲۴). با این حال، به دلیل ماهیت مقطعی مطالعه حاضر، نمی‌توان رابطه علی مستقیمی میان این متغیرها استنباط کرد.

محدودیت‌های پژوهش

در تفسیر یافته‌های پژوهش حاضر، توجه به چند محدودیت ضروری است:

۱. طراحی مقطعی و همبستگی: با توجه به ماهیت مقطعی مطالعه، امکان استنباط روابط علی بین تاب‌آوری و خودکارآمدی بالینی وجود ندارد و نتایج صرفاً همبستگی و همراهی آماری میان متغیرها را نشان می‌دهد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

۲. سوگیری ابزارهای خودگزارش‌دهی: جمع‌آوری داده‌ها از طریق پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی انجام گرفت که ممکن است تحت تأثیر عواملی نظیر مطلوبیت اجتماعی (Social Desirability) یا خلق‌وخوی موقت پاسخ‌دهندگان در زمان تکمیل ابزارها قرار گرفته باشد.

۳. محدودیت جامعه پژوهش: جامعه آماری منحصر به پرستاران شاغل در دو بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی تهران (با تمرکز بر خدمات روان‌پزشکی و توانبخشی) بود؛ بنابراین در تعمیم نتایج به سایر مراکز درمانی، بیمارستان‌های عمومی یا سایر مناطق جغرافیایی باید جانب احتیاط رعایت شود.

۴. عدم سنجش سایر متغیرهای مداخله‌گر: در این پژوهش متغیرهای روانی اجتماعی دیگری نظیر استرس شغلی، حمایت اجتماعی دریافتی و بار کاری که می‌توانند بر رابطه تاب‌آوری و خودکارآمدی اثر بگذارند، اندازه‌گیری نشدند.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که بین تاب‌آوری و خودکارآمدی عملکرد بالینی در پرستاران ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد و بیشترین همبستگی در سطح مؤلفه‌ها مربوط به شایستگی فردی و ارزشیابی برنامهٔ مراقبت است. این نتایج تصویری توصیفی از همگرایی منابع انطباقی روان‌شناختی با باورهای کارآمدی بالینی در محیط‌های توان‌بخشی و درمانی ارائه می‌دهد. با توجه به این همبستگی، پیشنهاد می‌شود در برنامه‌ریزی‌های مدیریت منابع انسانی و آموزش‌های ضمن خدمت پرستاران، ارتقای مهارت‌های انطباقی و توانمندسازی شناختی مورد توجه قرار گیرد. برای بررسی دقیق‌تر روابط علّی میان این متغیرها، انجام مطالعات طولی و مداخله‌ای در جوامع بزرگ‌تر و بیمارستان‌های عمومی پیشنهاد می‌شود.

سپاسگزاری

مراتب قدردانی و سپاسگزاری را از تمامی مسئولین مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی و بیمارستان توانبخشی رفیده ، به‌ویژه پرستاران محترم که در تحقق این امر نهایت همکاری را مبذول نمودند، اعلام می نماییم.

References

1- Hamaideh SH. Occupational stress, social support, and quality of life among Jordanian mental health nurses. Issues Ment Health Nurs 2011;33(1):15-23 PMID: 22224962.

2- Hamaideh SH. Occupational stress, social support, and quality of life among Jordanian mental health nurses. Issues Ment Health Nurs 2011;33(1):15-23 PMID: 22224962.

3- Asadi Y, Molazem Z, Mohebbi Z, Ghaemmaghami P. Investigating the relationship between resilience and professional ethics in nurses: a cross-sectional study in southern Iran. BMC Nurs 2023;22(1):409 PMID: 37904119.

4- Hoşgör H, Yaman M. Investigation of the relationship between psychological resilience and job performance in Turkish nurses during the Covid- 19 pandemic in terms of descriptive characteristics. J Nurs Manag 2022;30(1):44-52 PMID: 34595787.

5- Cabrera-Aguilar E, Morales-García M, Ramírez-Coronel AA, Sairitupa-Sanchez LZ, Morales-García WC. Resilience and stress as predictors of work engagement: the mediating role of self-efficacy in nurses. Front Psychiatry 2023;14:1202048.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

6- Garmezy N. Children in poverty: Resilience despite risk. Psychiatry 1993;56(1):127-136 PMID: 8488208.
7- Azadi S, Azad H. The Correlation of Social Support, tolerance and Mental Health in Children of Martyrs and war-disabled in Universities of Ilam. Iranian Journal of War and Public Health 2011;3 (12):48-58.
8- Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor- Davidson resilience scale (CD- RISC). Depress Anxiety 2003;18(2):76-82 PMID: 12964174.
9- Ravanipour M, Ahmadiani A, Yazdanpanah A, Soltanian A. Assessing the relationship between self-efficacy and clinical decision-making in hospital nurse. Avicenna J Nurs Midwifery Care 2015; 23(4):77-86.(persian)
10- Schwarzer R, Jerusalem M. Generalized self-efficacy scale. J Weinman, S Wright, & M Johnston, Measures in health psychology: A user's portfolio Causal and control beliefs. Windsor: NFER-NELSON 1995;35(37):82-003.
11- Cheraghi F, Hassani P, Riazi H. Correlation study of nursing students' self-efficacy with clinical performance. Avicenna J Nurs Midwifery Care 2011;19(1):35-45.(persian)
12- Farchi M, Cohen A, Mosek A. Developing specific self-efficacy and resilience as first responders among students of social work and stress and trauma studies. Journal of Teaching in Social Work 2014;34(2):129-146.
13- Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Newman TB. Designing clinical research: an epidemiologic approach. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013. p. 79.
14- Ghasempour S, Abbasi A, Basirinezhad MH, Dadgari A, Ebrahimi H. Relationship between resilience and self-efficacy among Iranian nurses: a cross-sectional study during the post-Corona era. BMC Nurs. 2024;23(1):243.
15- Khoshouei MS. Psychometric evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) using Iranian students. Int J Test 2009;9(1):60-66.
16- Cheraghi F, Hassani P, Yaghmaei F, Alavi-Majd H. Developing a valid and reliable Self-Efficacy in Clinical Performance scale. Int Nurs Rev 2009;56(2):214-221.
17- Khalifehzadeh A, Ranjbar Jahromi H , Karimyar M. Comparing the Effect of Simulated Patient and Lecture Training Methods in the Clinical Self-Efficacy of Nurses Caring for Patients With Acute Coronary Syndrome. Acta Medica Iranica2020: 58(7):340-344.
18- Orang T, Hosseinian S, Yazdi SM, Samari AA. Developing a model of psychological self-care training and its effectiveness on the resilience of vulnerable adolescent girls in Tehran. The Women and Families Cultural-Educational 2024; 19(68): 257-274.(persian)
19- Guo YF, Cross W, Plummer V, Lam L, Luo YH, Zhang JP. Exploring resilience in Chinese nurses: A cross- sectional study. J Nurs Manag 2017;25(3):223-230 PMID: 28164403.
20- Ren Y, Zhou Y, Wang S, Luo T, Huang M, Zeng Y. Exploratory study on resilience and its influencing factors among hospital nurses in Guangzhou, China. Int J Nurs Sci 2018;5(1):57-62 PMID: 31406802.
21- Schwarzer R, Renner B. Social-cognitive predictors of health behavior: action self-

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

efficacy and coping self-efficacy. Health Psychol 2000;19(5):487-495 PMID: 11007157.

22- Wang L, Tao H, Bowers BJ, Brown R, Zhang Y. Influence of social support and self-efficacy on resilience of early career registered nurses. West J Nurs Res 2018;40(5):648-664 PMID: 28322660.

23- Labrague LJ. Psychological resilience, coping behaviours and social support among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review of quantitative studies. J Nurs Manag 2021;29(7):1893-1905 PMID: 33843087.

24- Foster K, Roche M, Giandinoto JA, Furness T. Workplace stressors, psychological resilience, and mental health in nursing: a cross-sectional survey. Int J Ment Health Nursing. 2022;31(5):1254-1266. یافت نشد

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]