

The Relationship between Emotional Intelligence and Critical Thinking Style with Clinical Decision-making with the Mediation of Self-efficacy Beliefs and Self-confidence in the Nursing Staff of Rasht Hospitals

Sara Nejati¹, Simin Bashardoust^{2*}, Hayedeh Saberi²

1. PhD Student of General Psychology, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

***Corresponding Author:** Simin Bashardoust, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

Email: s.bashardost@riau.ac.ir

Received: 11 July 2022

Accepted: 27 August 2022

Published: 30 December 2022

How to cite this article:

Nejati S, Bashardoust S, Saberi H. The Relationship between Emotional Intelligence and Critical Thinking Style with Clinical Decision-making with the Mediation of Self-efficacy Beliefs and Self-confidence in the Nursing Staff of Rasht Hospitals. *Salāmat-i ijtimāi (Community Health)*. 2022; 9(6): 38-53. DOI: <http://doi.org/10.22037/ch.v9i6.31639>.

Abstract

Background and Objective: Nurses should be able to make accurate and appropriate clinical judgments about the health status of patients by combining their technical skills and professional knowledge. This study was conducted to determine the relationship between emotional intelligence and critical thinking style in clinical decision-making with the mediation of self-efficacy beliefs and self-confidence in the nursing staff of Rasht hospitals.

Materials and Methods: This descriptive-correlational study was conducted using the structural equation model with the participation of 364 nurses of Intensive care units in Rasht hospitals. The sampling method was random cluster sampling. Data was collected using questionnaires including nurses' clinical decision making, emotional intelligence, self-efficacy in clinical practice, critical thinking style, and self-confidence. The structural equation modeling method used for data analysis by AMOS-22 software.

Results: Findings were the total path coefficient (sum of direct and indirect path coefficients) between emotional intelligence and clinical decision-making pattern ($P < 0.001$, $\beta = 0.442$), between critical thinking style and clinical decision-making pattern ($P < 0.001$, $\beta = 0.335$), between self-efficacy beliefs and clinical decision-making pattern ($P < 0.001$, $\beta = 0.325$), between self-confidence and clinical decision-making pattern ($P < 0.001$, $\beta = 0.243$) and the indirect effect between emotional intelligence ($P < 0.001$, $\beta = 0.154$), and critical thinking style ($P < 0.001$, $\beta = 0.188$) on the pattern of positive clinical decision-making and It was meaningful. Emotional intelligence, critical thinking, self-efficacy beliefs and self-confidence explain a total of 59% of the variance of the decision-making pattern in nurses.

Conclusion: The study showed that self-efficacy beliefs and self-confidence mediated the relationship between emotional intelligence and critical thinking style with clinical decision-making among Rasht hospitals' nursing staff. Self-efficacy beliefs and self-confidence increased the relationship between emotional intelligence and critical thinking style with clinical decision-making.

Keywords: Self-confidence, Self-efficacy Beliefs, Nurses' Clinical Decision-making, Critical Thinking Style, Emotional Intelligence.

Conflict of Interest: None of the authors has any conflict of interest to disclose.

Ethical publication statement: We confirm that we have read the Journal's position on issues involved in ethical publication and affirm that this report is consistent with those guidelines.

Ethical code: IR.IAU.TON.REC.1400.024.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

رابطه هوش هیجانی و سبک تفکر انتقادی با تصمیم گیری بالینی با میانجی گری باورهای خودکارآمدی و اعتماد به نفس در کادر پرستاری بیمارستان های شهر رشت

سارا نجاتی^۱ , سیمین بشردوست^{۲*} , هایثده صابری^۲ 

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

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

* نویسنده مسئول: سیمین بشردوست، گروه روان شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

Email: s.bashardost@riau.ac.ir

تاریخ پذیرش: تیر ۱۴۰۱

تاریخ دریافت: شهریور ۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: پرستاران باید بتوانند با تلفیق مهارت های فنی و دانش حرفه ای خود، قضاوت های بالینی دقیق و مناسبی در مورد وضعیت سلامت بیماران انجام دهند. این مطالعه با هدف تعیین رابطه هوش هیجانی و سبک تفکر انتقادی با تصمیم گیری بالینی با میانجی گری باورهای خودکارآمدی و اعتماد به نفس در کادر پرستاری بیمارستان های شهر رشت انجام شد. **روش و مواد:** این مطالعه به صورت توصیفی-همبستگی با استفاده از مدل معادلات ساختاری با مشارکت ۳۶۴ نفر از پرستاران بخش مراقبت های ویژه بیمارستان های شهر رشت انجام شد. روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای بود و داده ها با استفاده از پرسشنامه تصمیم گیری بالینی پرستاران، پرسشنامه هوش هیجانی، پرسشنامه خودکارآمدی در عملکرد بالینی، پرسشنامه سبک تفکر انتقادی و پرسشنامه اعتماد به نفس جمع آوری و با استفاده از روش مدل یابی معادلات ساختاری و نرم افزار AMOS-22 تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: ضریب مسیر کل (مجموع ضرایب مسیر مستقیم و غیر مستقیم) بین هوش هیجانی و الگوی تصمیم گیری بالینی ($\beta=0/442, P<0/001$)، بین سبک تفکر انتقادی و الگوی تصمیم گیری بالینی ($\beta=0/335, P<0/001$)، بین باورهای خودکارآمدی و الگوی تصمیم گیری بالینی ($\beta=0/325, P<0/001$)، بین اعتماد به نفس و الگوی تصمیم گیری بالینی ($\beta=0/243, P<0/001$)، همچنین اثر غیر مستقیم بین هوش هیجانی ($\beta=0/154, P<0/001$) و سبک تفکر انتقادی ($P<0/001$)، بر الگوی تصمیم گیری بالینی مثبت و معنادار بود. هوش هیجانی، تفکر انتقادی، باورهای خودکارآمدی و اعتماد به نفس در مجموع ۵۹٪ از واریانس الگوی تصمیم گیری را در پرستاران تبیین می کند.

نتیجه گیری: مطالعه نشان داد باورهای خودکارآمدی و اعتماد به نفس در رابطه بین هوش هیجانی و سبک تفکر انتقادی با تصمیم گیری بالینی در کادر پرستاری بیمارستان های شهر رشت نقش میانجی داشتند. باورهای خودکارآمدی و اعتماد به نفس، رابطه بین هوش هیجانی و سبک تفکر انتقادی با تصمیم گیری بالینی را افزایش دادند.

واژگان کلیدی: اعتماد به نفس، باورهای خودکارآمدی، تصمیم گیری بالینی پرستاران، سبک تفکر انتقادی، هوش هیجانی.

مقدمه

پرستاران به عنوان بزرگ ترین بخش از نیروهای حرفه ای در خط مقدم ارائه خدمات در سیستم بهداشتی درمانی دارای نقش ها و وظایف متعدد و گسترده ای هستند، به دلیل همین تعدد و پیچیدگی های نقش، است که یک پرستار نیاز به احساس مسئولیت، دقت و هوشیاری زیادی دارد (۱). تصمیم گیری بالینی یک فرایند پیچیده است که در فعالیت حرفه ای پرستاری ادغام شده است (۲).

مسئولیت های پرستاری و لزوم تصمیم گیری های حساس در خدمات پرستاری ایجاب می کند که پرستاران توان دلاوری در موقعیت های خطیر بالینی و تصمیم گیری برای حفظ زندگی بیماران در موقعیت های پیچیده را داشته باشند و از آنجا که شرایط حاکم بر محیط کار پرستاران همواره پویا و متغیر است بنابراین آنها باید تصمیم گیرندگان باکفایتی بوده و بتوانند با تلفیق مهارت های فنی و دانش حرفه ای خود، قضاوت های بالینی دقیق و مناسبی درمورد وضعیت سلامت بیماران انجام دهند (۳). به نظر می رسد عوامل شناختی و هیجانی در فرایند تصمیم گیری به ویژه فرایند خطیر و مهم تصمیم گیری بالینی نقش داشته باشند. از جمله این عوامل، هوش هیجانی و سبک تفکر انتقادی است. هوش هیجانی یک مفهوم کاربردی برای پرستاران بالینی است تا بتوانند خواسته ها و نظرات بیماران را درک کنند و افزایش مهارت های هوش هیجانی به پرستاران کمک می کند تا بتوانند خواسته های عاطفی در محیط رقابتی را که می تواند استرس زا و خسته کننده باشد و به فرسودگی شغلی منجر شود، برطرف کنند (۴). پرستاران باید توانایی تشخیص و مدیریت هیجانات و احساسات خود و بیماران و برقراری ارتباطات اجتماعی مناسب و همدلانه را که ازجمله عوامل تشکیل دهنده هوش هیجانی هستند، داشته باشند (۵). هوش هیجانی شامل مجموعه ای از هیجانات، دانش اجتماعی و توانمندی هایی است که قدرت کلی فرد را در جهت هدایت و تقویت می کند که بتواند به عوامل و فشارهای محیطی پاسخی مناسب بدهد (۶). سطح بالای هوش هیجانی با تنیدگی رابطه معکوس دارد و پرستاران دارای هوش هیجانی بالا، از خودآگاهی بیشتر، مهارت های بین فردی بالاتر، همدلی و سازگاری بهتر و پاسخ مؤثرتر به نیازهای عاطفی بیمار برخوردار هستند. پیرامون رابطه بین هوش هیجانی و تصمیم گیری بالینی، Hutchinson و همکاران نشان دادند هوش هیجانی، پرستاران را در تصمیم گیری بالینی باانگیزه و درگیر می کند (۷). در مطالعه مسعودی و علوی بین هوش هیجانی و تصمیم گیری بالینی همبستگی مثبت یافت شد (۸). مطالعه ابراهیمی و همکاران نیز نشان داد هیجانات منفی همچون استرس شغلی و تنش اخلاقی در واکنش پرستاران به تصمیم گیری اخلاقی نقش دارند (۹). ایمنی و همکاران در مطالعه ای نشان دادند بین هوش هیجانی و صلاحیت بالینی پرستاران همبستگی معنادار و مثبت وجود دارد (۱۰). از سویی دیگر، تفکر انتقادی معطوف به هدف و مبتنی بر نتیجه است که نیاز به قضاوت دارد. همچنین به عنوان یک فرایند شناختی، درک بنیادی برای رشد و بهره مندی از دانش محسوب می گردد. تفکر انتقادی در پرستاران به عنوان مفهومی مهم در نظر گرفته می شود که می تواند اقدامات پرستاری را تحت تأثیر قرار دهد چراکه ناتوانی در کسب این مهارت منجر به کاهش کیفیت ارائه خدمات مراقبتی به بیماران می شود (۱۱). تمایل به تفکر انتقادی بر توانایی عملکرد بالینی در پرستاران مؤثر است. تفکر انتقادی همچنین برای حل مسائل، تصمیم گیری و استنتاج استفاده می شود. هدف نهایی هر تصمیم گیری بالینی دستیابی به بهترین پیامدهای سلامت برای بیماران است و تحت تأثیر ویژگی های شخصیتی، تفکر انتقادی و دانش تئوری و عملی پرستاران قرار دارد. پرستارانی که در انجام مراقبت هایشان از مهارت های تفکر انتقادی استفاده می نمایند در فرایند تصمیم گیری اعتماد به نفس بیشتری داشته و می توانند از تصمیم های اخذ شده دفاع نمایند. داشتن مهارت و توانایی تفکر انتقادی موجب می شود که پرستاران در تصمیم گیری های خود از روش های منطقی بهره گرفته و دارای توانمندی تصمیم گیری عقلایی باشند (۱۲). برخی مطالعات به بررسی رابطه بین تفکر انتقادی و تصمیم گیری بالینی پرداخته اند. مطالعه Hill (۱۳) و جهانپور و عضدی (۱۴) نشان داد بین تفکر انتقادی و تصمیم گیری رابطه وجود دارد. با توجه به این که در این پژوهش داده ها با روش مدل یابی معادلات ساختاری مورد تحلیل قرار گرفته است و در این مدل متغیر الگوی تصمیم گیری بالینی فاقد مؤلفه یا نشانگر بود، به همین دلیل متغیر مزبور با استفاده از تکنیک توازن گویه- به سازه (item-to-construct balance technique) تبدیل به

چهار واحد تلفیق گویه (Item Parcel) شد (۱۲). بدین صورت که در پرسشنامه ۲۴ گویه ای الگوی تصمیم گیری بالینی، سه گویه با بالاترین همبستگی کلی به عنوان پایه (anchor) هر واحد تلفیق گویه ای در نظر گرفته شدند و در ادامه گویه های با ضرایب همبستگی پایین تر به تناوب به آن واحد ها اضافه شد.

یکی دیگر از عوامل مهم در عملکرد حرفه ای پرستاران، خودکارآمدی است. خودکارآمدی یک مفهوم شخصی، موقعیتی و وابسته به زمینه است که سطوح آن بیانگر کفایت شخصی در دستیابی به اهداف به شمار می روند. پرستاران نیاز دارند از کفایت و توانایی خود جهت ارائه مراقبت حرفه ای از بیماران و تصمیم گیری های شغلی خود مطمئن باشند. همچنین باور داشته باشند که می توانند نتایج مطلوب و موردانتظار را ایجاد کنند، درغیراین صورت با کاهش انگیزه شغلی مواجه می شوند (۱۵). خودکارآمدی عاملی مهم و ضروری در بهبود رضایت شغلی پرستاران و بهبود عملکرد آنها است و می تواند موفقیت شغلی پرستاران را پیش بینی نماید. خودکارآمدی عاملی مهم در صلاحیت پرستاری به شمار می رود و با آمادگی مقابله با فجایع مرتبط با کار، رابطه دارد. بین خودکارآمدی و تصمیم گیری بالینی رابطه وجود دارد و الگوهای تصمیم گیری بالینی، تحت تأثیر خودکارآمدی پرستاران قرار دارد (۱۶). از سویی دیگر، اعتماد به نفس یکی از مؤلفه های مرتبط با افزایش نگرش مثبت به حرفه، احساس قدرتمندی و داشتن چشم انداز بهتر برای آینده در حرفه پرستاری معرفی شده است. اعتماد به نفس از جمله فاکتورهایی است که به پرستاران این امکان را می دهد تا تصمیمات مناسبی را برای مراقبت از بیمار اتخاذ نمایند. بالا بردن اعتماد به نفس در پرستاران یک پیامد مطلوب محسوب می شود و این افراد مؤثرتر و خلاق تر رفتار می نمایند (۱۷). پرستاران خبره و با تجربه بالینی بیشتر، اعتماد به نفس بالایی در مدیریت بخش های حساس بیمارستانی دارند (۱۷). پرستاران با اعتماد به نفس بیشتر، مؤثرتر و خلاقانه تر رفتار می کنند و این موجب قدرتمندتر شدن و چشم انداز بهتر برای آینده حرفه ای آنان می شود (۱۶). اسماعیلی و همکاران در مطالعه خود نشان دادند اعتماد به نفس باعث سرعت در تصمیم گیری و اجرای صحیح تصمیم می شود (۱۸). Fry & MacGregor نیز نشان دادند که اعتماد به نفس منبع مهمی است که توانایی پرستار را در حل مسئله و تفکر انتقادی برای عملکرد بهتر برای تصمیم گیری بالینی در بخش اورژانس حفظ می کند (۱۹).

با توجه به مسئولیت ها و گستردگی حیطه عملی پرستاری و لزوم تصمیم گیری های صحیح و حساس در خدمات پرستاری لازم است پرستاران قادر به قضاوت در موقعیت های خطیر بالینی و تصمیم گیری برای حفظ حیات در موقعیت های پیچیده باشند، بنابراین بررسی نقش عوامل پیش بین و مؤثر در این مهم، محور مطالعه حاضر بوده است. همچنین، با پی بردن به فرایند تصمیم گیری بالینی و میزان رابطه بین سایر متغیرهای مورد مطالعه با تصمیم گیری بالینی در پرستاران، می توان به راهکارهایی دست یافت که پرستاران به سطح بالاتری از توانمندی دست یابند و تصمیمات بالینی بهتری بگیرند. از این رو، مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه هوش هیجانی و سبک تفکر انتقادی با تصمیم گیری بالینی با میانجی گری باورهای خودکارآمدی و اعتماد به نفس در کادر پرستاری بیمارستان های شهر رشت انجام شد.

روش و مواد

روش این مطالعه از نوع توصیفی - همبستگی با تکیه بر مدل یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری این مطالعه پرستاران بخش مراقبت های ویژه بیمارستان های شهر رشت در بازه زمانی دی ماه ۱۴۰۰ تا اردیبهشت ۱۴۰۱ بودند. در این پژوهش روش نمونه گیری به صورت تصادفی خوشه ای بود. پژوهشگر بر اساس سهولت دسترسی به جامعه آماری پژوهش، از بین ۱۷ بیمارستان واقع در شهر رشت، هشت بیمارستان را به صورت تصادفی انتخاب کرد. از بین بخش های مختلف این بیمارستان ها بخش مراقبت های ویژه انتخاب شد. بیمارستان ها عبارت بودند از گلزار، آریا، قائم، پارس، ولیعصر، رازی، پورسینا و حشمت. بعد از هماهنگی لازم با مسئولین بیمارستان ها، ابتدا لیست تمام پرستاران شاغل در بخش مراقبت های ویژه بیمارستان ها تهیه شد. این لیست برای بیمارستان گلزار شامل ۴۸ پرستار، آریا ۵۰، قائم ۶۲، پارس ۴۰، ولیعصر ۲۶، رازی ۸۹، پورسینا ۱۱۵ و حشمت ۵۵ پرستار و در مجموع شامل ۴۸۵ نفر بود. سپس پژوهشگر ضمن معرفی خود به پرستاران بیمارستان های مذکور و اخذ رضایتنامه آگاهانه از آنها، به جمع آوری داده ها اقدام نمود. تعداد نمونه بر اساس نظر

Kline (۲۰) تعیین شد مبنی بر اینکه در روش مدلسازی معادلات ساختاری تعداد نمونه به ازای کلیه شاخص های پژوهش، ۱۰ تا ۲۰ نمونه و با حداقل تعداد نمونه ۲۰۰ تعیین شود. با احتساب کلیه شاخص های مدل مطالعه حاضر (مجموعاً ۲۳ شاخص) برآورد اولیه تعداد نمونه به ازای هر شاخص ۱۵ نمونه جمعاً ۳۴۵ نمونه محاسبه شد که با در نظر گرفتن افت شرکت کنندگان، لینک ۳۸۰ پرسشنامه آنلاین از طریق پیام رسان واتساپ ارسال شد و در نهایت داده های مربوط به ۳۶۴ نمونه مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. همه پرسشنامه ها بدون نام بودند و این اطمینان به شرکت کنندگان داده شد که اطلاعات آن ها به صورت محرمانه باقی خواهد ماند و تنها در راستای اهداف پژوهش استفاده خواهد شد. ابزار گردآوری داده ها در پژوهش حاضر به شرح زیر بود:

پرسشنامه تصمیم گیری بالینی: نسخه ۲۴ آیتی پرسشنامه تصمیم گیری بالینی پرستاران توسط Lauri & Salantera (۲۰۰۲) طراحی و جهت اندازه گیری و توصیف مدل تصمیم گیری بالینی پرستاران استفاده شد که شامل ۲۴ عبارت با پنج گزینه، جهت پاسخگویی است. گزینه های آن شامل همیشه، اغلب، گاهی، به ندرت و هرگز می باشد. جهت تصحیح پرسشنامه به گزینه هرگز نمره یک و به گزینه همیشه نمره پنج داده می شود (۲۱). عملکرد ابزار جهت طبقه بندی تصمیم گیری پرستاران در یکی از مدل های زیر می باشد: تحلیلی، تحلیلی-شهودی و شهودی. نمره زیر ۶۷ نشان دهنده تصمیم گیری تحلیلی است، نمره بین ۶۸ تا ۷۸ سطح دوم تصمیم گیری یعنی تحلیلی - شهودی است و نمره بالای ۷۸ نشان دهنده سطح سوم تصمیم گیری یعنی شهودی است (۲۱). این پرسشنامه دارای نمره کل است. پایایی ابزار بر اساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ بود. برای بررسی اعتبار محتوی و ساختاری ابزار تحلیل عاملی اکتشافی انجام شد. یافته ها نشان داد که آیتم های تحلیلی ارتباط مثبت معنادار با یکدیگر داشتند. آیتم های شهودی همبستگی معنی دار مثبت با یکدیگر داشتند. ولی آیتم های شهودی - تحلیلی با یکدیگر ارتباطی نداشتند یا ارتباطشان منفی بود (۲۱). در مطالعه نوحی و همکاران، این پرسشنامه توسط پژوهشگر و یک استاد زبان انگلیسی به فارسی ترجمه و سپس دوباره به انگلیسی ترجمه شد. بعد از بررسی و رفع مشکلات ترجمه، ابزار در اختیار ده نفر از اساتید هیئت علمی دانشگاه کرمان قرار گرفت تا از نظر اعتبار محتوا مورد بررسی قرار گیرد. همچنین برای پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شد که ۰/۸۵ به دست آمد (۲۲). در مطالعه پاریاد و همکاران برای تأیید روایی محتوایی، پرسشنامه در اختیار اساتید پرستاری و اساتید زبان انگلیسی قرار گرفت و روایی آن تأیید شد. پایایی پرسشنامه نیز در یک مطالعه بر روی پرستاران طرحی در رشت با استفاده از روش همبستگی درونی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ تأیید شد (۲۳). ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر، ۰/۷۹ به دست آمد.

پرسشنامه سبک تفکر انتقادی: پرسشنامه گرایش به تفکر انتقادی توسط Ricketts (۲۰۰۳) ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۳۳ سؤال پنج گزینه ای در مقیاس لیکرت از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم با نمره دهی ۱ تا ۵ تنظیم شده است (۲۴). حداقل و حداکثر نمره کسب شده در این پرسشنامه به ترتیب ۳۳ و ۱۶۵ امتیاز است و نمره بیشتر در این مقیاس به معنای تفکر انتقادی بالاتر می باشد. این پرسشنامه دارای نمره کل است. در جملات ۲، ۱۲، ۱۵، ۱۹، ۲۳، ۳۰، ۳۲ و ۳۳ نمره گذاری به صورت معکوس انجام می شود. این پرسشنامه دارای سه خرده مقیاس خلاقیت (۱، ۵، ۷، ۱۱، ۱۴، ۱۷، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۸ و ۲۹)، بالندگی یا بلوغ شناختی (۲، ۱۲، ۱۵، ۱۹، ۲۳، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳) و درگیر شدن یا تعهد (۳، ۴، ۶، ۸، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۷) است. این پرسشنامه همچنین نمره کل دارد. Ricketts به منظور هنجاریابی پرسشنامه گرایش به تفکر انتقادی آن را بر روی ۶۰ نفر از دانشجویان اجرا کرد. ضریب پایایی برای خلاقیت ۰/۷۵، بلوغ شناختی ۰/۵۷ و درگیر شدن ۰/۸۶ به دست آمد (۲۴). این پرسشنامه در ایران توسط پاک مهر و همکاران روان سنجی و اعتباریابی شده است و روایی سازه آن مورد تأیید قرار گرفت و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ، ۰/۷ گزارش شد (۲۵). در مطالعه لطفی و همکاران پایایی این ابزار برای خرده مقیاس های خلاقیت، بلوغ شناختی و درگیر شدن به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۸۰ و ۰/۵۷ گزارش شد (۲۶). ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر، ۰/۸۱ به دست آمد.

پرسشنامه هوش هیجانی: این پرسشنامه به وسیله Bradbury, & Greaves (۲۰۰۵) ساخته شد و دارای ۲۸ ماده است که پارامترهای هوش هیجانی کلی، خودآگاهی، خودمدیریتی، آگاهی اجتماعی و مدیریت روابط را اندازه گیری می کند (۲۷).

شیوه نمره گذاری آزمون لیکرت و با استفاده از مقیاس شش درجه ای از ۱ تا ۶ انجام می شود، به این ترتیب جمع نمراتی که پاسخ دهنده در هر یک از سوالات کسب می کند نمره خام آزمون را تشکیل می دهد و نمرات بیشتر نشان دهنده هوش هیجانی بالاتر خواهد بود. این پرسشنامه دارای نمره کل است. در این پرسشنامه، سوالات ۱ تا ۶ مولفه خودآگاهی، ۷ تا ۱۵ مولفه خود مدیریتی، ۱۶ تا ۲۰ مولفه آگاهی اجتماعی و ۲۱ تا ۲۸ مولفه مدیریت روابط را مورد سنجش قرار می دهند. از میانگین مجموع نمرات مولفه ها، نمره کلی هوش هیجانی بدست می آید (۲۷). پایایی این آزمون در مطالعات مختلف بر اساس روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش شده است. روایی این مقیاس نیز توسط گنجی و همکاران با روش ضریب همبستگی همگرا با آزمون هوش هیجانی بار آن با ۰/۶۷ محاسبه شده است (۲۸). ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر، ۰/۸۵ به دست آمد.

پرسشنامه باورهای خودکارآمدی: پرسشنامه خودکارآمدی در عملکرد بالینی توسط چراغی و همکاران (۲۰۰۹) ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۳۷ سوال است که چهار خرده مقیاس ارزیابی بیمار (جملات ۱ تا ۱۲)، تشخیص و برنامه ریزی مراقبتی (جملات ۱۳ تا ۲۱)، اجرای برنامه مراقبتی (جملات ۲۲ تا ۳۱) و ارزشیابی برنامه مراقبتی (جملات ۳۲ تا ۳۷) را در مقیاس پنج درجه ای لیکرت از کاملاً مخالفم (نمره ۰) تا کاملاً موافقم (نمره ۴) می سنجد. نمره این پرسشنامه از ۰ تا ۱۴۸ متغیر است. این پرسشنامه دارای نمره کل است و نمرات بیشتر نشان دهنده باورهای خودکارآمدی بالاتر خواهد بود. روایی این پرسشنامه توسط چراغی و همکاران به روش صوری و محتوایی محاسبه و به میزان ۰/۹۷ گزارش شد. پایایی این ابزار نیز توسط آزمون آلفای کرونباخ ۰/۹۴ برآورد شد (۲۹). ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر، ۰/۸۵ به دست آمد.

پرسشنامه اعتماد به نفس: پرسشنامه اعتماد به نفس توسط Shrauger & Schohn (۱۹۹۵) ساخته شد (۳۰). این پرسشنامه شامل ۵۴ سؤال و هشت خرده مقیاس تعامل های اجتماعی (جملات ۱، ۹، ۲۴، ۲۶، ۳۸، ۴۲ و ۵۲)، حالت های خلقی (جملات ۲، ۵، ۲۲، ۲۵، ۳۰، ۴۷ و ۵۳)، وضع ظاهر فیزیکی (جملات ۳، ۶، ۱۲، ۲۰، ۳۵، ۴۵، ۵۴)، روابط عاطفی (جملات ۴، ۳۴، ۳۹، ۴۴، ۴۸، ۵۱)، فعالیت فیزیکی یا ورزشی (جملات ۷، ۱۰، ۱۴، ۱۷، ۲۳، ۵۰)، توانمندی در صحبت با مردم (جملات ۸، ۱۳، ۱۹، ۳۲، ۳۷، ۴۶)، عملکرد دانشگاهی و آکادمیک (جملات ۱۱، ۱۶، ۲۱، ۳۶، ۴۰، ۴۱) و عملکرد عمومی (جملات ۱۵، ۱۸، ۲۷، ۲۹، ۳۱، ۳۳، ۴۳، ۴۹) است. بنابراین شش بخش سنجش محتوای خاص در ارزیابی اعتماد به نفس درک شده فرد نسبت به عملکرد وی را اندازه گیری می کند که عملکرد دانشگاهی و آکادمیک، وضع ظاهر فیزیکی، فعالیت فیزیکی یا ورزشی، روابط عاطفی، تعامل های اجتماعی و توانمندی در صحبت با مردم را شامل می شود. دو حوزه دیگر شامل سنجش اعتماد به نفس در انجام صحیح عملکرد عمومی و دیگری حوزه حالت های خلقی در سنجش اعتماد به نفس است. نمره گذاری این پرسشنامه در مقیاس لیکرت پنج درجه ای از هرگز یا تقریباً هرگز (نمره ۱) تا تقریباً همیشه یا همیشه (نمره ۵) صورت می گیرد. این پرسشنامه دارای نمره کل است و نمرات بیشتر نشان دهنده عزت نفس بالاتر خواهد بود. با توجه به اینکه جامعه مطالعه حاضر، پرستاران بودند، سوالات مربوط به عملکرد دانشگاهی و آکادمیک حذف شدند. ویژگی های روان سنجی این پرسشنامه در مطالعه مهری و همکاران مورد بررسی قرار گرفت. توافق کلی در مناسب بودن سوالات ۹۲/۶ و برای شفاف بودن ۸۳/۳۳ بود. درصد توافق جامع بودن کلی نسبت به سوالات ۱۰۰ درصد به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ و همبستگی خوشه ای تمام حیطه ها بالای ۰/۷ بود. ضریب همبستگی درون خوشه ای هرکدام از سوالات نیز ۰/۷۲-۰/۹۸ به دست آمد (۳۱). ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر، ۰/۸۴ به دست آمد.

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از روش مدل یابی معادلات ساختاری و نرم افزار AMOS-22 انجام شد.

یافته ها

در پژوهش حاضر ۲۷۷ (۷۶/۱٪) زن و ۸۷ (۲۳/۹٪) مرد شرکت کردند. میانگین (انحراف معیار) سن شرکت کنندگان، (۱۱/۵) ۴۴/۸ سال بود. جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب آلفای کرونباخ متغیرهای مورد مطالعه را نشان می دهد.

جدول شماره ۱- میانگین، انحراف استاندارد و ضریب آلفای کرونباخ متغیرها

متغیر	میانگین	انحراف معیار	آلفای کرونباخ
تفکر انتقادی- خلاقیت	۲۸/۱	۶/۸	۰/۷۲
تفکر انتقادی- بالندگی	۲۳/۱	۴/۹	۰/۶۷
تفکر انتقادی- تعهد	۳۰/۷	۷/۱	۰/۸۳
هوش هیجانی- خودآگاهی	۱۹/۴	۴/۳	۰/۷۰
هوش هیجانی- خودمدیریتی	۲۶/۳	۴/۵	۰/۷۶
هوش هیجانی- آگاهی اجتماعی	۲۱/۴	۴/۱	۰/۶۸
هوش هیجانی- مدیریت رابطه	۲۷/۷	۵/۵	۰/۷۷
اعتماد به نفس- تعاملات اجتماعی	۱۹/۳	۴/۸	۰/۶۸
اعتماد به نفس- حالت های خلقی	۱۶/۱	۴/۱	۰/۷۳
اعتماد به نفس- وضع ظاهری	۱۶/۲	۳/۷	۰/۷۵
اعتماد به نفس- روابط عاطفی	۱۵/۸	۴/۰	۰/۶۳
اعتماد به نفس- فعالیت فیزیکی	۱۴/۱	۳/۶	۰/۸۵
اعتماد به نفس- وضع توانمندی در صحبت	۱۵/۳	۴/۳	۰/۷۳
اعتماد به نفس- عملکرد عمومی	۲۱/۶	۵/۷	۰/۷۱
باورهای خودکارآمدی- ارزیابی بیمار	۱۸/۱	۴/۵	۰/۸۰
باورهای خودکارآمدی- تشخیص و برنامه ریزی مراقبتی	۱۵/۲	۳/۱	۰/۷۲
باورهای خودکارآمدی- اجرای برنامه مراقبتی	۱۷/۲	۴/۶	۰/۷۵
باورهای خودکارآمدی- ارزشیابی برنامه مراقبتی	۷/۹	۲/۴	۰/۶۹
الگوی تصمیم گیری- واحد تلفیق ۱	۲۸/۱	۷/۹	۰/۷۵
الگوی تصمیم گیری- واحد تلفیق ۲	۲۸/۰	۷/۹	۰/۷۳
الگوی تصمیم گیری- واحد تلفیق ۳	۲۷/۸	۶/۲	۰/۷۷

جدول شماره ۱ علاوه بر میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش، ضرایب آلفای کرونباخ هر یک از آنها را نشان می دهد. همچنان که ملاحظه می شود ضرایب آلفای کرونباخ همه مؤلفه ها نزدیک به یا بالاتر از ۰/۷ است. این موضوع بیانگر آن است که گویه های هر یک از پرسشنامه های به کار گرفته شده برای سنجش متغیرهای پژوهش از همسانی درونی قابل قبولی برخوردارند. جدول شماره ۲ ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش را نشان می دهد.

نتایج نشان داد با افزایش هوش هیجانی با میانگین (انحراف معیار) (۲۳/۲) ۸۷/۴، تفکر انتقادی با میانگین (انحراف معیار) (۲۰/۱) ۷۴/۶، باورهای خودکارآمدی با میانگین (انحراف معیار) (۱۴/۶) ۶۵/۸، میزان عزت نفس با میانگین (انحراف معیار) (۵۱/۵) ۱۳۶/۷ و الگوی تصمیم گیری با میانگین (انحراف معیار) (۱۶/۷) ۷۶/۴ افزایش یافت. جدول ۲ ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش حاضر را نشان می دهد. ضرایب همبستگی بین متغیرها در جهت مورد انتظار و همسو با تئوری های حوزه پژوهش بودند. در ادامه به منظور ارزیابی مفروضه نرمال بودن توزیع داده های تک متغیری، کشیدگی و چولگی تک متغیرها و به منظور ارزیابی مفروضه همخطی بودن عامل تورم واریانس و ضریب تحمل متغیرهای پیش بین مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول شماره ۲- ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳
۱. تفکر انتقادی- خلاقیت	-												
۲. تفکر انتقادی- بالندگی	۰/۴۷**	-											
۳. تفکر انتقادی- تعهد	۰/۵۹**	۰/۶۸**	-										
۴. هوش هیجانی- خودآگاهی	۰/۳۲**	۰/۱۹**	۰/۲۶**	-									
۵. هوش هیجانی- خودمدیریتی	۰/۴۳**	۰/۳۷**	۰/۴۳**	۰/۵۴**	-								
۶. هوش هیجانی- آگاهی اجتماعی	۰/۱۹**	۰/۱۴**	۰/۱۰	۰/۲۹**	۰/۴۲**	-							
۷. هوش هیجانی- مدیریت رابطه	۰/۱۰	۰/۰۶	۰/۰۱	۰/۴۱**	۰/۴۰**	۰/۵۶**	-						
۸. اعتماد به نفس- تعاملات اجتماعی	۰/۲۸**	۰/۱۷**	۰/۲۸**	۰/۱۹**	۰/۳۳**	۰/۱۲**	۰/۱۷**	-					
۹. اعتماد به نفس- حالت های خلقی	۰/۳۲**	۰/۱۷**	۰/۳۰**	۰/۲۳**	۰/۳۴**	۰/۱۱**	۰/۱۴**	۰/۶۰**	-				
۱۰. اعتماد به نفس- وضع ظاهری	۰/۲۵**	۰/۰۹	۰/۲۴**	۰/۱۹**	۰/۲۷**	۰/۰۸	۰/۰۹	۰/۶۶**	۰/۶۹**	-			
۱۱. اعتماد به نفس- روابط عاطفی	۰/۳۱**	۰/۱۴**	۰/۳۰**	۰/۱۸**	۰/۳۰**	۰/۰۷	۰/۰۲	۰/۵۳**	۰/۶۳**	۰/۵۳**	-		
۱۲. اعتماد به نفس- فعالیت فیزیکی	۰/۲۴**	۰/۱۱**	۰/۲۶**	۰/۱۳**	۰/۲۸**	۰/۰۲	۰/۰۴	۰/۵۸**	۰/۶۷**	۰/۷۵**	۰/۶۴**	-	
۱۳. اعتماد به نفس- وضع توانمندی در صحبت	۰/۲۶**	۰/۰۸	۰/۲۲**	۰/۱۹**	۰/۳۱**	۰/۰۶	۰/۰۱	۰/۶۱**	۰/۶۳**	۰/۶۸**	۰/۵۱**	۰/۶۰**	-
۱۴. اعتماد به نفس- عملکرد عمومی	۰/۱۷**	۰/۱۱**	۰/۴۱**	۰/۱۳**	۰/۱۸**	۰/۰۲	۰/۱۱**	۰/۴۲**	۰/۳۸**	۰/۴۲**	۰/۲۶**	۰/۶۳**	۰/۳۱**
۱۵. باورهای خودکارآمدی- ارزیابی بیمار	۰/۳۸**	۰/۲۲**	۰/۳۵**	۰/۲۱**	۰/۳۲**	۰/۰۵	۰/۰۷	۰/۲۹**	۰/۲۶**	۰/۲۱**	۰/۲۹**	۰/۴۴**	۰/۲۴**
۱۶. باورهای خودکارآمدی- تشخیص و برنامه ریزی مراقبتی	۰/۳۳**	۰/۲۶**	۰/۳۵**	۰/۱۹**	۰/۳۴**	۰/۰۹	۰/۰۲	۰/۳۳**	۰/۳۴**	۰/۳۰**	۰/۳۶**	۰/۲۵**	۰/۲۸**
۱۷. باورهای خودکارآمدی- اجرای برنامه مراقبتی	۰/۳۱**	۰/۲۴**	۰/۳۵**	۰/۱۷**	۰/۳۶**	۰/۰۷	۰/۰۴	۰/۳۱**	۰/۴۱**	۰/۳۶**	۰/۲۹**	۰/۲۸**	۰/۳۳**
۱۸. باورهای خودکارآمدی- ارزشیابی برنامه مراقبتی	۰/۲۹**	۰/۲۲**	۰/۳۱**	۰/۱۴**	۰/۳۴**	۰/۰۳	۰/۰۶	۰/۲۸**	۰/۳۶**	۰/۳۱**	۰/۳۱**	۰/۴۲**	۰/۳۱**
۱۹. الگوی تصمیم گیری- واحد تلفیق ۱	۰/۴۴**	۰/۳۴**	۰/۴۲**	۰/۳۵**	۰/۵۱**	۰/۱۲**	۰/۱۹**	۰/۴۲**	۰/۴۵**	۰/۳۷**	۰/۴۶**	۰/۳۴**	۰/۳۷**
۲۰. الگوی تصمیم گیری- واحد تلفیق ۲	۰/۴۱**	۰/۲۸**	۰/۴۷**	۰/۳۳**	۰/۴۳**	۰/۱۴**	۰/۲۲**	۰/۳۸**	۰/۴۶**	۰/۳۹**	۰/۴۱**	۰/۴۰**	۰/۳۳**
۲۱. الگوی تصمیم گیری- واحد تلفیق ۳	۰/۴۷**	۰/۳۳**	۰/۳۶**	۰/۳۸**	۰/۴۹**	۰/۱۷**	۰/۲۴**	۰/۴۱**	۰/۴۸**	۰/۳۶**	۰/۳۹**	۰/۳۷**	۰/۳۰**

ادامه جدول شماره ۲- ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱
۱۴. اعتماد به نفس- عملکرد عمومی	-							
۱۵. باورهای خودکارآمدی- ارزیابی بیمار	۰/۲۱**	-						
۱۶. باورهای خودکارآمدی- تشخیص و برنامه ریزی مراقبتی	۰/۱۵**	۰/۶۳**	-					
۱۷. باورهای خودکارآمدی- اجرای برنامه مراقبتی	۰/۲۷**	۰/۵۱**	۰/۵۹**	-				
۱۸. باورهای خودکارآمدی- ارزشیابی برنامه مراقبتی	۰/۲۵**	۰/۵۸**	۰/۴۷**	۰/۴۲**	-			
۱۹. الگوی تصمیم گیری- واحد تلفیق ۱	۰/۳۲**	۰/۴۳**	۰/۴۳**	۰/۵۱**	۰/۴۵**	-		
۲۰. الگوی تصمیم گیری- واحد تلفیق ۲	۰/۲۸**	۰/۳۶**	۰/۴۰**	۰/۴۸**	۰/۴۱**	۰/۷۷**	-	
۲۱. الگوی تصمیم گیری- واحد تلفیق ۳	۰/۳۱**	۰/۴۰**	۰/۳۸**	۰/۴۴**	۰/۴۳**	۰/۷۲**	۰/۷۳**	-

*P<۰/۰۵ و **P<۰/۰۰۱

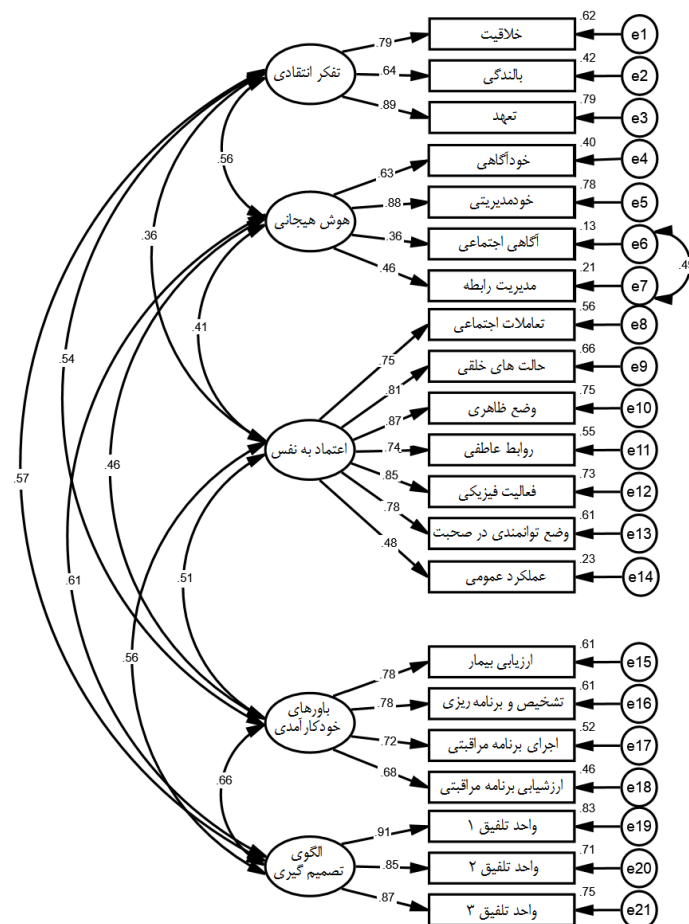
جدول شماره ۳ نشان می دهد که مقادیر چولگی و کشیدگی مربوط به متغیرها در محدوده +۲ و -۲ قرار دارد. این مطلب بیانگر آن است که توزیع داده های مربوط به متغیرهای پژوهش از نرمال بودن تک متغیری انحراف آشکاری ندارند. علاوه بر این، جدول شماره ۳ نشان می دهد که مقادیر ضریب تحمل همه متغیرهای پیش بین بزرگ تر از ۰/۱ و مقادیر عامل تورم واریانس آنها کوچک تر از ۱۰ است. بر این اساس می توان گفت مفروضه همخطی بودن در بین داده های پژوهش حاضر برقرار است. در این تحقیق به منظور ارزیابی

جدول شماره ۳- بررسی مفروضه های نرمال بودن و همخطی بودن

متغیر	مفروضه نرمال بودن		مفروضه همخطی بودن	
	چولگی	کشیدگی	ضریب تحمل	تورم واریانس
تفکر انتقادی- خلاقیت	۰/۰۳	-۰/۵۱	۰/۴۵	۲/۲۰
تفکر انتقادی- بالندگی	-۰/۱۹	-۰/۱۳	۰/۶۱	۱/۶۵
تفکر انتقادی- تعهد	۰/۳۸	-۰/۳۶	۰/۳۸	۲/۶۷
هوش هیجانی- خودآگاهی	-۰/۴۷	۰/۳۵	۰/۶۰	۱/۶۶
هوش هیجانی- خودمدیریتی	۰/۲۰	۰/۴۶	۰/۴۷	۲/۱۳
هوش هیجانی- آگاهی اجتماعی	-۰/۷۴	۰/۹۷	۰/۶۱	۱/۶۳
هوش هیجانی- مدیریت رابطه	-۰/۴۶	-۰/۳۷	۰/۵۳	۱/۸۷
اعتماد به نفس- تعاملات اجتماعی	-۰/۱۱	-۰/۲۳	۰/۴۳	۲/۳۱
اعتماد به نفس- حالت های خلقی	۰/۳۹	-۰/۵۱	۰/۳۵	۲/۸۴
اعتماد به نفس- وضع ظاهری	۰/۳۰	-۰/۴۹	۰/۲۹	۳/۴۲
اعتماد به نفس- روابط عاطفی	-۰/۳۴	-۰/۲۶	۰/۴۷	۲/۱۲
اعتماد به نفس- فعالیت فیزیکی	۰/۶۹	-۰/۲۰	۰/۳۱	۳/۲۶
اعتماد به نفس- وضع توانمندی در صحبت	۰/۲۳	-۰/۵۸	۰/۴۲	۲/۴۱
اعتماد به نفس- عملکرد عمومی	۰/۰۸	۰/۸۵	۰/۶۰	۱/۶۶
باورهای خودکارآمدی- ارزیابی بیمار	۱/۳۰	۰/۷۹	۰/۴۵	۲/۲۳
باورهای خودکارآمدی- تشخیص و برنامه ریزی مراقبتی	۰/۶۶	۰/۴۱	۰/۴۷	۲/۱۳
باورهای خودکارآمدی- اجرای برنامه مراقبتی	۰/۶۸	۰/۲۳	۰/۵۴	۱/۸۶
باورهای خودکارآمدی- ارزشیابی برنامه مراقبتی	۰/۶۳	۰/۳۶	۰/۵۷	۱/۷۵
الگوی تصمیم گیری- واحد تلفیق ۱	-۰/۲۱	-۰/۱۳	-	-
الگوی تصمیم گیری- واحد تلفیق ۲	-۰/۱۸	-۰/۲۹	-	-
الگوی تصمیم گیری- واحد تلفیق ۳	-۰/۴۵	-۰/۰۳	-	-

برقراری یا عدم برقراری مفروضه نرمال بودن توزیع چند متغیری، از تحلیل اطلاعات مربوط به فاصله مهلنوبایس (Mahalanobis distance) و ترسیم نمودار توزیع آن استفاده شد. مقادیر چولگی و کشیدگی نمرات فاصله مهلنوبایس به ترتیب ۱/۴۹ و ۳/۴۳ به دست آمد، بدین ترتیب ارزش کشیدگی شاخص مزبور بزرگ تر از ۲ به دست آمد. این موضوع بیانگر آن است که مفروضه نرمال بودن توزیع داده های چند متغیری در بین داده ها برقرار نیست. به همین دلیل نمودار باکس پلات ترسیم و مشخص شد که اطلاعات مربوط به دو شرکت کننده پرت چند متغیری تشکیل داده اند. در ادامه اطلاعات دو شرکت کننده مزبور از بین داده ها حذف و با این عمل مقادیر چولگی و کشیدگی به ترتیب به ۱/۱۷ و ۱/۶۳ کاهش یافت. به عبارت دیگر پس از حذف پرت های چند متغیری شرط نرمال بودن توزیع داده های چند متغیری در بین داده ها برقرار شد.

همچنان که در شکل ۱ ملاحظه می شود در پژوهش حاضر چنین فرض شده بود که متغیر مکنون سبک تفکر انتقادی به وسیله نشانگرهای خلاقیت، بالندگی و تعهد، متغیر مکنون هوش هیجانی به وسیله نشانگرهای خودآگاهی، خودمدیریتی، آگاهی اجتماعی و مدیریت رابطه، متغیر مکنون اعتماد به نفس به وسیله نشانگرهای تعاملات اجتماعی، حالت های خلقی، وضع ظاهری، روابط عاطفی، فعالیت فیزیکی، وضع توانمندی در صحبت و عملکرد عمومی، متغیر مکنون باورهای خودکارآمدی به وسیله نشانگرهای ارزیابی بیمار، تشخیص و برنامه ریزی مراقبتی، اجرای برنامه مراقبتی و ارزشیابی برنامه مراقبتی و متغیر مکنون الگوی تصمیم گیری به وسیله نشانگرهای واحد تلفیق گویه ۱، واحد تلفیق گویه ۲ و واحد تلفیق گویه ۳ سنجیده می شود. چگونگی برازش مدل اندازه گیری با داده های گردآوری شده با استفاده از روش تحلیل عاملی تاییدی و با به کارگیری AMOS-22 و استفاده از روش براورد بیشینه احتمال مورد ارزیابی قرار گرفت. جدول شماره ۴ شاخص های برازندگی مدل اندازه گیری اولیه و اصلاح شده و مدل ساختاری را نشان می دهد.



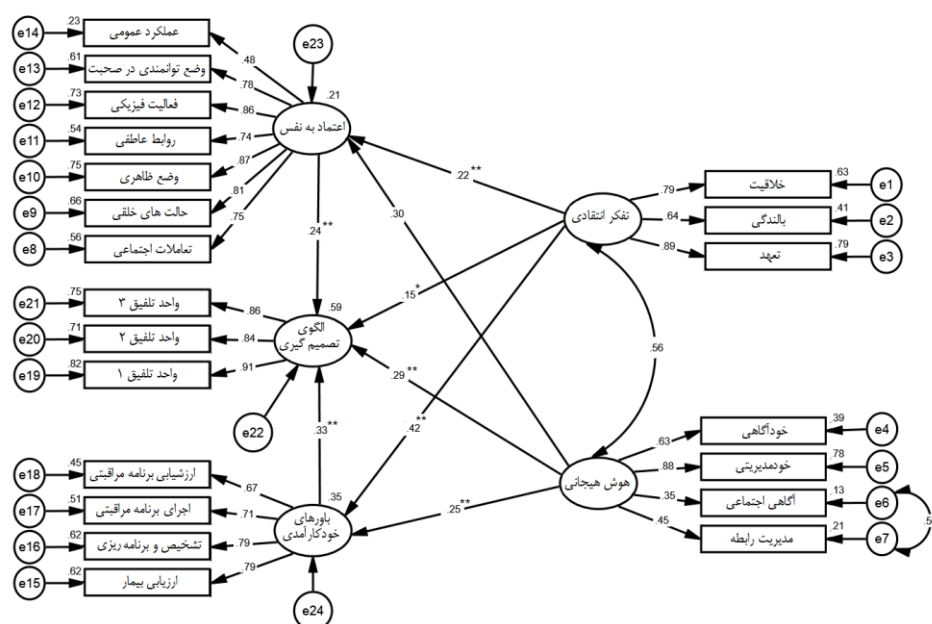
شکل شماره ۱- مدل اندازه‌گیری با استفاده از داده‌های استاندارد

جدول شماره ۴- برازندگی مدل اندازه‌گیری اولیه، مدل اندازه‌گیری اصلاح شده و مدل ساختاری

شاخص‌های برازندگی	مدل اندازه‌گیری اولیه	مدل اندازه‌گیری اصلاح شده	مدل ساختاری	نقطه برش
مجذور کای	۴۵۸/۳۳	۳۷۳/۹۴	۴۰۵/۰۱	-
درجه آزادی مدل	۱۷۹	۱۷۸	۱۷۹	-
χ^2/df	۲/۵۶	۲/۱۰	۲/۲۶	کمتر از ۳
GFI	۰/۸۹۳	۰/۹۱۳	۰/۹۰۶	۰/۹۰ >
AGFI	۰/۸۶۱	۰/۸۸۷	۰/۸۷۸	۰/۸۵۰ >
CFI	۰/۹۳۳	۰/۹۵۳	۰/۹۴۶	۰/۹۰ >
RMSEA	۰/۰۶۶	۰/۰۵۵	۰/۰۵۹	۰/۰۸ <

جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که شاخص برازندگی حاصل از تحلیل عاملی تاییدی از برازش قابل قبول مدل اندازه‌گیری با داده‌های گراوری شده حمایت نمی‌کنند، به همین دلیل مدل اندازه‌گیری با ایجاد کوواریانس بین خطاهای نشانگرهای آگاهی اجتماعی و مدیریت رابطه اصلاح و در نهایت شاخص‌های برازندگی حاصل شد که نشان می‌دهد مدل اندازه‌گیری با داده‌های گراوری شده برازش مطلوب دارد. در مدل اندازه‌گیری بزرگترین بار عاملی متعلق به نشانگر واحد تلفیق ۱ ($\beta=0/910$) و کوچکترین بار عاملی

متعلق به نشانگر آگاهی اجتماعی ($\beta=0/359$) است. بدین ترتیب با توجه به این که بارهای عاملی همه نشانگرها بزرگتر از $0/32$ بود، می توان گفت همه آنها از توان لازم برای اندازه گیری متغیرهای مکنون پژوهش حاضر برخوردار بودند.



شکل شماره ۲- مدل ساختاری پژوهش با استفاده از داده های استاندارد

در مدل ساختاری پژوهش فرض شده بود که هوش هیجانی و سبک تفکر انتقادی با میانجیگری باورهای خودکارآمدی و اعتماد به نفس بر الگوی تصمیم گیری بالینی پرستاران اثر دارد. چگونگی برازش مدل ساختاری با استفاده از روش مدل یابی معادلات ساختاری مورد ارزیابی قرار گرفت و همچنان که جدول شماره ۴ نشان می دهد همه شاخص های برازندگی از برازش قابل قبول مدل ساختاری با داده های گراوری شده حمایت نمود. جدول شماره ۵ ضرایب مسیر در مدل ساختاری را نشان می دهد.

جدول شماره ۵- ضرایب مسیر بین مستقیم، غیر مستقل و کل بین متغیرها

متغیرهای پیش بین	b	SE	β	P
هوش هیجانی $\rightarrow$ خودکارآمدی	0/617	0/266	0/248	0/011
هوش هیجانی $\rightarrow$ اعتماد به نفس	0/489	0/168	0/301	0/003
تفکر انتقادی $\rightarrow$ خودکارآمدی	0/511	0/117	0/417	0/003
تفکر انتقادی $\rightarrow$ اعتماد به نفس	0/173	0/073	0/218	0/014
خودکارآمدی $\rightarrow$ الگوی تصمیم گیری	0/218	0/050	0/325	0/001
اعتماد به نفس $\rightarrow$ الگوی تصمیم گیری	0/250	0/061	0/243	0/002
اثر مستقیم هوش هیجانی $\rightarrow$ الگوی تصمیم گیری	0/483	0/120	0/289	0/001
اثر مستقیم تفکر انتقادی $\rightarrow$ الگوی تصمیم گیری	0/120	0/056	0/147	0/036
اثر غیرمستقیم هوش هیجانی $\rightarrow$ الگوی تصمیم گیری	0/257	0/090	0/154	0/001
اثر غیرمستقیم تفکر انتقادی $\rightarrow$ الگوی تصمیم گیری	0/155	0/046	0/188	0/001
اثر کل هوش هیجانی $\rightarrow$ الگوی تصمیم گیری	0/740	0/152	0/442	0/001
اثر کل تفکر انتقادی $\rightarrow$ الگوی تصمیم گیری	0/275	0/062	0/335	0/001

* $P<0/05$ و ** $P<0/001$

جدول شماره ۵ نشان می دهد که ضریب مسیر کل (مجموع ضرایب مسیر مستقیم و غیر مستقیم) بین هوش هیجانی و الگوی تصمیم گیری بالینی ($\beta=0/442$ ، $P<0/001$)، بین سبک تفکر انتقادی و الگوی تصمیم گیری بالینی ($P<0/001$)،

$\beta=0/325$ ، بین باورهای خودکارآمدی و الگوی تصمیم گیری بالینی ($\beta=0/325$ ، $P<0/001$)، بین اعتماد به نفس و الگوی تصمیم گیری بالینی ($\beta=0/243$ ، $P<0/001$) مثبت و معنادار است. اثر غیرمستقیم بین هوش هیجانی ($\beta=0/001$ ، $P<0/001$) و سبک تفکر انتقادی ($\beta=0/188$ ، $P<0/001$) بر الگوی تصمیم گیری بالینی مثبت و معنادار است. بر این اساس می توان گفت دو متغیر میانجی اعتماد به نفس و باورهای خودکارآمدی اثر سبک تفکر انتقادی و هوش هیجانی بر الگوی تصمیم گیری بالینی را به صورت معنادار میانجیگری می کند. با وجود این معناداری/عدم معناداری نقش هر یک از دو متغیر میانجی (اعتماد به نفس و باورهای خودکارآمدی) معین نبود. نتایج نشان داد که اثر غیرمستقیم هوش هیجانی بر الگوی تصمیم گیری بالینی از طریق باورهای خودکارآمدی مثبت و در سطح $0/001$ معنادار است ($\beta=0/083$ ، $P<0/001$). اثر غیر مستقیم هوش هیجانی بر الگوی تصمیم گیری بالینی از طریق اعتماد به نفس مثبت و در سطح $0/01$ معنادار است ($\beta=0/072$ ، $P<0/001$). اثر غیرمستقیم سبک تفکر انتقادی بر الگوی تصمیم گیری بالینی از طریق باورهای خودکارآمدی مثبت و در سطح $0/01$ معنادار است ($\beta=0/139$ ، $P<0/001$). اثر غیرمستقیم بین سبک تفکر انتقادی و الگوی تصمیم گیری بالینی از طریق اعتماد به نفس مثبت و در سطح $0/05$ معنادار است ($\beta=0/053$ ، $P<0/05$). بدین ترتیب چنین نتیجه گیری شد که هر دو متغیر باورهای خودکارآمدی و اعتماد به نفس اثر هوش هیجانی و تفکر انتقادی را بر الگوی تصمیم گیری بالینی پرستاران به صورت مثبت و معنادار میانجیگری می کنند. همچنان که شکل شماره ۲ نشان داد مجموع مجذور همبستگی های چندگانه (R^2) برای متغیر الگوی تصمیم گیری برابر با $0/59$ به بدست آمد، این موضوع بیانگر آن است که هوش هیجانی، تفکر انتقادی، باورهای خودکارآمدی و اعتماد به نفس در مجموع 59 درصد از واریانس الگوی تصمیم گیری را در پرستاران تبیین می کند.

بحث

مطالعه نشان داد باورهای خودکارآمدی و اعتماد به نفس در رابطه بین هوش هیجانی و سبک تفکر انتقادی با تصمیم گیری بالینی در کادر پرستاری بیمارستان های شهر رشت نقش میانجی داشتند. باورهای خودکارآمدی و اعتماد به نفس، رابطه بین هوش هیجانی و سبک تفکر انتقادی با تصمیم گیری بالینی را افزایش دادند. یافته ها نشان داد هوش هیجانی بر الگوی تصمیم گیری بالینی پرستاران اثر دارد. این یافته همسو با مطالعه مسعودی و علوی (۸) و Hutchinson و همکاران (۷) است که نشان دادند هوش هیجانی در تصمیم گیری پرستاران نقش پیش بینی کنندگی دارد. در همین راستا، ایمنی و همکاران در مطالعه ای نشان دادند بین هوش هیجانی و صلاحیت بالینی پرستاران همبستگی مثبت وجود دارد (۱۰). در تبیین این یافته می توان اظهار داشت هوش هیجانی با کاهش تنیدگی (۸) و افزایش خودآگاهی، مهارت های بین فردی، همدلی، سازگاری و پاسخ مؤثر به نیازهای عاطفی بیمار (۹)، موجب می شود پرستاران در تصمیم گیری بالینی باانگیزه و درگیر شوند (۱۰). هوش هیجانی موجب می شود پرستاران بتوانند به عوامل و فشارهای محیطی پاسخی مناسب بدهند و تحت شرایط سخت بهتر فکر کنند تا از هدر رفتن زمان به واسطه احساساتی همچون خشم و اضطراب و ترس جلوگیری نموده و به سادگی ذهن خود را آرام کنند. بنابراین پرستاران با هوش هیجانی بالاتر، می توانند تصمیمات بالینی بهتری اتخاذ کنند. یافته های این مطالعه نشان داد سبک تفکر انتقادی بر الگوی تصمیم گیری بالینی پرستاران اثر مستقیم دارد. این یافته همسو با مطالعه Hill (۱۳) و جهانپور و عضدی (۱۴) است که نشان دادند بین تفکر انتقادی و تصمیم گیری رابطه وجود دارد. در تبیین این یافته می توان گفت تفکر انتقادی همچنین برای حل مسائل، تصمیم گیری و استنتاج استفاده می شود. پرستارانی که در انجام مراقبت هایشان از مهارت های تفکر انتقادی استفاده می نمایند در فرایند تصمیم گیری اعتماد به نفس بیشتری داشته و می توانند از تصمیم های اخذ شده دفاع نمایند. در واقع، داشتن مهارت و توانایی تفکر انتقادی یک مهارت شناختی است که موجب می شود پرستاران در تصمیم گیری های خود از روش های منطقی بهره گرفته و دارای توانمندی تصمیم گیری عقلایی باشند. در مقابل، ناتوانی در کسب مهارت تفکر انتقادی منجر به کاهش کیفیت ارائه خدمات مراقبتی به بیماران می شود. از این رو، توانایی تفکر انتقادی می تواند به پرستاران در تصمیم گیری های بالینی در بخش های مراقبتی حساس کمک کند. این یافته از این نظر، در راستای مطالعه Kim است که عنوان نمود تمایل به تفکر انتقادی

بر توانایی عملکرد بالینی در پرستاران مؤثر است (۳۲). این یافته همچنین همسو با مطالعه Dicle & Durmaz-Edeer قرار دارد مبنی بر اینکه تصمیم گیری بالینی تحت تاثیر ویژگی های شخصیتی، تفکر انتقادی و دانش تئوری و عملی پرستاران قرار دارد (۳۳). با این حال، چندین مطالعه ناهمسو نیز یافت شد که می توان به Pariyad و همکاران (۲۳)، و نوحی و همکاران (۲۲) اشاره کرد. این محققین نشان دادند بین تفکر انتقادی و تصمیم گیری بالینی رابطه وجود ندارد. تبیین احتمالی این عدم همسویی، چنانکه Li و همکاران نیز عنوان کرده اند، احتمالاً به حجم نمونه ناکافی و نامعرف، عدم استفاده از ابزارهای سنجش تفکر انتقادی مرتبط با بخش مراقبت های بهداشتی، عدم ارزیابی آمادگی آزمون دهندگان نسبت به تمایل و توانایی آنها برای تفکر انتقادی مرتبط است. Li و همکاران همچنین بر انجام مطالعات کیفی برای ارائه یک رویکرد جدید در کاوش رابطه بین این متغیرها تاکید کردند تا عوامل مؤثر و ناشناخته را آشکار کند (۳۴). یافته های این مطالعه نشان داد باورهای خودکارآمدی بر الگوی تصمیم گیری بالینی پرستاران اثر مستقیم دارد. این یافته همسو با مطالعه علیزاده و همکاران است که نشان دادند خودکارآمدی در تصمیم گیری بالینی پرستاران نقش دارد (۴). در تبیین این یافته می توان عنوان کرد خودکارآمدی، نیرویی اطمینان بخش به پرستاران است تا از کفایت و توانایی خود جهت ارائه مراقبت حرفه ای از بیماران و تصمیم گیری های شغلی خود مطمئن باشند. خودکارآمدی موجب می شود پرستاران باور داشته باشند که می توانند نتایج مطلوب و موردانتظار را ایجاد کنند و این موجب افزایش موفقیت شغلی و صلاحیت پرستاری در آنان می شود تا بتوانند با اتخاذ بهترین تصمیم پیرامون روش مراقبتی از بیمار، با فجایع مرتبط با کار مقابله کنند. یافته های این مطالعه همچنین نشان داد اعتماد به نفس بر الگوی تصمیم گیری بالینی پرستاران اثر مستقیم دارد. نتیجه مطالعه Fry & MacGregor از این یافته حمایت می کند که نشان دادند اعتماد به نفس منبع مهمی است که توانایی پرستار را در حل مسئله و تفکر انتقادی برای عملکرد بهتر برای تصمیم گیری بالینی در بخش اورژانس حفظ می کند (۱۹). همچنین، مطالعه اسماعیلی و همکاران این یافته را قوت می بخشد از این رو که این محققان در مطالعه خود نشان دادند اعتماد به نفس باعث سرعت در تصمیم گیری و اجرای صحیح تصمیم می شود (۱۸). در تبیین این یافته می توان گفت بالا بردن اعتماد به نفس در پرستاران یک پیامد مطلوب محسوب می شود و موجب می شود این افراد مؤثرتر و خلاق تر رفتار نمایند. در همین راستا اعتماد به نفس موجب قدرتمندتر شدن و چشم انداز بهتر برای آینده حرفه ای پرستاران می شود. اعتماد به نفس یکی از ارکان اساسی در حفظ و ارتقای صلاحیت بالینی است که شهادت شرکت در فرایندهای صورت گرفته برای بیمار را به پرستار می دهد. پرستار برخوردار از اعتماد به نفس می تواند مراحل رشد و ترقی خود را طی کند و در نتیجه کارآمدی وی در جهت ارائه خدمات به بیمار افزایش می یابد (۱۹). همچنین یافته های این مطالعه نشان دادند هوش هیجانی و سبک تفکر انتقادی با میانجی گری باورهای خودکارآمدی و اعتماد به نفس بر تصمیم گیری بالینی کادر پرستاری بیمارستان های شهر رشت مؤثر است. پرستارانی که در انجام مراقبت هایشان از مهارت های تفکر انتقادی استفاده می نمایند و نیز توانایی تشخیص و مدیریت هیجانات و احساسات خود و بیماران و برقراری ارتباطات اجتماعی مناسب و همدلانه با آنان دارند، در فرایند تصمیم گیری اعتماد به نفس بیشتری داشته و احساس خودکارآمدی می کنند، بنابراین می توانند از تصمیم های بالینی درست تری بگیرند و از تصمیم های اخذ شده دفاع نمایند. از جمله محدودیت های این مطالعه می توان به فقدان ابزار مناسب برای سنجش تفکر انتقادی مرتبط با بخش مراقبت های بهداشتی اشاره کرد که امید است در مطالعات بعدی نسبت به ساخت و هنجاریابی ابزار مناسب اهتمام صورت گیرد.

نتیجه گیری

مطالعه نشان داد باورهای خودکارآمدی و اعتماد به نفس در رابطه بین هوش هیجانی و سبک تفکر انتقادی با تصمیم گیری بالینی در کادر پرستاری بیمارستان های شهر رشت نقش میانجی داشتند. باورهای خودکارآمدی و اعتماد به نفس، رابطه بین هوش هیجانی و سبک تفکر انتقادی با تصمیم گیری بالینی را افزایش دادند.

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از رساله دکترای تخصصی نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن می باشد و دارای کد اخلاق IR.IAU.TON.REC.1400.024 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن می باشد. در پایان از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تعارض در منافع

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

REFERENCES

1. Ghodsiastan P, Alilou L, Hemmati M, Rasouli J. Evaluation of clinical decision models of hemodialysis nurses in Urmia in 2020-2021. *Nurs Midwifery J*. 2021; 18 (10) :759-765.
2. Nibbelink CW, Brewer BB. Decision-making in nursing practice: An integrative literature review. *Journal of Clinical Nursing*. 2018;27(5-6):917-28.
3. Johansen ML, O'Brien JL. Decision making in nursing practice: a concept analysis. *In Nursing forum* 2016 ;51(1):40-48.
4. Alizadeh I, Salari A, Ahmadnia Z, Moaddab F. An Investigation into Self-efficacy, Clinical Decision-making and the Level of Relationship between them among Nurses in Guilan Province. *J Guil Uni Med Sci*. 2020; 29 (2) :38-49.
5. Başoğlu C, Özgür G. Role of emotional intelligence in conflict management strategies of nurses. *Asian nursing research*. 2016;10(3):228-33.
6. Petrovici A, Dobrescu T. The role of emotional intelligence in building interpersonal communication skills. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2014; 116:1405-10.
7. Hutchinson M, Hurley J, Kozlowski D, Whitehair L. The use of emotional intelligence capabilities in clinical reasoning and decision-making: A qualitative, exploratory study. *Journal of clinical nursing*. 2018;27(3-4):e600-10.
8. Masoudi K, Alavi A. Relationship Between Nurses' Emotional Intelligence with Clinical Decision-Making. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2021; 29 (1) :14-22.
9. Anton N, Hornbeck T, Modlin S, Haque MM, Crites M, Yu D. Identifying factors that nurses consider in the decision-making process related to patient care during the COVID-19 pandemic. *Plos one*. 2021;16(7):54-77.
10. Imeni B, Vanaki Z, Mohamdkhan Kermanshahi S, Karampourian A. The correlation between nurses' clinical competency and emotional intelligence in nurses of health care units in hamadan university of medical sciences hospitals. 2018; 3 (7): 34-27.
11. Moein Z, Hejazi M, Morovati Z, oroji M. Relationship between family emotional atmosphere and creative problem solving with mediator role of Critical thinking among students. *RME*. 2020; 12 (1) :14-23 .
12. Naber J, Wyatt TH. The effect of reflective writing interventions on the critical thinking skills and dispositions of baccalaureate nursing students. *Nurse Education Today*. 2014;34(1):67-72.
13. Kleib M, Jackman D, Duarte-Wisnesky U. Interprofessional simulation to promote teamwork and communication between nursing and respiratory therapy students: a mixed-method research study. *Nurse Education Today*. 2021;99:104816.
14. Yazdanparast E, Davoudi M, Ghorbani SH, Akbarian A, Chenari HA. Investigating the relationship between moral sensitivity and attitude towards euthanasia in nursing students of Birjand University of Medical Sciences. *Clinical Ethics*. 2022;17(2):205-10.
15. Desbiens JF, Gagnon J, Fillion L. Development of a shared theory in palliative care to enhance nursing competence. *Journal of Advanced Nursing*. 2012;68(9):2113-24.
16. Amendolair D. Caring behaviors and job satisfaction. *JONA: The Journal of Nursing Administration*. 2012;42(1):34-9.
17. Dan X, Xu S, Liu J, Hou R, Liu Y, Ma H. Innovative behaviour and career success: Mediating roles of self-efficacy and colleague solidarity of nurses. *International journal of nursing sciences*. 2018;5(3):275-80.
18. Esmaeli S, Cheraghi M, Masoudi R, Rabiei L, Keywani A. Clinical decision making process in emergency nursing: A qualitative study. *Journal of Rescue & Relief*. 2011;3(1):19-32.

19. Fry M, MacGregor C. Confidence and impact on clinical decision-making and behaviour in the emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal*. 2014;17(3):91-7.
20. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. Guilford publications; 2015 Nov 3.
21. Rababa M, Al-Rawashdeh S. Critical care nurses' critical thinking and decision making related to pain management. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2021;63:10-30.
22. Noohi E, Karimi-Noghondar M, Haghdoost A. Survey of critical thinking and clinical decision making in nursing student of Kerman University. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2012;17(6):440.
23. Pariyad J, Javadi N, Atrkar Roshan Z, Fadakar K, Asiri Sh. The relationship between critical thinking and clinical decision making in nursing students. *Iranian Nursing Journal*. 2011; 24(73). 71-63.
24. Ali G, Awan RN. Thinking based instructional practices and academic achievement of undergraduate science students: Exploring the role of critical thinking skills and dispositions. *Journal of Innovative Sciences*. 2021;7(1):56-70.
25. Uluçınar U, Akar C. The Critical Thinking Dispositions Scale for Elementary School Students: A Study of Scale Development 1. *Third Sector Social Economic Review*. 2021;56(3):2031-47.
26. Varenina L, Vecherinina E, Shchedrina E, Valiev I, Islamov A. Developing critical thinking skills in a digital educational environment. *Thinking Skills and Creativity*. 2021;41:10-26.
27. Dugué M, Sirost O, Dosseville F. A literature review of emotional intelligence and nursing education. *Nurse Education in Practice*. 2021;54:10-31.
28. Sajadinezhad MS, Akbari Chermahini S. Investigating and comparing the development of cognitive intelligence, emotional intelligence and spiritual intelligence from adolescence to adulthood. *Journal of Psychology*. 2022;101(1):45-54.
29. Alosaimi D. Learning self-efficacy as predictor of nursing students' performance of clinical skills. *Educational Sciences: Theory & Practice*. 2021;21(3):120-31.
30. Mehri A, Zarfi M, Akbarzadeh I, Baigi V, Nedjat S. Self-rated health and self-confidence among Iranian medical students, a survey in Tehran University of medical sciences. *International Journal of Health Promotion and Education*. 2021 Oct 24:1-2.
31. Mehri A, Yaseri M, Rahimi D, Nejat S. Validation and Psychometric Properties of Self-Confidence Questionnaire (PEI). *irje*. 2020; 16 (2) :134-143.
32. Kim MO. Study on self-efficacy, communication competency, critical thinking disposition and clinical performance ability of nursing students. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation society*. 2016;17(6):609-17.
33. Dicle A, Durmaz-Edeer A. Examination of clinical decision-making perceptions of nursing students. *New Education Review*. 2013;33(3):132-42.
34. Li HY, Bi RX, Zhong QL. The development and psychometric testing of a Disaster Response Self-Efficacy Scale among undergraduate nursing students. *Nurse education today*. 2017; 59:16-20.