مستوى المسؤولية المهنية وعلاقته بالكفاية الذاتية لدى الممرضات المعينات حديثًا

إعـــداد

أ/ نانسي عناد صالح الشرفاء

باحثة دكتوراة، تخصص الإرشاد النفسي والتربوي

كلية العلوم التربوية– جامعة مؤته

أ.د/ أحمد عبد الحليم عربيات

تخصص الإرشاد والتربية الخاصة– قسم الإرشاد والتربية الخاصة

كلية العلوم التربوية– جامعة مؤته

مستوى المسؤولية المهنية وعلاقته بالكفاية الذاتية لدى الممرضات المعينات حديثًا

أ/ نانسي عناد صالح الشرفاء و أ.د/ أحمد عبد الحليم عربيات*

الملخّص:

هدفت الدراسة الحالية تعرف مستوى المسؤولية المهنية وعلاقته بالكفاية الذاتية لدى الممرضات المعينات حديثا، ولتحقيق أهداف الدراسة تم اختيار عينة من الممرضات المعينات حديثا في الخدمات الطبية الملكية بمدينة الحسين الطبية بلغ عددهن (١١٤) ممرضة، وتم تطوير مقياسين أحدهما يعنى بقياس المسؤولية المهنية لدى الممرضة، والآخر يهدف لقياس الكفاية الذاتية لديها، وتم التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياسين من صدق وثبات، وقد أشارت النتائج إلى وجود مستوى متوسط من المسؤولية المهنية والكفاية الذاتية لدى الممرضات المعينات حديثا، وإلى وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين المسؤولية المهنية والكفاية الذاتية، وإلى أن الممرضات لا يختلف في كل من المسؤولية المهنية والكفاية الذاتية تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية، وبناء على نتائج الدراسة تم الخروج ببعض التوصيات منها العمل على إشراك الممرضات المعينات حديثا بورش تدريبية وبرامج للإرشاد الجمعي لرفع مستوى المسؤولية المهنية والكفاية الذاتية لديهن وبغض النظر عن الحالة الاجتماعية.

الكلمات المفتاحية: المسؤولية المهنية، الكفاية الذاتية، الممرضات المعينات حديثا.

* أ/ **نانسي عناد صالح الشرفاء:** باحثة دكتوراة، تخصص الإرشاد النفسي والتربوي– كلية العلوم التربوية– جامعة مؤته.

أ.د/ أحمد عبد الحليم عربيات: تخصص الإرشاد والتربية الخاصة– قسم الإرشاد والتربية الخاصة– كلية العلوم التربوية– جامعة مؤته.

The level of professional responsibility and its relationship to self-efficacy among newly appointed nurses

Nancy Enad Saleh Al shorafa **Prof Ahmad Abdelhaleem Arabiat**
Department of Counseling and Special Education, College of Educational Sciences, Mutah University, Jordan

Abstract:

The current study aimed to identify the level of professional responsibility and its relationship to self-efficacy among newly appointed nurses. To achieve the objectives of the study, a sample of newly appointed nurses in the Royal Medical Services at Al Hussein Medical City was selected. They numbered (114) nurses, and two scales were developed, one of which is concerned with measuring the professional responsibility of the nurse. The other aims to measure their self-efficacy, and the psychometric properties of the two scales were verified for validity and reliability. The results indicated that there is an average level of professional responsibility and self-efficacy among newly appointed nurses, and that there is a positive correlation between professional responsibility and self-efficacy, and that nurses do not It differs in both professional responsibility and self-sufficiency depending on the variable of marital status, and based on the results of the study, some recommendations were made, including working to involve newly appointed nurses in training workshops and group counseling programs to raise their level of professional responsibility and self-sufficiency, regardless of marital status.

Keywords: professional responsibility, self-efficacy, newly hired nurses

مقدمة الدراسة:

تعتبر مهنة التمريض من أقدم المهن التي عرفها التاريخ ومن أهمها، وذلك كونها كانت ومنذ نشأتها الأولى تعتني بالإنسان وصحته بحيث تقوم على تقديم الخدمة الصحية من رعاية وعناية وعلاج لمن يحتاجها بغض النظر عن عرقه أو لونه أو عقيدته في أصعب الظروف التي تمر على أي إنسان، وهي ظروف المرض والعجز.

إن مهنة التمريض هي واحدة من الموارد الأكثر قيمة في العالم، تفيد تقارير منظمة الصحة العالمية (٢٠٢٠) أن هناك أكثر من ٢٠.٧ مليون ممرضا وقابلة في جميع أنحاء العالم. إنهم يعتنون بالمرضى في المستشفيات والعيادات ووكالات الصحة المنزلية ومراكز إعادة التأهيل ودور رعاية المسنين والمدارس وأماكن أخرى لا حصر لها (Williams., Fruh., Barinas., & Graves, 2022)

ويتمتع الممرض برؤية مهمة جدًا يمكن أن يساعده في فهم نوع القيمة التي يجب أن يخلقها للمرضى في عملية الرعاية الصحية من أجل تلبية احتياجاتهم. مع تغير احتياجات المريض بمرور الوقت، يجب على المستشفيات أن تتبنى ممارسات مبتكرة لتلبية احتياجات المرضى باستمرار وتوفير قيمة للمرضى، لذلك يجب على المديرين تشجيع الممرضين على استخدام معارفهم ومهاراتهم لتغيير طرق التفكير والممارسة القديمة وتطوير طرق جديدة للعمل في الواقع تحسين ممارسة التمريض (Melnyk, & Danidson, 2009)

وينظر معظم الممرضين إلى خدمة المرضى على أنها واجبهم ويعطون أنفسهم إلى ما لا نهاية بغض النظر عما يشعرون به في أي يوم. في جميع أنحاء العالم، الممرضون على استعداد لرعاية المرضى في البيئات السريرية التي غالبًا ما تكون سريعة الخطى ومتطلبة. طبيعة هذا العمل تعرض الممرضين لخطر مشاكل الصحة الجسدية والعقلية المرتبطة بالتوتر والإرهاق(Williams, et al, 2022)

ويعدّ تحمل المسؤولية المهنية من الحاجات الأساسية على المستوى الفردي والمجتمعي، لأن وجود الفرد المسؤول يؤثر على المقومات الذاتية، والأسرية، والمؤسسية، والمجتمعية، وهو ما يحقق التوازن بين المهام والالتزامات وبين الحقوق، وبالتالي فإن القدرة على تحمل المسؤولية يساعد على الحد من الضغوط أو الاضطرابات في الجوانب التي ترتبط بالمهنة، وهو ما يتيح الفرصة لتحقيق الاستقرار داخل، وتحقيق النمو في الأسرة والمجتمع (Ledbetter & Beck, 2014).

وتؤثر المسؤولية المهنية في الصحة النفسية؛ إذ إن امتلاك القدرة على تحمل المسؤولية المهنية يزيد من الشعور بالثقة بالنفس، وتقدير الذات، بالإضافة إلى زيادة القدرة على تنظيم وإدارة الموارد التي يمتلكها الفرد، وبناء العلاقات الإيجابية مع الآخرين، والقدرة على تحديد المتطلبات والأولويات التي تحقق مصلحة المؤسسة، وهو ما ينعكس بشكل إيجابي على الصحة النفسية والجسدية لدى متخذ القرارات (Niu & Yoshida, 2017).

وقد ظهر مصطلح معتقدات الكفاية الذاتية من خلال أبحاث باندروا (Bandura) واعتبرها أحد أهم المفاهيم الرئيسية في النظرية المعرفية الاجتماعية التي تقوم على مبدأ التفاعل المتبادل والمستمر للسلوك، والمعرفة، والتأثيرات البيئية، واعتماداً على ذلك فإن معتقدات الكفاية الذاتية تمثل وسيطا معرفيا للسلوك يتمحور حول ما يملكه الفرد من معتقدات وأحكام حول قدراته وإمكاناته، ومن ثم تعمل هذه الأحكام الذاتية على توجيه سلوك الفرد نحو تحقيق أهدافه التي ينشدها، ومدى مثابرته والجهد الذي يبذله، ومرونته في التعامل مع المواقف الصعبة والضاغطة والمعقدة، وتحديد الصعاب، ومقاومة الفشل (عبد الخالق والنيال، ٢٠١٨).

وتعد الكفاية الذاتية أحد محددات التعلم المهمة، والتي تعبر عن مجموعة من الأحكام غير المتصلة بما ينجزه الفرد، فالكفاية الذاتية تسهم في تأثير المهارة والخبرة المعرفية السابقة والقدرة الذهنية على الفهم، وتؤثر على عمليات التنظيم الذاتي مثل وضع الأهداف والتخطيط ومراقبة الذات وتقييمها، واستخدام الاستراتيجيات، كما ترتبط الكفاءة المرتفعة بالقدرة على ضبط الوقت وأداء المهام واستخدام استراتيجيات مهنية مناسبة (Bagaka's, 2011).

مشكلة الدراسة:

لقد أصبح دور الممرض متنوعًا بشكل متزايد بمرور الوقت. لدى الممرضين حاليا مجموعة واسعة من الواجبات السريرية وقد يتخصصن في مجالات رعاية محددة، ويجب أن يتمتعوا بالخبرة القيادية والرعاية القائمة، ومع تطور دور الممرض في الرعاية الصحية، تغيرت توقعات الممرضين أيضا مع مرور الوقت، حيث أصبح لدى المرضى توقعات عالية من الممرضين ويطالبونهم بالتميز في الرعاية التمريضية، كما تشمل هذه التوقعات البحث عن المصالح الفضلى للمريض، والسلوك المهني في جميع الأوقات، والتفاعلات الرحيمة والرعاية، والدفاع نيابة عن المريض.

ويجب أن يشعر مقدمو الخدمة بالاطمئنان إلى أنه سيتم دعمهم عند تقديم الرعاية المناسبة، حيث يجب أن يتمتع الممرضون بالمعرفة ومهارات التواصل اللازمة ليشرحوا للمرضى أمورا تخص حياتهم، وفي كثير من الأحيان عليهم أيضا أن يشرحوا ويوضحوا ذلك لأسرة المريض (American Nurses Association, 2016)

إن كل منشأة رعاية صحية يمارس فيها الممرض قد يكون لديه قوانين أو سياسات مختلفة قليلاً تحكم الواجبات المهنية التي قد يؤديها الممرض، فإن المسؤولية المهنية في التمريض عالمية وتشير إلى قواعد السلوك ومعيار الممارسة أكثر من وظائف محددة قد يؤديها أو لا يؤديها الممرض وبالتالي، فإن الشعور القوي بالمسؤولية المهنية سيخدم الممرض بشكل جيد بغض النظر عن المكان الذي يعمل فيه(Neeley, 2019)

وقد أظهرت دراسة دين (٢٠٢٠) عن شعور عدد كبير من الممرضين بعدم الرضا والمعاناة والاستياء بخصوص العوامل التالية: (العلاقة مع رئيس المصلحة، العلاقة مع الإدارة، غموض في المهام، سياسة الترقية ظروف العمل الفيزيقية، صراع الأدوار، نظام العمل بالمناوبات، العلاوات والمكافآت، الأجر الشهري، نمط الإشراف، ووسائل العمل).

ويركز الممرضون في المقام الأول على رعاية الآخرين، لكنهم يحتاجون أيضًا إلى الرعاية والدعم لتعزيز قدرتهم على الصمود، وبناءً على الإحصائيات الواردة من منظمه الصحة العالمية لعام ٢٠٢١ والتي أفادت " بأنه في البلدان المنخفضة ومتوسطة الدخل وحدها يموت سنوياً (٢.٦)مليون شخص حول العالم بسبب المعالجة الخاطئة. وتابعت المنظمة في تقريرها أن معظم الأخطاء ترتبط بالتشخيص الخاطئ.

ومن خلال دراسة استطلاعية قامت بها الباحثة على عشرين ممرضًا وممرضة تم التحاقهم بأقسام الطوارئ وتم توجيه السؤال التالي لهم: هل توجد لديك كفايات خاصه تميزك عن باقي الممرضين تؤهلك للعمل كممرض وتزيد من تحملك للمسؤولية المهنية؟ حيث أشار خمسة عشر شخصًا منهم انه ليس لديهم كفايات خاصه بقسم الطوارئ وإنما مهارات تمريضية عامة. كما أنه ليس لديهم مسؤولية مهنية. بينما أشار خمسة منهم بأنهم يمتلكوا بعض المهارات وليست جميعها وأنهم بحاجة لبرامج إرشاديه خاصه لرفع الكفايات المهنية وزيادة تحملهم للمسؤولية المهنية. في ظل المعطيات السابقة وبعد تحليل الدراسة الاستطلاعية تبين أن هنالك الكثير من الكفايات الواجب توفرها لدى ممرضي الطوارئ والتي لم يكن أفراد العنيه قد حصلوا عليها، لهذا جاءت هذه الدراسة للكشف عن طبيعة العلاقة بين تحملهم للمسؤولية المهنية والكفاية الذاتية لدى الممرضين. وتحاول الدارسة الإجابة عن السؤال الرئيسي التالي: **ما طبيعة العلاقة بين المسؤولية المهنية والكفاية الذاتية لدى عينة من الممرضين المعينين حديثا؟**

أسئلة الدراسة:

جاءت الدراسة للإجابة على الأسئلة الآتية:

١. ما مستوى المسؤولية المهنية لدى الممرضات المعينات حديثا في الخدمات الطبية الملكية؟
٢. ما مستوى الكفاية الذاتية لدى الممرضات المعينات حديثا في الخدمات الطبية الملكية؟

٣. هل هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدّلالة (α≤٠,٠٥) بين المسؤولية المهنية والكفاية الذاتية لدى عينة من الممرضات المعينات حديثا في الخدمات الطبية الملكية؟

٤. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدّلالة (α≤٠,٠٥) في المسؤولية المهنية والكفاية الذاتية تبعا للمؤهل العلمي؟

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة لتحقيق ما يلي:

١. تعرف مستوى المسؤولية المهنية والكفاية الذاتية لدى الممرضات المعينات حديثا.
٢. استقصاء طبيعة العلاقة الارتباطية بين المسؤولية المهنية والكفاية الذاتية لدى الممرضات المعينات حديثا.
٣. استقصاء طبيعة الفروق في المسؤولية المهنية والكفاية الذاتية لدى الممرضات المعينات حديثا تبعا للمؤهل العلمي.

أهمية الدراسة:

تنبع أهمية الدراسة الحالية مما يلي:

أولاً- الأهمية النظرية:

تكتسب هذه الدراسة أهميتها النظرية من مدى أهمية تعرف المسؤولية المهنية والكفاية الذاتية لدي الممرضات المعينات حديثا، لما له من أثر ودور كبير في تفعيل المسؤولية والكفاية المهنية وتحسين نوعية الخدمة الطبية والتمريضية المقدمة للمرضى ورفع الأداء المهني للعاملين للوصول للنتائج المطلوبة وتحقيق رضى متلقي الخدمة. وكذلك تكمن أهمية هذه الدراسة من أهمية الفئة التي يتم تطبيق البرنامج عليها وهم الممرضات العاملات في أقسام الطوارئ من حديثي التخرج واللواتي يعتبرن أول نقطة التقاء مع الحالة المرضية ويتميزن بحماس ودافعية للعمل والتعلم والتطور المهني.

ثانيًا- الأهمية التطبيقية:

تسهم هذه الدراسة في مساعدة أصحاب القرار في مجال اكتشاف مستوى المسؤولية المهنية والكفاية الذاتية لدي الممرضات المعينات حديثا، لتحقيق وتعزيز إمكانياتها الإدارية والفنية والتي تؤدي إلى تحسين المسؤولية المهنية والكفاية الذاتية لاحقا، وتفيد لاحقا في تزويد الجهات والإدارات المعنية في المستشفيات (إدارة التطوير المؤسسي، إدارة الرقابة والتدقيق الداخلية، وغيرها) بالمعلومات والبيانات اللازمة ويمكن الاستفادة من المقاييس المطورة في الكشف عن مستوى المسؤولية المهنية والكفاية الذاتية لدى الممرضات المعينات حديثا، وتسهم

هذه الدراسة في توفير قاعدة معرفية يمكن الانطلاق منها إلى دراسات مستقبلية حول نفس الموضوع.

حدود الدراسة ومحدداتها:

تتمثل حدود الدراسة الحالية فيما يلي:

-**الحدود البشرية:** يتحدد مجتمع الدراسة من الممرضات المعينات في الخدمات الطبية الملكية.

-**الحدود المكانية:** تم تطبيق المقياسين في الخدمات الطبية الملكية بمدينة الحسين الطبية.

-**الحدود الزمنية:** تم تطبيق الدراسة في العام ٢٠٢٤-٢٠٢٥م.

-**الحدود الموضوعية:** تتحدد الدراسة باستجابة أفراد العينة على أدوات الدراسة.

التعريفات المفاهيمية والإجرائية:

فيما يلي المصطلحات والتعريفات الخاصة بالدراسة الحالية:

أولاً- الممرض Nurse:

التعريف القانوني لـ JNC للممرض المسجل هو "التسمية الممنوحة للشخص الذي تخرج من برنامج تعليم التمريض المعتمد، ويتقن الأساس العلمي للتمريض، ويحمل تسجيلًا ساريًا لممارسة مهنة التمريض المسجل صادرًا عن مجلس التمريض والقبالة الأردني ومرخص بمزاولة المهنة من قبل وزارة الصحة بموجب قانون الصحة العامة. التعريف المهني للممرضة حسب JNC هو "الشخص الذي يساهم في جودة الرعاية الصحية من خلال تقديم خدمات التمريض على أساس السلوك المهني والممارسة المختصة التي تلبي متطلبات المسؤوليات القانونية والأخلاقية". JNC (Jordanian Nursing Council) (2016) ويعرف إجرائيا لغايات الدارسة الحالية بأنه من يحمل مؤهل التمريض في مستوى البكالوريوس فأكثر ويعمل بالخدمات الطبية الملكية وهو على رأس عمله بمدة لا تزيد عن خمس سنوات من التعيين.

ثانيًا- المسؤولية المهنية Professional responsibility :

هي مجموعة من الإجراءات أو السلوكيات التي يجب إكمالها من أجل تعزيز الممارسة المهنية الخاصة بمهنة التمريض. تتنوع المسؤوليات الملقاة على عاتقك كممرضة ويتم تغطيتها ضمن المجالات الأربعة الرئيسية لقانون Academic support for nursing students NMC (2015)التطوير المهني والبحث، والعلاقة الإيجابية مع المرضى، وحفظ السجلات، والقيادة. **وتعرف إجرائيًا بأنّها:** قدرة الممرضة على تحمل مسؤولية المهام المطلوبة منها بحيث يكون قادرًا على إحداث تغيير في عملية التمريض.

ثالثًا– الكفاية الذاتية: Self-sufficiency :

هي عبارة يتم تطبيقها في مجموعة من السياقات. وفقًا لقاموس ميريام وبستر، يتم تعريفها على أنها صفة أو حالة تمثل القدرة على الحفاظ على الذات دون مساعدة خارجية، والقدرة على توفير احتياجات الفرد الخاصة (Merriam-Webster Online Dictionary, 2006)

وتعرف إجرائيًا بأنّها: قدرة الممرضة على أداء المهام المطلوبة منها بحيث يكون قادرًا على إحداث تغيير في عملية التمريض.

الإطار النظرى:

تعد مهنة التمريض من أنبل المهن الاجتماعية والإنسانية ذات المتطلبات الكثيرة والمهام المتعددة، مما ينتج عنه اختلال فى التوازن بين الأخذ والعطاء، إذ يكون العطاء أكبر حيث تتجاوز مهام الممرض العناية بالمرضى بتقديم العلاج والعناية بحالتهم الصحية إلى الإحساس بمعاناتهم وآلامهم، وبالتالى مما يجعل من مهنة التمريض مصدرا للضغوطات النفسية المهنية والاجتماعية، ويرفع من درجة المسؤولية لديهم مما يرفع التوتر والقلق خاصة عندما يتعلق الأمر بالحالات الحرجة (عيشاوي وعوفى، ٢٠٢٠).

ويهدف التمريض لتحقيق العديد من الغايات ومنها ما ذكرها قزاقزة وأخرين (٢٠٢٢) وهى كما يأتى: المساعدة فى تقديم الخدمة الطبية والعلاجية للمرضى، والاهتمام بتوفير خدمات الرعاية الصحية اللازمة للنهوض بصحة المجتمع، والحرص على الوقاية فى المجتمع من الأمراض والأوبئة لضمان حياة صحية سليمة لكل فرد، والتعاون مع جميع الأقسام لتحقيق الأهداف الرئيسة للمستشفى، واعطاء الحرية للمريض للتعبير عن شعوره بحرية تامة، واستعمال واختيار الأجهزة بطريقة مناسبة، وتقديم الرعاية التمريضية المستمرة للمريض من خلال تقييم احتياجاته بمهارة تامة.

وتعد المسؤولية من الحاجات الأساسية على المستوى الفردي والمجتمعي، لأن وجود الفرد المسؤول يؤثر على المقومات الذاتية، والأسرية، والمؤسسية، والمجتمعية، وهو ما يحقق التوازن بين المهام والالتزامات وبين الحقوق، وبالتالي فإن القدرة على تحمل المسؤولية يساعد على الحد من الضغوط أو الاضطرابات في الجوانب التي ترتبط بالفرد والمهنة، وهو ما يتيح الفرصة لتحقيق الاستقرار داخل، وتحقيق النمو في المجتمع (Ledbetter & Beck, 2014).

وتشير المسؤولية المهنية إلى: شعور الفرد بتحمل المسؤولية ضمن إطار مهنته، من حيث معرفة الالتزامات والواجبات الموكلة إليه تجاه ذاته، وعمله (Rayhan, et al, 2015).

كما تعد المسؤولية المهنية بأنها: مستوى وعي الأفراد واستعدادهم للالتزام بالواجبات والمهام الموكلة إليهم وتحمل تبعات ما يصدرونه من سلوكات وممارسات، بحيث يكون لهم تأثير على العلاقات الاجتماعية (Kentish-Barnes, et al., 2018).

والمسؤولية المهنية بشكل عام هي مسؤولية عناية وليست مسؤولية شفاء، فالممرض مسؤولة أدبيا وماديا إذا قصر بواجباته تجاه مريضه بأن أهمله أو ظهر من طريقة علاجه جهله بالمبادئ الأساسية لاختصاصه أو بالأمور العامة التي يجب أن يعرفها كل ممرض. فالمعرفة هي أساس من أسس المسئولية الطبية. وقد جاء في الحديث الشريف: من طبب ولم يعلم فيه الطب فهو ضامن، فقد جعل هذا الحديث المعرفة في فن الطب سقطة للمسئولية ولم يجعل الممرض المعالج المتمكن من عمله ضامنا للنتيجة (دحمان وحميش، ٢٠٢٢).

كما تتمثل أهمية تحمل المسؤولية المهنية في أنه الآلية التي يتم من خلالها توفير المناخ الصالح لتحقيق البيئة المهنية السليمة، والذي يتحقق من خلال إدراك الفرد الموظف للمهام الموكلة إليهم، والقدرة على تحملها، وتتفاوت تلك المهام لتحقيق متطلبات العمل، والقدرة على التعامل مع احتياجاتهم، والقدرة على فهم احتياجاتهم من خلال سلوكياتهم، وهو ما يزيد من مستوى التفاهم والانفتاح مع الآخرين، والحوار الفعال بينهم (Kim, Kang & Johnson-Motoyama, 2017).

ومن أهم المعايير المهنية لممارسة التمريض، حسب قانون NMC (2015) أن من الضروري أن يلتزم جميع الممرضين الممارسين في المملكة المتحدة بالمعايير والمسؤوليات الواردة في هذه الوثيقة، من أجل ضمان علاج آمن وعادل وأخلاقي للمرضى، حيث ينقسم قانون NMC (2015) إلى أربعة أقسام مختلفة، بناءً على القيم المهنية الأساسية للتمريض. وهذه هي كما يلي: إعطاء الأولوية للأشخاص، والممارسة بفعالية، والحفاظ على السلامة، وتعزيز الاحترافية والثقة (NMC, 2015).

ويمكن توضيح مسؤوليات الممرض حسب الجمعية الوطنية للعلوم والتي من أهمها: إن الهدف من مبادرة الاعتراف القانوني بمسؤوليات التمريض هو التأكد من أن المسؤوليات التي يتحملها الممرضون بالفعل معترف بها بموجب قانون التأمين الصحي، والعلاقة المهنية للممرضين مع المرضى، وتعتمد عملية التمريض على اتخاذ القرارات السريرية والذي يتكون من خمس خطوات: التقييم وتشخيص المرض، وإجراء خطة عملية، وتنفيذ التدخلات التمريضية، والتقييم (Müller-Staub, Abt., Brenner, & Hofer, 2015).

إن مسؤولية الممرض عن خطأه وإهماله لم يتعرض لها المشرع الأردني، بنصوص خاصة في القوانين الطبية، أو مسؤولية الأطباء عن تابعيهم أو المستشفيات بصفة عامة، أو من خلال

تنظيم مهنة الممرضين مما جعل هذا الموضوع يخضع للمسؤولية المدنية أو التقصيرية للقانون المدني الأردني، هذه المسؤولية تثير كثيراً من الإشكاليات عن طبيعة هذه المسؤولية. ومسؤولية المتبوع وأساس هذه المسؤولية، وكذلك تحديد الأعمال التي تعتبر خطأً وإهمالاً من قبل الممرض، ومتى تستقل مسؤولية الممرض عن المتبوع وحق المتبوع بالرجوع على الممرض (أبو بكر، ٢٠١٩)

لقد رأى باندورا (Bandura, 1997) عامي (١٩٧٧، ١٩٨٦) الكفاية الذاتية بأنها: الإدراك الذاتي للفرد لقدرته على الأداء بكفاءة وتحقيق هدف المهمة بفعالية. إن الإحساس القوي بالكفاية الذاتية يسمح بالمثابرة على الرغم من العقبات التي تعترض الطريق.

وتشير الدراسات المبكرة إلى أن الشعور بالكفاية الذاتية أكثر تنبؤًا من الخبرة الفعلية لأداء السلوك في التنبؤ بالسلوكيات المستقبلية يرى الأشخاص ذوو الكفاية الذاتية العالية المهام بمثابة أهداف مثيرة يجب تحقيقها، مقابل عقبات يمكن التغلب عليها ولا يمكن تحقيقها تعكس الكفاية الذاتية التفاؤل بأن الفرد يستطيع أداء حتى المهام الصعبة، مع التغلب على الشدائد. كانت الأعمال التجريبية السابقة مرتبطة بالكفاية الذاتية المدركة مع أداء العمل، والإنتاجية، واختيار المهنة، والقدرة على التكيف، والإنجاز (Winslow., et al, 2014).

والكفاية الذاتية، يتم تعريفها عادة على أنها الإيمان بالقدرة على النجاح، عندما يرتقي الفرد إلى مستوى التحدي المتمثل في مهمة صعبة ويكون لديه دافع جوهري . (Bandura, 1997)

ويرى (Bursa, 2010) بأنها: ما يعتقده الفرد حول ما يملكه من إمكانات وقدرات، والتي تُعد بمثابة مقياس أو معيار لقدراته، وأفكاره، ولذلك تؤثر الكفاية الذاتية على اختيار الأنشطة المهنية التي ينجح فيها. فيما يرى (Liljedahl & Oesterle, 2014) أنها درجة إيمان الموظف بقدرته على التأثير في أداء الآخرين بشكل أفضل ومراعاة الفروق الفردية بينهم، ويرى (Slazyk-Sobol, et al, 2021) أن الكفاية الذاتية هي إيمان الموظف بقدرته على تنفيذ السلوكيات اللازمة لإنتاج إنجازات أداء محددة

وتندرج الكفاية الذاتية ضمن عملية التقييم المعرفي، وهو أمر ضروري لإدارة الإجهاد. بالإضافة إلى ذلك، فهو يهتم بقدرة الفرد على الأداء الفعال في المواقف الصعبة. ووفقا لهذه القدرة على إدارة التوتر، أظهرت الغالبية العظمى من الدراسات أن الكفاية الذاتية تؤثر في الصحة العقلية والمشاكل النفسية، والممرضون هم من بين الأشخاص الذين تُقدر درجات الكفاية الذاتية الخاصة بهم دائمًا بأنها منخفضة، ويمكن أن يؤثر ذلك سلبًا على شخصياتهم الأخرى والعوامل المرتبطة بالعمل، ووفقًا لباندورا، يلعب المستوى المنخفض من الكفاية الذاتية دورًا رئيسيًا في الاكتئاب والقلق والتوتر والذهان والحالات العاطفية الأخرى. لذلك، فمن المنطقي أن

تشكل عوامل التوتر تهديدًا للأشخاص الذين يشعرون بأنهم أقل كفاءة أثناء القيام بواجباتهم في العمل (Dadipoor, et al, 2021).

ولقد حدَّد باندورا أربعة مصادر رئيسة لاكتساب الكفاية الذاتية، وهي: الخبرة غير النشطة، والخبرة غير المباشرة، والإقناع اللفظي، وتفسير الفرد للحالة الفسيولوجية. وكذلك ترى نظريةُ الكفاية الذاتية أن "التقييمات الذَّاتية" يمكن اكتسابها من خلال أربعة عوامل، وهي: الإقناع اللفظي، والإثارة العاطفية، والنجاحات والإخفاقات الشخصية السَّابقة، وملاحظة نجاحات أو إخفاقات الأشخاص الآخري (Murphy et al., 1989).

ويرى برونستن (Bronstein, 2014) أن الأشخاص الذين يتمتعون بكفاءة ذاتية مرتفعة يتوقع منهم أن ينجحوا ويثابروا في الأنشطة التي يقومون بها حتى تكتمل، على العكس من الأشخاص منخفضي الكفاية الذاتية يكونوا أكثر توقعًا للفشل وأقل احتمالًا في الاستمرار في الأنشطة التي يرون أنها تمثل تحديًا لهم.

وللكفاءة الذاتية فوائد عديدة في العمل التمريضي مثل الحفاظ على علاقة الرعاية القائمة على الثقة، وحل المشكلات بشكل إبداعي من خلال التعاون في حل النزاعات، والحفاظ على معايير الاحترام المتبادل في العمل، وتوسيع مناخ السلامة، وزيادة التركيز على احتياجات العمل بدلاً من العلاقات غير الصحية التي تخلق بيئة آمنة. بيئة صحية على جميع مستويات الإدراك، وتمكين الممرضين من إدارة والتعامل مع أي سلوكيات سيئة بطريقة صحيحة. يجب أن تكون التوقعات السلوكية نموذجًا يحتذى به من قبل الممرضين لإظهار الاحتراف ودعم التطوير الأخلاقي الأساسي (Diliello et al., 2018).

وتظهر الكفاية الذاتية للممرض في كل من التعليم حيث يجب أن يمتلك الممرض المؤهلات المناسبة، وأن يظهر معرفة وخبرة مع كبار السن والضعفاء، وأن يكون لديهم مهارات تواصل مهني، وقدرة في بناء العلاقات والتنظيم، وأن يمتلك خبرة من ثلاث إلى خمس سنوات في إدارة الرعاية الصحية، وأن يمتلك معرفة باللوائح للرعاية الطبية، وأن يكون لديه اهتمام كاف بالتفاصيل، والقدرة على العمل بشكل مستقل، مع المهارة في التعاون متعدد التخصصات، وأن يمتلك مهارات كمبيوتر جيدة مع معرفة محددة ببرامج Microsoft Office.

(Genevive, 2018)

ومن هنا تظهر ضرورة دراسة كل من المسؤولية المهنية والكفاية الذاتية لدى مقدمي الرعاية الصحة ولا سيما في أكثر الأماكن أهمية لتقديم الخدمة الصحية.

الدراسات السابقة:

من خلال النظر في الأدب النظري المرتبط بتنمية المسؤولية المهنية والكفاية الذاتية لدى الممرضات المعينات حديثًا، تبيّن قلة الدراسات التي تناولت الربط بين المتغيرين وفيما يلي أهم الدراسات السابقة ذات الصلة:

- هدفت دراسة سكندر وراموس (Schneder, & Ramos, 2012) إلى توصيف عمليات التمريض الأخلاقية والمهنية التي تتم في مجلس التمريض الإقليمي في سانتا كاتارينا، ولتحقيق أهداف الدراسة تم تطوير هذا البحث الوصفي والاستكشافي والوثائقي ذو المنهج الكمي، حيث تكونت عينة الدارسة من (١٢٨) متابعة لعملية أخلاقية مهنية في التمريض، بين عامي ١٩٩٩ و٢٠٠٧، وتم تحليلها وصفياً فيما يتعلق بأصل الشكاوى والعمليات الأخلاقية، والمتهمين، والمتهمين، وموضوع الشكوى ونتيجة العملية. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أنه بالنظر إلى المواضيع، من بين الفئات الثماني الموصوفة، تم تسليط الضوء على الدور العلاجي، فضلا عن الممارسة المهنية غير القانونية، والعلاقات المهنية المتضاربة والمسؤولية المهنية للممرض. كما أظهرت المتابعة للنتائج ضرورة المناقشة والتدخل بشكل عملي ملموس وإثارة الأفكار حول عملية التدريب المهني والتعليم المستمر في الفضاءات المؤسسية الصحية، من أجل الحد من الحوادث الأخلاقية في الممارسة المهنية.
- وسعت دراسة سامانيكو وكاركامو (Samaniego, & Carcamo, 2013) إلى وصف صورة الممرضين والأطباء وغيرهم من المتخصصين في الرعاية الصحية حول مهنة التمريض، وقد تم استخدام المنهج الوصفي، وتكونت عينة الدراسة من (٣٠٨) مشاركا توزعوا على الفئات التالية: (١٠٠ ممرضا، ١٠٣ أطباء، و١٠٥ متخصصين آخرين) تم اختيارهم من مدينة بوينس آيرس، في الأرجنتين، وقد استخدمت الدراسة استبيانات ذات أسئلة مغلقة متعددة الاختيارات، أشارت نتائج الدراسة إلى أن المشاركين لديهم تصورًا لظروف العمل التي تنطوي على التآكل والعجز والصراعات داخل مجموعة العمل مع توتر متزايد بين الممرضين مقارنة بمجموعات الدراسة الأخرى. كما أشارت النتائج إلى وجود صراع بين الدور الذي يحدده النموذج الطبي والدور الذي يحدده التمريض.
- كما تناولت دراسة وككهوززو (Occhiuzzo, 2017) العلاقات بين الخصائص المهنية للممرضين وكفاءتهم الذاتية المتصورة عند تقديم الرعاية للمرضى شديدي العدوى للمرضى الذين يحتاجون إلى الاحتواء البيولوجي. تم استخدام إحصاء كامل لـ ٩٢ ممرضًا، وقد أجابوا على مقياس الكفاية الذاتية للرعاية التمريضية (NCSES) والأسئلة المتعلقة بخصائص الممارسة المهنية للممرضين، وقد أظهرت النتائج أن عدد تدريبات الاحتواء الحيوي والمستوى

الأعلى من التعليم الرسمي كانا مرتبطين بشكل دال إحصائيا مع مقياس الكفاية الذاتية للرعاية التمريضية NCSES، وقد تنبأت سنوات التمريض بشكل ملحوظ بإجمالي الحصول على الكفاية الذاتية للرعاية التمريضية NCSES بحيث أنه كلما زادت الخبرة زادت الكفاية الذاتية.

- وهدفت دراسة الجابرية وعيسى (٢٠١٩) إلى تسليط الضوء على المسؤولية المدنية للممرض عن أخطائه الصادرة في عدم مراعاته الأصول العلمية والفنية في أداء عمله، وقد تناولت الرسالة مجموعة من النقاط أهمها طبيعة المسؤولية المدنية للممرض (عقدية أم تقصيرية)، وصفة التزامه التي تتحدد بحسب طبيعة العمل الذي يمارسه فهي تارة بذل العناية وتارة تحقيق نتيجة، ثم تناولت أركان تلك المسؤولية والتي تتمثل في الخطأ والضرر وعلاقة السببية، وبينت أن معيار خطأ الممرض يتحدد بانحراف سلوكه عن الرجل المعتاد، كما تطرقت إلى أحكام المسؤولية المفترضة للممرض كمتولي للرقابة وعن حراسة الأشياء المستخدمة في تنفيذ مهامه، وبينت كذلك الحالات التي يكون فيها الآخرين (المستشفى والطبيب) مسؤولا عن أخطاء الممرض. ومن أبرز النتائج التي توصلت إليها الدراسة تخضع المسؤولية المدنية للممرض (العقدية والتقصيرية) للقواعد العامة للمسؤولية المدنية، ويقدر خطأ الممرض بمعيار الشخص المعتاد، من مثله في تخصصه وظروف حاله وإمكانياته، إذا وجد في ذات الظروف والأوضاع.
- كما هدفت دراسة هانديانى وآخرون (Handiyani, et al, 2019) لتقديم نظرة عامة على خصائص الممرضين والكفاية الذاتية، حيث استخدمت هذه الدراسة عينات عنقودية شملت ١٢ مستشفى في ٦ مقاطعات في إندونيسيا، تليها أخذ عينات عشوائية متناسبة، وحصلت على (١٣٢٣) ممرضا، وتم جمع البيانات من خلال تطبيق مقياس الخصائص والكفاية الذاتية للممرضين، حيث أشارت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الكفاية الذاتية للممرضات مقارنة مع الممرضين، وكانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في الكفاية الذاتية للممرضات في المستشفيات الخاصة والمستشفيات العامة، كما كان مستوى الكفاية الذاتية للمرضين (٨١.٢٥٪) فوق المتوسط، كما أشارت النتائج أن قيمة تكوين الكفاية الذاتية المرتبطة بالعمل (٨٢.٣٨٪) أعلى من الكفاية الذاتية المرتبطة بالتأقلم (٨٠.١٥٪).
- وهدفت دراسة طموس والمريني (٢٠١٩) للتحقق من وجود علاقة بين مستوى الأمن النفسي مستوى الأداء والمسؤولية الاجتماعية لممرضي أقسام الطوارئ في مستشفيات قطاع غزة، واستخدم المنهج الوصفي التحليلي، كما تكونت عينة الدراسة من (١٨١) ممرضا وممرضة موزعين على أربع مستشفيات في قطاع غزة منهم (١٢٨) ذكر، (٥٣) أنثى، ولتحقيق

أهداف الدراسة استخدم الباحث ثلاثة مقاييس (مقياس الأمن النفسي) و(مقياس مستوى الأداء) و(مقياس المسؤولية الاجتماعية) وجميعهم من إعداد الباحث. أشارت النتائج إلى أن متوسط الأمن النفسي لدى عينة الدراسة (ممرضي أقسام الطوارئ) كان (٧١.٠١%) مرتفع، وبلغ متوسط مستوى الأداء (٧١.١٦%) مرتفع، وبلغ متوسط المسؤولية الاجتماعية (٧٣.٢٧%) مرتفع، وتوجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية لمقياس الأمن النفسي بأبعاده والدرجة الكلية لمستوى المسئولية الاجتماعية.

- وهدفت دراسة البزور (٢٠٢٠) إلى الكشف عن العلاقة بين الكفاية الذاتية المدركة والاحتراق النفسي لدى الممرضات العاملات في مستشفيات محافظة إربد، والكشف عن وجود فروق على مقياسي الاحتراق النفسي والكفاية الذاتية المدركة، ومستوى كل منهما. ولتحقيق أهداف الدراسة تم إعداد مقياس لقياس الكفاية الذاتية المدركة، كما تم استخدام مقياس الاحتراق النفسي من إعداد ماسلاش وجاكسون (Maslach & Jackson, 1981) تكونت عينة الدراسة من (٢٣٦) ممرضة من الممرضات العاملات في مستشفيات محافظة إربد، أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى كل من الاحتراق النفسي والكفاية الذاتية المدركة لدى الممرضات جاء بمستوى متوسط، كما أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة سالبة دالة إحصائيا بين الاحتراق النفسي والكفاية الذاتية المدركة لدى العينة.
- كما هدفت دراسة دادبوور والافي وجافاري وسافاري موادبدي (Dadipoor, et al, 2021) إلى استكشاف العلاقة بين الكفاية الذاتية والصحة العامة لدى الممرضين، وتم استخدام المنهج الوصفي التحليلي، حيث تكونت عينة الدراسة من (٤٧٠) ممرضا، وتم جمع البيانات المطلوبة، من خلال استخدام مقياسيGSE-10 وGHQ-28، وقد أشارت النتائج إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الصحة العامة والكفاية الذاتية، وقد تنبأ الأداء الاجتماعي بشكل كبير بالكفاية الذاتية، حيث أشارت النتائج أن المستوى المقبول من الكفاية الذاتية يمكن أن يؤثر بشكل إيجابي على جميع جوانب الصحة العامة للممرضين.
- كما هدفت دراسة كاديدات وآخرون (Cadidate, et al, 2022) إلى فحص درجات الكفاية الذاتية والمعرفة والمواقف لدى الممرضين على مدار فترة ١٢ شهرًا. تمت دعوة جميع الممرضين الذين سجلوا في البرنامج بين عامي ٢٠١٨ و٢٠٢٠ للمشاركة في الدراسة حيث تكونت عينة الدراسة من (٦٥) ممرضا، وتم جمع البيانات عبر الإنترنت باستخدام مسح ذاتي في الأساس، بعد ٦ أشهر، ثم بعد ١٢ شهرًا من الدخول إلى البرنامج. أظهرت نتائج الدراسة أن الممرضين الذين خضعوا للبرنامج الإرشادي أبدو تحسنا ذو دلالة إحصائية في المعرفة والكفاية الذاتية، حيث بلغ حجم التأثير (٠.٤٤-٠.٧٢) بعد ٦ أشهر، بينما بلغ حجم

التأثير بين (٠.٥٩-٠.٩٤) بعد ١٢ شهرا، كما أشارت النتائج لوجود تغييرات دالة إحصائيا في الكفاية الذاتية فقط في المتابعة لمدة ١٢ شهرًا بين الممرضين الذين حضروا أكثر من ٢٥٪ من المنهج الدراسي المكون من ٢٠ جلسة. يعد (Extension for ECHO) Outcomes Community Healthcare (ملحق لنتائج الرعاية الصحية المجتمعية) تدخلاً واعدًا لتحسين إمكانية الوصول إلى الممارسة القائمة على الأدلة ودعم الممرضين في إدارة الاضطرابات المتزامنة بشكل مناسب.

التعقيب على الدراسات السابقة:

يتبين من نتائج الدراسات السابقة أن تلك الدراسات تناولت كل متغير وحده ولم تعمل على ربط المتغيرين معا لدى الممرضين المعينين حديثا وهذا ما تسعى الدراسة الحالية للقيام به، والتي تستفيد من تلك الدراسات السابقة عند تطوير الأدوات وفي اختيار منهجية الدراسة، وعند مناقشة النتائج.

منهج البحث:

انطلاقا من اهتمام هذه الدراسة لمعرفة طبيعة العلاقة بين المسؤولية المهنية والكفاية الذاتية لدى الممرضات المعينات حديثا في الخدمات الطبية الملكية، فقد تم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي.

مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من جميع الممرضات المعينات حديثا في مدينة الحسين الطبية في الخدمات الطبية الملكية، وعدد الممرضات المعينات حديثا بلغ (٢٥٠) ممرضة، حسب الإحصائيّات الرسميّة في الخدمات الطبية الملكية للعام (٢٠٢٣/٢٠٢٤).

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من عينة من الممرضات في الخدمات الطبية الملكية، (١١٦) ممرضة، وهن الممرضات اللواتي استجبن على المقياسين من خلال الرابط المرسل لهن.

أدوات الدّراسة:

ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام الأدوات التالية:

أولاً- مقياس المسؤولية المهنية:

لتحقيق أغراض الدّراسة تم تطوير مقياس المسؤولية المهنية من خلال الرجوع إلى الأدب النّظري والدّراسات السابقة ومنها: طموس (٢٠١٩)؛ وعيسى (٢٠١٩)؛ والجابرية وعيسى (٢٠١٧) وذلك لغايات قياس المسؤولية المهنية لدى الممرضات، وقد تكوّن المقياس بصورته الأولية من (٣٩) فقرة، وأربعة أبعاد هي:

البعد الأول: المسؤولية عن القيام بالوظيفة تشمل التطور المستمر والالتزام بالمهارات واكتسابها والأنظمة، وتقيسه الفقرات من (١-١٣)

البعد الثاني: كمية ونوعية العمل (مدى ما يدركه الممرض من عمله الذي يقوم به، وما يمتلكه من رغبة والقدرة على تنفيذ العمل دون الوقوع في الخطأ)، وتقيسه الفقرات من (١٤-٢٠)

البعد الثالث: المسؤولية الصحية أثناء العمل وتقيسه الفقرات من (٢١-٢٥)

البعد الرابع: الجوانب الأخلاقية في مهنة التمريض وتقيسه الفقرات من (٢٦-٣٩)

وجميع فقرات المقياس إيجابيه. **وللتحقّق من مناسبة المقياس لهدف الدّراسة وبيئتها تم التحقّق من الخصائص السيكوماترية التالية للمقياس.**

أولاً- صدق أداة الدّراسة:

وتم التحقّق من صدق الأداة بالطّرق الآتية:

١- **الصدق الظاهري (صدق المحكّمين):** للتحقّق من صدق المقياس وأنّ الفقرات الموضوعة تقيس ما وضعت لأجله، ومدى تغطيتها لجوانب المسؤولية المهنية، تم عرضه على مجموعة من المحكّمين المختصين بلغوا (١٠) محكِّمًا من أعضاء الهيئة التدريسيّة في الجامعات المحلية بالمملكة الأردنية الهاشمية، وتمّ اعتماد محكّ اتفاق (٨٠%) محكّمًا للإبقاء على الفقرة أو تعديلها، وتمّ إجراء تعديلات لغوية في (١٠) فقرات وحذف فقرتين وأصبح عدد فقرات المقياس (٣٧) فقرة.

٢- **صدق البناء الداخلي:** للتحقّق من صدق البناء الداخلي تم تطبيق المقياس على عيّنة استطلاعيّة مكوّنة من (٣٠) ممرضا من داخل مجتمع الدّراسة وخارج عينتها، ومن ثم إيجاد معاملات الارتباط بين الدرجة على الفقرة، والدرجة الكلية للمقياس، والجدول (١) يوضح معامل ارتباط كل فقرة بالدرجة الكلية لمقياس المسؤولية المهنية:

جدول (١) معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات مقياس المسؤولية المهنية مع الأبعاد والدرجة الكلية

الرقم	الارتباط مع البعد	الارتباط مع الدرجة الكلية	الرقم	الارتباط مع البعد	الارتباط مع الدرجة الكلية
١	٠.٥٥**	٠.٥١**	٢٠	٠.٦٨**	٠.٦٢**
٢	٠.٤١*	٠.٣٨*	٢١	٠.٤٧*	٠.٤٤*
٣	٠.٥٩**	٠.٥٣**	٢٢	٠.٤٦*	٠.٤٦*
٤	٠.٦٨**	٠.٦٢**	٢٣	٠.٥٨**	٠.٥٢**
٥	٠.٤٧*	٠.٤٤*	٢٤	٠.٦٣**	٠.٥٨**
٦	٠.٦٦**	٠.٦٠**	٢٥	٠.٧٠**	٠.٦٨**
٧	٠.٦١**	٠.٥٨**	٢٦	٠.٧٤**	٠.٦٨**
٨	٠.٦٩**	٠.٦٢**	٢٧	٠.٦٥**	٠.٦٢**

الرقم	الارتباط مع البعد	الارتباط مع الدرجة الكلية	الرقم	الارتباط مع البعد	الارتباط مع الدرجة الكلية
٩	٠.٧٠**	٠.٦٤**	٢٨	٠.٦٢**	٠.٥٢**
١٠	٠.٤٨*	٠.٤٦*	٢٩	٠.٦٣**	٠.٦٠**
١١	٠.٦٢**	٠.٥٨**	٣٠	٠.٥٨**	٠.٥٣**
١٢	٠.٦٩**	٠.٦٦**	٣١	٠.٥٢**	٠.٤٧*
١٣	٠.٧٧**	٠.٧١**	٣٢	٠.٤٨*	٠.٤٦*
١٤	٠.٧٠**	٠.٦٥**	٣٣	٠.٦٤**	٠.٦٠**
١٥	٠.٣٩*	٠.٣٨*	٣٤	٠.٦٠**	٠.٥٨**
١٦	٠.٦٨**	٠.٦٠**	٣٥	٠.٦٦**	٠.٦٢**
١٧	٠.٦٢**	٠.٥٨**	٣٦	٠.٦٤**	٠.٦١**
١٨	٠.٤٨*	٠.٤٤*	٣٧	٠.٥٣**	٠.٤٦*
١٩	٠.٥٧**	٠.٥٠**			

يتبين من نتائج الجدول (١) أن معاملات الارتباط بين الفقرة والبعد من جهة وبين الفقرة والدرجة الكلية قد كانت دالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥) وقد تراوحت بين (٠.٣٩–٠.٧٧) بين الفقرة والبعد، كما تراوحت بين (٠.٣٨–٠.٧١) بين الفقرة والدرجة الكلية، مما يدل على تمتع المقياس بدلالات صدق بناء داخلي مناسبة، ولم يتم حذف أي فقرة من المقياس.

ثانيًا– ثبات مقياس المسؤولية المهنية:

تم التحقق من ثبات المقياس من خلال طريقتين وهما:

١–**الطريقة الأولى: الثبات بطريقة الاختبار وإعادة الاختبار:** للتأكّد من ثبات مقياس المسؤولية المهنية تم تطبيقه على عيّنة استطلاعيّة من داخل مجتمع الدّراسة وخارج عينتها مكوّنة من (٣٠) ممرضا، وتم استخدم الاختبار وإعادة الاختبار (test-retest) بتطبيق المقياس، وإعادة تطبيقه بعد أسبوعين من التطبيق الأوّل، وتمّ حساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات الممرضين في التطبيقين، والدرجة الكلية، والجدول (٢) يوضح النتائج.

٢– **الطريقة الثانية: الاتساق الداخلي:** تم حساب معامل الثبات بطريقة الاتساق الداخلي حسب معادلة كرونباخ ألفا، والجدول (٢) يبين معامل الاتساق الداخلي.

جدول (٢) معاملات الثبات بطريقتين الإعادة للاختبار والاتساق الداخلي لمقياس المسؤولية المهنية

مقياس المسؤولية المهنية	عدد الفقرات	الثبات بطريقة الاتساق الداخلي	الثبات بطريقة الإعادة للاختبار
البعد الأول	١٣	٠.٨٤	٠.٨٢**
البعد الثاني	٦	٠.٨٥	٠.٧٩**
البعد الثالث	٥	٠.٧٩	٠.٨٩**
البعد الرابع	١٣	٠.٨٨	٠.٨٢**
الدرجة الكلية	٣٧	٠.٨٩	٠.٩٠**

** دال عند (α=0.01)

يتبيَّنُ من الجدول (٢) أن معامل جميع معاملات الثبات سواء بطريقة الإعادة أو الاتِّساق الداخلي كانت مناسبةً ومرتفعةً ممّا يُظهرُ ثباتَ المقياس وقد بلغ معامل الثبات بطريقة الإعادة للدرجة الكلية (٠.٩٠)، كما جاءت معاملات الثبات بالاتساق الداخلي للدرجة الكلية (٠.٨٩).

تصحيح وتفسير مقياس المسؤولية المهنية:

تكوَّنَ مقياس المسؤولية المهنية من (٣٧) فقرة بالصيغة النهائيّة، وتتراوح الدرجة الكلية من (٣٧-١٨٥)، ويستجيب له الممرضون باختيار خيارٍ واحدٍ في كل سؤال من الخيارات الخمس وهي (دائمًا، غالبًا، أحيانًا، نادرًا، مطلقًا)، ويقابل هذه البدائل الدرجات التالية: (٥) دائمًا، و(٤) غالبًا، و(٣) أحيانًا، و(٢) نادرًا، (١) مطلقًا.

ولتفسير الإجابات التي يحصل عليها الممرض تمَّ استخدام المدى.

حيثُ إنَّ المدى= أكبر قيمة – أصغر قيمة /عدد القيم، أعلى خيار – أدنى خيار ٥-١=٤، ثم تقسيم الفرق على عدد المستويات التي تمَّ اختيارها وعددها (٣) كما يلي: ٤/٣=١.٣٣ ثم يتمَّ إضافة ١.٣٣ إلى الحد الأدنى لكل فئة.

- فالدرجة من (١-٢.٣٣) تدلُّ على مستوى منخفض من المسؤولية المهنية لدى الممرض.
- والدرجة من (٢.٣٤-٣.٦٧) تدلُّ على مستوى مُتوسِّط من المسؤولية المهنية لدى الممرض.
- والدرجة من (٣.٦٨-٥) تدلُّ على مستوى عالٍ من المسؤولية المهنية لدى الممرض.

ثانيًا- مقياس الكفاية الذاتية:

لتحقيق أغراض الدّراسة تم تطوير مقياس الكفاية الذاتية من خلال الرجوع إلى الأدب النّظري والدّراسات السابقة ومنها: اللبون والكيال وطاحون (٢٠٢١)؛ وشحادة (٢٠٢٢)؛ وعبد الفتاح (٢٠٠٥) وذلك لغايات قياس الكفاية الذاتية لدى الممرضات، وقد تكوّن المقياس بصورته الأولية من (٣٥) فقرة، وبعدين هما:

البعد الأول: كفايات شخصية هي مجموعة من العوامل والصفات الشخصية التي يجب توافرها لدى العاملين بالمستشفيات والتي تنعكس على إنجاز مهامه الوظيفية وتشمل المظهر والموضوعية والأمانة والصدق والانضباط وقوة الملاحظة والضبط الذاتي وتوكيد الذات والوعي بالذات والثقة بالنفس والقدرة على القيادة والتنظيم الذاتي والاتزان الانفعالي وتقيسه الفقرات من ١-١١.

البعد الثاني: الكفايات التمريضية لدى الممرض المرتبطة بالجانب المهني وتقيسه الفقرات من ١٢-٣٥.

وجميع فقرات المقياس إيجابية. **وللتحقّق من مناسبة المقياس لهدف الدّراسة وبيئتها تم التحقّق من الخصائص السيكوماترية التالية للمقياس.**

أولاً– صدق أداة الدّراسة:

تم التحقّق من صدق الأداة بالطّرق الآتية:

الطريقة الأولى– الصدق الظاهري (صدق المحكّمين):

للتحقّق من صدق المقياس وأنّ الفقرات الموضوعة تقيس ما وضعت لأجله، ومدى تغطيتها لجوانب الكفاية الذاتية، تم عرضه على مجموعة من المحكّمين المختصين بلغوا (١٠) محكِّمًا من أعضاء الهيئة التدريسيّة في الجامعات المحلية بالمملكة الأردنية الهاشمية، وتمّ اعتماد محكّ اتفاق (٨٠%) محكّمًا للإبقاء على الفقرة أو تعديلها، وتم الإبقاء على الفقرات التي وافق عليها المحكّمين من حيث أنّها مناسبة في صياغتها، ومضمونها، وتمثيلها للجوانب التي أعدت من أجلها، وبناءً على اقتراحاتهم، تمّ إجراء تعديلات لغوية في (٨) فقرات وحذف ثلاثة فقرات، وأصبح عدد فقرات المقياس (٣٢) فقرة.

الطريقة الثانية– صدق البناء الداخلي:

للتحقّق من صدق البناء الداخلي تم تطبيق المقياس على عيّنة استطلاعيّة مكوّنة من (٣٠) ممرضا من داخل مجتمع الدّراسة وخارج عينتها، ومن ثم إيجاد معاملات الارتباط بين الدرجة على الفقرة، والدرجة الكلية للمقياس، والجدول (٣) يوضح معامل ارتباط كل فقرة بالدرجة الكلية لمقياس الكفاية الذاتية:

جدول (٣) معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات مقياس الكفاية الذاتية مع الأبعاد والدرجة الكلية

الرقم	الارتباط مع البعد	الارتباط مع الدرجة الكلية	الرقم	الارتباط مع البعد	الارتباط مع الدرجة الكلية
١	٠.٧٨**	٠.٧٣**	١٧	٠.٥٦**	٠.٥٢**
٢	٠.٧١**	٠.٦٤**	١٨	٠.٦٠**	٠.٥٦**
٣	٠.٦٥**	٠.٦٢**	١٩	٠.٦٨**	٠.٦١**
٤	٠.٦٩**	٠.٦٢**	٢٠	٠.٤٧*	٠.٤٤*
٥	٠.٥٢**	٠.٥٠**	٢١	٠.٦٣**	٠.٦٠**
٦	٠.٥٠**	٠.٤٨*	٢٢	٠.٦٨**	٠.٦٥**
٧	٠.٤٩*	٠.٤٤*	٢٣	٠.٧١**	٠.٦٨**
٨	٠.٤٩*	٠.٤٤*	٢٤	٠.٧٢**	٠.٦٨**
٩	٠.٥٨**	٠.٥٢**	٢٥	٠.٦٤**	٠.٦٠**
١٠	٠.٦٢**	٠.٦١**	٢٦	٠.٦٣**	٠.٥٨**
١١	٠.٤٦*	٠.٤٣*	٢٧	٠.٦٠**	٠.٥٦**
١٢	٠.٦٩**	٠.٦٤**	٢٨	٠.٤٨*	٠.٤٦*
١٣	٠.٥٤**	٠.٥١**	٢٩	٠.٥٥**	٠.٥٢**

الرقم	الارتباط مع البعد	الارتباط مع الدرجة الكلية	الرقم	الارتباط مع البعد	الارتباط مع الدرجة الكلية
١٤	٠.٦٦**	٠.٦٢**	٣٠	٠.٥٩**	٠.٥٦**
١٥	٠.٧١**	٠.٦٨**	٣١	٠.٦٣**	٠.٦٨**
١٦	٠.٧٧**	٠.٧٦**	٣٢	٠.٦٠**	٠.٥٨**

يتبين من نتائج الجدول (٣) أن معاملات الارتباط بين الفقرة والبعد من جهة وبين الفقرة والدرجة الكلية قد كانت دالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥) وقد تراوحت بين (٠.٤٦-٠.٧٨) بين الفقرة والبعد، كما تراوحت بين (٠.٤٣-٠.٧٣) بين الفقرة والدرجة الكلية، مما يدل على تمتع المقياس بدلالات صدق بناء داخلي مناسبة، ولم يتم حذف أي فقرة من المقياس.

ثانيًا- ثبات مقياس الكفاية الذاتية:

تم التحقق من ثبات المقياس من خلال طريقتين وهما:

الطريقة الأولى- الثبات بطريقة الاختبار وإعادة الاختبار:

للتأكّد من ثبات مقياس الكفاية الذاتية تم تطبيقه على عيّنة استطلاعيّة من داخل مجتمع الدّراسة وخارج عينتها مكوّنة من (٣٠) ممرضا، وتم استخدم الاختبار وإعادة الاختبار (test-retest) بتطبيق المقياس، وإعادة تطبيقه بعد أسبوعين من التطبيق الأوّل، وتمّ حساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات الممرضين في التطبيقين، والدرجة الكلية، والجدول (٤) يوضح النتائج.

٣- الطريقة الثانية: الاتساق الداخلي:

تم حساب معامل الثبات بطريقة الاتساق الداخلي حسب معادلة كرونباخ ألفا، والجدول (٤) يبين معامل الاتساق الداخلي.

جدول (٤): معاملات الثبات بطريقتين الإعادة للاختبار والاتساق الداخلي لمقياس الكفاية الذاتية

مقياس الكفاية الذاتية	عدد الفقرات	الثبات بطريقة الاتساق الداخلي	الثبات بطريقة الإعادة للاختبار
البعد الأول	١١	٠.٨٤	٠.٨٩**
البعد الثاني	٢١	٠.٧٧	٠.٨٢**
الدرجة الكلية	٣٢	٠.٨٥	٠.٩١**

** دال عند (α=0.01)

تصحيح وتفسير مقياس الكفاية الذاتية:

تكوَّنَ مقياس الكفاية الذاتية من (٣٢) فقرة بالصيغة النهائيّة، وتتراوح الدرجة الكلية من (٣٢-١٦٠)، ويستجيب له الممرضون باختيار خيارٍ واحدٍ في كل سؤال من الخيارات الخمس

وهي (أوافق بشدة، أوافق، محايد، لا أوافق، لا أوافق بشدة)، ويقابل هذه البدائل الدرجات التالية: (٥) أوافق بشدة، و(٤) أوافق، و(٣) محايد، و(٢) لا أوافق، (١) لا أوافق بشدة.

ولتفسير الإجابات التي يحصل عليها الممرض تمَّ استخدام المدى.

حيثُ إنَّ المدى= أكبر قيمة – أصغر قيمة /عدد القيم، أعلى خيار – أدنى خيار ٥–١=٤، ثم تقسيم الفرق على عدد المستويات التي تمَّ اختيارها وعددها (٣) كما يلي: ٤/٣=١.٣٣ ثم يتمَّ إضافة ١.٣٣ إلى الحد الأدنى لكل فئة.

- فالدرجة من (١–٢.٣٣) تدلُّ على مستوى منخفض من الكفاية الذاتية لدى الممرض.
- والدرجة من (٢.٣٤–٣.٦٧) تدلُّ على مستوى مُتوسِّط من الكفاية الذاتية لدى الممرض.
- والدرجة من (٣.٦٨–٥) تدلُّ على مستوى عالٍ من الكفاية الذاتية لدى الممرض.

إجراءات الدراسة:

تم إتباع الإجراءات الآتية في تنفيذ الدراسة الحالية:

١– الرجوع إلى الأدب النظري والدراسات السابقة المتعلقة بالموضوع المرتبط بالمسؤولية المهنية والكفاية الذاتية.

٢– تطوير أداتي الدراسة، وإخراجها بالصورة الأولية.

٣– اختيار عينة الدراسة الاستطلاعية للتحقق من الخصائص السيكومترية للمقياسين بواقع (٣٠) ممرضة.

٤– تطبيق أداتي الدراسة على عينة الممرضات للإجابة عن أسئلة الدراسة الوصفية والارتباطية، حيث تم التطبيق على عينة الدراسة المسحية (١١٦) ممرضة.

تحليل النتائج ومناقشتها والخروج بالتوصيات:

الأساليب الإحصائية:

لتحقيق أهداف الدراسة سوف يتم استخدام الأساليب الإحصائية التالية:

١. لحساب دلالات الصدق والثبات تمَّ استخدام معامل ارتباط بيرسون وألفا كرونباخ (٣٠) ممرضة.

٢. للإجابةِ على السّؤال الأول والثاني تمّ حسابُ المتوسّطاتِ الحسابيّة والانحرافاتِ المعياريّة، لأداء مجموعتي الدّراسة على عينة الدراسة (١١٦) ممرضة.

٣. وللإجابة عن السؤال الثالث تمّ استخدام معامل ارتباط بيرسون.

٤. للإجابةِ عن السّؤال الرابع تمّ استخدام اختبار ت للعينات المستقلة.

نتائج البحث ومناقشتها:

عرض نتائج السؤال الأول ومناقشته: ما مستوى المسؤولية المهنية لدى الممرضات المعينات حديثا في الخدمات الطبية الملكية؟

للإجابة عن السؤال الأول تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد مقياس المسؤولية المهنية والدرجة الكلية والجدول (٥) يبين النتائج:

جدول(٥) دلالة الفروق للمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد مقياس المسؤولية المهنية والدرجة الكلية

البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التقدير	الترتيب
المسؤولية عن القيام بالوظيفة	٣.٥٦	٠.٣٨	متوسط	١
كمية ونوعية العمل	٣.٢٨	٠.٥٧	متوسط	٣
المسؤولية الصحية أثناء العمل	٣.٤٤	٠.٥٢	متوسط	٢
الجوانب الأخلاقية فى مهنة التمريض	٣.٢٤	٠.٥٧	متوسط	٤
الدرجة الكلية لمقياس المسؤولية المهنية	٣.٣٨	٠.٤٧	متوسط	

يتبين من نتائج الجدول (٥) أن مستوى المسؤولية المهنية جاء بدرجة متوسطة سواء في الدرجة الكلية والأبعاد، حيث بلغ المتوسط الحسابي للدرجة الكلية (٣.٣٨) بانحراف معياري (٠.٤٧) كما جاءت الأبعاد بالمستوى المتوسط وبلغ بالمرتبة الأولى

عرض نتائج السؤال الثاني ومناقشته: ما مستوى الكفاية الذاتية لدى الممرضات المعينات حديثا في الخدمات الطبية الملكية؟

للإجابة عن السؤال الأول تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد مقياس الكفاية الذاتية والدرجة الكلية والجدول (٦) يبين النتائج:

جدول(٦) دلالة الفروق للمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد مقياس الكفاية الذاتية والدرجة الكلية

البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعيارى	التقدير	الترتيب
الكفاءة الشخصية	٣.٣٩	٠.٤٣	متوسط	١
الكفاءة التمريضية	٣.٣٢	٠.٥٣	متوسط	٢
الدرجة الكلية لمقياس الكفاية الذاتية	٣.٤١	٠.٤٧	متوسط	

يتبين من نتائج الجدول (٦) أن مستوى الكفاية الذاتية جاء بدرجة متوسطة سواء في الدرجة الكلية والأبعاد، حيث بلغ المتوسط الحسابي للدرجة الكلية (٣.٤١) بانحراف معياري (٠.٤٧) كما جاءت الأبعاد بالمستوى المتوسط وبلغ بالمرتبة الأولى.

عرض النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث ومناقشته: هل هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدّلالة (α≤٠,٠٥) بين المسؤولية المهنية والكفاية الذاتية لدى عينة من الممرضات المعينات حديثا في الخدمات الطبية الملكية؟

للإجابة عن السؤال الثالث من أسئلة الدراسة، استخدم معامل بيرسون الارتباطي، لتعرف طبيعة العلاقة بين المسؤولية المهنية والكفاية الذاتية، والجدول (٧) يبين النتائج.

جدول (٧) معامل الارتباط بين المسؤولية المهنية والكفاية الذاتية

البعد	الكفاية الشخصية	الكفاية التمريضية	الدرجة الكلية للكفاية الذاتية
المسؤولية عن القيام بالوظيفة	**٠.٧٤	**٠.٧٥	**٠.٧٦
كمية ونوعية العمل	**٠.٦٩	**٠.٧١	**٠.٧٢
المسؤولية الصحية أثناء العمل	**٠.٦٥	**٠.٧٢	**٠.٧١
الجوانب الأخلاقية في مهنة التمريض	**٠.٦٨	**٠.٧٢	**٠.٧٢
الدرجة الكلية لمقياس المسؤولية المهنية	**٠.٧٦	**٠.٨٠	**٠.٨١

يتبين من نتائج السؤال الحالي أن هناك علاقة ارتباطية إيجابية ذات دلالة إحصائية عند مستوى (α=٠.٠٥) بين المسؤولية المهنية والكفاية الذاتية لدى الممرضين المعينين حديثا، حيث بلغ معامل الارتباط (٠.٨١) وتعزى النتيجة الحالية نظرا لكون

عرض النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع ومناقشته: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدّلالة (α≤٠,٠٥) في المسؤولية المهنية والكفاية الذاتية تبعا للمؤهل العلمي؟

للإجابة عن هذا السؤال فقد تم استخدام اختبار (ت) (t–test) لفحص الفروق بين متوسطات الأداء على الدلالة الإحصائية على المسؤولية المهنية والكفاية الذاتية، لدى الممرضات تبعا لمتغير المؤهل العلمي (بكالوريوس ودراسات عليا) والجدول (٨) يوضح ذلك.

الجدول (٨) نتائج اختبار (ت) لمتوسطات الأداء للمسؤولية المهنية والكفاية الذاتية تبعا لمتغير المؤهل العلمي

المقياس	المؤهل العلمي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
المسؤولية المهنية	بكالوريوس	٥٤	٣.٢٢	٠.٢٥	١١٢	−١.٤٢	٠.١٦
	دراسات عليا	٦٠	٣.٢٩	٠.٢٤			
الكفاية الذاتية	بكالوريوس	٥٤	٣.٤١	٠.٤٠	١١٢	٠.٠٦	٠.٩٥
	دراسات عليا	٦٠	٣.٤١	٠.٢٩			

يظهر من الجدول (٨) أن كلا من المسؤولية المهنية والكفاية الذاتية لدى الممرضين لا تختلف تبعا لمتغير المؤهل العلمي، حيث بلغت قيمة ت لها على التوالي (١.٤٢، ٠.٠٦).

التوصيات والمقترحات:

توصي الدراسة بناء على نتائج البحث بما يلي:

- العمل على الاستفادة من طبيعة العلاقة الارتباطية
- توعية الممرضين بأهم مسؤولياتهم المهنية وكفاياتهم الذاتية.
- إجراء برامج تربوية ونفسية في الجامعة تعنى بالمسؤولية المهنية والكفاية الذاتية لدى الممرضين المعينين حديثا.

المراجع

البزور، هديل (٢٠٢٠). الكفاية الذاتية المدركة وعلاقتها بالاحتراق النفسي لدى الممرضات العاملات في مستشفيات محافظة إربد، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، الأردن.

الجابرية، هند وعيسى، مصطفى (٢٠١٧). المسؤولية المهنية للممرض، رسالة ماجستير، جامعة السلطان قابوس، مسقط.

دحمان، أيت وحميش، فريزة (٢٠٢٢). مبادئ وأخلاقيات مهنة الطبيب والصيدلي. جامعة مولود معمري https://dspace.ummto.dz/handle/ummto/22063

دين، نعيمة (٢٠٢٠). ظروف عمل الممرضين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية غرداية. *مجلة الحقيقة*. جامعة احمد دراية أدرار، ١٩(٣)، ٢١٨-٣٢٧.

شحادة، أمير (٢٠٢٢). *الذكاء الروحي والاتزان الانفعالي وعلاقتهما بالكفايات التمريضية لدى ممرضي الأطفال في المستشفيات الحكومية في قطاع* غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.

طموس، رجاء الدين (٢٠١٩). الأمن النفسي وعلاقته بمستوى الأداء والمسؤولية الاجتماعية لدى ممرضي الطوارئ بمشافي قطاع غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية بغزة.

عبد الخالق، أحمد؛ والنيال، مايسة. (٢٠١٨). السعادة وعلاقتها بالفاعلية الذاتية لدى عينة من طلاب الجامعة في مصر ولبنان، *مجلة العلوم الاجتماعية*، ٤٦(١)، ٩١-١١٠.

عبد الفتاح، إياد (٢٠٠٥). *بناء برنامج تدريبي قائم على كفايات مشرفي التمريض السريري في الجامعات الأردنية وقياس أثره في تنمية تلك الكفايات*، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية، عمان.

عيسى، جواهر (٢٠١٩). دور تأمين المسؤولية المدنية في توفير الحماية المهنية للأطباء وعلى المرضى: دراسة حالة شركة شبكات للتأمين وإعادة التأمين المحدودة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النيلين، الخرطوم

عيشاوي، وهيبة وعوفى، مصطفى (٢٠٢٠). مصادر الضغوط المهنية لدى فئة الممرضات وكيفية الحد منها: دراسة ميدانية بالمستشفيات العمومية. *مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية*، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، ١٢(٤)، ١٤٣-١٥٦.

قزاقزة، يوسف وآخرين (٢٠٢٢). *إدارة الخدمات الصحية والتمريضية*. عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

اللبون، عمر والكيال، مختار وطاحون، حسين (٢٠٢١). الخصائص السيكومترية لمقياس الكفايات المهنية على عينة من العاملين بالتمريض بمستشفيات شمال المملكة الأردنية الهاشمية، *مجلة القراءة والمعرفة*، جامعة عين شمس، ٢٣٨، ٣١٩-٢٧٧.

Academic support for nursing students. (2015). *Chapter 2: Nursing and the NMC Code, Nursing Answers*. net. https://nursinganswers.net/lectures/nursing/professional-values/2-detailed.php

American Nurses Association (2016). *Nurses' Roles and Responsibilities in Providing Care and Support at the End of Life*, ANA Center for Ethics and Human Rights

Bagaka's, Joshua Gisemba (2011). The role of teacher characteristics and practices on upper secondary school students' mathematics self-efficacy in Nyanza province of Kenya: A multilevel analysis, *International Journal of Science and Mathematics Education*, 9(4) Aug, 817-842.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: W. H. Freeman and Company

Bronstein, J (2014), The Role of Perceived Self-Efficacy in the Information Seeking Behavior of Library and Information Science Students. *The Journal of Academic Librarianship*, 40(1), 101–106.

Bursa, Murat (2010). Turkish Preservice elementary teachers' Self-Efficacy Beliefs regarding mathematics and science teaching, *International Journal of Science and Mathematics Education*, 8(4), 649-666.

Cadidate, G., et al. (2022). Improving the self-efficacy, knowledge, and attitude of nurses regarding concurrent disorder care: Results from a prospective cohort study of an inter professional, videoconference-based programmer using the ECHO model, *International Journal of Mental Health Nursing*, 32(1), 290-313, https://doi.org/10.1111/inm.13082

Dadipoor, S., Alavi, A., Gaffari, M., & Safari-Moradabdi, A. (2021). Association between self-efficacy and general health: a cross-sectional study of the nursing population, *BMC Nursing* 20(49).

Diliello, H. Moskowitz, J. Hefner, D.S., (2018). Measuring the perceived support for innovation in organizations. *The Journal of Applied Psychology*, 63(5), 553–562

Genevive (2018). *Job Description: Nurse Program Manager*, genievive.org

Handiyani, H., Kusumawati[1] A., Karmila[2] R., Wagiono[2] A., Silowati[1] T., Lusiyana[2] A., & Widyana[2] R. (2019). Nurses' self-efficacy in Indonesia, *Enfermeria Clinica*, 29(52), 252-256.

JNC (Jordanian Nursing Council) (2016). *National Standards and Core Competencies For Registered Nurse,* You can access this document at www.jnc.gov.jo

Kentish-Barnes, N., et al. (2019). Being convinced and taking responsibility: a qualitative study of family members' experience of organ donation decision and bereavement after brain death. *Critical care medicine* [Crit Care Med], 47(4), 526-534.

Kim, H., Kang, H. & Johnson-Motoyama, M. (2017). The psychological well-being of grandparents who provide supplementary grandchild care: A systematic review. *Journal of Family Studies*, 23, 118–141.

Ledbetter, A. & Beck, S. (2014). A theoretical comparison of relational maintenance and closeness as mediators of family communication patterns in parent-child relationships. *Journal of Family Communication, 14(*3), 230-252.

Ledbetter, A., & Beck, S. (2014). A theoretical comparison of relational maintenance and closeness as mediators of family communication patterns in parent-child relationships. *Journal of Family Communication*, 14(3), 230-252.

Liljedahl, P., & Oesterle, S. (2014). Teachers Beliefs, Attitudes and Self-Efficacy in Mathematics Education, *Encyclopedia of Mathematics Education*, 583-586.

Melnyk, B., & Danidson, S. (2009). Creating a culture of innovation in nursing education through shared vision, leadership, interdisciplinary partnerships, and positive deviance. *Nursing Administration Quarterly*, 33(4), 288–295.

Merriam-Webster Online Dictionary. (2006). *Self-sufficiency*. www.m-w.com/dictionary/self-sufficient

Müller-Staub, M., Abt., J., Brenner, A., & Hofer, B. (2015). *Expert Report on the Responsibility of Nursing. Bern: Swiss Association for Nursing*

Science ANS (9) (PDF) Expert Report on the Responsibility of Nursing. Available from: https://www.researchgate.net/publication/283091709_Expert_Report_on_the_Responsibility_of_Nursing [accessed Mar 11 2024].

Murphy, C. A., Coover, D., & Owen, S. V. (1989). Development and Validation of the Computer Self-Efficacy Scale. *Educational and Psychological Measurement, 49*(4), 893–899. https://doi.org/10.1177/001316448904900412

Neeley, C. (2019). *What Is Professional Responsibility in Nursing?* PredragImages/E+/GettyImages, Career Trend.

Niu, B. & Yoshida, A. (2017). Effects of family budgeting responsibility on subjective health status: An empirical study of Japanese wives. *Health Care for Women International*, 38(1), 55-71.

Occhiuzzo, D. (2017). *Professional Development and Self-Efficacy of Nurses Who Care for Patients Requiring Biocontainment*, Doctoral Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Education, Walden University

Rayhan, H., Taha, S., Farahat, S. & Shaheen, H. (2015). Housewife taking responsibility and its relation with family stress management. *Journal of Agricultural Economy & Social Sciences*, 6(7), 1119-1138.

Samaniego, V., & Carcamo, S. (2013). The nursing image and professional identity. The future of a construction, *Invest Educ Enferm*. 2013, 31(1), 54-62

Schneder, D., & Ramos, F. (2012). Nursing ethical processes in the State of Santa Catarina: characterization of factual elements, Rev. *Latino-Am. Enfermagem* 2012 July-Aug, 20(4), 744-52

Slazyk-Sobol, M., et al. (2021). Stress and Self-Efficacy as Specific predictors of safety at work in the Aviation Sector, *Medycyna Pracy*, 72(5), 479-487. Form: https: //medpr.imp.lodz.pl/en

Williams, S., Fruh, S., Barinas, J., & Graves, R. (2022). Self-Care in Nurses, *J Radiol Nurs*. 2022 Mar; 41(1), 22–27.

Winslow, S., DeGuzman, P., Kulbok, P., & Jackson, S. (2014). Nurses' Self-Efficacy and Academic Degree Advancement, *Journal for Nurses in Professional Development*, 30(3), 110-116.