

تصمیم‌گیری بالینی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه در بیمارستان‌های آموزشی مشهد

الهام شهرکی مقدم^۱، زهرا سادات منظری^{۲*}، زهرا قندهاری مطلق^۳

۱. مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران
 ۲. استادیار، گروه پرستاری داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
 ۳. کارشناس پرستاری، سوپروایزر آموزشی، بیمارستان امداد و سوانح شهید کامیاب، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

چکیده

تاریخ دریافت: ۳ اسفند ۱۳۹۴

تاریخ پذیرش: ۲۱ خرداد ۱۳۹۵

اهداف: بخش‌های مراقبت ویژه به دلیل پیچیدگی وضعیت بالینی بیماران و تغییرات سریع وضعیت همودینامیکی آن‌ها نیازمند تصمیم‌گیری سریع پرستاران در مدت زمان اندک است. لذا، ماهیت اختصاصی این بخش‌ها ایجاب می‌کند که پرستاران شاغل در آن الزاماً تصمیم‌گیرندگان باکفایتی باشند. این مطالعه با هدف بررسی تصمیم‌گیری بالینی پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه در بیمارستان‌های آموزشی مشهد انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای روی ۲۳۳ پرستار شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۳۹۳ انجام شد. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه PDAQ استفاده شد. داده‌ها با استفاده از SPSS-16 و آمار توصیفی و استنباطی (تی مستقل، ضریب همبستگی و آنالیز واریانس یک طرفه) تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که مشارکت پرستاران در هر سه مرحله تصمیم‌گیری بالینی - شامل شناخت مشکل (۳۳/۱±۱۰/۷)، ارائه راه حل (۳۴/۱±۱۰/۳) و اجرای راه حل (۳۲/۱±۹/۷) - در سطح متوسط قرار داشت. پرستاران در مرحله ارائه و ارزیابی راه‌حل‌های جایگزین در حل مشکل بیشترین امتیاز و در مرحله اجرای راه‌حل مناسب کمترین امتیاز را کسب کردند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این پژوهش، مشارکت پرستاران در تمام مراحل تصمیم‌گیری بالینی در سطح متوسط قرار داشت. به نظر می‌رسد که برنامه‌های آموزش پرستاری برای ارتقای مهارت تصمیم‌گیری بالینی مؤثر نبوده است. بنابراین، از یافته‌های این تحقیق می‌توان در برنامه‌ریزی آموزش پرستاری و برنامه‌های آموزش مداوم در بهبود این مهارت بالینی استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها:

بخش مراقبت ویژه،
پرستاران، تصمیم‌گیری
بالینی.

مقدمه

بخش‌های مراقبت ویژه به دلیل پیچیدگی وضعیت بالینی بیماران و تغییرات سریع وضعیت همودینامیکی آن‌ها نیازمند تصمیم‌گیری سریع پرستاران در مدت زمانی اندک است [۱]. لذا، از نقش‌های مهم پرستاران در بخش‌های مراقبت ویژه حمایت صحیح از بیمار، و تصمیم‌گیری و قضاوت بالینی درست در مواقع بحرانی است [۲]. پرستاران در مقایسه با سایر شاغلان مراقبت‌های بهداشتی، مدت زمان بیشتری در تماس با بیماران اند و تصمیم‌گیری آن‌ها نقش بسیار مهمی در سرنوشت

بالینی بیماران دارد [۳ و ۴].

بر اساس نتایج مطالعه باک‌نال، پرستاران هر ۳۰ ثانیه در یکی از حیطه‌های انجام مداخلات پرستاری، ارزیابی وضعیت بالینی بیماران و فرایندهای ارتباطی در حال تصمیم‌گیری‌اند [۵]. تصمیم‌گیری بالینی را می‌توان مداخلات و راهکارهایی دانست که به بهبود وضعیت بالینی بیمار از شرایط فعلی به شرایط مطلوب نهایی کمک می‌کند و دارای سه مرحله اساسی است که به ترتیب شامل مطرح کردن- شناخت و تأیید مشکل، پیشنهاد و ارزیابی راه‌حل‌های جایگزین و انتخاب و اجرای

* نویسنده مسئول: زهرا سادات منظری

نشانی: مشهد، خیابان ابن سینا، دانشکده پرستاری و مامایی مشهد

تلفن: ۰۹۱۵۹۵۷۰۴۵۸

رایانه: manzariz@mums.ac.ir

مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۴، شماره ۲، خرداد و تیر ۱۳۹۶، ص ۱۰۷-۱۱۳.

آدرس سایت: <http://jsums.medsab.ac.ir> رایانه: journal@medsab.ac.ir

شاپای چاپی: ۱۶۰۶-۷۴۸۷

درمان و خانواده‌ها، همچنین تأثیر محیط و فرهنگ بیمارستانی متفاوت بر تصمیم‌گیری بالینی پرستاران، این پژوهش با هدف بررسی مهارت تصمیم‌گیری بالینی پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های آموزشی شهر مشهد انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی-مقطعی است که در سال ۱۳۹۳ در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد. جامعه آماری این پژوهش را پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های آموزشی قائم، امام رضا (ع)، شهید کامیاب، شریعتی و منتصریه تشکیل دادند. برای بررسی تصمیم‌گیری بالینی پرستاران بخش مراقبت ویژه، به ۲۵۰ نفر از پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه پرسشنامه داده شد که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شده بودند. برای نمونه‌گیری، نخست کل بیمارستان‌های آموزشی مشهد و دارای بخش مراقبت ویژه بزرگسالان انتخاب شد. سپس، با توجه به تعداد پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه هر بیمارستان، ۲۵۰ پرستار به صورت تصادفی انتخاب شدند و پرسشنامه در اختیار آن‌ها قرار گرفت. ولی، با توجه به عدم برگشت تعدادی از پرسشنامه‌ها، تعداد پرسشنامه بررسی شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از رضایت برای شرکت در مطالعه، داشتن حداقل مدرک کارشناسی، دارا بودن سمت‌هایی چون پرستار بالینی، پرستار مسئول شیفت و سرپرستار، و داشتن حداقل شش ماه سابقه کار در بخش مراقبت ویژه.

ابزار گردآوری داده‌ها متشکل از دو بخش بود: نخست، خصوصیات دموگرافیکی و دوم پرسشنامه مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی (Participation in Decision Activities Questionnaire (PDAQ)). در این پرسشنامه نحوه شرکت پرستاران در تصمیم‌گیری بالینی در سه مرحله بررسی شد: میزان مشارکت در شناسایی علت مشکل، پیشنهاد و ارزیابی راه‌حل‌های پیشنهادی، و انتخاب بهترین راه‌حل برای حل مشکل. پرسشنامه PDAQ از دوازده سؤال یا موقعیت تشکیل شده است که بعد از مطرح‌شدن هر موقعیت، سؤالی پرسیده می‌شود. در صورتی که پاسخ، گزینه «بلی» باشد، پاسخ به گزینه تمام‌شده تلقی می‌شود و امتیاز صفر به آن گزینه تعلق می‌گیرد. اما در صورتی که پاسخ، گزینه «خیر» باشد، پرستار باید به جدول مربوط به مراحل تصمیم‌گیری بالینی هر سؤال مراجعه کند. این جدول، حاوی سه عکس‌العمل احتمالی پرستار در مواجهه با موقعیت‌های شبیه‌سازی شده و دارای شش حالت

راه‌حل مناسب برای رفع مشکل می‌شود [۶]. مراحل فرایند تصمیم‌گیری بالینی مانند مراحل فرایند پرستاری است؛ بدین صورت که مراحل تصمیم‌گیری نیز با بررسی و جمع‌آوری اطلاعات پیرامون مشکل آغاز می‌شود و با ارزشیابی به اتمام می‌رسد [۷].

از جمله تصمیم‌هایی که پرستاران در آن‌ها مشارکت می‌کنند می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: انتخاب طرح تهویه مکانیکی، اجرای دستورات در صورت لزوم آرام‌بخش، ضد درد و نیز دارو و مایعات [۸]، ترخیص بیماران [۹]، جداسازی بیمار از دستگاه تهویه مکانیکی [۲ و ۱۰]، و تصمیم‌گیری‌های پایان عمر [۱۱]. تأثیر مثبت تصمیم‌گیری صحیح و به موقع پرستاران در تسریع فرایند درمان بیماران، رسیدگی بیشتر به آنان و کاهش هزینه‌های درمان به تأیید رسیده است [۱۲ و ۱۳]. همچنین، مطالعات نشان داده است که پرستاران فاقد مهارت‌های لازم، در مراکز بهداشتی و درمانی سلامتی جامعه را به خطر می‌اندازد [۱۴] و عدم تصمیم‌گیری به موقع و صحیح آن‌ها مراحل درمان و مراقبت بیماران را طولانی و آن‌ها را با مشکلاتی مواجه می‌سازد [۱۲ و ۱۳].

عوامل داخلی و خارجی متعددی بر فرایند تصمیم‌گیری تأثیر می‌گذارد [۱۵]. بر اساس نتایج حاج باقری و همکاران، برخورداری از کفایت بالینی و اعتماد به نفس مهم‌ترین عوامل درونی مؤثر بر تصمیم‌گیری بالینی و فرهنگ سازمان، دسترسی به ساختارهای حمایتی و آموزش پرستاری مهم‌ترین عوامل خارجی مؤثر بر تصمیم‌گیری است [۳]. بر اساس نتایج مطالعات، حدود ۳۴ درصد اتفاقاتی که برای بیماران در بیمارستان‌های انگلستان رخ می‌دهد به دلیل تصمیم‌گیری نادرست پرستاران است که از این بین ۶ درصد بیماران دچار ناتوانی دائمی و ۸ درصد آن‌ها دچار مرگ می‌شوند؛ در حالی که نیمی از این مرگ‌ها با تصمیم‌گیری‌های به موقع پرستاران قابل پیشگیری بوده است [۱۶]. علی‌رغم رشد گسترده توجه به تصمیم‌گیری بالینی در برنامه آموزشی پرستاری، هنوز بررسی‌های چندانی درباره وضعیت تصمیم‌گیری بالینی پرستاران انجام نشده است [۱۷]. همچنین، با وجود اهمیت تصمیم‌گیری بالینی در حرفه پرستاری، هنوز این موضوع در این حرفه جایگاه مناسبی ندارد [۱۸]. بر اساس نتایج چند مطالعه در ایران، تصمیم‌گیری بالینی پرستاران در حد ضعیف تا متوسط است [۱۹-۲۱].

لذا، با توجه به اهمیت مهارت تصمیم‌گیری صحیح پرستاران در بخش‌های مراقبت ویژه در پیشگیری از وخامت وضعیت بالینی بیماران و تحمیل هزینه‌های اضافی بر سیستم

اطمینان به پرستاران داده شد که اطلاعات موجود در پرسشنامه محفوظ می‌ماند. همچنین، پس از کسب رضایت آگاهانه و بررسی معیارهای ورودی، پرسشنامه بین واحدهای پژوهش مایل به شرکت در مطالعه توزیع شد. تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام شد. نخست، برای بررسی متغیرهای کمی از توزیع طبیعی از آزمون‌های شاپیروویلیک و کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. سپس، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، آمار توصیفی و استنباطی (تی مستقل، ضریب همبستگی اسپیرمن و آنالیز واریانس یک‌طرفه) به کار رفت.

یافته‌ها

در این مطالعه، میانگین سنی پرستاران $31/2 \pm 5/3$ و میانگین سابقه کار کلی به‌عنوان پرستار $6/7 \pm 5/1$ سال بود. مدرک تحصیلی ۲۲۵ نفر (۹۶/۶ درصد) از پرستاران کارشناسی و ۸ نفر (۳/۴ درصد) کارشناسی‌ارشد بود. میانگین سابقه کار پرستاران در بخش مراقبت ویژه $4/4 \pm 3/8$ سال بود. از نظر بخش مراقبت ویژه محل کار، ۳۵/۶ درصد پرستاران در بخش ICU جراحی، ۱۹/۷ درصد در ICU قلب باز، ۱۸/۹ درصد در ICU داخلی، ۲۰/۲ درصد در ICU عمومی و ۵/۶ درصد در ICU پیوند مشغول به کار بودند. همچنین، یافته‌ها نشان داد که بین مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری بالینی با سن ($P < 0/001$)، سابقه کار کلی به‌عنوان پرستار ($P < 0/001$)، سابقه کار در بخش مراقبت ویژه ($P < 0/006$)، سمت سازمانی ($P < 0/001$)، نوع استخدام ($P < 0/017$) و شیفیت کاری ($P < 0/038$) رابطه آماری معناداری وجود داشت (جدول ۲).

میزان مشارکت پرستاران در هر سه مرحله تصمیم‌گیری بالینی در سطح «متوسط» بود. پرستاران مورد مطالعه، در مرحله ارائه و ارزیابی راه‌حل‌های جایگزین در حل مشکل بیشترین امتیاز و در مرحله اجرای راه‌حل مناسب کمترین امتیاز را کسب کردند (جدول ۳).

مطابق نتایج این مطالعه، اکثر پرستاران در تصمیم‌گیری برای کنترل درد بیماران و پیشگیری از ایجاد آسیب‌های پوستی مشارکت خوبی داشتند. از طرفی، در حیطه گفتگو با خانواده بیمار در مورد اهداف درمانی و نیز حمایت از تصمیم بیمار یا خانواده بیمار، اکثر پرستاران عملکرد متوسطی داشتند (جدول ۴).

یا گزینه از «هرگز» تا «همیشه» است. نحوه نمره‌دهی در جدول ۱ به‌طور مختصر مشخص شده است. در واقع، نمره صفر عدم مشارکت و نمره ۵ بالاترین سطح مشارکت را نشان می‌دهد. نمرات حاصل جمع و به‌صورت جداگانه برای هر یک از سه مرحله تصمیم‌گیری مشخص می‌شود. مجموع امتیاز هر مرحله تصمیم‌گیری صفر تا ۶۰ است.

جدول ۱. نحوه نمره‌دهی به‌گویه‌های پرسشنامه مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی

گزینه	هرگز	به ندرت	گاهی	معمولاً	اغلب	همیشه
نمره	۰	۱	۲	۳	۴	۵

برای توصیف بهتر سطح مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری بالینی، همانند سایر مطالعات، از جمله مطالعه لک‌دیزجی و همکاران [۱۲]، نمره هر مرحله از تصمیم‌گیری به سه طبقه مساوی طبقه‌بندی شد: امتیاز ۰-۲۰ مشارکت ضعیف، ۲۱-۴۰ مشارکت متوسط و ۴۱-۶۰ مشارکت خوب پرستار در تصمیم‌گیری بالینی. هر کدام از سؤال‌ها میزان مشارکت پرستاران در حیطه‌ای خاص را می‌سنجد. نمره کل هر سؤال ۱۵ و در مجموع نمره کل پرسشنامه ۱۸۰ است.

پرسشنامه مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی در مطالعه کرایچک [۶]، لک‌دیزجی و همکاران [۱۲] و میرسعیدی و همکاران [۱۵] نیز استفاده شده است.

به‌منظور تأیید روایی، این پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از اساتید هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد قرار گرفت و پس از انجام اصلاحات لازم، ابزار نهایی در پژوهش حاضر به کار گرفته شد. به‌منظور کسب اعتماد علمی پرسشنامه مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد؛ بدین صورت که طی مطالعه‌ای پایلوت، پرسشنامه را ۱۰ نفر از پرستاران بخش مراقبت ویژه تکمیل کردند. سپس، همبستگی بین سؤال‌های پرسشنامه تصمیم‌گیری بالینی در تعیین پایایی محاسبه شد ($r = 0/89$).

پژوهشگر پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه و دریافت معرفی‌نامه کتبی از معاونت آموزشی دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، به بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های مذکور مراجعه کرد و پس از هماهنگی با سرپرستاران هر بخش، متناسب با تعداد هر بخش، پرستاران به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس، پژوهشگر در شیفیت‌های مختلف به واحدهای پژوهش مراجعه کرد و پس از توضیح کامل اهداف پژوهش، این

جدول ۲. توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب متغیرهای دموگرافیکی و همبستگی این متغیرها با نمره تصمیم‌گیری بالینی

P	درصد	تعداد	متغیرهای دموگرافیکی	
P<۰/۰۰۱ r=۰/۲	۱۳/۷	۳۲	۲۲-۲۵	سن
	۳۹/۱	۹۱	۲۵/۱-۳۰	
	۲۷/۰	۶۳	۳۰/۱-۳۵	
	۱۵/۵	۳۶	۳۵/۱-۴۰	
P=۰/۶۸۸	۴/۷	۱۱	>۴۰	
	۲۶/۲	۶۱	مرد	جنسیت
P=۰/۱۱۰	۷۳/۸	۱۷۲	زن	
	۳۳/۹	۷۹	مجرد	تأهل
P<۰/۰۰۱	۶۶/۹	۱۵۴	متأهل	
	P<۰/۰۰۱	۳/۰	۷	سرپرستار
۶/۹		۱۶	استاف	
۹۰/۹		۲۱۰	پرستار بالین	
P<۰/۰۱۷	۰/۹	۲۱	رسمی	نوع استخدام
	۳۶/۹	۸۶	پیمانی	
	۱۹/۷	۴۶	طرحی	
	۳۰/۵	۷۱	تبصره	
	۳/۹	۹	قراردادی	
P<۰/۰۳۸	۱۶/۳	۳۸	صبح	شیفت کاری
	۶/۹	۱۶	عصر	
	۲۳/۲	۵۴	شب	
	۵۳/۶	۱۲۵	در گردش	
	۴۸/۵	۱۱۳	۰/۵-۵	
P<۰/۰۰۱ r=۰/۳	۲۹/۲	۶۸	۵/۱-۱۰	سابقه کار کلی به عنوان پرستار
	۱۵/۵	۳۶	۱۰/۱-۱۵	
	۶/۹	۱۶	>۱۵	
P<۰/۰۰۶ r=۰/۱	۶۸/۷	۱۶۰	۰/۵-۵	سابقه کار در بخش ICU
	۲۱/۰	۴۹	۵/۹-۱۰	
	۸/۶	۲۰	۱۰/۹-۱۵	
P=۰/۴۶۵	۱/۳	۳	>۱۵	
	۶۱/۸	۱۴۴	بله	تجربه مؤاخذه شدن
P=۰/۲۶۵	۳۸/۲	۸۹	خیر	
	۷۶/۴	۱۷۸	بله	علاقه به ادامه کار در ICU
	۲۳/۶	۵۵	خیر	

جدول ۳. توزیع فراوانی پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه بر حسب مراحل تصمیم‌گیری بالینی

مراحل تصمیم‌گیری بالینی	نحوه مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی	تعداد (درصد)	انحراف معیار ± میانگین
شناسایی و تعریف مشکل	ضعیف	۲۵ (۱۰/۷)	۳۳/۱ ± ۱۰/۷
	متوسط	۱۵۵ (۶۶/۵)	
	خوب	۵۳ (۲۲/۷)	
ارائه راه‌حل‌های جایگزین	ضعیف	۱۵ (۶/۴)	۳۴/۱ ± ۱۰/۳
	متوسط	۱۵۹ (۶۸/۲)	
	خوب	۵۹ (۲۵/۳)	
انتخاب و اجرای راه‌حل مناسب	ضعیف	۱۹ (۸/۲)	۳۲/۱ ± ۹/۷
	متوسط	۱۷۲ (۷۳/۸)	
	خوب	۴۲ (۱۸/۰)	

جدول ۴. توزیع فراوانی نحوه مشارکت در حیطه‌های مختلف پرسشنامه تصمیم‌گیری بالینی

انحراف معیار میانگین	نحوه مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی			سؤال‌های پرسشنامه تصمیم‌گیری بالینی
	خوب تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	ضعیف تعداد (درصد)	
۱۰/۱±۴/۴	۱۳۱ (۵۶/۳)	۷۰ (۳۰/۰)	۳۲ (۱۳/۷)	کنترل درد
۱۰/۲±۳/۹	۱۲۳ (۵۲/۸)	۸۹ (۳۸/۲)	۲۱ (۹)	پیشگیری از آسیب‌های پوستی
۷/۶±۵/۱	۸۲ (۳۵/۲)	۸۷ (۳۷/۳)	۶۴ (۲۷/۵)	تست‌های آزمایشی و تشخیصی
۶/۱±۵/۲	۶۱ (۲۶/۲)	۷۶ (۳۲/۶)	۹۶ (۴۱/۲)	امتناع از اجرای دستور پزشک
۸/۳±۴/۳	۷۷ (۳۳/۰)	۱۱۳ (۴۸/۵)	۴۳ (۱۸/۵)	آموزش به بیمار یا خانواده وی در مورد نحوه مصرف دارو
۷/۵±۴/۶	۶۴ (۲۷/۵)	۱۱۰ (۴۷/۲)	۵۹ (۲۵/۳)	آگاه‌سازی بیمار یا خانواده وی از پیامدهای منفی ناشی از جراحی
۶/۷±۴/۴	۴۷ (۲۰/۲)	۱۱۳ (۴۸/۵)	۷۳ (۳۱/۳)	مشاوره با پزشکان، متخصصان و مددکاران اجتماعی
۸/۵±۴/۵	۸۱ (۳۴/۸)	۱۰۲ (۴۳/۸)	۵۰ (۲۱/۵)	کمک به تسهیل تریخیص بیمار از بخش
۶/۹±۳/۹	۳۴ (۱۴/۶)	۱۳۹ (۵۹/۷)	۶۰ (۲۵/۸)	حمایت از تصمیم بیمار یا خانواده وی مبنی بر امتناع از ادامه درمان
۷/۲±۴/۶	۵۷ (۲۴/۵)	۱۱۳ (۴۸/۵)	۶۳ (۲۷)	گفتگو با بیمار یا خانواده وی در مورد اهداف مراقبتی- درمانی
۹/۷±۳/۷	۱۰۹ (۴۶/۸)	۱۰۶ (۴۵/۵)	۱۸ (۷/۷)	شروع رژیم غذایی و انجام فعالیت‌های حرکتی در حد تحمل بیمار
۱۰/۱±۳/۵	۱۱۷ (۵۰/۲)	۹۸ (۴۲/۱)	۱۸ (۷/۷)	رسیدگی به شکایات پزشک در رابطه با مراقبت از بیمار

بحث

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، میزان مشارکت پرستاران در هر سه مرحله شناسایی و تعریف مشکل، ارائه راه‌حل‌های جایگزین در حل مشکل و اجرای بهترین راه‌حل در سطح متوسط قرار داشت. همچنین، پرستاران مورد مطالعه، در مرحله ارائه و ارزیابی راه‌حل‌های جایگزین در حل مشکل بیشترین امتیاز و در مرحله اجرای راه‌حل مناسب کمترین امتیاز را کسب کردند.

در مطالعه لک‌دیزجی و همکاران با هدف بررسی نحوه تصمیم‌گیری بالینی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز مشخص شد که میزان مشارکت پرستاران در هر سه مرحله تصمیم‌گیری بالینی در سطح متوسط قرار داشت، ولی برخلاف مطالعه حاضر، پرستاران در مرحله شناسایی مشکل بیشترین امتیاز را کسب کردند. در مطالعه لک‌دیزجی و همکاران نیز مانند مطالعه حاضر پرستاران در مرحله اجرای راه‌حل مناسب برای حل مشکل، کمترین امتیاز را کسب کردند [۱۲].

همچنین، در مطالعه کرایریش [۶] و آنتونی [۲۲] در مرحله شناسایی مشکل بیشترین و در مرحله اجرا کمترین امتیاز کسب شد. بر اساس مطالعه نکویی و همکاران با هدف بررسی وضعیت تصمیم‌گیری بالینی دانشجویان مامایی، تصمیم‌گیری بالینی دانشجویان در سطح متوسط قرار داشت و در مرحله اجرای راه‌حل، کمترین امتیاز را کسب کردند [۱۹]. کریمی نقدر و همکاران در مطالعه‌ای که با عنوان «مقایسه توانایی تفکر انتقادی و تصمیم‌گیری بالینی دانشجویان سال

آخر پرستاری با پرستاران» نشان دادند مهارت تصمیم‌گیری بالینی دانشجویان پرستاری و پرستاران در سطح پایینی است [۲۱]. همچنین، بر اساس نتایج مطالعه مارتین با عنوان «نظریه تفکر انتقادی در پرستاری» دانشجویان پرستاری از مهارت ضعیفی در تصمیم‌گیری بالینی برخوردار بودند [۲۳].

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، پرستاران در پیشگیری از ایجاد آسیب‌های پوستی مشارکت بالایی داشتند که با مطالعه لک‌دیزجی و همکاران [۱۲] همخوانی دارد. در حیطه گفتگو با خانواده بیمار در مورد اهداف درمانی و نیز حمایت تصمیم بیمار یا خانواده وی، عملکرد متوسطی داشتند. به این نقش پرستاران، نقش مربیگری تصمیم گفته می‌شود و نیز در مطالعات استیسی و همکاران [۲۴]، ارنس و همکاران [۲۵] و دیویدسون و همکاران [۲۶] ایفای نقش پرستاران در مربیگری در سطح نامناسبی گزارش شده است.

بر اساس نتایج مطالعه رضانی‌بدر و شعبان، مهارت تصمیم‌گیری دانشجویان پرستاری در سطح متوسط قرار داشت و نیز ارتباط آماری معناداری بین متغیرهای دموگرافیکی و مهارت تصمیم‌گیری مشاهده شد [۲۰].

در مطالعه حاضر، بین نمره تصمیم‌گیری بالینی پرستاران با سن، سابقه کار کلی به عنوان پرستار، سابقه کار در بخش مراقبت ویژه، سمت سازمانی، نوع استخدام و شیفت کاری رابطه آماری معناداری مشاهده شد. بر اساس نتایج مطالعه میرسعیدی و همکاران با عنوان «عوامل فردی- اجتماعی مؤثر بر تصمیم‌گیری بالینی پرستاران»، بین نمره تصمیم‌گیری بالینی پرستاران با سن، بخش کاری، نوع

تصمیم‌گیری‌های بالینی داشتند که با نتایج مطالعه حاضر همسوست. بر اساس نتایج مطالعه هافمن و همکاران با هدف بررسی تصمیم‌گیری بالینی پرستاران و فاکتورهای مؤثر بر تصمیم‌گیری، بین سمت بالینی و مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری ارتباط آماری معناداری وجود داشت که با مطالعه حاضر همخوانی دارد [۳۳].

فرهنگ و ساختار حاکم بر بیمارستان‌ها پزشک‌محور و مبتنی بر روتین است [۳]. بر اساس نتایج مطالعه حاضر، پرستاران در مرحله اجرای راه‌حل‌های مناسب برای حل مشکلات بیماران، کمترین امتیاز را کسب کردند. لذا، باید محیط بالینی به گونه‌ای فراهم شود تا پرستاران بتوانند با استقلال عمل بیشتر، راه‌حلی که برای حل مشکل بیماران به ذهنشان می‌آید به راحتی اجرا کنند. پرستاران در دوران تحصیل واحدهای نظری زیادی می‌گذرانند، با وجود این، در محیط بالینی قادر به استفاده از اندوخته‌های علمی خویش نیستند. بنابراین، تقویت تفکر انتقادی و حل مسئله در پرستاری شکاف بین مباحث نظری و محیط بالینی را از بین می‌برد [۳۴].

با توجه به نتایج مطالعه حاضر، استفاده از روش‌های آموزشی مناسب در ارتقای مهارت تصمیم‌گیری بالینی حیطة بارزشی برای انجام تحقیقات بیشتر در آینده است و پژوهش در زمینه روش‌های تعاملی، نظیر استفاده از انواع روش‌های شبیه‌سازی می‌تواند نقش قابل توجهی در توسعه مهارت‌های استدلالی، حل مسئله و تصمیم‌گیری بالینی داشته باشد. با توجه به نتایج این پژوهش و سایر مطالعات، به نظر می‌رسد که برنامه‌های آموزش پرستاری دانشگاه‌ها و بیمارستان‌ها در ارتقای مهارت تصمیم‌گیری بالینی مؤثر نبوده است. بنابراین، از یافته‌های این تحقیق می‌توان در برنامه‌ریزی آموزش پرستاری و برنامه‌های آموزش مداوم بیمارستان‌ها در بهبود این مهارت بالینی استفاده کرد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش استخراج‌شده از پایان‌نامه مقطع کارشناسی‌ارشد با کد ۹۲۲۱۹۱ است که هزینه‌های آن را دانشگاه علوم پزشکی مشهد تأمین کرده است. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از همکاری تمام پرستاران شرکت‌کننده در این مطالعه تشکر و قدردانی کنند.

استخدام، سابقه کاری و جنسیت رابطه آماری معناداری وجود داشت [۱۵]. در مطالعه حاضر، بین جنسیت و مهارت تصمیم‌گیری رابطه آماری معناداری مشاهده نشد که با مطالعه اسکات و همکاران همخوانی دارد [۲۷].

دانش و تجربه از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر تصمیم‌گیری بالینی است [۲۸]. نتایج مطالعه حاضر نیز نشان داد که بین میزان نمره تصمیم‌گیری و سن رابطه آماری معناداری وجود دارد، به گونه‌ای که با افزایش سن، میزان مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری افزایش می‌یابد. این امر ممکن است ناشی از افزایش تجربه کاری و مهارت پرستاران باشد و با نتایج مطالعه رستم‌نیا و همکاران همخوانی دارد [۲۹].

در مورد متغیر سابقه کار کلی به عنوان پرستار، بر اساس نتایج مطالعه گریفیتس [۳۰]، با افزایش سابقه کار، به دلیل افزایش تجربه کاری، پرستاران تمایل بیشتری برای مشارکت در تصمیم‌گیری‌های بالینی دارند که با مطالعه حاضر همخوانی دارد.

نتایج مطالعه ساوهیک و پاگن با عنوان «مشارکت بین پزشک و پرستار بر حسب فرهنگ سازمانی» نشان داد که پزشکان و پرستاران با سابقه کاری بالاتر در بخش فعلی، میزان مشارکت در تصمیم‌گیری بالاتری داشتند [۳۱]. در مطالعه حاضر نیز پرستاران با سابقه کاری بیشتر در بخش فعلی، مشارکت بالاتری در تصمیم‌گیری داشتند.

در مطالعه نوروزی‌نژاد و همکاران [۳۲] ارتباط آماری معناداری بین وضعیت تأهل سرپرستاران و مشارکت آن‌ها در تصمیم‌گیری مشاهده شد، اما در مطالعه رستم‌نیا و همکاران با عنوان «بررسی میزان مشارکت پرستاران در حیطة مطرح کردن موضوع در تصمیم‌گیری بالینی»، ارتباط معناداری بین میزان مشارکت در تصمیم‌گیری با وضعیت تأهل مشاهده نشد [۲۹] که با مطالعه حاضر همخوانی دارد.

مطابق نتایج مطالعه حاضر، بین علاقه به ادامه کار در بخش فعلی و تجربه کسب‌شده هنگام اخذ تصمیم در مورد شرایط بالینی بیماران و نمره تصمیم‌گیری بالینی ارتباط آماری معناداری مشاهده نشد، ولی در مطالعه رستم‌نیا و همکاران [۲۹] افراد علاقه‌مند به ادامه کار در بخش فعلی، مشارکت بیشتری در فرایند تصمیم‌گیری بالینی داشتند.

همچنین، بر اساس نتایج مطالعه رستم‌نیا و همکاران [۲۹]، پرستاران دارای نوبت کاری ثابت، مشارکت بیشتری در

References

- [1] Ramazanibadr F, Nikbakht Nasrabadi A, Parsayekta Z, Taleghani F. Understanding of mental reasoning and clinical decision making criteria of intensive care unit nurses: A

qualitative study. J Shahid Beheshti Nurs & Midwifery, 2010; 20(68): 11-19. [in Persian]

- [2] Yazdannik AR, Salmani F. The effect of nurses' participation on patient weaning from mechanical ventilator and its

- outcomes. *J Med Surg Nurs*, 2012; 1(1): 12-17. [in Persian]
- [3] Adib Haj Bagheri M, Salsali M, Ahmadi F. Clinical Decision making: a way to professional empowerment in nursing. *Iran J Med Edu*, 2004; 10: 3-12. [in Persian]
- [4] Khorrami Markani A, Yaghmaei F, Khodayari Fard M, Alavi Majd H. The experience spiritual of wellbeing in Oncology nurses. *Sabzevar J Med Sci*, 2011; 18(3): 206-16. [in Persian]
- [5] Bucknall TK. Critical care nurses' decision making activities in the natural clinical setting. *J Clin Nurs*, 2000; 9(1): 25-36.
- [6] Krairiksh M. The relationship among staff nurses participation in decision making, nurse managers leadership competencies, and nurse-physician collaboration [dissertation]. University of Frances Payne Bolton School of Nursing, 2000. Available from URL: <http://proquest.umi.com>.
- [7] Lipe SK, Beasley SH. Critical thinking in nursing. A cognitive skills workbook. Williams & Wilkins, 2004.
- [8] Coombs M. Power and conflict in intensive care clinical decision making. *Intensive Crit Care Nurs*, 2003; 19: 125-35.
- [9] Brand S. Nurses roles in discharge decision making in a adult- high dependency unit. *Intensive Crit Care Nurs*, 2006; 22: 106-14.
- [10] Taylor F. A comparative study examining the decision-making processes of medical and nursing staff in weaning patients from mechanical ventilation. *Intensive Crit Care Nurs*, 2006; 22: 253-63.
- [11] Abbaszadeh A, Borhani F, Sharif F, Toghrayi F. The relationship Moral distress of Nurse's with end of life decision's in the Intensive Care Units. *J Med Ethics*, 2012; 6(22): 117-33. [in Persian]
- [12] Lakdizaji S, Mirsaeeedi G, Ghojzadeh M, Zamanzadeh V. Participation of nurses in clinical decision making process. *J Tabriz Nurs Midwifery*, 2010; 17: 19-25. [in Persian]
- [13] Adib Haj Bagheri M, Salsali M, Ahmadi F. The factors facilitating and inhibiting effective clinical decision making, A qualitative study. *BMC Nurs*, 2004; 3(2): 5-13.
- [14] Karimi Moonaghi H, Gazerani A, Vaghee S, Ghilami H, Saleh Moghaddam AR, Ashoori A. The relation of spiritual intelligence and clinical competence. *Sabzevar J Med Sci*, 2011; 18(2): 132-39. [in Persian]
- [15] Mirsaeeedi G, Lackdizaji S, Ghojzadeh M. Demographic factors involved in nurses' clinical decision making. *Iran J Nurs*, 2011; 24(72): 29-36. [in Persian]
- [16] Thompson C, Aitken L, Doran D, Dowding D. An agenda for clinical decision making and judgement in nursing research and education. *Int J Nurs Stud*, 2013; 50: 1720-26.
- [17] Thompson C, Stapley S. Do educational interventions improve nurses clinical decision making and judgment? A systematic review. *Int J Nurs Stud*, 2011; 48: 881-93.
- [18] Hicks FD, Merritt SL, Elstein AS, Illinois C. Critical thinking and clinical decision making in critical care nursing: A pilot study. *Heart Lung*, 2003; 32: 169-80.
- [19] Nekuei N, Pakgohar M, Khakbaran Z, Mahmudi M. Evaluation of midwifery students' clinical decision making. *Iran J Med Edu*, 2002; 6: 49-55. [in Persian]
- [20] Ramezanibadr F, Shaban M. Clinical decision making skills' in final year undergraduate students' nursing in Tehran University of Medical Sciences. *J Med Educ Dev*, 2010; 2(3): 17-25. [in Persian]
- [21] Karimi Noghondar M, Rahnamay Rahsepar F, Golafrouz M, Mohsenpour M. Comparison of critical thinking and clinical decision making skills among the last-semester nursing students' and practicing nurses in Sabzevar University of Medical Sciences. *Iran J Med Edu*. 2012; 12(12):916-24. [Persian]
- [22] Anthony MK. The relationship of Authority to decision making behavior: Implications for Redesign. *Research in Nurs & Health*. 1999; 22: 388-98.
- [23] Martin C. The theory of critical thinking of nursing. *Nurse Education Perspective*, 2002; 23(5): 243-7.
- [24] Stacey D, Chambers SK, Jacobsen MJ, Dunn J. Overcoming barriers to cancer-helpline Professionals providing decision support for callers: An implementation study. *Oncol Nurs Forum*, 2008; 35(6): 961-69.
- [25] Ahrens T, Yancey V, Kollef M. Improving family communications at the end of life: Implications for length of stay in the intensive care unit and resource use. *AJCC*, 2003; 12: 317-24.
- [26] Davidson JD, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, Kon AA, Shepard E, et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Crit Care Med*, 2007; 35(2): 605-22.
- [27] Scott Ladd B, Travaglione A, Marshal V. Causal inferences between participation in decision making, task attributes, work effort, rewards, job satisfaction and commitment. *Leader & org Develop J*, 2006; 27(5): 399-414.
- [28] Bakalis N, Bowman GS, Porock D. Decision making in Greek English registered nurses in coronary care units. *Int J Nurs Stud*, 2003; 40(7): 749-60.
- [29] Rostamnia L, Paryad E, Kazemnejad E, Pasha A. Survey nurses collaboration in clinical decision making. *J Holist Nurs Midwifery*, 2012; 21(66): 13-19. [in Persian]
- [30] Griffiths LD. Geared to achieve with lifelong learning. *Nurs Manag*, 2002; 33(11): 22-5.
- [31] Savhic BS, Pagon M. Relationship between nurse and physician in terms of organizational culture: Who is responsible for subordination of nurses?. 2008; 49(3): 334-43. Available from: URL: <http://Scholar google.com>.
- [32] Nourizinajad F, Nooritajer M, Jalal Ezzat J, Hosseini F. Survey of the relation between head nurse's collaboration and satisfaction of decision making. *J Iran Nurs*, 2007; 19(45): 7-16. [in Persian]
- [33] Hoffman K, Donghue J, Duffield C. Decision making in clinical nursing: investigating contributing factors. *J Advanc Nurs*, 2004; 41(1): 53-62.
- [34] Ebadi M, Azarmi S, Farsi z, Pishgooie A. Critical thinking and appropriate decision making in nursing process. *J Army Univ Med Sci Iran*, 2012; 12(1): 30-4. [in Persian]