

## عوامل مرتبط با مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری‌های بالینی

لیلی رستم نیا<sup>۱</sup> وحید قنبری<sup>۲</sup> احسان کاظم نژاد لیلی<sup>۳</sup> افسانه پاشا<sup>۴</sup>  
علی کریمی رزوه<sup>۵</sup> \*عزت پاریاد<sup>۶</sup>

### چکیده

زمینه و هدف: مشارکت اعضای تیم بهداشتی‌درمانی در تصمیم‌گیری بالینی عاملی کلیدی در ارائه مراقبت‌های ایمن و کارآمد است. از آن جا که پرستاران بیشترین تماس را با مددجویان دارند، می‌توانند در تصمیم‌گیری‌های تشخیصی و درمانی نقش مهمی داشته باشند. هدف از این مطالعه بررسی وضعیت مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری‌های بالینی و عوامل مرتبط با آن می‌باشد.

روش بررسی: جامعه پژوهش این مطالعه مقطعی توصیفی را کارکنان پرستاری بیمارستان‌های آموزشی شهر رشت تشکیل دادند. از این جامعه ۱۹۳ نفر با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و مشارکت درفعالیت‌های تصمیم‌گیری (PDAQ) جمع‌آوری شد و با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و t مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه ANOVA و معادلات برآورد تعمیم (GEE) با استفاده از SPSS نسخه ۱۶ تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین نمرات مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری‌های بالینی در هر سه حیطه مورد بررسی شامل "طرح و شفاف‌سازی موضوع"، "پیشنهاد و ارزیابی گزینه‌های ممکن" و "انتخاب روش مناسب از بین روش‌های پیشنهادی" بیشتر از ۵۰ بود. همچنین نتایج نشان داد نمرات مشارکت افراد متأهل، دارای مدرک کارشناسی ارشد، علاقمند به ادامه فعالیت در بخش فعلی و مشغول در بخش ویژه و افراد صبح کار به طور معنی داری بیشتر از بقیه افراد بود ( $P < 0/05$ ). سن و سابقه کار با نمرات مشارکت در تصمیم‌گیری‌های بالینی رابطه معنی داری داشتند ( $P < 0/05$ ). تحصیلات و سابقه کار فعلی بیشترین تاثیر مثبت و سابقه کاری بالا و عدم داشتن مسئولیت در بخش، بیشترین تاثیر منفی را در تعیین میزان مشارکت بالینی پرستاران داشتند ( $P = 0/00$ ).

نتیجه‌گیری کلی: با توجه به اهمیت مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری بالینی و ارتباط آن با متغیرهایی مانند تحصیلات بیشتر و سابقه حضور در موقعیت‌های بالینی ویژه توصیه می‌شود با فراهم آوردن زمینه مناسب در راستای مشارکت بیشتر آنان در فرآیند‌های تصمیم‌گیری تلاش شود.

### کلید واژه‌ها: تصمیم‌گیری، بالینی، مشارکت، پرستار، پرستاری

تاریخ دریافت: ۹۳/۱/۶

تاریخ پذیرش: ۹۳/۳/۲۰

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.  
<sup>۲</sup> دانشجوی دکتری سلامت در بلایا و فوریت‌ها، گروه سلامت در بلایا و فوریت‌ها، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.  
<sup>۳</sup> دکترای آمار زیستی، گروه آمار زیستی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.  
<sup>۴</sup> کارشناسی ارشد پرستاری، گروه بهداشت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.  
<sup>۵</sup> کارشناسی ارشد پرستاری، سوپر وایزر آموزشی بیمارستان دکتر علی شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.  
<sup>۶</sup> کارشناسی ارشد پرستاری، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت (SDHRC)، گروه داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.

## مقدمه

پیشرفت‌های صورت گرفته در حوزه بهداشت و درمان، توجه روز افزون به مسائل اقتصادی از سویی و افزایش آگاهی افراد جامعه در ارتباط با موضوعات سلامتی، ارائه خدمات بهداشتی را نسبت به چند دهه قبل پیچیده و دشوارتر نموده است<sup>(۱،۲)</sup> به طوری که دستورالعمل‌های گذشته پاسخ‌گوی نیازهای ایجاد شده نمی‌باشد<sup>(۳)</sup>. این موارد موجب شده است تا مدیران موسسات بهداشتی مجبور به طراحی مجدد ساختار و فرآیندهای ارائه خدمات بهداشتی درمانی شوند<sup>(۱،۲)</sup>. راه دستیابی به این امر، استفاده از نظرات تمامی کارکنان شاغل در موسسه و شرکت‌دادن آن‌ها در تصمیم‌گیری‌ها است<sup>(۱،۲،۴،۵)</sup> و تحقیقات در این مورد، مزایا و عوامل گوناگونی را در ارتباط با میزان مشارکت کارکنان بر شمرده‌اند<sup>(۶-۱۱)</sup>.

کار تیمی و مشارکت اعضاء عامل کلیدی در ارائه مراقبت‌های سلامت ایمن و کارآمد است<sup>(۶،۹)</sup>. از مزایای مشارکت کارکنان در تصمیم‌گیری‌ها، می‌توان به کاهش آسیب و مرگ و میر ناشی از تصمیمات اشتباه، مدت زمان بستری و هزینه‌های درمانی<sup>(۷،۸،۱۰،۱۱)</sup> اشاره نمود. Buknall بیان می‌دارد مشارکت ضعیف بین تیم درمان در بخش مراقبت ویژه منجر به افزایش طول مدت بستری بیماران و افزایش مرگ و میر آن‌ها به بیش از ۱/۸ برابر می‌شود<sup>(۹)</sup>. Smith & Cole نشان دادند که با یک مشارکت تیمی موثر می‌توان سالانه ۲۹ بلیون از هزینه‌های ناشی از خطاهای تیم مراقبت سلامت کاست<sup>(۱۰)</sup>. Tschannen به نقل از Navas بیان می‌کند "بیمارستان‌هایی که از سطح مشارکت تیم درمانی بالایی برخوردار بودند، میزان مرگ و میر را ۴۱٪ کمتر از میزان پیش‌بینی شده گزارش کرده‌اند ( $P < 0.001$ ) و بیمارستان‌هایی که میزان مشارکت در آن‌ها پایین بود، میزان مرگ و میر ۵۸٪ بیشتر از میزان پیش‌بینی شده گزارش شده بود"<sup>(۱۱)</sup>.

در مطالعات انجام شده در ارتباط با مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری‌های بالینی و مدیریتی به عوامل متعددی

اشاره شده است. Hoffman برگرفته از مطالعات پیشین، آموزش و تجارب بالینی را به عنوان عوامل تاثیرگذار بر تصمیم‌گیری بالینی پرستاران عنوان می‌کند. با این حال وی در مطالعه خود به رابطه آماری معنی داری میان میزان مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی و تجربه دست‌نیافت<sup>(۱۲)</sup>. میرسعیدی و همکاران سن، جنس، نوع استخدام، بخش و سابقه‌کاری را بعنوان عوامل فردی و اجتماعی موثر بر میزان مشارکت پرستاران معرفی کرده‌اند<sup>(۱۳)</sup>. حاج باقری و همکاران داشتن کفایت بالینی و اعتماد بنفس و فرهنگ سازمانی و دسترسی به ساختارهای حمایتی و آموزش را از عوامل موثر در تصمیم‌گیری بیان کردند<sup>(۱۴)</sup> شریف و همکاران خود باوری حرفه‌ای و تجربه بالینی را به عنوان عوامل تاثیرگذار در تصمیم‌گیری بالینی معرفی کرده‌اند<sup>(۱۵)</sup>.

با توجه به این که پرستاران نقش عمده‌ای در ارائه مراقبت بهداشتی و ارتقای سلامت جامعه بر عهده دارند، سازمان بهداشت جهانی بر انتقال قدرت تصمیم‌گیری به این گروه، به عنوان خطوط مقدم ارائه خدمات سلامت تاکید نموده است<sup>(۱۴)</sup>. گرچه مشارکت تیمی و به خصوص مشارکت پرستار-پزشک به عنوان یک عامل ضروری کیفیت مراقبت با چندین پیامد مثبت شناخته شده است<sup>(۱۶)</sup>، اما هنوز در اکثر سیستم‌های مراقبتی تصمیم‌گیری مشارکتی معمول و رایج نشده است<sup>(۱۷-۱۹)</sup>. بر این اساس مطالعه حاضر به منظور ارزیابی میزان مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری‌های بالینی و شناسایی عوامل فردی مرتبط با آن در بیمارستان‌های آموزشی شهر رشت اجرا شد.

## روش بررسی

مطالعه حاضر، یک پژوهش توصیفی از نوع مقطعی می‌باشد. کلیه پرستاران شاغل در مراکز آموزشی درمانی شهر رشت، که مدرک کارشناسی و یا کارشناسی ارشد پرستاری داشته و سمت مدیریت پرستاری (سر پرستار، سوپروایزر و یا مترون) نداشتند، جامعه پژوهش این

آزمون بازآزمون و ضریب آلفای کرونباخ مورد تأیید قرار گرفت. ضریب همبستگی پیرسون (r) در خرده مقیاس طرح و شفاف سازی موضوع ۰/۹۶، پیشنهاد و ارزیابی گزینه‌های ممکن ۰/۹۱ و در انتخاب روش مناسب از بین روش‌های پیشنهادی ۰/۹۷ به دست آمد. ضریب همبستگی درونی نیز ۰/۷۰ در بخش طرح و شفاف سازی موضوع، ۰/۸۳۸۳ در حیطه پیشنهاد و ارزیابی گزینه‌های ممکن و ۰/۸۸ در حیطه انتخاب روش مناسب از بین روش‌های پیشنهادی به دست آمد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آمار توصیفی و آزمون‌های آماری T مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه برای مقایسه میانگین‌های نمرات حیطه‌های مختلف تصمیم‌گیری بالینی و آزمون آماری پیرسون برای تعیین رابطه میانگین نمرات به دست آمده با سن و سابقه کاری افراد و معادلات برآورد تعمیم **Generalized Estimating Equations (GEE)** جهت برآورد ضرایب پیش‌گویی کنندگی عوامل مرتبط انجام شد. این مطالعه از نظر اخلاقی در کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گیلان تأیید شده است.

#### یافته‌ها

نتایج بدست آمده نشان می‌دهد که میانگین سنی افراد شرکت‌کننده  $32/1 \pm 6/31$  بود. اکثریت واحدهای مورد پژوهش را زنان تشکیل می‌دادند (۹۰/۷٪) و ۷۰ درصد شرکت کنندگان در تحقیق، متأهل بودند. همچنین ۹۶٪ نیز دارای مدرک کارشناسی پرستاری و ۷۲٪ سابقه کار کمتر و مساوی ۱۰ سال، ۹۲٪ نیز سابقه کار کمتر و مساوی ۱۰ سال در بخش فعلی داشتند. ۸۷/۶٪ به صورت رسمی-آزمایشی مشغول به کار بودند، ۶۷٪ نیز علاقمند به ادامه فعالیت در بخش فعلی بودند. تقریباً ۴۶٪ شاغل در بخش‌های ویژه و از هر ده نفر نه نفر نیز به صورت شیفت در گردش مشغول به کار بودند. میانگین نمره افراد شرکت‌کننده در حیطه طرح و شفاف سازی موضوع  $10/94 \pm 05/05$ ، در حیطه پیشنهاد و ارزیابی گزینه‌های

مطالعه را تشکیل دادند. از جامعه پژوهش ۱۹۳ نفر با استفاده از شیوه نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. به این صورت که ابتدا تعداد پرستاران هر بیمارستان و هر بخش مشخص شد و سپس تعداد افرادی که می‌بایست از هر بخش انتخاب می‌شدند با توجه به نسبت تعداد پرسنل شاغل در آن بخش تعیین شده و آنگاه نمونه مورد نظر به صورت تصادفی از میان پرسنل آن بخش انتخاب شدند. سپس فرم رضایت‌نامه آگاهانه توسط افراد انتخاب شده تکمیل و به محققین بازگردانده شد.

داده‌ها توسط یک چک لیست اطلاعات فردی که سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، سابقه کار، وضعیت استخدامی، بخش محل کار، تمایل به ادامه فعالیت در بخش فعلی و نوع شیفت افراد را مورد پرسش قرار می‌داد و پرسشنامه مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری بالینی (**Participation in Decision-making Activities Questionnaire (PDAQ)**) جمع‌آوری شد. این پرسشنامه ۱۲ سناریوی مختلف جهت ارائه مراقبت‌های پرستاری را مطرح می‌کند و در هر موقعیت دیدگاه پرستاران را در مورد میزان مشارکت در سه حوزه‌ی "طرح و شفاف سازی موضوع"، "پیشنهاد و ارزیابی گزینه‌های ممکن" و "انتخاب روش مناسب از بین روش‌های پیشنهادی" مورد بررسی قرار می‌دهد. هر قسمت به صورت مقیاس لیکرت ۱ تا ۶ نمره‌دهی شده است که طی آن نمره ۱ به معنی عدم مشارکت و ۶ به معنی مشارکت در بالاترین میزان در نظر گرفته شده است. میانگین پرسشنامه (نمره ۴۲) بعنوان معیار تعیین میزان مشارکت مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه اولین بار در سال ۱۹۹۷ توسط **Antoni** طراحی و استفاده شد<sup>(۲۰)</sup> و همچنین در سال ۲۰۰۱ **Krairiksh** مجدداً پایایی و روایی این پرسشنامه را مورد ارزیابی قرار داده است<sup>(۲۱)</sup>. برای استفاده از این پرسشنامه در زبان فارسی از شیوه ترجمه و بازترجمه استفاده شد. سپس اعتبار علمی آن به شیوه اعتبار محتوی و پایایی پرسشنامه با دو شیوه

ممکن ۱۱/۴۱ ± ۵۴/۰۲ و در حیطه انتخاب روش مناسب از بین روش های پیشنهادی ۱۱/۶ ± ۵۳/۹ بود. جدول شماره ۱ مقایسه نمرات میانگین سه حیطه مشارکت در تصمیم گیری بالینی را بر حسب متغیرهای

جنسیت، تاهل، تحصیلات، تمایل به ادامه فعالیت در بخش حاضر و شیفت کاری نشان می دهد.

جدول شماره ۱: مقایسه میانگین نمرات مشارکت در تصمیم گیری بالینی بر حسب متغیرهای دموگرافیک (n=۱۹۳)

متغیر	طرح و شفاف سازی موضوع			پیشنهاد و ارزیابی گزینه های ممکن			انتخاب گزینه مناسب		
	(انحراف)	T	P	(انحراف)	T	P	(انحراف)	T	P
جنسیت	مرد	۵۵/۱۱(۱۲/۱)	۰/۹۷	مرد	۵۳/۸(۱۳/۳)	۰/۹۴	مرد	۵۳/۶(۱۳/۶)	۰/۹۲
	زن	۵۵/۰۴(۱۰/۸)	۰/۰۲۶	زن	۵۴(۱۱/۲)		زن	۵۳/۸(۱۱/۴)	
وضعیت تاهل	متاهل	۵۶/۶(۱۰)	۰/۰۰	متاهل	۵۵/۶(۱۰/۴)	۰/۰۰	متاهل	۵۵/۵(۱۰/۵)	۰/۰۰
	مجرد	۵۱/۲(۱۲/۲)	۳/۱۹	مجرد	۵۰/۱(۱۲/۷)	۳/۱۳	مجرد	۴۹/۸(۱۳)	۳/۱۷
تحصیلات	کارشناسی	۵۴/۴ (۱۱/۱)	*۱/۰۱	کارشناسی	۵۳/۷(۱۱/۵)	-۳/۶۱	کارشناسی	۵۳/۵(۱۱/۶)	-۴/۲
	کارشناسی ارشد	۵۸/۸ (۳/۱)	-۲/۸۹	کارشناسی ارشد	۶۰/۸(۵)	*۰/۰۰۴	کارشناسی ارشد	۶۱/۵ (۴/۷)	*۰/۰۰
علاقه به ادامه کاردر بخش فعلی	بلی	۵۶/۳(۱۰/۵)		بلی	۵۵/۳ (۱۱/۲)		بلی	۵۱/۱(۱۱/۴)	
	خیر	۵۲/۲(۱۱/۳)	۲/۴۴	خیر	۵۱/۲ (۱۱/۵)	۲/۳۸	خیر	۵۱/۵(۱۱/۶)	۲/۳۳
شیفت کار	ثابت	۶۲/۶ (۷)	۰/۰۰	ثابت	۶۱/۶۱(۷/۴)	۴/۷۵	ثابت	۶۱/۴ (۷/۸)	۴/۵۳
	در گردش	۵۴/۱(۱۰/۹)	۵/۰۶	در گردش	۵۳/۰۷(۱۱/۴)		در گردش	۵۲/۹ (۱۱/۶)	

\* با قبول یکسان نبودن واریانس ها

کار بودند بطور معنی داری بیشتر بود ( $P=۰/۰۰$ ). مقایسه میانگین نمره مشارکت در تصمیم گیری در افرادی که در بخش های مختلف کار می کردند نشان داد که نوع بخش، ارتباط معنی داری با میانگین نمره مشارکت در تصمیم گیری افراد داشته است. این تفاوت در میانگین نمره افراد مشغول به کار در بخش ویژه با افرادی که در بخش داخلی کار می کردند، وجود داشت.

همچنین ضریب همبستگی پیرسون رابطه معنی دار آماری را میان سه متغیر سن، سابقه کار کلی و در بخش فعلی با میانگین نمرات هر سه حیطه مشارکت در تصمیم گیری بالینی نشان داد ( $P<۰/۰۵$ ).

جدول شماره ۲ به مقایسه میانگین نمرات حیطه های مختلف مشارکت در تصمیم گیری بالینی بر حسب وضعیت استخدامی و بخش محل کار می پردازد.

مقایسه میانگین نمره ی حیطه های تصمیم گیری و نوع استخدام بیانگر آن می باشد که در هر سه حیطه مشارکت در تصمیم گیری و نوع استخدام ارتباط معنی داری برقرار می باشد ( $P=۰/۰۰$ ) و آزمون تعقیبی شفه بیانگر این می باشد که میانگین نمره مشارکت در تصمیم گیری افرادی که وضعیت استخدامی رسمی آزمایشی و رسمی قطعی و قراردادی داشتند در هر سه حیطه مشارکت در تصمیم گیری از افرادی که بصورت نیروی طرحی مشغول

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین نمرات حیطه‌های مختلف مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی بر حسب وضعیت استخدامی و بخش محل کار (n=۱۹۳)

متغیر	حیطه‌های مشارکت در تصمیم‌گیری	میانگین	F	P	(Scheffe)	P
نوع استفاده	طرح و شفاف سازی موضوع	بین گروهی	۱۷۵۴/۱۱	۱۸/۷	۰/۰۰	رسمی آزمایشی
		درون گروهی	۹۳/۷۵			رسمی قطعی
		بین گروهی	۱۷۳۵/۵۷			رسمی آزمایشی
		درون گروهی	۱۰۴/۷۶			رسمی قطعی
		بین گروهی	۱۸۴۱/۰۶			رسمی آزمایشی
		درون گروهی	۱۰۷/۲۳			رسمی قطعی
نوع بخش	طرح و شفاف سازی موضوع	بین گروهی	۱۰۵۷/۵۱	۹/۶۲	۰/۰۰	داخلی
		درون گروهی	۱۰۹/۸۲			جراحی
		بین گروهی	۱۱۷۵/۲۸			داخلی
		درون گروهی	۱۱۹/۲۴			جراحی
		بین گروهی	۱۲۵۶/۹			داخلی
		درون گروهی	۱۲۲/۵۳			جراحی

یک واحد سابقه کار در بخش فعلی و تحصیلات به ترتیب ۱/۱۲ و ۱/۰۶ بار میانگین نمره مشارکت پرستاران را تصمیم‌گیری‌های بالینی افزایش می‌دهد. در حالی که سابقه کار کلی بالا ( $\beta=۰/۰۶$ ,  $P=۰/۰۰$ ) و نداشتن پست در بخش ( $\beta=۰/۰۵$ ,  $P=۰/۰۰$ ) به ترتیب بیشترین عوامل تاثیر گذار بر کاهش میزان مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی پرستاران تعیین گردید؛ به این معنی که سابقه کار

جدول شماره ۳ میزان تاثیر عوامل دموگرافیک را در مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی افراد شرکت‌کننده در این مطالعه نشان می‌دهد.

ضرایب برآورد کلی معادلات نشان داد که بیشترین عوامل تاثیرگذار بر افزایش مشارکت، سابقه کار زیاد در بخش فعلی ( $\beta=۰/۱۲$ ,  $P=۰/۰۰$ ) و تحصیلات بالا ( $\beta=۰/۰۶$ ,  $P=۰/۰۰$ ) می‌باشد؛ به این معنی که افزایش

بالا و نداشتن پست و سمت در بخش نسبت شانس مشارکت در تصمیم گیری را به میزان ۱/۰۵ کاهش می دهد.

جدول شماره ۳: برآورد ضرایب رگرسیونی عوامل موثر بر میزان مشارکت پرستاران در تصمیم گیری بالینی بر اساس برآورد کلی معادلات

پارامتر	ضریب $\beta$	خطای معیار	P_value	Odds Ratio
تحصیلات بالا	۰/۰۶	۰/۰۰	۰/۰۰	۱/۰۶
سابقه کار بالا	-۰/۰۵	۰/۰۱	۰/۰۰	۱/۰۵
نداشتن پست	-۰/۰۵	۰/۰۰	۰/۰۰	۱/۰۵
کار در بخش ویژه	۰/۰۴	۰/۰۱	۰/۰۰	۱/۰۴
زن بودن	-۰/۰۲	۰/۰۰	۰/۰۰	۱/۰۱
شیفت در گردش	-۰/۰۱	۰/۰۰	۰/۰۰	۱/۰۱
رسمی بودن	-۰/۰۱	۰/۰۰	۰/۰۳	۱/۰۰۷
تاهل	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۱۹	۱/۰۰۳
سن بالا	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۷۷	۰/۰۰۱
علاقه به ادامه کار در بخش فعلی	-۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۶۷	۱/۰۰۲

### بحث و نتیجه گیری

مشکلات بالینی، تغییرات روز افزون دانش و افزایش مطالبات مددجویان، اهمیت تصمیم گیری صحیح را در حرفه پرستاری و سایر افراد تیم درمان دو چندان نموده است چرا که تصمیم گیری بالینی فرآیندی انتقادی برای انتخاب بهترین اقدام بمنظور دستیابی به اهداف مطلوب نهایی است<sup>(۲۱،۲۲)</sup>. نتایج این مطالعه نشانگر آن می باشد که میانگین مشارکت پرستاران در هر سه حیطه تصمیم گیری بالاتر از میانگین بوده (تمام حیطه ها بطور میانگین بیش از ۵۰)، که نشان دهنده مشارکت بالای پرستاران در هر سه حیطه تصمیم گیری است. نتایج مطالعه Krairiksh که با هدف تعیین مشارکت پرستاران در تصمیم گیری بالینی انجام شده است نیز میزان مشارکت پرستاران در هر سه حیطه تصمیم گیری بالاتر از میانگین نشان داد<sup>(۱)</sup>. نتایج مطالعه حاکی از آن بود که افراد متاهل در حیطه های پیشنهاد و ارزیابی گزینه های ممکن و انتخاب روش مناسب از بین روش های پیشنهادی از نسبت مشارکت بالایی نسبت به افراد مجرد برخوردار بوده اند ( $P=۰/۰۰$ ). نوروژی نژاد و همکاران ارتباط معنی داری میان وضعیت تاهل و میزان مشارکت در تصمیم گیری گزارش

نمودند<sup>(۲۳)</sup>. می توان این نتایج را این گونه استنباط نمود که افراد متاهل در یک محیط دیگر (خانواده) مشارکت بالایی در تصمیم گیری دارند و در مسائل مربوط به زندگی بیشتر به خلق روش های جایگزین و انتخاب بهترین گزینه برای حل مسئله می پردازند؛ به همین دلیل در محیط های دیگر نیز ممکن است بتوانند راحت تر در فرآیندهای تصمیم گیری شرکت کنند. همچنین نتایج این تحقیق میزان مشارکت افراد دارای مدرک کارشناسی ارشد در هر سه حیطه تصمیم گیری را بیشتر از سایر افراد شرکت کننده نشان داد. این در حالی است که نتایج مطالعه Papathanassoglous و میرسعیدی ارتباط مثبتی میان تحصیلات و مشارکت در تصمیم گیری نشان دادند<sup>(۱۳،۲۴)</sup>. مطالعه Hill بیانگر آن می باشد که دانشجویان با مهارت های تفکر انتقادی بالا، تصمیمات بالینی بهتری اتخاذ می کنند و یکی از عوامل تاثیر گذار بر توانایی تفکر انتقادی آموزش می باشد<sup>(۲۵)</sup> این نتیجه را می توان به داشتن آگاهی بیشتر ناشی از تحصیلات بالاتر دانست که به افراد اعتماد به نفس بیشتری در مقایسه با سایر همکاران خود می بخشد. از طرفی ممکن است سایر

فقط به ذکر نتیجه تاثیر نوبت کاری شب و روز پرداخته‌اند در حالی که در تحقیق حاضر تاثیر نوبت کاری ثابت و در گردش مورد بررسی قرار گرفته است.

واحدهای مورد پژوهش دارای وضعیت استخدامی طرحی در هر سه حیطه تصمیم‌گیری از مشارکت کمتری برخوردار بودند که با نتایج مطالعه **Smithson** مشابه است، در حالی که مطالعه **Rafferty** چنین رابطه‌ای را نشان نداد<sup>(۲۲،۲۷)</sup>. با توجه به اینکه طبق نتایج این پژوهش، سابقه کار بالا در بخش مربوطه مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی را افزایش می‌داد و افراد با سابقه کار بالا معمولاً استخدام رسمی هستند توجیه این یافته قابل درک است.

همچنین نتایج مطالعه بیانگر آن بود که اشتغال در بخش مراقبت ویژه با مشارکت در تصمیم‌گیری‌های بالینی بیشتر همراه است. مطالعه **Bakalis&Watson** نیز چنین رابطه‌ای را تأیید می‌کند<sup>(۲۸)</sup>. این در حالی است که نتایج مطالعه **Sterchi** این ارتباط را رد می‌کند<sup>(۲۹)</sup>.

موقعیتهای مختلف کسب تجربه و توسعه نقش، از عوامل موثر بر مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری می‌باشد و این شرایط در بخش‌های مراقبت ویژه با توجه به شرایط خاص بیماران به وضوح دیده می‌شود. اکثر بیماران بستری در این بخش‌ها نیازمند ارائه مراقبت‌های تخصصی پرستاری می‌باشند. پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه معمولاً در موقعیت‌های بحرانی قرار می‌گیرند که خود به اتخاذ تصمیمات مهم بالینی مجبور می‌شوند که نیازمند قضاوت‌های درست و متفکرانه می‌باشد<sup>(۳۰)</sup>.

آزمون آماری پیرسون ارتباط مثبت معنی‌داری میان سن و سابقه کار کلی و در بخش فعلی با میزان مشارکت در هر سه حیطه تصمیم‌گیری نشان داد ( $P < 0/05$ ). افزایش سن و سابقه کار بالینی، شرایط کسب تجربه را فراهم می‌کند و بدیهی است که بتوانند نقش موثری بر میزان مشارکت در تصمیم‌گیری فرد ایفا نمایند. نتایج مطالعات **Bucknall** و همچنین **O'Brien-Pallas** نیز بیانگر چنین رابطه مثبتی می‌باشند<sup>(۷،۱۷)</sup>. نتایج مطالعه **Elwin**

اعضاء تیم درمان نیز به علت بالا بودن سطح تحصیلات این پرستاران، به آن‌ها اعتماد بیشتری داشته و از نظرات آن‌ها در تصمیم‌گیری‌ها استفاده کند. همچنین افرادی که به ادامه فعالیت در بخش فعلی خود علاقمند بودند در هر سه حیطه تصمیم‌گیری از مشارکت بالاتری برخوردار بودند. نتایج مطالعه **Yildirim** در ترکیه نشان داد که علاقمندی به ادامه فعالیت در همان بخش منجر به افزایش مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری شده است<sup>(۱۹)</sup>. نتایج مطالعه **Rafferty** نیز بیانگر آن است که از میان افرادی که مشارکت بالایی در تصمیم‌گیری داشته‌اند، ۷۳٪ علاقمند به فعالیت در بخش خود بوده و تصمیم به ترک آن نداشته‌اند<sup>(۲۲)</sup>. بی‌شک ایجاد و حفظ انگیزه و علاقه از مهمترین عوامل مدیریتی در توسعه و پیشرفت هر سازمان است. علاقه و انگیزه به عنوان عاملی محسوب می‌شود که سبب سوق و هدایت رفتار کارکنان در جهت خاص شده و بر کیفیت و کمیت فعالیت آنها تاثیر گذار می‌باشد<sup>(۲۶)</sup>.

زمانی که فرد به فعالیت در یک بخش علاقمند باشد با انگیزه و اشتیاق بیشتری به فعالیت می‌پردازد و احتمالاً داشتن انگیزه بالا فرد را به مطالعه بیشتر تشویق می‌کند و وی را جهت مشارکت در امر مراقبت سوق می‌دهد. علاوه بر آن احتمالاً زمانی که سایر پرسنل تیم درمان اشتیاق و کارایی یک پرستار را ببینند و به قابلیت‌های وی اعتماد داشته باشند در تصمیم‌گیری‌های مراقبتی، بیشتر از نظرات و تصمیم‌ها وی استفاده خواهند کرد. نتایج بیانگر این بود که میزان مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی در پرستارانی که به صورت ثابت در شیفت صبح کار می‌کردند، در هر سه حیطه نسبت به افرادی که عصر یا شب مشغول بودند تفاوت معنی‌داری داشته است ( $P = 0/00$ ). نتیجه مطالعه **Rafferty** نشانگر ارتباط مثبت بین نوع نوبت کاری با میزان مشارکت در تصمیم‌گیری بود و پرستاران شیفت شب نسبت به پرستاران شیفت روز مشارکت کمتری در تصمیم‌گیری داشتند<sup>(۲۲)</sup>. البته باید توجه داشت که **Rafferty** در مطالعه خود

شناخت متقابل از توقعات و انتظارات حرفه‌ای یکدیگر خواهد شد، در نتیجه این امور بر احساس مشارکت داشتن پرستار در امر مراقبت از بیماران خواهد افزود. سطح تحصیلات بعنوان دومین عامل تاثیرگذار بر افزایش مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری بالینی مشخص شد. نتایج مطالعه Savic مبین ارتباط مثبت سطح تحصیلات با میزان مشارکت در امر مراقبت بود<sup>(۱۸)</sup>.

سابقه کار کلی بالا، نداشتن سمت در بخش، زن بودن و کار به صورت شیفت در گردش به ترتیب موثرترین عوامل بر کاهش میزان مشارکت در تصمیم‌گیری معرفی شدند. به طوری که با افزایش سابقه کار، نسبت شانس مشارکت در تصمیم‌گیری ۱/۰۵ کاهش پیدا می‌کند. یکی از عوامل موثر بر میزان مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری رضایت شغلی می باشد<sup>(۳۳)</sup>. از طرفی نتایج مطالعه میرزایی و همکاران بیانگر آن می باشد که میزان رضایت شغلی مدیران جوان بیشتر از مدیران با سابقه می باشد<sup>(۳۳)</sup>. نتایج مطالعه عابدی و مزروعی نیز بیانگر آن می باشد که با افزایش سابقه کار از میزان رضایت شغلی افراد کم می شود<sup>(۳۴)</sup>.

نتایج مطالعه حاکی از آن می باشد که افراد با سابقه کار بالا در بخش فعلی، از میزان مشارکت بالاتری برخوردارند و افرادی که بطور کلی سابقه کار بالاتری دارند میزان مشارکت کمتری برخوردارند. نتایج مطالعه نوروزنژاد و همکاران بیانگر آن می باشد که با افزایش سابقه کار در بخش فعلی، میزان مشارکت در تصمیم‌گیری افزایش می یابد<sup>(۳۳)</sup>. افرادی که سابقه کار بالایی در یک بخش دارند بر محیط و نحوه برخورد با تنشهای محیطی تسلط بیشتری داشته و با آرامش بیشتری می توانند به فعالیت بپردازند<sup>(۳۵)</sup> همچنین سابقه کار بالا لزوماً به معنای سابقه کار بالا در یک بخش نمی باشد.

در ارتباط با نداشتن سمت نیز می‌توان این گونه بیان کرد که معمولاً سرپرستار و معاون سرپرستار به عنوان پل ارتباطی بیشتر با واحدهای مدیریتی و پزشکان فعالیت دارند و انتقال اطلاعات مربوط به مراقبت از بیماران

Hoffman& نیز نشان می‌دهد؛ پرستاران جوان و کم تجربه‌تر از استقلال کمتری در تصمیم‌گیری برخوردارند<sup>(۳۰)</sup> این در حالی است که مطالعه Sterchi با هدف درک و نگرش پرستار و پزشک از همکاری و Smithson این نوع ارتباط میان سن و مشارکت در تصمیم‌گیری را نشان نمی‌دهند<sup>(۲۷،۲۹)</sup>. Sullivan & Decker معتقدند، تجربه نقش موثری بر تصمیم‌گیری دارد و فرد تصمیم‌گیرنده، تجارب خود را از تصمیمات قبلی کسب می‌کند. این تجارب، شامل دریافت مطالب و مفاهیم در قالب آموزش و نیز مواجهه قبلی با موقعیت‌هایی است که به تصمیم‌گیری منجر می‌شود، هر چه فرد با تجربه‌تر باشد، موارد جایگزین جدیدی خلق نموده و آن‌ها را به فهرست قبلی رفتارهای خود اضافه می‌کند<sup>(۳۱)</sup>. بدیهی است که هر چه سابقه فرد در یک بخش بالاتر باشد با موارد بالینی موجود در آن بخش مواجهه بیشتری خواهد داشت، بنابراین در موارد مشابه، با توجه به تجربه‌های قبلی از قدرت تصمیم‌گیری و عکس‌العمل سریعتر و بهتری برخوردار خواهد بود.

برآورد ضرایب رگرسیونی عوامل موثر بر میزان مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری بالینی بر اساس مدل لوجستیک به روش GEE نشان داد که تاثیر گذارترین عامل بر افزایش مشارکت در تصمیم‌گیری به ترتیب سابقه کار بالا در بخش فعلی، تحصیلات بالا و کار در بخش ویژه است. نتایج مطالعه Friese و نوروزی‌نژاد و همکاران نشان داد که سابقه کار بالا در بخش فعلی بر میزان مشارکت سرپرستاران در تصمیم‌گیری موثر می‌باشد<sup>(۳۳،۳۲)</sup> در مورد سابقه کار بالا در بخش فعلی که بیشترین تاثیر را بر میزان مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری می‌گذارد می‌توان این گونه بیان کرد که به علت آشنایی و مواجهه با موارد مشابه و ارائه مراقبت‌های تخصصی، بر قدرت تصمیم‌گیری پرستار و توان تجزیه و تحلیل موقعیت وی افزوده خواهد شد. به علاوه تداوم حضور در یک بخش موجب ایجاد حس شناخت کافی نسبت به همکاران پزشک و پرستار در طولانی مدت شده و منجر به



روبرو می‌باشند اشاره کرد، چرا که وضعیت روحی و روانی واحدهای مورد پژوهش هنگام پاسخ گویی به پرسشنامه می‌تواند بر نتایج تحقیق تاثیر بگذارد.

### تقدیر و تشکر

محققین بر خود لازم می‌دانند تا مراتب تقدیر و تشکر خود را از تمامی افراد شرکت‌کننده در این پژوهش ابراز کنند. همچنین لازم به ذکر است که این مطالعه بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری می‌باشد که به حمایت مالی و نظارت معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گیلان به انجام رسیده است.

بوسیله این افراد به سایر اعضای تیم درمان انتقال می‌یابد و سایر پرستاران در بخش غالباً به عنوان اجرا کننده دستورات عمل می‌کنند به همین دلیل کسانی که در بخش‌ها پستی ندارند احتمالاً از احساس مشارکت کمتری در تصمیم‌گیری‌ها برخوردار خواهند بود. با توجه به نظریه تعیین هدف Lack که مدعی است وقتی افراد در تعیین هدفهای ویژه مشارکت و فعالیت دارند، کارایی و انگیزه بالاتری جهت فعالیت خواهند داشت این مسئله قابل انتظار می‌باشد<sup>(۲۶)</sup>.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدودیت‌های که مطالعات خود گزارش‌دهی با آن

### فهرست منابع

1. Krairiksh M. The relationship among staff nurses' participation in decision making, nurse managers' leadership competencies, and nurse-physician collaboration: Case Western Reserve University; 2000.
2. Huang Y-C, Chen H-H, Yeh M-L, Chung Y-C. Case studies combined with or without concept maps improve critical thinking in hospital-based nurses: A randomized-controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2012;49(6):747-54.
3. Feyzi Mahdi Bf. [The Effect Of Management Styles (Participative And Traditional) On Teacher's Creativity Of Kermanshah High Schools]. *The Journal Of Modern Thoughts In Education.* 2010.;5(17):95-111. Persian.
4. Dolan LA. Management style and staff nurse satisfaction. *Dimens Crit Care Nurs.* 2003;22(2):97.
5. Kafami F, Mousavi S, Ghanbari V. [Survey the relationship between delegation and job satisfaction in nurses]. *Journal of Health Promotion Management.* 2012;1(2):29-34. Persian.
6. Arslanian-Engoren C, Hagerty B, Antonakos CL, Eagle KA. The feasibility and utility of the aid to cardiac triage intervention to improve nurses' cardiac triage decisions. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care.* 2010;39(3):201-7.
7. Bucknall TK. Critical care nurses' decision-making activities in the natural clinical setting. *J Clin Nurs.* 2000;9(1):25-36.
8. Buljac-Samardzic M, Dekker-van Doorn CM, van Wijngaarden JD, van Wijk KP. Interventions to improve team effectiveness: a systematic review. *Health Policy.* 2010;94(3):183-95.
9. Finn R, Learmonth M, Reedy P. Some unintended effects of teamwork in healthcare. *Social science & medicine.* 2010;70(8):1148-54.
10. Smith JR, Cole F. Patient safety: effective interdisciplinary teamwork through simulation and debriefing in the neonatal ICU. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2009;21(2):163-79.
11. Tschannen D, Kalisch BJ. The impact of nurse/physician collaboration on patient length of stay. *J Nurs Manag.* 2009;17(7):796-803.
12. Hoffman K, Donoghue J, Duffield C. Decision-making in clinical nursing: investigating contributing factors. *J Adv Nurs.* 2004;45(1):53-62.
13. Mirsaeedi G, Lackdizagi S, Ghojzadeh M. [Paper: Demographic Factors Involved In Nurses' clinical Decision Making]. *Iran Journal of Nursing.* 2011;24(72):29-36. Persian.
14. Hagbaghery MA, Salsali M, Ahmadi F. [The factors facilitating and inhibiting effective clinical decision-making in nursing: a qualitative study]. *BMC Nursing.* 2004;3(1):2. Persian
15. Sharif F, Jahanpour F, Salsali M, Kaveh M. [Paper: Clinical Decision Making Process In Last Year Nursing Students: A Qualitative Study]. *Nursing Research.* 2011;5(16):21-31 Persian.

16. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Fields SK, Cicchetti A, Scalzo AL, et al. Comparisons of American, Israeli, Italian and Mexican physicians and nurses on the total and factor scores of the Jefferson scale of attitudes toward physician–nurse collaborative relationships. *Int J Nurs Stud.* 2003;40(4):427-35.
17. O'Brien-Palla L, Hiroz J, Cook A, Mildon B. Nurse-physician relationships: Solutions & recommendations for change: Nursing Health Services Research Unit; 2005.
18. Skela Savič B, Pagon M. Relationship between nurses and physicians in terms of organizational culture: who is responsible for subordination of nurses? *Croat Med J.* 2008;49(3):334-43.
19. Yildirim A, Ates M, Akinci F, Ross T, Selimen D, Issever H, et al. Physician–nurse attitudes toward collaboration in Istanbul's public hospitals. *Int J Nurs Stud.* 2005;42(4):429-37.
20. Anthony MK. The relationship of authority to decision-making behavior: Implications for redesign. *Research in nursing & health.* 1999;22(5):388-98.
21. Lak Dizaji S, Mirsaeidi G, Ghoujazadeh M, Zamanzadeh V. [Nurses Participation in Clinical Decision-Making Process]. *Tabriz Nursing & Midwifery Journal.* 2010;5(17):19-25. Persian
22. Rafferty A, Ball J, Aiken L. Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care? *Qual Health Care.* 2001;10(suppl 2):ii32-ii7.
23. Norozinejad F, Nooritager M, Jafar Jalal E, Hosseini F. [Investigating Participation of Head Nurses in Making Decisions and Their Satisfaction Level in Teaching Hospitals]. *Iran Journal of Nursing.* 2006;19(45):7-16. Persian.
24. Papanthanasoglou ED, Tseroni M, Karydaki A, Vazaiou G, Kassikou J, Lavdaniti M. Practice and clinical decision-making autonomy among Hellenic critical care nurses. *J Nurs Manag.* 2005;13(2):154-64.
25. Hill TV. The relationship between critical thinking and decision-making in respiratory care students. *Respiratory Care.* 2002;47(5):571-7.
26. Hazavehei Smm, Samadi A. [Effective Factors On Serving Motivation Of Hamadan Province Employees]. *The Quarterly Journal Of Fundamentals Of Mental Health.* 2005;26. Persian.
27. Moore-Smithson J. The Association Between Nurse Physician Collaboration and Satisfaction with the Decision-making Process in the Ambulatory Care Setting 2005.
28. Bakalis NA, Watson R. Nurses' decision-making in clinical practice. *Nursing Standard.* 2005;19(23):33-9.
29. Sterchi LS. Perceptions that affect physician-nurse collaboration in the perioperative setting. *AORN journal.* 2007;86(1):45-57.
30. Hoffman K, Elwin C. The relationship between critical thinking and confidence in decision making. *Aust J Adv Nurs The.* 2004;22(1):8-12.
31. Sullivan EJ, Decker PJ. Effective Leadership and Management in Nursing. *AJN Am J Nurs.* 1998;98(6):16L.
32. Friese CR, editor. Nurse practice environments and outcomes: implications for oncology nursing. *Oncol Nurs Forum;* 2005: Onc Nurs Society.
33. Gh M, Ashtiani F, Mehrabi H, Kh A. [Main Factors Determinant Effecting on Job Satisfaction in Officers in a Military Unit]. *MilMed Journal.* 2006;8(1):69-77. Persian.
34. Abedi L, Mazruee H. [Individual factors affecting military forces job satisfaction]. *MilMed Journal.* 2010;12(1):45-9. Persian.
35. Rahimi A, Ahmadi F, Akhond M. [Evaluation of factors influencing occupational stress of nurses in some hospitals in Tehran]. *Hayat.* 2004;3(22):13-22. Persian.

## Factors Associated with Nurses' Participation in Clinical Decision Making

<sup>1</sup>Rostamniya L., MS.

<sup>2</sup>Ghanbari V., Ph.D

<sup>3</sup>Kazemnejad Leili E., Ph.D

<sup>4</sup>Pasha A., MS.

<sup>5</sup>Karimi Rozveh A., MS.

<sup>6\*</sup>Pariyad E., MS.

### Abstract

**Background & Aims:** Collaboration of health care team in clinical decision making is a key factor to provide safe and efficient care. Since nurses have the most continuous contact with patients, they could have great influences on diagnostic and therapeutic decisions. The aim of this study was to determine nurses' collaboration in clinical decision-makings and its related factors.

**Material & Methods:** This descriptive, cross-sectional study was conducted among nursing staff of educational hospitals of Rasht-Iran. A total of 193 nurses were selected by stratified random sampling. Data was collected by Decision-making Activities Questionnaire (PDAQ) and analyzed by descriptive and inferential statistics including Pearson correlation test, Independent T test, One-way ANOVA and Generalized Estimating Equations (GEE) using SPSS-PC (v. 16).

**Results:** The mean score of nurses' collaboration in clinical decision-makings in all three dimensions (clarifying the problem, suggesting and evaluating possible methods and selecting from one of suggested ways) was more than 50. Moreover, the findings revealed that the participation score of those with master degree, interested in continuing their job at current ward, worked in intensive care units or in morning shifts have been significantly higher than other nurses ( $P < 0.05$ ). There was also a significant relationship between nurses' decision-making scores, their age and work experiences ( $P < 0.05$ ). Level of education, and present job experience had the most positive effect, and high job experience and having no responsibility in working place had the most negative effect on nurses' level of clinical participation ( $P = 0.00$ ).

**Conclusion:** Regarding the importance of nurses' collaboration in decision making and the influence of higher levels of education and working in ICU, providing appropriate context for more participation of nurses in decision making processes is suggested.

**Key words:** Clinical, Decision-making, Collaboration, Nurse, Nursing

Received: 26 March 2014

Accepted: 10 June 2014

---

<sup>1</sup> Master degree, Nursing Dept., Faculty of Nursing and Midwifery, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.

<sup>2</sup> Ph.D student of health in disaster and Emergency, Disaster & Emergency Health Dept., School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>3</sup> Ph.D of biostatistic, Biostatistic Dept., Faculty of Nursing and Midwifery, Gilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

<sup>4</sup> Master degree, Public Health Nursing Dept., Faculty of Nursing and Midwifery, Gilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

<sup>5</sup> Master degree in nursing, Educational Supervisor in Dr Shariati Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>6</sup> Master degree in nursing, Social Determinance of Health Research Center (SDHRC), Medical Surgical nursing Dept., Faculty of Nursing and Midwifery, Gilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

(\*Corresponding author). [Tel:+98-9111358819](tel:+98-9111358819) Email: e\_paryad@gums.ac.ir