

Research Paper

Relationship Between Participation in Clinical Decision-making and Organizational Culture Among Nurses in Intensive Care Units of Hospitals Affiliated to Iran University of Medical Sciences

Tahmine Salehi^{1,2}, *Nahid Shojaee¹, Hamid Haghani²

Citation Salehi T, Shojaee N, Haghani H. [Relationship Between Participation in Clinical Decision-making and Organizational Culture Among Nurses in Intensive Care Units of Hospitals Affiliated to Iran University of Medical Sciences (Persian)]. *Iran Journal of Nursing*. 2022; 35(138):360-373. <https://doi.org/10.32598/ijn.35.138.3002>

doi <https://doi.org/10.32598/ijn.35.138.3002>



Received: 23 Oct 2021

Accepted: 23 Oct 2022

Available Online: 01 Nov 2022

ABSTRACT

Background & Aims The nurse's ability to make an effective clinical decision affects the quality of care and differentiates professional nurses from non-professional ones. Many individual and organizational factors affect clinical decision-making of nurses. This study aims to examine the relationship between participation in clinical decision-making and organizational culture of nurses in intensive care units (ICUs) of selected hospitals in Tehran, Iran

Materials & Methods This is a descriptive-correlational study. Participants were 317 nurses working in the ICUs of hospitals affiliated to Iran University of Medical Sciences, who were selected with proportional stratified sampling and sequential sampling methods. The data collection tools were the clinical decision-making questionnaire of Kyalo (2008) and the organizational culture assessment instrument of Cameron and Quinn (1990). The obtained data was analyzed in SPSS statistical software, version 16. Descriptive indices (Mean±SD, frequency, percentage) were used to describe the data, and Pearson's correlation test, independent t-test, and chi-square test were used to examine the relationships between the study variables.

Results Among nurses, 88.5% were female, 86.5% had a bachelor's level, and 39.6% were working in the ICU general. Their mean age was 34.65 years, and their mean nursing experience and the work experience in the ICU was 10.38 and 7.25 years, respectively. The mean score of clinical decision-making was 70.16±11.65, which was higher than the cutoff point (>54), indicating that the participation of nurses in clinical decision-making was high. The dominant organizational culture in the current situation was the market culture. In the preferred situation, the organizational dominant culture was the clan culture. Organizational culture in the current situation had no significant relationship with clinical decision-making (P=0.13), but this relationship was significant in the preferred situation (P=0.014). Clinical decision-making in nurses with clan culture was significantly higher than in those with market culture (P=0.013).

Conclusion The current organizational culture in the selected hospitals is different from their preferred organizational culture. Despite the significance of relationship between ICU nurses' participation in clinical decision-making and organizational culture in the preferred situation, the relationship is weak. More studies are needed with a larger sample size. Considering that the clan culture is the preferred culture, planning is needed to establish the clan culture in the hospitals to increase the participation of ICU nurses in clinical decision-making.

Keywords:

Nurses, Clinical decision-making, Culture, Organizational culture, Intensive care units

1. Department of Nursing Management, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Nursing Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

* Corresponding Author:

Nahid Shojaee, Masters Student.

Address: Department of Nursing Management, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (937) 2310828

E-Mail: nahidshojaee5@gmail.com

Extended Abstract

Introduction

Global health is undergoing considerable changes. Advances in technologies and methods of patient care have increased the complexity of decision-making in clinical care. The role of nursing profession in responding to new knowledge, political pressures, and technological advances in health care has increased, which has associated with broader decision-making. Clinical decision making is a complex process that requires the nurse's knowledge, access to appropriate information resources, and a supportive work environment. In intensive care units (ICUs), clinical decisions are made quickly in a stressful environment; nurses must make quick and accurate decisions to avoid the worsening of patients' condition. In addition, dealing with new and complex technology, being in contact with critically ill patients, and lack of resources, puts a heavy burden on ICU nurses and affects their decision-making skills.

The nurse's ability to promote health, prevent disease, relieve pain, and provide high-quality patient care depends on effective clinical decision-making. Clinical decision-making is an essential component of nursing profession which distinguishes professional nurses from non-professional ones. According to annual reports, a large number of patients die due to poor health care decision-making. Numerous factors, including individual and organizational factors affect clinical decision-making. The organizational factors have not been fully understood; identifying them can help hospital managers improve nurses' clinical decision-making skills. One of these organizational factors is organizational culture. It is a factor to give identify to the organization and commitment of employees. It reflects the norms that determine the attitude and behavior of people in the organization and is a behavioral guide for them. Despite the importance and possible relationship between clinical decision-making and organizational culture, no study was found to examine their relationships. Therefore, this study aims to investigate the participation in clinical decision-making of nurses in the ICUs of hospitals affiliated to [Iran University of Medical Sciences](#) and examine its relationship with organizational culture.

Materials & Methods

This is a descriptive-correlational study. The study population consists of all nurses working in the ICUs of hospitals affiliated to [Iran University of Medical Sciences](#) in Tehran, Iran. Of these, 317 nurses who met the inclusion

criteria were selected by proportional stratified sampling, sequential sampling, and quota sampling methods. Due to the COVID-19 pandemic, sampling lasted four months (February-May, 2021). The data were collected using three instruments: (a) Demographic form, (b) the clinical decision-making questionnaire (CDMQ) of Kyalo which has 27 items rated on a four-point Likert scale (1=Never; 2=Rarely; 3=Sometimes; 4=Always), (c) Cameron & Quinn's organizational culture assessment instrument (OCAI), which has 24 items and 6 subscales, each with 4 items. The content validity of these questionnaires was evaluated and confirmed by a panel of experts including three faculty members from the School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences. The reliability of the CDMQ with Cronbach's alpha was obtained 0.91. For the OCAI, the reliability in the study by Cameron et al. (1990) with Cronbach's alpha was reported higher than 0.70. The face and content validity of the Persian version of this questionnaire was confirmed by Darvish et al. (2014), who reported a Cronbach's alpha of 0.87. The obtained data were analyzed in SPSS v.16 statistical software. Descriptive statistics (mean, standard deviation, frequency, percentage) were used to describe the data, and Pearson correlation test, independent t-test, and chi-square test were used to examine the relationships between the study variables.

Results

The mean score of CDMQ was 70.16 ± 11.65 , which is higher than the cutoff point of the instrument (>54). This indicated that the nurses' participation in clinical decision-making was high. The dominant organizational culture in the current conditions was the market culture, and the clan culture was the dominant culture in the preferred conditions. The organizational culture had no statistically significant relationship with clinical decision-making the current conditions ($P=0.130$), but this relationship was significant in the preferred conditions ($P=0.014$). Clinical decision-making in nurses with clan culture was significantly higher than in those with market culture ($P=0.013$).

Discussion

The findings showed that clinical decision-making of nurses in ICUs of hospitals affiliated to Iran University of Medical Sciences was high. The current organizational culture was different from the preferred organizational culture. Nurses' organizational culture had a significant relationship with their clinical decision-making. Given that the clan culture was recognized as the preferred culture, planning should be done to establish clan culture in the study hospitals to increase nurses' participation in clinical decision-making.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

Ethical approval for this study was obtained from the Ethics Committee of [Iran University of Medical Sciences](#) (Code: IR.IUMS.REC.1399.111).

Funding

This study was extracted from a master thesis Mrs Nahid Shojaee in nursing management. It was funded by [Iran University of Medical Sciences](#).

Authors' contributions

Supervision, data analysis: Tahmine Salehi; preparing initial draft, project management, editing & review: Nahid Shojaee; Data analysis: Hamid Haghani

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank [Iran University of Medical Sciences](#), the staff of selected hospitals, and all the nurses who participated in the study for their support and cooperation.

مقاله پژوهشی

ارتباط مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری بالینی با فرهنگ سازمانی در بخش‌های مراقبت ویژه مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۳۹۹

تهمینه صالحی^۱، *ناهید شجاعی^۱، حمید حقانی^۲

Use your device to scan and read the article online

**Citation** Salehi T, Shojaee N, Haghani H. [Relationship Between Participation in Clinical Decision-making and Organizational Culture Among Nurses in Intensive Care Units of Hospitals Affiliated to Iran University of Medical Sciences (Persian)]. *Iran Journal of Nursing*. 2022; 35(138):360-373. <https://doi.org/10.32598/ijn.35.138.3002>**doi** <https://doi.org/10.32598/ijn.35.138.3002>

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰ آذر ۰۱
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱ آذر ۰۱
تاریخ انتشار: ۱۰ شهریور ۱۴۰۱

زمینه و هدف: توانایی پرستار برای گرفتن یک تصمیم مؤثر، مهم‌ترین عاملی است که بر کیفیت مراقبت اثر می‌گذارد و متمایزکننده پرستاران حرفه‌ای از پرسنل مراقبتی غیرحرفه‌ای است. عوامل متعدد فردی و سازمانی بر تصمیم‌گیری بالینی اثر می‌گذرانند. این مطالعه با هدف بررسی ارتباط مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری بالینی با فرهنگ سازمانی در بخش‌های مراقبت ویژه مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۳۹۹ انجام شد.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی همبستگی است. نمونه‌های پژوهش ۳۱۷ پرستار شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران بودند که به روش طبقه‌ای با تخصیص متناسب و سپس در درون هر طبقه به صورت مستمر انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی کایلو (۲۰۰۸) و پرسش‌نامه فرهنگ سازمانی کامرون و کوئین (۱۹۹۰) بود. اطلاعات به دست آمده با نسخه ۱۶ نرم‌افزار آماری SPSS تجزیه و تحلیل شدند. برای توصیف مشخصات نمونه‌ها از شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار و فراوانی و درصد) و برای بررسی روابط بین متغیرها از آزمون همبستگی پیرسون، آزمون تی مستقل و آزمون کای دو استفاده شد.

یافته‌ها: ۸۸/۵ درصد از پرستاران مورد پژوهش زن بودند. تحصیلات ۸۶/۵ درصد از آن‌ها در سطح کارشناسی بود. ۳۹/۶ درصد در بخش مراقبت‌های ویژه (تنفسی) جنرال مشغول بودند که نسبت به سایر بخش‌ها فراوانی بیشتری داشت. میانگین سنی پرستاران مورد پژوهش ۳۴/۶۵ سال، میانگین سابقه کار پرستاری ۱۰/۳۸ سال و میانگین سابقه کار در بخش مراقبت ویژه ۷/۲۵ سال بود. میانگین نمره تصمیم‌گیری بالینی ۷۰/۱۶ با انحراف معیار ۱۱/۶۵ بود که از میانه نمره ابزار یعنی ۵۴ بالاتر است و به معنای این است که میزان مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری بالینی بالاست. فرهنگ سازمانی غالب در وضعیت موجود، فرهنگ بازار بود. در وضعیت مطلوب، فرهنگ سازمانی قومی به عنوان فرهنگ غالب شناخته شد. فرهنگ سازمانی در وضعیت موجود با تصمیم‌گیری بالینی ارتباط معنادار آماری نداشت ($P=0/13$)، اما در وضعیت مطلوب این ارتباط معنادار بود ($P=0/014$). تصمیم‌گیری بالینی در پرستاران با فرهنگ قومی به طور معناداری بالاتر از فرهنگ بازار بود ($P=0/013$).

نتیجه‌گیری: نتایج این تحقیق نشان داد فرهنگ سازمانی موجود با فرهنگ سازمانی مطلوب اختلاف دارد. با وجود معنادار بودن ارتباط تصمیم‌گیری بالینی با فرهنگ سازمانی، این ارتباط ضعیف برآورد شد و شاید لازم باشد پژوهشی با تعداد نمونه بیشتر انجام شود. با توجه به اینکه فرهنگ قومی به عنوان فرهنگ مطلوب شناخته شد، پیشنهاد می‌شود جهت ارتقای مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری بالینی، برنامه‌ریزی در راستای اشاعه و استقرار فرهنگ قومی در سازمان انجام شود.

کلیدواژه‌ها:

پرستار، تصمیم‌گیری بالینی، فرهنگ، فرهنگ سازمانی، بخش مراقبت‌های ویژه

- گروه مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.
- مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول:

ناهید شجاعی

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه مدیریت پرستاری.

تلفن: ۲۳۱۰۸۲۸ (۹۳۷) ۹۸+

رایانامه: nahidshojaee5@gmail.com

مقدمه

عوامل فردی و مرتبط با شخصیت نظیر اعتماد به نفس، خودباوری، ویژگی‌های شخصی، دیدگاه پرستاران نسبت به تصمیم‌گیری و داشتن دانش و تجربه بالینی، همگی از جمله تسهیل‌کننده‌های تصمیم‌گیری بالینی پرستاران هستند. مهم‌ترین مانع تصمیم‌گیری بالینی پرستاران عوامل سازمانی شامل قوانین حاکم بر محیط بالین، نحوه مشارکت پزشک و پرستار در تصمیم‌گیری بالینی و فقدان حمایت مدیران است. فرهنگ سازمانی به‌عنوان یک عامل مهم در موفقیت سازمان است که به فعالیت اعضای سازمان جهت می‌دهد، منعکس‌کننده هنجارها و ارزش‌هایی است که در یک سازمان مهم تلقی می‌شوند و تحت تأثیر عوامل داخلی و خارجی و راه حل‌های فنی و سازمانی قرار دارند [۱۰]. فرهنگ سازمانی عبارت است از ارزش‌های اصلی، فرضیات، تفسیرها و رویکردهای یک سازمان که در ۴ گونه فرهنگ شامل فرهنگی قومی، فرهنگ توسعه‌گرا، فرهنگ بازار و فرهنگ بروکراتیک هستند.

فرهنگ قومی^۱

یک فرهنگ خانواده‌محور است. افراد با اعضای دیگر سازمان با رفاقت و احترام رفتار می‌کنند و مدیران به‌عنوان یک مربی و راهنما نظاره‌گر آن‌ها می‌شوند. در این فرهنگ تأکید خاصی بر تیم‌محوری و جو مشارکتی کارکنان وجود دارد.

فرهنگ توسعه‌گرا^۲

این فرهنگ پدیدآورنده فضایی نوآور، پویا و خلاق در سازمان است. برخلاف دیگر فرهنگ‌ها، این فرهنگ خواهان آزادی و نوآوری فردی است. در این فرهنگ کارکنان تشویق به آزمایش و ارائه ایده‌های جدید می‌شوند و مدیران ریسک‌پذیری خوبی دارند. در نهایت هدف سازمان، رشد و ارائه خدمات جدید است.

فرهنگ بازار^۳

فرهنگ بازار بر آماده‌سازی فرایندها تأکید دارد. این فرهنگ بین کارمندان و حتی مدیران سازمان رقابت ایجاد می‌کند. در این روش رقابت و رسیدن به اهداف، محرک اصلی است. معیار موفقیت این میزان نفوذ در بازار و سهم بازار شرکت است.

فرهنگ بوروکراتیک^۴

مراتب سفت و سخت سازمانی منطبق بر فرهنگ بروکراتیک هستند. کار یک مدیر اطمینان از دنباله‌روی درست مراحل توسط کارمندان است. در این فرهنگ توجه بر بهره‌وری و یکنواختی کیفیت روند کار است [۱۱].

1. Clan culture
2. Adhocracy culture
3. Market culture
4. Hierarchical culture

پرستاران نقش مهمی در نظام مراقبت بهداشتی ایفا می‌کنند و بالاترین تعداد نیروی کار بهداشت و درمان را تشکیل می‌دهند [۱]. پرستاران غالباً اولین گروهی هستند که از تغییرات ایجادشده در شرایط بیماران آگاه می‌شوند و با اجرای مداخلات سریع و نجات‌بخش می‌توانند بیماران را از حوادثی که به آسیب منجر می‌شود، نجات دهند و سبب کاهش مرگ شوند [۲]. سالانه بیش از ۹۸۰۰۰ بیمار به‌دلیل تصمیم‌گیری ضعیف در بهداشت و درمان جان خود را از دست می‌دهند [۳]. از این میان، بخش‌های مراقبت ویژه به‌دلیل پیچیدگی وضعیت بالینی بیماران و تغییرات سریع وضعیت همودینامیکی آن‌ها نیازمند تصمیم‌گیری سریع پرستاران در مدت‌زمان اندک هستند [۴].

براساس نتایج مطالعه بوکنال، پرستاران در بخش‌های ویژه در هر ۳۰ ثانیه، در یکی از حیطه‌های انجام مداخلات پرستاری، ارزیابی وضعیت بالینی بیماران و فرایندهای ارتباطی در حال تصمیم‌گیری هستند [۵]. پرستاران باید تصمیمات خود را سریع و دقیق بگیرند تا مانع تبدیل شرایط بیمار به وضعیت تهدید به مرگ شوند. علاوه‌براین، سروکار داشتن با تکنولوژی جدید و پیچیده مانند مانیتور قلب، بیماران ناپایدار و به‌شدت ناخوش و کمبود منابع، بار بسیار سنگینی بر روی پرستاران مراقبت ویژه برای پیدا کردن بهترین انتخاب‌های بالینی می‌گذارد و بر توانایی تصمیم‌گیری آن‌ها تأثیرگذار است [۶]. بنابراین ماهیت اختصاصی این بخش‌ها ایجاب می‌کند پرستاران شاغل در این بخش‌ها الزاماً تصمیم‌گیرندگان باکفایتی باشند و محیط بالینی نیز به‌گونه‌ای فراهم شود تا پرستاران بتوانند با استقلال عمل بیشتر، راه‌حلی که برای حل مشکل بیماران به ذهنشان می‌آید را به راحتی اجرا کنند [۴].

تصمیم‌گیری به‌عنوان فرایند کلیدی در پرستاری شناخته می‌شود، به‌طوری‌که کالج سلطنتی پرستاری انگلستان، پرستاری را «استفاده از قضاوت بالینی در ارائه مراقبتی که به ارتقاء، نگهداری یا بهبود سلامتی، سازگاری با مشکلات سلامتی و دستیابی به بهترین کیفیت زندگی با هر بیماری یا ناتوانی تا زمان مرگ منجر می‌شود» تعریف می‌کند. این نشان می‌دهد توانایی پرستار برای ارتقای سلامتی، جلوگیری از بیماری، تسکین آلام و مراقبت از بیمار با کیفیت بالا بستگی به تصمیم‌گیری بالینی مؤثر دارد [۷]. تصمیم‌گیری بالینی یک جزء اساسی مراقبت پرستاری حرفه‌ای است. توانایی پرستار برای گرفتن یک تصمیم مؤثر، مهم‌ترین عاملی است که بر کیفیت مراقبت اثر می‌گذارد [۸] و متمایزکننده پرستاران حرفه‌ای از کارکنان مراقبتی غیرحرفه‌ای است. عوامل متعددی بر تصمیم‌گیری بالینی پرستاران تأثیر می‌گذارد که شناسایی این متغیرها می‌تواند تصمیم‌گیری بالینی پرستاران را ارتقا دهد [۹].

درمانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران در شهر تهران بودند. نمونه‌های پژوهش، پرستاران شاغل در محیط پژوهش بودند که شرایط ورود به مطالعه را داشتند و براساس حجم نمونه برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند.

معیارهای ورود شامل موارد زیر بود: حداقل یک سال [۸] به‌صورت تمام وقت در بخش‌های ویژه مشغول به خدمت باشند، حداقل دارای مدرک کارشناسی باشند، سمت مدیریتی نداشته باشند و رضایت به مشارکت در پژوهش داشته باشند. معیار خروج از مطالعه تکمیل نکردن پرسش‌نامه به‌صورت کامل بود.

حجم نمونه لازم به منظور برآورد مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری بالینی در سطح اطمینان ۹۵ درصد و با دقت برآورد ۱/۵ نمره، ۲۸۸ پرستار برآورد شد. انحراف معیار مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی براساس مطالعه موتیسیا [۱۴] ۱۲/۹۴ برآورد شد. با در نظر گرفتن احتمال پرسش‌نامه‌های ناقص، ۱۰ درصد به حجم نمونه اضافه شد و تعداد ۳۱۷ نفر در نظر گرفته شد. در نهایت ۳۱۷ پرسش‌نامه تحویل گرفته شد که پس از خارج کردن پرسش‌نامه‌های ناقص، ۲۸۸ پرسش‌نامه برای تحلیل داده‌ها استخراج شد. نمونه‌گیری به‌روش طبقه‌ای با تخصیص متناسب و سپس به‌صورت مستمر انجام شد. به این صورت که متناسب با تعداد پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، به هر مرکز سهمیه‌ای اختصاص داده شد (جدول شماره ۱). سپس نمونه‌ها از بین پرستاران واجد معیارهای ورود، در طول زمان مراجعه به بخش‌ها انتخاب شدند.

فرهنگ‌های بیمارستانی در کار تیم‌های بالینی و بخش‌ها و به دنبال آن بر کیفیت و نتیجه مراقبت از بیماران اثر می‌گذارد. به عبارت دیگر، رویکردی که توسط مدیران ارشد و رهبران اتخاذ می‌شود مهم است و اگر اشتباه یا ناکارآمد باشد، می‌تواند به‌طور بالقوه آسیب‌رسان باشد [۱۲]. محیط بالینی باید به‌گونه‌ای فراهم شود تا پرستاران بتوانند با استقلال عمل بیشتر، راه‌حلی که برای حل مشکل بیماران به ذهنشان می‌آید را به راحتی اجرا کنند [۴].

شناسایی موانع و تسهیل‌کننده‌های تصمیم‌گیری بالینی در پرستاران کمک می‌کند تا با تقویت و پرورش عوامل تسهیل‌کننده و کاهش موانع موجود، مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری بالینی ارتقا یابد [۱۳]. مطالعات متعددی به بررسی این عوامل پرداخته‌اند؛ با این حال عوامل سازمانی مؤثر در این فرایند به‌خوبی مشخص نشده‌اند. شناسایی این عوامل می‌تواند به مدیران در ارتقای مهارت تصمیم‌گیری بالینی پرستاران کمک کند. یکی از این عوامل، فرهنگ سازمانی است. تجربه شخصی پژوهشگر بیانگر این است که فرهنگ جاری در سازمان، به‌ویژه ارتباط دیسپلین‌های مختلف، جو کاری و کار تیمی می‌تواند بر تصمیم‌گیری بالینی پرستاران مؤثر باشد. با وجود اهمیت و ارتباط احتمالی بین این دو مفهوم، مطالعه‌ای که به‌صورت اختصاصی رابطه این دو متغیر را مورد مطالعه قرار دهد، یافت نشد. بنابراین این مطالعه با هدف تعیین ارتباط مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری بالینی با فرهنگ سازمانی در بخش‌های ویژه مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران طراحی شد.

روش بررسی

این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی همبستگی بود. جامعه پژوهش تمامی پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه مراکز آموزشی

جدول ۱. توزیع فراوانی پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه به تفکیک مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی در سال ۱۳۹۹

پرستاران شرکت‌کننده		نام بیمارستان
تعداد کل	تعداد (درصد)	
۲۲۲	۱۱۶(۵۲/۲)	مرکز آموزشی درمانی فیروزگر
۳۰	۱۶(۵۳/۳)	مرکز آموزشی درمانی کودکان حضرت علی (ص)
۱۲	۶(۵۰/۰)	مرکز آموزشی درمانی شفا یحیائیان
۸۶	۴۵(۵۲/۲)	مرکز آموزشی درمانی شهید اکبرآبادی
۳۰	۱۵(۵۰/۰)	مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری
۳۰	۱۵(۵۰/۰)	مرکز آموزشی درمانی هاشمی‌نژاد
۲۰۰	۱۰۴(۵۲/۰)	مرکز آموزشی درمانی پژوهشی حضرت رسول (ص)
۶۱۰	۳۱۷(-)	جمع

روایی محتوای این پرسش‌نامه‌ها توسط پنل متخصصان متشکل از ۳ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران بررسی و مطلوب گزارش شد. پایایی پرسش‌نامه تصمیم‌گیری بالینی با آلفای کرونباخ^۸ ۰/۹۱ تأیید شد. پایایی پرسش‌نامه فرهنگ سازمانی در مطالعه کامرون و همکاران [۱۱] با آلفای کرونباخ، بالای ۷۰ درصد ذکر شد. روایی صوری و محتوایی نسخه فارسی این پرسش‌نامه توسط درویش و همکاران تأیید شد و پایایی آن با آلفای کرونباخ ۰/۸۷ محاسبه شد [۱۵].

اطلاعات به‌دست‌آمده با نسخه ۱۶ نرم‌افزار آماری SPSS تجزیه و تحلیل شد. برای توصیف مشخصات نمونه‌ها از شاخص‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار، واریانس، فراوانی، درصد) و برای بررسی روابط بین متغیرها از آزمون همبستگی پیرسون^۹، آزمون تی مستقل^{۱۰} و آزمون کای دو^{۱۱} استفاده شد. سطح معناداری ۰/۰۵ بود. روش کار به این صورت بود که پس از ارائه معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران به محیط‌های پژوهش، اطلاعاتی در مورد اهمیت و اهداف پژوهش در اختیار مسئولین قرار گرفت. سپس پژوهشگر با کسب اجازه از مسئولین ذی‌ربط بیمارستان‌ها، به دفتر پرستاری مراجعه و لیست تعداد پرستاران شاغل را دریافت کرد و متناسب با تعداد پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه مراکز آموزشی درمانی، به هر مرکز سهمیه‌ای اختصاص داده شد.

پس از کسب اجازه از مترون یا سوپروایزر وقت بیمارستان و سرپرستار بخش‌های ویژه، در روزهای مختلف هفته و در نوبت‌های کاری صبح و عصر و شب به بخش‌های مورد نظر مراجعه شد و نمونه‌ها از بین افراد در دسترس که شرایط ورود به مطالعه را داشتند انتخاب شدند. با دادن آگاهی در مورد محرمانه ماندن اطلاعات درج‌شده در پرسش‌نامه‌ها، اطمینان آنان جلب و رضایت‌نامه آگاهانه به طور کتبی دریافت شد و پرسش‌نامه در اختیار آنان قرار داده شد. فرصت لازم در اختیار پرستاران قرار گرفت و در صورت نیاز به زمان، توضیح داده شد که پرسش‌نامه را طی ۴۸ ساعت تکمیل کنند و به منشی بخش تحویل دهند. پژوهشگر در زمان تعیین‌شده به بخش مورد نظر مراجعه و پرسش‌نامه‌ها را جمع‌آوری کرد. این کار تا رسیدن به تعداد نمونه‌های مورد نظر که ۳۱۷ نفر بود، انجام شد. اگر فردی به شرکت در مطالعه تمایل نداشت یا واجد شرایط ورود به مطالعه نبود، نمونه بعدی وارد مطالعه می‌شد. مدت‌زمان تقریبی تکمیل ابزار ۲۰ تا ۳۰ دقیقه بود. باتوجه‌به شرایط بحران کرونا، مدت‌زمان نمونه‌گیری ۴ ماه (اسفند ۹۹ تا خرداد سال ۱۴۰۰) بود. ۳۱۷ پرسش‌نامه تحویل گرفته شد که پس از خارج کردن

گردآوری داده‌ها در این مطالعه با استفاده از یک پرسش‌نامه سه‌قسمتی انجام شد:

بخش اول

پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل سن، جنس، سابقه کار به‌عنوان پرستار، سابقه کار در بخش ویژه، سطح تحصیلات و بخش بود.

بخش دوم

پرسش‌نامه تصمیم‌گیری بالینی^۵ را با کالیس و واتسون^۶ در سال ۲۰۰۵ و براساس جملات موجود در کتاب‌های مرجع پرستاری^۷ ساختند و در سال ۲۰۰۸ موتیسیا آن را برای بررسی تصمیم‌گیری بالینی در بخش‌های مراقبت ویژه بازنگری کرد. این پرسش‌نامه شامل ۲۷ سؤال است که در مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای (۱=هرگز، ۲=به‌ندرت، ۳=گاهی، ۴=همیشه) امتیازدهی می‌شوند. مجموع امتیازات پرسش‌نامه به‌عنوان میزان مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی در نظر گرفته می‌شود که حداقل ۲۷ و حداکثر ۱۰۸ است. مجموع نمرات بالاتر از نقطه میانی (۵۴) به‌عنوان مشارکت بالا و مجموع نمرات پایین‌تر از نقطه میانی به‌عنوان مشارکت کم در تصمیم‌گیری بالینی محسوب می‌شود [۱۴].

بخش سوم

پرسش‌نامه فرهنگ سازمانی در سال ۱۹۹۰ توسط کیم کامرون و رابرت کوئین طراحی شد که حاوی ۲۴ سؤال است. هدف پرسش‌نامه، ارزیابی ۶ معیار کلیدی سازمان شامل مشخصه‌های برجسته سازمان، رهبری سازمانی، مدیریت کارکنان، پیونددهنده‌های سازمانی، تأکیدات استراتژیک و معیارهای موفقیت است. هر معیار ۴ گویه دارد که هر کدام از این ۴ گویه معرف یک بعد فرهنگی سازمان هستند (A=نماد فرهنگ خانوادگی همکاری، B=نماد فرهنگ توسعه‌گرا، C=نماد فرهنگ بازار، D=نماد فرهنگ بروکراتیک). پاسخ‌دهنده نمره ۱۰۰ را بین این ۴ گویه تقسیم کرده است و بسته به اینکه هر گویه چقدر مشابه سازمان است، نمره بالاتری را به آن اختصاص می‌دهد. سپس همه پاسخ‌های مربوط به خانه A در ۶ بعد با هم جمع و تقسیم بر ۶ می‌شود. بدین ترتیب میانگین نمره بعد A (فرهنگ همکاری) به دست می‌آید. این کار برای ابعاد B، C و D (سایر انواع فرهنگ سازمان) نیز به همین ترتیب تکرار می‌شود. در نهایت بعدی که امتیاز آن بیشتر از بقیه باشد به‌عنوان فرهنگ برتر سازمان مورد نظر شناخته می‌شود. در مرحله بعد، پاسخ‌دهنده نمره ۱۰۰ را بین ۴ گویه تقسیم کرده و بسته به اینکه هر گویه را چقدر برای سازمان ترجیح می‌دهد، نمره بالاتری را به آن اختصاص می‌دهد [۱۱].

8. Cronbach's alpha
9. Pearson correlation coefficient
10. Independent Samples T-Test
11. Chi Square

5. Clinical Decision-Making Questionnaire (CDMQ)
6. Bakalis & Watson
7. Carpenito 1991, 1995; Dracup 1996

۳۳/۳ درصد از پرستاران مورد پژوهش فرهنگ سازمانی موجود را فرهنگ بازار دانستند که نسبت به سایر فرهنگ‌ها فراوانی بیشتری داشت. ۱۲/۵ درصد از پرستاران فرهنگ سازمانی موجود را فرهنگ توسعه‌گرا دانستند که نسبت به سایر فرهنگ‌ها فراوانی کمتری داشت. ۵۰ درصد از پرستاران وضعیت مطلوب فرهنگ سازمانی را فرهنگ قومی می‌دانستند. فرهنگ بروکراتیک با ۱۳/۹ درصد کمترین فرهنگ سازمانی در وضعیت مطلوب برآورد شد (جدول شماره ۴).

فرهنگ سازمانی در وضعیت موجود با تصمیم‌گیری بالینی ارتباط معنادار آماری نداشت ($P=0/130$)، اما در وضعیت مطلوب این ارتباط معنادار بود ($P=0/014$) و مقایسه دوجه‌دوی توکی نشان‌دهنده آن بود که تصمیم‌گیری بالینی در پرستاران با فرهنگ قومی به‌طور معناداری بالاتر از فرهنگ بازار است ($P=0/013$) و در سایر سطوح این اختلاف معنادار نبود (جدول شماره ۵).

از بین مشخصات جمعیت‌شناختی و شغلی پرستاران مورد پژوهش، تنها تحصیلات با تصمیم‌گیری بالینی ارتباط معنادار آماری داشت و تصمیم‌گیری بالینی در پرستاران با تحصیلات کارشناسی ارشد بالاتر از کارشناسی بود ($P=0/020$) (جدول شماره ۲).

سابقه کار در بخش ویژه با فرهنگ سازمانی در وضعیت موجود ارتباط معنادار آماری داشت ($P=0/033$) و مقایسه دوجه‌دوی توکی نشان‌دهنده آن بود که میانگین سابقه کار در پرستارانی که

پرسش‌نامه‌های ناقص، ۲۸۸ پرسش‌نامه جهت پژوهش استخراج شد. پروپزال طرح در جلسه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران در کمیته اخلاق تصویب شد. همچنین ملاحظات اخلاقی حین پژوهش رعایت شد.

یافته‌ها

براساس نتایج مطالعه، ۸۸/۵ درصد از پرستاران مورد پژوهش زن بودند و تحصیلات بیشتر آن‌ها (۸۶/۵ درصد) در سطح کارشناسی بود. ۳۹/۶ درصد در بخش مراقبت ویژه (تنفسی) جنرال^{۱۲} مشغول به کار بودند که نسبت به سایر بخش‌ها فراوانی بیشتری داشت. میانگین سنی پرستاران مورد پژوهش $34/65 \pm 5/54$ سال، میانگین سابقه کار پرستاری $10/38 \pm 5/76$ سال و میانگین سابقه کار در بخش ویژه $7/25 \pm 4/81$ سال بود (جدول شماره ۲).

گویه «ارزیابی وضعیت بالینی بیمار» با میانگین $3/51 \pm 0/79$ بالاترین و گویه «دادن داروی مخدر بدون دستور دارویی» با میانگین $1/45 \pm 0/75$ پایین‌ترین میانگین نمره را در بین گویه‌های تصمیم‌گیری بالینی کسب کردند. میانگین نمره تصمیم‌گیری بالینی $70/16$ بود که از میانه نمره ابزار یعنی ۵۴ بالاتر است، به این معنی که میزان مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری بالینی بالاست (جدول شماره ۳).

12. Intensive care unit General (ICU-G)

جدول ۲. توزیع فراوانی مشخصات جمعیت‌شناختی و شغلی پرستاران و میانگین و انحراف معیار مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی بر حسب مشخصات جمعیت‌شناختی و شغلی

مشخصات فردی	تعداد (درصد)/کمینه-بیشینه	میانگین \pm انحراف معیار	نتیجه آزمون تی مستقل	ضریب همبستگی پیرسون
جنسیت				
مرد	۳۳(۱۱/۵)	۷۳/۴۸ \pm ۹/۲۵	-	-
زن	۲۵۵(۸۷/۵)	۶۹/۷۳ \pm ۱۱/۸۸	-	-
کل	۲۸۸(۱۰۰)	-	$t=1/744$ $df=286$ $P=0/082$	-
تحصیلات				
کارشناسی	۲۴۹(۸۶/۵)	۶۹/۵۳ \pm ۱۱/۲۶	-	-
کارشناسی ارشد	۳۹(۱۳/۵)	۷۴/۲۳ \pm ۱۳/۳۵	-	-
کل	۲۸۸(۱۰۰)	-	$t=2/345$ $df=286$ $P=0/020$	-
سن (سال)	۳۳-۵۱	۳۴/۶۵ \pm ۶/۵۴	-	$r=0/003$ $P=0/957$
سابقه کار (سال)				
به‌عنوان پرستار	۱-۲۵	۱۰/۳۸ \pm ۵/۷۶	-	$r=0/016$ $P=0/785$
در بخش ویژه	۱-۲۵	۷/۲۵ \pm ۴/۸۱	-	$r=0/031$ $P=0/606$

جدول ۳. توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه

میانگین ± انحراف معیار	تعداد (درصد)				تصمیم‌گیری بالینی توسط پرستاران
	همیشه ۴	گاهی ۳	به ندرت ۲	هرگز ۱	
۱/۴۵±۰/۷۵	۲(۰/۷)	۴۰(۱۳/۹)	۴۵(۱۵/۶)	۲۰۱(۶۹/۸)	۱ دادن داروی مخدر بدون دستور دارویی
۱/۸۵±۰/۹۴	۱۷(۵/۹)	۵۹(۲۰/۶)	۷۵(۲۶/۱)	۱۳۶(۴۷/۴)	۲ تعدیل آنفوزیون داروهای اینوتروپیک برای تثبیت وضعیت همودینامیک بیمار بدون دستور پزشک
۲/۴۹±۰/۹۴	۳۳(۱۱/۵)	۱۳۳(۴۶/۳)	۶۳(۲۲/۰)	۵۸(۲۰/۲)	۳ تغییر تنظیمات ونتیلاتور
۳/۴۵±۰/۸۷	۱۸۷(۶۴/۹)	۶۳(۲۱/۹)	۲۰(۶/۹)	۱۸(۶/۳)	۴ گرفتن لاین وریدی محیطی برای تجویز داروهای اورژانسی
۲/۶۴±۰/۹۴	۶۲(۲۱/۵)	۹۲(۳۲/۳)	۱۰۱(۳۵/۱)	۳۲(۱۱/۱)	۵ جایگزینی مایعات نگهدارنده وریدی باتوجه به وضعیت هیدراتاسیون بیمار
۳/۳۱±۰/۸۶	۱۵۲(۵۳/۰)	۸۵(۲۹/۶)	۳۷(۱۲/۹)	۱۳(۴/۵)	۶ تشخیص شرایط بیمار
۱/۸±۰/۸۵	۱۰(۳/۵)	۵۲(۱۸/۱)	۹۵(۳۳/۰)	۱۳۱(۴۵/۵)	۷ تصمیم‌گیری برای تغییر داروهای بیمار
۱/۷۳±۰/۹۰	۱۳(۴/۵)	۵۱(۱۷/۸)	۶۹(۲۴/۰)	۱۵۴(۵۳/۷)	۸ تصمیم‌گیری برای پذیرش بیمار
۱/۶۴±۰/۹۱	۱۰(۳/۵)	۵۸(۲۰/۱)	۳۹(۱۳/۵)	۱۸۱(۶۲/۸)	۹ ترخیص بیمار از بخش
۳/۲±۱/۰۳	۱۵۳(۵۳/۱)	۷۴(۲۵/۷)	۲۷(۹/۴)	۳۴(۱۱/۸)	۱۰ ارائه اطلاعات مربوط به ترخیص به بیمار یا خانواده
۲/۸۶±۱/۰۲	۹۱(۳۱/۷)	۱۰۷(۳۷/۳)	۴۸(۱۶/۷)	۴۱(۱۴/۳)	۱۱ بحث در مورد شرایط و پیش‌آگهی بیمار با بیمار یا بستگان
۳/۵۱±۰/۷۹	۱۸۸(۶۵/۵)	۶۸(۲۳/۷)	۱۹(۶/۶)	۱۲(۴/۲)	۱۲ ارزیابی وضعیت بالینی بیمار
۲/۹۱±۰/۹۲	۸۷(۳۰/۲)	۱۱۴(۳۹/۶)	۶۲(۲۱/۵)	۲۵(۸/۷)	۱۳ مشارکت در تصمیمات درمانی مشترک
۳/۳۱±۰/۹۸	۱۷۵(۶۰/۸)	۵۰(۱۷/۴)	۴۱(۱۴/۲)	۲۲(۷/۶)	۱۴ گرفتن نمونه خون برای تست‌های آزمایشگاهی
۳/۱±۱/۰۸	۱۵۱(۵۲/۴)	۵۰(۱۷/۴)	۵۲(۱۸/۱)	۴۵(۱۲/۲)	۱۵ جمع‌آوری نمونه کشت تراشه
۲/۶±۱/۱۶	۹۰(۳۱/۴)	۶۲(۲۱/۶)	۶۴(۲۲/۳)	۷۱(۲۴/۷)	۱۶ خواندن فشار ورید مرکزی (CVP)
۲/۱۸±۱/۱۴	۵۹(۲۰/۵)	۴۲(۱۴/۶)	۷۹(۲۷/۴)	۱۰۸(۳۷/۵)	۱۷ خواندن فشار شریان ریوی (PAP)
۲/۱±۱/۱۵	۵۸(۲۰/۲)	۳۱(۱۰/۸)	۷۹(۲۷/۵)	۱۱۹(۴۱/۵)	۱۸ خواندن فشار وج مویرگی ریوی (PCWP)
۳/۳۳±۱/۰۰	۱۷۹(۶۲/۲)	۵۱(۱۷/۷)	۳۱(۱۰/۸)	۲۷(۹/۴)	۱۹ اندازه‌گیری همودینامیک
۲/۸۲±۱/۲۲	۱۲۵(۴۳/۴)	۵۵(۱۹/۱)	۳۸(۱۳/۲)	۷۰(۲۴/۳)	۲۰ تعبیه سوند ادراری
۲/۵۲±۱/۱۵	۷۴(۲۵/۷)	۸۲(۲۸/۸)	۴۹(۱۷/۰)	۸۲(۲۸/۵)	۲۱ انجام شوک دفیبریلاتور اورژانسی
۲/۱۹±۱/۰۰	۳۲(۱۱/۱)	۸۱(۲۸/۲)	۸۴(۲۹/۳)	۹۰(۳۱/۴)	۲۲ تصمیم‌گیری در رابطه با جداسازی بیماران از ونتیلاتور
۱/۸±۰/۹۶	۱۶(۵/۶)	۶۳(۲۱/۹)	۵۷(۱۹/۸)	۱۵۲(۵۲/۸)	۲۳ انجام لوله‌گذاری تراشه
۲/۲۵±۱/۰۴	۳۷(۱۲/۸)	۹۲(۳۱/۹)	۶۵(۲۲/۶)	۹۴(۳۲/۶)	۲۴ تصمیم‌گیری برای اکستوب کردن بیمار
۳/۰۳±۰/۹۹	۱۱۹(۴۱/۳)	۸۶(۲۹/۹)	۵۵(۱۹/۱)	۲۸(۹/۷)	۲۵ مشارکت در راند بخش
۲/۸۹±۰/۹۶	۹۱(۳۱/۶)	۱۰۳(۳۵/۸)	۶۶(۲۲/۹)	۲۸(۹/۷)	۲۶ آموزش پرسبجریهای مراقبت ویژه به دانشجویان پرستاری در بخش
۳/۲۸±۰/۹۲	۱۵۴(۵۳/۵)	۸۰(۲۷/۸)	۳۳(۱۱/۸)	۲۰(۶/۹)	۲۷ گرفتن تاریخچه و انجام معاینات فیزیکی
۹۷±۲۷					کل
۱۱/۶۵-۷۰/۱۶					کمیته-بیشینه

جدول ۴. توزیع فراوانی انواع فرهنگ سازمانی از دید پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه

فرهنگ سازمانی	وضعیت موجود	تعداد (درصد)	وضعیت مطلوب
فرهنگ قومی (همکاری)	۶۶(۲۲/۹)	۱۴۴(۵۰/۰)	
فرهنگ توسعه‌گرا	۳۶(۱۲/۵)	۵۲(۱۸/۱)	
فرهنگ بازار	۹۶(۳۳/۳)	۵۲(۱۸/۱)	
فرهنگ بروکراتیک	۹۰(۳۱/۳)	۴۰(۱۳/۹)	
جمع کل	۲۸۸(۱۰۰)	۲۸۸(۱۰۰)	

نشریه پرستاری ایران

جدول ۵. میانگین و انحراف معیار مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی پرستاران بر حسب فرهنگ سازمانی در بخش‌های مراقبت ویژه

فرهنگ سازمانی	میانگین \pm انحراف معیار	نتیجه تحلیل واریانس
فرهنگ قومی (همکاری)	۶۷/۹۵ \pm ۱۱/۹۷	F=۱/۸۹۹ P=۰/۱۳۰
فرهنگ توسعه‌گرا	۶۸/۲۲ \pm ۱۱/۸	
فرهنگ بازار	۷۰/۷۹ \pm ۱۲/۳۸	
فرهنگ بروکراتیک	۷۱/۹۵ \pm ۱۰/۳۱	
فرهنگ قومی (همکاری)	۷۲/۰۹ \pm ۱۱/۸۴	F=۱/۸۹۹ P=۰/۰۱۴
فرهنگ توسعه‌گرا	۶۸/۵۵ \pm ۱۱/۹	
فرهنگ بازار	۶۶/۳۸ \pm ۱۰/۷۹	
فرهنگ بروکراتیک	۷۰/۳۳ \pm ۱۰/۵۴	

نشریه پرستاری ایران

در تصمیم‌گیری بالینی^{۱۳} استفاده کرده بودند، نشان داد میزان مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری بالینی در سطح «متوسط» بوده است [۴]. نتایج مطالعه ساموئل و همکاران در پاکستان با استفاده از پرسش‌نامه تصمیم‌گیری بالینی^{۱۴} نشان داد میزان مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری بالینی در سطح متوسط بوده است [۸]. نتایج مطالعه فراسیس و همکاران در کرواسی با استفاده از پرسش‌نامه تصمیم‌گیری بالینی در مقیاس پرستاری^{۱۵} نشان داد نمره تصمیم‌گیری هر ۲ گروه در پایین‌ترین حد (صفر تا ۱۳۰) بوده است [۱۶]. در مطالعات فوق میزان مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری بالینی کم تا متوسط برآورد شده است، در حالی که در مطالعه حاضر میزان مشارکت پرستاران در

فرهنگ سازمانی در وضعیت موجود را فرهنگ بازار می‌دانستند به‌طور معناداری بالاتر از فرهنگ قومی است ($P=۰/۰۴۲$) و در سایر سطوح این اختلاف معنادار نبود. فرهنگ سازمانی در وضعیت مطلوب با هیچ‌کدام از مشخصات جمعیت‌شناختی و شغلی پرستاران ارتباط معنادار آماری نداشت (جدول شماره ۶).

بحث

براساس نتایج مطالعه، میانگین نمره تصمیم‌گیری بالینی $۷۰/۱۶ \pm ۱۱/۶۵$ بود که از میانه نمره ابزار یعنی ۵۴ بالاتر است، به این معنی که مشارکت پرستاران مراقبت ویژه در مراکز مورد مطالعه در تصمیم‌گیری بالینی بالاست. نتایج مطالعه شهرکی‌مقدم و همکاران در مشهد که از پرسش‌نامه مشارکت

13. Participation in Decision Activities Questionnaire (PDAQ)
14. Clinical Decision Making Questioner (CDMQ)
15. Clinical Decision-Making in Nursing Scale (CDMNS)

جدول ۶. توزیع فراوانی فرهنگ سازمانی در وضعیت موجود و مطلوب برحسب مشخصات جمعیت‌شناختی و شغلی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه

تعداد (درصد) / میانگین \pm انحراف معیار								مشخصات فردی
وضعیت مطلوب				وضعیت موجود				
سلسله‌مراتبی	بازار	توسعه‌گرا	قومی	سلسله‌مراتبی	بازار	توسعه‌گرا	قومی	
۶(۱۸/۲)	۵(۱۵/۲)	۷(۲۱/۲)	۱۵(۴۵/۵)	۷(۲۱/۲)	۱۱(۳۳/۳)	۷(۲۱/۲)	۸(۲۴/۲)	مرد
۳۳(۱۳/۳)	۴۷(۱۸/۴)	۴۵(۱۷/۶)	۱۲۹(۵۰/۶)	۸۳(۳۲/۵)	۸۵(۳۳/۳)	۲۹(۱۱/۴)	۵۸(۲۲/۷)	زن
$\chi^2=1/028$ $df=3$ $P=0/794$				$\chi^2=3/493$ $df=3$ $P=0/322$				نتیجه آزمون کای‌دو
۳۳(۱۳/۷)	۴۵(۱۸/۱)	۴۴(۱۷/۷)	۱۲۶(۵۰/۶)	۷۹(۳۱/۷)	۷۸(۳۱/۳)	۳۳(۱۳/۲)	۵۹(۲۳/۷)	کارشناسی
۶(۱۵/۴)	۷(۱۷/۹)	۸(۲۰/۵)	۱۸(۴۶/۲)	۱۱(۲۸/۲)	۱۸(۴۶/۲)	۳(۷/۷)	۷(۱۷/۹)	کارشناسی ارشد
$\chi^2=0/357$ $df=3$ $P=0/949$				$\chi^2=3/678$ $df=3$ $P=0/298$				نتیجه آزمون کای‌دو
۳۳/۵۳ \pm ۶/۰۱	۳۳/۹ \pm ۶/۷۶	۳۶/۴ \pm ۶/۵۶	۳۴/۵۹ \pm ۶/۵۴	۳۵/۳ \pm ۶/۵۱	۳۴/۹۷ \pm ۶/۷۳	۳۴/۵۶ \pm ۵/۹۸	۳۳/۳۳ \pm ۶/۵۸	نتیجه تحلیل واریانس
$F=1/883$ $P=0/133$				$F=1/266$ $P=0/286$				
۱۰/۵ \pm ۶/۱۷	۹/۵۴ \pm ۵/۲۵	۱۱/۶۲ \pm ۵/۶۴	۱۰/۲۸ \pm ۵/۸۴	۱۱/۱۷ \pm ۶/۱	۱۰/۷۱ \pm ۵/۸	۹/۸۱ \pm ۴/۹۳	۹/۱۵ \pm ۵/۵۲	به‌عنوان پرستار
$F=1/193$ $P=0/313$				$F=1/801$ $P=0/142$				نتیجه تحلیل واریانس
۶/۹ \pm ۴/۴۶	۶/۹۸ \pm ۴/۴۳	۷/۵ \pm ۵/۲۴	۷/۳۶ \pm ۴/۹۲	۷/۷۸ \pm ۴/۸۸	۷/۹۲ \pm ۵/۳۳	۶/۶۷ \pm ۲/۶۸	۵/۸۹ \pm ۴/۳۳	در بخش ویژه
$F=0/196$ $P=0/899$				$F=2/953$ $P=0/033$				نتیجه تحلیل واریانس

نشریه پرستاری ایران

و کوئین نشان داد در وضعیت موجود فرهنگ سلسله‌مراتبی به‌عنوان فرهنگ غالب است (۴۸ درصد از کل مصاحبه‌شوندگان) که با نتایج مطالعه حاضر همسو نیست. درحالی‌که در وضعیت مطلوب فرهنگ قومی به‌عنوان فرهنگ مناسب تعیین شده است (حدود ۶۶ درصد از کل مصاحبه‌شدگان) که همسو با نتایج مطالعه حاضر است [۱۸].

گولا در یونان در مطالعه‌ای به این نتیجه رسید که فرهنگ سازمانی غالب در بیمارستان‌ها فرهنگ بروکراتیک (۴۷/۷۵ درصد از پاسخ‌دهندگان) است. در حالت مطلوب فرهنگ قومی (۳۴/۵۱ درصد) بیشترین امتیاز را کسب کرد که این یافته همسو با مطالعه حاضر است [۱۹]. در مطالعه مسفین و همکاران در اتیوپی، فرهنگ سلسله‌مراتبی با میانگین نمره ۲۲/۳۱ \pm ۲/۸۱ فرهنگ غالب سازمانی موجود و در شرایط مطلوب فرهنگ سازمانی توسعه‌گرا با میانگین ۲۶/۰۹ \pm ۴/۷۲ بیشترین نوع فرهنگ بودند [۲۰]. مطالعات فوق نشان دادند فرهنگ موجود با فرهنگ مطلوب تفاوت دارد که این نتایج با نتایج مطالعه حاضر همسو

تصمیم‌گیری بالینی بالاتر از حد میانه بوده است. می‌توان گفت با شرایط بحرانی ناشی از همه‌گیری کووید-۱۹ مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری بالینی در بخش‌های ویژه افزایش یافته است.

تجربه پژوهشگر در این رابطه نشان داد پرستاران به‌دلیل تعهد حرفه‌ای خود برای مراقبت از بیماران با تمام توان خود وارد عمل شدند و با توجه به اینکه نحوه مراقبت و درمان این بیماران از پروتکل‌های مشابهی تبعیت می‌کرد، آنان با استفاده از پروتکل، از آزادی عمل بیشتری برای تصمیم‌گیری برخوردار بودند و با تغییر در شرایط بیمار بدون فوت وقت، تصمیم گرفته و اقدامات لازم را انجام می‌دادند. کوزلووسکی و همکاران در استرالیا نیز در یک مقاله مروری به این نتیجه رسیدند که واکنش عاطفی به فشارهای محیط کار و واکنش‌های عاطفی به دیگران که نیاز به اقدام را تحریک می‌کند، بر تصمیم‌گیری بالینی مؤثر هستند [۱۷]. بنابراین می‌توان دلیل مشارکت بالای پرستاران در تصمیم‌گیری بالینی را شرایط بحران دانست. مطالعه تراسزینسکا و کونکا در لهستان با استفاده از پرسش‌نامه فرهنگ سازمانی کامرون

کووید-۱۹ بوده و سابقه برخورد و تجربه تمامی پرستاران با این بیماری یکسان است و مراقبت و درمان این بیماران با استفاده از فرایندهای مشابهی انجام می‌شود، عامل تجربه در مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری تأثیرگذار نبوده است.

نتایج مطالعه ترانسزینسکا و کونکا در لهستان نشان داد در رابطه با متغیرهای جمعیت‌شناختی و شغلی تنها متغیر سن با فرهنگ سازمانی ارتباط دارد ($P=0/045$)، به طوری که پاسخ‌دهندگان با سن بیشتر از ۵۶ سال فرهنگ بروکراتیک را به عنوان فرهنگ غالب سازمان می‌دانستند [۱۸]. نتایج پژوهش حاضر نیز هم‌راستا با این مطالعه است. به نظر می‌رسد تمایل انسان‌ها به آرامش و سکون که با افزایش سن حاصل می‌شود، توجیه‌کننده این نتایج باشد، زیرا افراد سازمان در فرهنگ بروکراتیک کمتر درگیر تحلیل شرایط و تصمیم‌گیری هستند و باید از قوانین تعیین‌شده پیروی کنند و براساس سلسله‌مراتب عمل کنند. مطالعه السقا در فلسطین نشان داد رابطه معناداری بین نوع فرهنگ سازمانی با سن، جنس، سطح تحصیلات و سابقه کار وجود ندارد [۲۵]. به علاوه، مطالعه سخنور و مصدق‌راد در تهران نیز نشان داد فرهنگ سازمانی بیمارستان‌ها براساس متغیرهای جمعیت‌شناختی سن، جنس، سابقه کار و سطح تحصیلات اختلاف معناداری ندارد [۲۶] که پژوهش حاضر با این نتایج همسویی دارد.

فرهنگ سازمانی مثبت و سازنده از مفاهیمی است که با وجود پرداختن به آن، هنوز در کشورهای در حال توسعه نظیر ایران نیازمند پژوهش‌های بیشتر، ارائه راهکار و روش‌های کاربردی و اجرای این راهکارها در جهت ایجاد و بهبود فرهنگ سازمانی مثبت و مؤثر است. این مهم در مراکز درمانی و بخش‌های اورژانس و مراقبت ویژه که حیات بیماران در تهدید جدی قرار دارد و تصمیم‌گیری سریع و صحیح پرستاران که در تعامل مداوم و شبانه‌روزی با بیماران هستند، می‌تواند به نجات جان انسانی بیانجامد، اهمیت ویژه دارد. مطالعات توصیفی و همبستگی راهگشای اولیه جهت مشخص کردن وضعیت و شرایط هستند، اما کافی نیستند و باید به سمت اصلاح و بهبود فرهنگ سازمانی که از تصمیم‌گیری بالینی پرستاران حمایت کند، گام‌های عملی و جدی برداشته شود.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد تصمیم‌گیری بالینی پرستاران بخش‌های ویژه مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران از میانه نمره ابزار بالاتر است، بنابراین مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری بالینی بالاست. فرهنگ سازمانی موجود با فرهنگ سازمانی مطلوب اختلاف دارد و در وضعیت مطلوب، فرهنگ سازمانی با تصمیم‌گیری بالینی ارتباط معنادار آماری دارد. باتوجه‌به اینکه فرهنگ قومی به عنوان فرهنگ مطلوب شناخته شد، چنانچه برنامه‌ریزی در راستای

هستند. همسو نبودن نوع فرهنگ موجود و مطلوب در مطالعات، ریشه در تفاوت فرهنگی کشورها با هم دارد. نتایج مطالعه امیدوی و همکاران در تهران با استفاده از پرسش‌نامه فرهنگ سازمانی دنیسون نشان داد میانگین نمره فرهنگ سازمانی پرستاران از ۵، $3/44 \pm 0/72$ است. در بین مؤلفه‌های فرهنگ سازمانی، فرهنگ مشارکتی با میانگین نمره $3/81 \pm 0/74$ از ۵ بیشتر از سایر مؤلفه‌ها در محیط کار پرستاران شاغل در بیمارستان‌های علوم پزشکی تهران بود [۲۱].

نتایج مطالعه صادقی و همکاران در همدان نیز با استفاده از پرسش‌نامه دنیسون نشان داد از میان مؤلفه‌های ۴ گانه فرهنگ سازمانی، مؤلفه مشارکت بیشترین میانگین ($7/7$) را کسب کرده و از سطح مطلوبی برخوردار است [۲۲]. باتوجه‌به تفاوت اسم‌گذاری فرهنگ‌های سازمانی در ابزارهای مختلف، فرهنگ قومی در ابزار پژوهش حاضر، معادل فرهنگ مشارکتی در پرسش‌نامه دنیسون است، زیرا مشخصه اصلی فرهنگ قومی، مشارکت است. براین اساس می‌توان گفت نتایج این مطالعات همسو با فرهنگ سازمانی در وضعیت مطلوب است و پژوهش حاضر مطالعات قبلی را تأیید می‌کند.

مطالعه حاضر نشان داد تصمیم‌گیری بالینی با تحصیلات ارتباط معنادار آماری دارد و تصمیم‌گیری بالینی در پرستاران با تحصیلات کارشناسی ارشد بالاتر از کارشناسی است ($P=0/02$). نتایج مطالعه موافق و همکاران در قزوین نشان داد متغیر تحصیلات پرستاران با مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی ارتباط معنادار دارد ($P<0/001$) که همسو با پژوهش حاضر است. همچنین این مطالعه نشان داد عوامل سازمانی ($23/07$ درصد) بر میزان مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری بالینی مؤثر است [۲۳]. باتوجه‌به اینکه فرهنگ سازمان یکی از اجزای اصلی عوامل سازمانی است، می‌توان گفت پژوهش حاضر با نتایج این مطالعه هم‌خوانی دارد. مطالعه وو و همکاران در چین نشان داد سطح تحصیلات با مهارت تصمیم‌گیری پرستاران رابطه آماری معنادار دارد [۲۴] که همسو با نتایج مطالعه حاضر است. نتایج مطالعه موافق و همکاران نیز نشان داد متغیر تحصیلات پرستاران با مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی ارتباط معنادار ($P<0/001$) دارد [۲۳].

مطالعه نیبلینک و بره‌ور در کالیفرنیا نشان داد تحصیلات بر تصمیم‌گیری اثر می‌گذارد [۳]. مطالعه فارسبیج و همکاران در کرواسی نشان داد میزان تحصیلات با مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی ارتباط مستقیم دارد [۱۶]. از طرفی مطالعات شهرکی مقدم و همکاران در مشهد [۴]، نیبلینک و بره‌ور در کالیفرنیا [۳] و فارسبیج و همکاران در کرواسی [۱۶] نشان دادند تجربه با مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری بالینی ارتباط معنادار دارد، در حالی که در پژوهش حاضر بین تجربه و مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی ارتباط معنادار دیده نشد. می‌توان گفت باتوجه‌به اینکه در شرایط فعلی بیشتر بیماران بستری در بخش‌های ویژه با تشخیص

همچنین نتایج این پژوهش نشان داد مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه با فرهنگ سازمانی ارتباط دارد. پیشنهاد می‌شود این ارتباط در پرستاران شاغل در سایر بخش‌های بالینی بررسی شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

مجوز اخلاقی برای این مطالعه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران با کد IR.IUMS.REC.1399.1111 اخذ شد.

حامی مالی

مقاله حاضر بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد ناهید شجاعی رشته مدیریت پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران است.

مشارکت‌نویسندگان

نظارت کامل بر کلیه مراحل انجام پژوهش و تجزیه و تحلیل داده‌ها: تهمینه صالحی؛ نگارش پیش‌نویس، مدیریت پروژه، ویراستاری و نهایی‌سازی: ناهید شجاعی؛ تجزیه و تحلیل داده‌ها: حمید حقانی.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

از دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران که حمایت از این طرح مصوب را عهده‌دار شدند، سپاسگزاری می‌شود. همچنین از مسئولین بیمارستان‌های منتخب و تمام پرستارانی که با صبر و حوصله و صداقت، وقت خود را در اختیار پژوهشگر قرار دادند، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌شود.

اشاعه و استقرار فرهنگ قومی در سازمان انجام شود، مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری بالینی افزایش می‌یابد. مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی مناسب سبب افزایش کیفیت مراقبت، کاهش تعداد خطاهای پزشکی، کاهش هزینه‌های مراقبت و درمان از طریق استفاده مؤثر از منابع و در نتیجه رضایت بیمار، پرستار و افزایش انگیزه در پرستاران می‌شود.

فرهنگ قومی یک فرهنگ خانواده‌محور است که ویژگی غالب آن همبستگی و انسجام گروهی، مشارکت، صمیمیت و کار تیمی است. افراد با اعضای دیگر سازمان با رفاقت و احترام رفتار می‌کنند و مدیر همانند مربی و تسهیل‌گر عمل می‌کند و سازمان به توسعه و رشد منابع انسانی خود و تعهد و روحیه کارکنان توجه می‌کند. اهمیت خاصی بر تیم‌محوری و مشارکت کارکنان در این فرهنگ وجود دارد و سازمان در صورتی خود را موفق می‌داند که کارکنان متعهد و رشدیافته‌ای داشته باشد.

در اختیار گذاشتن نتایج این پژوهش به مسئولان، سیاست‌گذاران نظام سلامت، مدیران بیمارستان‌ها و مدیران پرستاری کمک می‌کند تا به اهمیت فرهنگ سازمانی پذیرا و مثبت در کیفیت مراقبت از بیماران پی ببرند و در جهت برنامه‌ریزی و تغییر فرهنگ سازمانی به منظور ارتقای مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری بالینی گام بردارند.

پیشنهادات برای مطالعات آینده

باتوجه به اینکه پرسش‌نامه تصمیم‌گیری بالینی به صورت اختصاصی مشارکت پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه در تصمیم‌گیری بالینی را ارزیابی می‌کند و تاکنون در سنجش تصمیم‌گیری بالینی پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه از آن استفاده نشده است، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده از این پرسش‌نامه استفاده شود.

در اغلب مطالعات داخلی صرفاً نمره فرهنگ سنجیده شده است و نوع فرهنگ سازمانی مشخص نشده است. باتوجه به اینکه شناسایی نوع فرهنگ موجود و مطلوب اطلاعات بسیاری در اختیار مدیران سازمان قرار می‌دهد، پیشنهاد می‌شود جهت سنجش فرهنگ سازمانی در مطالعات آینده از پرسش‌نامه فرهنگ سازمانی کامرون و کوئین^{۱۶} استفاده شود.

نتایج این پژوهش نشان داد فرهنگ سازمانی با مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری بالینی ارتباط دارد، اما عوامل سازمانی متعددی می‌تواند با تصمیم‌گیری بالینی پرستاران مرتبط باشد. پیشنهاد می‌شود ارتباط سایر عوامل سازمانی با مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری بالینی سنجیده شود.

References

- [1] World health Organization. Nurseing and Midwifery [Internet]. 2022. [Link]
- [2] Kalantari M, Sajadi SA, Pishgooie SA. [Evaluation of nurses' performance from nurses' viewpoints on providing safe care to patients in Aja hospitals in 2018 (Persian)]. *Mil Caring Sci J*. 2019; 5(3):173-81. [DOI:10.29252/mcs.5.3.173]
- [3] Nibbelink CW, Brewer BB. Decision-making in nursing practice: An integrative literature review. *J Clin Nurs*. 2018; 27(5-6):917-28. [DOI:10.1111/jocn.14151] [PMID] [PMCID]
- [4] Shahraki Moghaddam E, Manzari ZS, Ghandehari Motlagh Z. [The evaluation of nurse, s clinical decision making in intensive care unit at the teaching hospitals of Mashhad (Persian)]. *J Sabzevar Univ Med Sci*. 2017; 24(2):207-13. [Link]
- [5] Bucknall TK. Critical care nurses' decision-making activities in the natural clinical setting. *J Clin Nurs*. 2000; 9(1):25-35. [PMID]
- [6] Maharmeh M, Alasad J, Salami I, Saleh Z, Darawad M. Clinical decision-making among critical care nurses: A qualitative study. *Health*. 2016; 8(15):1807-19. [DOI:10.4236/health.2016.815173]
- [7] Standing M. Clinical judgement and decision making in nursing. California: SAGE Publications; 2017. [Link]
- [8] Samuel H, Sehar S, Afzal M, Gilani SA. Influence of supportive leadership on nursing clinical decision making in critical care units at tertiary care hospital Lahore. *Int J Nurs*. 2018; 5(2):45-71. [DOI:10.15640/ijn.v5n2a5]
- [9] Sharifiyana M, Zohari S, Dabirian A, Alavi H. [Evaluation of participation in clinical decision making by nurses in selected hospitals of shahid beheshti university of medical sciences (Persian)]. *Nurs Midwifery J*. 2016; 13(11):928-34. [Link]
- [10] Szara M, Ksykiewicz-Dorota A, Klukow J, Lamont M. Review of research on organizational culture in health care system. *Pielęgniarstwo XXI wieku/Nursing in the 21st Century*. 2018; 17(2):32-44. [DOI:10.2478/pielxxiw-2018-0013]
- [11] Cameron KS, Quinn RE. Diagnosing and changing organizational culture: Based on the competing values framework. Hoboken: John Wiley & Sons; 2011. [Link]
- [12] Mannion R, Davies HT, Jacobs R, Kasteridis P, Millar R, Freeman T. Do Hospital boards matter for better, safer, patient care? *Soc Sci Med*. 2017; 177:278-87. [DOI:10.1016/j.socsci-med.2017.01.045] [PMID] [PMCID]
- [13] Musavi M, Shojaee K, Azodi P, Jahanpour F. [Barriers and facilitators of clinical decision making among nurses (Persian)]. *Q J Nurs Manage*. 2016; 4(3):9-17. [Link]
- [14] Kyalo MA. Factors affecting clinical decision making by nurses at the critical care unit in Kenyatta National Hospital [PhD dissertation]. Nairobi: University of Nairobi; 2008. [Link]
- [15] Darvish H, Kolivand P, Kermani B. [Relationship between organizational culture and the involvement of employees in the Khatam Alanbia Hospital in Tehran (Persian)]. *Neurosci J Shefaye Khatam*. 2014; 2(3):19-27. [DOI:10.18869/acadpub.shefa.2.3.19]
- [16] Farčić N, Barać I, Lovrić R, Pačarić S, Gvozdanović Z, Ilakovac V. The influence of self-concept on clinical decision-making in nurses and nursing students: A cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(9):3059. [DOI:10.3390/ijerph17093059] [PMID] [PMCID]
- [17] Kozłowski D, Hutchinson M, Hurley J, Rowley J, Sutherland J. The role of emotion in clinical decision making: an integrative literature review. *BMC Med Educ*. 2017; 17(1):255. [DOI:10.1186/s12909-017-1089-7] [PMID] [PMCID]
- [18] Traczyńska K, Kunecka D. Organizational culture in nursing teams based on the example of a particular hospital. *Prog Health Sci*. 2018; 8(1):46-54. [Link]
- [19] Goula A. The present and the desired organizational culture model of Greek public hospitals. *J Hum Resour Sustain Stud*. 2020; 8(3):203-18. [DOI:10.4236/jhrss.2020.83012]
- [20] Mesfin D, Woldie M, Adamu A, Bekele F. Perceived organizational culture and its relationship with job satisfaction in primary hospitals of Jimma zone and Jimma town administration, correlational study. *BMC Health Serv Res*. 2020; 20(1):438. [DOI:10.1186/s12913-020-05319-x] [PMID] [PMCID]
- [21] Omid N. [The study of organizational learning level of nurses in hospitals affiliated to Tehran University of medical sciences and the impact of organizational culture component on that (Persian)]. *J Nurs Educ*. 2017; 6(5):31-8. [doi:10.21859/jne-06055]
- [22] Sadeghi A, Mohseni Fard J, Poorolajal J. [The correlation between organizational culture and nurses' turnover intention in educational and therapeutic centers of Hamadan university of medical sciences (Persian)]. *J Health Promot Manage*. 2018; 6(6):37-45. [DOI:10.21859/jhpm-07046]
- [23] Movafegh N, Zarankesh SM, Naeeni MK. [Investigating the factors affecting participation in clinical decision-making from viewpoint of physicians and nurses of educational hospitals of Qazvin (Persian)]. *Med Sci J Islam Azad Univ*. 2019; 29(3):249-57. [DOI:10.29252/iau.29.3.249]
- [24] Wu M, Yang J, Liu L, Ye B. An investigation of factors influencing nurses' clinical decision-making skills. *West J Nurs Res*. 2016; 38(8):974-91. [DOI:10.1177/0193945916633458] [PMID]
- [25] Alsaqqa HH. Assessment of organizational culture types in Gaza Strip hospitals. *Saúde Soc*. 2020; 29(4):1-13. [DOI:10.1590/s0104-12902020191016]
- [26] Sokhanvar M, Mosadeghrad A. [Organizational culture of selected hospitals of Tehran city (Persian)]. *J Hosp*. 2017; 16(2):46-57. [Link]