

## مقاله پژوهشی اصیل

## بررسی مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری بالینی با پزشکان در بخش مراقبت ویژه

\* ساقی غفوریان ابدی<sup>۱</sup>، کارشناس ارشد پرستاریفرهاد کامرانی<sup>۲</sup>، کارشناس ارشد پرستاری

## خلاصه

هدف. مطالعه حاضر با هدف بررسی مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری بالینی با پزشکان در بخش مراقبت ویژه انجام شد. زمینه. با توجه به مسئولیت‌ها و گستردگی حیطه علمی پرستاری و لزوم تصمیم‌گیری‌های صحیح و حساس در خدمات پرستاری لازم است پرستاران قادر به قضاوت در موقعیت‌های خطیر بالینی و تصمیم‌گیری برای حفظ حیات در موقعیت‌های پیچیده باشند، بنابراین، مشارکت پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه در تصمیم‌گیری، به علت حساس بودن این بخش‌ها لازمه این عملکرد است.

روش کار. در این مطالعه توصیفی تحلیلی که به صورت مقطعی انجام شد، نمونه پژوهش، پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه مراکز بهداشتی درمانی آموزشی شهر رشت بودند. تعداد ۱۱۰ پرستار با استفاده به روش سرشماری در پژوهش شرکت کردند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی (PDAQ) به روش مصاحبه، گردآوری و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (آزمون من ویتنی و کروس کالوالیس) تحلیل شدند.

یافته‌ها. بیشتر پرستاران شرکت‌کننده در تحقیق، مشارکت بالایی در تصمیم‌گیری بالینی داشتند. متغیرهای تاهل، علاقه جهت ادامه فعالیت در بخش مراقبت ویژه، داشتن پست مدیریتی، سابقه کار بالا و داشتن سابقه کار در بخش مراقبت ویژه از جمله موارد مرتبط با مشارکت بیشتر پرستاران در تصمیم‌گیری بالینی بودند.

نتیجه‌گیری. سابقه کار بالا در بخش مراقبت ویژه از جمله موثرترین عوامل بر مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری بالینی می‌باشد. بنابراین، انتظار می‌رود مدیران پرستاری از پرسنل بخش‌های مراقبت ویژه برای بخش‌های غیر ویژه جهت جابجایی استفاده نکنند.

کلیدواژه‌ها: مشارکت، تصمیم‌گیری بالینی، پرستار، بخش مراقبت ویژه

۱ کارشناس ارشد پرستاری آموزش داخلی جراحی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران، تهران، ایران (\* نویسنده مسئول) پست الکترونیک:

saghi.abadi@yahoo.com

۲ عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

## مقدمه

پیچیدگی شرایط و تغییرات سریع وضعیت بالینی بیماران در بخش های مراقبت ویژه، تصمیم گیری سریع پرستاران در مدت زمان اندک را می طلبد (منظری و همکاران، ۲۰۱۵) و یکی از نقش های مهم پرستاران در بخش مراقبت ویژه حمایت از بیمار و تصمیم گیری درست در مواقع بحرانی است (یزدان نیک، ۲۰۱۲). تصمیم گیری بالینی را می توان مداخلات و راهکارهایی دانست که به بهبود وضعیت بالینی بیمار از شرایط فعلی به شرایط مطلوب نهایی کمک می نماید. از جمله تصمیم هایی که پرستاران در آنها مشارکت می نمایند می توان به مشارکت در تصمیم گیری درباره انتخاب مد تهویه مکانیکی؛ تجویز داروی آرامبخش، ضد درد و مایعات (کوبس، ۲۰۰۳)؛ ترخیص بیمار (برند، ۲۰۰۶)؛ جداسازی بیمار از دستگاه تهویه مکانیکی (تیلور، ۲۰۰۶) و تصمیم گیری های مربوط به بیماران در مراحل انتهایی زندگی اشاره کرد. تأثیر مثبت تصمیم گیری صحیح و به موقع در تسریع پیشرفت فرایند درمان بیماران، رسیدگی بیشتر به آنان و کاهش هزینه های درمان مشخص شده است و مطالعات نشان داده اند که عدم تصمیم گیری به موقع و صحیح پرستاران، مراحل درمان و مراقبت بیماران را طولانی می کند (رستم نیا، ۲۰۱۴).

پرستاران ارائه دهندگان اصلی مراقبت حرفه ای در مراقبت بعد از عمل می باشند (چت چامونی و همکاران، ۲۰۱۶). مشارکت ضعیف بین تیم درمان در بخش مراقبت ویژه منجر به افزایش طول مدت بستری بیماران و افزایش مرگ به بیش از ۱/۸ برابر می شود (فوربس و همکاران، ۲۰۱۶). با توجه به مسئولیت ها و گستردگی حیطه علمی پرستاری و لزوم تصمیم گیری های صحیح و حساس در خدمات پرستاری لازم است پرستاران قادر به قضاوت در موقعیت های خطیر بالینی و تصمیم گیری برای حفظ حیات در موقعیت های پیچیده باشند (میرسعیدی و همکاران، ۲۰۱۱). وجود پدیده مشارکت در تیم درمانی برای کسب بالاترین کیفیت خدمات درمانی امری ضروری است. همچنین، مشارکت پزشک و پرستار تأثیرات مثبتی بر پیامدهای بیمار، رضایت شغلی پرستار و هزینه های درمانی دارد، به ویژه برای بیماری که مدتی را در بیمارستان بستری است و نیاز به مراقبت و راهنمایی تیم درمانی دارد. از سوی دیگر، این ارتباط موثر با چالش هایی نظیر جنس، سطح طبقاتی و سلسله مراتب سازمانی و اعتقاد پزشکان بر تصمیم گیرنده نهایی بودن روبرو است (آمسالو و همکاران، ۲۰۱۴). برخی مطالعات حاکی از مشارکت کم پرستاران در تصمیم گیری بالینی است (واعظی و همکاران، ۲۰۱۳). مشارکت اندک پرستاران در تصمیم گیری سبب فقدان احساس ارزش فردی، احساس زیر دست بودن، کاهش اعتماد به نفس و رضایت شغلی، ناامیدی و عصبانیت، دلسردی و نداشتن انگیزه می شود (واعظی و همکاران، ۲۰۱۳). با توجه به اینکه مشارکت در تصمیم گیری دارای مراحل است، برای تعیین مشارکت در تصمیم گیری بررسی مراحل مشارکت حایز اهمیت است، چنانچه کرایبیکس و آنتونی (۲۰۰۱) برای بررسی میزان مشارکت پرستاران در تصمیم گیری مراحل مشارکت در سه حیطه، شامل مطرح کردن موضوع و شفاف سازی، پیشنهاد و ارزیابی روش های ممکن، و انتخاب روش مناسب از بین روش های پیشنهادی را مورد بررسی قرار داده است. مطالعه رانینگ و همکاران (۲۰۰۸) بیانگر آن بود که پرستاران مراقبت ویژه قادر به انجام ۸۰ تا ۹۰ درصد از اعمالی می باشند که پزشکان در ارائه مراقبت های درمانی قادر به انجام آن هستند. با توجه به اهمیت موضوع و وجود مطالعات محدود در مورد بررسی میزان مشارکت پرستاران مراقبت ویژه ایرانی با پزشکان در تصمیم گیری بالینی، این تحقیق با هدف بررسی مشارکت پرستاران شاغل در بخش های مراقبت ویژه مراکز آموزشی درمانی شهر رشت انجام شد.

## مواد و روش ها

این پژوهش، یک مطالعه توصیفی است. جامعه پژوهش، کلیه پرستاران شاغل در بخش های مراقبت ویژه مراکز آموزشی درمانی شهر رشت با مدرک کارشناسی پرستاری یا بالاتر بودند که سمت سرپرستار، سوپروایزر ثابت یا مدیر خدمات پرستاری را نداشتند. تعداد ۱۱۰ پرستار به روش سرشماری انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه ای مشتمل بر دو بخش اطلاعات فردی و پرسشنامه میزان مشارکت پرستاران در تصمیم گیری بالینی بود. پرسشنامه PDAQ که توسط آنتونی ساخته شده است و در سال های ۱۹۹۷ و ۱۹۹۹ توسط آنتونی و کرایبیکس در سال ۲۰۰۱ مورد استفاده قرار گرفته است به گونه ای طراحی شده است که ۱۲ موقعیت مختلف جهت ارائه مراقبت های پرستاری را مطرح می کند و در هر موقعیت، دیدگاه پرستاران را در مورد میزان مشارکت در سه حوزه مشارکت در مطرح کردن موضوع و شفاف سازی، پیشنهاد و ارزیابی روش های ممکن، و انتخاب روش مناسب از بین روش های پیشنهادی مورد بررسی قرار می دهد. به هر گویه این پرسشنامه بر حسب مقیاس لیکرت نمره ۱ تا ۶ داده می شود، به این صورت که نمره ۱ به معنی عدم مشارکت و نمره ۶ به معنی مشارکت در حد زیاد در نظر گرفته شده است. حداقل نمره در این بخش ۱۲؛ حداکثر، ۷۲ و میانگین نمره ۴۲ می باشد. میانگین، جهت تعیین نقطه برش مشارکت بالا و پایین مورد استفاده قرار گرفت.

اعتبار علمی ابزار مورد استفاده در این پژوهش، در مطالعه رستم نیا (۱۳۸۹) تامین شده است. در این پژوهش، ابتدا ابزار در اختیار متخصص ترجمه زبان انگلیسی قرار داده شد و ترجمه-باز ترجمه شد. سپس با تایید نهایی ترجمه توسط دو تن از مترجمین متخصص، ابزار جهت تعیین روایی ارسال شد. جهت تعیین روایی و تکمیل فرم CVI (تعیین روایی تک تک سوالات)، از نظرات ۱۴ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت استفاده گردید و گویه های هر سه حیطه از سه جنبه سادگی، واضح بودن و مربوط بودن، نمره ای بین ۰/۷ تا ۱ کسب کردند. پایایی ابزار به روش آزمون-بازآزمون انجام شد و مقادیر ضریب همبستگی برای حیطه مطرح کردن موضوع و شفاف سازی، ۰/۹۶، برای حیطه پیشنهاد و ارزیابی روش های ممکن، ۰/۹۱ و برای حیطه انتخاب روش مناسب از بین روش های پیشنهادی، ۰/۹۷ به دست آمد.

پس از تایید طرح پژوهشی در کمیته اخلاق معاونت تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی گیلان و کسب تایید و مجوز این کمیته، پژوهشگر با حضور در محیط پژوهش، درباره هدف مطالعه، اختیاری بودن شرکت در پژوهش و محرمانه ماندن اطلاعات توضیحات لازم به شرکت کنندگان احتمالی داده شد. به مدیران پرستاری هر مرکز اطمینان داده شد که در صورت تمایل به آگاهی از نتیجه مطالعه، نتیجه در اختیار آنها قرار خواهد گرفت. داده های جمع آوری شده، در نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفتند. میانگین نمره داده ها در هر حیطه ملاک تعیین میزان مشارکت زیاد و کم بود.

## یافته ها

جدول شماره ۱ توزیع فراوانی ویژگی های دموگرافیک شرکت کنندگان را نشان می دهد.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی ویژگی های دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش

متغیر	تعداد (درصد)
جنس	
زن	۹۳ (۸۳/۸)
مرد	۱۸ (۱۶/۲)
سن (سال)	
کمتر یا مساوی ۳۰	۴۸ (۴۳/۲)
۳۱ تا ۴۰	۵۲ (۴۶/۹)
بیشتر از ۴۰	۱۱ (۹/۹)
وضعیت تاهل	
متاهل	۷۶ (۶۸/۵)
مجرد	۳۵ (۳۱/۵)
تحصیلات	
کارشناسی	۹۶ (۸۶/۵)
کارشناسی ارشد	۱۵ (۱۳/۵)
سابقه کار (سال)	
کمتر یا مساوی ۱۰	۷۷ (۶۹/۴)
بیشتر از ۱۰	۳۴ (۳۰/۶)
سابقه کار در بخش فعلی (سال)	
کمتر یا مساوی ۵	۶۶ (۵۹/۵)
بیشتر از ۵	۴۵ (۴۰/۵)
وضعیت استخدام	
رسمی	۴۲ (۳۷/۸)
پیمانی	۲۷ (۲۴/۴)
قراردادی	۴۲ (۳۷/۸)

بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش دارای سن بیشتر از ۳۰ سال (۵۶/۷ درصد)، زن (۸۳/۸ درصد)، متاهل (۶۸/۵ درصد)، دارای مدرک کارشناسی (۸۶/۵ درصد)، دارای سابقه کار کمتر یا مساوی ۱۰ سال (۶۹/۴ درصد)، دارای سابقه کار کمتر یا مساوی ۵ سال در بخش مراقبت ویژه (۵۹/۵ درصد)، استخدام رسمی (۳۷/۸ درصد)، پرستار بالینی (۹۴/۶ درصد)، علاقه مند به ادامه فعالیت در بخش مراقبت ویژه (۸۷/۴ درصد)، و شیفت در گردش (۶۵/۸ درصد) بودند.

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی مشارکت واحدهای مورد پژوهش به تفکیک حیطه مشارکت

وضعیت مشارکت حیطه مشارکت	نامطلوب تعداد (درصد)	مطلوب تعداد (درصد)	مقدار P (آزمون کوکران)
مطرح کردن موضوع و شفاف سازی	۴۲ (۳۷/۸)	۶۹ (۶۲/۲)	
پیشنهاد و ارزیابی روش های ممکن	۴۰ (۳۶)	۷۱ (۶۴)	۰/۰۰۰۱
انتخاب روش مناسب	۵۲ (۴۶/۸)	۵۹ (۵۳/۲)	
مشارکت در تصمیم گیری	۴۲ (۳۷/۸)	۶۹ (۶۲/۲)	

میانگین نمره شرکت کنندگان در حیطه مشارکت در مطرح کردن موضوع و شفاف سازی، ۴۵/۵۹ با انحراف معیار ۱۲/۹۹؛ در حیطه پیشنهاد و ارزیابی روش های ممکن، ۴۶/۷۱ با انحراف معیار ۱۲/۸۷؛ و در حیطه انتخاب از میان روش های پیشنهادی، ۴۱/۰۵ با انحراف معیار ۱۱/۳۷ بود. نمره کلی مشارکت نشان دهنده آن است که میانگین نمره مشارکت واحدهای مورد پژوهش، ۶۲/۲ بوده است که نه تنها از میانگین در نظر گرفته شده توسط ابزار برای تعیین مشارکت بالا و پایین بیشتر است، بلکه از میانگین به دست آمده توسط همین ابزار در مطالعه کرایکیش نیز بیشتر است.

در آنالیز چندگانه جهت تعیین عوامل مرتبط با مشارکت پرستاران در تصمیم گیری از مدل رگرسیون لجستیک استفاده گردید. از بین متغیرهای مورد مطالعه تنها سابقه کار و وضعیت استخدام به عنوان عوامل پیش گویی کننده مشارکت پرستاران در تصمیم گیری شناسایی شدند، به طوری که با افزایش سابقه کار شانس مشارکت مطلوب (نمره بالای میانگین)، ۲/۰۲ برابر می گردد. همچنین، شانس افرادی که پیمانی بوده اند نسبت به افراد رسمی در مشارکت مطلوب کمتر بوده است.

## بحث

بر اساس نتایج مطالعه به نظر می رسد مشارکت در بخش های مراقبت ویژه در مقایسه با سایر بخش ها در حیطه مطرح کردن موضوع و حیطه پیشنهاد روش های مناسب بیشتر از انتخاب از بین روش های پیشنهادی است. به نظر می رسد مهارت و گستردگی تجربیات پرستاری در پرستاران بخش های ویژه موجب شده است که با وجود دیدگاه سنتی پزشکان و عدم باور آنان به توانایی پرستاران جهت مشارکت در تصمیم گیری، مشارکت در بخش های مراقبت ویژه نسبت به مطالعات قبلی در این زمینه که در بخش های دیگر انجام شده است بیشتر باشد. به علاوه، میانگین نمره کلی مشارکت نشان دهنده آن است که میانگین نمره مشارکت واحد های مورد پژوهش، ۶۲/۲ بوده است، که نه تنها از میانگین در نظر گرفته شده توسط ابزار برای تعیین میزان مشارکت بالا و پایین بیشتر است، حتی از میانگین به دست آمده توسط همین ابزار در مطالعه کرایکیش (۴/۱۳ با انحراف معیار ۰/۷۱) نیز بیشتر است. به نظر می رسد علیرغم آنکه بسیاری از مطالعات میزان مشارکت پرستاران در تصمیم گیری را پایین گزارش کرده اند، میانگین نمره مشارکت پرستاران در بخش های مراقبت ویژه بالاتر از میانگین در نظر گرفته شده می باشد. شاید این یافته به علت عدم همخوانی ابزار مورد استفاده با شرایط فرهنگ حرفه ای حاکم و محیط بالینی و همچنین، استفاده از ابزار پرسشنامه به جای مشاهده جهت تعیین میانگین نمره مشارکت باشد. در پژوهش مجتهد و همکاران (۲۰۰۳)، همکاری و مشارکت پرستاران در تصمیم گیری های بالینی در حد کم گزارش شده است (به نقل از ویسر و همکاران، ۲۰۰۳). در مطالعه میرسعیدی و همکاران (۱۳۹۰) که بر روی ۲۸۵ پرستار شاغل در مراکز آموزشی درمانی شهر تبریز انجام دادند میزان مشارکت در تصمیم گیری بالینی، متوسط گزارش شد.

این مطالعه نشان داد پرستاران دارای مدرک کارشناسی نسبت به پرستاران دارای مدرک کارشناسی ارشد، مشارکت بیشتری در تصمیم گیری در هر سه حیطة داشتند. به نظر می رسد در این مطالعه افراد دارای مدرک کارشناسی ارشد به علت سابقه پایین از مهارت کمتری در کار بالینی برخوردار بوده اند. مطالعه میرسعیدی و همکاران (۱۳۹۰) که با هدف بررسی عوامل فردی اجتماعی موثر بر تصمیم گیری بالینی پرستاران انجام شد نشان داد که تصمیم گیری بالینی با جنس، سن، بخش محل کار، سابقه کار و نوع استخدام ارتباط معنادار دارد، ولی بین تصمیم گیری بالینی و میزان تحصیلات ارتباط معناداری مشاهده نشد. در مطالعه هافمن و همکاران (۲۰۰۵) نیز رابطه معناداری بین میزان مشارکت پرستاران در تصمیم گیری بالینی و سطح تحصیلات مشاهده نشد، اما در مطالعه رستم نیا و همکاران (۱۳۹۰) نتایج در مورد میزان مشارکت پرستاران بر حسب تحصیلات، بیانگر آن است که واحدهای پژوهش دارای مدرک کارشناسی ارشد از نسبت مشارکت بالاتری برخوردار بوده اند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که نسبت مشارکت در پرستاران زن بالاتر بود، اما این تفاوت معنی دار نبود. احتمالاً یکی از دلایل معنی دار نشدن این ارتباط، تفاوت در تعداد نمونه های مرد و زن می باشد. در ارتباط با میزان مشارکت بر حسب وضعیت تاهل، نتایج نشان داد که افراد متاهل از نسبت مشارکت بالاتری برخوردار بوده اند. همسو با این نتیجه، مطالعه نوروزی نژاد و همکاران که به بررسی میزان مشارکت سرپرستاران در تصمیم گیری و ارتباط آن با رضایت آنان از مشارکت در تصمیم گیری پرداخته بودند، موید ارتباط معنی دار بین وضعیت تاهل و میزان مشارکت در تصمیم گیری است (به نقل از پاریاد و همکاران، ۲۰۱۱). نتایج در مورد میزان مشارکت پرستاران در هر سه حیطة نشان داد مشارکت در حیطة تصمیم گیری بالینی در پرستاران با سابقه کار بالاتر از ۱۰ سال بیشتر بود. مطالعه هافمن و همکاران (۲۰۰۵) که با هدف تعیین ارتباط تفکر انتقادی و اعتماد به نفس در تصمیم گیری بالینی پرستاران استرالیا انجام شد، نشان می دهد که پرستاران جوان و کم تجربه تر، از استقلال کمتری در تصمیم گیری برخوردارند، اما در مطالعه استرچی و همکاران (۲۰۰۷)، ارتباطی بین سابقه کار و مشارکت در تصمیم گیری بالینی یافت نشد.

نتایج در مورد میزان مشارکت پرستاران در تصمیم گیری بالینی بر حسب سابقه کار در بخش مراقبت ویژه بیانگر آن است که واحدهای مورد پژوهش با سابقه کار بالاتر از ۵ سال در بخش مراقبت ویژه، مشارکت بیشتری دارند و ارتباط معنی داری بین سابقه کار در بخش مراقبت ویژه و میزان مشارکت در تصمیم گیری وجود دارد. نتیجه مطالعه بکلیس و واتسون (۲۰۰۵) با عنوان مقایسه تصمیم گیری پرستاران انگلیس و یونان در بخش های مراقبت ویژه نشان داد؛ میزان مشارکت پرستاران در تصمیم گیری بالینی در بخش های ویژه نسبت به بخش های عمومی بالاتر است. یافته ها پیرامون میزان مشارکت پرستاران در "تصمیم گیری بالینی از بین روش های پیشنهادی" نشان می دهد که افراد دارای نوبت کاری ثابت صبح مشارکت بیشتری داشته اند. همچنین، یافته ها در مورد میزان مشارکت پرستاران در حیطة انتخاب روش مناسب از بین روش های پیشنهادی بر حسب همکاری با دفتر پرستاری به عنوان سوپروایزر نشان می دهد بیشتر افرادی که با دفتر پرستاری به عنوان سوپروایزر همکاری داشته اند در تصمیم گیری بالینی مشارکت بیشتری داشته اند و ارتباط معنی داری بین همکاری با دفتر پرستاری و میزان مشارکت در تصمیم گیری بالینی وجود دارد. مطالعه بوکنال (۲۰۰۳) نشان داد پرستارانی که علاوه بر شیفت دادن در بخش، دارای پست مدیریتی بودند مشارکت کمتری در تصمیم گیری داشتند که با نتایج مطالعه حاضر همسو نمی باشد. میزان مشارکت در تصمیم گیری بالینی بر حسب سمت نشان می دهد پرستارانی که به عنوان معاون سرپرستار مشغول به فعالیت هستند مشارکت بیشتری نسبت به سایرین دارند. نتیجه مطالعه رستم نیا و همکاران (۱۳۸۹) با مطالعه حاضر همسو است.

میزان مشارکت پرستاران در حیطة انتخاب روش مناسب از بین روش های پیشنهادی در پرستارانی که به ادامه فعالیت در بخش ویژه علاقه مند بودند بیشتر بود. نتایج مطالعه یلدریم و همکاران (۲۰۰۵) در ترکیه که به بررسی نقش پرستار و پزشک در زمینه مشارکت در بیمارستان های عمومی ترکیه پرداخته بود نشان داد که علاقه مند بودن جهت ادامه فعالیت در همان بخش منجر به افزایش مشارکت پرستاران در تصمیم گیری می شود.

### نتیجه گیری

نتایج این تحقیق می تواند انگیزه ای برای انجام تحقیقات بعدی در زمینه بررسی میزان مشارکت ایجاد کند. طبق نتایج این تحقیق، سابقه کار بالا در بخش مراقبت ویژه از جمله عوامل موثر بر میزان مشارکت پرستاران در تصمیم گیری می باشد. پیشنهاد می شود مدیران پرستاری از پرسنل بخش های مراقبت ویژه برای بخش های غیر ویژه جهت جابجایی استفاده نکنند.

### تقدیر و تشکر

محققین بدین وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گیلان که امکان اجرای این پژوهش را فراهم کردند و همچنین، کلیه همکاران بخش های مراقبت ویژه که در این تحقیق شرکت نمودند اعلام می دارند.

### منابع فارسی

پاریاد، عزت و لیلی، ک. ن. ۲۰۱۱. میزان مشارکت پرستاران در حیطه مطرح کردن موضوع و شفاف سازی در. مجله پرستاری و مامایی جامع نگر، ۲۱، ۱۳-۱۹. سعیدی، گ. م.، دیزجی، س. ل. قوجازاده، م. ۲۰۱۱. عوامل فردی-اجتماعی موثر بر تصمیم گیری بالینی پرستاران. نشریه پرستاری ایران، ۲۴، ۲۹-۳۶. نیا، ر.، لیلی، قنبری، وحید، لیلی، ک. ن.، پاشا، رزوه، ک.، پاریاد، عزت ۲۰۱۴. عوامل مرتبط با مشارکت پرستاران در تصمیم گیری های بالینی. نشریه پرستاری ایران، ۲۷، ۶۶-۷۶.

### منابع انگلیسی

- Amsalu, E., Boru, B., Getahun, F., & Tulu, B. (2014). Attitudes of nurses and physicians towards nurse-physician collaboration in northwest Ethiopia: a hospital based cross-sectional study. *BMC nursing*, 13 (1): 37 e Collection.
- Ar, Y. (2012). Evaluation of nurses' participation in patient weaning from mechanical ventilation on the outcoms. *Medical-Surgical Nursing Journal*, 1(1): 6-10.
- Bakalis, N. A., & Watson, R. (2005). Nurses' decision-making in clinical practice. *Nursing standard*, 19 (23): 33-39.
- Brand, S. L. (2006). Nurses' roles in discharge decision making in an adult high dependency unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22(2): 106-114.
- Chatchumni, M., Namvongprom, A., Eriksson, H., & Mazaheri, M. (2016). Thai Nurses' experiences of post-operative pain assessment and its' influence on pain management decisions. *BMC nursing*, 15(1): 12 e Collection.
- Coombs, M. (2001). Power and conflict in intensive care clinical decision making. *Intensive and Critical Care Nursing*, 19(3): 125-135.
- Forbes, H., Bucknall, T. K., & Hutchinson, A. M. (2016). Piloting the feasibility of head-mounted video technology to augment student feedback during simulated clinical decision-making: An observational design pilot study. *Nurse education today*, 39: 116-121.
- Hoffman, K., & Elwin, C. (2004). The relationship between critical thinking and confidence in decision making. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 22(1): 8.
- Krairiksh, M., & Anthony, M. K. (2001). Benefits and outcomes of staff nurses' participation in decision making. *Journal of Nursing Administration*, 31(1): 16-23.
- Manzari, Z., Shahraki Moghaddam, E., Heshmati Nabavi, F., Mazloom, S. R., & Khaleghi, E. (2015). The effects of teaching by using standardized patients on critical care nurses' clinical decision making. *Journal of Critical Care Nursing*, 8(2): 69-78.
- Mirsaeedi, G., Lackdizagi, S., & Ghoojzadeh, M. (2011). Demographic Factors Involved in Nurses' Clinical Decision Making. *Iran Journal of Nursing*, 24(72): 29-36.
- Running, A., Hoffman, L., & Mercer, V. (2008). Physician perceptions of nurse practitioners: a replication study. *Journal of the american academy of nurse practitioners*, 20(8): 429-433.
- Sterchi, L. S. (2007). Perceptions that affect physician-nurse collaboration in the perioperative setting. *AORN journal*, 86(1): 45-57.

- Taylor, F. (2006). A comparative study examining the decision-making processes of medical and nursing staff in weaning patients from mechanical ventilation. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22(5): 253-263.
- Visser, M. R., Smets, E. M., Oort, F. J., & de Haes, H. C. (2003). Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *Canadian Medical Association Journal*, 168(3): 271-275.
- Yildirim, A., Ates, M., Akinçi, F., Ross, T., Selimen, D., Issever, H., . . . Akgün, M. (2005). Physician–nurse attitudes toward collaboration in Istanbul's public hospitals. *International journal of nursing studies*, 42(4): 429-437.

## Original Article

**Critical care nurses' participation in clinical decision making with physicians**

Saghi Ghafourian-Abadi<sup>1</sup>, MSc  
Farhad Kamrani<sup>2</sup>, MSc

**Abstract**

**Aim.** The present study aimed to examine Critical care nurses' participation in clinical decision making with physicians.

**Background.** Regarding to the extent of the responsibilities and scope of nursing science and the need for making accurate and sensitive decisions, nurses should be able to judge on clinical solemn occasions and make decisions to save the patient's life in complex situations.

**Method.** In this cross-sectional study, 110 critical care nurses working in intensive care units of health care centers in Rasht, Iran, were recruited using census sampling method. The data were collected using the questionnaire "participation in clinical decision making" (PDAQ) and demographic form. Data were analyzed in SPSS using descriptive and inferential statistics.

**Findings.** The results showed that the majority of critical care nurses were being participated in clinical decision making.

**Conclusion.** Work experience, marital status, desire to continue work in intensive care unit, and managerial role contributed to greater participation of critical care nurses in clinical decision making with physicians.

**Keywords:** Participation, Clinical decision making, Critical care nurses

---

1 Master of Science in Medical-Surgical Nursing, Islamic Azad University, Tehran Branch, Tehran, Iran  
(\*Corresponding Author) email: saghi.abadi@yahoo.com

2 Senior Lecturer, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran