

مجله پرستاری و مامایی تبریز

شماره ۱۷ (بهار ۱۳۸۹) ص ۲۵-۱۹

## مشارکت پرستاران در فرآیند تصمیم‌گیری بالینی

سیمیا لک دیزجی: کارشناس ارشد پرستاری، مربی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز (نویسنده رابط)

Email: laks@tbzmed.ac.ir

گلنوش میرسعیدی: کارشناس ارشد پرستاری

دکتر مرتضی قوجازاده: دکترای فیزیولوژی، استادیار دانشکده پزشکی تبریز

دکتر وحید زمان‌زاده: دکترای آموزش پرستاری، استادیار دانشکده پرستاری و مامایی تبریز

دریافت: ۸۸/۹/۱۴ پذیرش: ۸۸/۱۱/۲

### چکیده

**مقدمه:** تصمیم‌گیری بالینی جزئی اساسی از عملکرد حرفه‌ای پرستاران بوده و تصمیم‌گیری بالینی صحیح تأثیرات بسزایی در روند درمان، حصول به پیامد بالینی مورد انتظار و افزایش رضایت‌مندی بیماران دارد. به علاوه، فرآیند تصمیم‌گیری بالینی بررسی نیازهای بیمار را تحت تأثیر قرار داده و به انتخاب بهترین راه حل کمک می‌نماید. با وجود اهمیت تصمیم‌گیری در حرفه پرستاری، هنوز این موضوع جایگاه مناسب خود را در این حرفه کسب نکرده و فرآیند تصمیم‌گیری بالینی پرستاری نامشخص است. لذا این مطالعه با هدف تعیین نحوه مشارکت پرستاران در فرآیند تصمیم‌گیری بالینی صورت گرفت.

**مواد و روشها:** این مطالعه توصیفی به صورت مقطعی و با روش نمونه‌گیری طبقه‌ای بر روی ۲۸۵ پرستار شاغل در بخش‌های مراکز آموزشی- درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شد. ابزار گردآوری پرسشنامه PDAQ بود. مجموع امتیاز هر حیطه ۰ تا ۶۰ در سه زیر گروه ۰ تا ۲۰ به عنوان "ضعیف"، ۲۱ تا ۴۰ به عنوان "متوسط" و ۴۱ تا ۶۰ به عنوان "خوب"، سطح‌بندی شد. اطلاعات جمع‌آوری شده در نرم افزار آماری SPSS/Ver15 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد که تصمیم‌گیری بالینی پرستاران، در هر سه مرحله از فرآیند تصمیم‌گیری، شامل شناسایی مشکل (۳۰/۳±۱۵/۰)، ارایه راه حل (۲۹/۲±۱۴/۶) و اجرای راه حل (۲۷/۱±۱۴/۱)، در وضعیت "متوسط" قرار داشت در مرحله شناسایی مشکل امتیاز بیشتری کسب شده و پس از آن در مرحله ارایه راه حل و در نهایت، در مرحله اجرای راه حل کمترین امتیاز کسب شده بود.

**بحث و نتیجه‌گیری:** باتوجه به نتایج، ضرورت برقراری زمینه کافی جهت کسب توانایی مهارت‌های تصمیم‌گیری بالینی احساس می‌گردد. لذا در این راستا، شناسایی موانع موجود و فراهم‌سازی شرایط تسهیل استقلال عمل و بستر لازم جهت توانمندسازی مهارت‌های تصمیم‌گیری توسط سیستم آموزشی و سازمان‌های حرفه‌ای پیشنهاد می‌گردد.

**کلمات کلیدی:** تصمیم‌گیری بالینی / مشارکت / پرستاران

### مقدمه

پرستاران در عرصه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، با موقعیت‌های پیچیده‌ای مواجهند که حاصل فن‌آوری پیشرفته و درک بالای بیماران، بالا رفتن سن جامعه، فرآیند بیماری‌های پیچیده و تغییرات فاکتورهای اخلاقی و فرهنگی است. تصمیم‌گیری بالینی صحیح در اقدامات پرستاری، موجب طرح‌ریزی منطقی مراقبتی با حداکثر احتمال موفقیت می‌شود (۱). تصمیم‌گیری بالینی یک فرآیند تفکر انتقادی در انتخاب بهترین عمل جهت رسیدن به اهداف مطلوب می‌باشد. تصمیمات باید زمانی اتخاذ گردد که چندین گزینه مطرح بوده و یا امکان یک عمل فراهم شود. بنابراین، باید انواع برنامه‌ها ارزیابی شده و تصمیم مناسب در

پرستاران در عرصه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، با موقعیت‌های پیچیده‌ای مواجهند که حاصل فن‌آوری پیشرفته و درک بالای بیماران، بالا رفتن سن جامعه، فرآیند بیماری‌های پیچیده و تغییرات فاکتورهای اخلاقی و فرهنگی است. تصمیم‌گیری بالینی صحیح در اقدامات پرستاری، موجب طرح‌ریزی منطقی مراقبتی با

موقعیت خاص اخذ گردد (۲).

تأثیر تصمیم‌گیری‌های صحیح و به موقع پرستاران در تسریع فرآیند پیشرفت درمان بیماران، رسیدگی بیشتر به آنان و کاهش هزینه‌های درمان بر کسی پوشیده نیست. تصمیم‌گیری‌های صحیح و به موقع پرستاران بهبود کیفیت مراقبت را به همراه دارد. همچنین، عدم تصمیم‌گیری صحیح و به موقع می‌تواند مراحل درمان و مراقبت بیماران را طولانی و با مشکلاتی مواجه سازد (۳). از طرفی، پرستاران نسبت به پزشکان ساعات بیشتری را با بیمار سپری و در بسیاری از مواقع به علت عدم حضور به موقع پزشک معالج در تصمیم‌پرستاران، نقش حیاتی دارد (۴).

تصمیم‌گیری بالینی پرستاران بیش از هر عاملی بر کیفیت مراقبت تأثیر دارد (۵). اغلب پرستارانی که توانایی شرکت در تصمیم‌گیری در بخش کاری خود را دارند رضایت شغلی بیشتری خواهند داشت (۶).

نتایج مطالعات نشان داده است که پرستاران اغلب احساس می‌کنند که در محیط کارشان ضعیف‌اند (۷). لذا با توجه به مسائل موجود در مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری‌ها، بررسی ماهیت مشارکت آنان در تصمیم‌گیری بالینی ضروری به نظر می‌رسد (۸). درک بهتر تصمیم‌گیری پرستاری، توانایی کار در ارتباط با بیمار را افزایش می‌دهد. مزیت اصلی آن برای شخص با وجود اهمیت تصمیم‌گیری برای حرفه پرستاری، هنوز این موضوع جایگاه مناسب خود را در این حرفه

کسب نکرده است و علی‌رغم گذشت سه دهه از تحقیقات وسیع، هنوز فرآیند تصمیم‌گیری بالینی پرستاری نامشخص است (۱۲). لذا با توجه به پرستار، تقویت موقعیت او در تیم مراقبت بهداشتی است. هرچه تصمیم‌گیری واضح‌تر باشد، افراد درک بهتری از یکدیگر پیدا می‌کنند و این امر باعث ارتقاء کیفیت حرفه می‌شود. امروزه، در کشورهای پیشرفته بر اهمیت شاغلان حرفه بهداشتی در تصمیم‌گیری آنها برای بیماران تأکید زیادی می‌شود (۹). آنتونی<sup>۱</sup>، مراحل تصمیم‌گیری بالینی را طبق جدول یک عنوان کرده است (۱۰).

بر طبق این الگو برای انجام فرآیند تصمیم‌گیری بالینی لازمست، به بررسی و شناسایی مشکل پرداخته، راه حل‌های موجود ارزیابی و در نهایت، بهترین گزینه انتخاب گردد. هرچه فرد دارای آزادی و خود مختاری بالاتری باشد تصمیم‌گیری دقیق‌تری از خود ارایه داده و می‌تواند رضایت‌مندی بیشتری از نتیجه حاصله داشته باشد. پرستار باید با طرح سؤالات و تجزیه و تحلیل اطلاعات جنبه‌های مختلف را در نظر گرفته و مهم‌ترین روش ممکن را اتخاذ نماید (۱۱).

مشکلات بالینی، اهمیت موضوع و مسؤولیت خطیر حرفه پرستاری در تصمیم‌گیری‌های بالینی صحیح و مطالعات کمتر در این زمینه پژوهش حاضر با هدف بررسی نحوه مشارکت پرستاران در امر فرآیند تصمیم‌گیری بالینی انجام شده است.

جدول ۱: الگوی تصمیم‌گیری بالینی بر اساس نظر آنتونی (۱۹۹۷)

مراحل	مراحل اخذ تصمیم‌گیری بالینی	توصیف مرحله
مرحله ۱	ارایه مطالبی در مورد مشکل	توصیف و ارزیابی مشکل و تفسیر آن
مرحله ۲	ارایه و ارزیابی راه حل‌های جایگزین	تجزیه و تحلیل، بررسی راه حل‌های چند گانه
مرحله ۳	انتخاب راه حل جایگزین	انتخاب بهترین گزینه به عنوان راه حل مشکل

## مواد و روشها

مشارکت). نمرات حاصله جمع شده و متوسط آن به صورت نمره میانگین برای هر مرحله مشخص می‌شود. نمرات بالاتر نشانگر مشارکت بیشتر در اتخاذ تصمیم هستند. در حیطه شناسایی مشکل، ارایه راه حل، اجرای راه حل، هر کدام ۱۲ سؤال و در مجموع ۳۶ سؤال در نظر گرفته شد که مجموع امتیاز هر حیطه ۰ تا ۶۰ بود. امتیاز اخذ شده در هر سه زیر گروه ۰ تا ۲۰ "ضعیف"، ۲۱ تا ۴۰ "متوسط" و ۴۱ تا ۶۰ "خوب"، سطح بندی شد. برای تعیین روایی ابزار از روش اعتبار محتوا و برای تعیین پایایی ابزار گردآوری داده‌ها از روش آزمون مجدد استفاده شد. ضریب همبستگی پیرسون ۰/۸۷ = I محاسبه شد.

رعایت کلیه موارد اخلاقی با کسب اجازه، گرفتن معرفی‌نامه، محرمانه بودن اطلاعات و اختیاری بودن شرکت واحدهای مورد پژوهش صورت گرفت. داده‌های بدست آمده از مطالعه بوسیله روش‌های آماری توصیفی (فراوانی) - درصد و میانگین  $\pm$  انحراف معیار، با استفاده از نرم افزار آماری SPSS/Ver 15 مورد بررسی و تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. نرمال بودن توزیع داده‌ها با آزمون کلموگرف-اسمیرنوف مورد ارزیابی قرار گرفت.

## یافته‌ها

در این مطالعه ۹۱/۲ درصد از نمونه‌ها را زنان و ۸/۸ درصد را مردان تشکیل می‌داد. اکثر نمونه‌ها، (۳۲/۶٪) از در گروه سنی ۲۶-۳۰ سال، و اقلیت نمونه‌ها (۲/۱٪) در گروه سنی ۴۶-۵۰ سال بوده‌اند. بیشتر پرستاران (۷۲/۶٪) سابقه کاری در حدود  $> 10$  سال داشتند و کمترین سابقه کاری (۳/۲٪) مربوط به بالای ۲۰ سال بوده است. در مورد سطح تحصیلات، اکثر (۹۷/۹٪) پرستاران مورد پژوهش کارشناس و تنها ۱/۱ درصد را پرستاران کارشناس ارشد و ۱/۱ درصد را نیز پرستاران

این پژوهش، یک مطالعه توصیفی است. جامعه این پژوهش را پرستاران کاردان، کارشناس و کارشناس ارشد که به کارهای مدیریتی اشتغال نداشته و حداقل ۱ سال سابقه کار پرستاری داشتند تشکیل می‌داد. محیط پژوهش بخش‌های داخلی، جراحی، مراقبت‌های ویژه و سی سی یو مراکز آموزشی- درمانی علوم پزشکی تبریز می‌باشد. با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای ابتدا بر اساس تعداد پرستاران هر مرکز، حجم نمونه آن مرکز تعیین و به نسبت تعداد پرستاران هر بخش نمونه‌ها انتخاب شدند. حجم نمونه با استفاده از فرمول برآورد نسبت محاسبه شد که بر اساس جایگزینی  $d = 0.06$  و  $P = 0.05$  حجم نمونه ۲۶۷ نفر به دست آمد که جهت افزایش اعتبار مطالعه تعداد ۳۰۰ نمونه مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به عدم برگشت تعدادی از پرسشنامه‌ها ۲۸۵ پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت. سپس، در شیفت‌های صبح، عصر و شب پرسشنامه بین نمونه‌های مایل به شرکت در پژوهش توزیع گردید.

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه PDAQ<sup>1</sup> برای پرستاران بوده است. در این پرسشنامه، نحوه شرکت پرستاران در تصمیم‌گیری بالینی در سه مرحله نحوه شرکت در امور شناسایی مشکل، ارزیابی راه حل‌های پیشنهادی و انتخاب بهترین گزینه مورد بررسی قرار گرفتند (۱۰، ۱۲). پرسشنامه PDAQ از ۱۲ سؤال تشکیل شده که بعد از مطرح شدن هر مورد، سؤالی پرسیده می‌شود که در صورتی که جواب "خیر" باشد، پرستار باید جدول مربوط به مراحل تصمیم‌گیری بالینی را در سه مرحله شناسایی مشکل، ارزیابی راه حل‌های پیشنهادی و انتخاب بهترین راه حل، که به صورت مقیاس ۶ گزینه‌ای از "هرگز" تا "همیشه" می‌باشد تکمیل نماید. هر مرحله از تصمیم‌گیری از ۰ تا ۵ نمره دارد صفر (۰) = عدم مشارکت و ۵ = بالاترین

پرستاران خود را درگیر مراحل تصمیم‌گیری بالینی نکند و به افراد دیگر تیم درمان مثل پزشک یا سوپروایزر کشیک اطلاع دهد پاسخ "بله"، ولی اگر خود پرستار تصمیم‌گیری کرده و مراحل فرآیند تصمیم‌گیری را انجام دهد با پاسخ "خیر" نشان داده شده است. توجه به اینکه پاسخ خیر بیشترین مورد را به خود اختصاص می‌دهد، بیانگر تصمیم‌گیری مستقل پرستاران می‌باشد.

کاردان تشکیل داده است. از نظر وضعیت استخدامی اکثر پرستاران (۳۲/۳٪) مورد پژوهش پیمانی و اقلیت آنها (۱۷/۵٪) طرحی بوده‌اند. اکثریت پرستاران (۳۶/۸٪) مورد پژوهش در بخش داخلی و (۷/۴٪) در سی سی یو مشغول کار بودند. جدول شماره ۲ داده‌های مربوط به توزیع فراوانی پاسخ "بله/خیر" به سؤالات پرسشنامه تصمیم‌گیری بالینی در نمونه‌های مورد پژوهش را نشان می‌دهد. بر اساس این جدول، اگر

جدول ۲: توزیع فراوانی پاسخ به سؤالات تصمیم‌گیری بالینی

خیر (درصد) تعداد	بله (درصد) تعداد	سؤالات تصمیم‌گیری بالینی
۲۰۵ (۷۱/۹)	۸۰ (۲۸/۱)	کنترل درد
۲۳۵ (۸۲/۵)	۵۰ (۱۷/۵)	پیشگیری از آسیب‌های پوستی
۱۳۸ (۴۸/۴)	۱۴۷ (۵۱/۶)	آزمایشات تشخیصی
۱۵۵ (۵۴/۴)	۱۳۰ (۴۵/۴)	عدم اجرای دستور پزشک
۲۳۳ (۸۱/۸)	۵۲ (۱۸/۲)	تعلیم نحوه مصرف دارو به بیمار
۲۲۸ (۸۰/۰)	۵۷ (۲۰/۰)	آگاه کردن بیمار یا خانواده وی از خطرات ناشی از جراحی
۱۲۵ (۴۳/۹)	۱۶۰ (۵۶/۱)	مشاوره با پزشکان، متخصصین تغذیه، مددکاران اجتماعی، بهداشت
۱۷۴ (۶۱/۱)	۱۱۱ (۳۸/۹)	کمک به تسهیل ترخیص بیمار از بخش
۱۶۳ (۵۷/۲)	۱۲۲ (۴۲/۸)	حمایت از تصمیم بیمار یا خانواده وی به مخالفت با ادامه معالجه
۱۹۰ (۶۶/۷)	۹۵ (۳۳/۳)	مطرح کردن اهداف درمانی با بیمار و یا خانواده وی
۲۰۱ (۷۰/۵)	۸۴ (۲۹/۵)	انجام دستورات پزشک در مورد شروع رژیم غذایی و انجام فعالیت‌های حرکتی
۲۰۷ (۷۲/۶)	۷۸ (۲۷/۴)	واکنش پرستار نسبت به شکایات پزشک در رابطه با مراقبت از بیمار

جدول ۳: بررسی نحوه تصمیم‌گیری بالینی در مراحل تصمیم‌گیری

انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	(درصد) تعداد	نحوه تصمیم‌گیری بالینی	اجزای تصمیم‌گیری
۳۰/۳ ± ۱۵/۰	۹/۵ ± ۶/۰۳	۷۴ (۲۶/۰)	ضعیف (۲۰-۱)	شناسایی مشکل
	۳۱/۶ ± ۵/۸	۱۲۹ (۴۵/۲)	متوسط (۴۰-۲۱)	
	۴۷/۱ ± ۴/۴	۸۲ (۲۸/۸)	خوب (۶۰-۴۱)	
۲۹/۲ ± ۱۴/۶	۹/۵ ± ۶/۱	۷۸ (۲۷/۳)	ضعیف (۲۰-۱)	ارایه راه حل
	۳۱/۳ ± ۶/۰۴	۱۳۱ (۴۶/۰)	متوسط (۴۰-۲۱)	
	۴۵/۹ ± ۳/۹	۷۶ (۲۶/۷)	خوب (۶۰-۴۱)	
۲۷/۱ ± ۱۴/۱	۱۰/۲ ± ۶/۰۸	۹۶ (۳۳/۷)	ضعیف (۲۰-۱)	اجرای راه حل
	۳۱/۵ ± ۵/۱	۱۳۳ (۴۶/۷)	متوسط (۴۰-۲۱)	
	۴۵/۵ ± ۳/۶	۵۶ (۱۹/۶)	خوب (۶۰-۴۱)	

تصمیمات به ذهن آورده را راحت‌تر اجرا کنند، به عبارتی محیط کاری به گونه‌ای است که مشکلات شناسایی می‌شوند اما راه حل‌ها به مرحله اجرا در نمی‌آیند. در مطالعه ادیب حاج باقری نیز، برخورداری از کفایت بالینی و اعتماد به نفس مهمترین عوامل درونی موثر بر تصمیمات بالینی بوده و فرهنگ سازمان، دسترسی به ساختارهای حمایتی و آموزش پرستاری، مهمترین متغیرهای خارجی موثر بر تصمیم‌گیری بالینی بوده‌اند (۳).

موقعیتی که فرآیند تصمیم‌گیری در آن انجام می‌شود از موارد مهم در کیفیت تصمیم‌گیری است (۱۶). پرستار در موقعیت‌های مختلف در حال کسب تجربه بوده و باید اطلاعات و تجربیات به دست آمده را مورد توجه قرار دهد. به مرور زمان دانش و تجربه‌های کسب شده و باعث افزایش مهارت و توانایی او در تصمیم‌گیری‌ها و قضاوت‌های درست و متفکرانه می‌شود (۱۳). به نظر لوری<sup>۳</sup> (۱۷) و کیوفی<sup>۴</sup> (۱۸) آموزش به تنهایی نمی‌تواند در توانایی تصمیم‌گیری مؤثر باشد. از طرفی، یافته‌های هیل<sup>۵</sup>، نشان می‌دهد که دانشجویانی که مهارت‌های تفکر انتقادی بالایی دارند تصمیمات بالینی بهتری اتخاذ می‌کنند (۱۹). در حالی که بررسی‌ها نشان می‌دهد سطح تفکر انتقادی در بین دانشجویان (۱) و پرستاران (۲۰) در حد بالایی قرار نداشته است. عامل مؤثر دیگر در تصمیم‌گیری زمان است. مشخص شده است که فشار محدودیت زمانی، تصمیم‌گیرنده را مجبور به استفاده از راهکارهای کم ارزش‌تر و احتمالاً با دقت کمتر و می‌دارد (۲۰) که فشار کاری بخش‌ها می‌تواند به عنوان عامل مهم در این مطالعه مطرح گردد.

در این مطالعه، بیشترین فراوانی (۸۲/۵٪) به "تصمیم‌گیری در مورد پیشگیری از آسیب‌های پوستی" مربوط است. حال آنکه در مطالعه کرایرکس، به علت وجود یکسری دستورالعمل‌های از پیش تعیین شده مثل، دستورالعمل پیشگیری از آسیب‌های پوستی، آموزش‌ها بطور کلی و بلاخص آموزش به بیمار و خانواده‌اش در مورد

با توجه به جدول شماره ۳ (سطح‌بندی امتیاز تصمیم‌گیری)، نحوه تصمیم‌گیری بالینی در هر ۳ مرحله در سطح "متوسط" قرار داشته و در مرحله شناسایی مشکل امتیاز بیشتری کسب شده و پس از آن در مرحله ارایه راه حل و در نهایت در مرحله اجرای راه حل کمترین امتیاز کسب شده است.

## بحث و نتیجه گیری

نتایج بدست آمده نشان داد که اکثر نمونه‌های پژوهش در امر شناسایی مشکل، ارایه راه حل و اجرای راه حل در سطح متوسط بوده‌اند.

با وجود اهمیت تصمیم‌گیری برای حرفه پرستاری، هنوز این موضوع جایگاه مناسب خود را در این حرفه کسب نکرده است. بعضی از محققین پرستاری معتقدند که عموماً پرستاران تصمیم‌گیری مستقل کمی دارند و دانشجویان پرستاری نسبت به دانشجویان حرفه‌های دیگر بیشتر وابسته، مطیع و سلطه‌پذیر هستند. در مطالعه کرایرکس<sup>۱</sup> نیز نتایج در همین سطح بوده است (۱۴). در نتایج بدست آمده از مرحله شناسایی مشکل مطالعه حاضر امتیاز بیشتری کسب شده و پس از آن در مرحله ارایه راه حل و در نهایت، در مرحله اجرای راه حل کمترین امتیاز کسب شده است. همچنین در نتایج بدست آمده از پژوهش کرایرکس در هر سه مرحله میانگین امتیازات اختلاف زیادی نداشته، به طوری که شرکت در بخش شناسایی مشکل بیشتر از بخش انتخاب راه حل و این مرحله بیشتر از مرحله اجرای راه حل بوده است (۱۴). نتایج مطالعه کرایرکس با مطالعه پریسکات<sup>۲</sup> و همکاران (۱۵) و آنتونی (۱۳) هماهنگی دارد. در این مطالعه پرستاران در مرحله شناسایی مشکل امتیاز بالاتری را نسبت به بقیه مراحل کسب کرده‌اند و در مرحله آخر کمتر تصمیمات را به اجرا در می‌آورند، لذا بایستی محیطی فراهم گردد تا پرستاران بتوانند

3 -Lauri  
4 -Cioffi  
5 -Hill T

1 -Krairiksh  
2 -Prescott

این پژوهش محدود به بخش‌های مورد نظر بوده و قابل تعمیم به سایر بخش‌ها نمی‌باشد. همچنین پاسخ‌های واحدهای پژوهش می‌تواند براساس بیان از درکشان بوده و نه عملکرد واقعیتشان که ممکن است بر صحت نتایج تاثیر گذارد.

### تقدیر و تشکر

در خاتمه از معاونت محترم پژوهشی، اساتید و همکاران دانشکده پرستاری مامایی و پرستاران مراکز آموزشی-درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز که در انجام این پژوهش همکاری نموده‌اند، تقدیر و تشکر می‌گردد.

دارو درمانی باعث محدودیت فعالیت پرستار در حوزه تصمیم‌گیری بالینی شده است (۱۴). با توجه به اینکه استفاده از برنامه‌های مشارکتی مستلزم استفاده از مهارت‌های درونی و دانش کافی در پرستاران می‌باشد، به نظر می‌رسد لازم است تا از ابزارهایی برای آگاهی پرستاران از فرآیند تصمیم‌گیری کمک گرفته شود. لذا با توجه به نتایج، پیشنهاد می‌شود مدیران پرستاری در سطوح بالاتر از رفتارهایی که سبب افزایش مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری‌های بالینی می‌شود از قبیل سیستم نظام پیشنهادات استفاده نمایند.

### References

1. Nafea A, Lakdizaji S, Oshvandi K, Fathiazar E, Ghojazade M. (2007). [Comparison of critical thinking among nursing students]. *Tabriz nursing & midwifery journal*, (2)6, 4-9. (Persian)
2. Berman A, Aynder S J, Kozier B, Erb G (2008). *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing concept, Process and Practice, 8th ed.* Newjersey, Pearson, 168.
3. Adib Hajbagheri M, Salsali M, Ahmadi F. (2003). [The factors facilitating and inhibiting effective clinical decision making, A qualitative study]. *Education in Medical Science Iranian Magazin*, 1(1), 5-13. (Persian)
4. Snelgrove S.H, Hughes D. (2000). *Inter professional relations between doctors and nurses: Perspectives from South Wales. Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 661-667.
5. White A. (2003). *Clinical decision making among fourth-year nursing students: an interpretive study. Journal of Nursing Education*, 42(3), 113-120.
6. Carlson K.K. (2009) *Advanced critical care nursing, American Association of Critical-care Nurses. Saunders Elsevier*, 12-13.
7. Mechteld R.M, Visser E.M, Frans J, Oart H, Hanneke C.Y, Mde H. (2003). *Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. CMAJ*, 166(3), 271-275.
8. Noori Tajer M, Mahfooz Poor S, Noori Nejad F. (2007) [Collaborative decision making among head nurses in educational health centers of Iran medical science universities]. *Scientific-Research Health Management Quarterly*, 10(26), 7-14. (Persian)
9. Thompson C, Dowding D (2002). *Clinical decision making and judgment in Nursing, 1st ed.* Edinburgh, Churchill living stone, 4, 8-12, 17, 68, 110, 132-133, 166.
10. Anthony M.K. (1997). *The participation in decision activities questionnaire: Development and testing of nurses decision making behavior. The journal of shared governance*, 4(2), 15-23.
11. Potter P, Griffin A. (2009). *Fundamental of Nursing, 7th ed.* Mosby Elsevier, 220-225.
12. Hicks F, Merri H, Elstein A. (2003). *Critical thinking and clinical decision making in critical care nursing: a pilot study, The journal of acute and critical care*, 32, 169-180.

13. Anthony, M.K. (1999). *The relationship of authority to decision making behavior, Implications for redesign. Research in Nursing & Health*, 22, 388-398.
14. Krairiksh M. (2001). *The relationship among staff nurses participation in decision making, nurse manager's leadership competencies and nurse-physician collaboration. Unpublished doctoral dissertation, thesis, Frances Payne Bolton School of Nursing, Case Western Reserve University.*
15. Prescott P.A, Dennis K.E, Jacox A.K.(2004). *Clinical decision making of staff nurses. Journal of Nursing Scholarship*, 19(2), 56-62.
16. Hedbery B, Satterlund U.(2004). *Environmental elements affecting the decision making process in nursing practice. Journal of Clinical Nursing*, 13(3), 316.
17. Lauri S, Salantera S.(1995). *An exploratory study of clinical decision making in five countries. Journal of nursing scholarship*, 33(1), 83-91.
18. Cioffi J. (2001). *A study of the use of past experiences in clinical decision making emergency situation. International Journal of Nursing Studies*, 38(3), 591-599.
19. Hill T. V.(2002). *The relationship between critical thinking and decision making in respiratory care students. Respiratory care*, 47(5), 5-7.
20. Akhund Zade k, Hosseini A, Salehi Sh (2007). *[Critical thinking and clinical decision making in Nursing]. 1st ed, Esfahan Medical Science publisher, 104-162. (Persian)*