مقاله تحقیقی

مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره هجدهم، شماره ۴، فروردین ۱۳۹۵، صفحه ۴۰-۳۵

تجارب و تصمیم گیری بالینی پرستارانِ اتاق عمل براساس تئوری بنر

افسانه ارزانی (PhD)[۱]، مژگان لطفی (PhD)*[۲]، احمدرضا عابدی (MSc)[۳]

۱- گروه پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل
۲-گروه پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۳-گروه پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک

دریافت: ۹۴/۹/۵، اصلاح: ۹۴/۱۰/۱۶، پذیرش: ۹۴/۱۲/۱۲

خلاصه

سابقه و هدف: تصمیم گیری بالینی بخش اساسی کار حرفه‌ای پرستاران بوده که سبب ایجاد هویت حرفه‌ای می‌گردد. این مطالعه با توجه به حساسیت تصمیم‌گیری بالینی در پرستاران اتاق عمل، به منظور بررسی تجارب پرستاران و تصمیم گیری بالینی آنها در محیط اتاق عمل براساس تئوری بنر (از مبتدی تا خبره) انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی به صورت سرشماری بر روی ۱۸۶ نفر از پرستاران و تکنسین‌های اتاق عمل شاغل در بیمارستانهای آموزشی شهر تبریز در سال ۱۳۹۳ انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه تصمیم‌گیری بالینی Jenkins که دارای۴۰ عبارت و چهار حیطه شامل:جستجو برای روشهای مختلف مراقبتی، توجه به ارزشها و اهداف، ارزشیابی مداوم پیامدها و جستجوی اطلاعات و ادغام بیطرفانه اطلاعات جدید می باشد، جمع آوری و مورد بررسی قرار گرفت. امتیاز ابزار بین ۴۰ تا ۲۰۰ می باشد و افراد دارای نمرات بالاتر دارای سطح تصمیم‌گیری بالینی بالاتری هستند.

یافته‌ها: میانگین امتیاز کل تصمیم‌گیری بالینی پرستاران ۱۵/۳±۱۰۲/۳ بوده است که حیطه توجه به ارزش‌ها و اهداف (۶/۲±۳۵/۳) بیشترین امتیاز را به خود اختصاص داده است. همچنین ارتباط مستقیم و معنی‌داری بین نمره تصمیم‌گیری بالینی کل با سن($p<۰/۰۴$ و $r=۰/۶۷$) و سابقه کار در اتاق عمل ($p<۰/۰۵$ و $r=۰/۷۷$) وجود داشت، در حالیکه ارتباطی بین امتیاز تصمیم‌گیری و سابقه کار بالینی در سایر بخشها ($p=۰/۷$ و $r=۰$) مشاهده نگردید.

نتیجه گیری: یافته‌های پژوهش نشان داد که با افزایش تجربه بالینی پرستاران در اتاق عمل، قدرت تصمیم گیری آنها ارتقا می‌یابد. از اینرو نتایج این مطالعه تئوری از مبتدی تا خبره‌گی بنر را تایید می‌کند.

واژه‌های کلیدی: پرستار، تصمیم‌گیری، تجارب بالینی، اتاق عمل، تئوری بنر.

مقدمه

اتاق عمل محیط بسیار پیچیده‌ای است که در آن فرد مراقبت‌کننده، بیمار و تکنولوژی در جهت رسیدن به پیامدهای مطلوب در بیماران در یک محیط فیزیکی گرد هم آمده‌اند(۱). در یک چنین محیطی توانایی تصمیم‌گیری بالینی بیش از هر عاملی بر کیفیت مراقبت تاثیر می‌گذارد (۲). تصمیم‌گیری بالینی بخش اساسی کار حرفه‌ای پرستاران بوده و می‌توان آنرا تجزیه و تحلیل اطلاعات، اتخاذ تصمیم و به اجرا گذاشتن مناسب این تصمیمات در عرصه بالین نامید(۳). تصمیم‌گیری صحیح از یک سو می‌تواند به کاهش هزینه، استفاده درست از منابع انسانی و بهبود کیفیت مراقبت منجر گردد(۴) و از سوی دیگر خود سبب ایجاد هویت حرفه‌ای در پرستاران می‌شود(۵) و متمایزکننده پرستاران حرفه‌ای از پرسنل مراقبتی غیرحرفه‌ای است(۲). در گزارشی، اتاق عمل یکی از محیطهای پرخطر برای بیماران درنظر گرفته شده است(۶). بعضی از مشکلات پس از عمل ممکن است به علت کم تجربه‌گی پرستاران اتاق عمل اتفاق بیافتد و این موارد، هر چند تعداد زیادی ندارد ولی ممکن است پیامد آن مرگ و میر را در پی داشته باشد(۷). پرستاران اتاق عمل به علت طبیعت و محیط متفاوت اتاق عمل نیاز به تصمیم‌گیری سریع دارند. مثلا در حین عمل جراحی لازم است که پرستار تصمیمات و مداخلات خود را بر اساس جلوگیری از خطر آسیب به پوست و انجام بهترین عملکرد برای ترمیم و بهبودی سریع آن انجام دهد(۱). متاسفانه تصمیم‌گیری سریع بالینی در موقعیت‌های حاد، عدم ثبت درست فعالیت‌های پرستاران اتاق عمل و حوزه وسیع فعالیت‌های آنان و همچنین ماهیت نامشخص پیامدهای مراقبتی در بیماران همه جزء دلایلی است که شاید علیرغم اهمیت تصمیم‌گیری بالینی در اتاق عمل آن را در این محیط کمرنگ نشان می‌دهد(۸). با توجه به شفاف نبودن جوهره پرستاری اتاق عمل و این که فرآیند تصمیم گیری پرستاران اتاق عمل هنوز در سطوح مختلف مبتدی تا خبره به طور واضح درک نشده است و در نتیجه راههایی که از آن طریق پرستاران اتاق عمل در ارائه مراقبت از بیماران و پیامدهای بیمار تاثیر می‌گذارند معلوم نیست (۹)، مشکل است بتوان برنامه‌های آموزش ضمن خدمتی را فراهم ساخت که بتواند منجر به توسعه تصمیم‌گیری بالینی در پرسنل اتاق عمل گردد. در این راستا Benner مفهومی را که پرستاران خبره در توسعه مهارتها و همچنین درکی را که آنها از مراقبت از بیماران در طول زمان از طریق یک پایه علمی و آموزشی قوی و عمیق بدست می‌آورند، معرفی می‌کند(۱۰). او در مطالعه خود شرحی توصیفی تفسیری از عملکرد پرستاری بالینی ارائه نمود که در آن مفاهیم سطوح عملکرد ماهرانه از مبتدی، تازه کار، با کفایت، ماهر تا خبره ذکر شد(۱۱). در مرحله مبتدی، شخص هیچ زمینه تجربی از

* مسئول مقاله: مژگان لطفی
آدرس: تبریز، خیابان شریعتی جنوبی، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی. تلفن: ۰۴۱-۳۴۷۷۰۶۴۸
E-mail:mojgan.lotfi@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.18.4.5.5]
[DOI: 10.22088/jbums.18.4.35]

موقعیتی که درآن درگیر است ندارد، این سطح عموما معرف دانشجویان است. در سطح تازه کار، شخص میتواند عملکردهای قابل قبول که با موقعیتهای واقعی تطابق داشته باشد را با کمک مربی‌اش به نمایش بگذارد. در مرحله با کفایت، فرد از طریق یادگیری موقعیتهای عملی واقعی و به وسیله دنبال کردن اعمال دیگران به سطح با کفایت میرسد. مشخصه مرحله باکفایت، هوشیاری قابل توجه و مدبرانه و تعیین اینکه کدام جنبه از موقعیت کنونی و آینده مهم هستند و کدام موقعیت‌ها را میتوان نادیده گرفت، می‌باشد. مرحله با کفایت محوریترین نقطه اتکا در یادگیری بالینی است، زیرا فراگیر باید الگوها را تشخیص داده و تعیین کند کدام موقعیت نیاز به توجه دارد و کدام یک از عناصر را می توان نادیده گرفت. در سطح ماهر، پرستار موقعیت را به عنوان یک "کل" درک می‌کند و توانایی جدیدی برای دیدن تغییرات آشکار در موقعیت از خود نشان می‌دهد. این سطح مرحله گذر به سمت خبره‌گی است.

در سطح خبره، فرد قادر است که موقعیت را بطور ذاتی درک کرده طوری که محدوده مشکل را بدون فوت وقت شناسایی میکند و تشخیصهای مختلف و راه حلهای متفاوت را مد نظر قرار میدهد. پرستار این توانایی خود را بر اساس سوابق تجربی عمیق نشان میدهد (۱۴-۱۲). از آنجاییکه یکی از ویژگی های حرفه ای پرستاران اتاق عمل، همراهی و کمک به جراح در انجام روش های تخصصی جراحی می باشد؛ درک سطوح عملکرد پرستاران اتاق عمل بر اساس این تئوری بسیار مهم بوده و به مدیران اتاق عمل این امکان را می دهد تا در برنامه ریزی برای چینش پرستاران جهت انجام نقش های اسکراب و سیار در حین عمل جراحی و تعیین سهم آنها با مشارکت در تیم جراحی، بر اساس سطوح تعریف شده اقدام نموده و بدین ترتیب کیفیت مراقبتهای پرستاری را در حین جراحی و بعد از آن را بهبود بخشند. Benner همچنین خاطرنشان می‌کند از طریق یادگیری تجربی، انتقال آموخته‌ها به محیطهای کاری توسعه می‌یابد (۱۱). نتایج بدست آمده از پژوهش‌ها در ارتباط با پرستاران بخشهای مختلف بیمارستانها در ایران نشان می‌دهد که عواملی چون برخورداری از کفایت بالینی، اعتماد به نفس، فرهنگ سازمانی و دسترسی به ساختارهای حمایتی و آموزش پرستاری در تصمیم‌گیری آنها موثر بوده است (۵).

از آنجایی که مطالعه‌ای در زمینه سنجش تصمیم‌گیری بالینی پرستاران اتاق عمل و تجارب آنها در کشور انجام نشده، لذا در این مطالعه ارتباط بین تجارب بالینی پرستاران اتاق عمل و نحوه تصمیم‌گیری آنها در این محیط با استفاده از آزمون تئوری بنر مورد بررسی قرار گرفت.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی بر روی ۱۸۶ نفر از پرستاران و تکنسین‌های اتاق عمل شاغل در بیمارستانهای آموزشی شهر تبریز در سال ۱۳۹۳ که تمایل به شرکت در این مطالعه را داشتند، بصورت سرشماری انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و تصمیم‌گیری بالینی Jenkins پس از سازگاری با تصمیم‌گیری بالینی در حوزه اتاق عمل جمع آوری گردید (۱۵). بدین منظور پژوهشگران با توجه به اهداف پژوهش، به علت نزدیک بودن رفتارهای بیان شده در پرسشنامه تصمیم‌گیری بالینی پرستاری با شرایط تصمیم‌گیری در محیط اتاق عمل، تغییرات چندانی در پرسشنامه ندادند و فقط جهت ملموس شدن بهتر رفتارها با اتاق عمل، در بعضی از سئوالات کلمه اتاق عمل اضافه گردید. این پرسشنامه خودگزارشی مشتمل بر ۴۰ سئوال ۵ گزینه‌ای بر اساس مقیاس لیکرت بود. بر مبنای این ابزار پرستاران اتاق عمل باید بر اساس درک خود از موقعیت تصمیم-گیری بالینی در اتاق عمل یکی از گزینه‌های همیشه، اکثر اوقات، گاهی، به ندرت و هرگز را انتخاب می‌کردند. این ابزار چهار مهارت در حیطه تصمیم‌گیری بالینی را اندازه‌گیری می‌کرد. این حیطه‌ها شامل: جستجو و تعیین روشهای مختلف مراقبتی، توجه به ارزشها و اهداف مددجو و حرفه پرستاری، ارزشیابی مداوم پیامدهای حاصل از مراقبت و جستجوی اطلاعات غیرمخدوش می‌باشد. امتیاز این ابزار از ۴۰ تا ۲۰۰ می باشد، که طبق نظر Jenkins افراد دارای نمرات بالاتر سطح تصمیم‌گیری بالینی بالاتری هستند و جهت پیشگیری از سوگیری در پاسخ‌دهی، جواب برخی از سئوالات پرسشنامه، به صورت منفی (معکوس) طرح گردیده بود (۱۵). سپس جهت بررسی روایی محتویی، پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز گذاشته شد. این افراد شامل شش نفر کارشناسی ارشد پرستاری داخلی–جراحی، ۲ نفر دکترای پرستاری،۲ نفر دکترای علوم تربیتی بودند. پس از دریافت نظرات، اصلاحات لازم اعمال گردید و سپس پرسشنامه نهایی جهت پایایی مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه برای تعیین پایایی، از ضریب آلفای کرونباخ (۰/۸۲) استفاده گردید.

معیار ورود شامل پرستاران و تکنسین‌هایی که در نقش اسکراب و سیار در اتاق عمل فعالیت می‌کردند، بصورت داوطلبانه در مطالعه وارد شدند و در صورت عدم تمایل به شرکت در مطالعه در هر مرحله از پژوهش، استعفاء، ماموریت تغییر محل خدمت یا قطع رابطه استخدامی از مطالعه خارج شدند. بعد از اخذ موافقت آگاهانه کتبی از کلیه شرکت کنندگان در پژوهش و اطمینان دادن به آنها در خصوص حفظ حریم شخصی و محرمانه ماندن پاسخ‌ها در کلیه مراحل پژوهش، پرسشنامه‌های مربوطه به آنها ارائه گردید. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌های تکمیل شده، جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ استفاده گردید. از روش‌های آمار توصیفی برای توصیف نمره تصمیم‌گیری بالینی و از آمار استنباطی (آزمونهای کای اسکوئر و پیرسون) برای بررسی ارتباط نمره تصمیم-گیری بالینی با مشخصات دموگرافیک و سوابق تجربی پرستاران استفاده شد و $p<۰/۰۵$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه از ۱۸۶ نفر پرستار ۲۹ نفر (۱۵/۶٪)شاغل در اتاق‌های عمل سوختگی، ۱۴ نفر(۷/۵٪) قلب و ۱۴۳ نفر(۷۶/۹٪) جراحی می باشند. بیشتر پرستاران (۵۲/۶٪) دارای سابقه کار در سایر بخشها نیز بودند. برخی از ویژگیهای دموگرافیک واحدهای پژوهش در جدول شماره یک آورده شده است. در مورد میزان تصمیم‌گیری پرستاران در اتاق عمل در مراحل مختلف جراحی، یافته‌ها نشان داد که اکثریت واحدهای مورد پژوهش نقش خود را در تصمیم-گیری‌های مربوط به مراقبت‌های قبل از عمل، کم (۵۲/۶ ٪)، مراقبت‌های حین عمل زیاد (۴۴/۷ ٪) و مراقبت‌های بعد از عمل نیز به میزان کم (۶۵/۸ ٪) ارزیابی کرده بودند. همچنین اکثریت (۷۳/۷ ٪) آنها معتقد بودند که دارای صلاحیت زیاد (دانش و عملکرد لازم) برای تصمیم‌گیری در اتاق عمل می‌باشند و از نظر اکثریت آنها (۸۴/۱٪) تصمیم‌گیری در اتاق عمل به میزان زیاد (۴۴/۷ ٪) و خیلی زیاد

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.18.4.5.5]
[DOI: 10.22088/jbums.18.4.35]

(۳۹/۵ ٪) دارای اهمیت می‌باشد. نتایج بدست آمده در زمینه تصمیم‌گیری بالینی نیز نشان داد که میانگین حیطه‌های مختلف تصمیم‌گیری در اتاق عمل شامل: جستجوی روش‌های مختلف مراقبتی۴/۳ ±۲۶/۹، توجه به ارزش‌ها و اهداف مددجو و حرفه‌ای۶/۲±۳۵/۳، ارزشیابی مداوم پیامدهای حاصل از مراقبت ۲۳/۲±۵/۳ و جستجوی اطلاعات مخدوش۲/۶ ± ۱۶/۷ می‌باشد(جدول ۲). میانگین نمره تصمیم‌گیری بالینی کل نیز ۱۵/۳ ±۱۰۲/۳ با حدکثر ۱۴۶ و حداقل ۷۹ بدست آمد. ارتباط آماری معنی‌داری بین نمره تصمیم‌گیری با وضعیت تاهل(p=۰/۳)، سطح تحصیلات پرسنل(p=۰/۴)، اهمیت قائل شدن به تصمیم گیری در اتاق عمل(p=۰/۴)، میزان تصمیم‌گیری در قبل(p=۰/۲)، حین(p=۰/۴) و بعد از عمل(p=۰/۳) مشاهده نشد.

بین نمره تصمیم‌گیری با سن (p=۰/۰۴ و r=۰/۶۷) و سابقه کار در اتاق عمل(p=۰/۰۲ وr=۰/۷۷) ارتباط مستقیم معنی داری مشاهده شد، در حالی که ارتباطی بین نمره تصمیم‌گیری و سابقه کار بالینی (p=۰/۷) مشاهده نگردید.

جدول ۱. توزیع فراوانی و خصوصیات دموگرافیک پرستاران مورد مطالعه

متغیرها	فراوانی	مطلق	نسبی(درصد)
جنس	مرد	۵۹	۳۲
	زن	۱۲۷	۶۸
وضعیت تأهل	متأهل	۱۴۲	۷۶/۳
	مجرد	۴۴	۲۳/۷
میزان تحصیلات	کاردانی	۷۳	۳۹/۴
	کارشناسی	۱۰۳	۵۵/۳
	کارشناسی ارشد	۱۰	۵/۳
		Mean±SD	Min-Max
سن		۳۵±۵/۵	۲۶-۴۸
سابقه کار بالینی(سال)		۱۱/۷±۵/۱	۳-۲۸
سابقه کار در اتاق عمل(سال)		۹/۴±۴/۳	۱-۱۸

جدول ۲. نمرات حیطه های مختلف تصمیم گیری در پزستاران مورد مطالعه

حیطه ها	دامنه نمرات قابل کسب (Min-Max)	نمره کسب شده Mean±SD
جستجوی روش‌های مختلف مراقبتی	۱۱-۵۵	۲۶/۹±۴/۳
توجه به ارزش‌ها و اهداف مددجو	۱۴-۷۰	۳۵/۳±۶/۲
ارزشیابی مداوم پیامدها	۱۰-۵۰	۲۳/۲±۵/۳
جستجوی اطلاعات مخدوش	۵-۲۵	۱۶/۷±۲/۶

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که بین تجارب بالینی پرستاران اتاق عمل با تصمیم‌گیری آنها در محیط اتاق عمل ارتباط معنی‌داری وجود دارد، اما بین نمره تصمیم‌گیری و سابقه کار بالینی پرستاران در سایر بخشها ارتباطی مشاهده نگردید. Benner در تئوری خود (از مبتدی تا متبحر) بیان میکند که "مهارت در تصمیم‌گیری انسانی، تفسیر موقعیتهای بالینی را ممکن می‌سازد و دانش موجود در مهارتهای بالینی کانون پیشرفت پرستاری بالینی است، لذا مهارتهای حل مساله پرستار ماهر نسبت به مبتدی تفاوت دارد و چنین فرقی در مورد تجربه هم صادق است" و لزوما وجود سابقه در سایر بخشها و فعالیتهای کاری نمیتواند در تصمیم-گیری بالینی در شرایطی که فرد به تازگی با آن مواجه می‌گردد تاثیر مهمی بگذارد (۱۷و۱۶)، چنانکه نتایج این مطالعه هم نشان داد وجود سابقه بالینی در سایر بخشها ارتباط معنی‌داری با تصمیم‌گیری بالینی پرستاران در اتاق عمل ندارد. مطالعه Smith نیز نشان داد که پرستاران تازه فارغ‌التحصیل نسبت به پرستارانی که حداقل دارای دو سال تجربه کاری بودند از نمرات تصمیم‌گیری بالینی کمتری برخوردار بودند و به ارتباط معنی‌داری بین نمره تصمیم‌گیری با سن پرستاران وجود داشت. همچنین Smith اظهار می‌کند که در نظر گرفتن پیشینه و سن افراد در ارزیابی سطح تصمیم‌گیری بالینی مهم است چرا که میزان تجارب تحصیلی افراد در قبل از دوران دانشگاه ممکن است بازتابی از میزان مواجهه آنها با حل مساله و تفکر انتقادی باشد.

مسلما اشخاصی که پس از سالها، بعد از اتمام دوران کودکی یا در سی و چهل سالگی خط‌مشی زندگی‌شان را تغییر می دهند و به تحصیل باز می-گردند یا وارد رشته پرستاری می‌شوند، ممکن است بدلیل تجربه و پختگی بیشتر در زندگی دارای مهارت های تفکر و استدلال بهتر باشند(۱۸). از نتایج دیگر این مطالعه عدم وجود ارتباط بین جنس و نمره کل تصمیم‌گیری بود. نتیجه مطالعه Scott و همکاران نیز نشان داده که جنسیت ارتباط معنی‌داری با مشارکت در تصمیم گیری بالینی ندارد(۱۹). اما در مطالعه Levar بیشترین مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی برای زنان گزارش شده و جنسیت از جمله فاکتورهای موثر در میزان مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی بوده است. وی بیان می‌کند که آگاهی از شیوه‌های مختلف تصمیم‌گیری در حفظ و نگهداری نیروی انسانی مفید بوده، به طوری که در سالهای اخیر پی برده‌اند که زنان بیشتر احساس مسئولیت کرده و قدرت خلاقیت بیشتری از خود نشان می‌دهند. لذا اگر در مواقع اتخاذ تصمیم به آنان فرصت و بهای بیشتری داده شود، می توانند یکی از نقش های مدیریتی خود یعنی نقش پرستاری از بیماران را به نحو بهتری انجام دهند(۲۰). مطالعه Hancock و همکاران نشان داد که نحوه تصمیم‌گیری پرستاران با جنس ارتباط معنی‌داری داشته و در مطالعه آنها زنان از مشارکت بیشتری در تصمیم گیری بهره‌مند بودند(۲۱).

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که بین سطح تصمیم‌گیری پرستاران و سطح تحصیلات آنها ارتباط معنی‌دار وجود نداشت. Predko نیز در بررسی خود نشان داد که ارتباط نسبتا قوی بین سطح تصمیم‌گیری بالینی با دانش پایه و دانش بالینی وجود دارد (۲۲). نتایج این مطالعه در زمینه تصمیم‌گیری بالینی نشان داد که حیطه توجه به ارزش‌ها و اهداف مددجو بیشترین و حیطه جستجوی اطلاعات کمترین امتیاز را کسب نموده است. در حالیکه در مطالعه Ramazanibadr و همکاران دانشجویان سال آخر پرستاری در رابطه با جستجوی روش‌های مختلف مراقبتی دارای بیشترین و در زمینه توجه به ارزشها و اهداف مددجو و مسایل حرفه کمترین نمره را کسب نموده بودند(۲۳).

از آنجایی که نتایج مطالعه حاضر بر اساس خود گزارشی‌دهی پرستاران و بر مبنای رفتارهای محدود ارائه شده در پرسشنامه بوده است به نظر میرسد، نمی‌تواند

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.18.4.5.5]
[DOI: 10.22088/jbums.18.4.35]

بازتاب صحیحی از توانایی تصمیم‌گیری بالینی پرستاران را در شرایط مختلف تصمیم‌گیری بالینی نشان دهد که این مورد یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر علاوه بر حجم نمونه کم است، ضمن اینکه پاسخ‌های واحدهای پژوهش بر اساس درک فردی بوده و نه عملکرد واقعی افراد در محیط بالینی، که می‌تواند بر صحت نتایج تاثیر بگذارد. با توجه به اینکه این مطالعه جهت آزمون تئوری بنر برای بررسی ارتباط بین تجربه بالینی و تصمیم‌گیری در اتاق عمل صورت گرفت، پیشنهاد می‌گردد جهت قضاوت بهتر در این خصوص، وضعیت تصمیم‌گیری پرسنل و دانشجویان اتاق عمل نیز با یکدیگر مقایسه گردد. همچنین توصیه می‌شود در یک مطالعه کیفی نحوه تصمیم‌گیری بالینی پرستاران اتاق عمل مورد بررسی قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از کلیه پرستاران اتاق عمل که در انجام این تحقیق همکاری نمودند، همچنین از آقای دکتر احمد آقازاده استادیار گروه آمار زیستی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به جهت مشاوره های آماری، تقدیر و تشکر می گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.18.4.5.5]
[DOI: 10.22088/jbums.18.4.35]

Experiences and Clinical Decision-making of Operating Room Nurses Based on Benner's Theory

A. Arzani (PhD)[1], M. Lotfi (PhD)*[2], A.R. Abedi (MSc)[3]

1.Department of Nursing, Faculty of Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran
2.Department of Medical Surgical Nursing, Nursing & Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, I.R.Iran
3.Department of Medical- Surgical Nursing, Faculty of Nursing & Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, I.R.Iran

J Babol Univ Med Sci; 18(4); Apr 2016; PP: 35-40
Received: Nov 26th 2015, Revised: Jan 6th 2016, Accepted: Mar 2th 2016/

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Clinical decision-making is fundamental for professional nurses, which establishes professional identity. Given the importance of clinical decision-making for perioperative nurses, this study aimed to investigate nurses' experience and their clinical decision-making skill in operating theatre based on Benner's novice to expert model.

METHODS: This cross-sectional study was performed in 186 perioperative nurses working in university hospitals in Tabriz, Iran, 2014. The data were collected using a demographic form and the Clinical Decision Making in Nursing Scale (CDMNS) (Jenkins, 1985), and then were analyzed. This tool includes 40 items and four sub-scales of 1) search for alternatives or options, 2) canvassing of objectives and values, 3) evaluation and reevaluation of consequences, and 4) search for information and unbiased assimilation of new information. The highest and lowest possible scores are 40 and 200, with higher scores showing higher clinical decision-making skill.

FINDINGS: Mean of clinical decision-making total score was 102.3±15.3, with the highest mean (35.3±6.2) belonging to the second sub-scale (canvassing of objectives and values). There was a significant direct correlation between clinical decision-making and age (r=0.67, p<0.004) and working experience in operating room (r=0.77, p=0.7). However, there was no correlation between clinical decision-making and working experience in other departments (r=0, p=0.7).

CONCLUSION: Our results demonstrated that as clinical experience of perioperative nurses increases, their decision-making skill improves. Thus, Benner's novice to expert model is confirmed.

KEY WORDS: *Nurse, Decision-making, Clinical experience, Operating theatre, Benner's Theory*.

Please cite this article as follows:

Arzani A, Lotfi M, Abedi AR. Experiences and Clinical Decision-making of Operating Room Nurses Based on Benner's Theory. J Babol Univ Med Sci. 2016;18(4):35-40.

***Corresponding author: M. Lotfi (MSc)**
Address: Faculty of Nursing & Midwifery, University of Medical Sciences, South Shariati St. Tabriz, I.R.Iran
Tel: +98 41 34770648
E-mail: mojgan.lotfi@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.18.4.5.5]
[DOI: 10.22088/jbums.18.4.35]

References

1.Bull R, Fitzgerald M. Nursing in a technological environment: nursing care in the operating room. Int J Nurs Pract. 2006;12(1): 3-7.

2. Dorgham SR, AL-Mahmoud S. Leadership styles and clinical decision making autonomy among critical care nurses: a comparative study. J Nur Health Sci. 2013;1(4): 71-83.

3. White AH. Clinical decision making among fourth-year nursing students: an interpretive study.J Nurs Educ. 2003; 42(3): 113-20.

4. Hagbaghery M A, Salsali M, Ahmadi F. The factors facilitating and inhibiting effective clinical decision-making in nursing: a qualitative study. BMC Nur. 2004;3(1): 2-5.

5. Hagbaghery M A, Salsali M, Ahmadi F. Clinical decision-making: a way to professional empowerment in nursing. Iran J Med Edu 2003;3(2): 3-13. [In Persian]

6. Lotfi, M, Hasankhani, H, Fathi AE, Mokhtari, M. Effect of compound education simulation and critical thinking strategies on clinical decision making in surgical technologist students. Nur Midwife JTabriz Univ Med Sci. 2011; 5(20): 5-11. [In Persian]

7. Gillespie M, Peterson BL. Helping novice nurses make effective clinical decisions: the situated clinical decision-making framework. Nurs Educ Perspect. 2009;30(3):164-170.

8.Stubbings L, Chaboyer W, Mcmurray A. Nurses' use of situation awareness in decision-making: an integrative review. J Adv Nurs. 2012;68(7): 1443-53.

9. Seifert PC. Ethics in perioperative practice--commitment to the patient. AORN J. 2002;76(1):153-6010.

10. Benner P. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Am J Nurs. 1984; 84(12):1480.

11. Benner P. A response by P. Benner to K. Cash, "Benner and expertise in nursing: a critique". Int J Nurs Stud. 1996;33(6):669-74.

12. Benner P. The roles of embodiment, emotion and lifeworld for rationality and agency in nursing practice. Nursing Philosophy. 2000;1(1):5-19.

13. Benner P, Tanner C, Chesla C. Expertise in nursing practice, caring, clinical judgment , and ethics. 2nd ed. New York: Springer Pub Company; 2009.

14. Meleis AI. Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Pub; 2010.

15. Jenkins H. Importing decision making in nursing. Nurs Edu. 1985; 24(4): 242-43.

16. Benner P. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice, Commemorative. 1st ed. NewJersi: Pearson; 2001.p.44-6.

17. Gardner, L. From Novice to Expert: Benner's legacy for nurse education. Nur Educ Today. 2012; 32(4): 339-40.

18. Smith BA. Investigation of the clinical decision making and critical thinking skills of practical nursing students and associate degree nursing students. [PhD Thesis]. Ohio University; 2005.

19. Scott-Ladd B, Marshall V. Participation in decision making: a matter of context?. Leadership Org Dev J. 2004; 25(8): 646-62.

20. Le Var RM. A questionnaire study of the effect on work of participation in and influence on decision-making. Research in Post-Compulsory Education. 1998;3(2):153-73.

21. Hancock, Helen C, Patrick RE. The decision-making processes of nurses when extubating patients following cardiac surgery: an ethnographic study. Inter J Nur stud. 2006; 43(6): 693-05.

22. Predko JE. Influence of knowledge and clinical experience on clinical decision making of registered nurses and nursing students using interactive video simulation. [PhD Thesis]. Michigan: State Univ; 1992.

23. Ramazani Badr F, Shaban M. Clinical Decision-Making Skills among the Fourth-Year Baccalaureate Nursing Students in Tehran University of Medical Sciences. J Med Edu Dev. 2010; 2(3): 17-25. [In Persian]

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.18.4.5.5]
[DOI: 10.22088/jbums.18.4.35]