مقاله پژوهشی

تبیین تجارب دستیاران پزشکی از تصمیم‌گیری بالینی: یک مطالعه کیفی

مینا هاشمی‌پرست، رضا نگارنده، رضا غفاری*

چکیده

مقدمه: تصمیم‌گیری بالینی یک جزء اصلی عملکرد بالینی است که پیامد قضاوت بالینی صحیح است و اساس کار برای مراقبت از بیمار است. تصمیم‌گیری صحیح بیش از هر عاملی بر کیفیت ارائه خدمات به بیماران تأثیر می‌گذارد. انفجار دانش پزشکی و لزوم استقلال عملکرد دستیاران، تصمیم‌گیری بالینی در شرایط دشوار را برای آنان پیچیده‌تر نموده است؛ لذا این مطالعه با هدف تبیین تجارب دستیاران پزشکی از تصمیم‌گیری بالینی انجام شد.

روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوای قراردادی است. مشارکت‌کنندگان، دستیاران پزشکی سال اول تا چهارم شاغل در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز بودند که برای انتخاب آنان از روش نمونه‌گیری هدف‌مند با در نظر گرفتن حداکثر تنوع استفاده شد. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته انفرادی جمع‌آوری و به طور همزمان تحلیل شد. برای مدیریت تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار MAXQDA-10 استفاده شد.

نتایج: تجارب دستیاران پزشکی از تصمیم‌گیری بالینی، در ۳ طبقه اصلی شامل "نارسایی الزامات تصمیم‌گیری بالینی"، "الزام به تصمیم‌گیریِ مبتنی بر شرایط حاکم بر عرصه بالین" و " فقدان حمایت حرفه‌ای"سازمان‌دهی شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به این که تصمیم‌گیری بالینی در ساختاری متشکل از شرایط حاکم بر عرصه بالین، امکانات و تجهیزات موجود و نیز روابط حرفه‌ای در محیط کاری شکل می‌گیرد؛ لذا رفع چالش‌های مرتبط با تصمیم‌گیری بالینی مستلزم بسترسازی فرهنگی، آموزشی، حرفه‌ای و نیز بهبود روابط میان فردی است.

واژه‌های کلیدی: تصمیم‌گیری بالینی، قضاوت بالینی، دستیار پزشکی، مراقبت از بیمار، مطالعه کیفی

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی/ آبان ۱۴۰۰؛ ۲۱(۳۱): ۳۲۱ تا ۳۳۴

مقدمه

شرایط پویا و متغیر حاکم بر محیط بالین، همراه با وضعیت نامطمئن و ناپایدار سلامت بیماران مستلزم آن است که کارکنان بالینی بتوانند با استفاده از مهارت‌های فنی و دانش حرفه‌ای خود قضاوت‌های بالینی دقیق و صحیحی در مورد وضعیت سلامت بیماران انجام دهند و تصمیمات مناسبی را اتخاذ نمایند(۱). در چنین محیطی، عملکرد کارکنان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و توانایی تصمیم‌گیری بالینی آنان، بیش از هر عاملی بر فرایند مراقبت از بیمار و کیفیت ارائه خدمات تأثیر

* **نویسنده مسؤول:** دکتر رضا غفاری (دانشیار)، گروه آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
ghafarir@gmail.com
دکتر مینا هاشمی‌پرست (استادیار)، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان، زنجان، ایران.
mina.hashemi26@yahoo.com)؛ دکتر رضا نگارنده (استاد) ، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
(negarandeh@gmail.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۲/۳۱، تاریخ اصلاحیه: ۱۴۰۰/۳/۲۷، تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۳/۲۹

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-07]

می‌گذارد(۲).

تصمیم‌گیری بالینی یک جزء اصلی عملکرد بالینی است که پیامد قضاوت بالینی صحیح است و اساس کار برای مراقبت از بیمار است(۳).

تصمیم‌گیری بالینی را می‌توان یک فرآیند متناوب، مداوم و در حال تکامل دانست که در آن اطلاعات جمع‌آوری، تفسیر و ارزیابی می‌شوند تا انتخاب طرح درمانی مبتنی بر شواهد علمی صورت گیرد. در واقع می‌توان گفت، تصمیم‌گیری بالینی یک فرآیند تفکر انتقادی در انتخاب بهترین اقدام برای رسیدن به اهداف مطلوب و حل مشکل بیمار است(٤). تصمیم‌گیری بالینی فرایندی مشتمل بر توصیف و ارزیابی مشکل، تجزیه و تحلیل، بررسی راه حل‌های متعدد و انتخاب بهترین گزینه به عنوان راه حل مشکل بیمار است(٥).

تصمیم‌گیری صحیح می‌تواند منجر به تسریع فرایند درمان، کاهش هزینه، استفاده درست از منابع انسانی و تجهیزات و نهایتا بهبود کیفیت ارائه خدمات به بیمار گردد؛ لذا ارزیابی انواع برنامه‌های مراقبتی و درمانی و اتخاذ تصمیمات مناسب در موقعیت‌های خاص ضروری به نظر می‌رسد(٦).

یک نقش اساسی پزشک، اتخاذ تصمیمات بالینی متناسب با شرایط خاص بیمار است. این نوع تصمیمات معمولا زمانی اتخاذ می‌گردند که چندین گزینه مطرح باشد که در این صورت پزشک را با عدم قطعیت در تصمیم‌گیری مواجه می‌نماید(٥). در چنین شرایطی، عدم اطمینان از یک سو و ترس از ارتکاب خطاهای بالینی از سوی دیگر، سبب می‌شود که پزشک به پروتکل‌ها و برنامه‌های مراقبتی و درمانی از پیش تعیین شده بیش از پیش پایبند باشد و حتی در شرایط دشوار که نیاز به اتخاذ تصمیمات بالینی متناسب با شرایط خاص است نیز خود را ملزم به اجرای دستورالعمل‌ها کند(۷).

از سوی دیگر، با وجود دسترسی به منابع غنی دانش پزشکی، همیشه درجه‌ای از عدم اطمینان در زمینه تصمیم‌گیری برای حل مشکل بیمار وجود دارد که می‌تواند مربوط به عدم توانایی به‌کارگیری دانش تخصصی در موقعیت‌های خاص(۸)، عدم وجود داده‌های علمی یا مهارت عملی کافی و یا عدم اطمینان فردی به توانمندی خود در مدیریت بیمار باشد(۹).

علاوه بر این، انتظارات نامشخص پزشکان ناظر و انفجار دانش پزشکی، تصمیم‌گیری بالینی در شرایط دشوار را برای دستیاران پزشکی پیچیده‌تر نموده است(۹)؛ به طوری که آنان، علیرغم دسترسی به متون مختلف و مراحل آموزشی سپری شده، با محدودیت به‌کارگیری این دانش در موقعیت‌های بالینی مواجه هستند(۱۰).

بر اساس مطالعات پیشین، عوامل متعدد فردی، اجتماعی و سازمانی تصمیم‌گیری بالینی را با محدودیت مواجه می‌نماید(۱۱)؛ اما از آنجایی که اغلب عوامل مؤثر بر تصمیم‌گیری بالینی وابسته به بافت فرهنگی و اجتماعی محیطی است که این پدیده در آن رخ می‌دهد(۱۲)؛ لذا شناخت مؤلفه‌هایی که تصمیم‌گیری بالینی برای دستیاران پزشکی را با چالش مواجه می‌کند با مطالعات کمی و استفاده از پرسشنامه قابل ارزیابی نیست، بلکه تحلیل تجارب و درک دستیاران پزشکی در این حیطه راهگشا خواهد بود.

همچنین به رغم مطالعات کمی انجام شده در حوزه تصمیم‌گیری بالینی، بسیاری از ابعاد و جنبه‌های این حیطه ناشناخته و مبهم باقی مانده و هنوز پاسخ روشنی برای رویارویی با چالش‌های مرتبط با تصمیم‌گیری بالینی داده نشده است.

از سوی دیگر، بر اساس جستجوهای انجام شده توسط پژوهشگر در متون علمی موجود، مطالعات کیفی صورت گرفته در این زمینه نیز اغلب در میان دانشجویان پرستاری انجام شده است؛ بنابراین استفاده از تجارب دستیاران پزشکی که اولین سطح تماس بیماران با مراکز ارائه کننده خدمات بهداشتی –درمانی آموزشی هستند و به عنوان یکی از گروه‌های مهم در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی نقش مهم و کلیدی در تصمیم‌گیری بالینی ایفا می‌کنند به درک

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-07]

عمیق‌تری از پدیده مورد مطالعه منجر خواهد شد. مطالعه کیفی به پژوهشگر این امکان را می‌دهد که تجارب افراد را مورد کاوش عمیق قرار داده و در بستر فرهنگی و اجتماعی خاص آن تفسیر نماید؛ لذا پایه‌های فلسفی تحقیق حاضر بر پایه این رویکرد بنا نهاده شد(۱۳). لذا محقق بر آن است تا با استفاده از رویکرد کیفی به تبیین تجارب دستیاران پزشکی از تصمیم‌گیری بالینی در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز بپردازد.

روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوای قراردادی است که در سال ۱۳۹۸ انجام شده است. مشارکت کنندگان، دستیاران پزشکی سال اول تا چهارم شاغل در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز بودند که به صورت هدف‌مند دعوت به شرکت در مطالعه شدند؛ به این ترتیب که پس از مراجعه به دفتر گروه در بیمارستان و هماهنگی با منشی بخش و کسب اجازه از استاد مربوطه(اتند)، از دستیاران پزشکی در زمان و مکانی که با توافق مشارکت‌کننده مشخص شده بود دعوت به عمل می‌آمد تا تجارب خود را در مورد موضوع مورد مطالعه با محقق به اشتراک بگذارد.

نمونه‌گیری به صورت هدف‌مند و از نوع حداکثر تنوع بود که در این مطالعه سن، جنسیت، سابقه کار در عرصه به عنوان دستیار و تخصص بالینی آنان مدنظر قرار گرفت. اطلاعات با استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته انفرادی گردآوری شد. مصاحبه‌ها با برقراری ارتباط و جلب اعتماد مشارکت‌کنندگان شروع و ادامه می‌یافت.

در شروع هر جلسه مصاحبه، توضیح مختصری در مورد اهداف مطالعه داده شده و با کسب اجازه و اطمینان دادن به فرد در مورد محرمانه ماندن اطلاعات، ضبط مصاحبه صورت می‌گرفت. در کل مصاحبه سعی محقق بر آن بود تا جایی که امکان دارد سؤالات کوتاه و قابل درکی را برای مشارکت‌کنندگان مطرح نماید و بیش‌تر اجازه دهد تا مشارکت‌کنندگان به بیان تجربیات خود بپردازند. در طی مصاحبه‌ها از مشارکت‌کنندگان درخواست می‌شد تا در رابطه با تجاربشان در زمینه مشکلات و موانع مرتبط با تصمیم‌گیری بالینی و مدیریت بیمار صحبت کنند. سؤالات به کمک راهنمای مصاحبه پرسیده می‌شد و با سؤالات تکمیلی و مبتنی بر پاسخ‌های مشارکت‌کنندگان ادامه می‌یافت. برخی از این سؤالات عبارت بود از: *"موقعیت‌هایی که در آن برای گرفتن تصمیمات بالینی با چالش مواجه شدید را شرح دهید"*، *"تردیدهایی که در تصمیم‌گیری‌های خود دارید ناشی از چیست"*، *"چطور بر عدم اطمینان خود در تصمیم‌گیری برای حل مشکل بیمار فائق می‌آیید"* و *"چه عواملی در اتخاذ تصمیمات بالینی درست برای حل مشکل بیمار به شما کمک می‌کند"*.

در پایان صحبت‌های مشارکت‌کننده نیز ضبط صوت را خاموش کرده و از مشارکت‌کننده درخواست می‌شد اگر موضوع دیگری هست که فکر می‌کنند با موضوع مطالعه ارتباط دارد و هنوز مطرح نشده بیان نمایند. همچنین در پایان از همکاری مشارکت کننده تشکر کرده و در مورد احتمال انجام مصاحبه‌های تکمیلی بعدی از وی کسب اجازه می‌شد. هر مصاحبه به طور متوسط ٤٥ دقیقه به طول انجامید.

در این مطالعه اشباع داده‌ها از مصاحبه چهاردهم به بعد اتفاق افتاد و تا مصاحبه هجدهم ادامه یافت.

برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوای قراردادی استفاده شد. به این ترتیب که بلافاصله پس از هر مصاحبه، محققان با مطالعه دقیق متن مصاحبه‌ها تلاش نمودند تا به یک حس کلی از آنها دست یابند. پس از کدگذاری متن مصاحبه‌ها، کدهایی که از نظر مفهومی مشابه بودند در یک طبقه دسته‌بندی شدند. با پیشرفت فرایند تحلیل و مطالعه مکرر کدها و طبقات استخراج شده، شباهت‌ها و تفاوت‌های بین آن‌ها مشخص و طبقات از نظر ویژگی و ابعاد از یکدیگر متمایز شدند. در نهایت از طریق مقایسه مداوم، طبقات با یکدیگر ادغام و طبقات اصلی استخراج شدند.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-07]

مدیریت کدهای استخراج شده از طریق نرم‌افزار MAXQDA-10 انجام گرفت.

به منظور افزایش اعتبار داده‌ها و تأمین انتقال‌پذیری، محققان تلاش نمودند، زمینه و مشخصات مشارکت‌کنندگان را به روشنی و به طور کامل بیان کنند (جدول ۱). همچنین بازنگری داده‌ها توسط تیم پژوهش و بازنگری و مرور تحلیل‌های اولیه توسط تعدادی از مشارکت‌کنندگان صورت گرفته است.

جدول ۱: مشخصات جمعیتی- اجتماعی مشارکت‌کنندگان

کد مشارکت کننده	سن	جنسیت	تخصص	مقطع تحصیلی (سال)
۱	۳۹	زن	زنان	چهارم
۲	۳۷	زن	زنان	اول
۳	۳۰	زن	اطفال	سوم
٤	۲۸	زن	اطفال	اول
٥	۲۸	زن	اطفال	اول
٦	۲٦	مرد	داخلی	اول
۷	۳۱	زن	داخلی	اول
۸	۳۲	مرد	داخلی	دوم
۹	۳۷	زن	زنان	سوم
۱۰	۳۹	زن	زنان	چهارم
۱۱	۳٦	زن	زنان	دوم
۱۲	۳٤	مرد	جراحی	دوم
۱۳	۳۸	زن	اطفال	سوم
۱٤	۳۷	مرد	جراحی	اول
۱٥	۳۹	مرد	داخلی	چهارم
۱٦	۳۳	زن	اطفال	دوم
۱۷	۳٥	مرد	داخلی	سوم
۱۸	۳٥	مرد	جراحی	دوم

اخلاق پژوهش از طریق بیان اهداف و اطمینان دادن به مشارکت‌کنندگان در مورد محرمانه ماندن تمامی اطلاعات و صداهای ضبط شده، کسب رضایت آگاهانه کتبی برای مشارکت در پژوهش، حفظ بی‌نامی و توضیح حق کناره‌گیری مشارکت‌کنندگان در هر مرحله از پژوهش تأمین گردید.

نتایج

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-07]

در مطالعه حاضر تجارب ۱۸ نفر از دستیاران پزشکی با تخصص‌های گوناگون شامل زنان، اطفال، داخلی و جراحی مورد تحلیل قرار گرفت. در مجموع ۳۸۰ کد از کلیه واحدهای تحلیل استخراج شد که در ۳ طبقه اصلی شامل "نارسایی الزامات تصمیم‌گیری بالینی"، "الزام به تصمیم‌گیریِ مبتنی بر شرایط حاکم بر عرصه بالین" و " فقدان حمایت حرفه‌ای" و زیرطبقات مرتبط با آن سازمان‌دهی شدند (جدول ۲).

جدول ۲: نمایش کلی طبقات اصلی و زیرطبقات

طبقات اصلی	زیرطبقات
نارسایی الزامات تصمیم‌گیری بالینی	عدم کفایت بالینی
	عدم دسترسی به داده‌های معتبر
	فقدان تمرکز و فراغ بال برای تصمیم‌گیری
الزام به تصمیم‌گیریِ مبتنی بر شرایط حاکم بر عرصه بالین	تصمیم‌گیریِ مبتنی بر تجهیزات موجود
	عدم تناسب واقعیت‌های موجود در عرصه بالین با متون تخصصی
فقدان حمایت حرفه‌ای	عدم پاسخ‌گویی و فقدان روابط حرفه‌ای حمایتگر
	رفتارهای نامناسب و زیردست مآبانه

۱. نارسایی الزامات تصمیم‌گیری بالینی

تصمیم‌گیری بالینی مستلزم دسترسی به اطلاعات و داده‌های معتبر، دانش نظری، مهارت و تجربه بالینی کافی برای تفسیر و ارزیابی شواهد موجود و در دسترس است. این طبقه به نواقص و نارسایی‌های مرتبط با الزامات تصمیم‌گیری بالینی اشاره دارد که طریق زیر طبقات عدم کفایت بالینی، عدم دسترسی به داده‌های معتبر و فقدان تمرکز و فراغ بال برای تصمیم‌گیری قابل توضیح است.

۱-۱.عدم کفایت بالینی

کفایت بالینی مستلزم داشتن دانش نظری، تجربه و مهارت فنی کافی برای فهم عمیق وضعیت بالینی بیمار و تصمیم‌گیری است. یکی از دلایل مطرح شده از سوی مشارکت‌کنندگان که منجر به اتخاذ تصمیمات نامناسب و یا تردید در تصمیم‌گیری بالینی می‌شد، عدم تسلط آنان به دانش مبتنی بر شواهد علمی و نیز تجربه و مهارت ناکافی برای اقدام در عرصه بالین بود. مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که کمبود دانش نظری و تجربه ناکافی در عرصه بالین، منجر به عدم توانایی آنان برای تصمیم‌گیری مناسب در راستای حل مشکل بیمار می‌شود.

در این راستا یکی از مشارکت‌کنندگان می‌گفت:

"... علت این که در تصمیم‌گیری‌هامون تردید داریم اینه که سواد و تجربمون کمه. برای این که یه تشخیص بالینی درست بذاریم و تصمیم درست رو بگیریم هم تجربه هم سواد دو تاشم لازمه" (مشارکت‌کننده ۲).

تجارب مشارکت‌کنندگان در این زمینه گویای آن است که شرایط حاکم بر محیط بالین به گونه‌ای است که در آن فرصتی برای بروزرسانی دانش تخصصی وجود ندارد. مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که در دوره رزیدنتی برای به روز ماندن و توسعه دانش نظری خود باید به طور مستمر به مطالعه بپردازند و مواردی را که به صورت عملی با آن مواجه می‌شوند مطالعه کنند؛ این در حالی است که خستگی زیاد ناشی از فشار کاری و نداشتن فرصت کافی برای این منظور، مانع مطالعه منابع علمی و بروزرسانی دانش لازم برای تصمیم‌گیری شده است:

"... شیفت‌های بیش از حد و کشیکی که وقت نداری حتی

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-07]

گاهی وقتا غذا بخوری باعث شده نتونیم مطالعه کنیم. یه شب که کشیک نیستی هم آنقدر خسته‌ای که می‌خوای جبران نخوابیدن شب قبل رو بکنی. دوباره فردا کشیک داری. همینا باعث میشه که آدم مطالعه نکنه. ضمن کارهم اصلا فرصت نمی‌شه" (مشارکت کننده ۸).

از سوی دیگر، نبود برنامه‌های آموزشی روتین و منسجم برای آشنایی با روش‌های جدید و مبتنی بر شواهد علمی در دوره رزیدنتی، منجر به عدم کفایت علمی و بالینی برای تصمیم‌گیری می‌شود در حالی که از نظر مشارکت‌کنندگان، آموزش مداوم سبب ماندگاری مطالب در ذهن شده و فرایند تصمیم‌گیری برای بیمار را تسهیل می‌کند:

"....آموزش مداوم خیلی به درد آدم میخوره تو تصمیم‌گیری. اینجا آموزش‌های ما مداوم نیست. نه کارگاه آموزشی درست هست نه آموزشی میدن. برای ما خیلی کارگاه نمیذارن. فقط قبل از شروع رزیدتی کارگاه میذارن و بعد ما رو میفرستن بیمارستان" (مشارکت کننده ٤).

همچنین مشارکت‌کنندگان اذعان داشتند که انتقال دانش به صورت سینه به سینه در محیط بالین، مبتنی بر شواهد علمی و دانش تخصصیِ به روز نیست؛ لذا اتکا به معلومات تجربی که از رزیدنت ارشد و اتند در محیط حرفه‌ای خود آموخته‌اند می‌تواند سبب ایجاد تناقض و یا به‌کارگیری روش‌های منسوخ شده در اتخاذ تصمیمات بالینی شود:

"... مطالب سینه به سینه نقل میشه که پایه علمی نداره. من خودم چندین بار شده از سال بالام یه چیزایی رو شنیدم رفتم کتابو باز کردم دیدم بابا اصلا یه چیز دیگه بوده. اونم از سال بالایش شنیده. چون سینه به سینه نقل شده می‌بینی روش عوض شده و طرف اصلا خبر نداره" (مشارکت کننده ۳).

۱-۲. عدم دسترسی به داده‌های معتبر

بر اساس تجارب مشارکت‌کنندگان، تصمیم‌گیری برای حل مشکل بیمار تا حد زیادی وابسته به نتایج آزمون‌های تشخیصی است که درمانگر برای بیمار درخواست نموده است؛ لذا هرگونه عدم دسترسی و یا تأخیر در دستیابی به نتایج این تست‌ها می‌تواند فرایند تصمیم‌گیری دقیق برای بیمار را مختل نماید:

"... تست‌های تشخیصی که لازم داریم رو با تأخیر جواب میدن. برای مریضی که حیاتی هست باید در عرض نیم یا یک ساعت تشخیص و درمان بذاریم ولی تستمون ممکنه دو روز طول بکشه. مثلاً یک تست آنتی‌ژن گلو درآنفولانزا اینجا ٤ روز طول میکشه ما نمی‌فهیم دارو بدیم ندیم، احتیاط تنفسی رو رعایت بکنیم نکنیم. بیمارو ایزوله کنیم یک اتاق اشغال میشه درحق مریضای دیگه ظلم میشه. ایزوله نکنیم ممکنه مریضای دیگه آلوده بشن" (مشارکت کننده ۱۷).

از سوی دیگر، برخی از مشارکت‌کنندگان، تشخیص دقیق بیماری و تصمیم‌گیری بالینی صحیح برای بیمار را منوط به ارائه شرح حال دقیق از سوی بیمار و در دسترس داشتن اطلاعات صحیح می‌دانستند. آنان، عدم توانایی بیمار در گزارش دقیق وضعیت جسمانی خود را به عنوان عاملی برای سردرگمی درمان‌گر و شک و تردید نسبت به تشخیص مشکل بیمار می‌دانستند.

در این راستا، یکی از مشارکت‌کنندگان چنین اذعان داشت:

"... این تردیدها (تردید در تصمیم‌گیری بالینی) چند تا ریشه میتونه داشته باشه. یکی نحوه شرح حال دادن بیماره که اگر مریض اورینته نباشه شرح حال reliable نباشه و نتونه رو اون مشکلی که داره فوکوس بکنه این مارو دچار تردید و اشتباه تشخیصی خواهدکرد و قطعا در اون صورت نمی‌تونیم تصمیم درستی برای بیمار بگیریم" (مشارکت‌کننده ۱۱).

۱-۳. فقدان تمرکز و فراغ بال برای تصمیم‌گیری

یکی دیگر از مشکلاتی که مشارکت‌کنندگان در توضیح فرایند تصمیم‌گیری برای بیمار به آن اشاره نمودند، خستگی ناشی از فشار کاری زیاد و افت بازدهی ذهنی

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-07]

حاصل از آن بود. مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که به دلیل کشیک‌های پی در پی و خستگی زیاد، تمرکز و آمادگی ذهنی لازم جهت اتخاذ تصمیمات بالینی صحیح را ندارند؛ لذا تردید در تصمیم‌گیری و حتی خطاهای پزشکی را ناشی از فشار کاری بالا و افت کارکرد ذهنی حاصل از آن می‌دانستند:

"... خستگی و کار زیاد باعثه تردید در تصمیم‌گیری میشه. مثلاً یه رزیدنتی که سال یکه الان ۳٤ ساعت تو اورژانس کشیک وایمیسه بدون استراحت بدون این که حتی یک ساعت استراحت کنه بدون خواب. خوب آدم خسته میشه دیگه. مغزش هنگ میکنه. من خودم دیدم مریض داره تشنج میکنه باید یه کاری بکنیم۱۰ تاهم تشنج قبلش دیده بودم ولی اون لحظه اصلا هنگ کردم نمیدونستم باید چیکار کنم همینطور وایستاده بودم نگاه میکردم. پرستاره گفت خانم دیازپامشو بزنم گفتم آره راست میگی بزن. من مغزم هنگ کرده بود. نمیدونستم باید چه کاری برای مریض انجام بدم. به نظر من خستگی جز اصلی‌ترین عوامل medical error هست باعث میشه اصلا مریض miss بشه"
(مشارکت کننده ۳).

همچنین مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که شلوغی محیط، تمرکز ذهنی آنان را برهم زده و مانع اتخاذ تصمیم صحیح برای بیمار می‌شود. شرایط نامساعد محیط فیزیکی بیمارستان از یک سو و آژیته بودن همراهان بیمار و مراجعین از سوی دیگر سبب سردرگمی و اختلال در فرایند تصمیم‌گیری برای بیمار شده است:

"... یه اتاقی داریم ٦ یا ۸ تخته پر مریضه از یک طرف صدای ونتیلاتور از یه طرف صدای پمپ انفوزیون میاد از یه طرف یه مریض همزمان صدات میزنه که بیا منو ببین. خوب این طبیعتاً clinical judgment و تمرکز پزشک رومیاره پایین. مسلماً هرکسی هم باشه حواسش پرت خواهد شد" (مشارکت کننده ٦).

مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که عدم تهویه مناسب فضای بیمارستان، شلوغی و سر و صدای محیط و کمبود امکانات رفاهی سبب کاهش تمرکز حواس و اختلال در فرایند تشخیص و تصمیم‌گیری برای بیمار می‌شود:

"... تو اورژانس حتی آبخوری هم نداشتیم اونجا حس میکردم مغزم چروک شده. آدم خسته، گشنه، تشنه شلوغ، گرمای محیط. یه تهویه ما تو اورژانس نداریم. تو اون گرما تو هوای بد واقعاً خیلی کلافه میشیم و واقعا نمی‌دونیم باید برا مریض چیکار کنیم یعنی مغزمون کار نمی‌کنه"
(مشارکت کننده ۱۱).

سوی دیگر، مشارکت‌کنندگان به دلیل مشکلات مالی، کمبود درآمد، وضعیت نامناسب معیشتی و نیز عدم رسیدگی به وضعیت رفاهی از شرایط کاری خود رضایتی نداشتند و معتقد بودند مسائل مالی و حاشیه‌ای مربوط به شغل آن‌ها به قدری زیاد است که بر ذهن و روان آن‌ها تاثیر گذاشته و بالطبع تاثیر آن بر تمام ابعاد و جنبه‌های کاری آنان از جمله اتخاذ تصمیم برای بیمار نیز قابل مشاهده است.

"... فشارهای کاری و مالی ما خیلی زیاده. الان حقوقی که به ما میدن خیلی کمه و کفاف زندگیمونو نمیده. حق کار هم که نداریم. خود سیستم هم پولمونو نمی‌ده. کارانه از اردیبهشت ندادن. پول دیالیز نمی‌دن. بیمه رو نمیدن. اعتراض هم می‌کنیم میگن خودتون اومدید. اینا همه ذهنو درگیر می‌کنه رو تصمیم‌گیری اثر داره دیگه"(مشارکت کننده ۷).

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-07]

۲. الزام به تصمیم‌گیریِ مبتنی بر شرایط حاکم بر عرصه بالین

یکی از مشکلاتی که مشارکت‌کنندگان در فرایند تصمیم‌گیری برای بیماران با آن مواجه بودند، مطابقت نداشتن شرایط موجود در عرصه بالین با شواهد علمی بود. مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که به دلایلی نظیر کمبود تجهیزات و امکانات، بومی نبودن گایدلاین‌ها و نیز عدم تطبیق دستورالعمل‌های استاندارد با واقعیت‌های موجود در محیط بیمارستان، قادر به اتخاذ تصمیمات بالینی استاندارد و مبتنی بر شواهد علمی نیستند.

این مفهوم با دو زیر طبقه به شرح زیر قابل توضیح است:

۲-۱. تصمیم‌گیریِ مبتنی بر تجهیزات موجود

بر اساس آنچه از تجارب مشارکت‌کنندگان ادراک شده است، مشارکت‌کنندگان ناچار بودند بیش از آنکه به اصول مبتنی بر شواهد علمی و استاندارد پایبند باشند، تصمیمات بالینی خود را با امکانات و تجهیزات موجود در بیمارستان تطبیق دهند؛ چرا که برخی از پروسیجرهای استاندارد و مبتنی بر شواهد علمی برای بیمارستان هزینه‌بردار بوده و یا امکانات و تجهیزات اجرای آن‌ها در عرصه موجود نیست. در این راستا یکی از مشارکت‌کنندگان چنین می‌گفت:

"...یک ماه پیش مریضی داشتیم تو بخش غدد. بخاطر عدم وجود یک کیت آزمایشگاهی، یک تست مشخص برای دیابت بی مزه که در کتاب هاریسون قویا بر این تست آزمایشگاهی برای مریض تأکید شده بخاطرعدم وجود اون کیت آزمایشگاهی نتونستیم یک تشخیص نِت برای بیمار بذاریم و باتست‌های سنتی می‌رفتیم گراویتی ادرارحساب می‌کردیم که خیلی وقت‌گیر بود نهایتاً به یک تشخیص نت هم نتونستیم برسیم" (مشارکت‌کننده ۱۲).

همچنین مشارکت‌کنندگان تبعیت از پروتکل‌های ابلاغی از سوی بیمارستان که به منظور کاهش هزینه‌های جاری و عدم وجود امکانات و تجهیزات اتخاذ شده بود را عاملی برای سردرگمی در تصمیم‌گیریِ مبتنی بر شواهد علمی و مغایر با استاندارد می‌دانستند. این موضوع از بیانات برخی مشارکت‌کنندگان قابل استحصال است:

"... پروتکل بیمارستان ما اینه که نباید خون گیری بشه چون پروسیجرها پر هزینه میشه. یا تعداد مریض و بار کاری اورژانس زیاد میشه. به ما میگن مریضی که با تب و تشنج اومده سرویس استامینوفنه لازم نیست CBC بگیرین. تب و تشنج زیر ۱۸ ماه LP و بالای ۱۸ ماه با دیازپام کنترل کنید و مریضو مرخصش کنید. در حالی که تو کتابا اینا هستش که Bs و Ca باید چک کنید. اما طبق رفرنس شاید یه CT هم چک بکنم بد نباشه ببینم توده مغزی نباشه که باعث تشنج شده یا مشکل دیگه نداشته باشه. ولی میگن هزینه رو زیاد میکنید. پروسیجرو پر خرج می‌کنید" (مشارکت کننده ۳).

۲-۲. عدم تناسب واقعیت‌های موجود در عرصه بالین با متون تخصصی

از نظر مشارکت‌کنندگان، شرایط و امکانات موجود در بخش‌های بالینی با آنچه در محتوای کتاب‌ها، راهنماهای بالینی و نیز سایر متون تخصصی به عنوان راهنماهایی برای عمل نگاشته شده است، متناسب نیست؛ لذا در چنین شرایطی تصمیم‌گیری دشوار خواهد شد. در واقع عدم تناسب واقعیت‌های موجود در عرصه بالین با متون تخصصی سبب شده مشارکت‌کنندگان در مراجعه به گایدلاین‌ها برای تصمیم‌گیری و مشاهده آنچه در واقعیت با آن مواجه هستند سردرگم شوند. در این راستا برخی از مشارکت‌کنندگان از تفاوت انجام کار در عرصه بالین با متون تخصصی سخن گفته‌اند:

"... استانداردهایی که توکتابا نوشته کلاً با شرایط واقعی که میایم توش خیلی فرق داره و این تصمیم‌گیری رو برای ما سخت می‌کنه. واسه امتحان خوب درس‌هارو می‌خونیم ولی بالین خیلی فرق داره" (مشارکت کننده ۷).

از سوی دیگر، بسیاری از گایدلاین‌هایی که آنان در اتخاذ

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-07]

تصمیمات بالینی خود به آن مراجعه می‌کنند بومی‌سازی نشده و با امکانات موجود و در دسترس بیمارستان سازگاری ندارد:

"...گایدلاین‌هایی که دست ماست همش از آمریکا اومده. امکانات اونا با ما خیلی فرق داره. مثلاً در تشنج اولین گام درمانی لورازپامه ولی ما اینجا در تشنج هیچ وقت لورازپام تزریقی نداشتیم. پس اولین گام ما شده دیازپام. این موارد تصمیم رو تغییر میده مجبوریم یه کاره دیگه ایی رو بکنیم که هم با اونچه در کتابا اومده تطبیق نداره هم درمان طولانی‌تر میشه. اون شرایط استانداردی که تو متون ذکر شده مال اوناست برای شرایط اون‌هاست. مثلاً مریضایی که مشکل...دارن باید Serjicell بزارن اونا جنسش پروتین هست و خودشون جذب میشن اما ما نداریم گاز میذاریم که خوب برای مریض هم سخت میشه باید در بیاریم ولی اون خودش جذب میشه" (مشارکت کننده ۵).

۳. فقدان حمایت حرفه‌ای

حمایت حرفه‌ای به میزان حمایت و توجهی اشاره دارد که مشارکت‌کنندگان از سوی اتند و رزیدنت‌های ارشد خود دریافت می‌کنند. اغلب مشارکت‌کنندگان به عدم وجود فضای حمایتی و حاکی از روابط دوستانه در محیط بالین اشاره کرده و آن را عامل مهمی بر نحوه عملکرد بالینی خود می‌انگاشتند. این مفهوم از دو زیر طبقه شامل "عدم پاسخ‌گویی و فقدان روابط حرفه‌ای حمایتگر" و "رفتارهای نامناسب و زیردست مآبانه" استخراج شده است که در زیر به تفصیل شرح داده شده است.

۳-۱. عدم پاسخ‌گویی و فقدان روابط حرفه‌ای حمایت‌گر

درک حمایت ضعیف از سوی اساتید و همکاران ارشد و نیز عدم حضور یا حضور غیر مؤثر آنان سبب شده رزیدنت‌ها حمایت لازم را دریافت نکرده و اعتماد به نفس لازم برای تصمیم‌گیری به ویژه در شرایط دشوار را نداشته باشند. مشارکت‌کنندگان، حمایت علمی و روحی را عامل مهمی در اعتماد به تصمیمات بالینی خود و احساس دلگرمی می‌دانستند. آنان معتقد بودند که در صورت توجه و حمایت شدن اعتماد به نفس بیش‌تری برای اتخاذ تصمیمات بالینی برای بیماران دارند:

"... بودن یا نبودن سال بالایی خیلی در تصمیمات و اقدامات ما می‌تونه مؤثر باشه. بعضی سال بالایی‌ها هستن آموزش میدن یا در کنار ما اون پروسیجر رو انجام میدن که باعث میشه ما آموزش ببینیم هم اون کار رو با اعتماد به نفس انجام بدیم ولی یه وقت هست ول کرده رفته. مثلاً یه line CV میذاره میگه نمیدونم برو هرکاری می‌خوای بکن" (مشارکت کننده ۷).

۳-۲.رفتارهای نامناسب و زیر دست مآبانه

برخوردهای نامناسب اساتید و رزیدنت‌های ارشد، یکی دیگر از دلایلی بود که سبب می‌شد مشارکت‌کنندگان نتوانند تصمیمات مقتدرانه‌ای اتخاذ کنند. به گفته مشارکت کنندگان، رفتارهایی چون بی‌توجهی و نادیده گرفتن، تحقیر کردن، پرخاشگری و برخورد خشونت آمیز در جمع همکاران، سبب تردید در تصمیم‌گیری‌ها و احساس حمایت نشدن از سوی مافوق می‌شد. در چنین شرایطی، ترس و واهمه حاصل از رفتارهای تحقیرآمیز سبب از دست دادن اعتماد به نفس و تردید در تصمیم‌گیری‌ها می‌شود:

"...بعضی سال بالایی‌ها فکر می‌کنن هرچی بترسونن چوب بالای سرت باشه خیالشون راحت تره شب و راحت تر می‌خوابن اما شاید بعضی وقتا جواب عکس بده چون واقعا همه چیزتو بهم میریزن و نمی‌تونی یک تصمیم قاطع بگیری" (مشارکت کننده ۲).

از سوی دیگر، بازخورد نامناسب و تذکر اشتباهات با لحنی تند و در حضور بیماران آنان را در انجام وظایف حرفه‌ای بی‌انگیزه نموده و کاهش اعتماد به نفس و احساس حقارت را در پی داشته است:

"...وقتی در بالین بیمار کنار همراه بیمار به آدم توهین

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-07]

میکنن خوب این طبیعتا روحیه و بازده کاری فرد رو میاره پایین. و بالاسراون تختی که بخاطر انتقاد تندیک اتند یا رزیدنت ارشد ناراحت میشیم ممکنه مریض بعدی روکه دیدیم نتونیم پرزانته بکنیم. حتی درحد معرفی هم مشکل داشته باشیم. بنابراین این می‌افته به یک سیکل معیوب. مریض بعدی بدتر از اون این مسلما خطای پزشک رو می‌بره بالا تمرکز پزشک رو میاره پایین و راندمان کاری رو حتی تا چند روز مختل می‌کنه چون یک ماه خستگی rotationهای بخشمون تا ماه تموم بشه ما همش استرس داریم که خدایا این الان دوباره میاد و همین سناریو تکرا رمیشه" (مشارکت کننده ٦).

بحث

مطالعه حاضر به تبیین تجارب دستیاران پزشکی از تصمیم‌گیری بالینی پرداخته است. بر اساس یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر، تصمیم‌گیری برای حل مشکل بیمار، تحت‌الشعاع عوامل متعدد با ماهیت‌های متفاوت قرار دارد.

در مطالعه حاضر، نارسایی دانش نظری و مهارت‌های بالینی کافی برای تصمیم‌گیری، از دلایلی است که منجر به سردرگمی و تردید در روند تشخیص بالینی و مدیریت بیمار می‌شود. تجارب مشارکت‌کنندگان حاکی از آن است که تصمیم‌گیری برای حل مشکل بیمار و انجام امورات بالین به شیوه‌ی علمی نیاز به پشتوانه نظری دارد و بدون بنیان نظری کافی، دستیاران پزشکی قادر به اجرای فرایندهای بالینی نیستند؛ لذا نبود برنامه‌ای مشخص برای آموزش‌های روتین و مداوم و عدم فرصت برای مطالعه فردی و یادگیری خودآموز، سبب کاهش دانش زمینه‌ای مبتنی بر شواهد علمی و مهارت کافی برای تصمیم‌گیری می‌شود. در این راستا نتایج مطالعه‌ای که به بررسی ارتباط دانش نظری و عملی و اهمیت کارآموزی پرداخته نشان داد که در مشاغل کاربردی و عملی، بدون دانش نظری به عنوان پایه، به‌کارگیری دانش کاربردی و اجرای اقدامات عملی امکان‌پذیر نیست(١٤).

همچنین فرهنگ حاکم بر محیط بالین مبنی بر انتقال سینه به سینه دانش و اتکا به معلومات تجربی و دانسته‌های منتقل شده از سوی اساتید و همکاران ارشد، منجر به ناکارآمدی علمی و بالینی و عدم توان تخصصی کافی برای اتخاذ تصمیمات صحیح برای حل مشکل بیمار می‌شد. اگرچه انتظار می‌رود که خدمات نظام سلامت مبتنی بر شواهد علمی و روش‌های تخصصی به روز باشد، با این وجود بسیاری از اقدامات پزشکی و مراقبتی، تنها بر روندهای سنتی، فرضیات، نظرات شخصی، حدس‌ها و گمانه‌های تجربی و مشاهدات غیرسازمان یافته بالینی مبتنی هستند. نتایج مطالعات حاکی از آن است که استفاده از روش‌های سنتی و شهودی در تصمیم‌گیری بالینی نه تنها فرایند یادگیری فراگیران را مختل می‌کند، بلکه سبب اختلال در کیفیت مراقبت بیمار و پاسخ‌گویی دانشگاه‌ها در قبال جامعه نیز خواهد شد(١٥).

در این راستا، در مطالعه‌ای که به بررسی عوامل بازدارنده و تسهیل‌کننده اتخاذ تصمیمات مبتنی بر شواهد علمی در پرستاران پرداخته بود، بیش‌ترین عامل تسهیل‌کننده مربوط به برگزاری دوره‌های بازآموزی و بیش‌ترین موانع مربوط به عدم دسترسی آسان به اطلاعات پژوهشی به روز و کارآمد بود(١٦).

علاوه بر این، اخذ مناسب‌ترین تصمیم برای تشخیص یا درمان بیماری منوط به دسترسی به اطلاعات و داده‌های بالینی معتبر است. بر اساس تجارب مشارکت‌کنندگان، تأخیر و یا فقدان دسترسی به تست‌های آزمایشگاهی، منجر به تصمیمات محافظه‌کارانه و یا به تعویق انداختن تصمیم مناسب برای بیمار و تأخیر در فرایند مدیریت بیمار بود.

یکی دیگر از تجارب مرتبط با تصمیم‌گیری بالینی، خستگی و افت بازدهی ذهنی به دلیل فشار کاری بالا و شیفت‌های پی در پی بود که اتخاذ تصمیمات بالینی مناسب برای بیمار را با مشکل مواجه می‌نمود. فشار کاری بالا و شیفت‌های

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-07]

پی در پی سبب خستگی و افت بازدهی ذهنی می‌شود؛ به طوری که فرایند اتخاذ تصمیم بالینی را با مشکل مواجه می‌کند. تراکم و حجم کاری زیاد و کمبود نیروی کمکی سبب شده دستیاران با حداکثر توان خود به مدیریت بیمار بپردازند؛ اما حجم بالای ویزیت‌ها با کاهش تمرکز و افت عملکرد ذهنی همراه بوده است.

در سایر مطالعات نیز فشارکاری بالا با افزایش تنش شغلی و کاهش کیفیت ارائه خدمات بالینی به بیماران همراه بوده است. در مطالعه‌ای که به بررسی عوامل تعیین کننده تنش شغلی پرستاران شاغل در مراکز آموزشی- درمانی شهر قزوین پرداخته است، فشار کاری با تنش شغلی و کاهش کیفیت مراقبت از بیمار ارتباط معنادار داشت(۱۷).

هم‌چنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که به دلیل عدم تناسب گایدلاین‌ها یا راهنماهای عملکرد بالینی با شرایط و امکانات موجود در بیمارستان‌ها، مشارکت‌کنندگان برای تصمیم‌گیری در زمینه حل مسأله بیمار سردرگم می‌شوند؛ لذا بومی نبودن راهنماهای طبابت بالینی از جمله مشکلاتی است که می‌تواند منجر به اتخاذ تصمیمات بالینی نامناسب گردد. این در حالی است که هدف اصلی یک راهنمای بالینی برای ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، کمک به فرایند تصمیم‌گیری بالینی مبتنی بر شواهد علمی است. راهنماهای بالینی به طور فزاینده به عنوان بخش ضروری از سیستم‌های حرفه‌ای با کیفیت در نظر گرفته می‌شوند و در صورتی که صحیح، علمی و متناسب با جامعه هدف تدوین شوند، منجر به ارتقای کیفیت و حتی کمیت خدمات سلامت خواهند شد(۱۸).

در مطالعه‌ای که به بررسی عوامل مؤثر بر اجرای راهنماهای بالینی در ایران پرداخته است، محدودیت‌های سازمانی و عدم انطباق با محیط اجرایی از جمله موانع اجرای راهنماهای بالینی بودند(۱۹). نتایج مطالعه مذکور که نشان می‌دهد بومی نبودن راهنماهای بالینی بر کیفیت ارائه خدمات و اتخاذ تصمیمات بالینی مؤثر است، با یافته‌های پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد.

از سوی دیگر، کمبود تجهیزات موجود در بخش‌های بالینی بیمارستان، تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد علمی را با دشواری مواجه نموده بود؛ به طوری که رزیدنت‌ها به دلیل عدم وجود تجهیزات و امکانات، قادر به اجرای فرایندها به شیوه استاندارد و مبتنی بر شواهد علمی نبودند.

در مطالعه کرمانشاهی و همکاران که به بررسی موانع اجرای مراقبت مبتنی بر شواهد از دیدگاه کارکنان پرستاری پرداخته است، قابل اجرا نبودن نتایج تحقیقات در محیط بالینی به دلیل کمبود تجهیزات و امکانات موجود از جمله موانع اجرای مراقبت مبتنی بر شواهد بود که با یافته فوق هم‌راستا است(۲۰).

موضوع مهم دیگری که از منظر مشارکت‌کنندگان نقش مهمی در تصمیم‌گیری بالینی دارد، وجود جَو حمایتی و فضای حاکی از روابط احترام آمیز در محیط بالین است. از نظر مشارکت کنندگان، نحوه ارتباط با افراد در محیط بالین بر عملکرد آنان تأثیرگذار است. برخوردهای نامناسب اساتید و رزیدنت‌های ارشد در جمع همکاران و نیز تذکر اشتباهات با تندی و در حضور بیماران آنان را در انجام وظایف حرفه‌ای تضیف نموده و توانایی ابراز وجود در برخورد با شرایط خطیر را از آنان سلب کرده است.

هم‌چنین کاهش اعتماد به نفس به دنبال رفتارهای تحقیرآمیز در محیط بالین و احساس حقارت ناشی از آن، سبب تردید در تصمیم‌گیری‌ها و احساس ناکارآمدی در مدیریت و حل مشکل بیمار شده است. در تأیید این یافته می‌توان به مطالعات انجام شده در حیطه نقش مربی در ایجاد انگیزش دانشجویان و نیز حمایت حرفه‌ای کارکنان در محیط بالین اشاره نمود. نتایج مطالعات حاکی از آن است که بی توجهی و عدم حمایت از سوی مربی سبب کاهش عزت نفس و خودباوری در فراگیران می‌شود(۸).

در مطالعه‌ای که به بررسی عوامل بازدارنده و تسهیل‌کننده آموزش بالینی پرداخته است، حمایت از دانشجو توسط مربی هنگام روبرو شدن با مشکل از مهم‌ترین عوامل

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-07]

تسهیل‌کننده در یادگیری بالینی بود. همچنین رفتار متکبرانه، تند خویی و عصبانیت پرسنل به عنوان مهم‌ترین عامل بازدارنده در آموزش بالینی شناخته شد(۲۱).

روابط مناسب و حاکی از احترام مربیان و کارکنان بالینی سبب تقویت انگیزه فراگیران و احساس تمامیت آنان برای انجام امورات بالین مبتنی بر اصول علمی می‌شود. در مطالعه‌ای که به تبیین درک دانشجویان پرستاری از محیط یادگیری بالینی پرداخته است نشان داده شد که مواجه شدن دانشجویان با استقبال کارکنان بالینی در انجام کار، رغبت بیش‌تری را در آنان ایجاد کرده و عملکرد بهتری در ارائه خدمات به بیماران را در پی داشته است(۲۲).

یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر، عدم دسترسی به مشارکت‌کنندگان پژوهش به دلیل مشغله و بار کاری بالا بود که فرصت انجام مصاحبه را با محدودیت مواجه می‌نمود؛ لذا محقق تلاش نمود با انجام هماهنگی قبلی برای انجام مصاحبه‌ها و نیز مصاحبه تلفنی بر مشکل مذکور فائق آید. از سوی دیگر، عدم امکان مصاحبه با کلیه رشته‌های تخصصی، از دیگر محدودیت‌های این مطالعه است. استفاده از رویکرد کیفی و انجام مصاحبه در محل کار مشارکت‌کنندگان که امکان مشاهده مستقیم رفتار را فراهم می‌نمود، از نقاط قوت این مطالعه به شمار می‌رود.

نتیجه‌گیری

تصمیم‌گیری بالینی متأثر از عوامل گوناگون با ماهیت‌های متفاوت است. این پدیده در ساختاری متشکل از شرایط حاکم بر عرصه بالین، امکانات و تجهیزات موجود و در دسترس، روابط حرفه‌ای در محیط کاری و مشکلات موجود در روند تشخیص بالینی شکل می‌گیرد؛ لذا استراتژی‌های گوناگون در ابعاد مختلف ساختاری، آموزشی، نگرشی و بهبود روابط انسانی می‌تواند در اتخاذ تصمیمات مناسب و مبتنی بر شواهد علمی و حل مسأله بیمار راه‌گشا باشد. بر این اساس، رفع چالش‌ها مستلزم بسترسازی فرهنگی، آموزشی و حرفه‌ای است.

قدردانی

پژوهش حاضر با مشارکت دستیاران پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شده است و از مساعدت و همکاری این عزیزان صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمائیم. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد آموزش پزشکی به شماره ٦٤/١د/٦٩٤ است که در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز با کد اخلاق IR.TBZMED.REC: 1398.1269 به تصویب رسیده است.

منابع

1. Adib Haj Bagheri M, salsali M, Ahmadi F. [Clinical Decision-Making: a Way to Professional Empowerment in Nursing]. Iranian Journal of Medical Education. 2003; 3 (2) :3-13. [Persian]
2. Arzani A, Lotfi M, Abedi A. [Experiences and clinical decision-making of operating room nurses based on benner's theory]. Journal of Babol University Of Medical Sciences. 2016; 18(4): 35-40.[Persian]
3. Seidi J, Alhani F, Salsali M. [Exploration of structure of clinical judgment of nurses: A grounded theory study]. Journal of Qualitative Research in Health Sciences. 2014; 2(4): 297-309.[Persian]
4. Mirsaeedi G, Lackdizagi S, Ghoojazadeh M. [Demographic Factors Involved in Nurses' Clinical Decision Making]. Iran Journal of Nursing. 2011; 24(72): 29-36.[Persian]
5. Lakdizaji S, Mirsaeidi G, Ghoujazadeh M, Zamanzadeh V. [Nurses participation in clinical decision-making process]. Nursing & Midwifery Journal. 2010; 5(17): 19-25.[Persian]
6. AdibHagbaghery MA, Salsali M, Ahmadi F. The factors facilitating and inhibiting effective clinical decision-making in nursing: a qualitative study. BMC Nurs. 2004; 3(1): 1-11.
7. West A, West R. Clinical decision-making: coping with uncertainty. Postgrad Med J. 2002; 78(920): 319–321.
8. Hashemiparast M, Negarandeh R, Theofanidis D. Exploring the barriers of utilizing theoretical

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-07]

knowledge in clinical settings: A qualitative study. Int J Nurs Sci. 2019; 6(4): 399-405.
9. Farnan JM, Johnson JK, Meltzer DO, Humphrey HJ, Arora VM. Resident uncertainty in clinical decision making and impact on patient care: a qualitative study. Qual Saf Health Care. 2008; 17(2): 122-6.
10. Timmermans S, Angell A. Evidence-based medicine, clinical uncertainty, and learning to doctor. J Health Soc Behav. 2001 ; 42(4): 342-59.
11. Musavi M, Shojaee K, Azodi P, Jahanpour F. [Barriers and facilitators of clinical decision making among nurses]. Quarterly Journal of Nursing Management. 2016; 4(3): 9-17.[Persian]
12. Williams I, Brown H, Healy P. Contextual factors influencing cost and quality decisions in health and care: a structured evidence review and narrative synthesis. Int J Health Policy Manag. 2018 ; 7(8): 683–695.
13. Aspers P, Corte U. What is Qualitative in Qualitative Research. Qual Sociol. 2019; 42(2): 139-160.
14. Yong T. The Mode of Theoretical Knowledge and Practical Knowledge Combination: The Significance of Internship. World Journal of Education. 2012; 2(4): 55-63.
15. Azarmi S, Alari SH, Farsi Z. [Evidence-based approach in medical sciences with an emphasis on its importance in nursing education]. Journal of Educational Studies (NAMA). 2014; 2(4): 10-7.[Persian]
16. Nouhi E, Shakouri A. [The study of Facilities and Barriers to Evidence-Based Practice (EBP) in Nurses, view point of Kerman University of Medical Sciences]. Journal of Nursing Education. 2016; 5(2) : 24-30.[Persian]
17. Dehghankar L, Rahimi S, SamieiSiboni F, MohamadkhaniGhiasvand A, Norouzi Parashkouh N, JahaniHashemi H. [Determinants of job stress for married nurses working in clinical-educational hospitals in Qazvin]. Journal of Inflammatory Disease. 2017; 21(4): 64-56. [Persian]
18. Francke AL, Smit MC, de Veer AJ, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. BMC Med Inform Decis Mak. 2008; 8: 38.
19. Kimiaeimehr F, Hosseini SM, Alimohammadzadeh K, Bahadori M, Maher A.[The study of factors affecting the implementation of clinical guidelines in Iran]. Journal of Military Medicine. 2019; 21(3): 300-10.[Persian]
20. Kermanshahi S, Parvinian A M. [Barriers to Implementation of Evidence-Based Care: Viewpoints of Nursing Staff]. Iranian Journal of Medical Education. 2012; 12 (2) :84-92.[Persian]
21. Moridi G, Khaledi SH. [The Survey of Facilitating and Inhibiting Factors of Clinical Education from the Perspective of Intern Nursing Students of Faculty of Nursing and Midwifery.] Scientific Journal of Nursing Midwifery and Paramedical Faculty. 2015; 1(2): 10-9. [Persian]
22. Mirzaei R, Borhani F, Fasihi Harandi T. [Nursing students perception of clinical learning environments: A qualitative study]. Journal of Qualitative Research in Health Sciences. 2020; 4(1): 1-11.[Persian]

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-07]

Exploring the Experiences of Medical Residents from Clinical Decision- Making: A Qualitative Study

Mina Hashemiparast[1], Reza Negarandeh[2], Reza Ghaffari[3]

Abstract

Introduction: *Clinical decision-making is a key component of clinical practice that affects the quality of providing patient services. The explosion of medical knowledge and the need for autonomy of residents' performance has made clinical decision making more difficult for residents. This study explores the experiences of medical residents from clinical decision making.*

Methods: *A qualitative content analysis approach was adopted. Individual semi-structured interviews with medical residents were done. The participants were the medical residents from the hospitals of Tabriz University of medical sciences. Purposive sampling method with the maximum variation was employed. Data collected by individual semi-structured interviews until data saturation and concurrently analyzed. MAXQDA 10 was used to manage the textual data.*

Results: *Three main categories emerged from the experiences of medical residents including, inadequacy of clinical decision making requirements, decision making based on the prevailing conditions in the clinical setting and lack of supportive professional relations.*

Conclusion: *Given that clinical decision making is formed in a structure consisting of the climate of clinical setting, available facilities and equipment as well as professional relationships in workplace; therefore, elimination of barriers requires improving the cultural, educational, professional settings and interpersonal relationship.*

Keywords: Clinical decision- making, Clinical judgment, Medical resident; Patient care, Qualitative Research

Addresses:

[1.] Assistant Professor of Health Education and Promotion, Department of Health Promotion and Education, School of Public Health, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran. Email: mina.hashemi26@yahoo.com

[2.] Professor of Nursing Education, Nursing and Midwifery Care Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email: hnegarandeh@gmail.com

[3.] (✉) Assosiate Professor of Medical Education, Medical Education Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran. Email: ghafarir@gmail.com

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-07]