

## بررسی ارتباط تصمیم‌گیری بالینی و دیسترس اخلاقی در پرستاران بخش مراقبت ویژه کودکان

سیامک طهماسبی<sup>۱</sup>، فهیمه ثابتی<sup>۲</sup>، حمید حقانی<sup>۳</sup>، راحله محمدی<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت ۱۴۰۰/۱۱/۱۷ تاریخ پذیرش ۱۴۰۱/۰۵/۱۱

## چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** تصمیم‌گیری بالینی به‌موقع و منطقی از مهم‌ترین ویژگی‌های پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه می‌باشد. فرآیند تصمیم‌گیری در مراقبت از کودک می‌تواند زمینه‌ساز دیسترس اخلاقی در پرستاران گردد. با توجه به اهمیت عواقب ناشی از عدم تصمیم‌گیری مناسب و ایجاد دیسترس اخلاقی در پرستاران و تأثیر مستقیم آن در عملکرد حرفه‌ای آن‌ها، پژوهش حاضر در جهت تعیین ارتباط بین تصمیم‌گیری بالینی و دیسترس اخلاقی در پرستاران بخش مراقبت ویژه کودکان انجام گرفت.

**مواد و روش کار:** این پژوهش، یک مطالعه توصیفی-همبستگی می‌باشد. نمونه پژوهش شامل ۲۰۰ نفر از پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه کودکان مراکز آموزشی درمانی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران بوده که به روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه دموگرافیک، پرسشنامه دیسترس اخلاقی کورلی (۲۰۰۲) و پرسشنامه تصمیم‌گیری بالینی لوری (۲۰۰۱) بود. داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS16 و با بهره‌گیری از روش‌های آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد) و آزمون‌های آنالیز واریانس یک‌طرفه، کروسکال والیس و تی‌تست تحلیل شد.

**یافته‌ها:** تصمیم‌گیری بالینی در ۴۳ درصد از پرستاران موردپژوهش از نوع تحلیلی سیستماتیک و در ۵۷ درصد موارد از نوع تحلیلی شهودی بود. میانگین نمره تصمیم‌گیری بالینی در پرستاران ۴/۰۱ ± ۶۸/۷۱ بود. هیچ‌یک از پرستاران تصمیم‌گیری بالینی شهودی تفسیری نداشتند. میانگین دیسترس اخلاقی ۱۰۹/۳۶ ± ۲۲/۴۱ و در سطح متوسط بود. در این مطالعه بین تصمیم‌گیری بالینی و دیسترس اخلاقی ارتباط معنی‌دار آماری یافت نشد. تصمیم‌گیری بالینی با شیفت کاری ( $p=0/05$ ) و سابقه کار ( $p=0/045$ ) در پرستاران موردپژوهش ارتباط معنی‌دار آماری داشت. بین دیسترس اخلاقی نیز با وضعیت تأهل ( $p=0/032$ ) و تعداد فرزندان ( $p=0/04$ ) ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت.

**بحث و نتیجه‌گیری:** تصمیم‌گیری بالینی در بیش از نیمی از پرستاران بخش مراقبت ویژه کودکان از نوع شهودی بود. با توجه به اهمیت تصمیم‌گیری بالینی سیستماتیک و تفسیری در بخش مراقبت ویژه کودکان ضروری است در جهت ارتقا تصمیم‌گیری بالینی در پرستاران گام برداشته شود. همچنین دیسترس اخلاقی در پرستاران مورد مطالعه در سطح متوسط بود که با توجه به تأثیر آن بر رفتارهای مراقبتی پرستاران بخش مراقبت ویژه کودکان، طراحی و تدوین برنامه‌ها و کارگاه‌های آموزشی برای کمک به کاهش سطح دیسترس اخلاقی در پرستاران الزامی به نظر می‌رسد.

**کلیدواژه‌ها:** دیسترس اخلاقی، تصمیم‌گیری بالینی، پرستاران، بخش مراقبت ویژه کودکان

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیستم، شماره دوم، پیاپی ۱۵۱، اردیبهشت ۱۴۰۱، ص ۱۴۶-۱۳۷

آدرس مکاتبه: گروه پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران، تلفن: ۹۸۹۱۴۴۵۵۰۲۵۹

Email: mohammadirr1357@gmail.com

## مقدمه

موقعیت‌های تهدیدکننده زندگی دارند، اتخاذ می‌شود. علاوه بر آن سروکار داشتن با فتاوری‌های پیچیده مانند مانیتورها، بیماران با وضعیت بالینی ناپایدار و کمبود منابع، بار سنگینی را بر دوش پرستاران جهت انتخاب بهترین تصمیم بالینی می‌گذارد و بر روند

تصمیم‌گیری بالینی در بخش مراقبت ویژه کودکان<sup>۱</sup> اغلب در محیطی بحرانی و پراسترس که پرستاران نیاز به اخذ تصمیم‌های سریع جهت جلوگیری از بدتر شدن وضعیت بالینی بیماران به‌سوی

<sup>۱</sup> گروه پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

<sup>۲</sup> دکترای تخصصی پرستاری، گروه پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

<sup>۳</sup> مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

<sup>۴</sup> مربی پرستاری، گروه پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۱</sup> Pediatric Intensive Care Unit (PICU)

زمینه را برای نقص در روند بهبودی و افزایش مدت بستری فراهم می‌سازد (۱۱). همچنین علاوه بر موارد ذکر شده دیسترس اخلاقی می‌تواند در صورت استمرار باعث واکنش‌های عاطفی مثل عصبانیت، ناامیدی، گناه، اختلالات جسمی مانند سردرد و اختلالات خواب در پرستاران گردد (۱۲). دیسترس اخلاقی می‌تواند احساس پرستاران به توانایی‌ها و قدرت ابتکارشان را تحت تأثیر قرار دهد. مطالعات انجام‌شده بیانگر این است که به علت تنش اخلاقی، ۸۱ درصد پرستاران در بخش‌های ویژه، خودشان را بی‌قدرت و غیر مؤثر توصیف کرده‌اند، همین‌طور پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه در تصمیم‌گیری برای بیمارانشان به دلیل وجود تنش‌های اخلاقی احساس ناتوانی کرده‌اند (۱۳).

بخش‌های مراقبت ویژه کودکان اغلب به‌عنوان محیط‌هایی مطرح می‌شوند که مسائل اخلاقی در آن‌ها معمول است و تصمیم‌ها می‌توانند زندگی یا مرگ بیمار را تعیین کنند. این بخش‌ها به علت پویایی تیم‌های مراقبت از کودکان، والدین و مراقبت‌های سلامتی بحرانی دارای چالش‌های منحصر به فرد است. در این بخش‌ها ارتباط بین تیم پزشکی و والدین یا نزدیکان، امتناع والدین از درمان، رضایت آگاهانه و ساختارهای تصمیم‌گیری باعث می‌شود که پرستاران در تصمیم‌گیری‌های خود دچار تعارض شوند. از طرف دیگر در PICU برخی عوامل مانند تحمیل درمان از سوی خانواده، انجام اقدامات دردناک و گاهی غیرضروری برای کودک برای تیم سلامت بسیار استرس‌زا محسوب می‌شوند. بنابراین با توجه به ویژگی‌های بخش مراقبت ویژه و روابط سازمانی حاکم بر این بخش‌ها در بیمارستان‌های مختلف و همچنین تأثیر احتمالی ویژگی‌های فردی، دانش تئوری، عملی و تجارب علمی پرستاران شاغل در این بخش‌ها و همچنین نبود مطالعات کافی در مورد الگوهای تصمیم‌گیری و دیسترس اخلاقی در بیمارستان‌های کودکان در کشور و تمرکز بیشتر مطالعات به بخش‌های مراقبت ویژه بزرگسالان که الگوی متفاوت تصمیم‌گیری بالینی در آن حاکم است این مطالعه باهدف بررسی ارتباط بین تصمیم‌گیری بالینی و دیسترس اخلاقی در پرستاران بخش مراقبت ویژه کودکان مراکز آموزشی درمانی شهر تهران در سال ۱۴۰۰ انجام گرفت.

### مواد و روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی همبستگی است جامعه پژوهش، کلیه پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه کودکان مراکز آموزشی درمانی شهر تهران بودند. برای تعیین حجم نمونه در سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و با فرض اینکه ضریب همبستگی تصمیم‌گیری بالینی و دیسترس اخلاقی پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه کودکان حداقل ۰/۲ باشد تا این

تصمیم‌گیری بالینی پرستاران تأثیر می‌گذارد (۱). بنابراین با توجه به پیچیدگی و تغییرات سریع در وضعیت بالینی بیماران و نیاز به اقدامات فوری در بخش‌های مراقبت ویژه، تصمیم‌گیری بالینی به‌موقع و منطقی برای این پرستاران از اهمیت اساسی برخوردار است (۲). تصمیم‌گیری بالینی را می‌توان مداخلات و راهکارهایی دانست که به بهبود وضعیت بالینی بیمار از شرایط فعلی به شرایط مطلوب نهایی کمک می‌نماید. تصمیم‌گیری به‌موقع باعث تسریع پیشرفت فرایند درمان بیماران، رسیدگی بیشتر به آنان و کاهش هزینه‌های درمان شده (۳) و به‌عنوان عامل کلیدی در ارائه مراقبت‌های ایمن و کارآمد است. همچنین مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری‌ها باعث کاهش آسیب و مرگ‌ومیر ناشی از تصمیمات اشتباه و مدت‌زمان بستری می‌باشد (۴). عدم تصمیم‌گیری به‌موقع و مناسب می‌تواند مراحل درمان و مراقبت بیماران را طولانی و با مشکلاتی مواجه سازد (۵). پرستاران شاغل در PICU نه تنها به نیازهای کودک بلکه به خانواده او نیز اهمیت می‌دهند که ممکن است ایده‌های متناقضی در مورد مسیر درمانی اتخاذ شده توسط پرستار داشته باشند. بر این اساس، پذیرفتن خواسته‌های خانواده این کودکان در امر مراقبت به‌ویژه زمانی که پرستاران فکر می‌کنند انجام این کار به صلاح کودک نیست تصمیم‌گیری در این بخش‌ها را سخت‌تر می‌کند (۶). دیسترس اخلاقی به‌عنوان یک منبع بزرگ استرس در بخش‌های ویژه به‌خصوص در بخش PICU محسوب می‌شود. مراقبین سلامت زمانی دیسترس اخلاقی را تجربه می‌کنند که ارزش‌های اخلاقی آن‌ها با واقعیت‌های موجود در محیط کار در تعارض باشد (۷). بخش‌های مراقبت‌های ویژه اغلب به‌عنوان محیط‌هایی مطرح می‌شوند که مسائل اخلاقی در آن‌ها معمول است و تصمیم‌های اتخاذ شده می‌توانند زندگی یا مرگ بیمار را تعیین کنند. در بخش‌های مراقبت ویژه کودکان نیز به نظر می‌رسد که دوگانگی زندگی و مرگ در شدیدترین حالت خود باشد (۱). پرستاران بخش مراقبت ویژه کودکان در هنگام ارائه مراقبت، میزان زیادی عدم اطمینان را تجربه می‌کنند، که عمدتاً مربوط به تغییر روند بیماری است. ارتباط ناکافی و نظرات متفاوت یا ناسازگار بین تیم مراقبتی باعث می‌شود پرستاران احساس ناتوانی کنند (۸). مرگ یک کودک احساس عمیق تراژدی، ویرانی و سردرگمی دردناک را نسبت به بی‌عدالتی زندگی پایان‌یافته قبل از موعد تحریک می‌کند (۹).

دسترس اخلاقی پدیده‌ای است که می‌تواند بر روی پرستار، بیمار و سیستم‌های سلامتی تأثیرات متفاوتی داشته و منجر به عواقب زیان‌باری شود. این پدیده می‌تواند سبب شود که پرستار در زمینه مراقبت از بیمار دچار تعارض شده و از رویارویی با بیمار و ارائه مراقبت با کیفیت به وی اجتناب کند (۱۰). این شرایط خود

همبستگی از نظر آماری معنی‌دار تلقی گردد. تعداد نمونه در این پژوهش ۲۰۰ نفر محاسبه شد. که به روش در دسترس وارد مطالعه شدند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این مطالعه شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه دیسترس اخلاقی در پرستاران کورلی (۲۰۰۲) و پرسشنامه تصمیم‌گیری بالینی لوری و همکاران (۲۰۰۱) بود. پرسشنامه حاوی مشخصات فردی اجتماعی که اطلاعاتی در رابطه با سن، جنس، وضعیت تأهل، تعداد فرزند، میزان تحصیلات، سابقه کاری، وضعیت استخدامی، میزان درآمد، پست سازمانی بود. پرسشنامه دیسترس اخلاقی در پرستاران توسط کورلی (۲۰۰۲) ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۳۶ گویه است که شدت دیسترس اخلاقی پرستاران را می‌سنجد (۱۴). برای محاسبه امتیاز کلی پرسشنامه، نمره همه گویه‌های پرسشنامه با هم جمع می‌شود. دامنه امتیاز این پرسشنامه بین ۰ تا ۲۱۶ می‌باشد. هر چه امتیاز حاصل‌شده از این پرسشنامه بیشتر باشد، نشان‌دهنده میزان بیشتر و شدت دیسترس اخلاقی خواهد بود و بالعکس (۱۴). در مطالعه بیکمراد و همکاران (۱۳۹۱) روایی پرسشنامه حاضر با استفاده از روش اعتبار محتوی سنجیده شده است. جهت تعیین پایایی پرسشنامه نیز در مطالعه فوق از روش آزمون مجدد استفاده گردیده است بدین‌صورت که پرسشنامه طراحی‌شده توسط ۲۰ نفر از افراد با مشخصات همسان با جامعه پژوهش تکمیل شد. دو هفته بعد پرسشنامه‌ها توسط همان افراد مجدداً تکمیل شد. سپس ضریب همبستگی پیرسون برای دو سری پرسشنامه مورد محاسبه قرار گرفت (۸۲/۱ = r). همچنین، ضریب آلفای کرونباخ نیز جهت تعیین پایایی درونی ابزار محاسبه گردید (۹۳/۰ = α) (۱۵).

پرسشنامه تصمیم‌گیری بالینی لوری و همکاران (۲۰۰۱) دارای ۲۴ عبارت است که با بار معنایی مثبت و منفی با مقیاس لیکرت پنج‌تایی توانایی تصمیم‌گیری بالینی پرستاران را می‌سنجد. نمره‌گذاری مقیاس برای جملات دارای بار معنایی مثبت از ۵ (همیشه) تا یک (هرگز) و برای عبارات با بار معنایی منفی، برعکس است. شرکت‌کنندگان در مطالعه می‌توانند نمره‌ای از ۲۴ تا ۱۲۰ کسب کنند که: نمره زیر ۶۷ نشان‌دهنده تصمیم‌گیری تحلیلی سیستماتیک، نمره بین ۶۸ تا ۷۸ سطح دوم تصمیم‌گیری یعنی تحلیلی شهودی و نمره بالای ۷۸ نشان‌دهنده سطح سوم تصمیم‌گیری بالینی یعنی شهودی تفسیری است (۱۶). پایایی و روایی این پرسشنامه در مطالعه پایراد و همکاران (۲۰۱۱) حمایت شده است و همبستگی درونی آلفای کرونباخ آن ۰/۷۵ محاسبه گردیده است (۱۷). پژوهشگر همچنین جهت تعیین روایی محتوایی هر دو پرسشنامه دیسترس اخلاقی و تصمیم‌گیری بالینی، آن‌ها را در اختیار سه نفر از اعضای هیئت‌علمی دانشکده پرستاری مامایی

ایران قرار داد و پس از جمع‌آوری نظرات اصلاحی و پیشنهادی ایشان، تغییرات لازم اعمال شد. همچنین در مطالعه فوق پایایی ابزار از طریق آلفای کرونباخ سنجیده شد و ضریب همسانی درونی پرسشنامه دیسترس اخلاقی و تصمیم‌گیری بالینی ۰/۸ محاسبه شد. محقق پس از اخذ کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی (IR.IUMS.REC.1400.390) و معرفی‌نامه به بیمارستان‌ها مراجعه کرده و پس از معرفی خود، توضیح اهداف پژوهش، نحوه انجام کار، توضیح در مورد محرمانه بودن اطلاعات و کسب رضایت آگاهانه کتبی برای شرکت در مطالعه اقدام به نمونه‌گیری نمود. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: داشتن ۶ ماه سابقه کاری در PICU و نداشتن بیماری خاص جسمانی و روانی که نتایج پژوهش را تحت تأثیر قرار دهد. پس از تکمیل هر پرسشنامه پژوهشگر به‌طور اجمالی آن را بررسی نمود و در صورت ناقص بودن، از شرکت‌کننده مورد نظر درخواست شد که آن را تکمیل نماید و هیچ قسمتی بدون پاسخ نباشد. جهت جلوگیری از سوگیری و تبادل نظر پرستاران با همدیگر، نمونه‌گیری و تکمیل پرسشنامه‌ها به‌صورت انفرادی و جداگانه انجام شد؛ این مراحل تا پایان پژوهش رعایت شد. پس از گردآوری داده‌ها و حصول اطمینان از صحت داده‌های وارد شده از نرم‌افزار آماری SPSS16 جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. جداول توزیع فراوانی و میانگین و انحراف معیار در قالب آمار توصیفی ارائه شد و جهت پاسخ به سؤالات پژوهش از آزمون t مستقل، کروسکال والیس و آنالیز واریانس استفاده شد. در این پژوهش سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

#### یافته‌ها

بر اساس یافته‌های مطالعه اکثر پرستاران مورد پژوهش یعنی ۸۲/۵ درصد زن بودند و میانگین و انحراف معیار سنی آن‌ها ۳۷/۰۵±۷/۲۹ سال بود. ۴۸/۵ درصد متأهل و سطح تحصیلات اکثریت یعنی ۸۵/۵ درصد در سطح کارشناسی بود. ۳۲ درصد از پرستاران مورد پژوهش شیفت کاری صبح و ۳۰ درصد شیفت در گردش بودند که نسبت به سایر شیفت‌های کاری فراوانی بیشتری داشت. سابقه کار اکثر پرستاران مورد پژوهش یعنی ۷۳ درصد ۵ سال و بالاتر بوده و ۴۱/۷ درصد دارای ۲ فرزند و بیشتر بودند. ۸۱ درصد از پرستاران مورد پژوهش اعلام کرده بودند به رشته پرستاری علاقه‌مند هستند. وضعیت استخدامی ۳۷ درصد پیمانی و ۶۱/۵ درصد وضعیت اقتصادی خود را در سطح متوسط گزارش کردند. یافته‌های مطالعه نشان داد میانگین نمره تصمیم‌گیری بالینی در پرستاران ۴/۰۱±۶۸/۷۱ بود. نتایج در مورد گویه‌های مربوط به

اخلاقی ارتباط معنی‌دار آماری به دست نیامد ( $t=0.351$ )، سایر یافته‌های مطالعه نشان داد تصمیم‌گیری بالینی با شیفت کاری ( $p=0.05$ ) و سابقه کار ( $p=0.045$ ) در پرستاران مورد پژوهش ارتباط معنی‌دار آماری داشته است. به‌طوریکه ۲۸/۳ درصد از پرستاران با شیفت در گردش تصمیم‌گیری سیستماتیک داشتند در حالی که ۷۱/۷ درصد تصمیم‌گیری شهودی داشتند. ۲۵/۶ درصد از پرستاران با سابقه کاری ۳ تا ۵ سال تصمیم‌گیری سیستماتیک داشتند در حالی که ۷۴/۴ درصد تصمیم‌گیری شهودی داشتند (جدول ۲).

هم‌چنین دیسترس اخلاقی با وضعیت تأهل ( $p=0.032$ ) و تعداد فرزندان ( $p=0.04$ ) ارتباط معنی‌دار آماری داشته است. مقایسه دو به دو نشان‌دهنده آن بود که دیسترس اخلاقی در پرستاران مجرد به‌طور معنی‌داری بالاتر از سایر وضعیت‌های تأهل بود ( $p=0.036$ ) و در بقیه موارد این اختلاف معنی‌دار نبود. اما در رابطه با تعداد فرزندان مقایسه دو به دو اختلاف معنی‌داری را بین سطوح تعداد فرزندان نشان نداد (جدول ۲).

تصمیم‌گیری بالینی در پرستاران مورد پژوهش نشان داد که پایین‌ترین نمره تصمیم‌گیری مربوط به گویه "اهدافی را برای مراقبت از بیمار تعیین می‌نمایم که اندازه‌گیری آن‌ها آسان باشد" با میانگین  $1/42 \pm 0/67$  بوده و بالاترین نمره میانگین  $4/51 \pm 0/7$  مربوط به گویه "بر اساس عکس‌العمل بیمار، با انعطاف‌پذیری روش کار خویش را تغییر می‌دهم" بوده است. هم‌چنین یافته‌ها مطالعه نشان داد که تصمیم‌گیری بالینی در ۴۳ درصد از پرستاران مورد پژوهش تحلیلی سیستماتیک و در ۵۷ درصد از نوع تحلیلی شهودی بوده و هیچ‌کدام تصمیم‌گیری شهودی تفسیری نداشتند (جدول ۱). بر طبق نتایج میانگین دیسترس اخلاقی در پرستاران  $109/36 \pm 22/41$  بود. دیسترس اخلاقی در پرستاران مورد پژوهش در گویه "انجام اقدامات احیای قلبی ریوی در بیماران لاعلاج" با میانگین و انحراف معیار  $1/05 \pm 1/76$  پایین‌ترین و در گویه "توقف درمان و مراقبت بیمار فاقد توانایی پرداخت هزینه‌ها بنا بر مقررات" با میانگین و انحراف معیار  $5/21 \pm 1/84$  بالاترین میانگین را در بین گویه‌های دیسترس اخلاقی کسب کردند. در این مطالعه بین تصمیم‌گیری بالینی و دیسترس

**جدول (۱): توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار تصمیم‌گیری بالینی در پرستاران بخش مراقبت ویژه کودکان**

تصمیم‌گیری بالینی	فراوانی	درصد
تحلیلی سیستماتیک	۸۶	۴۳
تحلیلی شهودی	۱۱۴	۵۷
شهودی تفسیری	۰	۰
جمع کل	۲۰۰	۱۰۰
انحراف معیار $\pm$ میانگین	۶۸/۷۱ $\pm$ ۴/۰۱	
پیشینه-کمینه	۵۶-۷۸	

**جدول (۲): میانگین و انحراف معیار دیسترس اخلاقی و فراوانی و درصد تصمیم‌گیری بالینی پرستاران بخش مراقبت ویژه کودکان برحسب مشخصات فردی**

مشخصات فردی	دیسترس اخلاقی		نوع آزمون	تصمیم‌گیری		نتیجه آزمون
	میانگین	انحراف معیار		تحلیلی سیستماتیک	تصمیم‌گیری تحلیلی شهودی	
جنسیت	مرد	۱۱۱/۲	۱۸/۰۶	۳۷/۱	۲۲	$t=0/534$
	زن	۱۰۸/۹۶	۲۳/۲۵	۷۳	۶۳/۹	$df=198$
سن	کمتر از ۳۰	۱۰۸/۶۶	۲۵/۰۹	۳۰/۳	۲۳	$F=0/032$
	۳۰-۳۹	۱۰۹/۷۵	۲۴/۶۳	۴۴	۴۹	$P=0/968$
وضعیت تأهل	متاهل	۱۱۳/۱۱	۲۳/۰۴	۴۱	۵۶	$P=0/032$
	متاهل	۱۰۹/۱۷	۱۸/۰۹	۳۲	۵۶/۸	

$\chi^2 = 1/337$	۶۰/۳	۴۱	۳۹/۷	۲۷	کروسکال	۲۵/۰۹	۱۰۲/۶۴	مجرد
df=۲	۴۸/۶	۱۷	۵۱/۴	۱۸	والیس	۷/۷۹	۱۱۲	سایر
P=۰/۵۱۳								
$\chi^2 = 3/377$	۵۹/۶	۱۰۲	۴۰/۴	۶۹	تی	۲۳/۷۴	۱۰۹/۰۵	کارشناسی
df=۱	۴۱/۴	۱۲	۵۸/۶	۱۷	مستقل	df=۱۹۸		کارشناسی
P=۰/۰۶۶						P=۰/۶۴۵	۱۱/۹۴	۱۱۱/۱۳
								ارشد و دکتری
$\chi^2 = 7/82$	۴۸/۴	۳۱	۵۱/۶	۳۳	کروسکال	۲۱/۹	۱۱۰/۰۱	صبح
df=۳	۵۱/۴	۱۹	۴۸/۶	۱۸	والیس	۸/۴۲	۱۰۸/۸۶	عصر
P=۰/۰۵	۵۳/۸	۲۱	۴۶/۲	۱۸		۱۳/۶	۱۱۰/۹۷	شب
	۷۱/۷	۴۳	۲۸/۳	۱۷		۳۱/۸۴	۱۰۷/۹۱	در گردش
$\chi^2 = 6/21$	۴۶/۷	۷	۵۲/۳	۸	آنالیز	F=۰/۷۴۹	۲۵/۶۶	۱-۳
df=۲	۷۴/۴	۲۹	۲۵/۶	۱۰	واریانس	P=۰/۴۷۴	۲۴/۶۹	۳-۵
P=۰/۰۴۵	۵۳/۴	۷۸	۴۶/۶	۶۸			۲۱/۴۵	۱۰۹/۵۶
								۵ و بالاتر
$\chi^2 = 1/925$	۶۴/۹	۲۴	۳۵/۱	۱۳	آنالیز	F=۳/۳۰۳	۱۱/۹۵	۰
df=۲	۵۲/۵	۲۱	۴۷/۵	۱۹	واریانس	P=۰/۰۴	۲۰/۰۸	۱
P=۰/۳۸۲	۵۰/۹	۲۸	۴۹/۱	۲۷			۲۳/۴۱	۱۱۵/۴۵
								۲ و بیشتر
$\chi^2 = 0/58$	۵۷/۴	۹۳	۴۲/۶	۶۹	تی	t=۰/۲۶۲	۲۳/۸۴	۱۰۹/۵۶
df=۱	۵۵/۳	۲۱	۴۴/۷	۱۷	مستقل	df=۱۹۸	۱۴/۹۸	۱۰۸/۵
P=۰/۸۱						P=۰/۷۹۳		
								بله
$\chi^2 = 1/87$	۵۳/۳	۸	۴۶/۷	۷	آنالیز	F=۰/۳۴	۲۵/۳۷	۱۰۳/۷۳
df=۳	۶۱/۵	۲۴	۳۸/۵	۱۵	واریانس	P=۰/۷۹۶	۲۳/۰۴	۱۰۹/۸۹
P=۰/۰۶	۵۱/۴	۳۸	۴۸/۶	۳۶			۲۰/۸۸	۱۰۹/۹۵
	۶۱/۱	۴۴	۳۸/۹	۲۸			۲۳/۲۴	۱۰۹/۶۲
								قراردادی
$\chi^2 = 1/428$	۵۵/۶	۱۰	۴۴/۴	۸	آنالیز	F=۰/۶۴۸	۱۸/۵۳	۱۰۷/۵۵
df=۲	۶۰/۲	۷۴	۳۹/۸	۴۹	واریانس	P=۰/۵۲۴	۲۲/۵۸	۱۰۸/۲۹
P=۰/۴۹	۵۰/۸	۳۰	۴۹/۲	۲۹			۲۳/۲	۱۱۲/۱۳
								بد
								متوسط
								خوب

## بحث

ناشی از آن سبب شده است پرستاران در استفاده از منابع و شواهد علمی در زمینه تصمیم‌گیری بالینی در ارائه مراقبت بیماران فاصله بگیرند و کم رنگ شدن استفاده از مطالعات مبتنی بر شواهد سبب افزایش به کارگیری مراقبت شهودی در بین پرستاران مورد مطالعه در پژوهش حاضر شده است. نتایج مطالعه ما با مطالعه Maharmeh و همکاران (۲۰۱۶) هم راستا می‌باشد. نتایج این مطالعه نشان داد که پرستاران بیشتر از تصمیم‌گیری شهودی در بالین استفاده کرده، و یکی از مهم‌ترین تأثیرگذار در این نوع تصمیم‌گیری را تجربیات پرستاران بیان می‌کنند (۱۸). همچنین مطالعه شهرکی مقدم و همکاران (۱۳۹۵) نشان داد که مشارکت پرستاران در تمام مراحل تصمیم‌گیری بالینی در سطح متوسط قرار داشت و برنامه

نتایج مطالعه نشان داد که بیش از نیمی (۵۷ درصد) از پرستاران بخش مراقبت ویژه کودکان از تصمیم‌گیری بالینی نوع تحلیلی شهودی استفاده کرده بودند. بنابراین می‌توان گفت که بیشتر پرستاران مورد مطالعه در پژوهش حاضر تا حدودی اعتقادات و ارزش‌های شخصی خود را در تصمیم‌گیری‌های بالینی خود به کار گرفته‌اند. همچنین اتخاذ تصمیم‌گیری بالینی شهودی در بین پرستاران مورد مطالعه در پژوهش حاضر نشان‌دهنده قدرت تصمیم‌گیری بالینی براساس تجارب بالینی پرستاران می‌باشد. محدودیت زمانی پرستاران به دلیل مشغله کاری‌شان که زمان بسیار زیادی را صرف خدمات مراقبتی در مراکز درمانی می‌کنند و خستگی

ریزی جهت ارتقا مهارت تصمیم‌گیری بالینی در این مطالعه پیشنهاد شد (۱۹).

طبق نتایج به دست آمده میانگین نمره دیسترس اخلاقی پرستاران شاغل  $22/41 \pm 10/36$  از نمره کلی ۲۱۶ بود که نشان‌دهنده سطح متوسط دیسترس اخلاقی در بین پرستاران مورد مطالعه می‌باشد. بهبودی و همکاران (۱۳۹۷) در مطالعه خود باهدف ارزیابی وضعیت شدت دیسترس اخلاقی پرستاران شاغل در بخش کودکان با پرستاران بخش مراقبت ویژه کودکان در بیمارستان‌های استان مازندران، دیسترس اخلاقی در ۷۵ درصد پرستاران بخش کودکان و ۵۸/۸ درصد پرستاران بخش مراقبت ویژه کودکان را در سطح پایین گزارش کردند. به این ترتیب حدود ۴۱/۲ درصد پرستاران PICU دیسترس اخلاقی در سطح متوسط داشتند (۲۰) که با نتایج مطالعه حاضر مطابقت ندارد. از جمله دلایل عدم مطابقت نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر، می‌توان به عواملی نظیر تنوع فرهنگی و تفاوت در ارزشها و عقاید پرستاران در نقاط مختلف کشور اشاره نمود. نتایج مطالعه مهدیون و همکاران نیز همسو با نتایج مطالعه حاضر نشان‌دهنده حساسیت اخلاقی متوسط به بالای پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران بود (۲۱).

در رابطه با تعیین ارتباط بین ابعاد مختلف تصمیم‌گیری بالینی و دیسترس اخلاقی، نتایج نشان داد هیچگونه ارتباط معناداری بین تصمیم‌گیری تحلیلی سیستماتیک و تصمیم‌گیری شهودی با دیسترس اخلاقی در بین پرستاران مورد مطالعه وجود نداشت. بنابر نتایج مطالعه حاضر تصمیم‌گیری بالینی نقشی در دیسترس اخلاقی پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه کودکان نداشت. در پژوهش Ozden و همکاران (۲۰۱۳) در ترکیه، نتایج نشان‌دهنده ارتباط بین دیسترس اخلاقی در پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه و تصمیم‌گیری بالینی بود به طوری که سطح دیسترس اخلاقی بالا در درک نحوه مراقبت از بیماران و دخالت در تصمیم‌گیری در درمان و مراقبت بیماران نقش داشت که با نتایج مطالعه حاضر مطابقت ندارد (۲۲). از جمله دلایل عدم همسویی بین نتایج مطالعه حاضر با مطالعه Ozden و همکاران را می‌توان در سطح بالاتر دیسترس اخلاقی تجربه شده پرستاران مطالعه مذکور در مقایسه با پرستاران مطالعه ما در نظر گرفت. به نظر می‌رسد دیسترس اخلاقی بالاتر قابلیت تأثیر در تصمیم‌گیری بالینی پرستاران را دارا می‌باشد. نتایج مطالعه Escolar-Chua و همکاران (۲۰۱۸) نیز نشان داد پرستارانی که سطح بالاتری از دیسترس اخلاقی را بیان می‌کردند در تصمیم‌گیری نسبت به نحوه ارائه مراقبت به بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه ضعف بیشتری را گزارش می‌کردند (۲۳). نتایج مطالعه Mehliis و همکاران (۲۰۱۸)

در آلمان نشان‌دهنده ارتباط بین دیسترس اخلاقی در پرستاران با تصمیم‌گیری بالینی در بیماران مبتلا به سرطان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه در مراحل انتهایی زندگی بود (۲۴) که با نتایج مطالعه ما مطابقت نداشت، به نظر می‌رسد بیماران مبتلا به سرطان در مرحله انتهایی زندگی به دلیل شرایط جسمانی و بحرانی که در آن قرار دارند دشواری‌های فراوان در زمینه تصمیم‌گیری بالینی ایجاد کرده که همین مساله تأثیر مستقیمی در دیسترس اخلاقی پرستاران دارد. در مطالعه حاضر کودکان به دلایل مختلفی در بخش مراقبت‌های ویژه بستری بودند که بستری به دلیل سرطان تنها بخش کوچکی از دلایل بستری کودکان در بخش مراقبت‌های ویژه می‌باشد بنابراین با توجه به اینکه سطح دیسترس اخلاقی در بین پرستاران در مطالعه حاضر به نسبت مطالعه Mehliis و همکاران کمتر بوده، قضاوت بالینی نیز به همین میزان در مطالعه حاضر از چالش کمتری برخوردار بوده است با توجه به مطالب گفته شده احتمال می‌رود نوع بیماری بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه و شرایط آن‌ها تأثیر مستقیمی در تصمیم‌گیری بالینی و دیسترس اخلاقی پرستاران این بخش دارند.

در رابطه با بررسی ارتباط مشخصات فردی با تصمیم‌گیری بالینی در پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه کودکان، نتایج نشان داد تصمیم‌گیری بالینی با شیفت کاری و سابقه کار در پرستاران مورد پژوهش ارتباط معنی‌دار آماری داشت. بیشتر پرستاران در پژوهش حاضر تصمیم‌گیری بالینی از نوع شهودی داشتند و عوامل شیفت کاری پرستاران و سابقه کاری در آنان در اتخاذ این نوع تصمیم‌گیری بالینی مؤثر بوده است. نتایج مطالعه Truglio-Londrigan و همکاران نیز همسو با نتایج مطالعه حاضر نشان داد که دانش و تجربه بالینی از عوامل تسهیل‌کننده تصمیم‌گیری بالینی در بین پرستاران می‌باشد. خودکارآمدی و اعتماد به نفس رابطه‌ی مستقیمی با تجربه دارند به طوری که هر چه تجربه‌ی فرد بالاتر باشد اعتماد به نفس قوی‌تری دارد (۲۵) بنابراین ارتباط بین سابقه کار بالینی پرستاران با تصمیم‌گیری بالینی در آنان قابل انتظار است. Amoroso و همکاران (۲۰۱۹)، در نتایج مطالعه خود غیرهمسو با نتایج مطالعه حاضر رابطه آماری معنی‌داری بین شاخص‌های جمعیت‌شناختی پرستاران آمریکایی شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه (سن، جنسیت، سابقه کار بالینی و وضعیت شغلی) با تصمیم‌گیری بالینی در بین آنان گزارش نکردند (۲۶). نتایج مطالعه موسوی نسب و همکاران غیرهمسو با نتایج مطالعه حاضر بیانگر عدم وجود هرگونه ارتباط معنادار بین سابقه‌ی کاری، سطح تحصیلات، سن و جنسیت پرستاران شاغل در بخش‌های مختلف بیمارستانی با تصمیم‌گیری بالینی در بین آنان بود (۲۷). به نظر می‌رسد علت اصلی تفاوت در بین نتایج مطالعه حاضر با مطالعه

موسوی نسب و همکاران، تفاوت در بین متغیرهای فردی-اجتماعی بین جامعه مورد مطالعه در پژوهش‌ها باشد.

در رابطه بررسی ارتباط مشخصات فردی با دیسترس اخلاقی نتایج نشان داد سطح دیسترس اخلاقی در پرستاران مجرد به‌طور معنی‌داری بالاتر از پرستاران متأهل بود. در تبیین اخذ چنین نتایجی می‌توان گفت که از آنجایی که پرستاران مجرد به احتمال بالاتری در سنین پایین‌تر به نسبت پرستاران متأهل هستند و تجربه بالینی پایین پرستاران یکی از موانع حساسیت اخلاقی در بین آنان می‌باشد و با افزایش تجربه بالینی پرستاران نسبت به مسائل اخلاقی حساسیت بیشتری پیدا کرده و به مرور زمان با افزایش کسب مهارت‌های شغلی و همچنین افزایش آگاهی پرستاران از نقش حمایتی و مؤثر خود در امر مراقبت از بیماران می‌تواند سبب افزایش سطح حساسیت اخلاقی در بین آنان شده (۲۸) که پیامدهایی نظیر افزایش سطح دیسترس اخلاقی قابل پیش بینی می‌باشد. همچنین سطح دیسترس اخلاقی در پرستاران دارای یک فرزند بیشتر از پرستاران بدون فرزند و یا دارای ۲ فرزند و بیشتر بود. احتمالاً احساس مسئولیت در قالب نقش والدینی سبب می‌شود که پرستاران نیاز به مراقبت ویژه بیشتری را برای این کودکان درک کنند. نتایج مطالعه Altaker و همکاران (۲۰۱۸)، غیر همسو با نتایج مطالعه حاضر نشان‌دهنده دیسترس اخلاقی بالاتر زنان پرستار در زمینه مراقبت از بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه بود (۲۹). بالاتر بودن میانگین نمره دیسترس اخلاقی در زنان پرستار ممکن است به دلیل برخورداری زنان از روحیه حساس‌تر در امر مراقبت باشد که در نتیجه بیشتر موقعیت‌های چالش‌زای اخلاقی را درک می‌کنند. در مطالعه شهرپوری و همکاران نیز ارتباط معنی‌دار آماری بین جنسیت پزشکان و دیسترس اخلاقی وجود داشت که انظرآن‌ها درک زنان در توجه به عقاید بیماران و همراهان آنان در تصمیم‌گیری‌های بالینی نقش موثری دارد (۳۰). نتایج مطالعه Jeon و همکاران (۲۰۱۹) و مطالعه تقوی و جودکی (۱۳۹۹) نشان داد که پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه با بیش از ۴ سال سابقه کار بالینی دارای دیسترس اخلاقی بیشتری نسبت به سایر پرستاران بودند که با نتایج مطالعه حاضر همسو نمی‌باشد. در واقع انجام تجربیات تکراری که در رابطه با دیسترس کار بالینی می‌باشد منجر به تشدید دیسترس اخلاقی پایه یا اولیه در پرستاران و دیسترس‌های باقی مانده از تجربیات قبلی آنان می‌شود که بدیهی است در هر دو شرایط میزان تنش و دیسترس اخلاقی در پرستاران افزایش می‌یابد (۲۸، ۳۱). در مطالعه حاضر با توجه به نتایج مطالعه در پرستاران با سابقه کاری بالای ۵ سال میانگین نمره دیسترس

اخلاقی کمتر از سایر پرستاران با سابقه کاری کمتر بود، بنابراین می‌توان گفت پرستاران مورد مطالعه در پژوهش حاضر با سابقه کاری حداقل ۵ سال از توانایی بالاتری در حل معضلات اخلاقی و در نتیجه کاهش سطح دیسترس اخلاقی برخوردار بوده‌اند. از جمله محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به پاندمی کرونا و بار کاری بالای پرستاران، عدم همکاری برخی از واحدهای پژوهش جهت پاسخگویی به پرسشنامه‌ها اشاره کرد. که محقق سعی کرد با مراجعات متعدد و ارائه توضیحات در مورد اهمیت موضوع و فواید آن همکاری و اعتماد پرستاران را جلب نماید. پیشنهاد می‌گردد این پژوهش با وسعت مکانی و نمونه‌های بیشتر و بصورت مقایسه‌ای در بخش‌های مختلف انجام پذیرد.

### نتیجه‌گیری

بیش از نیمی از پرستاران مورد مطالعه در پژوهش حاضر تصمیم‌گیری بالینی از نوع شهودی داشتند. بنابراین لازم است در جهت ارتقا اتخاذ تصمیم‌گیری بالینی سیستماتیک و تفسیری در پرستاران گام برداشته شود که این امر از طریق تقویت دانش، تجربیات بالینی، خودباوری و اعتماد به نفس، حمایت‌های سازمانی نظیر تشویق مدیران پرستاری به شرکت در تصمیم‌گیری بالینی، برقراری رابطه مؤثر با پزشک، استفاده از تجارب و مهارت‌های بالینی پرستاران در تشخیص‌های پزشکی و مراقبت از بیمار، همکاری بین تیمی در چالش‌های بالینی، کاهش حجم کاری پرستاران و ایجاد فرصت استفاده از منابع اطلاعاتی می‌تواند در بهبود فرایند تصمیم‌گیری بالینی پرستاران امکان‌پذیر گردد. با توجه به سطح متوسط دیسترس اخلاقی پرستاران مورد مطالعه و تأثیر آن بر رفتارهای مراقبتی آنان در نحوه ارائه مراقبت به کودکان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، طراحی و تدوین برنامه‌ها و کارگاه‌های آموزشی برای کمک به کاهش سطح دیسترس در پرستاران از طریق شناسایی شرایط استرس‌زا ناشی از مراقبت‌های پرستاری در این بخش و کاهش سطح قرارگیری پرستاران در معضلات و دو راهی‌های اخلاقی با در نظر گرفتن عوامل فردی-اجتماعی و شغلی مؤثر بر آن‌ها الزامی به نظر می‌رسد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه دانشجویی در مقطع کارشناسی ارشد پرستاری می‌باشد. بدین وسیله پژوهشگران مراتب قدردانی و تشکر خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران و کلیه پرستاران شرکت‌کننده در این پژوهش اعلام می‌دارند.

## References

- Gagnon M. Moral distress in pediatric intensive care nurses: experiences with the death and dying of child patients. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Nursing. Faculty of Nursing University of Alberta.2020.
- Ramezani BF, Nikbakht NA, Parsa YZ, Taleghani F. Intellectual reasoning and clinical decision making criteria of critical care nurses: a qualitative study. *Adv Nurs Midwifery* 2010;20(68):11-19.
- Ghafourian-Abadi S, Kamrani F. Critical care nurses' participation in clinical decision making with physicians. *Cardiovas Nurs J* 2016;5(2):22-9.
- Rostamniya L, Ghanbari V, Kazemnejad Leili E, Pasha A, Karimi Rozveh A, Pariyad E. Factors associated with nurses' participation in clinical decision making. *Iran J Nurs* 2014;27(88):66-76.
- Mirsaeedi G, Lackdizagi S, Ghoojazadeh M. Demographic factors involved in nurses' clinical decision making. *Iran J Nurs* 2011;24(72):29-36.
- Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, Puntillo KA, Kross EK, Hart J, et al. Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. *Crit Care Med* 2017;45(1):103-28.
- Austin W, Kelecevic J, Goble E, Mekechuk J. An overview of moral distress and the pediatric intensive care team. *Nurs Ethics* 2009;16(1):57-68.
- Vanderspank-Wright B, Efstathiou N, Vandyk AD. Critical care nurses' experiences of withdrawal of treatment: A systematic review of qualitative evidence. *Int J Nurs Stud* 2018;77:15-26.
- Beckstrand RL, Rawle NL, Callister L, Mandelco BL. Pediatric nurses' perceptions of obstacles and supportive behaviors in end-of-life care. *Am J Commit Cancer* 2010;19(6):543-52.
- Shafiei A, Ravani Pur M, Yazdankhah Fard M, Mirzaee K. The relationship between moral distress and burnout among nurses of Shahid Ganji Hospital, Borazjan in 1394. *Nurs Vulnerable J* 2016;2(5):15-26.
- Molazem Z, Tavakol N, Sharif F, Keshavarzi S, Ghadakpour S. Effect of education based on the "4A Model" on the Iranian nurses' moral distress in CCU wards. *J Med Ethics Hist Med* 2013;6:5.
- Trotochaud K, Coleman JR, Krawiecki N, McCracken C. Moral distress in pediatric healthcare providers. *Pediatr Nurs* 2015;30(6):908-14.
- Naboureh A, Imanipour M, Salehi T, Tabesh H. The relationship between moral distress and self-efficacy among nurses in critical care and emergency units in hospitals affiliated to Ahvaz Jundishapur university of medical sciences in 2015. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2015;14(6):443-54.
- Corley. MC. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nurs Ethics* 2002;9(6):636-50.
- Beikmoradi A, Rabiee S, Khatiban M, Cheraghi, M. A. Nurses distress in intensive care unit: a survey in teaching hospitals. *J Med Ethics Hist Med* 2012;5(2):58-69.
- Lauri S, Salanterä S, Chalmers K, Ekman S, Kim H, Käppeli S, et al. An exploratory study of clinical decision-making in five countries. *J Nurs Scholarsh* 2001;33(1):83-90.
- Paryad. E, Javadi N, Fadakar K AS. Relationship between critical thinking and clinical decision making in nursing students. *Iran J Nurs* 2011;24(73):63-71.
- Maharmeh M, Alasad J, Salami I, Saleh Z, Darawad M. Clinical decision-making among critical care nurses: A qualitative study. *Health* 2016;8:1807-19.
- Shahraki Moghaddam E, Sadat Manzari Z, Ghandehari Motlagh Z. The evaluation of nurse,s clinical decision making in intensive care unit at the teaching hospitals of Mashhad. *J Semnan Univ Med Sci* 2017;24(2):107-13 (Persian).
- Behbodi M, Shafipour V, Amiri M. Comparison of moral distress severity between pediatric ward and pediatric intensive care unit nurses. *J Religion Health* 2018;6(1):19-28 (Persian).



21. Mahdiyoun S, Pooshgan Z, Imanipour M RZ. Correlation between the Nurses, Moral Sensitivity and the observance of patients' rights in ICUs original article. *Med Ethics J* 2017;11(40):7-14. (Persian).
22. Ozden D, Karagozogu S, Yildirim G. Intensive care nurses' perception of futility: job satisfaction and burnout dimensions. *Nurs Ethics* 2013;20:436-47.
23. Escolar-Chua RL. Moral sensitivity, moral distress, and moral courage among baccalaureate Filipino nursing students. *Nurs Ethics* 2018;25(4):458-69.
24. Mehlis K, Bierwirth E, Laryionava K, Mumm, F H, Hiddemann W, Heußner P, Winkler E C. High prevalence of moral distress reported by oncologists and oncology nurses in end of life decision making. *Psycho-Oncol* 2018;27(12):2733-9.
25. Truglio-Londrigan M, Slyer JT. Shared decision-making for nursing practice: an integrative review. *Open Nurs J* 2018;12(1):1-10.
26. Amoroso S, Chalela JA. Perception of provision of futile care among clinicians in the neuroscience intensive care unit. *J Neurosci Nurs* 2019;51(5): 249-52.
27. Mosavi nasab M, Shojaei Kh, Azodi P, Jahanpour F J. Barriers and facilitators of clinical decision making among nurses. *Q J Nurs Manag* 2015;4(3):9-17 (Persian).
28. Taghavi Larijani T, Jodaki K. The Relationship between moral distress and nurses' turnover intention in intensive care unit nurses. *Med Ethics J* 2020;13(45):6. (Persian).
29. Altaker KW, Howie-Esquivel J, Cataldo JK. Relationships among palliative care, ethical climate, empowerment, and moral distress in intensive care unit nurses. *Am J Crit Care* 2018;27(4):295-302.
30. Shahryari E, Vahedian M, Adeli SH, Jangholi E, Gharehbeblou M, Mesgaranzadeh M, Qasemzadeh MJ, Ahdi GH, Shahrzad ME. Attitudes of physicians to futile treatment at the end of life care. *Life Sci J* 2013;10:1-10. (Persian).
31. Jeon KB, Park M. Relationship of ICU nurses' difficulties in end-of-life care to moral distress, burnout and job satisfaction. *J Korean Acad Nurs Adm* 2019;25(1): 42-51.

## INVESTIGATING THE RELATIONSHIP BETWEEN CLINICAL DECISION MAKING AND MORAL DISTRESS OF NURSES WORKING IN PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT

Siamak Tahmasebi<sup>1</sup>, Fahimeh Sabeti<sup>2</sup>, Hamid Haghani<sup>3</sup>, Raheleh mohammadi<sup>4\*</sup>

Received: 06 February, 2022; Accepted: 02 August, 2022

### Abstract

**Background & Aim:** Timely and rational clinical decision making is one of the most important characteristics of nurses working in intensive care units. The decision-making process while caring the children can lead to moral distress in the nurses. Due to the importance of complications resulted from the lack of proper decision making and from creating moral distress in the nurses and its direct effect on their professional performance, the present study was conducted to determine the relationship between clinical decision making and moral distress of nurses working in pediatric intensive care units.

**Materials & Method:** This research is a cross-sectional correlational study. The research sample consisted of 200 nurses working in PICU Educational and Medical Centers of Tehran University of Medical Sciences who were included in the study by continuous sampling method. Data were collected using demographic questionnaire, Corelli Demographic and Moral Distress questionnaire (2002), and Laurie's Clinical Decision questionnaire (2001). Research data were analyzed by SPSS 16 software using descriptive statistics (frequency, mean and standard deviation) as well as one-way analysis of variance, Kruskal Wallis, and t-test.

**Results:** Clinical decision-making in 43% of the researched nurses was of systematic analytical type and in 57% of them was of intuitive analytical type. The mean score of clinical decision making in the nurses was  $68.71 \pm 4.01$ . None of the studied nurses had interpretive/intuitive clinical decision-making. The mean value for moral distress was at a medium level of  $109.36 \pm 22.41$ . In this study, no statistically significant relationship was found between clinical decision making and moral distress. Clinical decision making had a statistically significant relationship with work shift ( $p=0.05$ ) and with work experience ( $p=0.045$ ) in the researched nurses. There was a statistically significant relationship between moral distress and marital status ( $p=0.032$ ) and number of children ( $p=0.04$ ).

**Conclusion:** Clinical decision making in more than half of the nurses of the PICU. Considering the importance of systematic and interpretive clinical decision making in the PICU, it is necessary to take efficient steps to improve clinical decision making in the nurses. Also, the moral distress in the studied nurses was at an average level, and due to its effect on the care behaviors of the nurses in the PICU, it is necessary to design and compile training programs and workshops to help reduce the level of moral distress in the nurses.

**Keywords:** Moral Distress, Clinical Decision Making, Nurses, Pediatric Intensive Care Unit

**Address:** Department of Pediatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

**Tel:** +989144550359

**Email:** mohammadirr1357@gmail.com

Copyright © 2022 Nursing and Midwifery Journal

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

<sup>1</sup> Department of Pediatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Department of Pediatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Nursing Care Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>3</sup> Nursing Care Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>4</sup> Department of Pediatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Nursing Care Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author)