

## تبیین تجارب دستیاران گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی جهرم از عوامل و موانع موثر بر تصمیم‌گیری بالینی: یک مطالعه کیفی

نویسندگان:

فاطمه افتخاریان<sup>۱</sup>، مهسا پاریایی<sup>۱</sup>، فاطمه رحمانیان<sup>۲</sup>، نوید کلانی<sup>۳</sup>، ژیلار رحمانیان<sup>۱\*</sup>

۱- استادیار گروه داخلی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

۲- رزیدنت گروه داخلی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

۳- مرکز تحقیقات مولفه‌های اجتماعی نظام سلامت، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

Pars Journal of Medical Sciences, Vol.21, No.3, Fall 2023

### چکیده:

**مقدمه:** تصمیم‌گیری بالینی بر اساس تفسیر و ارزیابی داده‌های جمع‌آوری شده انجام می‌شود، تا از میان راه‌های مختلف، طرح درمانی مناسب مبتنی بر شواهد انتخاب شود. تصمیم‌گیری در محیط بالین با شرایط پویا، متغیر، نامطمئن و غیرپایدار، ابعاد مختلفی داشته و عوامل متعددی بر آن اثرگذار است به طوری که با مطالعات اندک و مقطعی نمی‌توان شناخت عمیقی نسبت به آن پیدا کرد. از این رو، مطالعه حاضر با هدف تبیین تجارب دستیاران گروه داخلی در خصوص عوامل و موانع موثر بر تصمیم‌گیری بالینی در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی جهرم انجام شد.

**روش کار:** این پژوهش یک مطالعه تحلیل محتوای قراردادی بود که طی آن هشت دستیار گروه داخلی از بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی جهرم به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در مطالعه شرکت کردند. جمع‌آوری داده‌ها به روش مصاحبه فردی عمیق نیمه ساختارمند انجام شد. کلیه مصاحبه‌ها ضبط و دست‌نویس شدند و سپس به روش گرانهایم و لاندمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** در تحلیل داده‌ها چهار مضمون اصلی و ۱۴ زیرطبقه مشخص شد. مضامین اصلی عبارت بودند از: معیارهای تصمیم‌گیری بالینی، موانع تصمیم‌گیری بالینی، تسهیل‌کننده‌های تصمیم‌گیری بالینی و ضرورت توسعه آموزش دستیاران.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به این که تصمیم‌گیری بالینی بر پایه منفعت همه جانبه بیمار، اصول اخلاقی و شواهد انجام می‌گیرد و کمبود دانش نظری، تجربه اندک و مهارت ناکافی، نبود تخصص، کمبود تجهیزات و امکانات رفاهی مناسب همراه با فشار کاری می‌تواند تصمیم‌گیری درست را با مشکل مواجه سازد، بهتر است در برنامه‌ریزی آموزشی بر رفع کمبودهای مذکور تاکید بیشتری شود.

**واژگان کلیدی:** دستیار، گروه داخلی، تصمیم‌گیری بالینی، مطالعه کیفی

Pars J Med Sci 2023;21(3):1-10

### مقدمه:

انتخاب یک راه از میان راه‌های مختلف را فرایند تصمیم‌گیری می‌گویند. این فرایند زمانی موثر و سازنده خواهد بود که در آن فرد قادر باشد انتخاب خود را به شیوه درست و مطلوب انجام دهد [۱]. تصمیم‌گیری بالینی در واقع انتخاب بهترین عمل در راستای رسیدن به اهداف مطلوب درمانی است که از میان چندین گزینه مطرح انجام می‌شود [۲]. از آن جا که تصمیم‌گیری بالینی بر اساس تفسیر و ارزیابی داده‌های جمع‌آوری شده برای انتخاب یک

طرح درمانی مبتنی بر شواهد از میان راه‌های مختلف انجام می‌شود، از این رو فرایندی متناوب، مستمر و در حال تکامل خواهد بود [۳]. با توجه به این که تصمیم‌گیری بالینی یا استدلال بالینی به توانایی پردازش اطلاعات و تصمیم‌گیری در مورد تشخیص و درمان بیماران اشاره دارد آن را می‌توان به عنوان یک توانایی فرضی - قیاسی و شایستگی تشخیص الگو نیز در نظر گرفت [۴ و ۵].

\* نویسنده مسئول، نشانی: استادیار گروه داخلی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، خیابان استاد مطهری، جهرم، ایران.

پست الکترونیک: dr.j.rahmanian@gmail.com

تلفن تماس: ۰۹۱۷۷۹۱۶۱۷۵

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۸/۰۱

اصلاح: ۱۴۰۲/۰۷/۲۰

دریافت: ۱۴۰۲/۶/۸

بر اساس جستجوهای انجام شده در متون علمی و پایگاه‌های داده، مطالعات در حیطه تصمیم‌گیری بالینی بیشتر به صورت کمی و اغلب در محدوده تصمیمات بالینی گروه پرستاری انجام شده است. تنها مطالعه در خصوص تصمیم‌گیری بالینی دستیاران موجود، مطالعه هاشمی‌پرست و همکاران است که از تجارب دستیاران پزشکی در مورد تصمیم‌گیری بالینی، سه طبقه اصلی شامل نارسایی الزامات تصمیم‌گیری بالینی، الزام به تصمیم‌گیری مبتنی بر شرایط حاکم بر عرصه بالین و فقدان حمایت حرفه‌ای را استخراج کرده‌اند. آن‌ها معتقدند با توجه به شکل‌گیری تصمیمات بالینی در ساختاری متشکل از شرایط حاکم بر عرصه بالین، امکانات و تجهیزات موجود و نیز روابط حرفه‌ای محیط کاری، رفع چالش‌های مرتبط با تصمیم‌گیری بالینی مستلزم بسترسازی فرهنگی، آموزشی، حرفه‌ای و نیز بهبود روابط میان فردی است [۱۷]. گامبورگ و همکاران نیز در مطالعه‌ای نشان دادند عدم قطعیت زمانی در تصمیمات بالینی پزشکان تأثیر می‌گذارد که بالینگران نقش حرفه‌ای خود را با عدم قطعیت تطبیق نمی‌دهند. این مطالعه بیان می‌کند برای این که دستیاران یاد بگیرند به عنوان یک تصمیم‌گیرنده انطباقی عمل کنند، به حمایت زمینه‌ای نیاز دارند و نقش حرفه‌ای در صلاحیت تصمیم‌گیری بسیار مهم است [۱۸].

از آن‌جا که تصمیم‌گیری بالینی دستیاران جنبه‌های مختلفی دارد و عوامل متعددی بر آن اثرگذار است، در نتیجه نمی‌توان با تعدادی معدود مطالعه مقطعی شناخت عمیقی نسبت به آن پیدا کرده و وضعیت تصمیم‌گیری را ارزیابی کرد. از سویی، مطالعات اندکی که در حیطه تصمیم‌گیری بالینی دستیاران انجام شده است، بیشتر به صورت کمی و اغلب در محدوده تصمیمات پرستاران است. از این رو، مطالعه حاضر با هدف تبیین تجارب دستیاران گروه داخلی از تصمیم‌گیری بالینی در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی چهارم انجام شد.

### روش کار:

این پژوهش کیفی از نوع تحلیل محتوای قراردادی است که در سال ۱۴۰۲ انجام شد. با توجه به هدف مطالعه، یعنی تبیین تجارب دستیاران گروه داخلی از تصمیم‌گیری بالینی در بیمارستان، این روش پژوهش روش مناسبی برای به دست آوردن و تحلیل داده‌های غنی از سوی مشارکت‌کنندگان است. یکی دیگر از دلایل انتخاب، مناسب بودن پژوهش‌های کیفی برای تبیین موضوعاتی است که دانش اندکی درباره آن‌ها وجود دارد [۱۹] و اغلب بر مبنای مشاهدات و تفسیر درک افراد از پدیده‌های مختلف در مجموعه‌های واقعی می‌باشد. در حقیقت، در این نوع پژوهش خود پژوهشگر به عنوان یک ابزار پژوهش مطرح است

دست‌اندرکاران امور درمانی مهارت‌های لازم برای تصمیم‌گیری بالینی مؤثر را از راه‌های مختلف از جمله تجربه و دانش به اشتراک گذاشته شده با دیگر همکاران، تجزیه و تحلیل انتقادی، پژوهش مستمر و توسعه حرفه‌ای مداوم گسترش می‌دهند. این امر در تمام زمینه‌های پزشکی از جمله تشخیص، درمان، پیش‌آگهی، ارتباطات و سایر تصمیم‌گیری‌های پزشکی وجود دارد. با این حال، قضاوت پزشک، منتقدان خاص خود را داشته و گاهی اوقات به شدت به عنوان یک جعبه سیاه غیرمنطقی و غیرقابل درک و با شفافیت کم توصیف می‌شود [۶ و ۷]. یادگیری دستیاران از تصمیم‌گیری بالینی نیز به دلیل تنوع اساسی در محیط بالین و دانش و تجربه اندک آنان همواره با چالش‌هایی همراه است [۸ و ۹].

مطالعات مختلف برای محیط بالینی ویژگی‌هایی همچون شرایط پویا، متغیر، نامطمئن و غیر پایدار برشمرده اند که دقت هر چه بیشتر در قضاوت‌های بالینی و استفاده از مهارت‌های فنی و دانش حرفه‌ای را ضروری می‌سازد [۱۰]. فرایند تصمیم‌گیری نیازمند توانمندی و استقلال در عمل بوده و فرد فاقد استقلال در اخذ تصمیم نمی‌تواند به صورت حرفه‌ای عمل کند [۱۱].

تصمیم‌گیری صحیح می‌تواند منجر به تسریع فرایند درمان، کاهش هزینه‌ها، استفاده درست از منابع انسانی و تجهیزات و در نهایت بهبود کیفیت ارائه خدمات به بیمار شود. از این رو، ارزیابی انواع برنامه‌های مراقبتی و درمانی و اتخاذ تصمیمات مناسب در موقعیت‌های خاص ضروری به نظر می‌رسد [۱۲]. مطالعه انجام شده در سال ۱۹۹۹ گزارش کرده است که سالانه حدود ۱۰۰ هزار بیمار در نتیجه تصمیم‌گیری نادرست در مراکز مراقبت‌های بهداشتی فوت می‌کنند [۱۳]، این درحالی است که تاسون و همکارانش در سال ۲۰۱۱ هشدار داده بودند که ۳۴ درصد از حوادث ناخواسته‌ای که برای بیماران اتفاق می‌افتد به دنبال تصمیم‌گیری نادرست است [۱۴]. آنان معتقدند تصمیم‌گیری امری پیچیده است و بدون درک و فهم عمیق شرایط، حاصل نمی‌شود. دانش و تجربه در تصمیم‌گیری بالینی دو عامل بسیار مهم هستند، ولی تصمیم‌گیری موفق تنها به این دو عامل محدود نیست [۱۵]. عوامل مختلفی فرایند تصمیم‌گیری فردی و گروهی را تحت تأثیر قرار می‌دهند که ممکن است درونی یا بیرونی باشند. عوامل درونی شامل متغیرهایی مانند وضعیت روحی و جسمی، مشخصات فردی، ارزش‌ها، تجربیات گذشته، تمایلات، دانش و نگرش است. عوامل بیرونی نیز شامل شرایط محیطی و زمان می‌باشد. این در حالی است که ارزش‌های فردی می‌توانند همه جنبه‌های تصمیم‌گیری از تعریف مسئله تا چگونگی ارزشیابی را تحت تأثیر قرار دهد [۱۶].

در این پژوهش، برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از رویکرد تحلیل محتوای کیفی به روش گرانهایم و لاندمن استفاده شد [۲۳]. بدین منظور ابتدا مصاحبه‌های ضبط شده، در اولین فرصت در نرم‌افزار Microsoft office 2013 تایپ و برای تحلیل و کدبندی به نرم‌افزار MAXQDA 10 منتقل و فرایند کدبندی سازماندهی شد. متن مصاحبه‌ها پس از چندین مرتبه بازخوانی دقیق توسط پژوهشگر به صورت سیستم کدگذاری باز برای تولید طبقه‌های اولیه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای این کار، ابتدا متن مصاحبه‌ها به واحدهای معنایی تقسیم و در مرحله بعد خلاصه‌سازی و به کدهای اولیه تبدیل شدند. در گام بعد، طراحی انتزاعی کردن واحدهای معنایی و انتخاب کدها انجام شد. کدهای مختلف بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌ها با هم مقایسه شده و به طبقه‌هایی دسته‌بندی شدند. در نهایت، با مقایسه طبقات با یکدیگر و تامل دقیق و عمیق روی آن‌ها، محتوای نهفته در داده‌ها تحت عنوان درون‌مایه مطالعه به دست آمد [۲۴]. نقاط مبهم و نیازمند توجه، علاوه بر بازنگری توسط مشارکت‌کنندگان در مصاحبه‌های بعدی نیز مورد بررسی قرار گرفت و نقاط ابهام برطرف و جایگاه کدها در هر طبقه به طور کامل مشخص شد. در گام پنجم در سطح تفسیری، طبقات تلخیص و مفهوم مرکزی هر طبقه مشخص و مفاهیم اصلی و انتزاعی استخراج شدند. مفاهیم بر اساس شرح مضامین درونی با توجه به کل داده‌ها مورد بازبینی قرار گرفت [۲۵]. از معیارهای گوبا و لینکن که شامل چهار معیار اعتبار، وابستگی، تاییدپذیری و انتقال‌پذیری است برای ارزیابی روایی، دقت و استحکام داده‌ها استفاده شد [۲۳]. به منظور رعایت اصول پژوهش، در تمام مراحل کار، پژوهشگران تلاش کردند آن دسته از احساسات و تجارب شخصی خود که می‌توانست بر روند مطالعه تاثیر منفی داشته باشد را با کسب آگاهی از طریق بازاندیشی افکار، عقاید و احساسات خود در زمینه موضوع مورد مطالعه کشف و مهار کنند. همچنین خلاصه‌ای از نتایج، همراه با درون‌مایه‌های اصلی و فرعی نیز به اطلاع مشارکت‌کنندگان رسانیده شد تا از صحت آن‌ها اطمینان حاصل شود. به علاوه، تعدادی از اطلاعات مصاحبه‌ها نیز در اختیار چند نفر از همکاران آشنا با پژوهش کیفی گذاشته و توسط آنان کدگذاری شد که تشابه کدهای استخراجی مبین صحت نتایج بود. در نهایت، تلاش شد ضمن گزارش نتایج کلیه مراحل کار به طور دقیق و با جزئیات، امکان استفاده از آن در سایر مطالعات فراهم شود.

### یافته‌ها:

در این مطالعه هشت دستیار گروه داخلی مشارکت داشتند که همگی در حال تحصیل در سومین سال دوره تحصیلی دستیار

[۲۰]. هدف تمام مطالعات کیفی، توصیف پدیده مورد مطالعه و درک عمیق تجربه زنده افراد در محیط طبیعی آن‌هاست [۲۱]. جمع‌آوری داده‌ها در بیمارستان‌های وابسته به دانشکده علوم پزشکی جهرم از دستیاران گروه داخلی بود که به صورت هدفمند انتخاب شده بودند. در نمونه‌گیری هدفمند پژوهشگر به دنبال افرادی است که تجربه ای غنی از پدیده‌های مورد بررسی داشته و توانایی و تمایل به بیان آن را دارند [۲۲].

معیارهای ورود به مطالعه داشتن حداقل یک سال سابقه تحصیل در این دوره، داشتن سابقه انجام کار در محیط بالینی و توانایی برقراری ارتباط مناسب در مصاحبه بود. مشارکت‌کنندگان در این مطالعه هشت نفر رزیدنت داخلی بودند. زمان و مکان مصاحبه برحسب توافق تعیین شد. مصاحبه‌ها به شکل چهره به چهره توسط مصاحبه‌گر در فضای مناسب داخل بخش و یا بر اساس نظر مشارکت‌کننده در فضای دیگری از بیمارستان (دفتر واحد توسعه تحقیقات بالینی) انجام شد. مدت زمان مصاحبه‌ها بین ۳۰-۶۰ دقیقه بود. قبل از شروع هر مصاحبه از شرکت‌کنندگان رضایت نامه آگاهانه و کتبی گرفته شد. هر مصاحبه به صورت فردی و با رعایت حریم خصوصی افراد انجام شد. به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها به صورت محرمانه و بدون ذکر نام ضبط و ثبت می‌شود. مصاحبه‌ها به صورت عمیق و بدون ساختار و سپس در ادامه نیمه ساختارمند انجام شد. در مطالعه حاضر از مجموعه‌ای از سوالات از پیش طراحی شده و مرتبط با موضوع پژوهش، برای هدایت جریان مصاحبه و گردآوری داده‌ها استفاده شد. مصاحبه‌ها با سوالات عمومی شروع و با پیشرفت فرایند مصاحبه و تحلیل هم زمان داده‌ها و نیز نوع پاسخ مشارکت‌کنندگان سوالات جزئی‌تر پرسیده شد. همچنین بر اساس نیاز، در مصاحبه‌ها از سوالات کاوشی همچون "منظور شما چیست؟" یا "اگر می‌توانید بیشتر توضیح دهید." استفاده شد.

سوالات اصلی که در مصاحبه از دستیاران پرسیده شد عبارت بودند از: منظور از تصمیم‌گیری بالینی چیست؟ چه موقعیت‌هایی تصمیم‌گیری بالینی شما را با چالش روبرو کرده است؟ فکر می‌کنید تردیدهایی که در تصمیم‌گیری‌های بالینی خودتان دارید ناشی از چیست؟ به نظر شما جایگاه امکانات بالینی و فضای فیزیکی در تصمیم‌گیری بالینی چه تأثیری دارد؟ چه عواملی در اتخاذ تصمیم‌گیری درست برای حل مشکل بیمار به شما کمک می‌کند؟ جایگاه استدلال بالینی مبتنی بر شواهد در تصمیمات بالینی شما چیست؟ بعد از انجام مصاحبه با نفر ششم هیچ اطلاعات جدیدی به دست نیامد، ولی برای اطمینان از اشباع داده‌ها دو مصاحبه دیگر نیز انجام شد.

بودند. به لحاظ جنسیتی چهار شرکت کننده زن و چهار شرکت کننده مرد بودند. تجزیه و تحلیل مصاحبه‌های شرکت کنندگان از مجموع ۳۴ کد باز، منجر به استخراج چهار مضمون اصلی و ۱۴ زیر طبقه شد که در ادامه تشریح می‌شوند (جدول ۱).

### معیارهای تصمیم‌گیری بالینی

تجربه دستیاران گروه داخلی مشارکت کننده در این مطالعه نشان داد که تصمیم‌گیری آنان مبتنی بر لحاظ همه جانبه منافع بیمار، اصول اخلاق پزشکی و همچنین شواهد باشد.

در نظر گرفتن منفعت همه جانبه بیمار در تصمیم‌گیری‌های بالینی علاوه بر این که زمینه رعایت حقوق بیمار را فراهم می‌سازد، افزایش رضایت‌مندی را نیز به دنبال دارد. این معیار در مصاحبه‌ها به صورت زیر مشهود بود:

"... این که بهترین تصمیم که به نفع بیمار از هر لحاظی باشد بگیرم، به خصوص در این شرایط که اندکی شرایط اقتصادی، شرایط خانوادگی بیمار و همچنین شرایط محیطی بیمار، بتونم بهترین تصمیم رو براش بگیرم..." (مشارکت کننده شماره ۴).

"... برای ما گاهی تصمیمات بستگی به شرایط اقتصادی داره، اگه بیمار شرایط اقتصادیش نمی‌کشید با مددکار بالینی صحبت می‌کنیم. چیزهایی که لازمه واسه بیمار درخواست میدیم. پس هم شرایط بیمار مهمه، شرایط خانوادگی بیمار و شرایط اقتصادی بیمار..." (مشارکت کننده شماره ۸).

برخی مشارکت‌کنندگان بر تصمیم‌گیری بالینی مبتنی بر کدها و دستورالعمل‌های اخلاقی اشاره کرده‌اند هرچند در نقطه مقابل، به چالش‌های تصمیم‌گیری مبتنی بر اخلاق پزشکی هم اشاره شد:

"... به نظر من خیلی از بیمارانی که به ما مراجعه می‌کنند علاوه بر این که دردهای سوماتیک دارند دردهای سایکوتیک هم دارند بدون اخلاق پزشکی اصلاً ما قادر نیستیم که اون مریض رو منیجمنت و درمان بکنیم و من خوشحالم در مقایسه با سایر مراکزی که ما مراجعه می‌کنیم الحمدالله در این مرکز ما، این قضیه به خوبی رعایت می‌شه و همه همکاران این اخلاق پزشکی رو در رأس پروسیجرهایی که قراره برای بیمار انجام بشه قرار می‌دهند..." (مشارکت کننده شماره ۳).

"... اخلاق پزشکی خیلی تأثیر داره. واقعاً مهمه. واقعاً به ما در بالین کمک میکنه و من سعی ام رو کردم که تا حالا بتونم رعایت کنم. باز رعایت کردنش هم سخته..." (مشارکت کننده شماره ۴).

تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد یکی دیگر از معیارهای تصمیم‌گیری بالینی از نگاه مشارکت‌کنندگان بود:

"... پزشکی مبتنی بر شواهد در واقع یک استفاده آگاهانه و درست از بهترین شواهد فعلی در تصمیم‌گیری در مورد بیمار هستش

حالا در مورد مراقبت از بیمار. هدفش مجموعاً اینه که تجربه پزشکی اون شرایط بیمار ارزش‌های بیمار و بهترین اطلاعات علمی رو در کنار هم بگذارید و در مورد بیمار تصمیم بگیرید..." (مشارکت کننده شماره ۲).

"... خب ما وقتی مریض رو می‌بینیم معاینات روتین رو انجام می‌دیم و بر اساس شواهدی که در حین معاینه مشاهده می‌کنیم به اضافه حالا مطالعات پاراکلینیکی روی مریض انجام شده حالا این دو تا رو کنار هم می‌ذاریم و تصمیم می‌گیریم که برای مریض باید چه کاری انجام بدیم... مهم‌ترین گزینه برای درمان طب مبتنی بر شواهد... اخلاق پزشکی چیز خیلی خوبیه، ولی اجراض سخته..." (مشارکت کننده شماره ۶).

"... ببینید بله من بخوام توضیح بدم کل دنیا داره به سمت پزشکی مبتنی بر شواهد پیش می‌ره و طبیعتاً ما هر روز با استدلال بالینی سر و کار داریم. خیلی وقت‌ها شده که اگه خودمون هم از پیش بر نیایم در قالب یک گراند راند یا در قالب یک سی پی سی، این قضیه رو مطرح می‌کنیم تا با یک خرد جمعی اون مسأله بالینی به وجود آمده رو با هم استدلال کنیم. بله به نظر من این قضیه پزشکی مبتنی بر شواهد داره هر روز برای ما اتفاق می‌افته..." (مشارکت کننده شماره ۷).

### موانع تصمیم‌گیری بالینی

تجارب شرکت کنندگان در این مطالعه نشان داد که به طور کلی چهار مورد کمبود شامل کمبود دانش نظری، تجربه اندک و مهارت ناکافی، کمبود متخصص، کمبود امکانات و تجهیزات، کمبود امکانات رفاهی در کنار فشار کاری زیاد به عنوان بازدارنده‌ها در تصمیم‌گیری درست نقش دارند. کمبود دانش نظری، تجربه اندک و مهارت ناکافی از مهمترین موانع تصمیم‌گیری بالینی بودند که در اکثر مصاحبه‌ها به آن اشاره شد. به طور مثال:

"... به نظر من پایه‌ای‌ترین چیز راجع به اطلاعات اندک هست... این که حالا می‌گم بیشتر این قضایا مربوط به اوایی می‌شه که ما رزیدنت شدیم هر چه که دایره اطلاعاتمون بیشتر باشه از ابزار به روز... و حالا مراجع بیشتری استفاده کنیم به نظر می‌رسه تردیدهای بالینی مون هم کمتر بشه و هر چه کیس بیشتری ببینیم..." (مشارکت کننده شماره ۳).

"... آموزش در علم پزشکی خیلی مهم هست ما انتظار داریم با توجه به این که یک سری کیس‌هایی که ما توی چهرم داریم که نمی‌بینیم و تعدادشون اندک هست حداقل به صورت تئوری کال این کیس‌ها رو به ما آموزش داده بشن آموزش‌های تئوری هست و در نهایت هم همون کیس دیدن‌های مکرر می‌تونه منجر به حالا حل این چلنج بشه..." (مشارکت کننده شماره ۷).

### تسهیل‌کننده‌های تصمیم‌گیری بالینی

در این مضمون تجارب دستیاران گروه داخلی مشارکت‌کننده در این مطالعه سه عامل مشورت با اساتید و رزیدنت‌های با سابقه تر، کاوش از بین منابع به روز قبل از تصمیم‌گیری و همکاری تیمی پزشکان و پرستاران مشخص شد.

"... زمانی که بخوایم بر عدم اطمینان خود در تصمیم‌گیری بالینی برای حل مشکل بیمار فائق بیام؛ ... دوتا کار انجام میدم: اول سعی می‌کنم که ما دیگه روی گوشی خدا روشکر سایت‌های مختلف به خصوص آپ تو دیت داریم. از روی این چک می‌کنیم و بعدش هم الحمدلله اتندهامون خیلی خوبن. حتماً مشورت می‌کنیم." (مشارکت‌کننده شماره ۴).

"خب دیگه خیلی وقت‌ها درسته که ما رزیدنتیم، اما در هر صورت دانشجو هستیم خیلی وقت‌ها مجبوریم اتندها رو اذیت کنیم و زنگ بزنیم کانسالت می‌کنیم یه جاهایی حالا خودمون می‌تونیم اگر بتونیم که خودمون اگر هم نتونیم از رزیدنت‌هایی که مافوق هستند، خیلی پیش اومده و خیلی وقت‌ها کشیک نبودند و من بهشون زنگ زدم و کشیک نبودند." (مشارکت‌کننده شماره ۳).

"... خب ما رزیدنتیم دیگه ما وقتی کم بیاریم نهایتش از سال بالا و آخرش اتند مشورت می‌کنیم حالا می‌گم یک سری رفرنس‌ها هم داریم دیگه که ما به اون رفرنس‌ها هم مراجعه می‌کنیم برخی مواقع که تردید داریم از رفرنس‌ها هم استفاده می‌کنیم، ولی این سلسله مراتب یک مقدار بیشتر کمک می‌کنه که سریع تر به نتیجه برسیم..." (مشارکت‌کننده شماره ۶).

"... همون طور که عرض کردم عوامل فیزیکی هست عوامل تیمی هست اگه قوی باشه مثلاً شما یک مجموعه پرستاری مثلاً قوی داشته باشید اصلاً شما برخی مواقع توی یه بخشی پرستاری می‌بینی بعد خیالت راحت می‌شه که امشب فلانیه مثلاً فلان بیمار من هم از لحاظ شرایط بالینی خوب نیست، ولی خیالت راحت که حالا فلانی هست یک تیم قوی مجموعه قوی علاوه بر امکانات توی بخش نداشته باشیم نمی‌تونیم کاری بکنیم مثلاً یه مریضی نیاز به مانیتور داره می‌تونی مثلاً نفرستیش آی سی یو خب مثلاً توی بخش مانیتور باشه خب کمکت می‌کنه یک پرستار قوی باشه کمکت می‌کنه یک اینترن قوی یک اکسترن قوی باشه کمکت می‌کنه و از همه مهم تر سواد خودتون که به روز باشه و بتونی به هر حال مریض رو توی شرایط بحرانی نگه بداری..." (مشارکت‌کننده شماره ۵).

در تجارب مشارکت‌کنندگان این مطالعه به اهمیت ارتقای دانش نیز اشاره شده است. برای مثال:

"... به نظرم اول علمه یعنی این که باید به صورت بیسیک اون درسا رو کامل خونده باشیم چون من راجع به طب داخلی صحبت

"... به نظر من تجربه خیلی خیلی مهم هست مثلاً فرض می‌کنیم که ما می‌خوایم تصمیم بگیریم یک بیماری رو انتوبه بکنیم همون طور که خودتون مستحضر هستید بعضی از انتوبیشن‌ها سخت هستند پس خیلی مهم هستش که ما اول مثلاً توی اسکیل لب روی مولازهای مختلف ما اینتوبه تجربه کرده باشیم یا لاین‌گیری‌ها اون‌ها که لاین‌گیری‌هاشون ساخته و شاید لازم باشه که شرایط کت دان (کتترهای ورید مرکزی) برای بیمار انجام بشه. خیلی مهم هست که ما قبلش مواجهه داشته باشیم و توی اسکیل لب تمرین کرده باشیم. طبیعتاً درصد فالتمون روی بیمار زنده هم قطعاً خیلی خیلی کاهش پیدا خواهد کرد..." (مشارکت‌کننده شماره ۵).

در زمینه کمبود متخصص، امکانات و تجهیزات، همچنین کمبود امکانات رفاهی و فشار کاری میتوان به گویه‌های زیر اشاره کرد: "تأثیر امکانات بالینی خیلی زیاده چون ما وقتی بخوایم تصمیم بگیریم چون دیدیم کمبودها رو دیدیم عملاً اگه بخوای تشخیص بدی زود توی دو سه روز به تشخیص برسیم می‌شه ده روز..." (مشارکت‌کننده شماره ۱).

"... خیلی وقتاً مریض میاد می‌بینی که این سرویس نداره بستریش کنی، خیلی دچار تردید می‌شی مثلاً مریض میاد نیاز به یه سرویس اولیه یا حداقل اولیه نه ثانویه، شما می‌تونید کارای اولیه اش رو انجام بدی اما می‌دونی مریض بیمار شما نیست، نیاز به فلان سرویس داره فلان سرویس هم فعلاً نه توی حیطة وظایف منه نه توی حیطة اختیار من، بنابر این خیلی دچار تردید می‌شی..." (مشارکت‌کننده شماره ۳).

"... داخل بیمارستان پاتولوژیست نیست و من هم نمی‌تونم استناد کنم به داده‌های خودم و این که خودم تشخیص بدم چون که من خودم اگه بخوام تشخیص بدم باید پاتولوژیست یه رپورت به من بده به صورت قانونی که بگه آقا یا این تی تی پی است یا نه؛ اصلاً نتونستیم استناد کنیم توی این قضیه حالا نهایتش با فلان دکتر کانسالت کردم که او هم همینو گفت. حالا شما مثلاً لام رو کشیدید پاتولوژیست هست اون جا (در آزمایشگاه). بخونه ساعت یازده شب، ما اینجا پاتولوژیست نداشتیم اصلاً کسی کارشناس داخل آزمایشگاه هم نداشتیم که رپورت کنه باید رپورت کتبی کنه..." (مشارکت‌کننده شماره ۱).

"... رزیدنتی که میاد کشیک از صبح اینجا هست تا فردا ظهر ۳۶ ساعت تقریباً صبحانه باید بخوره اگه نخوره تشخیص بالینش دچار اختلال می‌شه. نکته دوم باید امکاناتش فراهم باشه لباس سر وقت بهش بدن نوع تغذیه تغذی ای که حالا اینجا هر از یه مدتی تغییرات می‌دن که هیچ نظارتی هم روش نیست یعنی کسی روش نظارت نمی‌کنه بالاخره کار بالینی کار سختیه..." (مشارکت‌کننده شماره ۶).

می‌کنم و طب داخلی یک دریایی از علوم بیسیکه موجود توی جهان هست اول این که علم خودمون رو ما باید افزایش بدیم ... (مشارکت کننده شماره ۲).

### توسعه آموزش دستیاران

مشارکت‌کنندگان در این مطالعه با ارائه پیشنهادهای در راستای بهبود آموزش‌های لازم در دوره دستیاری به منظور تقویت توانمندی تصمیم‌گیری بالینی، به مواردی از جمله افزایش کمی و کیفی آموزش نظری، به‌کارگیری بیشتر مرکز آموزش مهارت‌های بالینی، ارتقای امکانات آموزشی و همکاری گروه‌های آموزشی دستیاری برای بهبود شرایط آموزشی اشاره کردند. جمله گویه‌های این طبقه می‌تواند به موارد زیر اشاره کرد:

"... اینجا واقعاً آموزش پزشک عمومیشون خیلی خوبه. من واقعاً راضی‌ام. ما خودمون رزیدنت‌ها و هم‌اتندهامون نهایت تلاشمون می‌کنیم که یک پزشکان عمومی کاملاً فهمیده به جامعه تحویل بدیم، ولی درخواستی که دارم کمی در آموزش رزیدنت‌ها بیشتر دقت بشه ... (مشارکت کننده شماره ۸).

"... وقتی من کتاب می‌خونم با وقتی که یک آتند فوق تخصص به من یه چیزی یاد میده خیلی فرق داره. واقعاً این دوتا با هم فرق داره. وقتی آتندام به من یک موضوعی رو میگه که از تجربیات گذشته اش بوده بر روی بیمارانش، هیچوقت از یاد من نمیره و مطمئناً به من کمک میکنه در قضاوت بالینی ... (مشارکت کننده شماره ۴).

"... رزیدنتی داخلی در دانشگاه علوم پزشکی جهرم یک رزیدنت نوپا هست و با توجه به امکانات و اساتیدی که ما داریم می‌تونه خیلی خیلی این دیوار زیبا چیده بشه ما انتظار داریم که ما اول راه هستیم و هنوز مثل سایر دانشگاه‌هایی که سال‌ها تربیت رزیدنت دارند گرفتار روزمره گی نشدیم و هنوز دیدمون دید آموزشی هست به قضیه آموزش ارزش بیشتری داده بشه. کلاس‌های تئوریکال بیشتر برگزار بشن از امکانات اسکیل لب بیشتر استفاده بشه به سری تکنولوژی‌های که ما احتیاج داریم در دسترس باشه و برامون در دسترس باشه و گروه‌های دیگه هم با گروه داخلی همکاری بیشتری در راستای ارتقای اطلاعات داشته باشند ... (مشارکت کننده شماره ۳).

جدول ۱: مضامین اصلی و زیرطبقات مصاحبه‌های انجام شده دستیاران گروه داخلی

مضامین اصلی	زیر طبقات
معیارهای تصمیم‌گیری بالینی	مبتنی بر منفعت همه جانبه بیمار مبتنی بر اصول اخلاقی مبتنی بر شواهد
موانع تصمیم‌گیری بالینی	کمبود دانش نظری تجربه اندک و مهارت ناکافی کمبود متخصص، امکانات و تجهیزات کمبود امکانات رفاهی و فشار کاری
تسهیل‌کننده‌های تصمیم‌گیری بالینی	مشورت با اساتید کاوش از بین منابع به روز، قبل از تصمیم‌گیری همکاری تیمی پزشکان و پرستاران
توسعه آموزش دستیاران	افزایش کمی و کیفی آموزش نظری بکارگیری بیشتر مرکز آموزش مهارت بالینی ارتقای امکانات آموزشی همکاری گروه‌های آموزشی دستیاری

### بحث:

تصمیم‌گیری بالینی شامل چهار مرحله توجه، تفسیر، پاسخ و تأمل است. در ابتدا، متخصص وضعیت بالینی فرد را شناسایی و ارزیابی می‌کند و این فرآیند به طور مستقیم با درک و توانایی تشخیص، ارتباط با مراجعه‌کننده و خدمات بهداشتی رابطه دارد. سپس داده‌ها با استفاده از الگوهای استدلالی تفسیر شده و رفتارهای متناسب با مورد تعیین می‌شوند [۲۶]. تصمیم‌گیری‌ها تحت شرایط غیرقابل پیش‌بینی متعددی از جمله عوامل یا ترجیحات خاص

بیمار، محدودیت‌های مالی، عوامل فنی در مورد درمان، و دانش، تجربه، وضعیت عاطفی و خستگی پزشک اتخاذ می‌شوند [۲۷] و [۲۸]. یافته‌های پژوهش حاضر برخی از مهمترین تجارب دستیاران گروه داخلی از تصمیم‌گیری بالینی استخراج و دسته‌بندی کرده است. طبقات اصلی شامل: معیارهای تصمیم‌گیری بالینی، موانع تصمیم‌گیری بالینی، تسهیل‌کننده‌های تصمیم‌گیری بالینی و

ضرورت توسعه آموزش دستیاران بود که با سایر مطالعات مشابه نیز هم‌راستایی وجود دارد.

در مطالعه هاشمی‌پرست و همکاران با موضوع تبیین تجارب دستیاران پزشکی از تصمیم‌گیری بالینی مشخص شد که راهبردهای گوناگونی در ابعاد مختلف ساختاری، آموزشی، نگرشی و بهبود روابط انسانی در اتخاذ تصمیمات مناسب و مبتنی بر شواهد علمی و حل مسئله بیمار راهگشا است [۱۷]. تورسکی و همکارش در مطالعه‌ای با عنوان قضاوت در شرایط عدم قطعیت به این امر اشاره دارد که قضاوت‌های فردی اغلب به طور شهودی روی تعداد محدودی از اکتشافات و سوگیری‌ها انجام می‌شود. این فرآیند تصمیم‌گیری را به یک کار ساده‌تر تبدیل می‌کند که باعث می‌شود تصمیم به شیوه‌ای کارآمد و به موقع گرفته شود. با این حال، تفکر سریع می‌تواند منجر به خطاهای شدید و نظام‌مند نیز شود [۲۹]. البته در بیان رویکردهای تصمیم‌گیری بالینی به جز اشاره کلی به اصول اخلاق پزشکی، توجه چندانی به ترجیحات بیمار و تصمیم‌گیری مشارکتی نشده، در حالی که یافته‌های معمول نشان‌دهنده ترجیح بیماران برای فعال بودن در فرآیند تصمیم‌گیری بالینی است [۳۰-۳۲].

از سوی دیگر، تصمیم‌گیری بالینی یک پدیده تعاملی و وابسته به زمینه و فرهنگ است و می‌تواند تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار گیرد. براساس مدل قضاوت بالینی تانر، عوامل فرهنگی و اجتماعی و محیط بالینی بر تصمیم‌گیری‌های بالینی تأثیر می‌گذارند [۳۳]. بدین ترتیب این تأثیر می‌تواند موانعی نیز بر سر راه تصمیم‌گیری بالینی مناسب ایجاد کند. این موضوع در مطالعه هاشمی‌پرست و همکاران با زیر طبقات متفاوتی همچون عدم کفایت بالینی، عدم دسترسی به داده‌های معتبر، فقدان تمرکز و فراغ بال برای تصمیم‌گیری، تصمیم‌گیری مبتنی بر تجهیزات موجود بیان شده است. بر اساس تجارب مشارکت‌کنندگان در این مطالعه نیز تأخیر و یا فقدان دسترسی به آزمایش‌های آزمایشگاهی، منجر به تصمیمات محافظه‌کارانه و یا به تعویق انداختن تصمیم مناسب برای بیمار و در نهایت تأخیر در فرآیند مدیریت بیمار بوده است. در مطالعه مذکور خستگی و افت بازدهی ذهنی به دلیل فشار کاری بالا و شیفت‌های پی در پی و همچنین عدم تناسب راهنماهای عملکرد بالینی با شرایط و امکانات موجود در بیمارستان‌ها از دیگر موانعی بوده که در مطالعه مذکور به آن‌ها اشاره شده است [۱۷]. کرمانشاهی و همکاران نیز در مطالعه‌ای با عنوان بررسی موانع اجرای مراقبت مبتنی بر شواهد از دیدگاه پرستاران، به قابل اجرا نبودن پژوهش‌ها در محیط بالینی به دلیل کمبود تجهیزات و امکانات اشاره کرده است [۳۴].

توجه به این نکته ضروری است که تصمیم‌گیری بالینی را فرآیندی پیچیده شامل فعالیت‌های مشاهده، پردازش اطلاعات،

تفکر انتقادی، ارزیابی شواهد، به کارگیری دانش، حل مسئله، تأمل، قضاوت برای انتخاب بهترین گزینه از میان گزینه‌های موجود برای بهینه‌سازی سلامت بیماران و به حداقل رساندن آسیب احتمالی تعریف می‌کنند [۳۵]. شرایط پیچیده، بحرانی و چالش‌برانگیز تصمیم‌گیری بالینی در طول ارائه مراقبت از بیمار یک واقعیت روزمره برای دستیاران است. در چنین شرایطی، از دستیاران انتظار می‌رود زمانی که احساس می‌کنند توانایی، اعتماد به نفس یا صلاحیت کافی برای اقدام به نفع بیماران ندارند، به دنبال کمک باشند [۳۶ و ۳۷]. با این حال، مطالعاتی وجود دارد که نشان می‌دهد در بعضی از مواقع دستیاران برای یاری جستن در تصمیم‌گیری دچار تردید می‌شوند. این تردید به ویژه هنگام درخواست کمک از اساتید به دلایلی از جمله وجود سلسله مراتب سازمانی، میزان در دسترس بودن اساتید، ترس از خدشه‌دار شدن استقلال و از دست دادن اعتبار حرفه‌ای بیشتر نمایان است [۳۸-۴۱].

مطالعه نوحی و همکاران که به بررسی عوامل بازدارنده و تسهیل‌کننده اتخاذ تصمیمات مبتنی بر شواهد علمی در پرستاران پرداخته است، برگزاری دوره‌های بازآموزی را مهمترین عامل تسهیل‌کننده و عدم دسترسی آسان به اطلاعات پژوهشی بروز و کارآمد را مهمترین مانع در اتخاذ تصمیم دانسته است [۴۲].

مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر همچنین به استفاده از ابزارهای به روز اشاره داشتند. در واقع در عصر پزشکی مبتنی بر شواهد، الگوریتم‌ها، انفورماتیک و کلان داده‌ها، امید واقعی برای کاهش بیشتر آسیب‌های بیمار با افزایش تصمیمات پزشکی وجود دارد. مطالعات نشان داده است پیشرفت‌های سریع در فناوری‌های هوش مصنوعی احتمالاً چنین پشتیبانی بالینی را ارزشمندتر و رایج‌تر خواهد کرد [۴۳ و ۴۴]. در مطالعه هاشمی‌پرست و همکاران، نارسایی دانش نظری و مهارت‌های بالینی ناکافی برای تصمیم‌گیری از دلایل سردرگمی و تردید در روند تشخیص بالینی و مدیریت بیمار محسوب شده است. همچنین تجارب مشارکت‌کنندگان حاکی از آن بود که تصمیم‌گیری برای حل مشکل بیمار و انجام امور بالینی به شیوه علمی نیاز به پشتوانه نظری دارد و بدون بنیان نظری کافی دستیاران پزشکی قادر به اجرای فرایندهای بالینی نخواهند بود. از این رو، نبود برنامه‌ای مشخص برای آموزش‌های معمول مستمر و عدم فرصت برای مطالعه فردی و یادگیری خودآموز سبب کاهش دانش زمینه‌ای مبتنی بر شواهد علمی و مهارت کافی برای تصمیم‌گیری می‌شود [۱۷].

یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر، مشکل دسترسی به مشارکت‌کنندگان پژوهش به دلیل مشغله و فشار بالای کاری بود. در این راستا تلاش شد با انجام هماهنگی قبلی برای انجام

محیط بالین فراهم شود. از این رو، پیشنهاد می‌شود در راستای بهبود تصمیم‌گیری بالینی در مطالعات بعدی نیازهای آموزشی و طراحی برنامه‌های آموزشی مدنظر قرار گیرد.

### تشکر و قدردانی:

پژوهش حاضر با مشارکت دستیاران گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی جهرم انجام شده است. پژوهشگران از همکاری این عزیزان و اساتید گروه قدردانی می‌کنند. همچنین از واحد توسعه تحقیقات بالینی و دفتر توسعه آموزش بیمارستانی نیز سپاسگزاری می‌شود. این مقاله بر اساس طرح تحقیقاتی با همین عنوان می‌باشد که در تاریخ ۱۴۰۲/۰۵/۳۰ توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی جهرم با کد اخلاق IR.JUMS.REC.1402.047 مورد تصویب واقع شده است.

مصاحبه‌ها و مصاحبه در بخش این مشکل مرتفع شود. از دیگر کمبودهای این پژوهش عدم انجام مصاحبه با دستیاران سایر رشته‌ها بود که پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی مورد توجه قرار گیرد. از نقاط قوت این مطالعه می‌توان به مواردی همچون پژوهش با رویکرد کیفی و مصاحبه در محیط کار واقعی مشارکت‌کنندگان اشاره کرد.

### نتیجه‌گیری:

نتایج این مطالعه نشان داد تصمیم‌گیری بالینی در دوره دستیاری با چالش‌هایی همراه است و نیاز است سیستم آموزشی در راستای بهبود آن برنامه‌ریزی مناسب انجام دهد. از سوی دیگر، رویکردهای متفاوت دستیاران در تصمیم‌گیری بالینی می‌تواند پیامدهای منفی نیز به دنبال داشته باشد، در نتیجه بهتر است با توسعه هدفمند آموزش دستیاری، زمینه تصمیم‌گیری بهتر در

## References:

- Masoodi asl I. Nursing management. Jameenegar. 6<sup>th</sup>, Tehran: 2018.
- Mirsaidi G, Lakdizaji S, Ghojzadeh M. Individual-social effective factors on clinical decision making in nurses. Asian J Med Pharm Res. 2012; 2(2): 38.
- Mirsaeedi G, Lackdizaji S, Ghojzadeh M. Demographic Factors Involved in Nurses' Clinical Decision Making. Iran J Nurs. 2011; 24(72): 29-36.
- Elstein AS. Thinking about diagnostic thinking: a 30-year perspective. Adv Health Sci Educ. 2009; 14:7-18.
- Croskerry P. Clinical decision making. In book; Pediatric and Congenital Cardiac Care. 2015; 397-410
- Ohno-Machado L. Modeling medical prognosis: survival analysis techniques. J Biomed Inform. 2001; 34(6): 428-439.
- Akins RB, Tolson H, Cole BR. Stability of response characteristics of a Delphi panel: application of bootstrap data expansion. BMC Med Res Methodol. 2005 1; 5:37.
- Braun LT, Zwaan L, Kiesewetter J, Fischer MR, Schmidmaier R. Diagnostic errors by medical students: results of a prospective qualitative study. BMC Med Educ. 2017; 17(191): 1-7.
- Croskerry P, Campbell S. A Cognitive autopsy approach towards explaining diagnostic failure. Cureus. 2021; 13(8): 17041.
- Adib Haj Bagheri M, Salsali M, Ahmadi F. Clinical Decision-Making: a Way to Professional Empowerment in Nursing. Iranian J Med Edu. 2003; 3 (2): 3-13.
- Bakalis N, Bowman GS, Porock D. Decision making in Greek and English registered nurses in coronary care units. Int J Nurs Stud. 2003; 40(7): 749-60.
- Adib Hagbagheri 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.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. Errors in health care: A leading cause of death and injury. To err is human: Building a safer health system. 1999; 26-48.
- Thompson C, Stapley S. Do educational interventions improve nurses' clinical decision making and judgement? A systematic review. Int J Nurs Stud. 2011 Jul; 48(7): 881-93.
- Thompson C, Cullum N, McCaughan D. Nurses, information use, and clinical decision making: the real world potential for evidence-based decisions in nursing. Evid Based Nurse. 2004; 7: 68-72.
- Salehi Sh, Bahrami M, Hosseini A, Akhund Zade K. Nurses' critical thinking and decision making. Iran J Nurs, 2005; 10 (4): 25-9.
- Hashemiparast M, Negarandeh R, Ghafari R. Exploring the Experiences of Medical Residents from Clinical Decision-Making: A Qualitative Study. Iranian J Medi Edu. 2021; 21 :321-34
- Gamborg ML, Mehlsen M, Paltved C, Vetter SS, Musaeus P. Clinical decision-making and adaptive expertise in residency: a think-aloud study. BMC Med Educ. 2023 12; 23(1): 22.
- Guba EG, Lincoln YS. Handbook of qualitative research, Chapter 6: Competing paradigms in qualitative research competing paradigms in qualitative research. USA: Sage Publications; 1994: 105-17.
- Gupta R.K., Awasthy R. Qualitative Research in Management: Methods and Experiences. India: Sage Publications, 2015.
- Magilvy JK & Thomas E. A first qualitative project: Qualitative descriptive design for novice researchers. JSPN. 2009; 14(4): 298-300.
- Holloway I, Galvin K. Qualitative research in nursing and healthcare. John Wiley & Sons; 2016
- Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and



- measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24(2):105-12.
24. Mayring P. Qualitative content analysis. A companion to qualitative research. 2004 21;1(2):159-76.
  25. Graneheim UH, Lindgren B-M, Lundman B. Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurs Educ Today*. 2017;56:29-34.
  26. Tanner CA. Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *J Nurs Educ*. 2006;45(6):204-211.
  27. Dunphy B.C., Cantwell R., Bourke S., Fleming M., Smith B., Joseph K.S., Dunphy S.L. Cognitive elements in clinical decision-making. *Adv Health Sci Educ*. 2010;15:229-50.
  28. Feller L, Lemmer J, Nemutandani MS, Ballyram R, Khammissa RAG. Judgment and decision-making in clinical dentistry. *J Int Med Res*. 2020 Nov;48(11): 1-10.
  29. Tversky A, Kahneman D. Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases. *Science*. 1974 ;27;185(4157):1124-31.
  30. Redford M, Gift HC. Dentist-patient interactions in treatment decision-making: A qualitative study. *J Dent Educ*. 1997;61:16-21.
  31. Azarpazhooh A, Dao T, Ungar WJ, Chaudry F, Figueiredo R, Krahn M, et al. Clinical decision making for a tooth with apical periodontitis: The patients' preferred level of participation. *J Endod*. 2014;40:784-89.
  32. Watted N, Witt E, Bill JS. A therapeutic concept for the combined orthodontic surgical correction of angle Class II deformities with short-face syndrome: Surgical lengthening of the lower face. *Clin Orthod Res*. 2000;3:78-93.
  33. Tanner C. Nursing education: current themes, puzzles and paradoxes. *Communi Nurs Res*. 2007;40(15): 3-14.
  34. Kermanshahi S, Parvinian A M. Barriers to Implementation of Evidence-Based Care: Viewpoints of Nursing Staff. *Iranian J Med Edu*. 2012; 12 (2) :84-92.
  35. Standing M. EBOOK: Clinical Judgement and Decision-Making in Nursing and Inter-professional Healthcare. McGraw-Hill Education (UK); 2010.
  36. Ott M, Schwartz A, Goldszmidt M, Bordage G, Lingard L. Resident hesitation in the operating room: does uncertainty equal incompetence? *Med Educ*. 2018;52(8):851-60.
  37. Wiese A, Kilty C, Bennett D. Supervised workplace learning in postgraduate training: a realist synthesis. *Med Educ*. 2018;52(9):951-69.
  38. Kennedy TJJ, Regehr G, Baker G, Lingard L. 'It's a cultural expectation' The pressure on medical trainees to work independently in clinical practice. *Med Educ*. 2009;43(7):645-53.
  39. Kennedy TJJ, Regehr G, Baker GR, Lingard L. Preserving professional credibility: grounded theory study of medical trainees' requests for clinical support. *BMJ*. 2009;338: 128.
  40. Patel P, Martimianakis MA, Zilbert NR. Fake it 'til you make it: pressures to measure up in surgical training. *Acad Med*. 2018;93(5):769-74.
  41. Olmos-Vega FM, Dolmans DHJM, Vargas-Castro N, Stalmeijer RE. Dealing with the tension: how residents seek autonomy and participation in the workplace. *Med Educ*. 2017;51(7):699-707.
  42. 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]. *J Nurs Edu*. 2016; 5(2) : 24-30.
  43. Butera A., Maiorani C., Gallo S., Pascadopoli M., Buono S., Scribante A. Dental Erosion Evaluation with Intact-Tooth Smartphone Application: Preliminary Clinical Results from September 2019 to March 2022. *Sensors*. 2022;22:5133.
  44. Khanagar SB, Al-Ehaideb A, Maganur PC, Vishwanathaiah S, Patil S, Baeshen HA, et al. Developments, application, and performance of artificial intelligence in dentistry—A systematic review. *J Dent Sci*. 2021;16:508-22.

## Explaining the experiences of internal medicine department assistants of Jahrom University of Medical Sciences regarding the factors and obstacles affecting clinical decision-making: a qualitative study

Fatemeh Eftekharian<sup>1</sup>, Mahsa Parpaei<sup>1</sup>, Fatemeh Rahmanian<sup>2</sup>, Navid Kalani<sup>3</sup>,  
Zhila Rahmanian<sup>1</sup>

Received: 2023.08.30

Revised: 2023.10.23

Accepted: 2023.10.30

1. Assistant Professor, Department of Internal Medicine, Jahrom University of medical sciences, Jahrom, Iran
2. Resident of Internal Medicine, Jahrom University of medical sciences, Jahrom, Iran
3. Research Center for Social Determinants of Health, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran

Pars Journal of Medical Sciences, Vol.21, No.3, Fall 2023

Pars J Med Sci 2023;21(3):1-10

### *Abstract:*

#### **Introduction:**

Clinical decision-making is done based on data collection, interpretation and evaluation to choose an evidence-based treatment plan from among different ways; Since the clinical environment has dynamic, variable, uncertain and unstable conditions, the clinical decision-making of assistants has different dimensions and is influenced by several factors; As a result, it is not possible to get a deep understanding of it with quantitative and cross-sectional studies; Therefore, the present study was carried out with the aim of explaining the experiences of internal department assistants on the factors and obstacles affecting clinical decision-making in hospitals affiliated to Jahrom University of Medical Sciences.

#### **Materials and Methods:**

This article is a contract content analysis study in which 8 assistants of the internal medicine department from hospitals affiliated to Jahrom University of Medical Sciences were selected and participated in the study by purposeful sampling. Semi-structured in-depth personal interview method was used to collect data. All interviews were recorded and then transcribed and analyzed using Granheim and Lundman's method.

#### **Result:**

Data analysis revealed 4 main themes and 14 sub-categories, which main themes are: "criteria for clinical decision-making", "obstacles to clinical decision-making", "facilitators for clinical decision-making" and "the need for development" Training of assistants".

#### **Conclusion:**

Considering that clinical decision-making is based on the comprehensive benefit of the patient, ethical principles and evidence, and the lack of theoretical knowledge, little experience and insufficient skills, lack of specialists, facilities and equipment along with the lack of amenities and work pressure can prevent correct decision-making, it is better to emphasize more on these matters in educational planning.

**Keywords:** Assistantship, Internal Group, Clinical Decision Making, Qualitative Study

\* Corresponding author Email: [dr.j.rahmanian@gmail.com](mailto:dr.j.rahmanian@gmail.com)