

بررسی همبستگی سبک‌های تفکر و تصمیم‌گیری بالینی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های

آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تبریز در سال ۹۲

المیرا حسن پور^۱، نادره نادری روش^۲، زهرا صفوی بیات^۲، ملیحه نصیری^۳، کیانوش نیرومند زندی^۲

N.Naderiravesh@sbmu.ac.ir

نویسنده‌ی مسئول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پرستاری و مامایی

دریافت: ۹۲/۰۷/۰۷ پذیرش: ۹۳/۰۴/۱۰

چکیده

زمینه و هدف: نظر به اهمیت سبک‌های تفکر در تصمیم‌گیری افراد جهت انجام امور مربوط به خود، مطالعه حاضر با هدف بررسی همبستگی بین سبک‌های تفکر و تصمیم‌گیری بالینی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام پذیرفت. **روش بررسی:** در این مطالعه توصیفی - همبستگی ۱۹۶ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های مختلف آموزشی تبریز با روش نمونه‌گیری تصادفی وارد مطالعه شدند. داده‌ها با پرسشنامه پژوهشگر ساخته تصمیم‌گیری بالینی و پرسشنامه فرم کوتاه سبک‌های تفکر جمع‌آوری گردید. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چند گانه انجام پذیرفت.

یافته‌ها: سبک تفکر سلسله مراتبی، بیشترین ارتباط مثبت معنی‌دار را با تصمیم‌گیری بالینی داشت ($r=0/427$ و $p<0/001$). بین سبک تفکر تک قطبی و تصمیم‌گیری بالینی ارتباط منفی وجود داشت ($r=-0/201$ و $p<0/05$). بین سبک محافظه کار و تصمیم‌گیری بالینی نیز ارتباط منفی معنی‌دار مشاهده گردید ($r=-0/149$ و $p<0/05$). بر اساس نتایج آزمون رگرسیون چندگانه، سبک‌های نوع اول پیش‌بینی‌کننده تصمیم‌گیری بالینی بهتری بودند و سبک‌های نوع دوم با افت نمرات تصمیم‌گیری بالینی همراه بود. با این وجود شدت رابطه به دست آمده در کل ضعیف بود ($R^2=0/171$ ، $p<0/001$). **نتیجه‌گیری:** باتوجه به ارتباط معنی‌دار ولی ضعیف بین سبک‌های تفکر و تصمیم‌گیری بالینی انجام مطالعات بیشتر، ضروری به نظر می‌رسد. **واژگان کلیدی:** تصمیم‌گیری، خودگردانی ذهنی، تفکر، پرستاران، ایران

مقدمه

طی دهه‌های اخیر افزایش پیچیدگی در حرفه پرستاری بالینی، اتخاذ تصمیمات آگاهانه‌تر را ضروری ساخته تا از عملکرد ایمن و مؤثر در مورد مراقبت از بیماران اطمینان حاصل شود (۳).

در این راستا یکی از ویژگی‌های تصمیم‌گیری بالینی در محیط واقعی، اتخاذ تصمیم در یک محیط پویا، پیچیده و متغیر بالینی است (۴). نکته قابل توجه دیگر اینجاست که انسان‌ها به کمک فکر خود قادرند به محیط پیچیده و متغیر تسلط یافته و به زندگی خود ادامه دهند، از سوی دیگر افراد با سبک ویژه

امروزه در حرفه پرستاری، تصمیم‌گیری بالینی از مراقبت‌های پرستاری امری جدا ناپذیر بوده و نتایج این تصمیمات می‌تواند، نتایج و پیامدهای بیماری را تحت تأثیر قرار دهد (۱). همچنین تصمیمات پرستاران در حین مراقبت‌هایی که اتخاذ می‌کنند، می‌تواند اثر بخشی عملکرد بالینی آنها را تحت تأثیر قرار دهد و نیز این تصمیمات می‌تواند، حیات بیمار و تجربه‌های درمانی وی را، صرف نظر از نظام و کشوری که در آن ارائه مراقبت می‌کنند، تحت تأثیر قرار دهد (۲). ازطرفی در

۱- کارشناسی ارشد پرستاری، آموزش داخلی جراحی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۲- کارشناسی ارشد پرستاری، گروه داخلی جراحی، مربی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۳- دکترای آمار، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

خودشان در مورد چگونگی انجام کارها فکر می‌کنند (۵). افزون بر این تفکر، منجر به سازگاری در محیط‌های متغیر شده و سبب انتخاب روش‌های انجام کاری می‌گردد که می‌تواند در تصمیم‌گیری بالینی نیز سهم مؤثر و کمک‌کننده‌ای داشته باشد. تصمیم‌گیری بالینی را می‌توان به صورت انتخاب بین گزینه‌ها تعریف نمود، فرایندی که روزانه پرستاران، انجام آن را در زمان قضاوت‌های مراقبتی در مورد بیماران و مدیریت امور به عهده می‌گیرند (۶). با توجه به این که در موقعیت‌های بالینی، هر مددجو ویژگی مختص خود را دارد، بنابراین برای حل مشکلات آن‌ها شیوه‌های یکسانی نیز وجود ندارد. از این رو ضروری است تا پرستاران در هر موقعیت جدید، قضاوت و تصمیم‌گیری صحیحی داشته باشند (۷). اصولاً تفکر عبارت است از فعالیت‌های جهت‌دار ذهنی که برای حل مسئله مورد استفاده قرار می‌گیرد. به عبارت دیگر تفکر و اندیشیدن، نوعی فعالیت و رفتار ذهنی است که منجر به حل مسئله‌ای می‌گردد (۸).

سبک‌های تفکر بر نظریه خودگردانی ذهنی استرنبرگ (۱۹۹۷) استوارند و به این مسئله اشاره دارند که همان‌گونه که راه‌های متفاوتی برای مدیریت جامعه وجود دارد، افراد نیز از شیوه‌های متفاوتی جهت بهره بردن از توانایی‌های خود استفاده می‌کنند (۹). انسان‌ها یک نوع سبک تفکر ندارند، بلکه در آنها سبک‌های متعددی وجود دارد. علی‌رغم وجود استعداد‌های مشابه افراد، ممکن است سبک‌های تفکرشان متفاوت باشد و از این رو افراد توانایی و عملکردهای متفاوت از خود نشان می‌دهند (۱۰). بطور کلی سبک‌های تفکر به ۱۳ گروه اصلی در ۵ بُعد شکل، عملکرد، سطح، گرایش و حوزه تقسیم می‌گردد که هر بعد شامل انواع روش‌های متفاوت تفکر می‌باشد. بعد شکل شامل سبک‌های تفکر تک قطبی (Monarchic style) یا سلطنتی، سلسله مراتبی (Hierarchic style)، ناسالار (Anarchic) یا بی‌قانون و سالاری (Oligarchic) یا گروه سالار می‌باشد. بعد عملکرد (Function) شامل سبک‌های تفکر قانون‌گذار (Legislative)، اجرایی و قضایی (Judicial) می‌باشد. از

نظر بعد سطح (Level) دو سبک تفکر کلی‌نگر (Global) و جزئی‌نگر (Local) وجود دارد. از نظر بعد گرایش (Trend) دو سبک تفکر آزاد منشانه (Liberal) و محافظه کارانه (Conservative) موجود می‌باشد و در نهایت بعد حوزه (Scope) شامل سبک‌های تفکر بیرونی و درونی می‌باشد (۱۱). از لحاظ شکل سبک تفکر، تک قطبی‌ها تمایل به تمرکز کامل بر روی یک فعالیت در یک زمان را دارند، در حالی که در سبک تفکر سلسله مراتبی افراد بر چندین فعالیت متعدد با توجه به اولویت‌دهی به فعالیت‌ها و اهداف تمرکز می‌کنند. افرادی با سبک ناسالاری به انجام کارهایی گرایش دارند که انعطاف پذیری بیشتری درمورد چه کسی، کجایی، چگونگی و چرایی دارند و افرادی با سبک سالاری چندین فعالیت با چندین هدف و بدون اولویت‌دهی خاصی به اهداف را انجام می‌دهند. از لحاظ عملکردی سبک تفکر قانون‌گذار به کار کردن روی فعالیت‌هایی که نیاز به خلاقیت دارد تمایل دارد. سبک اجرایی، تمایل به انجام کارها بر اساس دستورات و راهنمایی‌های روشن، اجرای کارها بر اساس دستورالعمل سازمانی دارد و سبک قضایی به انجام فعالیت‌هایی که اجازه ارزیابی کار را به فرد می‌دهد، گرایش دارد و نیز به ارزیابی و قضاوت عملکرد افراد دیگران تمایل نشان می‌دهد. از لحاظ سطح، افراد با سبک تفکر کلی‌نگر بیشتر به تصویر کلی یک موضوع و ایده‌های انتزاعی توجه دارند و در سبک جزئی‌نگر روی فعالیت‌هایی که به جزئیات عینی کارها می‌پردازد توجه می‌شود. از نظر بعد گرایش در سبک آزاد منشانه، فرد تمایل به انجام فعالیت‌های تازه و ناشناخته دارد و در نهایت سبک محافظه کار در انجام وظایف به قوانین و شیوه‌های موجود پایبند می‌باشد. از لحاظ حوزه، سبک درونی به انجام فعالیت‌هایی که اجازه می‌دهد فرد در یک واحد مستقل کار نماید، متمایل است و سبک بیرونی نیز به انجام فعالیت‌هایی که اجازه می‌دهد تا فرد با دیگران مشارکت و همکاری داشته باشد، علاقه‌مند است (۱۰، ۱۱). همچنین زانگ و استرنبرگ (Zhang & Sternberg) (۲۰۰۵) بر اساس معیارهای برگرفته از یافته‌های تجربی، این ۱۳ سبک تفکر را به صورت

سه نوع سبک متمایز معرفی نمودند: سبک‌های تفکر نوع اول شامل سبک‌هایی است که نیازمند تولید خلاقیت (creativity-generating) بیشتری بوده و دارندگان این سبک‌ها از پیچیدگی شناختی بالاتری برخوردار هستند. سبک‌های تفکر قانون‌گذار، قضایی، آزاد منانه، کلی‌نگر و سلسله‌مراتبی سبک‌های نوع اول را تشکیل می‌دهند. سبک‌های تفکر نوع دوم شامل سبک‌هایی است که نیازمند سطوح پایین‌تری از پیچیدگی شناختی بوده و افراد دارای این نوع سبک‌ها بیشتر، هنجار‌پرو (norm-favoring) هستند و از طریق هنجارهایی که به آنها ارائه شده، عمل می‌کنند. این سبک‌ها شامل سبک‌های تفکر اجرایی، محافظه‌کار، تک‌قطبی و جزئی‌نگر بود. سبک‌های تفکر نوع سوم شامل آن دسته از سبک‌هایی بودند که دارای انعطاف‌پذیری بوده به این صورت که در یک زمینه ویژه و با توجه به مطالبات سبکی (stylistic demands) می‌توانستند با خصوصیات سبک‌های نوع اول و یا دوم ظاهر شوند. این سبک‌ها شامل سبک‌های درونی، بیرونی، ناسالار و سالاری بودند (۱۲).

احدی و همکاران (۱۳۹۰) در رابطه با اهمیت سبک‌های تفکر معتقدند که سبک‌های تفکر در موقعیت‌های شغلی از اهمیت خاصی برخوردار هستند و تیمی (Timmy) (۲۰۰۷) به نقل از احدی و همکاران (۱۳۹۰) چنین بیان می‌کند که سبکی که فرد درباره خود می‌اندیشد، عملکرد وی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۳). با توجه به این مطالب، می‌توان این فرضیه را مطرح نمود که سبک‌های تفکر می‌تواند عملکرد پرستاران را نیز تحت تأثیر قرار دهد. بنابر این ضرورت دارد همبستگی بین آنان با انجام مطالعات متعدد مورد بررسی قرار گیرد. البته در زمینه سبک‌های تفکر مطالعات متعددی صورت گرفته است ولی در هیچ کدام از آنان به طور مستقیم به بررسی رابطه بین این دو پرداخته نشده است، از جمله در مطالعه اسلادک و همکاران (Sladek et al) (۲۰۱۱) به رابطه سبک‌های تفکر با دانش و رفتار پزشکان (۱۴) و در مطالعه زوا و زانگ (Zhua & Zhang) (۲۰۱۱) به بررسی ارتباط

سبک‌های تفکر با خلاقیت پرداخته شده است (۱۵). امیدوار و حسین چاری (۲۰۰۸) در مطالعه خود به ارتباط بین سبک تفکر و راهبردهای مقابله با استرس پرداخته‌اند (۵). در زمینه مطالعات پرستاری در این خصوص نیز بیشتر به بررسی مفاهیمی نظیر تفکر انتقادی، مهارت حل مسئله، راهبردهای مقابله با تنش و یا خلاقیت در پرستاران و دانشجویان پرستاری توجه شده است که هر کدام از آنها به نوبه خود می‌تواند سهمی در شناسایی سبک‌های تفکر داشته و بررسی ارتباط با آن مفاهیم را نشان دهد.

به طور کلی با توجه به مطالب فوق می‌توان نتیجه گرفت که تفکر می‌تواند بر روی نحوه تصمیم‌گیری و عملکرد افراد تأثیرگذار باشد و از طرفی با توجه به این که افراد سبک‌های تفکر متفاوتی نسبت به یکدیگر دارند و در موقعیت‌های مختلف سبک‌های تفکر آنان نیز متفاوت می‌گردد؛ این امر در حرفه پرستاری از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد و نیز از سوی دیگر یک خلأ پژوهشی در این خصوص به چشم می‌خورد، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی همبستگی بین سبک‌های تفکر و تصمیم‌گیری بالینی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز انجام گرفت.

روش بررسی

در این مطالعه توصیفی-همبستگی رابطه بین سبک‌های تفکر با تصمیم‌گیری بالینی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز در سال ۹۲ مورد بررسی قرار گرفت. جامعه پژوهش در این مطالعه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز بودند که بصورت تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. مشخصات افراد مورد بررسی به شرح زیر بود:

۱- شاغل در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز بودند.

کودکان تعیین گردید. از تمامی نمونه‌های شرکت کننده رضایت کتبی اخذ گردید و پژوهشگران متعهد گردیدند که کلیه اطلاعات شخصی واحدهای پژوهش، به صورت محرمانه حفظ گردد.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناسی، پرسشنامه پژوهشگر ساخته تصمیم‌گیری بالینی در پرستاری و پرسشنامه فرم کوتاه سبک تفکر واگنر و زانگ (Thinking styles Inventory Revised2) بود. جهت بررسی توانایی تصمیم‌گیری بالینی از پرسشنامه پژوهشگر ساخته تصمیم‌گیری بالینی استفاده گردید. این پرسشنامه با مشاوره صاحب‌نظران و با استخراج از منابع کتابخانه‌ای و پژوهشی تهیه گردید. در بررسی متون مختلف، چندین رویکرد اصلی برای بررسی تصمیم‌گیری بالینی وجود دارد از جمله رویکرد تجویزی (Prescriptive Approach) و رویکرد توصیفی (Descriptive) و نیز رویکرد سومی به نام رویکرد هنجاری (Normative) (۱۶). در تدوین این پرسشنامه از رویکرد هنجاری استفاده گردید. در این رویکرد، ارزیابی تصمیم‌گیری بالینی به صورت کمی (با نمره دهی و محاسبه امتیاز پاسخ‌های داده شده توسط شرکت کنندگان) صورت می‌پذیرد و موارد اورژانسی در نظر گرفته نمی‌شود و عملکرد پرستاران در موقعیت‌های ایده آل مورد بررسی قرار می‌گیرد. منظور از موقعیت‌های ایده آل، موقعیت‌هایی است که زمان کافی برای تصمیم‌گیری وجود داشته باشد و تصمیم‌گیری غیر اورژانسی می‌باشد. پرسشنامه مذکور مشتمل بر ۲۰ گویه در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (از هرگز تا همیشه) بود که هر پنج سؤال آن یکی از حیطه‌های در نظر گرفته شده از تصمیم‌گیری بالینی را بررسی می‌نمود. در سال ۱۹۷۷ جنیس و مان (Janis and Mann) معیارهای ایده‌آل برای تصمیم‌گیری بالینی را در هفت حیطه، دسته‌بندی نمودند. بعدها در سال ۱۹۸۵ جنکینز (Jenkins) از این هفت معیار، چهار دسته‌بندی مجزا را استخراج نمود (۱۷). در پژوهش حاضر از عناوین چهار حیطه طراحی شده توسط جنکینز بهره گرفته و سعی شد که هر حیطه با سؤالات مطرح شده موجود

۲- حداقل سه سال سابقه کار در یکی از بخش‌های داخلی، جراحی، کودکان، اعصاب و روان و مراقبت‌های ویژه (آی سی یو، سی سی یو) را داشتند.

۳- دارای مدرک کارشناسی یا کارشناسی ارشد پرستاری بودند.

نمونه‌ها به صورت تصادفی طبقه‌ای در پژوهش شرکت داده شدند. منظور از طبقه، همان بخش‌های مختلف مراکز درمانی می‌باشد. تعداد نمونه از هر بخش نیز به نسبت تعداد پرستاران شاغل در هر بخش تعیین گردید. بدین ترتیب که در ابتدا تعداد پرستاران هر مرکز تعیین شده و سپس با استفاده از تخصیص تناسب، تعداد پرستاران هر بخش، محاسبه گردید و پس از آن، از طریق قرعه‌کشی بین واحدهای پژوهش که رمز دهی شده بودند، شرایط تصادفی بودن نمونه‌ها اعمال شد و نمونه‌ها در این مطالعه شرکت داده شدند. در واقع طبقه‌بندی از نوع وزنی بود که وزن هر طبقه به عنوان ضریب آن در نظر گرفته شد و هرچه تعداد کل پرستاران شاغل در بخشی بیشتر بود به آن بخش حجم نمونه بیشتری تخصیص داده شد. برای برآورد تعداد کل نمونه از فرمول همبستگی استفاده گردیده و r در این فرمول با توجه به متون موجود در این رابطه و با در نظر گرفتن مقالات مشابهی که همبستگی سبک‌های تفکر را با متغیرهای مختلف سنجیده‌اند، تعیین گردید:

$$n \geq \left[\frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})}{0.5 \times \ln[(1+r)/(1-r)]} \right]^2 + 3$$

$$r = 1/96 \rightarrow z_{1-\alpha/2} = 0.05, \alpha = 0.04 \rightarrow z_{1-\beta} = 0.20, \beta = 0.20$$

با استفاده از رابطه فوق حداقل تعداد نمونه ۱۹۴ تعیین گردید. با در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه‌ها، در مجموع تعداد ۲۰۰ نفر از پرستاران واجد معیار پژوهشی با استفاده از روش تصادفی طبقه‌ای انتخاب گردیدند که در نهایت ۴ نمونه به دلیل داشتن داده‌های مخدوش و ناقص کنار گذاشته شد و تعداد نمونه نهایی به ۱۹۶ رسید. تعداد نمونه تخصیص داده شده به هر بخش شامل ۲۰ نفر برای هر یک از بخش‌های داخلی و جراحی، ۳۰ نفر برای بخش اعصاب و روان، ۶۰ نفر برای بخش‌های مراقبت‌های ویژه و ۳۰ نفر نیز برای بخش‌های

در آن، از نظر محتوا و موضوع، تطابق مناسب و کافی را دارا باشد. این حیطه‌ها عبارت از: ارزشیابی پیامدهای حاصل از مراقبت، توجه به ارزش‌های مددجو و اهداف حرفه پرستاری، جستجو و گزینش روش‌های مختلف مراقبتی، و بهره‌گیری از اطلاعات جدید و ادغام غیر مخدوش اطلاعات بودند. در این پرسشنامه نمره‌گذاری از ۱ تا ۵ تنظیم گردید که نمره ۱ برای "هرگز" در نظر گرفته شد که بیانگر تصمیم‌گیری بالینی ضعیف و نمره ۵ برای "همیشه" منظور گردید. در کل حداقل نمره تصمیم‌گیری بالینی ۲۰ و حداکثر آن ۱۰۰ بود. برای هر مؤلفه از تصمیم‌گیری بالینی نیز کمترین نمره تصمیم‌گیری برابر ۵ و بیشترین نمره برابر ۲۵ در نظر گرفته شد. به عنوان مثال؛ در مؤلفه ارزشیابی پیامدهای حاصل از مراقبت، نمره ۵ بیانگر کمترین میزان ارزشیابی پیامد حاصل از مراقبت از سوی پرستار بوده و نمره ۲۵ به منزله بیشترین میزان ارزشیابی در نظر گرفته شد. ابزار دیگر، پرسشنامه تجدید نظر یافته فرم کوتاه سبک‌های تفکر واگنر و زانگ (۲۰۰۷) بود. این پرسشنامه شامل ۶۵ گویه می‌باشد و پاسخ هر سؤال روی یک مقیاس ۷ درجه‌ای (از ۱ تا ۷) تنظیم گردیده است. در این پرسشنامه، هر ۵ سؤال یکی از ۱۳ سبک تفکر را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و حاوی ۱۳ سبک تفکر بوده که براساس ۵ بُعد کارکرد، شکل، سطح، حوزه و گرایش طبقه‌بندی شده‌اند. ضرایب آلفای کرونباخ آن توسط استرنبرگ، واگنر و زانگ، برای ۱۳ سبک تفکر، از ۰/۵۰ تا ۰/۸۰ گزارش شد (۱۲ و ۱۰-۹). شکری و همکاران (۱۳۸۵) نیز در ایران ضرایب آلفا را برای سبک‌های مختلف تفکر، از ۰/۵۳ تا ۰/۸۵ محاسبه کردند (۱۸) و زارعی و همکاران نیز در سال ۱۳۹۱ ضریب آلفای کل پرسشنامه را برای جمعیتی از دانشجویان پرستاری برابر ۰/۸۹۴ محاسبه نمودند (۱۸). همچنین زوا و زانگ در سال ۲۰۱۱ برای نمونه‌ای از دانشجویان چینی، آلفای کرونباخ این ابزار را بین ۰/۵۶ تا ۰/۸۱ گزارش نمودند (۱۵). در این پژوهش نمره‌دهی برای هر سبک به این ترتیب انجام گرفت: ۱= اصلاً، ۲= بسیار کم، ۳= کم، ۴= تاحدودی، ۵= زیاد، ۶= بسیار زیاد، ۷= کاملاً.

نمره بالاتر در هر سبک نشان دهنده گرایش بیشتر فرد به آن سبک می‌باشد. کمترین امتیاز برای هر سبک تفکر برابر ۵ و بیشترین امتیاز برابر ۳۵ در نظر گرفته شد. در مطالعه حاضر برای تعیین روایی این ابزارها، از روایی صوری و محتوا استفاده گردید. پرسشنامه‌های مذکور جهت تأیید محتوای علمی در اختیار ۸ نفر از اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری مامایی شهید بهشتی، ۳ نفر از اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز و ۲ نفر از کارشناسان ارشد شاغل در بیمارستان‌های علوم پزشکی تبریز قرار گرفت. پس از انجام نظر خواهی و دریافت راهنمایی از اساتید و صاحب‌نظران، اصلاحات لازم در پرسشنامه صورت گرفت و مورد بررسی و ارزیابی ۲ نفر دیگر از اساتید دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی قرار گرفت. برای تعیین پایایی نیز از روش بررسی همبستگی درونی و آزمون-آزمون مجدد استفاده شد. آلفای کرونباخ برای ابزار تصمیم‌گیری بالینی برای مؤلفه ارزشیابی پیامدهای حاصل از مراقبت (۰/۹۴)، توجه به ارزش‌های مددجو و اهداف حرفه پرستاری (۰/۶۸)، جستجو و گزینش روش‌های مختلف مراقبتی (۰/۷۱) و بهره‌گیری از اطلاعات جدید و ادغام غیر مخدوش اطلاعات (۰/۸۲) تعیین گردید. همبستگی درونی برای پرسشنامه سبک‌های تفکر با اندازه گیری آلفای کرونباخ برای هر سبک مورد بررسی قرار گرفت که برای سبک‌های تفکر قانون‌گذار (۰/۶۸)، اجرایی (۰/۷۶)، قضایی (۰/۶۹)، کلی‌نگر (۰/۵۶)، جزئی‌نگر (۰/۵۸)، آزاد منشانه (۰/۸۷)، محافظه کار (۰/۷۰)، سلسه مراتبی (۰/۶۸)، تک قطبی (۰/۷۲)، سالاری (۰/۷۵)، آنارشیست (۰/۶۵)، سبک تفکر درونی (۰/۷۴) و سبک تفکر بیرونی (۰/۷۱) به دست آمد. همچنین در نمونه ۲۰ نفری، آزمون-آزمون مجدد با فاصله ۱۵ روز انجام گرفت. این تعداد نمونه بر اساس کتابی از فلیس (Fleiss) با عنوان طراحی و تجزیه و تحلیل مطالعات بالینی (Clinical of Analysis and Design Experiments) تعیین گردیده است (۱۹). ضریب همبستگی پیرسون برای پرسشنامه تصمیم‌گیری بالینی برابر ۰/۸۸ بود.

با استفاده از همین آزمون، پایایی پرسشنامه سبک‌های تفکر، با ضریب همبستگی ۰/۹۲ مورد تأیید قرار گرفت. جهت جلوگیری از هر گونه انجام روش آماری نادرست، نرمال بودن توزیع داده‌ها بوسیله آزمون کلموگروف-اسمیرنوف (Kolmogorov-Smirnov) مورد بررسی قرار گرفت که نرمال بودن توزیع داده‌ها مورد تأیید قرار گرفت. به منظور بررسی همبستگی سبک‌های تفکر با تصمیم‌گیری بالینی از آزمون همبستگی پیرسون و برای پیش بینی سبک‌های تفکر بر اساس تصمیم‌گیری بالینی از رگرسیون چند گانه به روش همزمان استفاده گردید. داده‌ها با استفاده از نرم افزار ۱۹ SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و میزان ($p < 0/05$) از نظر آماری معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در بین افراد مورد بررسی، زنان بیشترین تعداد نمونه‌ها را به خود اختصاص دادند (۷۴/۳۵) و مردان (۲۵/۶۵) درصد نمونه‌ها را شامل می‌شدند. همچنین افراد متأهل بیشترین تعداد نمونه‌ها را با ۷۳/۸۵ درصد تشکیل می‌دادند و ۲۶/۱۵ درصد نمونه‌ها را افراد مجرد تشکیل می‌دادند. بیشتر شرکت کنندگان در این مطالعه دارای تحصیلات کارشناسی بودند (۹۲/۳۰ درصد) و تنها ۷/۷۰ درصد شرکت‌کنندگان تحصیلات کارشناسی ارشد را داشتند. در مجموع از میان ۱۹۶ نفر شرکت‌کننده در این مطالعه با توجه به تخصیص تناسب، بیشترین تعداد پرستاران شرکت داده شده در این پژوهش به بخش مراقبت‌های ویژه (۳۰/۱۰ درصد) تخصیص داده شد و کمترین میزان شرکت‌کننده نیز در این مطالعه مربوط به پرستاران شاغل در بخش اعصاب و روان (۱۴/۸۰ درصد) بود. هر یک از بخش‌های داخلی و جراحی نیز ۱۹/۹۰ درصد شرکت‌کنندگان را به خود اختصاص دادند. تعداد ۱۵/۳۰ درصد از شرکت‌کنندگان مربوط به بخش کودکان بود. بر اساس نتایج ضریب همبستگی پیرسون، سبک‌های تفکر قانون‌گذار ($r = 0/153$, $p = 0/033$)، قضایی ($r = 0/275$, $p < 0/01$)، آزاد منشانه ($r = 0/168$, $p = 0/019$)، کلی‌نگر ($r = 0/248$)

($p < 0/001$) و جزئی‌نگر ($r = 0/226$, $p = 0/001$) با تصمیم‌گیری بالینی کلی همبستگی مثبت داشت. سبک محافظه کار ($r = -0/149$, $p = 0/037$) و تک قطبی ($r = -0/201$, $p = 0/005$) با تصمیم‌گیری بالینی کلی همبستگی منفی داشت. در این میان سبک تفکر سلسله مراتبی نسبت به سایر سبک‌ها، بیشترین همبستگی معنی‌دار مثبت را با تصمیم‌گیری بالینی داشت ($r = 0/427$ و $p < 0/001$). علاوه بر این طبق نتایج تحلیل آزمون همبستگی پیرسون، این سبک تفکر بیشترین همبستگی مثبت را با هر چهار مؤلفه تصمیم‌گیری بالینی داشت. سبک تفکر تک قطبی همبستگی منفی بیشتری نسبت به سایر سبک‌ها با مؤلفه‌های ارزشیابی پیامدهای حاصل از مراقبت ($r = -0/147$)، جستجو و گزینش روش‌های مختلف مراقبتی ($r = 0/41$, $p = 0/001$) و بهره‌گیری از اطلاعات جدید و ادغام غیر مخدوش آنها ($r = -0/177$, $p = 0/013$) را داشت. سبک بی‌قانون یا ناسالار بیشترین همبستگی منفی معنی‌دار را با مؤلفه توجه به ارزش‌های مددجو و اهداف حرفه‌ای داشت ($r = 0/152$, $p = 0/034$). یافته‌های پژوهش نشان داد سبک‌های تفکر درونی ($r = 0/086$, $p = 0/233$) و اجرایی ($r = 0/42$) با نمره کل تصمیم‌گیری بالینی هیچ همبستگی معنی‌داری نداشتند. برای بررسی میزان پیش‌بینی‌کنندگی انواع سبک‌های تفکر بر اساس طبقه‌بندی مطرح شده توسط زانگ که پیشتر نیز به آن اشاره گردید، از روش رگرسیون چندگانه با مدل همزمان استفاده گردید. نتایج این روش، از نظر آماری معنی‌دار بودند، به این ترتیب که سبک‌های تفکر نوع اول پیش‌بینی‌کننده تصمیم‌گیری بالینی بهتری بودند. به بیان دیگر این نوع سبک تفکر به صورت معنی‌داری تبیین‌کننده تصمیم‌گیری بالینی بهتر می‌باشد. از سوی دیگر سبک‌های تفکر نوع دوم با افت نمرات تصمیم‌گیری بالینی همراه بود. ($R^2 = 0/171$, $p < 0/001$, $F = 19.13$). نتایج مربوط به تجزیه و تحلیل رگرسیون چند گانه در جدول ۱ ارائه گردیده است. همان گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌گردد، از بین سه نوع سبک تفکر، تنها سبک‌های نوع اول و دوم تأثیر معناداری در پیش‌بینی تصمیم‌گیری بالینی دارند. با این وجود یافته‌های به

نوع دوم، پیش بینی کننده قوی‌تری برای تصمیم‌گیری بالینی پرستاران می‌باشند. به این ترتیب که افرادی که متمایل به این نوع سبک تفکر می‌باشند، ۱۷/۱ درصد پیش‌بینی می‌شود که با افزایش نمره این نوع سبک تفکر در آنان، تصمیم‌گیری بالینی آنها نیز بهتر شود.

دست آمده از جدول تحلیل رگرسیون (جدول ۲) حاکی از آن است که تنها ۱۷/۱ درصد از تغییرات مشاهده شده در نمره تصمیم‌گیری بالینی پرستاران مربوط به سبک‌های تفکر آنان می‌باشد. از سویی دیگر با بررسی ضرایب استاندارد شده (Beta) مشاهده می‌گردد که از بین سبک‌های تفکر معنی‌دار، سبک‌های تفکری که در مجموعه نوع اول قرار دارند نسبت به

جدول ۱: نتایج تحلیل رگرسیون چند گانه

متغیرهای پیش بین	B	Std. Error	Beta	t	p
(مقدار ثابت)	۳/۶۶۶	۰/۲۰۳		۱۷/۹۸۹	۰/۰۰
سبک تفکر نوع اول	۰/۱۴۹	۰/۰۳۹	۰/۳۲۵	۳/۸۰۳	۰/۰۰
سبک تفکر نوع دوم	-۰/۰۹۵	۰/۰۲۶	-۰/۲۴۱	-۳/۵۸۶	۰/۰۰
سبک تفکر نوع سوم	۰/۰۴۳	۰/۰۴۸	۰/۰۷۶	۰/۹۰۱	۰/۳۶۹

جدول ۲: جدول تحلیل واریانس به منظور تعیین نقش متغیر پیش بین در تبیین واریانس متغیر ملاک

مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره‌ی آزمون	ضریب تعیین	سطح معناداری (sig)
(S.S)	(df)	(M.S)	(F)	(R2)	
۳/۸۴۸	۳	۱/۲۸۳			
۱۸/۵۹۰	۱۹۰	۰/۰۹۸	۱۳/۱۰۹	۰/۱۷۱	۰/۰۰
۲۲/۴۳۸	۱۹۳				
کل					

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر نشان داد که سبک‌های تفکر درونی با نمره کل تصمیم‌گیری بالینی همبستگی معنی‌داری نداشت که ممکن است این امر مربوط به ویژگی خاص این سبک‌ها باشد. افراد با سبک تفکر درونی تمایل دارند به تنهایی به کارها بپردازند و به طور کلی مستقل بودن را ترجیح می‌دادند (۱۰، ۱۱). اما تامپسون و داودینگ (Thompson & Dowding) (۲۰۰۲) اعتقاد دارند که تصمیم‌گیری در خلأ انجام نمی‌پذیرد و افراد در محیط‌های پیچیده ناچارند که داده‌های متعددی را بررسی نموده و سنجش نمایند (۱۹). در واقع در این مورد می‌توان چنین نتیجه گرفت که سبک تفکر درونی به دلیل جدا نگه داشتن افراد از گروه همکاران، می‌تواند در تصمیم‌گیری بالینی افراد نقش کم‌رنگی داشته باشد. هدبرگ و لارسون (Hedberg & Larsson) نیز در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۳

انجام دادند به این نکته اشاره نمودند که پرستاران به طور منظم با همکاران خود به ویژه آنهایی که صلاحیت خاصی دارند، اعتبار دانش خود و تفسیر نشانه‌ها و وقایع را تقویت و تأیید می‌کنند (۲۰). از نظر تامپسون و همکاران (۲۰۰۱) تأیید همکاران به عنوان عامل ارتقاء دهنده فرایند تصمیم‌گیری بالینی عمل می‌کند (۲۱). بدین ترتیب با توجه به نتایج این مطالعه و شرایط مورد نیاز برای یک تصمیم‌گیری بالینی مطلوب، ممکن است سبک تفکر درونی به خاطر داشتن ویژگی استقلال طلبی، نقش کم‌رنگی در ارایه تصمیم‌گیری بالینی مطلوب داشته باشد. با این وجود این سبک با مؤلفه‌های "ارزیابی پیامدهای حاصل از مراقبت" و نیز "جستجو و گزینش روش‌های مختلف مراقبتی" همبستگی مثبت معنی‌دار داشت که نشان از سازگاری احتمالی این سبک تفکر با این مؤلفه‌های تصمیم‌گیری بالینی می‌باشد و نیاز به انجام

قضایات صحیح آنها می‌باشد (۷). بنینگ (Banning) (۲۰۰۸) نیز تصمیم‌گیری صحیح در موقعیت پیچیده بالینی را حاصل انتخاب‌های صحیح پرستاران می‌داند (۶) و اسمیت (۲۰۰۴) به نقل از بنینگ اظهار می‌دارد که لازم است برای داشتن تصمیم‌گیری بالینی مستقل، مهارت‌های شناختی و ذهنی به پرستاران آموزش داده شود (۶). این یافته‌ها می‌تواند با یافته‌های هانمن (Hannemann et al) و همکاران (۲۰۱۱) نیز همخوانی داشته باشد. آنها به مشارکت گذاشتن تصمیم‌گیری، دانش و تجربه را در خلاقیت و نوآوری کارکنان مؤثر دانسته و نوآوری را عاملی برای رضایت‌مندی بیماران معرفی نموده است (۲۴).

طبق یافته‌های این مطالعه، سبک تفکر سلسله مراتبی بیشترین همبستگی معنی‌دار مثبت را با تصمیم‌گیری بالینی داشته است. در مقابل سبک تفکر تک قطبی و محافظه کار همبستگی معنی‌دار منفی با تصمیم‌گیری بالینی داشت. با توجه به تعاریف سبک‌های تفکر می‌توان ویژگی‌هایی را برای صاحبان این سبک‌ها متصور شد. در واقع این یافته‌ها بیانگر آن است که اولویت‌دهی در اهداف و منطق‌گرایی و واقع بینی می‌تواند افراد را در مهارت تصمیم‌گیری سازگارتر نموده و بالعکس، فردگرایی و پای‌بندی به اصول و شیوه‌های موجود، تأثیر منفی روی مهارت تصمیم‌گیری بالینی افراد دارند. علاوه بر این، طبق یافته‌های این مطالعه افرادی که تمایل به سبک ناسالار داشته‌اند، امتیاز تصمیم‌گیری بالینی آنها در مؤلفه توجه به ارزش‌های مددجو و اهداف حرفه‌ای به طور معنی‌داری کمتر از سایر سبک‌ها بود. با توجه به تعاریف استرنبرگ (۱۹۹۷) و برناردو (Bernardo) و زانگ (۲۰۰۲) افرادی با چنین سبک تفکر، در مورد چگونگی انجام کارها آزادی بیشتری می‌طلبند و در حل مسایل بیشتر به حالت تصادفی عمل می‌کنند (۱۰،۱۱). به عبارتی بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر برای توجه نمودن به ارزش‌های مددجو و حرفه پرستاری داشتن چنین سبک تفکری می‌تواند به صورت بازدارنده عمل کند. متأسفانه پژوهش دیگری در این زمینه انجام نشده و نیاز به بررسی‌های بیشتری در این مورد وجود دارد. هرچند در این

پژوهش‌های بیشتری در این زمینه وجود دارد. همچنین بر اساس نتایج این آزمون سبک تفکر اجرایی با هیچ یک از مؤلفه‌های تصمیم‌گیری بالینی و نمره کل تصمیم‌گیری بالینی ارتباط معنی‌داری نداشت. با توجه به تعاریف ارائه شده از سبک‌های تفکر، افراد اجرایی پایبند به اصول و شیوه‌های موجود می‌باشند، شاید بتوان گفت که استفاده از دستورالعمل‌ها و خط مشی‌ها نمونه بارز پیروی از سبک اجرایی باشد (۱۰،۱۱). اما از سویی دیگر ژان (Schon) (۱۹۹۱) به نقل از شبان (۲۰۰۵) چنین بیان می‌کند که هرگز نباید مدعی بود دستورالعمل‌های ارایه شده، تمامی جوانب فرایند تصمیم‌گیری را در بر داشته باشند (۲۲). فرانک و همکاران (Francke et al) (۲۰۰۸) نیز اظهار نمودند که استفاده از دستورالعمل‌ها تحت تأثیر ویژگی‌های محیط کار نظیر کمبود وقت و حمایت همکاران می‌باشد (۲۳). بر اساس نتایج مطالعه حاضر، افراد اجرایی با توجه به ویژگی‌هایی که دارند در محیط متغیر بالینی نقش کم‌رنگی در اتخاذ تصمیمات بالینی مطلوب داشتند. به عبارتی می‌توان چنین نتیجه گرفت در مواقع کمبود وقت و یا عدم پشتیبانی همکاران، استفاده مناسب از دستورالعمل‌ها ناممکن شده و تصمیم‌گیری‌هایی که بر اساس دستورالعمل صورت می‌پذیرد، ناقص و یا بی‌تأثیر خواهند بود. بدین ترتیب یافته‌های این مطالعه، منطبق با نتایج مطالعات یاد شده می‌باشد. همچنین با توجه به نتایج آزمون رگرسیون، سبک‌های تفکر نوع اول به صورت معنی‌دار، پیش‌بینی کننده تصمیم‌گیری بالینی بهتر بودند. این در حالی است که سبک‌های تفکر نوع دوم در این مورد از نتیجه معکوس برخوردار بود. از سبک‌های تفکر نوع اول در متون پژوهشی به عنوان سبک‌های خلاقانه‌تر و سازگارتر یاد می‌شود. سبک‌های تفکر نوع اول با عزت نفس بالا، حس هدفمندی، پیچیدگی‌های شناختی و استقبال از تجارب همراه می‌باشد (۱۲). از یافته‌های این مطالعه می‌توان چنین نتیجه گرفت که خلاقیت و پیچیدگی‌های شناختی و هدفمندی می‌تواند در بهبود و ارتقاء تصمیم‌گیری‌های بالینی مفید باشد. از نظر پاتر (Potter) (۲۰۰۹) تصمیم‌گیری مناسب پرستاران بر اساس شناخت و

مطالعه رابطه مشاهده شده بین سبک‌های تفکر و تصمیم‌گیری بالینی از نظر آماری تا حدودی ضعیف بود، اما وجود همین رابطه معنی‌دار منفی و یا مثبت بین این دو مقوله، بیانگر حقایق تازه‌تر در مورد توانایی‌های درونی افراد و تأثیر آن در تصمیم‌گیری بالینی می‌باشد. درحقیقت در یک محیط متغیر بالینی به هر اندازه که عوامل مؤثر فردی شناسایی گردد نهایتاً برای رشد و دگرگونی شیوه‌های مراقبتی راهکارهای بیشتری نیز شناسایی خواهد شد. لذا آموزش تفکر در بین پرستاران بالین امری ضروری به نظر می‌رسد. تأثیر تمایلات فکری پرستاران، مشارکت یا استقلال طلبی، استفاده از خط مشی‌ها و دستورالعمل‌ها، خلاقیت و نظام‌مندی در تصمیم‌گیری همه موارد مورد بحث در یافته‌های این مطالعه بودند، که خود نیاز به انجام پژوهش‌های بیشتر در موارد ذکر شده را آشکار می‌کند. از این رو انتظار می‌رود پرستاران فعال در حیطه پژوهش، به انجام مطالعات بیشتری درباره موارد ذکر شده اهتمام ورزند، تا در مواقع برنامه‌ریزی‌های کلان در مورد وظایف و اختیارات پرستاری، پژوهش‌های قابل استناد بیشتری در دسترس باشد. در راستای بهبود بخشیدن به مراقبت‌های مبتنی بر شواهد که یکی از لازمه‌های آن مداخلات و تصمیم‌گیری‌های صحیح پرستاران می‌باشد، توجه نمودن به سبک‌های تفکر به نوبه خود می‌تواند مؤثر باشد. در سال‌های اخیر در کشور ما تلاش‌هایی در مراکز درمانی و آموزشی برای دستیابی به معیارهای تعریف شده از سوی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و وزارت بهداشت درمان و آموزش علوم پزشکی در راستای اعتبار بخشی به این مراکز در حال انجام می‌باشد. بدون شک تصمیم‌گیری بالینی مؤثر یکی از معیارهای بهبود کیفیت در حیطه ارائه خدمات درمانی و مراقبتی می‌باشد که پژوهش حاضر یک دید کلی و داده‌های آماری را در اختیار مسئولین امر اعتبار بخشی به مراکز درمانی ارائه خواهد نمود. از سوی دیگر سبک‌های تفکر پرستاران می‌تواند در سهولت پذیرش تغییرات اعمال شده در مراکز درمانی سودمند واقع شود. باتوجه به این که سبک‌های تفکر قابل آموزش می‌باشند؛ می‌توان سبک‌های سازگار با تصمیم‌گیری

را در قالب آموزش مهارت، به صورت آموزش‌های ضمن خدمت برای کارکنان آموزش داده و همچنین افرادی آنها به دانشجویان در دانشگاه‌ها انجام گیرد و این آموزش زمانی اثر بخش‌تر خواهد بود که به جای ارائه یک تعریف کلی از سبک‌های تفکر، ویژگی‌های این سبک‌ها به پرستاران شاغل و دانشجویان پرستاری آموزش داده شود. به عنوان مثال جهت تقویت سبک تفکر سلسله مراتبی به دانشجویان و پرستاران، می‌توان مهارت‌هایی نظیر حل مسئله، اولویت‌دهی به اهداف و امور و نیز شیوه‌های سازماندهی و مدیریت کارها را به صورت مستمر در کارگاه‌های آموزشی، همایش‌ها و یا جلسات ویژه آموزش داد و نیز سبک‌های تفکر می‌تواند زمینه را برای اداره امور و تصمیم‌گیری‌های مدیریتی مناسب فراهم نماید. نتایج این مطالعه همچنین می‌تواند در پژوهش‌های بعدی درخصوص فرایند تصمیم‌گیری بالینی و سبک‌های تفکر مفید باشد.

در این مطالعه احتمال وجود شرایط و نگرانی‌های خاص روانی، به هنگام انجام پژوهش و تأثیر آن بر روی سبک تفکر و تصمیم‌گیری بالینی را می‌توان از محدودیت‌های این مطالعه نام برد.

تشکر و قدردانی

این مقاله بر گرفته از طرح مصوب پژوهشی به شماره ۳۱۲/۲۳۴۷ تاریخ ۹۲/۴/۱ می‌باشد که با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی صورت پذیرفت که تشکر و قدردانی می‌گردد و نیز از کلیه کارکنان و اساتید محترم دانشگاه‌های علوم پزشکی شهید بهشتی و تبریز و تمامی پرستاران شرکت کننده در این مطالعه که در مراحل انجام این پژوهش ما را یاری نموده‌اند، مراتب سپاسگزاری خود را اعلام می‌دارد و نیز از جناب آقایان دکتر فرهاد رمضان‌بدر و حیدرعلی زارعی به خاطر راهنمایی و همکاری صمیمانه‌ای که در امر تهیه ابزار مبذول داشتند سپاسگزاری می‌گردد.

منابع

- 1-Fonteyn M, Ritter B. Clinical reasoning in nursing. In: Higgs J, M Jones eds .Clinical Reasoning in the Health Professions. 3th ed. England, Oxford: Butterworth Heinemann; 2009.
- 2-Bjork ID, Hamilton GA .Clinical DecisionMaking of NursesWorking in Hospital Settings. Nurs Res Pract. July 2011 [Serial online]. Available at: URL: <http://www.hindawi.com/Journals/nrp>. [cited Mar 2012]
- 3-Parsonage I. Making clinical decisions in emergency situations. Emerg Nurs . 2010;18(4) : 18–21.
- 4-Orasanu J, Connolly T. The reinvention of decision making. New Jersey, Norwood: Ablex Publishing Company; 1993: 188.
- 5-Omidvar B, Hossein Chari M. The relationship between thinking styles and coping strategies among Shiraz University's students. 4th Seminar of University Student's Mental Health. (Shiraz 21-22 May, 2008). [online]. Available at: <http://www.ensani.ir/fa/content/124084/default.aspx> .[2011.5.3]. [In Persian]
- 6-Banning MA .Review of clinical decision making: models and current research. J Clin Nurs. 2008; 17(2): 187–95.
- 7-Potter P, Griffin A. Fundamental of Nursing. 7th ed. Mosby: Elsevier; 2009: 22-3.
- 8-Nazem F. Thinking styles and elements of them between Islamic Azad University managers. J Mod Thoughts Educ. 2009; 4(2): 11-27. [In Persian]
- 9-Zhang LF. Field-Dependence/Independence: Cognitive Style or perceptual ability. Pers Individ Dif. 2004; 37(6): 1295–11
- 10-Sternberg RJ. Thinking styles. New York, Cambridge University press; 1997: 27-46.
- 11-Bernardo A, Zhang Li, Callueng C. Thinking Styles and Academic Achievement among Filipino Students. J Genet Psychol. 2002; 163(2): 149-63.
- 12-Zhang LF, Sternberg, RJ. A threefold model of intellectual styles. Educ Psychol Rev. 2005; 17(1): 1-53.
- 13-Ahadi H, Khoeini F, Karimi Y, Delavar A, Zarbaf M. Study of thinking ways and excitement for eveloping Positive Organizational Behavior. Sci Manage Pajooh. 2011; 24(8): 18-28.
- 14-Sladek RM, Bond MJ, Huynh LT, Chew D, Phillips PA. Thinking styles and doctors' knowledge and behaviors relating to acute coronary syndromes guidelines syndromes. Sci. [serial online]. 25 April 2008, 23(3): [8] Available at: URL: <http://www.implementationscience.com/content/3/1/23>. [Cited: 10 Feb 2011].
- 15-Zhua Ch, Zhang LF. Thinking styles and conceptions of creativity among university Students. J Educ Psychol. 2011; 31(3): 361-75
- 16-Cioff J. Expanding the scope of decision-making research for nursing and midwifery practice. Inter J Nurs Stud. 2012; 49(4): 481-9.
- 17-Jenkins HM. Clinical decision making in nursing scale .In: Waltz CF, Jenkins LS eds . Measurement Of Nursing outcomes. Vol 1 2th ed. New York, Springre Publisher Company; 2001: 33-40.
- 18-Zarei HA, Mirhashemi M, Sharifi HP. The Relationship between Thinking Styles and Academic Adjustment in Nursing Students. Ira J Med Edu. 2012, 12(3): 160-6. [In Persian]

- 19-Thompson C, Dowding D. Clinical decision making and judgement in Nursing. London, Churchill Livingstone; 2002: 95-102.
- 20-Hedberg B, Larsson US. Observations, confirmations and strategies useful tools in decision-making process for nurses in practice? J Clin Nurs. 2003;12(2): 215-22.
- 21-Thompson C, McCaughan D, Cullum N, Sheldon TA, Mulhall A, Thompson DR. Research information in Nurses' clinical decision-making: what is useful? J Adv Nurs. 2001; 36(3): 376-88.
- 22-Shaban R. Theories of clinical judgment and decision-making: A review of the theoretical literature. JEPHC. 2005; 3 (1-2).
- 23-Francke AL, Smit MC, de Veer A JE, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review. [Serial online] 12 Sep 2008, 38(8): [11]. Available at: URL: <http://www.biomedcentral.com/1472-6947/8/38>. [cited: 15 April 2011].
- 24-Hannemann H, Maura Kessel, Budych K, Schultz C. Shared communication processes within healthcare teams for rare diseases and their influence on healthcare professionals' innovative behavior and patient satisfaction. [serial online]. 21 April 2011, 40 (6): [7]. Available at: URL: <http://www.implementationscience.com/content/6/1/40>. [Cited: 7 Sep 2011].

Correlation between Thinking Styles with Clinical Decision Making among Nurses Working in Educational Hospitals Affiliated to Tabriz University of Medical Sciences

Hassanpour E¹, Naderiravesh N², Safavi bayat Z², Nasiri M³, Niromand Zandi K²

¹MSc. Dept. of Medical–Surgical Nursing, Tehran Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

²MSc. Dept. of Medical–Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³PhD. Dept. of Biostatistics, Faculty of Para-Medical, Tehran Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Dept. of Medical–Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Email: N.Naderiravesh@sbmu.ac.ir

Received: 29 Sep 2013 **Accepted:** 1 July 2014

Background and Objectives: Considering the importance of thinking styles in individuals' decision making, this study was conducted to investigate the correlation between thinking styles with clinical decision making among nurses working in educational hospitals affiliated to Tabriz University of Medical Sciences.

Materials and Methods: In this descriptive–correlational study, 196 nurses were recruited using random sampling method. Data were collected using the Thinking Styles Inventory and a researcher structured questionnaire. Data were analyzed using the Pearson correlation test and multiple regression analysis.

Results: The results showed that hierarchical thinking had the most significant relationship with the clinical decision making ($p<0.001$; $r=0.427$). Conservative and internal thinking styles showed significant negative relationships with the clinical decision making ($p<0.05$; $r=-0.201$, $r=-0.149$, respectively). According to the multiple logistic regression analysis, type 1 thinking styles predicted better clinical decision makings and type 2 thinking styles were associated with low scores of clinical decision making. Nevertheless the relation intensity obtained from the test was poor ($R^2=0.171$; $p<0.001$).

Conclusion: Considering significant relationship between thinking styles with clinical decision making, further studies are recommended.

Key words: *Decision making, Mental self-government, Thinking, Nurses, Iran*

Please cite this article as follows:

Hassanpour E, Naderiravesh N, Safavi bayat Z, Nasiri M, Niromand Zandi K. Correlation between Thinking Styles with Clinical Decision Making among Nurses Working in Educational Hospitals Affiliated to Tabriz University of Medical Sciences. Preventive Care in Nursing and Midwifery Journal (PCNM); 2014; 4(1): 32-43.
