الدور الإشرافي لرؤساء الشعب التمريضية بتجنيب كوادرهم من الإصابة بالعمى غير المقصود

* د. بثينة داؤد الكردي ** مخائيل طلال موسى

(الإيداع:20 ايلول 2022 ، القبول 2 كانون الثاني 2022)

الملخّص:

هدف البحث إلى تقييم الدور الإشرافي لرؤساء الشعب التمريضية بتجنيب كوادرهم من الإصابة بالعمى غير المقصود بمستشفى تشرين الجامعي من وجهة نظر رؤساء الشعب التمريضية، حيث استخدمت العينة المتاحة لرؤساء الشعب، والتي تكونت من **(79.6%)** من رؤساء الشعب وعددهم **(43)** رئيس/ة شعبة والمتواجدون في مستشفى تشرين الجامعي أثناء تطبيق البحث. وقد استخدمت أداة مطورة لجمع المعلومات بناء على المراجع الحديثة المتعلقة بالبحث، ثم تم جمع البيانات وتحليلها باستخدام البرامج الاحصائية المتخصصة **SPSS** النسخة **(21)**. وكانت من أهم النتائج: أن تقييم الدور الإشرافي لرؤساء الشعب التمريضية بتجنيب كوادرهم من الإصابة بالعمى غير المقصود بمستشفى تشرين الجامعي من وجهة نظر رؤساء الشعب التمريضية بشكل عام كان بمستوى جيد.

الكلمات المفتاحية: الدور الإشرافي لرؤساء الشعب التمريضية، العمى غير المقصود أو المُتعمّد في الرعاية الصحية.

* مدرس – قسم الإدارة في التمريض – كلية التمريض – جامعة تشرين – اللاذقية – سوريا.

** باحث – ماجستير أكاديمي في علم الإدارة بالتمريض – من قسم الإدارة في التمريض – كلية تمريض – جامعة تشرين – اللاذقية – سوريا.

The Supervisory Role of Head Nurses in Sparing their Staffs from Getting Inattentional Blindness

** Mikhail Talal Mousa * Dr. Buthaina Daoud AlKourdi

(Received: 20 September 2022, Accepted:2 January2023)

Abstract:

The purpose of the study was to evaluate the supervisory role of head nurses in sparing their staffs from getting Inattentional blindness at Tishreen University Hospital from the point of view of the head nurses. The sample that have been used was available of the head nurses and was composed of (79.6%) of head nurses and their number was (43) head nurses participating in the Tishreen University Hospital during the application of the research. An improved tool for gathering information was used based on researches related to the subject of the study, and data were collected and analyzed using **SPSS** program version (21). The most important results: The assessment of the supervisory role of head nurses in sparing their staffs from getting Inattentional blindness at Tishreen University Hospital from head nurses view point was generally at a good average.

Keywords: The supervisory role of head nurses – Inattentional blindness in healthcare

* teacher – Department of Nursing Management – Faculty of Nursing – Tishreen University – Latakia – Syria.

** Researcher – Master of Science Degree (MSc) in nursing management – from Department of Nursing Management – Faculty of nursing – Tishreen University – Latakia – Syria.

1-المقدمة

أضحى التغير والتّطور المستمر في تقديم الرّعاية الصحيّة، مع ضرورة التّأكيد على أن الفعالية الاقتصاديّة المؤدية بمرور الزمن لنجاح اقتصادي، وجودة الرّعاية الصحية متضمنة سلامة المريض، باتت من الأمور التي تحظى بالاهتمام في بيئة المستشفيات والمنظمات الصحيّة ككل. [1] **(Donner & Hall, 2004)**

وعليه فإن أساس التحدي في أي مهنة أو صناعة عالية الخطورة (وخاصة صناعة وتصميم وتقديم الخدمات الصحية) هو موازنة الإنتاجية مع الجودة وتحديداً السلامة الذي يعتبر موضوعها في الرعاية الصحية حجر الأساس لأعلى جودة في الخدمة المُقدمة، حيث ان مصطلح "الحماية" هو مصطلح متكرر في الأدبيات العلمية للتعبير عن السلامة، لكن في مجال صناعة وتصميم الخدمات الصحية وخاصة التمريضية، مصطلح الحماية بشكل عام يُعبر عن "سلامة المريض"، ومجرد وجود هذا التعبير وخاصّة في منظمات الرعاية الصحية لا يُجسّد الفكرة الجوهرية من محور هذا الموضوع، فمن خلال تبني التحسين الدائم والمستمر في مجال سلامة وأمان المريض ما يتم حمايته فعلياً ليس فقط المريض بل أيضاً الاقتصاد الصحي ضمن الأنظمة الصحية. [2] **(Appel ,2012)** حيث أن موضوع السلامة يُحدد مدى قيمة التكلفة الصحية للفرد وللمنظمة الصحية (وخاصة المستشفيات) عن طريق قياس طول فترة أو مدة بقاء أو إقامة هذا الفرد المريض ضمنها وتكرارها (زيادة عدد مرات حدوثها) على اعتبار أن طول فترة بقاء/إقامة المرضى ضمن أقسام وشعب ووحدات المؤسسات الصحية هي واحدة من المنابع الرئيسية الموجهة للتكاليف، [3] **(Clark, 2002)** وعدم دخول هؤلاء المرضى بمضاعفات ناتجة عن أي نوع من أنواع الأحداث والتفاعلات الدوائية وغيرهم المعاكسة للرعاية الصحية، والتي من المحتمل أن تسبب لهم عجز مؤقت أو دائم أو حتى الوفاة، حيث من الممكن تفادي **(83%)** من الحالات المُسجّلة المرتبطة بها في القرن الحادي والعشرون وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، [4] **(WHO, 2020)** وهذا يُعتبر من أهم المميزات الاقتصادية للخدمات الصحية المُقدمة من قبل أي كادر طبي وتمريضي مهنيّ واحترافيّ (ميزة الوفرة الاقتصادية). [5] **(Dall et all, 2009)**

إن من أبرز الأدوار التي يقوم بها رؤساء الشعب التمريضية على الصعيد اليومي في ممارسة عملهم هو **الدور الإشرافي،** بشقيه الإكلينيكي (السريري) والإداري، فقد أكدت دراسة **(Tomlinson, 2015)** أن استخدام الدور الإشرافي في تدبير جودة الرعاية وسلامة المريض فعال، لكن أغلب فعاليته هي عندما يتم الفصل بين الدور الوظيفي ذو الطابع التعليمي والداعم عن الدور الوظيفي ذو الطابع الإداري والتقويمي، لكن لم تتطرق الدراسة إلى وصف فعالية الدور الوظيفي ذو الطابع **التقويمي والداعم** في الاشراف، والذي هو أغلب ما يتم ممارسته من قبل رؤساء التمريض. [6]

إن العمى غير المقصود أو المتعمد كمفهوم هو ظاهرة تم تفسيرها علمياً بأن الأفراد عادة يفشلون في ملاحظة أو رؤية وإدراك حدث أو أشياء غير متوقعة (كالمشعرات السريرية في الرعاية الصحية اليومية للمرضى مثلاً)، مع العلم بأنها موجودة وظاهرة وواضحة، وغالباً ما يكون نتيجة التركيز على مهام أخرى. إن هذا الفشل في الرعاية الصحية يمكن أن يكون مميتاً عند حصول أخطاء العمل والعلاج، وخاصة في الحالات الصحية عالية الخطورة أو الحرجة، وعليه فإن الأحداث التي تحصل في الرعاية الصحية بشكل اعتيادي وروتيني تكون ملحوظة أكثر من الأحداث التي تعتبر جديدة على ثقافة المنظمة (الامنية والفيزيولوجية والبيروقراطية/الإدارية و... الخ)، ويستثنى من هذا الجدد على مهنة التمريض الذين يبدؤون تدريبهم التوجيهي لجعل الأحداث والأمور غير المألوفة ميالة لتكون أكثر روتينية واعتيادية لهم بهدف تمكينهم في أقسامهم التي يعملون بها، مع ذلك يبقى هنالك احتمالية متزايدة ومتصاعدة ومتنامية في الدلائل العلمية بشكل مثبت في الآونة الأخيرة لتحقُّق العديد من التجارب العملية المأساوية للأشخاص ذوي الخبرة في التمريض بحيث يكونون بها معرضين للعمى غير المقصود مثلهم مثل الجدد على ممارسة المهنة. [7] **(Katz, 2012)**

بالرغم من تطوير أنظمة استجابة سريعة لإنذارات الحالات الصحية في المستشفيات بجميع دول العالم، واعتماد معظم مستشفيات الشرق الأوسط على نظام سبيل أو نمط الرعاية الصحية الاكلينيكي أو السريري مضافاً لإمكانياتها المتاحة بغية

تبسيط الحالات المعقدة عبر توزيعها على أقسام متخصصة بكوادرها وكفاءاتها وتصاميمها ومعداتها، إلى أنه ما يزال هنالك العديد من السيناريوهات الفاشلة الناتجة عن إخفاقات المشاركين بها من عناصر الصحة بسبب العمى غير المقصود في ميادين الدراسات العملية لها. [8] **(ACSQ, 2008)**

فقد أكّدت **(Hughes & AHQR 2008)** على أهمّيّة الدّور الإشرافي بشقيه الاكلينيكي (السريري) والاداري الذي يلعبه المدراء والقياديّين والرؤساء في التمريض ضمن المؤسّسات الصّحّيّة وخاصة في الأنظمة المُصمّمة للتّركيز على مقدّم الرّعاية أو الخدمة التّمريضيّة، وذلك لما له من تأثير مباشر على سلامة المريض، وذلك عن طريق العمل من خلاله على إحداث **تغييرات** في أنظمة تدبير خدمات الرّعاية الصّحّيّة من خلال تأمين والحفاظ على بيئة ومناخ عمل آمنين ومريحين. [9]

وخلق الثّبات/الاستقرار بشكل دائم في نظام تقديم الرّعاية الصّحّيّة الآمن بعد إتمام التّغيير المطلوب عن طريق تدبير نظام خدمات الرّعاية الصّحّيّة المُعتمد في المؤسّسة الصحيّة تدبيراً جيّداً من خلال اتّباع سياسة التّركيز على المريض بشكل دائم ومستمرّ في مستوى الشّعب التّابعة، مع المساهمة بالحفاظ وبشكل مستمرّ على هذا الثّبات أو الاستقرار أي ضمان عدم الإخلال بالاتّزان في هذه الشّعب من ناحية مبادئ سلامة وأمان المرضى وتحسينها باستمرار عن طريق العمل على تحسين أداء الكادر التّمريضيّ المرؤوس ضمنها. [10] **(McCormack & McCance, 2006)**.

في دراسة لـ **(Al Moteri 2016)** جرى استعراض تقرير من مستشفى كوينلاند عام **(2013)**، حيث تم التحقيق فيه بأخطاء العمل والعلاج المرتبطة بفشل العديد من عناصر الصحة في ملاحظة مشعرات التدهور السريرية للعديد من المرضى في المستشفى، وأيضاً الفشل في الاستجابة الآمنة والملائمة والفعالة والمبكرة لها، فقد حدد التقرير بأنه من بين **(172)** خطأ مُسجل في العمل والعلاج، هنالك نسبة **(81%)** منها يُعزى اليها العمى غير المقصود أو المتعمد كعامل مساهم والذي بدوره يعزى إليه التأخير والفشل في إدراك وملاحظة مشعرات التدهور السريرية والاستجابة المبكرة الآمنة والملائمة والفعالة للحالات المتدهورة، هذا لأن الفشل في إدراك واكتشاف وملاحظة مشعرات التدهور وفي ادراك النمط وتقنيات مطابقته مثلاً فيما يخص الاستقراء والاستدلال والاستنباط والربط ضمن هذه المشعرات، والتي تقود بمجملها لوضع سببية سريرية قائمة على مبدأ علمي سليم وقويم بغية الوصول لتفسير منطقي لما حدث أو يحدث أو قد يحدث مع المريض (فشل في الوعي الظرفي أو الإدراك الموقفي للحالة الصحية الراهنة لدى الفرد المريض) يؤدي إلى فشل في الاستجابة أو التصرف أو التدبير الملائم والكافي للحالة والذي يترك عناصر الصحة بحالة عدم توقع للحدث وبالتالي هذا الحدث يأتيهم بشكل مفاجئ وسريع، [11] وهي نسبة متقاربة من نسبة الأحداث المعاكسة للرعاية الصحية المسجلة في القرن الحادي والعشرين والتي كان من الممكن تفادي **(83%)** منها وفق **منظمة الصحة العالمية (WHO, 2020)**، [4] أيضاً ذكرت دراسة **(Al Moteri 2016)** أن التأخير أو الفشل في تقييم حالات المرضى وفي تعقب المشعرات السريرية (فشل في إيلاء انتباه انتقائي لبعض الحالات الصحية بتمييزها كمحتملة أو عالية الخطورة عن غيرها من باقي الحالات الصحية) يقود بهذا التسلسل إلى حصول الأحداث المعاكسة للرعاية الصحية غير المتوقعة حيث تكون بصورة مفاجئة، وبالرغم من حصول التقرير ضمن هذه الدراسة على اهتمام من قبل مدراء المستشفى والباحثين بمجال سلامة المرضى، إلا أنه وفي علم الإدارة، فإن إجراءات التحسين الرامية إلى تلافيه كانت قليلة جداً، حالها حال معظم أبحاث الصحة عن العمى غير المقصود. [11]

بناءاً على ذلك أتت أهمية هذا البحث في التعرف على ودراسة وتقييم الدور الإشرافي لرؤساء الشعب التمريضية بتجنيب كوادرهم من الإصابة بالعمى غير المقصود في مستشفى تشرين الجامعي من وجهة نظر رؤساء الشعب التمريضية ليكون إحدى أبرز نقاط البدء إدارياً المثبتة بالدليل في السلامة ضمن عمليات الرعاية اليومية للمرضى فيما يخص هكذا موضوع في مجال الإدارة بالتمريض من جهة، وكيفية البدء بها كفعل أو كتطبيق على أرض الواقع (اكلينيكياً وادارياً) للتحسين حالياً أو فيما بعد من جهة أخرى، وذلك بما يتماهى وينسجم مع الاستراتيجيات الحديثة في تنمية الموارد (وتحديداً البشرية)، عن طريق التركيز على العناصر والعوامل الخاصة، المتعلقة والمرتبطة بها بشكل مباشر دون غيرها.

2–مشكلة البحث وأهميته

بعض الدراسات أكدت بشكل عام على أهمية دور رؤساء الشعب التمريضية في المسؤولية المحاسبية المهنية تجاه الكادر التمريضي بما فيها ضبط كفاءاتهم النسبية لإنجاز مستوى مقبول في أداء المهام والواجبات من ناحية السلامة والإنتاجية، وذلك بهدف ضمان الحفاظ على أعلى جودة رعاية صحية متضمنة تحقيق أعلى سلامة ورضى عملاء من مرضى ومراجعين وكوادر صحية كمنطلق للوصول إلى أعلى إنتاجية مترافقة مع فعالية اقتصادية وهذا يعني التركيز على سلامة المريض، **اصبيرة، وآخرون (2018)، واصبيرة (2015).** بناءاً عليه ونظراً لندرة وجود دراسات وأبحاث تخدم التطور (الإصلاح المستمر) في عمليات الرعاية الصحية التي تعكس جودة أداء الخدمات التمريضية المقدمة والتي هي بالوصف والتعبير مخرجات حالة فعل الممارسة من وجهة نظر إشرافية ورقابية بمهنة التمريض (تحديداً موضوع سلامة المريض)، والمتعلقة والمرتبطة بالدور الإشرافي لرؤساء الشعب التمريضية بتجنيب كوادرهم من الإصابة بالعمى غير المقصود في سوريا والوطن العربي على حد علم الباحث، ووجود قلة قليلة من الأبحاث التي عنيت بهذا الجانب على مستوى العالم، وخاصة في مجال الإدارة بالتمريض، كان لا بد من التعرف على ودراسة وتقييم الدور الإشرافي لرؤساء الشعب التمريضية بتجنيب كوادرهم من الإصابة بالعمى غير المقصود في مستشفى تشرين الجامعي من وجهة نظر رؤساء الشعب التمريضية.

3–هدف البحث

تقييم الدور الاشرافي لرؤساء الشعب التمريضية بتجنيب كوادرهم من الإصابة بالعمى غير المقصود في مستشفى تشرين الجامعي من وجهة نظر رؤساء الشعب التمريضية.

4–مواد وطرائق البحث

منهج البحث المُستخدم: كمي استباقي، وصفي.

مجتمع البحث: تألف مجتمع البحث من رؤساء الشعب التمريضية العامل في مستشفى تشرين الجامعي وعددهم الكلي (54) رئيس/ة شعبة تمريضية.

عينة البحث: استخدمت العينة المتاحة لرؤساء الشعب، بحيث تكونت العينة من رؤساء الشعب التمريضية وعددهم **(43)** رئيس/ة شعبة تمريضية، أثناء تطبيق البحث، والذين وافقوا على المشاركة في البحث، بحيث مثلت العينة **(79.6%)** من مجتمع البحث لرؤساء الشعب التمريضية.

حدود البحث: – الحدود المكانية: مستشفى تشرين الجامعي في مدينة اللاذقية.

– **الحدود الزمانية:** طُبّق البحث لمدّة **(7)** أشهر ابتداءً من الحصول على موافقة عينة البحث في الشهر الثاني **(2)** لعام **(2021)** وحتى الشهر الثامن **(8)** لعام **(2021).**

– **الحدود الموضوعية:** تقييم الدور الإشرافي لرؤساء الشعب التمريضية بتجنيب كوادرهم من الإصابة بالعمى غير المقصود، من خلال تطبيق البحث على عينة شملت **(43** من أصل **54)** رئيس/ة شعبة تمريضية، ضمن الشعب التابعة لمستشفى تشرين الجامعي في مدينة اللاذقية.

أداة البحث: تم استخدام أداة مطورة من قبل الباحث لجمع بيانات الدراسة والتي أعدّها بعد الاطلاع على المراجع المتعلقة بموضوع الدراسة.

(اصبيره واخرون 2018، Isbirah and Dawabeh 2019، Endacott ,et all 2010، Liaw ,et all 2012، اصبيره 2015، اصبيره. طويل 2018، Hart ,et all 2013، Buykx ,et all 2011، Al Moteri 2016، Johnes & Johnstone 2016). [1، 2، 3، 12، 13، 14، 15، 16، 17]

ومن ثم عرضت على ثلاث خبراء من نفس الاختصاص على الشكل التالي:

الأداة هي عبارة عن استبيان لتقييم الدور الإشرافي لرؤساء الشعب التمريضية بتجنيب كوادرهم من الإصابة بالعمى غير المقصود بمستشفى تشرين الجامعي (تقييم ذاتي): تم توزيعه على رؤساء الشعب التمريضية في المستشفى.

وتضمنت جزأين:

الجزء الثاني: اشتمل على عبارات استخدمت في تقييم الدور الإشرافي لرؤساء الشعب التمريضية الخاص ضمن المحاور التالية: [1- تقييم الحالات الصحية السريرية – 2- تعقب المشعرات السريرية. 3- الإدراك والاكتشاف المبكر لمشعرات تدهور الحالات الصحية السريرية، 4- الاستجابة المبكرة الآمنة والملائمة والفعالة لمشعرات التدهور والحالات الصحية السريرية المتدهورة، 5- إعداد وكتابة التقارير (تسجيل وتوثيق)]، حيث يُعتبر الفشل أو الاخفاق في احدى هذه المحاور أو أكثر بمعنى الفشل في تحديد وتدبير المرضى المتدهورين وبالتالي الإخفاق في إنقاذ المريض ودخوله بعجز دائم أو وفاة، من الممكن تفسيره بالعمى غير المقصود أو المتعمد في الرعاية الصحية باعتباره عامل مساهم ومسبب لها وفقاً للمراجع الحديثة المتعلقة بالبحث والمذكورة أعلاه.

ثم قام الباحث بتوزيع الاستبانة على عينة البحث من رؤساء شعب تمريضية مشاركة وقد تم ملء الاستبانة من قبلهم حيث تمت الإجابة عليها وفقاً لمقياس ليكرت خماسي مكون من خمس حالات تم وصف الأوزان التالية لها: غير موافق بشدة **(1)**، غير موافق **(2)**، حيادي **(3)**، موافق **(4)**، موافق بشدة **(5)**.

تم حساب قيم معامل الثبات بطريقة التناسق الداخلي باستخدام معامل (مؤشر) ألفا كرونباخ **(Cronbach's (Alpha**، وفق الجدول التالي:

الجدول رقم (1): معامل الثبات (ألفا كرونباخ) لأداة البحث.

المحور	عدد العبارات	ألفا كرونباخ
الدور الإشرافي الخاص بتقييم الحالات الصحية السريرية	**11**	**0.66**
الدور الإشرافي الخاص بتعقب المشعرات السريرية	**12**	**0.82**
الدور الإشرافي الخاص بالإدراك والاكتشاف المبكر لمشعرات تدهور الحالات الصحية السريرية	**7**	**0.67**
الدور الإشرافي الخاص بالاستجابة المبكرة الآمنة والملائمة والفعالة لمشعرات التدهور والحالات الصحية السريرية المتدهورة	**12**	**0.88**
الدور الإشرافي الخاص بإعداد وكتابة التقارير (تسجيل وتوثيق)	**7**	**0.85**
الأداة ككل	**49**	**0.92**

يبين الجدول (1) قيم معامل ألفا كرونباخ لمحاور الأداة وللأداة ككل والذي أظهر قيمة عالية ومقبولة احصائياً بحيث شكلت مؤشر على ثبات أداة الدراسة. تم تفريغ البيانات وترتيبها وتبويبها، ومن ثم تحليلها بإشراف إحصائي متخصص، وذلك باستخدام أساليب وبرامج إحصائية متخصصة (برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية) **SPSS (Statistical package for social science)** النسخة **(21)**، وتم استخدام الاختبارات الإحصائية في الإحصاء الحيوي للحصول على نتائج البحث، وهي كالتالي:

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري:

$$\overline{X} = \frac{\sum x_i}{N} \qquad SD = \sqrt{\frac{\sum x_i^2 - \frac{(\sum x_i)^2}{N}}{N-1}}$$

حيث: *SD*: الانحراف المعياري. $\overline{X}$: المتوسط الحسابي. ***N***: العدد الكلي.

بحيث تم تقييم الدور الإشرافي لرؤساء الشعب التمريضية بمستويات من ضعيف إلى جيد جداً وفقاً لقيم المتوسط الحسابي كما يوضحه الجدول (2):

الجدول رقم(2): تقييم الدور الاشرافي لرؤساء الشعب التمريضية بناءاً على قيم المتوسط الحسابي وفقاً (اصبيره وآخرون، 2018) [1]

قيمة المتوسط الحسابي	تقييم الدور الإشرافي لرؤساء الشعب التمريضية
[1 – 2]	مستوى ضعيف
]2 – 3[	مستوى متوسط
]3 – 4[	مستوى جيد
]4 – 5[	مستوى جيد جداً

طرائق البحث

1- تم أخذ الموافقات من إدارة الكلية ورؤساء الشعب التمريضية كل على حدا في مشفى تشرين الجامعي للتمكن من جمع البيانات المتعلقة بالبحث.

2- تم تطوير أدوات البحث وفقاً للمراجع المتعلقة بالبحث والمشتملة على قائمة المراجع المتعلقة بموضوع الدراسة.

3- تم عرض أداة البحث (استبيان الأسئلة) على لجنة مؤلفة من ثلاث خبراء لفحص مصداقية الأدوات وموثوقيتها ووضوح بنودها، ومن ثم تم أخذ المقترحات والملاحظات بعين الاعتبار والتعديل تبعاً لذلك (تم تعديل طريقة كتابة العبارات إلى صيغة مخاطبة تلائم العينة، وتم حذف بعضها وإضافة أخرى غيرها تحت كل محور من محاور الاستبانة).

4- الدراسة الدّليليّة/الإسترشادية (**pilot study**): تم اجراؤها لاختبار مدى مصداقية ووضوح تطبيق أدوات الدراسة في المكان المختار للدراسة، ولتجاوز المشاكل والعقبات التي قد تواجه الباحث أثناء القيام بالدراسة، وبالتالي تخمين الوقت المحتاج لجمع البيانات، تم إجراء الدراسة الإسترشادية على (5) رؤساء/رئيسات شعب (10% من العينة)، ولم يتم إعادة إجراء أي تعديل على الاستمارة، حيث كانت قابلة للتطبيق وواضحة.

5- تم جمع البيانات في الفترة الزمنية الممتدة من شهر (2) عام (2021) وحتى الشهر (3) عام (2021)، حيث قام الباحث بتوزيع استبيان أسئلة خاص برؤساء الشعب على رؤساء الشعب التمريضية، مع بقاء الباحث في الميدان للإجابة على أي تساؤلات فيما يخص عبارات الاستمارة ضمن كل محور مع الشرح والتوضيح أيضاً، واستغرقت مدة الإجابة على الاستبيان لدى كل فرد في العينة وسطياً (13) دقيقة.

6- تم تفريغ البيانات وترتيبها وتبويبها وتحليلها بإشراف احصائي متخصص، وذلك باستخدام أساليب وبرامج إحصائية متخصصة **SPSS** نسخة (**21**)، ومن ثم المناقشة والاستنتاج.

5-النتائج والمناقشة

أولاً: النتائج:

الجدول رقم (3): تقييم الدور الإشرافي لرؤساء الشعب التمريضية بتجنيب كوادرهم من الإصابة بالعمى غير المقصود بمستشفى تشرين الجامعي من وجهة نظر رؤساء الشعب التمريضية:

المحاور	الدور الإشرافي لرؤساء الشعب التمريضية بتجنيب كوادرهم من الإصابة بالعمى غير المقصود في مستشفى تشرين الجامعي من وجهة نظر رؤساء الشعب التمريضية N=43		
	المتوسط الحسابي M	الانحراف المعياري SD	تقييم الدور
1- الدور الإشرافي لرؤساء الشعب التمريضية الخاص بتقييم الحالات الصحية السريرية.	3.84	0.521	جيد
2- الدور الإشرافي لرؤساء الشعب التمريضية الخاص بتعقب المشعرات السريرية.	3.67	0.382	جيد
3- الدور الإشرافي لرؤساء الشعب التمريضية الخاص بالإدراك والاكتشاف المبكر لمشعرات تدهور الحالات الصحية السريرية.	3.74	0.466	جيد
4- الدور الإشرافي لرؤساء الشعب التمريضية الخاص بالاستجابة المبكرة الآمنة والملائمة والفعالة لمشعرات التدهور والحالات الصحية السريرية المتدهورة.	3.94	0.323	جيد
5- الدور الإشرافي لرؤساء الشعب التمريضية الخاص بإعداد وكتابة التقارير (تسجيل وتوثيق).	3.81	0.360	جيد
تقييم الدور الإشرافي لرؤساء الشعب التمريضية بتجنيب كوادرهم من الإصابة بالعمى غير المقصود بمستشفى تشرين الجامعي من وجهة نظر رؤساء الشعب التمريضية بشكل كلي	**3.80**	**0.410**	**جيد**

يُبين الجدول (3) أن: تقييم الدور الإشرافي لرؤساء الشعب التمريضية المرتبط بـ **[**محور تقييم الحالات الصحية السريرية من وجهة نظر رؤساء الشعب كان تقييمه بمستوى جيد بمتوسط حسابي **(3.84)**، ومحور تعقب المشعرات السريرية من وجهة نظر رؤساء الشعب كان تقييمه جيد وبمتوسط حسابي قدره **(3.67)**، ومحور الادراك والاكتشاف المبكر لمشعرات تدهور الحالات الصحية السريرية من وجهة نظر رؤساء الشعب كان تقييمه بمستوى جيد وبمتوسط حسابي قدره **(3.74)**، ومحور الاستجابة المبكرة الآمنة والملائمة والفعالة لمشعرات التدهور والحالات الصحية السريرية المتدهورة من وجهة نظر رؤساء الشعب كان تقييمه بمستوي جيد وبمتوسط حسابي **(3.94)**، ومحور إعداد وكتابة التقارير (تسجيل وتوثيق) من وجهة نظر رؤساء الشعب كان تقييمه أيضاً بمستوى جيد وبمتوسط حسابي **(3.81)]**. وعليه فإن تقييم الدور الإشرافي لرؤساء الشعب التمريضية بتجنيب كوادرهم من الإصابة بالعمى غير المقصود بمستشفى تشرين الجامعي من وجهة نظر رؤساء الشعب التمريضية بشكل عام وكلي كان بمستوى جيد وبمعدل متوسط حسابي قدره **(3.80)**.

ثانياً: المناقشة:

أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن تقييم رؤساء الشعب التمريضية لأنفسهم بشكل عام في الدور الإشرافي الكلي الكامل لرؤساء الشعب التمريضية بتجنيب كوادرهم من الإصابة بالعمى غير المقصود بمستشفى تشرين الجامعي والذي هو جزء من العملية الإشرافية ككل على أداء الكادر التمريضي في المستشفى، كان بمستوى جيد من وجهة نظرهم. وهذا يتفق مع نتائج دراسة **Al**

Khaleel & AL Jazaery (2016) بأن تقييم أداء مسؤولي التمريض لوظائفهم الإدارية فيما يتعلق بالإشراف على وإدارة التمريض في مستشفيات مدينة النجف الأشرف في العراق من وجهة نظرهم كان جيداً. [18] ويتفق بالمجمل مع النتائج النوعية للمراجعة المنهجية المنظمة الخاصة بـ **Rowe ,et all (2005)**، التي بيّنت أن الدور الإشرافي والرقابي بشكل عام في بلدان العالم الثالث فعّال، ووصفته بأنه نشاط يستحق انتباه خاص في هذه البلدان كونه يُحسن من أداء العاملين (الذي هو حالة فعل الممارسة بمهنة التمريض من وجهة نظر إشرافية ورقابية). [19] لكنه لا يتفق مع نتائج دراسة **Isbirah & Dawabeh (2019)** التي أظهرت أن تقييم الدور الإشرافي والرقابي لرؤساء الشعب التمريضية بشكل عام بالاعتماد على استبيان ملاحظة الباحث الشخصية لسلوكيات رؤساء الشعب التمريضية فيما يخص موضوع الرقابة أن الغالبية العظمى من رؤساء الشعب التمريضية لا يطبقون الدور الرقابي المتعلق بضبط أداء الكادر في رعاية المرضى بشكله الكامل أو الكلي. [12]

لكن نتائج تقييم المحور الأول في هذه الدراسة والمتمثل بالدور الإشرافي لرؤساء الشعب التمريضية الخاص بتقييم الحالات الصحية السريرية في الشعبة من وجهة نظر عينة البحث من رؤساء شعب تمريضية، شكلت مؤشرات تعتبر مشعرات دالّة على كون هذا الدور الإشرافي الخاص برؤساء الشعب والمتمثل بهذا المحور فعّال وظيفيّاً، فقد كان تقييمهم لأنفسهم بمستوى جيد، وهذا يتفق مع نتائج **Armstrong ,et all (2015)** التي أكّدت على أن رؤساء الشعب التمريضية يقضون في خط الإشراف الأول الخاص بهم (الرقابة المباشرة على الأداء) وعلى مدار الـ **(24)** ساعة **(25.8%)** من الوقت اكلينيكياً بجانب سرير المريض معتمدين على ملاحظتهم الشخصية لحالات المرضى الصحية ولأداء الكادر في تقييم الحالات السريرية في الشعبة، لكنه لا يتفق مع باقي نتائج دراسة **Armstrong ,et all (2015)** إدارياً والتي أكدت على أنهم يصرفون فقط **(13.4%)** من الوقت على تقديم التواصل والدعم للعملاء، و**(11.5%)** من وقتهم على تدبير شؤون الموظفين من أفراد وكفاءات في الشعبة التابعة بشكل عام، [20] ولا يتفق مع نتائج الدراسة الاستكشافية لـ **Park ,et all (2018)** التي بينت أن الممرضين/ات العاملين/ات ضمن مستشفى جامعي في سيول بكوريا وعددهم **(24)** ممرض/ة، قد أكدوا في إجاباتهم على أسئلة المجموعة المركزة على أنهم اختبروا العمى غير المقصود أو المتعمد بشكل مباشر وغير مباشر أثناء عملية الرعاية الصحية، وتحديداً في مرحلتي تقييم الحالات الصحية السريرية وإدارة وتدبير وتنفيذ الخطط العلاجية وخاصة الدوائية، [21] مما يدل على ضعف الدور الإشرافي والرقابي لرؤساء الشعب الخاص بتجنيب كوادرهم من الإصابة بالعمى غير المقصود أو المتعمد في الرعاية الصحية أثناء مرحلة تقييم الحالات الصحية السريرية بشكل عام.

أيضاً شكلت نتائج تقييم المحور الثاني في هذه الدراسة والمتمثل بالدور الإشرافي لرؤساء الشعب التمريضية الخاص بتعقب المشعرات السريرية في الشعبة من وجهة نظر عينة البحث من رؤساء شعب تمريضية، مؤشرات تعتبر مشعرات دالّة على كون هذا الدور الإشرافي الخاص برؤساء الشعب والمتمثل بهذا المحور فعّال وظيفيّاً، فقد كان تقييمهم لأنفسهم في هذا المحور أيضاً بمستوى جيد، وهذا يتفق مع ما أشار اليه **Tomlinson (2015)** أن استخدام الاشراف وخاصة الاكلينيكي من قبل المدراء بشكل عام لتحسين جودة الرعاية الصحية فعال، كونه يوفر طرق للمدراء لاستكشاف مدى اهتمام كوادرهم بشؤون مرضاهم وقياس مستوى القلق في الرعاية الصحية لديهم والحكم على الحالات الصحية المعقدة سريرياً في صناعة واتخاذ القرار بشكل عام لدى الكادر الصحي، وبالمقابل يوفر عموماً الفرصة لعناصر الصحة ليقوموا بسؤال مدرائهم في بيئة الرعاية عن مكامن الشك وعدم اليقين المقلقة لهم في الرعاية الصحية، وتحديداً فيما يخص موضوع تعقب المشعرات السريرية لدى مختلف الحالات الصحية من مرضى الشعبة (مثال: التساؤلات حول تحديد علامات الإنذار المبكرة لتدهور الحالات الصحية وطرق السعي المبكر والفعال لاستكشافها، ومعرفة كيفية طلب المساعدة وممن في حال ادراكها، تساؤلات حول تحديد المرضى المحتملين أو عاليي الخطورة للأذية أو حدوث المضاعفات وغيرهم). [6]

في حين أن نتائج تقييم المحور الثالث في هذه الدراسة والمتمثل بالدور الإشرافي لرؤساء الشعب التمريضية الخاص بالإدراك والاكتشاف المبكر لمشعرات التدهور السريرية في الشعبة من وجهة نظر عينة البحث من رؤساء شعب تمريضية، شكلت مؤشرات تعتبر مشعرات دالّة على كون هذا الدور الإشرافي الخاص برؤساء الشعب والمتمثل بهذا المحور فعّال وظيفيّاً، فقد كان تقييمهم لأنفسهم في هذا المحور أيضاً بمستوى جيد، وهذا يتفق مع دراستي **Despins (2015) Douw ,et all (2010) et all,** اللتين أشارتا إلى أن استخدام نظام معدل الإنذار المعتمد على العلامات المبكرة بالإضافة للتحديد المسبق للمرضى المحتملين وعاليي الخطورة في الشعبة من قبل رؤساء الشعب وتمريرها بشكل تدريجي وسلس حيز التنفيذ كإطار عمل موحّد من قبل الكادر المرؤوس يعتبر أفضل طريقة للنجاح في الإدراك المبكر لمشعرات التدهور السريرية، [22، 23] لكنها لا تتفق مع ما أشار اليه كلا من **Armstrong ,et all (2015)** و**Treacy & Stayt (2020)** حيث أكدا على أن إعداد وتدريب كوادر صحية مهارية ومتقنة لتنفيذ مثل هكذا مفاهيم هو أفضل طريقة لبر الأمان بخصوص موضوع الإدراك المبكر لمشعرات التدهور السريرية، لكن هذا يتطلب سنوات طويلة من العمل الدؤوب لمدرسي ومعلمي ومدربي ومثقفي ومدراء وقياديي التمريض، بالإضافة لمحدودية الإمكانات والموارد المتاحة (المادية والبشرية) في القطاع الصحي بجميع دول العالم، مع ازدياد الطلب على خدمات الرعاية الصحية الثانوية، [21، 24] كل هذا كعوامل مؤثرة حالياً تجعل موضوع الفشل في الإدراك المبكر لمشعرات التدهور السريرية ضمن الشعب التمريضية المختلفة نتيجة ضغط وعبء العمل المتزايد مع استمرار النقص والشح في هذه الموارد، في احتمال متزايد لتحققه يوماً بعد يوم كنتيجة للعمى غير المتعمّد أو المقصود وفي ظل نقص أو غياب نسبة التوقيت الفعال في التواصل والدعم اليومي المستمر من قبل رؤساء الشعب لكوادرهم والتدبير الملائم والفعال لشؤونهم ضمن نشاطهم الإشرافي في العمل.

شكلت نتائج تقييم المحور الرابع في هذه الدراسة والمتمثل بالدور الإشرافي لرؤساء الشعب التمريضية الخاص بالاستجابة المبكرة الآمنة والملائمة والفعالة لمشعرات التدهور وللمرضى المتدهورين سريرياً في الشعبة من وجهة نظر عينة البحث من رؤساء شعب تمريضية، مؤشرات تعتبر مشعرات دالّة على كون هذا الدور الإشرافي الخاص برؤساء الشعب والمتمثل بهذا المحور فعّال وظيفيّاً، فقد كان تقييمهم لأنفسهم في هذا المحور أيضاً بمستوى جيد، لكنه لا يتفق مع نتائج المراجعة المنهجية المنظمة لـ **Hall ,et all (2020)** التي أكدت على أن تفعيل الدور الإشرافي لرؤساء الشعب في تشكيل فرق الاستجابة السريعة والمبكرة للمرضى المتدهورين ضمن شعبهم المختلفة لم ينقص معدل وفيات هؤلاء المرضى ضمن هذه الشعب للحد الذي يكون فيه مؤثراً إيجابياً على جودة الرعاية الصحية في الخدمة المقدمة وبالشكل الذي يحدث فيه فرقاً كبيراً في سلامة المريض. [25] لكن بينت دراسة **Loftus & Smith (2018)** بأن زيادة عدد الممرضين/ات في الشعب التمريضية واشراكهم فعلياً ضمن عمليات الرعاية الصحية الخاصة بالمرضى يحسن من استجابة فريق الرعاية الصحية المبكرة للحالات المتدهورة سريرياً، ويعزز من فعالية الدور الإشرافي لرؤساء الشعب التمريضية في موضوع تجنيب كوادرهم من الإصابة بالعمى غير المقصود في الرعاية الصحية أثناء مرحلة الاستجابة لمشعرات التدهور والحالات المتدهورة. [26]

أيضاً شكلت نتائج تقييم المحور الخامس في هذه الدراسة والمتمثل بالدور الإشرافي لرؤساء الشعب التمريضية الخاص بإعداد وكتابة التقارير (تسجيل وتوثيق) في الشعبة من وجهة نظر عينة البحث من رؤساء شعب تمريضية، مؤشرات تعتبر مشعرات دالّة على كون هذا الدور الإشرافي الخاص برؤساء الشعب والمتمثل بهذا المحور فعّال وظيفيّاً، فقد كان تقييمهم لأنفسهم في هذا المحور أيضاً بمستوى جيد، وهذا لا يتفق مع دراسة **Isbirah & Dawabeh (2019)** حيث أظهرت نتائج ملاحظة الباحث لسلوكيات رؤساء الشعب في تطبيق دورهم الإشرافي والرقابي أن النسبة العظمى من رؤساء الشعب لا يشرفون على إعداد الكادر للتقارير عن حالات المرضى المتدهورة ولا يعدون تقارير عن أداء الكادر ولا يقومون بمراجعة كل ما يتم توثيقه من قبل الكادر ولا يعدون تقارير حوادث وتقارير أخطاء العمل والعلاج. [12] أيضاً أكد **اصبيرة، وطويل (2018)** في دراستهم أن تقييم الكادر التمريضي لرؤساء الشعب التمريضية في إعدادهم للتقارير المختلفة في الشعبة بشكل عام كان متوسطاً. [3]

على الرغم من أن نتائج الدراسة الحالية قد أكدت على أن الدور الإشرافي الكلي لرؤساء الشعب التمريضية الخاص بتجنيب كوادرهم من الإصابة بالعمى غير المقصود في الرعاية الصحية بمستشفى تشرين الجامعي من وجهة نظر رؤساء الشعب التمريضية كان تقييمه جيداً في جميع المحاور وبشكل متفاوت، إلا أنهم وبشكل عام لم يحققوا أعلى النتائج من وجهة نظرهم (متوسط حسابي بتقدير جيد جداً)، وذلك لأنهم – أثناء جمع البيانات المتعلقة بالبحث – أكدوا على أنهم يعانون من ضعف في مستوى المعرفة المتعلقة بتأثيرات هذا الدور الخاص على الأبعاد المختلفة للجودة المرتبطة بالعملية الإشرافية الخاصة به بشكل عام.

وهذا يتفق مع نتائج دراسة **Isbirah & Dawabeh (2019)** التي أظهرت أن تقييم الدور الإشرافي والرقابي لرؤساء الشعب التمريضية بشكل عام بالاعتماد على اختبار مهاري معرفي كان أقل من الدرجة المتوسطة. [12] مما يؤكد على أن رؤساء الشعب يعانون من صعوبات نقص المعرفة المتعلقة بموضوع الرقابة والعملية الإشرافية على أداء الكادر والذي قد يؤدي إلى وجود غموض بالدور الإشرافي لهم على الأداء وخاصة الأهداف المتعلقة بموضوع سلامة المريض (تحديداً المهام الرامية إلى تلافي إصابة كوادرهم بالعمى غير المقصود في الرعاية الصحية اليومية للمرضى كنقطة بدء بالسلامة مثبتة بالدليل).

الاستنتاجات والتوصيات

أولاً: الاستنتاجات:

1- تقييم رؤساء الشعب التمريضية لأنفسهم في الدور الإشرافي لهم الخاص بتقييم الحالات الصحية السريرية في الشعبة كان مستواه جيد.

2- تقييم رؤساء الشعب التمريضية لأنفسهم في الدور الإشرافي لهم الخاص بتعقب المشعرات السريرية للمرضى في الشعبة أيضاً كان بمستوى جيد.

3- تقييم رؤساء الشعب التمريضية لأنفسهم في الدور الإشرافي لهم الخاص بالإدراك والاكتشاف المبكر لمشعرات تدهور الحالات الصحية السريرية في الشعبة كان مستواه جيداً أيضاً.

4- تقييم رؤساء الشعب التمريضية لأنفسهم في الدور الإشرافي لهم الخاص بالاستجابة المبكرة الآمنة والملائمة والفعالة لمشعرات التدهور وللحالات الصحية السريرية المتدهورة في الشعبة كان بمستوى جيد.

5- تقييم رؤساء الشعب التمريضية لأنفسهم في الدور الإشرافي لهم الخاص بإعداد وكتابة التقارير (تسجيل وتوثيق) أيضاً كان مستواه جيداً.

6- وعليه فإن تقييم رؤساء الشعب التمريضية لدورهم الإشرافي الخاص بتجنيب كوادرهم من الإصابة بالعمى غير المقصود في الرعاية الصحية بمستشفى تشرين الجامعي بشكل كلي كان بمستوى جيد.

ثانياً: التوصيات:

1- عقد ندوات علمية تثقيفية محددة بوقت لرؤساء الشعب التمريضية والكادر التمريضي وذلك للتعريف بمفهوم العمى غير المقصود في الرعاية الصحية وأسبابه ونتائجه السلبية على الرعاية الصحية حول العالم في الآونة الأخيرة مع تأمين الأبحاث العلمية اللازمة لرؤساء الشعب والكادر التمريضي فيما يخص طرق استكشاف والعمل على تلافي العمى غير المقصود كنقطة بدء بالسلامة مثبتة بالدليل.

2-البدء بدورات تدريبية محددة بوقت لرؤساء الشعب التمريضية عن كيفية تطبيق الإدارة أو القيادة بالتجوال في شعبهم المختلفة أثناء الاشراف على الكادر التمريضي المرؤوس، وخاصة عند وجود حالات معقدة في الشعبة، بهدف تمكينهم من ممارستها بشكل فعال أكثر، وخاصة في المواقف الحساسة والحرجة المتعلقة بموضوع سلامة المرضى.

3-تفعيل أو دعم وتعزيز سياسة برونتو (مستعد أو حاضر أو متأهب) في حال كانت موجودة، وذلك لترتيب أولويات استجابات عناصر التمريض في كل شعبة تمريضية لملاحظات بعضهم البعض هم وغيرهم من فرق الرعاية الآخرين الموثوقين أو حتى تساؤلاتهم المولدة للتوتر والقلق والمتعلقة بتقييم وتعقب وإدراك مشعرات تدهور الحالات الصحية السريرية والتصرف الكفؤ والملائم والفعال والمبكر والحذر وفقها أي بشكل آمن ومنتج قدر الإمكان، وذلك في محاولات او مساعي هادفة بشكل استباقي وقائي بالوصف لتلافي المخاطر المتوقعة والمرتبطة بها (العمى غير المقصود) أو تفاعلي في ضبط مشعرات التدهور بالحالات الصحية قدر المستطاع أو التحسين، ودعم دليل الممارسة التمريضية بهذه السياسة ان وجدا.

4- تسهيل تطبيق سياسة برونتو عن طريق تعقب أو إعادة تعقب واختيار (انتداب) الأكفأ من بين عناصر التمريض التابعين لكوادر المستشفى بشكل دوري ومنتظم عن طريق عمليات تقييم الأداء الرسمي وغيره ومن خلال سجلات تواصيف وظيفية معتمدة بشكل رسمي وغيره ان وجدت ضمنها، وذلك بغية تشكيل وإعادة تشكيل وبناء فرق استجابة وتدخل أولي مبكر وسريع وفعال وكفؤ في الحالات الطارئة وبقيادة رؤساء شعب التمريض (ليس فقط العنايات المشددة والانعاش والطوارئ وانما في جميع أقسام المستشفى).

5- تعزيز الممارسات والمهارات المسندة والمدعمة بالدليل أو القائمة على البرهان العلمي (اكلينيكياً وادارياً)، والمرتبطة بالدور الاشرافي لرؤساء شعب التمريض في العمل على تجنيب كوادرهم من العمى غير المقصود في الرعاية الصحية مع اعتماد أو تطوير بروتوكولات تدخل سريع في حالات الطوارئ وفقها ومشاركته كدليل في الممارسة مع العناصر كنوع من تقليل عبء العمل وتخفيف الضغوط على الذاكرة والتخطيط وحل المشكلات المعقدة في صناعة واتخاذ القرارات اكلينيكياً وادارياً من خلالها بالوصف (خاصة في إدراك أنماط التفكير بالمحاورة التي هي محاكمة عقلية منطقية ضمن العمليات العقلية لدى أصحاب القرار وفي تقنيات مطابقتها عند التصرف أو بمعنى اتخاذ أفعال من قبلهم هم ومقدمي الرعاية الصحية الذين هم بالوصف عناصر لاعبين ضمنه لإحدى الأدوار التمريضية الخاصة في أدائهم بممارسة مهنة التمريض ألا وهو دور مساعد أو معاون طبي ان لم يكونوا خبراء أو مختصين بهذا المجال باستقلالية ذاتية أوسع مع مسؤوليات أكبر في عمليات صناعة واتخاذ القرارات بالحكم).

6-العمل على اعتماد أو تطوير نظام لتعزيز وتوثيق كفاءة رؤساء الشعب التمريضية في تدبير الدور الإشرافي لهم وتحديداً الخاص بتجنيب كوادرهم من الإصابة بالعمى غير المقصود في الرعاية الصحية، وذلك بما يساعد على تطوير المسؤولية المحاسبية الشخصية، مع وجود دعم من قبل إدارات المؤسسات الصحية وهيئات الاعتماد الرسمية وغيرها بهدف تقويتهم وتمكينهم بشكل أكبر من امتلاك عناصر الاشراف الفعال (قيادة آمنة، ثقة موظفين، تمكين نفسي).

7-ضمان استمرار عمل تقييم دوري لأدوار رؤساء الشعب التمريضية في تدبير أداء الكادر التمريضي بشكل عام مع التركيز على الأدوار الأساسية الفعالة وظيفياً وتحديداً (الإشرافية والرقابية) وبشكل خاصّ الرامية الى تجنيب كوادرهم من الإصابة بالعمى غير المقصود في الرعاية الصحية.

8-اجراء أبحاث أخرى عن الدور الإشرافي لرؤساء الشعب التمريضية بتجنيب كوادرهم من الإصابة بالعمى غير المقصود أو المتعمّد متضمنة استبيانات ملاحظة شخصية للحصول على نتائج أكثر موثوقية.

6-المراجع:

1- اصبيره. ولاء، طويل. علاء، موسى. مخائيل. (2018). *دور رؤساء الشعب التمريضية في تدبير أداء الكادر التمريضي في مستشفى تشرين الجامعي*. رسالة ماجستير غير منشورة مقدمة لنيل شهادة ماجستير في اختصاص الإدارة بالتمريض. كلية التمريض. جامعة تشرين. اللاذقية. سوريا.

2- اصبيرة، ولاء. (2015). *تقييم كفاءة رئيسات الشعب التمريضية بتطبيق معايير الكفاءة العالمية في مستشفى الأسد الجامعي والمستشفى الوطني في اللاذقية*. دراسة مُقدمة في إدارة التمريض. الجمهورية العربية السورية: جامعة تشرين. اللاذقية. سوريا

3- اصبيرة، ولاء. طويل، علاء. (2018). *دور رؤساء الشعب التمريضية في توثيق وتقويم ومراجعة أداء الكادر التمريضي في مستشفى تشرين الجامعي من وجهة نظر الكادر التمريضي*. مجلة جامعة تشرين، سلسلة العلوم الصحية، مجلد (40)، عدد (6).

1- DONNER, G., & McGILLIS- HALL, L., (1997). *The changing role of hospital nurse managers: A literature review*. Canadian Journal of Nursing Administration, Vol. 1, N°. 1, pp: 14-29.

2- Appel, M., (2012). *The problem of mixing productivity with patient safety,* HOSPITAL-BASED MEDICINE, PUBLIC HEALTH & POLICY. KevinMD (social media leading physician voice)., pp:1. https://www.kevinmd.com/blog/2012/04/problem-mixing-productivity-patient-safety.html

3- Clarke, A., (2002). *Length of in-hospital stay and its relationship to quality of care*, BMJ quality & safety Journal, Vol. 11, N° 3. Pp. 1. https://qualitysafety.bmj.com/content/11/3/209.full

4- World health organization, (2020), *Patient safety*, regional office for the eastern mediterranian. http://www.emro.who.int/patient-safety/about/

5- Dall, T., Chen, Y., Seifert, R., Maddox, P., Hogan, P., (2009). *The economic value of professional nursing*, Medical care, Vol. 47, N°. 1., pp 1.

6- Tomlinson. J, (2015). *Using clinical supervision to improve the quality and safety of patient care: a response to Berwick and Francis.* vol. 15, no. 103, Pp; 1.

7- Katz .H, (2012). *Effects of Chronic and Situational Accessibility on Inattentional Blindness*, University of Colorado at Boulder, Abstract from thesis, Pp:3.

8- Australian commission on safety and quality in health care (ACSQ), (2008), *Recognizing and responding to clinical deterioration: background paper*.

9- Hughes .R, AHQR, (2008). *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Pp; 23, 29, 30, 37,42, 43, 59, 60, 61, 62, 121.

10- McCormack .B, McCance .T, (2008). *Development of a framework for person-centred nursing*, Vol 1. N° 1. Pp; 475, 476.

11- Al Moteri .M, (2016). *Investigating failure to recognize clinical deterioration cues among less and more experienced nurse participants*, A thesis submitted for the degree of Doctor of Philosophy at Monash University.

12- Isbirah .W, Dawabeh .G, (2019), *Evaluation of the controlling role of head nurses*. Vol. 4, No. 5, Pp; 97, 98, 99, 100.

13- Endacott .R, Scholes .J, Buykx .P, Cooper .S, Kinsman .L, McConnell-Henry .T, (2010). *Final-year nursing students' ability to assess, detect and act on clinical cues of deterioration in a simulated environment*, Journal of advanced nursing, Vol. 1, No. 1, Pp: 2272.

14- Liaw .S, Wai-chi Chana .S, Scherpbier .A, Rethans .J, Gim Pua .G, (2012). *Recognizing, responding to and reporting patient deterioration: Transferring simulation learning to patient care settings*, Resuscitation, Elsevier, Vol. 1, No. 1, Pp: 295.

15- Hart .P, Brannan .J, Brooks .B, (2013). *Improving BSN Students' Performance in Recognizing and Responding to Clinical Deterioration*, International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning. Published by Elsevier Inc, Pp; 1.

16- Buykx .P, Kinsman .L, Cooper .S, McConnell-Henry .T, Cant .R, Endacott .R, Scholes .J, (2011). *FIRST2ACT: Educating nurses to identify patient deterioration — A theory-based model for best practice simulation education.* Elsevier Ltd. All rights reserved, Vol .31, No. 1, Pp; 667 – 693.

17- Jones .A, Johnstone .M, (2016), *Inattentional blindness and failure to rescue the deteriorating patients in critical care, emergency and perioperative settings: four case scenarios*. Australian College of Critical Care Nurses. Vol. 9, No. 5, P; 219, 223.

18- A. Khaleel .M, AL-Jazaery .A, (2016). *Assessment of the Head Nurses' Performance Regarding Staff Management at the Units of Al-Najaf AL-Ashraf City Hospitals*. KUFA JOURNAL FOR NURSING SCIENCES. Vol. 6, N°. 3, Pp; 119, 122, 123.

19- Rowe .A, Savygny .D, Lanata .C, Victoria .C, (2005). *How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings?*. Vol. 366, N°. 35, Pp; 1026, 1029.

20- Armstrong .S, Rispel .L, Penn-Kekana .L, (2015). *The activities of hospital nursing unit managers and quality of patient care in South African hospitals: a paradox?.* TRANSFORMING NURSING IN SOUTH AFRICA. Global Health Action. Vol. 8, N°.1, Pp;1

21- Park .J, Park .M, Kim .K, (2018). *Inattentional blindness as experienced by hospital nurses: A focus group study*, Vol. 1, No. 1, Pp; Abstract. www.synapse.Koreamed.org/articles/1109662

22- Douw .G, Schoonhoven .L, Holwerda .T, Huisman-de Waal .G, Van Zanten .A, Achterberg .T, Van der Hoeven .J, (2015). *Nurses' worry or concern and early recognition of deteriorating patients on general wards in acute care hospitals: a systematic* review, Critical care, Vol .19, No .230, Pp; 1,2.

23- Despins .L, Scott-Cawiezell .J, Rouder .J, (2010). *Detection of patient risk by nurses: a theoretical framework*, Article. <pnbmed.ncbi.nlm.nih.gov>

24- Treacy .M, Stayt .L, (2020). *To identify the factors that influence the recognizing and responding to adult patient deterioration in acute hospitals*, Article. <pnbmed.ncbi.nlm.nih.gov>

25- Hall .K, Lim .A, Gale .B, (2020). *The Use of Rapid Response Team to Reduce Failure to Rescue Events: A Systematic Review*, Journal of Patient safety. Vol .16, No .3, Pp; 3, 4, 5, 6.

26- Loftus .N, Smith .D, (2018). *Investigating ward nurses' responses to deteriorating patients*. Evidence & practice. Abstract. <journals.rcni.com>