

The relationship between participation of nursing staff in clinical care decisions and their satisfaction with such participation

Dr. Walaa Hashem Sbiera*

(Received 12 / 3 / 2019. Accepted 28 / 5 / 2019)

□ ABSTRACT □

The study aimed to determine the relationship between participation of nursing staff in the decisions of clinical care of patients and their satisfaction with those participating in the departments of ambulance and intensive care at Tishreen University Hospital and Al- Wattany Hospital in Lattakia. The sample consisted of (72) nurses from both hospitals (42 nurses from Tishreen University Hospital and 30 nurses from Al- Wattany Hospital) who were presented during the data collection period (convenience sample). The researcher used a questionnaire of nursing staff's participation in clinical care decisions by Adam & Osborne (1997) and nursing staff's satisfaction with participation in clinical care decisions by Bucknall & Thomas (1996) to collect research data. After the data were unloaded, they were statistically processed and tabulated using SPSS version 20.

The most important results of the study were that the level of nursing staff's participation in clinical care decisions in the departments of ambulances and intensive care at Tishreen University Hospital and Al- Wattany Hospital was weak, while the level of nursing staff's satisfaction with participating in clinical care decisions was moderate. There was no statistically significant relationship between nursing staff's participation in the clinical care decisions of the patients and their satisfaction with such participation.

Keywords: Nursing staff, Participation in clinical care decisions, Satisfaction with participation in clinical care decisions.

* Assistant Professor- Department of Nursing Administration- Faculty of nursing- Tishreen University- Lattakia- Syria. Taweel6@hotmail.com

العلاقة بين مشاركة الكادر التمريضي في قرارات الرعاية السريرية ورضاهم عن تلك المشاركة

د. ولاء هاشم اصبيره*

(تاريخ الإيداع 12 / 3 / 2019. قُبِلَ للنشر في 28 / 5 / 2019)

□ ملخص □

هدفت الدراسة إلى تحديد العلاقة بين مشاركة الكادر التمريضي في قرارات الرعاية السريرية للمرضى ورضاهم عن تلك المشاركة في أقسام الإسعاف والعناية المشددة في مشفى تشرين الجامعي والمشفى الوطني في اللاذقية. حيث تكونت العينة من (72) ممرض وممرضة من كلا المشفيين (42 ممرض/ة من مشفى تشرين الجامعي و 30 ممرض/ة من المشفى الوطني) ممن تواجدوا أثناء فترة تجميع البيانات (العينة المتاحة). استخدمت الباحثة استبيان مشاركة الكادر التمريضي في قرارات الرعاية السريرية لـ Adam & Osborne (1997) ، واستبيان رضا الكادر التمريضي عن مشاركته في قرارات الرعاية السريرية لـ Bucknall & Thomas (1996) لجمع البيانات المتعلقة بالبحث، وبعد تفرغ البيانات تمت معالجتها إحصائياً وجدولتها باستخدام البرنامج الاحصائي SPSS النسخة 20. كان من أهم النتائج: أن مستوى مشاركة الكادر التمريضي في قرارات الرعاية السريرية في أقسام الإسعاف والعناية المشددة في مشفى تشرين الجامعي والمشفى الوطني كان ضعيفاً، بينما مستوى رضا الكادر التمريضي عن مشاركته في قرارات الرعاية السريرية كان متوسطاً، ولم توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين مشاركة الكادر التمريضي في قرارات الرعاية السريرية للمرضى وبين رضاهم عن تلك المشاركة.

الكلمات المفتاحية: الكادر التمريضي، المشاركة في قرارات الرعاية السريرية، الرضا عن المشاركة في قرارات الرعاية السريرية.

* أستاذ مساعد - قسم الإدارة في التمريض - كلية التمريض - جامعة تشرين - اللاذقية - سوريا. Taweel6@hotmail.com

مقدمة:

في ظلّ التّحديات المتسارعة في تطوّر بيئة الرعاية الصحيّة، تحتاج مهنة التمريض إلى الاستجابة بسرعة لهذه التحديات و إحداث التغيير في ممارسة المهنة بما يتناسب مع هذه التطوّرات، مما يتطلب أن يمتلك الكادر التمريضي مهارة التفكير الناقد ليكون قادراً على اتخاذ القرارات الخاصة بالرعاية الصحيّة التي تُقدّم للمرضى، كما يتطلب الأمر من مؤسسات الرعاية الصحيّة أن تمنح تفويضاً بالسلطة للكادر التمريضي، والسماح له بالمشاركة في اتخاذ القرار الذي بدوره يؤدّي إلى تحسين رضا أفراد الكادر التمريضي، و إلزامهم الوظيفي وتمسكهم بعملهم وبالتالي تؤثر إيجاباً على الرعاية الصحيّة التي تُقدّم للمرضى (EI-Demerdash & Obied, 2016).

إذ يُعتبر اتخاذ القرار السريري للمرضى جزءاً أساسياً من الرعاية الصحيّة المقدّمة يومياً للمرضى في مؤسسات الرعاية الصحيّة. حيث أنّ اتخاذ القرارات المتعلّقة بصحة المرضى يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالكادر الطبي، ولكن أصبح بشكل ملحوظ ونتيجة التطوّر في مفاهيم الرعاية الصحيّة مفتاحاً أساسياً لتطوّر ممارسي الرعاية الصحيّة حالياً، ليشمل جميع الأطراف المعنية بتقديم الرعاية الصحيّة للمرضى ومتلقيها، من كادر طبي وتمريضي وحتى المرضى وأسرهم في العديد من الحالات (Hardy & Smith, 2008). وبما أنّ الكادر التمريضي يمثل الغالبية العظمى للقوى العاملة في المؤسسات الصحيّة، فهم يتواجدون إلى جانب المرضى 24 ساعة في اليوم، لذلك ومن أجل الحفاظ على جودة عالية في الرعاية الصحيّة المقدّمة للمرضى، لا بدّ من أن يتم إشراك الكادر التمريضي في اتخاذ قرارات الرعاية السريرية لرضاهم. (Shariff, 2015) كما أكد Papathanassoglou et al. (2012) أنّ الممرض/ة في وحدات العناية المشددة تتخذ قراراً واحداً كل (30) ثانية وما يُقارب (9) قرارات مهمة تتعلق برعاية المرضى بالساعة الواحدة، وبالتالي ممارسة القدرة على وضع الأحكام واتخاذ القرار هو في صميم الأنشطة التمريضية وجودة الرعاية المقدّمة للمرضى.

تُعرّف المشاركة في اتخاذ القرار على أنها طريقة لتشارك اتخاذ قرارات الرعاية السريرية، وكذلك المشاركة في الأنشطة التي تساهم في إدارة الممارسة التمريضية و إدارة بيئة الرعاية الصحيّة (EI-Demerdash & Obied, 2016). وتُصنّف المشاركة في اتخاذ القرار وفقاً لـ Liu (2008) إلى مشاركة فعلية والرغبة في المشاركة. حيث أنّ المشاركة الفعلية تعود إلى الدرجة التي يمتلكها الكادر التمريضي من الاستقلالية والمسؤولية في اتخاذهم لقرارات الرعاية السريرية، بينما تعود الرغبة في المشاركة إلى رغبة الممرض/ة في أن يُشارك ويتحمّل مسؤولية قرارات الرعاية أكثر من رغبته في القيام ببقية أنشطة الرعاية.

تُعتبر أقسام الإسعاف والعناية المشددة من أماكن تقديم الرعاية الصحيّة عالية التعقيد، بسبب نوعيّة الحالات التي تطلب الخدمات الصحيّة عالية الدقة والسرعة، وبسبب تواتر هذه الحالات (عدد الحالات الحرجة التي تتطلب التدخل السريع)، مع وجود مستويات عالية من عدم التأكّد وعدم الاستقرار أكثر من بقية أقسام المؤسسات الصحيّة. فقد أكّد الباحثون على الحاجة في هذه الأقسام - من أجل ضمان الرعاية الصحيّة الآمنة- أن تتوفر مهارات التواصل بين أفراد الفريق الصحيّ، وتوفير الاستقلالية للكادر التمريضي وتوفير الفرص لمشاركته في اتخاذ قرارات الرعاية السريرية بالتعاون مع الأطباء (Baggs, 1994). لذلك يتمّ التركيز بشكل متزايد حديثاً على وجود هيئة مدربة ومتخصصة

تساهم في مراقبة الأجهزة التي تسمح بالتدخل المتكرر والدقيق للمصابين بحالات حرجة، مع التركيز على التعاون والمشاركة والتنسيق والاتصال الفعال بين مقدمي الرعاية الصحية، لما تعكسه من نتائج على المرضى وعلى أفراد الفريق الصحي (طبي، تمريضي، مخبري... إلخ) (اصبيره، 2007).

تكمن صعوبة اتخاذ القرار في الرعاية الصحية في كونه يتطلب رכיعة واسعة من المعرفة والقدرة على الحصول على مصادر معلومات ذات مصداقية عالية، إضافة إلى ضرورة توفر بيئة عمل داعمة لهذه القرارات. إذ أن القرارات التي يتخذها الكادر التمريضي أثناء تأديتهم للرعاية التمريضية سيؤثر على فعالية ممارستهم السريرية، وحكماً سيكون لها تأثير على حياة المرضى، وعلى رضا الكادر التمريضي عن الرعاية التمريضية التي المقدمة للمرضى (Bjork & Hamilton, 2011). وبالتالي فإن التعرف على مستوى مشاركة الكادر التمريضي في اتخاذ قرارات الرعاية السريرية يُعتبر أمر في غاية الأهمية وفهم مدى تأثيره على رضا الكادر التمريضي عن تلك المشاركة هو أيضاً أمراً مهماً ومتطلب أساسي للحفاظ على الكادر التمريضي و تسهيل تعليمه وتطوير مهاراته في اتخاذ القرار والتفكير الناقد، والتواصل والتعاون مع بقية أفراد الفريق الصحي لرفع سوية الرعاية المقدمة لأفراد المجتمع.

الدراسات السابقة:

دراسة El- Demerdash & Obied (2016) بعنوان "تأثير التفويض على مشاركة الممرضات في اتخاذ القرار"، شملت العينة على (654) ممرضة من العاملات في مشفى المهالا الحكومي في طنطا- جمهورية مصر العربية. وقد بينت النتائج أن الغالبية العظمى من الممرضات المشاركات في الدراسة (93%) كان لديهن مستوى متدني من المشاركة في اتخاذ القرار، مع وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين التفويض ومشاركة الممرضات في اتخاذ القرار. دراسة Merrick et al. (2015) بعنوان " الثقة واتخاذ القرار: كيف تتفاوض الممرضات في استراليا حول محددات دورها في الممارسة التمريضية العامة". وقد شملت العينة على (160) ممرض/ة من العاملين في المشفى العام في استراليا. واستخدموا استمارة تحتوي على أسئلة مفتوحة حول مشاركة الكادر التمريضي في قرارات الرعاية الصحية وعلاقة هذه المشاركة بمدى ثقة الفريق الصحي في هذه القرارات. وكانت من أهم النتائج: أن غالبية الكادر التمريضي قد أكد على أن خبرتهم في الرعاية الصحية تجعلهم قادرين على تحديد احتياجات مرضاهم والتواصل معهم بفعالية، وأن هذه القدرة تؤدي إلى تطوّر علاقات الثقة بقيامهم بدورهم التمريضي على أتم وجه، وأن علاقات الثقة بقدرة الكادر التمريضي على اتخاذ القرار تساعدهم وتوفر الدعم الكبير لهم، كما تسمح للممرض/ة بحرية كبيرة في اتخاذ القرارات حول رعاية المرضى.

دراسة Anderson et al. (2013) التي هدفت إلى وصف مشاركة الكادر التمريضي في اتخاذ القرار كأولوية في نظم التطوّر المعقّدة وتطوّر أداة ذات مصداقية لقياس هذه المشاركة، وقد استخدموا نظام البريد الإلكتروني لإرسال الاستبيانات وملئها من قبل الممرضات (عينة البحث) وعددهن (197) ممرضة من العاملات في الرعاية الصحية في ولاية تكساس في أمريكا. وكانت من أهم النتائج: تطوير أداة ذات مصداقية حول مشاركة الكادر التمريضي في اتخاذ القرار، كما خلصت الدراسة إلى أن مشاركة الكادر التمريضي في قرارات الرعاية الصحية يعتبر أولوية مهمة في تطور

نظم الرعاية الصحيّة، وأن قياس هذه المشاركة يحتوي العديد من الأبعاد أكثر مما يُستخدم حالياً وبشكل تقليدي، كما أنه من المهم إشراك الكادر التمريضي في اتخاذ القرار ضمن الفريق الصحي لتعزيز التواصل والترابط بين أعضاء هذا الفريق.

دراسة Jaafarpour & Khani (2011) هدفت إلى تحديد مستويات مشاركة الكادر التمريضي في اتخاذ قرارات الرعاية بالمرضى في إيران، وقد شملت العينة على (96) ممرض/ة، وكانت من أهم نتائج الدراسة: أن المشاركة الفعلية للكادر التمريضي في اتخاذ القرارات كانت بمستوى متوسط، كما أشارت الدراسة إلى أنّ مستوى رغبة الممرض/ة في المشاركة في اتخاذ قرارات الرعاية الصحيّة كان بمستوى عالي، وأن الأنشطة التي تتطلب التعاون بين أفراد الفريق الصحي كانت من أهم العوامل المؤثرة على مشاركتهم في اتخاذ قرارات الرعاية الصحيّة.

دراسة Bjork & Hamilton (2011) بعنوان: "اتخاذ القرار السريري لدى الممرضات العاملات في المشافي"، هدفت هذه الدراسة إلى تحليل إدراك الممرضات لاتخاذ القرار السريري في المشافي. وقد شملت العينة على (2095) ممرضة من أربعة مشافي في النورواي التابعة لجامعة أوسلو (University of Oslo)، وكانت من أهم النتائج: أن معظم الممرضات قد أكدن على أهمية احترام قدرتهم على التنبؤ بنتائج القرارات المتخذة خلال مشاركتهم في قرارات الرعاية الصحيّة والمستمدة من خبرتهم في العمل وتعليمهم. وقد أكدت نتائج الدراسة على أن رفع مستوى المشاركة في اتخاذ القرار السريري في الرعاية التمريضية يرتبط ارتباطاً وثيقاً بخبرة الممرضة ومؤهلاتها التعليمي، وأنّ الذكور أكثر قدرة على المشاركة في اتخاذ القرار، كما أن هناك رابطاً بين عمر الكادر التمريضي ودرجة مشاركتهم في اتخاذ القرار العملي.

أجرت اصبيرة (2007) دراسة هدفت إلى تحديد تأثير برنامج تدريبي على اتجاهات الممرضات والأطباء حول التعاون بينهما، وتأثيره على إشراك الممرضات ومستوى رضاهنّ عن إشراكهنّ في قرارات واجبات العناية الحرجة. وقد شملت العينة على كل الممرضات والأطباء المقيمين في وحدات العناية المركزة في مشفى الاسكندرية الجامعي المركزي وعددهم (67 ممرضة و 28 طبيب مقيم)، وكانت أهم نتائج البحث: كان تأثير البرنامج على مستوى مشاركة الممرضات في قرارات واجبات العناية الحرجة ايجابياً وكذلك تأثيره على درجة رضاهن عن تلك المشاركة، مع وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين مستوى مشاركة الممرضات في قرارات واجبات العناية الحرجة و مستوى رضاهنّ عن مشاركتهنّ في تلك القرارات.

مشكلة البحث:

إنّ عدم مشاركة الكادر التمريضي في قرارات الرعاية الصحيّة المقدمة للمرضى في المشافي يؤدي حكماً إلى إغفال جانب هام من الرعاية الصحيّة وجودتها، خاصة وأنّ أفراد الكادر التمريضي يمثلون القوة العاملة الأكثر عدداً في المشافي والملازمة للمرضى خاصة في أقسام الإسعاف والعناية المشددة، حيث تتطلب الحالات الحرجة التدخل السريع والفعال، لذلك فإن عدم إشراكهم في اتخاذ قرارات الرعاية السريرية قد يؤثر سلباً على نوعية القرار وفعاليته، فالكادر التمريضي أكثر إدراكاً لتطور حالة المريض وخاصة في حال توفر الخبرة والمستوى التعليمي، وكذلك عدم مشاركتهم في

قرارات الرعاية السريرية قد يؤثر على رضاهم وبالتالي يؤثر على دافعيتهم لتقديم الرعاية التمريضية اللازمة للمرضى. لذلك ونظراً لقلّة الأبحاث التي درست العلاقة بين مشاركة الكادر التمريضي في قرارات الرعاية السريرية ورضاهم عن تلك المشاركة، لذلك جاءت فكرة البحث لتكون القاعدة العلمية لدراسات مستقبلية لتطوير مهنة التمريض ونوعية الخدمات الصحية المقدمة لأفراد المجتمع.

أهمية البحث وأهدافه:

هدف البحث إلى تحديد العلاقة بين مشاركة الكادر التمريضي في قرارات الرعاية السريرية ورضاهم عن تلك المشاركة في أقسام الإسعاف والعناية المشددة في مشفى تشرين الجامعي والمشفى الوطني. تفرع عن هدف البحث الرئيسي الأهداف الفرعية التالية:

- 1- تحديد مستوى مشاركة الكادر التمريضي في قرارات الرعاية السريرية في أقسام الإسعاف والعناية المشددة في مشفى تشرين الجامعي والمشفى الوطني.
- 2- تحديد مستوى رضا الكادر التمريضي عن مشاركته في قرارات الرعاية السريرية في أقسام الإسعاف والعناية المشددة في مشفى تشرين الجامعي والمشفى الوطني.
- 3- تقييم العلاقة بين مشاركة الكادر التمريضي في قرارات الرعاية السريرية ورضاهم عن تلك المشاركة في أقسام الإسعاف والعناية المشددة في مشفى تشرين الجامعي والمشفى الوطني.
- 4- دراسة العلاقة بين مستوى مشاركة الكادر التمريضي في قرارات الرعاية السريرية وبعض المتغيرات الديموغرافية للكادر التمريضي المشارك في البحث (العمر، الجنس، الخبرة في العمل، والمؤهل العلمي).
- 5- دراسة العلاقة بين مستوى رضا الكادر التمريضي عن مشاركته في قرارات الرعاية السريرية وبعض المتغيرات الديموغرافية للكادر التمريضي المشارك في البحث (العمر، الجنس، الخبرة في العمل، والمؤهل العلمي).

فرضيات البحث:

- لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين مشاركة الكادر التمريضي في قرارات الرعاية السريرية ورضاهم عن تلك المشاركة في أقسام الإسعاف والعناية المشددة في مشفى تشرين الجامعي والمشفى الوطني.
- لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين مستوى مشاركة الكادر التمريضي في قرارات الرعاية السريرية وبعض المتغيرات الديموغرافية للكادر التمريضي المشارك في البحث (العمر، الجنس، الخبرة في العمل، والمؤهل العلمي).
- لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين مستوى رضا الكادر التمريضي عن مشاركته في قرارات الرعاية السريرية وبعض المتغيرات الديموغرافية للكادر التمريضي المشارك في البحث (العمر، الجنس، الخبرة في العمل، والمؤهل العلمي).

طرائق البحث ومواده:

منهج البحث: منهج البحث وصفي.

حدود البحث:

الحدود المكانية: أجري البحث في أقسام الإسعاف والعناية المشددة في مشفى تشرين الجامعي والمشفى الوطني.
الحدود الزمانية: استغرق البحث ما يقارب الستة أشهر من شهر 2018/8 وحتى شهر 2019/2.
مجتمع الدراسة: تكون مجتمع الدراسة من جميع أفراد الكادر التمريضي في مشفى تشرين الجامعي والمشفى الوطني في اللاذقية العاملين في أقسام الإسعاف: الإسعاف الداخلي، والإسعاف الخارجي، والعناية الإسعافية والعناية المشددة.
عينة البحث: تكونت العينة من 72 ممرض وممرضة من كلا المشفيين (42 ممرض/ة من مشفى تشرين الجامعي و 30 ممرض/ة من المشفى الوطني)، ممن تواجدوا في أثناء تجميع البيانات ووافقوا على المشاركة في الدراسة (طبقت العينة المتاحة).

الجدول(1): مجتمع وعينة الدراسة في مشفى تشرين الجامعي والمشفى الوطني

المشفى/العدد	مجتمع الدراسة	عينة الدراسة	نسبة المشاركة في الدراسة
مشفى تشرين الجامعي	42	42	100%
المشفى الوطني	50	30	60%
المجموع	92	72	78.26%

أدوات البحث: استخدمت الباحثة أداتين لجمع بيانات البحث، حيث استخدمت استبيان مشاركة الكادر التمريضي في قرارات الرعاية السريرية لـ Adam & Osborne (1997) الذي تكون من (12) عبارة واستخدم مقياس ليكرت السداسي لتحديد مشاركة الكادر التمريضي في قرارات الرعاية السريرية للمرضى بحيث 1= أبداً ، 2= مرة في السنة، 3= مرة في الشهر، 4= مرة في الأسبوع، 5= يومياً، 6= عدة مرات في اليوم. و استخدمت الباحثة استبيان رضا الكادر التمريضي عن مشاركته في قرارات الرعاية السريرية لـ Bucknall & Thomas (1996) والمكون من (12) عبارة مع مقياس ليكرت الرباعي بحيث 1= غير راضي بشدة، 2= غير راضي، 3= راضي، 4= راضي بشدة. تم جمع البيانات وذلك بمقابلة عينة البحث أثناء فترات العمل حيث قام كل منهم بملى الاستبيانين مع البيانات الديموغرافية الخاصة بهم، وبعد جمع البيانات الخاصة بالبحث تم تفريغ البيانات و تحليلها باستخدام أساليب و برامج إحصائية متخصصة SPSS النسخة 20، حيث تم استخدام اختبارات التالية: Pearson correlation ، One way- ANOVA ، T-Test ، لاختبار فرضيات البحث عند مستوى الدلالة (0.05)، كما استخدم المتوسط الحسابي و النسب المئوية لعرض نتائج البحث التفصيلية على مقياس (1-6) بالنسبة لتحديد مستوى مشاركة الكادر التمريضي في قرارات الرعاية السريرية للمرضى ومقياس ليكرت (1-4) لتحديد مستوى رضا الكادر التمريضي عن مشاركته في قرارات الرعاية السريرية للمرضى وفق الجدول التالي:

الجدول(2): تحديد مستوى مشاركة الكادر التمريضي في قرارات الرعاية السريرية ومستوى رضاهم (Adam Osborne & 1997).

تحديد المستوى وفقاً لقيمة المتوسط الحسابي			مستوى المشاركة في قرارات الرعاية
مستوى مرتفع	مستوى متوسط	مستوى منخفض	
فوق 4.4 - 6	فوق 2.7 - 4.4	1-2.7	

فوق 3-4	فوق 2-3	2-1	مستوى رضا الكادر عن مشاركته في قرارات الرعاية
---------	---------	-----	---

النتائج و المناقشة:

لتحقيق هدف البحث تم جمع البيانات ومعالجتها إحصائياً، و تم عرض النتائج وفق الجداول التالية:

الجدول(3): البيانات الديموغرافية لمرضى الإسعاف والعناية المشددة في مشفى تشرين الجامعي والمشفى الوطني.

ممرضى الإسعاف والعناية المشددة في المشفيين العدد الكلي= 72 ممرض/ة		البيانات
النسبة المئوية	العدد	
		العمر:
22.2	16	- 20- أقل من 25سنة
54.2	39	- 25- أقل من 35سنة
23.6	17	- 35 سنة فما فوق
		الجنس:
58.3	42	- أنثى
41.7	30	- ذكر
		المؤهل العلمي:
6.9	5	- مدرسة تمريض بعد الإعدادية
68.1	49	-مدرسة تمريض بعد الثانوية
20.8	15	- معهد صحي
4.2	3	- كلية التمريض
		عدد سنوات الخبرة في العمل:
20.8	15	↓ 1 سنة
33.3	24	1-أقل من 5 سنوات
30.6	22	5-10 سنوات
15.3	11	فوق 10 سنوات
		الحالة الاجتماعية:
52.8	38	- عازب/ة
44.4	32	- متزوج/ة
2.8	2	- أرمل/ة

يُظهر الجدول (3) أن أكثر من نصف العينة من ممرضي الإسعاف والعناية المشددة (54.2%) العاملين في مشفى تشرين الجامعي والمشفى الوطني كانوا من الفئة العمرية من 25- أقل من 35 سنة. كما أن 58.3% من العينة كانوا إناثاً. بالإضافة إلى أن أكثر من ثلثي العينة (68.1%) كانوا من خريجي مدرسة التمريض بعد الثانوية، بينما شكل خريجو كلية التمريض النسبة الأقل من العينة (4.2%)، و 33.3% من الممرضين المشاركين هم من ذوي الخبرة في العمل بين 1-أقل من 5 سنوات، وأن أكثر من نصف العينة بقليل (52.8%) هم عازبون.

الجدول(4): مستوى مشاركة الكادر التمريضي في الإسعاف والعناية المشددة في مشفى تشرين الجامعي والمشفى الوطني في قرارات الرعاية السريرية.

مستوى المشاركة	المتوسط الحسابي	النسب المئوية لمشاركة الكادر التمريضي العدد الكلي = 72 ممرض/ة					العبارات	
		أبداً	مرة في السنة	مرة في الشهر	مرة في الأسبوع	يوميّاً		
ضعيف	1.74	-	4.2	11.1	6.9	9.7	68.1	1- إعطاء المسكنات في الحالات الطارئة بدون أمر العلاج من الطبيب.
ضعيف	2.49	8.3	11.1	5.6	11.1	13.9	50	2- ضبط معدل السوائل الوريدية لتستقر حالة معايير الدم للمريض.
ضعيف	1.47	-	2.8	2.8	11.1	5.6	77.8	3- نزع أنبوب القصبه الهوائية من المريض بدون الرجوع للطبيب.
ضعيف	2.19	-	12.5	15.3	6.9	9.6	55.6	4-تغيير الضمادات للمريض بدون الرجوع للطبيب.
ضعيف	2.11	2.8	13.9	8.3	2.8	11.1	61.1	5- تعديل جهاز التنفس الصناعي للمريض بعد ظهور نتائج غازات الدم الشرياني.
متوسط	3.21	5.6	25	22.2	9.7	6.9	30.6	6-الاتصال بالطبيب لتنظيم تغيير التغذية المعوية للمريض.
متوسط	3.33	18.1	15.3	19.4	9.7	4.2	33.3	7- إدخال المحاليل الوريدية (كانيولا) للمريض لإعطاء أدوية الحالات الطارئة.
ضعيف	1.54	-	2.8	9.7	1.4	11.1	75	8- إغلاق منظم القلب (بيسميكر) الذي أخفق في الإحساس.
ضعيف	2.01	-	12.5	11.1	4.2	9.6	62.5	9- تعديل منظم القلب الذي أخفق في الإحساس.
متوسط	3.79	11.1	40.3	12.5	8.3	8.3	19.4	10-تعديل معدل نقاط السوائل الوريدية المستمرة وفقاً لوضع إمامة المريض (كمية السوائل بالدم).
متوسط	3.50	2.8	54.2	1.4	5.6	4.2	31.9	11- مناقشة حالة المريض وما يؤول إليه مع أقاربه.
متوسط	3.49	16.7	31.9	8.3	5.6	1.4	36.1	12-تغيير وضعية المريض

								بدون الرجوع للطبيب.
ضعيف	2.57	5.45	18.88	10.64	6.94	7.97	50.12	المشاركة في قرارات الرعاية بشكل كلي

يُبين الجدول (4) أنّ مستوى مشاركة الكادر التمريضي (عينة البحث) في قرارات الرعاية الصحيّة للمرضى كان ضعيفاً بشكل عام بمتوسط حسابي (2.57) حيث أنّ تقريباً نصف العينة من الكادر التمريضي (50.2%) لا تشارك أبداً في قرارات الرعاية السريرية لمريضهم. تتوافق هذه النتيجة مع نتائج دراسة (2016)EI- Demerdash & Obied التي أكدت أنّ الغالبية العظمى من الممرضات المشاركات في الدراسة كان لديهنّ مستوى متدني من المشاركة في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية لمريضهم. وقد يعود ذلك للعديد من الأسباب منها عدم توفر الدعم أو التشجيع على مشاركة الكادر التمريضي في القرارات سواء من إدارة المشفى أو إدارة التمريض أو حتى المشرف المباشرة، وقد تعود لعدم إتاحة فرصة المشاركة للكادر التمريضي في قرارات الرعاية الصحية لعدم توفر الفرصة أو الدعم من قبل الأطباء. فقد أكدت دراسة (2015) Merrick et al. أنه كلما توفر الدعم من قبل المشرف أو الأطباء للكادر التمريضي في المشاركة في اتخاذ القرارات كلما كانت فرص مشاركتهم أكبر مما يؤثر على القرارات المتخذة بشكل عام. بينما أكدت دراسة (2011)Jaafarpour & Khani أنّ المشاركة الفعلية للكادر التمريضي في اتخاذ القرارات كانت بمستوى متوسط، كما أشارت الدراسة إلى أنّ مستوى رغبة الممرض/ة في المشاركة في اتخاذ قرارات الرعاية الصحيّة كان بمستوى عالي.

يُظهر الجدول (4) أنّ مستوى مشاركة الكادر التمريضي كان ضعيفاً في القرارات التي تتعلق بإعطاء المسكنات في الحالات الطارئة بدون أمر العلاج من الطبيب، ضبط معدل السوائل الوريدية لتستقرحالة معايير الدم للمريض، نزع أنبوب القصبة الهوائية من المريض بدون الرجوع للطبيب، تغيير الضمادات للمريض بدون الرجوع للطبيب، تعديل جهاز التنفس الصناعي للمريض بعد ظهور نتائج غازات الدم الشرياني، إغلاق منظم القلب (بيسميكر) الذي أخفق في الإحساس، وتعديل منظم القلب الذي أخفق في الإحساس بمتوسطات حسابية على التوالي: 1.47، 2.49، 1.74، 2.19، 2.11، 1.54، 2.01. فقد أكدت النسبة الأكبر من الكادر التمريضي المشارك في البحث أنهم لا يشاركون أبداً في قرارات الرعاية السريرية سابقة الذكر. هذه النتيجة تتوافق مع نتيجة اصبيره (2007) والتي أكدت أنّ تقريباً نصف العينة من الممرضات لا تشارك أبداً في قرارات الرعاية السريرية المتعلقة تتعلق بإعطاء المسكنات في الحالات الطارئة بدون أمر العلاج من الطبيب، نزع أنبوب القصبة الهوائية من المريض بدون الرجوع للطبيب، إغلاق منظم القلب (بيسميكر) الذي أخفق في الإحساس، وتعديل منظم القلب الذي أخفق في الإحساس وذلك قبل تطبيق البرنامج التدريبي للممرضات والأطباء عن التعاون بينهما في أقسام الإسعاف، وقد أكدت الدراسة إلى أنه بعد تطبيق البرنامج تطورت مشاركة الممرضات في تلك القرارات مما يؤكد على أهمية تطبيق مثل هكذا برامج في تحسين فرص مشاركة الممرضات في قرارات الرعاية السريرية للمرضى. إن المستوى الضعيف لمشاركة الكادر التمريضي في قرارات الرعاية السريرية في البحث الحالي قد يدل على خوف أو ضعف في قدرة الكادر التمريضي على المشاركة في اتخاذ القرارات أو عدم وجود دعم من قبل الكادر الإداري أو وجود بيئة توفر الفرص الكافية لمشاركة الكادر التمريضي في اتخاذ القرارات

. وقد أكد على ذلك Laschinger et al. (2009) الذين اعتبروا أن الانجاز الفعلي للعمل يعني بالنسبة للعاملين الصحيين أن يكونوا قادرين على ممارسة عملهم واتخاذ قراراتهم وفق معايير المهنة، وأن الكادر التمريضي يثمن بيئة العمل التي تتيح لهم الفرص لاتخاذ القرارات بناءً على خبرتهم وقدرتهم على وضع الأحكام المهنية وخاصة مشاركتهم في اتخاذ قرارات الرعاية التي تؤثر على ظروف عملهم. كما أكد Merrick et al. (2015) أن علاقات الثقة تؤدي إلى توفر الدعم الكافي الذي يسمح للكادر التمريضي بحرية اتخاذ القرارات المتعلقة برعاية المرضى.

يبين الجدول (4) أن مستوى مشاركة الكادر التمريضي في البحث الحالي كان متوسطاً في القرارات التي تتعلق بالاتصال بالطبيب لتنظيم تغيير التغذية المعوية للمريض، إدخال المحاليل الوريدية (كانيوولا) للمريض لإعطاء أدوية الحالات الطارئة، تعديل معدل نقاط السوائل الوريدية المستمرة وفقاً لوضع إمامة المريض (كمية السوائل بالدم)، و تغيير وضعية المريض بدون الرجوع للطبيب. فقد أكد ما يقارب ثلث العينة من الكادر التمريضي المشارك في البحث الحالي أنهم لا يُشاركون أبداً في القرارات سابقة الذكر. وقد تعود تلك النتائج إلى قلة احترام أو حتى الاهتمام بمعلومات الكادر التمريضي، وهذا ما أكدت عليه دراسة اصبيرة (2007) التي أشارت إلى أن عدم احترام أو ابداء الاهتمام بمعلومات الممرضات أو خبرتهن يقلل من نسبة مشاركتهم في تلك القرارات. لذلك من المهم وجود احترام متبادل بين أفراد الفريق الصحي لمعلومات ومهارات وأدوار كل منهم ومساهماته في توفير الرعاية والمشاركة في اتخاذ القرارات والقيام بأنشطة الخدمة الصحية وذلك من أجل توفير رعاية آمنة وذات جودة عالية للمرضى.

الجدول(5): مستوى رضا الكادر التمريضي في الإسعاف والعناية المشددة في مشفى تشرين الجامعي والمشفى الوطني عن مشاركته في قرارات الرعاية السريرية.

مستوى الرضا	المتوسط الحسابي	النسبة المئوية لرضا الكادر التمريضي عن مشاركته في القرارات العدد الكلي=72 ممرض/ة				العبارات
		راضي بشدة	راضي	غير راضي	غير راضي بشدة	
متوسط	2.24	8.3	33.3	31.9	26.4	1- إعطاء المسكنات في الحالات الطارئة بدون أمر العلاج من الطبيب.
متوسط	2.31	8.3	36.1	33.3	22.2	2- ضبط معدل السوائل الوريدية لتستقر حالة معايير الدم للمريض.
متوسط	2,15	8.3	33.3	23.6	34.7	3- نزع أنبوب القصبه الهوائية من المريض بدون الرجوع للطبيب.
متوسط	2.25	5.6	36.1	36.1	22.2	4-تغيير الضمادات للمريض بدون الرجوع للطبيب.
متوسط	2.11	5.6	27.8	38.9	27.8	5- تعديل جهاز التنفس الصناعي للمريض بعد ظهور نتائج غازات الدم الشرياني.
متوسط	2.40	6.9	44.4	30.6	18.1	6-الاتصال بالطبيب لتنظيم تغيير التغذية المعوية للمريض.
متوسط	2.36	6.9	43.1	29.2	20.8	7- إدخال المحاليل الوريدية (كانيوولا) للمريض لإعطاء أدوية الحالات الطارئة.
متوسط	2.03	5.6	27.8	30.6	36.1	8- إغلاق منظم القلب (بيسميكر) الذي أخفق في الإحساس.

متوسط	2.13	5.6	36.1	23.6	34.7	9- تعديل منظم القلب الذي أخفق في الإحساس.
متوسط	2.63	5.6	58.3	29.2	6.9	10-تعديل معدل نقاط السوائل الوريدية المستمرة وفقاً لوضع إمامة المريض (كمية السوائل بالدم).
متوسط	2.54	5.6	54.2	29.2	11.1	11- مناقشة حالة المريض وما يؤول إليه مع أقاربه.
متوسط	2.64	9.6	56.9	20.8	12.5	12-تغيير وضعية المريض بدون الرجوع للطبيب.
متوسط	2.32	6.83	40.63	29.75	22.79	الرضا عن المشاركة في قرارات الرعاية بشكل كلي

يُظهر الجدول (5) أن مستوى رضا الكادر التمريضي (عينة البحث) عن مشاركتهم في قرارات الرعاية السريرية كان متوسطاً بشكل عام بمتوسط حسابي (2.32). حيث أن مستوى رضاهم عن مشاركتهم في جميع القرارات كان متوسطاً رغم أن مشاركتهم في تلك القرارات كان مستواها ضعيفاً. وقد يُعزى ذلك إلى رضوخ الكادر التمريضي لواقع أن اتخاذ القرارات هو أمر من اختصاص الأطباء وأتاهم راضين عن مستوى مشاركتهم رغم كونه ضعيفاً مما يجعلهم يقومون بدور التابع وليس المشارك في تقديم الخدمات الصحية للمرضى عندما يعملون ضمن الفريق الصحي، وهذا ما أكد عليه Porter (1991) بأنه يوجد نوع من التفاعل بين الكادر التمريضي والكادر الطبي يسمى التبعية التامة التي يقوم فيها الكادر التمريضي بتطبيق قرارات الرعاية التي يملئها الكادر الطبي دون اعتراض أو مناقشة أو حتى أن يكون لهم أيه مشاركة في هذه القرارات. بينما أشار Kramer & Schnalenberg (2003) إلى أن إقصاء الكادر التمريضي عن المشاركة في اتخاذ القرارات يؤدي إلى مستويات متدنية من الرضا والولاء الوظيفي والدافعية للعمل. وهذا قد يتطلب إيجاد بيئة للتعاون والتواصل بين أفراد الفريق الصحي (تمريض - طب...). فقد وجد Krairikish & Anthony (2001) في دراستهما أن التعاون بين الممرضة والطبيب يساهم في رفع مستوى مشاركتها في جميع مراحل تقديم الرعاية الصحية والقرارات التي تتعلق بالمرضى. لذلك يتوجب على إدارة المشفى توفير البرامج التدريبية التي تساهم في تحسين وتطوير التعاون بين الممرضة والطبيب والتي تؤثر إيجابياً على نوعية الرعاية المقدمة للمرضى خاصة في أقسام الرعاية الحرجة (إسعاف وعناية مشددة). وهذا ما أكدت عليه دراسة اصبيبه (2007)، حيث كان للبرنامج التدريبي عن التعاون بين الممرضة والطبيب تأثيراً إيجابياً على مستوى مشاركة الممرضات في قرارات واجبات الرعاية الحرجة ومستوى رضاهن عن مشاركتهم في هذه القرارات. كما أوصت بضرورة خلق فرص أكثر للتعاون والاتصال بين أفراد الفريق الصحي من خلال عقد الاجتماعات المفتوحة والمناقشات ضمن مجموعات وورشات عمل لتحسين واقع الرعاية الصحية المقدمة لأفراد المجتمع.

الجدول(6): علاقة مشاركة الكادر التمريضي في قرارات الرعاية السريرية و رضاه عن تلك المشاركة.

نوع الاختبار	مشاركة الكادر التمريضي	رضا الكادر التمريضي عن مشاركته	الأهمية significance	الدالة الاحصائية
Pearson	1.00	0.094	0.431	لا توجد علاقة ذات دلالة

احصائية			correlation
---------	--	--	-------------

يُظهر الجدول (6) أنه لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين ماركة الكادر التمريضي في قرارات الرعاية السريرية ورضاهم عن مشاركتهم في تلك القرارات (sig=0.431). وهذه النتيجة تتعارض مع نتائج اصبیره (2007) التي أكدت أنه عندما يتطور مستوى مشاركة الكادر التمريضي في قرارات الرعاية يرتفع معه مستوى رضاهم عن مشاركتهم في تلك القرارات، حيث توجد علاقة ايجابية بين مستوى المشاركة في اتخاذ قرارات الرعاية ورضا الكادر التمريضي عن هذه المشاركة. وكذلك فقد وجد Bucknall & Thomas (1996) في دراستهما أن استقلالية الممرضات ومشاركتهن في اتخاذ القرار الخاص بتقديم الرعاية للمرضى يرتبط بشكل ايجابي مع زيادة رضاهن عن المشاركة في القرارات، حتى أن المستويات المتوسطة من مشاركة الممرضات في اتخاذ القرارات للمرضى سيؤدي إلى مستويات عالية من الرضا. لذلك يعتبر من المهم للحفاظ على الكادر التمريضي ورضاه وولائه الوظيفي أن توفر البيئة المشجعة لمشاركة هذا الكادر في اتخاذ القرارات والإحساس بأنهم جزء مهم من الفريق الذي يقدم الرعاية الصحية في المشفى.

الجدول(7): علاقة مستوى مشاركة الكادر التمريضي في قرارات الرعاية السريرية ببعض المتغيرات الديموغرافية .

المتغيرات الديموغرافية	نوع الاختبار/قيمتة	الأهمية significance	الدلالة الاحصائية
العمر	One way- ANOVA 1.157	0.327	لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية
الجنس	T-Test 0.054	0.655	لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية
الخبرة في العمل	One way- ANOVA 1.419	0.152	لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية
المؤهل العلمي	One way- ANOVA 0.425	0.986	لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية

يُبين الجدول (7) أنه لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين مستوى مشاركة الكادر التمريضي في قرارات الرعاية السريرية المتخذة لمرضاہم والمتغيرات الديموغرافية المتعلقة بالعمر والجنس والخبرة في العمل والمؤهل العلمي. هذه النتائج لا تتفق مع نتائج Thompson (1999) الذي أكد على أنه من أهم العوامل المؤثرة على اتخاذ القرارات السريرية هو العمر ومستوى التعليم لأنها تكل القاعدة اللازمة التي تسهل على الكادر التمريضي جمع المعلومات الكافية لاتخاذ القرارات الصحيحة. كما أشار Muntean (2017) إلى أنه لا يمكن اتخاذ القرارات بدقة بدون مستوى جيد من المعلومات والخبرة التي تعتبر الأساس الذي يمنح الكادر التمريضي القدرة على تحديد المعلومات الضرورية والمتعلقة بالمشاكل الصحية للمرضى، حيث أن الخبرة العملية بممارسة الخدمات التمريضية مع المعرفة والمعلومات هي من الأمور الأساسية التي يحتاجها الكادر التمريضي لاتخاذ القرارات الصحية المعقدة. وهذا ما يُفسر نتائج الدراسة الحالية حيث أن المستوى الضعيف من المشاركة في اتخاذ قرارات الرعاية السريرية قد يكون

سببه كون النسبة الأكبر من المشاركين في البحث هم من الحاصلين على شهادة مدرسة التمريض بعد المدرسة ومن ذوي الخبرة (من سنة حتى أقل من 5 سنوات).

الجدول(8): علاقة مستوى رضا الكادر التمريضي عن مشاركته في قرارات الرعاية السريرية ببعض المتغيرات الديموغرافية .

المتغيرات الديموغرافية	نوع الاختبار/قيمتة	الأهمية significance	الدلالة الاحصائية
العمر	One way- ANOVA 0.702	0.806	لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية
الجنس	T-Test 0.098	0.414	لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية
الخبرة في العمل	One way- ANOVA 0.827	0.671	لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية
المؤهل العلمي	One way- ANOVA 1.313	0.214	لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية

يُظهر الجدول (8) أنه لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين مستوى رضا الكادر التمريضي عن مشاركته في قرارات الرعاية السريرية المتخذة لمرضاهم والمتغيرات الديموغرافية المتعلقة بالعمر والجنس والخبرة في العمل والمؤهل العلمي. وهذه النتائج تتفق مع نتائج Vranes & Vesna (2008) أن الرضا عن العمل لا يتعلق بالمؤهل العلمي أو العمر أو الجنس. وقد تبين هذه النتائج قلة معرفة الكادر التمريضي وفهمه للعلاقة بين المشاركة في اتخاذ القرارات ورضاهم عن المشاركة في تلك القرارات . وربما تعكس عدم فهمهم لأدوارهم الأساسية وأن مشاركتهم في اتخاذ القرارات تسهم في تحسين دافعيتهم للعمل ورضاهم عن ظروف عملهم.

الاستنتاجات و التوصيات

الاستنتاجات : أهم نتائج البحث:

- 1- مستوى مشاركة الكادر التمريضي في أقسام الإسعاف والعناية المشددة في مشفى تشرين الجامعي والمشفى الوطني في قرارات الرعاية السريرية كان ضعيفاً بشكل عام.
- 2- مستوى رضا الكادر التمريضي في أقسام الإسعاف والعناية المشددة في مشفى تشرين الجامعي والمشفى الوطني عن مشاركته في قرارات الرعاية السريرية كان متوسطاً بشكل عام.
- 3- لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين مشاركة الكادر التمريضي في قرارات الرعاية السريرية ورضاهم عن مشاركتهم في تلك القرارات.
- 4- لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين مشاركة الكادر التمريضي في قرارات الرعاية السريرية والمتغيرات الديموغرافية الخاصة بالعمر، الجنس، الخبرة في العمل، والمؤهل العلمي.

- 5- لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين رضا الكادر التمريضي عن مشاركتهم في قرارات الرعاية السريرية والمتغيرات الديموغرافية الخاصة بالعمر، الجنس، الخبرة في العمل، والمؤهل العلمي.
- التوصيات:** بناء على نتائج الدراسة الحالية وضعت التوصيات التالية:
- 1- العمل على خلق فرص لزيادة مشاركة الكادر التمريضي في قرارات الرعاية الخاصة بمرضاهم من خلال تشجيع إدارة المشافي وإدارة التمريض والكادر الطبي للكادر التمريضي للمشاركة في هذه القرارات.
 - 2- توفير البرامج التدريبية للكادر التمريضي والطبي لتحسين التعاون بين الاختصاصات ورفع جودة الرعاية المقدمة للمرضى وتحسين مستوى التواصل والتعاون في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية.
 - 3- توفير البيئة الداعمة للتعاون والاتصال بين جميع أفراد الفريق الصحي الذي يقدم الرعاية الصحية للمرضى من خلال عقد الاجتماعات المفتوحة والمناقشات ضمن مجموعات وورشات عمل تعاونية.
 - 4- أن تشمل مدارس ومعاهد وكليات التمريض و الطب على التعليم بين المهن (التعليم التعاوني الذي يركز على تحديد الأدوار وتصنيف الوظائف والتشارك في اتخاذ القرارات) في مناهجها لزيادة الفهم والوعي للأدوار الأساسية التي يقوم بها كل من الأطباء والممرضين وخاصة فيما يتعلق بقرارات الرعاية السريرية.

المراجع:

- اصبيرة، ولاء. تأثير برنامج تدريبي على التعاون بين الممرضة والطبيب والرضا الوظيفي للممرضات، رسالة دكتوراه في الإدارة في التمريض - كلية التمريض في جامعة الاسكندرية، جمهورية مصر العربية، 2007.
- ADAMS,S., OSBORNE,S., *Critical care nursing: science and practice*. Oxford: oxford University Press,1997.
- ANDERSON,R., PLOWMAN,D., CORAZZINI,K., HIEH,P., SU,H., LANDERMAN,L., McDANIEL,R., *Participation in decision making as a property of complex adaptive systems: developing and testing a measure*. Journal of Nursing Research & Practice. Vol. 13, 2013, 1-16.
- BAGGS,J. *Development of an instrument to measure collaboration and satisfaction about care decisions*. Journal of Advanced Nursing. Vol. 20, 1994, 178-182.
- BJORK,I., HAMILTON, G. *Clinical decision making of nurses working in hospital setting*. Journal of Nursing Research & Practice. Vol. 20, 2011, 1-7.
- BUCKNALL,T., THOMAS,S. *Critical care nurse satisfaction with levels of involvement in clinical decisions*. Journal of Advanced Nursing. Vol. 23, 1996, 571-577.
- EL-DEMERDASH,S., OBIED,H. *Influence of empowerment on nurses' participation in decision making*. Journal of Nursing and Health Science. Vol. 5, Issue,5, 2016, 66-72.
- JAAFARPOUR,M., KHANI,A. *The participation of nurses in decision making*. Journal of Clinical & Diagnostic Research. Vol. 5, N^o.1, 2011, 16-19.
- HARDY,D., SMITH,B. *Decision making in clinical practice*. British Journal of Anesthetics & Recovery Nursing. Vol. 9, N^o.1, 2008, 19-21.

- KRAIRISK,M., ANTHONY,M. *Benefits and outcomes of staff nurses' participation in decision making*. Journal of Nursing Administration. Vol. 31, N^o.1, 2001, 16-23.
- KRAMER,M., SCHMALENBERG,C. *Magnet hospital nurses describe control over nursing practice*. Western Journal of Nursing Research. Vol. 25, 2003, 434-452.
- LASCHINGER,H., LEITER,M., DAY,A., GILIN,D. *Workplace empowerment, incivility and burnout: Impact on staff nurse recruitment and retention outcomes*. Journal of Nursing Management. Vol. 17, N^o.3, 2009, 302-311.
- LIU, Y. *Taiwanese nurses' empowerment and participation in decision making*. Doctoral degree of philosophy. Faculty of the Graduate School. University of Texas at Austin,2008, 1,9-10.
- MERRICK,E., FRY,M., DUFFIELD,C., STASA,H., *Trust and decision making: how nurses in Australian general practice negotiate role limitations*. The Australian Journal of Nursing Practice. Vol. 22, Issue.2, 2015, 225-232.
- MUNTEAN,W. *Nursing clinical decision making: A literature Review*. Executive Summery, 2017,1-4. Available at : <http://dx.doi.org>.
- PAPATHANA SSOGLOW,W. KARANIKOLA,M., KALAFATI,M., GIANNAKOPOULOW, M., LEMONIDOU,C., ALBARRAN,J. *Professional autonomy collaboration with physicians, and moral distress among European intensive care nurses*. American Association of Critical Care Nurses. Vol. 21, N^o.2, 2012, 41-51.
- PORTER,S. *A participation observation study of power relations between nurses and doctors in general hospital*. Journal Advanced Nursing. Vol. 16, N^o.6, 1991, 728-735.
- SHARIFF, N. *Empowerment model for nurse leaders 'participation in health policy development: an east African perspective*. BMC Nursing. Vol. 14, N^o.31, 2015, 1-7.
- THOMPSON, C. *Qualitative research into nurse decision making: factors for consideration in theoretical sampling*. Qualitative Health Research. Vol. 9, 1999, 815-828.
- VRANES, J., VESNA,B. *Job satisfaction Serbian health care workers who work with disabled patients*. Central European Journal of Medicine. Vol. 3, 2008, 1058-1095.