



# Lebanese Journal of Nursing

## Revue libanaise de l'infirmier(e)



issue 3 - 2013

نقابة الممرضات والممرضين في لبنان ● سن الفيل، بولفار بيار أمين الجميل، سنتر شاول  
Order of Nurses in Lebanon ● Sin El Fil, Boulevard Pierre Amine Gemayel, Chaoul Center  
Ordre des Infirmier/es au Liban ● Sin El Fil, Boulevard Pierre Amine Gemayel, Centre Chaoul  
P.O. Box: 55311

T: 01/490774 ● M: 70/933258 ● F: 01/490776  
[info@orderofnurses.org.lb](mailto:info@orderofnurses.org.lb) ● [www.orderofnurses.org.lb](http://www.orderofnurses.org.lb)  
 [orderofnurseslb](#) ●  [@orderofnurseslb](#)

## Table des matières / Table of content

<b>Editorial</b>	3
<b>Articles scientifiques / Scientific articles</b>	
Mandatory minimum nurse staffing ratios in hospitals: Are They the Right Solution? Abdel Malak R.	5
Lebanese Nurses Knowledge regarding pain management Abdul Rahman M., Abu Saad Huijer H. & Noureddine S.	10
L'éducation du patient colostomisé Bou Akl P.	13
Role of the nurse in making a change in patients with Multiple Sclerosis Habib H. & Assaad N.	17
Patients' Experiences and Satisfaction with Postoperative Pain Management Hajj M., Abu Saad HuijerH., Noureddine S. & Kanazi G.	24
How nurses feel when caregivers try to prevent medication in Pediatric Oncology patients Hariss N., Kurdahi Badr L., Saab R. & Khalidi A.	30
Les facteurs prédictifs de la consommation du tabac et de l'alcool chez les étudiants de première année en formation liée à la santé dans une université privée de Beyrouth Karam J. & Atallah R.	36
Evaluation des compétences de l'infirmière et de l'Aide-soignant (e) à l'Hôpital Hôtel Dieu De France – Approche par processus Khachan H.	41
Les connaissances des infirmières libanaise et leurs comportements face à la douleur des nouveaux-nés Merhi M.	47
L'impact psychosomatique sur le patient en réanimation, après une chirurgie cardiaque Nasr J.	54
Etude de l'impact de la qualité de la formation continue sur les connaissances du personnel infirmier en hygiène hospitalière Saad L.& Abdo T.	58
<b>Réalisation / Achievement</b>	
My experience in distance education Ghosn Nouwayhed L.	63
Hommage à Mère Marie Léonard Mazraani de l'Ordre des infirmier/es au Liban	65
<b>Nomination</b>	
What is life without a dream, without hope for a brighter future? Badaro N.	69



# Mentor! Invest In Positive Nursing Power and Reverse Nursing Shortage

**Helen Samaha Nuwayhid RN, MPH, MSN  
President Order of Nurses**

In my address I argue for mentorship as a tool, one of several, to empower nurses in Lebanon and even reverse nursing shortage. This is a call to invest in us as a community and to cultivate positive nurse power. The nursing literature reports on the pathology of power within the profession, and adages such as "nurses eat their young" and "nurses kill their leaders" are used to describe such phenomena. It is time to reverse this image and end the cycle of violence against nurses. Nurses, in Lebanon and world-wide, are subjected to coercion, harsh criticism, undermining, bullying, intimidation, oppression, and verbal and physical aggression. Perpetrators could be patients and their families, administrators, doctors and also nurses be it faculty, managers, or fellow nurses. Staggering numbers of nurses, especially fresh graduates, have left and are leaving the profession in Lebanon and globally because of the violence they experience at work. Nurses who are exposed to violence but elect to stay on the job with no support may suffer depression and posttraumatic stress syndrome<sup>1</sup>. In response to these realities, the Order of Nurses in Lebanon has launched a national campaign in 2013 to reaffirm the role of nurses as a safety net for patient care and assert their respect and right to work in full dignity.

Nurses ask how they can reinvigorate the true power of nurses and nursing. I venture to say "mentorship". Mentorship can truly reinvigorate and reinstate the power of nurses. Mentorship is simply nurse –to- nurse active therapy. In mentorship, mentees are valued as partners, thus the collaborative venture breeds leaders not followers. Mentors are mostly appreciated for their wisdom and experience not just their status or seniority. Mentor- mentee relationships seek the 'philosophical fit' or 'right chemistry' phenomenon that is associated with respect and admiration for each other<sup>2</sup>.

Mentors and mentees in their collaborative journey can develop creative solutions to problems that have been left unresolved. Mentorship ignites passion in nurses, values their talents, empowers them and cultivates enriching experiences

and success stories. Mentorship can harness political power and unleash breakthroughs!!!

Seasoned nurses can help novice nurses cope with the demands of the nursing role. This could have a dual effect on decreasing the nursing shortage: those entering the profession would stay, and those seasoned nurses with years of clinical expertise may choose to postpone their retirement<sup>3</sup>.

Mentorship can reverse the nursing shortage and can also rehabilitate the health care system as a whole. The reaped benefits of mentorship can be immediately cultivated at the organizational level in reduced recruitment and retention costs as a result of higher employee retention<sup>4</sup>.

The impact of mentorship is needed at all levels of nursing, be it students, fresh graduates, experienced nurses and leaders. The importance of mentorship has also been strongly cultivated in academia with new nursing faculty members.

Sigma Theta Tau states that nursing scholarship, leadership, and excellence focus on mentorship as the cornerstone to influence people, organizations and situations to bring about transformational change<sup>5</sup>.

Shake Ketefian in her address to Lebanese nurses on the International Nurses Day, 2011 said, "Perhaps the most critical aspect of leadership and scholarship is a one-to-one relationship established with a mentor"<sup>6</sup>.

The Order of Nurses in Lebanon invites competent and compassionate nursing experts who cherish research, practice, education and leadership to partner with the Order of Nurses to develop a core of mentors - a "Collaboratory"- to make the care environment more conducive to caring. Together we can stop the culture of silence and marginalization, uproot the pathology of power within the profession, and ultimately reverse the nursing shortage!

1- (Alameddine M. "AUB study: Nurses subjected to higher level of occupational violence than security guards" A press release in December 2012 accessed at [www.aub.edu.lb/news/2012/Pages/nurses-violence.aspx](http://www.aub.edu.lb/news/2012/Pages/nurses-violence.aspx) Also presented at the International Nurses Day, Beirut, May 2013.)

2-(McCloughenA,O'BrienL,JacksonD.Esteemedconnection:creatingmentorshiprelationshipfornursingleadership.NursingInquiry2009;16:326-336)

3- Race TK, Skees J. Changing tides: Improving outcomes through mentorship on all levels of nursing. Critical Care Nursing Quarterly 2010; 33:163-176

4- Association of Queensland Nurse Leaders. "Mentoring framework and toolkit for aspiring nurse leaders in Queensland". August 2008. Accessed at [www.aqnl.org.au](http://www.aqnl.org.au)

5- Kilty HL. Nursing leadership development in Canada. Canadian Nurses Association 2005. Accessed at [www2.cna-aic.ca/CAN](http://www2.cna-aic.ca/CAN)

6- Ketefian S. Globalization and multiculturalism: implications for nursing. Lebanese Journal of Nursing 2011; 2:6-10



Articles scientifiques  
Scientific articles

# Mandatory Minimum Nurse Staffing Ratios in Hospitals: Are They the Right Solution?

Rana Abdel Malak

**Rana Abdel Malak, RN, Ms Science / Population Studies**  
**Enrolled in PhD in Nursing University of Texas**  
 Director of Nursing, Bellevue Medical Center - Mansourieh, Lebanon  
 Academic Faculty, American University of Beirut - School of Nursing - Beirut, Lebanon  
 American Nurses Association Intermittent Staff - Appraiser, American Nurse Credentialing Center (ANCC) - Beirut, Lebanon

## Abstract

There is an increased demand for RNs in hospitals due to elevated patient acuity levels and length of stay. Quality is directly affected by the (supply) in number, education level, and experience of nurses at the bedside. Failure to maintain this balance jeopardizes quality and patient safety. This situation triggered entities to lobby for the enactment of a range of legislations in the United States. The strongest of these legislations is the one passed in California in 2004 which mandates hospitals to have a 1:5 nurse–patient ratio on general medical–surgical floors, and 1:4 ratios in telemetry and specialty units scheduled in 2008. But, is it the proper policy direction? This article uncovers the problematic consequences linked to mandating ratios and proposes a balanced alternative for policy legislations.

## Background

When in 1996 the Institute of Medicine rejected any form of mandated RN staffing ratios due to the lack of robust evidence, many nurses understood that from one perspective; once the relationship between nurse staffing and quality is established, regulations for minimum staffing will be enacted (Buerhaus, 2010). The progressive efforts to prove this link engendered recently empirical association between licensed nurse staffing and quality of care (Aiken, et al., 2010; Buerhaus, 2010; Donaldson & Shapiro, 2010; Kane, Shamlivan, Mueller, Duval, & Wilt, 2007).

At the same time, in California the scene was dynamic. In 1996, California's Department of Health Services passed regulations to use patient classification systems (PCSS)

in which hospitals were required to measure the acuity of patients and identify nurse staffing needs on a shift basis. This requirement did not satisfy key stakeholders in the California scene. They kept pushing for mandating nurse to patient ratios. In this environment combined with the efforts of the nursing unions, and rising concerns for poor nursing staffing levels due to shortage in the 1990s, the California Assembly Bill (AB) 394 was passed in 1999—the first legislation in the United States to mandate minimum nursing to patient ratios in acute care settings (Mason et. al., 2012). The bill was implemented in 2004. Simultaneously, other states have enacted other forms of staffing regulations but not in the form of mandated ratios (Aiken, et. al., 2010; Mason et. al., 2012).

The legislations in California resulted in considerable challenges to increase RN education level and recruitment, whereas their direct relation on improved

patient care is still questionable (Mason, et al., 2012). In fact, research results are inconsistent and were unable to confirm the impact of improved nurse staffing on various nurse sensitive indicators (Aiken et al., 2010, Donaldson & Shapiro, 2010; Kane, et al., 2010). Meta-analysis findings are strong on refuting a neat causality by stating: "Patient and hospital characteristics, including hospitals' commitment to quality of medical care, likely contribute to the actual causal pathway" (Kane, et al., 2007).

## The Problem

Institute of Medicine (IOM) landmark report *To Err is Human in 2000* sounded the alarm on the volume of fatal errors and estimated that almost 98,000 Americans die yearly secondary to an error in their care (IOM, 2000). A few years later in 2004, IOM's report *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment for Nurses* came to assert that patient safety and nursing are inseparable presenting strong of evidence to support this link (IOM, 2004). Since then, and based on the growing body of evidence associating nurse staffing to patient outcomes (Aiken et. al., 2010), proponents of mandatory inpatient nurse staffing ratios actively lobbied to advance legislation to pass laws to this effect. This action is strongly rooted on the premise that the way to preserve patient safety and improve quality of care is by mandating. It is not minimum it is *adequate-minimum* nurse staffing (Aiken, et al., 2010; Buerhaus, 2010; Donaldson & Shapiro, 2010; Kane, Shamlivan, Mueller, Duval, & Wilt, 2007). Undermining other equally important factors at play, presents serious consequences that could damage the attainment of the goal of safer patient care. Pursuing this type of legislation is described by Buerhaus (2010) as 'short sighted, wasteful of nurses' valuable time and energy', that would result in 'economic and political devaluation of the nursing profession' and will certainly fail to solve the issues surrounding safe nurse staffing.

## What is known about the Nurse Staffing Concept?

According to the American Nurses Association (ANA), the myriad of evidence is sufficient to indicate that specific

parameters are needed to adequately determine nursing staffing requirements (Weston, Brewer, & Peterson, 2012). This impelled the ANA to release a second edition of the ANA's *Principles for Nurse Staffing* in 2012. This document is intended to be used as a policy guide for addressing nurse staffing. One critical change of this new edition is the definition of appropriate nurse staffing that clearly does not support the exclusivity of nurse to patient ratio as the unique criterion by which nurse staffing requirements should be made. The definition stated that: 'The provision of appropriate nurse staffing is necessary to reach safe, quality outcomes; it is achieved by dynamic, multifaceted decision-making processes that must take into account a wide range of variables' (ANA, 2012, p. 6). So what are those variables or criteria that constitute the concept of nursing staffing?

Sidani (2010) discussed the multi-factorial nature of the nurse staffing and identified two attributes 1) the active ingredient' responsible for distinguishing the nurse from other healthcare professionals and includes the nurse education level, experience and skill mix as determinants and 2 ) the intensity of care. The latter is reflected by the amount (full time equivalence) and frequency (nurse to patient ratio and hours per patient day (HPPD).This aligns perfectly with the ANA definition mentioned earlier and further supports the argument that nurse to patient ratio is the not the sole determinant for appropriate nurse staffing level.

## Impact of the Mandatory Nurse Staffing Ratios

Legislated ratios resulted in a number of impacts validated by numerous empirical studies. Summary of meta-analysis findings are found in Table 1 (Kane, et.al. 2007; Donaldson & Shapiro, 2010).

**Table 1- Impact of Mandatory RN to Patient Ratios**

Outcomes	Positive Ratios Impact	Negative / Neutral Impact
Hospital Related Mortality	9–16% lower odds of hospital related mortality for each additional RN FTE per patient day. ( PPD)	
Adverse Patient Events	<b>ICU :</b> 1 RN FTE increase per PPD is associated with: 60% lower odds of respiratory failure 51% lower odds for unplanned extubation 28% lower odds for cardiac arrests  <b>Surgical :</b> 1 RN FTE increase per PPD is associated with 16% lower odds of failure to rescue 36% lower odds of nosocomial bloodstream infection.	RN staffing was not associated with reduced odds of urinary tract infections, and surgical bleeding.  No relationship depicting the association of RN Staffing on pressure ulcers, patient falls, upper gastrointestinal bleeding.
Nursing structural outcomes	Decrease in the number assigned patients per licensed nurse. Increase in the productive hours of direct patient care provided by RNs Improvement RN perceptions of work environment and overall job satisfaction.	
Financial / operational		Decreased use of non professional nursing staff Decreased RN availability for higher order task No relationship on the decrease on length of stay

\*Data Source (Kane, et. al, 2007; Donaldson & Shapiro, 2010)

First and foremost, its impact on quality of care is not confirmed; other contributors are in the formula. Second, the relationship between hospital and labor should be viewed as dynamic not static, and resources are limited. If ratios are mandated the cost of expensive labor will increase and this will in consequence decrease the investment in other resources; capital, human, and operational (economy theory), which are also important to achieve quality care. More so, many studies insisted on cost benefit analysis to be tied to legislation proposals which is still not available (Buerhaus, 2010; Kane et al. 2007; Serratt, Harrington, Spetz, & Blegen, 2011).

The goal for appropriate nurse staffing is to most efficiently use the right staff number, skill mix, and with the proper level of education and competency in order to ensure high level of quality care. Thus a static view of nurse staffing (ratio) has a detrimental effect on the appropriate

management of nursing care because not all patients are the same and not all nurses are the same from education and experience perspectives (Welton, 2007). This is considered as an approach that will move away nursing staffing management from being patient centered. With increased labor costs, secondary to mandated ratios, it is anticipated that employers will tend to decrease the use of ancillary personnel, increase nurses floating to cover other units, and use agency nurses in order to keep balance (Buerhaus, 2010; Chapman, Spetz, Seago, Kaiser, Dower, & Herrera, 2009; Serratt, Harrington, Spetz, & Blegen, 2011). Ratios became the goal rather than the intended patient safety.

From a regulatory perspective, mandated ratios need to be coupled with clearly delineated compliance monitoring processes. Also legislation should outline the consequence on violators. Obviously this area remains

untapped and full of question marks. The answers are clearly loaded with a cost (economic) and not formulated yet (Buerhaus, 2010). Without carefully addressing the above issues, mandatory ratio legislations will be truncated, I don't think mandatory staffing results in Chaos, be careful what you say! Will may not guarantee better patient outcomes.

## Recommendations: A balanced approach as an Alternative

Due to controversies around the issue of staffing, the increased health care costs surrounding it, the multiple factors that impact nursing care delivery the unclear patient outcomes and the legislating mandatory nurse-to-patient ratios is not the solution. A more balanced policy approach is recommended based on the following: a) measures of nursing intensity that are not limited to ratios but include nursing skill mix, education and experience as matched to patient acuity; b) more patient centered staffing models that consider difference in patient characteristics such as age, mobility, functionality, length of stay, etc.; c) creation of nursing intensity billing models established on data to account for the value of added nursing care on outcomes; d) linking a portion of the bill reimbursement to nursing

intensity supplied for the patient; used to balance cost; and e) advancing regulations that define compliance violators and consequences of violations , and a system to reward compliant facilities.

Recommendations proportionate to the lebanese health care context to advance nurse staffing management to higher levels include: a) advancing a nursing national strategy to move away from the functional delivery of care model (traditional models) in Lebanese acute healthcare facilities and adopt delivery models associated with higher levels of quality such as team and primary in ICUs; b) Create patient classification systems and measures of patient acuity aligned with the scope of practice of RNs in Lebanon; c) adopt nursing staffing management approaches matching patient acuity (required) to nursing hours (provided); d) provide national level training about these systems to hospital executives and director of nursing; e) determine national nursing structural measures and build an national database to benchmark performance of healthcare facilities with regards to nursing staffing management.

These recommendations represent an initial road map to build a basic structure for modern practices of nursing staffing management. Only after the basic structure is functional, nursing health policy advocates can then start lobbying for nursing staffing legislations to be in place.

### REFERENCES

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Cimiotti, J. P., Clarke, S. P., Flynn, L., Seago, J. A., . . . Smith, H. L. (2010). Implications of the California nurse staffing mandate for other states. *Health Services Research*, 45(4), 904-921. doi: 10.1111/j.1475-6773.2010.01114.x
- Buerhaus, P. I. (2010). What is the harm in imposing mandatory hospital nurse staffing regulations? *Nursing Economic\$*, 28(2), 87-93.
- Chapman, S. A., Spetz, J., Seago, J. A., Kaiser, J., Dower, C., & Herrera, C. (2009). How have mandated nurse staffing ratios affected hospitals? Perspectives from California hospital leaders. *Journal of Healthcare Management*, 54(5), 321-355. Retrieved from
- Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine.(2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: The National Academies Press. Retrieved from: [http://books.nap.edu/openbook.php?record\\_id=9728&page=R1](http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=9728&page=R1)
- Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety. , Institute of Medicine ( 2004). *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses*. Washington, DC: The National Academies Press. Retrieved from: [http://books.nap.edu/openbook.php?record\\_id=10851&page=1](http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=10851&page=1)

- Donaldson, N., & Shapiro, S. (2010). Impact of California mandated acute care hospital nurse staffing ratios: A literature synthesis. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 11(3), 184. doi: 10.1177/1527154410392240.
- Kane, R.L., Shamliyan, T.A., Mueller, C., Duval, S., & Wilt, T. J. (2007). The Association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: Systematic review and meta-analysis. *Medical Care*, 45(11), 1196-1204.
- Mason, D.J., Leavitt, J.K., & Chaffee, M.W. (2012). *Policy & politics in nursing and health care*. (6th ed.). St. Louis: Elsevier.
- Serratt, T., Harrington, C., Spetz, J., & Blegen, M. (2011). Staffing changes before and after mandated nurse-to-patient ratios in California's hospitals. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 12(3), 133-140. doi: 10.1177/1527154411417881
- Welton, J. (2007). Mandatory hospital nurse to patient staffing ratios: Time to take a different approach. *Online Journal Of Issues In Nursing*, 12(3), (13p).

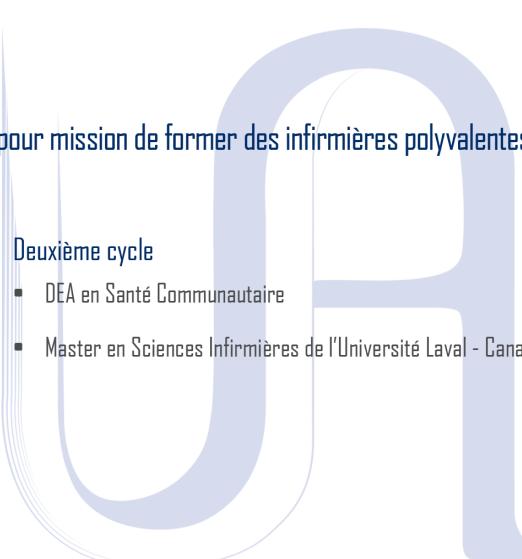


## Département des Sciences Infirmières

Le Département des Sciences Infirmières de l'Université Antonine a pour mission de former des infirmières polyvalentes, autonomes et responsables.

### Premier cycle

- Licence en Sciences Infirmières en trois ans (105 crédits)
- Diplôme d'État belge de la Haute École Léonard de Vinci associée à l'Université Catholique de Louvain - Belgique, permettant la libre circulation sur tout le territoire de l'Union européenne
- Signature de conventions avec des établissements hospitaliers et extrahospitaliers de renommée pour des stages cliniques
- Possibilité de prise en charge par des hôpitaux de la scolarité des étudiants



### Deuxième cycle

- DEA en Santé Communautaire
- Master en Sciences Infirmières de l'Université Laval - Canada

Campus principal de Hadat-Baabda Tél. : + 961 5 924 073/4/6 | Fax : + 961 5 924 815 | B.P. : 40016 Hadat-Baabda  
 Campus Zahlé-Békaa Tél. : + 961 8 902 020/30/40 | Fax : + 961 8 902 050 | B.P. : 73 Zahlé-Békaa  
 Campus Mejdlaya-Nord Tél. : + 961 6 66 91 01/02 | Mob. : + 961 70 21 21 23 | Fax : + 961 6 66 91/03  
[contact@upa.edu.lb](mailto:contact@upa.edu.lb) | [www.upa.edu.lb](http://www.upa.edu.lb)



# Lebanese Nurses' Knowledge Regarding Pain Management

Maya Abdul Rahman | Huda Abu-Saad Huijer | Samar Noureddine

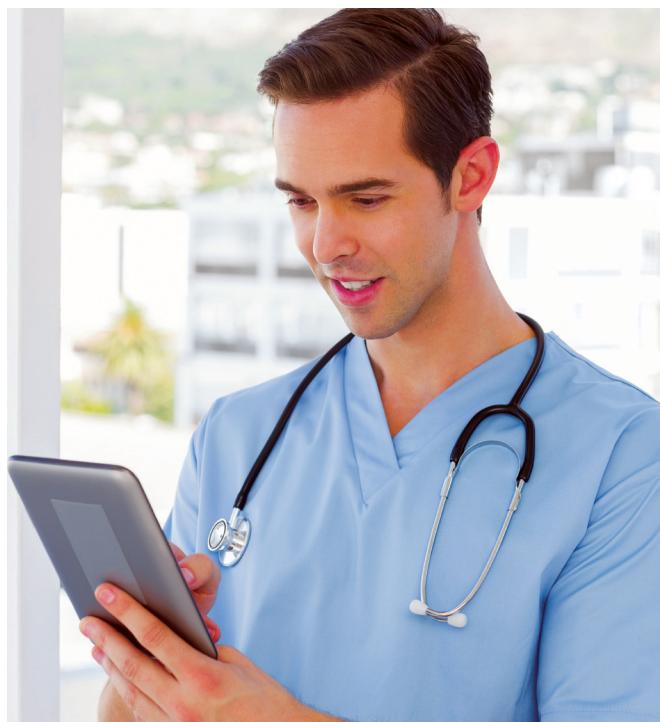
**Maya Abdul Rahman, RN,  
MSN,**  
American University of Beirut

**Huda Abu-Saad Huijer, RN,  
PhD, FEANS, FAAN,**  
Professor and Director, Hariri  
School of Nursing, American  
University of Beirut

**Samar Noureddine, PhD, RN,  
FAHA,**  
Associate professor, Hariri  
School of Nursing, American  
University of Beirut

## Abstract

The aim of this study was to assess nurses' knowledge and attitudes regarding pain management at a tertiary medical center in Beirut using a descriptive cross sectional design. A questionnaire via the internet was sent to all registered nurses working full time with 88 respondents. The results indicate that the nurse knowledge related to pain and pain management was 56.15%. Only 3.4% of the nurses received a score equal to or greater than 80% which is the required score for effective management. Based on these results education of nurses is required.



## Background

Pain is one of the undesirable feelings any person would experience. Most people fear this feeling and try to avoid it. Pain management is one of the fundamental human rights and the Joint commission on Accreditation of Healthcare Organizations has recently considered pain as the fifth vital sign. Despite this fact, pain management remains suboptimal in clinical areas (Polomano, Dunwoody, Krenzischek, & Rathmell, 2008; Richards & Hubbert, 2007; Tanabe & Buschmann, 2000; Watt-Watson, Stevens, Garfinkel, Streiner, & Gallop, 2001; Whelan, Jin, & Meltzer, 2004). Many studies which have assessed nurse's knowledge and attitudes about pain find that nurses lack the knowledge and necessary to provide proper pain management (Manworren, 2000; Matthews & Malcolm, 2007; Naser, Sinwan, & Bee, 2005; Wang & Tsai, 2010; Wilson, 2007). For example, McCaffery and Robinson (2002) examined the knowledge and attitudes of 3282 nurses in the USA about pain. The results reflected suboptimal knowledge in pain management. Questions related to pharmacology and addiction,

were mostly answered incorrectly. Similar findings were obtained by Watt-Watson et al. (2001) who reported significant knowledge deficit and misbeliefs about pain management among cardiac nurses. A cross-sectional study using the Nurses' Knowledge and Attitudes Survey-Taiwanese version was conducted in Taiwan on intensive care unit nurses about pain management. Poor knowledge of pain management was also found (Wang & Tsai, 2010).

Nurses play an integral role in assessing pain and implementing pain management modalities (Musclow, Sawhney, & Watt-Watson, 2002). Thus, the need to assess nurses' knowledge and attitudes regarding pain is essential so gaps are identified, in order to ultimately ensure optimal patient pain management and better patient outcomes.

In Lebanon no published study has assessed the knowledge of nurses regarding pain management. Therefore, the aim of this study was to assess nurses' knowledge and attitudes regarding pain management at a tertiary medical center in Beirut and to use the results as a baseline for future interventions.

## Methodology

A descriptive cross sectional study design using survey methodology was adopted to investigate pain management knowledge and attitudes of nurses. A questionnaire via the internet was sent to all registered nurses working full time at the tertiary care hospital through the nursing office.

The Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain instrument developed by Ferrell and McCaffery (1987, 2002) was used for this study. This is a valid and reliable tool based on standards of pain management like the American Pain Society, the World Health Organization, and the Agency for Health Care Policy and Research. It assesses different types of pain knowledge (acute and chronic) and a score of 80% is considered passing. The questionnaire comprises 22 true or false questions, 14 multiple-choice questions, and two vignettes on pharmacological and non-pharmacological interventions and attitudes on pain management. The study has been approved by the Institutional review board (IRB) of the University.

## Results

The response rate was rather low (20%) with responses complete on 88 out of 460 nurses. The majority of the nurses were females (71.3%), between twenty and thirty years of age (63.6%) and with Bachelor of Science in Nursing (58%). Almost one third of the respondents (34.1%) were from critical care areas. The overall mean score of nurses in this study related to knowledge was 56.15%. Only 3.4% of the nurses received a score equal to or greater than 80% and the rest of them received grades less than 70%. Incorrect answers were evident in areas related to equianalgesic dosing, opioid ceiling, uses of different pain medication, respiratory depression with the use of opioids, management of cancer pain as well as physical dependence. Moreover, lack of proper skills to assess pain assessment was evident in the responses.

Although gender and years of experience were not related to knowledge and attitudes about pain, age and level of education were significantly correlated ( $F=3.46$ ,  $p = 0.036$  and  $t=-2.04$ ,  $p = 0.045$ , respectively). Nurses aged 31-40 years had the highest knowledge and attitude scores, and those younger than 31 had the lowest scores.

## Discussion

Proper knowledge about pain assessment and management are the basis of effective pain interventions. The overall mean score of nurses in this study related to knowledge was 56.15%, which is considered suboptimal similar to findings in other studies' mean scores like Wang & Tsai (2010) and Manworren (2000) who found mean scores of 53.4% and 60%, respectively. The optimal finding according to McCaffery and Ferrell (2002) is attaining a score of 80%. They speculate that a score less than 80% may compromise the nurse's ability to care for a patient with pain and a score of 70% or more indicates an adequate level of knowledge and application. In this study, 96.6% of the nurses scored below 80 and 88% of them scored below 70 signifying suboptimal knowledge and attitudes of our nurses regarding pain. This knowledge deficit suggests again inadequate knowledge related to pain. Similar to findings in other studies (Al-Shaer, Hill, & Anderson,

2011; Nasr et al., 2005; Wilson, 2007), this study showed no significant difference by gender and years of experience with respect to knowledge and attitudes pain score. However, there was significant difference by age and level of education in the knowledge and attitudes scores as compared to similar findings in other studies (Manworren, 2000; Naser et al., 2005).

## Recommendations

Based on these findings the following is recommended:

- Incorporate pain knowledge in undergraduate and graduate level nursing curricula.
- Initiate ongoing mandatory continuing education courses on pain management to nurses working in clinical settings.
- Establish pain competencies and maintain a yearly follow up on them.
- Conduct an evaluation study on nurses' knowledge and attitudes about pain after the completion of a mandatory continuing education course at the institution level.

## REFERENCES

- Al-Shaer, D., Hill, P., D., & Anderson, M., Ann. (2011). Nurses' knowledge and attitudes regarding pain assessment and intervention. MEDSURG Nursing, 20(1), 7-11.
- Ferrell, B., & McCaffery, M. (2008). Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain. Retrieved from <http://prc.coh.org..>
- Manworren, R. (2000). Pediatric nurses' knowledge and attitudes survey regarding pain. Pediatric Nursing, 26(6), 610.
- Matthews, E., & Malcolm, C. (2007). Pain management. nurses' knowledge and attitudes in pain management practice. British Journal of Nursing (BJN), 16(3), 174-179.
- McCaffery, M., Ferrell, B. R., & Pasero, C. (2000). Nurses' personal opinions about patients' pain and their effect on recorded assessments and titration of opioid doses. Pain Management Nursing, 1(3), 79-87.
- McCaffery, M., & Robinson, E. S. (2002). Your patient is in pain: Here's how you respond. Nursing, 32(10), 36-47.
- Musclow, S. L., Sawhney, M., & Watt-Watson, J. (2002). The emerging role of advanced nursing practice in acute pain management throughout Canada. Clinical Nurse Specialist, 16(2), 63.
- Naser, E., Sinwan, S., & Bee, W. H. (2005). Nurses' knowledge on pain management. Singapore Nursing Journal, 32(2), 29-36.
- Polomano, R. C., Dunwoody, C. J., Krenzischek, D. A., & Rathmell, J. P. (2008). Perspective on pain management in the 21st century. Pain Management Nursing, 9(1), S3-10.
- Richards, J., & Hubbert, A. O. (2007). Experiences of expert nurses in caring for patients with postoperative pain. Pain Management Nursing, 8(1), 17-24.
- Tanabe, P., & Buschmann, M. (2000). Emergency nurses' knowledge of pain management principles. JEN: Journal of Emergency Nursing, 26(4), 299.
- Wang, H., & Tsai, Y. (2010). Nurses' knowledge and barriers regarding pain management in intensive care units. Journal of Clinical Nursing, 19(21), 3188-3196. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03226.x
- Watt-Watson, J., Stevens, B., Garfinkel, P., Streiner, D., & Gallop, R. (2001). Relationship between nurses' pain knowledge and pain management outcomes for their postoperative cardiac patients. Journal of Advanced Nursing, 36(4), 535-545.
- Whelan, C. T., Jin, L., & Meltzer, D. (2004). Pain and satisfaction with pain control in hospitalized medical patients: No such thing as low risk. Archives of Internal Medicine, 164(2), 175.
- Wilson, B. (2007). Nurses' knowledge of pain. Journal of Clinical Nursing, 16(6), 1012-1020.

# L'éducation du patient colostomisé

Pascal Bou Akl

## Pascal Bou Akl, Inf, DU en réanimation

Infirmière spécialisée en réanimation - Hôtel Dieu de France, Beyrouth - Liban

## Résumé

Chaque année des milliers de personnes sont opérées de colostomie. Grâce à cette opération certains patients ont la chance de guérir d'un cancer, alors que d'autres sont soulagés de l'inconfort qu'une maladie intestinale leur cause depuis des années.

Cette intervention est toujours lourde physiquement et psychologiquement pour le patient qui doit quotidiennement gérer les conséquences de l'opération qu'il a subie. L'éducation thérapeutique des patients colostomisés s'avère nécessaire pour réduire le taux de complications.

## Introduction

La colostomie est l'abouchement chirurgical du colon à la peau constituant un anus artificiel, temporaire ou définitif (Larousse Médical, 2006). Suite à cette opération les habitudes de vie de ces personnes sont modifiées, et les patients ont besoin d'aide pour répondre à leurs questions et pour mieux s'adapter à leur nouvelle situation. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (1996), l'éducation thérapeutique du patient vise à l'aider à acquérir ou maintenir les compétences dont il a besoin pour gérer au mieux sa vie avec une maladie chronique (Talon et al., 2011).

## Adaptation et qualité de vie des patients stomisés

Chaque année des milliers de personnes subissent une colostomie. A la suite de cette opération les habitudes de vie de ces personnes sont modifiées. En effet, la colostomie n'a pas de sphincter, et le patient perd le contrôle sur le fonctionnement de son corps. Cette perte de contrôle est une source de problèmes tels que l'émission de selles ou de gaz incontrôlée à un mauvais moment (Feulien et al., 2010).

En plus, la mise en place d'une colostomie entraîne la présence d'un corps étranger que l'on ne peut supprimer causant ainsi un changement de l'image du corps visible immédiatement. Le changement visuel peut fortement stresser les patients et expliquer des réactions de révolte ou de colère. A cela s'ajoute le sentiment d'insécurité, les patients ont peur que la poche ne se voie, surtout si elle est remplie, et ils redoutent la vidange du sac dans un milieu public (Feulien et al., 2010).

La présence d'une colostomie affecte aussi le psychisme du patient. Les personnes colostomisées ont le sentiment d'être différentes des autres et perçoivent la stomie comme un objet qui leur est étranger (Feulien et al., 2010).

Donc la création d'une stomie est significativement associée à une morbidité psychologique qui peut être réduite grâce à l'éducation pré et post opératoire du patient. Cette prise en charge éducative peut avoir des effets positifs sur le patient en termes de bien-être puisque lorsqu'elle a été effectuée, on constate une prise en charge plus rapide des auto-soins liés à la stomie (Chaudhri, 2005).

Cependant les pratiques se réduisent encore trop souvent à l'information, à la transmission de savoirs et au savoir faire. Comme déjà cité, le patient stomisé rencontre



des complications d'ordre physique et psychique. Tous ces changements freinent le processus d'adaptation et d'autonomie et entraînent des complications suite à la mal prise en charge de la stomie. En effet la plupart des patients présente des atteintes à l'intégrité de la peau péri-stomiale à cause des soins inappropriés effectués à domicile. La fréquence de ces complications pousse les infirmières à s'intégrer dans un programme de formation pour l'éducation thérapeutique des patients stomisés.

## Education thérapeutique

L'éducation thérapeutique des patients est devenue l'un des enjeux de notre société et de la santé des individus. Elle est définie comme l'aide apportée aux patients, à leurs familles et /ou leur entourage pour comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins, prendre en charge leur état de santé et conserver et /ou améliorer la qualité de vie (Foucaud et al., 2010).

L'éducation du patient repose sur quatre étapes, tout d'abord il faut élaborer un diagnostic éducatif, ce diagnostic va permettre de connaître le patient et de formuler avec lui les compétences à acquérir. L'infirmière doit apprécier le degré de connaissance du patient sur sa maladie et sur l'intervention chirurgicale. En plus, l'infirmière repère le contexte familial et social du patient et évalue son désir et sa capacité d'implication dans la démarche éducative.

Ensuite, il faut définir le programme d'éducation individuel et personnalisé et qui a pour objectif de

formuler avec le patient les compétences à acquérir. Ces compétences sont au nombre de deux et sont indissociables. Les compétences d'auto-soins et de sécurité, et les compétences d'adaptation (Talon et al., 2011).

Les compétences d'auto-soins et de sécurité visent à sauvegarder la vie du patient et sont prioritaires dans l'apprentissage. Elles permettent au patient d'initier un auto-traitement, de soulager les symptômes, de réaliser des soins techniques, de mettre en œuvre des modifications de mode de vie, de prévenir des complications évitables et d'impliquer son entourage dans la gestion de la maladie (H.A.S., 2007). Les compétences d'adaptation s'appuient sur le vécu et l'expérience antérieure du patient. Elles lui permettent de se connaître, de gérer ses émotions, de prendre des décisions pour résoudre un problème, de s'observer, s'évaluer et se renforcer (H.A.S., 2007).

Après, il faut mettre en œuvre le programme d'éducation, les séances d'éducation thérapeutiques sont réalisées en fonction des objectifs déterminés avec le patient.

Enfin, il faut évaluer les compétences, selon l'H.A.S. (2007) évaluer consiste à «faire le point avec le patient sur ce qu'il sait, ce qu'il a compris, ce qu'il sait faire et appliquer, ce qui lui reste éventuellement à acquérir, la manière dont il s'adapte à ce qui lui arrive». L'évaluation est réalisée au minimum à la fin de chaque séance d'apprentissage et tout au long de la prise en charge.

## Conclusion

La colostomie est une opération chirurgicale qui consiste à pratiquer une ouverture dans le colon à travers la paroi abdominale. Les selles d'une personne colostomisée sont éliminées par une poche fixée au flanc gauche par un système adhésif et elle est changée à chaque vidange intestinale. L'information orale ou écrite peut être délivrée par un professionnel de santé à diverses occasions, mais elle n'équivaut pas à une éducation thérapeutique donc elle est insuffisante dans la prise en charge personnelle de ces patients.

L'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec leur maladie chronique. Elle repose sur quatre étapes : élaborer un diagnostic éducatif, définir un programme personnalisé d'éducation thérapeutique, planifier et mettre en œuvre les séances d'éducation thérapeutique et enfin réaliser une évaluation des compétences acquises par le patient. Ce programme d'éducation est réalisé par l'infirmière et il est adressé au patient et à ses proches qui le soutiennent.

## REFERENCES

- Feulien, C., Crispin, B., & Deccache, A., (2010). Comprendre le vécu des patients stomisés : Quels besoin d'aide et d'éducation ? Récupérer de <http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/dossier60.pdf>
- Foucaud, J., Bury, J.A., Balcou - Debussche, M., & Eymard, C. (2010). Education thérapeutique du patient. Modèle, pratiques et évaluation. Paris : Editions Saint – Denis : inpes.
- Haute Autorité de Santé. (2007). Recommandation. Education thérapeutique du patient : Définition, finalités et organisation. Récupérer de [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp\\_definition\\_finalites\\_recommandations\\_juin\\_2007.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_definition_finalites_recommandations_juin_2007.pdf)
- Larousse Médical. (2006). Récupérer de <http://www.larousse.fr/archives/medical/page/211>
- Talon, A., Laurent, C., Arantes, N., Barbutie, K., Bironien, L., Bobineau, A.,..., Yildiz, M.C. (2011). Prise en charge des patients colostomisés de la période post opératoire à la sortie. Récupérer de <http://www.rrc-ra.fr/Ressources/referentiels/BPA-PEC-1106COLOSTOM.pdf>



# American University of Beirut Rafic Hariri School of Nursing

**Don't miss your golden Opportunity  
Apply Now!**

## Undergraduate Programs

- ◆ Bachelor of Science in Nursing (BSN)
- ◆ Registered Nurse-Bachelor of Science in Nursing (RN-BSN)
- ◆ Bachelor of Science-Bachelor of Science in Nursing (BA/BS-BSN)
- ◆ TS-BSN (Pending)

## Graduate Programs

- Master of Science in Nursing (MSN) in:
- ◆ Adult Care
  - ◆ Nursing Administration
  - ◆ Psychiatric Mental Health Nursing
  - ◆ Community and Public Health Nursing
  - ◆ Pediatrics

*Scholarships available for students in the Undergraduate programs*

*Graduate Assistantships available for students in the Graduate Programs*

## Application Deadline:

### Undergraduate Programs:

**30 November, 2013 for Spring 2014**

**01 February, 2014 for Fall 2014-15**

### Graduate Programs:

**15 November, 2013 for Spring 2014**

**18 April, 2014 for Fall 2014-15**

Apply now at : <http://www.aub.edu.lb/admissions/applications/Pages/ApplytoAUB.aspx>

The baccalaureate and master's programs at the American University of Beirut-Rafic Hariri School of Nursing are accredited by the Commission on Collegiate Nursing Education, One Dupont Circle, NW, Suite 530, Washington DC 20036, (202)887-6791

The School is a full member of the American Association of Colleges of Nursing

## Contact us:

American University of Beirut  
Rafic Hariri School of Nursing

PO Box 11 0236  
Riad El Solh Beirut 11070 2020  
Tel: 961-1-350000, Ext: 5950, 5952 or 5954  
Fax: 961-1-744476  
Email: [schnsg@aub.edu.lb](mailto:schnsg@aub.edu.lb)  
Website: [hson.aub.edu.lb](http://hson.aub.edu.lb)

# Role of the nurse in making a change in patients with Multiple Sclerosis

Hiba Habib Chakhtoura | Najibe Assaad

**Hiba Habib Chakhtoura, RN,  
BSN, MSN**

Lecturer, University of  
Balamand, Faculty of Health  
Sciences, Nursing Program,  
Lebanon.

**Najibe Assaad, RN, BSN**  
Geriatric nurse, Saint George  
University Medical Center,  
Lebanon.

## Abstract

Multiple Sclerosis (MS) is an auto-immune progressive neurological disease that can result in a variety of disabilities affecting the quality of life of most people with MS. The unpredictable nature of MS presents a challenge for health care providers and healthcare professionals especially nurses have an important role in the management of the disease and decreasing the burden on patients. Their role is in supporting, educating and helping patients with MS to have a better quality of life and to be able to access new treatments and services.

## Introduction

Multiple Sclerosis (MS) is a chronic, progressive neurological disorder that affects mostly young adults between the ages of 20 and 40 years (D'arcy, 2012; Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2010). Rarely, and in 5% of cases, it can affect children (While, Forbes, Ulman & Mathes, 2008).

It's estimated that MS affects 2.5 million people worldwide (WHO, 2010), and nearly half a million people in the European Union (OMSN, 2011). Each year, more than 100,000 new cases are reported (WHO, 2010). The prevalence of MS varies in different countries. For example in Canada, the rate is among the highest in the world at 1/500 while in South America, the prevalence is much lower at 50/105 and in the United States at 70/105. In northern Europe the prevalence is twice that of the south 50/105. In North Africa, the countries bordering the Mediterranean (Tunisia, Morocco, Algeria, and Egypt) the prevalence is about 6/105. In the Middle East and the Arab world, data is rare and often lacking (Yamout, Barada, Tohme, Mehio-Sibai, Khalifeh, El-Hajj, 2008). The prevalence is higher in Israel (40/105) than its

neighboring countries such as Lebanon, Syria, Iran and Iraq (20/105) (Fondation Charcot, 2008).

Epidemiological studies show that MS affects women more than men worldwide (Sellner, Kraus, Awad, Milo, Hemmer & Stüve, 2011), although there is a variation between countries where the proportion of women to men is higher with an average ratio: 2/1.

In Lebanon, women are twice as likely as men to be affected by multiple sclerosis earlier in life (Sawaya, Kanso et al., 2009).

## Pathophysiology of MS

Multiple Sclerosis (MS) is an autoimmune inflammatory demyelinating disease of the central nervous system (CNS) (Smeltzer, Bare, Hinkle & Cheever, 2010). It may result in serious and debilitating neurological functions which limit a person's overall functional status (D'arcy, 2012; While et al., 2008). It is not considered to be fatal disease; many people live a normal life span (Farinotti et al., 2007; Litchfield, & Thomas, 2010).

There are four main types of multiple sclerosis:

- 1) The Relapsing-Remitting multiple sclerosis (RR-MS) stage, that affects 85% of people. Almost 65%-80% of individuals begin with relapsing-remitting (RR-MS), where they experience a series of attacks followed by complete or partial disappearance of the symptoms (remission) until another attack occurs (relapse). It may be weeks to decades between relapses.
- 2) The Secondary-Progressive multiple sclerosis (SP-MS) stage. In this type, almost 65 % of people begin with a RR-MS; they can then enter a phase where relapses are rare but more disability accumulates, they progress to SPMS.
- 3) The Primary-Progressive multiple sclerosis (PP-MS) stage that affects 10-15% of people. There is a continuous, gradual decline in a person's physical abilities from the outset rather than relapses. About 10%-20% of individuals begin with PP-MS.
- 4) The Progressive-Relapsing multiple sclerosis (PR-MS) is a type of multiple sclerosis characterized by a steady decline in abilities accompanied by sporadic attacks. It is representing only 5% of cases of multiple sclerosis (Glass, 2010; Litchfield, & Thomas, 2010; Miller, et al., 2007).

MS in remission means that the person may still have symptoms but has returned to the "normal" state they were in before an exacerbation (Glass, 2010).

## Risk factors

Researchers are not sure what triggers the inflammation. The most common theories point to a virus or genetic defect, or a combination of both. Geographic studies indicate there may be an environmental factor involved. People with a family history of MS and those who live in certain geographical areas have a slightly higher risk of the disease (Kappos, 2011).

## Symptoms

MS affects the brain and spinal cord. It is characterized by exacerbations resulting in loss of muscle control, vision problems, motor and sensory problems, and other physical difficulties (D'Arcy, 2012; Glass, 2010). The symptoms of multiple sclerosis vary from person to person; therefore, there is a wide range of symptoms that can appear. Since the location and the severity of each attack can be different, every patient will experience different levels of disability (Litchfield, & Thomas, 2010). Some people have mild cases of multiple sclerosis with little or no disability over the years. Others have more severe types of multiple sclerosis, requiring confinement to a wheelchair or bed (Dangond, 2013).

The first symptoms of multiple sclerosis are often visual problems (Dangond, 2013), followed by fatigue which is experienced by 70-90% of people with MS (Carroll, 2010; D'Arcy, 2012). It is often worse in the late afternoon (Carroll, 2010). Early symptoms of MS include blurred or double vision, tingling in limbs and altered or loss of sensation with a weakness in an arm or leg (Litchfield, & Thomas, 2010). As the disease progress, symptoms may include muscle stiffness (spasticity) or spasms, pain, difficulty controlling urination, bowel problems, especially constipation, speech and swallowing problems, emotional and mood changes, cognitive problems, tremor, and sexual dysfunction (D'Arcy, 2012; Glass, 2010; Litchfield, & Thomas, 2010).

## Pharmacological treatment

There is no known cure for multiple sclerosis at this time. However, there are therapies that may slow the disease. The goal of treatment is to control symptoms and help the patient maintain a normal quality of life (Marriott, 2010). The first line medications are used to slow the progression of the disease and are taken on a long-term basis. Mainly they include: 1) Immunomodulators such as Interferon (Avonex, Betaferon, or Rebif) (Goodin et al, 2008); 2) Immunosuppressors such as Mitoxantrone (MITOXANTRONE EBEWE) Methotrexate, Azathioprine (Imuran), and Cyclophosphamide (ENDOXAN) may also be used if the above drugs are not working well (Kappos, et al., 2007; Marriott et al., 2008). In addition, steroids

may be used to decrease the severity of attacks, and in a high dose they decrease the immune response. Other Medications are used to control symptoms such as Lioresal (Baclofen) to reduce muscle spasms, and cholinergic medications to reduce urinary problems; and antidepressants for mood or behavior symptoms (Kappos, et al., 2007; Marriott et al., 2008).

#### New therapies that benefit clinical outcomes in patients with MS are now of importance:

- **Tysabri** (natalizumab), from Biogen Idec. It significantly reduces relapses and disease progression in relapsing-remitting MS. It delivered by monthly injection, is considered extremely effective, but carries a small risk of lethal brain infection. A year-old test can identify patients at somewhat higher risk of the infection (Meehan, 2011).

- **Gilenya** (Fingolimod) from Novartis has been on the market for about two years and was the first M.S. treatment delivered by a pill. It has been shown to reduce relapses by 50% and brain shrinkage by 30%-40% (Goodin et al., 2008).

Those medications require education and support from health professionals in order to support adherence (D'Arcy, 2012).

Nurses' role is in supporting, educating and helping patients with MS to have a better quality of life and to be able to access new treatments and services.

QOL than the general population (Wynia et al., 2011). The physical effects of MS may be embarrassing and debilitating, leading to anxiety about disease progression, loss of job, divorce or loss of significant relationship, loss of mobility, loss of bowel and bladder control, and sexual dysfunction (WHO, 2008).

Nurses can play a major role in the ongoing treatment and care of people with MS especially nurses who are trained for such care (Litchfield, & Thomas, 2010; While et al., 2008).

## Role of the nurse

Although it is best to have nurses specially trained to care for patients with MS such as nurses with a Clinical nurse specialty in neurology, which may not be often possible. The role of the Clinical Nurse Specialist first emerged in the UK early 1970s, and since has expanded worldwide. A study in Europe that aimed to understand the role of the MS nurse found that many nurses with a MS sociality are currently involved in activities that reach beyond traditional responsibilities; and over half of MS specialist nurses are either "very involved" or "involved" in managing other health conditions associated with MS. In addition, the survey demonstrated that 59% of nurses help patients gain access to new treatments; 79% of nurses actively help patients gain access to other services such as rehabilitation; 21% of MS nurses believe they are viewed as leaders in their multidisciplinary team (IOMSN, 2011).

The most important aspect of this role is to collaborate with the health care professionals in providing care such as: 1) providing advice for medication choice and management, 2) referring to resources such us MS organizations, networking; 3) providing information regarding MS, general health education; 4) providing continence management; 5) counseling, psychological support; 6) providing follow up on daily basis on concerns/complaints and reporting to attending physician (IOMSN,2011; While et al., 2008). In Lebanon, although we do not have a CNS in neurology or in MS, some nurses have gained clinical experience in this field. Of those nurses, one named NA has chosen to share her experience.

## Management of MS symptoms –

The unpredictable and subsequent loss of neurological function leads to long-term disability which necessitates specialized management. Such management can be facilitated by nurses (D'Arcy, 2012; Farinotti, et al., 2007).

Several studies point out that the management of MS is mainly symptomatic (D'Arcy, 2012; Farinotti, et al., 2007; Glass, 2010; Sellner, et al., 2011;While, et al., 2008); yet vital for enhancing the quality of life of MS patients (Wynia, et al., 2011).

Research studies on the quality of life (QOL) among patients with MS, is lacking. However, several studies show that MS patients experience lower levels of

In 2005 a pharmaceutical company asked NA to train patients to take their injections as ordered by their physicians. However, over time her role expanded from teaching about injections to a holistic approach of caring for patients. Her main goal was to help patients achieve a stage where they can have lifelong adjustments and coping skills and to live a healthy life. She adopted 10 guidelines: 1) think positive, 2) eat well, 3) move your body, 4) Keep your brain sharp, 5) Relax, 6) Maintain a healthy weight, 7) Maintain your social life (active listening), 8) Control your MS, 9) Ask for help, 10) Sleep well (Stachowiak, 2008); which she taught her patients. Through her devotion and care, NA had a positive impact on patients and their quality of life. Patients were more involved in the decision making process, regarding adherence to treatment, reported less injection complications, and manifested more autonomy in their self-care. Many patients regained their normal life after years of being confined to their house for years. Some even ventured to do physical exercises and to be engaged in social activities (Assaad, 2011).

## Conclusion

MS is an incurable, long-term neurological condition leading to different levels of disability. Most people live with it for decades and need multidisciplinary care. The nurse has an important role in the management of MS patients. Appropriate involvement of the health administration is required, in order to have an institutional support. Future recommendations include organizing formal and structured education sessions for the nurse and the patient, creating Patient Support Groups, networking with all health care professionals, and finally stressing on the emergence of national policies and support.

Further research is needed to explore the impact of care givers, specially the nurse with a specialty in MS on the quality of life of patients with MS.

## REFERENCES

- Assaad, N. (2011, November). Ensuring Adherence to treatment without compromising quality of life of MS patients: A challenge to Nurses. Paper presented at HSGUMC, Beirut, Lebanon.
- D'Arcy, C. (2012). Multiple sclerosis: symptom management. *Nursing and Residential Care*, 14(8): 405-409
- International Organization of Multiple Sclerosis Nurse (IOMSN). (2011)
- Kappos, L., Freedman, M.S., Polman CH, et al. (2007). Effect of early versus delayed interferon beta-1b treatment on disability after a first clinical event suggestive of multiple sclerosis: a 3-year follow-up analysis of the BENEFIT study. *Lancet*, 370(9585):389-97.
- Litchfield, J., & Thomas, S., (2010). Promoting self-management of multiple sclerosis in primary care. *Primary Health Care*, 20 (2): 32-38
- Meehan, M. (2011). The MS nurse's role in managing natalizumab therapy in patients with relapsing-remitting MS. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 6( 8): 392-396
- Sawaya, Kanso et al., (2009). Multiple sclerosis in Lebanon: a review of 45 cases. Department of Internal Medicine, Division of Neurology, American University of Beirut Medical Center, Beirut, Lebanon
- Sobieraj, D.M., & Coleman, C. I. (2012). Dimethyl fumarate: A fumaric acid ester under investigation for the treatment of relapsing-remitting multiple sclerosis, *Formulary*, 47, 386-391
- Stachowiak, J. (2008, December 05).
- World Health Organisation (2008, 2010). Statistical information system. <http://apps.who.int/whosis/data/Search.jsp>
- Yamout, B., Itani, S., Arabi, A., Hamzeh, D., & Yaghi, S. (2010). Prognostic Factors of Multiple Sclerosis in Lebanon. *International Journal of Neuroscience*, 120, 206-210

**“L'infirmier/e mérite  
la reconnaissance  
non la violence”**



**التمريض بين الإعلام والأعلام**

**orderofnurseslb @orderofnurseslb www.orderofnurses.org.lb t • 01 490774**



# إحصاءات صادرة عن نقابة الممرضات والممرضين في لبنان

## حتى تاريخ ٢٠١٣/٠٦/٣٠

**توزيع الممرضات والممرضين المنتسبين إلى النقابة حسب المحافظات**

المحافظات	العدد	النسبة المئوية
جبل لبنان	٢٦٢٠	%٣٤,٠٠
بيروت	٢١٠٢	%٢٧,٢٨
الشمال	١١٥٨	%١٥,٠٣
البقاع	٧٦٩	%٩,٩٨
الجنوب	٥٣٣	%٦,٩٢
النبطية	٥٢٤	%٦,٨٠
<b>المجموع</b>	<b>٧٧٠٦</b>	<b>%١٠٠,٠٠</b>

**توزيع الممرضات والممرضين المنتسبين إلى النقابة حسب الجنس**

الجنس	العدد	النسبة المئوية
أنثى	٨٦٣٩	%٨٠,٣٩
ذكر	٢١٠٧	%١٩,٦١
<b>المجموع</b>	<b>١٠٧٤٦</b>	<b>%١٠٠,٠٠</b>

**توزيع الممرضات والممرضين المنتسبين إلى النقابة العاملين في لبنان وفقاً لمركز العمل**

مركز العمل	العدد	النسبة المئوية
مستشفى	٦٧٢٨	%٨٧,٣١
مراكز صحية / مستوصفات	٣٦٢	%٤,٧٠
شركات	١٣٩	%١,٨٠
كليات تمريض	١٢٥	%١,٧٥
معاهد تمريض	١٢١	%١,٥٧
مدارس وحضانات	٨٣	%١,٠٨
مستشفيات إقامة طويلة	٨٢	%١,٠٦
شركات تأمين	٢٢	%٠,٤٣
مختلف	١٣	%٠,١٧
تمريض منزلي	١٠	%٠,١٢
<b>المجموع</b>	<b>٧٧٠٦</b>	<b>%١٠٠,٠٠</b>

**توزيع الممرضات والممرضين المنتسبين إلى النقابة حسب الفئة العمرية**

الفئة العمرية	العدد	النسبة المئوية
٢١ >	١٨	%٠,١٧
٢٥-٢١	٩٧٠	%٩,٠٣
٣٠-٢٦	٣٠٩٦	%٢٨,٨١
٣٦-٣١	٢٩٧٨	%٢٧,٧١
٤٠-٣٦	١٤١٩	%١٣,٢٠
٤٥-٤١	٩٠٦	%٨,٤٣
٥٠-٤٦	٦٣٦	%٥,٩٢
٥٥-٥١	٢٧٧	%٢,٥٨
٦٠-٥٦	٢٢٤	%٢,١٨
٦٥-٦١	١٢١	%١,١٣
٦٦ <	٩١	%٠,٨٥
<b>المجموع</b>	<b>١٠٧٤٦</b>	<b>%١٠٠,٠٠</b>

**توزيع الممرضات والممرضين المنتسبين إلى النقابة حسب الشهادة التمريضية**

الشهادة	العدد	النسبة المئوية
الإجازة الجامعية	٥٠٧٣	%٤٧,٢١
الإمتياز الفني	٣٥٩٠	%٣٣,٤١
البكالوريا الفنية	٢٠٨٣	%١٩,٣٨
<b>المجموع</b>	<b>١٠٧٤٦</b>	<b>%١٠٠,٠٠</b>

**توزيع الممرضات والممرضين المنتسبين إلى النقابة حسب الوضع المهني**

الوضع المهني	العدد	النسبة المئوية
يعمل في لبنان	٧٧٠٦	%٧١,٧١
غير مصرح	١٥٦٩	%١٤,٦٠
لا يعمل أو متلاحد	١١٤٨	%١٠,٦٨
يعمل في الخارج	٢٢٣	%٣,٠١
<b>المجموع</b>	<b>١٠٧٤٦</b>	<b>%١٠٠,٠٠</b>



SAINT GEORGE HOSPITAL  
UNIVERSITY MEDICAL CENTER



*History & Beyond*



# Patients' Experiences and Satisfaction with Postoperative Pain Management

Madeleine Hajj | Huda Abu-Saad Huijer | Samar Noureddine | Ghassan Kanazi

**Madeleine Hajj, RN, MSN,**  
Staff Nurse / Clinical Educator  
Trainee, American University of  
Beirut Medical Center – Beirut -  
Lebanon

**Huda Abu-Saad Huijer, RN,  
PhD, FEANS, FAAN,**  
Professor of Nursing Science,  
Director Hariri School of  
Nursing (HSON), American  
University of Beirut Medical  
Center – Beirut - Lebanon

**Samar Noureddine, RN, PhD,  
FAHA,**  
Associate Professor, HSON,  
American University of Beirut  
Medical Center – Beirut -  
Lebanon

**Ghassan Kanazi, MD,**  
Chair Department of  
Anesthesiology American  
University of Beirut Medical  
Center – Beirut - Lebanon

## Abstract

Postoperative pain remains a clinical problem. Since pain management is an important quality indicator, assessment of pain management outcomes is a recommendation to improve pain management quality. Pain management outcomes of this study included: variation in pain intensity and frequency, emotional and physical impact, adverse effects related to pain or its treatment, and indicators of patient satisfaction. Postoperative pain management outcomes were assessed in 120 adult patients at a Lebanese tertiary care medical center. An Arabic version of the Revised American Pain Society Patient outcome questionnaire was used. Although the majority of patients (76.7%) experienced severe pain; 83.3% were satisfied with their pain management. In this study, identified deficiencies were related to knowledge, education, communication, standardization of pain treatment, and inappropriate choice of postoperative pain medications. Based on the results, the institution of education on pain for health care providers and patients as well was recommended.

## Background

About two thirds of patients experience pain; this prevalence is higher in postoperative patients (Haller et al., 2011). Approximately 80% of adult patients experience postoperative pain, 86% of whom express moderate to severe pain (Apfelbaum, Chen, Mehta, & Gan, 2003).

Poorly managed postoperative pain is associated with deleterious physiologic changes, such as myocardial ischemia, atelectasis, pulmonary infection, reduced intestinal motility, urinary retention, oliguria, thromboembolism, impaired immune function, tumor spread or recurrence, and muscle atrophy. In addition, pain has some psychological consequences such as anxiety, depression, fear, anger and dissatisfaction. Besides, pain delays patient recovery, interferes with activities of daily living, prolongs hospital stay, and increases health care costs and resource utilization (Joshi & Oqunnaike, 2005). Moreover, uncontrolled acute pain can progress to chronicity (Spacek, 2006).



## Study purpose

The purpose of this study was to assess postoperative pain management outcomes at Lebanese tertiary care medical center. Pain management outcomes include: variation in pain intensity and frequency, treatment of the underlying cause, emotional and physical impact, quality of life, adverse effects related to pain or its treatment, and indicators of patient satisfaction. This study assessed all these outcomes except the treatment of the underlying cause and the quality of life outcomes as it deals with postoperative patients. In this article, all the studied outcomes will be addressed except the emotional and physical impact and the adverse effects related to pain or its treatment.

## Methods

**Research design:** A cross-sectional descriptive survey design was used.

**Sample:** A convenience sample of 120 postoperative patients was recruited. Patients were included in the study if they were: 1) 18 years of age or older, 2) having spent at least 24 hours and no more than 48 hours on the wards after surgery, 3) oriented to person, place and time, 4) able to communicate in Arabic, and 5) able to recall the postoperative period. Patients in the intensive care units and patients with postoperative delirium were excluded.

**Instrument:** The American Pain Society-Patient Outcome Questionnaire Revised Arabic version (APS-POQ-R),

translated by the American Pain Society was used. It includes six categories : 1) pain intensity and relief; 2) impact on activity, sleep, and emotions; 3) treatment adverse effects; 4) helpfulness of information about pain management; 5) patient's participation in management decisions; and 6) the use of non-pharmacological approaches. Psychometric evaluation support the internal consistency (Cronbach's alpha 0.86), construct validity and the clinical feasibility of the APS-POQ-R in assessing patient satisfaction (Gordon et al., 2010).

The study was approved by the institutional review board (IRB) of the university and the medical center administration.

**Procedure:** Potential participants were identified through the records of the operating room. Patients were recruited in their hospital rooms; those who agreed to participate signed a consent form. Patients were interviewed by the first author and results recorded on the questionnaire.

The results of this study showed that healthcare providers do not refer to standardized pain management protocols for patients undergoing similar surgeries. Pain was managed mostly according to physicians' preferences.

management. The main reason for patients' satisfaction was considering pain as something normal and expected after surgery. Uncontrolled pain was the major reason for patients' dissatisfaction. In addition, patients did not have any chance to participate in decisions about their pain treatment in 86.7% of cases. The mean score of patients' participation in decision making was 0.69 (SD 1.92).

#### *Postoperative pain medications*

The use of post-operative pain medications varied among patients, even those who underwent the same surgery. In the pain team patients, where all patients were receiving pain medication through an advanced analgesia technique [Patient Controlled Analgesia (PCA), or Patient Controlled Epidural Analgesia (PCEA)], six patients out of thirty-one had some additional pain medications to those administered via PCA or PCEA prescribed

on as needed basis or PRN, while the others had their additional pain medications on standing basis. However, the majority (56.17%) of non-pain team patients including post open heart surgery had all their pain medication prescribed as PRN. Besides, 47.56% of non-pain team received Mepiridine IM.

#### *Patients' beliefs regarding pain management*

As this topic was not studied in Lebanese patients, we selected the lebanese patients who constituted the majority (85%) of our sample to know their beliefs about pain management. Contrary to common beliefs, the majority (86%) of Lebanese patients do not believe that pain medications are addictive. Waiting until pain is severe to request pain medication was the most frequently reported belief among patients (48%).

#### *Patients' barriers to request pain medication*

Some patients (20.8%) suffered pain without requesting pain medications. The most reported reason that led patients not to request pain medication was waiting for pain to be more severe. In other cases patients waited for nurses to intervene as they know more about the timing of pain medication.

## Results

### *Sample characteristics*

The sample included 120 patients, 19-85 years of age, and thirty one of them only were followed by the pain team. The pain team is a mobile team, usually lead by an anesthesiologist and a pain nurse specialist who visit patients in their units to take care of their pain. Female patients (56.7%) predominated in the recruited sample that included mostly Lebanese (85%), married patients (79.2%), with a university level education (61.6%). The majority of patients (43.3%) underwent orthopedic surgeries.

### *Patients' experiences / satisfaction with postoperative pain management*

The mean of the worst reported pain was 7.94 (SD 2.30) on an 11-point numeric pain rating scale (from 0 to 10). The majority (76.7%) of patients experienced severe postoperative pain. On the other hand, the mean score for patients' satisfaction with their pain treatment was 8.05 (SD 2.25). The majority of patients (83.3%) reported satisfaction scores >5. Only 1.7% of patients were completely dissatisfied with their pain

## Discussion

Patients have the right to have their pain properly managed. However, despite the widely available evidence-based pain management guidelines, hospitalized patients are still suffering uncontrolled pain (Binhas et al., 2011).

The majority of patients (76.7%) experienced severe pain; similar prevalence is reported in the literature (Apfelbaum et al, 2003), proving that uncontrolled postoperative pain is still a universal problem. However, in spite of this, 83.3% of patients were satisfied with their pain management. This highlights the high pain intensity-high satisfaction paradox reported in the literature (Gordon et al, 2002). When patients were asked if they were informed during hospitalization about their pain and its management, they reported that they were not. This study showed that patient education on pain management is highly needed and should be an important entity of quality improvement. Patients in this study seemed not to be participating in decisions about their pain treatment. Involving patients in decisions regarding their pain management plan contributes to their satisfaction (Gordon et al, 2010). The high pain intensity – high satisfaction paradox in combination with the lack of patient education on pain management leads to wondering if patients are satisfied with the pain management they are receiving because they do not know about a better one (Gordon et al, 2002).

The results of this study showed that healthcare providers do not refer to standardized pain management protocols for patients undergoing similar surgeries. Pain was managed mostly according to physicians' preferences, as shown by the wide variation in analgesic prescription in the sample. The evidence shows that postoperative pain is best controlled using multimodal analgesia including advanced analgesic techniques, along with systemic administration of NSAIDS, and opioids, and non-pharmacologic methods (Kehlet, 2002). It is recommended that postoperative patients should receive an around-the-clock regimen of NSAIDs, or acetaminophen, unless contraindicated (American Society of Anesthesiologists Task Force

The majority of patients (76.7%) experienced severe postoperative pain. Despite many efforts, the current applied strategies are still inadequate to properly control postoperative patients' pain.

on Acute Pain Management, 2012). Non-pain team patients were prescribed standing analgesics but less frequently than pain team patients; they were more often prescribed PRN medications. Ideally, for moderate or severe postoperative pain, patients should receive their pain medications through the IV route (Veterans health administration-department of defense, 2002). In addition,

avoidance of the use of intramuscular (IM) injections and Mepiridine (Demerol) is also recommended by practice guidelines (American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management, 2012). Our results show that physicians are still non compliant with the related guidelines.

This study, which is the first to address the topic of Lebanese patients' beliefs regarding pain, revealed that the most encountered belief (48%) about pain was that of waiting until pain is severe to request pain medication. In order to benefit from an optimal pain relief, avoid moments of suffering and the deleterious consequences of unrelieved pain, patients should be educated to request pain medication when their pain is still minimal to moderate. This belief constituted the main barrier that prevented some patients from requesting pain medication while they were in pain.

## Conclusion

The majority of patients (76.7%) experienced severe postoperative pain. Despite many efforts, the current applied strategies are still inadequate to properly control postoperative patients' pain. Pain management processes should be reviewed and made evidence-based. Regarding the high pain intensity-high satisfaction paradox, educating patients and involving them in their pain management contribute to solving this paradox and making of patient's satisfaction a more reliable quality indicator in terms of pain management.

## REFERENCES

- American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. (2012). Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting: an Updated report By the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. *Anesthesiology*, 116(2): 248-73.
- Apfelbaum, J.L., Chen, C., Mehta, S.S., & Gan, T.J. (2003). Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesthesia and Analgesia*, 97(2): 534-40
- Binhas, M., Roudot-Thoraval, F., Bonnet, F., Guerineau, S., Lory, S., Jeanblanc, G., & Marty, J. (2011). Use of a Validated Reference Tool to Evaluate Postoperative Pain Management through a Quality-Improvement Program in a University Hospital. *Journal for Healthcare Quality*, 33(1): 7-13
- Gordon, D., Pellino, T., Miaskowski, C., McNeill, J., Paice, J., Laferiere, D., & Bookbinder, M. (2002). A 10-year review of quality improvement monitoring in pain management: recommendations for standardized outcome measures. *Pain Management Nursing*, 3(4):116-30.
- Gordon, D., Polomano, R., Pellino, T., Turk, D., McCracken, L., Sherwood, G., Farrar, J. (2010). Revised American Pain Society patient Outcome Questionnaire (APS-POQ-R) for Quality Improvement of pain Management in Hospitalized Adults: Preliminary Psychometric Evaluation. *The Journal of Pain*, 11(11): 1172-1186
- Haller, G., Agoritsas, T., Luthy, C., Piguet, V., Griesser, A-C., & Perneger, T. (2011). Collaborative Quality Improvement to Manage Pain in Acute Care Hospitals. *Pain Medicine*, 12(1):138-147.
- Joshi, G. P., & Oquannaike, B. O. (2005).Consequences of inadequate postoperative pain relief and chronic persistent postoperative pain. *Anesthesiology Clinics of North America*, 23(1):21-36
- Kehlet, H., & Wilmore, D.W. (2002).Multimodal strategies to improve surgical outcome. *American Journal of Surgery*, 183(6): 630-41.
- Spacek, A. (2006) Modern concepts of acute and chronic pain management. *Biomedicine & Pharmacotherapy*. 60(7):329-35.
- Veterans Health Administration, Department of Defense. The management of postoperative pain working group. (2002). VHA/DOD clinical practice guidelines for the management of postoperative pain. Retrieved from: <http://www.oqp.med.va.gov/cpg/cpg.htm>

## FACULTY OF NURSING & HEALTH SCIENCES

- NURSING
- NUTRITION
- MEDICAL LAB TECHNOLOGY

FINANCIAL AID & SCHOLARSHIPS ARE AVAILABLE UP TO 100% FOR QUALIFIED APPLICANTS



# How nurses feel when caregivers try to prevent medication in Pediatric Oncology patients

Nariman Hariss | Lina Kurdahi Badr | Raya Saab | Aziza Khalidi

**Nariman Hariss RN, BSN, MS**  
Children's Cancer Center,  
American University of Beirut  
Medical Center, Lebanon.

**Lina Kurdahi Badr RN, PhD,  
CPNP, FAAN**  
Professor - Azusa Pacific  
University, California.

**Raya Saab MD, Assistant  
Professor**  
Children's Cancer Center,  
American University of Beirut  
Medical Center, Lebanon.

**Aziza Khalidi ScD, Assistant  
Professor**  
Islamic University, Lebanon

## Abstract

This is a qualitative study that assessed how nurses perceive the caregivers' participation in preventing medication errors. The results revealed that while most nurses agree that caregivers should identify and prevent medication errors in Children receiving chemotherapy, some are anxious. Some nurses felt that the participation of caregivers would interfere with their job and may affect trust.

## Background

Adverse events and medical errors pose a serious problem in all healthcare systems as they result in increased hospital stay, increased mortalities and morbidities, and increased health care costs (Barker et al, 2002; Schwappach, & Wernli, 2010). ADEs are the most preventable cause of adverse events, yet despite extensive recommendations to curb such errors, the rates have not decreased in the past decade (Banning, 2006; McLeod, Barber, & Franklin, 2013). Reported error rates range between 3% and 90% of hospitalized patients (Alsulami, Conroy, & Choonara, 2012; Karthikeyan, & Lalitha, 2013; Kopp et al 2006; Kunac, Kennedy, Austin, & Reith, 2009; Runciman et al. 2003, Schwappach, & Wernli, 2010). The discrepancy in incident rates is attributed to methodological variations in reporting (per patient admission versus per patient days) in the route of administration (oral versus intravenous), in the kind of drug administered, in the population studied (adults versus children) and in the country where the study was conducted (Lewis et al, 2009; McLeod, Barber, & Franklin, 2013).

While any drug is susceptible to errors, chemotherapy is considered more dangerous because of its narrow therapeutic index, its toxicity even at therapeutic dosages, and its complexity (Muller, 2003). In comparison to ADEs in the general population, ADEs in oncology patients are much higher especially in the pediatric population (Lustig, 2000; McBride, 2009; Taylor, Winter, Geyer, & Hawkins, 2006). A recent study in Lebanon of seven hospitals found that ADEs

occurred mostly in the pediatric population reaching up to 50% (Al-Hajj, et al., 2012). In terms of pediatric patients receiving chemotherapy one study reported errors to occur in around 19% of all patients (Walsh et al, 2009).

Therefore, pediatric oncology patients are at a double whammy; an increased risk due to immature development and the toxicity of chemotherapy. In efforts to limit ADEs in the pediatric population several recommendations have been adopted in several institutions such as multidisciplinary safety checks, pediatric satellite pharmacies, support for incident and error reporting, root cause analysis, automated calculations and education for caregivers and patients (Beckett, Tyson, Carroll, Gooding, & Kelsall, 2012; France et al., 2006; Li, Lacher, & Crain, 2000; Schwappach & Wernli, 2010). Studies have found that patients can identify adverse events affecting their care which are not captured by the hospital incident reporting system (Friedman, Provan, Moore, & Hanneman, 2008; Weingart et al, 2005).

Despite the emerging consensus regarding the potential benefits of patient participation in promoting the safety of their care, little is currently known about health-care professionals' attitudes toward patient involvement. Only prior study assessed the nurses' and physicians' attitudes toward patient involvement in safety-related behaviors (Davis, Sevdalis, & Vincent, 2012). Therefore the goal of this study was to explore nurses' willingness support patient involvement in safety-related behaviors, and their perception related to caregivers participation.

## Methods

### *Study Design*

A cross sectional design using a self-report survey was used. This was an exploratory study; no specific hypotheses were tested because of the paucity of directly relevant literature.

### Pediatric oncology patients are at a double whammy; an increased risk due to immature development and the toxicity of chemotherapy.

### *Setting*

The study was conducted at the Children Cancer Center of Lebanon (CCCL) outpatient unit which is affiliated with St. Jude Children's Research Hospital in Memphis, Tennessee, USA.

**Participants:** Included all pediatric oncology registered

nurses who worked either in the outpatient or the inpatient units. The outpatient unit has 12 pediatric oncology registered nurses (RNs), and the inpatient unit has 21 pediatric oncology registered nurses. The nurses have between four and ten years of experience in oncology. There searcher (NH) was excluded from the study, in order to avoid bias resulting from self evaluation.

### *Measures*

The questionnaire for the nurses was open ended and was offered to all nurses in a sealed envelope. Interested nurses were asked to fill the questionnaire anonymously and place it in the principal investigator's mail box. The nurses' survey covered the following aspects: 1) experience regarding medication error noticed by a caregiver, 2) perception regarding obstacles associated with caregivers' active involvement and 3) their role in involving caregivers in error prevention. The questionnaire was prepared in the English language and was based on a previous study (Schwappach, & Wernli, 2010). The approval to conduct the study was obtained from the Institutional Review Board (IRB) at AUBMC.

### *Data analysis*

Content theme analysis was utilized which covered the three areas of interest; 1) personal experience, 2) obstacles and 3) potential role of the nurse.

## Results

The response rate for nurses was 34.3%; all were females with a Bachelor of Science in Nursing, six were married and 5 were single, the mean age was 31.88 (SD

+ 6.7). The questionnaire was divided into three themes: 1) personal experience, 2) obstacles, and 3) potential role of the nurse.

### **1) Personal experience:**

Six responders (55%) reported an experience with a medication error noticed by the caregiver. The types of errors noted were: missing medication doses, and extradoses of medication. In all instances recalled, the caregivers were the ones to noticed the error, and spoke up about them. One of the nurses stated that a near miss occurred with a patient regarding type/timing of chemotherapy, because of a wrong order. The mother

### **3) Potential role:**

Nine nurses agreed that caregivers should be involved in error prevention.

Strategies as long as there was appropriate teaching and a clear plan of care: "I don't mind to actively involve them because our goal is patients' safety and if good teaching helps prevent errors or anything else I would do it".

Another said: "My potential role will be in teaching caregivers what to look for and how to speak up in a positive way about an error they may see or detect".

Two nurses revealed a negative attitude toward actively involving patients in error prevention: "I prefer not to involve the caregiver as it will interfere with my job".

### **"If proper teaching is done, error would be preventable".**

of the patient informed us that it wasn't the right time for administration, so the doctor rechecked the medical records and changed the order. All the nurses stated that caregivers can contribute in identifying or preventing errors. One of them stated that: "If proper teaching is done, error would be preventable".

### **2) Obstacles:**

Nurses were asked about how they would feel if a caregiver pointed out an error or intervened to intercept an error in the care they are providing. Almost all nurses shared a feeling of insult, embarrassment, stress, and guilt. One of nurses reported:

"I will feel embarrassed of course, but I also feel relieved that an error was prevented"

Four nurses shared the feeling of fear if an error being detected by the caregivers. One justified her fear by saying: "Parents will then have less trust in my care".

The majority of nurses expressed concerns such as: "Parents will become demanding, nagging, expecting perfection in their treatment", "Parents will be obsessed with the names and doses of the medications", "Parents will cross the limit of the professional relationship with the nurse".

While three nurses (27%) indicated that trust will not be affected: "Trust won't be affected as long as the process is clear for both parties". Six (50%) reported that trust would be negatively affected: "If errors are recurrent, the caregiver will lose trust in nursing care".

Nurses suggested strategies such as involving patient/family in treatment

and care, proper identification, proper teaching especially about the treatment protocol, building trust, getting familiar and friendly with the family, getting involved with personal issues to build trust, giving the caregiver the opportunity to learn medication calculation, teaching for medication indication and side effects, enhancing communication, group sessions, pamphlets, encouraging the caregiver to ask questions, and to keep record of medication/route/dose/time of administration and verification upon administration".

## **Discussion**

This is the first published study to assess nurses' perceptions regarding involving caregivers in preventing ADE in children receiving chemotherapy. Nurses in general are comfortable with caregivers identifying an error and are willing to engage them in safety behaviors. This finding is consistent with previous studies (Schwappach & Wernli, 2010). A few nurses voiced negative feelings when a caregiver notices an error in the care they are providing. This finding should alert health

### **"If errors are recurrent, the caregiver will lose trust in nursing care".**

professionals to the thin line between responsibility and ownership and between trust and mistrust. This was noted in the fact that while some nurses expressed that trust would be enhanced if caregivers are involved in mediation error prevention strategies others felt that trust could be hindered.

Since the majority of the nurses thought that they could make a difference in empowering caregivers, emphasis should be placed in that direction. Earlier studies indicate that adult patients' participation in detecting errors is complex and requires a cultural change (Schwappach & Wernli, 2010). Some nurses expressed concerns in involving caregivers in error prevention strategies, as this may result in a conflict between caregivers and staff. A few nurses perceived an organizational barrier such as time constraints in providing adequate education to caregivers and felt unprepared to involve patients. Most however agreed that active participation of the caregiver in error prevention strategy is feasible.

caution until further data from much larger samples of different hospitals can be collected. Second, our study was based on self-report with a 34% response rate which may have affected the results of the study. Future research is needed to further support the findings of this study in other facilities and with larger samples.

## Conclusion

This study has shown that nurses mostly agree that caregivers can contribute towards identifying or preventing errors and are willing to support caregivers in safety-related behaviors. Based on these findings it would be of benefit to provide caregivers with adequate preparation and education to promote patient safety with emphasis on the appropriate roles of health-care professionals and caregivers.

## Limitations

There are several limitations to this study. First, our sample was relatively small, obtained from a single institution, thus the results need to be interpreted with

## REFERENCES

- Al-Hajje, A., Awada S, Rachidi S, Chahine NB, Azar R, Zein S, Hneine AM, Dalloul N, Sili G, Salameh P (2012). Medication prescribing errors: data from seven Lebanese hospitals. *J Med Liban*, 60(1):37-44.
- Alsulami Z, Conroy S, Choonara I. (2012). Medication errors in the Middle East countries: A systematic review of the literature. *Eur J Clin Pharmacol*. Epub ahead of print 2012.
- Banning, M. (2006). Medication errors: professional issues and concerns. *Nurs Older People*, 18(3):27-32.
- Barker, KN, Flynn EA, Pepper GA, Bates DW, Mikeal RL. (2002). Medication errors observed in 36 health care facilities. *Arch Intern Med*, 162(16):1897-903.
- Beckett VL, Tyson LD, Carroll D, Gooding NM, Kelsall AW. (2012). Accurately administering oral medication to children isn't child's play. *Arch Dis Child*, 97(9):838-41.
- Davis RE, Sevdalis N, Vincent CA.(2012). Patient involvement in patient safety: the health-care professional's perspective. *J Patient Safety*, 8(4):182-8.
- Kopp B.J., Erstad B.L., Allen M.E., Theodorou A.A. & Priestley G.(2006) Medication errors and adverse drug events in an intensive care unit: direct observation approach for detection. *Critical Care Medicine* 34, 415–425.

- Friedman, SM., Provan, D., & Moore, S., et al. (2008). Errors, near misses and adverse events in the emergency department: What can patients tell us? *CJEM*, 10(5),421-7.
- France, D.J, Cartwright, J, Jones. V., Thompson, V., Whitlock, J.A. (2004).Improving pediatric chemotherapy safety through voluntary incident reporting: lessons from the field.*J Pediatr Oncol Nurs*, 21(4):200-6.
- Karthikeyan, M., Lalitha, D. (2013).A prospective observational study of ADE in general medicine department in a tertiary care hospital.*Drug Metabol Drug Interact*, 12:1-9
- Kopp, B.J, Erstad, B.L, Allen, M.E, et al. (2006). ADE and adverse drug events in an intensive care unit: direct observation approach for detection. *Crit Care Med*, 34:415–25.
- Kunac DL, Kennedy J, Austin N, Reith D (2009). Incidence, preventability, and impact of Adverse Drug Events (ADEs) and potential ADEs in hospitalized children in New Zealand: a prospective observational cohort study. *Paediatr Drugs*. 2009;11(2):153-60.
- Lewis, P.J, Dornan, T., Taylor, D., Tully, M.P, Wass, V.,& Ashcroft, D.M. (2009). Prevalence, incidence and nature of prescribing errors in hospital inpatients: a systematic review. *Drug Saf*, 32(5),379-89
- Lustig, A. (2000). Medication error prevention by pharmacists – an Israeli solution.*Pharmacy World and Science*, 22(1),21–5.
- Li, SF B &Lacher, B. &Cain E.F. (2000). Acetaminophen and ibuprofen dosing by parents.*PediatrEmerg Care*, 16(6),394–7
- McBride, D., (2009).Medication mistakes are important to identify in outpatient treatment. *ONS Connect*, 24(3), 21.
- McLeod MC, Barber N, Franklin BD. (2013). Methodological variations and their effects on reported medication administration error rates. *BMJ QualSaf*. [Epub ahead of print]
- Müller T. (2003). Typical medication errors in oncology: analysis and prevention strategies. *Onkologie*, 26(6), 539-44
- Runciman W.B., Roughead E.E., Semple S.J. & Adams R.J. (2003). Adverse drug events and medication errors in Australia. *International Journal for Quality in Health Care* 15 (Suppl. 1), i49–i59.
- Schwappach, D. &Wernli, M. (2010). Am I (un) safe here? Chemotherapy patients' perspectives towards engaging in their safety. *Quality Safe Health Care*, 19(5) e9.
- Taylor, J.A, Winter, L, Geyer, L.J, Hawkins, D.S. (2006). Oral outpatient chemotherapy ADE in children with acute lymphoblastic leukemia. *Cancer*, 107,1400–1406.
- Walsh, K.E., Dodd, K.S., Seetharaman, K., Roblin, D.W, Herrinton, L.J., Von Worley, A., Usmani, G.N., Baer, D., &Gurwitz, J.H. (2009). ADE among adults and children with cancer in the outpatient setting. *J Clin Oncol*, 7(6):891-6



A product developed from over 25 years experience of making footwear; designed to combine fashion, form and function, with outstanding comfort and fit. Calzuro clogs born to satisfy the most exacting requirements of medical and paramedical personnel, whether at work in the medical center or at home in their normal, day-to-day life.

Lightness, color and a timeless design are the strengths of Calzuro clogs, now available in three different models: model BASE (6 colors) - model S (14 colors) - model Fancy (3 different combinations of colors), in the sizes from 33 to 47.

**ANTISTATIC - STERILIZABLE - AUTOCLAVABLE - NO-SLIP-DESIGN SOLE**

#### Technical specifications:

temperature resistance:	BASE	S/FANCY
water	100 C	100 C
steam	128 C	138 C
dry	128 C	140 C

#### chemical resistance:

ethers	good	good
esters	good	excellent
bases	excellent	excellent
light acids	excellent	good
strong acids	good	good
oils	excellent	excellent

#### UV-ray resistance:

#### ageing resistance:

#### specific gravity:

#### SHA hardness:

#### modulus at 300%: Kg x cm<sup>2</sup>

#### breaking load: Kg x cm<sup>2</sup>

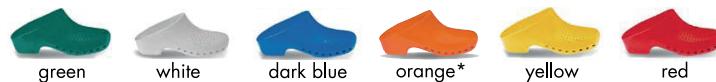
#### ultimate elongation:

#### abrasion resistance:

#### tear strength: 10#1000 p.

44	44
100	105
800%	850%
160 mm <sup>3</sup>	150 mm <sup>3</sup>
610	630

#### Colors



#### Models BASE

\* Available only without upper holes.



#### Models S



#### Models FANCY

Certified

#### Available sizes:

33-34	34-35	35-36	36-37	37-38	38-39	39-40	40-41	42-43	44-45	46-47
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

SUITED TO THE CURRENT REGULATIONS

**Material:** Thermo-injectable anti-static copolymer rubber compound, halogen-free.

**Models:** with upper holes or without upper holes, both available also with heel-strap.

Beirut - Lebanon Tel/Fax: 01 702 967 - Mobile: 03 337 402

E-mail: bassam@mediformlb.com

100% MADE IN ITALY

dealer's stamp

**MEDIFORM**

# Les facteurs prédictifs de la consommation du tabac et de l'alcool chez les étudiants de première année en formation liée à la santé dans une université privée de Beyrouth

Joëlle Karam Bader | Randa Rizk Atallah

**Joëlle Karam Bader, Inf.,  
M.Sc.**

Enseignante cadrée - Faculté des sciences infirmières, Université Saint-Joseph - Beyrouth

**Randa Rizk Atallah, Inf.,  
Ph.D.(cand)**

Chef de département de formation permanente - Faculté des sciences infirmières, Université Saint-Joseph - Beyrouth

## Résumé

Cette étude vise à identifier les facteurs prédictifs de la consommation du tabac et de l'alcool chez les étudiants de première année en formation liée à la santé dans une université privée de Beyrouth, selon les variables de la Théorie du Comportement Planifié d'Ajzen (1991). Les résultats montrent que l'intention et l'attitude sont les facteurs prédictifs pour la consommation du tabac et de l'alcool, alors que le genre est prédictif seulement pour la consommation du tabac. Ces résultats nous fournissent des pistes d'interventions afin de promouvoir la santé de ces étudiants sachant qu'ils sont les futurs promoteurs de la santé.

## Introduction

La consommation du tabac et de l'alcool est un fléau international qui représente un lourd fardeau sanitaire pour l'individu et la société vue ses conséquences nocives pour la santé (OMS, 2011). La problématique de la consommation du tabac et de l'alcool a été identifiée chez les jeunes dans le cadre de leur vie universitaire qui constitue une période de changement essentielle et critique (Rozmus, Evans, Wysochansky, & Mixon, 2005).

Au Liban, en 2009, 71% des étudiants universitaires consomment de l'alcool (Ghandour, Karam, & Maalouf,

2009). Quant à la consommation du tabac, 21.4% des hommes fument la cigarette vs 7 % des femmes, et 40% des hommes fument le narguilé vs 34% des femmes (Sibaii, Tohme, Mahfoud & Chaaya, 2009). En effet, cette problématique est présente chez les étudiants universitaires libanais de toute discipline et de même chez ceux qui suivent des formations liées à la santé. D'ailleurs, une enquête menée auprès de ces derniers dans plusieurs universités du Liban, a montré un taux de tabagisme important : 14.8% des étudiants en pharmacie, 26.9 % des étudiants en sciences infirmières et 27.4% des étudiants en médecine fument des cigarettes. L'utilisation du narghilé varie entre 20.6% chez les

étudiants en médecine et 44.9% chez les étudiants en sciences infirmières (Saadé, Warren, Jones, & Mokdad, 2009).

Devant toutes ces données, la présente étude a été menée dans le contexte libanais dont le but est d'identifier les facteurs prédictifs de la consommation du tabac et de l'alcool chez les étudiants de première année en formation liée à la santé dans une université privée de Beyrouth.

L'identification des facteurs prédictifs de la consommation du tabac et de l'alcool fournit des pistes d'interventions à mener auprès de ces étudiants afin de promouvoir leur santé sachant qu'ils seront les professionnels de santé de demain, et ils participeront à la stratégie de la promotion de la santé (Lee & Yen Loke, 2005). Toutefois, ces étudiants seront un modèle de santé pour la communauté et leur propre attitude et comportement concernant leur adoption d'un mode de vie sanitaire a une influence sur leurs conseils de santé fournis à leurs

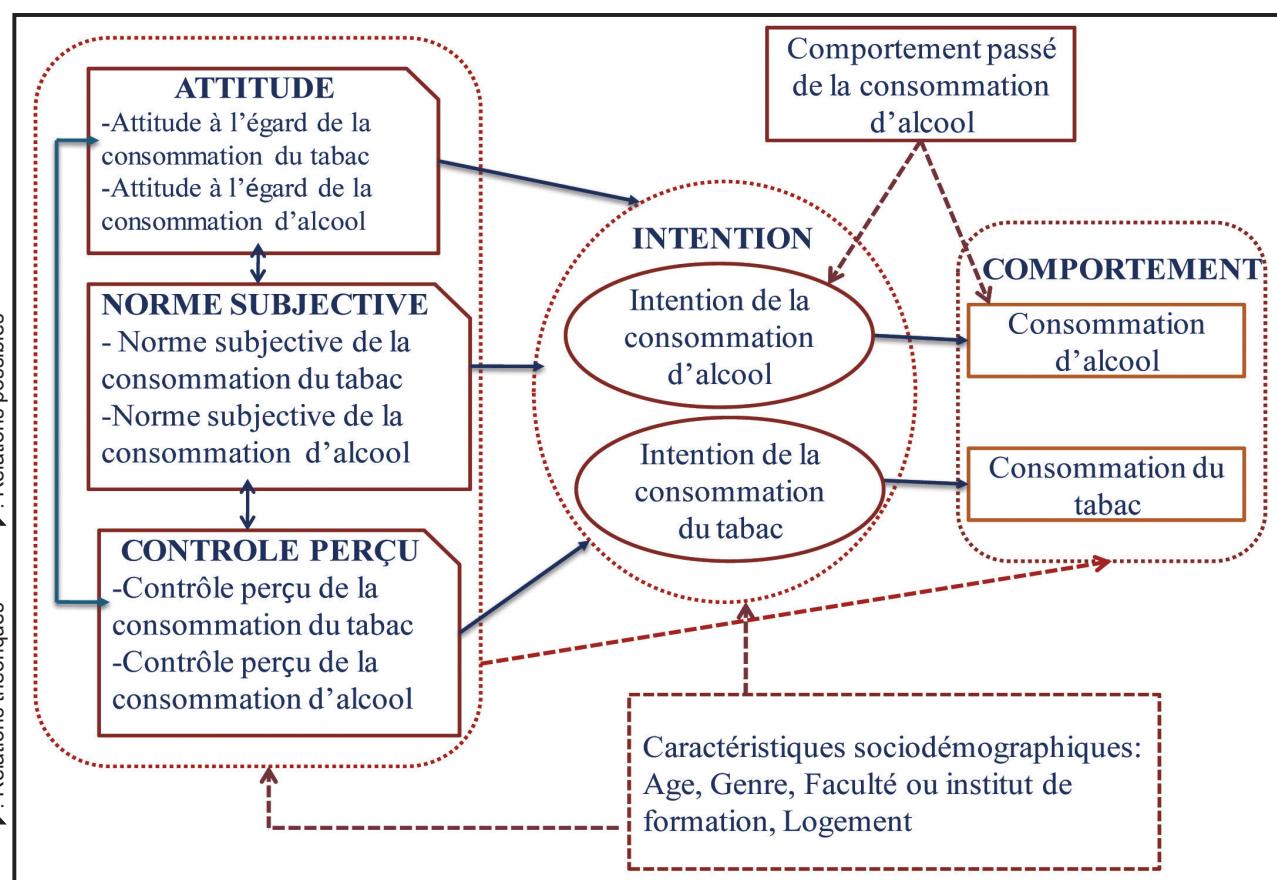
patients (Voigt, K., Twork, Mittag, Gobel, Voigt, R., Klewer, Kugler, Bornstein, & Bergmann, 2009).

## Méthode

Le devis de cette étude est corrélational prédictif. A la lumière de la théorie du comportement planifié d'Ajzen (TCP, 1991) qui a été adoptée dans la présente étude et les écrits recensés, les variables à l'étude retenues à l'égard de la consommation du tabac et de l'alcool sont :l'attitude, la norme subjective, le contrôle perçu du comportement, l'intention, la consommation du tabac, la consommation de l'alcool, la consommation passée de l'alcool, et les caractéristiques sociodémographiques. (cf. Figure 1)

Dans la présente étude, les variables de la TCP ont été mesurées en se basant sur le questionnaire de l'étude de Laureine Steingold (2008), qui a été adapté à la

Figure 1 : Cadre de la Théorie du Comportement Planifié d'Ajzen(1991) adapté à l'étude  
— → : Relations possibles  
— - - : Relations théoriques





population libanaise. L'autorisation d'utiliser l'instrument a été obtenue auprès de son auteur. L'enquête s'est déroulée du 29 Novembre au 12 Décembre 2011 auprès de tous les étudiants de première année ( $N=314$ ) qui suivent l'une des formations suivantes : Médecine, Médecine dentaire, Pharmacie, Sciences infirmières, Sages-femmes, Techniciens de laboratoire d'analyse médical, Physiothérapie, Psychomotricité, Orthophonie, et Nutrition. L'autorisation de mener l'enquête a été prise auprès de tous les Doyens et Directeurs des différentes Facultés et Institutions concernées et les considérations éthiques ont été respectées: libre consentement, anonymat et confidentialité. Les questionnaires ont été distribués aux étudiants et récupérés dans des

enveloppes scellées. 244 questionnaires ont été récupérés (78%) et 227 questionnaires ont été inclus dans l'étude ( $n=227$ ). La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur SPSS (Statistical Package for the Social Science) version 18.

## Résultats

La majorité des étudiants participants à cette étude sont du genre féminin (77.1%). Leur moyenne d'âge est de  $19.21 \pm 1.3$  ans, avec un minimum de 18 ans et un maximum de 36 ans. La majorité des étudiants vivent avec leurs 2 parents (78.8%). Les étudiants suivent différentes types de formation liée à la santé, dont le plus grand nombre suit la formation de médecine (23.8%) et de pharmacie (22.9%).

L'analyse descriptive montre également que 27.8% des étudiants ont fumé des cigarettes et/ou du narguilé et 23.7% ont l'intention de fumer dans les 2 prochains mois. De plus, 52.8% des étudiants ont bu de l'alcool et 48.1% ont l'intention de boire de l'alcool dans les 2 prochains mois.

L'analyse bivariée effectuée entre les différentes variables indique une relation significative ( $p<0.05$ ) entre l'intention de fumer du tabac dans les 2 prochains mois et l'attitude, le contrôle perçu, et le genre. Quant à la consommation du tabac, elle est associée d'une façon significative ( $p<0.05$ ) à l'attitude, au contrôle perçu, à l'intention et au genre.

De plus, il existe une relation significative ( $p<0.05$ ) entre l'intention de boire de l'alcool et l'attitude, la norme subjective, le contrôle perçu, le genre, et la consommation passée d'alcool. Quant à la consommation de l'alcool, elle est associée d'une façon significative ( $p<0.05$ ) à l'attitude, à la norme subjective, au contrôle perçu, à l'intention, au genre, et à la consommation passée d'alcool.

Finalement, la régression logistique montre les résultats significatifs ( $p<0.05$ ) suivants :

**Intention Tabac :** le genre ( $OR= 3.565, p=0.003$ ), l'attitude ( $OR=0.786, p=0.000$ ) et le contrôle perçu ( $OR=0.729, p = 0.001$ ) sont des facteurs prédictifs de l'intention de fumer dans les 2 prochains mois. Les

étudiants du genre masculin sont 3.5 fois plus à risque d'avoir l'intention de fumer. De plus, à chaque fois que les étudiants perçoivent qu'ils sont capables de contrôler leur consommation du tabac, et qu'ils ont une attitude négative à l'égard de la consommation de cette substance, leur intention de fumer diminue.

**Consommation tabac :** l'intention ( $OR=8.140$ ,  $p=0.000$ ), le genre ( $OR= 3.268$ ,  $p=0.013$ ), et l'attitude ( $OR=0.759$ ,  $p=0.000$ ) sont des facteurs prédictifs de consommer du tabac. Les étudiants du genre masculin et ceux qui ont l'intention de fumer, sont les plus susceptibles de fumer. Toutefois, plus les étudiants ont une attitude négative à l'égard de la consommation du tabac et moins ils en consomment.

**Intention Alcool :** l'attitude ( $OR = 0.822$ ,  $p = 0.005$ ), la norme subjective ( $OR=0.853$ ,  $p=0.029$ ), le contrôle perçu du comportement ( $OR= 0.738$ ,  $p=0.000$ ) et la consommation passée de l'alcool ( $OR=3.327$ ,  $p=0.000$ ) sont des facteurs prédictifs de l'intention de boire de l'alcool

dans les 2 prochains mois. Le fait d'avoir bu de l'alcool dans le passé, rend les étudiants plus susceptibles d'avoir l'intention d'en consommer dans les 2 prochains mois. De plus, l'intention diminue à chaque fois que ces étudiants ont une attitude négative à l'égard de la consommation de l'alcool, ils sont influencés par l'avis négatif des autres envers ce comportement, et ils perçoivent qu'ils sont capables de contrôler leur consommation de cette substance.

**Consommation Alcool :** l'intention ( $OR=6.392$ ,  $p=0.002$ ), et l'attitude ( $OR=0.759$ ,  $p=0.000$ ) sont des facteurs prédictifs de consommer de l'alcool. Les étudiants qui ont l'intention de boire de l'alcool, sont plus à risque d'en consommer. Et ceux qui ont une attitude négative à l'égard de la consommation de l'alcool, sont moins susceptibles d'en consommer.

La consommation du tabac et de l'alcool est un fléau international qui représente un lourd fardeau sanitaire pour l'individu et la société.

#### Au plan de la recherche

La présente étude permet l'ouverture vers d'autres recherches telles que:

- Reprendre l'étude mais à mesure répétée (longitudinale) pour évaluer s'il y a un changement dans le comportement au cours du temps.
- Faire une étude nationale auprès de tous les étudiants universitaires libanais afin de généraliser les résultats, ce qui permettra aux instances sanitaires libanaises d'élaborer une politique de santé nationale spécifique à la prévention des comportements à risque chez les jeunes.
- Faire une étude sur la consommation de la drogue chez les étudiants universitaires libanais.
- Elaborer un questionnaire de la TCP, spécifique et adaptée à la culture libanaise.
- Valider le modèle de la théorie de la TCP sur la population libanaise en effectuant une étude d'équations structurelles type LISREL (Linear Structural Relationship).

#### Au plan de la pratique

Les résultats de la présente étude nous fournissent des pistes d'interventions à mener auprès des étudiants universitaires afin de promouvoir leur santé et ceci en travaillant sur leur attitude tout en essayant d'accroître leurs connaissances sur les méfaits du tabac et de l'alcool en vue de diminuer leur intention de consommer ces substances. De plus, il faut augmenter leur capacité de contrôle envers ces comportements, ainsi il serait intéressant de travailler sur l'entourage social des étudiants afin de diminuer l'effet de la pression sociale qui peut influencer leurs décisions de boire ou de ne pas boire de l'alcool. Et ceci en menant des interventions par l'intermédiaire des médias, tout en faisant des programmes qui attirent l'attention sur les méfaits du tabac et de l'alcool.

#### Au plan de la formation

Les résultats de cette étude ont des implications pratiques pour les cursus universitaires. D'où, il semble pertinent d'augmenter le temps dédié dans les programmes de toutes les formations liées à la santé, pour les matières qui traitent le sujet du tabac et de l'alcool et leurs méfaits sur la santé, et encourager les travaux de recherche des étudiants dans ce domaine

## Implications de l'étude

Cette étude présente plusieurs implications au niveau de: la recherche, la pratique et la formation.

(Van Huy, Minh An, & Phong, 2008). D'autre part, et puisque certains motifs mentionnés dans la littérature concernant la consommation du tabac et de l'alcool par les jeunes sont : la relaxation, le soulagement du stress, et le fait de surmonter les problèmes (Atwoli, Mungla, Ndung'u, Kinoti, &Ogot, 2011), il serait pertinent d'introduire un cours optionnel de la gestion du stress dans les différents cursus universitaires afin d'apprendre aux étudiants à gérer leur stress.

De plus, les enseignants à l'université doivent encourager les étudiants à prendre des décisions avec conscience afin d'augmenter leur perception en leur capacité de contrôler leur comportement et leur auto-efficacité (Huchting, Lac, & Labrie, 2008).

#### REFERENCES

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior And Human Decision Process*, 50, 179-211.
- Atwoli, L., Mungla, P., Ndung'u, M., Kinoti, K., &Ogot, E.(2011). Prevalence of substance use among college students in Eldoret, Western Kenya.*BMC Psychiatry*. 11,1-9.
- Ghandour, L., Karam, E., & Maalouf, W. (2009). Lifetime alcohol use, abuse and dependence among university students in Lebanon: exploring the role of religiosity in different religious faiths. *Addiction*, 104, 940-948.
- Hutching, K. Lac, A., &LaBrie, J. (2008).An application of the Theory of the Planned Behavior to sorority alcohol consumption.*Addictive behaviors*, 33, 538-551.
- Lee, R., & Yuen Loke, A. (2005).Health-promoting behaviors and psychosocial well-being of university students in Hong Kong.*Public Health Nursing*, 22,(3), 209-220.
- Organisation mondiale de la santé. (2011). Statistiques sanitaires mondiales. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- Pillon, SC., O'Brien, B., &Piedra KAV. (2005). The relationship between drugs use and risk behaviors in brazilian university students. *Rev Latino-am Enfermagem*, 13, 1169-1176.
- Rozmus, C., Evans, R., Wysochansky, M., &Mixon, D. (2005).An analysis of Health Promotion and risk behaviors of freshman college students in a rural setting.*Journal of Pediatric Nursing*, 20, (1), 25-33.
- Saadé, G., Warren, C., Jones, N., &Mokdad, A. (2009). Tobacco use and cessation counseling among health professionnal students. Lebanon Global Health Professions Student Survey.*J Med Liban*, 57, (4), 243-247.
- Sibaii, A., Tohme, R., Mahfoud, Z., &Chaaya, M. (2009). Non-communicable Diseases and Behavioral Risk factor Survey. Final Report to World Health Organization- Lebanon office
- Steingold, L. (2008). Using the theory of planned behaviour to predict tobacco and alcohol use in South African students.Thèseinédite.University of Cape Town.
- Van Huy, N., Minh An, D.T, &Phong, D.N. (2008). Smoking among vietnamese medical students: prevalence, costs, and predictors. *Asia-Pacific Journal Of Public Health*, 20, 16-24.
- Voigt, K., Twork, S., Mittag, D., Gobel, A., Voigt, R., Klewer, J., Kugler,J., Bornstein, S., &Bergmann, A. (2009). Consumption of alcohol, cigarettes and illegal substance among physicians and medical students in Brandenburg and Saxony (Germany).*BMC health services research*. wch. 9, 1-7.

# Evaluation des compétences de l'infirmière et de l'aide-soignant/e à l'Hôpital Hôtel Dieu De France – Approche par processus

Hoda Khachan

**Hoda Khachan, Inf, Master recherche en Sciences infirmières**

Cadre Infirmier Supérieur;  
Chargée de projet à la Direction des Soins Infirmiers  
Centre Hospitalier et Universitaire Hôtel-Dieu de France  
Achrafieh - Liban

## Résumé

L'évaluation par processus d'une situation de soins, est la nouvelle approche d'évaluation qui a été développée et adoptée lors de la révision des grilles d'évaluation des compétences des infirmières et des aides-soignants du CHU Hôtel - Dieu de France de Beyrouth. Cette nouvelle approche permet une visualisation globale de l'activité centrée sur le patient, ainsi qu'une meilleure gestion des risques de la situation de soins évaluée.

Un guide a été développé pour uniformiser la prise en charge de cette évaluation tout au long du continuum de cette évaluation: conception, mise en œuvre, analyse et interprétation des résultats, ainsi qu'un suivi des actions correctives relatives à cette évaluation.

## Introduction

Avec l'émergence d'une nouvelle vision du concept compétence dans le domaine du management des ressources humaines, associée aux exigences des établissements de santé avec le patient positionné au centre des soins et le souci de la valeur ajoutée, les établissements de soins sont appelés à adapter simultanément leurs structures et leur potentiel humain aux nouvelles exigences, pour assurer leur pérennité et leur croissance.

L'évaluation des compétences du personnel infirmier à la Direction des

Soins infirmiers (DSI) de l'hôpital l'Hôtel Dieu de France (HDF) est un processus en évolution permanente. En 2004, la DSI s'est lancée dans la révision du système d'évaluation des compétences du personnel infirmier. La collecte des grilles d'évaluation élaborées par les équipes des services a montré une diversité dans la perception du concept de la compétence dans les différentes équipes. Ceci a amené la DSI à réfléchir de nouveau au concept de l'évaluation de la compétence et à réétudier le Quoi et le Comment évaluer. Un groupe de travail a été formé à cette fin, constitué de la directrice adjointe, des cadres experts, des cadres de proximité et des infirmières du terrain.

« L'évaluation,  
c'est permettre aux  
personnes de savoir  
où ils en sont pour  
mieux savoir où ils  
peuvent aller ». Delorm

## But

Le but de la présente étude est d'évaluer et de développer les compétences de l'infirmière (IDE) et de l'aide-soignant (AS) à l'HDF.

## Méthodologie

Trois grandes étapes ont caractérisé la démarche du développement de l'évaluation des compétences à l'HDF: la définition du cadre de référence, la construction de l'outil d'évaluation et la réalisation de l'évaluation.

### **Le cadre de référence**

Le cadre de référence est un outil incontournable pour expliquer la conception et le développement de l'évaluation des compétences du personnel. Suite à une revue de littérature, le cadre de référence adopté comprend la définition, le référentiel des compétences pour l'IDE et l'AS, et la situation de soin pour évaluer les compétences.

a) La définition retenue est celle de Guy le Boterf «Être compétent, c'est savoir combiner et mobiliser les ressources nécessaires en situation professionnelle.

Les ressources combinées sont les connaissances théoriques, les connaissances spécifiques de l'environnement, les savoirs faire opérationnels, les savoirs faire relationnels et les savoirs faire cognitifs».

b) Le référentiel des compétences de l'infirmière présente 6 compétences requises pour chaque situation de soin:

- Exercer son jugement clinique infirmier afin d'élaborer et de mettre en œuvre un projet de soin individualisé.
- Réaliser les soins techniques.
- Conduire des soins relationnels, notamment une relation d'aide et/ou de soutien psychologique avec le bénéficiaire.
- Réaliser les soins éducatifs individualisés et/ou collectifs.
- Démontrer du leadership clinique dans la pratique professionnelle.
- Contribuer à la valorisation et à l'évolution de l'exercice professionnel.

**"Être compétent, c'est savoir combiner et mobiliser les ressources nécessaires en situation professionnelle." Boterf**

A cela s'ajoute une compétence en ce qui concerne le fait de former les stagiaires et les nouveaux arrivants.

*Le référentiel de l'AS présente 8 compétences requises pour chaque situation de soin :*

- Accompagner une personne dans les actes essentiels de la vie quotidienne en tenant compte de ses besoins et de son degré d'autonomie.
- Apprécier l'état clinique d'une personne.
- Réaliser des soins adaptés à l'état clinique de la personne.
- Etablir une communication adaptée à la personne et son entourage
- Utiliser les techniques d'entretien des locaux et du matériel spécifique à l'hôpital
- Rechercher, traiter et transmettre les informations pour assurer la continuité des soins.
- Organiser son travail dans une équipe pluri professionnelle
- Participer au travail d'éducation à la santé

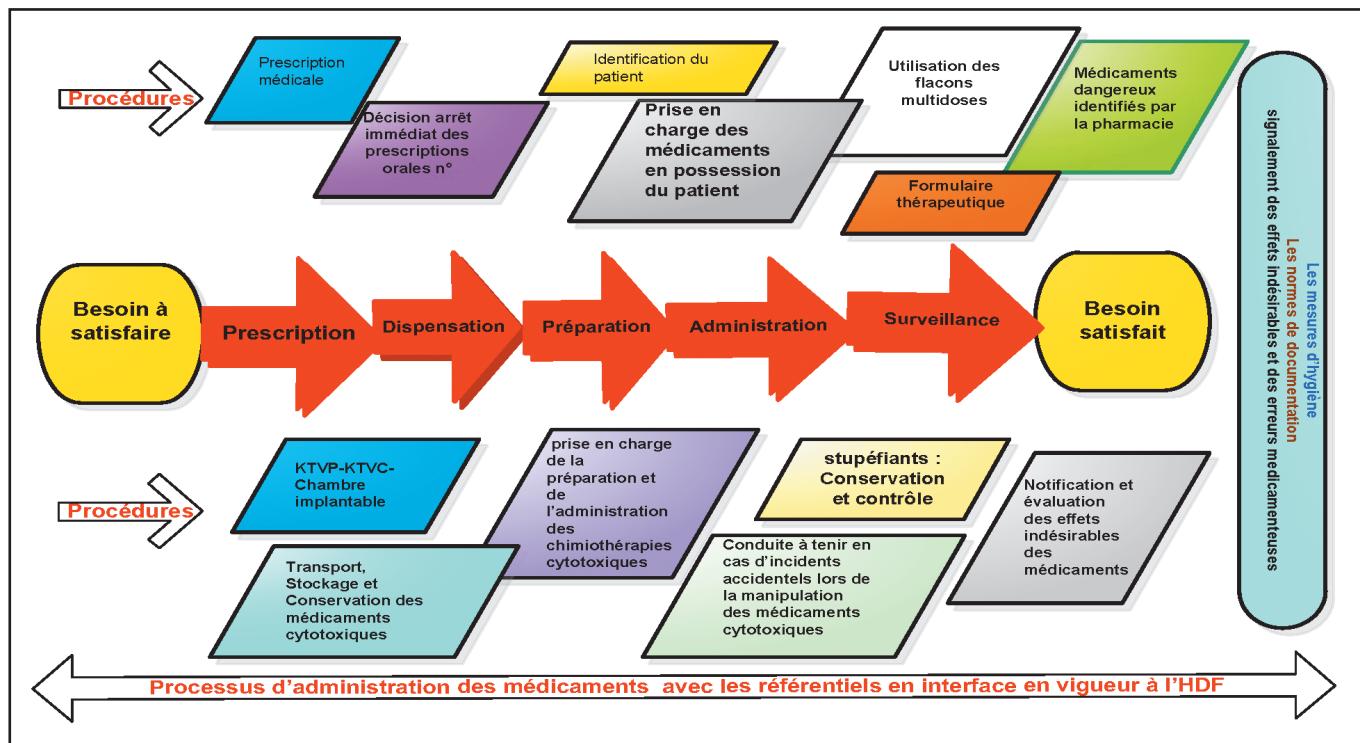
Chaque compétence est déclinée en critères afin de les rendre plus opérationnelles.

c) la détermination de la situation de soins est une des activités les plus complexes et les plus déterminantes de l'évaluation, vu qu'elle est une nouveauté dans l'évaluation des

compétences et qui a été développée et adoptée au niveau de l'évaluation des compétences à la DS1 de l'HDF.

Elle permet de lier et d'ancre les compétences entre elles et de les traduire de façon opérationnelle dans des situations à gérer. Ce sont des situations professionnelles « réelles » correspondant à l'activité de soins chez un malade donnée dans un contexte donné.

- L'approche par processus est l'approche adoptée à l'HDF pour construire la situation de soins. Ceci permet d'évaluer l'ensemble des compétences de l'infirmière ou de l'aide-soignante exigé dans chaque situation de soins à évaluer. Elle donne une vision globale de l'activité centrée sur le patient, gère les risques de l'activité, évalue plusieurs procédures en même temps et surtout elle aborde les situations exceptionnelles de l'activité. (*Cf. figure 1*).
- la Complexité de la situation dépend des caractéristiques



**Figure 1 :**  
Exemple d'une situation de soins à évaluer : le processus d'administration de médicaments

du patient, de la situation clinique, du traitement et des appareillages utilisés, du lieu de travail, de la multiplicité et la disponibilité des intervenants et surtout des imprévus. Les situations sont de 2 types : la situation transversale qui intéresse tous les services de soins et la situation spécifique qui intéresse la spécialité du service.

#### ***La construction de la grille d'évaluation***

Cet outil a été réfléchi pour répondre aux objectifs de cette évaluation et qui sont : la mesure de l'écart entre les compétences requises pour le poste actuel et les compétences réelles des infirmières et des AS du terrain, l'analyse des écarts, la planification et le suivi des actions correctives pour ajuster les écarts.

Les composantes de cette grille sont formées de : l'identification de l'évalué et de l'évaluateur, la date de l'évaluation, la situation de soins; les items d'évaluation, l'échelle d'évaluation, les objectifs d'amélioration et le plan d'actions, les signatures des acteurs et les procédures utilisés dans la construction des items de l'outil. Cet outil est construit en langue française pour l'infirmière et en arabe pour les AS.

#### ***La Réalisation de l'évaluation des compétences***

Cette étape est conçue dans un esprit de pédagogie participative entre l'évalué et l'évaluateur :

- Tout d'abord, l'évalué est informé à l'avance de l'outil, du déroulement et de la date de l'évaluation. Le cadre de proximité (CP) est responsable de la réalisation et le cadre supérieur est responsable de vérifier la réalisation.
- L'observation directe de l'évalué en situation réelle de soins est la modalité d'évaluation adoptée, mais en cas de non observation d'un item de la grille, l'évaluateur est invité à créer un jeu de simulation pour être le plus proche possible de la réalité de l'observation.
- La cotation de l'évaluation se fait selon une échelle de 3 mesures et qui sont : maîtrise parfaitement, maîtrise partiellement et ne maîtrise pas. L'évaluateur doit noter dans la case « commentaires » la justification de la cotation, tout en mentionnant les lacunes.
- Vu que chaque item de la grille est à égale importance dans le processus, l'analyse et l'interprétation des résultats de cette évaluation se font au niveau de chaque item de la grille (cotation et commentaires mentionnés) afin de dégager les points forts et les points faibles et

planifier les actions d'amélioration à chaque étape du processus.

- Le bilan sera discuté avec l'évalué afin d'expliquer, de clarifier et de se mettre d'accord sur le suivi. Cette discussion va clarifier les causes réelles de l'écart constaté (est-ce que c'est par manque de connaissances théoriques ou spécifiques de l'environnement, par manque des ressources matérielles ou bien manque de motivation ou tout simplement une pratique peu fréquente dans le service?).
- La planification des actions d'amélioration se fait par le regroupement des points faibles par domaine (hygiène, sécurité, relationnel, technique, etc.....) et face à chaque domaine un ou plusieurs objectifs d'amélioration peuvent être définis. Un plan d'actions est développé entre l'évalué et l'évaluateur face à chaque objectif d'amélioration et il détermine les actions et les moyens prévus, les responsables de ces actions, les échéanciers, le résultat attendu et le suivi de cet objectif.

Les grilles d'évaluation des compétences, remplies, ainsi que la traçabilité de l'évolution du plan d'actions sont conservés dans le dossier individuel de l'évalué au niveau du service et ils sont utilisées comme preuves lors de l'évaluation des performances annuelles de l'évalué.

### ***La stratégie d'implantation***

La dynamique d'implantation de cette démarche d'évaluation a pris en considération deux phases principales : une phase d'expérimentation et une phase d'institutionnalisation marquée par une implication forte de la DSI à intégrer cette démarche dans le système d'évaluation du personnel.

Avant de démarrer la première phase, un guide de la construction de la grille et de la réalisation de l'évaluation des compétences a été élaboré afin de faciliter la compréhension de la nouvelle méthode et d'uniformiser la pratique au niveau de tous les acteurs concernées. La grille d'évaluation des compétences de l'infirmière liées au processus d'administration des médicaments a été construite en 2010 et utilisée comme la grille pilote de ce projet.

- La phase d'expérimentation s'est déroulée entre avril et juin 2011, auprès des infirmières de 5 services pilotes (2 services de médecine ; 2 services de chirurgie, 1 service de réanimation et 1 service de pédiatrie) après avoir formé les CP sur la conception et la réalisation de

cette évaluation. Un accompagnement du terrain a été assuré par les membres du groupe projet. Des outils pour l'évaluation du contenu de la grille, la perception des difficultés du déroulement de l'évaluation et de la satisfaction de l'évalué et de l'évaluateur ont été remplis suite à cette expérimentation.

- La phase de généralisation ou d'institutionnalisation de ce projet au niveau de tout le personnel des services d'hospitalisation (juillet-décembre 2001) a été précédée d'une information générale des cadres supérieurs et une formation des cadres de proximité sur la conception et la réalisation de cette évaluation. La logistique nécessaire et l'accompagnement de toutes les équipes au besoin ont été assurés.

La phase d'implantation a été suivie d'une évaluation de la pratique après 6 mois par le biais d'un audit sur le remplissage de toutes les grilles au niveau des services ainsi qu'une interview avec les CP sur les difficultés rencontrées lors de cette évaluation. Les résultats ont montré que des points restent à clarifier au niveau de la cotation de la grille, la formulation des scénarios pour le jeu de simulation et la formulation des objectifs d'amélioration. Une formation a été assurée à tous les CP afin de remédier à cette situation.

Les grilles d'évaluation des compétences développées et implantées au niveau de la DSI jusqu'à présent sont en nombre de 12 grilles d'évaluation des compétences de l'infirmière et de l'AS dans des différentes situations de soins.

## **Conclusion**

Le projet de l'évaluation des compétences du personnel infirmier de l'HDF n'est que le premier pas dans le projet de développement des compétences du potentiel humain de la DSI. Les perspectives d'avenir se traduisent par :

1. L'élaboration des grilles d'évaluation pour toutes les situations transversales et spécifiques identifiées au niveau des services de soins.

2. Le développement des profils de poste selon les compétences pour le personnel rattaché à la Direction des Soins.
3. L'alignement avec le projet de développement des ressources humaines au niveau de l'hôpital.
4. L'alignement de nos expériences avec la Faculté des Sciences Infirmières de l'Université Saint Joseph.

## REFERENCES

- Centre National de la fonction Publique territoire. (2001). Référentiels d'emploi-activités –compétences Guide méthodologique.
- Cohen & Soulier. (2004), Manager par les compétences, Editions liaisons, 139 pages.
- Comité d'Entente Régional Midi-Pyrénées / AFDS (2005).Construction d'un référentiel de compétences infirmières - Travail d'étude régional – CEFIEC ; Délégation Régionale Midi-Pyrénées.
- ED Nursing (2005). JCAHO surveyors focus on flow, competencies; Record Number: A13875733
- National Competency Standards for the Registered Nurse, Australian Nursing& Midwifery council.
- Neeraj ,Burkhalter&Cooper; (2001). Measuring the Competence of Healthcare Providers; Quality Assurance project; USAUD, volume N° 2; issue 1.
- Parent & al (2006); RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES INFIRMIÈRES EN RD DU CONGO DANS LE CADRE Du RENFORCEMENT DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ ; S.F.S.P. | Santé Publique Vol. 18; pages 459 à 473.
- Référentiel de compétences Intégré, (2009). SIAMU; Bachelier en soins infirmiers spécialisée en soins intensifs et aide médicale urgente. Les éditions namuroises;
- Référentieldeformationdudiplômedeprofessionnel'aide-soignant.(2010).Consultésur:<http://www.aide-soignant.com/documents/annexereferentieldpas.pdf>
- Série normes et compétences, (2003) ; le cadre du CII et les normes des compétences de l'infirmière familiale, 34 pages.
- Winterton; Delaware & fellow (2005). Typology of knowledge, skills and competences: clarification concept and prototype; Centre for European Research on Employment and Human Resources, Group ESC Toulouse



Acquiring knowledge is not where education ends.

It's where it begins.

## EDUCATION OF THE WHOLE PERSON

LAU firmly believes in the importance of moral and ethical values in the integral development of each person. Continuously available counseling and the support granted to a wide range of clubs and extracurricular activities ensure that each and every student receives the proper training to develop leadership skills, build self-assurance, and determine who they choose to be in the world. With this comprehensive approach to education, life after university can be met with competence and an eagerness for active participation in intellectual discourse, professional advancement, and the building of a better society.

[www.lau.edu.lb](http://www.lau.edu.lb)

# Les connaissances des infirmières libanaises et leurs comportements face à la douleur des nouveaux-nés

Manal Merhi

**Manal Merhi, Inf. DEA en Santé Communautaire**

Responsable académique,  
Département des Sciences  
Infirmières – Faculté de Santé  
Publique, Université Antonine,  
Baabda – Liban

## Résumé

La présente étude vise à décrire les connaissances des infirmières libanaises et leurs comportements face à la douleur des nouveau-nés et d'explorer les relations entre ces concepts. Un questionnaire a été utilisé avec l'échelle PNKAS (Manworren, 1999) afin d'explorer les connaissances des participants et leurs comportements dans la gestion de la douleur. Les résultats de l'analyse statistique descriptive et corrélationnelle ont indiqué un manque de connaissances sur la prise en charge de la douleur chez les nouveau-nés et un comportement inadéquat face à cette douleur. Cette étude permet d'identifier des pistes de recherches futures portant sur la gestion de la douleur chez les nouveau-nés.

## Introduction

La douleur du nouveau-né constitue une complication de santé pouvant survenir au cours de son hospitalisation, en services de néonatalogie ou même dans les pouponnières. La prévention et le traitement de la douleur du nouveau-né apparaissent comme une obligation médicale et éthique, part intégrante de la prise en charge globale de tout patient hospitalisé (Albert, Demarquez, Mansir, & Saux, 2001).

Durant les 15 dernières années, la base de connaissances sur la douleur du nouveau-né a connu une expansion importante (Stevens, Gibbins, & Franck, 2000). Mais malgré la sensibilisation accrue sur la douleur chez les nouveau-nés, la littérature indique que la gestion de la douleur reste toujours inadéquate (Alexander et Manno, 2003; Blidner et Krechel, 1996; Bookbinder et al., 2002; Halimaa et al., 2001).

En effet, la méconnaissance ou le déni de la douleur peut avoir des conséquences graves, telle l'augmentation de la morbidité et de la mortalité néonatales (Anand, 1990), et la mémorisation de la douleur (Basbaum, 1996). D'où l'importance de traiter la douleur, pour pouvoir la reconnaître et l'évaluer. Cette évaluation est une responsabilité de tout soignant (Carbajal, 2006).

En plus de l'évaluation de la douleur, l'utilisation des interventions non pharmacologiques de la douleur est une composante cruciale au cœur de la gestion de la douleur néonatale (AHCPR, 1992; Gallo, 2003 ; Kraft, 2003). Ainsi malgré l'évolution faite sur ce sujet, la prise en charge pharmacologique et non pharmacologique reste insuffisante. Presqu'un million de nouveau-nés subissent une circoncision sans anesthésie chaque année aux Etats-Unis (Kraft 2003). Ceci explique la présence d'une relation entre les connaissances et l'adoption d'un comportement. A cet effet, le cadre théorique utilisé pour cette étude, est celui de la théorie



du comportement planifié d'Ajzen (1991), qui définit les liens entre les croyances, les attitudes, les normes, les intentions et le comportement de l'individu.

Le but de la présente étude vise à décrire le niveau de connaissances des infirmières libanaises sur les interventions pharmacologiques et non pharmacologiques et leurs comportements face à la douleur chez les nouveau-nés, ainsi d'explorer les relations entre les connaissances et le comportement en se basant sur le cadre théorique de Ajzen (1991).

D'où, cette étude se propose de répondre à la question de recherche suivante : Quels sont les connaissances et les comportements des infirmières libanaises face à la douleur chez les nouveau-nés et quelles sont les relations possibles entre ces concepts ?

## Cadre théorique

La théorie du comportement planifié d'Ajzen (1991) a été utilisée comme cadre théorique pour cette étude. Selon

cette théorie, les choix comportementaux des individus sont des choix pensés et planifiés, et l'intention d'agir est le seul déterminant direct du comportement. À noter que, l'intention est influencée directement par l'attitude, la norme subjective et la perception du contrôle (Ajzen, 1991). De plus, trois co-variables interviennent qui sont 1) les croyances, 2) le contrôle perçu, qui renvoie à l'identification des facteurs d'influence et à leur degré de contrôle par l'individu, ainsi que 3) les normes, qui correspondent à l'influence des autres et de la société sur l'individu.

## Méthodologie

**Devis de recherche :** Il s'agit d'une étude descriptive corrélationnelle, qui vise à décrire les connaissances des infirmières sur les interventions pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur chez les nouveau-nés et leurs comportements face à cette douleur, et d'explorer les relations possibles entre ses concepts.

**Échantillon :** La population choisie pour cette étude

inclue les infirmières travaillant dans les services de néonatalogie dans les hôpitaux de Beyrouth, qui comptait au moment de l'étude vingt- quatre hôpitaux, dont quinze n'ont pas un service de néonatalogie et dont trois ont refusé de participer à l'étude. Seulement six hôpitaux ont participé à l'étude. Soixante-quatorze questionnaires ont été envoyés, dont 58 ont été retournés donnant un taux de réponse de 78.3%. Selon Polit et Beck (2006), un taux de réponse de 65% est jugé acceptable en recherche.

**Méthode de collecte des données :** Les questionnaires ont été distribués par la Direction des soins à toutes les infirmières travaillant aux services de néonatalogie et répondant aux critères d'inclusion.

**Instrument de mesure :** L'instrument de mesure est composé d'un questionnaire formé de vingt deux questions dichotomiques (oui/non), permettant de collecter les paramètres sociodémographiques, les variables attributs qui portent sur l'éducation, l'expérience, le matériel disponible dans le service et les protocoles existants, et le comportement des infirmières face à la douleur, ainsi qu'une échelle « Pediatric Nurse's Knowledge and Attitude Survey » (PNKAS) composée de vingt et une questions (Vrai/Faux) et six questions à choix multiple, qui permet de mesurer les connaissances de l'infirmière selon Manworren (1999) avec un Alpha de Cronbach de 0.72. La permission d'utiliser et d'adapter cette échelle a été obtenue officiellement par Dr. Manworren.

**Plan d'analyse des données :** Les données ont été traitées à l'aide du logiciel (SPSS) version 18. Les copies originales des questionnaires rendus ont été fermées minutieusement conservées durant la phase d'analyse et détruites ultérieurement.

**Considérations éthiques :** Une lettre explicative a été distribuée aux infirmières participantes avec un formulaire de consentement qui a été signé par les infirmières avant de répondre au questionnaire. Les questionnaires ont respecté l'anonymat et la liberté de participation à l'étude.

## Résultats

Les résultats de cette étude soutiennent la préoccupation que les connaissances concernant la gestion de la douleur sont inadéquates.

### **La description des concepts de l'étude**

En fait, 58.5% des infirmières possèdent des «connaissances moyennes» sur l'évaluation de la douleur. Plus que la moitié des participantes (58.6%) ont des « connaissance suffisantes » sur les interventions non pharmacologiques. En ce qui concerne les connaissances des infirmières sur les interventions pharmacologiques, l'échelle PNKAS a été utilisée et a montré une moyenne égale à 12.67 sachant que l'étendue du score est de 0 à 20. D'où, 56.8% des infirmières ont une « connaissance moyenne » sur les interventions pharmacologiques, pendant que 43% ont une «connaissance insuffisante». 91.2% des participantes ont un « comportement légèrement adéquat » face à l'évaluation de la douleur, et 6.8% un « comportement totalement inadéquat ». 50% des infirmières adoptent un « comportement légèrement adéquat » dans l'utilisation des interventions pharmacologiques et 48.3% un «comportement inadéquat ». Plus que la moitié des infirmières (56.9%) ont un « comportement légèrement inadéquat » dans l'utilisation des interventions non pharmacologiques, et 41.4% ont un « comportement légèrement adéquat ». Presque la majorité des infirmières (96.6%) trouvent que le manque de communication dans l'équipe et l'absence des protocoles sur la douleur du nouveau-né entravent leur prise en charge de la douleur, 91.4% pensent que la prescription inadéquate de l'analgésique et l'insuffisance des formations continues sur la gestion de la douleur causent une barrière dans leur prise en charge de la douleur, 89.7% croient que l'insuffisance de connaissances des infirmiers sur la douleur du nouveau-né en est la cause, pendant que 87.9% trouvent que l'insuffisance de connaissances des médecins et le manque de temps pour évaluer la douleur chez le nouveau-né causent un obstacle dans la gestion de la douleur, et 81% pensent que la cause est une insuffisance de connaissances chez les collègues.

### **Lien entre les concepts de l'étude**

#### **Lien entre les connaissances et le comportement**

Les résultats de cette étude ont montré qu'il existe une très faible relation entre les connaissances

sur la prise en charge de la douleur, et le comportement face à cette douleur, ce qui est proche des résultats trouvés dans plusieurs études faites (Halimaa et al., 2001 ; Harrisson et al., 2006 ; Lago, 2005 ; Smeesters et al., 2005).

#### *Lien avec le cadre théorique*

Le cadre théorique de la présente étude a été utilisé afin, d'une part, de conceptualiser les variables de cette étude qui sont les connaissances sur la douleur du nouveau-né et le comportement face à cette douleur; et d'autre part, d'explorer les relations qui existent entre ces variables. En partant de ce modèle, il existe des relations fortes positives 1) entre la disponibilité du matériel et le comportement concernant les interventions pharmacologiques et non pharmacologiques, 2) entre la formation et le comportement dans les interventions pharmacologiques, 3) entre l'éducation et les connaissances sur l'évaluation, et 4) entre la formation et les connaissances sur l'évaluation. De même, il existe une forte influence entre l'expérience dans le domaine des soins infirmiers et le comportement concernant les interventions pharmacologiques, et une influence entre le protocole et le comportement dans les interventions non pharmacologiques.

En outre, cette étude a montré de faibles relations entre 1) l'âge et les connaissances concernant l'évaluation de la douleur, 2) l'éducation et le comportement pharmacologique et non pharmacologique, 3) la formation et le comportement en ce qui concerne la gestion de la douleur, 4) la formation et les connaissances sur les interventions pharmacologiques, 5) la disponibilité du matériel et le comportement sur la douleur, 6) les connaissances sur l'évaluation et sur les interventions pharmacologiques avec le comportement, 7) l'expérience et les connaissances sur l'évaluation de la douleur et les interventions pharmacologiques, et 8) l'expérience et le comportement sur l'évaluation de la douleur. De même, il existe de faibles relations négatives entre l'expérience et le comportement concernant les interventions

pharmacologiques et non pharmacologiques, et les connaissances avec le comportement concernant les interventions non pharmacologiques.

## Recommendations

#### *Implications pour la pratique infirmière :*

Comme les études récentes sur la gestion de la douleur néonatale dans divers pays le suggèrent, la présente étude montre des lacunes importantes en ce qui concerne les connaissances et le comportement face à la gestion de la douleur. Suite aux résultats de cette étude, il est nécessaire que des formations continues soient planifiées dans le service portant sur l'évaluation de la douleur, les interventions pharmacologiques et non pharmacologiques, ainsi que la façon d'agir face à la douleur du nouveau-né.

#### **Il est nécessaire d'organiser des réunions à répétition concernant la gestion de la douleur du nouveau-né au sein de l'équipe.**

Dans le même sens, il existe un manque d'expérience chez les infirmières travaillant aux services de néonatalogie, d'où la nécessité d'organiser des réunions à répétition concernant la gestion de la douleur du nouveau-né au sein de l'équipe afin d'améliorer leurs connaissances d'une part, et leurs comportements d'autre part. De plus, il serait recommandé d'augmenter le nombre d'heures de stage effectué

en néonatalogie et d'introduire le sujet de la gestion de la douleur dans le cursus académique. En outre, le matériel existe en quantité suffisante et il est en relation forte avec la prise en charge pharmacologique et non pharmacologique, d'où la responsabilité de la direction des hôpitaux d'inciter le personnel soignant à utiliser ce matériel afin de bien gérer la douleur.

De même, il est primordial d'avoir des protocoles sur la prise en charge de la douleur, surtout qu'il existe une bonne relation entre l'existence de protocoles et la prise en charge non pharmacologique de la douleur.

#### *Implications pour la recherche :*

Les résultats de cette étude ont indiqué un niveau de connaissances moyen et une adoption inadéquate du comportement face à la douleur. Suite à ces résultats,

des recommandations pourraient être profitables dans la réalisation de recherches futures. En premier lieu, il sera important de faire une recherche auprès des infirmières travaillant en néonatalogie afin de savoir les causes qui les empêchent d'améliorer leurs connaissances et de développer leur comportement face à la douleur chez les nouveaux-nés.

De plus, il serait fort avantageux de faire des recherches évaluant l'impact d'un protocole visant la gestion de la douleur sur le comportement des infirmières dans l'évaluation et le choix d'interventions pharmacologiques et non pharmacologiques.

## REFERENCES

- Agency for Health Care Policy and Research. (1992). Acute pain management guidelines. Rockville, MD.: Author.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Albert, A., Demarquez, J.L., Mansir, T., & Saux, M.C. (2001). Douleur du nouveau-né à terme. *Bulletin de la Société de Pharmacie de Bordeaux*, 140, 59-78.
- Alexander, J., & Manno, M. (2003). Underuse of analgesia in very young pediatric patients with isolated painful injuries. *Annals of Emergency Medicine*, 41(5), 617-622.
- Anand, K.J. (1990). Neonatal Stress Responses to anesthesia and surgery. *Clinics in perinatology*, 17, 207-214.
- Basbaum, A. (1996). Memories of pain. *Science and Medicine*, 11, 22-31.
- Blidner, J., & Krechel, S. (1996). Increasing staff nurses awareness of postoperative pain management in the NICU. *Neonatal Network*, 15(1), 11-16.
- Bookbinder, M., Rutledge, D., Donaldson, N., & Pravikoff, D. (2002). Pain assessment and documentation [Policy Statement]. *Pediatrics*.
- Carbajal, R. (2006). Douleur du nouveau-né : traitement pharmacologique. *Archives de Pédiatrie*, 13(2), 211-224.
- Gallo, A. (2003). The fifth vital sign: Implementation of the neonatal infant pain scale. *Journal of Obstetrics, Gynecology, and Neonatal Nursing*, 32(2), 199-206.
- Halimaa, S., Vehvilainen-Julkumen, K., & Heinonen, K. (2001). Knowledge, assessment and management of pain related to nursing procedures used with premature babies: Questionnaires for caregivers. *International Journal of Nursing Practice*, 7(1), 422-430.
- Harrison, D., Loughnan, P., & Johnston, L. (2006). Pain assessment and procedural pain management practices in neonatal units in Australia. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 42, 6-9.
- Kraft, N. (2003). Foundations of newborn care: A pictorial and video guide to circumcision without pain. *Advances in Neonatal Care*, 3(2), 50-64.
- Lago, P., Guadagni, A., Merazzil, D., Ancora, G., Bellieni, C.V. & Cavazza, M. (2005). Pain management in the neonatal intensive care unit: a national survey in Italy. *Pediatric Anesthesia*, 15(11), 925-931.
- Manworren, R. (1999). Pediatric nurses' knowledge and attitudes survey regarding pain. *Pediatric Nursing*, 26(6), 610-614.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2006). Essentials of Nursing research: methods appraisal, and utilization. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Smeesters, P.R., Johansson, A.B., Coppens, S., Blum, D., Vanderlinden, R., & Kahn, A. (2005). La douleur des nouveau-nés : entre réalité et perception. *Archives de Pédiatrie*, 12, 1332-1337.
- Stevens, B., Gibbins, S., & Franck, L.S. (2000). Treatment of pain in the neonatal intensive care unit. *Pediatric Clinical North America*, 47(3), 633-650.



**BYBLOS BANK**

## Unwavering support for youth education

I know that, in order to realize my ambitions, I have to pursue university studies. To do so, I need the support of the people who believe in my potential.

With Byblos Bank, let's acknowledge the power of education.  
Let's be prepared for tomorrow.



# L'impact psychosomatique sur le patient en réanimation après une chirurgie cardiaque

Joyce Nasr

Joyce Nasr, Inf, DESS en Urgences et Réanimation, University Medical Center-Rizk Hospital

## Résumé

Le vécu d'un patient en réanimation après une chirurgie cardiaque s'oppose à plusieurs sources de traumatismes psychosomatiques. Le succès de la prise en charge des patients repose sur l'amélioration de plusieurs agents : environnement sécurisant, anticipation de ses besoins altérés, communication attentive entre le personnel soignant, le patient et sa famille. La prise en charge de la douleur doit être multidisciplinaire, sous un calendrier de formation continue, respectant des protocoles préétablies et implémentés. Les établissements de soins ont une obligation de la qualité et de la sécurité des soins.

*Mots clés : réanimation, dépression, délire, douleur post opératoire, sédation, communication soignant-soigné, qualité de soins.*

*\*Dans le texte, le terme infirmière inclut les infirmières et les infirmiers.*

## Introduction

La chirurgie cardiaque de revascularisation ou de remplacement valvulaire est très répandue à travers le monde et concerne plus d'un million de personnes par an. (1)

Parmi les complications de la chirurgie cardiaque, les atteintes du système nerveux sont fréquentes et potentiellement la source d'un handicap physique ou cognitif durable, retentissant sur la qualité de vie des opérés.

Du fait du vieillissement de la population qui présente de multiples comorbidités, la fréquence des complications psychologiques a tendance à augmenter. Pour tenter

de réduire ces atteintes psychologiques, il est utile de mettre en œuvre des mesures de prévention pour les patients à haut risque. (2)

## Impact du vécu en réanimation

Si l'aspect somatique reste une préoccupation médicale prioritaire, légitime car menaçant le pronostic vital à court terme, l'aspect psychologique mérite aussi toute l'attention du personnel soignant.

### Source de traumatisme psychique en réanimation :

1) *Principe sécuritaire en réanimation* : même ce qui paraît être de l'ordre de la sécurité élémentaire, certains facteurs peuvent déjà être vécus comme stressant.

L'environnement peut être perçu comme agressif ou au moins hostile. L'activité des soins étant permanente, pratiquement constante quel que soit le moment de la journée, le patient perd la notion du temps, conséquence de la disparition de l'alternance jour-nuit avec rupture du cycle naturel veille-sommeil et un inconfort général.

**2) Défaillance d'organe :** la défaillance d'organe traduit une fragilité physique voire un handicap majeur qui, même transitoire, constitue un motif d'angoisse grave pour le patient. La perte d'autonomie par rapport aux besoins élémentaires, qu'il s'agisse d'élimination, d'hygiène ou d'autres besoins naturels peut être totale.

**3) Douleur post opératoire :** la douleur postopératoire peut être une forme maléfique qui impose au malade de grave stress émotionnels et physiques.

Si la stratégie analgésique relève du domaine médical, sa mise en œuvre est dévolue à l'infirmière, qui est le trait d'union entre l'évaluation des besoins d'analgésie du patient et la prescription médicale. La prise en charge de la douleur est multidisciplinaire nécessitant de nombreux intervenants, tels que le médecin, l'infirmière, le kinésithérapeute, ou le psychologue. Son évaluation est très complexe, entre la subjectivité du patient et les capacités plus ou moins importantes de l'infirmière à écouter et à observer en témoignant au patient de l'empathie, de la présence et de la considération positive.

L'évaluation de la douleur postopératoire repose sur la bonne connaissance et l'utilisation adéquate des divers instruments de mesure. Parmi ces échelles :

- Echelles unidimensionnelles (Auto évaluation), par interrogatoire oral, sur le qualificatif de la douleur : Echelle Visuelle Analogique, Echelle Verbale Simple, Echelle Numérique
- Echelles comportementales (Hétéro-évaluation) : basées sur l'évaluation comportementale et des attitudes du patient par les soignants, utilisées lorsque le patient ne communique pas ou n'est pas coopérant. (3)

Chez l'enfant, la stratégie d'évaluation postopératoire est plus complexe, et ne sera pas traitée dans ce document.

**Etat de stress post-traumatique et névrose traumatique:** Les conséquences psychologiques des traumatismes

psychiques au cours de séjour en réanimation exposent en particulier à l'apparition de névrose post-traumatique ou de névrose traumatique, et leur mode d'expression est assez semblable. (4)

#### **Syndrome confusionnel et dépression :**

Le syndrome confusionnel « delirium », particulièrement chez les sujets âgés, s'installe progressivement et se caractérise par l'association d'un trouble de la vigilance, d'une altération globale des fonctions cognitives et d'une désorientation temporo-spatiale. Il peut en résulter des comportements inadéquats, voire dangereux. (5) La dépression acquise suite à une chirurgie cardiaque est rare et son apparition est principalement liée à l'existence de troubles anxiocdépressifs préopératoires.

## Comment améliorer la qualité de vie en réanimation ?

#### **Comprendre les besoins des patients :**

La vulnérabilité et la dépendance des patients dans l'environnement agressif de la réanimation sont les principaux facteurs de stress psychologique à peu près bien identifiés par le personnel soignant. En fait, une évaluation des besoins des patients devrait être réalisée en utilisant un questionnaire adressé au patient après son séjour. Des mesures de correction ou d'amélioration peuvent être proposées. (6)

#### **Améliorer la communication avec les patients :**

Les patients ont besoin d'informations, d'autant plus que l'hospitalisation est brutale, non programmée. La participation des proches à l'explication des événements vécus par le patient peut être très profitable. Cela implique que la famille soit elle-même correctement informée, d'une part, afin de démystifier cet environnement étrange, d'autre part, pour favoriser son implication dans les soins et renforcer les informations communiquées par le personnel au patient. (7) La communication non-verbale est considérable. Les soins doivent être accompagnés d'un ton de voix sécurisant qui compte plus que le contenu du message verbal rassurant. (8)

#### **Améliorer l'environnement des patients :**

S'il faut apprendre à donner du réconfort par quelques paroles, voire quelques gestes, c'est avant tout une

modification de nos comportements qu'il faut adopter: favoriser une ambiance reposante, la lutte contre le bruit, la restitution d'un rythme jour-nuit. (9)

#### **Rôle de la sédation dans la qualité de vie en réanimation:**

L'utilisation des benzodiazépines est capable de réduire la mémorisation d'un événement désagréable, même à des doses faibles sans effets sédatifs.

Les morphiniques doivent être utilisés pour contrôler la douleur, ayant des effets directs et indirects sur l'humeur. D'une part, l'euphorie induite par la morphine peut avoir un effet positif sur le comportement des patients. (10)

#### **La prise en charge de la douleur postopératoire:**

*L'intérêt de la prise en charge de la douleur post opératoire ne doit être ni banalisée ni négligée afin de :*

- Réduire l'incidence et l'intensité de la douleur aiguë postopératoire.
- Eduquer les patients sur la nécessité de communiquer leurs opinions.
- Améliorer le degré de confort et de satisfaction.
- Diminuer l'importance d'une complication postopératoire et la durée du séjour hospitalier.

#### **L'objectif d'amélioration de la prise en charge de la douleur postopératoire doit passer par :**

. La rédaction et l'implémentation de protocoles d'analgésie.

. L'information du patient; la consultation préanesthésique est un moment privilégié pour la transmettre.

. Le contrôle du respect des procédures mises en place par une évaluation régulière.

En fait, le succès d'une stratégie antidouleur repose sur un calendrier de formation mis en place avec la formation permanente et la constitution d'une équipe multidisciplinaire intéressée par le sujet. (11)

#### **Améliorer le vécu des soignants : mieux être pour mieux soigner !**

C'est une revendication souvent exprimée par le personnel soignant qui correspond à sa difficulté d'adaptation dans un milieu de travail stressant, où la confrontation à la mort est fréquente. Cette souffrance a

des symptômes clairs : turn-over rapide du personnel et absentéisme, témoins de fatigue et d'épuisement moral. La confrontation à la douleur, provoque des émotions qui sont aussi des événements traumatisants pour le soignant. S'accorder le droit à la parole pour extérioriser son angoisse, écouter ses collègues, exprimer leur désarroi, permet de contenir les effets traumatisants de ces épreuves psychologiques. L'accompagnement psychologique, qui est valable pour le patient, doit l'être aussi pour le personnel qui vit, par empathie au moins, par compassion souvent, les souffrances des malades; c'est le but des groupes de paroles. Ils existent déjà dans des unités de cancérologie, et devraient certainement être développés en réanimation. (12)

## **Le vécu traumatisant de la réanimation n'est pas une fatalité!**

## **Conclusion**

Les motifs de déstabilisation psychologique en réanimation expliquent un vécu essentiellement traumatisant. Les solutions pour en réduire l'impact sont fondées essentiellement sur une prise de conscience de ce risque, sur une amélioration du dialogue singulier entre soignant et patient. Déchiffrer la demande des patients, minimiser leur sentiment de dépendance et de vulnérabilité, dépendent essentiellement de la motivation du personnel soignant.

Le vécu traumatisant de la réanimation n'est pas une fatalité !

La prise en charge de la douleur post chirurgie cardiaque reste une démarche empirique et subjective, qui doit sans cesse figurer au centre de nos préoccupations. Il faut donc faire évoluer les choses par le biais de l'information et de la formation.

Les établissements de soins ont une obligation de la qualité et de sécurité des soins pour le malade. Notre conscience professionnelle en tant que soignant, nous impose donc d'acquérir un maximum de compétence dans ce domaine.

## REFERENCES

- Roach, GW., Kanchuger, M., Mora-Mangano, C., (1996). Adverse cerebral outcomes after coronary bypass surgery. *N Engl J Med* ; 335: 1857-63.
- Selnes, OA., Goldsborough, MA., Borowicz LM, et al. (1999) Neuro behavioural squeal of cardiopulmonary bypass. *Lancet* ; 353 : 1601-6.
- Nelson, FV., Zimmerman, L., Barnason, S., Neieveen, J., Schmaderer, M. (1998). The relationship and influence of anxiety on postoperative pain in the coronary artery bypass graft patient. *J Pain Symptom Manage*; 15: 102-9.\
- Ferragut E, Colson P. (1999) Douleurs et psychopathologies liées aux traumatismes. Paris : Masson tiré de [http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca99/html/ca99\\_25/99\\_25.htm](http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca99/html/ca99_25/99_25.htm)
- Langeluddecke PM, Fulcher G, Baird D, et al. (1989) A prospective evaluation of the psychosocial effects of coronary artery bypass surgery. *J PsychosomRes* ; 33 : 37-45.
- Hofhuis J, Baker J. (1998) Experiences of critically ill patients in the ICU: what do they think of us? *Int J Intensive Care*; 4 : 114-7.
- Moerman N, Bonke B, Oosting J. (1993) Awareness and recall during general anesthesia. *Anesthesiology* 79 : 454-64. tiré de [http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca99/html/ca99\\_24/99\\_24.htm#29711](http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca99/html/ca99_24/99_24.htm#29711)
- Schwender D, Kunze-Kronawitter H, Dietrich P, Klasing S, Forts H, Madler C. (1998) Conscious awareness during general anaesthesia: patients' perceptions, emotions, cognition and reactions. *Br J Anaesth* 80 : 133-9.tiré de [http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca99/html/ca99\\_24/99\\_24.htm#29711](http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca99/html/ca99_24/99_24.htm#29711)
- Vincent JL. (1997). Communication in the ICU. *Intensive Care Med* 23: 1093-98.
- Ann Fr.L., Launoy A., Oberling P. (1998). Midazolam et mémorisation d'un événement désagréable : dissociation des effets sédatif, anxiolytique et mnésique; *Anesth Réanim Pain* 17 : 953.  
[http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca99/html/ca99\\_25/99\\_25.htm](http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca99/html/ca99_25/99_25.htm)
- Boureau F, Koskas-Sergent AS. (1988). Évaluation de la sévérité d'une douleur. In : Boureau F, éd. *Pratique du traitement de la douleur*. Paris : Doin ; p. 97-107.  
[http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca99/html/ca99\\_24/99\\_24.htm#29711](http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca99/html/ca99_24/99_24.htm#29711)
- Ferragut E. (1996). La dimension de l'humain et la souffrance. In : Ferragut E, Colson P, éds. *La dimension de la souffrance en chirurgie et réanimation*. Paris : Masson ; p. 33-75. tiré de [http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca99/html/ca99\\_25/99\\_25.htm](http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca99/html/ca99_25/99_25.htm)

# Etude de l'impact de la qualité de la formation continue sur les connaissances du personnel infirmier en hygiène hospitalière

Lena Saad | Toni Abdo

**Lena Saad, Inf, Master en Hygiène et Qualité**  
Infirmière hygiéniste – Hôpital militaire centrale

**Toni Abdo, Inf, Master en Hygiène et Qualité**  
Coordinateur de gestion des risques – Hôpital Rayak

## Résumé

L'évaluation des connaissances en hygiène hospitalière, de la conformité des étapes de la formation, et de la relation entre les deux domaines constituent les objectifs de cette étude. Huit hôpitaux de la Bekaa centrale ont participé, en auditant les processus de formation, et 247 infirmières ont été interrogées en remplissant un questionnaire. La relation entre le niveau de connaissances et de conformité des étapes de la formation était significative dans la majorité des cas. Des actions doivent être impliquées pour rendre conformes les processus de formation continue, ce qui aura un impact positif sur l'amélioration des connaissances en hygiène.

## Introduction

La gestion du risque infectieux hospitalier est une fonction primordiale des établissements de santé. Le contrôle du risque est multi disciplinaire et engage tous les professionnels de santé. Le personnel infirmier joue un rôle primordial dans la lutte contre les infections associées aux soins, du fait que la majorité des actes à risque de transmission de microorganismes relèvent du rôle infirmier, d'où la nécessité de l'amélioration continue des compétences de ce personnel dans le domaine de l'hygiène hospitalière.

La formation continue constitue un moyen essentiel dans l'assurance de la qualité des services rendus aux malades en termes de prévention des infections associées aux soins (Phaneuf, 2010). Ces infections

touchent annuellement deux millions de personnes aux Etats Unis, 90000 parmi eux aboutissent à la mort. En France, 600000 à 1100000 patients développent annuellement une infection associée aux soins parmi lesquels 1500 à 4000 personnes aboutissent à la mort (Fabry, 2010).

L'atteinte des objectifs de la formation continue, nécessite une conformité des critères de qualité du processus de formation. Le déroulement de ce processus en étapes enchaînées et bien définies, est un déterminant de l'amélioration des connaissances et des compétences des bénéficiaires (Arfaoui & Rida, 2005). L'analyse des besoins en formation est la première étape du processus. Un besoin en formation est défini comme un écart entre les compétences requises et les compétences déjà disponibles. La planification de la formation est la deuxième étape mise en œuvre

dans un temps déterminé, pour atteindre les objectifs pédagogiques de la formation (Antoine, Delfandre, Renier & Stredwick, 2005, 2006). La réalisation de la formation, troisième étape du processus, concerne les modalités d'organisation, le choix des intervenants et des contenus, les techniques, les méthodes et les outils pédagogiques mis en œuvre (Bourgeois, 2005). L'évaluation de la formation, dernière étape du processus, est une action qui permet d'apprécier, à l'aide de critères définis préalablement, l'atteinte des objectifs de la formation (Antoine, Delfandre, Renier & Stredwick, 2005, 2006).

## Buts de l'étude

Cette étude était menée dans la région de la Bekaa centrale. Elle avait pour buts :

- L'évaluation des processus de formation continue pour le personnel infirmier dans les hôpitaux de la région.
- L'évaluation des connaissances des infirmières de la région en hygiène hospitalière de base.
- L'étude de l'influence de la qualité de la formation continue sur les connaissances du personnel infirmier en hygiène hospitalière.

## Méthode

### Devis

Le devis de cette étude est de type descriptif prédictif visant à identifier l'influence de la qualité de la formation continue sur les connaissances du personnel infirmier en hygiène hospitalière.

### Définition des variables

Les variables dépendantes constituent les connaissances en hygiène hospitalière. Ces variables sont : les connaissances générales en infections nosocomiales, les connaissances en hygiène des mains, les connaissances en isolements, les connaissances en manipulation du linge, les connaissances en gestion des déchets, les connaissances en protection du personnel et les connaissances en désinfection et stérilisation.

Les variables indépendantes constituent les critères qui influent sur les connaissances. Ces variables sont issues

du questionnaire et de la grille d'audit et sont :

- En relation avec les infirmiers (ères) : l'hôpital, le service, le niveau éducationnel, les années d'expérience, le suivi d'un programme de formation et le nombre d'heures de présence annuelle aux formations.
- En relation avec le processus de formation : l'identification des besoins, la planification de la formation, la réalisation de la formation et l'évaluation de la formation.

### Population et échantillonnage

Après avoir envoyé une demande de participation, en y garantissant la confidentialité des informations recueillies, et après avoir obtenu l'accord des directions générales, huit départements de formation continue, représentés par les responsables de ces départements, dans huit hôpitaux de la Bekaa centrale, ont participé à un audit du processus de formation continue.

De même, 247 infirmiers (ères) diplômés, parmi les 494 exerçant leur profession dans ces hôpitaux ( $n=N/2$ ), étaient sélectionnés d'une façon randomisée et participaient à l'étude en remplissant un questionnaire. Comme tous les soignants avaient une chance égale d'être sélectionnés, une haute précision des résultats était attendue avec un échantillon représentant la moitié de la population.

226 infirmiers (ères) ont répondu aux questionnaires. Les analyses ultérieurement faites, ont concerné les 226 répondants, et les non répondants étaient exclus.

### Instrument de mesure

L'audit du processus de formation utilisait une grille d'audit élaborée, et basée sur la revue de la littérature concernant la formation continue (Antoine, Delfandre, Renier & Stredwick, 2005, 2006).

Le questionnaire adressé aux infirmiers (ères) est composé des deux parties. La première partie inclut des informations sur le niveau éducationnel, le nombre d'années d'expérience, leur suivi d'un programme de formation, les hôpitaux et les services où ils travaillent. La deuxième partie comporte un test de connaissances en hygiène hospitalière basé sur la revue de la littérature.

Un consentement garantissant la confidentialité des informations était présenté au début de chaque questionnaire.

### Saisie et analyse des données

L'analyse statistique était faite par l'intermédiaire du programme statistique «Statistical Package for The Social Science» SPSS 17. Pour l'analyse descriptive, afin d'avoir un taux de conformité ou de connaissances entre 0 et 100, les valeurs des variables continues, étaient calculées préalablement sur Excel. La valeur de chaque variable est la moyenne des notes des critères ou réponses relatives à cette variable.

Pour l'analyse corrélationnelle les tests statistiques (ANOVA et Corrélation/Régression) sont utilisés pour étudier la relation entre chaque variable indépendante et toutes les variables dépendantes.

## Résultats

Sur le plan descriptif, on a constaté des variations nettes dans le niveau de connaissances concernant les mesures de base en hygiène hospitalière. Ces résultats étaient tirés de l'enquête menée auprès des infirmières. Les taux sont faibles dans les cas des infections nosocomiales (56.8%), des mesures d'isolement (53.7%), et de la désinfection et stérilisation des DM (63.4%). Un taux très faible est remarqué dans le cas de la gestion des déchets (36.9%). Des taux acceptables concernent les connaissances en manipulation du linge (78%) et la protection du personnel (71.9%). Le taux le plus élevé est remarqué dans le cas de l'hygiène des mains (86.5%).

D'autre part les audits menés dans les départements de formation continue ont montré une conformité partielle à toutes les étapes. Des taux faibles caractérisent l'identification des besoins (62.5%) et la planification de la formation (59.5%), tandis qu'un taux élevé (85.6%) caractérise la réalisation et l'évaluation de la formation.

Sur le plan analytique, ( $n=247$  ;  $p=0.05$ ), les résultats suivants étaient tirés :

- La majorité des connaissances en hygiène varient selon les hôpitaux, seule l'hygiène des mains ne dépend pas de l'hôpital.
- Le service de travail et le niveau d'éducation n'exercent pas une influence majeure sur les connaissances.
- Les niveaux de connaissances ne sont pas totalement corrélés au nombre d'années d'expérience.
- La présence aux formations continues (73.9% des

personnes interrogées) ne signifie pas que le nombre d'heures requis (30 heures) a été accompli. La moyenne de présence, selon l'étude, est de 20 heures. En effet, les heures de présence sont plus déterminantes puisque les niveaux de connaissances sont totalement corrélés aux heures de présence.

- Une forte corrélation existe entre les connaissances en hygiène d'une part, et l'identification des besoins et la planification de la formation, d'autre part.
- Les connaissances sur l'isolement (Taux moyen=53.7%), la manipulation du linge (Taux moyen=78%), la gestion des déchets (Taux moyen=36.9%) et la désinfection et stérilisation des DM (Taux moyen=63.4%) sont dépendantes des critères de formation.
- Les connaissances dans la protection du personnel (Taux moyen=71.9%) sont surtout dépendantes du niveau éducatif, du nombre d'heures et de la planification de la formation.

## Implications

Comme les connaissances sont en relation nette avec la formation, l'amélioration de la qualité des processus de formation continue dans toutes leurs étapes, aura son impact positif sur la qualité des soins.

Elle peut être achevée en impliquant les critères suivants:

- 1) L'identification des besoins : il faut analyser les besoins en fonction de l'évaluation de la performance, de l'évaluation des formations antérieures, des audits menés, des procédures élaborées et des besoins évoqués par les employés eux-mêmes et les gestionnaires.
- 2) La planification des formations : Le plan annuel de formation doit être élaboré en suivant les priorités de l'établissement, et ceux dégagés par l'analyse des besoins, et en respectant l'effectif annuel des heures de formation.
- 3) Le service de formation doit définir clairement des objectifs pédagogiques à caractère SMART pour chaque session de formation.
- 4) Les critères de sélection des formateurs doivent être documentés, révisés régulièrement et appliqués dès l'étape de planification.

- 5) Il est nécessaire d'organiser les formations en définissant les groupes cibles, en diffusant le plan à l'avance, en précisant le temps et le lieu des sessions.
- 6) Le contenu des formations.
- 7) Les thèmes qui concernent l'hygiène hospitalière doivent être pertinents et doivent couvrir une bonne partie du plan.
- 8) L'évaluation des formations.
- 9) La politique de la formation continue du personnel infirmier doit être incluse dans le projet d'établissement hospitalier. La révision régulière du projet doit utiliser les audits nécessaires pour vérifier l'accomplissement des étapes du processus et préciser un délai d'exécution pour les étapes non accomplies.
- 10) Il faut évaluer à long terme les acquis par la formation, et utiliser les résultats dans les planifications ultérieures.
- 11) Tant que les processus de formation continue sont bien déroulés dans les bureaux et ne l'ont pas sur le terrain, d'où l'importance du rôle des auditeurs externes, et surtout publiques dans la surveillance du bon déroulement, de l'exécution et de la présence aux sessions de formation.

#### REFERENCES

- Antoine, M., Delfandre, D., & Renier, N. (2006). Faut-il brûler la gestion des compétences? Bruxelles : de Boeck.
- Arfaoui, C., & Rida, H. (2008). Hygiène hospitalière et lutte contre les infections associées aux soins. Récupéré en Février 2013, de [http://www.hygienebizerte.com/PDF/Hygiene\\_hospitaliere\\_et\\_lutte\\_contre\\_les\\_infections\\_associées\\_aux\\_soins\\_vo1.pdf](http://www.hygienebizerte.com/PDF/Hygiene_hospitaliere_et_lutte_contre_les_infections_associées_aux_soins_vo1.pdf)
- Bourgeois, E. (2005). Apprentissage et formation des adultes. Paris : Presses universitaires de France.
- Fabry, J. (2010). Surveiller et prévenir les infections associées aux soins. Récupéré en Février 2013, de [http://www.sante.gouv.fr/IMG/surveiller\\_et\\_prévenir\\_les\\_infections\\_associées\\_aux\\_soins.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/surveiller_et_prévenir_les_infections_associées_aux_soins.pdf)
- Girot, S., & Gomila, H. (2006). Nouveaux cahiers de l'infirmière, hygiène. (2ème édition). Paris : Masson
- Phaneuf, M. (2010). La formation continue : Les savoirs d'hier toujours valables demain? Récupéré en Février 2013, de [http://www.infiressources.ca/fr/depotdocument/laFormation\\_continue\\_les\\_savoirs\\_d\\_hier\\_toujours\\_valables\\_demain.pdf](http://www.infiressources.ca/fr/depotdocument/laFormation_continue_les_savoirs_d_hier_toujours_valables_demain.pdf)
- Stredwick, J. (2005). Human resource management. 2ème édition. Oxford : Elsevier.



Réalisation  
Achievement

# My experience in distance education

Lina Ghosn Nouwayhed

## **Lina Ghosn Nouwayhed, RN**

Faculty member at Makassed University of Beirut/ College of Nursing and Health Sciences  
Coordinator in Community Health Nursing (Theory and Practice)  
Clinical instructor at Makassed General Hospital.

After twenty years of graduation as a registered nurse from American University of Beirut (AUB) and twelve years of being a faculty member at Makassed University of Beirut (MUB), I decided to further my graduate education and acquire new knowledge and skills.

I spent days searching on the internet to find a program that meets my goals yet keeps me close to my family. I opted for an internet Masters degree program although distance education is not accredited in Lebanon. Even though I was forty years old, with three kids at school, and a full time job, I enrolled in the Masters

of Science in the Health Services Community Health program at Independence University USA in 2002. The courses require extensive reading and self-learning, however, I could refer to my advisor at any time through e-mail for explanations. I used to wake up early in the morning study for two hours then prepare my children for school and myself to work. At night, I studied two to three hours when everyone was asleep. I often consulted with experts in the field for more assistance and guidance to finish the assignments and projects. Through the extensive projects, papers and researches I wrote, I became more confident in writing. I also learnt to use technology in searching, completing, and communicating the requirements for my courses.

**Even though I was forty years old, with three kids at school, and a full time job, I enrolled in the Masters of Science in the Health Services Community.**

Luckily, the University administration helped me to pay the tuition in monthly installments. My final project was in 2006, a non-forgettable date because it coincided with the time Israel was invading Lebanon and destroying the infrastructure of our country. I was afraid, like all

Lebanese citizens, worrying about staying alive and safe. Nevertheless, I managed to complete my final project, sent it via e-mail and fled to a safe place with my family until the situation stabilized. I received my degree after three months and celebrated with my relatives, friends, and colleagues.

Finally, I am grateful to many individuals, especially my family, friends and colleagues, for providing me their encouragement and assistance during my studies to obtain a Masters in Health Services, Community Health program. I hope that one day the degree that I worked whole heartedly for, will be accredited in Lebanon especially with all the advancement of technology which renders the universe, one village.



Hommage  
Tribute

# Hommage à Mère Marie Léonard Mazraani de l'Ordre des infirmier/es au Liban



Mère Marie Léonard,

Je vous ai rencontrée la 1<sup>ère</sup> fois en Décembre 1974.

Étudiante infirmière alors, je suis arrivée dans votre bureau avec mes camarades de promotion pour être introduite à notre 1<sup>er</sup> stage clinique ; toutes intimidées devant celle qui était alors la Directrice des soins à l'Hôtel-Dieu de France. Prestigieuse pour nous cette introduction à notre future métier ! par celle qui depuis toujours est le symbole de la lutte pour la reconnaissance de la profession infirmière au Liban. C'est donc sous votre gouvernance que j'ai fait mes 1<sup>er</sup> pas à l'hôpital.

Aujourd'hui 38 ans après, je ne suis plus stagiaire, je suis présidente de l'Ordre et je me retrouve dans la même position, toujours intimidée en votre présence. Parler de vous m'est très difficile. Je préfère m'adresser à vous.

Mère Marie Léonard, depuis votre obtention du diplôme d'infirmière en 1950 et du diplôme de sage-femme en 1951, vous ne vous êtes pas contentée de donner des soins, vous avez lutté pour faire reconnaître les

personnes qui sont derrière ces soins, je veux dire les infirmières et les sages-femmes. Vous avez œuvré pour faire évoluer ces professions avec le souci permanent de mobiliser et de rassembler tous leurs membres.

Nul ne peut contester que vous étiez une femme de caractère, exigeante et compétente ; vos nombreuses réalisations font de vous un leader incontesté et reconnu dans le domaine de la santé au Liban.

Sur le plan national et en collaboration avec d'autres collègues, vous avez été à l'origine de la création de nombreuses associations professionnelles que vous avez présidées pendant de nombreuses années, dont les plus difficiles, celles de la guerre. Je cite à titre d'exemples :

- l'Association des infirmières diplômées de l'USJ
- l'Association des sages-femmes diplômées de l'USJ

- l'Association des hôpitaux à but non lucratif
- le Syndicat des hôpitaux au Liban
- la Fédération des Associations infirmières au Liban

Sans oublier les postes de directrice que vous avez occupés dans plusieurs établissements de santé et le grand rôle que vous avez joué dans les textes de lois régissant ces professions tant au niveau pratique qu'académique.

Vous ne vous êtes pas contentée du contexte national, vous avez vu plus loin et plus grand : vous avez contribué à faire représenter les infirmières et sages-femmes libanaises dans des instances professionnelles internationales telles l'Organisation Mondiale de la santé, le Conseil international des infirmières et la Confédération internationale des sages-femmes.

Mère Marie Léonard, votre nom restera désormais associé à la promotion des deux professions qui vous étaient chères. Rassembler les voix des professionnels était votre souci. Vous l'avez bien réussi : les sages-femmes continuent à travailler pour obtenir leur Ordre professionnel, et c'est grâce à votre effort conjugué à celui de ceux qui comme vous, ont cru en notre profession, que 10000 infirmières et infirmiers libanais se regroupent aujourd'hui dans un Ordre professionnel.

C'est en leurs noms à tous que je vous rends hommage aujourd'hui.

Reposez en paix

Beyrouth, le 5 Mars, 2012

**Claire Zablit**

Présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers au Liban  
Doyen de la Faculté des sciences infirmières de l'Université Saint-Joseph



Accredited by The Joint Commission International (JCI)

## BELLEVUE MEDICAL CENTER WHERE NURSES CAN IMPROVE LIVES WHILE FULFILLING THEIR OWN



Recruiting registered and practical nurses for all specialties and departments, including:

- General Medicine
- General Surgery
- Obstetrics & Gynecology
- Orthopedics
- Pediatrics
- Psychiatry

### EXPERTS IN MEDICINE, SPECIALISTS IN CARE

Located in the beautiful valley of Qanater Zbaydeh, Mkalles, Bellevue Medical Center (BMC) is a general private university hospital offering medical services in various healthcare specialties to the Lebanese and international patient community. In October 2012, 3 years after its opening, BMC received the internationally recognized Joint Commission Accreditation (JCI).

Bellevue Medical Center - Mansourieh El-Metn, Lebanon  
Hotline: 1565 | Tel: +961 1 682666 Ext:7203-7204  
Fax: +961 1 681061 | [recruitment@bmc.com.lb](mailto:recruitment@bmc.com.lb) | [www.bmc.com.lb](http://www.bmc.com.lb)



Nomination

# What is life without a dream, without hope for a brighter future?

Natalie Badaro

**Natalie Badaro, RN, MSN,  
CPHON**

Clinical Data Manager -  
Children's Cancer Institute -  
American University of Beirut  
Medical Center  
Beirut, Lebanon

## Abstract

This article is about sharing the experience of being the recipient of APHON's 35th Annual Conference & Exhibit's International Nurse Scholarship Award in 2011. It shares personal experience and feelings, as well as conference topics and presentations at a glance. The content information has been left to be sought after by the reader's own curiosity; a link has been provided to facilitate this search. Some hints and modest pieces-of-advice have been provided throughout the text. I hope this article will be inciting enough to encourage all Lebanese nurses to pursue similar opportunities, all in favor of promoting a better career of nursing in Lebanon.

When I applied for APHON's 2011 International Nurse Scholarship Award, it never really lingered in the 'conscious-part' of my brain, that there will come a day where I will be among the few luckiest nurses on earth to be selected for full sponsorship to go and attend their annual conference, in the United States of America.

In March 2011, I became extremely interested in an e-mail that circulated in my institution, about applying for APHON's yearly international-nurse-award. Therefore, I did some personal inquiries about this very special prize; I searched online (<http://www.aphon.org/>) for the application which I filled out and e-mailed back in May. Then on July 25th, I woke up to the wonderful message containing the "Winner Letter" from APHON! At first I thought it was a spam, and I could not believe this news as true until my friends, who also had applied, told me that they got the "Sorry you were not selected" e-mails! I coordinated with APHON nearly over one month, and then I finally got there; and here is the rest of the story... Getting down from the plane and out of LAX airport in California, I was delighted at the sight of a man wearing

a hat, standing with a trolley, holding my name, and awaiting my arrival. He escorted me to the parking-lot where the private's spacious-American-car was, put my bags in the trunk, and drove us to the Hilton Anaheim hotel. I felt like a VIP Hollywood star! I was extremely tired from the long airplane trip; nevertheless, I was so enticed by the loveliness of endless-palm-trees sights

## Association of Pediatric Hematology/Oncology Nurses (APHON)'s 35th Annual Conference & Exhibit, an experience I will never forget for the rest of my life...

all along the way. When I reached my reserved room at the hotel, I jumped into the "Sleeping-Beauty-style-of-bed", that much it felt comfortable. How nice to enjoy a deep sleep after a warm shower and more than 24 hours without adequate rest. The next day, the pre-conference workshop on "Team Building: Effective Leadership Skills" began. I finally met Nicole, the APHON-International-Nurse-Award coordinator. I also met nurses from different institutions in USA and the world, and we became friends; I still network with them on facebook.

### International Scholarship Winner



The recipient, Natalie Badaro (from the American University of Beirut Medical Center in Beirut, Lebanon) pictured (fourth from the left) with the 2010-2011 APHON Board of Directors.

There is something particular about keynote addresses, they are carefully designed to capture the attention, educate, and entertain the audience, simultaneously. The speaker is usually adroitly attractive in his/her style of presentation. Surprisingly, one can remain focused all through! Attending these lectures, I not only acquired knowledge of updates in pediatric hematology/oncology nursing, but also good presentation skills.

The first day of the conference was followed by a Mixer Party at the House of Blues. I had the chance to meet up APHON's ex-president; she revealed what fascinated them the most in my application. It was the mere fact that, among all international applicants, I was the only one who stated how to make a far-reaching use of the conference information; be it through sessions to nurses in my institution, a live international presentation on the cure4kids™ Middle East Education website<sup>1</sup> (which I did), or writing an article in the Lebanese Journal of Nursing, and get back to APHON telling them what I achieved so far.

The conference topics revolved around: exceptional professional performance, nursing and bundle works on reducing central line infections, chemotherapy side effects, hematology, patient and family education, infection control, cultural aspects of pediatric hematology/oncology nursing care, cancer recurrence management, art and science of care, health of nurses, and the humor healing connection<sup>2</sup>.

The conference sessions were not the only open forum for speakers to discuss their ideas, the gala-dinner was another option, and the recognition-breakfast for certified

oncology nurses yet another one. [Back then, I was not a certified Pediatric Hematology/Oncology Nurse; but with the package of books that APHON sent me, I was able to study, succeed the exam, and become certified – another milestone!]. What was very touching to listen to, at the gala-dinner reception, was a cancer survivor's speech about his experience with the permanent loss of his right leg at the age of 9 years, post amputation as treatment for osteosarcoma. Josh Sundquist wrote the book "1MT-1MT" which stands for "1 More Thing – 1 More Time", and it is a great example for not giving up, nor losing hope, but rather persevering to achieve one-more-thing-one-more-time. What was even more touching to hear was my name spelled-out in the lunch-reception, as the winner of the 2011 international nurse scholarship award, in front of all the 35th APHON conference attendees, and the sound of their applauds! It was also a joy to find my picture with the cabinet members in the "APHON-Counts", with my name as their awardee. These memories will stay in mind forever, just like the memory of the Order of Nurses' Recognition for my career achievements, in their 10th Anniversary!

My visit to California was not limited to the attendance of the conference. I was so lucky it occurred in Anaheim, that way I was able to visit Disney Land, Hollywood, and Universal studios! It was so much fun to go to these places; again another experience I will never forget...

I know there are few opportunities in life one has not to miss, and applying for a scholarship to attend international conferences is one of them! My advice is for every Lebanese nurse to search for an association/organization within their area of expertise, and to look for such scholarships. I also encourage all Lebanese nurses to send abstracts, on studies they have done, first to the Order of Nurses in Lebanon, and second to international conferences. It will make these studies known and acknowledged by even a larger audience, and it will reflect a shining image of nurses in Lebanon! Let us all work together for a better future for the nursing profession in our beloved country – Lebanon.

1. [www.cure4kids.org](http://www.cure4kids.org) is the "Sharing knowledge & expertise worldwide" website of St. Jude Children's Research Hospital in Memphis, Tennessee, USA.

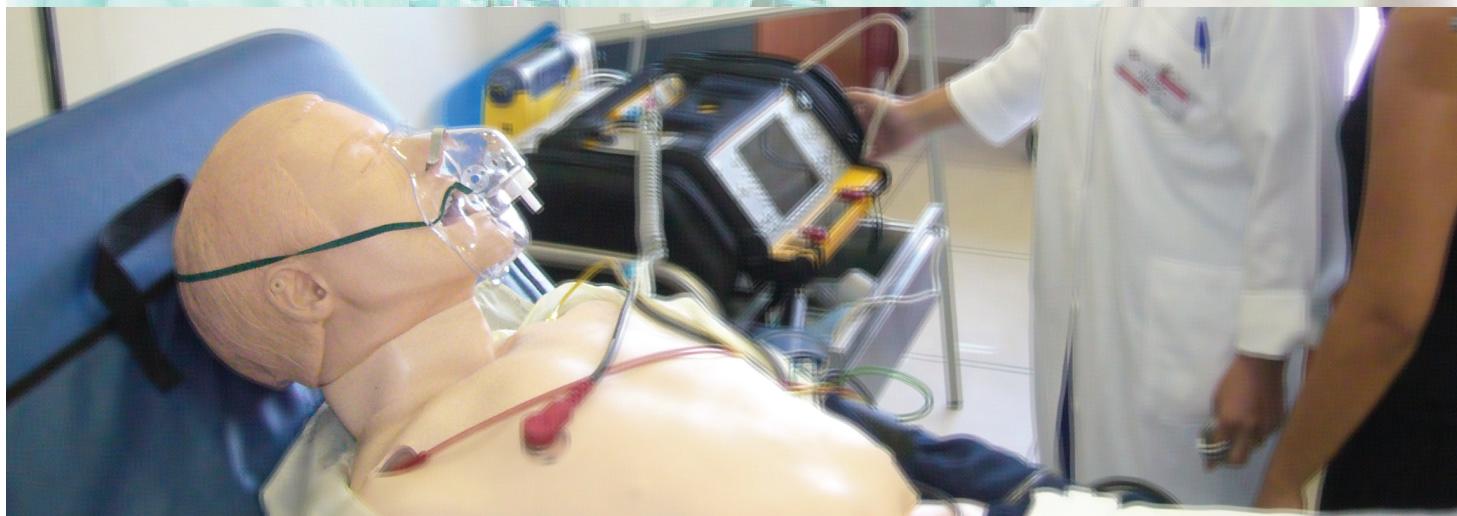
2. For detailed information on the conference-sessions' content, you can follow me 'Nat Bad' on twitter®, and ask for the session on the topic of your interest, at <https://twitter.com/Nathaluna>.



**LEBANESE EUROPEAN ACADEMY OF EMERGENCY MEDICINE**

A Center Of Excellence For Medical Simulation

# Simulation Courses



The Lebanese European Academy of Emergency Medicine in cooperation with Saint George Hospital- UMC, Balmand University- Faculty of Medicine, IncentiveMed Germany and American Heart Association is proud to offer in its Center of Excellence for medical simulation, high quality, simulation based, and international certified emergency medicine/nursing training for all health care providers including nurses and physicians based on the following standards:

- ✓ Intensive learning in small groups.
- ✓ Evidence-based approach in medicine and education.
- ✓ Highly recognized specialists as instructors.
- ✓ Advanced Simulation Technology.
- ✓ Pediatric and Adult full scale simulators.
- ✓ International course directors.
- ✓ International certification.

Till today LEAEM provides the following courses & their renewals:

- Cardiopulmonary Resuscitation-CPR
- Automated External Defibrillator-AED
- Basic Life Support-BLS
- Immediate Life Support-ILS
- Advanced Life Support-ALS
- Immediate Pediatric Life Support-IPLS
- Advanced Cardiac Life Support-ACLS
- Pediatric Advanced Life Support-PALS
- Advanced Neonatal Resuscitation-ANR
- Advanced Trauma Course-ATC
- Acute Pain Management-APM
- Difficult Airway Management-DAM
- Geriatric Emergency Medical Management-GEMM
- Obstetrical Emergency Life Support-OELS
- Emergency Triage Course-ETC
- Helipad Training Course-HTC
- Dental Emergency Life Support-DELS
- First Aid Basics for Children-FABC
- Nursery Emergency Life Support-NELS
- Aquatic Emergency Life Support-AELS
- General Emergency Medicine-GEM
- General Emergency Nursing-GEN
- Mechanical Ventilation Course-MVC
- Advanced Mechanical Ventilation Course-AMVC

Contact details: Mr. Georges Saad: 01-441289, mob:03-210473, email:[gfsaad@stgeorgehospital.org](mailto:gfsaad@stgeorgehospital.org).  
Join us on facebook at "leaem Stgeorge" to know us better



# الأمانة العامة للإتحاد الدولي للممرضات والممرضين الفرنковون SIDIIEF تكرم النقيبة كلير غفري زبليط

كرمت الأمانة العامة للإتحاد الدولي للممرضات والممرضين الفرنковون SIDIIEF النقيبة كلير غفري زبليط ومنحتها جائزة تقدير لعام ٢٠١٢ نظراً لعطاءاتها المميّزة على كافة الصعد المتعلقة بالعلوم التمريضية وخاصة من ناحية التعليم " والأبحاث ونشر ثقافة المهنة حتى اضحت "الممرضة المثالية" بما تحترزنه من مؤهلات وعطاءات مهنية و إنسانية ، وذلك خلال حفل توزيع الجوائز الذي جرى يوم الثلاثاء ٢٢ أيار ٢٠١٢ في جنيف ضمن إطار المؤتمر العالمي الخامس . مع الإشارة أن النقيبة كلير زبليط تميّزت بدورها في تنمية المهنة وثبتت خلال عملها النقابي جدارتها في إدارة مهنة التمريض في لبنان .



تكريم





جامعة بيروت العربية  
BEIRUT ARAB UNIVERSITY

The Faculty of Health Sciences at Beirut Arab University

Offers BSc and MSc Degrees in Nursing. It encompasses four majors:

Nursing  
Nutrition and Dietetics  
Medical Laboratory Technology  
Physical Therapy

**The Nursing Department holds two laboratories:**

# Fundamentals of Nursing Skill Laboratory

## Pediatric, Maternity, and Critical Laboratory of Nursing



Beirut Arab University - Faculty of Health Sciences

Beirut -Tareek Al Jadida - Al Bustani Str. Hariri Bldg. 5th Floor

**Phone:** +961 1 300 110 ext. 2291-2551 - **Fax:** +961 1 818 402

[www.bau.edu.lb](http://www.bau.edu.lb)



وأصبح العلاج بالضحك ضرورة كعلاج تكميلي بجانب الطب الدوائي وليس له أي آثار جانبية.

الأكسجين وطرد كمية أكبر من ثاني أكسيد الكربون، وبالتالي يجعل التنفس أكثر عمقاً، ويساعدنا على الاسترخاء، بالإضافة إلى أنه يزيد من حيوية الجلد.

أن الضحك والقهقةة العالية يزيدان نشاط الجهاز المناعي بالجسم بنسبة ٤٠ %، فالشخص الذي يميل للضحك أقل عرضة للأمراض المزمنة مثل الضغط والسكر وقرحة المعدة والقولون العصبي.

أن الضحك يساعد وظائف المخ ويقوى الذاكرة، ويوازن بين كيمياء التوتر والضغط، كما أنه يعمل على زيادة إنتاج هرمون السعادة المعروف باسم سيروتونين، الأمر الذي يقلل من إفرازات هرمونات الغضب التي تقلل المناعة.

أن الضحك ظاهرة معدية، فكثيراً ما يحدث أن شخص يضحك الآخرين يضحكون معه دون أن يعرفوا سبب ضحكة، فيعتقد البعض بأن الضحك ينتقل من شخص إلى آخر كالعدوى.

كما أن الضحك ينشط الغدد الليمفاوية التي تهاجم الخلايا السرطانية فضلاً عن بروتين جاما-أنترفيرون المضاد للفيروسات التي تهاجم الخلايا والذي يساعد في القضاء على الأورام. كما أن الضحك يغذي الجنين ويساعد على نمو الأطفال.

ومن أهم مزايا الضحك أنه مثل الأنفلونزا معد وعندما يضحك الإنسان أو يبتسم فإنه يخرج طاقة التوتر من عضلات وأعصاب الوجه، وبالتالي تنتقل عدواً الضحك لمن حوله، فعندما نسمع أو نرى الآخرين يضحكون، فإن المناطق التي تسيطر على الضحك والابتسامة في دماغنا تصبح نشيطة أيضاً، مما ياهمنا على الابتسام.

**الشفاء بالضحك.. وسيلة حديثة للعلاج!**  
الضحك يساعد الناس على تحسين أداء الجهاز المناعي والوقاية من الأمراض ومساعدة المرضى على الاسترخاء والتخلص من التوتر حتى يمكنهم التغلب على المرض بصورة أفضل.

# الضحك والسرطان

جينيفير حداد  
Laughter Yoga Leader

يجب نشر مظلة الابتسام والضحك في كل مكان وكل لحظة وإن نتسامح ونتقبل الآخر ولا نتصيد له الآخطاء، وأن ندخل رصيد من الحب في قلوب الآخرين، فالابتسام في وجه أخيك صدقة.

فأن دقة واحدة من السعادة والضحك تعادل ٤٠ دقيقة من الاسترخاء، مؤكداً أن الضحك يعتبر بمثابة رياضه داخلية للجسم، فالضحك لمدة دقيقتين في اليوم له نفس تأثير ٢٠ دقيقة من ممارسة الرياضة، حيث إن ضحك الفرد لمدة ١٥ دقيقة في اليوم، سيحرق سعرات حرارية تكفي لإنقاص ٢ كيلو جرام سنوياً.

أن الإنسان البالغ يضحك في المتوسط ١٥ مرة يومياً وهذا معدل ضئيل للغاية، في حين يضحك الأطفال ٤٠٠ مرة في اليوم الواحد، مشيراً إلى أن الضحك يخفض ضغط الدم المرتفع ويتوسيع الشرايين، بالإضافة إلى أنه يرفع المناعة.

## فوائد الضحك

أن الضحك يساعد على حيوية الخلايا المبطنة للأوعية الدموية، وقد ان هذه الحيوية هو الذي يؤدي إلى ترسب الدهون على جدران الأوعية الدموية داخلياً والاصابة فيما بعد بتصلب الشرايين.

أن الضحك يرفع نسبة الأكسجين في الدم، الأمر الذي يساعد على استنشاق كمية أكبر من

الضحك المبعثة من القلب لها بصمات وأثار علاجية فعالة على جسم الإنسان، لذلك العلاج بالضحك له السحر في مواجهة المواقف الصعبة في الحياة والأزمات النفسية والعصبية.

أن الضحك سلاح لمكافحة الخلايا السرطانية، حيث إنه يرفع نسبة الجلوبين المناعي والموجود في بلازما الدم، ويقوى الجهاز المناعي، بالإضافة إلى تمدد الطحال أثناء الضحك، وهي إحدى وظائفه التي تساعد على تطهير الدم.

أن الضحك يساعد على تخفيض ضغط الدم، حيث إن القلب يدق، وبالتالي، فإن نسبة الكوليستروول تنخفض، كما أن الضحك ينشط حركة الأمعاء، وينظم عملية إفراز عصارة المعدة، مما يساعد على تحسين عملية الهضم.

الإنسان البالغ يضحك في المتوسط ١٥ مرة يومياً، في حين يضحك الأطفال ٤٠٠ مرة في اليوم الواحد.

أن الضحك سواء كان فهمها أو مجرد ابتسامة خجولة لا يساهم فقط في إدخال السعادة على القلب، بل يمكن أن يساعد في تخفيف الألم أيضاً.

فإن الضحك الحقيقي يساعد في تنشيط ٨٠ عضلة في الجسم. والطريف أن الضحك ينشط أماكن في المخ لا تنشط إلا بتأثير الكوكايين أو النقود، كما أن الإنسان لا يضحك ويفكر في نفس الوقت.

عملهم بسبب تدني الرواتب والمستويات المرتفعة من العنف. وتسافر اعداد كبيرة منهم الى خارج لبنان بحثاً عن عروض عمل افضل.

أصبح هدفي بعد هذه الدراسة أن أنشر نتائجها داخل لبنان وخارجها. هذا وكان لي شرف القيام بعده من النشاطات في هذا السياق بالتعاون مع النقابة منها مناقشة الدراسة مع مجلس النقابة، القيام ببرنامج تدريبي في النقابة ومخاطبة الحضور عن الموضوع في اليوم العالمي للتمريض ٢٠١٣. هذا وقمت بتقديم ملخصان من هذه الدراسة في المؤتمر الدولي الثالث حول العنف في القطاع الصحي، والذي عُقد في أواخر تشرين الأول ٢٠١٢ في مدينة فانکوفر في كندا.

بعد نشر هذه الدراسة ستكون خطوتى التالية جمع صُنّاع القرار لمناقشة النتائج وما يتربّع عليها، وأية خطوات ينبغي إعتمادها لتخفيض نسبة الإساءات والعنف. هذا وباعتقادى فإن على النقابة أن تعمل مع صناع القرار في القطاع الصحي على سن سياسات لمنع العنف تسمح للممرضات والممرضين بالإبلاغ عن أي حادث أو إساءة. كما أنه من الضروري تدريب موظفي المستشفيات على التواصل إذ أن معظم الإساءات اللغوية هي بين أعضاء الكادر الطبي أنفسهم.

وضوح نتائج الدراسة تغينا عن تكرار السؤال عما يحصل في بيئة العمل بعد الآن. السؤال المهم الآن هو كيف تتدخل وأي نوع من المبادرات سيحدث فرقاً، وربما نسأل عن كيفية ضمان فعالية المبادرات؟

على الجهات المعنية مناقشة ومعالجة مشكلة التعرض للعنف ضمن بيئة العمل ليس فقط كأولوية ولكن أيضاً كمسؤولية أخلاقية. ومن دواعي الإطمئنان أن النقابة تلعب حاليا دوراً أساسياً في هذه الجهود في ظل قيادة النقيبة سماحة- نوبهض نحو خلق بيئة صحية للعمل للمورد الأهم في قطاع الصحة... الكادر التمريضي.

هذا وأظهرت الدراسة أن أكثر الإساءات اللغوية إنتشاراً هي بين أعضاء الكادر الطبي والإداري مما يكشف عن مستوى مرتفع من الصراع بين الموظفين في مكان العمل. بالإضافة إلى أن المرضى وعائلتهم هم أيضاً مصدراً لهذه الإساءات، خاصة حيث يشعرون أن الممرضات والممرضين لا يهتمون كفاية بمرضاهن.

أما العنف الجسدي فمصدره الرئيسي خارج مكان العمل والمرضى وعائلتهم هم المسببون الرئيسيون. ويمكن أن نعزّز هذا إلى أن المرضى وأهاليهم يطلبون عناية فورية إلا أنهم للأسف لا يدركون أن المشكلة في أغلبية الأحيان تكمن في النظام الصحي وليس في تقدير الكادر الصحي أو التمريضي عن القيام بواجباتهم. المرضى وأهاليهم لا يهتمون إذا كانت المؤسسة لا تملك طاقماً كافياً أو إذا كان عدد المرضى كبيراً جداً أو لا مكان شاغر فيها. يهتمون فقط بما هو الأفضل لمرضاهن، وهو أمر نتعاطف معه كلنا.

إن تعرض أفراد الجسم التمريضي بكثرة للعنف هو مدخل للقلق الشديد. وتتأثره العاطفي، بالإضافة إلى تأثيره على الوضع الصحي، يعيق قدرتهم على العناية بمرضاهن أو القيام بواجباتهم الأخرى. هذا وأثبتت الدراسات، وأكّدت هذه الدراسة، أن كثرة التعرض للعنف، لفظياً كان أم جسدياً، تفقد الكادر التمريضي القدرة على التعاطف مع المرضى وقد يبدأون بالتعامل معهم كأنهم جماد عوضاً عن التعامل معهم بإنسانية. وهذا برأيي يؤدي إلى حلقة مفرغة، فكلما تعامل مقدمو الخدمات الصحية مع الأشخاص كأنهم جماد كلما شعر هؤلاء أنهم أكثر حاجة إلى اللجوء إلى العنف لمعالجه قضياتهم. ويشكل إستبقاء أفراد الجسم التمريضي وفقاً للدراسة عقبة إضافية للمستشفيات حيث يترك العديد من الممرضات والممرضين

" حين تفقد القدرة على التعاطف مع مرضاك تبدأ بالتعامل معهم كأنهم أشياء عوض التعامل معهم بإنسانية."

# نتائج الدراسة الوطنية عن العنف ضد الكادر التمريضي في لبنان: نسب مرتفعة تفرض التدخل لخلق بيئة عمل آمنة

دكتور محمد علم الدين

أستاذ مساعد في دائرة الإدارة والسياسة الصحية في الجامعة الأمريكية في بيروت

رئيسية في لبنان حيث تبين أن الممرضات والممرضين كانوا عرضة لمستويات من العنف تفوق العنف الذي يتعرض له الحراس الأمنيون والأطباء وعمال الطوارئ، وهذا ما دفعني إلى التوسيع في أبحاثي عن الممرضات والممرضين على الصعيد الوطني.

أظهرت الدراسة أن ٦٢٪ من الممرضات والممرضين في لبنان يتعرضون للإساءة اللفظية بينما يتعرض ١٠٪ منهم للعنف الجسدي في أماكن عملهم. كما ان

٣١,٧٪ من الممرضات والممرضين الذين شملتهم الدراسة أشاروا إلى إحتمال تركهم العمل، فيما أشار ٢٢,٣٪ منهم انهم متزدرون. وأظهر الممرضات والممرضين علامات

واضحة للإستنفاد الوظيفي (Professional Burnout). وأوضحت الدراسة ان ٥٤٪ منهم أبدوا مستويات عالية من الإنهاك النفسي والعاطفي. وظهرت على ٢٨,٨٪ علامات تحرير المرضى من شخصيتهم وعدم القدرة على التعاطف معهم فيما ابدى ٢٤,١٪ مستويات متذكية بالنسبة للإنجاز الشخصي.

ويرأيي فإنه يتم الإبلاغ عن تعرض الممرضات والممرضين إلى العنف في كل أنحاء العالم، ولبنان ليس إستثناءً. ولكن السؤال المهم هو كيف نتعاطى مع هذه المشكلة؟

٦٢٪ من الممرضات والممرضين في لبنان يتعرضون للإساءة اللفظية بينما يتعرض ١٠٪ منهم للعنف الجسدي في أماكن عملهم.

أجريت الدراسة وعنوانها " دراسة وطنية حول العنف ضد الممرضات والممرضين: الإنتشار، العواقب والعوامل المسببة" من قبل فريق بقيادة الباحث الرئيسي

لهذه الدراسة وبالتعاون مع نقابة الممرضات والممرضين في لبنان بشخص النقيبة السابقة كلير زبليط.

ترتكز هذه الدراسة على استقصاء أجري مع ٥٩٣ ممرضة عاملة في أرجاء لبنان بين حزيران ٢٠١١ و حزيران ٢٠١٢ . وقد دعمت الدراسة بتمويل مشترك من قبل مكتب منظمة الصحة العالمية في

لبنان ومجلس الأبحاث في الجامعة الأمريكية في بيروت.

أطلقت هذه الدراسة كتكاملة لدراسة سابقة أجريتها في العام ٢٠٠٩ حول العاملين في دوائر الطوارئ في خمسة مستشفيات



دراسات

كل يوم بستعمل  
وان تاتش مع عيلتي.  
العناية بالسكري كل يوم...  
حياتنا بصحة وسعادة تدوم



لمسة بلمسة...  
الحياة أحلى  
**ONETOUCH®**



## إنطلاق العمل بصندوق التقاعد

- السابقة مع الإضافة التي تحدها لجنة الصندوق ومجلس النقابة.
- ٤- في حال في سن ٦٤ تتحقق شرط الإنسب إلى النقابة والصندوق (١٠ سنوات) يجب التوقف عن دفع الإشتراك وإشتراك الصندوق معاً ويحال المنتسب على جدول المتقاعدين.
  - ٥- في حال في سن ٦٤ لم يتحقق بعد شرط العشر سنوات يستمر المنتسب في دفع إشتراك النقابة والصندوق معاً حتى عشر سنوات.
  - ٦- في حال شراء وحدات إضافية ولم يتحقق ١٥ سنة يتوقف المنتسب عن دفع إشتراك الصندوق الأساسي ويستمر بدفع الإضافات لغاية ١٥ سنة.
  - ٧- ان رسم الإشتراك ومعدل المعاش الشهري التقاعدي هو متحرك بما يتناسب مع تغير قيمة العملة وقوتها الشرائية. ويتم تحديد التغيرات التي تطال الإشتراكات والمنافع وفق الدراسات الأكتوارية السنوية.
  - ٨- يستفيد الورثة من أساس الفئة عند مرور ١٠ سنوات قبل الوفاة ومن الوحدات الإضافية عند مرور ١٥ سنة قبل الوفاة.
  - ٩- في حال ترك العمل والتوقف عن دفع إشتراك النقابة والصندوق قبل سن التقاعد لا يستفيد المرض/ة من أي شيء.
  - ١٠- يجوز للمنتسب في الفئة "ب" العودة إلى الفئة "أ" في أي وقت شرط تقديم طلب خططي على أن يعتبر مقبولاً في الفئة "أ" فور إبلاغه قرار الموافقة. يسدد المنتسب المتوجبات التي يقررها الصندوق للإنتقال من فئة إلى أخرى وتبقى كافة الإشتراكات المدفوعة سابقاً في الفئة "ب" ملكاً للصندوق.

وأخيراً تؤكد النقابة وجوب تحقيق الغاية التي من أجلها إنطلقت الفكرة والتي من أجلها أنشئ الصندوق ووضع الإطار التنظيمي والقانوني لعمله ولديمومته.

لجنة صندوق التقاعد

بعد أن أقرت الجمعية العمومية غير العادية المنعقدة بتاريخ ٢٠١١/١٢/٤ إطلاق صندوق التقاعد لنقابة الممرضات والممرضين وتحديد رسم الإشتراك عن كل فئة وفق رغبة المنتسبين، جاء العام ٢٠١٢ ليضع المقرارات موضع التنفيذ من خلال إصدار جداول التكليف وتبسيط كل منتسبي الفئة التي يختارها إلى جانب إقرار آلية العمل والإطار الإداري والمالي لمواكبة إنطلاق الصندوق في السنوات الأولى. وقد كثف مجلس النقابة وكذلك لجنة إدارة الصندوق إجتماعاتهم للإطلاع على كافة التفاصيل التقنية وإيجاد الحلول لكافة التساؤلات التي تطرح عن عمل الصندوق وأهدافه ومسيرته فيأتي التنفيذ وفق الأسس والأالية التي وردت في الدراسة الأكتuarية حيث تكون الخطوات ثابتة ومنتظمة.

وفي هذا الإطار تابعت اللجان المختصة مع الخبرير الأستاذ سميح جدا دراسة بعد التفاصيل من خلال الأسئلة التي تكونت لديها فكان أن الأجوبة خير دليل على حرص النقابة وللجنة صندوق التقاعد على تأمين الغاية والأسباب الموجبة التي أدت إلى وضع نظام الصندوق والعمل على إطلاقه وتفعيله وتأمين الموارد الازمة له إلى جانب الإشتراكات السنوية المتوجبة.

- ومن أبرز الأسئلة التي شكلت إطاراً لتفسير قانون الصندوق وشكلت قرارات تطبيقية تم نشرها وإبلاغها حيث تدعى الحاجة ما يلي:
- ١- يحسب إشتراك صندوق التقاعد لعام ٢٠١٢ لجميع المنتسبين الجدد رسم ٠٠٠،١٥٠ ل.ل (الفئة A) حتى ولو اختاروا (الفئة B).
  - ٢- إشتراك العام ٢٠١٢ هو محدد لجميع المنتسبين حالياً ومستقبلاً بـ ٠٠٠،١٥٠ ل.ل تضاف إليه الغرامات فقط ابتداءً من عام ٢٠١٤.
  - ٣- من الممكن للمنتسب تغيير فئة إنسابه ضمن مهلة خمس سنوات من تاريخ إنسابه إلى الصندوق ويلتزم المنتسب بتسديد كل المتوجبات

**المؤسسات التي تم منحها وحدات تعليم مستمر حتى هذا التاريخ**

- عدد المؤسسات المشاركة :
- برنامج التمريض في جامعة البلمند UOB (٤ دورات تدريبية)
- مستشفى الجامعة الاميركية AUB (٦ ورش عمل)
- اللجنة اللبنانيّة لوهب وزرع الأعضاء والأنسجة NOODT: ٢ ورشتين عمل تم تكرارها في مختلف المناطق اللبنانيّة
- جامعة الجنان - صيدا
- مستشفى عين وزين الجامعي
- مستشفى البير هيكل
- مستشفى سيدة المعونات الجامعي
- الجامعة الأنطونية

**مجموع الوحدات التي تم منحها حتى هذا التاريخ**

- مجموع الوحدات التي تم منحها حتى هذا التاريخ : ١٢٥
- عدد الممرضات والممرضين الذين حصلوا على وحدات التعليم المستمر: ٨٢٠
- عدد الدورات وورش العمل التي حصلت على وحدات تعليم مستمر من قبل النقابة:
- ١٨ ورشة عمل ودورة تدريبية

**بـ- بصفتي منظم الدورة التعليمية أو المؤتمر:**

أتقدم بطلب إلى النقيب  
قبل شهر من موعد النشاط  
التعليمي من قبل المؤسسة  
المنظمة لتقديم النشاط.  
يُقدم الطلب مرافقاً بالتفاصيل  
التالية:

- توصيف للنشاط
- الأهداف التعليمية للنشاط
- جدول النشاط ومحطوه
- السيرة الذاتية للمحاضرين أو المدربين
- طرق ووسائل التعليم المستخدمة
- نسخة عن إستماراة التقييم
- نسخة عن الإعلان المتعلّق بالنشاط
- يرفق بكل طلب الرسم المفروض قانوناً

**مشروع قانون منح وحدات التعليم المستمر  
للممرضات والممرضين**

أنجزت النقابة صياغة قانون منح وحدات التعليم المستمر وسيتم احالته إلى وزارة الصحة العامة لإعداد مشروع قانون بشأنه ليُصبح ملزماً. هذا القانون يضع النقابة والممرضات والممرضين في مصاف المهن المنظمة (الطب، الصيدلة، طب الاسنان...)، ويسمح بتأمين تطور وجودة في التعليم المستمر وبالتالي الخدمات التمريضية

للإطلاع على معلومات إضافية زوروا موقع النقابة الخاص بالتعليم المستمر على:

[www.orderofnurses.org.lb](http://www.orderofnurses.org.lb)

المجلس واللجان / هيئة التعليم المستمر

# وحدات التعليم المستمر للممرضات والممرضين

الجودة المعترف بها من قبل النقابة:

أ- على مستوى الأفراد

إن مبدأ وحدات التعليم المستمر يوفر للأفراد الإعتراف بالجهود التي يبذلونها لتحديث أو تطوير معرفتهم ومهاراتهم وموافقهم، تعطي هذه الوحدات فكرة عن نوعية التدريب وجودته.

ب- على مستوى المؤسسات

تسمح هذه الوحدات للمؤسسات بالإقرار بجهودها المبذولة في تأمين التعليم النوعي للجهاز التمريضي العامل لديها بما يتناسب مع متطلبات المهنة وشروط وزارة الصحة.

ج - على مستوى المهنة

تشكل هذه الوحدات حافزاً وضمانة لجودة التعليم المقدم من قبل المؤسسات أو الذي تم متابعته من قبل الممرضات والممرضين.

كما من شأنها ان تضمن تطوير جودة العمل التمريضي من خلال تطوير الأداء المهني للممرضات والممرضين.

٥- كيف يمكنني الحصول على هذه الوحدات ؟

أ- بصفتي مشارك :

تأكد من أن النشاط مُعطى وحدات تعليم مستمر من قبل النقابة عند المشاركة بمؤتمرات وورشات عمل مصنفة ضمن برنامج منح وحدات التعليم المستمر أحصل

على شهادة صادرة من قبل النقابة تذكر قيمة الوحدات المخصصة لهذا النشاط العلمي .

١- إلزامية التعليم المستمر، لماذا؟

تلزم نقابة الممرضات والممرضين في لبنان بصفتها هيئة وطنية، العمل على تطوير التعليم المستمر مدى الحياة، وذلك بهدف مساعدة الممرضات والممرضين على تطوير معرفتهم وإكتساب مهارات جديدة، مما ينعكس إيجاباً على جودة العناية الصحية .

من مهام نقابة الممرضات والممرضين في لبنان العمل على تنمية كفاءات الممرضات والممرضين وتعزيز التعليم المستمر.

يساعد التعليم المستمر على تمكين الممرضات والممرضين من مواكبة التقدم الصحي المستند على التطور التكنولوجي والتغيرات الإجتماعية والاقتصادية.

٢- التعليم المستمر، ما هو؟

مجمل الأنشطة التعليمية الإلزامية لمهنة التمريض وعلى سبيل المثال : محاضرات ، مؤتمرات ، ورش عمل وكل ما من شأنه ان يضيف او يطور المعرفة، المهارات والكفايات المهنية .

٣- وحدات التعليم المستمر، ما هي؟

تشكل وحدة التعليم المستمر المقياس المعترف به وطنياً للمشاركة في برنامج تعليم مستمر غير محاسب أكاديمياً وهي وسيلة لتوحيد معايير الجودة الخاصة بالتعليم المستمر.

٤- وحدات التعليم المستمر، أهدافها؟

تعتبر وحدات التعليم المستمر قيمة مضافة، تُمنح إلى الأعضاء عبر مشاركتهم في برامج التعليم المستمر التي تستوفي معايير



١٠- تحديد الاجازات السنوية وفقاً للاقدمية على أساس ١٥ يوم كحد أدنى يضاف اليه يوماً واحداً لكل سنتي خدمة لغاية ٢٥ يوم كحد أقصى.

١١- استبدال يوم العمل ضمن العطلة الرسمية بيوم عطلة آخر على أساس ٧ ساعات يومياً.

١٢- اعتماد اجازة خاصة بيوم المرض/ة العالمي الموافق ١٢ ايار إضافة الى إجازات المرض والامومة المحددة في قانون العمل اللبناني.

١٣- مساهمة أصحاب العمل ببدل الاقساط المدرسية وبدل مراكز الحضانة وتأمين الملابس الخاصة والادوات للقيام بالمهام التمريضية.

١٤- الاحتفاظ بكافة المنافع التي يستفيد منها الممرضات والممرضين في الوقت الراهن والتي تتخطى الت Cedimations المذكورة أعلاه باعتبارها حقاً مكتسباً لهم.

٢٠١٢/٠٥/١٠  
نقابة الممرضات والممرضين في لبنان

- ١٥٪ لمدير التمريض تحتسب هذه الزيادات وفقاً لأساس الراتب وتضاف الى الزيادات المذكورة سابقاً .

- زيادة ١٢٪ عن العمل الليلي لكل ساعة يحتسب على أساس بدل الساعة انطلاقاً من متوسط الاجر لحاملي الشهادة الفنية والاجازة الجامعية.

- التمني على المؤسسات الصحية اعتماد رواتب ومكافآت إضافية للعاملين في الأقسام المغلقة والعناء والعمليات والطوارئ وذلك لتشجيع الممرضات والممرضين العمل في هذه الأقسام .

- تحديد مخصصات إضافية للعاملين في أيام العطلة الرسمية المحددة على أن لا تقل العطل الرسمية عن ثمانية وفقاً للتوزيع التي تعتمده المؤسسة .

- يستحق للممرضة أو الممرض تأميناً صحياً مكملاً للمنافع المقدمة من قبل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي على أساس فئة الاستشفاء درجة ثانية تؤمنها المؤسسة على نفقتها إضافة الى تأمين طوارئ العمل.

٩- مساهمة أصحاب العمل بدفع الاشتراك السنوي عن الممرضات والممرضين لصالح صندوق التقاعد الى جانب إمكانية تأمين برنامج تقاعدي اختياري لدى صندوق خاص داخل المؤسسة.

# مشروع قانون سلسلة الرتب والرواتب

بـ ٢٢٥ % الحد الأدنى الرسمي لحملة شهادة الإمتياز الفني في التمريض (TS) أو الاجازة الجامعية أي ما يعادل ٧٥٠ / ٥١٨ ، ١ / ل.ل. (مع تطبيق أي زيادة لاحقة على غلاء المعيشة تصدر عن السلطات المختصة)

٤- الالتزام ببدل النقل المحدد قانوناً وتحديد إجمالي الراتب السنوي الأساسي بما فيه الاشهر التي تخطى الشهر الثاني عشر.

٥- إعتماد نظام مكافآت سنوية وفق التقييم السنوي لعمل الممرضات والممرضين بهدف تحسين الاداء والتطور المستمر.

٦- إعطاء زيادات وعلاوات يتم احتسابها على أساس الراتب الصافي وفقاً لما يلي:

أ- زيادة ٢ % عن كل سنة خدمة مع احتساب سنوات الخدمة السابقة (الاקדémie المهنية) لدى صاحب العمل على ان تطبق هذه الزيادة اعتباراً من تاريخه.

ب- زيادة ١٠ % عن الشهادات العالمية

ج- زيادة ٤ % عن شهادات التخصص التي ينالها المرضيّة بعد خضوعه لدراسة محددة وامتحان من قبل الجامعات أو المعاهد العليا أو هيئات التعليم الدولي المعترف بها.

د- زيادة عن الرتبة والمهام التي يتولاها المرضيّة على أساس :

- ١٠ % لرئيس القسم

انسجاماً مع واقع مهنة التمريض في لبنان من الناحيتين الاقتصادية والاجتماعية ، ومقارنة مع رؤيا النقابة لمستقبل المهنة والعاملين فيها وللحذر من الهجرة بحثاً عن ظروف عمل أفضل، وحرصاً على التوازن بين متطلبات العمل وماهيته من جهة وبين الأجر والتقديمات المحصلة في الوقت الراهن من جهة أخرى، وعملاً بمبدأ زيادة وتصحيح الأجر نتيجة لزيادة غلاء المعيشة في القطاعين العام والخاص، واستكمالاً للخطوة الأولى لعام ٢٠٠٤ التي اطلقت في خلالها سلسلة الرتب والرواتب مع التعديلات التي طرأت عليها لاحقاً، وأيماناً من النقابة بأن تحسين ظروف وشروط العمل سيؤدي حتماً إلى تحسين جودة العناية التمريضية، أعدت النقابة مجموعة من المقترنات والتقديمات والحوافز إلى جانب سلسلة الرتب والرواتب للعاملين في قطاع التمريض وذلك كالتالي:

١- تنظيم عقود عمل خطية بين الممرضات والممرضين وأصحاب العمل وعلى ضوء ذلك يتم التسجيل لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، مع التأكيد على عدم استخدام الممرضات والممرضين بصفة ملائمة نظراً لطبيعة العمل وضرورة الاستقرار والاستمرارية من أجل الخدمة الأفضل.

٢- تحديد ساعات العمل الأسبوعية بمعدل ٤٢ ساعة كحد أقصى، على أن لا تتعذر ساعات العمل اليومية ١٢ ساعة وفي هذه الحال يعطى المرضيّة راحة أسبوعية لا تقل عن ٤٨ ساعة متواصلة.

٣- تحديد الحد الأدنى للعاملين في قطاع التمريض وفقاً لما يلي:  
أ- ١٥٠ % الحد الأدنى الرسمي لحملة شهادة البكالوريا الفنية في التمريض (BT) أي ما يعادل ١٠١٢،٥٠٠ / ١ / ل.ل.

**Our Vision is to become the regional reference center for high quality medical care.**



Cardiac Surgery Division and Cath Lab  
24/24 Attending Cardiologist.  
Interventional Neuro Vascular Procedure  
(Aneurysmal Coiling)  
Latest Equipments for Stress Test, Echocardiography,  
Holter EKG and Holter BP.  
MRI: GE Optima MR450w 1.5T with GEM Suit, 70 cm  
Patient Bore, 50 cm field of view, Extremely High  
Resolution Images, Quiet Technology, Sophistical LED  
accent lights, Low Radiation.

**Over 85 years of Human Services**



P.O.Box : 1434 Tripoli - Liban Tel: 00961 6431400 Fax: 00961 6448442  
Email: info@hopitalnini.com Website: www.hopitalnini.com



### إحتفال العيد العاشر لتأسيس النقابة:

ضمن إطار فعاليات العيد العاشر، إنعقدت طاولة حوار مع المجتمع الأهلي في مقر النقابة في ٨ تشرين الثاني ٢٠١٢ وقد ضمت شخصيات من كافة مكونات المجتمع ( نقابة، مدراء عامين، ممثلي، إعلاميين - كتاب ...) وعددًا من الممرضات والممرضين من أجل تسليط الضوء والتعريف بالإنجازات الرائدة والمميزة التي تحققت في ميادين المهنة: القيادة، الممارسة والتطبيق، التعليم، الإدارة والبحث.

وقد تم الإحتفال بالعيد العاشر لتأسيس النقابة في ١١ كانون الأول ٢٠١٢ في مركز المؤتمرات - الاونيسيكو برعاية دولة رئيس مجلس الوزراء الأستاذ نجيب ميقاتي وتحت عنوان: "التمريض بين الإعلام والأعلام" وحضره حشد كبير من الممرضات والممرضين غصت بهم القاعة مع عائلاتهم وقد تم خلاله عرض فيلم عن النقابة وتكريم عدد من المميزين والرواد الذين تركوا أثراً في المهنة.



### مشاركة في إحتفالات ولقاءات عامة:

- إحتفالات تخرج الطلاب في الجامعات والمعاهد
- حملة ضد سرطان الثدي في القصر الجمهوري (١٥ تشرين الأول ٢٠١٢)
- حفل مستشفى بيافو لحصولها على شهادة الجودة العالمية JCI (٦ تشرين الثاني ٢٠١٢)
- المؤتمر الوطني لإطلاق خطة الرعاية الصحية الاولية (١٨ كانون الثاني ٢٠١٢)
- حملة حول حماية النساء من العنف الاسري - جمعية كفى (٢٤ شباط ٢٠١٣)
- المشاركة مع رواد الشرق بتسمية أم ممرضة السيدة ماريا بيا جميل لتكريمهما خلال احتفال ضمّ أمهات من مختلف القطاعات (الهندسة، الطب، المحاماة، السلك العسكري) (٢٠١٢ آذار)
- المشاركة مع منتدى البحرين لحقوق الإنسان وصحيفة مرآة البحرين في حفل تدشين كتاب شوكة الأطباء واطلاق اليوم العالمي للحياد الطبي. (١٦ آذار ٢٠١٢)
- المشاركة في حملات منع التدخين.

### الأمور الإدارية:

- مكننة ملفات الممرضات والممرضين
- إصدار بطاقات إنساب جديدة
- تفعيل جبائية المتأخرات وإعتماد مبدأ التقسيط للرافعين



### إحتفال ١٢ أيار:

- عام ٢٠١١ مؤتمر التمريض الأول حول العولمة والتمريض
- عام ٢٠١٢ احتفال بيوم المرض العالمي تحت شعار "اليوم لنا وكل أيامنا لكم"
- عام ٢٠١٢ احتفال بيوم المرض العالمي تحت شعار "بيئة حاضنة لعمل أفضل"



• المؤتمرات العلمية وورش العمل المحلية:

- مؤتمرات الهيئات العلمية في نقابة الأطباء من خلال إعداد يوم علمي خاص بالمرضى والممرضين، ويمكن إيجازها على الشكل التالي :
  - × المؤتمر الثاني للجمعية اللبنانية لطب الأطفال (٧ تشرين الأول ٢٠١١).
  - × ورشة عمل حول تشخيص مريض السكري بالتعاون مع الجمعية اللبنانية لأمراض الغدد الصماء والسكري والدهنيات المناسبة اليوم العالمي للسكري (١٢ تشرين الثاني ٢٠١١).
  - × المؤتمر السنوي الثامن لنقابة أطباء لبنان في طرابلس - Critical Care Medicine - Pulmonary Medicine (٢٠١٢ آذار).
  - × المؤتمر السنوي للجمعية اللبنانية للأمراض الصدرية (٢٠١٢ نيسان).
  - المؤتمر الأول في الشرق الأوسط لقصور القلب (١٢ أيار ٢٠١٢).
  - المشاركة في مؤتمر تعزيز دور العناية المطلقة (١٢ تشرين الأول ٢٠١٢).
  - المشاركة في تحضير وإدخال مشروع آلية وهب الأعضاء في البرامج الجامعية.
  - المشاركة في مؤتمر وهب الأعضاء (٢٤-٢٥ تشرين الثاني ٢٠١٢).
  - المشاركة في مؤتمر إتحاد المستشفيات العربية. (٣٠-٣١ تشرين الثاني ٢٠١٢)
  - المشاركة في المؤتمر الوطني لإطلاق خطة الرعاية الصحية الاولية (١٨ كانون الثاني ٢٠١٣)
  - اليوم العلمي الثاني لمستشفى البير هيكل (٢٧ نيسان ٢٠١٣ )
  - مؤتمر الخامس لكلية التمريض في الجامعة الانطونية (٣٠ أيار ٢٠١٣ )

زيارات مختلفة:

- زيارة النقيبة للمستشفيات التي استقبلت الجرحى بعد إنفجار الأشرفية وهي مستشفى القديس جاورجيوس، أوتيل ديو واللبناني الجعيتاوي وذلك من أجل تشجيع وشكر الممرضات على عملهم (٢٠١٢).
- زيارة النقيبة لبعض مستشفيات طرابلس: البير هيكل، النيني، دار الشفاء، الإسلامي لتفقد الممرضات والممرضين جراء الأحداث الأمني (٢٠١٢).
- زارت النقيبة منطقة بنت جبيل (١١ شباط ٢٠١٢) ومنطقة بعلبك (٧ شباط ٢٠١٢) وبعض مستشفيات بيروت وجبل لبنان (رفيق الحريري، سرحال (٢٨ شباط ٢٠١٢)، مركز الشرق الأوسط (٤ نيسان ٢٠١٢) ومستشفى صيدا الحكومي كما التقت الممرضات والممرضين وتم التداول بأمور المهنة وواقع التمريض وتم عرض إنجازات النقابة وأالية صندوق التقاعد وإطلعتهم على أوضاعهم ومشاكلهم وهواجسهم.

المشاركة بالمؤتمرات:

- مؤتمرات تمريضية دولية:
  - المؤتمر الخامس للأمانة العامة للإتحاد الدولي للممرضات والممرضين الفرنسيون-SIDIIEF ٢٠١٢-أيار ٢٠١٢
  - جلسات المناقشات لمجلس التمريض الدولي ICN ولجلسات WHO - ICN Triade ICN في جنيف في أيار ٢٠١٢ .
  - مؤتمر مجلس التمريض الدولي الخامس والعشرون (أيار ٢٠١٣) في استراليا.



- تحديث الصفحة الالكترونية ووضعها بثلاث لغات: عربي، فرنسي، وإنكليزي.
- إستحداث موقع على "Facebook" و "Twitter" وذلك بهدف تطوير وتسهيل التواصل الاجتماعي.
- مؤتمر صحافي بتاريخ ١٠ أيار ٢٠١٢ وقد تناول المواضيع التالية:
  - إطلاق حملة التوعية حول مهنة التمريض
  - الإعلان عن شبكة التواصل الاجتماعي
  - الإعلان عن سلسلة الرتب والرواتب .

#### زيارات رسمية:

- لقاء مع وزير الصحة الذي تسلم من النقابة مذكرة تتضمن بعض المطالب وإقتراحات المشاريع التي تتطلع النقابة على تحقيقها، بما ينعكس إيجاباً على قطاع التمريض (٢٠١٣/٢/٦).
- وقد كان اللقاء ممتازاً شرحت خلاله النقيبة هلن سماحة نويهض وجهة نظر النقابة حول كافة الأمور التي تخص المهنة وأبدى معالي الوزير كل إهتمام ودعم، ووعد بمتابعة النقاط المطروحة ومن أهمها:
  - الدعم الكامل للحملة التي تحضرها النقابة عن العنف الذي يتعرض له المرضات والممرضون أثناء عملهم، وكيفية صون حقوقهم وكرامتهم.
  - تسريع إقرار تعديلات القانون ٤٧٩، ٢٠٠٢، وإعادة درس قانون تنظيم مهنة التمريض.
  - متابعة موضوع سلسلة الرتب والرواتب للعاملين في قطاع التمريض وفق الظروف ورعاية الاتفاق على عقد عمل جماعي بين المستشفى والممرضات والممرضين.
  - التأكيد على تمثيل النقابة ضمن لجنة الإعتماد وإشراكها بشكل فاعل في كافة الأمور التي تخص المهنة عبر إجراء التعديلات الالزامية.
  - إقرار برنامج دعم وتحسين التعليم والتطبيق في كافة المناطق اللبنانية.
- وأخيراً أبدى معالي الوزير كل تقدير لدور النقابة ولدور مهنة التمريض في القطاع الصحي، وأبدى إستعداده لرعاية اليوم العالمي للتمريض.
- لقاء مع ممثل منظمة الصحة العالمية د. حسان البشري للعمل على تعزيز الخبرات وسد الثغرات في تعليم التمريض التقني.

#### حملة التوعية حول مهنة التمريض:

- أعدت النقابة مواداً ترويجية جديدة للمهنة وهي فيلم وثائقي مدته ٧ دقائق يتناول شرحاً مفصلاً للمهنة، وكتيب بثلاث لغات: عربي، فرنسي و إنكليزي. ودعت ممثلين عن المستشفيات في كل المناطق للتوجيه لهم ليشاركون في زيارات المدارس التي بدأت في أيار ٢٠١٢ وستستمر.
- حملة دعائية لصفحة النقابة على الـ facebook توجهت الى الطلاب من عمر ١٥ حتى ٢٠ سنة.
- المشاركة في مشروع School net: أعدت النقابة مع وزارة التربية مسابقة تحت عنوان "مهنة التمريض: ماذا تعرف عنها" بهدف تشجيع طلّاب المدارس في المرحلة الثانوية للبحث حول مهنة التمريض. شاركت في المسابقة ٤٢ مدرسة وسلمت جوائز للفائزين في احتفال رسمي في ٢٦ أيار ٢٠١٢ في قصر الاونيسكو.

#### التواصل:

- استقبال طلاب تمريض في مركز النقابة لتعريفهم على مهنتهم وعلى دور النقابة من الجامعات: الاميركية، الانطونية، القديس يوسف، اللبناني الأميركي، الحكمة، اللبناني الإيرانية، الجنان.
- طاولة مستديرة مع الإعلاميين عقدت بتاريخ ١٦ تشرين الثاني ٢٠١١ ايماناً من النقابة بأن الإعلام يلعب دوراً رئيسياً في نشر التوعية حول أهمية المهنة. تناولت المناقشات رؤية الإعلاميين لمهنة التمريض وكيفية نقل صورة واقعية وحقيقة عنها .





- ظهور إعلامي مرئي ومسموع للنقابة من أجل التعريف عن المهنـة وإطلاع الرأي العام على المصاعـب والمشاكل التي تواجهـها (محطـات تلفـزيونـية: تلفـزيونـ لبنانـ، المـنـارـ، المـسـتـقـلـ، الـمـسـتـقبلـ، الـLBCـ، الـMTVـ، الـOTVـ)ـ رـادـيوـ صـوـتـ لـبـانـ، مـلـودـيـ، إذـاعـةـ لـبـانـ، صـوـتـ الـمـدـىـ، إذـاعـةـ النـورـ، أـورـيـاـنــ مـقـالـاتـ صـحـفـيـةـ).
- نـشـرـ بـيـانـ تحـذـيرـيـ فيـ الصـحـفـ لـجـمـيعـ الـمـعـنـيـنـ عـنـ اـسـتـعـمـالـ صـورـ الـمـمـرـضـةـ اوـ ايـ شـيـءـ يـتـعـلـقـ بـمـهـنـةـ الـتـمـريـضـ عـنـ قـصـدـ اوـ غـيرـ قـصـدـ.
- رسـائـلـ إـلـىـ مـحـطـاتـ التـلـفـزـةـ بـالـتـمـنـيـ عـلـيـهـمـ عـدـمـ عـرـضـ ايـ بـرـنـامـجـ اوـ إـعـلـانـ يـتـنـاـولـ مـهـنـةـ الـتـمـريـضـ دـوـنـ الرـجـوـعـ إـلـىـ النـقـابـةـ.
- لـقـاءـ معـ وزـيرـ الـإـعـلـامـ لـعـرـضـ ماـ تـتـنـاـولـهـ وـسـائـلـ الـإـعـلـامـ حـوـلـ الـمـهـنـةـ (١١ـ أـيـولـ ٢٠١٢ـ).



تعلق بالمهنة. وقد لجأت النقابة عـدـةـ مـرـاتـ إـلـىـ القـضـاءـ الـمـخـتصـ لـوقـفـ التـعـديـ عـلـىـ صـورـةـ الـمـهـنـةـ.

(ـدـعـاـيـةـ XXLـ شـكـوىـ رقمـ ٢٨٠٧٩ـ وـفـيلـمـ My last valentine in Beirutـ شـكـوىـ رقمـ ١٩٩٥٦ـ).



#### أن تـعـرـضـ لـلـعـنـفـ لـيـسـ جـزـءـاـ مـنـ عـمـلـيـ

- مـتـابـعـةـ مـوـضـوـعـ تـعـرـضـ الـجـسـمـ الـتـمـريـضـيـ لـلـعـنـفـ فيـ بـعـضـ الـمـسـتـشـفـيـاتـ
- تـنظـيمـ إـعـتـصـامـ إـسـتـكـارـاـ وـإـحـتـجـاجـاـ عـلـىـ إـعـتـدـاءـ الـمـتـكـرـرـ الـذـيـ يـتـعـرـضـ لـهـ الـمـرـضـاتـ وـالـمـرـضـينـ فيـ مـسـتـشـفـيـ رـفـيقـ الـحـرـيرـيـ الـجـامـعـيـ وـقـدـ لـبـتـ الدـعـوـةـ بـعـضـ مـسـتـشـفـيـاتـ الـمـنـطـقـةـ لـلـتـضـامـنـ (٨ـ تمـوزـ ٢٠١٢ـ).
- اـسـتـكـارـاتـ فيـ مـسـتـشـفـيـ حـاـصـبـيـاـ الـحـكـومـيـ وـمـسـتـشـفـيـ الـوـطـنـيـ عـالـيـهـ
- إـطـلـاقـ حـمـلـةـ الدـافـعـ عـنـ حـقـوقـ الـمـرـضـاتـ وـالـمـرـضـينـ وـصـونـ كـرـامـتـهـمـ مـنـ خـلـالـ وـرـشـ عـلـىـ تـحـقـيقـ مـاـ يـلـيـ:

  - رـفـعـ الصـوتـ ضـدـ ايـ اـعـتـدـاءـ يـتـعـرـضـ لـهـ الـمـرـضـاتـ وـالـمـرـضـينـ وـالـمـرـضـىـ وـالـقـضـاءـ عـلـىـ ثـقـافـةـ الـصـمـتـ وـالـعـنـفـ.
  - تـقـعـيـلـ التـواـصـلـ وـالـمـاـشـارـكـةـ وـالـتـعـبـيرـ وـبـنـاءـ الثـقـةـ لـتـعـزيـزـ الـرـفـاهـ الـصـحـيـ وـتـأـمـيـنـ بـيـئةـ عـلـىـ أـكـثـرـ أـمـانـاـ وـفـعـالـيـةـ.
  - اـعـتـمـادـ ظـرـوفـ الـحـيـاةـ الـمـهـنـيـةـ وـبـيـئةـ الـعـمـلـ كـعـنـاصـرـ أـسـاسـيـةـ لـتـعـزيـزـ الـعـنـيـةـ بـالـمـرـضـ.
  - تـأـهـيلـ الـمـرـضـاتـ وـالـمـرـضـينـ وـدـعـمـهـمـ قـانـونـياـ لـلـتـبـلـيـغـ وـرـفعـ الـصـوـتـ عـنـدـمـاـ يـتـعـرـضـونـ هـمـ أـمـرـضـاهـمـ لـلـخـطـرـ أوـ الـعـنـفـ.
  - الـمـاـشـارـكـةـ الـفـعـالـةـ فيـ صـنـعـ الـقـرـارـ وـالـسـيـاسـاتـ الـصـحـيـةـ وـالـتـأـكـيدـ بـأـنـ الـعـنـفـ ضـدـ الـمـرـضـاتـ وـالـمـرـضـينـ يـؤـدـيـ إـلـىـ فـقـدـانـ الـيـدـ الـعـالـمـةـ فيـ مـجـالـ الـتـمـريـضـ .
  - مـلـاحـقـةـ شـكـاوـيـ الـمـرـضـاتـ وـالـمـرـضـينـ لـدـىـ الـمـرـاجـعـ الرـسـمـيـةـ وـمـعـالـجـةـ مـرـاجـعـاتـهـمـ وـشـكـاوـيـهـمـ وـتـقـدـيمـ الـإـسـتـشـارـاتـ وـالـتـوجـيهـاتـ الـقـانـونـيـةـ الـلـازـمـةـ.

#### مراقبـةـ وـتـحـصـيـنـ صـورـةـ الـمـهـنـةـ:

- تـتـابـعـ النـقـابـةـ مـراـقـبـةـ وـسـائـلـ الـإـعـلـامـ لـلـحدـ مـنـ نـشـرـ صـورـ وـمـشـاهـدـ تـشـوهـ صـورـةـ الـمـهـنـةـ، وـطـلـبـتـ مـنـ أـعـصـائـهـاـ إـبـلـاغـهـاـ عـنـ نـشـرـ أـمـورـ

مشاريع النظام الصحي ودور النقابات الصحية فيها.

- وضع نظام منح وحدات التعليم المستمر وقد باشرت اللجنة المختصة في تطبيقه، وهي تتبع العمل لإصداره بقانون وفق الصيغة المقترحة ليكون إلزامياً في كل برنامج تعليم مستمر، إستناداً لوصيات وزارة الصحة.



#### تكريس الممرضات والممرضين كشبكة الأمان للمرضى والمجتمع :

- حلقة حوار تشاركية مع مسؤولين عن أقسام الجودة وإدارة التمريض تم خلالها مناقشة المشاكل والتحديات التي يواجهها الممرضات والممرضين ومسؤولي الأقسام (٢١ شباط ٢٠١٣) ابنتيق عنها لجنة مصغرة لوضع الأولويات وخططة عمل لمعايير الجودة الخاصة بالمستشفيات (٢٠ اذار ٢٠١٣).
- إنشاء لجنة متابعة لموضوع الجودة وسلامة المرضي في المستشفيات لتفعيل دور النقابة وإبراز أهميتها في رسم السياسات الصحية وإنخاذ القرارات في اللجنة الوطنية لاعتماد المستشفيات في وزارة الصحة ونقابة أصحاب المستشفيات الخاصة.
- زيارة لنقيب أصحاب المستشفيات الخاصة في ١٩ شباط ٢٠١٣ تم خلالها طرح موضوع عقد العمل الجماعي وعملية انتساب الممرضات والممرضين إلى نقابتهم والتنسيق بين النقابتين لتعزيز التواصل والتنسيق بخصوص التعليم المستمر.
- المشاركة في مؤتمر التمريض الأول لمستشفى عين وزين تحت عنوان "الجودة في التمريض" (٢٢ آذار ٢٠١٣).
- مؤتمر جامعة الحكمة : الجودة في الصحة : إعتماد و إختصاص (١١ نيسان ٢٠١٣).
- اليوم العلمي لمستشفى سيدة المعونات الجامعي "الجودة في العناية التمريضية" (٢٥ أيار ٢٠١٣).



#### تطوير و تفعيل المهنة :

- لقاء مع عمداء ومدراء الكليات والمعاهد لأول مرة من أجل مناقشة واقع المهنة والمستجدات القانونية المتعلقة بتعليم المهنة وفتح المسار بين التعليم المهني والاكاديمي وتحديد معايير الجودة في تعليم التمريض وذلك في حضور مدير عام التعليم العالي وممثل مدير عام التعليم المهني والتكنى. وقد ابنتيق عنه لجنة متابعة المقترفات التي اعدتها مجموعات العمل المتعلقة بعملية الانتقال من التعليم المهني إلى الإجازة الجامعية، وكافة المواضيع المتعلقة بالتعليم ومنح الشهادات (١٠ تشرين الأول ٢٠١٢).
- إنشاء لجنة متابعة لموضوع الإجازة لحاملي شهادة الإمتحان الفني متباينة تحصيلهم الجامعي وضمان جودة تعليم التمريض.
- المشاركة في مجلس التعليم العالي لابداء الرأي في ملفات طلبات الترخيص لجامعات جديدة تعنى بتعليم التمريض.
- مشاركة النقابة في تحضير وإجراء امتحانات الكولوكويوم.
- إنعقاد طاولة حوار حول واقع الممرضات والممرضين الفلسطينيين في لبنان بمشاركة مجموعة من المختصين والجمعيات والهيئات (٥ تموز ٢٠١٢). وكذلك تلبية دعوة الائتلاف الوطني لطاولة حوار ثانية.
- لقاء مع مدراء التمريض في المستشفيات الحكومية للتداول في الشؤون المتعلقة بالمهنة وظروف العمل (٦ تموز ٢٠١٢).
- لقاء مع مدراء التمريض في المستشفيات الخاصة للتداول في الشؤون المتعلقة بالمهنة وظروف العمل (٢٠ أيلول ٢٠١٢).
- لقاء مع الممرضات والممرضين العاملين في المدارس (لأول مرة) (١٨ تموز ٢٠١٢).
- مشاركة الممرضات والممرضين بالباحثات مع شركة Sanofi-Aventis
- المشاركة في إجتماعات النقابات المعنية بالشأن الصحي لمناقشة

## نشاطات نقابة الممرضات والممرضين في لبنان

حققت نقابة الممرضات والممرضين خلال السنوات الثلاث الماضية إنجازات عديدة بدأت مع النقيبة كلير زبليط واستمرت مع النقيبة هلن سماحة نويهض التي تعمل جاهدة على ترجمة رؤية مجلس النقابة لمستقبل المهنة وكيفية الاستمرار في تطويرها والحد من الأخطار التي تواجهها. وهي تتلخص بالعناوين الأساسية التالية:

٥. بدء العمل على تنظيم العناية التمريضية المنزليه من خلال إبداء الرأي وإيداع الملاحظات ليصار إلى إعداد الصياغة القانونية التي تتوافق مع قانون مزاولة مهنة التمريض، وذلك بالتنسيق مع وزارة الصحة العامة.

٦. متابعة الزامية الانتساب إلى النقابة استناداً إلى توصية الجمعية العمومية التي إنعقدت بتاريخ ١٤/٤/٢٠١٢، تقرر التعليم على جميع الممرضات والممرضين وجوب تسديد الإشتراكات المتأخرة ورسم صندوق التقاعد تحت طائلة فرض غرامة تأخير وتطبيق أحكام المادة العاشرة من القانون ٤٧٩/٢٠٠٢ بالنسبة للمتخلفين عن الدفع وتقديم شكوى لدى النيابة العامة الإستئنافية بجرائم مزاولة مهنة التمريض خلافاً للقانون ، علمًا أن الشطب من جدول النقابة يؤدي إلى التوفيق عن العمل والمنع من ممارسة المهنة وإلى قطع إحتساب سنوات الخدمة بالنسبة للإستفادة لاحقاً من صندوق التقاعد ومنع أي مؤسسة من استخدام الأشخاص المخالفين.



### القوانين والأمور التنظيمية:

١. مناقشة تعديل قانون إنشاء النقابة رقم ٤٧٩/٢٠٠٢ في لجنة الصحة النيابية واللجنة النيابية المصغرة، وقد تمت الموافقة على التعديلات المطروحة خاصة في ما يتعلق بالطابع المالي على الفاتورة الاستشفائية بقيمة ٢٠٠٠ ل.ل. لصالح صندوق التقاعد، يدفعها المريض مناصفة مع المستشفى.

٢. مناقشة قانون تنظيم مهنة التمريض في اللجان النيابية وقد كانت آخر المناقشات قد أجريت في لجنة التربية النيابية منذ تشرين الأول ٢٠١١ حول تحديد وتقسيم فئات الممرضات والممرضين بين مستوى مهني ومستوى جامعي. وقد انعقدت حلقات متعددة مع فريق عمل متخصص.

وقد تمت متابعة الموضوعين أعلاه مع أمين عام مجلس النواب الأستاذ عدنان ضاهر في الإجتماع الذي عقد في مكتبه بتاريخ ٥ تموز ٢٠١٣.

٣. وضع سلسلة رتب ورواتب جديدة استناداً إلى معايير علمية وعملية بما يؤمن حواجز فعالة للمحافظة على الممرضات والممرضين ضمن المؤسسات التي يعملون فيها. وبعد إطلاقها أحيل كامل الملف إلى معالي وزير الصحة العامة لإتخاذ ما يراه مناسباً من أجل إعطاء هذه السلسلة الصفة الإلزامية عن طريق إقتراح مشروع قانون بشأنها.

٤. طرح إقتراح عقد العمل الجماعي بموجب توقيع الجمعية العمومية غير العادية في ١٧/١٠/٢٠١٢ على أن يصار إلى عرضه على المراجع المختصة.



# نصائح مصرفية من بنك عوده

## قرض السيارة

لما تقدم بطلب قرض السيارة من أي بنك، طبعي يفتحلك ملف.  
**ما تنسى تسأل شو كلفته.**

التأمين على الحياة ضمانة إلزامية مع كل قرض من أي بنك،  
**تأكد هالتأمين شو كلفته، وإذا فيك تقسطه مع القرض.**

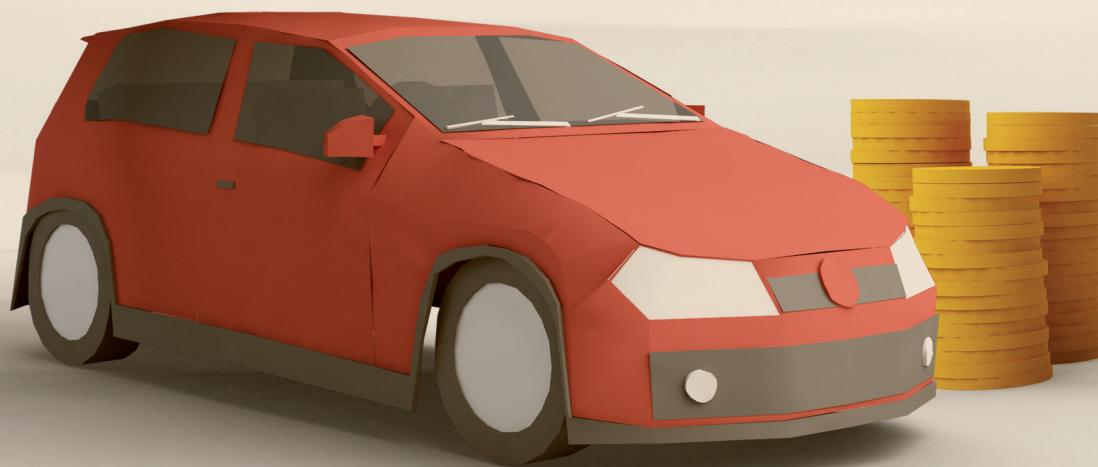
لما تقسّط سيارة مع أي بنك، إذا حبيت تسدد كل دفعاتك مّرة وحده،  
**سأل عن كلفة "التسديد المسبق".**

فروض السيارة بختلف إذا السيارة مستعملة  
أو جديدة وحسب نوعها.  
**قبل ما تقرر، تأكد أي قرض بيناس حاجتك.**

الفائدة على القروض أنواع، مش كل نسبة فايدة واطية بتعني  
إتو الفايدة فعلًا واطية، **سأل عنها واعرف كيف بتشتغل.**

لتعرف قرض السيارة الأنسب إلك، ما بكفي تطلع عالفايدة،  
**ضروري تقارن الدفعات الشهرية.**

لما تقسّط سيارة مع أي بنك، لازم تأمنها حتى ترتاح،  
**ضروري تسأل هالتأمين شو كلفته وشو بيغطي.**



خدمات مصرفية بكل وضوح

1570 

 / BankAudiGroup  
[www.banqueaudi.com](http://www.banqueaudi.com)

**بنك عَوده**



لحظات ضعفنا ومرضنا، هي حقٌّ من حقوق الإنسان". وأضافت: "ليس هناك من أعمال كبيرة وأعمال صغيرة، مهن راقية ومهن دونية، بل هي نفوسنا وعاداتنا وقوانيننا التي تبعد عن جوهر حقوق الإنسان

واللعنف لتكرس التمييز، والتمييز عنف لا محال".

و اعتبرت ان الأمر

في يدنا. ويتوقف علينا نحن، ممّرضات وممّرضين ومرضى ومجتمعًا وسياسات، لأنّ نكون لاعنفيين حيال العدالة والكرامة، كي نليق بمهنة التمريض. فهل نحن كذلك في لبنان؟

وأشارت الى أن مهنة التمريض، هي مهنة اللعنف؛ واللعنف لا يتجسد إلا بالقطع مع "ثقافة الصمت" من أجل الحقوق والكرامة".

وانتهي الاحتفال بوقفة موسيقية لجوقة معهد الضمير - بعبدا.

وتتميز برنامج الاحتفال بحلقة حول تحسين بيئة عمل الممرضات والممرضين في لبنان، حاضر فيها كل من الدكتور محمد علم الدين، والإعلامية روى الأطراش والدكتورة اوغارييت يونان.

عرض الدكتور محمد علم الدين دراسة الوطنية عن تعزز الكادر التمريضي للعنف التوظيفي في لبنان ورأى

أنه لا يمكن تضمين جراح الناس عندما يكون المرض/ة نفسه جريحاً، مشيراً إلى أن من حق الممرض/ة ممارسة مهنتها في بيئة آمنة وأصفاف: "كثنا مسؤولون، فقد حان وقت العمل".

من جهتها وبأسلوب مبتكر إستحدثت روى الأطراش دراسة ميدانية سلطت منها الضوء على نظرية المجتمع بصفاته العمرية المختلفة للممرض/ة ودعت وسائل الإعلام كافة إلى إبراز الصورة الحقيقية بعيداً عن التشويه والنظرة السلبية.

ثم ألقى الدكتور أوغارييت يونان كلمة حقوق الإنسان واللعنف وشددت، فيها، على أن: "كرامة أي إنسان، يعمل من أجلنا في

# نقابة الممرضات والممرضين في لبنان احتفلت بيوم المرض/ة العالمي - نويعض تطلق حملة "حقوق الممرضات والممرضين وصون كرامتهم"

كما دعت الى الإقرار بأن النقص الموجود في الطاقم التمريضي يؤثر في سلامة المرضى وشفائهم، وإلى العمل على إقرار شروط عمل خاصة لقطاع التمريض والتدرج الوظيفي.

تحت شعار "بيئة حاضنة لعمل أفضل"، أحيت نقابة الممرضات والممرضين في لبنان يوم المرض/ة العالمي، لهذه السنة، في قصر الأونيسكو - بيروت، برعاهية معالي وزير الصحة العامة الاستاذ علي حسن خليل.

وطالبت بتحسين رواتب وإجور الممرضات والممرضين من خلال عقد عمل جماعي، أو سلسلة رتب ورواتب، بما يتاسب ويتماشى مع خبراتهم وفعاليتهم وإنجازاتهم.

وحضّرت على تطوير مهارات التواصل وبناء الثقة، وتفعيل الفكر النقدي، والمشاركة في إتخاذ القرارات، واستشعار النزاعات وإدارتها بالوسائل العلمية والمهنية اللاعنفية المناسبة.

كما ناشدت دعم العاملين في قطاع التمريض من النواحي الحقوقية والقانونية والمهنية ومتابعهم في جميع مراحل دراستهم إلى حين دخولهم إلى أماكن عملهم.

وبناءً على ما تقدم، أطلقت النقابة حملة حقوق الممرضات والممرضين وصون كرامتهم.

الكلمة الافتتاحية كانت لنقيبة الممرضات والممرضين في لبنان الأستاذة هلن سماحة نويعض، حرصت فيها، على مناشدة القيمين على القطاع الصحي تبني وإلتزام المبادئ الأساسية الرامية الى تعزيز التمريض، وتفعيل دوره، كقطاع شامل ذو موارد بشرية حيوية ومهنية وإقتصادية وإجتماعية قيمة ومميزة، وتعزيز حضور الممرضات والممرضين الكايف والوايق من حيث الكفاءات والتنويع والتأهيل.

واشارت الى أن من أجل تأمين سلامة المرضى والحفاظ على الجودة العالية من العناية يقتضي إلتزام القطاع الصحي، وخاصة المستشفيات، دوامات عمل مرنة حيث لا تخطى ساعات العمل ١٢٤ أسبوعياً، عملاً بتوصيات النقابة.

زعتري، ربيكا اسمر، انجيلا مسوح، صولنديا صعب، دانيال سعادة، رواد جمال الدين، ناتالي ريشا.

سلامة، سارة غزاوي، سلوى شغري، شنتال ماضي، لما صيداني، ليلى فرهود، لينا زوفكيان، محمد الفرخ، نايلة عون، هاجر ابو غزاله، سلوى مكارم.

تجدر الإشارة الى ان النقابة خلال عشر سنوات من عملها استطاعت ان تضم تحت جناحها وبشكل رسمي جيل من الممرضين والممرضات وقد كانت مرجعية هؤلاء النقابة التي اتخذت من مبني في سن الفيل مقرّاً لها، وقد شكل المقرّ الملاذ لهؤلاء لتذليل الهموم وحلّ المشكلات المتعددة بدءاً من الاعتبارات المادية.

عشر سنوات حملت الكثير من الإنجازات لنقابة اثبتت انّها نقابة رائدة لهمة مميزة. ولأن إنجازات السنوات العشر الأولى تتحدث عن ذاتها فان المنتظر هو إكمال مسيرة التطوير التي ستحظوا النقابة بسنواتها المقبلة، لأن الأساس التي انطلقت منه هي عملها كان متيناً.

وكانت نقابة الممرضات والممرضين قد سبق لها التحضير للاحتفال بذكرى تأسيسها العاشرة من خلال عقد لقاء مع عدد من الشخصيات الطبية والتربوية والمسرحية والأدبية والإعلامية للاستفادة من اقتراحاتهم والوقوف على نظرتهم لهنة التمريض ومنهم :

نضال الاشقر، سليمان بختي، د. شرف بو شرف، منى سكريه، ابراهيم خوري، د. نوار دياب، د. ايمان نويهض، د. احمد الجمال، هياام ابو شديد، ريتا شليط، د. محمد علم الدين، د. ليزا سالم، خليل رزق، روى الاطرش، د. حسان البشري.

## "التمريض قوة العناية والمعرفة والإبتكار"

"النقباء" السابعون الذين أعطوا من قلبهم وأنجزوا الكثير وهم: ايلي أعرج، أورسلا رزق وكيلر زبليط.

"الرائدات" وهن علامات مضيئة عملن على مدى سنوات في مجالهن ولا يزلن إسمًا وفعلاً مرجعاً في كفاءاتهن وهم : د.أمل منصور، أوديت سلامة، روت أكتاشاريان، سوسن عز الدين، سوسي بليان، غلاديس مورو، الأخت فرنسواز بخاش، فريدا يونان، د.ليلى فرهود، د.لينا بدر، هدى اسمر، د.هدى هاير.

"السفراء" اللامعون في الخارج في ممارسة العمل التمريضي وتدریسه وتطويره وتفعيل أبعاده العلمية وهم: د.شاكيه كتفيان، د.أناهيد كوليكي، د.سمير صولي، د.نورا قسيس، هوري مناسيان، انور عيسى، مازن غزيري، مريم كيلي. و"المتميّزان" وهم المسؤولون الذين يشغلون مراكز في المستشفيات أو في الوزارات والجامعات والمراكز الصحية او مسؤولون عن التربية والتوعية الصحية لمدارس عدّة وهم:

عايدة تلحوقي، بوبى بريديس، مارسيل حداد، فرنسواز بارود، رندا شاهين، رندا فرحا، هنادي جعفر، ريماء فران، د.سمير نور الدين، ميرانا عبد النور، ماغي ابو فياض، باربرة حداد، ماري كلير مهاوچ، سمر كاراتي، غادة العيلي، بهية الفتى، رنا عبد الملك، منال صعيبي، نادين عز الدين، جهينا بجاني، فاطمة زهوي، ساشا باشا، هيرا تشجيان، شمس عيسى، ناتالي بدارو، رفيقة

شكر خاص للمؤسسات الداعمة لهذا الإحتفال:  
- بنك بيبلوس  
- جمعية العزم والسعادة - القطاع الصحي



أوجد للجسم التمريضي هيكليته ومكانته ولمن جعلوا للممرضين نقابة تحميهم ويحمونها من وجع الزّمن وغدره ولمن يواصلون الطريق نحو تعزيز دور النقابة والعمل النقابي والإنساني.

إلى ذلك، تم تكرييم أعلام النقابة من أشخاص أعطوا النقابة وتميزوا من نقباء سابقين إلى أساتذة تعليم وروّاد في البحث والإدارة والممارسة والذين تركوا بصماتهم في مهنة التمريض.

وتحتاج لائحة المكرمين أسماء لامعة عملت متفانية في سبيل إعلاء شأن المهنة، وتوزعوا على فئات عدّة : "المناضلون" الذين ما زالوا على قيد الحياة أو زملاء رحلوا ناضلوا في سبيل رفع شأن المهنة وهم : وداد شيا، الأم ماري ليونارد مزرعاني، عايدة سلطان، خيرية علام، ايزابيل غرنغو، تماضر سكر، عايدة كيروز، محمد قوزما، شاكى بهادريان، حسيبة هزيم، الأخـت كلود البـير صـايـغ، جـوزـفـين

انتهـت الكلـمات لكنـ الحـفل لمـ يـنتهـ. إذـ كانـ الجـمـيعـ عـلـى موـعدـ معـ فيـلمـ وـثـائـقـيـ عـنـ النقـابـةـ عـبـرـ الإـعـلـامـ تـضـمـنـ سـرـداـ لـسـيـرـةـ النقـابـةـ وـانـجـازـاتـهاـ عـلـىـ كـافـةـ الصـعـدـ الإـدـارـيـةـ وـالـتـنـظـيـمـيـةـ وـالـقـانـونـيـةـ وـالـعـلـمـيـةـ إـلـىـ جـانـبـ مـحـطـاتـ بـارـزـةـ لـلـنـقـابـةـ فـيـ السـنـوـاتـ العـشـرـ الأولىـ معـ إـشـارـةـ أـنـ النقـابـةـ قـامـتـ بـإـحـيـاءـ يـومـ المـرـضـةـ وـالـمـرـضـ بـمـؤـتمـراتـ وـطـاـولـاتـ مـسـتـدـيرـةـ كـانـ الـهـدـفـ مـنـهـ توـسيـعـ دـائـرـةـ النـجـاحـ وـاحـضـانـ المـرـضـ فـيـ لـبـانـ خـيرـ اـحـضـانـ كـنـتـيـجـةـ لـلـتـوـاصـلـ الدـائـمـ بـيـنـ النـقـابـةـ وـاعـضـائـهاـ.

ولـأنـ النقـابـةـ تـقـارـبـ الـوـاقـعـ وـتـتـابـعـ عـنـ كـثـبـ الـحـرـاكـ الإـعـلـامـيـ أـطـلـتـ منـ نـافـذـتهاـ المـهـنـيـةـ عـلـىـ مشـهـدـ الإـعـلـامـ بـحملـاتـ تـحـثـ الشـبـابـ الجـامـعيـ عـلـىـ إـمـتـهـانـ التـمـريـضـ تـحـتـ شـعـارـ "اخـتـارـواـ التـمـريـضـ مـهـنـتـكـمـ لـتـؤـمـنـواـ مـسـتـقـبـلـكـمـ" وـشـرـعـتـ الـبـابـ لـعـلـاقـاتـ مـعـ الإـعـلـامـ بـوجـوهـ الـمـخـلـفةـ لـنـقـلـ حـمـلـاتـهاـ وـتـغـطـيـةـ لـقـاءـاتـهاـ وـمـدـ الجـسـورـ بـيـنـهاـ وـبـيـنـ الـإـنـسـانـ،ـ مـرـيـضاـ كـانـ أـمـ مـعـافـيـ.ـ وـوـجـهـ الـوـثـائـقـ تـحـيةـ لـكـلـ مـنـ

# نقابة الممرضات والممرضين تحتفل بالذكرى العاشرة لتأسيسها - نويهض أكدت أن الممرضات والممرضين هم العامود الفقري وشبكة الأمان للمريض

الصّحة. لتفسح بعدها المجال لنقيبة الممرضات والممرضين السيدة هلن سماحة نويهض التي أشارت إلى معنى المناسبة بما تحمله من تحيّةٍ إلى كل من عمل على خدمة المهنة وتاضل لإنشاء النقابة التي أصبحت بيتاً وملاذاً. وشددت على تعزيز الأسس الأخلاقية العالية للمهنة، وتعزيز دور القادة المهم وإنعتار الممرضات والممرضين العامود الفقري وشبكة الأمان للمريض. وطالبت نويهض بضرورة جعل أتعاب ورواتب الممرضات والممرضين تتناسب وفعالية إنتاجهم وخبراتهم بمعزل عن التعرفة الإستشفائية، ودعت في ختام كلمتها إلى وقف العجز في مجال التمريض



بالقضاء على معضلة الصمت وكذلك نبذ داء التسلط والتهميشه وقف هجرة اليد العاملة.

وباسم صاحب الرعاية توجه معالي وزير الدولة بانوس منجياني بالتهاني للممرضات والممرضين في عيد تأسيس نقابتهم مثنياً على دورهم الرائد في القطاع الصحي وأدائهم المميز الذي ينعكس على جودة العناية الصحية.

في الثاني عشر من كانون الأول ٢٠١٢ أطّأ الممرضات والممرضون شمعة نقابتهم العاشرة في قصر الأونيسكو ليضيئوا في سماء الوطن الكثير من سنوات التضحية وبذل العمر والخدمة لنشر الأمان والدفء في جسد كلّ مريض ونفسه.

تحت عنوان "التمريض بين الإعلام والأعلام" احتفلت النقابة، برعاية كريمة من رئيس الحكومة اللبنانية الأستاذ نجيب ميقاتي ممثلاً بمعالي وزير الدولة العميد بانوس منجياني، بما يقوم به الممرضات والممرضين من واجب مهني وانساني بلا اي تمييز في اللون او

العرق او الدين او الجنس، أياد تمتد للجميع انطلاقاً من مبدأ ان الناس متساوين في المجتمع وأمام المرض. وحضر الحفل وزراء ونواب وفعاليات صحّية وإجتماعية وتربيّة ونقابية وممرضات وممرضين من لبنان والعالم العربي.

وكانت كلمة قيمة مقدمة الإحتفال الإعلامية هيام ابو شديد عبرت فيها، بأدائها المتميز، عن دور التمريض والنقابة في ميدان

# أخبار ونشاطات النقابة



## مهنة التمريض ... رؤيا وطلعات

أتوجه بالتحية عبر مجلة النقابة اليكم ايها الممرضات والممرضين في لبنان أحبي عزيزتكم وأثمن دوركم الصحي والوطني الرائد والمتميز.

أيها الزميلات والزملاء،

تطور مهنة التمريض وإنشارها وأهميتها يفرض علينا وضع رؤيا وطلعات مستقبلها وإزدهارها، وهذا يتطلب تضافر جهود القيمين على النقابة وجهودكم. عملنا يتطلب خطة متكاملة تؤدي تباعاً إلى تحسين واقع المهنة وجعل صوت العاملين فيها مسموعاً. إن ثبيت قيمة الممرضات والممرضين العلمية والإقتصادية والإجتماعية ومد جسور التواصل بيننا وبين كافة القطاعات الصحية أمر حتمي وهام.

تعمل النقابة منذ سنوات لإحداث تغيير في مفهوم مسيرة المهنة ضماناً لاستمرارها وتحسين جودة العناية عن طريق تقييم القادة من الممرضات والممرضين والإفادة والإستثمار في مبادراتهم وخبراتهم ومهاراتهم جميعاً. إن الخسارة التي يتعرض لها القطاع التمريضي متعدة أهمها ثقافة الصمت المتفشية التي لم تعد تجدي نفعاً وأصبحت تشكل أمام المهنة عائقاً خطيراً يهدى الطاقات.

أما من الناحية العلمية، ولماكبة التطور والتكنولوجيا والأبحاث والمعرفة، تسعى النقابة لرفع مستوى الشهادات وإعتبار البكالوريوس في علوم التمريض مستوى أساسى وكذلك تدعو الى سلوك المسار بين التعليم التقني والجامعي. المطلوب الى جانب إستثمار خبرات الأساتذة والمتخصصين والخبراء تطوير المهارات وتكنولوجيا المعلومات واستعمال الوسائل والأساليب المتقدمة لتأمين أفضل عناية على الصعيد المحلي والخارجي مع الحفاظ في الوقت ذاته على المواهب والطاقات البشرية كحجر أساس في بناء السياسة التمريضية والصحية عامة.

ولضمان سير المهنة وديموتها كان التواصل مع الطلاب من خلال التعريف عن المهنة ومزاياها ودورها وأهميتها وذلك من أجل تجنيد العدد الأكبر منهم في صفوفنا وتوظيفهم في مشاريع تشجعهم على الإستكشاف تباعاً ضماناً لحيوية المهنة. إن العنصر الفتى من الممرضات والممرضين يؤثر إيجاباً في نوعية العناية ويبعث الحيوية فيها.

أيها الزملاء،

منذ إسلامي مهامي النقابية شددت على إعتبار النقابة ملاذكم وتمسكت بدوركم كشبكة أمان في المجتمع والقطاع الصحي وعملت على تحسين أوضاعكم الإقتصادية بما يتناسب مع متطلبات عملكم ومجهودكم وأكيدت على أهمية التواصل والتسييق وتبادل الخبرات وتقريب المسافات بين الأطر العلمية المختلفة كالبحث والتعليم والممارسة والإدارة...

وأخيراً والى جانب إطلاق الحملة ضد العنف من خلال تأمين بيئة عمل أفضل يقتضي بناء الثقة بالنفس وإستئصال داء التسلط والمنازعة وابتکار أسلوب عمل يعتمد على حسن التعبير والفكر الناقد والوضوح والمشاركة والتقاهم وتشجيع رأي الآخر والدعم المتبادل لأن تحسين المهنة وتمتينها يبدأ من داخلها.

نقيبة الممرضات والممرضين  
هلن سماحة نويهض





# فهرس

٥	كلمة النقيبة هلن سماحة نويهض
<b>أخبار ونشاطات النقابة</b>	
٧	العيد العاشر لتأسيس النقابة
١٠	يوم المرض/ة العالمي - أيار ٢٠١٢
١٣	نشاطات نقابة الممرضات والممرضين في لبنان
٢٠	مشروع قانون سلسلة الرتب والرواتب
٢٢	وحدات التعليم المستمر للممرضات والممرضين
٢٤	إنطلاق العمل بصناديق التقاعد
<b>دراسات</b>	
٢٧	نتائج الدراسة الوطنية عن العنف ضد الكادر التمريضي في لبنان - د. علم الدين
٢٩	الضحك والسرطان- ج. حداد
<b>تكريم</b>	
٣٣	الأمانة العامة للإتحاد الدولي للممرضات والممرضين الفرنكوفون تقديم تكريم النقيبة كلير غفرني زبليط SIDIEF

# ”التمريض قوة العناية والمعرفة والإبتكار“



## التمريض بين الإعلام والأعلام

[f orderofnurseslb](https://orderofnurseslb) [@orderofnurseslb](https://orderofnurseslb) [www.orderofnurses.org.lb](http://www.orderofnurses.org.lb) t • 01 490774





**رئيسة التحرير:** هبة حبيب شختورة

**الإشراف العام:** النقيبة هلن سماحة نويهض

**هيئة التحرير:** بهية المفتى  
د. لينا قرداحي بدر  
فيكي جبران  
مهى خوري  
ناتالي ريشا

**المستشارة الإعلامية:** جومانه رزق برق

**تصميم وإخراج:** أنطوان بدوي

**الطباعة:** Chemaly&Chemaly Printing Press

# المجلة اللبنانية للتمريض

الصادرة عن نقابة الممرضات والممرضين في لبنان

