



Lebanese Journal of Nursing Revue Libanaise de l'infirmier (e)

issue 4 - 2014



Order of Nurses in Lebanon ● Sin El Fil, Beirut Hall, Boulevard Pierre Amine Gemayel
نقابة الممرضات والممرضين في لبنان ● سن الفيل، بيروت هول، بولفار بيار أمين الجميل
Ordre des Infirmier/ères au Liban ● Sin el Fil, Beirut Hall, Boulevard Pierre Amine Gemayel
P.O. Box: 55311 Beirut, LEBANON

T: +961 1 490 774 ● M: +961 70 933 258 ● F: +961 1 490 776

info@orderofnurses.org.lb ● www.orderofnurses.org.lb



orderofnurseslb



@orderofnurseslb

Table des matières / Table of contents

Articles scientifiques / Scientific articles

Nursing Faculty Teaching a Module in Clinical Skills to Medical Students: A Lebanese Experience Abdallah El-Moufti B., Irani J., Dakessian Sillian S., George Gebran V. & Rizk U.	4
Les facteurs prédictifs de l'adhésion thérapeutique chez les diabétiques de type 2 dans un centre hospitalier à Beyrouth Békarian G. & Atallah R.	8
L' infirmière et l'éducation pour la santé en milieu scolaire ; comment définir son rôle éducatif au sein de l'équipe pédagogique Sabbagh M-T.	16
Evaluating quality of care, spirituality, and relationships among children with cancer and parents Mosleh Al-Gharib R., Abu-Saad Huijer H. & Drawish H.	22
L'impact de la motivation du personnel soignant sur le rendement financier de l'hôpital Dableh S.	28
Sleep in the elderly: what do we know? Dakessian Sillian S.	35
Comment les adolescentes libanaises vivent-elles la dysménorrhée et l'expérience menstruelle ? Santina T. & Saouma Nehmeh M.	42
Représentations sociales de la maladie mentale chez les proches des personnes atteintes du Haut-Chouf Zebian Z. & Bou-Assy F.	49
L'expérience vécue des personnes ayant subi une transplantation rénale et vivant dans le Haut-Chouf Azzam I. & Bou-Assy F.	56

Réalisations / Success stories

Les soins palliatifs et l'accompagnement Mouhaweij M-C.	66
---	----



Articles scientifiques
Scientific articles

Nursing Faculty Teaching a Module in Clinical Skills to Medical Students: A Lebanese Experience

Bahia Abdallah El-Moufti, BSN, MPH, IBCLC

Lecturer, Assistant Director of the Nursing Program at the Faculty of Health Sciences, University of Balamand, Beirut, Lebanon

Jihad Irani, MD, MPH

Assistant Professor of Family Medicine and coordinator of clinical skills teaching at the Faculty of Medicine and Medical Sciences, University of Balamand, Beirut, Lebanon

Silva Dakessian Sailian, RN, MPH

Instructor, Nursing Program at the Faculty of Health Sciences, University of Balamand, Beirut, Lebanon

Vicky George Gebran, RN, MSN

Lecturer, Nursing Program at the Faculty of Health Sciences, University of Balamand, Beirut, Lebanon

Ursula Rizk, BSN, MPH

Director, Nursing Program at the Faculty of Health Sciences, University of Balamand, Beirut, Lebanon.

Abstract

Collaboration in education among medical and nursing professions can improve students' performance in clinical skills and consequently positively impacts the quality of care delivery.

Nursing faculty teaching medical students basic nursing skills is a relatively new trend. In 2011, the Faculty of Medicine in collaboration with the Faculty of Health Sciences-Nursing Program at the University of Balamand, Lebanon, launched a "Module in Clinical Skills" as part of clinical skills teaching to MED-1 students. The module is prepared and delivered by the nursing faculty in a nursing laboratory setting. It consists of informative teaching as well as hands-on laboratory practice. Most of the respondents reported that this experience prepared them better for clinical rotations, while increasing their confidence and decreasing anxiety level. Nursing faculty participating in medical students' skills teaching was well perceived, had a positive impact and showed nurses as proficient teachers.

Background

Interprofessional and Cross-Professional Education has gained attention as a new method of teaching in different medical schools and faculties worldwide (Elms & Chumley, 2006). Inter-Professional Education (IPE) allows students of different majors, for instance medical and nursing students, to share the same classroom and learn together. It occurs when "two or more professions learn with, from and about each other to improve collaboration and the quality of care" (UK Center for the Advancement of Interprofessional Education, 2002). Cross-Professional Education (CPE) encourages faculty members from different specialties and professions to teach students of the same major to share their unique expertise (e.g. nursing faculty teaching medical students). The concept of nurses teaching undergraduate medical students has been acknowledged in many settings such as primary care, obstetrics, pediatrics, community care and

to some extent in teaching physical examination (Bradley, Bond, & Bradley, 2006; Anderson, Lennox, Peterson, 2004). CPE is a new promising approach that could respond to medical students' needs in terms of clinical competencies. It also enhances nurses' role and image as professional members within the interdisciplinary health care team.

For the last two decades, there have been concerns about the adequacy of clinical skills education of junior doctors in terms of content and competency. These concerns were mainly centered on the unpreparedness and high anxiety of medical students in their early clinical practice (Association of American Medical Colleges, 2008; Kalaca, Sarikaya, Keklik, Gulpinar, 2003; Wood, 2003; Matheson & Matheson, 2009). According to Hannon (2000), more than 90% of the first year post graduate medical students did not gain the required skills during their clinical internship. Innovative and collaborative educational strategies have been implemented to enhance the clinical performance of medical students. Such tactics in education are believed to affect positively on students' perceptions, add to the value of the learning experience and consequently impact the quality of patient care delivery (Tucker et al, 2003; Bradley et al 2006; Elms & Chumley, 2006)

Bradley et al, 2006, conducted a study aiming at exploring the opinions of 206 first year medical students regarding nurses teaching clinical skills in comparison to the teaching by medically qualified clinicians in Liverpool, UK. Students were strongly supportive in their opinion of nurse tutors and appreciated them as teachers in the clinical skills. Likewise, an Australian experience of nursing faculty teaching medical students had an outstanding impact on the confidence and preparedness of their junior medical students (Elms & Chumley, 2006). In the latter study, medical students perceived the laboratory skills module taught by nurses as either outstanding or good. Moreover, Tucker et al. (2003) reported that inter-professional learning of clinical skills for medical and nursing students increased their confidence in performing skills. This experience made students more aware of each other's profession and responsibilities and created the opportunity to interact.

The latter study also revealed increased propensity of students for better quality patient care.

Lebanese Experience

Within the Lebanese context, and to the authors' knowledge, there is no published research about collaborative education between nursing faculty and medical students. From this perspective, CPE was initiated at the University of Balamand, between the Faculty of Medicine and the Faculty of Health Sciences/ Nursing Program where the nursing faculty took charge of teaching medical students "A Module in Clinical Skills" in a laboratory setting. Students' initiation to history taking and physical examination skills starts in MED-I, and extends into MED-II within the framework of "Clinical Skills" courses I and II, respectively. During these courses, they are assigned to clinical rotations at the affiliated hospital for a period of 4 weeks.

In 2011, and in order to better prepare students for their "clinical rotation", MED-I students were introduced to a "Module in Clinical Skills", within the context of their Clinical Skills-I course. This Module was prepared and delivered by nursing faculty staff from the FHS. The selected faculty were experienced Master's degree holders and full time lecturers of such skills incorporated in the Fundamentals in Nursing Practice course given to first year nursing students. The Module consisted of informative teaching as well as nursing laboratory skills practice. The module content and framework were developed after reviewing the literature around this topic. The four nursing skills agreed upon were: hand-washing, medication administration (intramuscular, subcutaneous, intradermal injections, intravenous (IV) drip/push), IV insertion and removal, and nasogastric (NG) tube insertion and removal.

More than one hundred and thirty medical students attended this module in clinical skills between 2011 and 2012. All students attended the informative lectures; students were divided into small groups for the laboratory sessions. Every student attended a total of two nursing laboratory skills sessions, three hours each (hand

washing, IM/SC/ID injection, IV insertion/removal, IVD and IVP administration, and nasogastric tube insertion/removal) to complete the course. Role modeling was performed on mannequins by nursing faculty, where patient-centered approach, effective communication and ethical principles were demonstrated while maintaining safety measures towards the client and oneself throughout the procedures. The role-play was re-demonstrated by individual students on mannequins ensuring that all necessary steps were maintained and performed. Additionally, IM, S/C and ID injections were also performed on peers in the group. An evaluation tool was completed by the students at the end of the Clinical Skills module I to evaluate the experience. All the respondents (100%) stated that the course provided adequate opportunities to enhance their clinical skills in knowledge and confidence. In addition, it strengthened their communication and enhanced their ability to care for patients while decreasing their anxiety. Concerning nursing faculty evaluation, the medical students highly appreciated the nursing faculties' expertise and preparedness, perceiving them as knowledgeable and resourceful.

These findings are in accordance with Elms & Chumley (2006) where medical students rated the nursing laboratory module as outstanding or good. Likewise they are also consistent with the results revealed by Tucker et al (2003), and Bradley et al (2006), where the medical students reported increased confidence in performing clinical skills and the nurse is perceived as a valuable clinical instructor in preparing medical students for their early clinical rotation.

This unique experience of nurse led laboratory training at the University of Balamand reveals that CPE has a positive impact on collaboration among different disciplines. It nurtures mutual dignity, understanding of each others' role. Thus, since 2011 the course has become an essential requirement for medical students.

Additional studies are needed to better understand the long term impact of incorporating nurse-led laboratory teaching in medical education, and consequently on the delivery of patient care, nurses' self-esteem, nurse/physician collegiality, and long term effect on nurse turnover and recruitment.

REFERENCES

- Anderson, E. S., Lennox, A., & Petersen, S. A. (2004). New opportunities for nurses in medical education: facilitating valuable community learning experiences. *Nurse education in practice*, 4(2), 135-142.
- Bradley, P., Bond, V., & Bradley, P. (2006). A questionnaire survey of students' perceptions of nurse tutor teaching in a clinical skills learning program. *Medical Teacher*, 28 (1), 49-52.
- Elms, S.A. & Chumley, H. (2006). Nursing faculty teaching basic skills to medical students. *Medical teacher*, 28 (4), 341-344.
- Hannon, F. B. (2000). A national medical education needs' assessment of interns and the development of an intern education and training programme. *Medical Education*, 34(4), 275-284.
- Kalaca, S., Sarikaya, O., Keklik, D., & Gulpinar, M.A. (2003). What do we know about the anxieties of new clinical students? *Medical Education*, 37, 390.
- Matheson, C., Matheson, D. (2009). How well prepared are medical students for their first year as doctors? The views of consultants and specialist registrars in two teaching hospitals, *Postgraduate Medical Journal*, 85, 582-589.
- The Association of American Medical Colleges (2008). Recommendations For Clinical Skills Curricula For Undergraduate Medical Education, Retrieved August (2008) from https://www.aamc.org/download/.../clinicalskills_oct09.qxd.pdf
- Tucker, K., Wakefield, A., Boggis, C., Lawson, M., Roberts, T., & Gooch, J. (2003). Learning together: clinical skills teaching for medical and nursing students. *Medical Education*, 37, 630-637.
- Wood, F. D. (2003). Evaluating the outcomes of undergraduate medical education. *Medical Education*, 37, 580-581.



LAU

**Alice Ramez Chagoury
School of Nursing**



Future
Leaders

Health Care

Innovative

Research

Future
Leaders

Professional

Nurses

**Proud to be an
LAU Nurse**

Visit: <http://nursing.lau.edu.lb>

Les facteurs prédictifs de l'adhésion thérapeutique chez les diabétiques de type 2 dans un centre hospitalier à Beyrouth

Gariné Békarian, inf., M.Sc
Faculté des Sciences Infirmières,
Université Saint-Joseph,
Beyrouth.

**Randa Atallah, inf., Ph.D
(cand)**
Chef de département de
formation supérieure, Faculté des
Sciences Infirmières, Université
Saint-Joseph, Beyrouth.

Résumé

Le taux d'adhésion thérapeutique (AT) est faible chez les diabétiques libanais. Le but de l'étude est d'identifier les facteurs prédictifs de l'AT chez les DT2. Les résultats montrent que 67,6 % des DT2 sont non adhérents et la majorité a un faible sentiment d'auto-efficacité à adopter les comportements de santé. Les facteurs prédictifs de l'AT sont : l'âge, le sentiment d'auto-efficacité pour la nutrition spécifique et le poids, pour la nutrition générale et le traitement et pour l'exercice physique. Le *counseling* et le *coaching* de l'infirmière sont des interventions efficaces afin de renforcer le sentiment d'auto-efficacité et par suite d'améliorer le niveau d'AT chez les diabétiques.

Introduction

Le diabète sucré est devenu un véritable fléau ; sa prévalence continue à augmenter dans le monde entier. Récemment, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la Fédération internationale de diabète ont tiré la sonnette d'alarme et ont estimé qu'en 2035, le nombre de diabétiques atteindrait les 592 millions (FID, 2013) et le diabète serait la 7ème cause de décès dans le monde en 2030 (OMS, 2011).

Le diabète type 2 est le type de diabète le plus fréquent et représente 90 à 95 % des cas. Il est surnommé le « tueur silencieux » parce qu'il peut aboutir à des complications microvasculaires et macrovasculaires avant que le diagnostic ne soit prononcé. D'où l'importance de la gestion du DT2 qui nécessite souvent une adhésion thérapeutique de la personne diabétique à plusieurs activités (ADA, 2014 ; CDC, 2013 ; FID, 2013). L'AT réfère à la volonté de la part du patient de participer de

façon active au traitement ou comportement de santé établi en collaboration avec le professionnel de santé (Ramirez-Garcia & Coté, 2004). Afin d'évaluer l'adhésion thérapeutique chez les patients diabétiques, l'HbA1C est l'indicateur biologique le plus crédible qui permet d'estimer la moyenne du taux de glycémie au cours des 60 à 90 jours précédents (ADA, 2014 ; O'Hea, Moon, Grothe, Boudreaux, Bodenlos, Waltson & Brontley, 2009).

Plusieurs facteurs liés à l'AT ont été identifiés dans les écrits : les facteurs internes liés au patient (caractéristiques sociodémographiques et sentiment d'auto-efficacité) et les facteurs externes liés à la maladie et à son traitement (comportements d'autogestion et la durée de la maladie).

Sur la liste des pays du Moyen-Orient ayant une prévalence élevée du diabète type 2, le Liban occupe la 7ème place avec un taux de 15 % de diabétiques (FID, 2013). Selon le rapport du ministère de la Santé

publique au Liban (MSP), le nombre de patients hospitalisés en 2011 à cause du diabète était de 3 183 personnes. Une étude récente a montré qu'un grand nombre de diabétiques au Liban ont un taux d'adhésion ne dépassant pas les 29,6 % pour la majorité des recommandations (Azar, Malha, Zantout, Naja, Younès & Sawaya, 2013). De plus, la plupart des DT2 au Liban sont traités par les ADO uniquement (73,3 %). D'ailleurs, dans un centre hospitalier universitaire (CHU) à Beyrouth, les endocrinologues énoncent un mauvais contrôle glycémique avec un taux nettement élevé d'HbA1C chez un grand nombre de DT2. Il faut noter aussi qu'au Moyen-Orient, plusieurs facteurs culturels font obstacle à la prise en charge du DT2 comme le sentiment de honte provoqué par l'atteinte de la maladie auprès des diabétiques orientaux qui tentent de survivre et de se faire accepter par la société (Khoury, 2001).

Face à cette situation aggravante et à ce taux élevé de DT2 au Liban, il serait donc intéressant de mener une étude qui aurait pour but d'identifier les facteurs prédictifs de l'adhésion thérapeutique chez les DT2 fréquentant les cliniques des endocrinologues dans un CHU à Beyrouth.

Les résultats de cette étude permettront d'identifier les facteurs-clés qui influencent l'adhésion thérapeutique. L'identification de ces facteurs va, d'une part, aider les professionnels de la santé à développer des interventions spécifiques centrées sur chaque patient DT2 en l'incitant à intégrer des comportements pour mieux gérer sa condition de santé, à prévenir les complications à long et court terme et améliorer sa qualité de vie. D'autre part, cela va aider le patient DT2 à s'engager plus dans les recommandations de santé et à maintenir un contrôle glycémique optimal.

Méthode

L'étude est de type corrélationnel prédictif. L'échantillon de convenance est formé de 182 patients DT2 qui répondent aux critères de sélection suivants :

1) âgé de plus de 18 ans ; 2) sachant lire et écrire l'arabe ; 3) diagnostiqué comme DT2 depuis au moins un an ; 4) traité par les antidiabétiques oraux ; 5) ayant effectué un dosage de l'HbA1C au cours des 3 mois précédant l'enquête. Les variables retenues sont schématisées dans un cadre empirique issu des écrits (fig.1).

Le déroulement de l'étude

L'enquête a été réalisée en deux parties pour éviter l'effet du carême du mois de ramadan sur l'HbA1C. La première s'est étendue de mars 2013 jusqu'à juin 2013 et la deuxième entre septembre 2013 et février 2014. Lors de la visite médicale routinière, chaque patient DT2 éligible a été identifié par son endocrinologue et a été dirigé vers le bureau de recherche. La collecte des données a été réalisée à l'aide d'un questionnaire. Les deux instruments de mesure utilisés sont « *Summary of Diabetes Self-care Activities Measure* » (2000) pour mesurer les comportements d'autogestion du diabète et « *Diabetes Management Self-Efficacy Scale* » (1999) pour mesurer le sentiment d'AE. Ils ont été traduits et validés par un groupe d'experts et testés auprès de la population libanaise.

La confidentialité, la liberté et le droit de participer ou non à l'étude ont été respectés. Un consentement écrit a été signé par les patients et une autorisation orale des endocrinologues a été obtenue permettant de solliciter leurs patients aux fins de l'étude. La saisie des données a été réalisée sur le logiciel « *Statistical Package for the Social Sciences* » (SPSS) version 21,0.

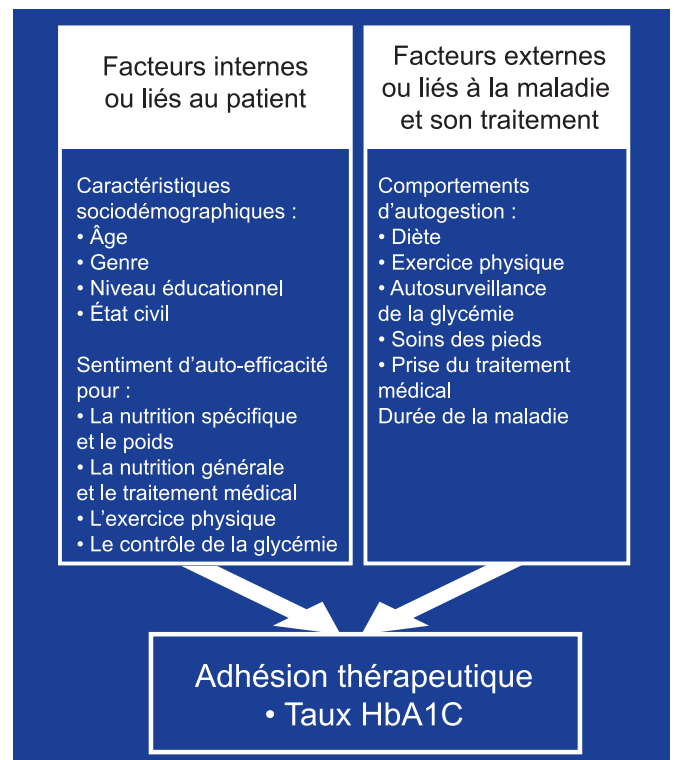


Figure 1 : Cadre empirique de l'étude

Résultats

Analyse descriptive

L'échantillon est formé de 105 hommes (57,7) et 77 femmes (42,3 %) dont la majorité sont mariés (87,9 %). Leur niveau éducationnel varie entre secondaire ou TS (33 %) et primaire ou moins (24,5 %). La moyenne d'âge est de 60 ans. Le pourcentage de patients non adhérents est plus élevé que ceux qui présentent une adhésion thérapeutique adéquate (67,6 % versus 32,4 %). La moyenne de la durée de la maladie est de 9 ans.

Le niveau du sentiment d'AE à gérer le diabète chez les participants est faible vu que les moyennes du score d'AE pour la totalité des comportements sont en dessous de la moyenne. Ainsi, les items ayant les moyennes les plus élevées au sentiment d'auto-efficacité sont : « peut prendre le traitement selon prescription » ($8,89 \pm 2,38$) et « peut visiter le médecin une fois par année » ($8,51 \pm 2,8$). Par contre, le sentiment de pouvoir pratiquer les soins des plaies au niveau des pieds et régler la diète alimentaire en cas de maladie s'avère le plus faible avec les moyennes successivement $1,85 \pm 2,83$ et $1,86 \pm 2,38$.

Parmi les comportements d'autogestion, la moyenne la plus élevée est celle de la prise de la médication par semaine qui est de $6,30 \pm 1,6$ jours. Par ailleurs, les deux comportements les moins adoptés par les diabétiques de type 2 sont la pratique des soins des pieds ($0,59 \pm 1,34$) et la pratique d'un exercice physique ($1,05 \pm 1,28$).

Tableau 1 : Association entre les facteurs internes et l'adhésion thérapeutique chez les DT2 de l'échantillon (n = 182)

Facteurs internes	Adhésion thérapeutique				χ^2 a	p
	Oui		Non			
	n	%	n	%		
Genre					0,00	0,990
Homme	34	57,6	71	57,7		
Femme	25	42,4	52	42,3		
État civil					2,31	0,128
Marié	55	93,2	105	85,4		
Non marié	4	6,8	18	14,6		
Niveau éducationnel					2,14	0,544
Primaire ou moins	18	30,5	27	22		
Complémentaire ou BT	11	18,6	31	25,2		
Secondaire ou TS	18	30,5	42	34,1		
Universitaire	12	20,3	23	18,7		
	M^b±ET		M^c±ET		t^d	p
Âge	63,20±10,60		58,51±11,52		-2,71	0,008*
Sentiment d'AE pour						
Exercice physique	5,03±2,08		3,05±2,47		-5,63	0,000*
Nutrition générale et traitement	4,97±1,44		4,27±1,70		-2,87	0,005*
Nutrition spécifique et poids	4,82±2,06		3,08±2,24		-5,14	0,000*
Contrôle de la glycémie	3,88±3,46		4,10±2,90		0,44	0,660

^a χ^2 : Khi deux ; ^b Moyenne ; ^c Écart-type ; ^d Test t de Student

* p est significative si $p < 0,05$

Analyse bivariée

Parmi les facteurs internes, l'adhésion thérapeutique est associée significativement à l'âge ($p = 0,008$) et les 3 dimensions du sentiment d'AE ($p < 0,05$). Les diabétiques adhérant aux recommandations thérapeutiques ont un sentiment d'AE plus important à suivre une diète spécifique et contrôler leur poids ($p = 0,000$), à suivre une nutrition générale et le traitement médical ($p = 0,005$) et à pratiquer un exercice physique ($p = 0,000$) que ceux qui ne le sont pas (**tableau 1**).

Parmi les facteurs externes, il existe une association statistiquement significative entre l'adhésion thérapeutique et trois comportements d'autogestion qui sont : suivre une diète générale ($p = 0,019$), suivre une diète spécifique ($p = 0,020$) et pratiquer un exercice physique ($p = 0,002$) (**tableau 2**).

Tableau 2 : Association entre les facteurs externes et l'adhésion thérapeutique chez les DT2 de l'échantillon (n = 182).

Facteurs externes	Adhésion thérapeutique					
	Oui		Non		T ^c	p
	M ^a	ET ^b	M	ET		
Comportements d'autogestion Prise de traitement (jours)	6,36	1,62	6,28	1,62	-0,30	0,758
Diète spécifique (jours)	4,05	1,82	3,39	1,63	-2,37	0,020*
Diète générale (jours)	2,48	2,25	1,65	2,09	-2,37	0,019*
Autosurveillance de la glycémie (jours)	1,84	2,48	2,27	2,52	1,07	0,283
Exercice physique (jours)	1,45	1,11	0,86	1,32	-3,15	0,002*
Soins des pieds (jours)	0,56	1,45	0,60	1,30	0,20	0,841
Durée de la maladie	9,30	6,37	8,89	6,28	-0,40	0,688

^aMoyenne ; ^bÉcart-type ; ^cTest t de Student

* p est significative si $p < 0,05$

Analyse multivariée

Les résultats de la régression logistique ont montré que parmi les facteurs internes et externes, l'âge et le sentiment d'AE pour la nutrition spécifique et le poids, pour la nutrition générale et le traitement médical et pour l'exercice physique sont les 4 facteurs qui prédisent l'adhésion thérapeutique chez les DT2 ($p < 0,05$) (**tableau 3**).

Donc, l'adhésion thérapeutique des patients DT2 augmente quand l'âge augmente (OR = 1,03). Aussi lorsque le sentiment d'AE pour la nutrition spécifique augmente, le niveau d'adhésion thérapeutique augmente-t-il [OR = 1,03 ; (IC : 1,07-1,87)]. De même, à chaque fois que le sentiment d'AE pour la pratique de l'exercice physique est élevé, le niveau d'adhésion thérapeutique est élevé [OR = 1,28 ; (IC : 1,03-1,57)]. Par contre, le sentiment d'AE pour la nutrition générale et le traitement médical chez les DT2 diminue, l'adhésion thérapeutique augmente (OR = 0,66).

Tableau 3 : Analyse de régression logistique prédisant l'adhésion thérapeutique chez les DT2 (n = 182).

Variables	Adhésion thérapeutique		
	OR	IC 95 %	p
AE pour la nutrition spécifique et poids	1,42	1,07-1,87	0,013*
AE pour l'exercice physique	1,28	1,03-1,57	0,021*
Diète spécifique	1,18	0,95-1,46	0,123
Exercice physique	1,08	0,79-1,47	0,625
Âge	1,03	1,01-1,07	0,027*
Diète générale	1,01	0,83-1,23	0,872
AE pour la nutrition générale et le traitement	0,66	0,46-0,96	0,029*

OR : Odds Ratio ; IC : Intervalle de confiance à 95 % * p est significative si < 0.05

Les recommandations de l'étude

Sur le plan pratique

Sur le plan pratique, il serait pertinent de :

1) Développer un programme d'éducation thérapeutique qui permettra :

- d'évaluer, de corriger et de fournir les informations concernant le diabète, ses symptômes et ses conséquences.

- d'apprendre au patient DT2 comment gérer le diabète en adoptant les 5 comportements de santé qui sont la diète, l'exercice physique, l'autosurveillance glycémique, le soin des pieds et la médication ; cela dans le but d'améliorer son contrôle glycémique et de promouvoir l'adhésion thérapeutique.

- d'inciter les patients à noter n'importe quel changement au niveau de leur état de santé et réviser le médecin.

- d'utiliser une approche individuelle et de mettre un plan de soin individuel pour chaque patient et de déterminer les objectifs et fixer les buts à atteindre.

- d'intégrer les 4 sources d'influence du sentiment d'AE dans les approches pédagogiques du programme d'éducation. Travailler ainsi sur le renforcement du sentiment d'AE à changer les comportements pour que le patient DT2 ait confiance en lui-même pour effectuer les nouvelles activités qui nécessitent un effort personnel.

2) Créer un bureau de *counseling* infirmier centré sur le patient diabétique à côté des cliniques des

endocrinologues pour pouvoir rencontrer chaque patient après la visite médicale. Cela pourrait aider le patient à se sentir confiant et à poser ses questions et exprimer ses craintes au sujet de l'autogestion du DT2. L'infirmière accompagnera ainsi chaque patient, surtout ceux qui sont nouvellement diagnostiqués, afin de retarder les complications dues au mauvais contrôle glycémique. Parallèlement à l'éducation, l'infirmière a un rôle très important de coach dans le suivi de chaque patient tout au long des années pour évaluer l'application des recommandations et répondre aux besoins et difficultés des patients DT2, et cela par des appels téléphoniques et des rendez-vous.

3) Faire des campagnes de dépistage du diabète, en collaboration avec le ministère de la Santé, et faire des séances d'éducation dans les centres socio-médicaux de toutes les régions tout en respectant les barrières culturelles.

4) Mettre un plan stratégique pour améliorer le système de santé au Liban facilitant l'accessibilité aux soins qui serait d'une grande aide pour améliorer l'adhésion chez les DT2.

5) Créer des centres d'éducation en diabétologie dans tous les hôpitaux.

6) Insister sur l'importance du rôle éducatif de l'infirmière dans les centres hospitaliers, de sorte que les infirmières soignantes élaborent des plans d'éducation types pour les diabétiques.

Au plan de la formation

Il serait indispensable de souligner que le rôle éducatif de l'infirmière est la clé de la prise en charge totale du patient diabétique dans les formations initiales et continues. Ainsi, il serait intéressant :

1) d'aborder le thème des concepts psycho-cognitifs plus en détail avec les étudiants ;

2) d'approfondir la connaissance des étudiants sur les 4 sources d'influence du concept de l'AE de Bandura vu que ce concept est largement étudié et lié aux différents comportements de santé ;

3) de créer un diplôme universitaire en diabétologie, tout en tablant sur l'éducation thérapeutique par les infirmières auprès des patients diabétiques.

Au plan de la recherche

Il serait important de :

1) mener une étude nationale pour décrire la prévalence des diabétiques de type 1 et type 2 au Liban, ainsi que leur niveau d'adhésion aux recommandations de santé ;

2) mener une étude sur les facteurs prédictifs de l'adhésion chez les patients DT2 traités par l'insuline au Liban ;

3) mener une étude sur tous les facteurs psychologiques influençant l'adhésion chez les diabétiques, tels que le locus de contrôle, le soutien social et la dépression ;

4) mener une étude qualitative dans le but de comprendre le vécu des patients diabétiques libanais ;

5) mener une étude expérimentale afin d'évaluer l'effet d'un programme éducatif sur l'adhésion thérapeutique chez les diabétiques ;

6) étudier les facteurs de l'adhésion thérapeutique en se basant sur la théorie sociale cognitive de Bandura.

RÉFÉRENCES

- Al-Khawaldeh, O. A., al-Hassan, M. A. & Froelicher, E. S. (2011). « Self-efficacy, self-management, and glycemic control in adults with type 2 diabetes mellitus. » *Journal of Diabetes Complications*, 26 (1), 10-16.
- American Diabetes Association. (2014). « Diagnosis and classification of diabetes mellitus. » *Diabetes Care*, 37 Suppl 1, S81-90.
- Azar, S., Malha, L., Zantout, M., Naja, M., Younès, F. & Sawaya, M. T. (2013). « Management and Control of Patients with type 2 diabetes mellitus in Lebanon. Results from the International Diabetes Management Practices Study (IDMPS). » *Lebanese Medical Journal*, 61 (3), 127-131.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thoughts and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- « Centers for Disease Control and Prevention. (2013). Basics about diabetes. » Récupéré le 13 mai 2013, du site <http://www.cdc.gov/diabetes/consumer/learn.htm>
- Fédération internationale du diabète. (2013). *IDF Diabetes Atlas*. Brussels: International Diabetes Federation.
- Funnel, M., Brown, T., Childs, B., Haas, L., Hosey, G. & Jensen, B. (2009). « National Standards for Diabetes Self-Management Education. » *Diabetes Care*, 32, 87-94.
- Haynes, R. B., Taylor, D. W. & Sakert, D. L. (1979). *Compliance in Health Care: The Johns Hopkins University Press*.
- Khoury, S. (2001). « Approche culturelle de la thérapie du diabète au Moyen-Orient. » *Diabetes Voice*, 46 (1), 22-25.
- Ministère de la Santé publique (2011). *Statistical Bulletin 2011*. Récupéré le 12 mars 2013, de <http://www.moph.gov.lb/Statistics/Pages/StatBulletin2011.aspx>
- O'Hea, E. L., Moon, S., Grothe, K. B., Boudreaux, E., Bodenlos, J. S., Wallston, K., et al. (2009). « The interaction of locus of control, self-efficacy, and outcome expectancy in relation to HbA1c in medically underserved individuals with type 2 diabetes. » *Journal of Behavior Medicine*, 32 (1), 106-117.
- Organisation mondiale de la santé. (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva: World Health Organization.
- Ramirez-Garcia, P. & Coté, J. (2004). « Le comportement d'adhésion aux traitements antiviraux. » *Bulletin Information sur le traitement de l'immunodéficience (ITI)*.
- Toobert, D., Hampson, S. & Glasgow, R. (2000). « The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. » *Diabetes Care*, 23 (7), 943-950.
- Van der Bijl, J., Van Poelgeest-Eeltink, A. & Shortridge-Baggett, L. (1999). « The psychometric properties of the diabetes management self-efficacy scale for patients with type 2 diabetes mellitus. » *Journal of Advanced Nursing*, 30 (2), 352-359.



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:	excellent	excellent
ageing resistance:	excellent	excellent
specific gravity:	0,94	0,85
SHA hardness:	60	56
modulus at 300%: Kg.x cm ²	44	44
breaking load: Kg.x cm ²	100	105
ultimate elongation:	800%	850%
abrasion resistance:	160 mm ³	150 mm ³
tear strength: 10#1000 p.	610	630

Colors



Models BASE

* Available only without upper holes.



Models S



Models FANCY



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



L' infirmière¹ et l'éducation pour la santé en milieu scolaire ; comment définir son rôle éducatif au sein de l'équipe pédagogique

Marie-Thérèse Sabbagh,
Infirmière, Docteur en Sciences de l'Éducation ; Formatrice en communication et éducation pour la santé ; Directrice adjointe pour la section au Nord du programme des Sciences Infirmières à l'Université de Balamand ; chargée de cours à l'Université Libanaise – Faculté de Santé Publique.

Résumé

En milieu scolaire, le rôle éducatif de l'infirmière est défini à travers son rôle professionnel et les spécificités de l'éducation dans le champ de la santé.

Cet article clarifie les concepts dont le *caring* et l'*empowerment* qui déterminent la vision, la finalité et l'approche de son rôle éducatif. Il expose ses spécificités et son apport, ainsi que les adaptations à opérer dans la démarche de soins et les compétences pédagogiques à développer. L'infirmière devient ainsi le garant pour les bénéficiaires, pas seulement de ses propres interventions, mais de l'ensemble des interventions à l'école, marquant une valeur ajoutée auprès de l'équipe pédagogique.

Introduction

L'éducation constitue pour l'infirmière un soin, un rôle propre, une condition à l'accomplissement de sa mission et une norme déontologique². En administrant les soins, dont le *Care* constitue la charpente, l'infirmière cherche à aider le bénéficiaire à devenir le plus autonome possible dans la gestion et la promotion de sa santé.

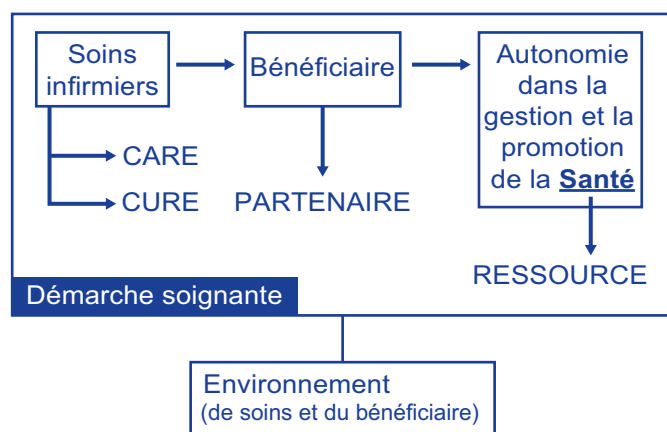
Dans la prise en charge du bénéficiaire en institution de santé, le rôle éducatif de l'infirmière fait partie de son rôle de soignante. Comment définir son rôle éducatif, son rôle d'éducatrice, au sein d'une équipe pédagogique à l'école? Quelles particularités et valeur ajoutée apporte-t-elle sur le plan pédagogique et éducationnel?

Des choix pour définir et orienter l'action infirmière

L'infirmière, dans la pratique soignante, l'enseignement, la gestion et la recherche, construit son travail à partir de sa vision des 4 concepts-clés de la profession : le bénéficiaire, les soins infirmiers et leur finalité, la santé et l'environnement.

L'essentiel de la discipline infirmière, quel que soit son champ d'action, reste « le soin de la personne qui, en interaction continue avec son environnement, vit des expériences de santé singulières » (*Kerouac et al.*). Celles-ci peuvent être des expériences liées au développement et à des moments de vie (puberté, grossesse...), à des vécus professionnels (défis, stress, harcèlement) ou à des vécus personnels (perte d'une personne proche, relation à risque...) qui mettent le bénéficiaire dans une situation sollicitant de l'aide pour la dépasser ou l'intégrer.

Le processus de la prise en charge (le soin) du bénéficiaire par l'infirmière



Le bénéficiaire est, dans sa diversité, un partenaire singulier dans son vécu, son contexte et ses capacités. **La santé** est une ressource (Ottawa) et non un état ou un idéal. **Le but** des interventions de l'infirmière serait de développer cette ressource, ce pouvoir de décision, de faire face aux défis quotidiens et d'agir en faveur de son bien-être ; en d'autres termes son *empowerment*.

Les soins infirmiers sont fournis selon une démarche soignante³ (*le caring*), c'est-à-dire des attitudes et des interventions (dont la résolution de problème et l'apprentissage interpersonnel) qui permettent de comprendre les **perceptions** du bénéficiaire, promouvoir des **mécanismes d'ajustement constructifs**, susciter, favoriser et promouvoir **les soutiens situationnels et des solutions alternatives** (J. Watson).

Ce sont ces éléments qui orienteront l'action infirmière et son **rôle éducatif**.

Comment concevoir une éducation de la santé pour un groupe, si celle-ci devrait être singulière à chacun ?

Au-delà de la diversité des bénéficiaires, de leur situation de santé et des contextes, la personne ou le groupe doit, dans sa vie, gérer deux types de situations : une hygiène de vie quotidienne et les risques et imprévus qui se présentent. Ainsi, nous pouvons parler de cadre commun à l'Éducation pour la santé (EPS) et qui comprend :

1- Un contenu : l'EPS ne peut plus être une prescription

de règles de comportement, mais doit porter sur « **l'intelligence du comportement quotidien** » (Vigarello), un « savoir agir » dans des situations déterminées.

Ainsi, quel que soit le thème ou la problématique de santé traité(e), deux types de compétences et de savoirs seront développés :

- des compétences transversales, dont essentiellement la vigilance et la capacité de détecter et de résoudre des problèmes ;
- des compétences et des savoirs spécifiques à une situation de santé, ou à une problématique de santé définie.

C'est à travers la deuxième catégorie de savoirs et de compétences que les premières compétences s'exerceront et permettront d'être ensuite transférées dans d'autres situations que la situation d'apprentissage. Exemple : les mesures de prévention contre le sida sont statuées dans la littérature de santé ; cependant, le choix de chaque personne de vouloir prendre des mesures de prévention et la nature des mesures qu'elle choisit dépendent d'un ensemble de déterminants spécifiques à cette personne et ne dépendent pas de la seule connaissance ou la maîtrise d'habiletés d'usage du préservatif.

2- Des attitudes et des choix que l'éducateur aura à considérer dans chaque étape de la planification et de l'intervention, dont :

- Reconnaître que le bénéficiaire est le constructeur de son savoir, d'où le respect du bénéficiaire, différent et singulier dans ses capacités et besoins. Accepter d'apprendre du bénéficiaire sur sa situation et ses moyens de l'améliorer.
- Reconnaître la dimension éducative du contexte de l'institution, des services de santé, de l'intervention et du comportement de l'éducateur, puisque l'apprentissage se construit à partir des interactions sociales.
- Considérer chaque échec comme un élément du processus d'apprentissage. L'apprentissage n'est pas un résultat évident ou immédiat de toute démarche éducative.
- Reconnaître ses limites, avoir recours aux personnes compétentes et s'assurer de la véracité et de la scientificité de l'enseignement. Cela parce que l'éducation, comme tout autre acte dans le champ de la santé, n'est pas toujours anodine. Les faux apprentissages mettent en danger la sécurité du bénéficiaire.

3- Une démarche pédagogique en quatre moments, permettant : 1) la prise de conscience par le bénéficiaire de sa situation (observer ; porter attention à sa situation, corps, environnement ; exprimer) ; 2) l'augmentation et le renforcement des savoirs (développer des connaissances, des habiletés techniques, des aptitudes ; la comparaison avec d'autres façons de faire) ; 3) la mise en forme de ce savoir en fonction de son contexte de vie, l'adaptation à la situation du bénéficiaire (entrevoir les choix d'actions possibles) ; 4) l'engagement dans une action (décider de l'action ou de l'initiative à poser à court terme) et l'équipement du bénéficiaire avec les moyens nécessaires pour la mise en place de la décision (outils, habiletés, personnes ressources, réseaux de soutien...).

4- La considération de l'évaluation comme une étape du processus d'enseignement/apprentissage. Il s'agit d'une évaluation qui fournit au bénéficiaire des critères et un moyen de suivi et d'autocontrôle (un moyen matériel ou une collaboration avec d'autres partenaires : famille, structures de santé...), pour permettre la persévérance et la pérennisation des acquis et des améliorations atteintes.

Dans le domaine de l'EPS, l'évaluation porte sur l'acquis au niveau du contenu de l'enseignement, mais aussi le changement dans les attitudes et le changement dans la situation de santé.

Quelles spécificités du rôle éducatif de l'infirmière à faire valoir en milieu scolaire ?

Le rôle éducatif de l'infirmière à l'école est inhérent à son rôle infirmier et est considéré dans **ses trois dimensions** : l'acte d'enseignement/apprentissage, la dimension éducative de l'ensemble de la prise en charge et de l'interrelation avec son bénéficiaire et la dimension éducative de l'acte de soin. Il s'agit d'une EPS qui part et qui a pour finalité le bénéficiaire et sa situation, et non la science ou le contenu.

Nous signalons 3 spécificités essentielles :

1- *Considérer l'intervention éducative dans le projet global de santé du bénéficiaire* : à l'école, l'infirmière a une vision de la situation de santé et du contexte socioculturel et économique de chacun des élèves. Quel que soit le thème traité, son rôle est de s'assurer que les choix de chacun conviennent à sa situation de santé et d'en assurer les ressources et soutiens.

Auprès de l'équipe pédagogique, elle est là pour orienter les modalités d'intervention, pour que ces actions aient un sens pour chaque élève. Pour une leçon sur l'alimentation, les choix pour un enfant diabétique ne pourront pas être les mêmes que ceux des autres enfants ; ni ceux de l'enfant dialysé qui peut se trouver sanctionné s'il ne choisit pas la banane comme aliment sain. Elle aura aussi à intervenir pour que des aménagements logistiques ou physiques soient assurés afin que les activités deviennent à portée de chacun.

En éducation au niveau de la santé, ce qui constitue des **problématiques de travail** pour l'éducateur constitue des **problématiques de vécu** pour le bénéficiaire. Dans la formulation des objectifs éducationnels, l'infirmière s'assurera de la définition et la conciliation des objectifs de deux sortes : communs (de sécurité et de survie) et spécifiques en relation avec les particularités du bénéficiaire, ses attentes et une situation de santé précise. Ces objectifs devraient être réalisables, raisonnables par leur adaptation à la capacité de chacun à les acquérir et à les réaliser dans le temps et avec les moyens disponibles ; judicieux dans leurs réponses aux besoins réels de santé du bénéficiaire et à ses attentes ; sécurisants et vitaux pour pouvoir faire face aux situations vitales et aux risques.

2- *Reconnaître que l'intervention d'enseignement n'est qu'un élément de son rôle éducatif* : pour toute problématique de santé traitée dans l'enseignement scolaire, l'infirmière aura à vérifier les mesures prises au niveau de l'environnement scolaire, l'information et la formation de l'ensemble du personnel travaillant à l'école, les mesures pratiques à pourvoir dans l'établissement et l'information ou l'action à entreprendre avec les parents et la communauté pour relayer à la problématique traitée. Il s'agit d'assurer une cohérence dans l'intervention éducative à l'école et de permettre ainsi de développer les ressources et les soutiens nécessaires à la réalisation des objectifs éducationnels.

3- *Prévoir et gérer les risques et les effets secondaires* : l'infirmière interviendra auprès de l'équipe pédagogique pour s'assurer de la sécurité de l'information (juste, précise, complète, adéquate au contexte...), de la sécurité des méthodes et aménagements utilisés (dont les conséquences physiques de certaines activités, atteinte aux valeurs morales et sociales de chacun...), de la sécurité de l'approche (non aliénante ou manipulatrice...), et de la sécurité des outils utilisés.

Elle garantira aussi la mise en place d'un système et des moyens pour faire face à tout accident possible.

Par ailleurs, pour asseoir son travail dans un milieu pédagogique et dans une approche éducative d'*empowerment*, l'infirmière aura à s'adapter aux approches en éducation qui se construisent à partir des compétences des élèves et non seulement des problèmes, à se familiariser et développer des méthodes et outils d'une éducation active, à connaître la situation de ses élèves et à maîtriser l'environnement.

Cela implique de construire sa démarche de soins dans une approche plus positive :

- Dans la collecte de données et l'évaluation de la situation (*assessment*), l'infirmière identifiera, en plus des données habituelles, les **perceptions du bénéficiaire** (connaissances, termes utilisés pour définir sa situation, ses besoins, ses préjugés, ses attentes...), les **soutiens situationnels existants** ou potentiels dans l'environnement et les solutions alternatives possibles.
- La formulation des diagnostics comportera aussi des **diagnostics positifs** (les acquis, les capacités et ressources du bénéficiaire) sur lesquels elle pourrait

construire des interventions éducatives judicieuses par rapport à son bénéficiaire et à l'environnement. Le milieu scolaire constitue un milieu privilégié dans sa structure et ses ressources pédagogiques pour développer cette approche.

Conclusion

En milieu scolaire, l'éducation pour la santé est fournie par différents intervenants dont les éducateurs, ayant des compétences pédagogiques et en contact permanent avec les élèves. L'infirmière dans ce milieu et avec ce groupe de professionnels de l'éducation doit, pour s'affirmer, prendre conscience et donner sens aux concepts professionnels qui guideront son action éducative, sortir du cadre de l'action prescriptive et développer une approche positive, constructive, dont le bénéficiaire est le centre.

Basé sur le *Caring* et l'*empowerment*, le rôle éducatif de l'infirmière est marqué par des spécificités rendant l'infirmière garante de la qualité, la sécurité et l'adaptabilité des interventions éducatives (les siennes, celles des autres éducateurs et de l'environnement) à chacun ; d'où sa valeur ajoutée par rapport aux autres intervenants éducateurs en milieu scolaire.

RÉFÉRENCES

- Gagmare, R. (1996). « Approches pédagogiques de l'éducation du patient : méthodes et évaluations. » *Bulletin éducation du patient*, 15 (1), 87-92.
- Hameline, D. (2004). « L'éducation thérapeutique du patient : ses développements et ses enjeux. » *Médecine et Hygiène*, 2848 : 1159-1160.
- Hesbeen, W. (2004). *La qualité du soin infirmier, penser et agir dans une perspective soignante*. 2ème édition, Belgique : Masson.
- Kerouac, S., Pepin, J. et al. (2003). *La pensée infirmière*. 2ème édition. Québec : Maloine.
- Sabbagh, M.T. (2009). « Le rôle éducatif dans la formation initiale universitaire des infirmières au Liban. » Thèse de doctorat. Université Charles De Gaulle, Lille.
- Vigarello, G. (2003). « L'évolution des pratiques de santé » (entretien avec Eliane Bautzer). *Les sciences de l'éducation pour l'ère nouvelle, formation des soignants*, 36 (2), 24- 25.
- Watson, J. (1998). *Le Caring, philosophie et science en soins infirmiers* (traduction Josiane Bonnet). Éditions Seli Arslan.
- Revue « L'éducation pour la santé est-elle éthique ? », *La santé de l'homme*, n° 345, janvier- février 2000.

-
- 1- L'usage du terme infirmière (forme féminine) désigne tout aussi bien les infirmiers que les infirmières sans discrimination. L'usage d'une seule forme a été fait dans le seul but d'alléger le texte.
 - 2- L'information du bénéficiaire en vue d'un consentement éclairé et d'une adhésion aux soins et au traitement est une norme prescrite dans le Code déontologique du CII pour la profession d'infirmière. Par ailleurs, il répond aux principes de la bioéthique notamment le respect et le développement de l'autonomie de la personne.
 - 3- La démarche soignante est différente de la démarche de soin que l'infirmière utilise pour évaluer la situation et planifier les actions nécessaires.

Some needs in life can't wait!

Get our **Personal Loan** in LBP or USD to finance any purchase or project you have in mind, with flexible terms. Whatever your plans are, get started today.

 1570

www.bankaudi.com.lb

Bank Audi





Evaluating quality of care, spirituality, and relationships among Children with cancer and their parents

**Rania Mosleh Al-Gharib,
RN, MSN**

Children Cancer Centre of
Lebanon (CCCL), Inpatient
Facility, American University of
Beirut Medical Center (AUBMC)

**Dr. Huda Abu-Saad Huijjer,
RN, PhD, FEANS, FAAN**

Professor, Director, Hariri
School of Nursing, American
University of Beirut (AUB)

**Dr. Hala Drawish,
RN, PhD**

Assistant Professor, Hariri
School of Nursing, AUB

Abstract

Objective: The objective of the study was to evaluate the quality of palliative care provided to children with cancer; in terms of quality of medical care received, effect of cancer on patients' relationships, degree of patients' spirituality, and degree of parents' financial hardships during the child's diagnosis.

Methods: A cross-sectional design was utilized. A non-probability convenience sample of 85 children and adolescents with their parents or significant others, who were receiving care at the Children's Cancer Center, were enrolled in the study.

Results: Parents, adolescents, and children reported high quality medical care. Children reported least satisfaction with participation in decision-making; while parents were least satisfied in securing a hospital bed. Spirituality was high among all participants. The study has shown that parents suffer from moderate financial hardship during their child's illness and face difficulties in getting insurance plans to cover their child's treatment.

Background

According to the World Health Organization (WHO, 2013), cancer is a leading cause of death worldwide that accounted for 7.6 million deaths (around 13% of all deaths) in 2008 alone. In Lebanon, the latest national cancer registry reported that 7,197 new cancer cases were diagnosed in 2004, 3.8% of the total number of cases (N=225) accounted for pediatric patients less than 15 years of age and 1.2% (N=68) for patients between 15 and 19 years of age (Ministry of Public Health, National Cancer Registry, Cancer in Lebanon, 2004).

Major improvements in treatment modalities and supportive care have led to significant improvements in survival rates for most types of childhood cancer.

However, cancer and its treatment cause considerable symptom burden on the patient and affect all family members (Ferrell, Paice, & Koczywas, 2008). Palliative care helps patients diagnosed with cancer, or any other life-limiting disease, and their families overcome this devastating experience that accompanies the child's diagnosis. Palliative care in pediatrics focuses on improving the quality of life of patients through minimizing suffering, optimizing function, and providing opportunities for spiritual, psychosocial, and personal growth (Friebert, 2009).

In Lebanon, palliative care was first introduced into the healthcare system in 1995 at the WHO National Cancer Control Workshop and then in 1999 during the Middle East Oncology Congress (Daher, Estephan, Abu-Saad Huijjer, & Naja, 2008). A cross-sectional descriptive survey that targeted pediatric nurses and doctors working in Lebanese hospitals showed that only 20.2% of pediatric nurses and 3.7% of pediatricians received any form of education in palliative care. Although 93% of pediatric nurses and 92.6% of pediatricians believed that the patient should be informed of the diagnosis, only 6.3% of these pediatric nurses and 23.5% of pediatricians actually informed patients of their diagnosis (Abu-Saad Huijjer, Abboud, & Dimassi, 2008).

Saad, et al. (2011) interviewed bereaved parents to evaluate the quality of care provided to children with cancer during their last months of life and showed that although the overall communication with the healthcare team and the overall quality of care delivered were mostly rated as "very good" to "excellent", children suffered from fatigue, anorexia, depression, pain, and edema before they died. Khoury et al., (2012) reported on parents' experience of having a child with cancer as a "continuous battle" that negatively affected the family's way of living, parental relationship, and sibling rivalry.

A study by Abu-Saad Huijjer et al. (2013) evaluating the quality of palliative care among children with cancer aged 7 to 18 years showed that the most common symptoms children (7 to 12 years) had, were lack of appetite, pain, and nausea, while adolescents (13 to 18 years) experienced lack of energy, irritability, and pain. The same study taking parents' perspective into

consideration showed that children with cancer mostly suffered from irritability, nervousness, lack of energy and appetite, pain, and feeling sad (Abu-Saad Huijjer, Sagherian, & Tamim, 2013).

This study will focus on:

- (a) Evaluating the quality of palliative care in terms of access to care, patient-clinician relationship, and clinician communication, as viewed by patients and parents;
- (b) Assessing the degree of spirituality of patients and their sense of purpose after getting diagnosed with cancer, as reported by both patients and parents;
- (c) Exploring the effect of cancer on patients' relationships including friendships and social connection as viewed by patients and parents;
- (d) Assessing the degree of financial hardship during the child's illness, as reported by parents.

Methods

Design

A cross-sectional descriptive quantitative design was used in the study, targeting children living with cancer and their parents through personal interviews. The American University of Beirut Institutional Review Board and the American University of Beirut Medical Center administration approved the study.

Sample

Between 2010 and 2011, a non-probability convenience sample of 85 children and adolescents between the ages of 7 to 18 years, who were receiving their treatments at the Children's Cancer Center of Lebanon (CCCL), inpatient or outpatient facilities, were enrolled in the study.

The inclusion criteria included Lebanese and non-Lebanese patients diagnosed with cancer for more than one month, knowing about their disease, receiving cancer treatment, having assented or consented to participate in the study, and being accompanied by a parent or a significant other who consented to participate. The parents or significant others directly involved in the care of these children were included in the study.

Instruments

The *Needs at End of Life Screening Tool* (NEST) questionnaire was used in this study. The different domains of this tool have shown content and construct validity as well as internal reliability with Cronbach's α coefficients ranging from 0.64 to 0.86 (Emanuel, Alpert, Baldwin, & Emanuel, 2000).

In view of the length of the instrument and in some cases the inappropriateness of some items, and in consultation with the authors, from the initial questionnaire for the parents, 23 items targeting different domains were selected: financial burden (3 items), quality of medical care (10 items), spirituality/religiousness (6 items), and relationships (4 items). Similarly, a total of 12 items were selected for the children and adolescents' questionnaires, targeting the following domains: quality of medical care (5 items), spirituality/religiousness (4 items), and relationships (3 items). The response format of the NEST followed a 1 to 10 scale. High scores on the quality of medical care, spirituality/religiousness, and relationships scales indicated better quality of the measured concept; while high scores on the financial burden scale indicated higher financial difficulties.

Translation and pilot study

The translation of the questionnaire to Lebanese Arabic followed forward and backward translation procedures. Initially, the questionnaire was translated from English to Arabic and sent to two Arabic language experts for evaluation. During this phase of evaluation, only grammatical changes were required. An independent translator with no prior knowledge of the original English instrument carried out the backward translation. The translated version was compared to the original English version for accuracy in order to avoid any inconsistencies. A team of four experts; two in palliative care, and two in research design and instrument development rated the Arabic version of the instrument for cultural appropriateness. The experts recommended no substantial changes to the instrument.

The Arabic questionnaires were pilot tested on four oncology patients from both ages and their parents for clarity, length, comprehension, and presence of any difficult or bothersome items. The participants did not report any problems and no further changes were made.

Data Analysis

Frequencies (N) and percentages (%) were used to analyze the demographic characteristics of parents and patients and the clinical characteristics of patients. Independent sample T-tests were used to test the differences in mean scores of the NEST subscales in terms of a patient's age and gender. A p value ≤ 0.05 was considered statistically significant.

Results

A sample of 85 pediatric oncology patients participated in the study with a response rate of 85.9% over a one-year period. The patients were almost equally distributed in terms of age; children 7 to 12 years (45.9%) and adolescents 13 to 18 years (54.1%); and gender, males (48.2%) and females (51.8%). Most of the patients (82.4%) were receiving their treatment at the outpatient unit, and more than half of them (62.4%) were receiving chemotherapy treatment only. Almost half of the patients (44.7 %) had leukemia and reported not going to school.

A total of 85 parents were enrolled in the study with a response rate of 96.6%. Approximately two thirds of the parents (68.2%) were mothers and 16.5% were fathers. Around one third of the mothers (31.8%) and 38.8% of the fathers had up to elementary/intermediate educational level. Most of the mothers (78.8%) reported that they were unemployed, while the majority of fathers (96.5%) were employed.

Reporting means and standard deviations in the upcoming texts will appear in the following format: mean (with standard deviation in parentheses).

Children and Adolescents

On a scale from 1 to 10, children had a mean score of 8.85 (1.57) on the medical care scale reflecting an excellent quality of medical care with the highest score given for politeness of healthcare providers 9.51 (1.48), while the lowest score for participation in decision-making 7.02 (3.50). Adolescents had a mean score of 9.30 (0.80) on the medical care scale with almost same results as children, except for one significant difference with respect

to participation in decision-making ($p= 0.004$), where adolescents expressed more participation in decision-making than children.

On the spirituality and religiousness scale, children gave a mean score of 6.97 (1.33) with the highest score given for the belief in God 9.23 (1.51) and the lowest score for meaning of illness 5.66 (3.82). Adolescents reported better spirituality with a score of 7.53 (1.56), the highest score being for the belief in God 8.59 (1.88) and lowest score for praying more after getting diagnosed with illness 6.46 (3.01). Adolescents showed more readiness to learn from illness than children ($p= 0.016$).

On the relationship scale, children gave a mean score of 8.02 (2.26) indicating a very good relationship with others including nurses and doctors, with the highest score given for doctors/nurses being good listeners, while the lowest score was given for the presence of someone to talk to about problems 7.74 (3.01). Almost the same results were seen in adolescents.

Parents

On a scale from 1 to 10, parents had a mean score of 7.86 (1.62) on the spirituality scale, indicating high spirituality level among patients as perceived by their parents. The highest mean scores were given for the degree of the child's spirituality 9.35 (1.34), while the lowest mean scores were given to the sense and meaning of illness to the child 6.13 (3.97). Parents reported that the children's sense of purpose seems to be more affected by religious belief than adolescents ($p= 0.029$).

On the relationship scale, parents gave a score of 7.53 (1.25) with the highest mean scores given for healthcare providers being good listeners 9.42 (1.15), while the lowest mean scores were given for preparing others for the possibility of a child's death 3.21 (3.29).

Gender and Age Comparisons

Parents gave a mean score of 5.35 (2.60) on the financial burden scale, reflecting moderate financial hardship during the child's illness. Parents of adolescents showed more difficulties getting an insurance plan to cover their child's treatment than parents of healthy children ($p= 0.036$).

On the medical care scale, parents gave a mean score of 8.83 (0.92), indicating a very good quality of medical care. Parents of children and adolescents reported the highest mean scores for the respect of nurses and doctors toward the child 9.85 (0.52) and the lowest mean scores for the trouble in securing a hospital bed 6.87 (3.38).

Parents of adolescents showed that the medical care fits with their goals and their child's goals more than the parents of children ($p= 0.045$). On the other hand, parents of female patients had more problems with respect to coordination of doctors with other healthcare providers than parents of male patients ($p= 0.034$).

Discussion

Patients in this study were mostly satisfied with the politeness of healthcare providers, in getting from them what they need, and their nice way in telling bad news. Parents were mainly satisfied with the respect of nurses and doctors toward the child, the presence of a good follow-up system, and the coordination between healthcare professionals. Although the results of the study have shown that patients and parents are very satisfied with the overall quality of medical care, children and parents expressed lack of participation in decision-making.

Despite the high level of satisfaction, studies have shown that children with cancer suffer from lack of optimal symptom management (Abu-Saad Huijer et al., 2013 & Saad et al., 2011). Waldman & Wolfe (2013) considered that parents and children are likely to accept significant symptom burden simply because they think that this is the best that could be done.

Parents considered that their children had high levels of spirituality, while children and adolescents reported strong faith and belief in God. Adolescents reported more readiness to learn from illness, which had more meaning to them than children.

Knowing that the Children's Cancer Center of Lebanon (CCCL) covers all the expenses of the child's treatment, the results of the study have shown that parents suffer from a moderate financial hardship during their child's illness, which could be mainly due to skipping days at work and to the expenses resulting from illness.

Nursing Implications

Based on the results of the study, improvement of palliative care services at the CCCL is highly recommended. A palliative care team that adequately addresses the concerns of patients and families and provides education to healthcare providers directly involved in the care of children with cancer is of utmost importance. Staff education shall focus on pain and symptom management, emotional and psychological support, as well as training on proper communication skills with a focus on conveying bad news and encouraging patients and parents to participate in decision-making.

Along with the increase in patient numbers and variety of cases, more inpatient beds and more specialized

staff are needed to provide adequate services. Nurses should make sure that patients' and parents' concerns are adequately met. Coordinating with the social worker at the center, to address financial concerns with parents and help them overcome any difficulties that would affect their child's care, is an important nurses' role. Nurses should make sure that emotional support is equally provided to children and adolescents, an issue that should be further discussed with the psychomotor therapist and the volunteers who provide a great deal of emotional and psychological support to parents and patients. Also, nurses should attend to patients' and parents' spiritual concerns and provide them with adequate resources whenever possible.

REFERENCES

- Abu-Saad Huijjer, H., Abboud, S., Dimassi, H. (2008). Practices in pediatric palliative care in Lebanon. *European Journal of Palliative Care*, 15(4), 190-192.
- Daher, M., Estephan, E., Abu-Saad Huijjer, H., & Naja, Z. (2008). Implementation of palliative care in Lebanon: past, present, and future. *Lebanese Medical Journal*, 56 (2), 70-76.
- Abu-Saad Huijjer, H., Sagherian, K., & Tamim, H. (2013). Quality of life and symptom prevalence in children with cancer in Lebanon: the perspective of parents. *Annals of Palliative Medicine*, 2(2), 59-70.
- Abu-Saad Huijjer, H., Sagherian, K., Tamim, H., Khoury, N. M., & Abboud, R. M. (2013). Quality of palliative care in children with cancer in Lebanon. *Journal Medical Libanais*, 61(4), 228-236.
- Emanuel, L.L., Alpert, H.R., Baldwin, D.C., & Emanuel, E.J. (2000). What terminally ill patients care about: toward a validated construct of patients' perspectives. *Journal of Palliative Medicine*, 3(4), 419-431.
- Ferrell, B., Paice, J., & Koczywas, M. (2008). New standards and implications for improving the quality of supportive oncology practice. *Journal of Clinical Oncology*, 26(23), 3824-3831.
- Friebert, S. (2009). *National Hospice and Palliative Care Organization facts and figures: Pediatric palliative care and hospice care in America*. Retrieved from http://www.nhpco.org/sites/default/files/public/quality/Pediatric_Facts-Figures.pdf.
- Khoury, M. N., Abu-Saad Huijjer, H., & Doumit, M. AA. (2012). Lebanese parents' experiences with a child with cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 2(5), 1-6.
- National Cancer Registry (2008). *Cancer in Lebanon 2004 with an update of cancer 2003*, Beirut-Lebanon 2008. Ministry of Public Health.
- Saad, R., Abu-Saad Huijjer, H., Noureddine, S., Muwakkit, S., Saab, R., & Abboud, M. R. (2011). Bereaved parental evaluation of the quality of a palliative care program in Lebanon. *Pediatric Blood Cancer*, 57, 310-316.
- World Health Organization. (2013). *Cancer: Fact Sheet N 297*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>.
- Waldman, E., & Wolfe, J. (2013). High symptom burden in children with cancer and high parental satisfaction: why this disconnect. *Annals of Palliative Medicine* 2(2), 54-55.

Aim for **Success** Aim for **Mastership**

PUBLIC HEALTH • BUSINESS AND INSURANCE • ARTS AND EDUCATION

NEW MASTERS PROGRAMS


MBA, EMBA & MPH

The Lebanese German University is taking higher education further with its unique approach to quality learning.

What makes LGU unparalleled are the distinctive features it has incorporated into its academic programs along with a personalized, student-centered approach.

A testimony of Germans' fondness of **quality, integrity, and professionalism**, LGU stands out with its singular curricula and vision. While emphasizing quality learning, LGU has also set itself challenging objectives that uphold a rounded professional and vocational development, advocating multi-dimensional acquisition of knowledge, and promoting exposure to the vibrant mix of Middle Eastern and European cultures. At the heart of its aspirations is instilling high ethical and human values that would further a spirit of tolerance and moderation among all its students.

Aspiring to a modern vision in academic learning?
Now a unique opportunity is within your reach at LGU.



EUROPEAN STANDARDS WITHIN YOUR REACH

L'impact de la motivation du personnel soignant sur le rendement financier de l'hôpital

Saydeh Dableh, inf.

DU santé communautaire – USJ ; MBA en management de la santé – Université Dauphine Paris, IAE Sorbonne Paris ; Directrice du centre médico-social, Caritas, Dahr el-Aïn ; Enseignante à l'Université Al-Manar – Tripoli.

Résumé

Les ressources humaines constituent l'actif le plus important de tout hôpital. Outre la baisse de la qualité des soins, la démotivation des soignants induit des coûts énormes reliés principalement à un taux élevé de rotation aboutissant ainsi à la pénurie en personnel infirmier.

En effet, la motivation au travail est devenue en quelques années un atout décisif de la pérennité de l'entreprise procurant un avantage concurrentiel réel.

L'étude menée identifie les facteurs et les moyens de motivation, l'efficacité des stratégies de motivation adoptées et leur impact sur le rendement financier d'un hôpital pilote au Liban-Nord.

Mots-clés : *management, ressources humaines, motivation, coûts, soignants, pénurie, qualité des soins.*

Problématique

La problématique émane du vécu du personnel dans les établissements de santé. De nos jours, les hôpitaux, comme tous les autres secteurs, recherchent la rentabilité. Là les managers ont généralement tendance à privilégier les investissements médico-techniques aux dépens de l'investissement au niveau de leur personnel. Ils préfèrent tout ce qui est tangible et loin des relations humaines ; les résultats financiers occupent le centre de leurs intérêts et leurs actions portent sur le court terme.

En fait, l'hôpital est un ensemble d'individus : alors que les *investisseurs* visent à créer une valeur ajoutée grâce à leurs investissements, les *employés*, surtout les soignants, luttent contre la perte progressive de leur résistance face aux conditions difficiles de leur travail et

recherchent l'entente et l'image vraie de leur profession. Les *clients*, consommateur final de soins, ont une attitude de plus en plus sélective et sont en quête de qualité.

Au Liban, les dures conditions et la surcharge de travail, le stress et le climat social sont des facteurs prédominants dans l'hôpital et sont générateurs de conflits entre les salariés, de difficultés relationnelles au travail et de manque de motivation. Cela entraîne des coûts importants, une désorganisation interne et une baisse de production. En outre, la certification des hôpitaux, présentée comme un progrès, aurait dû être un élément motivant pour les soignants. Pourtant, ceux-ci la ressentent comme une charge de travail supplémentaire qui ne retombe jamais, puisqu'à peine une phase de certification validée, il faut préparer la suivante. Les

employés ont l'impression que l'institution leur demande toujours de faire plus à moyens constants, notamment en ce qui concerne les moyens humains. Effectivement, l'équipe soignante représente le « produit » offert aux patients (Conley, 2007) et les hôpitaux qui ont réussi admettent de nouvelles approches en management qui leur procurent et la rentabilité et l'entente des individus. La motivation et l'implication au travail sont les piliers de la qualité de la vie professionnelle. Elles constituent les composantes essentielles de la responsabilité sociale des entreprises et servent à aligner les intérêts des salariés avec ceux de l'entreprise : les enjeux et les avantages à retirer sont multiples et visent à obtenir des retours positifs sur les plans économique, humain et social (Barett, 2003).

But de l'étude

Cette étude vise d'une part l'exposition des facteurs, des conséquences et des moyens de motivation. D'autre part, elle analyse l'implication d'un hôpital libanais

dans la démarche de motivation, évalue l'efficacité des ressources mobilisées pour atteindre ce but ainsi que leur impact sur le rendement financier.

Cadre conceptuel

Facteurs de motivation

En effet, la motivation est un processus multifactoriel dynamique. Elle est définie comme l'ensemble des facteurs qui déterminent le comportement des individus et des motifs qui les incitent à travailler (Amiel et al, 1998).

Afin de garantir un avantage concurrentiel et d'améliorer la performance, il faut bien incarner les six composantes schématisées (figure 1) qui permettent à l'équipe de participer à la création de la valeur de l'hôpital et de réaliser les objectifs stratégiques fixés (Helfer et al, 2008).

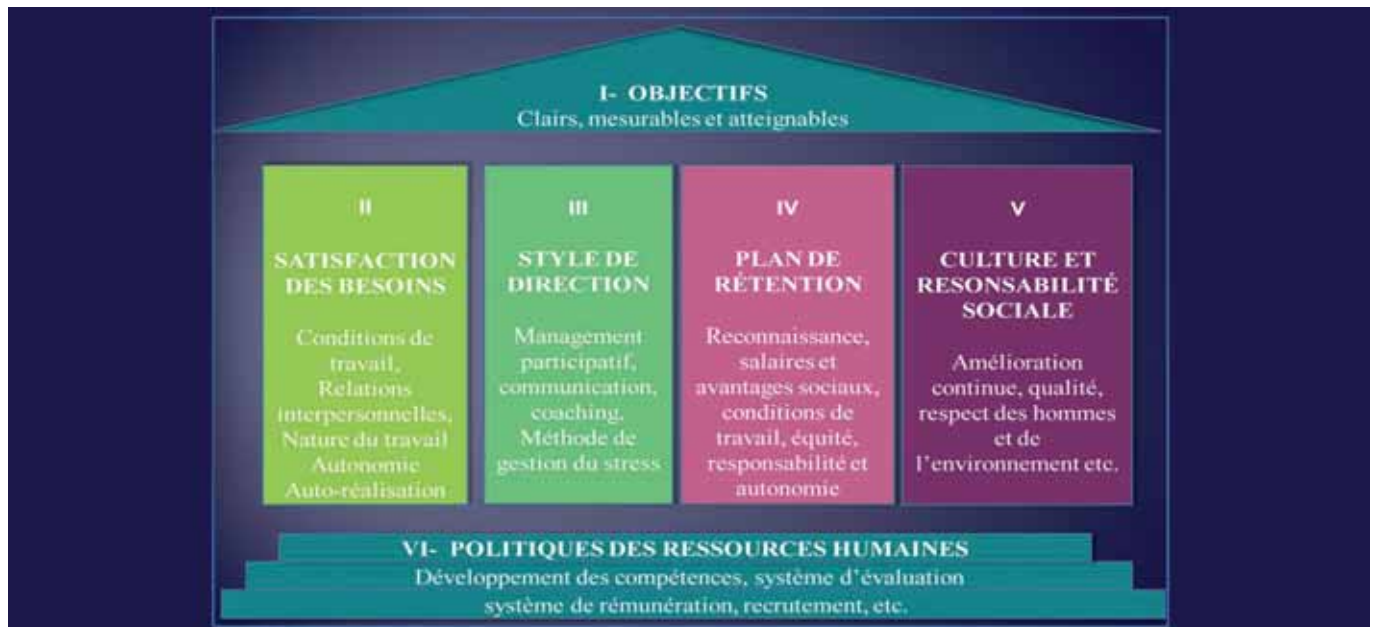


Figure 1 : Les six composantes de la motivation du personnel

Plan de fidélisation des employés

La gestion des ressources humaines de chaque hôpital libanais est responsable d'élaborer un plan de fidélisation de ses employés basé sur les six composantes figurées. C'est une nécessité qui peut être justifiée par la présence de plusieurs contraintes qui surgissent non seulement au niveau de l'hôpital en tant qu'établissement mais aussi sur le plan national :

- Sur le plan national, l'instabilité de la situation politique et le niveau socio-économique aggravent de plus en

plus le problème de pénurie des infirmiers, acteurs essentiels dans le domaine de la santé. Ceux-ci trouvent dans l'émigration une échappatoire aux conditions de travail défavorables existantes.

- L'établissement lui-même a intérêt à s'engager, en interne, dans une politique de fidélisation visant à mettre en place un environnement qui maintienne durablement l'attachement des salariés compétents envers leur hôpital (Chrétien, 2005).

Avantages des mesures destinées à motiver le personnel	Pour les salariés	Pour l'hôpital
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Amélioration du système de rémunération et augmentation des revenus. 2. Satisfaction des besoins d'autonomie et épanouissement personnel. 3. Évolution du sentiment d'appartenance à une entreprise de bonne image sociale. 4. Développement de la compétence et de la responsabilisation. 5. Amélioration du climat social et meilleure implication dans le travail. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Amélioration de la productivité, de la qualité des services et de la notoriété. 2. Augmentation de l'efficacité de la dynamique des groupes. 3. Réduction de l'absentéisme et des conflits au sein des équipes. 4. Rétention des individus traduite par une baisse de la rotation du personnel. 5. Meilleur investissement du personnel dans les nouveaux projets.

Figure 2 : Avantages des mesures destinées à motiver le personnel

La démotivation et ses conséquences

Dans un hôpital, la persistance du stress et des conditions de travail défavorables en l'absence d'écoute aux aspirations individuelles des salariés et de reconnaissance des efforts induit un sentiment d'impuissance et de désengagement (Chaminade, 2004). Ces derniers sentent leurs besoins, leurs droits et leurs ambitions frustrés.

Les pertes de l'hôpital se traduisent en termes de (Patrice et al, 2011) :

- baisse de la notoriété et de l'attractivité, causée par la recherche des employés d'un emploi ailleurs qui soit plus motivant ;
- induction des coûts indirects reliés à : la baisse du rendement des employés demeurant à leur poste, l'altération de la qualité des services, la hausse de l'absentéisme et du taux de rotation du personnel avec les coûts de recrutement reliés, la dégradation du climat social et les conflits, et enfin l'augmentation des accidents de travail du type physiologique (troubles cardio-vasculaires, musculo-squelettiques, digestifs, etc.) et/ou psychologiques (dépression, épuisement professionnel, voire suicide).



La méthodologie de la recherche

Afin de dépister le vécu réel sur le terrain, une étude descriptive corrélationnelle est conduite au sein d'un hôpital au Liban-Nord, impliqué activement dans une démarche de motivation de son personnel.

Le but de l'étude, recherchant des variables qualitatives et quantitatives, est d'identifier la nature des stratégies motivationnelles adoptées et de mesurer leur impact sur le vécu du personnel d'une part, et sur le rendement financier de l'hôpital d'autre part.

Outre le *calcul de certains ratios* tels que le retour sur investissement dans le capital humain, *deux outils* de collecte de données sont utilisés :

- des *entretiens* auprès du chef du département des ressources humaines, du chef du département de l'amélioration de la performance et auprès de la directrice des soins infirmiers. Ces entretiens sont menés dans l'optique de comprendre l'importance et la

position stratégique accordées par le top management à la démarche de motivation des équipes, les moyens adoptés pour impliquer le personnel et la procédure d'alignement des objectifs individuels avec ceux de l'entreprise.

- un *questionnaire* distribué sur un échantillon de 1/8 des employés est défini par la méthode des quotas, représentant l'ensemble du personnel opérant dans les différents départements de l'hôpital.

Analyse des résultats

Les entretiens ont révélé que l'investissement dans les formations continues, l'évaluation des compétences, les promotions internes, les avantages sociaux, la reconnaissance des efforts et les activités sociales sont les piliers de la démarche motivationnelle adoptée. Assurer un milieu favorable pour le travail est primordial afin de ressortir le meilleur des employés. Les soignants spécialement, dont les conditions de travail sont particulièrement stressantes, ont besoin d'un appui

considérable pour préserver leur plaisir au travail, les retenir et garantir l'application de soins de qualité.

Les résultats **des questionnaires** apportent une réponse à la question suivante : *les actions mises en œuvre sont-elles efficaces ?*

En effet, 78 % du personnel subissent une orientation générale lors de leur recrutement avec accès au profil de poste. 90 % jugent la relation avec leurs collègues favorable pour rendre le travail facile. De même, 78 % se réjouissent de l'entente avec leur supérieur. Les activités partagées par les employés ont sans doute un effet sur l'amélioration de la qualité des relations au sein de l'équipe, ce qui facilite la gestion des conflits. 88 % des employés disposent des ressources pour accomplir correctement leur travail. En fait, 48 % bénéficient du « Bravo » et 54 % de bonus. En outre, 70 % disent que le plan de formation répond à leurs objectifs.

Pourtant, 40 % des employés exécutent des tâches qui nécessitent un effort physique énorme engendré par la surcharge de travail. 46 % du personnel affirment que les tâches qu'ils réalisent dépassent celles indiquées par le profil de poste. 48 % des employés ne quittent l'hôpital que pour immigrer alors que 60 % le quittent uniquement pour changer de profession. En effet, 62 % des employés déclarent que l'augmentation des salaires est occasionnelle et 78 % des employés trouvent que leurs salaires ne correspondent pas à leurs capacités et leur niveau éducationnel. 42 % des employés sont demandeurs d'un surplus d'avantages sociaux et 46 % ne sentent pas que la direction apprécie leur collaboration individuelle. Enfin, les conditions de travail de plus en plus stressantes dans le milieu hospitalier engendrent un sentiment d'insatisfaction chez 76 % des employés.

Analyse des écarts

Les maintes actions mises en œuvre par la direction pour animer son personnel semblent être efficaces au niveau des formations, de la prise de décision et de la dynamique des groupes. Pourtant, certains besoins se trouvent toujours inassouvis. Un état de motivation fragilisé par certaines conditions de travail est sous-jacent.

Impact de la motivation sur le rendement

Les indicateurs essentiels pour dépister un dysfonctionnement sont le taux de rotation, l'absentéisme et les accidents de travail. Les ratios financiers des ressources humaines sont multiples, constituant un tableau de bord, et sont à comparer avec d'autres dans le même secteur. Exemple : coût de la main-d'œuvre en proportion des revenus (dans l'étude = 23 %), coût de la main-d'œuvre en proportion des charges (= 24 %), rendement de l'investissement en capital humain (dans l'étude = 1,22), ça veut dire que pour chaque dollar que l'entreprise investit dans son personnel, elle retire 1,22 \$.

Une simulation sur le coût de la rotation du personnel a montré qu'une baisse de 3 % du taux induit une baisse de 1,21 % du coût de la main-d'œuvre.

Propositions d'action

En se référant à la théorie de Maslow (*Frederiksen, 2005*), il est indispensable de respecter la hiérarchisation des besoins dans une démarche motivationnelle ; un employé ne peut pas sentir la satisfaction et l'autoréalisation si ses besoins élémentaires de survie ne sont pas comblés.

De ce fait, une *réforme du système de rémunération* s'avère indispensable de même que la *consultation périodique de l'état de satisfaction* avec prise en considération des *suggestions des employés pour l'amélioration*. Des accomplissements spéciaux méritent des *gratifications particulières*. En outre, un *programme d'entraînement des cadres à la reconnaissance* des efforts des employés et des formations au thème de gestion des conflits est avantageux. À ne pas oublier l'aide des employés à retrouver *le sens de leur travail* et l'impact qu'ont leurs efforts sur le vécu du soigné et de sa famille avec *régularisation du rythme des activités sociales*. Enfin, surmonter la surcharge et la routine du travail quotidien pour appliquer rigoureusement la *communication interne, la verbalisation de la reconnaissance*.

Conclusion

L'organisation de l'hôpital, les conditions de l'emploi et la définition des tâches rendent le travail efficace et le transforment d'une activité pénible en une occupation agréable. Les motivations diverses des individus à l'égard du travail sont aussi liées à leur niveau d'aspirations et leurs besoins. Elles sont variables selon les personnalités, le milieu, le niveau culturel et le revenu (Scaramuzza, 2006).

En effet, les résultats de l'enquête sur le terrain montrent que les politiques adoptées par les ressources humaines fidélisent la plupart des employés. Pourtant, si ces derniers en ont l'opportunité, ils quitteront leur travail pour émigrer ou simplement pour changer de profession,

à la recherche de meilleurs salaires et de conditions de travail plus avantageuses. Cela risquerait d'aggraver le problème de pénurie surtout au rang des soignants, menant à un déséquilibre du système de santé et une régression de la qualité des soins.

Cela nous permet d'affirmer que le problème de motivation dépasse les limites de l'établissement dont les ressources sont limitées, pour atteindre le plan national.

Une pression syndicale vers la discussion impérieuse entre le ministère de la Santé publique et les hôpitaux du Liban ne s'avère-t-elle pas indispensable pour une résolution efficace de ce problème ?

RÉFÉRENCES

- Amiel, M., Bonnet, F., Jacobs, J. (1998). *Management de l'administration*. 2ème édition. Paris : De Boeck & Larcier. Pages 61-65.
- Barrett, R. (2003). *Libérer l'âme de l'entreprise. Bâtir une organisation visionnaire guidée par les valeurs*. 1^{re} édition. Paris : De Boeck, 208 p.
- Chaminade, B. (2004). « Comprendre les coûts cachés du Turn over ». Consulté le 01/01/2011 sur <http://www.focusrh.com/tribunes/comprendre-les-couts-caches-du-turnover>.
- Chrétien, L. (2005). « Impacts des pratiques de gestion des ressources humaines sur la performance organisationnelle des entreprises de gestion de projets ». *Revue internationale sur le travail et la société*, volume 3, numéro 1, p.107-128. Consulté le 01/03/2011 sur http://www.uqtr.ca/revue_travail/Articles/2005ChretienArcandTellierArcandVol3Num1pp10
- Conley, C. (2007). *Peak: how great companies get their mojo from Maslow*. 1^{re} édition. Jossey-Bass, 2007, 259 p.
- Frederiksen, A. (2005). « Motiver : aide-mémoire à l'usage de l'encadrement ». *Revue hospitalière de France*, numéro 505, p. 60-61. Consulté le 23/03/2011 sur <http://www.cieldegloire.com/kohlantacours/management-et-motivation-dupersonnel.pdf>
- Helfer, J.-P., Kalika, M., Orsoni, J. (2008). *Management, stratégie et organisation*. 7ème édition. Paris : Vuibert, 482 p.
- Patrice, J. (2011). « L'impact des relations industrielles sur la performance organisationnelle ». Consulté le 25/04/2011 sur http://www.eri.umontreal.ca/personnel/Jalette_Patrice/Jalette_Bergeron.pdf.
- Scaramuzza, M. (2006). *Notions fondamentales de management*. 5ème édition. Paris: Foucher, 512 p.

BE CAREFULL

The Faculty of Nursing and Health Sciences at Notre Dame University-Louaize offers you the following academic programs:

Bachelor of Science in

> Nursing

> Nutrition and Dietetics

Master of Science in Human Nutrition

> Food Safety and Quality Management

> Medical Laboratory Technology

Check our website for emerging programs in health sciences.



Sleep in the elderly: What do we know?

**Silva Dakessian Sallian,
RN, MPH**

Instructor, Nursing Program at
the Faculty of Health Sciences,
University of Balamand, Beirut,
Lebanon

Abstract

Sleep is a basic need for human wellbeing, in addition to having a restorative effect on health. However, the quality and quantity of sleep deteriorates in older adults. Consequences of sleep deprivation in older adults are several, including poor quality of life, increased morbidity and mortality. Although it is commonly treated with pharmacological agents, nurses have a major role to play since medication alone is not sufficient to alleviate symptoms of sleep deprivation. Nurses are encouraged to assess sleep disorders in older adults, to recognize the severity of symptoms and to apply protocols that promote a good night's sleep.

Introduction

Sleep is a universal basic need for human wellbeing. It has a restorative and a healing effect on body cells and is vital to maintaining good physical, mental and emotional health (Ancoli-Israel, Ayalon, & Salzman, 2008). Florence Nightingale in her "Notes on Nursing" has described sleep as "all important" to the sick (1859). However, it is well documented that the quality and quantity of sleep deteriorates in older adults. Deterioration occurs in the depth of sleep, the time spent to initiate sleep and the ability to maintain sleep (Foley, Monjan, Brown, et al. 1995; Vaz Fragoso & Gill, 2007; Ancoli-Israel et al., 2008; Bloom, Ahmed, Alessi, et al. 2009). Advanced age, female gender, chronic morbidities and a depressed mood are risk factors for sleep disruptions (Vaz Fragoso, & Gill, 2007; Roth, 2007).

The aging process per se depletes the energy reserves of almost all bodily systems and makes an individual more of a "light sleeper" with a slight decrease in the

total number of sleep hours (Vaz Fragoso & Gill, 2007; Minaker, 2011; Crowley, 2011). Nevertheless, sleep disturbances and dissatisfaction can't be attributed only to the aging process because there are other multiple and predisposing factors that precipitate to sleep disturbances (Bloom et al., 2009).

Consequences of sleep deprivation in older adults results in poor quality of life, deterioration of functional status, cognitive impairment, depression, high risk for daily injury, as well as increased morbidity and mortality (Ancoli-Israel et al., 2008; Bloom et al., 2009). Napping and daytime sleepiness is likewise detrimental; it is a risk factor for occurrence of cardiovascular disease, falls, impaired functional status and death (Gooneratne, Weaver, Cater, et al. 2003; Vaz Fragoso & Gill, 2007).

The objective of this review is to sensitize nurses to the problem of sleep disturbances and its consequences on older adults and to highlight the nursing role in improving sleep in older adults and thus, their quality of life.

Sleep in senescence

The hours required for sleep change with age. Adults need an average of 7.5 hours of sleep to function adequately during the day whereas children may need up to 10-11 hours of sleep per day for adequate growth. A good night's sleep in an adult at all ages is known to have a positive effect on work performance, ability to learn and retain new skills, human relationships and emotional wellbeing (Roth, 2007).

Prevalence of sleep disorders and sleep deprivation varies among different countries with reported high prevalence of 25% in France (Narayanan & Puthoff, 2008) and 30% in Canada (Morin, Le Blanc, Daley, et al., 2006). The US National Institutes of Health State-of-the-Science Statement on "Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults" (2005) reported 30% sleep disruption in the general population while 10% having associated symptoms of daytime functional impairment.

Sleep deprivation in the elderly could be primary or secondary

- A. Primary sleep disorder like obstructive sleep apnea (OSA), periodic limb movements during sleep (PLMDS), and restless sleep syndrome (RSS); or
- B. Secondary to existing co-morbidities, psychiatric conditions, psychosocial problems, poor sleep hygiene or pharmacological interactions (Vaz Fragoso & Gill, 2007; Mai & Buysse, 2008).

The factors that could cause secondary insomnia are more common and multi-variable:

a) Physiologically, the 24 hour circadian cycle loses its efficiency with aging thus, bringing the time to sleep earlier in the evening and consequently resulting in earlier morning rousing. Melatonin secretion, a naturally occurring hormone that is believed to promote sleep, also diminishes with age (Crowley, 2011). These changes make sleep in the elderly less restorative (Vaz Fragoso & Gill, 2007). Nevertheless, aging per se is not the mere cause of sleep disorders.

b) Chronic disorders are a common finding in the elderly. The National Sleep Foundation (2003) found that more than 40% of the elderly had 2-3 chronic conditions like hypertension, arthritis, prostate enlargement, and heart failure. These disorders are either directly associated with insomnia or their clinical progress leads to impaired quality of sleep. For instance, nocturia is the most bothering symptom where more than 65% of the elderly reported that it fragments sleep (NSF, 2005). Pain associated with cancer, arthritis is also a common cause of insomnia in the elderly. Not only does it decrease the quality of sleep but sleeplessness itself intensifies the feeling of pain (Cole and Richards, 2007). Of major concern is the fact that chronic sleep disturbance itself poses a risk for developing serious chronic diseases like hypertension, depression, cardiovascular or cerebrovascular disorders. Thus the alarming bi-directional effect (Mai, & Buysse, 2008; Bloom et al, 2009; Crowley, 2011).

c) Mental health disorders like depression, cognitive impairment, dementia, Alzheimer's Disease (AD) are as well linked with poor quality sleep. Vaz Fragoso et al. (2007) and the National Sleep Foundation in "Sleep in America Poll" 2003 reported that 70% of older persons who reported being depressed had insomnia. Studies have shown that depression is highly associated with insomnia and in turn untreated insomnia resulting in depression. Hence the serious consequences of insomnia on physical and mental health (Ohayon, 2009).

d) Older adults are often treated with a multitude of medications. These medications could be for lifetime use to control chronic disorders or could be used periodically like analgesics and non-steroidal anti-inflammatory changes.

e) Psychosocial factors also influence sleep patterns. Advanced age is mostly associated with retirement from work and many other traditional duties. This lifestyle change sometimes leads to loneliness, boredom, and social isolation and consequently to sleep complaints. One of the key findings is that poor socio-economic status and financial insecurity aggravate sleep complaints (Vaz Fragoso & Gill, 2007). The National Psychiatric Morbidity Survey in UK (2007) analyzed the responses of 8000

participants between 16-74 years old and found that those who were at a socio-economic disadvantage like living with low income, which were unemployed, divorced or widowed, suffered significantly more of sleep loss.

f) Unsurprisingly poor sleep hygiene, whether behaviors and environmental factors, affect sleep. The amount of exercise during the day, loss of physical function, daytime napping, caffeine/ alcohol intake, or changed meal times, upset the normal sleep cycle. Weather changes, presence of noise, inadequate exposure to bright light; residing in elderly homes, nighttime nursing care are other factors that influence the quality of sleep (Vaz Fragoso & Gill, 2007; Bloom et al., 2009; Neikrug & Ancoli-Israel, 2010 ; Meadows, Luff, & Eysers, 2010).

Nursing Role in improving sleep —

Despite the fact that sleep is central to health and wellbeing, health care professionals under diagnose it. The literature reveals scarcity of the data on nurses' and physicians' practices of routine assessment and management of sleep in the elderly. A recent study revealed that although 69% of elderly complain of sleep problems only 19% of the physicians have recorded the issue in the patient files (Reid, Martinovich, Finkel, et al. 2006). Furthermore, Krishnan & Hawranik (2008) also reported under-utilization of nursing sleep history and assessment tools. What makes data collection even more difficult is the fact that elderly people expect sleep deterioration to be inevitable with aging and tend not to seek medical help (Venn & Arber, 2012). Hence, primary assessment of the quality and the quantity of sleep is a critical requirement for the initiation of nursing interventions that could improve sleep.

It is essential to examine in detail the history of medication usage and look into their stimulatory and adverse effects (Crowley, 2011). Beta blockers, decongestants, diuretics as well as other psychiatric medications contribute to sleep disruptions (Bloom et al., 2009). In addition, one has to take into account over the counter (OTC) medications that are used by the elderly to self-treat like cough and cold medications (Neikrug & Ancoli-Israel, 2010).

Pharmacological therapies not only seem to be ineffective in treating sleep disturbances but also inflict various side effects on patients. Sedatives and hypnotics have been associated with increased risk of falls, delirium and disrupted functional status in the elderly and consequently, recommended to use with caution with the senile population. Non-benzodiazepines and melatonin receptor agonists are considered the safest drugs for the aged (Bloom et al., 2009; Glass, Lanctôt, Herrmann, et al, 2005). It is only pertinent that the nurse reviews the list of used medications to advise eliminating unnecessary drugs or highlighting those that cause sleep impairment.

Different authors have suggested many strategies and non-pharmacological interventions that could ensure older people to a good night's sleep:

a) *Nursing assessment*: Understanding the normal sleep pattern and habits of elderly patients is the first step in intervening (Lee & Ward, 2005). This could be accomplished in hospital settings or in elderly residential centers. Nursing assessment should include questions like the routine time of going to bed, total hours of sleep over a twenty-four hour period, time of awakening, where does a patient sleep bed/chair, frequency of napping, any special rituals followed (hot drink, warm bath, watching TV, listening to music, etc.), medications used, the duration of the sleep disturbance (Gilsenan, 2012, Nagel, Markie, Richards, et al., 2003). Several sleep assessment tools are available. These are subjective interviews or even direct observation of patients during care, in addition to talking to their relatives to further understand the nature of the sleep disturbance. *The Epworth Sleepiness Scale (ESS)* is considered a well-known sleep assessment tool to assess sleepiness in older adults proposed by the Hartford Institute for Geriatric Nursing (2007). It is known for its internal consistency. This scale will reveal the effect of ineffective sleep on quality of life (refer to scale). Signs of any underlying sleep disorder would warrant further evaluation and a referral to a sleep specialist.

In addition to direct assessment of sleep pattern and history taking it is essential to gather data about existing co-morbidities, mental disorders, medication uses, over the counter medications, and alcohol intake (Lee & Ward, 2005; Townsend-Roccichelli, Sanford, & VandeWaa, 2010).

b) *Sleep Hygiene*: Reducing noise, alarm levels, use of earplugs, headphones have also been considered for improving sleep. Back rubs or massages, introducing bedtime snacks or hot drinks, reducing caffeine alcohol or nicotine intake, relaxation techniques, warm baths, music therapy, reducing daytime naps, consistent sleep protocol all seem to have a positive effect (Bloom et al., 2009; Nagel, et al. 2003, Liao, 2002). It is advised that nurses cluster-nursing activities that are due at night in hospital or institutional settings to offer more time for quality sleep. Eliminating unnecessary nursing interventions during night hours is advised to promote longer hours of uninterrupted sleep (Nagel et al., 2003). Reducing the number of nighttime checking on certain residents in home care could also reduce sleep disturbances (Eilmers, 2013). Unit lights should be dimmed in after hours to produce an environment conducive of sleep.

c) Sometimes simply managing the reason for sleep disturbances could be helpful. This could be relieving pain or anxiety, avoiding diuretic medication during the evenings, taking turn in the care of a partner, or eliminating certain environmental factors. Therefore, it is important to individualize the interventions according to patient needs and preferences (Krishnan & Hawranik 2008, Bloom et al., 2009). Nursing care plans should be tailored to include specific interventions that could promote healthy sleep pattern to hospitalized patients. This of course should be accompanied with institutional policies and environmental cues like posting signs on the unit to remind hospital staff and visitors to speak quietly and implement a noise control policy in the unit (Gilsenan, 2012).

d) *Exercise*: Increasing physical activity and exercise during daytime in residents of nursing homes improves sleep quality (Bloom et al., 2009).

e) *Light Therapy*: Bright light therapy through exposing patients to bright light during hours of the day seems to improve quality of sleep but the evidence is still inconclusive (Bloom et al., 2009). The protocol of the light intervention (timing, duration, time of the day) is still unsettled. Exposure to natural outdoor light is another

potential intervention with modest effect on sleep improvement.

f) *Yoga*: Yoga exercise has also been studied in homes of the elderly. Hariprasad, Sivakumar, Koparde, et al. (2013) reported that Yoga appears to improve the quality of life (QOL) and sleep quality of elderly living in old age homes. Nonetheless, there is a need for further studies to confirm the benefits of yoga for elderly regarding the QOL and sleep quality.

It is important to state that the evidence of these interventions in eliminating sleep disturbances is not robust and further research is needed to prove their efficacy whether in hospitalized or community settings. As a result, there are no clear guidelines to promote effective sleep in older adults (Bloom et al., 2009). Obviously some of these interventions appear to be very demanding to nurses in hospital settings due to overload of responsibilities, it would be more realistic to implement in residential centers or home settings where insomnia is critical (Lee & Ward, 2005, Gilsenan, 2012).

Conclusion

Sleep deprivation is associated with poor quality of life in general. Although it is commonly treated with sedatives, anti-depressants, anxiolytics, nurses do have a major role to play because drugs alone are not satisfactory (Krishnan & Hawranik, 2008). Primarily, nurses are encouraged to be more familiar with and assess sleep problems in older adults to recognize its severity and effect on quality of life. This assists in developing greater sensitivity and a positive culture among nursing staff that advocates good night's sleep. So, it is central to expand nursing clinical knowledge on sleep and build competence in assessing sleep. Once nursing assessments are systematized particularly in nursing homes where the residents stay for longer periods, nursing care plans could be reviewed daily and personalized to be patient centered.

The Epworth Sleepiness Scale (ESS)

How likely are you to doze off or fall asleep in the following situations, in contrast to feeling just tired? This refers to your usual way of life in recent times.

Even if you have not done some of these things recently try to work out how they would have affected you. Use the following scale to choose the most appropriate number for each situation:

0 = would never doze

1 = slight chance of dozing

2 = moderate chance of dozing

3 = high chance of dozing

SITUATION CHANCE OF DOZING (0–3)

- Sitting and reading
- Watching television
- Sitting inactive in a public place (e.g. a theater or meeting)
- As a passenger in a car for an hour without a break
- Lying down to rest in the afternoon when circumstances permit
- Sitting and talking to someone
- Sitting quietly after a lunch without alcohol
- In a car, while stopped for a few minutes in the traffic

TOTAL SCORE

Score Results:

1-6 getting enough sleep

7-8 score is average

9 and up Very sleepy and should seek medical advice.



Key messages to promote sleep

1. Assess normal sleep patterns and habits
2. Assess for chronic diseases and medication use
3. Assess psychiatric history
4. Control complaints of pain, anxiety, dyspnea, nocturia...
5. Ensure a consistent sleep protocol
6. Apply a noise protocol
7. Apply dark-light protocol
8. Review medication list and interactions
9. Cluster nursing interventions at night and eliminate unnecessary ones
10. Use relaxation techniques, e.g. snacks, hot bath, music
11. Maintain active physical and social daytime schedule

REFERENCES

- Ancoli-Israel, S., Ayalon, L., & Salzman, C. (2008). Sleep in the elderly: normal variations and common sleep disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 16(5), 279-286.
- Bloom, H.G., Ahmed, I., Alessi, C.A., Ancoli-Israel, S., Buysse, D.J., Kryger, M.H., Phillips, B.A., Thorpy, M.J., Vitiello, M.V., Zee, P.C. (2009). Evidence based recommendations for the assessment and management of sleep disorders in older persons. *Journal of American Geriatric Society*, 57(5), 761-789.
- Cole, C. & Richards, K. (2007). Sleep disruption in older adults. *American Journal of Nursing*, 107(5), 40-49.
- Crowley, K. (2011). Sleep and Sleep Disorders in Older Adults. *Neuropsychology Review*, 21, 41-53.
- Eilmers T. (2013). Factors affecting residents' sleep in care homes. *Nursing Older People*, 25(8), 29-32.
- Gilsenan, I. (2012). Nursing Interventions to Alleviate Insomnia. *Nursing Older People*, 24(4), 14-18.
- Glass, J., Lanctôt, K.L., Herrmann, N., Sproule, B.A., & E Busto U.E. (2005). Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *British Medical Journal*, 331, (1169), 1-7.
- Hariprasad, V. R., Sivakumar, P. T., Koparde, V., Varambally, S., Thirthalli, J., Varghese, M. Basavaraddi, I. V., & Gangadhar B. N. (2013). Effects of yoga intervention on sleep and quality of life in elderly: A randomized controlled trial. *Indian Journal of Psychiatry*, 55, 364-8.
- Hartford Institute for Geriatric Nursing. (2007). Try this: best practices in nursing care to older adults. *The Epworth Sleepiness Scale*. 2007. <http://www.hartfordign.org/publications/trythis/issue06.pdf>.
- Krishnan, P., Hawranik, P. (2008). Diagnosis and management of geriatric insomnia: A guide for nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(12), 590-599.
- Lee, K.A., & Ward, T. M. (2005). Critical Components of a sleep assessment for clinical practice settings. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 739-750.
- Liao, W.C. (2002). Effects of passive body heating on body temperature and sleep regulation in the elderly: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 39(8), 803-810.
- Mai, E. & Buysse, D.J. (2008). Insomnia: Prevalence, Impact, Pathogenesis, Differential Diagnosis, and Evaluation. *Sleep Medicine Clinics*, 3(2), 167-174.
- Minaker K.L. (2011). Common clinical sequelae of aging. In: Goldman L, Schafer AI, eds. *Cecil Medicine*. 24th ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier: chapter 24.
- Nagel, C.L., Markie, M.B., Richards K.C., & Taylor, J.L. (2003). Sleep Promotion In Hospitalized Elders. *MEDSURG Nursing*. 12(5), 279-290.
- National Sleep Foundation. Sleep in America Poll. 2003 [Accessed April 2, 2014]. At: www.sleepfoundation.org
- Narayanan, S., & Puthoff, P. (2008). Prevalence of Insomnia in Europe. A Comparison of Six Countries. TNS Healthcare, a Kantar Health Company.
- Neikrug, A.B., Ancoli-Israel, S. (2010). Sleep Disorders in the Older Adult – A Mini-Review. *Gerontology*, 56, 181-189.
- Ohayon, M.M. (2009). Observation of the Natural Evolution of Insomnia in the American General Population Cohort. *Sleep Medicine Clinic*, 4(1), 87-92.
- Reid, K.J., Martinovich, Z., Finkel, S., Statsinger, J., Golden, R., Harter, K., Zee, P.C. (2006) Sleep: a marker of physical and mental health in the elderly. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 14(10):860-6.
- Roth, T. (2007). Insomnia: Definition, Prevalence, Etiology, and Consequences. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 15(3), S 7-10.
- The US National Institutes of Health State-of-the-Science Statement on "Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults" (2005) [Accessed April 2, 2014]. At: <http://consensus.nih.gov/2005/insomniastatement.htm>
- Townsend-Roccichelli, J., Sanford, J.T., & VandeWaa, E. (2010). Managing sleep disorders in the elderly. *The Nurse Practitioner*, 35(5), 30-37.
- Vaz Fragoso, C.A., & M. Gill, T.M. (2007). Sleep complaints in community-living older persons: A multifactorial geriatric syndrome. *Journal of American Geriatrics Society*, 55(11), 1853-1866.
- Venn, S., & Arber, S. (2012). Understanding older peoples' decisions about the use of sleeping medication: Issues of control and autonomy. *Sociology of Health and Illness*, 34(8), 1215 - 1229.



In Recent Testing 9 out of 10 nurses preferred
3M™ Kind Removal Silicone Tape
over their gentle tape



New Avagard Foaming!
3M™ AVAGARD
Instant Hand Antiseptic
62% w/w or 70% v/v Ethyl Alcohol



3M™ Tegaderm™ CHG
Cholrexidine Gluconate IV Securement Dressing

3M™ Littmann Lightweight II S.E. Stethoscope

Designed For Your Comfort.

- Chestpiece shape designed for better orientation around blood-pressure cuffs and body contours



* Especially
Designed
For Nurses



01 487 222

Comment les adolescentes libanaises vivent-elles la dysménorrhée et l'expérience menstruelle ?

Tania Santina,
SF., Ph.D (cand),
Enseignante sage-femme,
Faculté de Santé Publique,
Université Libanaise, Saïda –
Liban.

Mona Saouma Nehmé,
inf., Ph.D. (cand),
Directrice du département des
Sciences Infirmières, Faculté
de Santé Publique, Université
Antonine – Liban.

Résumé

La dysménorrhée, une douleur crampiforme et récidivante associée aux règles, fait l'expérience de nombreuses filles et femmes. Son intensité pourrait entraver significativement les activités quotidiennes, altère la qualité de vie de la « femme » et, par conséquent, l'*empowerment* de la « femme ». Une étude corrélationnelle a été réalisée afin d'explorer la relation entre la dysménorrhée et l'expérience menstruelle chez 389 étudiantes de 13 à 19 ans vivant à Saïda, au Liban.

74,3 % souffraient de dysménorrhée et 41,4 % s'absentaient régulièrement ou occasionnellement de l'école en raison de dysménorrhée. 75,2 % ont obtenu des scores indiquant un vécu négatif des menstruations. La jeunesse, une longue durée des saignements, un vécu négatif des menstruations et un long cycle sont les facteurs prédictifs de la dysménorrhée. La mise en place de programmes de promotion en santé sexuelle et reproductive axés sur les menstruations s'avère une stratégie capitale pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement.

Mots-clés : expérience menstruelle, dysménorrhée, éducation sanitaire.

Introduction

La menstruation, un phénomène normal (McPherson & Korfin, 2004), constitue un indicateur de santé sexuelle et reproductive (Nelson et al., 2003). Toutefois, plusieurs femmes en âge de procréer se plaignent de dysménorrhée, un symptôme fréquemment associé aux menstruations.

Dans cette étude, nous avons retenu comme dysménorrhée : toute sensation de crampe douloureuse dans le bas-ventre durant les menstruations, irradiant parfois dans le bas du dos (Adinma & Adinma, 2008),

qu'elle soit de type primitif (douleurs apparaissant à la ménarche) ou secondaire (douleurs survenant plus tardivement dans la vie de la femme).

En effet, les causes de la dysménorrhée sont multiples : psychologiques, physiologiques (par exemple troubles hormonaux) ou organiques (par exemple anomalie utérine, endométriose, écoulement du sang difficile ou infection génitale) (Adinma & Adinma, 2008).

La revue de la littérature fait ressortir le fait que la dysménorrhée constitue le motif le plus important des consultations gynécologiques chez les femmes en âge de procréer (el-Gilany, et al., 2005 ; Pourselami &

Osati-Ashtiani, 2002), cause des pertes économiques importantes (*Houston, et al., 2006 ; Banikarim, et al., 2000 ; Parker, Sneddon & Arbon, 2010*), limite les activités quotidiennes (par exemple l'absentéisme scolaire ou professionnel) et, par conséquent, la qualité de vie. Pour ces motifs, la dysménorrhée est considérée comme l'un des problèmes majeurs de santé publique (*French, 2005*).

Les études sur ce phénomène ont révélé que les adolescentes, chez qui la prévalence de dysménorrhée à l'échelle mondiale varie entre 50 % et 80 % (*Banikarim, et al., 2000 ; el-Gilany, et al., 2005*), sont la population la plus touchée par ce problème. En fait, la perpétuation des tabous culturels sur les menstruations et les messages comme « la menstruation constitue une situation honteuse et impure » influent directement ou indirectement (en grande partie de façon négative) sur les croyances des adolescentes au sujet de la ménarche et donc sur leurs expériences menstruelles futures (*McPherson & Korfin, 2004*).

En parallèle, au cours de leurs premières règles, les adolescentes rapportent fréquemment des sentiments comme l'anxiété, la colère, la confusion, la honte, le dégoût et même la dépression (*McPherson & Korfin, 2004*). Les données scientifiques ont démontré une corrélation positive entre l'expérience menstruelle et les facteurs socioculturels auxquels sont soumises les adolescentes (*Marvan, Vacio, & Espinosa-Hernandez, 2001*).

L'objectif principal de cette recherche est d'explorer la relation entre la dysménorrhée et l'expérience menstruelle chez des adolescentes de 13 à 19 ans vivant à Saïda et sa banlieue, au Liban. De ce fait, une étude descriptive corrélationnelle a été réalisée.

Méthodologie de l'étude

Devis et population cible

Dans cette étude descriptive corrélationnelle, la population cible était toute adolescente âgée de 13 à 19 ans qui avait déjà eu ses règles, qui poursuivait ses

études dans une école anglophone de la région de Saïda ou sa banlieue et qui comprenait et écrivait l'anglais.

Les étudiantes n'ayant jamais eu de règles ont été exclues de l'étude. L'échantillonnage aléatoire en grappes s'est effectué en deux étapes.

Sélection des lycées

Un total de 16 lycées ont satisfait aux critères d'admission (lycées privés ou gouvernementaux, à Saïda et sa banlieue, et éducation anglophone ou bilingue). Ensuite, dans le but de calculer la taille de l'échantillon, le SSN a fourni le nombre global d'étudiantes (de EB8 jusqu'à la 3e année secondaire) qui fréquentaient les 16 lycées durant l'année scolaire 2009-2010. Un tirage au sort a enfin été fait pour déterminer le nombre d'écoles à inclure dans la collecte de données et pour les sélectionner. Les détails de la méthodologie appliquée sont publiés ailleurs (*Santina, Wehbe & Ziade, 2012*).

Sélection des étudiantes

Les étudiantes des classes ciblées ayant consenti à participer ont toutes été rencontrées.

Considérations éthiques

Le protocole de l'étude a été d'abord examiné et approuvé par la Commission de révision éthique du ministère libanais de l'Éducation. Ensuite, pour favoriser la collaboration de tous les directeurs des écoles et s'assurer d'obtenir leur accord, une lettre expliquant la recherche a été présentée à la présidente du réseau des écoles de la région de Saïda et ses environs (Sidoon's School Network [SSN]). Après l'obtention du consentement du comité du SSN, et à la demande de ce dernier, une lettre a été enfin adressée aux directeurs des écoles.

Le libre consentement des participantes a été respecté ; la participation était volontaire et le fait de participer à l'étude n'avait aucune incidence sur les notes scolaires. De plus, la confidentialité liée à l'anonymat a été garantie dans le consentement à l'étude qui a été remis sous enveloppe cachetée.

Déroulement de l'étude

Une enveloppe contenant un formulaire de consentement à participer et un feuillet explicatif a été adressée aux parents ; enfin, une dernière lettre de la part des directions des écoles a été remise aux parents.

Au total, 389 étudiantes ont été recrutées et ont répondu au questionnaire (temps requis : 25 minutes) dans une salle de classe de leur école, entre le 18 février 2010 et le 18 mars 2010.

Méthode de collecte des données

Les données ont été obtenues au moyen d'un questionnaire en langue anglaise qui permettait de recueillir les données sociodémographiques sur les adolescentes (8 items à choix multiples) ainsi que d'un questionnaire visant à évaluer leur expérience menstruelle, soit le *Menstrual Experiences and Behaviors Questionnaire* (MEBQ) de McPherson et Korfine (2004) dont le coefficient alpha de cohérence interne est de .87. Deux prétests ont été réalisés auprès de 33 étudiantes afin d'évaluer et d'adapter le MEBQ sur les plans suivants : formulation, temps de réponse, difficulté et aspects pratiques.

Le MEBQ est divisé en deux parties. La première comprend 5 items, dichotomiques (oui, non) ou semi-ouverts, portant sur les caractéristiques du cycle menstruel (régularité, fréquence, durée et qualité des règles, douleur).

La deuxième partie se compose de 6 items portant sur l'expérience menstruelle de l'adolescente, ses activités quotidiennes durant les menstruations et le recours à une consultation gynécologique.

Pour l'interprétation du score, une transformation a été nécessaire, conformément aux recommandations du concepteur de l'échelle (McPherson & Korfine, 2004) ; les réponses utilisant des termes positifs obtenaient un score de un et les réponses utilisant des termes soit seulement négatifs, soit positifs et négatifs en même temps, obtenaient un score de zéro. Le total était ensuite divisé par 10. Un score total de .5 ou plus indiquait que l'étudiante vivait une expérience menstruelle favorable.

Les variables quantitatives de l'étude ont subi une transformation par « découpage en classe » pour devenir des variables qualitatives afin que chaque étudiante appartienne à une seule classe, ce qui a permis d'utiliser le tableau de contingence croisant deux variables qualitatives pour les classes.

Plan d'analyse des données

Le calcul de la taille de l'échantillon était basé sur une puissance de 90,0 % afin de permettre la détection d'une différence de 17,0 % de la durée des règles chez les deux groupes de l'étude (ne présentant pas une dysménorrhée vs présentant une dysménorrhée). La marge d'erreur dans l'estimation de l'échantillon est inférieure à 5 %, avec un seuil de confiance de 95,0 %.

L'analyse des résultats a été réalisée automatiquement au moyen du logiciel SPSS (version 16.0, Chicago, IL), lequel a été utilisé dans l'analyse statistique tout au long de cette recherche. Une analyse descriptive et inférentielle des données était faite en utilisant le khi carré et la régression logistique. Le seuil de signification statistique de toutes les analyses était 5 % (valeur de $p = .05$).

Résultats et discussion

Caractéristiques sociodémographiques

Au total, 389 adolescentes ont rempli le questionnaire. Les participantes étaient majoritairement libanaises (87,5 %). Leur âge moyen calculé était de 15 ans et 10 mois (mode : 16 ans). Les étudiantes avaient leurs règles depuis 1 à 9 ans (mode : 5 ans). Quant au niveau de scolarité, les plus représentés étaient dans les classes EB8 (23,4 %), EB9 (23,4 %) et 1^{re} année secondaire (27,0 %). En outre, 33,66 % des mères et 34,18 % des pères avaient fait des études universitaires. Enfin, le revenu familial mensuel était inférieur à 1000 \$ pour 15,2 % des étudiantes, se situait entre 1000 \$ et 2000 \$ pour 37,3 % d'entre elles, était compris entre 2000 \$ et 3000 \$ pour 26,0 % et était supérieur à 3000 \$ pour 21,6 %.



Caractéristiques et expérience menstruelle

La presque totalité des participantes (85,86 %) ont atteint la période de ménarche entre 11 et 13 ans, l'âge moyen étant de 12 ans et 5 mois.

La durée du cycle menstruel variait de 21 à 45 jours, la moyenne étant de 26,5 jours.

En outre, 45,2 % des participantes avaient des règles modérées, 27,8 % avaient des règles minimales et 27,0 %, des règles abondantes. La durée moyenne des règles était de 6 jours (minimum et maximum : de 3 à 12 jours).

La majorité des adolescentes (73,8 %, écart type de 1.0) avaient un score négatif au questionnaire MEBQ. Bien que la plupart des adolescentes (74,3 %) se plaignent de dysménorrhée, seulement 7,3 % ont consulté un médecin à ce sujet.

Absentéisme scolaire

Presque la moitié des adolescentes (41,4 %) s'absentaient de l'école pendant 9 à 24 jours par année.

Les résultats du test du khi carré montrent une relation significative entre la dysménorrhée et l'âge ($p = .023$), la durée des règles ($p < .001$), l'absentéisme scolaire

($p = .031$), les changements d'humeur ($p < .001$) et l'expérience menstruelle ($p < .001$).

La prévalence de dysménorrhée est frappante dans cette étude (74,3 %), tout comme dans des études menées à Taïwan (74,6 %) (*Chang & Chen, 2008*) et en Iran (71,2%) (*Poureslami & Osati-Ashtiani, 2002*). Elle est plus élevée que celle constatée en Malaisie (67,7 %) (*Lee et al., 2006*), au Niger (61,27 %) (*Sule & Ukwery, 2007*) et à Washington (74,0 %) (*Houston et al., 2006*).

Le risque de dysménorrhée est significativement élevé chez les participantes, surtout dans les premières années de la ménarche.

En outre, il existe une corrélation significative entre, d'une part, le risque de dysménorrhée et, d'autre part, l'âge (premières années de la ménarche) et le cycle menstruel (prolongé et abondant), telle que trouvée en Égypte par el-Gilany, Badawi & el-Fedawy (2005). Ce risque de dysménorrhée est également corrélé avec le changement d'humeur lors des menstruations et un score négatif pour l'expérience menstruelle, tout comme trouvé aussi au Niger par Sule et Ukwery (2007).

L'étude actuelle montre une relation significative entre

l'absentéisme scolaire et la dysménorrhée. Ces résultats concordent avec ceux d'autres études telles que celles de Chen et Chen (2005), Lee et ses collègues (2006), Poureslami et Osati-Ashtiani (2002), Sule et Ukwery (2007).

Cette étude, comme d'autres, a clairement démontré que la dysménorrhée prédispose aux changements psychologiques comme les changements d'humeur (McPherson & Korfin, 2004).

Limites de l'étude

Limites de l'étude et validité interne

En effet, la nature transversale de l'étude empêche la détermination de la séquence temporelle des événements.

Par ailleurs, l'aspect quantitatif du questionnaire donne lieu à un biais d'instrumentation qui laisse peu de place à d'autres réponses possiblement intéressantes.

Limites de l'étude et validité externe

Vu les limites internes, la présente étude comporte certains biais qui restreignent la validité des relations établies entre les variables de l'étude.

Malgré ces limites, la présente étude a fourni des informations utiles sur l'état de santé menstruelle des adolescentes.

Implications de l'étude pour la pratique

Pour Atntovosky (1987), la salutogenèse met le point sur les ressources qui aident la personne à être en bonne santé, à le rester et à faire face au stress. Le « sens de cohérence », une condition *sin qua non* à la bonne santé, est un sentiment essentiel qui se développe à partir du vécu personnel, du savoir collectif, des valeurs et des normes d'une société. Il convient tout de même de souligner que le sens de cohérence désigne la capacité à surmonter des situations critiques (Croix-Rouge, 2008).

Dans cette optique, l'Association des éducatrices et éducateurs, formatrices et formateurs en santé sexuelle et reproductive (2011) rapporte que l'intervention en matière de SSR en milieu scolaire, tout en respectant la dignité, « s'inscrit dans un projet global d'éducation et de promotion de la santé des enfants, des adolescents, des jeunes adultes et des adultes tel que défini par la Charte d'Ottawa (principe de salutogenèse) » (p. 2).

En outre, selon l'United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (2010), la promotion en matière de SSR en milieu scolaire s'avère une stratégie capitale pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement, plus particulièrement l'OMD 3 (promouvoir l'égalité des sexes et l'*empowerment* des femmes) et l'OMD 5 (réduire le taux de mortalité maternelle et rendre universel l'accès à la médecine procréative). Or, la dysménorrhée limite les activités quotidiennes de la femme, altère sa qualité de vie, et par conséquent entrave l'*empowerment* de la femme.

Les professionnels de la promotion de la santé sont donc invités à instituer des mesures appropriées dans la collectivité pour accroître la conscience sociale sur le sujet dans le but de mettre à jour les programmes scolaires et ainsi de sensibiliser les adolescentes à ce sujet important de santé.

Enfin, il est recommandé d'adopter une approche écologique participative dans les études à venir auprès de cette population à risques et de faire des interventions préventives ciblant les jeunes, particulièrement à Saïda et dans sa banlieue, afin d'assurer aux adolescentes un environnement sûr et favorable pour leur SSR.

RÉFÉRENCES

- Adinma, E. D. & Adinma, J. (2008). « Perceptions and Practices on Menstruation Amongst Nigerian Secondary School Girls. » *African Journal of Reproductive Health*, 12, 74-83.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling The Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Association des éducatrices et éducateurs, formatrices et formateurs en santé sexuelle et reproductive. (2011). « Charte éthique Éducation sexuelle à l'école, par les éducatrices et éducateurs, formatrices et formateurs en santé sexuelle et reproductive. »
En ligne <http://www.artanes.ch/images/articles/charte.pdf>, consulté le 22 janvier 2013.
- Banikarim, C., Chacko, M.R. & Kelder, S.H. (2000). Prevalence and Impact of Dysmenorrhea on Hispanic Female. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 154 (12), 1226-1229.
- Chang, Y. T. & Chen, Y. C. (2008). « Menstrual Health Care Behavior and Associated Factors Among Female Elementary Students in the Hualien Region. » *Journal of Nursing Research*, 16, 8-16.
- Chen, H. M. & Chen, C. H. (2005). « Related factors and consequences of menstrual distress in adolescent girls with dismenorrhea. » *Kaohsiung Journal of Medical Science* 21 (3), 121-127.
- Croix-Rouge. (2008). « Torture et traumatismes: Diagnostic et traitement. Service ambulatoire pour victimes de la torture de la guerre CRS. » Fisher: Münsingen. Tiré de http://www.torturevictims.ch/fileadmin/Content/Publikationen/Dokumente/Informations_Tortures_Traumatismes.pdf
- El-Gilany, A. H., Badawi, K. & el-Fedawy, S. (2005). « Epidemiology of dysmenorrhea among adolescent students in Mansoura, Egypt. » *Eastern Mediterranean Health Journal*, 11(1/2), 155-163.
- French, L. (2005). « Dysmenorrhea. » *American Family Physician*, 71 (2), 285-291.
- Houston, A. M., Abraham, A., Huang, Z. & D'Angelo, L. J. (2006). « Knowledge, attitudes and consequences of menstrual health in urban adolescent female. » *Journal of Pediatrics and Adolescent Gynecologic*, 19, 271-275.
- Lee, L. K., Chen, P. C. Y., Lee, K. K. & Kaur, J. (2006). « Menstruation among adolescent girls in Malaysia : a cross-sectional school survey. » *Singapore Medicine Journal*, 47, 869-874.
- Marvan, M. L., Vacio, A. & Espinosa-Hernandez, G. (2001). « A comparison of menstrual changes expect by pre-menarcheal and postmonarchial adolescents in Mexico. » *Journal of School Health*, 71 (9), 458-461.
- McPherson, M. E. & Korfine, L. (2004). « Menstruation across time : menarche, menstrual attitudes, experiences, and behaviors. » *Women's Health*, 14, 193-200.
- Nelson, L. M. et al. (2003). « The menstrual cycle – getting the “vital” respect it deserves. Pituitary Network Association. »
En ligne <http://www.pituitary.com/news/PituitaryNewsUpdates/PressReleases/MenstrualCycle.php>, consulté le 12 février 2009.
- Parker, M., Sneddon, A. & Arbon, P. (2010). « The menstrual disorder of teenagers (MDOT) study: determining typical menstrual patterns and menstrual disturbance in a large population-based study of Australian teenagers. » *BJOG*, 117(2), 185-92. Doi : 10.1111/j.1471-0528.2009.02407.x.
- Poureslami, M. & Osati-Ashtiani, F. (2002). « Attitudes of female adolescents about dysmenorrhea and menstrual hygiene in Tehransuburbs. » *Archives of Iranian Medicine*, 5, 219-224.
- Santina, T., Wehbe, N. & Ziade, F. (2012). « Exploring dysmenorrhoea and menstrual experiences among Lebanese female adolescents. » *Eastern Mediterranean Health Journal*, 18 (8), 857-863.
- Sanyal, S. & Ray, S. (2008). « Variation in the menstrual characteristics in adolescents of West Bengal. » *Singapore Medical Journal*, 49 (7), 542-50.
- Sule, S. Y. & Ukweny, J. E. (2007). « Menstrual experiences of adolescents in secondary school. » *Turkish German Gynecological Association*, 8, 7-14.
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (2010). *Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle* (Vol. 1). Le bien-fondé de l'éducation sexuelle. En ligne <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281f.pdf>, consulté le 12 janvier 2013.



In safe hands

At New Mazloun Hospital we believe that "Patient Comes First". We strive to provide excellent and safe healthcare services to all patients without any discrimination meeting the needs of the community by optimizing and dedicating all our resources.

**NewMazloun
Hospital**



Représentations sociales de la maladie mentale chez les proches des personnes atteintes du Haut-Chouf

Zeina Zebian,

Infirmière diplômée, DEA (Master recherche) en santé publique, DESS en santé communautaire, Doctorante en psychologie (4ème année), Université Saint-Joseph. Responsable de la formation continue des infirmières aux dispensaires au Chouf de la part du Ministère de la Santé Publique – Liban.

Foumia Bou-Assy,

Professeur à l'Université Libanaise – Faculté de Santé Publique.

Résumé

Les maladies mentales affectent des gens de toutes les professions et tous les niveaux. Tout individu est susceptible d'être affecté par ces maladies. La maladie mentale affecte non seulement les personnes atteintes, mais aussi leur famille et la collectivité. Le but de cette étude est d'explorer le savoir des proches des patients atteints par cette maladie résidant au Haut-Chouf. L'analyse qualitative a permis d'identifier les représentations sociales de cette maladie chez les proches. Les résultats ont permis de dégager de lourds fardeaux et une modification dans la représentation sociale reliée à la maladie mentale.

Mots-clés : *maladie mentale, représentation sociale, proches des patients, théorie ancrée.*

Problématique

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2005), cinq des 10 causes principales d'incapacité sont liées à des troubles mentaux. Cette organisation prévoit que, dans moins de 20 ans, la dépression sera la deuxième cause d'incapacité dans le monde.

De plus, les maladies mentales ont des retombées importantes sur les proches, qui ont des décisions difficiles à prendre concernant le traitement et l'hospitalisation. Le coût des médicaments, de l'hospitalisation, l'absence de travail et le soutien supplémentaire peuvent créer un lourd fardeau financier pour la famille ; ainsi, la stigmatisation accompagnant la maladie conduit souvent

à l'isolement des membres de la famille, du patient, de leur collectivité.

Suite à cette stigmatisation, il serait souhaitable de faire connaître et intégrer ces patients dans la société. Aussi, savoir la représentation sociale de leurs proches pour assurer leurs réinsertion sociale et professionnelle.

Cadre méthodologique

La présente étude consiste à mieux décrire le phénomène de la maladie mentale et ses impacts sur les patients et leurs proches. Il s'agit d'une étude exploratoire et non de vérification d'hypothèses.

Le devis de la recherche

La recherche qualitative permet d'effectuer une « descente en profondeur », de comprendre de l'intérieur l'univers étudié pour mieux comprendre ce que les proches savent des maladies mentales.

La description de l'échantillon et la stratégie de son recrutement

Au Haut-Chouf, un département de psychiatrie se trouve à l'hôpital Aïn Wa Zein où les personnes qui manifestent des symptômes de trouble mental, accompagnées par un proche, arrivent pour avoir les soins et les traitements nécessaires. La taille de l'échantillon est limitée à huit proches. L'échantillon est seulement formé de femmes, et ce pour des raisons de disponibilité. L'âge de l'ensemble des proches varie entre 30 et 75 ans, le choix des proches étant laissé au hasard.

Pour recruter les proches, il a fallu tout d'abord obtenir le consentement du service de psychiatrie. Les proches qui étaient rencontrés étaient ceux qui visitaient leurs patients hospitalisés et qui ont accepté de participer à l'étude. Leur code est entre parenthèses.

Collecte des données

Pour collecter les données, la méthode d'entrevue semi-directive individuelle a été choisie pour entrer en contact direct et personnel avec les proches qui visitaient les patients.

Analyse des données

Le matériel a été analysé selon la théorie ancrée élaborée en 1967 par Glasser et Strauss (*Laperrière in Poupart & al., 1997*) et qui équivaut à un acte de conceptualisation. C'est une méthode de codification et de classification des éléments d'un message dans des catégories propres à mettre en évidence les différentes caractéristiques en vue d'en faire comprendre le sens commun et les discours des proches.

Les considérations éthiques

Les objectifs de la recherche ont été d'abord expliqués à la responsable du service. Et, après avoir obtenu son consentement oral, nous nous sommes adressés aux répondantes. Ensuite, nous nous sommes engagés à

maintenir la confidentialité quant à l'identification des proches et du traitement des patients et à n'utiliser ceux-ci que dans le cadre de la présente recherche.

Validité et fiabilité de la recherche

Dans la présente recherche, plusieurs procédés ont été appliqués pour contrer les problèmes reliés à la validité des données et des résultats. Tous les éléments du corpus ont trouvé une place dans la grille d'analyse utilisée et ont répondu à la question générale et aux questions spécifiques posées, ce qui a démontré une cohérence interne et un traitement exhaustif du matériel. Les catégories choisies étaient pertinentes. La saturation des catégories était atteinte et implique un élément de répétition (*Glasser & Strauss, 1967*).

Pour contrôler le problème de fiabilité dans l'analyse lié au processus de codage et de catégorisation (*Mayer & Ouellette, 1991*), nous avons écouté une entrevue enregistrée, et lu la transcription intégrale, et nous l'avons codée. Puis nous avons réalisé nous-mêmes tout le travail de catégorisation. Après avoir terminé la catégorisation, de nouveau les entrevues ont été codées afin de vérifier s'il y avait des différences dans la façon de coder à deux moments différents, les mêmes unités de sens ont été obtenues. Le caractère exploratoire de cette étude et le petit nombre des proches composants l'échantillon permettent le transfert des résultats obtenus à une collectivité similaire à celle du Haut-Chouf, soit à une population qui possède les mêmes caractéristiques socioculturelles.

Résultats

Les informations des proches des personnes atteintes par les maladies mentales :

Les informations des proches montrent que cette maladie est une maladie incurable, la personne atteinte ne peut pas guérir complètement. Pour certains proches, le patient est une personne choquée, introvertie et triste. Elle est préoccupée par ses problèmes, refoulée sur elle-même : « *Il a un traumatisme dans sa vie, a tendance à la mélancolie et à la tristesse, pense aux choses qui lui posent problème, se refoule* » (5, F).

Une personne atteinte par une maladie mentale est associée à l'idée de la violence et du danger : « *Je sais, et on me disait que tout malade mental est susceptible*

de devenir violent et reconnu comme dangereux, et que sa violence l'aide à exprimer ce qu'il a en dedans de lui. Mais moi je n'ai pas remarqué cette image, mon mari n'est pas agressif » (4, F).

Autrefois, selon la majorité des interrogés, les gens utilisaient le terme « fou » pour désigner la personne atteinte par une maladie mentale. De plus, un fou est exclu de sa famille et de la société. Une personne interrogée raconte son témoignage : « Quand j'étais petite, il y avait une femme qui était folle. C'était "la folle" du village comme ils disaient. Tous se moquaient d'elle, son mari l'a ligaturée avec une chaîne en fer à la maison, puis elle s'est enfuie et a commencé à frapper aux portes des gens pour demander à manger » (4, F). La personne atteinte était considérée comme étant habitée par le démon « seher ».

Aujourd'hui, les termes qui sont utilisés par les interrogés, tels que « psychisme fatigué », « nerfs fatigués », donnent une image différente d'une personne atteinte par une maladie mentale. Ceux-là préfèrent dire qu'il s'agit d'une dépression, ce qui est acceptable dans la société. Selon une interrogée, « aujourd'hui tout a changé, c'est un malade qui est fatigué psychiquement » (3, F). Cela conduit à l'affirmation unanime des interrogés que la place de la personne atteinte par cette maladie demeure au sein de son réseau familial et social s'il n'est pas dangereux pour lui-même ou pour les autres ; sa représentation est comme « différent », « stigmatisé » par la collectivité.

Les informations des proches sur les étiologies de la maladie mentale :

1. Les causes endogènes :

Une interrogée décrit la localisation de la maladie mentale : « Le cerveau qui est dérégulé ou troublé » (2, F). L'autre relie la maladie aux « nerfs qui s'usent et aboutissent à la maladie mentale » (5, F). Elle se traduit par les nerfs fatigués. Pour un autre proche, l'étiologie de cette maladie est reliée à une maladie infantile, l'épilepsie : « Il n'avait rien quand il a eu la fièvre à l'âge de deux ans, une convulsion, puis de l'électricité dans sa tête (épilepsie), et puis il est devenu malade psychique » (4, F). En se référant à ses propres lectures, une interrogée introduit l'effet du groupe rhésus sanguin sur la personnalité : « Moi j'ai lu que le groupe influence ; selon le groupe sanguin, la personne a une personnalité forte ou non » (3, F).

2. Les causes exogènes :

La moitié des proches considèrent la violence familiale comme étant une cause principale qui a des répercussions négatives sur la personne. Cette cause est reliée aux événements vécus durant l'enfance, au milieu social dans lequel l'enfant a évolué. Selon une répondante, « par rapport à ma fille, la violence et les coups de son père sont la cause qui a tué sa personnalité » (3, F). Aussi, la personne atteinte par une maladie mentale est-elle une personne ayant vécu la négligence et la maltraitance parentale, selon l'avis d'une répondante : « L'ignorance chez les parents contribue à détruire la personnalité de l'enfant » (4, F). La majorité des répondantes ont soulevé la cause reliée au terrorisme politique (les explosions ainsi que la guerre de juillet 2006) : « La population est incapable de supporter les traumatismes et la perte des êtres chers » (1, F). Une répondante décrit : « Il nous appelle toujours pour venir car il y a une explosion ; il y a des images violentes que nous regardons à la télévision : du sang, des pieds coupés, etc. » (4, F).

3. Les causes mixtes : endogènes et exogènes

Certaines proches partagent la représentation d'une étiologie mixte (endogène et exogène). Une répondante soulève un ensemble de facteurs susceptibles de provoquer une maladie mentale. Parmi les facteurs endogènes, il s'agit de l'hérédité qui maintient une place prépondérante, en interaction avec le facteur du terrorisme politique : « La guerre, je crois, et le facteur héréditaire, car nous avons plusieurs cas de proches qui ont la même chose ; ou peut-être les deux à la fois » (1, F).

4. Le manque de connaissance :

Une répondante demande si la cause est innée et donc héréditaire, ou bien si elle provient du milieu dans lequel la personne vit : « Si cela vient parfois à la naissance, je ne sais pas, ou si cela est causé par le milieu dans lequel il vit » (1, F).

Les informations des proches sur le traitement de la maladie mentale :

Tous les proches interrogés sont d'accord sur le fait que les traitements sont nécessaires et efficaces pour le patient et son entourage. La prise régulière des médicaments permet à la personne atteinte d'être dans

la normalité : « *Quand ils prennent les médicaments, ils sont normaux* » (3, F).

Par contre, une proche relate l'expérience vécue par son patient qui s'est adressé au début de sa maladie au « *seher* ». Ses parents considéraient qu'il s'agissait de superstition. Ne s'étant pas amélioré, il a ensuite consulté un psychiatre : « *Mon enfant est malade à cause du "seher", mais rien n'a changé, le traitement était enfin médical* » (2, F). Quant à une autre proche, elle a recours à Dieu, à la croyance, la piété, et en même temps à la médecine. Elle précise que sa situation financière ne lui permet pas de consulter souvent le psychiatre. « *Ma situation sociale ne permet pas d'aller toujours chez un psychiatre, mais Dieu peut faire des miracles et guérir, et le médecin fait son travail* » (5, F).

Les attitudes des proches à l'égard des personnes atteintes par une maladie mentale :

Le changement d'attitude est bien présenté par les interrogées à l'égard de la personne atteinte. Une mère compare l'attitude envers son fils, qui a eu une dépression et qui poursuit ses études, à celle que subissait l'enfant autrefois dans une situation semblable : « *Je lui parle normalement, je reste avec lui et lui explique qu'il doit rester tranquille, car il n'a rien ; il reste avec ses frères et avec les enfants des voisins. Alors qu'auparavant, le malade psychologique était un fou, isolé, violent...* » Au contraire, aujourd'hui, et grâce aux médicaments, le malade se sent bien et s'intègre dans la société.

La majorité des proches rencontrés ont une attitude très favorable à l'égard de la médication et son efficacité et une meilleure acceptation de la maladie mentale qui ressemble aux maladies physiques. « *Malgré le coût élevé de la maladie, nous sommes obligés de les acheter, pour diminuer les problèmes et les impacts, et ces maladies sont acceptées et ordinaires comme le diabète ou l'hypertension artérielle* » (1, F).

Les impacts de la maladie mentale sur la vie quotidienne des personnes atteintes et de leurs proches :

Les discours des répondants ont permis de classer le fardeau en quatre sous-catégories :

1. Le fardeau social : les proches sont laissés à eux-mêmes pour devenir les défenseurs de leurs enfants

atteints par une maladie mentale. Ces derniers expriment leur incapacité de faire face aux contraintes et demandent du secours. La stigmatisation et l'agression de l'entourage éveillent chez le patient son trouble. Une répondante livre son témoignage : « *Les gens font des gestes de moquerie... elle est folle. Elle me dit [la fille] qu'il faut que je l'aide, car elle ne peut pas repousser les gens, et elle a refusé d'aller à l'école* » (3, F).

2. Le fardeau psychologique : le fardeau du patient accompagne le proche tout au long de sa vie, et cela s'applique particulièrement à une catégorie de proches, soit les parents âgés : « *J'ai peur pour ma mère, si je mourais qui prendrait soin d'elle ? Ses frères et sœurs ont chacun ses problèmes* » (elle a pleuré) (3, F).

3. Le fardeau financier : de nombreux proches supportent difficilement les charges financières. Une répondante exprime sa plainte : « *Mon état financier est nul, je n'ai pas d'argent, et le psychiatre et les médicaments sont chers ; l'État ne nous aide pas. Parfois, nous n'arrivons même pas à acheter le médicament* » (3, F).

4. Le fardeau instrumental : une épouse parle de son mari qui ne partage pas les responsabilités de la maison : « *À la maison il ne fait rien* » (2, F).

Discussion des résultats

Tous les proches se plaignent des impacts des maladies mentales sur leur vie quotidienne, mais il y a eu un changement chez les proches à l'égard de la place de la personne atteinte, un changement dans les informations, une certaine acceptation, et une place réservée dans le milieu familial. Les proches expriment leur souffrance reliée à la stigmatisation de la personne atteinte par le milieu social. Les maladies mentales sont des maladies au même titre que les maladies physiologiques. Ils croient davantage à l'efficacité des médicaments et préfèrent orienter un patient considéré comme malade mental vers un médecin psychiatre plutôt que vers un médecin généraliste, et déclarent le plus souvent qu'une hospitalisation est parfois nécessaire, ce qui confirme la littérature (Beauchamp, 2007).

D'après l'interprétation des entretiens, cette recherche établit que la représentation sociale des proches des

patients atteints par une maladie mentale se modifie aujourd'hui. Il y a une distinction entre un « fou », un terme utilisé auparavant, et un « malade mental », terme utilisé actuellement. Aujourd'hui, l'information des proches sur cette maladie est basée sur un savoir scientifique (OMS, 2005).

Les recommandations relatives aux personnes atteintes d'une maladie mentale et leurs proches

En tant qu'infirmière enseignante, pour contribuer au développement de la personne et de la collectivité et pour lutter contre la stigmatisation des personnes atteintes d'une maladie mentale, il faut :

1. développer une stratégie de promotion de la santé mentale. D'où le rôle de l'infirmier de développer des stratégies de manière ascendante : commencer par le Chouf pour arriver au Liban ;
2. créer, dans chaque département de psychiatrie, une unité de formation, en ce qui concerne la maladie et la santé mentale.

Les limites de la recherche

L'étude se limite à une collectivité demeurant au Haut-Chouf, nous n'avons étudié que les proches qui viennent à l'hôpital Aïn Wa Zein. Les proches étant à leurs domiciles, les amis, les cousins et les voisins étaient exclus.

RÉFÉRENCES

- Beauchamp, J.-F. (2007). *La Représentation sociale de la maladie mentale chez les soignants et les familles d'accueil thérapeutique*. IFCS Henry Dunant promotion 2006/2007.
- Glasser, B. et Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory, strategies for qualitative research*. Aldine Pub. C, Chicago.
- Mayer, R. et Ouellet, F. (1991). *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Gaëtan Morin, Québec.
- Organisation mondiale de la santé (2005). « Stigmatisation et discrimination envers les malades mentaux en Europe », Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale. Finlande, 1-6.
- Poupart, Des Lauriers, Groulx, Laperrière, Mayer & Pires (1997). *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Gaëtan Morin. Montréal – Paris – Casablanca, 405 pages.

Des pistes de recherche

Les données de cette recherche reflètent le savoir populaire des habitants résidant au Haut-Chouf sur les signes, les causes et le traitement de la maladie mentale ainsi que sur ses impacts. Il est possible de réaliser une telle étude avec une autre catégorie de proches et dans d'autres milieux. Les impacts relevés à partir des discours des proches méritent d'être des objets d'études surtout psychosociales, et avec un échantillon plus large.

Conclusion

Malgré les impacts des maladies mentales sur la vie quotidienne des proches, il y a eu un changement chez eux quant à la place de la personne atteinte, un changement dans les informations, et une certaine acceptation. Les proches expriment leur souffrance reliée au rejet de la personne atteinte par le milieu social et à la lourdeur des fardeaux.

La psychiatrie a évolué dans notre société, les médicaments existant sur le marché sont en général bien organisés et les hôpitaux assez confortables. De plus, l'information offerte par les experts médicaux a permis aux proches de favoriser leur connaissance et d'avoir une explication scientifique. Ces connaissances ont, en effet, modifié la recette transmise des générations précédentes.

1-MINUTE

*loan & card
payments*





BYBLOS BANK

Mobile Banking App

“Azka Banking” by Byblos Bank features smart services that help you save time for things that matter. Use our Mobile Banking App, and make your loan and card payments in one minute.



Download the App now by scanning the above QR image



L'expérience vécue des personnes ayant subi une transplantation rénale et vivant dans le Haut-Chouf

Iman Azzam,

Infirmière diplômée ; DEA (Master recherche) en Santé Publique ; DESS en santé communautaire ; Doctorante en psychologie (4^e année) – Université Saint-Joseph.

Foumia Bou-Assy,

Professeur à l'Université Libanaise – Faculté de Santé Publique.

Résumé

La transplantation rénale (TR) est le meilleur traitement privilégié de l'insuffisance rénale chronique terminale. Le but de cette recherche est de décrire l'expérience vécue des personnes ayant subi une TR et vivant dans le Haut-Chouf. Des entrevues en profondeur ont été conduites auprès de huit personnes ayant subi une TR de plus de 3 ans, leur TR étant réalisée à partir d'un donneur vivant apparenté. Les résultats de l'analyse qualitative de leur discours ont permis de dégager une amélioration de leur qualité de vie considérée dans sa globalité avec ses différentes dimensions physique, psychique et socioéconomique. Ils ont mis en évidence que le transplanté rénal doit avoir un suivi médical rigoureux, un régime alimentaire équilibré et certaines habitudes de vie pour assurer la préservation du greffon. Les pistes de cette recherche soulignent l'importance de l'intégration d'une équipe pluridisciplinaire pour les soins, le suivi et l'accès au don d'organes.

Mots-clés : transplantation rénale, qualité de vie, expérience vécue, phénoménologie.

Problématique et objectif de l'étude

Depuis plusieurs années, la prévalence et l'incidence de l'insuffisance rénale chronique (IRC) augmentent de façon alarmante (Pascault, 2006). Celle-ci entraîne une altération considérable de la qualité de vie (QDV). La TR est le meilleur traitement de l'IRC sur le plan de la QDV. 72 % des transplantés rénaux ont une mobilité normale et 65 % une activité normale (Meakins, 1996). Quant au Liban, l'étude de Azzam et Jalkh (2005) a montré que 82 % des transplantés rénaux sont plus indépendantes

des machines, des lieux ou des personnes, et 82,5 % sont plus satisfaits et heureux. Les résultats de TR avec des greffons de donneurs vivants sont supérieurs par rapport aux donneurs cadavériques.

Cependant, de nombreux facteurs peuvent influencer la vie des TR, qui sont dépendants du type de la maladie associée, tels que le diabète, l'hypertension artérielle, etc., ou indépendants tels l'âge, le sexe, le niveau socioéconomiques, etc. (Rebollo, 2000 ; Venetz, 2004). En effet, la TR n'entraîne pas une véritable guérison, car le rein transplanté ne peut fonctionner que grâce au traitement immunosuppresseur qui doit être poursuivi tout au long de la vie, en plus d'un suivi médical spécialisé

et des règles hygiéno-diététiques (*Pascault, 2006*).

Quant au rejet du greffon, des études (*Fries, 2002 ; Perrot, 2001*) ont montré que le rejet chronique est la cause la plus importante de la perte de greffons rénaux après la première année due à l'oubli ponctuel, aux négligences répétées, aux problèmes familiaux.

Cette étude a pour but de décrire et de mieux comprendre l'expérience vécue par les personnes ayant subi une TR après avoir été à l'hémodialyse. Elle s'intéresse à leur QDV. L'étude s'appuie donc sur le modèle conceptuel de la QDV tracée par Flanagan (1982), qui identifie 15 facteurs regroupés en 5 catégories afin d'améliorer la QDV et de mieux décrire l'expérience vécue.

Cadre théorique et méthodologique

Comme la QDV est une expérience vécue, comme la maladie, la souffrance ou la satisfaction après traitement, elle est accessible à travers les perceptions et les espoirs de la personne elle-même (*Rizzo-Parse, 1994*) ; QDV est ce que la personne dit vivre, ce qu'elle seule décrit. Dans cette perspective, l'étude doit prendre en compte les valeurs prioritaires de la personne, les significations qu'elle attribue à son expérience dans sa globalité, sa perception en rapport avec la TR, son évaluation personnelle.

Considérant le but de l'étude, l'auteur opte pour la méthode qualitative qui permet d'étudier objectivement l'aspect subjectif de cette réalité et, à l'aide d'une mise en discours, l'expérience vécue par les gens. Donc, l'approfondissement de la compréhension de l'expérience de la TR et ses impacts sur le transplanté ne peut se faire sans recourir aux discours qui rendent compte de la façon dont les transplantés perçoivent l'expérience de la TR et le changement possible sur tous les plans physique, psychique et social.

Devis de la recherche

Le devis de cette étude est de type qualitatif-phénoménologique visant l'exploration et non la

vérification d'hypothèses ; il est réalisée grâce à l'étude du vécu d'un certain nombre de personnes ayant une TR.

Méthode d'échantillonnage

La population de l'étude est constituée de huit transplantés rénaux (7 hommes et 1 femme) vivant au Haut-Chouf et provenant tous de la communauté druze puisque la population de la région est majoritairement d'appartenance druze. Elle est composée de personnes ayant subi une TR d'un donneur vivant apparenté et de plus de 3 ans, leur état clinique est jugé stable par les néphrologues traitants, et ayant subi des séances d'hémodialyse avant la transplantation afin de décrire leur expérience vécue. La moyenne d'âge des participants était de 43 ans. Les critères d'exclusion étaient la TR de moins de 3 ans et les dons venant d'un donneur cadavérique ou d'un donneur vivant non apparenté.

Le recrutement des participants choisis selon les critères d'inclusion s'est effectué à partir d'une liste des transplantés inscrits au centre de dialyse de l'hôpital Aïn Wa Zein, dans la période s'étendant de début de septembre 2007 jusqu'au 18 décembre de la même année. Leur participation était volontaire.

La collecte des données et le déroulement de l'étude

Afin d'obtenir un profil plus complet de chaque participant, ont été posées des questions relatives aux renseignements d'ordre sociodémographique et économique (sexe, âge, niveau d'instruction, profession), et à la TR (date, type de lien avec le donneur apparenté).

Les données ont été recueillies suivant la méthode de l'entrevue semi-dirigée au moyen d'une grille d'entrevue. Elle comporte des thèmes sur l'expérience vécue, le savoir de la TR et ses conséquences sur les plans physique, psychique, sexuel et social. Avant chaque entrevue, l'interviewé a été informé de l'objet de la rencontre. Les entrevues ont duré de 70 à 90 minutes et environ 13 heures de rencontre. À noter que les entretiens se sont déroulés à leur domicile ou dans leur milieu de travail (le bureau du responsable du service de dialyse) et toujours au moment qui leur convenait.

La grille d'entrevue a été analysée selon l'analyse qualitative du contenu de l'Écuyer (1985 in Mayer et Ouellet, 1991). Alors que la démarche phénoménologique suggère d'entreprendre une étude sans présuppositions théoriques, certaines dimensions à explorer ont été identifiées dès le départ à partir du modèle conceptuel de Flanagan. Ces dimensions de la QDV ont été retenues comme principaux thèmes d'analyse.

Scientificité de l'analyse

Lors des entrevues, l'auteur a utilisé fréquemment la technique de la reformulation. Selon Mayer et Ouellet (1991), la présence de ce procédé est une validation des données. La validité de l'analyse dépend de la validation de la description par le participant (Deschamps, 1993 ; Giorgi, 1975).

Quant à l'exhaustivité ou la validité dite « interne », tous les éléments du corpus ont trouvé une place dans la grille d'analyse utilisée. Pour cerner le problème de fiabilité dans l'analyse lié à l'identification des unités de signification (Mayer & Ouellet, 1991), le directeur de mémoire et l'auteur même ont d'abord identifié les unités de signification d'une entrevue.

La transférabilité des résultats obtenus est possible à une population similaire à celle du Haut-Chouf, soit à une population qui possède les mêmes caractéristiques socioculturelles et dogmatique et qui vit dans un contexte semblable (Deslauriers, 1991).

Considérations éthiques

Avant de s'entretenir avec les transplantés rénaux, le but de l'étude a été expliqué, on a obtenu leur consentement oral et un rendez-vous a été fixé pour l'entrevue. La confidentialité a été maintenue à l'égard de l'identification des transplantés et du traitement de leurs propos. Le participant avait le choix et la liberté d'arrêter l'entrevue quand il voulait.

Résultats

Profil sociodémographique des participants

L'âge de l'ensemble des enquêtés varie entre 25 et 56 ans (moyenne = 43 ans). La majorité des transplantés sont mariés et ont eu des enfants après leur TR. Ils ont un niveau d'études élevé. Tous sont sur le marché du travail et la moyenne de leurs revenus est entre 600 et 800 mille/mois. Presque tous les transplantés adhèrent à un système d'assurance, soit à la coopérative des fonctionnaires de l'État et la Caisse nationale de Sécurité sociale. Les années de survie des transplantés varient entre 4 et 17 ans – la moyenne est de 10 ans. Elle est de 17 ans pour un seul cas.

Annnonce de l'hémodialyse : traitement de l'insuffisance rénale terminale

Pour la majorité des interviewés, la maladie rénale est apparue soudainement, connue comme asymptomatique. Un interviewé (3, H)¹ a rapporté avoir vécu sa déclaration comme un choc, un traumatisme : « *Le plus difficile pour moi a été d'admettre que je sois dialysé.* » Un autre (8, H) déclare que la dialyse le laisse sombrer dans un état de profonde tristesse et d'abattement : « *Quand le néphrologue m'a informé que j'aurais besoin de séances de dialyse durant toute ma vie... C'est difficile, voire impossible de décrire l'effet de cette phrase.* »

Lien avec la machine de dialyse

La majorité des transplantés affirment que la dialyse est pénible, le rapport à la machine est source de sentiment de dépendance et de perte de liberté. Selon certains, la relation entre le corps et la machine en hémodialyse implique une interface particulière, elle est vécue comme « *une prison sans barrières* » ; « *le maître, la dialyse* » ; « *j'étais une personne désespérée, qui a perdu sa liberté et sa confiance en elle-même, esclave de la machine et*

1- Nous identifions les transplantés comme étant des répondants ou des répondantes et inscrivons à la suite leur genre et leur code entre parenthèses à la suite de leur dénomination.

des autres... Avec la dialyse, j'ai commencé à perdre progressivement le sens de la vie » (7, H). Une autre description montre une vision sombre et un sentiment de fatalité de la mort en liaison avec la dialyse : « Je suis esclave à la mort, une personne emprisonnée, déprimée physiquement, moralement, socialement, financièrement et psychologiquement » (8, H).

Facteurs relatifs à la transplantation rénale

La présence d'un donneur vivant apparenté semble être un facteur qui contribue à la réalisation de la TR. Quant au facteur qui l'entrave, un interviewé disait : « Le problème monétaire est majeur... On a dépensé beaucoup... Le coût des médicaments après la transplantation, et les examens avant, ils sont chers » (8, H). Parfois, le respect de la décision du refus du membre de la famille de faire un don ou la présence de problèmes de santé majeurs peut influencer sur la décision de la TR.

Transplantation rénale : vécu des transplantés

Des expressions ont été utilisées par les transplantés pour décrire et qualifier la TR : « la meilleure solution à l'insuffisance rénale terminale » ; « une nouvelle vie » ; « un espoir » ; « espoir de vivre de nouveau » ; « naissance » ; « liberté » ; « délivrance » ; « cadeau du ciel ». La TR transmet la vie du transplanté de l'obscurité à la lumière, le ramène de la mort à la vie, lui donne le sentiment de renaître et d'exister de nouveau : « La seule et l'unique solution pour revivre était la TR » ; « C'est une expérience qui nous donne une leçon dans la patience et la foi » ; « La différence entre la dialyse et la TR est comme le noir et le blanc ».

a- État physique et psychologique :

Tous les transplantés considèrent qu'ils se sont débarrassés des limites exigées pour la consommation de l'eau. Une miction normale, une absence de l'haleine confirment le retour à la vie normale.

Avec un ton timide et à voix basse, des participants ont exprimé leur satisfaction de leur vie sexuelle. Ils ont plus d'énergie pour les relations sexuelles en raison de l'amélioration du taux d'urémie et sont redevenus

des êtres procréateurs pour pouvoir avoir des enfants : « L'impact de la transplantation était excellent sur ma vie conjugale, je me suis marié et j'ai eu deux enfants » (1, H).

b- Activités socioprofessionnelles :

Après la TR, certains reprennent leur vie sociale et participent aux activités communautaires. D'autres trouvent des points d'intérêt tels que le bénévolat, les vacances : « Au moins, j'ai la possibilité de voyager avec ma famille sans dialyse » (3, F).

c- Coût inestimable du don de l'organe :

Le fait que l'organe greffé provienne d'un membre de la famille est un puissant stimulant dans la volonté de survie des malades. Cette idée provoque à la fois la volonté d'être à la hauteur du don et/ou la culpabilité.

Le don en famille, lorsqu'il est souhaité ou consenti, est beaucoup plus harmonieux puisque les organes circulent à l'intérieur de la famille qui fait figure de « corps » unique où les organes donnés par un frère ou une sœur à un autre circulent dans le même fluide : « Elle m'a donné la vie. » De plus, ces dons sont plus symboliques, car ils s'accompagnent de paroles profondes échangées entre les parties : « ... Je lui offre tout mon amour éternel » (8, H). Néanmoins, la peur et la culpabilité circulent de façon générale chez certains transplantés ; c'est la peur de voir le donneur vivre l'expérience de la dialyse.

Facteurs favorisant ou entravant la préservation du greffon

Selon les transplantés, il existe deux règles essentielles pour préserver le greffon : la mise en place d'un régime alimentaire sain, et éviter l'alcool. Et c'est aussi l'obligation et la continuité dans la prise des médicaments immunosuppresseurs régulièrement, bien qu'ils soient coûteux et parfois non disponibles.

a- Suivi médical :

Les interviewés sont unanimes sur l'importance de la continuité du suivi médical. En effet, une

surveillance médicale régulière, telle que des examens complémentaires et des consultations auprès du néphrologue, est indispensable afin de détecter toute complication.

b- Régime alimentaire :

Pour tous les interviewés, il est important de manger sainement et régulièrement pour préserver le greffon. Un transplanté (G, H) précise : « *Le régime alimentaire doit être pauvre en sel ou sans sel, sans sucre et modéré en protéines.* »

Discussion

L'écoute des personnes ayant traversé l'épreuve du dépérissement d'un de leurs organes, puis d'une renaissance à travers l'organe du donneur vivant apparenté, suscite de décrire l'impact de cette expérience sur leur QDV.

Avec la dialyse s'associaient les contraintes de trois séances de quatre heures/semaine, la souffrance engendrée par les ponctions répétées des aiguilles, les contrôles de poids, la tension, etc. La vie du dialysé est liée indéfectiblement à une machine, avec tous ses avatars. C'est un deuil qui commence par un choc et se termine par l'acceptation laissant le malade désespéré et ayant une image de soi trop négative, ce qui peut nuire à son adaptation physique, psychique et sociale.

La TR modifie la vie de la personne qui a appris la patience et la foi de son expérience de dialyse et permet d'améliorer sa QDV considérée dans sa globalité (physique, psychique et sociale). Elle aide le transplanté à réfléchir sur ses objectifs prioritaires et le sens de sa vie, à redécouvrir ses liens familiaux et de nouveaux centres d'intérêt (voyages).

Pourtant, certaines difficultés s'avèrent être liées à des problèmes financiers. L'intervention du ministère de la Santé, bien informé des difficultés, est fondamentale pour permettre aux personnes de bénéficier de la plénitude de leurs droits (obtention des médicaments). Être informé sur les habitudes de vie et l'hygiène de vie est une obligation pour tous les transplantés. À cet égard, l'accès régulier aux conseils d'une infirmière coordinatrice est important pour parfaire les problèmes concernant la compréhension des thérapeutiques, des complications possibles.

Pistes de recherche

Décrire l'expérience vécue des malades ayant subi une TR selon un devis qualitatif est très intéressant car cela a permis au malade de décrire son expérience, ses difficultés après la TR et même ses sentiments envers lui-même et à l'égard du donneur. Il est par ailleurs possible de réaliser une étude avec une autre catégorie de transplantés dont le don provient d'un donneur cadavérique. Des études seraient aussi à réaliser auprès des malades transplantés ayant subi un rejet et étant redevenus des dialysés.

Conclusion

La TR demeure la modalité de suppléance rénale préférée. Elle libère les malades de la nécessité d'une dialyse : le transplanté retrouve sa place au sein de sa famille et de sa profession. Il mène une vie quasi normale et une adaptation sociale. Elle offre non seulement une meilleure QDV, mais également une survie prolongée, à condition de minimiser les contraintes et les difficultés.

Cependant, un décalage existe entre l'exploit médical que constitue la TR alliée à la rareté des greffons, et la plainte que souhaitent faire entendre les personnes de leur état, même si elles reconnaissent le miracle qui s'est produit pour elles.

Pour prévenir une réaction de rejet, le bénéficiaire de la TR doit prendre à vie des médicaments

immunosuppresseurs et réaménager certains aspects du quotidien telles l'activité professionnelle, l'alimentation.

Un suivi interdisciplinaire est indispensable pour donner au transplanté toutes les chances de profiter du don de vie qu'il a reçu. Dans un contexte de démographie médicale défavorable, il doit rester une priorité des équipes qui doivent disposer des moyens matériels et humains nécessaires pour mettre en œuvre leur activité dans des conditions optimales.

Le traitement immunosuppresseur aux effets secondaires potentiellement importants doit être pris à vie, sous peine de rejet du greffon, ou encore de problèmes psychologiques qui peuvent survenir.

RÉFÉRENCES

- Azzam, I., Jalkh, C. et al (2005). *Étude comparative de l'effet de l'hémodialyse et de la transplantation rénale sur la qualité de vie*. Mémoire de diplôme d'études supérieures spécialisées, Université libanaise, Fanar.
- Deslauries, J-P. (1987). *Les méthodes de la recherche qualitative*. Presses de l'université du Québec.
- Deschamps, C. (1993). *L'approche phénoménologique en recherche : Comprendre en retournant au vécu de l'expérience humaine*. Guérin universitaire.
- Fries, D. (2002). La transplantation rénale (<http://www.invivo.net/f2n/pro/transplantation/Transpl. surveillance/longeo.htm>).
- Flanagan, JC. (1982). Mesure de la qualité de vie : point du progrès courante. *PhysMed : Rehabiléspiègle*, 3, 56-56.
- Giorgi, A. (1975). *Convergence and Divergence of Qualitative and Quantitative Methods in Psychology, in Dusquesne Studies in Phenomenological Psychology*.
- Mayer, R. & Ouellet, F. (1991). *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Québec : Gaëtan Morin.
- Meakins, JL., Smith, EJ., Alexander, JU. (1996). En bloc transplantation of both kidney from pediatric donors into adult patients. *Surgery*, 71, 72.
- Pascault, C. (2006). L'espoir de la greffe. *FNAIR, dossier de presse, semaine du rein 2006*, 9, 12-13.
- Perrot, S. (2001). *La néphrologie*. France : ESTEM.
- Rebollo, P. (2000). The incidence and prevalence of kidney transplantation. *Clinical transplantation*, 14, 179.
- Rizzo-Parse, R. (1994). Quality of life: Sciencing a living the Art of human Becoming. *Nursing science Quarterly*, 7, 16-21.
- Venez, JP. (2004). Qualité de vie après une transplantation. *Am J Kidney*, 1-28.

A Day in the life of an APHON Nurse

Randa Chahine

RM. in Saint Jude Cancer Center
AUBMC

I have always wanted to be a nurse and after working 15 years as bed side nurse in the NICU, I became a Pediatric Hematology/Oncology nurse when the Children's Cancer Center of Lebanon (CCCL) opened in 2002. For over a decade my responsibility has been to administer chemotherapeutic agents, to provide the medications and treatments that will bring patients comfort and to educate and care for pediatric patients with cancer. I have been touched and amazed at how brave these kids are and how little affected they were by their diagnosis. Little bald heads come to the CCCL, with big smiles; they play, make crafts and study while getting their treatments. I have lost patients, because their disease was incurable and that was incredibly sad, but I also feel so honored to have been a part of their life. I often feel over worked, over tired, over stressed and under resourced as a nurse. But I think back to why I got into this profession and that is because I wanted to help sick children. I wanted to see them get better, or at least make sure they passed with dignity and as peacefully as possible.

These are three photos which I sent to the 34th Annual conference of the Association of Pediatric Hematology/Oncology Nurses (APHON) Minnesota/USA on October 2010. Photo 'A' below, "A" won second prize in the Photo Contest. It was titled "**Achieving Success in the Midst of Sorrow**" and shows a young man taking his final exams. While receiving their treatment, our patients gather on the unit to sit for their government official exams, which always result in a great success. They have prepared for this day with unselfish, dedicated voluntary teachers and the medical team to meet this challenge.

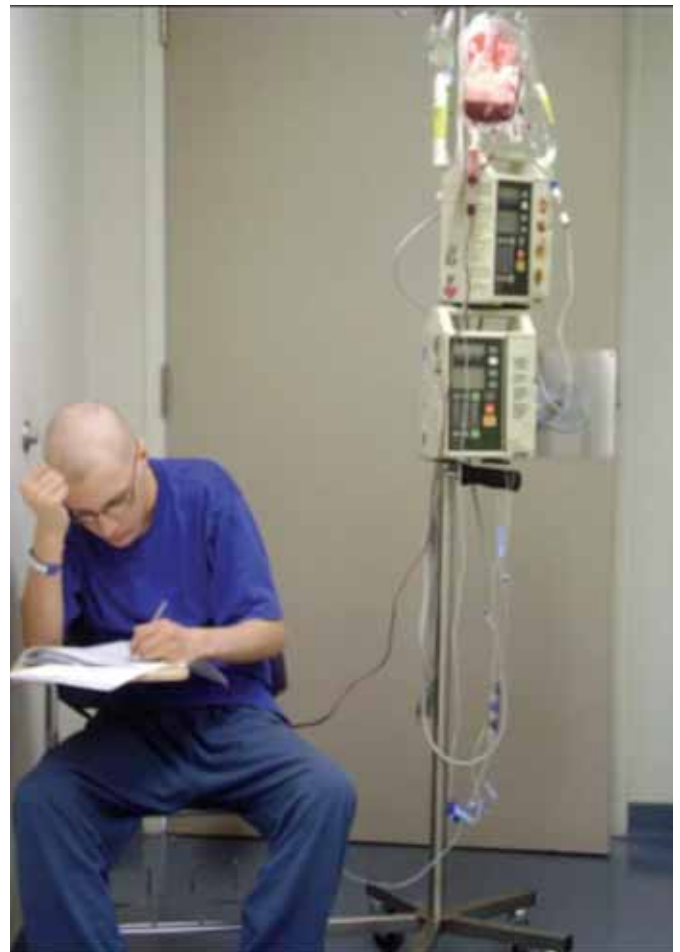


PHOTO "A" "**Achieving Success in the Midst of Sorrow**"

Photo "B" shows a 6-year old who was diagnosed with cancer. Here her concerned brother is by her side as she receives treatment. The unselfish passion and devotion of the medical team is treasured by her and her family. They are now facing a rosier future making the most of each day, each moment.

Photo C shows a 3-year old girl who was diagnosed with acute lymphoblastic Leukemia, her family was devastated and overcome by a deep feeling of dread for the future. With the support of the nurses and the medical team, their fears were eased and they are all facing the future together with courage and love.

To the nurses who are disgruntled with the profession, perhaps look to a different specialty or try a different hospital with different working conditions, but please do not give up on the profession, there are patients who need you, who need your knowledge and who want to see a smiling and encouraging face. And NO I don't think I have rose colored glasses on, I do know nursing is difficult and it takes a lot out of you, but did you sign up thinking it was going to be a walk in the park?



Photo B "Love Conquers All"



Photo C "Facing the Fact"



Réalisations
Success stories

Les soins palliatifs et l'accompagnement

Marie Claire Mouhawej

Infirmière référente Équipe Mobile Soins Palliatifs (EMSP)
Hôtel-Dieu de France

Je suis infirmière spécialisée en soins palliatifs, avec une expérience de 4 ans auprès des malades en fin de vie à domicile, et actuellement infirmière référente de l'équipe mobile de soins palliatifs à l'HDF depuis janvier 2014.

J'ai été contactée par Mme Nuwayhid, présidente de l'ordre des infirmières, pour faire un témoignage en présence d'un patient. La présence de patients étant impossible, j'ai contacté Lamia, la fille d'une patiente que j'ai accompagnée à domicile et dont la mère est décédée depuis moins de deux mois.

Demander à quelqu'un de parler de la mort d'un être cher est très délicat.

À ma surprise, Lamia a répondu à mon appel sans même me poser de questions. Elle a surtout voulu me remercier pour mon soutien à elle ainsi qu'à toute la famille et l'importance de mon rôle auprès de sa mère.

Accompagner les patients et leurs familles en fin de vie est plus qu'un travail : c'est soutenir le patient et son entourage durant la période la plus difficile de leur vie et les préparer à ce départ le plus paisiblement possible, « les aider à lâcher prise ».

Je remercie l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Liban, en particulier Mme Nuwayhid, qui m'a permis de parler de mon expérience, et la présence d'un témoin m'a montré combien mon intervention était importante auprès des patients et de leurs familles.

الخدمة في سبيل الحياة

لوسيا الغريب يلقيس

ممرضة مجازة

مستشفى سبيتار - الدوحة - قطر

أنا حنان الممرضة التي رافقتك مع زملائها في رحلتك إلى المجهول أثناء غيبوبتك بعد الحادث ... "

فأجبتها متلعثماً: "يا لخجلي ... ربما أنت الشخص الوحيد الذي ينبغي ألا أنسى اسمه! أعذرني ... لك مني أن أحبيك وأشكرك أمام الجميع!"

سارعت حنان إلى ردعي عن مبادرتي العفوية الطيبة لتحوّلها إلى مسار أكثر عمقا: "لا عليك يا عزيزي، فأنا من يجدر بي شكر. لقد جعلتني أشهد على رجوعك إلى الحياة من برائن المجهول. منذ أسابيع قليلة، كنت أقف أمام جسد هامد، لا شيء في غرفته يتحرك سوى تمتمة الأمل على شفاه والديه وهما يتلوان صلواتهما اليومية. كنت أناديك باسمك كلما دخلت غرفتك علك تجيبني: نعم، ماذا تريد؟ وكنت أبدأ عملي في الصباح وأخرج من غرفتك في المساء على وقع الموسيقى المنبعثة من مذياع صغير وضعته والدتك على مقربة من أذنيك علك تندن بعضها. ولكنك كنت في الأفق البعيد تشرق وتغيب مع الشمس التي خفت نورها.

أنظر إلى نفسك الآن ... الحمد لله لأنه أعطاني الفرصة كما لأهلك فنراك تبض بالحياة بعد مسيرة شاقّة مع الألم والغيبوبة، وكل ذلك بفضل الطب والإرادة والصلاة."

غالباً ما نسعى إلى تقديم الخدمة للمريض بطريقة مهنية لائقة، بهدف مساعدته على اجتياز مرحلة الألم وتحفيزه على الاستقلالية. علاقتنا بالمريض هي بغالبها علاقة عطاء على المستويين العلمي والإنساني؛ غير أن هذه العلاقة لا تمنعنا من اكتساب العبر والاختبارات التي نلتبسها في طيات الألم والضعف البشري التي نشكل جزءاً منها. لا تشبه علاقتنا بالمريض علاقة المقتدر بالأضعف، وإنما علاقة إنسان يسخر قدراته وعلومه من أجل حاجات الآخر. خير لنا أن نطبع في الضعيف والمتألم اهتمامنا لشخصه، فيطبع فينا نضوجاً على مستوى مسيرتنا المهنية الإنسانية.

كنت جالساً في أحد المقاهي مع صديق الطفولة وكانت الساعة لم تتجاوز الخامسة مساءً. مواضيع كثيرة فانتنا مناقشتها، من جهة لغياب صديقي عن البلد لأكثر من سنتين، ومن جهة أخرى لكوني كنت أسير الغيبوبة على فراش إحدى المستشفيات لأسابيع عديدة.

وبينما كنا نتبادل أطراف الحديث، لفتت نظري شابة تجلس في الجهة المقابلة تحتسي القهوة مع إحدى رفيقاتها؛ واذ بشعور غريب يعتريني، يلوح في أفق ذاكرتي ولكن دونما أثر أقتفيه.

فجأة، يوقظني صديقي سائلاً: "ما بالك يا عزيزي؟" فتلعثمت قبل الإجابة:

- أنظر الى الفتاة الجالسة هناك. لا ... لا أعلم ما الذي يشدني إليها ... أشعر بغرابة تجاهها.

- هل تعرفها؟

- لا أدري تماماً.

- هيا ... حاول أن تتذكر شيئاً ...

- حبذا لو أتذكر ... فذهني مشوش منذ الحادثة وكأنني أعيش في دوامة، تتسارع من حولي الأحداث وأنا عاجز عن إيقافها لأسألها متى وكيف حدثت!

وإذا بدمعة تسيل على خدي كالجمرة، فسارع صديقي إلى تهدئي بحركة خفيفة من يده.

استرعى هذا المشهد انتباه الفتاة "المجهولة"، فالتفتت صوبنا ثم همّت بالوقوف وتوجّهت نحونا. بادرتني قائلة: "مرحباً ... عفواً على السؤال، كنت أتساءل منذ لحظات عما إذا ... هل أنت رامي؟" فاعتلت الدهشة ملامحي. لم أكن الوحيد الذي يغمره الغموض. فها هي أيضاً تعبر عن تساؤلاتها. حتماً هناك شيء يجمعنا !!

لم أجرؤ على سؤالها عن اسمها وقد تسمرت في مكاني إلى أن بادرت قائلة: "هل يعني لك شيئاً اسم حنان؟ هل تذكر صوتي؟"

وفاء وتقدير للدكتورة "لينا بدر"

د. ريتا ضومط

استاذ مساعد

كلية أليس رامز شاغوري للتمريض - الجامعة اللبنانية الأميركية

(١) كيف تمّ اللقاء؟

قدّمتها، ولم تكفّ يوماً عن متابعة مسيرتي وتشجيعي. أيضاً، كانت تتواصل مع جامعتي في الولايات المتحدة وتساءل عني، وعن تقدّمي، وكانت تستفسر عن مدى رضا الأساتذة عني وعن عملي، الأمر الذي جعل هذه العلاقة تتحوّل إلى صداقة متينة وقويّة.

في العام ٢٠٠٧، رغبت في الحصول على الدكتوراه فبدأت أبحث عن الجامعة التي ينبغي أن أقصدها وأفكر في المجال الذي سوف أخوضه. كنت أدرك وقتها بأنّ هذا الدّرب طويل وصعب، وأنّ الكلفة ستكون مرتفعة.. لذلك توجّهت إلى الدكتور "كمال بدر"، عميد كلية الطب في الجامعة اللبنانية الأميركية، طلباً للاستشارة والتوجيه. وعلى الفور، وضعني الدكتور "بدر" على اتصال مع زوجته الدكتورة "لينا" التي كانت مكلفة بالعمل كمستشارة لتأسيس كلية التمريض في الجامعة اللبنانية الأميركية.

(٢) اليوم، أين أنت...؟

مضى عامان على مسيرتي الجامعيّة والأكاديميّة، ومن المؤكّد أنّه مهما فعلت، أحتاج لوقت طويل لكي أصل - وقد لا أصل - إلى المكانة العلميّة والأكاديميّة التي حققتها الدكتورة. فهي شخصيّة معروفة وناشطة في الحقل التعليمي والأكاديمي، إلى جانب قيامها بنشر ما لا يقلّ عن ٧٠ بحث علمي - وهو أمر لم يسبق لأحد في لبنان على حد علمي أن حقّقه فوصل إلى هذا المعدّل من الأبحاث. ولكن، هناك جانب آخر من شخصيّتها أطمح وأسعى لبلوغه يوماً ما، هو ذلك الجانب المشرق في حياتها الخاصّة والمفعم بالدّفء والعطاء والسّخاء، جانب أعرفه جيّداً وأفضّل عدم التحدّث عنه. ولكن، أتمنى فقط لو أنّني أحقّقه يوماً...

وهنا، أودّ أن أقول بأنّ العناية الإلهيّة قد تدخلت بالفعل لكي أتعرّف على الدكتور وزوجته في ذلك الوقت، وقد تأكّدت اليوم بأنّ هذا اللقاء حصل استجابة لصلواتي لسنوات طويلة.

عندما التقيت الدكتورة "لينا"، أطلعتها على كلّ استعداداتي وطموحاتي، فشرعت بتوجيهي كي أباشر في إختيار الجامعة والتحصير للامتحانات التمهيديّة. والأهمّ من كلّ هذا أنها تولّت متابعة الأمور كلّها مع الجامعة اللبنانية الأميركية في ما يتعلّق بتأمين منحة كاملة لي في الولايات المتّحدة.

(٢) ما هي أبرز الخطوات التي قامت بها الدكتورة لمتابعة

هذا الأمر؟

اليوم، أهدف إلى خدمة الجيل الجديد في الجامعة اللبنانية الأميركية بالشغف نفسه والعطاء ذاته الذي قدّمته لي الدكتورة "بدر".

في الواقع، تابعت الدكتورة عن كثب كل ما يتعلّق بالأمر، وأبدت اهتماماً كبيراً في هذا الشأن، كما أطلعت على الأطروحة التي

"التصلب" بالحياة... وبالعطاء والعمل

نجبية أسعد خليل
ممرضة مجازة متخصصة في العناية الملطفة
مستشفى القديس جاورجيوس الجامعي

الصحة أو في المرض، إذ إن الإنسان في كلتا الحالتين يدرك قيمة الحياة ومعناها...

وهنا، أستحضر على مسامعكم قصة تلك السيدة التي تعايشت لقوة إرادتها بصورة إيجابية رائعة مع مرض التصلب اللوحي، وقد تركت في نفسي بالغ الأثر، وهي قد وافقت طبعاً على مشاركتكم تجربتها. هي زوجة وأمّ لابنتين أصيبت بالمرض منذ سبع سنوات، وقد زرتها لتدريبها على كيفية استعمال الدواء بالحقن في العضل، ولكي أساعدها على مواجهة مرضها باستقلالية وكرامة بعدما أضحت مدمرة بفعل التفكير في عائلتها وابنتيها، لاسيما وأنها عاملة ناشطة في المجتمع، كما أنها أصيبت بالإحباط والاكتئاب واجتاحتها الاضطرابات النفسية بعدما قرأت عن بعض تفاصيل المرض وتطوراتها على شبكة الإنترنت. أما ما زاد من إحباطها فكانت خسارتها أيضاً لجنينها بعدما كانت حاملاً؛ لذلك، قمت بالتنسيق مع طبيبها المعالج مجددة نفسي لمؤازرتها، وقد توصلت للتعايش الإيجابي مع حالتها الصحية، وهي اليوم حامل في الشهر الخامس وتعيش بصورة طبيعية.

أنا على إتصال دائم بها، ورجائي أن يقويها الله لتخطي كافة العقبات التي سوف تواجهها.

لا بد أن أشكر ختاماً تلك السيدة الملهمة التي شكرتني بإيجازها لي مشاركة تجربتها وإياكم، وإني اليوم إذ أشكرها من الصميم على ما قدمته لي من محبة وخبرة، أتوجه من خلالها وخلالكم إلى كل من يعتني بمريض، لكي يبصر حالته بعين قلبه قبل أن يراه ببصيرته، وأن يصغي إليه إصغاءً كيانياً قلبياً لا أن يسمعه فحسب، وأن يجالسه ويشاركه ويتعلم منه معنى الحياة والأمل والحب والعطاء.

إنها لفرصة مميزة أن أتوجه بكلمة من القلب لنخبة ممن تركوا بصمات بيضاء في المجال التمريضي والاستشفائي. وإنني، إذ أنتهز الفرصة، أتوجه بخالص تقديري وامتناني إلى جانب نقابية الممرضات والممرضين السيدة "هيلين نويهض"، كما إلى السيدة "وفاء معلوف" رئيسة قسم الممرضات والممرضين في مستشفى القديس جاورجيوس الجامعي، للثقة التي تمنحاني إياها ما يحفزني يومياً على إمتهان خدمة المرضى للتخفيف من آلامهم بالتعاطي الحسن، إضافة إلى توسيع آفاقي التمريضية.

إنّ عملي كممرضة مجازة في مستشفى القديس جاورجيوس الجامعي، حظيت بفرصة التعامل مع إحدى شركات الأدوية التي تعمل في نطاق مرض مزمن لا رحمة له ولا رافة يهاجم عنفوان الشباب ويعشعش في رؤوسهم، ويتناهش أجسادهم من النظر إلى الاحساس، وبالقدرة على التحكم بالقوة، إلا أنه قد يذهب لسجنهم في الفراش محرماً عليهم الطعام والشراب وقليل الكلام أو كثيره، نافضاً كالبخار أحلامهم وكبرياءهم، ملقياً إياهم في لجة الإحباط واليأس الذي لا ينتهي... هذا هو واقع مرض "التصلب اللوحي".

أثناء زيارتي لبعض المرضى من أجل تدريبهم على استعمال الدواء بالطريقة الصحيحة، تعرّفت بحكم الوقت والخبرة على المرض، والمرضى، ومحيطهم، وأيقنت حاجتهم إلى عناية شاملة على كافة المستويات الجسدية والنفسية والاجتماعية. لذا، جهدت على سدّ الحاجات وفقاً للإمكانيات المتوفرة ممّا ساهم في تطوير مهاراتي التمريضية. وبعد، فإنّ جهودي لم تقتصر على مساندة وتعليم بعض الذين يعانون من هذا المرض، فقد تعلمت منهم أيضاً الصمود والسعي الدؤوب إلى قهر الصعوبات، ومعنى الحياة وقيمة الصحة، وتعلمت أيضاً أن أشكر الله على نعمه إن في

نجات



٣- توزيع المرضات والمرضين المنتسبين الى النقابة حسب الشهادة التمريضية

الشهادة	العدد	النسبة المئوية
الإجازة الجامعية	٥٨٥٥	٤٦,٧٦%
الإمتياز الفني	٤٢٤٩	٣٣,٩٣%
البكالوريا الفنية	٢٤١٨	١٩,٣١%
المجموع	١٢٥٢٢	١٠٠,٠٠%

٤- توزيع المرضات والمرضين المنتسبين الى النقابة حسب الوضع المهني

الوضع المهني	العدد	النسبة المئوية
يعمل في لبنان	٩٨٥٠	٧٨,٦٦%
لا يعمل أو متقاعد	١١٩٢	٩,٥٢%
غير مصرح	٨١١	٦,٤٨%
يعمل في الخارج	٦٦٩	٥,٣٤%
المجموع	١٢٥٢٢	١٠٠,٠٠%

٥- توزيع المرضات والمرضين المنتسبين الى النقابة حسب المحافظات

المحافظات	العدد	النسبة المئوية
جبل لبنان	٣٥٤٧	٣٦,٠١%
بيروت	٢٥٤٠	٢٥,٧٩%
الشمال	١٤٧٩	١٥,٠٢%
البقاع	٨٨٢	٨,٩٥%
النبطية	٧١١	٧,٢٢%
الجنوب	٦٩١	٧,٠٢%
المجموع	٩٨٥٠	١٠٠,٠٠%

٦- توزيع المرضات والمرضين المنتسبين الى النقابة العاملين في لبنان وفقاً لمركز العمل

مركز العمل	العدد	النسبة المئوية
مستشفى	٨٣٠٠	٨٤,٢٦%
مراكز صحية / مستوصفات	٤٤٧	٤,٥٤%
شركات	٢٥٢	٢,٥٦%
معاهد ترميز	١٦٧	١,٧٠%
كليات ترميز	١٥٨	١,٦٠%
مدارس وحضانات	١٥٧	١,٥٩%
مختلف	١٣٢	١,٣٤%
شركات تأمين	١١٠	١,١٢%
مستشفيات إقامة طويلة	١٠٧	١,٠٩%
ترميز منزلي	٢٠	٠,٢٠%
المجموع	٩٨٥٠	١٠٠,٠٠%

١٠- بناء قاعدة معلومات للكوادر التمريضية الباحثة عن العمل مع إمكانية ربطها بالمؤسسات التي لديها وظائف تمريضية شاغرة.

هذا بالإضافة إلى فوائد أخرى عديدة لا يتسع المجال لذكرها. ويتم تحديث قاعدة المعلومات عبر إتصال النقابة بالمنتسبين عبر الهاتف أو مخاطبة المؤسسات الصحية لطلب لوائح حديثة للكوادر التمريضية.

أما بالنسبة إلى تطوير نظام تجديد فإن العمل جار حالياً على إستحداث وسائل إضافية للتجديد ولتحديث المعلومات ودفع الإشتراكات عبر الإنترنت أو عبر تطبيق مخصص للهواتف الذكية.

هذا المشروع الواعد يدل على جدية النقابة مجلساً وإدارةً في العمل على تطوير مهنة التمريض وتحسين ظروف العمل للكوادر التمريضية. ولكن لا يمكن لهذه الجهود أن تتكفل بالنجاح بدون تعاون ودعم المرضات والمرضين في لبنان.

وأخيراً عندما يتلقى احد المرضات او المرضين اتصالاً من النقابة من المهم الرد عليه والتعاون معه واعطاء المعلومات المطلوبة لان ذلك سيؤدي الى الارتقاء بالمهنة وصنع مستقبل واعد للعاملين فيها.

إحصاءات صادرة عن نقابة المرضات والمرضين في لبنان حتى تاريخ ٢٠١٤-١٢-٣١

١- توزيع المرضات والمرضين المنتسبين الى النقابة حسب الجنس

الجنس	العدد	النسبة المئوية
أنثى	١٠٠٧٠	٨٠,٤٢%
ذكر	٢٤٥٢	١٩,٥٨%
المجموع	١٢٥٢٢	١٠٠,٠٠%

٢- توزيع المرضات والمرضين المنتسبين الى النقابة حسب الفئة العمرية

الفئة العمرية	العدد	النسبة المئوية
> ٢١	١٠	٠,٠٨%
٢١-٢٥	٨٩٢	٧,١٢%
٢٦-٣٠	٣٠٧١	٢٤,٥٢%
٣١-٣٥	٣٥٦١	٢٨,٤٤%
٣٦-٤٠	٢٠٦٢	١٦,٤٧%
٤١-٤٥	١١٤٨	٩,١٧%
٤٦-٥٠	٧٨٠	٦,٢٣%
٥١-٥٥	٤٠٦	٣,٢٤%
٥٦-٦٠	٣٠٧	٢,٤٥%
٦١-٦٥	١٥٣	١,٢٢%
< ٦٦	١٣٢	١,٠٥%
المجموع	١٢٥٢٢	١٠٠,٠٠%

نظام تحديث وتجديد قاعدة المعلومات

الدكتور محمد علم الدين

أستاذ مشارك في دائرة الإدارة والسياسة الصحية
كلية العلوم الصحية في الجامعة الأمريكية في بيروت

مستشار النقابة لشؤون القوى العاملة

للمنتسبين حتى تتمكن من الإجابة على الأسئلة المذكورة آنفا وحتى تكون قراراتها التنفيذية والإستراتيجية مدعّمة بالدلائل بما يخدم مصلحة كوادرها والمصلحة العامة.

طبعاً نحن لا نقصد هنا أنّ النقابات ليس لديها قواعد معلومات، فهي موجودة ولكنها غير دقيقة، لكن الأمر الأهم هو ان هذه القواعد بحاجة إلى الأنظمة الداعمة حتى يتم تحديثها بشكل دوري بما أنّ القوى العاملة ديناميكية ومتحرّكة وما هو صحيح اليوم سوف يتغير في العام المقبل، ويزداد تغيراً خلال ثلاث وخمس سنوات... إلى آخره.

واستشعاراً منها بأهمية قواعد المعلومات الدقيقة، فقد أطلقت نقابة الممرضات والممرضين في لبنان مشروعاً طموحاً يهدف إلى تحديث قاعدة المعلومات وتطوير نظام تجديدها، وتنظيف وتحديث قاعدة الكوادر التمريضية المسجّلة في سجلات النقابة مع الإهتمام بالنواحي التالية:

- ١- معرفة أماكن عمل ومعلومات الكوادر غير المصرّحة وغير المعرفة.
- ٢- التأكد ما إذا كان الممرض/ة ما زال يعمل في قطاع التمريض في لبنان.
- ٣- تحديث المعلومات المتعلقة بالتحصيل العلمي، مكان العمل، الوصف الوظيفي... إلى آخره.
- ٤- ضبط حركة الكوادر التمريضية بين القطاعات المختلفة (مستشفيات، مراكز صحية أولية، عيادات، إلى آخره).
- ٥- إحصاء أعداد الكوادر غير العاملة وتلك التي تعمل خارج لبنان.
- ٦- ضبط أعداد الكوادر التمريضية المسجّلة والتي تعمل خارج مهنة التمريض.
- ٧- إستقصاء رأي الكوادر العاملة خارج مهنة التمريض وتلك العاملة خارج حدود الوطن عن إمكانية عودتها إلى ممارسة مهنة التمريض في لبنان.
- ٨- إستقصاء ظروف العمل والرضى الوظيفي لعينة من الكوادر التمريضية في لبنان.
- ٩- إحصاء أعداد الكوادر التمريضية المسجّلة والمؤهلة التي لا تعمل والأسباب التي أدت إلى ذلك.

إنّ التعلّم من الماضي، التمعّن بالحاضر وإستقراء المستقبل هي عناصر أساسية لاتّخاذ القرارات الإدارية الصائبة على مستوى فردي وعلى مستوى مؤسّساتي. من هنا كان التشديد على أهمية إتخاذ القرارات المدعّمة بالدلائل. وإن كانت هذه القاعدة مهمّة في جميع مجالات الإدارة فهي الأهم في إدارة وتخطيط القوى العاملة بشكل عام والتمريضية بشكل خاص. وفي هذا الصدد فإنه لا يمكن إغفال الدور المحوري للنقابات في تزويد صانعي القرار بالمعلومات المناسبة التي تمكّنهم من أخذ المبادرات والسياسات الداعمة للمهنة وللعاملين فيها.

فغالباً ما تُسأل النقابات عن منتسبيها من القوى العاملة، أسئلة قد تبدو بديهية وسهلة ولكنّ الإجابة عليها قد تكون غير متوقّرة أو غير دقيقة في أحسن الاحتمالات، فعلى سبيل المثال لا الحصر، تُسأل النقابات عن:

- ١- أعداد المنتسبين العاملين في قطاع التمريض في الوقت الراهن
 - ٢- توزيعها المناطقي
 - ٣- كفاءتها العلمية
 - ٤- توزيعها على مستوى القطاعات الصحية المختلفة
- وقد تزداد الأسئلة صعوبةً، فقد تُسأل النقابات عن:
- ١- نسبة الرضى الوظيفي للمنتسبين
 - ٢- نسبة الدوران الوظيفي بين مختلف القطاعات
 - ٣- هجرة الأدمغة إلى البلدان العربية والأجنبية
 - ٤- العناصر المؤثرة في استقطاب وإستبقاء القوى العاملة
 - ٥- معدّل الرضى عن بيئة العمل
 - ٦- نسبة التعلّص للعنف ومستوى الأمان الوظيفي

هذا وقد أدركت نقابات التمريض في أنحاء العالم أهمية هذه القاعدة فدأبت على تقوية، تنظيف وتحديث قواعد البيانات

لمى تمام سلام تكرم ممرضات في السراي الحكومي

عن طريق تقديم الدعم المهني والاقتصادي والاجتماعي لها، والحفاظ على العاملين فيها كطاقة بشرية ذات قيمة، والحفاظ على مستقبلهم الحياتي والمهني، والاعتراف بدورهم الفعال ضمن الفريق الصحي.

وختتمت النقيبة بأن تطوير المهنة يجب ان يواكبه نهضة تشريعية تحاكي التطور العلمي والمفاهيم المتطورة ضمن السياسات الصحية الوطنية. وجدّدت الشكر للقائمين على إحياء هذه المناسبة لأن ذلك يزيد الممرضات والممرضين ثقة وتصميماً على إستمرار العطاء ومضاعفة الجهود من أجل الانسان والمجتمع.

ثم قدمت السيدة سلام والوزير ابو فاعور والنقيبة نويهض دروعاً للممرضات ال ١١ اللواتي تمّ تكريمهن وهن: آمال رزق - مستشفى رفيق الحريري الجامعي، ماري انطوانيت حاتم - مستشفى أوتيل ديو دو فرانس، ميشلين طابع - مستشفى اللبناني الجعتاوي، منى باشو - مستشفى حمود الجامعي، منتهى عازار - المركز الطبي الجامعي - رزق، نجاة موسى - الخوري المركز الطبي في الشمال، نجوى شجاع - المركز الطبي في الجامعة الاميركية في بيروت، ربحى زعيتر - مستشفى الساحل، سناء صالح سوداني - مستشفى جمعية المقاصد الخيرية، انطوانيت انطوان ضومط - سيدة المعونات الجامعي وعيادة بدوي - مستشفى القديس جاورجيوس.

في لفتة كريمة وهي الاولى من نوعها، أقامت عقيلة رئيس مجلس الوزراء السيدة لمى تمام سلام في السراي الحكومي حفلاً تكريمياً لقدامى الممرضات والممرضين الذين أغنوا هذه المهنة بعطاءاتهم على مدى سنوات عديدة، وساهموا في إعلاء شأنها وتطويرها وفي إستمراريتها.

وقالت السيدة سلام أن السراي أصبحت منصّة لكل اللبنانيين للتعبير عن مواقفهم ومشاكلهم وآرائهم، منوّهة بمهنة التمريض لما تشكله من مهنة نبيلة ومميزة لا تقدّر عطاءات العاملين فيها بأي ثمن مادي.

وكانت كلمة لوزير الصحة الأستاذ وائل ابو فاعور أثنى فيها على ممرضات وممرضي لبنان وعلى دورهم الى جانب الانسان والمريض في أصعب مراحل حياته ومرضه وحاجته الى من يسانده ويمد له يد العون والعناية.

وأضاف ان لبنان يفخر بممرضاته وممرضيه ويفخر بجهود نقابتهن، علماً أن التكريم الفعلي لهذه الفئة من العاملين الصحيين يكمن في تعزيز أوضاعهم المعيشية والاجتماعية وحمايتهم من العنف.

بدورها، أكّدت النقيبة هلن سماحة نويهض، في كلمتها، ان "النقابة" هي العين الساهرة لصون حقوق وكرامة الممرضات والممرضين، الذين بدورهم يشكلون العين الساهرة وشبكة الأمان للمرضى.

ودعت الى تفعيل المهنة وتعزيز دورها كعصب للمستشفيات،



Gilenya™

Important note: Before prescribing, consult full prescribing information. **Presentation:** 0.5 mg hard capsules **Indications:** Disease modifying therapy for the treatment of patients with relapsing multiple sclerosis to reduce the frequency of relapses and to delay the progression of disability. **Dosage: Adults:** One 0.5 mg capsule taken orally once daily. **Children and adolescents:** Not intended for use (not studied in this population). **Special patients population:** No dosage adjustment needed for renal impairment, mild to moderate hepatic impairment patients or for elderly patients (caution as experience is limited). Caution in patients with severe hepatic impairment. **Contraindications:** None. **Warnings/Precautions:** ECG to be performed in all patients prior the first dose and at the end of the 6-hour observation period. Heart rate and blood pressure to be monitored hourly during the 6-hour observation period. Same recommendation applies after an interruption of one day or more during the first 2 weeks of treatment, or for more than 7 days during week 3 and 4 of treatment; or after an interruption for more than 2 weeks after the first month of treatment. If post-dose bradyarrhythmia-related symptoms occur, or if new onset of 2nd degree or higher AV block, or the heart rate at 6 hours post-dose is the lowest value post-dose, or is <45 bpm, the patient should be observed until the symptoms or findings have resolved and appropriate management should be initiated as necessary. Patients should be monitored overnight if ECG at 6 hours shows a QTc 500 msec. If a patient requires pharmacologic intervention during the first dose observation, overnight monitoring should be instituted and the first dose monitoring strategy should be repeated for the second dose of Gilenya. • Gilenya should not be used in patients with second degree or higher atrio-ventricular blocks, sick sinus syndrome, or sino-atrial heart block due to the risk for serious rhythm disturbances. Gilenya should also not be used in patients with known ischemic heart disease, history of myocardial infarction, congestive heart failure, history of cardiac arrest, cerebrovascular disease, uncontrolled hypertension or severe untreated sleep apnea since significant bradycardia may not be well tolerated in these patients. • Gilenya should not be used in patients with significant QT prolongation (QTc >470 msec (females) or >450 msec (males)) or in patients with relevant risk factors for QT prolongation (e.g. hypokalemia, hypomagnesemia or congenital QT prolongation). • In patients with a history of recurrent syncope or symptomatic bradycardia, use of Gilenya should be based on overall benefit-risk assessment. • If treatment is considered for patients with aforementioned risk factors, pre-treatment consultation with a cardiologist is required to determine the most appropriate monitoring (should last overnight) for treatment initiation. • Gilenya should generally not be initiated in patients on concurrent therapy with beta-blockers, with heart rate lowering calcium channel blockers or with other substances which may decrease heart rate (limited experience is available and this may be associated with severe bradycardia and heart block). If treatment with Gilenya is considered, advice from a cardiologist should be sought regarding switch to a non heart-rate lowering drugs or appropriate monitoring (should last overnight) for treatment initiation. • After the first dose, the heart rate decrease starts within an hour and the Day 1 decline is maximal within 6 hours. Heart rate returns to baseline within 1 month of chronic dosing. • Patients without a history of chickenpox or without vaccination against varicella zoster virus (VZV) should be tested for antibodies to VZV prior treatment initiation. VZV vaccination should be considered in antibody negative patients and initiation of treatment should be postponed for 1 month to allow full effect of vaccination to occur. • Increased risk of infection. Lymphocyte count is decreased during therapy and up to 2 months after stopping therapy. Effective diagnostic and therapeutic strategies should be used in patients with symptoms of infection while on therapy and up to two months after discontinuation. Consider discontinuing therapy if a serious infection develops and re-evaluate benefit-risk before restarting therapy. • Increased risk of macular edema particularly in patients with history of uveitis and in patients with diabetes mellitus. Ophthalmologic examination is recommended 3 to 4 months after therapy initiation and in addition before and regularly during therapy in at-risk patients. Discontinuing therapy should be considered if macular edema develops. • Caution in patients developing symptoms of hepatic dysfunction. Therapy should be discontinued if significant liver injury is confirmed. • Caution when switching patients from natalizumab to Gilenya due to the long half-life of natalizumab. **Pregnancy:** Not recommended unless benefits outweigh risks. Adequate contraceptive measures are recommended in women of childbearing potential. **Breast-feeding:** Not recommended. **Interactions:** Concomitant use is not recommended with Class Ia (e.g. quinidine, procainamide) and Class III (e.g. amiodarone, sotalol) anti-arrhythmic drugs. • At treatment initiation concomitant use with beta-blockers, with heart rate lowering calcium channel blockers (e.g. verapamil, diltiazem or ivabradine) or with other drugs that may lower heart rate (e.g. digoxine) is not recommended. • Caution with concomitant use with anti-neoplastic, immunosuppressive or immune modulating therapies and up to 2 months after stopping therapy. • Caution when switching therapy from drugs with a long-acting immune effect such as natalizumab or mitoxantrone. • Concomitant use not recommended with live attenuated vaccines; other vaccines may have reduced efficiency during and for up to 2 months after stopping therapy. **Adverse reactions: Very common (>10%):** Influenza viral infections, headache, diarrhea, back pain, liver enzymes increased, cough. **Common (1 to 10%):** Bronchitis, sinusitis, gastroenteritis, herpes viral infections, tinea infections, bradycardia, dizziness, paraesthesia, migraine, asthenia, eczema, alopecia, pruritus, weight decreased, dyspnea, depression, eye pain, vision blurred, hypertension, leucopenia, lymphopenia. **Less frequent (<1%) but potentially serious:** Pneumonia, macular edema. Post-marketing experience. Isolated cases of transient spontaneously resolving complete AV block have been observed during the six hour observation period. Rare cases of posterior reversible encephalopathy syndrome have been observed. **Packs and prices:** Country specific. **Legal classification:** Country specific ©

Full prescribing information is available from Novartis Pharma Services Inc. Levant Representative Office
P.O.Box 11-3448, Beirut, Lebanon. Tel: + 961 1 495 594

JUN/14/GIL/DA/01/LB

100k

how far we've come

1 DAILY PILL¹

>10 YEARS OF EXPERIENCE ²

>100 ACTIVE CLINICAL STUDIES² 

>1000 DAYS ON THE MARKET² 

>10000 PRESCRIBERS WORLDWIDE² 

>100000 PATIENTS TREATED² 

100K GILENYA patients treated and counting

References:

1. GILENYA Summary of Product Characteristics, Novartis Pharma AG. May 2014
2. Data on file (XXXXX), Novartis Pharma AG.

من جهة أخرى تعاونت اللجنة الأساسية مع قسم المعلوماتية في كلية الصحة العامة في الجامعة اللبنانية الفرع الأول - الحدث - لخلق برنامج كمبيوتر خاص بإمتحانات الكولوكيوم لفرع العلوم التمريضية ووضع آلية الإمتحان وإدخال الداتا كاملة بعد تقسيم وفرز الأسئلة والأجوبة.

حصلت إمتحانات الكولوكيوم لعام ٢٠١٤/٢٠١٥ بدوراتها الاولى والثانية وقد لاقى تطبيق الآلية الجديدة للإمتحانات الاستحسان من قبل المسؤولين، الكليات/المعاهد، اللجان الفاحصة وحتى الطلاب ان من حيث التنظيم، سرعة العمل، إدارة الوقت والموارد البشرية وخاصة موضوعية الأسئلة ونتائج الإمتحانات.

شكل العمل الحالي المنجز من قبل لجنة التمريض لإمتحانات الكولوكيوم بالتعاون مع وزارة التربية والتعليم العالي ونقابة الممرضات والممرضين وكافة الجامعات في لبنان خطوة جبارة على صعيد تضافر كافة الجهود لإنجاح العمل وتطوير وتحضير الإمتحانات بالجدية والنوعية التي نتطلع اليها مع وزارة التربية والتعليم العالي.

فتشكلت لجان فرعية من ذوي الإختصاص او مجال التدريس وكانت مهامها الأساسية:

- تصحيح داتا المعلومات السابقة الموجودة في قسم الكولوكيوم وإعادة النظر بنوعية الاسئلة وإعادة صياغتها عند اللزوم إستنادا إلى المراجع العلمية في التمريض، من كتب ومواقع إلكترونية مختلفة؛
- إختيار أسئلة جديدة من مجموعة الأسئلة المرسله من قبل الجامعات في مختلف الإختصاصات التمريضية وباللغتين الفرنسية والانكليزية؛
- تصديق الأسئلة والاجوبة نهائياً قبل مرحلة الطباعة؛
- إعداد وطباعة " دليل الطالب " و CD بالتعاون مع نقابة الممرضات والممرضين وأصحاب الإختصاص، كذلك التأكد من حسن توزيع ال CD على جميع الطلاب من خلال وزارة التربية والتعليم العالي - قسم الكولوكيوم؛
- إعادة النظر بألية الامتحان وتعميمها على الجامعات والمعاهد المشاركة والطلاب من خارج لبنان تحضيراً للإمتحانات الكولوكيوم.

الصندوق التعاضدي لاعضاء نقابة الممرضات والممرضين في لبنان

كثيرة حالت دون انطلاق المشروع.

أما اليوم، وبعد تأمين الدعم المادي من قبل النقابة، يسرنا أن نعلمكم بأن الجمعية العمومية للصندوق قد اجتمعت في تشرين الاول ٢٠١٤، لإبراء ذمة مجلس إدارة الصندوق حول ميزانية ٢٠١٣ / ٢٠١٤ وإقرار مشروع "بدل يوم استشفائي"، الذي سيتم تعريف الممرضات والممرضين عليه من خلال زيارتنا للمؤسسات الصحية وعبر لقاءات فردية من قبل السيدة عابدة غانم، عضو مجلس الصندوق المفوضة لمتابعة التنفيذ وشرح كافة الجوانب. يمكن التواصل مع اعضاء الصندوق لتقديم اقتراحاتكم عبر البريد الالكتروني linachoueiri@hotmail.com أو من خلال ترك رسائلكم في أمانة سر النقابة على ان يردكم الجواب على أسئلتكم في اقرب فرصة ممكنة.

أنشئ الصندوق سنة ٢٠٠٩، بهدف بديل للتغطية الصحية للممرضات والممرضين وذويهم وخاصة الذين لا يستفيدون من أي ضمان صحي وهو إختياري للمنتسبين الى النقابة. يخضع الصندوق لاحكام المرسوم الاشتراعي رقم ٣٥ تاريخ ٩/٥/٩٧٧.

ويهدف إلى:

١. التعويض عن نتائج الأحداث والأخطار التي تصيب الأعضاء أو عائلاتهم سواء في شخصهم أو في ملكهم أو في استثماراتهم
 ٢. التعويض عن الوفاة والمرض والحوادث الجسدية التي تصيبهم أو تصيب عائلاتهم
 ٣. مساعدة الأعضاء في حالات الزواج والولادة ونهاية الخدمة
- عمل مجلس الصندوق جاهداً خلال الاعوام الفائتة على بلورة برنامج استشفائي يتناسب مع تطلعات الممرضين لكن عوائق

إمتحانات الكولوكيوم في التمريض

آلية جديدة ومواكبة لتطور المهنة

هبة حبيب شختورة: استاذة في برنامج التمريض في كلية الصحة وعلومها - جامعة البلمند،
مندوبة النقابة في اللجنة الأساسية لإمتحانات الكولوكيوم

اليانا حمصية: استاذة في كلية العلوم التمريضية - جامعة القديس يوسف،
عضو في اللجنة الأساسية لإمتحانات الكولوكيوم

نوعية الأسئلة المطروحة والمراجع العلمية غير الموحدة، كذلك آلية الامتحانات المتبعة! لذلك عقدت عدة اجتماعات تقييمية ضمت مندوبين عن مختلف الأفرقاء: وزارة التربية والتعليم العالي، وزارة الصحة، نقابة الممرضات والممرضين في لبنان وكليات/معاهد التمريض في لبنان. واتفق الجميع على إلزامية التغيير والشروع في تحديث داتا المعلومات وإعداد " دليل الطالب " تحضيراً لإمتحانات موحدة للكولوكيوم تليق بالمستوى المرجو لمهنة التمريض في لبنان.

تحت رعاية نقابة الممرضات والممرضين في لبنان وبالتعاون مع أمين سر لجنة المعادلات و امتحانات الكولوكيوم الدكتور عبد المولى شهاب الدين وفريق عمله، بدأنا العمل!

بدأت اللجنة الأساسية إجتماعاتها التحضيرية نهاية شهر آذار ٢٠١٤ واستمر العمل لغاية شهر تموز ٢٠١٤ بمعدل يومين في الاسبوع. وتمت الإستعانة بعدد من أساتذة الجامعات الخاصة الكبرى.

منذ سنوات ونحن نعاني من تحديات عدة تواجه مهنة التمريض. تحديات ولدت نتيجة التطور الحاصل في مختلف القطاعات وخصوصاً القطاع الصحي والإستشفائي، ونتيجة المتطلبات والتوجهات الجديدة في قطاع التمريض من حيث أهمية إعداد ممرضات وممرضين ذوي كفايات وإختصاصات تخولهم العناية بالأفراد كافة والمحافظة على صحة المجتمع.

إلتزمت نقابة الممرضات والممرضين في لبنان منذ تأسيسها، وعبر خططها الإستراتيجية المتوالية، الإشراف المباشر والمشاركة في إمتحانات الكولوكيوم المعدة من قبل وزارة التربية والتعليم العالي، تلك الإمتحانات التي تخول كل ناجح فيها الحصول على إجازة صادرة عن وزارة الصحة العامة لممارسة مهنة التمريض على كافة الأراضي اللبنانية وبالتالي الإنتساب إلزاماً الى النقابة. في هذا السياق تشارك النقابة منذ عدة سنوات، عبر مندوبيها في عمل لجنة التمريض الأساسية المكلفة من قبل وزارة التربية والتعليم العالي إعداد الإمتحانات الخطية والشفهية للكولوكيوم ومراقبة حسن سيرها.

كانت الصعوبات كثيرة فيما خصّ إمتحانات الكولوكيوم الخطية والشفهية، إن من حيث التفاوت في محتوى المناهج التعليمية ام



- غبريال شمعون (المنتج السينمائي):

تقديراً مني لعمل الممرضات والمرضى وبناءً لدعوة شخصية تلقيتها من المستشارة الاعلامية السيدة جومانا رزق لبيت الدعوة الى حضور لقاء في مقر النقابة بهدف إعطاء رأيي مع آخرين شاركوا فيها حول مجموعة من الاعمال المشار اليها آنفاً.

إضافة الى السببين المذكورين في تليبيتي الدعوة، هناك سبب أساسي أوجب مشاركتي ويتعلق بالتركيز على أهمية دور الفيديو قصير المدة في عالمنا اليوم. إن وسائل الإعلام بما فيها الصحف المكتوبة إستحدثت مواقع تواصل لها عبر "موقع فيديو"، نظراً لأهمية رسالة الفيديو التي تصل بسرعة.

وأبدى شمعون استعداده للعمل مجدداً للعمل مع النقابة في هذا الإطار "تقديراً لدورها ولأن ما حدا منّا ما يمرض".

- منى سكرية (صحافية):

ثمة مفاجأة شعرت بها عندما تلقيت اتصالاً هاتفياً من نقابية الممرضات والمرضى السيدة هلن سماحة نويهض تدعوني فيها للمشاركة في لقاء تقييمي لمجموعة من الاعمال الدعائية - الإعلامية قصيرة المدة، كانت مجموعة من الطلاب الجامعيين قد أعدتها.

قلت ان ثمة مفاجأة إرتابتي أولاً من الاتصال الآتي من جهة لم تربطني بها أية أنشطة سابقة وإعجابي بفكرة موضوع اللقاء.

إنها تجربة تستحق الإحترام قامت بها "النقابة" بإشراكها شرائح من المجتمع المدني في صلب أعمالها. كانت جلسة مثيرة لأهميتها نظراً لتنوع آراء المشاركين وحماسهم.

صورة إيجابية ... متبادلة!



أظهرت إهتمام المجتمع بمهنة التمريض، ومدى تطور نظرتهم إليها، اعترافاً منه بأهميتها في حياة الانسان وسلامة المجتمع. شهادات مشاركين:

- نديم خوري (أستاذ جامعي):

نحن في الجامعة نحترم كثيراً الممرضات والممرضين، والنقابة هلن للميدان الانساني الذي يعملون به، وللخدمات الصحية التي يقدمونها، والتي لطالما نحتاجها ويحتاجها أي إنسان. لا بل أقول، وهو ما ركزنا عليه في الفيديو الاعلاني الذي قدمناه، أن أي مستشفى لا يمكنها القيام بأي عمل من دون وجود العاملين في حقل التمريض، حتى ولو توافر فيها أمهر الأطباء، وأحدث التقنيات.

منذ لحظة دعوتنا للمشاركة في إعداد فيديو قصير المدة دعائي - إعلاني لصالح نقابة الممرضات والممرضين، بادرنا مدير الكلية الدكتور جورج فرحة وانا الى تشجيع الطلاب بالاشتراك في هذا العمل، إيماناً منا بضرورة إغناء دراسة الطالب بالخبرة العملية الى جانب النظرية، فضلاً عن تعزيز النزعة التشاركية عندهم مع قطاعات من المجتمع المدني والرعاي.

أطلقت نقابة الممرضات والممرضين في لبنان، وضمن رغبتها في إشراك المجتمع المدني في تعزيز صورة مهنة التمريض والعاملين فيه، مبادرة تعاون مع الجامعات في لبنان - قسم الدراسات السمعية والبصرية - لإنتاج مواد إعلامية (دعائية أو افلام قصيرة) تبرز واقع هذه المهنة وأهميتها في نطاق العمل الصحي. حملت المبادرة عنوان "Nurses in action: a positive impact".

وفي هذا الإطار، إنعقد في مقر النقابة سن الفيل لقاء كان الأول في مجاله، حضره عمداء ورؤساء أقسام ومدراء جامعات: الاكاديمية اللبنانية للفنون الجميلة (ALBA)، القديس يوسف، سيدة اللويزة، الأميركية للعلوم والتكنولوجيا (AUST)، الكفاءات، الكسليك، واللبنانية - الالمانية، ساهم جو من حماسة التفاعل مع الفكرة، والرغبة في تنفيذها، وهو أمر لم يكن مألوفاً كثيراً في إجتماعات مماثلة.

ثم تبعه إجتماع ثان، حضره طلاب من عدد من الجامعات المذكورة أعلاه لمتابعة عرض المبادرة وتفاصيلها، والأهداف المرجوة منها، والمعايير الواجب إعتادها ضمن الفكرة المبتكرة من قبل الجامعات المذكورة

بعد هذين الإجتماعين، إنعقد لقاء في مقر النقابة أيضاً، تم خلاله عرض للأعمال الدعائية المنجزة أمام لجنة التحكيم المؤلفة من: مدير عام وزارة الصحة العامة الدكتور وليد عمار، الناقد الأدبي سليمان بختي، الصحافية منى سكرية، الممثل المسرحي عصام بو خالد، الإعلامية والممثلة هيام بو شديد، المخرج السينمائي فيليب عرفتنجي، والمنتج السينمائي كبريال شمعون، والمستشارة في شؤون التمريض كلاديس مورو، الى جانب النقابية هلن نويهض وأعضاء من مجلس النقابة.

في اللقاء، جرى تحليل وتقييم مفصل للأعمال المنجزة التي

ورشة تدريب: "الإستجابة لفيروس الكورونا"

تواكب "النقابة" مستجدات الوضع الصحي والتطورات العلمية على الساحتين الوطنية والعالمية، وتتسابق أحياناً مع ذوي المسؤوليات، تارة منبهة، وطوراً مشاركة في التنبيه الى هذه المستجدات، وتأخذ على عاتقها متابعة صغائر وكبريات الأمور ومخاطرها، إدراكاً منها بإنعكاسات هذه التطورات السليبي منها والإيجابي على الجسم التمريضي والعاملين فيه. وفي هذا السياق، ومن ضمن هذا المفهوم، شاركت "النقابة" في الورشة التي نظمتها وزارة الصحة العامة، وبدعم من منظمة الصحة العالمية، ونقابة المستشفيات للتدريب حول موضوع الإستجابة لفيروس كورونا المستجد ومكافحة العدوى. هدفت هذه الورشة الى تعزيز القدرات الفنية الوطنية للإستجابة لهذا المرض، والتأكد من جاهزية المستشفيات لإستقبال مرضى محتملين أو مصابين، ومكافحة العدوى داخل المؤسسات الصحية.

وتضمنت ورشة العمل المواضيع التالية:

— معلومات حول فيروس كورونا الجديد

— نبذة عالمية وإقليمية ومحلية حول العدوى

— تعريف الحالات وكيفية الكشف عنها

— إرشادات التبليغ والرصد

— إحتياطات الوقاية من العدوى بفيروس كورونا الجديد

— تدريب العاملين الصحيين على معدات الوقاية الشخصية

وقد أقيمت ورش العمل في المحافظات كافة، وشملت جميع المستشفيات الحكومية والخاصة، وبلغ عدد المتدربين ١٣٥ شخصاً، وقد كلفوا بدورهم بالقيام بتدريب العاملين الصحيين، لاسيما الجهاز التمريضي، كل داخل مؤسسته.

خلوة مجلس النقابة

عقد مجلس نقابة الممرضات والممرضين خلوة إستمرت طيلة يوم الخميس ٢٠١٤/١٠/٢ في بلدة برمانا لمناقشة سياسة "النقابة" والمشاريع التي تقوم بتنفيذها، ليصار على ضوئها تحضير موازنة عام ٢٠١٥ التي ستمثل رؤية "النقابة" للمهنة على الصعد الادارية والتنظيمية والعلمية.

وقد عرضت النقيبة لسير عمل "النقابة" والخطوات الآيلة الى تفعيل العمل النقابي. ثم طرح أعضاء المجلس، في مداخلاتهم للهواجس والمشاكل التي يعانيتها القطاع، وإحتمال إنعكاسها على أوضاع العاملين فيه، مع ضرورة إتخاذ إجراءات ذات فاعلية كفيلا بتحسين ظروف العمل من الناحية الاقتصادية.



• تفعيل تطبيق قانون التعليم المستمر ومنح وحدات التعليم المستمر بهدف مواكبة اي تطور علمي وقد انجز الكثير في هذا المجال وفق الجدول الآتي:

عدد الوحدات	الموضوع العلمي	التاريخ	اسم المؤسسة
١٢,٥	Teaching Effectiveness	٢٦-٢٨ ايلول ٢٠١٣	النقابة (د. نهاد ضومط)
٧	First National Orthopedics Nursing Congress 2013	١٢-١٣ تشرين الاول ٢٠١٣	مركز بلفو الطبي
١٢	2nd AUBMC Breast Cancer Conference	١٤-١٥ شباط ٢٠١٤	المركز الطبي في الجامعة الاميركية في بيروت (AUBMC)
٥	Annual Congress of The Lebanese Society critical care Medecine	٨-٩ آذار ٢٠١٤	(LSCGM) جمعية اللبنانية للعاية الفائقة
٢,٥	The Lebanese Symposium on Stroke Update	١٥ آذار ٢٠١٤	مستشفى الشيخ راغب حرب
١٢,٥	La ou Les Schizophrénies	٢٥-٢٦ نيسان ٢٠١٤	مستشفى الصليب للأمراض العقلية والنفسية
١٠,٥	MEMA 2014 Focus Hematological Malignancies	٢٤-٢٦ نيسان ٢٠١٤	المركز الطبي في الجامعة الاميركية في بيروت (AUBMC)
٤	11th Symposium on Patient Support and Palliative Care in Cancer	٢٦ نيسان ٢٠١٤	(LSMO) الجمعية اللبنانية لأطباء التورم الخبيث
٤,٥	Effective communication for Safe Patient Care	٢ أيار ٢٠١٤	مستشفى رفيق الحريري الجامعي
٣	Journée de formation infirmiere	١٠ ايار ٢٠١٤	مستشفى ابو جوده
٢,٥	International Nurses Day	١٧ ايار ٢٠١٤	مستشفى المنلا
٣	Healthy Nurse - Better Care	٢٠ ايار ٢٠١٤	مستشفى الرسول الاعظم
٤,٥	Effective Communication for Safe Patient Care	٢٣ حزيران ٢٠١٤	مستشفى القديس جارجيوس الجامعي
١٠,٥	Nursing Care in Neonatologie	٢ آب ٢٠١٤	مستشفى تل شيحا
٧	Prise en charge de la douleur	٢٥-٢٦ أيلول ٢٠١٤	مستشفى دار الامل الجامعي
٢٠	Examen clinique en soins infirmiers	٢٠-٢١-٢٣-٢٧ تشرين الاول ٢٠١٤	الجامعة الانطونية
١٠	Evidence Based Management in Healthcare Organisation	١١-١٢ تشرين الثاني ٢٠١٤	المركز الطبي في الجامعة الاميركية في بيروت (AUBMC)
٣	Sterilisation day	١٤ تشرين الثاني ٢٠١٤	المركز الطبي في الجامعة الاميركية في بيروت (AUBMC)
٣	The 10x Makassed Medical, Quality Management, Nursing	٢٩ تشرين الثاني ٢٠١٤	مستشفى جمعية المقاصد الخيرية الاسلامية

- زيارة المستشفيات التي استقبلت جرحى الأحداث الأخيرة في الضاحية الجنوبية ومحافظة الشمال.
- التواصل مع طلاب الجامعات - اللبنانية الأميركية - الجامعة اللبنانية - جامعة القديس يوسف - جامعة الحكمة - الجامعة الأميركية - الجامعة الانطونية

- زيارة المستشفيات:



- تحت شعار " كبارنا كبارنا " إلتقت النقابة وأعضاء مجلس "النقابة" عدداً من الممرضات اللواتي زاولن المهنة لسنوات طويلة. وكانت مناسبة للتداول في شؤون المهنة بين ماضيها وحاضرها. (١٨ كانون الأول ٢٠١٣)



- ورشة عمل تثقيفية حول مرض التصلب اللويحي (Multiple Sclerosis - Sclérose en Plaque) وعلاجه ودور الممرض/ة في العناية بالمرضى المصابين، شارك فيه ستون ممرضاً وممرضة من مختلف المناطق اللبنانية على مدى ثلاث حلقات.

- الشيخ راغب حرب - الساحل - دلاعه - اللبناني الكندي
- خوري العام - حيرام - بجنس - تل شيحا - جبل عامل
- طرابلس الحكومي - اللبناني الفرنسي - هارون - شاهين
- مركز لبيب الطبي - المنلا - اللبناني الايطالي

اخبار ونشاطات نقابة الممرضات والممرضين في لبنان

وهنا لائحة بعدد من الأنشطة ومنها على سبيل المثال:

- البحث في قانون تنظيم مهنة التمريض والتعديلات التي يجب إدخالها على إقتراح الحكومة إنطلاقاً من المرسوم رقم ٢٠١٢/٨٥٩٠ ومتطلبات الجسم التمريضي.
- تطوير وتعديل داتا المعلومات وتحليلها واستعمالها وبيان متطلبات المهنة ودور النقابة.
- التوعية والتعريف بمهنة التمريض وتشجيع الطلاب في المدارس التوجه ناحيتها والخوض في غمار دراستها والعمل فيها.
- التركيز على الارشاد والتوجيه في مرحلة ما قبل اختيار الدراسة كمهنة مستقبلية، لأن للإرشاد والتوجيه دور أساسي ومؤثر لدى الطلاب وجيل الشباب. وفي هذا الاطار جاءت مبادرة مستشفى حمود الطبي الجامعي تجاه المدارس المحيطة بها.
- متابعة جميع أنواع التحديات التي يواجهها الممرضات والممرضين في عملهم سواء لناحية الدوام، ساعات العمل والاجازات، والتأخر في دفع الرواتب والمستحقات في بعض المستشفيات الحكومية، وأيضاً في أصول احتساب الساعات الإضافية وبدل النقل، وذلك من خلال التواصل مع الوزارات المختصة.
- تطوير وتعديل آداب وأخلاقيات المهنة وحصانيتها على ضوء متطلبات وظروف العمل في الآونة الراهنة، لأن الإلتزام بأصول وضوابط معينة يعتبر جزء أساسي من الكفاءة والأداء المميز.
- إنشاء لجنة الجودة في التعليم، ولجنة متابعة موضوع الجودة وسلامة المرضى.
- لقاء مع ممثلين عن نقابتي الأطباء والمستشفيات لمواجهة أعباء وتداعيات نزوح اللاجئين السوريين.

حفلت مسيرة "النقابة" لهذه السنة بكم كبير من النشاطات والمشاريع وورش العمل على كافة المستويات العلمية والتنظيمية والمهنية والقانونية، فكان مجلس النقابة واللجان التابعة له وادارة النقابة، وعلى رأسهم النقابية، يتحركون في كل إتجاه لمواكبة النهضة النقابية، بعد أن أصبحت "النقابة" محور إهتمام القطاع الصحي من جهة، ومحط تطلعات الجسم التمريضي من جهة أخرى، إذ لم يعد ممكناً تجاهلها أو التقليل من فاعلية وجودها، نظراً لدورها وتأثيرها في ميادين القطاع الصحي.

وقد تركز الاهتمام في مداورات اللقاءات وورش العمل على الإقتراحات المتعلقة بتحسين واقع المهنة، خصوصاً لناحية



إعادة النظر بالرواتب والأجور وشروط العمل في ظل الوضع الاقتصادي الضاغط، لا سيما أن معظم رواتب العاملين في المهنة لا تتناسب مع الجهود التي يبذلونها.



مستشفى سيدة المعونات الجامعي
Centre Hospitalier Universitaire
Notre Dame des Secours

أفضل

عناية

إستشفائية



تملكه الرهبانية اللبنانية المارونية، وهو مؤسسة إستشفائية لا تتوخى الربح.
كونه مستشفى جامعي، هو يرتبط إرتباطاً عضوياً بكلية الطب والعلوم الطبية في جامعة الروح القدس في الكسليك.
يضم ٣٥ قسماً ويتميز بمركز معالجة ذوي الحركات اللاإرادية (باركنسون) ومركز معالجة البدانة.



Urgences
Admission
Cliniques Externes
Laboratoire
Radiologie

09 940 400
09940470 / 71
09940459 / 60 / 61
09940480 / 1 / 2
09940490 / 1
09940425 / 26

رقم المستشفى
الطوارئ
مكتب الدخول
العيادات الخارجية
المختبر
التصوير الشعاعي

www.chu-nds.org



والمسؤولين عنهم، وخاصة مدراء المستشفيات ومدراء التمريض. كما تمت "النقابة" على مدراء المستشفيات إيلاء أي حادث الأهمية الإستثنائية، والتواصل معها، وإعطاء الممرض/ة المتضررة/ة الدعم اللازم والتعويضات المناسبة. اما في ما يتعلق بمدراء أقسام التمريض، فطالبتهم "النقابة" بتعزيز التواصل معها، وإبلاغها فور حصول أي حادث لإتخاذ الخطوات المناسبة وتقديم الدعم للمتضرر بالتنسيق مع إدارة المستشفى.

وقد رأت "النقابة" أن المبادرة الرائدة والمتقدمة بإدخال رضى المريض ضمن معايير التقييم والتصنيف للمستشفيات، تبقى ناقصة ما لم يرافقها رضى الطاقم الصحي عموماً، والتمريضي خصوصاً، لأن ذلك ينعكس إيجاباً على جودة العناية التمريضية ويحد من الهجرة.

كما توجهت "النقابة" الى الممرضات والممرضين لحثهم على التبليغ عن أي شكل من أشكال العنف الحاصل لهم أو لأحد من زملائهم، لأن دورها التحرك الى جانبهم وتوجيههم للتواصل مع المعنيين



مستشفى مظلوم



مستشفى سيدة لبنان



مستشفى اورانج ناسو



دار العجزة- جمعية الخدمات الاجتماعية



المركز الطبي الجامعي مستشفى رزق



مستشفى البيهيكل



مستشفى سيدة المعونات الجامعي



مستشفى التيني

وفي ظل استمرار التعديات ولجوء الممرضات والممرضين الى نقابتهم أبقى "النقابة" إجتماعاتها مفتوحة لمتابعة أي حادث قد يحصل، وأرسلت كتباً عدة الى وزير الصحة العامة، تضمنت إقرار سياسات لمنع العنف، إدخال الخطوات اللازمة في برنامج اعتماد المستشفيات وأيضاً تعزيز سياسة رفع التظلم وبناء الثقة لدى الجسم التمريضي للتعبير بحرية عن هواجسه والمطالبة بحقوقه.

وقد جاء في الكتب المرسله الى وزير الصحة إعتماذ الخطوات التالية:

- إلزام المستشفيات بمعايير الجودة لمنع العنف واستشعاره والإبلاغ عنه.
- إدخال معايير الحد من العنف الوظيفي ضمن شروط الإعتماذية للمؤسسات الصحية في لبنان.
- إدخال وتطبيق نظام رفع التظلم (Grievance Procedure) في جميع المستشفيات.
- الاعتراف بحق الشكوى ووضع آلية لتقديمها وسماعها ومعالجتها.
- إعطاء التعويض عن الضرر، وإعطاء الراحة اللازمة عند التعرض لأي حادث.
- عدم إقحام الممرضات والممرضين في مواضيع جباية الفواتير أو متابعتها، أو تحصيلها، وفي مجال معاملات دخول المرضى وغيرها.
- إلزام المستشفيات تأمين مراكز حماية ثابتة وتفعيل دورها وجهوزيتها.
- الطلب الى الاجهزة الامنية والقضائية التشدد في محاسبة المعتدين، بما يشكل رادعاً لهم.



مستشفى تل شيحا



اوتيل ديو دو فرانس



مستشفى القديس جورج جوس



مستشفى طرابلس الحكومي

ومن أبرز ما جاء في البيان المذكور:

بإبعادهم عن موضوع تحصيل الفواتير والإجراءات المالية، أو بما يتعلق بأذونات الدخول والخروج من المستشفيات.

• تطالب "النقابة" المسؤولين كافة لتبني خطة إستراتيجية وطنية للحد من العنف والإعتداءات تساهم في تنفيذها السلطات المختصة، بالتنسيق فيما بينها، وبين الجهات الصحية المعنية، وهي تناول التنظيم والأمن والتوعية الإجتماعية.

• تدرس "النقابة" الخطوات القضائية التي يمكن اللجوء إليها وعرضها على وزير الصحة العامة ووزير الداخلية والبلديات للتداول معهما بشأن السبل والخطوات الممكنة إتخاذها.

• تدعو "النقابة" الأجهزة الأمنية والقضائية للتحرك، وإجراء التحقيقات اللازمة، والحزم في محاسبة الفاعلين.

• وجوب تأمين مراكز حماية ثابتة على مداخل المستشفيات وخاصة أقسام الطوارئ.

• تسجل "النقابة" إستنكارها ورفضها القاطع لكل أنواع العنف والإعتداء مهما كانت الأسباب والذرائع، وتطالب المؤسسات الصحية ببذل ما يمكن من جهود لتدارك أي إشكال محتمل.

• تهيب "النقابة" بالمسؤولين، وعلى رأسهم وزارة الصحة العامة والأجهزة الأمنية والقضائية، وجوب التحرك لحماية العاملين في المهنة، وكافة العاملين في القطاع الصحي.

• ترى "النقابة" أن العنف المتزايد سببه الأوضاع الأمنية غير المستقرة والأوضاع الإقتصادية والإجتماعية المتردية وعدم توفر التغطية الإستشفائية المجانية لكافة شرائح المجتمع، وهي ترفض زج الممرضات والمرضى بأي صراع أو نزاع، وتطالب

... لرفع اليد ... لمنع العنف؟



أطلقت "النقابة" حملة ضد العنف الذي يتعرض له العاملون في مهنة التمريض أثناء وخلال ممارستهم للعمل، لا سيما على ضوء إرتفاع نسبة هذه الظاهرة، والتي طاولت عدداً من العاملين في الجسم التمريضي في عدد من المؤسسات الصحية.



وتنذر الدراسات والإحصاءات، بأن المؤشر لا يبعث على الإرتياح، لأن أكثر من ثلث عدد الممرضات والممرضين يفكرون بالهجرة نهائياً عن المهنة، وهو أمر خطير يهدد مستقبل العمل التمريضي، ويهدد مستقبل القطاع الاستشفائي في لبنان، خاصة إذا ما تزايد النقص الموجود حالياً في عدد العاملين في قطاع التمريض، وخاصة من ذوي حملة الشهادات والكفاءات العالية.

ورأت "النقابة" في حملتها هذه، أن هذه الممارسات العنيفة أصبحت تشكل عائقاً أمام إستمرارية المهنة، وباتت تنذر بنتائج سلبية على مستقبل العمل التمريضي، كما أنها تؤدي الى تزايد الهجرة عنها بحثاً عن ظروف عمل آمنة ومستقرة.

وبالرغم من خطورة الوضع المشار إليه، فإن "النقابة" ترى أن عدم لجوئها الى الإضراب والخطوات التصعيدية والإعتراضية ليس من باب الضعف أو الإهمال أو التقصير، بل شعوراً منها بالمسؤولية الأخلاقية والإنسانية كي لا يؤدي الإضراب الى تعطيل القطاع الصحي أو التلاعب بحياة المرضى. لذا، كان قرار "النقابة" إقامة وقفة تضامنية مع الزملاء الذين تعرضوا للعنف شارك فيها عدد كبير من العاملين في المستشفيات، وأصدروا بياناً حدد الخطوات التي يجب القيام بها دونما إبطاء من أجل معالجة هذه الظاهرة.

إن ظاهرة العنف بدأت تعرّض حياة العاملين في التمريض للخطر، وتنعكس سلباً على ادائهم، وبالتالي على جودة العناية التمريضية، وهذا الخطر سبق لـ"النقابة" أن نبهت الى سلبياته وتداعياته، مشيرة الى أسبابه المتعددة، ومنها عدم إستقرار الوضعين الأمني والإقتصادي، وعدم وجود تغطية صحية وطنية لجميع شرائح المجتمع.

تدريب وإعادة تأهيل العاملين في مراكز الرعاية الصحية الأولية

وبعد سلسلة لقاءات تحضيرية مع المعنيين لدراسة الحاجات التدريبية وآلية تنفيذ المشروع، إنطلقت ورش التدريب بإشراف أساتذة جامعيين، وخبراء أخصائيين في التدريب والممارسة والإدارة، وتضمنت المواد التعليمية جميع المبادئ المتعلقة بصحة الفرد والعائلة والمجتمع، بالإستناد الى أحدث الدراسات والتقنيات والبحوث.

هذا، وقد إستمر تنفيذ المرحلة الأولى من المشروع ثلاثة أشهر، تميزت بروح عالية من المسؤولية والتفاعل بين المشاركين في المؤتمر تضمنت مواضيع مكافحة العدوى واللقاحات والتقييم الصحي والشؤون المهنية في التمريض وسيتبع هذه المرحلة مرحلتان جديدتان.

وتبين أن هذا المشروع يكتسب أهمية بالغة من حيث تفعيل دور الرعاية الصحية الأولية لجهة خفض الفاتورة الإستشفائية، وإستثمار الطاقات في برامج الوقاية والتثقيف الصحي.



إيماناً من النقابة بدور الممرضات والممرضين في الصحة العامة، وبهدف تعزيز الرعاية الصحية الأولية شأنها شأن الخدمات التمريضية المقدمة في المستشفيات، وبهدف تقديم ممارسة مهنية تتسم بالكفاءة العالية والفعالية وبأعلى مستوى ممكن من مستويات الامان لان ذلك يساهم في الحفاظ على نوعية الحياة وتحسينها، بادرت النقابة الى تطوير فكرة تدريب وإعادة تأهيل العاملين في مراكز الرعاية الصحية الأولية، عبر تحويله الى مشروع بحثي يدعم عملية تأهيل دور الممرض في المجتمع، ويبرز دوره في المراكز المذكورة، ويؤدي الى فتح أبواب العمل وتحسين المستويات المعيشية.



وتطبيقاً لهذه الغاية، نفذت نقابة الممرضات والممرضين بالتعاون مع وزارة الصحة العامة، وبدعم من منظمة اليونيسف، مشروع تدريب وتأهيل العاملين في المهنة في مراكز الرعاية الصحية الأولية لتفعيل دورهم في الممارسة والإرشاد، ونشر ثقافة جديدة للتوعية الصحية تتيح للأفراد الحصول على الخدمات الصحية اللازمة.

خطة النقابة للجهوزية في حالات الطوارئ



•٢ الخطة الوطنية لإنشاء لجنة طوارئ صحية:

على صعيد آخر، شاركت نقابة الممرضات والممرضين في الإجتماع الموسع الذي دعت إليه نقابة الأطباء، وحضره ممثلون عن منظمة الصحة العالمية، مندوبة عن وزارة الشؤون الاجتماعية، ممثلون عن النقابات الصحية وممثل عن الصليب الاحمر اللبناني تمت خلاله مناقشة إنعكاسات الوضع في لبنان والمنطقة على الأمور الصحية والانسانية، وما يستوجبه ذلك من إتخاذ تدابير وقائية صحية وإجتماعية وإعلامية إستثنائية، وإنشاء لجنة طوارئ صحية، وتحديد آلية تواصلها وعملها، ووضع إستراتيجية للدعم النفسي للعاملين والمتطوعين الصحيين، وتأمين التمويل والدعم اللازم لتحقيق الأهداف المرجوة، الى جانب تأمين الوقاية ضمن رؤية إستباقية.

وفي الإطار عينه، شاركت "النقابة" في أعمال المؤتمر الذي عقد في المستشفى العسكري المركزي، وكان لها مداخلة تحت عنوان "Trauma Response Nursing Care in Lebanon"

•١ خطة الجهوزية في حالات الطوارئ في المدارس

إدراكاً منها لأهمية حماية البيئة المدرسية من وقوع أي طارئ صحي بين صفوف التلامذة ، وتحسباً منها بواجب تأمين سبل الوقاية، نظمت نقابة الممرضات والممرضين إجتماعاً في مقرها، ضم ممثلين عن وزارة التربية والتعليم العالي وعدد كبير من العاملين في المهنة في المدارس ودور الحضانة، وتضمن بنداً رئيسياً تمحور حول الجهوزية في حالات الطوارئ في المدارس لمواكبة أي حدث يمكن أن يقع خلال العام الدراسي. بعد العرض المفصل للخطوات الذي قدمته الممرضة ندى حلاوي من مدرسة الجالية الاميركية، الإخصائية في التدريب على الجهوزية في حالات الطوارئ، ناقش الحاضرون التفاصيل والتدابير والاجراءات الممكنة إتخاذها، الى جانب الإقتراحات المقدمة من النقابة وكيفية ترجمتها على أرض الواقع..

مؤتمرات ... مؤتمرات

– مؤتمر إتحاد المستشفيات العربية : الرؤيا المستقبلية لمهنة التمريض في لبنان - الإستراتيجية المستقبلية لقطاع الإستشفاء في لبنان- (٢٨ و ٢٩ تشرين الثاني ٢٠١٣) والرعاية الصحية المستدامة : الفعالية والمسؤولية المجتمعية (٢٥ تشرين الثاني ٢٠١٤)

– مؤتمر إتحاد الجامعات العربية: الإجتماع الخامس عشر لمجلس الجمعية العلمية لكليات التمريض في جامعة الجنان (تشرين الثاني ٢٠١٣)

إبراز الدور الريادي للنقابة على المستوى الدولي:

شدت النقابة على حضور لبنان في المحافل الدولية لتأكيد دوره من خلال:

– مقابلة مع الدكتور لين ناغل Lynn Nagle من مجلس التمريض الدولي حول:

Perspectives regarding ICN's governances process structures, and coast as well as the OON views on the organisation's effectiveness, efficiency and relevance.

– المشاركة في المؤتمرات الدولية التالية:

• إجتماع منظمة الصحة العالمية في جنوب أفريقيا تحت عنوان: Orientation and dissemination meeting on WHO Human resources for Health (HRH) tools and documents (٩-١٩ تشرين الثاني ٢٠١٣)

• مؤتمر جمعية التمريض الكويتية : التمريض والجودة في العناية التمريضية (٢٥-٢٦ أيلول ٢٠١٣)

• The first International Nursing and Midwifery conference on Health and Wellbeing – Asfahan- Iran (٦-٩ ايار ٢٠١٤)

• المؤتمر العربي الثالث عشر للأساليب الحديثة في إدارة المستشفيات "هجرة الكفاءات الصحية العربية: تعزيز المكاسب وتقليل المخاطر" - دبي (٨-١٠ كانون الاول ٢٠١٤)

شاركت نقابة الممرضات والممرضين في عدد من المؤتمرات التي إنعقدت في لبنان أو في الخارج تأكيداً منها على الدور الريادي الذي تضطلع به في مجال الصحة وقد كان للنقابة هلم سماحة نويهض حضوراً قيماً الى جانب أعضاء من النقابة وذلك على الشكل التالي:

بناء القدرات والكفاءات المهنية - إبراز الدور التشاركي وتفعيل الإختصاصات:

– مؤتمر Wound Management in 3D – مستشفى القديس جاورجيوس (تشرين الاول ٢٠١٣ و شباط ٢٠١٤)

– اليوم العالمي للوقاية من أمراض السكري (تشرين الثاني ٢٠١٣ و ٢٠١٤)

– حملة نشر التوعية عن أهمية الوقاية من إرتفاع السكري في الدم مع الجمعية اللبنانية للغدد الصماء والدهنيات (٩ تشرين الثاني ٢٠١٣)

– الحملة الوطنية للتوعية ضد سرطان الثدي مع وزارة الصحة العامة (تشرين الأول ٢٠١٣ و ٢٠١٤)

– مركز كليمنصو الطبي - 2nd Cancer Care Forum - Multidisciplinary palliative care support (١٨ تشرين الاول ٢٠١٤)

– مجمع الرحمة الطبي الجودة والاعتماد في مجال التأهيل (٨ شباط ٢٠١٤)

إبراز دور التمريض المحوري في جودة التعليم والعناية التمريضية:

عملت النقابة على إبراز دور المهنة ضمن القطاع الصحي من خلال

– المشاركة في المؤتمرات التي تمحورت حول الجودة:

– مؤتمر جمعية الرحمة الخيري Quality and Accreditations Concepts (٨ شباط ٢٠١٤)

– مؤتمر ESA : First and second Congress on quality and patient safety in health care (١٥ تشرين الثاني ٢٠١٣ و ايلول ٢٠١٤)



Beirut - Lebanon Tel/Fax: 01 702 967 - Mobile: 03 337 402
E-mail: bassam@mediformlb.com

MEDIFORM

لاحقاً، أصدر وزير الصحة العامة قراراً قضي بعدم إعطاء طلاب الإمتياز الفني بدراسة سنتين إذن مزاولة المهنة حرصاً منه على المساواة بينهم وبين طلاب الجامعات من حيث سنوات الدراسة والمواد المحصلة. أما الطلاب الحائزون على افادة ترشيح للعام 2013-2014 والذين بلغت سنوات دراستهم ثلاث سنوات فبإمكانهم نيل إذن المزاولة فور صدور تشريع لموضوع الإفادات وإعتبارها بمثابة إمتحان نجاح، على أن يتابع طلاب الإمتياز الفني بدراسة سنتين دراستهم الجامعية (التجسير) بعد ان أتاح لهم المرسوم رقم 2014/401 ذلك، خاصة بعد أن إستثنى في مادته الرابعة شرط الحصول على معدل 20/12 في ظل عدم وجود نتائج جراء عدم تصحيح مسابقات الإمتحانات.

إعادة النظر في برامج ومناهج التعليم المهني:

إثر اللقاء الذي تم بين النقابية السيدة هلن سماحة نوبهض والمدير العام للتعليم المهني والتقني الأستاذ أحمد دياب في شهر أيلول 2014، وحرصاً منهما على تأكيد النهوض بمستوى الشهادات الرسمية المهنية لاختصاص العناية التمريرية، تم التوافق على إعادة النظر وتعديل بعض محتويات المناهج التربوية تماشياً مع التطورات العلمية والتقنية.

وتنفيذاً لهذا التوافق، عقدت اللجنة المشتركة التي ضمت رئيسة اللجنة العلمية للنقابة الدكتور جويل سعود وأساتذة التعليم المهني السيدات هنادي جعفر، فاطمة زهوي، الماز ابو عجرم والسيد خليل خليل لقاءات أثمرت إقتراحات لتعديل محتويات مواد الاختصاص بهدف تحسين مستوى الشهادات المهنية والتقنية، على أن يصار الى إصدار التوصيات المناسبة لاحقاً.

بعد ذلك يصار الى رفع هذه التوصيات والاقتراحات الى النقابية التي ستقوم بدورها بالاجتماع مع مدير عام التعليم المهني والتقني لاطلاعه على ما آلت إليه نتيجة هذه الاجتماعات لوضعها موضع التنفيذ وإصدار القرارات المناسبة بشأنها وإبلاغ من يلزم.



الجمهورية اللبنانية
وزارة الصحة العامة

رقم الصادر: ٤١/١٧١٣
٤ - ايلول 2014

INCOMING
5 - SEP 2014
REF: ...

جانب نقابة الممرضات والممرضين في لبنان

الموضوع: اجازة مزاولة مهنة التمريض (ممرض مجاز) لطلاب شهادة الامتياز الفني (دراسة سنتين)

المرجع: كتابكم رقم 76 تاريخ 2014/4/10.

بالإشارة إلى الموضوع والمرجع المبينين أعلاه،
تليدكم وزارة الصحة العامة بوعيد دراسة موضوع طلاب شهادة الامتياز الفني (دراسة سنتين) ومدى نطاق الشهادة الممنوحة لهم مع شروط الفقرة 3 من المادة 3 من المرسوم رقم 1655 الصادر في 1979/1/17 (تنظيم مهنة التمريض) التي تنص على التالي :

“ ان يكون حاملا شهادة جامعية في التمريض من جامعة معترف بها من الحكومة اللبنانية شرط ان لا تقل مدة الدراسة الجامعية عن ثلاث سنوات.
اضيف النص التالي الى الفقرة 3 من المادة 3 بموجب المادة 2 من القانون رقم 82/10 تاريخ 1982/2/2:
او شهادة عليا في التمريض صادرة عن وزارة التعليم المهني والتقني - المديرية العامة للتعليم المهني والتقني - تحدد مدة الدراسة فيها وبرامجها بمرسوم يتخذ في مجلس الوزراء.

بما ان المرسوم رقم 8590 تاريخ 2012/8/2 (تنظيم حقول ومراحل وشهادات التعليم المهني والتقني) قد حدد ان شهادة الامتياز الفني تصبح دراستها لمدة سنتين بدلا من ثلاث سنوات واعطى الحق للطلاب الذين نالوا معدلا في الامتحان الرسمي لا يقل عن 20/12 بمناخمة دراستهم الجامعية لنيل الشهادة الجامعية وذلك يتطلب اجاز 50 % على الاقل من عدد الساعات والارزمة المنوطة للاجازة الجامعية .

وبما انه قد يتبين مما ورد اعلاه ان شهادة الامتياز الفني في التمريض (دراسة سنتين) لا تتواءم مع الشهادة الجامعية التي تمتد على ثلاث سنوات دراسية بوعارض مبدأ المساواة امام القانون ان من حيث السنوات المطلوبة او من ناحية البرامج ومعايير جودة التعليم .

لذلك، فقد قررت وزارة الصحة العامة عدم استقبال طلبات اذن مزاولة المهنة من الحائزين على شهادة الامتياز الفني (مدة للدراسة سنتين) في مجال التمريض لعدم توفر الكفاءة اللازمة لممارسة المهنة.

املين الاطلاع وأخذ العلم،

بيلغ:
- قسم المهن الطبية
- المحفوظات

وزير الصحة العامة
والل ابو فاعور



مواكبة تداعيات شهادة الامتياز الفني بدراسة سنتين



بمزاولة مهنة التمريض بحجة أن الأساتذة لم يقوموا بواجبهم بتصحيح مسابقات الإمتحانات لاختيار الطلاب الناجحين فقط، لأنه وفقاً لمبادئ "النقابة" وقيمها العالية المستوى على الصعيدين الأخلاقي والإنساني لا يمكنها أن تلوذ بالصمت إزاء العبث بكفاءة العاملين في الحقل التمريضي. وبعد مناقشة كافة المواضيع والحلول الممكنة صدرت توصية تقضي بما يلي:

– إعادة النظر بالبرامج والمناهج والمواد لشهادتي البكالوريا الفنية BT والإمتياز الفني TS، بما يساهم في تحسين المستوى العلمي وفق متطلبات وتطور المهنة، بالإضافة الى وضع معايير للجودة في التعليم ومراقبتها والالتزام بها.

– التمني على معالي وزير الصحة العامة تعيين لجنة تضم، الى جانب وزارتي الصحة والتربية والتعليم العالي، أعضاء من "النقابة" لدرس وإقتراح إجراء إمتحان وطني للحصول على إذن مزاولة مهنة التمريض لجميع الفئات ولجميع الطلاب المتخرجين من الجامعة اللبنانية والجامعات الخاصة ومعاهد التعليم المهني والتقني.

– إفساح المجال أمام جميع الطلاب حاملي إفادة ترشيح بمتابعة دراستهم الجامعية وفق ما نص عليه المرسوم ٢٠١٢/٨٥٩٠

إيمان "النقابة" بأن تحسين وتطوير مهنة التمريض يبدأ بتطوير وتحسين التعليم وتطوير وتحسين البرامج والمناهج لمواكبة التطور العلمي المستمر دفع بها الى اعتبار التعليم الجامعي هو المستوى الأساسي لشهادات التمريض، مع الحفاظ على الشهادات المهنية والتقنية عبر إعداد مشروع يعيد النظر بمناهجها وبرامجها، لأن الفكرة الأساس التي تقوم عليها دراسة التمريض إنما تقوم على مبادئ: تعلم، أخدم، علم وحسن.

وفي ظل المرسوم رقم ٢٠١٢/٨٥٩٠ الذي حدد دراسة شهادة الإمتياز الفني بمدة سنتين، وعلى أثر منح الطلاب إفادات عن العام الدراسي ٢٠١٣-٢٠١٤، تحركت النقابية هلن سماحة نويهض وعقدت عدداً من الاجتماعات واللقاءات مع المعنيين في وزارتي الصحة العامة، والتربية والتعليم العالي، وفي المديرية العامة للتعليم المهني والتقني، نظراً لارتباط الأمر بالمديرية المذكورة، وتأكيداً من النقابة على خطورة النتائج المترتبة على مستوى أداء العمل التمريضي في حال تدني مستويات التلقي العلمي والتعليمي للتلميذ في مجال التمريض.

وبعد إجراء الدراسات حول بناء القدرات في قطاع التعليم التمريضي والمقارنة بين البرامج والمناهج المعتمدة في هذا القطاع، تبين أن برنامج الإمتياز الفني لدراسة التمريض والمقرر لمدة سنتين لا يمكن مقارنته مع البرامج والمناهج الجامعية، مما أثار المخاوف من تدني مستوى الرعاية التمريضية.

في هذا المجال، إنعقد لقاء مع مدير عام التعليم المهني والتقني السيد احمد دياب طرحت "النقابة" خلاله هواجسها على أكثر من صعيد يتعلق بالمهنة.

كما أبدت "النقابة" عدم موافقتها على إعطاء إجازة مزاولة مهنة للطلاب المنتسبين الى برنامج دراسة مدة السنتين ومخاوفها من إعطاء إفادات الترشيح للطلاب، باعتبار أن نسبة النجاح في السنوات السابقة بلغت الثلث من أصل عدد الطلاب المتقدمين الى الإمتحانات الرسمية، وبالتالي، لا يجوز منح الثلثين الآخرين الإذن

الإلتزام بالعمل النقابي وتطبيق القوانين

أما فيما خصّ القسم الآخر، فقرر مجلس النقابة تكليف المستشار القانوني بدء الإجراءات القانونية، وقد كانت الخطوة الأولى توجيه الإنذارات الرسمية للمتخلفين واعطائهم مهلة أخيرة لتسوية أوضاعهم تحت طائلة الملاحقة القانونية. وقد كان سبق لوزير الصحة العامة إن أصدر تعميمين بالموضوع اعلاه لكل من المستشفيات الخاصة والمستشفيات الحكومية والمراكز الصحية الخاصة والمستوصفات لضرورة تسوية أوضاعهم وأوضاع الممرضات والممرضين العاملين لديهم، إستناداً الى قانون إنشاء النقابة الإلزامية من جهة، وقانون تنظيم مهنة التمريض من جهة أخرى، وكذلك أصدرت مديرية التعليم المهني والتقني ووزارة الشؤون الاجتماعية تعاميم بالمعنى ذاته.

تحرك "النقابة" نحو تطبيق القوانين كان له الوقع الايجابي اولاً على المنتسبين الذين يرغبون في مساواتهم مع زملائهم، وثانياً على المخالفين الذين اقتنعوا بأهمية الإلتزام النقابي. وقد تقدم عدد كبير منهم بطلبات، ولا تزال الأعداد ترد الى "النقابة" يومياً من جميع المناطق اللبنانية حتى بلغ عدد المنتسبين سنة ٢٠١٤ رقماً غير مسبوق، ما يعني أن التنظيم والانتظام النقابي يسير على الطريق الصحيح، على ان تكون الخطوة اللاحقة تقديم شكاوى بحق المخالفين بجرم ممارسة مهنة خلافاً للقوانين المتعلقة بها. وقد بلغ عدد المنتسبين في العامين الاخيرين حوالي الالف ممرض/ة متأخرين أصلاً عن الانتساب الى جانب عدد من المتخرجين الجدد، وقد بادرت معظم المستشفيات الى تسوية أوضاع العاملين فيها بنسبة تفوق ٧٠٪ تقريباً.



إنطلاقاً مما نصّ عليه قانون إنشاء "النقابة" رقم ٤٧٩/٢٠٠٢ وتعديلاته والقرارات والتعاميم اللاحقة له، تواصلت "النقابة" مع المؤسسات الصحية كافة، من مستشفيات ومستوصفات ومراكز إقامة دائمة ومراكز صحية وجامعات ومعاهد ومدارس وحضانات، كذلك تواصلت مع مديرية التعليم المهني والتقني في ما خص أساتذة التعليم لديها، ووزارة الشؤون الاجتماعية، في ما خصّ العاملين في مراكز الخدمات الإنمائية والمشاريع المشتركة، لإلزام جميع العاملين فيها تطبيق القوانين النافذة والانتساب الى "النقابة" وتسديد الإشتراكات والمتأخرات. وقد لاقت هذه الخطوة تجاوباً من نسبة كبيرة من الممرضات والممرضين الذين أعطيت لهم المهل للإلتزام، وأفسح لهم مجال التيسير والتعاون مع "النقابة".

السنة	٢٠٠٩	٢٠١٠	٢٠١١	٢٠١٢	٢٠١٣	٢٠١٤
عدد المنتسبين سنوياً	٨٦١	٦٢٥	٥٧١	٥٨٦	٩٢٠	١٢١٠

الجمعية العمومية تقر آلية المتوجبات

الإستفادة من الغرامات المخفّضة لغاية ٢٠١٤/٠٦/٣٠، على ان يتم العمل ابتداءً من ٢٠١٤/٠٧/٠١ بما قرره الجمعية العمومية غير العادية، وذلك إستجابة لرغبة الكثير من المؤسسات التي أبدت تجاوباً مع مراجعات النقابة لها بخصوص المتأخرين عن سداد المستحقات من جهة، وبخصوص المتخلفين عن الإنتساب الى "النقابة" من جهة أخرى.

أمام هذا الواقع، إقتضى إمهال المرضات والممرضين والمؤسسات التي يعملون فيها لتسوية أوضاعهم على ضوء الإيجابية التي ظهرت خلال التواصل مع "النقابة" والتفهم الحاصل بضرورة تطبيق القوانين النافذة والتعاميم الصادرة عن سلطة الوصاية والتي تحتاج بعض الوقت لترجمتها وتحضير الأوراق والمستندات المطلوبة وفرز الأسماء والشهادات.



بعد ان أقرّت الجمعية العمومية غير العادية المنعقدة بتاريخ ٢٠١٣/١١/٣٠ رفع الغرامات على المتأخرات بحيث تصبح بمعدل ٥٪ سنوياً لاشتراك "النقابة" و ١٠٪ سنوياً على إشتراك صندوق التقاعد، ابتداءً من ٢٠١٤/٤/١، تم عرض إقتراح من الجمعية العمومية العادية المنعقدة بتاريخ ٢٠١٤/٠٣/٣٠ بتمديد مهلة

مجموع الإشتراكات السنوية بالليرة اللبنانية	رسم إشتراك صندوق التقاعد			رسم إشتراك النقابة			السنة
	فئة A			المجموع	غرامة ٥٪ سنوياً	رسم الإشتراك السنوي بالليرة اللبنانية	
	المجموع	غرامة ١٠٪ سنوياً	رسم إشتراك صندوق التقاعد				
٢٥٠,٠٠٠	١٥٠,٠٠٠	٠		١٠٠,٠٠٠	٠	١٠٠,٠٠٠	٢٠١٥
٢٧٠,٠٠٠	١٦٥,٠٠٠	١٥,٠٠٠	١٥٠,٠٠٠	١٠٥,٠٠٠	٥,٠٠٠	١٠٠,٠٠٠	٢٠١٤
٢٩٠,٠٠٠	١٨٠,٠٠٠	٣٠,٠٠٠	١٥٠,٠٠٠	١١٠,٠٠٠	١٠,٠٠٠	١٠٠,٠٠٠	٢٠١٣
٣١٠,٠٠٠	١٩٥,٠٠٠	٤٥,٠٠٠	١٥٠,٠٠٠	١١٥,٠٠٠	١٥,٠٠٠	١٠٠,٠٠٠	٢٠١٢
١٢٠,٠٠٠				١٢٠,٠٠٠	٢٠,٠٠٠	١٠٠,٠٠٠	٢٠١١
١٢٥,٠٠٠				١٢٥,٠٠٠	٢٥,٠٠٠	١٠٠,٠٠٠	٢٠١٠
١٣٠,٠٠٠				١٣٠,٠٠٠	٣٠,٠٠٠	١٠٠,٠٠٠	٢٠٠٩
١٣٥,٠٠٠				١٣٥,٠٠٠	٣٥,٠٠٠	١٠٠,٠٠٠	٢٠٠٨
١٤٠,٠٠٠				١٤٠,٠٠٠	٤٠,٠٠٠	١٠٠,٠٠٠	٢٠٠٧
١٤٥,٠٠٠				١٤٥,٠٠٠	٤٥,٠٠٠	١٠٠,٠٠٠	٢٠٠٦
١٥٠,٠٠٠				١٥٠,٠٠٠	٥٠,٠٠٠	١٠٠,٠٠٠	٢٠٠٥
١٥٥,٠٠٠				١٥٥,٠٠٠	٥٥,٠٠٠	١٠٠,٠٠٠	٢٠٠٤
١٥٠,٠٠٠							رسم الانتساب

إقرار الطابع النقابي لصالح صندوق التقاعد



وقد بدأت "النقابة" إستكمال الإجراءات لإصدار الطابع المشار إليه، فتم وضع "النموذج" مع ألوانه، وإرسال الكتب اللازمة الى وزارتي المالية والصحة العامة لوضع الأسس التنظيمية في عملية الطبع والتوزيع وبإشراف مندوبي الوزارتين.

هذا، ومن المتوقع أن يشهد عام ٢٠١٥ إطلاق "الطابع" بصورة رسمية وتعميمه على جميع الفواتير الإستشفائية بالتنسيق مع الجهات المختصة.

ورأت النقابة والمنتسبون إليها أن قرار إصدار "الطابع" جاء بمثابة هدية العام ٢٠١٤ تقديراً لجهود العاملين في هذا القطاع.

بعد مراجعات متلاحقة وعمل مكثف صدر القانون رقم ٢٥٠/٢٠١٤ الذي قضى بتعديل بعض مواد قانون إنشاء النقابة رقم ٤٧٩/٢٠٠٢، ومن أبرز ما جاء فيه هو تعديل المادة السابعة والأربعون، حيث أضيف الى موارد صندوق التقاعد والمساعدات الإجتماعية طابع نقابي على الفاتورة الإستشفائية بقيمة ٢٠٠٠ ل.ل (ألفا ليرة لبنانية) يتحمله مناصفة المريض والمؤسسة الإستشفائية.

وشكل هذا الإنجاز نقلة نوعية ومصدراً مهماً لدعم صندوق تقاعد الممرضات والممرضين، بعد أن طال إنتظاره لأسباب روتينية.

تمثلت المحطة الثانية في زيارة النقيب هـن نوبهض وأعضاء من النقابة الى المستشفى العسكري المركزي - الطبابة العسكرية - أعربت خلالها نوبهض عن وضع إمكانات النقابة بتصرف المؤسسة العسكرية إثر الأحداث الحاصلة في استمرار إستهداف الجيش، وللتضامن مع قادته وعناصره، والتباحث في ما يمكن لـ"النقابة" أن تقدمه على صعيد الخبرات والجهوزية.

وقد لاققت هذه الخطوة ترحيباً وأثراً إيجابياً لدى القيادة العسكرية، ولدى الممرضات والممرضين العاملين في السلك العسكري لما تشكله من دعم وتضامن وتوحيد للجهود والتضحيات.

يتشابه الميدان، وتتقارب التضحيات، ويرتسم العطاء اللامحدود بين قطاعين قاسمهما المشترك سيادة الوطن وسلامة مجتمعه الصحي. صورة واحدة تعكسها مرآة الواقع والواجب وعنوانها سعة الضمير، ورحابة الصدر. ومن هذه القواسم المشتركة، تلاقت أهداف المؤسستين المعطائتين، وترافدت بقيم أخلاقية رفيعة القصد. مؤسسة عسكرية تزود عن حدود الوطن وسلامة بنيه، ومؤسسة رعائية صحية تصون وتبلسم أوجاع بنيه.

من هذه الاهداف النبيلة القصد والهدف. توسعت إهتمامات نقابة الممرضات والممرضين فسلكت الطريق المؤدي الى حيث قيادة المؤسسة العسكرية لما تمثله على المستوى الوطني من أهمية وضمانة، وللدور الذي يتطلع به الممرضات والممرضون في صفوفها.

وكانت المحطة الاولى لوفد النقابة في مقر قيادة الجيش - المديرية العامة للأركان، حيث تركز البحث في السبل التي تؤدي الى الإعتراف بالشهادة الجامعية لمهنة التمريض كمدخل الى فئة الضباط الاختصاصيين أسوة بما هو معمول به في الإجازات الجامعية الأخرى، وما يتطلبه هذا الأمر من تعديلات في القوانين والمراسيم.

كما تركز البحث على تشجيع الممرضات والممرضين في الانخراط في السلك العسكري عبر حوافز وإمتيازات، وتشجيعهم في أن معاً على إبقاء انتسابهم الى "النقابة" في حال عدم وجود تعارض مع قوانين المؤسسة العسكرية. وقد تقدمت النقيبة بإقتراح يقضي بالإستفادة من أبرز الخبرات والطاقات للعاملين في حقل التمريض، وذلك بإدخالهم في الوظائف المناسبة في المؤسسة العسكرية، الأمر الذي يحصل في غالبية المؤسسات العسكرية في دول العالم. ان الهدف من إقتراح "النقابة" هو توسيع دائرة مجالات العمل للممرضات والممرضين.

النقابة والمؤسسة العسكرية

تضحيات وعطاء

بيروت في ١٧/٠٣/٢٠١٤

جانب قيادة الجيش اللبناني الباسلة

بعد التحية

الموضوع: إقتراح تعديل المادة ٥٩ من المرسوم ٨٢/٥٣٩٧ (تحديد تعويضات العسكريين)

لما كان قد ورد في الجدول رقم سبعة المرفق بالقرار رقم ٨٠/ وود تاريخ ١/٢٦/١٩٩٩ المعدل بموجب القرار رقم ٤٦٣/ وود تاريخ ٢٠٠٥/٥/٣١ في حقل الصحة فئة الضباط إختصاص "مجاز في العناية التمريضية" رمز رقم ٧٨٩.

ولما كان المرسوم ٥٣٩٧ تاريخ ١٩٨٢/٩/٢٠ (تحديد تعويضات العسكريين) قد أشار في المادة ٥٩ منه الى كيفية تعيين الضباط الإختصاصيين ولم يلحظ في الفقرة "ب" من بين الإختصاصات المطلوبة لرتبة ملازم متمرن مع أقدمية سنتين في الرتبة والراتب المرضات والممرضين وإكتفى بذكر المهندسون والصيدالة وأطباء الأسنان والأطباء البيطريون الحائزون على إجازة وشهادة جامعية.

ولما كان ما ورد في المادة ٥٩ من المرسوم ٥٣٩٧ يمنع المرضات والممرضين من التقدم للمباراة لتعيين ضباط إختصاصيين كما هو وارد في القرار رقم ٨٠/ وود وتعديلاته.

لذلك

نقترح على قيادتكم الموقرة إجراء ما يلزم لتعديل المرسوم ٨٢/٥٣٩٧ ولاسيما المادة ٥٩ منه للإتاحة للممرضات والممرضين الحائزين على الإجازة الجامعية أو شهادات عليا في العناية التمريضية مع إذن مزوالة المهنة من وزارة الصحة العامة الإشتراك في المباراة لتعيين ضباط إختصاصيين برتبة ملازم متمرن مع أقدمية سنتين عملاً بالقرار رقم ٨٠/ وود وتعديلاته.

ولكم الشكر سلفاً على تعاونكم وإهتمامكم.
واقبلوا فائق الإحترام.

نقيبة المرضات والممرضين
هلن سماحة نويهض

Département des Sciences Infirmières

Inscrivez-vous en Sciences Infirmières à l'UA
et devenez des infirmiers autonomes, polyvalents
et responsables...

Programme de Premier Cycle

- Licence en Sciences Infirmières
- Diplôme d'État belge de la Haute École de Léonard de Vinci associée à l'Université catholique de Louvain - Belgique

*Conventions avec des établissements hospitaliers et extra-hospitaliers pour conjuguer la théorie à la pratique.
Possibilité de bourses étudiantes.*

Programme de Deuxième Cycle

- DEA en Santé Communautaire
- Master en Sciences Infirmières en Double diplomation avec l'Université Laval - Canada avec les opportunités suivantes :
 - Stage de recherche personnalisé avec des chercheurs de l'Université Laval
 - Doctorat en Sciences Infirmières à l'Université Laval

Pour plus d'information :

www.ua.edu.lb/dsi

Tél. : 05 924073 -74 -76 ext. 447

     /uAntonine



كما أن نشر هذه القصص يعزز الأدوار الرائدة ويساعد على محو المفاهيم الخاطئة والخطيرة ويؤدي الى تغييرها بأفضل منها. إن موقع الممرضة والممرض لا يقتصر على المستشفيات فقط ولا يقتصر على نشاط محدود بل يتعداه للتأثير في حياة المرضى والأصحاء وملازمة حياتهم في أصعب اللحظات وأدقها.

في التعبير عن قصص النجاح ونشرها نؤسس ونفعل وندعم الأدوار الحيوية التقليدية والرائدة والمستحدثة والمتطورة في حقل التمريض والصحة.

إن قصص النجاح تفعل صورة الممرضة والممرض وتعطي أبعادها على الأفراد والمجتمعات وكيفية ملازمة حياتهم وتحسينها.

وختمت النقيبة بتوجيه تحية الى الممرضات والممرضين في عيدهم ودعتهم الى المثابرة في عملهم لأن المجتمع بحاجة اليهم وانجازاتهم تدل عليهم.

الوزارات المعنية، مدراء وعمداء جامعات ومعاهد، نقباء سابقون، مدراء معاهد التمريض والعاملين في القطاع الصحي. كما حضرت عقيلة رئيس مجلس الوزراء السيدة لمى تمام سلام وقد ألقى النقيب هلى سماحة نويهض كلمة في المناسبة أبرز ما جاء فيها:

نحتفل اليوم بمناسبة يوم الممرضة والممرض العالمي لهذه السنة وقد حققنا الكثير من النجاحات والمبادرات المبدعة على صعيد بناء الكفاءات والقدرات وتفعيل جودة التعليم والخدمات التمريضية والمشاركة الفعّالة والتأثير في رسم السياسات الصحية وتشريعها وتنفيذها ورفع مستوى المهنة وصيانتها.

إن المتابعة الجديّة والحثيثة والعمل التشاركي الرائد وثقّ ووطدّ العلاقات بين الممرضات والممرضين أنفسهم وجميع القيمين على المهنة وعلى رأسهم وزارة الصحة العامة ووزارة التربية والتعليم العالي والسلطتين التشريعية والتنفيذية والجامعات ومنظمة الصحة العالمية والجمعيات الأهلية (NGO's) وكذلك على صعيد المحافل العربية والعالمية.

لقد عملنا واعتمدنا مبدأ " القيادة التحولية Transformational Leadership في العمل النقابي الى جانب تفعيل روح المناصرة (Advocacy) والمناصرة (Mentorship).

أما شعارنا " دقة العناية بتقوي كل دقة قلب " فهو عنوان إختراناه لإحياء يوم الممرض والممرضة العالمي لهذه السنة. أما عن قصص نجاح الممرضات والممرضين فإنها كثيرة لا تعد ولا تحصى، وما قصص النجاح التي سنشاهدها اليوم إلا غيض من فيض، إنها قصص تجسد الدور القيادي للممرضات والممرضين حيث توثق وتفعّل دور المناصرة والمناصرة Advocacy and mentorship Influence is built on competence, credibility and trust.

منهم المعنويات، وتغلبت على واقعها ومرضاها، وعادت الى ممارسة حياتها كتجدد للمرض والانتصار عليه. لكن الأهم كان إنتصارها لشعار الحياة بمعناها الإنساني الجريء.



وقد نال عرض هذه التجارب إعجاب وإهتمام الحضور، كونه خطوة مميزة وفكرة جديدة تشكل حافزاً لجميع العاملين في المهنة الذين يطمحون الى التميز والريادة، ويتطلعون الى آفاق جديدة من خلال أدائهم وتفانيهم، وعزز فكرة "العناية الملتفة" كسلوك إنساني نبيل.

حضر الإحتفال حشد كبير تقدّمه الوزيرة أليس شبطيني ممثلة دولة رئيس مجلس الوزراء تمام سلام، مدراء عام عدد من

دقة العناية بتقوي كل دقة قلب



تحدثت ماري كليمر مهاوج عن "العناية الملطّفة" التي نقلتها من موقع مقدم العناية الى موقع المتفاعل مع المريض وعائلته ومحيطه، بحيث اختلطت المهنة مع المشاعر ووجع الناس لتضيء أملاً للمريض وبلسماً لعائلته..

وروت الدكتورة ريتا ضومط عن نوع آخر له علاقة بالتعليم ونقل الخبرة والمعرفة، حيث كان للدكتورة لينا بدر دور مهم في متابعتها ودعمها لنقل معرفتها وخبرتها ونجاحها الى الذين تعنى بتعليمهم وتدريبهم.

اما الممرضة نجيبية الخليل فقد عرضت تجربتها مع مرضى "التصلب اللويحي" حيث كان لمتابعتها الدائمة أثر إيجابي على الحال النفسية لهؤلاء إنعكس على وضعهم الصحي ومكّنهم من التغلب على المرض وتداعياته.

أما القابلة القانونية السيدة نانسي ياغي فقد عاشت التجربة المزدوجة بين تقديم العناية للمرضى وبين تلقيها الرعاية إثر توعكها الصحي. لقد عاشت التجربة كمریضة واختبرت دور الممرضة في حياتها إذ كانت محاطة خلال مرضها بعناية زملاء لها، ومثلها من جانب إدارة المؤسسة التي تعمل بها، فاستمدت

لم يكن الإحتفال الذي أقامته نقابة الممرضات والممرضين في قصر الاونيسكو العام الفائت لمناسبة يوم الممرض/ة العالمي حفلاً تقليدياً، إذ تناغم عنوان الإحتفال "دقة العناية بتقوي كل دقة قلب" مع واقع الشهادات الحيّة التي قدمتها ممرضات عملن في حقل التمريض، وأكدت معنى سلوك "العناية الملطّفة" كتطبيق جديد في حقل التفاعل النفسي بين المريض والممرض، وأثار هذا التفاعل في إغناء تجربة التماثل الى الشفاء لدى المريض.

وهدف الممرضات اللواتي عرضن لتجاربهن عبر شهادات مباشرة الى تسليط الضوء على دورهن في القطاع الصحي من جهة وفي المجتمع من جهة ثانية، ومدى التأثير الإيجابي في حياة الانسان من خلال العناية التمريضية المباشرة أو العناية الملطّفة. تميزت الشهادات والمدخلات بعفويتها وصدقيتها، وجاءت نابغة من القلب، فتناوبت على الكلام ممرضات عرضن لتجربتهن وللبصمات الإيجابية التي تركتها في وجدان ممن تلقوا عنايتهن، وأدت الى إحداث تغييرات في واقعهن المرضي الأليم. فالعناية التمريضية وفقاً لشهادتهن لم تكن تقليدية أو عابرة بل كانت مميزة ومؤثرة.

أخبار ونشاطات النقابة



الطوارئ والكوارث، ادارة سلامة المرضى وجودة العناية، العناية المتخصصة بالجروح والقروح والحروق، العناية الملمطة بالألم والأمراض السرطانية والسكري والشيخوخة والأمومة والطفولة بالإضافة الى الاستشارات والابحاث وغيرها.

إنّ النقابة تقوم حالياً بإجراء عملية مسح للتمريض التخصصي (National Specialty Registry) وتشكل هذه العملية مدخلاً أساسياً للحفاظ على الكفاءات، وتحفيزها على المزيد من العطاء، ولرفع شأنها مادياً ومعنوياً..

الآن، وبعد إنضواء جميع الممرضات والممرضين تحت مظلة النقابة واطلاق العمل بصندوق التقاعد والطابع على الفاتورة الاستشفائية، مع ما يحمله هذا الأمر من دلالات قانونية ومهنية ووطنية، يجري العمل بجدية وحرفية عالية من أجل تحديث خزان المعلومات. وقد إنطلقنا به بسرعة مثالية، والهدف منه القيام بالدراسات والأبحاث التمريضية، وقد أضحت النقابة مكاناً خصباً للباحثين في حقل التمريض والصحة العامة حيث يقومون برصد الحاجات الصحية والتمريضية، ودراسة المناهج التعليمية والادارية، والرعاية التمريضية، وذلك عبر العمل التشاركي بين الجامعات والمعاهد، ويشمل قادة العمل التمريضي والاساتذة والتلاميذ والمجتمع الصحي والممرضات والممرضين العاملين في جميع المجالات الصحية..

إن النقابة تعزز بالدور الريادي للممرضات والممرضين عبر إبرازها قصص نجاح هؤلاء وتأثيرهم الفاعل في حياة المرضى والأصحاء على السواء، وفي أوساط الزملاء، وفي التفاعل مع وسائل الإعلام المرئي منه والمسموع والمكتوب..

ولكي يبقى لبنان منارة الشرق في تنوع إبداعاته، وفي مواكبته التطورات العلمية، وفي إنفتاحه التواصلي المعهود مع محيطه العربي وامتداد أنشطته العلمية المهنية مع الخارج، تسعى النقابة الى مد جسور التواصل والتكافل مع النقابات المماثلة في الدول العربية إيماناً منها أنّ في التعاون والتشارك تكمن النتائج المرجوة من النجاح.

موضوع آخر أود التطرق إليه، يتعلق باستراتيجية حماية الممرضات والممرضين وحفظ كرامتهم. وأذكر هنا أن نقاشاً حاراً وربما حاداً دار بين الزملاء والزميلات إثر نشر الدراسة الوطنية عن العنف التي كانت كلية الصحة في الجامعة الأميركية قد قامت بها وأذكر أن الخوف كان سيد الموقف، والتردد سمة الجميع في الإمتناع عن كشف نتائج الدراسة، لما قد يترتب على ذلك من إشاعة المخاوف وتدني نسبة الإقبال على دراسة التمريض. وإنطلاقاً من رغبة النقابة في كسر مبدأ الصمت رفعت نتائج الدراسة الى وزير الصحة ونقابة المستشفيات، والى الممرضات والممرضين أنفسهم، وأرسلت أيضاً الى الجامعات والمعاهد وكبار المسؤولين في القطاع الصحي اللبناني.

وركزنا في النقابة على إقتراح آليات رصد العنف في بيئة العمل، وآليات لرفع الظلم والتعديت وحماية الممرضات والممرضين، وتقديم التعويضات والدعم للأشخاص الذين يتعرضون للعنف في قطاع العمل، بعد أن قمنا بعمل تشاركي رائد عبر حملات إعلامية لرفع الصوت، وأخرى لرفع مستوى التوعية للجميع، وللتنبية من خسارة العنصر البشري والكفاءات التمريضية بسبب العنف المتزايد.

وللمزيد من الحيطة والتنبه، توافقنا على تكثيف الأبحاث في إستشعار ورصد العنف للقضاء عليه، والعمل على إغناء وتحسين مناهج التمريض بهذه المادة التثقيفية، وإجراء مجموعة من ورش العمل "TOT"، بالمشاركة مع الجامعة الأميركية في بيروت كلية الصحة العامة، تقضي بالتدرب على وسائل منع العنف.

أما جديد النقابة فهو سعيها لتمكين المعنيين في القطاع التمريضي من التبليغ عن العنف عبر كافة الوسائل المتاحة.

وبثبات وعزيمة ورؤية واضحة نعمل على إحداث التغيير، وعلى فتح مسارات ومجالات عمل جديدة للممرضات والممرضين في لبنان. فنحن إذ نكرّس الدور التقليدي على أهميته، فإننا نشدد على إبتكار وتفعيل وإبراز الأدوار المتخصصة المستحدثة وهي كثيرة، ومنها على سبيل المثال لا الحصر: إختصاص التمريض المنزلي، التمريض المدرسي، التمريض التأهيلي، التمريض في حالات

كلمة نقيبة الممرضات والممرضين

هلن سماحة نويهض

سارعنا في البداية الى دعوة الأقطاب من وزارتي الصحة والتربية والتعليم العالي، وعملنا على تفعيل التنسيق بين القيادات التمريضية، لكن التباين والتناقض في الآراء كان بارزاً منذ اللحظة الأولى غير أن ذلك لم يؤدي بنا الى اليأس فتابعنا اللقاءات مع مسؤولي التعليم المهني، لكن التعثر في الحوار أعاق أيضاً سبل الوصول الى حل يرضي المهنة من جهة وطرفي الحوار من جهة ثانية.

رغم ذلك لم نتوقف عن المتابعة، وسلكنا مسلك الإصرار، كنقابة مسؤولة، على التفاعل والجرأة والشفافية والمصادقية العالية، فكان من نتاج هذا المسلك أن أحدثنا تغييراً نوعياً في مجريات الأمور.

وقد تمّ، بفعل إصرار النقابة، إستحداث لجنة علمية (Task Force) لتقصي الحقائق والمتابعة مع مديرية التعليم المهني والتقني، ومع وزارة الصحة وقد عقدت اللجنة عدة لقاءات.

إن العمل النقابي المحصّن بالروح العلمية الوطنية والمصادقية والشفافية وضع المناهج التعليمية وآليات التعلم تحت المجهر، إضافة الى كل ما يحيط بكفاءة ومقومات الأساتذة والتلامذة معاً. لقد أكدنا على ضرورة التزام المعاهد والجامعات معايير الجودة في البرامج والمسلكيات لأن في هذين الأمرين سر النجاح. أما سر النجاح الآخر فهو في هذه المبادرة الرائدة التي أسست لإطلاق المشروع وعنوانه: تعلّم - علم - احترام - ناصر - حسن لرفع شأن التعليم في حقل التمريض في لبنان.

وهكذا، أصبح من المسلمات الآن أن التعليم المهني بدراسة سنتين "TS 2" هو الجسر الطبيعي للحصول على الشهادة التقنية العليا (الاجازة الفنية LT) في التمريض التي بدورها تستوجب إستحداث قانون جديد وهو ما تسعى إليه النقابة حالياً، كما أنها تسعى جاهدة لتأمين فتح المسار التعليمي الجامعي عبر المدخل المهني لجميع الطلاب الراغبين بذلك.



أستهل كلمتي هذه بالحديث عن الحوار الذي إنطلق بين التعليم الجامعي والتعليم المهني، لما تشكله هذه المسألة من أهمية في سياق مسار حقل التمريض والعاملين فيه، والمستوى اللائق الذي نصبو إليه في هذا الميدان.

بتاريخ ٢٠١٢/١٠/١٠ إتخذت النقابة قراراً بفتح باب الحوار بين فئتي التعليم على مصراعيه، فكان لقاء أولي ما لبث أن بدا وكأنه حوار بين قطبين أو معسكرين، إذ ساد التوتر في جلسات الحوار المذكورة، وكان التحامل وتراشق التهم سيد الكلام.. ومما زاد الامور تعقيدا إصدار القانون ٢٠١٢/٨٥٩٠ الذي تجاهل رأي النقابة و دورها، فكان وقعه علينا كالصاعقة، وأدى الى تحريك الجمود وفرض آلية عمل وفق دينامية جديدة ورؤية غير تقليدية.

فهرس

٦ كلمة النقابية هلن سماحة نويهض

أخبار ونشاطات النقابة

١٠ دقة العناية بتقوي كل دقة قلب

١٤ النقابة والمؤسسة العسكرية: تضحيات وعطاء

١٦ إقرار الطابع النقابي لصالح صندوق التقاعد

١٧ الجمعية العمومية تقر آلية المتوجبات

١٨ الإلتزام بالعمل النقابي وتطبيق القوانين

١٩ مواكبة تدايمات شهادة الامتياز الفني بدراسة سنتين

٢٢ مؤتمرات... مؤتمرات

٢٣ خطة النقابة للجهوزية في حالات الطوارئ

٢٤ تدريب وإعادة تأهيل العاملين في مراكز الرعاية الصحية الأولية

٢٥ لرفع اليد ... لمنع العنف؟

٣٠ أخبار ونشاطات نقابة الممرضات والممرضين في لبنان

٣٣ ورشة تدريب: "الإستجابة لفيروس الكورونا"

٣٣ خلوة مجلس النقابة

٣٤ صورة إيجابية... متبادلة!

٣٦ إمتحانات الكولوكيوم في التمريض : آلية جديدة ومواكبة لتطور المهنة

٣٧ الصندوق التعاضدي لأعضاء نقابة الممرضات والممرضين في لبنان

٤٠ لمى تمام سلام تكرم ممرضات في السراي الحكومي

٤١ نظام تحديث وتجديد قاعدة المعلومات

نجاحات

"التصلب" بالحياة... وبالعطاء وبالعامل

٤٤ نجيبه أسعد خليل

وفاء وتقدير للدكتورة "لينا بدر"

٤٥ ريتا ضومط

الخدمة في سبيل الحياة

٤٦ لوسيا غريب بلقيس

١٢ أيار يوم الممرض/ة العالمي

دقة العناية

بتقوي كل دقة قلب



النقبة

هلن سماحة نويهض

حائزة على ماستر في الصحة العامة وماستر في التمريض
president@orderofnurses.org.lb



جوزيان حداد

حائزة على إمتياز فني في العلوم التمريضية ودبلوم في ادارة الاعمال
ممرضة مجازة في العناية الفائقة
مستشفى جبل لبنان
josi.haddad@gmail.com



أمينة الصندوق

نازك عازار

حائزة على إجازة في العلوم التمريضية ودراسات متخصصة في غرف
العمليات
مسؤولة غرفة العمليات والتعقيم
مستشفى اوتيل ديو دو فرانس
nazek.azar@hdf.usj.edu.lb



مايا نظام

حائزة على إجازة و دراسات عليا في العلوم التمريضية
المساعدة التنفيذية - دائرة الخدمات التمريضية
المركز الطبي في الجامعة الاميركية في بيروت
mn38@aub.edu.lb



المجلس التأديبي

أمينة السر

جيزال الشمالي الحجل

حائزة على إجازة في العلوم التمريضية ودراسات معمقة في العلوم
التمريضية
رئيسة قسم التعليم المستمر
كلية التمريض جامعة القديس يوسف
gisele.hajal@usj.edu.lb



هلن سماحة نويهض

حائزة على ماستر في الصحة العامة وماستر في التمريض



نهى مخول حاويش

حائزة على إجازة ودراسات معمقة في العلوم التمريضية
استاذة في كلية العلوم التمريضية
جامعة القديس يوسف
noha.jawiche@usj.edu.lb



الأعضاء

سنا نصار السيقلي

حائزة على إجازة في العلوم التمريضية ودراسات عليا في صحة المجتمع
والعناية المنزلية
مديرة التمريض
مستشفى خوري العام - زحلة
sanaa_nassar@hotmail.com



جويس نصر نعيم

حائزة على إجازة في العلوم التمريضية وماستر في الانعاش
ممرضة مجازة في قسم التعليم المستمر
المركز الطبي الجامعي-مستشفى رزق
nasrjoycee@gmail.com



حسين عمار

حائز على إجازة في العلوم التمريضية
ممرض مجاز
المركز الطبي في الجامعة الاميركية في بيروت
aub.edu.lb@ha112



وليد ابو صالح

ماجستير في العلوم التمريضية إختصاص عناية حرجة وادارة
رئيس دائرة التمريض
مستشفى مرجعيون الحكومي
abousalhawalid@yahoo.fr



انطوانيت زغيب سالم

حائزة على إمتياز فني واجازة فنية في العلوم التمريضية
ممرضة مجازة في قسم العمليات
مستشفى فتوح كسروان الحكومي - البوار
antoinette.zgheib.salem@hotmail.com



بشرا بو خالد

حائزة على إجازة جامعية في التمريض ودراسات متخصصة في
إدارة المستشفيات
مشرفة عامة على الاقسام التمريضية
مستشفى اوتيل ديو دو فرانس
bouchra.boukhaled@hdf.usj.edu.lb



سيمون ابي صعب

حائز على إمتياز فني في العلوم التمريضية
ممرض مجاز في قسم العناية الفائقة
مستشفى سيدة المعونات
simonabisaab@hotmail.com



النقابة

هلن سماحة نويهض

حائزة على ماستر في الصحة العامة وماستر في التمريض
president@orderofnurses.org.lb



الأعضاء

عبد الله ميقاتي

حائز على إجازة في العلوم التمريضية، ماستر في إدارة غرف العمليات
مسؤول قسم الطوارئ
مستشفى البير هيكل - الكورة
abdallahmikati@hotmail.com



نائبة النقابة

بشرا بو خالد

حائزة على إجازة جامعية في التمريض ودراسات متخصصة في
إدارة المستشفيات
مشرفة عامة على الاقسام التمريضية
مستشفى اوتيل ديودو فرانس
bouchra.boukhaled@hdf.usj.edu.lb



وليد ابوصالح

ماجستير في العلوم التمريضية إختصاص عناية حرجة وادارة
رئيس دائرة التمريض
مستشفى مرجعيون الحكومي
abousalawalid@yahoo.fr



جويل نرشي سعود

حائزة على دكتورا في العلوم التمريضية
رئيسة قسم «الإجازة في العلوم التمريضية» (Licence)
جامعة القديس يوسف
joelle.seoud@usj.edu.lb



أمينة السر

ميشلين شليطا

حائزة إجازة جامعية في التمريض وعلى دراسات عليا في ادارة
المؤسسات الصحية ودبلوم في TPM
مسؤولة وحدة الجودة في دائرة العناية التمريضية
مستشفى سيدة المعونات
michelinechallita@gmail.com



رلى فرح عطية

حائزة على إجازة في العلوم التمريضية ودراسات عليا في ادارة
التمريض
منسقة وحدة الجودة في دائرة العناية التمريضية
مستشفى القديس جاورجيوس الجامعي
rsfarah@stgeorgehospital.com



أمينة الصندوق

مايا نظام

حائزة على إجازة و دراسات عليا في العلوم التمريضية
المساعدة التنفيذية - دائرة الخدمات التمريضية
المركز الطبي في الجامعة الاميركية في بيروت
mn38@aub.edu.lb



فاطمة الحسيني الصبان

حائزة على إجازة في العلوم التمريضية، دراسات عليا في الصحة
وإدارة المستشفيات
منسقة قسم التعليم المستمر
مستشفى الساحل
fatimahousseini@yahoo.com



جوزيان حداد

حائزة على إمتياز فني في العلوم التمريضية ودبلوم في إدارة الاعمال
ممرضة مجازة في العناية الفائقة
مستشفى جبل لبنان
josi.haddad@gmail.com



مرلان باسيل

حائزة على إمتياز فني في العلوم التمريضية
مسؤولة قسم الجراحة
مستشفى سيدة لبنان
bassil_marleine@hotmail.com



عدله جعفر

حائزة على إمتياز فني وإجازة جامعية في العلوم التمريضية
أستاذة ومنسقة في قسم العلوم التمريضية
معهد الرسول الاعظم الجامعي
adla.jaafar@outlook.com



المجلة اللبنانية للمريض

الصادرة عن نقابة الممرضات والممرضين في لبنان



العدد الرابع - ٢٠١٤



رئيسة التحرير

هبة حبيب شختورة

الإشراف العام

النقبية هلن سماحة نويهض

هيئة التحرير

جويل نرشي سعود

بهية العبدالله المفتي

فيكي جورج جبران

لينا قرداحي بدر

مهي خوري

ماتيلد عازار

ناتالي ريشا

المستشار القانوني

الاستاذ روجيه ابي راشد

المستشارة الإعلامية

جمانه رزق يرق

تصميم وإخراج

njoycreations

Highlighting brands

الطباعة

Chemaly & Chemaly
للطباعة وخدمات
Printing Presses
www.chemaly.com

Order of Nurses in Lebanon ● Sin El Fil, Beirut Hall, Boulevard Pierre Amine Gemayel
نقابة الممرضات والممرضين في لبنان ● سن الفيل، بيروت هول، بولفار بيار أمين الجميل
Ordre des Infirmier/ères au Liban ● Sin el Fil, Beirut Hall, Boulevard Pierre Amine Gemayel
B.P.: 55311 Beyrouth, Liban

T: +961 1 490 774 ● M: +961 70 933 258 ● F: +961 1 490 776

info@orderofnurses.org.lb ● www.orderofnurses.org.lb



orderofnurseslb



@orderofnurseslb

المجلة اللبنانية للتمريض

الصادرة عن نقابة الممرضات والممرضين في لبنان



العدد الرابع - ٢٠١٤

