



العدد الأول - أيار ٢٠١٠

المجلة اللبنانية للمريض

الصادرة عن نقابة الممرضات والممرضين في لبنان



نقابة الممرضات والممرضين في لبنان ● سن الفيل، بولفار بيروت هول، سنتر شاوول ● ص.ب: ٥٥٣١١ بيروت

تلفون: ٠١/٤٩٠٧٧٤ - ٧٠/٩٣٣٢٥٨ ● فاكس: ٠١/٤٩٠٧٧٦

email: info@orderofnurses.org.lb ● website: www.orderofnurses.org.lb



رئيس التحرير: د. ريماساسين قازان

الإشراف العام: النقيببة كلبير غفري زلببط

هبةة التحرير:

- بهبة المفتي
- فبكي ببران
- كاترين برباري
- لبلق قبلان
- مازن غزيري
- د. ماري تريز صباغ
- منى نعمه
- د. نهاد ضومط
- نهاد نصار
- هبلبن نوبهض

تصميم وإخراج: أنطوان بدوي
personal@antoinebadaoui.com

الطباعة: مطبعة كارلوس وإخوانه - البترون

شكر خاص للمؤسسات الداعمة لنشاطات النقابة لهذه السنة :

- بنك بيبيلوس
- AUBMC - Nursing Services
- Hôpital Albert Haykal
- بدر حسون وأولاده - خان الصابون
- Novo Nordisk
- Janssen - Cilag
- ALLIANZ SNA
- Lebanese European Academy for Emergency Medicine

فهرس

٥	كلمة النقبفة
	أخبار النقبفة
٧	نشاطات النقبفة
٩	الخطفة الإستراتيجية
١٠	وقائع المؤتمر الصحفي
	قصص معبرة
١٤	التمرفض واحترام الإنسان - لوسفا الفرفب بلقفس
١٥	تطبق طرفة الكونفروف فف لبنان - بهفة المفتف

Table of Contents / Table des matières

Scientific articles / Articles scientifiques

o Standards for Pediatrics-Palliative Care - <i>Huda Huijer</i>	3
o Les facteurs prédictifs de la pratique régulière de l'activité physique chez les coronariens dans un centre hospitalier universitaire de Beyrouth - <i>Rima Kahwagi & Rima Sassine Kazan</i>	7
o Emotional Intelligence in Nursing Practice – <i>Lina Nouwayhed</i>	11
o Audit de pratiques de la préparation de l'administration des médicaments à l'Hôtel Dieu de France <i>Thérèse Naoum et al.</i>	14
o Journey Across Times...Against All Odds – <i>Gladys Mouro & Mazen Ghaziri</i>	16
o A Multidisciplinary Approach for the Pressure Ulcer Prevention and Management at the American University of Beirut Medical Center- <i>Nada Nassar et al.</i>	18
o The use of full scale patient simulators in the education of nurses. An Overview <i>Rainer C. Gaup & Eliana Wannous</i>	21
o Kangaroo Care : An overview – <i>Bahia El Moufti</i>	26

International

o L'Ordre au IVe Congrès du SIDIEF – <i>Mona Nehmé</i>	30
o Report of the CNR meeting and ICN 24th Quadrennial Congress - <i>Nuhad Dumit & Ghada Aylé</i>	35

Success Stories / Histoires réussies

o Avant de dire Adieu – <i>Carla El Hage</i>	40
o United: we Survive and Thrive – <i>Pauline Bechaalany</i>	42
o Life Agape Lebanon: The Eternal cure – <i>Sabine Hanna</i>	44

Nomination	46
-------------------	----

كلمة نقيبة الممرضات والمرضين في لبنان

زميلاتي وزملائي الأعزاء،

مجلتنا تحمل عنواناً جديداً وتلبس حلّة جديدة عصرية...

هي وسيلة تنطق باسم النقابة وتعرض نشاطاتها بلغات ثلاث،
هي أداة تواصل بين أهل التمريض لتبادل الخبرات،
هي موقع إضاءة على عمل الممرضات والمرضين،
هي صلة وصل بين الجسم التمريضي والمهتمين والمعنيين بالشأن الصحي،
هي جسر لمواكبة جديد المهنة،
إنها مساحة للمواضيع العلمية وفضاء للأفكار والإبتكار ومرجع موثوق للإسترشاد والإستشارة.

لذا، نريدها غنية بمضامين ذات فائدة...

فتكون مجلة قيّمة، يفخر كتابها بها، كونهم يعطون ما يكتزون ويختزنون من مقننات علمية وأخلاقية، يعتمدها المتلقّي درّة، قوامها مواضيع ذات جودة ونوعية.

إنها تتطلق في باكورة أعدادها وقد ألقى على عاتقها أن تكون منبر إضاءة على الخطة الاستراتيجية الخمسية للنقابة (٢٠١٠-٢٠١٤) التي ترمي إلى تحقيق الامتياز في ممارسة مهنة التمريض في الميادين الأربعة: التطبيق، التعليم، الإدارة والبحث. ولكي نصل الى الهدف المرجو، وضعنا خارطة طريق تمكّننا من الإستمرار بالتقدم متخطّين العقبات والمطبات. يستدعي هذا الأمر تضافر جهودنا جميعاً ووضع طاقاتنا المصحوبة بنوايانا الطيبة وتنافسنا المثمر في خدمة تحقيق هدفنا. فننخرط بمسؤولية ملتزمة ونكون معنيين بشكل جدي، بمتابعة وتنفيذ الخطة الاستراتيجية ميدانياً. وليكن الإعتزاز بالنفس والثقة بمؤهلاتنا الذاتية، نبراساً يهديننا الى الإبداع وتحقيق الإنجازات من أجل تقدمنا وتطوير مهنتنا.

النقيبة

كلير غفري زبليط

أخبار النقابة



إنجازات ونشاطات النقابة لسنة ٢٠٠٩

فيكي جبران

أمينة السري في مجلس النقابة



في البقاع



في الجنوب

منذ الجمعية العمومية السابقة وانتخاب المجلس الجديد بتاريخ ٢٠٠٩/٣/٢٩ قام مجلس النقابة بعدة نشاطات وأعمال .

١- اجراءات ادارية

تمّ وضع اجراءات خاصّة بالانتخابات يعمل بها ابتداءً من نيسان ٢٠١٠ كما أنه أعيد النظر بالتوصيف الوظيفي للعاملين في النقابة.

٢- التواصل بين النقابة والاعضاء

أهم الأهداف التي وضعتها النقابة لهذا العام، هي تعزيز التواصل بين النقابة والأعضاء العاملين في المؤسسات الصحية على كافة الاراضي اللبنانية، ولهذه الغاية قامت النقابة بسلسلة زيارات الى المحافظات وذلك ضمن خطة بدأت بزيارة كافة المستشفيات (الجنوب: ٢٥ مستشفى، الشمال: ٢٤، البقاع: ٢١) وانتهت بإقامة لقاء علمي موسّع ضمّ عدد كبير من الممرضات والممرضين العاملين في كل منها. وفي إطار عملنا المستمر لتحسين واقع التمريض في لبنان، عقد لقاء مع عمداء ومدراء كليات التمريض جرى خلاله البحث في واقع تعليم التمريض في لبنان والخطة المطلوبة لتشجيع الشباب على الانخراط في هذا القطاع بسبب النقص الحاصل نتيجة هجرة الشباب أو إنكفائهم عن متابعة تحصيل تعليم التمريض. كما تمّ أيضاً لقاء مع مدراء التمريض في المستشفيات الحكومية للمداولة بواقع التمريض في مؤسساتهم.

٣- المراسيم والقوانين

أقرت النقابة مشروع تعديل القانون ٢٠٠٩/٤٧٩ وقد أحيل إلى المراجع المختصة بسبب الصلاحية. كذلك شاركت في درس قانون تنظيم مهنة التمريض المحال من الحكومة الى المجلس النيابي وبدعوة من لجان الصحة والتربية والادارة والعدل.

٤- تأهيل المقر

يتمّ متابعة تأهيل مقرّ النقابة واستحداث قاعة اجتماعات كبرى بالإضافة الى مكاتب لصندوق التعاضد وقاعات اجتماعات للجان النقابة.



في الشمال

٥- الاحتفال بيوم الممرضة العالمي ٢٠٠٩

أقيم الاحتفال برعاية وحضور معالي وزير الصحة العامة الدكتور محمد جواد خليفة وعدد من الشخصيات والفعاليات العاملة في القطاع الصحي الى جانب حوالي ٧٠٠ ممرض وممرضة، وقد جرى خلال الاحتفال توزيع جائزة ممرض العام وتكريم النقباء وأعضاء المجلس السابقين.



٦- جائزة ممرض (ة) العام

جريا على عاداتها تمنح نقابة الممرضات والممرضين في لبنان سنويا وبالتعاون مع منظمة الصحة العالمية جائزة ممرض او ممرضة العام لمن كان استثنائيا في ادائه وساهم بشكل فعال في تطوير المهنة وذلك في المجالات التالية: تعليم التمريض، ادارة التمريض والعناية التمريضية المباشرة في المستشفيات أو في المراكز الصحية. إيماناً منا بأن ممرضاتنا وممرضينا الذين برهنوا عن تميزهم محليا ، اقليمياً ودولياً هم دائماً على استعداد لمواجهة كافة التحديات التي قد تعيق تطورهم في المهنة فإن جائزة ممرضة أو ممرض العام هذه ما هي إلا دلالة على تمكن ممرضاتنا وممرضينا من كسر هذه العوائق ومواجهة التحديات وبذلك تكون حافزاً للعمل باستمرار والمثابرة من اجل تطوير مهنتهم. سنة ٢٠٠٩ تقدم لجائزة ممرض أو ممرضة العام ١١ مرشحا وبعد دراسة الملفات المجهولة الاسم بدقة وتجرد من قبل لجنة جائزة ممرض أو ممرضة العام المؤلفة من اربعة اعضاء (٢ من مجلس النقابة و الرابع من خارج نطاق المهنة ولكن على علاقة وثيقة بالمهنة وذو خبرة عالية في مجال التعليم و الادارة)، لم يتم سوى اختيار الزميله المميزه "زينة قاسم" عن فئة العناية التمريضية المباشرة لاستيفائها كل المعايير والشروط المطلوبة و الانسة زينة قاسم هي خريجة كلية التمريض والعلوم الصحية في جامعة المقاصد. تعمل حاليا في المركز الطبي في الجامعة الاميركية في بيروت في قسم الامراض السرطانية منذ العام ٢٠٠٣. هذه السنة ارتأت النقابة بأن تمنح جائزة الامتياز في التمريض

كل ٣ سنوات بدلاً من كل سنة لإفساح المجال أمام المرشحين للإقامة بتطوير إستثنائي كل في مجال عمله من حيث تأمين الجودة والقيام بأبحاث نوعية لخدمة و تطوير المهنة ونشر نتائج الأبحاث في مجلات محلية وعالمية وكذلك لترويج نتائج الأبحاث من خلال تطبيقها عملياً.

٧- المشاريع العلمية

- لقاءات علمية ومؤتمرات: نظمت النقابة وشاركت في العديد من المؤتمرات واللقاءات العلمية وذلك بهدف تعزيز دور الممرضة والممرض على كافة المستويات العلمية تماشياً مع التطور العلمي الحاصل. من هذه اللقاءات والمؤتمرات :
 - ثلاث لقاءات علمية في محافظات الجنوب، الشمال والبقاع
 - المشاركة في مؤتمرات الـ LSMO و ICN و SIDIIEF
 - دراسة واقع التمريض في المستشفيات الحكومية
 - المشاركة في تحضير امتحانات الكولوكيوم
 - درس وحدات التعليم المستمر
 - إصدار العدد الأول من مجلة النقابة التي أصبح اسمها "المجلة اللبنانية للتمريض".



٨- التحضير ليوم الممرضة العالمي ٢٠١٠

تقوم النقابة بالتحضير للاحتفال بيوم الممرضة العالمي الموافق ١٢ أيار عبر لقاءات علمية موزعة على كافة المحافظات اللبنانية خلال الأسبوع الذي يسبق ١٢ أيار: ففي البقاع في ٢٨ نيسان، في الشمال في ٥ أيام وفي الجنوب في ٨ أيار ٢٠١٠. وفي الختام تختتم هذه اللقاءات باحتفال مركزي في ١٢ أيار في قصر الأونيسكو - بيروت برعاية معالي وزير الصحة مع ما يتضمنه من محاضرات علمية وكلمات.

٩- صندوق التقاعد والمساعدات الإجتماعية

الى جانب إطلاق العمل بمشروع التقاعد الموقع مع شركة ALLIANZ-SNA للتأمين، إستحصلت النقابة على ترخيص بإنشاء صندوق تعاضد للممرضات والممرضين. يتم التحضير حالياً لإطلاق هذا المشروع في أقرب فرصة بعد وضع الدراسات

١٠- الخطة الاستراتيجية

تابع مجلس النقابة مناقشة وإقرار الخطة الاستراتيجية ٢٠١٠ و ٢٠١٤ وقد صدرت بطبعتها النهائية على أن يصار الى نشرها وتوزيعها بمناسبة يوم المرض/ة العالمي في ١٢ أيار ٢٠١٠.

اللازمة وإنشاء الهيكلية الادارية والعملية الى جانب مجلس الادارة الذي انتخبته الجمعية العمومية التأسيسية مع لجنة المراقبة .
وقد تم التعاقد مع بنك بيبيلوس للإستفادة من بطاقة إعتماذ AFFINITY CARD تؤمن مصدر دعم لصندوق التقاعد.

خطة نقابة الممرضات والممرضين الاستراتيجية في لبنان ٢٠١٠-٢٠١٤

الرسالة

إداء دور ريادي في حماية مهنة التمريض وتطويرها، من أجل تدعيم صحة الفرد والمجتمع في لبنان ومحيطه.

الرؤيا

تحقيق الإمتياز في ممارسة مهنة التمريض في الميادين الأربعة: التطبيق، التعليم، الإدارة، البحث.

التوجهات الاستراتيجية

- تقوية دور نقابة الممرضات والممرضين في لبنان
- تعزيز قدرات الممرضات والممرضين من أجل تطبيق معايير الجودة في ممارسة المهنة
- تعزيز قاعدة معلومات تتعلق بمهنة التمريض في لبنان وتطويرها
- تعزيز الشراكة والتحالفات الاستراتيجية على المستويين: المحلي والدولي

الأهداف

- ١- حماية الممرضات والممرضين والمحافظة على حقوقهم ودعمها
- ٢- تعزيز المهنة من حيث الممارسة والتعليم وتطويرها
- ٣- تدعيم قدرات النقابة ومواردها البشرية والمادية والمالية
- ٤- تعزيز صورة النقابة على المستويين المحلي والدولي

مؤتمر صحفي تحت عنوان: تطوير المهنة... ضمانة لصحتك

ووعده الوزير حرب بإيلاء مشاكل الممرضات والممرضين الاهتمام السريع والعمل على احترام أحكام قانون العمل وتطوير أحكامه بما يعود إلى قيامهم بأعمالهم بشكل لائق وكرام.

أمّا الوزير خليفة الذي شدد على إنسانية مهنة التمريض وقيمتها ورسالتها، جدد التأكيد على أن وزارة الصحة العامة تضع كل إمكانياتها وطاقاتها في خدمة الإنسان في لبنان، وأنها في جاهزية تامة لتلبية حاجات القطاع الصحي. وإذ أعلن دعمه لنقابة الممرضات والممرضين وتقهم لمطالبها، وعد بمتابعة المرسوم رقم ٢٢٢٧، المتعلق بموضوع إقرار التعديلات المقترحة على مرسوم تنظيم مهنة التمريض في لبنان المعمول به حالياً ذي الرقم ١٦٥٥ تاريخ ١٧/١/١٩٧٩ وايضا بتنظيم العناية التمريضية المنزلية، إضافة إلى إقرار سلسلة رتب ورواتب جديدة للممرضات والممرضين.

وأما النقيبة زبليط فطرحت تطلعات الممرضات والممرضين، داعية كلاً من المسؤولين الرسميين، والمعنيين في القطاع الصحي، إلى أخذها بعين الاعتبار. شددت على أن السبيل الأمثل لتقديم خدمة صحية رفيعة إلى المريض، يمرّ عبر تقديم خدمات اجتماعية تريح الجسم التمريضي، وتطمئنه إلى واقعه وغده.

وكشفت السيدة زبليط عن عناوين الخطة الإستراتيجية الخمسية للنقابة (٢٠١٠-٢٠١٤)، التي ستكون موضع اهتمام في الاحتفال الذي يعقد لمناسبة «يوم الممرض/ة العالمي» في قصر الأونسكو بتاريخ ١٢ أيار. وأوضحت أن هذه «الخطة» ترمي إلى تحقيق الامتياز في ممارسة مهنة التمريض في الميادين الأربعة: التطبيق، التعليم، الإدارة والبحث، والتي تلحظ التركيز على إعادة التأهيل، وإقامة دورات تدريبية، إضافة إلى إفساح المجال لإجراء اختبارات بحثية. كما تحض على حماية الممرضين في ميدان العمل، والمحافظة على حقوقهم.



١. البيان الصحفي:

بيروت، في ٢٩ نيسان ٢٠١٠ - تحت هذا العنوان، شهد مقر نقابة الممرضات والممرضين في سن الفيل مؤتمراً صحافياً، بحضور وزير العمل الأستاذ بطرس حرب والصحة العامة الدكتور محمد جواد خليفة، وجمع من المعنيين والمهتمين، إضافة إلى الاستعدادات الجارية لـ «يوم الممرض/ة العالمي»، المزمع إقامته في قصر الأونسكو بتاريخ ١٢/أيار/٢٠١٠، برعاية معالي وزير الصحة العامة.

الإضاءة على مهنة التمريض لا تقتصر، ولا تُختصر بأيام محددة من السنة، بل هي تعريف مستمر بها، نظراً لأنها تعنى بصحة كل فرد، وبالتالي يستوجب على المنخرطين فيها، مسؤولية تطويرها وتعزيزها، إن على صعيد المواظبة على التعلم، أو على مستوى تدعيم قدرات النقابة، مادياً ومعنوياً.

وبعد كلمة ترحيب، من النقيبة السيدة كلير غفري زبليط، أكد الوزير حرب دعمه لنقابة الممرضات والممرضين في لبنان وتقهم لمطالبها واعتبر أنه يجب على الوزارة أن تضمن حقوق الممرضات والممرضين، وتؤمن لهم التقديمات الصحية والاجتماعية كافة، بحيث يصبحون جزءاً من عملية التكافل الاجتماعي يساهمون في ترسيخها وتغذية صناديقها ويتمتعون بكل الحقوق التي تجمعها للمواطنين العاملين في لبنان.

٢. كلمة النقيبة:

إن سرعة تطور العالم وأنظمتها الصحية وحاجاته الإنسانية ومتطلباته العلمية والتقنية حتمت على مهنة التمريض مواكبة هذه المتغيرات والتطابق معها وتلبية جديدها، حتى تبدلت وتطورت كفاءات الممرضين.

فانتقلت مهنتنا من العناية التقنية إلى تلك المحترمة للقيم الإنسانية والمبنية على الفكر النقدي، وثبتت من خلال مساعدة المريض على تثقيفه ودفعه لاتخاذ قراره بشكل نير وواع وحر، وتجذرت في إطار التعاون المفصلي بين الجسم الطبي من جهة وبين المريض وثقافته وتطلعاته ورغباته ومسؤوليته وأسرته من جهة أخرى، ونسقت بين مختلف العاملين الصحيين، مشرفة على أدوارهم بحسب معايير الإدارة السليمة لتأمين جودة العناية التمريضية.

إنسجاماً مع هذا التطور المهني، توسع عمل الممرضين من إطار المستشفى حصراً إلى إطار الوقاية وتعزيز صحة الفرد والمجتمع، في مختلف الميادين كالتعليم والإدارة والقيام بالأبحاث العلمية. لذلك تسعى نقابة الممرضين والممرضات في لبنان التي تأسست سنة ٢٠٠٢ إلى إداء دور ريادي في حماية المهنة وتطويرها من أجل تدعيم صحة الفرد والمجتمع.

وفي سبيل إنجاح هذا الدور وضعت النقابة خطة إستراتيجية، لمدة خمس سنوات قصدت من خلالها معالجة مكامن الضعف ومواجهة مشاكل وصعوبات المهنة، التي تظهر أبرز مضاعفاتها في هجرة الممرضات والممرضين المتزايدة بحثاً عن ظروف عمل أفضل، مما يهدد مستوى العناية الصحية في لبنان. وقد رسم هذه الخطة فريق عمل مؤلف من أعضاء مجلس النقابة السابقين والحاليين، واضعين خبراتهم وكفاءاتهم في عمل دؤوب وجهود كبيرة من أجل التوصل إلى تحقيق الإمتياز في ميادين المهنة الأربعة: التطبيق والتعليم والإدارة والبحث.



يشار إلى أن النقابة بصدد إطلاق حملة إعلامية تحت شعار «ضمانة لصحتكن»، للإضاءة على «يوم الممرض/ة العالمي»، وعلى شخصية ودور الممرض/ة، كأخصائي/ة ومتقف/ة وحيوي/ة، وعصري/ة، مواكب لمستجدات المهنة ومتطلبات صحة الفرد والمجتمع.

جدير ذكره، أن القطاع التمريضي يضم ٨٦٠٠ منتسب/ة إلى النقابة (شابات: ٨١٪، وشبان: ١٩٪)، ونسبة العاملين منهم هي ٨٢٪. ويتوزع الممرضات والممرضين العاملين حسب مراكز العمل التالية: المستشفيات: ٦٦٪، ٨٦ / مراكز الرعاية الصحية: ٣، ٥٪ / الجامعات والمعاهد: ٢، ٥٪ / المدارس: ٣، ١٪ / أماكن أخرى: ٣، ١٪ (المصدر: نقابة الممرضات والممرضين في لبنان).



نبذة عن نقابة الممرضات والممرضين:

تأسست نقابة الممرضات والممرضين في ١٢ كانون أول من عام ٢٠٠٢، وذلك بعد عقود من الجهد والمتابعة. مع بدايات الاستقلال، تنادى عدد من الممرضات الخريجات، في العام ١٩٤٨، للبحث في السبل الآيلة للدفاع عن المهنة، فكان قرار إنشاء «جمعية للممرضات».

صدر قانون تأسيس أول نقابة إلزامية للممرضات في ٢ حزيران ١٩٦٢ بناء على المرسوم رقم ٩٨٢٩ الذي ما لبث أن ألغي بناء على القانون رقم ٦٦/٥٠، وذلك لأسباب غير معروفة. وفي سنة ١٩٦٨ أعلنت رسمياً ولادة الهيئة التأسيسية لنقابة الممرضات والممرضين إثر المؤتمر الثالث للتمريض في لبنان والشرق الأوسط.

أما على الصعيد الدولي، فقد انتسبت الهيئة التأسيسية لنقابة الممرضات والممرضين إلى المجلس الدولي للتمريض، في عام ١٩٦٩، فأصبح لبنان عضواً فعالاً في المجلس، يحق له التصويت والترشح، وأصبح للهيئة التمريضية في لبنان مكاناً في الصف الدولي.

Joumana Rizk
MIRROS Communication and Media Services

إن النقابة ، في إطار هذه الخطة الاستراتيجية بصدد إطلاق حملة إعلامية مكثمة تحت شعار «ضمانة لصحتكن»، للإضاءة على «يوم الممرض/ة العالمي»، وعلى شخصية ودور الممرض/ة، كأخصائي/ة ومثقف/ة وحيوي/ة، وعصري/ة، والمواكب لمستجدات صحة الفرد والمجتمع. ستطلق هذه الحملة الإعلامية اعتباراً من مطلع أيار بحيث تشمل لوحات Unipoles في مختلف المناطق اللبنانية، على أن تتبعها، اعتباراً من السادس منه، حملة على لوحات Billboards، وملصقات ومنشورات، وذلك بالتزامن مع بث حملة Spot على شبكات التلفزة، إضافة الى رسائل نصية (sms)، وأخرى مماثلة عبر البريد الإلكتروني (e mail).

إنّ الإعلاميين يشكلون ركناً أساسياً في أي عمل، كونهم يوصلون الفكرة الى الجمهور المستهدف. أشكرهم لتغطيتهم هذا المؤتمر الصحفي ولما كتبتهم المرجوة للاحتفال بـ«يوم الممرض/ة العالمي» الذي سيقام يوم ١٢ أيار في قصر الاونيسكو تحت رعاية معالي وزير الصحة. واطمنى عليهم التعاون مع النقابة من أجل تظهير صورة المهنة على حقيقتها وبما يليق بمهنتها .

في الختام وبناء على كل هذه المعطيات، نقدر ونشكر صاحب المعالي وزير العمل الشيخ بطرس حرب ووزير الصحة العامة الدكتور محمد جواد خليفه ، على جهودهما المبذولة لدعمنا للحد من ظاهرة هجرة الممرضين والممرضات التي تنعكس سلباً على المهنة عموماً وعلى مستوى العناية الصحية خصوصاً. كما نود أن نشكر جميع شركائنا الصحيين على تعاونهم معنا. كل هذا من أجل تكاتف القوى المعنية بموضوع الصحة في لبنان، وتحقيق هذه الخطة والعمل معاً من أجل الإنسان وصحته.

كلير غفري زبليط

نقيبة الممرضات والممرضين في لبنان

قصص معبرة



التمريض واحترام الإنسان

لوسيا بلقيس الغريب

Senior Registered Nurse

Qatar Orthopaedic & Sports Medicine Hospital

Doha - Qatar

voisilune@hotmail.com

اليوم، وبعد سنين من العمل، أستطيع إضافة نكهة نضوج شخصي على قول ذلك المعلم وأعلن: أمام وحشة المرض ورهبة الموت، كلنا سيّان، كلنا متشابهون. ومن اختاره المرض ليكون أسير فراشه يحرّر بدوره الممرض من قيود الخوف اللامبرر له، ليكون مؤهلاً لنظرة ناضجة الى حاجات المريض.

عصور مرّت على وجود الانسان على الأرض وكل يوم فيها يولد الألوف ويموت المثات، ويبقى الإنسان هذا اللغز العميق الذي تتصارع العلوم والفلسفات لفهمه أكثر ولإيجاد الحلول لمشاكله وعجزه. منها ما رفع من كرامة الإنسان ومنها ما وضعها على مسار خاطيء فتلطخت وتشوهت.

وتأتي علوم التمريض لتزيّن الممرض/ة بحلة راقية تجعل منه رائداً في مجاله، مطلقاً العنان لفهم إنسانية الإنسان. وكذلك لتمنحه الثقة والقدرة على الفوص في الرابط العميق بين الحياة والموت، فيتأهب احتراماً لقيمة وجمال الحياة ولوطأة ورهبة الموت. ولتجعل هذه العلوم من الممرض إنساناً فاعلاً يحيط مريضه بإبتسامته وحنانه، مراهنأ بعلمه وحكمته، وبتقة تامة، على إزالة حدة الألم.

كنت طالبة جامعية حين توجّه المعلم لنا بقوله: «لا تتسوا وأنتم ممرضو الغد أنكم ستؤدون رسالة إنسانية تفوق أي مهنة شرفاً وتضحية. عليكم بتخطي حدود العرق واللون والدين، وتذكروا أنكم ستعتون بإنسان مريض وهو أسير فراش أو إعاقة، لا هوية ولا دين له».

وكم تأثرت بما سمعت في تلك اللحظة فشعرت بوهن في إرادتي وتفكيري، وخلت أنني لم أخلق لتلك الوظيفة - الرسالة كما وصفها، إذ عشت طفولتي مع من هم من ديني ولوني وعريقي إلى أن باتوا نافذتي الوحيدة والأمنة، أطل منها بحذر على من كنت أسميهم «الأخرين - المختلفين».

لكن طموحي المهني كان الأقوى فلطالما كنت أرغب في أن أبرع وأتميز في مجالي، وأدركت حينها أنني لم أكن يوماً خاتمة ممن كنت أسميهم «الأخرين» بقدر خوفي من نفسي الجاهلة التي لم تختبر يوماً غنى وتمييز الآخر. ولعل هذا الانغلاق والتوقع الدائم في المحيط الذي يشبهني يعود لمخاوف ولذتها الحروب الاهلية في وطني.

وها أنا اليوم وبعد عمل دؤوب على نفسي، أراهن بعزم على نجاح العمل مع المريض «الإنسان» أيأ تكن إنتماءاته الجغرافية والمذهبية والعرقية، إذ تطالعتني يوماً على أسرة المراكز الصحية ودور العناية وجوه تعب، يائسة، تحاكي لون المرض والموت وتكلم لغة الألم والنزاع. فللمرض والموت لون خاص، وللألم والنزاع لغة خاصة، لا يتأثران ولا يختلفان حسب لون ولغة البشر. وفي الأوقات العصيبة، جميعها تناجي رباً واحداً، قديراً قادراً، على تلطيف الألم وتخفيف وطأة الموت.

أول تجربة لتطبيق الـ Kangaroo Care في لبنان في مستشفى القديس جاورجيوس الطبي الجامعي: Case report

بهية عبدالله المفتي

محاضرة في كلية الصحة العامة وعلومها

برنامج التمريض - جامعة البلمند

bahia.elmoufti@balamand.edu.lb



الطبيعية خلال النصف الساعة الأولى بعد الولادة. كانت التجربة رائعة وملهمة لجميع الذين تابعوها عن قرب، أما التفاصيل فهي كالتالي: دخلنا إلى غرفة التوليد بعد أخذ إذن الطبيب المسؤول، واقترحنا عليه إجراء التجربة فرحب بالأمر. شرحت د. لودنغتون للقابلة القانونية جويل وللأم طبيعة الموضوع فوافقت الأم على إجراء التجربة وتصويرها. كانت هذه الولادة الثانية لها ولم يكن يرافقها زوجها في غرفة الولادة كما أن فترة الحمل كانت طبيعية ومن دون مضاعفات. بدأ المخاض الساعة السادسة صباحاً وأدخلت الأم إلى غرفة الولادة عند الساعة الثانية عشرة ظهراً. في هذه الأثناء تم تحضير الغرفة والشراشف والمناشف اللازمة لإستقبال المولود. شرحت لنا الدكتورة سوزان الخطوات اللازمة

دعى برنامج التمريض التابع لكلية الصحة العامة وعلومها في جامعة البلمند الدكتورة سوزان لودنغتون، الأخصائية في Kangaroo Care (KC) ، من جامعة Case Western Reserve University لإعطاء دورة لمدة أربعة أيام في آب ٢٠٠٩ للممرضات والممرضين والقابلات القانونيات حول مخاطر الحمل والولادة والعناية بالمولود.

تضمن البرنامج زيارة لقسم الولادة في مستشفى القديس جاورجيوس الطبي الجامعي، بدأت بحضور عملية ولادة طبيعية يجريها د. جو فغالي. فإذا بنا نرى أنفسنا جاهزين لإجراء أول تجربة في لبنان للـ KC عبر التلامس المباشر للأم والمولود الرضيع مباشرة بعد الولادة الطبيعية وذلك لمدة ساعة كاملة Skin to Skin Contact من أجل تسهيل ومباشرة الرضاعة

والطفلة كان لونها زهري وبكامل نشاطها و «Apgar Score» كان ٨ / ١٠ عند الدقيقة الخامسة لأن الطفلة لم تبك أبداً، ولا حتى عندما أعطيت إبرة الفيتامين K بالعضل (Van Hulle Vincent, 2005) ، بعدما وضعت على صدر أمها وكأنها وجدت ما يحميها ويشبع رغباتها بالكامل، فلا لزوم للبكاء. كانت الامور تجري تلقائياً كأن المولودة تدرك ما تفعل بشكل تلقائي غريزي وتساعد نفسها وأمها على اجتياز هذه التجربة بنجاح وسعادة. وسألت الأم إذا ما شعرت بالوجع من الجرح وهي تتقطب فأجابت بالنفي. كانت الأم فخورة بهذه التجربة الفريدة من نوعها وأصبحت تخبر كل من التقتته عن هذا الشعور الرائع الذي اختبرته من التلامس المباشر، كما أخبرت الممرضات أنها لا تحتاج الى مساعدة للرضاعة إذ أنها قادرة وحدها على إرضاع طفلتها.

هذه التجربة المميزة هي شاهد على أن الطبيعة الأم تتولى أمورها بنفسها، والنتائج الملموسة والهامة التي يبنتها هذه المبادرة على نجاح الرضاعة الطبيعية وتوثيق الرابط بين الأم والمولودة، تطرح السؤال حول إمكانية اعتمادها في مستشفيات لبنان وذلك وفقاً لتوصيات منظمة الصحة العالمية للمستشفيات صديقة الأطفال في حزيران ٢٠٠٩.

تعلمت من هذه التجربة أهمية تمكين النساء الحوامل حول تطبيق الـ KC من أجل المباشرة في الرضاعة الطبيعية خلال الساعة الأولى في غرفة الولادة، وتأثيرها على نجاح الرضاعة الطبيعية ومدتها. وآمل أن نتمكن، في المستقبل القريب، من اعتماد الـ KC في مرافق الولادة لتأمين الراحة والصحة المثلى للأمهات والأطفال حديثي الولادة.

هذه التجربة الرائعة لم تكن لتتحقق لولا تضافر جهود الدكتورة سوزان لودنغتون، دكتور جوفغالي، السيدة ماري قطيني، الأنسة جويل سمارة وكافة الطاقم الصحي في قسم الولادة معنا.

لتطبيق الـ KC وبدأت العملية على الشكل التالي: تم تحضير الملاءات لتكون دافئة لإستقبال المولود وللفه. وضعت منشفة دافئة على الجزء السفلي من بطن الأم لإستقبال ولف المولود. عند ظهور الرأس تم تشييف الوجه والرأس جيداً ومن ثم قطع حبل الصرة ووضع المولودة على ظهرها ورأسها متجه للأسفل وذلك لشفط السوائل من أنفها وفمها وأخذ قياس «Apgar Score» وقد كان ٩ / ١٠ في أول دقيقة بعد الولادة. وبعدها تم تشييف جسم المولودة مع الإبقاء على المادة البيضاء «Vernix Caseosa» عليه حيث شرحت لنا د. سوزان أن هذه المادة مهمة جداً لحماية جلد المولودة خلال الساعات الأولى بعد الولادة وللمحافظة على حرارة جسدها كما أن رائحته تساعد المولودة على إيجاد ثدي الأم لأن الهالة التي تحيط بالحلمة سوف تتركز أيضاً السائل الأمنيوتك «Amniotic Fluid» نفسه عند وضع المولودة ملتصقة بالأم. ومن ثم وضعت المولودة بعد تغطية رأسها بقبعة دافئة على بطن الأم، بطنها ملاصق لبطن أمها، ورأسها بين ثدييها مع تغطية الإثنين بملاءة دافئة وعندها توقفت بكاؤها واصبحت هادئة وسكنت لمدة ربع ساعة وبعد ذلك فتحت عينيها وكأنها تريد التعرف على أمها وصارت تتلفت في كل الإتجاهات وتظهر علامات الإستعداد للرضاعة ومنها مص إصبعها وظهور اللعاب بشكل فقاعات وغيرها (Colson, Meck, & Hawdon, 2008) ومن ثم بدأت تزحف باتجاه الثدي الأيمن وكلنا عيون مشدوهة تراقب ماذا ستفعل هذه المولودة الجديدة. وبعد فترة من المحاولة قررت أن تنتقل إلى الثدي الأيسر وهي تحرك رأسها ويديها وكأنها تفتش عن الحلمة وانتظرناها بفارغ الصبر كيف بدأت تزحف ببطئ وتبحث بيديها عن الحلمة وبدأت تمص يدها ومن ثم الثدي وتلتفت برأسها يميناً وشمالاً حتى وجدت طريقها وحطت فمها الصغير على الحلمة والهالة وبدأت تمص بنشاط لمدة ٢٥ دقيقة وكأنها تعرف ماذا تفعل، وفي هذه الأثناء كانت الأم تقول أنها تشعر بحرارة غريبة تتدفق في جسدها مع أنها غير مغطاة بالكامل وحرارة الغرفة باردة عموماً

References

Colson SD, Meck JH, & Hawdon JM (2008). Optimal positions for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding. *Early Human development*, 84, 441-449.

Van Hulle, V. C. (2005). Nurses' knowledge, attitudes, and practices: Regarding children's pain. *MCN. American Journal of Maternal Child Nursing*, 30, 177-183.

World Health Organization (WHO), UNICEF, & Wellstart International (2009). Baby-Friendly Hospital Initiative. Revised, updated and expanded for integrated Care. Geneva, Switzerland. P. 1-237. Available from WHO Press, World Health Organization, 20 avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland.

World Health Organization. (2003): Kangaroo mother care: A practical guide. Geneva: Department of Reproductive Health and Research.

issue 1 - May 2010



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

فهرس

٥	كلمة النقبفة
	أخبار النقبفة
٧	نشاطات النقبفة
٩	الخطفة الإستراتيجية
١٠	وقائع المؤتمر الصحفي
	قصص معبرة
١٤	التمرفض واحترام الإنسان - لوسفا الفرفب بلقفس
١٥	تطرفق طرفة الكونفروف فف لبنان - بهفه المفف

Table of Contents / Table des matières

Scientific articles / Articles scientifiques

o Standards for Pediatrics-Palliative Care - <i>Huda Huijer</i>	3
o Les facteurs prédictifs de la pratique régulière de l'activité physique chez les coronariens dans un centre hospitalier universitaire de Beyrouth - <i>Rima Kahwagi & Rima Sassine Kazan</i>	7
o Emotional Intelligence in Nursing Practice – <i>Lina Nouwayhed</i>	11
o Audit de pratiques de la préparation de l'administration des médicaments à l'Hôtel Dieu de France <i>Thérèse Naoum et al.</i>	14
o Journey Across Times...Against All Odds – <i>Gladys Mouro & Mazen Ghaziri</i>	16
o A Multidisciplinary Approach for the Pressure Ulcer Prevention and Management at the American University of Beirut Medical Center- <i>Nada Nassar et al.</i>	18
o The use of full scale patient simulators in the education of nurses. An Overview <i>Rainer C. Gaup & Eliana Wannous</i>	21
o Kangaroo Care : An overview – <i>Bahia El Moufti</i>	26

International

o L'Ordre au IVe Congrès du SIDIEF – <i>Mona Nehmé</i>	30
o Report of the CNR meeting and ICN 24th Quadrennial Congress - <i>Nuhad Dumit & Ghada Aylé</i>	35

Success Stories / Histoires réussies

o Avant de dire Adieu – <i>Carla El Hage</i>	40
o United: we Survive and Thrive – <i>Pauline Bechaalany</i>	42
o Life Agape Lebanon: The Eternal cure – <i>Sabine Hanna</i>	44

Nomination	46
-------------------	----



Scientific articles
Articles scientifiques

Standards for Pediatric Palliative Care

Dr. Huda Abu-Saad Huijer RN, PhD, FEANS
Professor of Nursing Science
Director Hariri School of Nursing
American University of Beirut
huda.huijer@aub.edu.lb

Abstract

Continuous efforts have been made worldwide to improve pediatric palliative care. In Lebanon, palliative care was initially introduced in 1995 through a national cancer control workshop supported by the Ministry of Health and the World Health Organization. Despite all efforts, pediatric palliative care remains a challenging area, because of a lack of resources and inadequate education and training of healthcare professionals. In addition, the absence of standards to support patients, parents, nurses and doctors in making decisions concerning the end of life makes the transition from curative to palliative care more difficult.

This review gives a summary of the basic concepts of Pediatric Palliative Care (PPC) and describes the core standards of care including pain and symptom management, ethics, and legal rights of children and their families.

ملخص

بذلت جهود متواصلة في جميع أنحاء العالم لتحسين الرعاية الملطفة. في لبنان، عُرض مبدأ الرعاية الملطفة سنة ١٩٩٥ للمرة الأولى من خلال ورشة عمل وطنية لمكافحة السرطان بدعم من وزارة الصحة العامة والمنظمة العالمية للصحة. على الرغم من جميع الجهود، تشكل العناية الملطفة لدى الأطفال تحدي كبير بسبب نقص الموارد وعدم الكفاءة في التعليم والتدريب لدى المتخصصين في العناية الملطفة. بالإضافة، عدم وجود معايير لدعم المرضى، الأهل، المرضى، والأطباء في إتخاذ القرارات المتعلقة بنهاية الحياة، يجعل الانتقال من المرحلة العلاجية الى الرعاية الملطفة أكثر صعوبة.

تعرض هذه المقالة لمقدمي الرعاية الصحية ملخص عن مفهوم ومبادئ العناية الملطفة الإهتمام بالأطفال، تصف المبادئ الأساسية للعناية الملطفة، الألم والإهتمام بالعوارض، بالإضافة الى الأخلاق وحقوق الأطفال وعائلاتهم.

Introduction

In March 2006, a group of healthcare professionals from Canada, Europe, Lebanon, and the USA met in Italy and discussed the existing situation of pediatric palliative care (PPC) in the different countries. The group was called the International Meeting for Palliative Care in Children, Trento (IMPACT). The outcome of the three-days meeting was a document defining PPC and identifying the standards of care for children with life-limiting conditions.

The following article is based on this document in which IMPACT recommends the implementation of these standards (EAPC taskforce, 2007).

Definition of Pediatric Palliative Care

The World Health Organization (WHO) defines palliative

care (PC) for children as (WHO, 1998):

- The active total care of the child's body, mind and spirit, and also involves giving support to the family.
- It begins when illness is diagnosed, and continues regardless of whether or not a child receives treatment directed at the disease.
- Health providers must evaluate and alleviate a child's physical, psychological, and social distress.
- Effective PC requires a broad multidisciplinary approach that includes the family and makes use of available community resources; it can be successfully implemented even if resources are limited.
- It can be provided in tertiary care facilities, in community health centers and even in children's homes.

This broad definition stipulates that PC should be

initiated at the earliest time possible in the disease trajectory; the patient, the family and healthcare providers are all included in the care process which takes into account the physical, emotional, and spiritual aspects of care; and it includes the need to counsel and support those who are bereaved going a step further beyond the period of care to the patient.

Children Requiring Palliative Care

Childhood diseases requiring PC may be different from those of adults. Most are rare, familial, and categorized as either life-limiting or life-threatening. "Life-limiting illness is defined as a condition where premature death is usual, for example Duchenne muscular dystrophy; life-threatening illness is one where there is a high probability of premature death due to severe illness, but there is also a chance of long-term survival to adulthood, for example children receiving cancer treatment" (EAPC taskforce, 2007).

Four different categories of childhood disease have been identified and developed by the Association for Children with Life-threatening or terminal conditions and the Royal College of Pediatrics and Child Health (ACT, Royal College of Pediatrics and Child Health, 1997, 2003):

- *Category one:* life-threatening conditions for which curative treatment may be feasible but can fail, where access to PC services may be necessary together with attempts at curative treatment. Example of this category: cancer, irreversible organ failure of heart, kidneys, liver.
- *Category two:* diseases which are life-threatening at an early age, where appropriate treatment may prolong life and provide an adequate quality of life. Examples of this category: cystic fibrosis, HIV/AIDS.
- *Category three:* progressive conditions without curative treatment options, where treatment is exclusively palliative and may extend over many years. Examples of this category: Muscular dystrophy, Batten disease, mucopolysaccharidoses.
- *Category four:* non-progressive irreversible conditions, usually neurological disorders with complex healthcare needs leading to many complications and premature death. Examples of this category: severe cerebral palsy, multiple disabilities following brain or spinal cord injuries.

Effective PC requires the involvement of a broadly skilled multidisciplinary team that is committed to working together towards the achievement of best practice. PC services need to be structured to accommodate three levels of specialization (Department of Health and Children, 2001):

Level 1- the Palliative Care approach: PC principles should be appropriately applied by all health care professionals.

Level 2- General Palliative Care: At an intermediate level, a proportion of patients and families will benefit from the expertise of health care professionals who, although not engaged full-time in palliative care,

have had some additional training and experience in palliative care.

Level 3- Specialist Palliative Care: Specialist palliative care services are those services whose core activity is limited to the provision of palliative care.

Core Standards

IMPACT recommends the following core standards to be followed:

Provision of care

PPC should be initiated at diagnosis of a life-threatening or limiting condition and should be given together with active treatment, enhancing quality of life for the child and the family. The child and the family should decide on the place of care (home, hospital, or hospice) and they should have the opportunity to transfer smoothly between locations without compromising the care.

Unit of care

The unit of care is the child and the family. The child and family should be involved in identifying needs and in decision-making, and they should be provided with as much information as desired as well as clinical and educational resources that are appropriate to age, cognitive and educational level, and cultural background.

The care team

The team should include as minimum a physician, nurse, social worker, child therapist or psychologist, and spiritual advisor. They should have the adequate expertise in PC to address the psychological, emotional, spiritual, and social needs of the child and family. The care team should provide individualized care to the child and family in addition to continuity of care at home, and in the hospital; care should be available 24 hours a day, 365 days a year.

Care coordinator/key worker

One person from the care team must be identified as the patient's and family's care coordinator. The care coordinator should ensure continuity of care, provide the support system needed by the patient and the family, and ensure access to social services and resources.

Symptom management

Symptoms should be adequately and regularly assessed so that children can receive the appropriate pharmacological, psychological, and physical treatment for their pain and other symptoms 24 hours a day. Psychological, social, and spiritual symptoms should be addressed as well as the physical symptoms.

Respite care

Respite care is the provision of care, for the ill child by alternate care providers, rather than the parents, when a child is "medically stable", enabling time off from the tiring care these children require. Parents of children with life threatening conditions need time and energy to attend to their own basic physical and emotional needs and to be available to care for other members of their family. Respite care for the family and the child is

essential whether for few hours or for few days.

Bereavement

Bereavement support, an essential aspect of PC should be initiated at diagnosis of a life-threatening or life-limiting illness and should continue through death and beyond. It should be available for the family, the siblings, the carers, and all those affected by the child's disease and death.

Age-appropriate care

Cognitive development and age form the basis for a child's understanding of the concept of illness, separation and death. Parents should be present and involved in all phases of the child's care. The care team should provide the care that best meets the needs of the child depending on their age and cognitive development.

Education and training

All healthcare professionals working with children in need for PPC should receive adequate training and education. It should be part of the national curriculum for pediatric healthcare professionals in addition to postgraduate training and continuing education in this field.

Funding for palliative care services

PC services should be available to all children requiring it regardless of the financial status. There should be enough funding available from the government and other sectors to provide multidisciplinary and holistic care to children in hospitals, at home, and in the community, in addition to availability of funding to support the teaching and training of healthcare professionals.

Pain and Symptom Management in Pediatric Palliative Care

- The use of a multidisciplinary team to recognize and assess the psychological, social, spiritual, and physical symptoms is essential. Information on symptoms must be gathered from different sources: the child, the parents, healthcare workers, and others such as teachers.
- "Treating the underlying cause of a symptom may be equally as appropriate as providing symptom control" (EAPC taskforce, p.5, 2007). Medication administration should be provided using the least painful and invasive route; side-effects of medications should be anticipated and treated. Similarly, unnecessary painful procedures should be avoided otherwise procedural pain should be anticipated and treated.
- The WHO analgesic ladder approach should be used; adequate doses of analgesics should be administered at regular intervals in addition to doses given on an "as needed" basis to treat breakthrough pain.
- Healthcare professionals, the family, and the child should understand that opioid therapy does not lead to addiction in children with life-threatening or life-limiting conditions but may lead to physical tolerance; therefore when the dose is to be reduced, it should be reduced slowly to avoid symptoms of physical withdrawal; the

appropriate opioid dose is the dose that reduces pain effectively.

- Non-pharmacological therapies are a fundamental part of pain management, however they are considered an adjunct to and not a substitute to pharmacological therapies.

Ethics and Legal Rights of Children in Pediatric Palliative Care

1. Equality: All children shall access palliative care equally irrespective of the family's financial status.
2. Best interest of the child: Children's best interests are the primary consideration in decision-making; it is every child's right to have adequate pain control and symptom management 24 hours a day, and to be treated with dignity and respect and provided privacy; adolescents and young adults' needs shall be planned for.
3. Communication and decision-making: Communication shall be honest and open; the child, the parents, and the siblings shall be included in all decision-making according to their age and understanding. Parents in particular shall be considered as the primary carers and shall be treated as partners in all care and decisions involving their child.
4. Care management: Care shall be provided at home whenever possible; if care is delivered at a hospital, it shall be provided by a multidisciplinary pediatric palliative care team well trained and skilled to attend to the physical, emotional, developmental, and social needs of the child and the family. A care coordinator/key person shall be available for every child and family.
5. Respite care: Every family shall have access to respite care.
6. Family support: Sibling care is an essential part in PPC; bereavement support shall be provided to the whole family as long as needed; family shall have access to spiritual, religious, social, and financial support.
7. Education: Every child shall be supported to attend school, have access to education, and be involved in play and childhood activities.

Conclusion

This document provided core standards for pediatric palliative care that are essential and need to be implemented. A skilled multidisciplinary team following a comprehensive palliative care approach is required to meet the needs of children with life-threatening or life-limiting conditions.

Note: The author served as chair of the Task Force on Pediatric Palliative care of the European Association for Palliative Care which was instrumental in developing these guidelines.

References

1. Standards for pediatric palliative care in Europe. (2007). A document prepared by the Steering Committee of the EAPC task force on palliative care for children and adolescents. *European Journal of Palliative Care*, 14: 2-7.
2. World Health Organization. (1998). Cancer pain relief and palliative care in children. Geneva: World Health Organization.
3. Association for Children with Life-threatening or Terminal Conditions and their Families (ACT) and the Royal College of Pediatrics and Child Health (RCPCH), (1997) A Guide to the Development of Children's Palliative Care Services. Bristol: ACT and London: RCPCH, UK. Retrieved December 12, 2007 from Guide to the Development of Children's Palliative Care Services, A3
4. Association for Children with Life-threatening or Terminal Conditions and their Families (ACT) and the Royal College of Pediatrics and Child Health (RCPCH), (2003) A Guide to the Development of Children's Palliative Care Services. (2nd Edition), Bristol: ACT and London: RCPCH, UK. Retrieved December 12, 2007 from http://www.act.org.uk/component/option,com_docman/task,cat_view/gid,15/Itemid,26
5. Department of Health and Children (2001). Report of the National Advisory Committee on Palliative Care. Dublin: Stationery Office. Retrieved January 11, 2008 from <http://www.dohc.ie/publications/pdf/nacpc.pdf?direct=1>

Les facteurs prédictifs de la pratique régulière de l'activité physique chez les coronariens dans un centre hospitalier universitaire de Beyrouth

Rima KAHWAGI EL-HAGE Inf., M.Sc.

Cadre supérieur de soins, Service de cardiologie

Hôtel-Dieu de France - Beyrouth

rima.kahwagi@hdf.usj.edu.lb

Rima SASSINE KAZAN Inf., Ph.D.

Chef de département de formation supérieure

Faculté des sciences infirmières, Université Saint-Joseph – Beyrouth

ملخص

تهدف هذه الدراسة الى تحديد العوامل المؤثرة على ممارسة النشاط البدني بصورة منتظمة لدى الأشخاص الذين يعانون بإصابة في شرايين القلب وذلك في مستشفى جامعي في بيروت. لقد بينت النتائج أن الأشخاص الذين كانوا معتادين في الماضي على ممارسة النشاط البدني هم الذين استمروا بنشاطهم بانتظام وعلى المدى الطويل وذلك لأنهم مؤمنون بفعاليتها.

Les maladies cardio-vasculaires (MCV) sont responsables de près de 17 millions de décès par an dans le monde. Les deux principaux types de MCV sont : l'accident vasculaire cérébral et la maladie coronarienne. Cette dernière touche aussi bien les hommes que les femmes ; en effet, 3,8 millions d'hommes et 3,4 millions de femmes, meurent chaque année de maladie coronarienne (OMS, 2009). Au Liban, la prévalence des interventions coronariennes a augmenté de 17% entre 2004 et 2007 selon les statistiques du Lebanese Interventional COronary Registry: LICOR (2007) ; il s'agit des coronarographies, des angioplasties et des pontages aorto-coronariens (PAC).

La prévention de la maladie coronarienne est la principale clé du traitement de cette maladie. La mise en œuvre d'interventions visant à réduire le risque cardio-vasculaire chez un sujet ayant eu un premier événement coronarien, s'intègre dans un programme

de prévention secondaire. Il s'agit de contrôler les facteurs de risque cardio-vasculaires (FDR), en adoptant en conséquence des comportements de santé tels que : l'arrêt du tabac, l'adoption d'une diète saine et la pratique régulière de l'activité physique (PRAP). L'efficacité de la PRAP, intégrée dans un programme de réhabilitation cardiaque est bien documentée durant les vingt dernières années. Elle est recommandée pour la prévention secondaire des maladies coronariennes. Devant toutes ces considérations, une étude a été menée dans le contexte libanais, dont le but est d'identifier les facteurs prédictifs de la PRAP chez les coronariens, après leur hospitalisation dans un centre hospitalier universitaire de Beyrouth. L'identification des facteurs prédictifs de la PRAP permettra aux professionnels de la santé, d'élaborer des programmes de promotion adressés aux coronariens, et basés sur la croyance en l'auto-efficacité, concept clé de la théorie

sociale cognitive de Bandura (TSC, 1986), qui a été adoptée dans la présente étude.

Méthode

Le devis de cette étude est corrélationnel. L'échantillon est constitué de 234 participants qui se sont présentés dans les cliniques de sept cardiologues, ayant eu un événement coronarien depuis 6 mois à 1 an nécessitant l'hospitalisation au CHU de Beyrouth. Les variables à l'étude comportent une variable dépendante qui est la PRAP et des variables de recherche qui sont : l'auto-efficacité, les facteurs sociodémographiques, la pratique d'une activité physique antérieure et les facteurs liés à la maladie coronarienne.

L'instrument de mesure utilisé dans la présente étude est intitulé « The Cardiac Exercise Self-Efficacy Instrument » (CESEI) élaboré par Hickey, Owen et Froman en 1992. Il mesure le sentiment d'auto-efficacité des coronariens vis-à-vis de la pratique de l'activité physique. L'enquête s'est déroulée durant 4 mois allant du mois d'octobre 2008 jusqu'en janvier 2009. La liberté de participer, la confidentialité et l'anonymat ont été respectés. La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur SPSS (Statistical Package for the Social Science) version 13.

Résultats

La majorité des coronariens participants à cette étude sont du genre masculin (86%), leur moyenne d'âge est de 63 ± 9 ans [41-83]. Les personnes mariées constituent une majorité dans l'échantillon (92%), avec un niveau d'éducation qui varie entre : universitaire (30,8%), secondaire ou TS (30,3%) et complémentaire ou BT (16,7%).

L'analyse descriptive démontre également que 76,5% des participants ont au moins un antécédent cardiaque. Aussi, 42% des coronariens interrogés pratiquaient une activité physique antérieure avant leur dernier événement coronarien, et 77% pratiquent actuellement une activité physique régulière. La marche (98,7%) étant le type d'activité physique le plus pratiqué pour une durée ≥ 30 mn par séance (86,6%) à une fréquence moyenne de 5 ± 2 fois par semaine.

Par ailleurs la moyenne du score total de l'auto-efficacité dans l'échantillon est de 3,68, avec un écart type de 0,68. Ce chiffre qui est aux alentours de 4, dénote un grand niveau de confiance chez les coronariens, ce qui leur permet probablement de pratiquer une activité physique régulière.

L'association effectuée entre les différentes variables avec la PRAP a indiqué que cette dernière est associée positivement à la pratique d'une activité physique antérieure ($p=0,000$), au genre ($p=0,011$), au niveau d'éducation ($p=0,017$), ainsi qu'à la croyance en l'auto-efficacité ($p=0,000$).

Finalement, la régression logistique a montré que la pratique d'une activité physique antérieure et le score élevé d'auto-efficacité sont des facteurs prédictifs significatifs ($p \leq 0,05$) de la PRAP (cf. tableau 1). Donc, les coronariens qui ont une histoire d'activité

physique antérieure et une croyance élevée en l'auto-efficacité pratiqueront une activité physique régulière à long terme.

Tableau 1 : Analyse de régression logistique prédisant la pratique régulière de l'activité physique chez les coronariens (n =234).

Variables	Pratique régulière de l'activité physique		
	OR	IC 95%	p
Niveau d'éducation	1,16	0,97-1,38	0,089
Activité physique antérieure	3,10	1,42-6,74	0,000*
Auto-efficacité	3,77	2,18-6,52	0,004*

Note : OR = Odds ratio, IC 95% = Intervalle de confiance à 95%.

* $p \leq 0,05$.

Contribution et implications de l'étude

Plusieurs contributions et implications sont dégagées suite aux résultats de cette étude. Elles concernent surtout la recherche et la pratique.

Au plan de la recherche

La PRAP est un domaine qui n'est pas assez exploré au Liban. Or, la recherche en sciences infirmières s'avère un besoin actuel indispensable pour la promotion de la profession infirmière et la promotion de la santé. Les résultats de cette étude ont permis d'identifier les facteurs associés à la PRAP chez les coronariens libanais. Toutefois, étant donné la nature transversale de la présente étude, une autre piste de recherche est possible, c'est la réalisation d'une étude longitudinale auprès des coronariens, pour identifier le facteur qui prédit le plus la PRAP.

Ainsi, une intervention sur le facteur en question et ce, à partir d'un programme de réhabilitation cardiaque serait nécessaire. Elle fera l'objet d'une étude expérimentale où l'évaluation se réalisera auprès de deux groupes de coronariens.

D'un autre côté, il serait intéressant de pousser la recherche en examinant, d'une part, l'effet de la PRAP sur la modification des FDR du coronarien, et d'autre part, en identifiant les barrières à la PRAP ainsi que les autres facteurs qui l'influencent, comme par exemple, le soutien social.

Au plan de la pratique

Le fait de comprendre les facteurs associés à la pratique régulière de l'activité physique, permettrait le développement des interventions basées sur des facteurs facilitateurs qui mènent les coronariens à maintenir des activités physiques à long terme. Il serait donc pertinent de réaliser des interventions multidisciplinaires, intégrées dans un programme de prévention secondaire, guidées par la TSC pour renforcer le sentiment d'auto-efficacité des coronariens dans la pratique régulière de l'activité physique en prenant en considération leur expérience personnelle et leurs capacités physiques et émotionnelles.

Références

- American Heart Association. (2005). Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention of Coronary Heart Disease. *Circulation*, 111, 369-376.
- Bandura, A. (1997). Auto-efficacité : Le sentiment d'efficacité personnelle, traduit par Lecomte, J. Paris : Edition De Boeck Université.
- Cheng, T. Y., Boey, K. W. (2002). The Effectiveness of a Cardiac Rehabilitation Program on Self-Efficacy and Exercise Tolerance. *Clinical Nursing Research*, 11 (1), 10-21.
- Chyun, D. A., Amend, A. M., Newlin, K., Langerman, S., & Melkus, G. D. (2003). Coronary Heart Disease Prevention and Lifestyle Interventions. Cultural Influences. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 18 (4), 302-318.
- Cooper, A. F., Jackson, G., Weinman, J., & Horne, R. (2002). Factors associated with cardiac rehabilitation attendance: a systematic review of the literature. *Clinical Rehabilitation*, 16, 541-552.
- Fisun, S., Cicek, F., Lora, B., & Serdar, P. (2006). Effects of home-based cardiac exercise program on the exercise tolerance, serum lipid values and self-efficacy of coronary patients. *European Society of Cardiology*, 13(4), 640-645.
- Hickey, M. L., Owen, S. V., & Froman, R. D. (1992). Instrument Development: Cardiac Diet and Exercise Self-Efficacy. *Nursing Research*, 41(6), 347-351.
- Kärner, A., Tingström, P., Abrandt-Dahlgren, M., & Bergdahl, B. (2005). Incentives for lifestyle changes in patients with coronary heart disease. *Journal of Advanced Nursing*, 51(3), 261-275.
- Lebanese Interventional COronary Registry. (2007). Findings 2006-2007. 28-44.
- Organisation mondiale de la santé. (2009). The Atlas of Heart Disease and Stroke. Récupéré le 29 mai 2009 de http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/index.html

Emotional Intelligence in Nursing Practice

Lina Nouwayhed RN-MSHS-Community
Faculty member at Makassed University of Beirut
College of Nursing and Health Sciences
lina_nouw@hotmail.com

ملخص

تهدف هذه المقالة الى كيفية استخدام الذكاء العاطفي في مهنة التمريض الذي هو قدرة الفرد على إدراك وتقييم وإدارة العواطف من نفسه والآخرين واستخدام النتائج في تطوير جودة الرعاية الصحية. وقد استعرض (Goleman, 1998) الذكاء العاطفي في خمسة أهداف وعدة مهارات على الممرض/ الممرضة السعي لتحقيقها. تشمل هذه الأهداف التأمل الذاتي، القدرة على التكيف خلال الأزمات، إتخاذ مواقف أكثر إيجابية في التعامل مع المرضى والزملاء، فهم حالة المريض الجسدية والنفسية، وأخيراً زيادة التوجه نحو القيم الإجتماعية الإيجابية. وعليه، إن الذكاء العاطفي ليس مجرد موهبة أو فطرة عند الممرض/ الممرضة ولكن يمكن اكتسابها من خلال الخبرة المهنية والتفاعل البناء مع العاملين في الحقل الصحي.

The concept of emotional intelligence (EI) or emotional quotient (EQ) has gained interest of researchers over the past few years, regarding its implications within certain social systems (Tomey, 2009). Nurses are intelligent, possess sophisticated technical skills, and are educated to meet the physical and psychological needs of patients and families. Nurses have to face and deal with stress on daily basis irrespective of events in their personal lives. They have to demonstrate calm and collected performance in any situation or crisis that might face them. Emotional Intelligence helps nurses to explore how emotions function within oneself and others, how it can help to work smart, and its effect on patient satisfaction and outcome (Habel, 2010). The ability to manage emotions and handle stress are important predictors of career success. Researchers showed that 80% of success after graduation is related to the emotional quotient EQ and 20% is for intelligence quotient IQ (Singh, 2006).

response before the more fully informed cortical centers have completely understood what is happening and have time to a mutual response. Absence of amygdale lessens the ability to sense fear and rage, and has blunted emotional responses (Roussel, 2005). The hippocampus has an important memory function especially for events that are threatening such as a serious medication error. Emotionally intelligent people are aware of feelings as they occur, read their emotional reactions correctly, and have the ability to persist in a task or interaction regardless of their emotions (Roussel, 2005).

The Emotional Intelligence Map

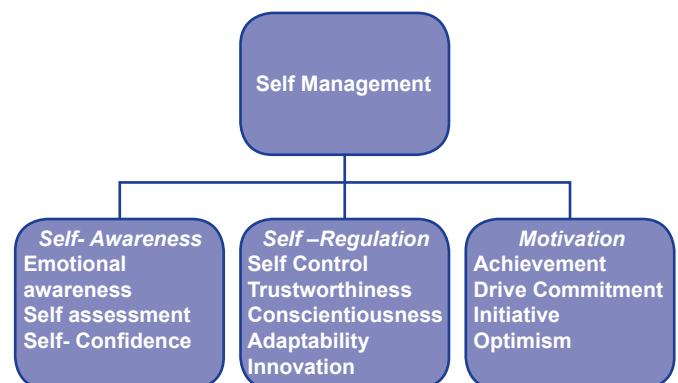
According to Goleman (1998), EI has five components: three are related to self management (Figure 1) and two are related to social skills (Figure 2) and comprise twenty five competencies in all. The five components are described in the next section.

Definition

Emotional Intelligence (EI) implies “the capacity for recognizing our own feelings and those of others, for motivating ourselves, and for managing emotions well in ourselves and in our relationships. Emotional intelligence describes abilities distinct from, but complementary to, academic intelligence.” Goleman (1998:34).

How the limbic system runs our life?

The amygdale and the hippocampus are two important limbic system structures. The amygdale is responsible for emotional matters; it can trigger an emotional



(Figure 1): From Goleman, 1998: working with emotional intelligence: Bantam Books.

1-Self-Awareness:

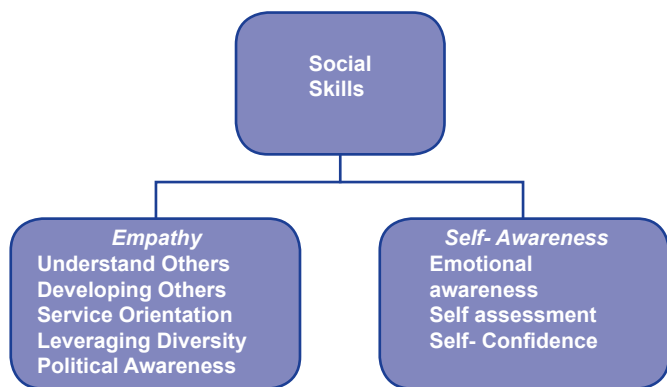
Nurses capable of a self-reflective process become aware of their own emotions (McQueen, 2004). However, if nurses do not really understand that they are frustrated, disgusted, irritated, angered or very sad regarding a patient situation; they are less likely to control the expression of these emotions, with potentially negative effects on the patient and their colleagues (McQueen, 2004). In short, regardless of the situation, nurses are well-advised to keep their emotions in check and balance. This will help nurses to appreciate effect of emotional behavior of other people, and to be realistic and logical and thus to be more confident.

2- Self Regulation:

To control inappropriate impulses and to think before acting. Nurses can find ways to manage their emotions and to direct them in a productive way in situations of fear and stress and thus to create a trusting working environment (Roussel, 2005). A nurse with low self-control against criticisms is more likely to take some comments or questions as personal attacks on him/her, and become less available to listen to and care for such a patient (McQueen, 2004).

3- Motivation:

Nurses are role models on their units to both their colleagues and to their patients. Optimism, commitment, and persistent in working towards achieving positive goals will motivate all those who are helping in delivering health care (Habel, 2010).



(Figure 2): From Goleman, 1998: working with emotional intelligence: Bantam Books.

4- Empathy:

Nurses are experts in showing empathy to patients and their families, but are not sensitive to distress in colleagues (Tomey, 2009). Nurses should know that when a staff member raises a concern to them as managers, he/she seeks both a solution and an empathetic response.

5- Social Skills:

Tomey (2009:108) described nurses with highly developed social skills such as communication, conflict management etc.... as “friendly with a purpose”. They have the ability to get people to cooperate with them. Tomey, also, explored the neuroscience explanation of how the brain can connect with other people and how to enhance interpersonal relations.

However, nursing practice requires some complex combinations of EI aspects so that nurses can be truly positive caregivers and successful leaders. A nurse with accurate understanding of her/his own (negative) emotion (for example, after noticing the failure of the treatments applied to a «special» patient or a «special» request from the subordinate) may be very anxious about communicating openly with the patient or the subordinate. This nurse may have insufficient self-confidence/esteem to persevere and demonstrate appropriate behaviors and feelings. Nurses with low self-control against criticisms may have compromised caring behaviors and leadership skills unless they compensate for this reactive sensitivity with stronger emotional awareness and professional commitment (McQueen, 2004).

Characteristics of a Person with High EI

A person with high EI, can make better decisions when faced with emotional dilemmas. S/He is better aware and able to find a time: to wait and to watch; to be aggressive and to be passive; to be together and to be alone, to fight and to love; to work and to play; to cry and to laugh; to confront and to withdraw; to speak and to be silent; and, to be patient and to decide (Singh, 2006).

Nurses can develop their EQ by upgrading their emotional skills. The popular thinking that EQ is entirely inherited is incorrect. Emotional Intelligence is not fixed at birth. There are no emotional intelligence genes as such that we know of today. It is something that can be learned and develop. Emotional skills can be modified and upgraded at any stage of life. In fact, age and maturity are positively correlated with EQ (Habel, 2010). Table 1. includes tips on how to increase your EI based on Singh, 2006.

Table 1:How to Increase Your EI

- Conduct a “personal inventory.”
- Analyze the setting & identify skills needed.
- Enlist trusted friends.
- Focus on few competencies.
- Practice calming, deep breathing, exercise...
- Be observant and reflective.
- Don't expect immediate results.
- Learn from your mistakes.
- Acknowledge your successes.

Habel, 2010 advised practicing acceptable emotions during highly stressful situations, when important decisions have to be made. "I need a few minutes", may be one to give time for thinking and reflection before taking any action (Habel, 2010). Training to express frustrations and negative emotions appropriately in the work place can be another effective strategy. Writing and documentation of events should not be done in the climate of conflict or stress. Rather, postponed until things have settled, so that emotions do not interfere with objective documentation (Habel, 2010).

Conclusion

Nurses need to interpret and understand how patients feel, to ascertain their motives and concerns, and demonstrate empathy during their care (McQueen, 2004). They also need to understand and manage their own emotions, to maintain high quality care, and

reduce stress and burn-out. Emotional Intelligence can be at the "heart of caring", and is related to nurses' caring behaviors (McQueen, 2004). Patients are not "normal" customers (McQueen, 2004). Hopefully this article would highlight the principles of EI among nurses to become aware of their emotions and more patient-centered in order to improve satisfaction as this is increasingly overshadowed by instrumental caring. Dear colleagues, there is a quote for Aristotle that says: "Anyone can be angry—that is easy. But to be angry with the right person, to the right degree, at the right time, for the right purpose, and in the right way — that is not easy."

References

1. Goleman D. (1998) Emotional Intelligence. New York, NY: Bantam Books.
2. Habel, M. (2010) Emotional Intelligence helps RN work smart. Nursing Spectrum, from the World Wide Web, <http://ce.nurse.com/topic Id=871>
3. McQueen, A. C. H. 2004. Emotional intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 101–108
4. Rousel L. (2005) Management and Leadership for Nurse Administrators. 4th ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
5. Singh, D. (2006) Emotional Intelligence at work, (3rd ed.) U.K.Sage publication.
6. Tomey,A.M (2009) Nursing Management and Leadership.(8th ed)St.Louis,MO Mosby:Elsevier.

Audit de pratiques de la préparation et de l'administration des médicaments à l'Hôtel Dieu de France

Thérèse Naoum Cadre de soins - Pédiatrie

tetina@msn.com

Mirna Antonios Cadre de soins - Nuit

Noha Merhi Infirmière - Médecine

Loreine Hage Cadre de soins - Urologie

Mariette Majdalani Cadre expert - Qualité

ملخص

تحت عنوان « خطأ دوائي » تأتي أخطاء التشخيص ، الوصف ، النسخ ، التحضير وإعطاء الدواء. يختص هذا العمل بالمرحلة الأخيرة وهي مرحلة التحضير وإعطاء الدواء.

يهدف هذا العمل إلى:

- تحديد اخطاء التحضير وإعطاء الدواء

- قياس الفارق بين التطبيق والإجراءات المعمول بها في المستشفى

أجريت هذه الدراسة عند جميع الممرضات في المستشفى ما عدا ممرضات وممرضين أقسام السرطان والعناية الفائقة. تضمنت الأسئلة معلومات عن الوضع الديموغرافي للممرضين وعن مدى إهتمامهم معايير التحضير وإعطاء الدواء تقاديا لتجنب الأخطاء الدوائية.

دامت مدة الدراسة مدة أربعة أيام متتالية وذلك خلال الساعات التي يكثر فيها احتمال إعطاء الدواء.

وفي النهاية تم إبلاغ الممرضات والممرضين بالنتائج وأصدرت توصيات حول هذا الموضوع من أجل ضمان أمانة دورة تحضير وإعطاء الدواء، في كل أقسام المستشفى.

Introduction :

L'erreur médicamenteuse est un fait, une situation, un écart à un standard de pratique. Elle est susceptible de provoquer un dommage ou un événement indésirable médicamenteux chez le malade. Selon Bates et al. (1995) et Taxis et al. (1999), les erreurs de préparation représentent 14% des erreurs médicamenteuses, les erreurs d'administration représentent 26% de ces erreurs.

Les erreurs de préparation et d'administration se situent à la dernière étape du circuit du médicament et font l'objet de cette étude. Le but de ce travail est de garantir la sécurité du circuit de préparation et d'administration des médicaments dans les unités de soins à l'HDF.

Objectifs :

Les objectifs de cet audit sont :

- Identifier, auprès des infirmières, les erreurs de préparation et d'administration des médicaments dans les unités de soins à l'HDF.

- Mesurer l'écart entre la pratique de préparation et d'administration des médicaments selon la procédure mise en vigueur à l'hôpital.

Méthode :

L'échantillon est formé de tous les actes de préparation et d'administration des médicaments par les infirmières dans les unités de soins à l'HDF.

Toutes les infirmières des services d'hospitalisation des équipes de jour et de nuit ont été incluses. Seules les infirmières des services d'oncologie et de réanimation ont été exclues.

Le cadre de référence de cet audit est celui des procédures de l'HD, concernant l'administration des médicaments, l'identification du patient et la préparation de la perfusion intraveineuse. L'instrument de mesure est une grille d'observation concernant la pratique de préparation et d'administration des médicaments. Elle comprend 2 parties. La 1ère partie porte sur les caractéristiques sociodémographiques des infirmières, soient : les catégories professionnelles, le nombre d'années d'expérience, et le nom de l'unité de travail. La 2ème partie porte sur les critères suivants : le type de médicament administré et les critères à respecter pour éviter une erreur de préparation et d'administration du médicament. Un pré-test a été effectué auprès des infirmières travaillant dans 2 unités de soins de l'hôpital, qui ont été exclus de l'échantillon. Aucun changement n'a été effectué. L'anonymat et la confidentialité des données ont été respectés.

L'audit de pratiques a été réalisé sur 4 jours consécutifs dans 12 unités de soins. Il a eu lieu aux heures où il y a le plus de probabilité d'administration de médicaments: de 8 h à 9 h, de 1h à 13 h, de 17h à 19h et de 19h à 21h. La saisie et l'analyse ont été effectuées sur le logiciel Epi info.

Résultats :

Au total, 250 des observations effectuées étaient de 250 dont 230 auprès des infirmières soignantes, 230 auprès des cadres et des stagiaires. Les résultats ont montré que 62,8% des infirmières avaient entre 0 et 5 ans d'expérience. La majorité d'entre elles (75%) respectaient le critère concernant l'individualisation de l'administration des médicaments, ceci veut dire qu'il faut administrer le médicament pour chaque malade à part. Seulement 37% des infirmières respectaient les règles de

préparation et d'administration des médicaments. A noter que 68% des infirmières administraient le traitement immédiatement après la préparation. La documentation de l'administration des stupéfiants était réalisée dans 90% des observations immédiatement après l'administration.

En ce qui concerne la conservation des médicaments après dilution, 44% des infirmières notaient le nom du patient, 87% notaient la date sur le flacon et 75% le volume de dilution.

Conclusion :

L'audit de pratiques concernant les erreurs médicamenteuses auprès des infirmières de l'HDF a permis de mesurer l'écart entre la pratique et les protocoles de l'HDF. Il s'est avéré que le respect des procédures de préparation et d'administration des médicaments n'est pas appliqué à 100% par les infirmières.

Les résultats ont été restitués à la Directrice des soins et par la suite à toutes les infirmières durant une séance plénière.

Un plan d'amélioration et de suivi sur trois mois a été diffusé par la direction de soins. Les cadres de soins étant chargés de fixer des objectifs adaptés à leur unité, en fonction de leur résultat et d'assurer un suivi régulier de l'application des recommandations, auprès de chaque infirmière.

L'évaluation des pratiques est un processus continu, le suivi des activités au quotidien permet de garantir des soins de qualité.

Références

1. E Dufay, E Schmitt, Réseau épidémiologique de l'erreur médicamenteuse (REEM).
2. Bates, DW, Cullen, DJ, Laird N, et al. (1995). Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. Implications for prevention. ADE Prevention Study Group. JAMA; 274(1):29-34.
3. Taxis K, Dean B, & Barber N. (1999). Hospital drug distribution systems in the UK and Germany: A study of medication errors. Pharmacy World and Science 21(1):25-31.

Journey Across Times... Against All Odds

Gladys Mouro, RN, MSN, PhD(H), Assistant
Hospital Director for Patient Care Services,
American University of Beirut Medical Center
gm01@aub.edu.lb

Mazen Ghaziri, RN, BSN, MPH, Magnet Project
Coordinator, American University
of Beirut Medical Center

ملخص

يسلط هذا المقال الضوء على نيل الجامعة الاميركية في بيروت المركز الطبي اعتماد "ماغنيت" من خلال اعطاء صورة موجزة عن ماهيته، أهميته، ورحلة المركز الطبي نحو هذا الإعتقاد.



The American Nurses Credentialing Center's (ANCC) Magnet Recognition Program® granted the American University of Beirut Medical Center (AUBMC) its prestigious Magnet® designation on June 23, 2009.

The Magnet program recognizes nursing excellence «in the delivery of care to patients, promoting quality health care services in an environment that supports professional nursing practice, and providing a mechanism for the dissemination of best practices in nursing services.»

Only 6.3% of all US hospitals are Magnet® recognized and the AUBMC is the first healthcare institution in the Middle East and the third in the world outside the United States to receive this award after two healthcare organizations in Australia and one in New Zealand. Magnet® recognized organizations set the global standard for professional nursing care and innovative health care reform that fully meet the needs of patients, families, and communities.

Being on the Journey to Excellence™, may seem endless, especially when the destination is simply "the horizon" towards excellence. As AUBMC, we have been

and will always be on such a Journey, in times of war and times of peace as well, for the main reason of our existence as an institution is to "maintain a leadership role in consistently providing excellent, accessible and comprehensive health services to the people of Lebanon and the region while continuing and enhancing our tradition as a distinguished academic and research medical center"(extracted from the AUBMC Mission).

The decision to apply for Magnet® status in 2003 marked both the culmination of a long process to rebuild nursing services at the hospital after the 15-year Lebanese civil war and the beginning of an ambitious campaign to transform the practice of nursing at AUBMC and to set new nursing standards for the region. During the six-year Magnet application process the Nursing team at AUBMC introduced comprehensive changes to improve nursing practice at the Medical Center that were confirmed by a team of three appraisers from the US-based ANCC in April 2009.

From August 2007 and until February 1, 2009 the AUBMC Nursing Services was busy preparing the Magnet Written Documentation which ended up to be

3,700 pages that were shipped to the USA on January 23, 2008. In addition to the written documentation, many environmental changes took place on this journey towards excellence. Magnet involves "creating and sustaining a culture of excellence....the process of applying for the designation is thorough and lengthy, demanding widespread participation within the organization" as reflected on the ANCC Magnet® website. The journey involved a lot of effort from nursing, departments, and the community. Although it is a nursing lead initiative, it is an organizational journey and most significantly an organizational designation.

Thinking of the Journey towards Magnet Excellence TM in the year 2003, and being officially on the Journey since August 2007, and achieving the Magnet® designation in 2009 is the result of serious and persistent efforts from the institution towards excellence; excellence towards patients, staff, visitors and the community.

The AUBMC continued with celebrating the Magnet designation in early October 2009 where more than 5,000 staff nurses, health-care executives, and nurse leaders from the United States and 12 countries around the globe (including a team from AUBMC) met to network and explore the relationship among leadership innovation and nursing practice outcomes at the American Nurses Credentialing Center National Magnet Conference held at the Louisville, Kentucky Convention Center. The conference theme was «Inspiring Innovation, Achieving Outcomes.»

The conference provided different venues and means for sharing stories through pre- conference workshops, plenary and closing sessions, concurrent sessions, poster presentations, the Art of Magnet Nursing Gallery, the Magnet film festival, network meetings, international meetings, and the welcome party at the Louisville Slugger Field.

The AUBMC team of 20 delegates, led by Assistant Hospital Director for Nursing Gladys Mouro, was there at the ANCC National Magnet Conference to celebrate their own recently acclaimed Magnet Designation (June 2009). The high point for the team came when AUBMC was announced among the Magnet designated facilities during the Magnet celebration session of newly and redesignated facilities. Another exciting moment for AUB's team was the performance during the international luncheon of the Lebanese dabkeh by a group from the Lebanese Student Organization of Ohio State University.

A key highlight of the conference was the attendance and honoring of HRH Princess Muna Al Hussein of the Hashemite Kingdom of Jordan as the first recipient of an award created in her name to recognize an individual who demonstrates dedication to nursing and innovative approaches to health care.

According to ANCC, "Magnet® recognized organizations will serve as the fount of knowledge and expertise for the delivery of nursing care globally. They will be solidly grounded in core Magnet® principles, flexible, and constantly striving for discovery and innovation. They will lead the reformation of health care; the discipline of nursing; and care of the patient, family and community".

With the Magnet® designation we are making history for the future generations. Being on the journey and holding the Magnet designation has increased the responsibility on the AUBMC and the Nursing Services towards healthcare and nursing community; this journey seems endless when the destination is simply the horizon towards excellence, where AUBMC will always be leading the way for people of Lebanon and the region.



References

1. American Nurses Credentialing Center's website: <http://www.nursecredentialing.org/>

A Multidisciplinary Approach for the Pressure Ulcer Prevention and Management at the American University of Beirut Medical Center

Authors

Nada Nassar, RN, BSN, MSN
nn16@aub.edu.lb

Zeinab Mallah, RN, BSN, MPH

Nancy Helou, RN, BSN, MS

Acknowledgement

Theresinia Menassa, RN, BSN, WCNS

ملخص

إن الهدف من هذا البحث تحديد الفعالية من تعدد المناهج في تحسين القرحات الجلدية خلال إقامة المريض في المركز الطبي التابع للجامعة الأميركية في بيروت. بعد حوالي التسعة أشهر أدت هذه الجهود إلى تحسين نسبة القرحات الجلدية 7٪ مما أدى إلى تحسين تعاظمي الجهاز الطبي في معالجة القرحات الجلدية.

Objective

The aim of the study was to determine the effectiveness of the multidisciplinary Pressure Ulcer (PU) prevention and management program, at the adult nursing critical care, step down, medical and surgical units of the American University of Beirut Medical Center (AUBMC), Lebanon.

Pressure Ulcers account for serious localized injury to the patient skin and/or underlying tissue over a bony prominence and are associated with increased mortality, morbidity and health care costs (Langemo, 2003). Pressure Ulcers usually results from pressure or friction/shear and are mostly preventable. Studies have shown that effective prevention programs should start by properly identifying patient at risk and implementing preventive strategies (Mayo Clinic, 2004).

In AUBMC, the unit "acquired PU prevalence" is measured and monitored quarterly. Results are continuously shared with Registered Nurses (RNs) who set unit level action plans. However, the increasing rate necessitated a departmental initiative. Despite previous RN education on PU prevention and management, proper training and reinforcement with evidence based guidelines and protocols were required. Moreover, a multidisciplinary coordination in PU prevention and management was practically nonexistent. In addition, some equipment and supplies essential for prevention

of skin breakdown and treatment of existing or developing ulcers were not available.

Method

A descriptive study was conducted to compare the percent unit acquired pressure ulcer rate, pre and post the implementation of a PU prevention and management program. The program implementation started in April 2008, at the beginning of quarter 2 (April- May- June) and was well established by the end of June 2008. The program consisted of the following:

1. Initiation of a multidisciplinary committee to set a plan of action to decrease PU incidence
2. Revision of the existing nursing policies on PU to become multidisciplinary and the development of prevention and treatment protocols. The focus of the policies was broadened and not only limited to skin breakdown due to pressure but covered maintenance of skin integrity and prevention of skin breakdown. The role of every health care professional in prevention and treatment of skin breakdown was described and specified
3. Allocation of a Wound Care Nurse Specialist (WCNS) and unit level expert RNs to act as clinical resources
4. Sending the wound care nurse specialist to Mayo Clinics for advanced training.

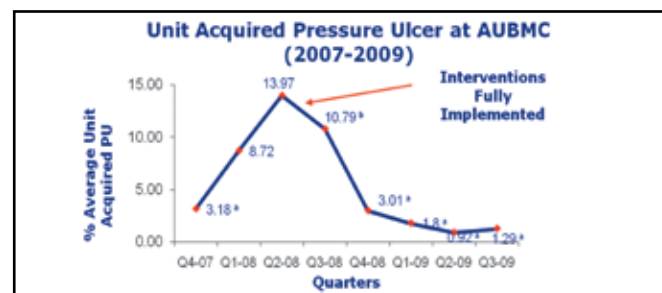
5. Teaching staff (Nursing, medical, physiotherapy, and dietary) on the identification of patients at high risk of skin breakdown
6. Preparing prevention and treatment protocols to be approved by the task team
7. Preparing procedural and dressing guidelines by task team members
8. Revisiting the Braden Scale to include National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI) requirements. In September 2007, the AUBMC Nursing Quality Improvement program (NQI) joined the NDNQI. Subsequently, the data collection method on PU unit prevalence was restructured.
9. Training RNs on the new protocols, and on the assessment and staging of PU. The PU prevention and treatment protocols were illustrated as posters and placed on the nursing units.
10. Purchase of new supplies (heel protectors, dressings, beds, mattresses, etc). There was a need to replace some used equipment and supplies with other brands that have better characteristics for maintenance of skin integrity and promoting better healing of broken skin
11. Alerts and posters on PU placed on the nursing units, and patient rooms

The measurement of the unit acquired PU prevalence was carried out quarterly before and after the implementation of the program. A percent rate was calculated and monitored. The comparison from quarter to quarter was analyzed using the paired t-test of the SPSS version 16 at a significance level of $p < 0.05$.

Results

The average unit acquired PU percent rate decreased significantly from 10.79 % in Quarter 3 2008 to 3.01 % in Quarter 4 2008 finally reaching its lowest in Quarter 2 2009 0.92% ($t=3.5$, $p < 0.01$). The decline

could be attributed to better assessment, prevention and management of PUs. In addition, it was noted that after the extensive training of the nurses, they are more competent in assessing patients at risk, using and documenting prevention techniques, staging PUs and choosing the appropriate dressing for treatment. Also, physicians and patients sent letters highlighting the importance of the role of the wound care specialist in improving pressure ulcers. Moreover, many patients from the community were referred to the WCNS after hearing about the accomplishments done by her.



Conclusion

Based on the above results, there is a definite benefit to the introduction of clinical resources and adopting a multidisciplinary approach in addition to development of protocols to guide the nurses in decreasing the PU prevalence in hospitals.

Clinical Implications

Adopting a multidisciplinary approach to decrease PU incidence rate proved to be effective. The nurses are able to assess the patients more thoroughly and effectively as well as start preventive measures for patients at high risk to develop PUs. Moreover, the RNs are consulting with the WCNS and the vascular doctors when faced with community or hospital acquired PUs to start the suitable treatment the soonest the possible.

References

- Center on Aging, University of Kansas Medical Center, Central Plains Geriatric Education Center (CPGEC). Retrieved August 12, 2005 Printable Resources, Prevention of Pressure Ulcers. Web site: http://coa.kumc.edu/GEC/modules/printable_resources.htm.
- Langemo, D., Anderson, J., and Volden, C. (2003). Skin and wound care extra: Uncovering pressure ulcer incidence. *Nursing Management* 34 (10): 54 – 57
- Mayo Clinic (2004). Nursing diagnosis guidelines G-5.1: Risk for impaired skin integrity. Retrieved July 22, 2005 from the Wound Care Center at Mayo Clinic. Web site: <http://mayoweb.mayo.edu/nurs-pcg/pc05-01.htm>.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, Support Surfaces Standards Initiative Terms and Definitions Ver.08/29/2006. Web site: www.npuap.org.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, Statement on pressure ulcer prevention (1992) Web site: www.npuap.org.

The use of full scale patient simulators in the education of nurses. An Overview.

Rainer C. Gaupp

Director of Education

Lebanese European Academy of Emergency Medicine

Dipl. RS, EEMSP, EMSEDU

r.gaupp@umedic.de

Eliane Wannous

RN, LEAEM Head Instructor, SGH, UMC

ملخص

تُعتبر محاكاة المريض (Patient simulation) طريقة جديدة لتعليم الممرضين والممرضات عن بعض المهارات السريرية، وهناك القليل من المقالات المتعلقة باستعمال هذه الطريقة كوسيلة تدريب للأشخاص العاملين في الحقل التمريضي في لبنان. تهدف هذه المقالة الى إعطاء فكرة عامة عن مبادئ التدريب بالمحاكاة، وكيفية استخدام التكنولوجيا المتوفرة، بالإضافة إلى إظهار الأثر التربوي والعلمي لهذه الوسيلة على العمل التمريضي. تتضمن هذه المقالة شرح مختصر للأبحاث العلمية والاستراتيجيات المستخدمة لتطوير سلامة المريض، مما يعطي بعض الأفكار والمعلومات الإنسانية المتعلقة بالمنهج التعليمي لهذه المهارات وإيجابياتها العملية، بالإضافة إلى القيود أو السلبيات التي يمكن أن تنتج عن استخدامها بشكل واسع النطاق. كما أن هذه المقالة تلخص نتائج بعض الدراسات المنشورة عالمياً، وتنقل رؤية واضحة حول طريقة محاكاة المريض، معتمدة على التجربة العملية في هذا المجال في لبنان والعالم.

Background

Professional nurses require a specific set of competencies, which has to be acquired while the nurses are in basic professional education. These core competencies include knowledge related to pharmacology, pathophysiology, assessment and management of symptoms (Hofmann et al 2007), also in addition to critical thinking, analytical skills and behavioral aspects. Furthermore the concept of life-long-learning (Clapper, 2010) and the rapidly growing knowledge and technology in nursing and medicine (Grant et al, 2008) forces healthcare professionals to participate in continuous training and education. However, some crucial objectives may be difficult to approach with classical teaching methods. Full scale patient simulators enable teachers and clinical instructors to facilitate learning for both the novice and expert students (Issenberg et al, 2005). If correctly

applied, patient simulation improves learning for cognitive, affective and psychomotor skills (Gallagher, 2004; Gordon et al, 2006).

Definition

Patient simulation applies a wide field of educational theories and procedures (Kaufman, 2003), and utilizes a set of technology virtual or real environments and socio-cultural elements. Thus, various definitions for patient simulation can be found (Dieckmann et al 2009; Kyle et al, 2008; Rall, 2010). In general, the concept of patient simulation is to generate a learning atmosphere, which allows the student a self-directed learning process, visualizes complex processes and enables learners to develop (Kaufman, 2003) and repeatedly practice various skills (Issenberg et al, 2005). Whereas some elements of patient simulation (e.g. role plays, simple skill trainers, CPR mannequins) have

been used for decades in medical education, more advanced technology has been introduced relatively recently (Issenberg et al, 2005).

Simulation Technology

Medical simulation uses skill trainers, patient simulators of various fidelity levels, and virtual reality software (Rall et al, 2010, p. 3030). Simple skill trainers allow the student to practice isolated skills such as IV-insertion, auscultation or wound care. More advanced skill trainers utilize both haptic interfaces and virtual reality software in order to simulate more invasive or complex skills such as endoscopic surgical skills or percutaneous coronary intervention (Kyle, 2008, p. 49). Full scale patient simulators are mannequin-based devices (in the size of adults, children or infants); they allow training of a wide set of psychomotor skills such as airway management skills, CPR, IV insertion, Foley insertion, NG-tube or intra osseous cannula insertion. Furthermore these simulators are computer operated and show virtual patient monitors, allow ECG recording, defibrillation or end-tidal CO₂ detection. Realism in those mannequins is enhanced by palpable pulses, audible chest-sounds, BP monitoring, pupil reaction etc. Thus, advanced patient simulators allow highly realistic training of both psychomotor skills and analytical skills (Rall, 2010, p. 3021) which are needed in the complex field of nursing.

Training of core competencies

Professional nurses require a solid knowledge related to various fields of the health care science (Hoffmann et al, 2007) based on which core competencies arise. Utilizing these competencies, the professional nurse participates in "goal-directed therapies" (Bryant et al, 2009), such as the treatment of respiratory distress, severe shock or other life threatening incidents including cardiac arrest.

Apart from technical competencies, nurses also need to acquire certain behavioral skills being a team-leader and a team-member, displaying non-judgmental criticism and improving decision making (Calhoun et al, 2009).

In this regard, nursing education must focus on both the foundation of theoretical knowledge and the transfer of this knowledge into clinical practice. In order to better understand the motivation of adult learners, Knowles identified specific characteristics of the adult learner which include self-directed learning, experience as a resource of learning, readiness to learn and, most important, the application of knowledge. Although these characteristics may not only be true for adult learners, they express what kind of learning environment is required for the education of nurses (Clapper, 2010).

Currently, most of the above mentioned core competencies are learned and practiced under the supervision of a clinical instructor within the hospital.

Although bedside teaching allows a highly realistic experience for the nurse as a student, and fulfills all of the characteristics described by Knowles, bedside teaching has several disadvantages. Bedside teaching happens in an atmosphere which might not be safe for the nursing student (in terms of harming a real patient) or the student might be afraid of applying certain skills (such as the insertion of an IV catheter in a patient with difficult veins). Furthermore, especially in critical care education, the student might not be allowed to actively participate in the management of a severe crisis, but rather observe the process only.

Patient simulation however gives nursing students the opportunity to develop, practice and repeat skills which directly improve their self-directed learning. Important skills, including the appraisal of new information and the identification of knowledge gaps, are applied in both the simulation scenario, and the debriefing of the scenario (Kaufman, 2003). Several studies evaluated the effectiveness of specifically designed simulation scenarios to train core competencies, such as early goal-directed therapy (Brynt et al, 2009), assessment and management of deteriorating hospital patients (Lone et al, 2009), Advanced Cardiac Life Support (Riley, 2008, p. 67) or Basic Life Support (Irwyn, 2006). All of these studies concluded, that the implementation of full-scale patient simulation facilitates learning of core competencies. Although the available data are encouraging, traditional learning strategies, including supervised clinical practice will not be replaced by patient simulation. Simulation can rather contribute as a confidence- and skill improving measure prior to clinical experience, and in continuous education and training in rare procedures, analytical skills and team communication.

Patient Safety and Communication

In 1999 the Institute of Medicine (IOM) published a crucial report about patient safety issues in the United States (Kohn, 2006). This report described in detail, which type of medical errors happen, why they happen and when they happen. Furthermore the report stressed the importance of good communication, team leadership and standardized procedures in order to enhance patient safety. An excellent example for improving patient safety strategies is the field of anesthesia, where patient simulation has been used for decades to improve both technical and behavioral skills of nurses and physicians.

The range of potential actions to improve patient safety is wide and includes an individual and systemic- or organizational approach. The IOM has identified 5 important principles which can be applied to improve patient safety (Kohn, 2006, p. 166). These principles include:

- Provide Leadership.
- Respect Human Limits in Process Design.

- Promote Effective Team Functioning.
- Anticipate the Unexpected.
- Create a Learning Environment

If one analyses these principles in more details, he/she will recognize, that the benefits of patient simulation will in fact help in the application of each principle. It needs to be stressed, that every member of the hospital staff needs to actively participate in patient safety strategies. Both basic and further education for nursing need to approach patient safety issues in their curriculum. The above mentioned principles, especially the latter three that are tackled in specific Crisis Resource Management Trainings (Croskerry, 2009, p. 188; Kohn, 2006, p. 174; Kyle et al, 2008, p. 280; Rall, 2010, p. 3030 ; St. Pierre et al, 2007, p. 13), allow the practical application of communication models, CRM principles and patient safety strategies and may be done in a nursing- or multi-professional group of students.

Patient Simulation in Lebanon

Although patient simulation is now used in many fields of medical education (Grant et al, 2008) including anesthesia, surgical skills, traumatology, or (pediatric) advanced life support, large scale implementation in nursing education has not yet started. Nevertheless, some institutions in Lebanon already apply patient simulation techniques or are about to implement patient simulation in their nursing curricula in further education programs.

Among others, institutions including Saint Georges Hospital, The Rafik Hariri School of Nursing at the American University of Beirut, or the Beirut Arab University implemented simulation-based training recently and reported enormous success, especially in terms of satisfaction of students and learning motivation. Although there is currently no formal study to evaluate satisfaction and/or effectiveness of simulation training in Lebanon, it seems that the informal feedback of Lebanese nurses by institutional course evaluations in the mentioned centers in Lebanon, is consistent with positive feedback from other groups published elsewhere (Dieckmann et al, 2009; Dunn, 2004; Issenberg et al (2005); Lone et al, 2009).

References

- Bryant Nguyen, Lynda Daniel-Underwood, Chad Van Ginkel, Melanie Wong, David Lee, Anthony San Lucas, ... (2009). An educational course including medical simulation for early goal-directed therapy and the severe sepsis resuscitation bundle: An evaluation for medical student training. *Resuscitation*, 80(6), 674–679.
- Calhoun, A. W., Rider, E. A., Meyer, E. C., Lamiani, G., & Truog, R. D. (2009). Assessment of Communication Skills and Self-Appraisal in the simulated environment: Feasibility of Mulirater Feedback with Gap Analysis. *Sim Healthcare*, 4(1), 22–29.
- Clapper, T. C. (2010). Beyond Knowles: What Those Conducting Simulation Need to Know About Adult Learning Theory. *Clinical Simulation in Nursing*, 6, e7-e14.

Recommendation

Although the evidence to support the effectiveness of simulation in nursing education is limited (Spillane et al, 2006), important features and aspects of simulation training have been shown to lead to effective learning (Issenberg et al, 2005). Thus, implementation of simulation training in the nursing education in Lebanon should be put in action by all involved institutions. In this regard it is important to emphasize on the application of the principles of patient simulation which will certainly improve learning for the future nurses. A highly sophisticated high-tech environment is not necessarily needed to apply those principles.. Most of the key points identified by Issenberg et al (2005). (e.g. feedback during learning experience with the simulator, repetitively practice, and learning in a controlled environment) can even be achieved with medium-fidelity simulators. In this regard, both teaching hospitals and nursing faculties should develop an action plan to train instructors in the principles and application of patient simulation and positive debriefing, and integrate simulators into the overall curriculum.

Conclusion

Patient simulation is a relatively new tool in medical education which became more available in the recent years. Although full scale simulators remain relatively expensive, the benefits for both nursing qualification and patient safety are obvious and will soon outrange the investment. Literature has revealed the existence of many publications about the utilization of patient simulation in nursing education. Many enthusiastic nursing educators are active in the field of implementation and curriculum design. Major healthcare institutions in Lebanon have already implemented "Simulation Labs" and may increase their offer of various courses for basic- and further qualifications of nurses.

- Croskerry, P. (2009). Patient safety in emergency medicine. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Dieckmann, P., & et al (2009). Using Simulations for Education, Training and Research (3rd ed.). Lengerich: Papst Science Publishers.
- Dunn, W. F. (2004). Simulators in critical care education and beyond. Des Plaines IL: Society of Critical Care Medicine.
- Gallagher, A. C. C. (2004). Approval of virtual reality training for carotid stentin: what this means for procedural-based medicine. *JAMA*, 292(24), 3024–3026.
- Gordon, J. A., Brown, D. F., & Armstrong, E. G. (2006). Can a simulated critical care encounter accelerate basic science learning among preclinical medical students?: A Pilot Study. *Sim Healthcare*, 1(1), 13–17.
- Grant, T., McNeil, M. A., & Luo, X. (2008). Absolute and Relative Value of Patient Simulator Features as Perceived by Medical Undergraduates. *Sim Healthcare*, 3(3), 133–137.
- Hoffmann, R. L., O'Donnell, J. M., & Kim, Y. (2007). The Effects of Human Patient Simulators on Basic Knowledge in Critical Care Nursing with Undergraduate Senior Baccalaureate Nursing Students. *Sim Healthcare*, 2, 110–114.
- Irwyn Shepherd, & Claire Chatwin (2006). Preparing ward nursing staff for more effective team involvement in a code blue (BLS/ALS) utilising high fidelity patient simulation (HFPS). *Resuscitation*, 70(2), 330.
- Issenberg, S. B., McGaghie, W. C., Petrusa ER, Gordon, D. L., & Scalese RJ. (2005). Features and uses of high-fidelity medical simulation that lead to effective learning: a BEME systematic review. *Medical Teacher*, 27(1), 10–28.
- Kaufman, D. M. (2003). ABC of learning and teaching in medicine: Applying educational theory in practice. *BMJ*, 326, 213–216.
- Kohn, L. T. (2006). To err is human: Building a safer health system (5. print.). Washington, DC: National Acad. Press.
- Kyle, R. F., & Murray, W. B. (2008). Clinical simulation: Operations, engineering, and management (1. ed.). Amsterdam: Elsevier Acad. Press.
- Lone Fuhrmann, Doris Åstergaard, Anne Lippert, & Anders Perner (2009). A multi-professional full-scale simulation course in the recognition and management of deteriorating hospital patients. *Resuscitation*, 80(6), 669–673.
- Rall, M. G. D. M. (2010). Human Performance and Patient Safety. In R. D. Miller (Ed.), *Miller's anesthesia* (7th ed., pp. 3021–3103). Philadelphia, PA: Churchill Livingstone/Elsevier.
- Riley, R. (2008). *Manual of simulation in healthcare*. Oxford New York: Oxford University Press.
- Rodgers, D. L., Securo, S., & Pauley, R. D. (2009). The Effect of High-Fidelity Simulation on Education Outcomes in an Advanced Cardiovascular Life Support Course. *Sim Healthcare*, 4(4), 200–206.
- Shapiro, M. M. J., Small S, & Et alJ (2004). Simulation-based teamwork training for emergency department staff: does it improve clinical team performance when added to an existing didactic teamwork curriculum? *Qual Saf Health Care*, 13(6), 417–421.
- Spillane, L. & et al. The evidence-base for using simulation in medical education: selected readings and executive summary.: Submitted to the SAEM Board on Behalf of the Simulator Task Force: *Objective # 3a*, February 20, 2006.
- St. Pierre, M., Hofinger, G., & Buerschaper, C. (2007). *Crisis Management in Acute Care Settings: Human Factors and Team Psychology in a High Stakes Environment* (1. Ed.). Berlin: Springer Berlin.

Kangaroo Care: An Overview

Bahia Abdallah El-Moufti, BSN, MPH
Lecturer
Assistant Director, Nursing Program
Faculty of Health Sciences
University of Balamand
bahia.elmoufti@balamand.edu.lb

ملخص

يهدف هذا المقال إلى عرض مفصل عن تاريخ، فوائد وأهمية طريقة إعتقاد طريقة الكونغروفي مرافق الولادة وذلك لتأمين الراحة والصحة المثلى للأمهات والأطفال حديثي الولادة.



Historical Overview

Kangaroo Care (KC) method is an old tradition; it was established by Edgar Rey in 1978, and further developed by H. Martines and L. Navarrete at the Instituto Materno Infantil in Bogota, Colombia in response to inadequate and shortage of incubators (Feldman, 2004).

In many countries, KC was practiced in Neonatal Intensive Care Units' (NICU) for premature and low-birth weight infants and their families, allowing them to play a significant role in the care and survival of their babies within the NICU setting. Kangaroo Care provides a physical environment as safe as the incubator. Research has proven that KC has been proved to be effective for maintaining body temperature, breastfeeding, stimulation and bonding irrespective of setting, weight, gestational age, and clinical conditions (Wahlberg, 1991). The technique is now practiced in many developed as well as developing countries (Charpak, Figueroa De Calume & Ruiz, 2000; Sloan, Camacho, Rojas & Stem, 1994).

Physiologically and according to many studies, KC lowers heart rate, decreases apnea and bradycardia; maintains body temperature and improves oxygenation and gas exchange; and prolongs and augments breastfeeding rates and decreases length of stay at the hospital (Charpak, Figueroa, & Ruiz, 1998; Fischer et al, 1998; Ludington & Golant, 1993; Ludington & Swinth, 1996). Psychologically, Mothers reported more positive feelings towards the baby and lower maternal stress and babies responded better to maternal stimulation (Tallandini et al, 2004). Mothers were less depressed and felt more confident and competent in meeting their baby needs. Babies were more alert and more responsive and had higher developmental rates; and parents were more sensitive to their infant's needs, which were positively reflected on the whole family environment (Tessier et al., 1998).

Kangaroo Care Position

Kangaroo Care position according to World Health Organization guidelines (WHO, 2003) is based on

direct skin-to-skin contact between the mother and the new-born baby. The baby is placed in vertical position between the mother's breasts. The baby is dressed with nappy, cap and socks to prevent hypothermia. Ideally, mothers are the main source of nutrition and stimulation for the baby. Any other person can share the role of KC provider.

The KC does not require any special facilities. An adjustable chair or enough pillows are needed to facilitate an up-right position for the mother.

Kangaroo Care advantages

Kangaroo Care has a number of advantages for both parent and infant. It is a natural, easy-to-implement and cost-effective intervention to improve breast-feeding and reduce morbidity and mortality in Low Birth Weight babies (Cattaneo, Davanzo, Uxa & Tamburlini, 1998; Charpak, Ruiz-Pelaez, Figueroa de Calume & Charpak, 1997; Henning, 2006; Rodriguez, Nel, Dippenaar & Prinsloo, 2007) and earlier discharge (Hann et al., 1999). It promotes nurturing behaviors that support growth and development (Dodd, 2005), including mental development (Tessier et al., 2003). In South Africa KC has become an integral component of routine neonatal care (Heyns, Gie, Goussard, Beyers, Warren & Marais, 2006), for which local guidelines have been published by Dippenaar et al. (2006). Moreover, skin-to-skin contact is a remarkably potent intervention against the pain experienced during heel stick in newborns. A study of 30 full terms healthy neonates demonstrated that crying and grimacing were reduced by 82% and 65%, respectively, from infant control's levels of crying and grimacing when KC was used during the heel-lance procedure (Gray, Watt, & Blass, 2000).

Kangaroo care, also known as kangaroo mother care, comprises continuous skin-to-skin contact between mother and infant, with exclusive or nearly exclusive breast-feeding, and early discharge home with the infant in the kangaroo position (Charpak et al., 2005).

References

- Cattaneo, A, Davanzo, R, Uxa, F & Tamburlini, G (1998). Recommendations for the Implementation Of Kangaroo Mother Care For Low Birthweight Infants. *Acta Paediatrica*, 87(4), 440-445.
- Charpak, N., Figuerzo, Z. & Ruiz, J.G. (1998). Kangaroo mother care. *Lancet*, 351, 914.
- Charpak, N., Ruiz-Peláez, J.G., Figueroa, Z., & Charpak, Y. (1997). Kangaroo mother versus traditional care for newborn infants less than 2000 grams: A randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 100(4), 682-688.
- Charpak, N, Ruiz, Jg, Zupan, J., Cattaneo, A, Figueroa, Z, Tessier, R, Cristo, M., Anderson, G., Ludington, S., Mendoza, S., Mokhachane, M & Worku, B (2005). Kangaroo Mother Care: 25 Years After. *Acta Paediatrica*, 94(5), 514-522.
- Dodd, V (2005). Implications of Kangaroo Care for Growth and Development in Preterm Infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34(2), 218-232.
- Dippenaar, H; Joubert, G & Brussow, Me (2006). Guidelines for Kangaroo Care in District Hospitals and Primary Healthcare Maternity Sections in the Free State. *SA Family Practice*, 48(9),16-16c.
- Feldman, R (2004). Mother-infant skin-to-skin contact (kangaroo care). Theoretical, clinical and empirical aspects. *Infants and Young Children*, 17(2):145-161.

Kangaroo care is the «most feasible, readily available, and preferred intervention for decreasing neonatal morbidity and mortality in developing countries» (Charpak et al., 2005), and has been endorsed by WHO as the best option for survival of LBW infants born in hospitals with inadequate resources (WHO, 2003). Moreover, KC facilitates the initiation and establishment of breastfeeding. Mother's milk is the best nutrition for babies and breastfeeding is the best method of feeding. It should be a nutritional priority due to the biological uniqueness of breast milk, which responds to the infant's gestational age and needs. In settings with a high incidence of premature/LBW infants, the most cost-effective and beneficial manner of caring for a stable preterm infant is KC (WHO, 2003).

Role of parents in caring for their preterm infants

Parents, particularly mothers, have additional responsibility when they provide KC for their preterm infants. This is reported, however, as being a positive and empowering experience with respect to physiologically stable premature infants (Charpak et al., 2005; Hann et al., 1999; Neu, 1999; Roller, 2005). In a study investigating the psychological impact of KC on mother-infant bonding with preterm infants, Tallandini and Scalembra (2006) found that KC enhanced mother-infant interaction and decreased significantly maternal emotional distress.

Father's role is also very important but still underestimated maybe because fathers are not well prepared psychologically, physically and emotionally to take care of their newborn babies (Lindberg, Axelsson & Ohrling, 2007) and the mother usually takes most of the responsibilities. Kangaroo care provides an important opportunity for fathers to participate actively in the care of their preterm infants, which in return, gives them emotional fulfillment and reflects positively on the family unity (Lindberg et al., 2007; Neu, 1999).

- Fischer, C. G., Sontheimer, D., Scheffer, F., Bauer, J. & Linderkamp, O. (1998). Cardiorespiratory stability of premature boys and girls during kangaroo care. *Early Human Development*, 52, 145-153.
- Gray, L., Watt, L., & Blass, E.M. (2000). Skin-to-skin contact is analgesic in healthy newborns. *Pediatrics*, 105 (1), e14.
- Hann, M; Malan, A, Kronson, M, Bergman, N & Huskisson, J (1999). Kangaroo Mother Care. *South African Medical Journal*, 89(1), 37-39.
- Henning, P (2006). Kangaroo Mother Care: KMC. *Professional Nursing Today*, 10(5), 44.
- Heyns, L., Gie, Rp, Goussard, P, Beyers, N, Warren, Rm & Marais, Bj (2006). Nosocomial Transmission Of Mycobacterium Tuberculosis In Kangaroo Mother Care Units: A Risk In Tuberculosis-Endemic Areas. *Acta Paediatrica*, 95(5), 535-539.
- Lindberg, B., Axelsson, K & Ohrling, K (2007). The Birth of Premature Infants: Experiences From the Fathers' Perspective. *Journal of Neonatal Nursing*, 13(4), 142-149.
- Ludington-Hoe, S.M., & Golant, S.K. (1993). Kangaroo care: The best you can do to help your preterm infant. New York, NY: Bantam.
- Ludington-Hoe, S.M., & Swinth, J. (1996). A successful long distance research collaboration for Kangaroo Care. *Applied Nursing Research*, 9, 219-224.
- Neu, M (1999). Parents' Perception Of Skin-To-Skin Care With Their Preterm Infants Requiring Assisted Ventilation. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 28(2):157-164.
- Rodriguez, A, Nel, M., Dippenaar, H & Prinsloo, E (2007). Good Short-Term Outcomes of Kangaroo Mother Care in Infants with a Low Birth Weight in a Rural South African Hospital. *SA Family Practice*, 49(5), 15-15c. Retrieved from <http://www.Safpj.Co.Za>
- Roller, Cg (2005). Getting To Know You: Mothers' Experiences of Kangaroo Care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34(2), 210-217.
- Sloan, N. L., Lenín, W. L. C., Rojas, E. P., Stern, C., & Maternidad Isidro Ayora Study Team (1994). Kangaroo mother method: Randomized controlled trial of an alternative method of care for stabilized low-birthweight infants. *Lancet*, 344, 782-785.
- Tallandini, MA, Scalembrá, C., Corbato P., Strain, T. & Demarini, .S (2004). The psychological impact of kangaroo mother care on mother-infant bonding in preterm delivery. 5^o Workshop Internacional sobre o Método Canguru. Rio de Janeiro, Brasil, 8-12 de novembro, 2004.
- Tessier, R., Cristo, M., Velez, S., Giron, M., Figueroa de Calume, Z., Ruiz-Palaez, J.G., Charpak, Y., & Charpak, N. (1998). Kangaroo mother care and the bonding hypothesis. *Pediatrics*, 102 (2, part 1 of 3), 390.
- Tessier, R., Cristo, M.B., Velez, S., Giron, M., Nadeau, L., Figueroa De Calume, Z., Ruiz-Palaez, J.G. & Charpak, N. (2003). Kangaroo Mother Care: A Method for Protecting High-Risk Low-Birth-Weight and Premature Infants Against Developmental Delay. *Infant Behavior and Development*, 26(3), 384-397.
- Wahlberg, V. (1991). The «Kangaroo method» and breastfeeding in low birth babies. *NU Nyttom U-landshalsøvard*, 3, 23-27.
- World Health Organization. (2003): Kangaroo mother care: A practical guide. Geneva: Department of Reproductive Health and Research.



International

L'Ordre au IVe Congrès Mondial des Infirmières et Infirmiers Francophones

Mona Nehmé

Directrice du Département des sciences infirmières
Faculté de santé publique - Université Antonine
directrice.dsi@upa.edu.lb

ملخص

تم في مراكش المؤتمر الرابع لجمعية الممرضات والممرضين في العالم الفرنكوفوني من ٧ إلى ١١ حزيران ٢٠٠٩. شاركت في المؤتمر حوالي عشرين ممرضة من مختلف القطاعات الأستشفائية والأكاديمية اللبنانية. وقد ساهمت نقابة الممرضات والممرضين في لبنان بتمويل ممرضتين للمشاركة بالمؤتمر وذلك بهدف عرض أبحاثهن.



Palais des Congrès de Marrakech

En juin 2009, l'Ordre des Infirmières et Infirmiers au Liban a participé au Congrès Mondial des Infirmières et Infirmiers Francophones. Ce congrès a été organisé par Le Secrétariat International des Infirmières et Infirmiers de l'Espace Francophone (SIDIIEF), en collaboration avec l'Association Marocaine des Sciences Infirmières et techniques sanitaires (AMSITS) et l'Association Lalla SALMA de lutte contre le cancer (ALSC), au Palais des Congrès de Marrakech, (Maroc) du 7 au 11 juin 2009.

1400 infirmières et infirmiers provenant de plus de 25 pays francophones ont assisté à ce congrès autour du thème : « *le Savoir Infirmier promoteur du développement humain* » dont une vingtaine provenant

du Liban.

En marge de ce congrès la présidente du SIDIIEF a réuni les représentants d'Ordres infirmiers de différents pays de la Francophonie pour élargir le réseau professionnel.

Le programme proposé, durant les 5 jours, était réparti en une séance inaugurale, des séances plénières, des séances parallèles, des ateliers thématiques des forums, des symposiums et des communications par affichages, traitant divers sujets dans les quatre domaines d'intérêt des soins : la pratique, le management, la formation et la recherche.

La séance inaugurale

A l'ouverture du congrès, le dimanche 7 juin en début de soirée et après la conférence de l'honorable Monique Bégin, professeure émérite à la Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa (Canada) sur « plus que soigner, créer la santé », le SIDIIEF a remis des prix de reconnaissance afin de rendre hommage aux infirmières et infirmiers qui ont contribué au rayonnement de la profession.

Les séances plénières

A partir du thème du congrès, « le Savoir Infirmier promoteur du développement humain », des orateurs de renommée ont fait des communications en séances plénières sur les principales problématiques de santé publique à l'échelle mondiale et sur différents sujets qui revêtent un intérêt pour les soins de santé et la profession infirmière.

Les séances parallèles

Plus d'une centaine de communications, exposées parallèlement dans différentes salles, ont traité des thèmes percutants axés sur la dimension clinique, la gestion des soins et des services, le leadership infirmier, la qualité de vie au travail, la formation, l'enseignement à la clientèle et aux professionnels et la recherche en sciences infirmières.

Les ateliers thématiques

Plusieurs activités ont été conçues, dans neuf ateliers thématiques, pour aider les infirmières à maintenir leurs compétences cliniques grâce à l'acquisition de connaissances scientifiques de pointe sur différents thèmes comme la mortalité maternelle, les soins des plaies, la promotion de la santé, la sécurité au travail, la gestion des maladies infectieuses, les normes de pratique en oncologie, la pratique en santé mentale, la pratique basée sur des résultats probants et enfin le développement des compétences des infirmières par des méthodes novatrices de formation.

Les symposiums et forums

Outre les forums où les intervenants ont tracé l'état de la situation et de leur réflexion sur la recherche et la formation infirmière dans leurs pays respectifs, quatre symposiums animés par les membres et les partenaires du SIDIIEF ont exploré les enjeux et les défis du développement de la profession.

Les communications par affichages

Parallèlement au congrès, 82 communications par affichages étaient exposées traitant les thèmes suivants : l'approche des soins, les soins des plaies, l'organisation des soins, les nouvelles technologies de l'information, la santé publique, l'éducation thérapeutique, la périnatalité, la recherche, le transfert de connaissances, les personnes âgées, l'oncologie et la formation.

En plus du programme, tous les membres ont participé à l'assemblée générale du SIDIIEF.

Un moment privilégié pour discuter du devenir du SIDIIEF et des différents enjeux professionnels au sein de la Francophonie.

Il est à noter que l'Ordre des Infirmières et Infirmiers au Liban a financé le voyage de deux infirmières qui ont présenté deux communications. La première a porté sur les facteurs prédictifs de la pratique régulière de l'activité physique chez les coronariens dans un centre hospitalier universitaire de Beyrouth, présentée par Mme Rima Kahwagi et la seconde a été présentée par Mme Hoda Richa sur les facteurs associés à la pratique de la mammographie de dépistage chez les femmes vivant dans la région de Zahlé.



Photo souvenir de la présidente de l'Ordre et de l'équipe libanaise à Marrakech

Report of the CNR meeting and ICN 24th Quadrennial Congress Held in Durban South Africa June 27-July 4, 2009

Nuhad Yazbik Dumit, RN, MA, PhD

Assistant Professor

CE/Off-Shore Program Coordinator

School of Nursing, American University of Beirut

ny00@aub.edu.lb

Ghada Aylé

Director of the Nursing Sciences Department

Faculty of Health Sciences

Sagesse University

ghada.ayle@uls.edu.lb

ملخص

انعقد المؤتمر الرابع والعشرون لمجلس الممرضات والممرضين العالمي في دوربن افريقيا الجنوبية من ٢٧ حزيران إلى ٤ تموز ٢٠٠٩. تمثلت نقابة التمريض في لبنان بالسيدات غادة العيلي وعائدة بيازيد عضوان في مجلس النقابة، كما حضر المؤتمر الدكتورة أمل منصور والدكتورة نهاد ضومط بدعم من النقابة وذلك بهدف عرض نتائج دراستيهما في المؤتمر. وحضر أيضاً كل من الدكتورة هدى ابوسعد هاير مديرة مدرسة التمريض في الجامعة الأميركية في بيروت، الأنسة غلاديس مورو مديرة قسم التمريض في مستشفى الجامعة الأميركية، والسيدة نجوى قيس من مستشفى الجامعة الأميركية، والسيدة لينا شويري مديرة قسم التمريض في مستشفى جبل لبنان. شاركت الممرضات اللبنانيات في المؤتمر بعدة نشاطات رئيسية منها مشاركة السيدتان عيلي وبيازيد في اجتماعات مجلس ممثلي الدول حيث شاركن في نقاشات وقرارات تتضمن الأمور المالية، والعضوية، والدستورية، ومواضيع بحث، وانتخابات مجلس الممرضات والممرضين العالمي حيث انتخبت السيدة روز ماري بريانت كرئيسة للمجلس. أيضاً عرضت الدكتورة منصور بحثها المتعلق بالمشروع الوطني لتنمية الممرضين والممرضات، كما عرضت الدكتورة ضومط دراستان حول نية الممرضات والممرضين في ترك عملهم ورؤية مدراء التمريض لتحديات الحفاظ على ممرضيهن وممرضاتهن.

The biennial meeting of the Council of National Representatives, the ICN's highest governing body, was held in Durban, South Africa, 27-30 June 2009. It was followed by the ICN 24th Quadrennial Congress from June 30 till July 3, 2009. The Order of Nurses in Lebanon graciously sponsored 4 of its members to attend and participate in the meeting and the congress.

The members of the order delegation were:

- Mrs Ghada Aylé and Mrs Ayda Bayazid, members of the Order Council. The purpose of their participation was to represent the Order of Nurses in Lebanon at

the Council of National Representatives; to identify the profession's priorities and future directions of the ICN; and to elect new ICN Board for the 2009-2013 quadrennium

- Dr Nuhad Dumit and Dr Amal Mansour to present three national research studies.

Additionally, Dr. Huda Abou Saad Huijjer, (Director School of Nursing AUB), Miss Gladys Mouro, (Assistant Hospital Director for Nursing Services, AUBMC), Mrs. Najwa Kais (from AUBMC), and Mrs Lina Aoun Choueiry, (Nursing Director, Mount Lebanon Hospital), attended the conference.

At the congress the group met other Lebanese nurses working outside Lebanon and made a presence at the CNR Parade of Member Associations at the Congress Opening ceremony by saluting Lebanon through hailing the Lebanese flag and singing the national anthem.



Activities Done and Sessions Attended

The following activities were performed during the CNR meeting and congress:

- **CNR Meeting attended by Ms. Ayle and Bayazid:**
- June 26: attending orientation session of the council of national representatives
- June 27 & 28: attending council of national representatives closed session
- June 29: attending opening ceremony

The ICN President and Chief Executive Officer reports were shared with the delegates bringing them up to date with the main activities carried out during the last biennium. We were particularly interested in hearing about the development of all projects. We have worked after with the CNR delegates intensively over four days in plenary and closed sessions. Participation from delegates was excellent and demonstrated a real wiliness to understand differing contexts and formulate solutions that would benefit all members. The discussion was about different topics such as:

Financial matters including ICN investment policy and ICN Membership fees and inclusiveness. The CNR endorsed and agreed to introduce, when membership growth allows, a multi-level incentive system.

Membership matters including Voting on new member. A new member, the Suriname Nurses Association (SNA) was approved for ICN Membership; and ICN Membership and Inclusiveness. CNR delegates discussed how to develop strategies to increase ICN membership and inclusiveness and agreed that the ICN Board with ICN staff would set out a participatory strategy to guide, support, monitor and communicate the progress of countries, including incentives for growth, and disincentives for retaining an unrepresentative status quo.

Constitutional matters where some amendments to the Constitution have been approved by the delegations to allow the implementation of the proposed changes included in the ICN Membership and Inclusiveness

CNR Forums where the Lebanese Order delegates attended the four CNR Forums which addressed the following topics:

- Politics and policy
- Home-based care
- Environmental Health
- Primary Health Care

- *Politics and policy*

In their contributions, participants identified political and policy level activities already underway in their countries giving examples of innovative and effective strategies already in place. Mrs Ghada Aylé gave the Lebanese experience. Several suggestions were proposed such as:

- The International Nurses Day should offer NNA a springboard to be more effective at the political level and is effective in engaging politicians and promoting the image of nursing;
- ICN should approach role model nurses in political level appointments to share their experiences especially those strategies that were effective in helping them achieve their aims;
- Addressing the need to strengthen the nursing positions and impact at the World Health Organization;
- NNAs should seek ways to ensure getting onto a delegation to contribute at the World Health Assembly.

- *Home-based care*

In their work Forum participants identified home-based care policy gaps in education, Advanced Practice Nurse/Nurse Practitioner, finance, safety, opportunities. They also proposed the following solutions:

- Promote the role of the nurse in the home care setting as the health professional responsible for the assessment of the patient and the delegation and supervision of the unlicensed health care worker where appropriate.
- Promote the role of nursing in the design of home based care services to ensure and address proper utilization of human health resources, quality of care and patient safety.
- Develop principles for education and models of supervision in relation to home based care in entry to practice, specialty practice as well as continuing professional development courses.

- *Environmental Health*

Discussions highlighted the fact that ICN and NNA are already working on environmental health. There was a consensus that this work must not only continue but increase with the following recommended strategies for ICN to include:

- Developing tools for health promotion and disease prevention including training in disaster nursing and

infection control.

- The generation and dissemination of environmental research as well as facilitating the exchange of NNAs' information/experiences.
- Occupational health legislation: workload and hours/week.

- *Primary Health Care*

The following points were identified for ICN future work:

- Need a strong policy advocating for nursing presence at all levels of policy making.
- Support nursing education that strengthens frontline role of nurses.
- Lobby for the concept of family health nurse and disseminate information on nursing models that support the nurse as team leader.
- Tackle the HIV pandemic within PHC by supporting universal access to prevention, care and treatment including male circumcision and the harmful practice of female genital mutilation through validated information.
- Highlight nursing role within the current context of financial crisis by disseminating evidence on nursing effectiveness and outcomes.

- **Election of the new Board for ICN for the 2009-2013 quadrennium**

One highlight of the CNR meeting was the election of the new ICN Board for the 2009-2013 quadrennium.

The following candidates were elected:

President: Rosemary Bryant

Members: Beatriz Carvallo Suárez, Rudolph Cini, Sylvia Denton, María Ángela Elías Marroquín, Marion Guy, Anna Karin Eklund, Williams (Bill) Holzemer, Masako Kanai-Pak, Marlene Smadu, Elisabeth Oywer, Peter Pozun, Julita Sansoni, Maria Augusta Sousa, and Teresa Yin.



- **Congress: Leading changes, building healthier nations.**

The Congress offered a scientific program of more than 1300 presentations, including plenary, main sessions and concurrent sessions, symposia, workshops, special interest sessions and posters.

The Order of Nurses in Lebanon delegates presented the following:

a. Presentation of research studies in concurrent sessions

1. A national study on intent to leave and job satisfaction of Lebanese nurses; June 30, 4 pm session, presented by Dr Nuhad Dumit.
2. Assessment of nurse retention challenges and strategies in Lebanese hospitals: The perspective of nursing directors; July 2, 12 noon session, presented by Dr Nuhad Dumit.
3. The National Nursing Development Project, How nurses can lead changes in their country, presented by Dr Amal Mansour.

b. Moderation of a session

Mrs. Ghada Aylé has moderate a session entitled: Nursing workforce and workplace. She has also represent the order in an interview, where the journalist wanted to know about the profession in Lebanon, What are our challenges, what are our problems, how is the relation between the nurses and the medical team, how we are facing migration, This video will be used by the ICN to built their future project.

c. Attending the following concurrent sessions and network meetings& special events by the Lebanese delegates:

June 30: attended key note speech and sessions on nurse historians, nursing workforce, care systems, safe patient care; and plenary session, main sessions on leading change building healthier nations, health professionals leading health care

July 1: attended plenary session; and main session on values and nursing management, magnet, continuing education for nurses, nursing education and the learning environment; and ICN network meeting of leadership for change, ICN telenursing network technology; and E-health primary health care: the next 30 years

July 2: attended plenary session, ICN nursing education network where Dr. Dumit suggested special network forum for nurse educators through the ICN webpage and special meeting for nurse educators during ICN conferences and congresses, session on service and education role of the NNAs.

Also the delegates attended the Florence Nightingale International Foundation 75th Anniversary Luncheon

July 3: attended plenary session, nursing education and leadership and management, the closing ceremony, and the meeting in preparation for the First ICN Global Leadership Institute which will be discussed in the next report.

July 3: Denosa Beach Party

Lessons learned

Our experience was fruitful and beneficial with some remarks to make participation and attendance more productive. The benefits included participating in the CNR meeting that gave us chance to present our order and mark our voting to the different amendments and

regulations done.

Participating in the conference gave us chance to present and share knowledge with others as well as gain knowledge from other experiences and learn about common nursing issues that need otherwise global attention and effort.

Moreover, in the conference we had the opportunity to meet and network with nurse leaders and educators and gain ideas for future research and projects that may benefit us fellow nurses and nurse educators in the country.

Last not least, we got to know more closely our Lebanese nurse colleagues and appreciate what they have to offer to the profession once our efforts are put together.

Recommendations for Future Participation

- Aggressive planning and preparation for more visibility in terms of how we present ourselves, what to distribute from the Order, who attends what sessions and how to prepare for them, and what strategies we may use to make an intellectual presence.

- Nurses who participated in the congress should share what they learned with other nurses either in their institutions in the presence of the President of the Order or her delegates or in a general assembly where they may present ideas for future projects and nursing activities in the country.

- Organize ourselves in a manner that we affect the agenda of the CNR especially in representing ourselves and our region since other countries in the CNR are no better than us intellectually and experience-wise.

- Network with the ICN team and others to build allies and benefit from experiences of others in supporting our national nurses and helping them develop professionally.



Success Stories
Histoires Réussies

Avant de dire Adieu...

Carla El Hage

Inf, étudiante en Master recherche

FSI-USJ

carlahage@hotmail.com

ملخص

هن يفهمن وجعك، ولكن هل من أحد يفهم وجعهن؟
صرخة لكل مسؤول عن مهنة التمريض لفهم ما يعاني منه الجسم التمريضي في لبنان لكي لا نضطر يوماً أن نقول الوداع.
خبرة شخصية أردتها أمثلة لكل زميلاتي المرضيات والممرضين قبل اتخاذ أي قرار بتغيير مكان عملهم وذلك لكي لا يتعرضون للموقف نفسه.

Après douze ans de travail dans un hôpital universitaire, j'ai décidé un jour de quitter mon emploi, pour la simple raison de vouloir changer de cadre de travail et avoir une nouvelle vision de la profession.

Je signale bien vite ici que personnellement je n'avais jamais eu de problèmes majeurs avec mon employeur. Je travaillais dans un établissement où l'infirmière était respectée et j'étais bien satisfaite de mon expérience professionnelle.

Je ne peux nier cependant l'émergence de plusieurs problèmes dans la profession dont principalement le manque de soutien professionnel et de reconnaissance et le déséquilibre du ratio infirmière/patients. La surcharge de travail, le manque d'équipements techniques et de ressources matérielles, l'insuffisance des effectifs et le besoin accru de personnel sont par ailleurs des sources supplémentaires d'insatisfaction. Ce déficit est aujourd'hui un véritable problème pour les établissements hospitaliers d'une part, et pour les infirmières d'autre part. Ces dernières souffrent d'un environnement professionnel épuisant et de conditions de travail très peu encourageantes.

Employée pendant plusieurs années auprès d'un établissement de santé où j'étais bien rémunérée, je bénéficiais d'un privilège que je n'ai jamais apprécié à sa juste valeur avant de quitter cet établissement. J'avais espéré trouver ailleurs de meilleurs avantages et atteindre ainsi mes objectifs sur les plans professionnels et personnels. Je n'ai pris conscience de ce privilège que bien plus tard, lorsque je rejoignais un autre employeur.

Promesse et réalité, accréditation et vérité

Selon la loi libanaise, les infirmières sont des salariées soumises au code du travail libanais. Elles signent une offre d'emploi qui décrit globalement le champ de leur mission, leur fonction, le nombre d'heures par semaine,

le salaire de base, les jours de congé (congé annuel et jours fériés). Ces offres d'emploi restent cependant floues dans leur grande majorité. Et les infirmières se contentent de promesses non écrites, verbales, sur leurs horaires, les heures supplémentaires, les rotations, leurs lieux de travail et les postes qu'elles vont occuper. Combien de fois, en effet, on nous promet des horaires fixes, de meilleures conditions, et puis on se trouve dans la pratique face à une réalité tout à fait différente. L'image de l'infirmière soumise qu'on se forge et l'absence d'un contrat écrit qui précise les conditions de travail nous obligent d'accepter une situation de fait accompli.

Un système libanais d'accréditation conforme aux standards internationaux a été mis en place. Il vise l'appropriation par les acteurs du système de santé des processus d'évaluation dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité des services de santé. D'autres normes d'accréditation ont été également adoptées par certains établissements de santé. Elles répondent aux mêmes objectifs d'amélioration de la qualité des services, mais elles visent aussi à leur commercialisation ainsi qu'à l'intégration des établissements dans le circuit du tourisme médical. Il s'agit ici d'un nouveau concept celui de l'hôtellerie de santé.

L'amélioration du service médical rendu au patient et l'amélioration continue de la qualité des soins reposent sur l'existence d'un système de gestion qualité. Cette amélioration est obtenue grâce au perfectionnement systématique des processus, à la réduction des dysfonctionnements et à l'engagement des personnes.

Mais dans la réalité, les établissements qui cherchent à être accrédités, rédigent des protocoles et des procédures qui restent non appliqués ou du moins ne le sont plus après l'obtention de la certification.

De ce fait, le personnel soignant au Liban reste la première victime de cette politique en raison des rythmes de travail effrénés, des rotations de service de nuit et de jour, du non respect des engagements et des échéanciers et enfin la suppression des jours fériés.

Solution

Certains instruments juridiques tels que les contrats, les conventions collectives ou les règlements internes peuvent, en fonction de leur contenu, avoir un impact sur l'exercice professionnel.

En effet, les conventions collectives, en fixant les horaires, les congés, les conditions de travail et en décrivant le profil de chaque poste, les tâches et les responsabilités de chaque personne ainsi que l'accès à la formation continue affectent la carrière des infirmières et leur satisfaction professionnelle.

Le droit des infirmières au travail ne doit pas être soumis aux conditions imposées par les établissements. Et, ce n'est pas aux infirmières de payer le prix de l'absentéisme, de l'insuffisance des effectifs, de la mauvaise gestion et des promesses non tenues. Dans ce monde de commercialisation, du marketing et des politiques managériales importées de l'Entreprise, l'infirmière doit lutter courageusement pour préserver l'image d'une professionnelle de santé et non celle d'une « hôtesse de santé ».

Alerte !

Si on ne parle pas encore de pénurie d'infirmières au Liban, ce risque va par contre se confirmer dans les années à venir. D'abord, en raison de la baisse continue et importante du nombre d'étudiants qui s'inscrivent dans les facultés des sciences infirmières. Ensuite du fait que le Liban devienne un pays « exportateur » d'infirmières vers les pays du Golf, de l'Europe et vers les Etats-Unis. Mais aussi en raison des migrations internes vers d'autres secteurs d'activités au détriment du secteur infirmier.

C'est la responsabilité du ministère de la Santé, des directions des hôpitaux et des infirmières elles-mêmes de veiller à assurer les meilleures conditions de travail dans ce secteur.

Tant que les responsables politiques et les administrateurs considèrent la masse salariale de ce secteur professionnel comme un fardeau budgétaire plutôt qu'un facteur de survie du système de santé, tant qu'ils laissent ce marché d'emploi aller à la dérive, sans vision et sans aucune stratégie sociale en perspective, c'est la qualité des services fournis aux patients qui court le risque d'être sérieusement affectée.

Sollicitation

La direction des hôpitaux ne peut plus traiter ce problème avec négligence. Elle ne peut plus rester indifférente aux démissions des infirmières expérimentées :

- Il faut prendre des mesures sérieuses afin de mener à bien le recrutement de jeunes infirmières et réduire les départs, tout en favorisant le maintien en poste des infirmières expérimentées, dont l'expertise est une denrée précieuse pour les équipes en place.

- Il faut offrir aux infirmières nouvellement recrutées qui cumulent une vaste expérience, des conditions de travail intéressantes qui prennent en compte leur parcours professionnel.

- Il est aussi possible d'essayer de convaincre les infirmières ayant quitté la profession d'y revenir. Le retour des infirmières mérite que l'on s'y intéresse indépendamment de la situation du marché de l'emploi. Il importe de comprendre les raisons qui poussent les infirmières à quitter les structures de santé et d'y remédier.

Par ailleurs, les infirmières ne peuvent plus se contenter de l'image de « la Dame à la lampe », celle d'une personne respectée mais très docile dans un monde qui exige d'affronter de plus en plus de défis. Elles doivent s'armer de leur connaissance de la profession et de leurs formations. Le moment est propice de réclamer leur droit auprès des établissements. Le fait de changer de travail ne résout pas le problème.

Tant que l'organisation de la profession ne s'inscrit pas dans un cadre légal et clair, les infirmières risqueront de se voir confronter aux mêmes problèmes quel que soit l'établissement qu'elles rejoignent.

C'est un appel à toutes les infirmières de ne plus se contenter des slogans creux lancés à l'occasion de la journée mondiale des infirmières, alors qu'elles sont en réalité lésées dans leurs droits tout au long de l'année. Aussi, à toutes les infirmières je dis : tout ce qui brille n'est pas de l'or. Ne quittez pas le lieu de travail où on reconnaît déjà vos capacités, sans avoir essayé de faire bouger les choses en négociant de meilleures conditions avec la direction. Avant de vous engager dans un nouvel établissement, où vous ne connaissez ni le niveau de professionnalisation ni le style de direction, exigez des conditions précises et écrites. Ne vous laissez pas tromper par la beauté et la nouveauté de l'établissement.

D'après mon expérience personnelle, le droit des infirmières au Liban n'est pas reconnu et leur rôle n'est valorisé que dans quelques rares hôpitaux universitaires confirmés dans leur crédibilité.

Alors, avant de dire Adieu, essayer encore une fois de parler...

United- we Survive and Thrive!

Pauline Bechaalany, RN
AUBMC- ICU
Member of the administrative committee in
Order of Nurses in Lebanon

ملخص

أود في مقالي هذا أن أسلط الضوء على دور الممرضات والمرضى في تقديم العناية التمريضية، وضرورة عملهم المُوحد تحت سقف نقابتهم. فهذه المهنة المبنية أساساً على الإنسانية والأخلاق المهنية والمرتكزة على معلومات علمية وقدرات عملية عالية، أصبحت حاجة أساسية في المجتمع مما شكّل حافزاً لكل الممرضات والمرضى لإكمال السعي نحو ما هو أفضل لخير هذه المهنة. يشكل الممرضون والممرضات في المستشفيات العنصر الأساسي الذي يبادر إلى اتخاذ الإجراءات اللازمة، وذلك نظراً لقدرة هذا الفريق على القيام بعدة مهام إلى جانب الفريق الطبي. وعليه فإن مهنة بهذه الأهمية، وبمواكبتها للتطور العلمي المتقدم، يتطلّب استمرارها الناجح نقابة، ينضوي في كنفها جميع الممرضات والمرضى، موحدين جهودهم فيها ما يجعلها المدافع الأساسي عنهم وعن حقوقهم أسوة بباقي المهن الأخرى. فلا وزن ولا أهمية لمطلب أو قرار لا ترعاه «النقابة» ولا يحميه سقفها. لذا فإن الممرضات والمرضى يستطيعون بتضامنهم فقط في نقابتهم، أن يصلوا إلى صوص WW على بناء مهنة منظمة ومتكاملة لتحقيق كل ما يطمحون إليه. مشوار الألف ميل يبدأ بخطوة، وخطوتنا الأولى هي التضامن.

The Lebanese Journal of Nurses is the best forum for nurses to communicate, to shed the light on ongoing events, and to be able to connect with one another. Under the umbrella of the Nursing Order, we strongly bring the hallmark of nursing to the forefront, and make our presence stronger and palpable.

I would like to shed light on the essence of our work and how our job makes a difference in the community.

I believe people know that we as nurses work for the sake of humanity, and we do all it takes to help those who are in need. However, this is not enough. We need to make it visible to the community that our career is

built upon standards and ideals that specify our job description and amplify the meaning of our work. As we continuously evolve to keep pace with the fast-growing developments of the field, our mission grows, and we become more visible, so people will look for us and seek us out.

We need to market ourselves through our helping relationships as we touch the souls and minds of people who need our help.

It is known to all that our work relies on responsibility and that our role in nursing practice is chiefly guarded with high moral values. We are knowledgeable and resourceful; we have profound knowledge in

the physiological process and we have our skills, experiences, and expertise that are consolidated to form the unique nursing entity.

Furthermore, it is evident that nowadays the nurse's role has progressed and changed from being heavily reliant on the physician to have an independent role in a multidisciplinary team. Nurses now can identify major health problems, elaborate preventive measures intervene in the decision-making and are an essential part of the multidisciplinary team. Nowadays, it has become more evident that nurses can and do save lives. With their strong momentum nurses are helping people and touching their lives. Investment in their skills and know-how, and the high level expertise are evident in the sharpness of their primary actions, procedures and plan of care. This has earned nurses a pivotal status in the health care.

As to the role of the Order of Nurses we attribute great importance to it, one which protects and safeguards all nurses against any harm, cruelty, injustice, and litigations. We are in need of such an Order, and we know for a fact that without one we cannot ensure protection and we cannot rectify impairments. As for the protection of the rights of nurses, the Order is present to play a central role, and fight any harm encountered by nurses, at the time of legal investigations, and finally in enforcing the authenticated truths.

The Order needs the nurses and respectively nurses need their order to thrive. Thus, in order to bank on this mutual relationship, we as nurse must unite and work

cooperatively to develop a unanimous opinion and a stern point of view regarding our status. We should get directly involved in decision-making and be firm enough to face any storm of unfairness that the nursing staff might encounter.

Collectively, our strong commitment under the umbrella of the Order guarantees us all, our value and rights as the largest in numbers and presence in the workforce of hospitals. To preserve that sense of self-importance and to maintain the core of what our job truly exemplifies-competent performance grounded in ethics and cemented with unity we lay the strongest foundations for nursing.

The journey of a thousand miles begins with the first step. Our first step will be joining hands and remembering that hands cannot join unless hearts are together! Nurses beware still water runs the deepest.

My colleagues, I call upon you all to hold hands together and say:

United- we Survive and Thrive!

Life Agape Lebanon

The Eternal Cure

Sabine Hanna, 3rd year nursing student
Member of the Medical Ministry in Life Agape

ملخص

ما لا يخطر على بال إنسانٍ ما يعدّه الله لكلِّ منّا... وهذا ما حصل في حياتي في مسيرتي معه!
تلميذة اختارت ما اختاره الله لها... التمريض خيار جعلني أرى معاناة الناس صحياً، معاناة فجّرت خبايا النفس والروح ودفعتني إلى تقديم الدواء الأزليّ الأبديّ لداء ما قبله داء.

After graduating from High school, I had to think about what I should be doing next. A friend of mine was interested in Nursing so she suggested that we both take the test to enter the medical field. And that's what actually happened. I didn't expect to be among the first 25 students who were admitted into that university. However, day after day, I understood that it was God's plan for me to be there.

During the second semester of my first year, I became more familiar with the real world of patients, diseases, treatments, hopes, fears ...and death! All that time, I was asking God about the reason why He chose me to be here. It wasn't until the summer of 2007 that I began to understand. I attended a Medical Ministry Conference and it helped me realize that God had chosen me to transmit His message to other people. Not just any people but people who are in need: physically, emotionally and psychologically; people that are in need not only for a medical treatment but also for a spiritual one. At the conference, we had an assignment to do a hospital outreach, visiting patients in every floor, talking to them, encouraging them, and praying for them. In addition, some of our friends helped in a special puppet show in the pediatrics unit. This project kept me thinking how urgently people needed to experience love and care from people around them. Actually, patients truly felt better when they realized that God Himself had always cared about them especially through hard times. Such persons needed to hear words of encouragement, and of consolation that would bring back the smile to their faces. Such persons needed a gentle touch that would heal their souls. Such persons are pretty much like my future patients!

As a third-year-student, I see that the more people with different stories, backgrounds, diseases, needs and problems I meet in my life, the more I feel the need for me to be well-prepared.

I guess we should follow the conceptual model of Virginia Henderson concerning the patient. She was known to be the ideal nurse of her time. She says that the patient is a human being presenting 14 basic needs. If we take a look at them, she mentioned in the 11th point the spiritual need: WORSHIP ACCORDING TO FAITH AND BELIEFS.

This brings us to the following question: How can we, as future nurses help patients fulfill their needs spiritually without having already fulfilled ours? We should be healed first in order to give the patients whole care according to the WHO's most recent definition of health: Physical, mental, social and spiritual well-being. Who can perfectly give that healing but God who is the HEALER of our SOUL?

In conclusion, I believe that God, who is my strength has given me a message to deliver. How could I not share the fact that He is the Eternal Cure for our chronic disease...SIN?!! Wouldn't it be selfish not to care and tell? Supposedly, some doctor has discovered the cure to leukemia, would he keep it for himself? Of course he won't neglect all the people who are fighting for their lives and neither will I !

Nomination

Dr Huijer President of LSSP



Dr. Huda Abu-Saad Huijer
RN, PhD, FEANS
Professor of Nursing Science
Director Hariri School of Nursing
American University of Beirut
huda.huijer@aub.edu.lb

Dr. Huda Abu-Saad Huijer RN, PhD, Director of the Hariri School of Nursing was elected President of the Lebanese Society for the Study of Pain (LSSP); other members include MDs and dentist specialized in the field of pain. The Lebanese Society for the Study of Pain (LSSP), founded in 1999 as a Chapter of the International Association for the Study of Pain (IASP), is sponsored and headquartered at the Lebanese National Council for Scientific Research (LNCSR). LSSP is a multidisciplinary society which aims to foster and encourage pain research, promote education and training, facilitate dissemination of new information in the field of pain, and advise governmental and non-governmental agencies on standards related to the treatment of pain with the ultimate goal to improve the management of patients with acute and chronic pain in Lebanon. LSSP has been active in organizing scientific meetings, workshops, seminars and special lectures in the field of pain and in disseminating new information at the national level. Nurses are more than welcome to attend these meetings and to become actively involved in the field.

