

تقييم معرفة وأداء الكادر التمريضي حول العناية التمريضية للمرضى الذين لديهم قنطرة بولية

د علي مزيد زريق *

ياسمين العبد *

(الإيداع:12 آب 2021، القبول:31 كانون الثاني 2022)

الملخص:

يعد تركيب القنطرة البولية والعناية بها من المهام المنوطة بأفراد التمريض، ويتوجب عليهم العمل على تخفيف الانزعاج المرتبط بها، والتخفيف من العوامل المساعدة على تفاقم الخطر المحيط ببيئة تركيب القنطرة البولية؛ من خلال أداء هذا الإجراء وفق الخطوات والبروتوكولات المعتمدة، تقييم مستوى معرفة وأداء الكادر التمريضي حول العناية التمريضية للمرضى الذين لديهم قنطرة بولية. أجريت دراسة وصفية كمية مستعرضه باستخدام عينة ملائمة مؤلفة من 46 ممرضة، من مشفى تشرين الجامعي تم اختيارهم بطريقة العينة المتاحة. وجمعت البيانات باستخدام استبيان قامت بتطويره الباحثة بنفسها. حيث أظهرت الدراسة أنه لدى 93.5% من المشاركين مستوى معلومات صحيحة جيد، وأن لدى 6.5% منهم مستوى معلومات صحيحة متوسط. كما كان أداء 95.7% منهم جيداً قبل البدء بتركيب القنطرة، وأثناء التركيب كان أداء 82.6% منهم جيد، أما بعد الانتهاء من التركيب كان 89.1% أداؤهم جيداً. وقد أوصت الدراسة بوضع بروتوكول مكتوب متعلق بطريقة تركيب القنطرة البولية واستطاباتها ليتم تطبيقه، والتحديث المنتظم والمستمر للمبادئ التوجيهية القائمة على الأدلة الخاصة بالإجراءات التمريضية.

الكلمات المفتاحية: معرفة، أداء، الكادر التمريضي، العناية التمريضية، القنطرة البولية.

* طالبة دراسات عليا (ماجستير) - قسم تمريض البالغين - كلية التمريض - جامعة تشرين - اللاذقية

** مدرس، قسم تمريض البالغين، كلية التمريض، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية

Assessment of Nursing Staff Knowledge And Performance About The Nursing Care in Patients With Urinary Catheters

Jasmine Oubiad Al Abd*

Dr. ali maziad zrek**

(Received:12 August 2021,Accepted:31 January 2022)

Abstract:

The installation and care of urinary catheters is one of the tasks entrusted to nursing personnel, as the urinary tract is a passageway for the excretion of many hazardous wastes that are excreted with urine. Unfortunately, in some cases, the survival of this duct may require the installation of a urinary catheter. This procedure usually weakens the defenses of the natural urethra, and in some cases this may cause dangerous infections that may reach the kidneys; Accordingly, the nursing staff must work to relieve the discomfort associated with the urinary catheter; By performing this procedure according to the approved steps and protocols, this study aimed to identify the level of knowledge and performance of the nursing staff about the nursing care of patients with urinary catheterization among 46 nurses, who were selected by the convenient sample method. The data were collected using a questionnaire developed by the researcher himself. Where the study showed that 93.5% of the participants had a good level of correct information, and that 6.5% of them had a moderate level of correct information. The performance of 95.7% of them was good before starting the catheter installation, and during the installation the performance of 82.6% of them was good, while after the completion of the installation 89.1% of them performed well. The study recommended the development of a written protocol related to urinary catheter insertion and its indications to be implemented, and regular and continuous updating of evidence-based guidelines for nursing procedures.

Keywords: knowledge, performance, nursing staff, nursing care, urinary catheterization.

* Postgraduate Student (Master degree), Department Of adult nursing, Faculty of Nursing, University Of Tishreen, Lattakia, Syria.

** Lecturer, Department Of adult nursing, Faculty of nursing, Tishreen University, Lattakia.

1. المقدمة:

يعتبر الجهاز البولي أحد أهم أجهزة الجسم التي تحتاج لتدخلات متعددة، الذي قد يصاب بالعديد من المشاكل، كالاتهابات والحصىات البولية، التي تؤثر بدورها على مسار البول مما قد يؤثر على طبيعة النتاج البولي، الذي يعد بتغيراته مؤشراً حيوياً هاماً على حالة المريض [1,2]. ووفي هذا السياق هناك العديد من الأدوات المستخدمة في أقسام الطوارئ والعمليات لمراقبة المرضى ونتائجهم البولي وتعتبر القنطرة البولية إحدى أهم تلك الأدوات، وتركيب القنطرة البولية هو إدخال أنبوب مطاطي مرن عبر الإحليل إلى المثانة لإخراج البول عبرها، أو ليقطر محاليل إلى المثانة، أو لجمع البول وتحليله [3,4]. وبالرغم من الفوائد العديدة التي توفرها القنطرة البولية فإن هناك العديد من المشكلات التي تنتج عن تركيبها، ومن أهم تلك المشكلات انتان المسالك البولية، لذلك يجب أن تتم عملية تركيبها وفقاً للتقنيات العقيمة من قبل طاقم التمريض المؤهلين أيضاً [2]، ولتجنب حدوث تلك المشكلة وغيرها هناك معايير تحدد كم من الوقت يجب إبقاء القنطرة موصولة بالمريض، ومتى يتم إزالتها، فالقنطرة قصيرة الأمد هي التي من المتوقع إزالتها بعد إفراغ المثانة أو في غضون 1-14 يوم من الاستخدام، أما القنطرة طويلة الأمد هي التي تستخدم لتدبير احتباس ولس البول عندما تكون الطرق الأخرى غير فعالة أو للمرضى الذين يحتاجونها بشكل دائم [3,5].

تنقسم الأهداف التي تقف وراء تركيب القنطرة البولية إلى قسمين، الأول أهداف تشخيصية كمتابعة وحساب معدل البول وكمية خروجه وجمع عينة من البول وتحليلها في المختبرات، وأخذ فكرة عن حالة وطبيعة مجرى البول عند المريض. والثاني أهداف علاجية تتمثل في علاج احتباس البول أو إعاقة جريانه بسبب تضخم البروستات لدى الرجال وفي العمليات الجراحية القريبة من المنطقة التناسلية، وعند المرضى المقعدين وكبار السن، ومعالجة مشاكل المثانة في حالة سلس البول مالم ينفع في حلها دوائياً [6]. تعدّ القنطرة البولية حلاً جيداً وبديلاً مهماً في حال حدوث مشكلة في تصريف البول، ولكن يمكن أن تؤدي إلى مضاعفات عديدة، ومن أهم تلك المضاعفات على الإطلاق حدوث انتان المجاري البولية، تلك المشكلة الأخيرة يتكرر حدوثها بشكل كبير لدى المرضى الذين لديهم قساطر بولية [7]. ومن الجدير ذكره أن خطر حدوث تجرثم البول يزداد يومياً من 3% إلى 7% عند بقاء القنطرة البولية في موقعها [8]. وأن الاستخدام المكثف للقنطرة البولية والرعاية غير الملائمة لها تزيد من خطر الإصابة بالانتان؛ لذلك يتطلب إجراء القنطرة البولية المعرفة والتقدير الصارم بالتعقيم والمهارات التقنية [10].

في دراسة قام بها (Mukakamanzi, 2017) لتقييم معرفة الكادر التمريضي بإجراءات الرعاية التمريضية لمرضى لديهم قنطرة بولية، أظهرت أن العديد من عناصر التمريض لا يعرفون مثلاً أن كيس جمع البول يجب أن يكون على مستوى أدنى من مستوى المثانة وأنه يجب إفراغه بانتظام للسماح باستمرار تدفق البول، وبالنظر إلى نتائج الدراسة المذكورة ومثيلاتها، قد يلعب الكادر التمريضي دوراً في نقل انتان المجاري البولية في أي مرحلة من مراحل رعاية المريض لذلك تعد الرعاية الصحيحة للمرضى الذين لديهم قنطرة بولية دائمة عنصراً مهماً لمنع المضاعفات المرتبطة بها [10]. وتتضمن تلك الرعاية العديد من التدخلات التمريضية مثل تثبيت القنطرة بشكل صحيح بعد الإدخال وفحصها كل 15 دقيقة في البداية للتأكد من كفاءة عملها ثم كل 6 ساعات؛ ومراقبة أعراض وعلامات الإنتان. إلخ؛ وكطريقة للوقاية من العديد من المشكلات المرتبطة بالقنطرة البولية تتضمن الرعاية التمريضية أيضاً تنقيف المرضى حول إجراءات بسيطة كغسل اليدين، والحفاظ على نظام تصريف مغلق، وتثبيت القنطرة، وشرب ما يكفي من السوائل، ووضع كيس التصريف بشكل صحيح... إلخ. [11]. بناء عليه يجب أن يكون لدى الكادر التمريضي المعرفة الكافية في ما يتعلق بمكافحة الانتان في استخدام القناطر البولية، ويجب الالتزام خلال ممارساتهم بإرشادات الرعاية الصحية حول مكافحة الإنتان [12]. وبناء عليه، ينبغي بذل كل الجهود اللازمة لتعزيز المهارات التمريضية وتحسين جودتها عن طريق تنقيفهم وتدريبهم حول أفضل الممارسات الموصى بها في هذا المجال، ومواكبة التغيرات الحديثة المبنية على البحث العلمي لتطوير المعلومات والأداء [1,2,3]. ومن هنا تظهر أهمية وجود معلومات

صحيحة ودقيقة لدى الكادر التمريضي حول رعاية المرضى الذين لديهم قثطرة بولية، لأن المعلومات تمثل الأساس الجوهري للممارسة الاحترافية بغية تحقيق أفضل النتائج من رعاية المرضى.

2. أهمية البحث و أهدافه:

أهمية البحث:

يعتبر أفراد الكادر التمريضي في المشفى في مقدمة أفراد الرعاية الصحية الذين يشاركون تركيب القثطرة البولية للمرضى بمفردهم أو بمساعدة الطبيب، ومن خلال تلك المشاركة يتمكن الممرضون من إحداث فرقاً إيجابياً في مجال تحسين التعاون بين أفراد الفريق الصحي عموماً، وبالتالي المساهمة في تحسين نتائج المرضى وتقليل فترة البقاء في المستشفى والارتقاء بجودة الرعاية التمريضية بشكل خاص، فالممرضون يشكلون جزءاً مهماً من الفريق الصحي الذي يفترض أن يمتلك المهارة والمعلومة اللازمة لتركيب القثطرة البولية والعناية بها بالشكل الأمثل فهم قادرين على ترجمة المعرفة القائمة على الأدلة الى ممارسات وتدخلات ورعاية تمريضية فعالة تساهم في خفض معدل انتشار انتان المسالك البولية للمرضى في المستشفى. وبناء عليه، تتبين الأهمية السريرية والمهنية لدراسة معرفة وأداء الكادر التمريضي في العناية التمريضية للمرضى الذين لديهم قثطرة بولية، انطلاقاً من كون الرعاية التمريضية حاجة أساسية تدعم الصحة والشفاء للمرضى، ومن الدور المسؤول والحيوي الذي يشكله الكادر التمريضي لسلامة وتعافي المرضى، حيث إن معرفتهم وأداءهم الصحيح وفق الإرشادات والبروتوكولات الموضوعية للرعاية التمريضية لمرضى القثطرة البولية يمكن أن يؤدي الى تحسن كبير في نتائج المرضى والوقاية من انتشار الانتان المرتبطة بالقثطرة البولية في المستشفيات.

هدف البحث:

تقييم مستوى معرفة وأداء الكادر التمريضي حول العناية التمريضية بالمرضى الذين لديهم قثطرة بولية.

3. طريقة البحث و مواده:

تصميم البحث:

تم اتباع منهج البحث الوصفي.

مكان وزمان البحث:

أجري هذا البحث في قسم الداخلية والجراحة في مشفى تشرين الجامعي في مدينة اللاذقية، خلال الفترة الممتدة من 12 كانون ثاني حتى 25 نيسان للعام 2021م.

عينة البحث:

تم اختيار جميع عناصر الكادر التمريضي المتواجدين في قسم الداخلية والجراحة في فترة جمع البيانات (عينة متاحة) وقد بلغ عددهم الاجمالي (46).

أدوات البحث:

تم الاعتماد على أداتين لجمع البيانات من عينة الدراسة، تم تطويرهما من قبل الباحثة بعد الاطلاع على المراجع ذات الصلة [1,2]. وهي كالآتي:

الأداة الأولى: تتضمن استمارة استبيان حول معلومات الكادر التمريضي عن العناية التمريضية بالمرضى الذين لديهم قثطرة بولية، وتكونت من جزأين:

الجزء الأول: يتضمن البيانات الشخصية للكادر التمريضي مثل: (الجنس، والعمر، والمؤهل العلمي، وسنوات الخبرة).

الجزء الثاني: يتضمن استمارة تقييم المعلومات: وهي عبارة عن استمارة استبيان لتقييم معلومات الكادر التمريضي حول العناية التمريضية بمرضى القثطرة البولية، تضمنت 30 بنداً حول تعريف ومؤشرات العناية التمريضية بمرضى القثطرة البولية، وموانعها، ومضاعفاتها، والعناية بها. وكانت الاجابة عليها بأحد خيارين (صح أو خطأ) وقد أعطي لكل خيار رمز (صح =1 وخطأ =0).

وبالنسبة لمصدر المعلومات تضمنت 5 مصادر أساسية يختار الممرض واحده أو أكثر منها كمصدر لمعلوماته، ولتنسير النتائج تم تصنيف مستويات معلومات الممرضين حول العناية التمريضية بالمرضى الذين لديهم قثطرة بولية بناء على نسبة إجاباتهم الصحيحة على بنود استمارة المعلومات، حيث تعطى الإجابة الصحيحة درجة 1 والإجابة الخاطئة درجة 0، ويتم حساب نسبة الإجابات الصحيحة وفق المعادلة التالية:

$$\text{نسبة الإجابات الصحيحة} = \text{عدد الإجابات الصحيحة} * 100 / \text{عدد الإجابات الكلية}$$

وبناء على هذه النسبة يتم تحديد ثلاث مستويات للمعلومات كالآتي:

• مستوى معلومات جيد (نسب الإجابات الصحيحة $\leq 75\%$)

• مستوى معلومات متوسط (نسب الإجابات الصحيحة 50% إلى 74%)

• مستوى معلومات ضعيف (نسب الإجابات الصحيحة $> 50\%$)

الأداة الثانية: عبارة عن قائمة ملاحظة لتقييم أداء الكادر التمريضي حول العناية التمريضية لمرضى القثطرة البولية، قسمت إلى ثلاثة أجزاء:

1. قبل تركيب القثطرة البولية وتضمنت (7 بنود)

2. وأثناء تركيب القثطرة البولية وتضمنت (14 بند)

3. وبعد تركيب القثطرة البولية وتضمنت (10 بنود).

ويسجل الباحث ملاحظاته في ثلاثة ملاحظات (طبق، طبق بشكل خاطئ، لم يطبق) وتعطى لكل ملاحظة درجة كالآتي (طبق=1، طبق بشكل خاطئ ولم يطبق =0) وللحكم على مستوى أداء الممرضين يتم الاعتماد على نسب الإجراءات المطبقة لكل ممرض/ة وفق المعادلة الآتية:

$$\text{نسبة الإجراءات المطبقة} = \text{عدد الإجراءات المطبقة} * 100 / \text{عدد الإجراءات الكلية لكل محور}$$

وبناءً عليها يتم تصنيف مستوى أداء الممرضين لرعاية مرضى القثطرة البولية في الدراسة كما يلي:

• مستوى أداء جيد (نسب الإجراءات المنفذة $\leq 80\%$)

• مستوى أداء متوسط (نسب الإجراءات المنفذة 60% إلى 79.9%)

• مستوى أداء ضعيف (نسب الإجراءات المنفذة $> 60\%$)

طريقة البحث

1. تم الحصول على الموافقات المطلوبة من كلية التمريض وإدارة مشفى تشرين الجامعي في اللاذقية لجمع بيانات الدراسة.
2. تم تطوير أدوات الدراسة ومن ثم تم إجراء اختبار المصادقية عبر عرضها على لجنة من ثلاثة خبراء في كلية التمريض لبيان وضوحها وإمكانية تطبيقها، وقد تم الأخذ بجميع التعديلات.
3. أجريت دراسة دلالية استرشادية على 10% من العينة (تم استبعادهم منها)، لتقييم وضوح أدوات الدراسة وإمكانية تطبيقها، وإجراء التعديلات اللازمة.
4. تم إجراء اختبار الثبات لأدوات الدراسة وقد بلغت درجتها حسب معامل الفا كرونباخ (0.82).

5. تم تطبيق الأداة الثانية (استمارة الملاحظة) على الكادر التمريضي من قبل الباحثة، عبر مراقبة أدائهم خلال العناية التمريضية للقنطرة البولية، وحرصت الباحثة على عدم شعورهم بمراقبتها لهم. حيث تم إبلاغ الكادر التمريضي بأنه يتم ملاحظة إجراءات رعايتهم للمريض بشكل عام، بهدف تقليل التحيز المحتمل في الدراسات الرصدية.

6. تم مقابلة جميع الكادر التمريضي في قسم الداخلية والجراحة للحصول على موافقتهم الشفوية للمشاركة في الدراسة، وضمان سرية البيانات المأخوذة منهم، وأن استخدامها سيكون لغرض البحث العلمي فقط.

7. تم تطبيق الأداة الأولى بجزئها على أفراد العينة، وحرصت الباحثة على التواجد بالقرب منهم للإجابة عن أي استفسارات.

8. تم ترميز البيانات المأخوذة من الاستبيانات، ومن ثم تفرغها ضمن برنامج التحليل الإحصائي SPSS V20، وقد تم استخدام الاختبارات الاحصائية التالية: (المتوسط الحسابي (M) والانحراف المعياري (SD) والتكرار (N) والنسبة المئوية (%)).

4. النتائج:

الجدول رقم(1): توزع عينة الدراسة تبعا للبيانات الشخصية

عدد أفراد العينة N=46		المعلومات الشخصية	
النسبة المئوية %	التكرار N		
13.1	6	20-25 سنة	العمر
39.1	18	26-30 سنة	
26.1	12	31-35 سنة	
21.7	10	<35 سنة	
48.8	22	ذكر	الجنس
52.2	24	أنثى	
65.2	30	مدرسة التمريض	المؤهل العلمي
26.1	12	معهد التمريض	
6.5	3	كلية التمريض	
2.2	1	دراسات عليا	
26.1	12	> 5 سنوات	سنوات الخبرة
34.8	16	5-10 سنوات	
39.1	18	<10 سنوات	

يظهر الجدول (1) أن النسبة الأعلى للمرضين المشاركين 52.2% كانوا اناث، وأن 39.1% من المرضين كانوا بعمر بين (26 - 30 سنة)، وأن حوالي ثلثهم 65.2% مؤهلهم العلمي "مدرسة التمريض"، وأكثر من ثلثهم 39.1% لديهم أكثر من 10 سنوات خبرة في العمل التمريضي.

الجدول رقم (2): توزع عينة الدراسة حسب مصادر المعلومات حول العناية التمريضية بالقنطرة البولية

%	N	المصادر	
43.5	20	الزملاء	ما هو مصدر معلوماتك عن العناية التمريضية لمرضى القنطرة البولية #
45.7	21	المراجع والكتب	
30.4	14	الجامعة	
2.2	1	وسائل الاعلام	
4.4	2	الأطباء	

#: أكثر من إجابة للخيار الواحد

يظهر الجدول (2) أن مصادر معلومات النسبة الأعلى من المشاركين 45.7% حول العناية بالقنطرة البولية هي المراجع والكتب، تليها زملاء بنسبة 43.5%.

الجدول رقم (3): توزع عينة الدراسة تبعاً لنسب اجاباتهم الصحيحة والخاطئة حول العناية التمريضية لمرضى القنطرة البولية

إجابة صحيحة		إجابة خاطئة		المعلومات
%	N	%	N	
97.8	45	2.2	1	القنطرة البولية هي عبارة عن أنبوبٍ مجوّفٍ ومرنٍ يجمع البول من المثانة ويحمله إلى كيس تصريف
91.3	42	8.7	4	ويمكن أن تكون القنطرة مصنوعةً من المطاط أو البلاستيك أو السيليكون
100	46	0	0	وتوجد عدّة أنواع وأحجام مختلفة من القنطرة البولية
76.1	35	23.9	11	تتعدّد الحالات والمشاكل الصحيّة التي قد تستدعي استخدام قنطرة البول، ومن أكثرها شيوعاً السلس البولي.
93.5	43	6.5	3	من أنواع القساطر القنطرة المتقطعة والقنطرة الخارجية والقنطرة المستقرة (الدائمة أو طويلة المد).
84.8	39	15.2	7	يمكن استخدام القنطرة البولية لجمع عينات البول للتحليل المخبري.
93.5	43	6.5	3	تستخدم القنطرة البولية لتقييم النتاج البولي بعد العمليات الجراحية الكبرى
97.8	45	2.2	1	تستخدم القنطرة البولية لعلاج حالات الأسر البولي
100	46	0	0	من الأدوات الرئيسية في تركيب القنطرة، القفازات العقيمة، والمطهر والسائل المعقم، والقنطرة ذات الحجم المناسب، والمزلق الجيد.
91.3	42	8.7	4	للمحافظة على الساحة عقيمة وتسهيل الوصول للأدوات توضع العلبة أو الصرة المعقمة على شأنه بين فحذي المريض
54.3	25	45.7	21	قياس القنطرة المناسب للكهول هو 14-16
93.5	43	6.5	3	الغسيل الطبي للبيدين هو الغسيل الأنسب قبل إدخال القنطرة البولية
100	46	0	0	لإدخال القنطرة البولية يجب ارتداء قفازات معقمة
89.1	41	10.9	5	المزلق الأنسب لإدخال القنطرة البولية هو الأكساييلوكابين 2%
84.8	39	15.2	7	يتم مسك النهاية الداخلية للقنطرة بعيداً عن قمتها بمسافة 8-10سم عند الذكور، 4 سم عند الإناث البالغات.

89.1	41	10.9	5	عند الأنتى يتم إدخال القثطرة باتجاه الإحليل، وعند الذكر يتم رفع القضيب للوضعية العمودية على الجسم
93.5	43	6.5	3	عادة ما يتم إدخال القثطرة 2.5- 5 سم إضافية بعد النقطة التي بدأ عندها البول بالتدفق
76.1	35	23.9	11	كمية البول المناسبة للتحاليل هي 30 ملل.
100	46	0	0	عند تحريك المريض المقتطر يجب تثبيت كيس البول على فخذه.
97.8	45	2.2	1	الاستلقاء الظهرى هو الوضعية الصحيحة لتركيب القثطرة البولية لدى الذكور
95.7	44	4.3	2	ويجب على الممرض/ة تثبيت كيس جمع البول إلى هيكل السرير باستخدام كلابة أو رباط ، مع رفع الكيس عن الأرض وبقائه تحت مستوى المثانة.
95.7	44	4.3	2	يجب أن يبقى كيس جمع البول مرتفعاً عن مستوى الأرض حتى لا تتلوث منطقة تفرغ الكيس بشدة.
97.8	45	2.2	1	بعد الانتهاء من إدخال القثطرة البولية يجب على الممرض/ة توثيق المعلومات المرتبطة بالإجراء، والتي تتضمن تسجيل تاريخ ووقت وضع القثطرة، ونوع وحجم القثطرة، وسبب إجراءها.
95.7	44	4.3	2	أهم مضاعفات القثطرة البولية انتان المسالك البولية.
80.4	37	19.6	9	يمكن الوقاية من انتان المسالك البولية بتطهير المجرى البولي والقثطرة البولية نفسها.
91.3	42	8.7	4	يزداد خطر حدوث انتان المسالك البولية نتيجة رضوض الصماخ البولي أو المثانة الناجمة عن الإدخال الخاطئ للقثطرة
100	46	0	0	لإخراج القثطرة البولية، يجب غسل اليدين وارتداء القفازات النظيفة، وبعدها إفراغ البالون، وسحب القثطرة بلطف خارج الصماخ البولي.
95.7	44	4.3	2	يجب تقييم وجود الأسر البولي لدى المريض، أثناء وجود القثطرة.
97.8	45	2.2	1	لتجنب حدوث السر البولي لدى المريض المقتطر، يجب المحافظة على أنابيب الإفراغ سالكة ومفتوحة.
95.7	44	4.3	2	لتعديل السلس البولي، يجب تدريب المريض على التحكم بالتبول

يبين الجدول (3) توزع عينة الدراسة تبعاً لنسب اجاباتهم الصحيحة والخاطئة حول العناية التمريضية لمرضى القثطرة البولية، فأظهر الجدول أن إجابات النسبة العظمى من الممرضين كانت صحيحة مقابل نسبة قليلة جداً كانت إجاباتهم خاطئة، فجميع الممرضين 100% كانت إجاباتهم صحيحة حول وجود عدة أنواع وأحجام مختلفة من القثطرة البولية، وأن القفازات العقيمة، والمطهر والسائل المعقم، والقثطرة ذات الحجم المناسب، والمزلق الجيد هي من الأدوات الرئيسية في تركيب القثطرة، والغسيل الطبي لليدين هو الغسيل الأنسب قبل إدخال القثطرة البولية، ويجب تثبيت كيس البول على فخذ المريض عند تحريكه،

ولإخراج القنطرة البولية، يجب غسل اليدين وارتداء القفازات النظيفة، وبعدها إفراغ البالون، وسحب القنطرة بلطف خارج الصماخ البولي.

بالمقابل بين الجدول أن النسبة الأعلى 45.7% للإجابات الخاطئة كانت حول معرفة قياس القنطرة المناسب للكحول وهو 14-16، تلتها 23.9% كان اجابتهم خاطئة حول معرفتهم بتعدّد الحالات والمشاكل الصحية التي قد تستدعي استخدام قنطرة البول، ومن أكثرها شيوعاً السلس البولي. ثم 23.9% كانت إجابتهم خاطئة حول أن كمية البول المناسبة للتحاليل هي 30 مل. وبالنتيجة نلاحظ أن الغالبية العظمى منهم 93.5% لديهم مستوى معلومات صحيحة جيد، و6.5% فقط لديهم مستوى معلومات صحيحة متوسط.

الجدول رقم (4): توزع عينة الدراسة تبعاً لنسب أدائهم قبل إجراء تركيب القنطرة البولية

لم ينفذ		نفذ بشكل خاطئ		نفذ		الإجراءات قبل التركيب
%	N	%	N	%	N	
0	0	6.5	3	93.5	43	1. شرح الإجراء للمريض
0	0	4.3	2	95.7	44	2. تأمين السرير والخصوصية
4.3	2	2.2	1	93.5	43	3. تأمين مصدر مناسب للإضاءة
0	0	0	0	100	46	4. غسل اليدين
0	0	2.2	1	97.8	45	5. حضر الأدوات
0	0	4.3	2	95.7	44	6. وضع المريض بوضعيته المناسبة
0	0	2.2	1	97.8	45	7. لبس قفازات نظيفة

يظهر الجدول (4) توزع عينة الدراسة تبعاً لنسب تنفيذ الممرضين للإجراءات قبل تركيب القنطرة البولية، حيث يظهر أن النسب الأعلى للممرضين في العينة كانوا ينفذون بشكل صحيح تلك الإجراءات قبل تركيب القنطرة البولية فجميعهم 100% يغسلون أيديهم، و97.8% يحضرون الأدوات قبل التركيب، و97.8% يلبسون قفازات نظيفة، و95.7% يؤمنون السرير والخصوصية للمريض، و95.7% يضعون المريض بوضعيته المناسبة.

الجدول رقم(5): توزع عينة الدراسة تبعاً لنسب أدائهم أثناء إجراء تركيب القنطرة البولية

لم ينفذ		نفذ بشكل خاطئ		نفذ		الإجراءات أثناء التركيب
%	N	%	N	%	N	
17.4	8	15.2	7	67.4	31	1. نظف منطقة العجان
0	0	6.5	3	93.5	43	2. لبس قفازات عقيمة
17.4	8	6.5	3	76.1	35	3. فرش الشانات النظيفة
2.2	1	4.3	2	93.5	43	4. عند الإناث فصل الشفرين بيد واحدة ليظهر الصماخ
17.4	8	10.9	5	71.7	33	5. قام باستخدام الملقط لإجراء تنظيف الصماخ البولي
0	0	4.3	2	95.7	44	6. عند الذكور قام برفع القضيب وسحب القلفة
10.9	5	6.5	3	82.6	38	7. عند الذكور قام/ت باستخدام اليد الأخرى لتنظيف الصماخ البولي حتى قاعدة القضيب
0	0	0	0	100	46	8. استخدم البوفيدون للتطهير
0	0	0	0	100	46	9. استخدم الأكسايولوكابين 2% من أجل التزليق
0	0	0	0	100	46	10. أدخل القنطرة في الصماخ بزاوية 30 تقريباً حتى يبدأ البول بالتدفق في الإناث
0	0	2.2	1	97.8	45	11. أدخل القنطرة في الصماخ بزاوية 90 تقريباً حتى يبدأ البول بالتدفق في الذكور
10.9	5	2.2	1	87.0	40	12. قيم تعابير واستجابة المريض
0	0	0	0	100	46	13. نفخ البالون ببطء باستخدام الماء المعقم

0	0	2.2	1	97.8	45	14. وضع كيس جمع البول بالطريقة الصحيحة
---	---	-----	---	------	----	--

يبين الجدول (5) توزع عينة الدراسة تبعاً لنسب تنفيذ الممرضين للإجراءات أثناء تركيب القنطرة البولية، حيث يظهر أن النسب الأعلى للممرضين في العينة كانوا ينفذون بشكل صحيح تلك الإجراءات أثناء تركيب القنطرة البولية فجميعهم 100% يستخدمون البوفيدون للتطهير، والأكساييلوكابين 2% من أجل التزليق، ويدخلون القنطرة في الصماخ بزاوية 30 تقريباً حتى يبدأ البول بالتدفق في الإناث، وينفخون البالون ببطء باستخدام الماء المعقم. و97.8% يدخلون القنطرة في الصماخ بزاوية 90 تقريباً حتى يبدأ البول بالتدفق في الذكور، و97.8% يضعون كيس جمع البول بالطريقة الصحيحة. بالمقابل فإن نسبة قليلة 17.4% لم ينظفوا منطقة العجان، و17.4% لم يفرشوا الشانة النظيفة، و17.4% أيضاً لم يقوموا باستخدام الملقط لإجراء تنظيف الصماخ البولي.

الجدول رقم (6): توزع عينة الدراسة تبعاً لنسب أدائهم بعد إجراء تركيب القنطرة البولية

لم ينفذ		نفذ بشكل خاطئ		نفذ		الإجراءات أثناء التركيب
%	N	%	N	%	N	
17.4	8	15.2	7	67.4	31	1. إعادة الأدوات المستخدمة في إدخال القنطرة، والتخلص من الأدوات النبوذة منها
0	0	6.5	3	93.5	43	2. قام بغسل اليدين
17.4	8	6.5	3	76.1	35	3. ذكر سبب تركيب سبب القنطرة
2.2	1	4.3	2	93.5	43	4. ذكر وقت وتاريخ القنطرة
17.4	8	10.9	5	71.7	33	5. ذكر نوع القنطرة
0	0	4.3	2	95.7	44	6. ذكر صلاحية القنطرة
10.9	5	6.5	3	82.6	38	7. ذكر كمية السيروم في البالون
0	0	0	0	100	46	8. ذكر أية مشكلة أثناء الإدخال
0	0	0	0	100	46	9. وصف البول (اللون والحجم)
0	0	0	0	100	46	10. ذكر كمية عينة البول (في حال جمعت)

يبين الجدول (6) توزع عينة الدراسة تبعاً لنسب تنفيذ الممرضين للإجراءات بعد تركيب القنطرة البولية، حيث يظهر أن النسب الأعلى للممرضين في العينة كانوا ينفذون بشكل صحيح تلك الإجراءات بعد تركيب القنطرة البولية فجميعهم 100% قاموا بغسل أيديهم. و95.7% وثق وقت وتاريخ ونوع القنطرة، و93.5% أعاد الأدوات المستخدمة في إدخال القنطرة، وتخلصوا من الأدوات النبوذة منها. و91.3% وثق سبب تركيب القنطرة، ووصفوا البول (اللون والحجم) وكمية عينة البول. بالمقابل فإن نسبة قليلة 10.9% لم يوثق صلاحية القنطرة البولية.

الجدول رقم (7): توزع عينة الدراسة حسب مستوى أدائهم للعناية التمريضية لمرضى القنطرة البولية

مستوى الأداء						مستويات تطبيق العناية التمريضية لمرضى القنطرة البولية
ضعيف		متوسط		جيد		
%	N	%	N	%	N	
4.3	2	0	0	95.7	44	قبل البدء بالتركيب
2.2	1	15.2	7	82.6	38	في أثناء التركيب
2.2	1	8.7	4	89.1	41	بعد انتهاء التركيب
0	0	6.5	3	93.5	43	الأداء الكلي

يظهر الجدول (7) توزع عينة الدراسة حسب مستوى أدائهم للعناية التمريضية لمرضى القثطرة البولية، حيث أظهر أن غالبية الممرضين في الدراسة كان أدائهم جيداً في جميع مراحل تركيب القثطرة البولية فكان 95.7% أدائهم جيد قبل البدء بتركيب القثطرة، مقابل 4.3% أدائهم ضعيفاً و6.5% فقط لديهم مستوى أداء متوسط. وأثناء التركيب كان 82.6% أدائهم جيداً، و15.2% متوسط، و2.2% فقط ضعيف. أما بعد الانتهاء من التركيب كان 89.1% أدائهم جيد و8.7% متوسط، و2.2% فقط ضعيف. ومن حيث مستوى الأداء الكلي كان مستوى أداء 93.5% من الممرضين جيداً، و6.5% فقط كان ادائهم متوسطاً.

5. المناقشة:

أظهرت الدراسة الحالية أن غالبية المشاركين أجابوا بشكل صحيح على معظم عبارات محور العناية التمريضية لمرضى القثطرة البولية، إذ إن جميعهم يعلمون أن من الأدوات الرئيسية في تركيب القثطرة، القفازات العقيمة، والمطهر والسائل المعقم، والقثطرة ذات الحجم المناسب، والمزلق الجيد، وأنه توجد عدّة أنواع وأحجام مختلفة من القثطرة البولية، وأنه لإدخال القثطرة البولية يجب ارتداء قفازات معقمة، وعند تحريك المريض المقنطر يجب تثبيت كيس البول على فخذه، وإخراج القثطرة البولية، يجب غسل اليدين وارتداء القفازات النظيفة، وبعدها إفراغ البالون، وسحب القثطرة بلطف خارج الصماخ البولي. كما أظهرت أن لدى الغالبية العظمى من الممرضين والمرضات المشاركين مستوى معلومات صحيحة جيد حول العناية التمريضية لمرضى القثطرة البولية. قد يعزى ذلك إلى أن مصدر معلومات الغالبية من المشاركين هو المراجع والكتب العلمية، مما ساهم في زيادة معلوماتهم حول القثطرة البولية.

اتفقت هذه النتيجة مع نتائج دراسة سعودية قام بها (Algarni et al, 2019) بهدف تقييم معرفة وأداء الكادر التمريضي حول العناية بالقثطرة البولية وطرق الوقاية من الالتهاب في مستشفى جامعة الملك عبد العزيز، حيث أظهرت نتائجها أن معظم الممرضين المشاركين يعلمون ما هي الأدوات اللازمة لتركيب القثطرة البولية، وضرورة استخدام القفازات العقيمة للإجراء، وضرورة استخدام القياس المناسب لمنع الرضوض، والحفاظ على أمان المريض وخصوصيته، وأيضاً معظمهم يعلم طريقة إخراج القثطرة وضرورة استخدام القفازات النبوذة النظيفة لسحب القثطرة، وقد بينت تلك الدراسة أيضاً أن لدى غالبية المشاركين بالدراسة آنذاك مستوى جيد من المعلومات حول العناية بالقثطرة البولية [13].

على العكس من ذلك فلم تكن النتيجة الحالية متوافقة مع نتائج دراسة أجريت في الأردن من قبل (Najjar et al, 2015) بهدف تقييم مستوى معلومات وأداء الكادر التمريضي في مستشفى جامعة الزرقاء حول العناية الخاصة المرتبطة بالقثطرة البولية، حيث بينت نتائج تلك الدراسة أن غالبية المشاركين في الدراسة لا يعلمون ما هي المزلاقات المناسب استخدامها، وقد أخطوا بقراءة مقاييس القساطر البولية وحجومها، ولم يكن أغلبهم يعرف أنواع القساطر البولية المستخدمة في القطاع الصحي، ولا استطببات القثطرة البولية، وعند تركيب القثطرة لم يعرف معظمهم الحجم المناسب من السيروم المالح الذي يجب حقنه في البالون القثطرة؛ كما أظهرت نتائجها أن لدى الغالبية العظمى من المشاركين مستوى غير مقبول من المعلومات المرتبطة بالعناية الخاصة بمرضى القثطرة البولية [14].

كما أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن غالبية المشاركين قاموا بالأداء المطلوب بشكل صحيح قبل إجراء تركيب القثطرة البولية؛ حيث قام جميعهم بغسل اليدين، وغالبيتهم حضروا الأدوات ولبسوا القفازات النظيفة، وقاموا بتأمين السرير والخصوصية وشرحو الإجراء للمريض، وكان أداء غالبية المشاركين جيداً قبل تنفيذ إجراء تركيب القثطرة البولية.

اتفقت هذه النتيجة مع نتائج دراسة إيطالية قامت بها (Pamela, 2015) والتي هدفت إلى تقييم تأثير التعليم التمريضي على مستوى معرفة وأداء الممرضات المرتبط بتخفيف نسبة حدوث انتانات المجاري البولية التالية للقثطرة البولية، وقد بينت نتائج تلك الدراسة أن الأداء قبل تركيب كان فعالاً وصحياً لدى غالبية الممرضات، فمعظمهن قمن بغسل اليدين، وحضرن الأدوات

وتأكدن من الأمر الطبي وقاموا بشرح الإجراء للمريض، وقد كان مستوى الأداء جيداً لدى غالبيتهم في هذا الخصوص [11]. غير أن النتيجة الحالية لم تكن متوافقة مع نتائج دراسة برازيلية قامت بها (Cutinho et al, 2018) لتقييم أداء ومعرفة الممرضات في 5 مستشفيات بالعاصمة البرازيلية حول العناية بالمرضى الذين لديهم قثطرة بولية، وقد بينت نتائج تلك الدراسة أن معظم أفراد الكادر التمريضي المشاركين في الدراسة قد أدوا إجراء تركيب القثطرة البولية بمستوى ضعيف، حيث إن معظمهم نسي غسل اليدين، وحتى لم يشرحو الإجراء للمريض، وأخطأوا بتحضير الأدوات [15]. كما بينت نتائج الدراسة الحالية أن غالبية المشاركين قاموا بالأداء المطلوب بشكل صحيح أثناء إجراء تركيب القثطرة البولية؛ حيث قام جميعهم باستخدام البوفيدون للتطهير، واستخدموا الزلق المناسب، وأدخلوا القثطرة في الصماخ بزاوية 30 تقريباً حتى يبدأ البول بالتدفق في الإناث، وبزاوية 90 تقريباً حتى يبدأ البول بالتدفق في الذكور، وقاموا بنفخ بالون القثطرة ببطء باستخدام الماء المعقم. وكان أداء معظم المشاركين جيداً أثناء تنفيذ إجراء تركيب القثطرة البولية.

انسجمت هذه النتيجة الحالية مع نتائج دراسة إسبانية أجريت من قبل (Prasanna & Radhika, 2015) التي هدفت إلى تقييم مستوى معرفة وأداء الكادر التمريضي المرتبط بالعناية التمريضية بالقثطرة البولية، حيث بينت نتائجها أن معظم المشاركين من أفراد الكادر التمريضي قد أدى الإجراء في مرحلة أثناء تركيب القثطرة بطريقة صحيحة حيث أن معظمهم قام بتطبيق المطهر والمزلق المناسب أثناء إدخال القثطرة، وجميعهم جعلوا المريض/ة يأخذ الوضعية المناسبة لجنسه أثناء تركيب القثطرة، كما قاموا باختبار القثطرة ورفعها فوق مستوى الأرض، وبينت النتائج أيضاً أن لدى غالبية المشاركين مستوى جيد من الأداء المتعلق بالإجراء أثناء تركيب القثطرة البولية [16]. وعلى العكس من ذلك فإن النتيجة الحالية لم تكن متوافقة مع نتائج الدراسة البرازيلية التي قامت بها (Cutinho et al, 2018) أنفة الذكر، حيث بينت نتائج تلك الدراسة أن معظم أفراد الكادر التمريضي المشاركين في الدراسة لم يكونوا بالمستوى المطلوب أثناء تركيب القثطرة البولية، إذ أن معظمهم لم يستخدم المطهر ومن استخدم مطهراً فإنه لم يكن مناسباً، ولم يقوموا باختبار القثطرة بعد تركيبها، ولم يحققوا الكمية المناسبة من السائل المناسب ضمن بالون القثطرة، كما بينت النتائج أن مستوى أداء المشاركين في مرحلة تركيب القثطرة كان ضعيفاً جداً [15].

وبينت نتائج الدراسة الحالية أيضاً أن غالبية المشاركين قاموا بالأداء المطلوب بشكل صحيح بعد إجراء تركيب القثطرة البولية؛ حيث قام جميعهم بغسل اليدين بعد إتمام الإجراء، وغالبيتهم قاموا بإعادة الأدوات المستخدمة في إدخال القثطرة، والتخلص من الأدوات النبوذة منه، وتوثيق وقت وتاريخ القثطرة ونوعها وسببها وصلابيتها، وكمية السيروم في البالون وأية مشكلات أثناء الإدخال، كما أظهرت النتائج أن الأداء الكلي للمشاركين المتعلق بإجراء تركيب القثطرة البولية جيداً. قد تعزى هذه النتيجة إلى سنوات الخبرة التي يتميز بها أفراد العينة حيث تجاوزت خبرة غالبيتهم الـ 10 سنوات، مما ساهم في زيادة مهارتهم في إجراء تركيب القثطرة البولية قبل وأثناء وبعد الإجراء.

اتفقت هذه النتيجة الحالية مع نتائج دراسة أمريكية أجريت من قبل (Martin, 2012) بهدف تقييم ممارسات ومعرفة الكادر التمريضي حول الرعاية التمريضية لمرضى القثطرة البولية، وقد بينت نتائج تلك الدراسة أن غالبية العظمى من الممرضين والممرضات المشاركين في الدراسة قد أبدوا أداء جيداً بعد تركيب القثطرة البولية، حيث قاموا بغسل أيديهم بعد الانتهاء من الإجراء وتخلصوا من المعدات النبوذة، ووثقوا الإجراء بكل تفاصيله، كما بينت نتائج الدراسة أن لدى غالبية المشاركين مستوى عام جيد من الأداء المتعلق بإجراء تركيب القثطرة البولية ورعاية المرضى المستتابة لهم [14]. وعلى العكس من ذلك فإن النتيجة الحالية لم تتسجم كع نتائج دراسة سودانية أجريت من قبل (Alkarib, 2015) التي هدفت إلى تقييم معرفة وأداء الكادر التمريضي حول الرعاية التمريضية لمرضى القثطرة البولية، وقد بينت نتائج تلك الدراسة أن غالبية أفراد الكادر التمريضي أظهروا أداء غير مقبول بعد الانتهاء من تركيب القثطرة البولية، حيث لم يتم توثيق الإجراء ولم يقوموا بغسل اليدين

بالطريقة الصحيحة، وتم التخلص من الأدوات النبوذة ولكن بطريقة غير صحيحة البتة، وكان مستوى الأداء العام المرتبط بإجراء رعاية القثطرة البولية ضعيفاً لدى غالبية المشاركين [18].

6. الاستنتاجات والتوصيات

الاستنتاجات: أظهرت الدراسة الحالية بعد تحليل بياناتها مجموعة من النتائج أهمها:

1. لدى الغالبية العظمى من المشاركين 93.5% مستوى معلومات وأداء جيدين حول العناية التمريضية للمرضى الذين لديهم قثطرة بولية.

2. أداء غالبية الممرضين المشاركين جيد في جميع مراحل تركيب القثطرة البولية (قبل، أثناء، بعد) تركيب القثطرة البولية، نسبة 95.7% و82.6% و89.1% على التوالي.

التوصيات: على ضوء ما أفرزته الدراسة الحالية من نتائج يمكن اقتراح التوصيات التالية:

1. العمل على التقييم المستمر لمعرفة وإداء الكادر التمريضي حول العناية بالقثطرة البولية لضمان المحافظة على مستوى معرفه وإداء جيدين.

2. التعاون مع مكتب التعليم المستمر بالمشفى لتصميم برامج تثقيفية وتدريبية دورية للعناصر الجدد التي تلتحق بفريق الرعاية التمريضية وذلك حول العناية بالقثطرة البولية.

3. إجراء المزيد من الدراسات المماثلة مع توسيع شريحة الممرضين والمرضات المشاركين لتشمل عدة مستشفيات في المحافظة.

7. المراجع

1. Sharma, S; Madhavi, S. (2018). Brunner & Suddarth's Textbook of Medical–Surgical Nursing. South Asian Edition. India: Wolters Kluwer (India) Pvt. Ltd., New Delhi.
2. Suzanne, C; Bare, B. (2010). Brunner and Suddarth's Textbook of Medical Surgical. 10th edition, (PP: 1282–1295). USA: Lippincott Williams & Wilkins.
3. Moore, N., Franklin, L. (2016). Indwelling and intermittent catheterization. In D. B. Doughty & K. N. Moore (Eds.), Wound, Ostomy and Continence Nurses Society: Core curriculum continence management. (pp. 232–249). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
4. Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN). (2016). Care and management of patients with urinary catheters: A clinical resource guide. Mt. Laurel: NJ. WOCN Society.
5. Prieto, J; Murphy, CL; Moore, KN; Fader, M. (2014). Intermittent catheterization for long-term bladder management. *The Cochrane Database of systematic reviews*. 9: CD006008.
6. Meddings, J., Saint, S., Fowler, K. E., Gaies, E., Hickner, A., Krein, S. L., & Bernstein, S. J. (2015). The Ann Arbor criteria for appropriate urinary catheter use in hospitalized medical patients: Results obtained by using the RAND/UCLA Appropriateness Method. *Annals of Internal Medicine*, 162(Suppl. 9), S1–S34.

7. Lo, E; Nicolle, E; Mph, C; Gould, C; Mph, M; Meddings, J; Gould, C. (2016). Strategies to prevent catheter-associated urinary tract infections in acute care hospitals: 2014 update. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 35(5), 464–479.
8. Nicolle, E. (2014). Catheter associated urinary tract infections. *Antimicrobial resistance and infection control*, 3(1): 23–30.
9. Sobeih, S; Nasr, H. (2015). Indwelling urinary catheter management: Effect of an interactive workshop on nurses' practice and perception. *New York Science Journal*; 8(5): 117–26.
10. Mukakamanzi J. (2017). Knowledge, Attitude And Practice Of Nurses Towards The Prevention Of Catheter Associated Urinary Tract Infection In Selected Referral Hospitals In Rwanda. Master of Sciences in Nursing/Critical Care and Trauma. School of Nursing and Midwifery.
11. Pamela RG. (2015). The Effects of Nursing Education on Decreasing Catheter Associated Urinary Tract Infection Rates. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor Of Philosophy, College of Health Sciences, Walden University.
12. Opina, F, Oducado, F. (2014). Infection control in the use of urethral catheters: Knowledge and practices of nurses in a private hospital in Iloilo city. *Asia Pacific Journal of Education, Arts and Sciences*, 1(5), 93–100
13. Algarni SS, Sofar SM and Wzqar DY. (2019). Nurses' Knowledge And Practices Toward Care and Prevention Of Catheter-Associated Urinary Tract Infection At King Abdulaziz University Hospital. *Journal of Health, Medicine and Nursing*; 14(1): 39–62.
14. Najjar Y, Hdaib M and Momany SM. (2015). Knowledge Level of Associate Degree Nursing Students in Zarqa University College Regarding Care for Patients With Indwelling Urinary Catheters After Joining an Educational Session. *Global Journal of Health Science*; 7(6): 1–7.
15. Cutinho MC, Sheilini M and Harish B. (2018). Knowledge on Practice of Urinary Catheter Care and Compliance to Urinary Catheter Care Guidelines– A Hospital based Study. *Indian Journal of Public Health Research & Development*; 9(11): 219–26.
16. Prasanna K. and Radhika M . (2015) 'Knowledge regarding Catheter care among Staff Nurses', *International Journal of Applied Research.*, 1(8); 182–6
17. Martin J. 2012. Registered Nurses' Practices and Perceptions of Indwelling Urinary Catheters and Number of Indwelling Urinary Catheter Days in a

Hospitalized Population. Degree of Master of Science in Nursin, Gardner–Webb University.

18. Alkarib M. 2015. Nurses Knowledge regarding Nursing Care of patient with urinary tract Infection at Gazira Hospital. Degree of Master of Science in Nursing, Community Health Nursing University of Elimam Elmahdi.